



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 65, JANUAR 1996, str. 1-60, ŠT. 1

VSEBINA

RAZISKOVALNI PRISPEVKI

Zdravljenje hude dihalne stiske novorojenčka s sufraktantom: več možganskih krvavitev – posledica ali slučajnost,

J. Babnik, L. Kornhauser-Cerar, M. Pestevšek, T. Tonin

1

STROKOVNI PRISPEVKI

Helicobacter pylori in bolezni želodca ter dvanajstnika, M. Koželj, M. Hafner

5

Tokoliza z betamimetiki in možganske krvavitve pri nedonošenčkih,

L. Bregant, Ž. Novak-Antolič, I. Verdenik

13

Zdravljenje dermatofitskih okužb s terbinafinom (Lamisil),

M. Lunder, B. Podrumac, V. Dragoš, T. Lunder

17

Travmatski nezapleteni pnevmocelalus – Prikaz primera, L. Miklavčič, R. Trebše

21

PISMA UREDNIŠTVU

Poročilo o izpopolnjevanju s področja organizacije transplantacijske dejavnosti,

J. Vončina

25

RAZGLEDI

Jubileji

29

Nekrologi

29

Mednarodno sodelovanje

32

Strokovno izpopolnjevanje

36

Strokovna srečanja

37

Delo SZD

40

Zanimivo je vedeti

41

Zdravniški vestnik pred 60 leti

43

Zdravniki v prostem času

44

Nove knjige

52

V tej številki so sodelovali

11

Oglasi

12, 20, 24, 54-58

Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, T. Žgur

Tehnični urednik/Technical Editor:

P. Dolenc

Uredniški svet/Editorial Council:

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

Uredniški odbor/Editorial Board:

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

Tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanovič

Lektor za slovenščino/Reader for Slovenian:

T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

J. Gubenšek

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

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

Tekoči račun pri/Current Account with

LB 50101-678-48620

UDK 61+614.258(061.1)=863=20

CODEN: ZDVEEB ISSN 1318-0347

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:

Biological Abstracts, Biomedicina Slovenica,
BIOSIS, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

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

To številko so financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo in
Ministrstvo za zdravstvo, Zavod za zdravstveno zavarovanje R Slovenije.
Po mnenju Urača vlade RS za informiranje št. 4/3-12-1388/95-23/294
steje Zdravniški vestnik med proizvode, za katere se plačuje
5% davek od prometa proizvodov.

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

The Journal appears regularly every month.

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

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

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

SURFACTANT REPLACEMENT THERAPY FOR SEVERE NEONATAL RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME: HIGHER INCIDENCE OF INTRACRANIAL HAEMORRHAGE – CONSEQUENCE OR COINCIDENCE?

ZDRAVLJENJE HUDE DIHALNE STISKE NOVOROJENČKA S SULFRAKTANTOM: VEČ MOŽGANSKIH KRVAVITEV – POSLEDICA ALI SLUČAJNOST?

Janez Babnik, Lilijana Kronhauser-Cerar, Maja Pestušek, Tatjana Tonin

Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana, Šlajmerjeva 3, 61105 Ljubljana

Prispelo 1995-05-29, sprejeto 1995-12-19; ZDRAV VESTN 1996; 65: 1-4

Key words: surfactant replacement; respiratory distress syndrome; intraventricular haemorrhage; preterm infants; mortality

Abstract – Background. Evaluation of the results of exogenous surfactant replacement therapy for neonatal respiratory distress syndrome and comparison with outcomes of previous treatment.

Patients and methods. The group of treated neonates was enrolled in the international Curosurf 4 trial. The inclusion criteria were the following: 1. respiratory distress detected clinically and with X-rays; 2. tracheal intubation and mechanical ventilation; 3. age: 2–72 hours; 4. arterio-alveolar (a/A) oxygen ratio <0.22. The control group of neonates, born within 20 months before the study started, was selected using computer data, strictly following the same inclusion criteria as for the study group.

Results. 33 neonates who underwent the surfactant replacement therapy were compared to 36 neonates of the control group. After the first dose of surfactant the a/A oxygen ratio increased from 0.11 to 0.20 and FiO₂ could be lowered from 0.80 to 0.60. Survival did

Ključne besede: surfaktant; dihalna stiska novorojenčka; možganska krvavitev; nedonošenček; umrljivost

not significantly differ between the groups (73% vs 69%). Neonates treated with surfactant often had open ductus arteriosus (52% vs. 25%), higher incidence of intracranial haemorrhage (61% vs. 42%), however, on average they needed 5 days less of artificial ventilation and shorter treatment with oxygen. A higher incidence of intracranial haemorrhage in the study group is the result of coincidental selection of newborns with lowest gestational age (26.1 wks) and at the same time with the severest form of respiratory distress (a/A O₂<0.07).

Conclusions. The immediate effect of surfactant replacement therapy is the improvement of ventilation (increase of a/A O₂ and decrease of the necessary FiO₂). The final effect of treatment is shorter ventilation and shorter requirement for oxygen. A higher incidence of intracranial haemorrhage after the surfactant application results from a higher number of preterm infants with the severest form of respiratory distress syndrome in the study group.

Introduction

Successful outcome of treating neonatal respiratory distress syndrome with exogenous surfactant was first reported by Fujiwara et al. in 1980 (1). Numerous studies have been performed which have reported improved gas exchange, decreased mortality and pulmonary damage due to barotrauma (2, 3). A successful outcome of treatment has been achieved both with human surfactant, isolated from the amniotic fluid (4), and with a modified natural surfactant, isolated from the lungs of a calf (5), a piglet (6), or with a 100% synthetic surfactant (7). Higher doses have been proved to be more efficient than lower ones (8), and a further decrease of neonatal mortality was achieved with additional doses (9). On the basis of these results the aim of the fourth international randomised study "Curosurf 4 trial" (10) was to find whether a cumulative dose of up to 300 mg in three intervals of 12 hours was as efficient as 5 doses in the maximal total dose of 600 mg.

The Neonatal Intensive Care Unit of the Department of Obstetrics and Gynaecology in Ljubljana participated in this part of the study. Since it was our first experience with exogenous surfactant replacement therapy of neonatal respiratory distress syndrome, the outcome of treatment was compared with the outcome of previously applied types of treatment.

Patients and methods

We started treating respiratory distress syndrome with exogenous surfactant Curosurf towards the end of 1990. By the end of 1991 33 infants with mean birth weight 1260 g (680–2720 g) and a mean gestational age of 28.5 weeks (25–34 weeks) underwent this type of treatment. They were enrolled in the international study (10) with the aim of finding which dose, the low or the high, of Curosurf was more efficient. The inclusion criteria were: 1. respiratory distress, diagnosed clinically and radiologically; 2. endotracheal

a/a pO₂ – arterijsko alveolarno razmerje tlaka kisika; GS – gestacijska (nosečnostna) starost; MAP – srednji tlak v dihalnih poteh; PDA – odprt Botallov vod; VLBW – zelo nizka porodna teža; FiO₂ – delež vdihanega kisika; ICH – možganska krvavitev; RDS – dihalna stiska
Študijo je omogočila Chiesi Farmaceutici, ki je prispevala potrebno število odmerkov surfaktanta Curosurfa in slovensko Ministrstvo za znanost in tehnologijo.

intubation and treatment with artificial ventilation; 3. age 2–72 hours; 4. a/A O₂ index <0.22; 5. parental written consent. Arterio-alveolar oxygen index had been calculated: art. pO₂/(713×FiO₂ – art. pCO₂).

Infants in the high dose group received up to 600 mg of surfactant/kg: 200 mg initially, and up to 4 times 100 mg of surfactant in 12-hour intervals, if they still needed oxygen and were artificially ventilated. The ones treated with a low dose received up to 300 mg of surfactant/kg: 100 mg initially, the dose being repeated twice, if they still needed oxygen. Randomisation was carried out by the centre in Belfast.

The control group was chosen from babies treated with artificial ventilation in the years 1989 and 1990. The group consisted of babies with respiratory distress syndrome in whom the beginning of ventilation and the a/A O₂ ratio conformed to the study requirements.

Ultrasound examination of the head was carried out before and after the surfactant application, and then weekly if required, with the last examination before the baby's discharge. The degree of intracranial haemorrhage was graded according to Papile (11).

The criteria for bronchopulmonary dysplasia were a typical X-ray finding and the need for additional oxygen after the completed 36 week of postmenstrual age (12).

The study protocol permitted all routine therapeutic procedures during treatment with artificial ventilation.

The trial was approved by the Ethics Committee and written parental consent was obtained for each of the participating infant. For the statistical analysis the software programme SPSS was used, for numerical variables the Student t-test, and for attributive ones the chi-square test was used. All values are shown as the mean and standard deviation, or the number of observations and percent (%). The criteria for statistical significance was p<0.05.

The study was supported by Chiesi Pharmaceuticali which provided the necessary number of Curosurf doses. A detailed composition and the mode of extraction of porcine surfactant Curosurf have already been described (13).

Results

Curosurf was applied to 33 infants (study group) with a mean birth weight 1260 g and a mean gestational age of 28.5 weeks. Fifteen underwent low-dose and 18 high-dose treatment. The groups were randomly selected and did not differ by birth weight, gestational age, the introduction of ventilation, initial ventilation setting and the severity of hyaline membrane disease. The first group of infants received on average 2.6 doses (260 mg/kg), and the second group 3.9 doses (490 mg/kg). In both groups, after the first dose of FiO₂ decreased from 0.8 to 0.6, while the a/A O₂ ratio increased from 0.11 to nearly 0.20.

All infants treated with surfactant (study group) were compared to the control group, selected by a computer. In the control group there were also 6 preterm infants of diabetic mothers, large for gestational age. This resulted in a statistically significant difference between the two groups in birth weight and gestational age which may have influenced the outcome of the treatment. Therefore, additional comparison of the outcome among the infants with birth weight under 1500 g (VLBW) was carried on and shown in Table 1. Comparing the ventilation setting at the study entry, both groups did not differ significantly in respect to FiO₂ (0.81 in study group vs. 0.88 in control group), MAP (11.1 vs. 11.9) and a/A pO₂ (9.11 vs. 0.10). The mean duration of ventilation in the surviving infants of the control group was 16±14 days, and only 11±7 days in the study group. The percent of ventilated infants by days is shown in Figure 1.

After the 14th day 5 VLBW infants in the study group only were treated with dexamethasone 1 mg/kg/day following the scheme of decreasing doses (14). After ten days of treatment none of these infants needed respiratory support, while in the control group 5 infants needed ventilation for more than 28 days.

Tab. 1. Curosurf treatment group compared to the control group; values are mean (±SD) and number (%).

Tab. 1. Primerjava otrok, zdravljenih s Curosurfom, s kontrolno skupino otrok; srednja vrednost (±SD) in število (%).

	All infants Vsi otroci		VLBW	
	Curosurf (n=33)	Control (n=36)	Curosurf (n=22)	Control (n=19)
Weight (g) Teža (g)	1260±451	1589±762	1012±222	1070±237
GA (weeks) GS (tedni)	28.5±2.5	29.7±3.4	27.4±2.0	27.4±2.1
Outborn Rojeni drugje	6 (18)	3 (8)	6 (27)	3 (16)
PDA	17 (52)	9 (25)	12 (54)	7 (37)
Air leaks Pnevmotoraks	6 (18)	8 (22)	5 (22)	5 (26)
Sepsis Sepsa	7 (21)	8 (22)	4 (18)	5 (26)
ICH; all ICH; vse	20 (61)	15 (42)	15 (68)	12 (63)
ICH; 3, 4	14 (42)	8 (22)	12 (55)	6 (32)
Dead Umrlji	9 (27)	11 (31)	9 (41)	8 (42)
Ventilation, days# Navdihavanj, dni#	11±7	16±14	13±8	26±17
Therapy with O ₂ , days# Zdravljenje s kisikom, dni#	20±14	25±21	25±6	38±21

*p<0.05

– only for the surviving;

ICH; 3, 4 – 3rd and 4th degree of intracranial haemorrhage

– le za preživele

ICH; 3,4 – 3. in 4. stopnja možganske krvavitve

In the study group the incidence of severe intracranial haemorrhage (3rd and 4th degree) was nearly twice as high as in the control group (14/33 vs. 8/34; p<0.07). Almost all occurred in VLBW infants (Tab. 1).

Searching the reason for the increased incidence of intracranial haemorrhage we analysed obstetrical factors and the degree of

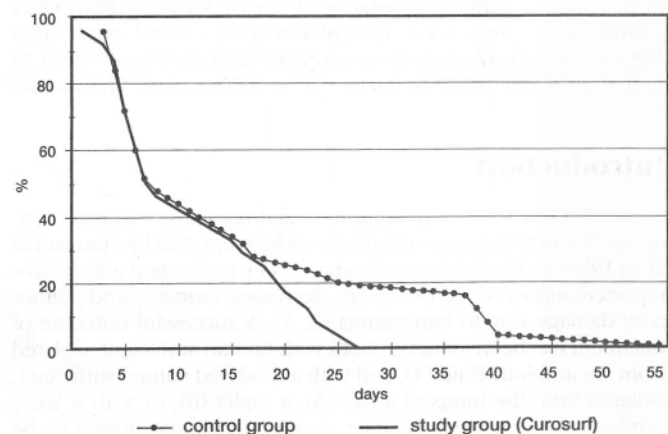


Fig. 1. Percentage of ventilated infants by days in the control and study group.

Sl. 1. Odstotek umetno nadibavanih otrok po dnevih v kontrolni in študijski skupini

respiratory distress syndrome at the beginning of the treatment. Overall 59% of infants in the study group and 39% in the control group were born by caesarean section. The majority of caesarean sections in the study group (77%) were performed after, while in the control group 83% were performed before the onset of

Tab. 2. a/A O₂ ratio and intracranial haemorrhage in the study and control groups of VLBW infants; values are mean (±SD) and number (%).

Tab. 2. a/A O₂ razmerje in možganska krvavitev med VLBW otroki študijske in kontrolne skupine; srednja vrednost (±SD) in število (%).

a/A ratio a/A razmerje		up to 0.07	0.07–0.09	0.10–0.13	0.14 and higher
Number of infants Število otrok	S	8	5	5	4
	C	4	4	6	5
GA (weeks)	S	26.1±1.1	27.4±2.5	28.6±1.5	28.3±2.5
GS (tedni)	C	27.8±2.8	27.8±1.9	28.2±2.4	25.8±0.8
Weight (g)	S	893±189	1013±237	1228±197	982±137
Teža (g)	C	1130±245	1186±287	1110±204	880±74
ICH; all	S	7/8 (88)	4/5 (75)	3/5 (60)	1/4 (25)
ICH; vse	C	3/4 (75)	3/6 (50)	3/6 (50)	4/5 (80)
ICH 3, 4	S	5/8 (63)	3/5 (60)	3/5 (60)	1/4 (25)
	C	2/4 (50)	2/4 (50)	1/6 (17)	1/5 (20)
Dead	S	6/8 (75)	3/5 (60)	–	–
Umrli	C	3/4 (75)	3/4 (75)	–	2/5 (40)

S – study group; C – control group

S – študijska skupina, C – kontrolna skupina

contractions. At the onset of labour 44% of VLBW infants in the study group, and 25% in the control group were in breech presentation and the majority of them were delivered vaginally (72% and 100% respectively).

The control and the study group of VLBW infants neither differed by mean birth weight (Tab. 1) nor by a/A oxygen ratio (0.11 and 0.10 respectively). As the limit of the a/A ratio set by the study protocol was less than 0.22, the severity of respiratory distress within groups differed to a great extent. a/A oxygen ratio was therefore the criterion for the division into four subgroups: 1. up to 0.07, 2. range 0.07–0.09, 3. range 0.10–0.13, 4. a/A 0.14 and more. In comparison with the control group twice as many infants of the study group had the severest form of respiratory distress (8 vs. 4) with the lowest birth weight and the lowest gestational age at the same time (Tab. 2). They often developed intracranial haemorrhage.

Apart from intracranial haemorrhage the severity of respiratory distress was also associated with a higher incidence of pulmonary air leaks (pneumothorax and pulmonary interstitial emphysema); in the subgroups with a/A ratio up to 0.09 in 38%, and in the other two subgroups only in 10%. Persistent ductus arteriosus was found in 50% of infants with the a/A ratio under 0.07 as well as in 50% of infants with a/A ratio higher than 0.14.

Discussion

Our study is part of the International Curosurf 4 Trial (10) in which 2169 infants from 82 neonatal intensive care units were included, one half in the low-dose group, and another half in the high-dose group. The mean weight of the treated infants was 1390 in the low-dose group and 1358 g in the high-dose group, and mean gestational age 29.4 and 29.3 weeks respectively. Between the groups no significant differences were found in neonatal mortality (25.0% vs. 23.5%), with the same percentage of oxygen-dependent and dead infants at the age of 28 days.

Mortality of our Curosurf treated infants was 27%, but they weighed less and were of lower gestational age (1260g and 28.5 weeks respectively).

The higher mortality in our population could be explained by the fact that we introduce the treatment only after severe respiratory distress syndrome has occurred, while in other centres the emphasis is on an early treatment. The difference of the treating policy is even more obvious with VLBW infants. During the study we applied artificial ventilation only in those infants having severe respiratory distress; mean a/A ratio was 0.11 (Tab. 1). Of 22 VLBW

infants (mean birth weight 1024 g and gestational age 27.4 weeks) treated with surfactant at our department 9 (41%) died.

In the largest international investigation on surfactant, Osiris (15), which compared the early prophylactic treatment (1344 infants) with a late selective treatment (1346 infants) of infants having the signs of respiratory distress (a/A O₂<0.22), 96% in the first group and 73% in the second received treatment. Mean birth weight and gestational age in both groups were 1122 g and 27.9 weeks, the difference at the time of the first dose application being only one hour. 26.3% of early treated and 29.6% of late treated infants died. Like in the Osiris trial in the majority of West European countries 70–80% of VLBW infants are treated with artificial ventilation (16, 17) in contrast to 37% of all VLBW infants born in our hospital, of which only one half were ventilated for respiratory distress syndrome. Almost twice as frequent application of artificial ventilation and 3 times more frequent application of surfactant therapy than in our department did not actually affect the higher survival rate of all VLBW infants. The 5-year survival (1989–1993) in our department was 82.6% which is comparable to the achievements in the developed European countries (18).

Other reports also claim a high decrease of mortality of preterm infants after the introduction of surfactant replacement therapy. In the international randomised study with 8 participating neonatal centres for intensive care, the treatment of infants with birth weight between 700 and 2000 g with exogenous natural surfactant resulted in the decrease of mortality from 51% to 31% (6). The results of the meta analysis of seven clinical trials on the single-dose surfactant treatment showed the decrease of mortality from 30% to 20% (19).

In 1993 Horbar et al. (17) reported the effect of treatment on the population of infants with birth weight 601 g–1300 g. Eight tertiary centres for neonatal intensive care, associated in the NICHD (Neonatal Institute of Child Health and Human Development) participated in the study, comparing the 2-year survival prior to the routine use of surfactant (2870 preterm infants) with the survival of infants born after (1413 preterm infants). 40% of preterm infants in the post surfactant period were treated with surfactant which led to the decrease of mortality from 27.8% to 19.9%.

In our study only the 4% decrease in mortality (from 31% to 27%) between the treated and untreated infants was observed. Also the percentage of all surviving VLBW infants in the years before and after the introduction of surfactant treatment did not differ. Survival rates for approximately 100 VLBW infants born each year (1989–1993) in our hospital were: 73%, 94%, 79%, 79% and 89% respectively. The small difference in mortality can thus result from low mortality prior to the introduction of the surfactant replacement therapy.

In the surfactant treated babies artificial ventilation was applied for 5 days less than in the control group, and in VLBW babies this shortening is statistically significant (from 26 to 13 days). In comparison with the control group the need for additional oxygen was lowered for 5 and 13 days respectively (Tab. 1). This achievement can at least partly be attributed to the dexamethasone treatment of chronic respiratory distress syndrome (20) which was applied only to 5 babies of the study group.

The majority of studies on surfactant replacement therapy reported the improvement in ventilation, in survival, and the decreased incidence of BPD and PDA, while the observed incidence of intracranial haemorrhage was unchanged. A recent study by Horbar et al. (21) reports on a higher incidence. A thorough survey of the literature dealing with the relation between intracranial haemorrhage and surfactant replacement therapy has been prepared by Gunkel (22). The reported incidence varies to a great extent: in surfactant treated groups of infants weighing 500 g to 2000 g with a gestational age from 24 to 30 weeks varies between 16.2% and 61.3%, and in control groups between 16.1% and 72.4%. The potential causes of the occurrence of intracranial haemorrhage may be bradycardia and hypoxemia during the instillation of surfactant. Another more likely causes could be a rapid change of

the lung function with a decrease of pulmonary vascular resistance and open shunt over the ductus arteriosus which together with insufficient autoregulation of the cerebral blood flow causes its further oscillations and subsequent haemorrhage (23, 24).

We found that the incidence of intracranial haemorrhage was higher in the treated than in the control group of VLBW infants (68% vs. 63%) with markedly increased 3rd and 4th degree haemorrhage (55% vs. 32%). Beside the described hypotheses both groups differed also by other known risk factors for intracranial haemorrhage. Breech presentation was more frequent in the treated group (44% vs. 25%). Although in the study group more infants were born by a caesarean section (13 vs. 6), 10 (77%) were performed after the onset of contractions; in the control group only one. According to the literature, caesarean section prevents the occurrence of intracranial haemorrhage only if performed before the onset of contractions (25).

Another risk factors such as lower birth weight and lower gestational age were comparable between the study and control group of VLBW infants (Tab. 1), while a completely different perspective was reached if the division by the severity of respiratory distress (a/A O₂) was taken into consideration (Tab. 2). The incidence of the severest respiratory distress (a/A O₂ < 0.07) was twice as high in the Curosurf treated infants. These babies were also born earlier (26.1 vs. 27.8 wks) and weighed much less (893 g vs. 1130 g). The inverse was true in the ones with a mild respiratory distress. As the percentage of intracranial haemorrhage was higher in lower weight and lower gestational age babies (22), it is understandable that a higher incidence of haemorrhage was found in the surfactant treated infants. Neonatal mortality correlated strongly with the severity of respiratory distress and was somewhat lower in the treated infants (Tab. 2).

The cause for a higher incidence of intracranial haemorrhage and the same mortality rate (41%) in VLBW infants therefore lies both in the unfavourable risk factors and in a much higher number of immature infants in the study group, and not in the administration of surfactant.

References

- Fujiwara T, Chida S, Watabe Y, Maeta H, Morita H, Abe T. Artificial surfactant treatment in hyaline membrane disease. *Lancet* 1980; i: 55-9.
- Hennes HM, Lee MB, Rimm AA, Shapiro DL. Surfactant replacement therapy in respiratory distress syndrome. *AJCD* 1991; 145: 102-4.
- Morley CJ. Surfactant treatment for premature babies - a review of clinical trial. *Arch Dis Child* 1991; 66: 445-50.
- Hallmann M, Merritt TA, Jarvenpaa A-L et al. Exogenous surfactant for treatment of severe respiratory distress syndrome: a randomised prospective clinical trial. *J Pediatr* 1985; 105: 963-9.
- Gitlin JD, Soll RF, Parad RB et al. Randomised controlled trial of exogenous surfactant for the treatment of hyaline membrane disease. *Pediatrics* 1987; 79: 31-7.
- Collaborative European Multicenter Study Group: Surfactant replacement therapy for severe neonatal respiratory distress syndrome: An international randomised clinical trial. *Pediatrics* 1988; 82: 683-91.
- Phibbs RH, Ballard RA, Clements JA et al. Initial clinical trial of Exosurf, a protein-free synthetic surfactant, for the prophylaxis and early treatment of hyaline membrane disease. *Pediatrics* 1991; 88: 1-9.
- Konishi M, Fujiwara T, Naito T et al. Surfactant replacement therapy in neonatal respiratory distress syndrome. A multicentre randomised trial: comparison of high- versus low-dose of surfactant TA. *Eur J Pediatr* 1988; 147: 20-5.
- Speer CP, Robertson B, Curstedt T et al. Randomised European multicentre trial of surfactant replacement therapy for severe neonatal respiratory distress syndrome: single versus multiple doses of Curosurf. *Pediatrics* 1992; 89: 13-20.
- Halliday HL, Tarnow-Mordi WO, Concoran JD. Patterson on behalf of the European collaborative multicentre study group. Multicentre randomised trial comparing high and low dose surfactant regimens for the treatment of respiratory distress syndrome (the Curosurf 4 trial). *Arch Dis Child* 1993; 69: 276-80.
- Papile LA, Burstein J, Koffer H. Incidence and evolution of subependymal and intraventricular haemorrhage. A study of birth-weight less than 1,500 g. *J Pediatr* 1978; 92: 529-34.
- Shennan AT, Dunn MS, Ohlsson A, Lennox K, Hoskins EM. Abnormal pulmonary outcome in premature infants: prediction from oxygen requirement in neonatal period. *Pediatrics* 1988; 82: 527-32.
- Robertson B, Curstedt T, Johansson J, Jornval H, Kobayashi T. Structural and functional characterisation of porcine surfactant isolated by liquid-gel chromatography. *Progress in Respiratory Research* 1990; 25: 37-46.
- Yeh TF, Torre JA, Rastogi A, Anyebuno MA, Pildes RS. Early postnatal dexamethasone therapy in premature infants with severe respiratory distress syndrome: A double-blind, controlled study. *J Pediatr* 1990; 117: 273-82.
- The OSIRIS collaborative group: Early versus delayed neonatal administration of a synthetic surfactant - the judgement of OSIRIS. *Lancet* 1992; 340: 1363-9.
- Hack M, Horbar JD, Malloy MH, Tyson JE, Wright E, Wright L. Very low birth weight outcomes of the National institute of child health and human development neonatal network. *Pediatrics* 1991; 87: 587-97.
- Horbar JD, Wright EC, Onstad L and Members of NICHD. Decreasing mortality associated with the introduction of surfactant therapy: an observational study of neonates weighing 601 to 1300 grams at birth. *Pediatrics* 1993; 92: 191-6.
- Babnik J. 10 years of neonatal care in the Ljubljana maternity hospital. *Zdrav Vestn* 1994; 63: 573-7.
- Hennes HM, Lee MB, Rimm AA, Shapiro DL. Surfactant replacement therapy in respiratory distress syndrome: meta analysis of clinical trials of single dose surfactant extracts. *AJCD* 1991; 145: 102-4.
- Cummings JJ, D'Eugenio BB, Gross SJ. A controlled trial of dexamethasone in preterm infants at high risk of bronchopulmonary dysplasia. *N Engl J Med* 1989; 320: 1505-10.
- Horbar JD, Soll RF, Schachinger H, Kewitz G et al. A European multicenter randomised controlled trial of single dose surfactant therapy for idiopathic respiratory distress syndrome. *Eur J Pediatr* 1990; 149: 416-23.
- Gunkel JH, Banks PLC. Surfactant therapy and intracranial haemorrhage: Review of the literature and results of new analyses. *Pediatrics* 1993; 92: 775-86.
- Kaapa P, Seppanen M, Kero P, Saraste M. Pulmonary hemodynamics after synthetic surfactant replacement in neonatal respiratory distress syndrome. *J Pediatr* 1993; 123: 115-9.
- Babnik J. Analysis of cerebral Doppler blood flow velocity wave form before and after surfactant replacement. 6th European workshop on surfactant replacement. May 10-12, 1991, Heviz, Hungary, Abstract booklet: 12-3.
- Tejani N, Rebold B, Tuch S, Ditroia D, Sutro W, Verma V. Obstetric factors in the causation of early periventricular-intraventricular haemorrhage. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 510-5.

Izvešček - Izhodišča. Ocena zdravljenja dibalne stiske nedonošenčka s surfaktantom in primerjava s prejšnjimi uspehi zdravljenja.

Pacienti in metode. Skupina s surfaktantom zdravljenih otrok je bila vključena v mednarodno raziskavo »Curosurf 4 trial«. Pogoji za vključitev so bili: 1. dibalna stiska ugotovljena klinično in potrjena z rentgensko preiskavo, 2. intubacija in umetno dibanje, 3. starost od 2-72 ur, 4. arterio-alveolarno (a/A) razmerje tlaka kisika < 0,22. Kontrolno skupino otrok, rojenih v poldrugem letu pred začetkom študije, smo izbrali s pomočjo računalnika tako, da je ustrezala istim pogojem kot študijska.

Rezultati. 33 otrok zdravljenih s surfaktantom smo primerjali s 36 otroki kontrolne skupine. Po prvem odmerku surfaktanta se je a/A razmerje kisika povečalo od 0,11 na 0,20, odstotek vdihanega

kisika pa smo lahko od 80 znižali na 60%. Preživetje otrok je bilo v obeh skupinah podobno (73% in 69%). Zdravljeni s surfaktantom so imeli, v primerjavi s kontrolno skupino, večkrat odprt Botallov vod (52% in 25%) in imeli več možganskih krvavitvev (61% in 42%). V povprečju so bili 5 dni manj zdravljeni z umetno ventilacijo in s kisikom. V študijski skupini je bilo več najbolj nedonošenih otrok (nosečnostna starost 26,1 tedna) z zelo težko dibalno stisko (a/A pO₂ < 0,07%).

Zaključki. Zgodnji učinek zdravljenja s surfaktantom je izboljšanje izmenjave plinov (zvišanje a/A razmerja tlaka O₂ in znižanje FiO₂), končni pa skrajšanje časa umetnega dibanja in potrebe po kisiku. Večja pogostnost možganske krvavitve v skupini otrok, zdravljenih s surfaktantom, je povezana z večjim številom najbolj nedonošenih otrok z najtežjo dibalno stisko.

Strokovni prispevek/Professional article

HELICOBACTER PYLORI IN BOLEZNI ŽELODCA TER DVANAJSTNIKA

HELICOBACTER PYLORI AND DISEASES OF THE STOMACH AND DUODENUM

Matjaž Koželj, Matjaž Hafner

Gastroenterološka interna klinika, Klinični center, Japljeva 2, 61105 Ljubljana

Prispelo 1995-05-15, sprejeto 1996-01-11; ZDRAV VESTN 1996; 65: 5–11

Ključne besede: kronični gastritis; ulkus dvanajstnika; ulkus želodca; ureazni test; eradikacijsko zdravljenje

Key words: chronic gastritis; duodenal ulcer; gastric ulcer; urease test; eradication treatment

Izvleček – Izhodišča. *Helicobacter pylori* (HP) je gram negativna bakterija, ki lahko preživi v izredno kislem okolju zgornjih prebavil in se naseli na sluznici želodčnega epitelija. Okužba z bakterijo ima pomembno vlogo pri nastanku kroničnega gastritisa, ulkusa dvanajstnika, ulkusa želodca in verjetno celo pri malignih boleznih želodca.

Abstract – Background. *Helicobacter pylori* (HP) is a gram-negative bacterium which can survive in the extremely acid environment of the upper alimentary tract and colonises the gastric mucosa. Infection with this bacterium plays an important role in the development of chronic gastritis, duodenal ulcer, gastric ulcer and probably also gastric cancer.

Metode. Okužbo s HP lahko ugotovimo z invazivnimi in neinvazivnimi metodami. Bolnike z ulkusom dvanajstnika in ulkusom želodca, ki so okuženi s HP, zdravimo z različnimi kombinacijami omeprazole, antibiotikov in bizmutovih soli.

Methods. HP infection is diagnosed by invasive and noninvasive methods. Patients with HP infected gastric and duodenal ulcers are treated with different combinations of omeprazole, antibiotics and bismuth salts.

Zaključki. Okužba je uspešno ozdravljena, če vsaj štiri tedne po končanem zdravljenju ne ugotovimo več HP na želodčni sluznici. Poskusna testiranja cepiva že potekajo na živalskih modelih.

Conclusions. The infection has been eradicated if HP can no longer be detected on the gastric mucosa at least four weeks after the end of treatment. Vaccine trials are in progress on animal models.

Uvod

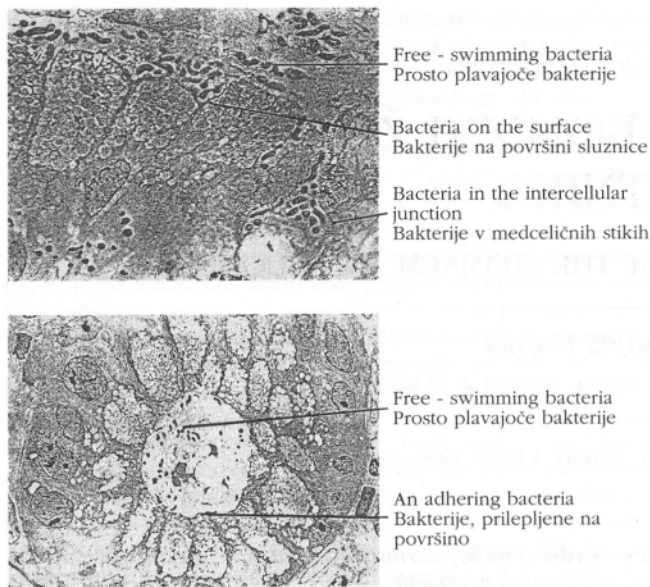
Danes ni več nobenega dvoma, da je okužba želodčne sluznice z bakterijo *Helicobacter pylori* (HP) ena najpogostejših kroničnih okužb človeštva. Organizem uspe preživeti v zelo kislem okolju, kljub specifičnemu vnetnemu oziroma imunskemu odgovoru gostitelja – človeka. S HP povezano vnetje želodčne sluznice igra ključno vlogo pri nastanku peptične razjede. Kronični vnetni odgovor vodi do atrofije in intestinalne metaplazije želodčne sluznice, kar zveča tveganje za nastanek želodčnega karcinoma. Zaradi tako spremenjenih pogledov na etiopatogenezo bolezni zgornjih prebavil je v zadnjih letih prišlo do zasuka v strategiji zdravljenja peptične bolezni pri bolnikih, okuženih s HP.

Biološke značilnosti bakterije HP

HP je gram negativna bakterija spiralaste oblike s 4 do 6 bički na enem od polov. Bički so na koncu betičasto zadebeljeni. Je mikroaerofil – prilagojena je hipoksičnim razmeram (5–15% O₂) s povišanim delnim tlakom CO₂ v atmosferi in temperaturi 37 °C. Naseli se na površini sluznice želodca, vriva pa se tudi v tesne stike med epiteljskimi celicami (sl. 1). Po sluznici se neenakomerno razporedi. Najgosteje naseli antrum želodca. Najdemo jo tudi na

metaplastični želodčni sluznici dvanajstnika in Meckelovega divertikla v tankem črevesu.

Na virulenco in patogenost HP vpliva spiralna oblika in gibalni aparat (bički). To ji omogoča idealno gibljivost tudi v viskozem okolju mukusa na površini želodčnega epitelija. Encim ureaza ji daje možnost presnavljati sečnino v želodčnem soku. Pri tem nastajata bikarbonat in amonijak, ki nevtralizirata kislino okolično bakterije in ji omogočita, da nepoškodovana prispe do bolj alkalnega mukusa na površini sluzničnega epitelija. Vendar bakterija navzlic ugodnejšemu okolju na površini sluznice še vedno razgrajuje ureo in nastali amonijak je močno citotoksičen (1). Njena adhezivnost ji omogoči specifično vezavo na nekatere snovi na membrani želodčne epiteljske celice (fosfolipidi in glikoproteini). Adhezija ni pomembna le za kolonizacijo sluznice. Zdi se, da je tesen stik med bakterijo in epiteljsko celico vpleten tudi v mehanizem okvare celice (2). Z izločanjem encimov (proteaz, lipaz in fosfolipaz), ki s svojim delovanjem na membrano epiteljske celice povzročijo spremembo njenih bioloških lastnosti (npr. zmanjšanje hidrofobnosti), omogoči vstop citotoksinom v celico (3). Vakuolizirajoči citotoksin, ki ga tudi izloča, igra eno glavnih vlog v njeni patogenosti. Povzroči nastanek značilnih vakuol v epiteljski celici (4). Praktično pri vseh bolnikih z duodenalno razjedo, ki so jim dokazali hkratno okužbo s HP, ugotavljajo protitelesa IgA proti omenjenemu toksičnemu proteinu. Substanca so uspeli iz kulture HP tudi izolirati (5).



Sl. 1. HP na želodčni sluznici. (Iz: Lee A. *Helicobacter pylori: the organism*. V: Axon ATR. *Helicobacter pylori – its role in gastrointestinal disease*. 1st ed. London: Science Press, 1994: 7.)

Fig. 1. HP on gastric mucosa. (From: Lee A. *Helicobacter pylori: the organism*. In: Axon ATR. *Helicobacter pylori – its role in gastrointestinal disease*. 1st ed. London: Science Press, 1994: 7.)

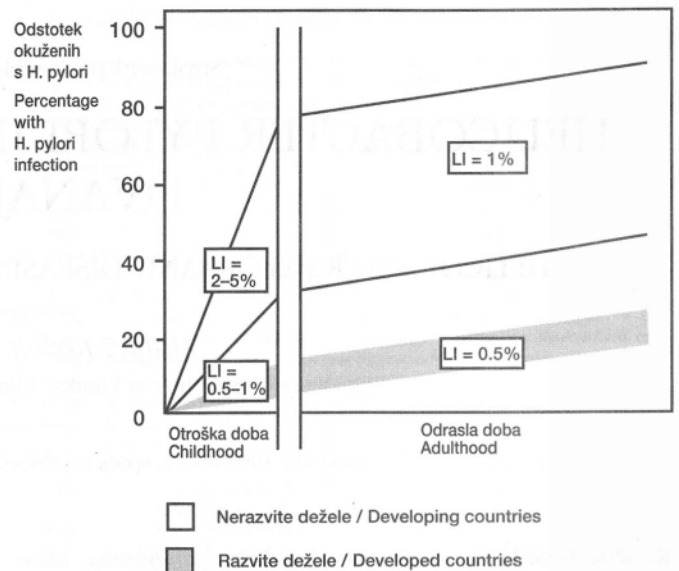
Epidemiologija

HP je razširjen po vsem svetu (6). Težko je ugotoviti pravo število, toda ocenjujejo, da je okuženih s HP nekaj milijard ljudi oziroma polovica človeštva. To pomeni, da je to ena najpogostejših kroničnih okužb (7). V razvitih deželah je okuženo približno 20% ljudi, mlajših kot 40 let in 50% nad 60 let (8). V manj razvitih deželah je okužba s HP še pogostejša (6–10).

Otroci se navadno okužijo s HP med 8. in 16. letom (11), lahko pa že veliko prej. Pri otrocih je odstotek novo okuženih v enem letu veliko večji (2–10%) kot pri odraslih (0,5–1%) (8, 9). Govorimo o dveh fazah okužbe: hitra, v otroški, in počasna, v odrasli dobi (sl. 2). Prekuženost otrok v nerazvitih deželah je zelo velika. V Savdski Arabiji je okuženo 40% otrok med 5. in 10. letom, v Indiji pa celo 60% otrok med 3. in 10. letom (9). Ker ni spontane ozdravitve, ima velika pogostost okužbe pri otrocih za posledico visoko prekuženost pri odraslih.

Večja možnost prenosa HP je v slabih socialnoekonomskih pogojih, kar verjetno razlaga razlike v prevalenci med razvitimi in nerazvitimi deželami oziroma predeli (6, 8, 9). Prevalenca HP pri otrocih je večja v družinah, kjer živi več otrok v eni sobi, kjer si delijo posteljo in nimajo tekoče vode v stanovanju (8). V ameriški raziskavi so ugotovili pol manjšo prekuženost družinskih članov v družinah z visokim letnim dohodkom (6).

Rezervoar za HP je človek in množica okuženih ljudi predstavlja zelo pomembno biomaso (9). Okužba s HP se prenaša verjetno fekalno oralno (6–9). Dolgo časa niso uspeli kultivirati bakterije iz blata. Menili so, da v blatu ne preživi zaradi toksičnosti žolčnih kislin oziroma prisotnosti številnih bakterij v širokem črevesu (12). Ko so odkrili primerno gojišče, so ugotovili, da ob normalni temperaturi lahko preživi HP nekaj dni v slini, sladki ali slani vodi. V Peruju, kjer je prekuženost izredno visoka, so ugotovili prenos s pitjem okužene vode. Okužba otrok, kjer so doma pili vodo iz mestnega vodovoda, je bila veliko pogostejša (30%) kot pri tistih (5%), kjer so imeli doma svoj vodnjak (12). Prevalenca okuženih



Sl. 2. Letna incidenca (LI) okužbe s HP je večja v nerazvitih deželah. Otroci so dovzetnejši za okužbo kot odrasli. Prekuženost otrok v nerazvitih svetih presega 60%. (Iz: Malaty HM, Mitchel HM, and Grabam DY. *Epidemiology of Helicobacter pylori infection*. V: Axon ATR. *Helicobacter pylori its role in gastrointestinal disease*. 1st ed. London: Science Press, 1994: 16.)

Fig. 2. Underdeveloped countries have a higher annual incidence of HP infection than the developed world. Children are more susceptible to infection than adults. A high proportion of children in undeveloped countries are infected with HP. The annual infection rate among children in those areas can be as high as 5%. (From: Malaty HM, Mitchel HM and Grabam DY. *Epidemiology of Helicobacter pylori infection*. In: Axon ATR. *Helicobacter pylori its role in gastrointestinal disease*. 1st ed. London: Science Press, 1994: 16.)

je višja v družinah, kjer ni tekoče vode in ne morejo dovolj skrbeti za osebno higieno (7–10).

Oralno oralni prenos je manj verjeten, kljub temu da je HP prisoten v ustni votlini (bruhanje želodčnega soka, dentalni plaki) (9). Blecker je leta 1994 ugotovil, da ni prišlo do prenosa bakterije od mater, ki so jim ugotovili HP v dentalnih plakih, na otroke v prvem letu starosti (8). Tudi v Zahodni Afriki, kjer najprej prežvečijo hrano in jo nato dajo otroku, niso potrdili oralno oralnega prenosa okužbe (12).

V Sloveniji je epidemiološko študijo leta 1991 naredila prof. dr. M. Gubina s sodelavci in s serološko metodo dokazovanja HP ugotovila, da je v starostni skupini od 0 do 29 prekuženost 38%, v skupini od 29 do 39 pa 73% (13).

HP in peptična bolezen želodca ter dvanajstnika

Kronični gastritis

Že Warren je v prvem zapisu o Campylobaktru sorodnih organizmih na površini želodčne sluznice opazil povezavo z aktivnim kroničnim gastritisom (tip B kroničnega gastritisa) (14). Bakterija se, kot kažejo zadnji podatki, pojavlja pri več kot 90% bolnikov s kroničnim gastritisom (15).

Ko vstopi v gostiteljev organizem, se naseli v svoji ekološki niši – v mukusu na površini želodčne sluznice, bodisi v korpusu ali antrumu želodca bodisi na otočkih metaplastične gastrične sluznice duodenuma. S citotoksini, ki jih izloča, in proizvodi svoje presnove, amonijakom in kloramini (spojine amonijaka s hipokloro kislino), neposredno poškoduje sluznični epitelij. Fosfoli-

paze, ki jih proizvajajo, razgradijo fosfolipidni sloj celične membrane in s tem omogočijo vdor prej omenjenih snovi v celico. Poleg tega bakterija s svoje površine izloča dve vrsti molekul: manjše delujejo neposredno kemotaktično, večje pa aktivirajo komplement po alternativni poti in s tem sprožajo izločanje levkotaktičnih snovi. V akutni fazi okužbe pride tako do kopičenja nevtrofilnih levkocitov v mukozni. Hkrati nekatere antigene, predvsem lipopolisaharidne, monociti predstavijo limfocitom T (celicam pomagalkam), ki pričnejo izločati številne citotoksine in imunske prenašalce. Med drugim spodbudijo k izločanju protiteles tudi limfocite B. Vsi ti procesi se s časom odrazijo v infiltraciji mukoze s kroničnimi vnetnicami, limfociti in plazmatkami, kar se patohistološko odrazi kot kronični aktivni gastritis. Gostota teh kroničnih vnetnih celic se povsem pokriva z intenzivnostjo kolonizacije s HP (16).

Posredni in neposredni citotoksični učinek HP se z leti postopno odrazi v atrofiji in izgubi želodčnega žleznega epitelijskega ter intestinalni metaplaziji sluznice – govorimo o t. i. kroničnem atrofičnem gastritisu. Obseg atrofije se pri bolnikih s kroničnim gastritisom z leti veča, vendar ne kot izključna posledica staranja samega po sebi, ampak kot odraz trajanja okužbe s HP in jakosti s tem zvezanega vnetja (17). S propadom želodčnega žleznega epitelijskega postane okolje za HP neprijaznejše in število bakterij na sluznici prične upadati.

Kot kaže, se kronična okužba s HP odrazi z dvema vzorcema razširjenosti vnetja. Pri večini HP poseli celotno sluznico želodca, razvije se difuzno vnetje – pangastritis, ki vodi do glandularne atrofije in zmanjšane izločanja kisline. Običajno je klinično asimptomatski, pri nekaterih, ob sodelovanju še drugih dejavnikov, pa z leti lahko pride do nastanka želodčne razjede ali do vznika karcinoma želodca (16, 18).

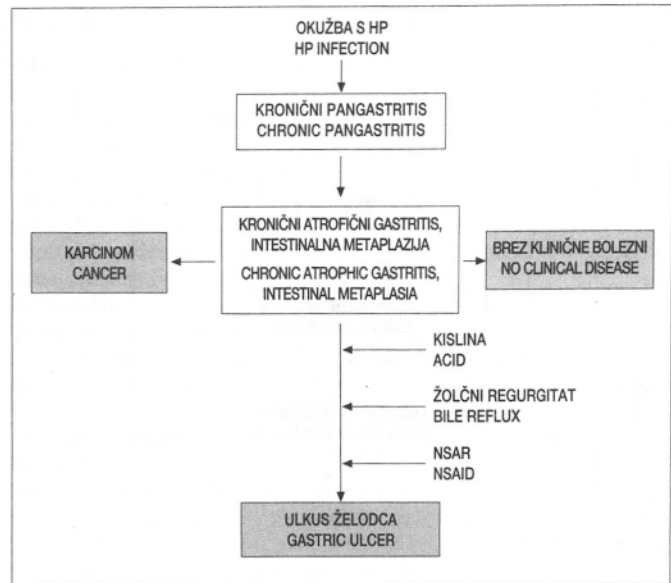
Pri drugih, ki imajo zaradi konstitucionalno povečanega števila parietalnih celic povečano sekrecijo kisline, pa sta okužba in vnetje omejena na antrum želodca. Poleg antralnega gastritisa (tip B kroničnega gastritisa) je zanj klinično značilen pojav razjede na dvanajstniku (16, 18).

Vzrokovi za zgoraj omenjene topografske značilnosti kronične okužbe s HP je verjetno več. Različni sevi HP kažejo različno afiniteto do različnih glikolipidnih receptorjev na površini sluznice želodca (19). Pri bolnikih s povečanim številom parietalnih celic v korpusu s tem zvezana hipersekrecija povzroči, da se HP naseli predvsem v nekoliko manj kislem okolju antruma (16, 18). Povečano izločanje kisline torej ščiti korpus želodca pred naselitvijo bakterije HP.

Želodčna razjeda

Čeprav je že dolgo znano, da je nastanek peptične razjede posledica neravnovesja med »napadom«
kisline in »obrambo«
sluznice, je bila v preteklosti mnogo več proučevanja deležna vloga kisline, celovito razumevanje zaščitnih dejavnikov sluznice pa zanemarjeno. Delež bolnikov z želodčno razjedo, ki jim dokažemo okužbo s HP, v objavljenih študijah precej niha (od 50 do 70%). Vendar moramo pri vrednotenju teh podatkov upoštevati, da postanejo bakterije v pozni fazi okužbe (atrofija in intestinalizacija sluznice želodca) redkejše in težje dokazljive. Prav tako je pri želodčni razjedi nedvomno večji odstotek medikamentoznih razjed, povezanih z uporabo nesteroidnih antirevmatikov. Brez dvoma kronična HP okužba vpliva na zmanjšano odpornost sluznice, bodisi z delovanjem HP citotoksinov in visokih koncentracij amonijaka bodisi s proteazami in toksičnimi kisikovimi radikali, ki jih izločajo imunske celice (20). Nekateri drugi dejavniki, kot so žolčni regurgitat ali nesteroidni antirevmatik, lahko delujejo samostojno ali pa sinergistično s HP (sl. 3).

Kljub vsemu še vedno ni povsem jasno, zakaj se, če je kronično vnetno spremenjena vsa sluznica želodca, želodčna razjeda pojavlja predvsem na nekaterih delih organa, pa tudi zakaj pri vsakomur s kroničnim pangastritisom ne nastane razjeda. Morda je vzrok v tem, da so nekateri sevi HP bolj citotoksični od drugih (21). Na



Sl. 3. Vpliv okužbe s HP na nastanek želodčne razjede (verjetni mehanizem).

Fig. 3. The role of HP infection in the development of gastric ulcer (probable mechanism).

mesto nastanka razjede pa najverjetneje vpliva tako zmanjšana odpornost epitelijskega na mestu stika korpusnega in antralnega tipa mukoze, kot tudi neposredni stik sluznice z žolčem ali nesteroidnimi antirevmatikami.

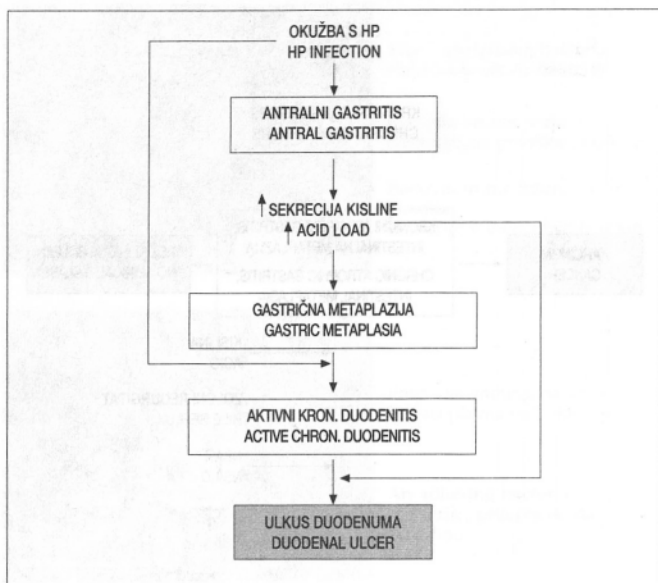
Razjeda dvanajstnika

Rezultati epidemioloških študij še dosti enotneje kot pri želodčni razjedi kažejo na povezavo med duodenalno razjedo in okužbo s HP – pri več kot 90% razjed dvanajstnika lahko dokažemo prisotnost HP (18). Hkrati sta v patogenezi dvanajstnikove razjede nedvomno udeležena še dva dejavnika: povečano bazalno izločanje kisline in gastrična metaplazija proksimalnega dvanajstnika (22) (sl. 4). Kaže, da je hiperacidnost začetna spodbuda tovrstne ulcerogeneze. Presežek kisline sproži kot obrambni odgovor pojav želodčnih mukusnih metaplastičnih celic v začetnem delu dvanajstnika. Ob okužbi s HP se ta organizem naseli tudi na otočkih gastrične metaplastične sluznice v dvanajstniku (22). Prvotno povečano izločanje kisline je posledica genetskih oziroma konstitucionalnih dejavnikov (povečano celokupno število parietalnih celic v želodcu), zvečanega izločanja gastrina in seveda kombinacije obeh dejavnikov. Zanimivo je, da opažajo pri 90% bolnikov z dvanajstnikovo razjedo s HP povzročeni kronični aktivni gastritis antruma in hkrati s tem povišan nivo serumskega gastrina. Na povečano izločanje gastrina pri okuženih s HP vplivajo:

- presnovni proizvodi bakterije (amonijak, bikarbonat), ki dvignejo pH tik ob sluzničnem epiteliju želodca,
- vnetni mediatorji, ki sodelujejo pri vnetnem odgovoru na okužbo želodčne sluznice s HP (razni citokini), neposredno spodbujajo celice G (23). Hkrati te snovi vplivajo tudi na zmanjšano izločanje somatostatina, ki je sicer inhibitor sekrecije gastrina (24).

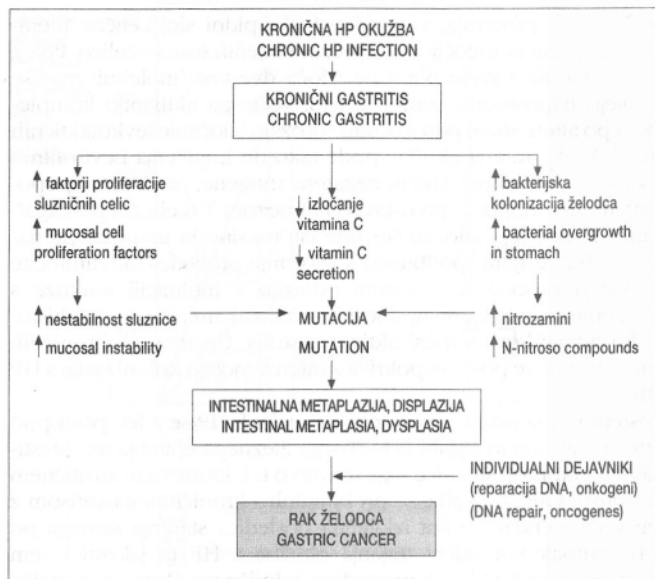
Ko uspešno izkoreninimo HP, pade bazalno izločanje kisline na nivo, ki ga imajo s HP neokuženi prostovoljci (23).

V končni stopnji je dvanajstnikova razjeda posledica poškodb s HP okuženega metaplastičnega želodčnega epitelijskega v dvanajstniku, ki jih povzročajo agresivne snovi od kisline in pepsina od bakterijskih citotoksinov.



Sl. 4. Vpliv okužbe s HP na nastanek dvanaestnikove razjede (verjetni mehanizem).

Fig. 4. The role of HP infection in the development of duodenal ulcer (probable mechanism).



Sl. 5. Vpliv okužbe s HP na nastanek želodčnega karcinoma (verjetni mehanizem).

Fig. 5. The role of HP infection in the development of gastric cancer (probable mechanism).

HP in novotvorbe želodca

Okužba s HP je ključni dejavnik etiologije in patogeneze želodčnega raka. S tem, ko povzroči kronični gastritis, HP sproži verigo biokemijskih sprememb, ki skupaj z genetskimi dejavniki in vplivi iz okolja vplivajo na začetek karcinogeneze. Kronična okužba s HP vpliva tudi na limfatično tkivo v sluznici in potencialno sproži njegovo maligno preobrazbo v limfom želodca.

Adenokarcinom želodca

Tesna povezanost med rakom na želodcu, predvsem intestinalnega tipa, in kroničnim atrofičnim gastritisom je bila znana že pred odkritjem vloge HP okužbe pri njegovem nastanku. Obe stanji kažeta podobno regionalno razširjenost (25). V populacijah z visoko incidenco želodčnega karcinoma že v mladosti ugotavljajo značilno veliko prekuženost s HP, v odrasli dobi pa veliko pogostnost kroničnega atrofičnega gastritisa in intestinalne metaplazije (26).

V nastanek in razvoj karcinogeneze so, kot kaže, vključeni naslednji mehanizmi (sl. 5):

– atrofični gastritis in posledično nizko izločanje kisline omogoči razrast bakterij, ki so sposobne presnavljati zaužite nitrate in nitrite v nitrozamine in nitrozamide, ki so znani karcinogeni;

– zmanjšano izločanje vitamina C, ki ga običajno izločajo želodčne celice in ki kot antioksidant preprečuje nitrozacijo nitritov v želodcu. Izločanje vitamina C je pri HP okuženih dokazano znižano (27);

– amonijak in acetaldehid, ki sta proizvoda presnove bakterije HP in sta oba citotoksična (28);

– lokalno spodbujanje sluznične proliferacije – pri bolnikih s kroničnim aktivnim gastritisom in s tem zvezano limfocitno infiltracijo ugotavljajo povečano aktivnost epitelijskega rastnega faktorja (EGF) (29).

Seveda ne smemo zanemariti tudi drugih dejavnikov karcinogeneze, ki z okužbo s HP nimajo neposredne povezave. Sem sodijo genetski dejavniki, imunski odgovor gostitelja, žolčni refluks, prehranske navade (obilica nitratov in kuhinjske soli v hrani) in podobno.

Limfom želodca

Sluznično limfatično tkivo (mucosa associated lymphoid tissue – MALT) se lahko maligno preobrazi v nizko maligni limfom želodca. Retrospektivni pregled biopsij želodca bolnikov z limfomom MALT je pokazal v več kot 90% okužbo s HP (in ne le v 50% kot pri ostali populaciji) (30). Zdi se, da vpliva na razvoj tovrstnih novotvorb trajna antigenska stimulacija (31). Nemška skupina, ki proučuje limfome MALT, ugotavlja ozdravljenje pri polovici bolnikov, ki so jim izkoreninili HP (32). To vznemirljivo odkritje nakazuje možnost, da bi bila prva stopnja v zdravljenju omenjenih limfomov ravno izkoreninjenje bakterije HP.

Diagnoza

Okužbo s HP lahko ugotovimo z invazivnimi ali neinvazivnimi metodami (sl. 6).

Klinični testi za odkrivanje HP	
Invazivni testi	
• Hitri ureazni test	⇒ hitro odkrivanje HP
• Histologija	⇒ odkrivanje HP in vrsta gastritisa
• Kultura	⇒ odkrivanje seva HP in občutljivosti na antibiotik
Neinvazivni testi	
• Dihalni test (¹³ C urea)	⇒ presejanje, kratkoročno in dolgoročno sledenje
• Serologija	⇒ presejanje, dolgoročno sledenje
Clinical testing for HP	
Invasive tests	
• Urease rapid test	⇒ rapid detection of HP
• Histology	⇒ detection of HP and description of gastritis
• Culture	⇒ detection of HP strain typing and sensitivity to antibiotic
Non-invasive tests	
• Dihalni test (¹³ C urea)	⇒ screening, short and long term follow-up
• Serology	⇒ screening, long term follow-up

Sl. 6. Testi za odkrivanje okužbe s HP in njihova uporabnost.

Fig. 6. Diagnostic tests for HP infection and their applicability.

Hitri ureazni test

Osnova testa je močna ureazna aktivnost HP (33, 34). Med endoskopskim pregledom zgornjih prebavil odvzet biopsijski vzoreček antralne sluznice damo v stekleničko z ureo in pH indikatorjem (navadno fenol rdeče). Če je HP prisoten, ureaza razgradi ureo, nastanejo amonijevi ioni, ki zvišajo pH in tekočina se rožnato obarva. Hitri ureazni testi se razlikujejo glede na koncentracijo ureae in indikatorja pH. Višja temperatura inkubacije pospeši reakcijo in do obarvanja pride lahko že po nekaj minutah. Pri vseh komercialno dosegljivih testih (CLO, DeltaWest, HUT, Astra) se tekočina obarva navadno že v 30 minutah (33). Hitri ureazni test ima skoraj 100% specifičnost in 86 do 98% občutljivost (7, 8, 33). Ureazno aktivnost lahko ugotovljamo tudi v želodčnem soku. Zanesljivost metode je velika, vendar je bolj zapletena in jo praktično ne uporabljajo (33). Veliko prihodnost si obetajo z ugotavljanjem prisotnosti ureaze s pomočjo amonijeve elektrode (35).

Histologija

Za histološki pregled sta potrebni dve biopsiji iz antruma želodca (7, 10, 35). Najboljše rezultate dobimo, če vzamemo prvi vzoreček sluznice iz prepiloričnega predela in drugega iz predela pod angularno gubo proti pilorusu (36). Če je bolnik nekaj dni pred preiskavo jemal omeprazol, je treba vzeti biopsije tudi iz sluznice korpusa želodca, kamor se HP pri zdravljenju z inhibitorjem protonske črpalke pogosto preseli (6, 7). Z modificirano metodo barvanja po Giemsi lahko HP ugotovimo z direktnim mikroskopiranjem (7, 35).

Občutljivost histološke metode za dokazovanje HP je 88 do 95%, specifičnost pa je blizu 100% (7, 8, 37).

Z elektronskim mikroskopom lahko vidimo HP, vendar občutljivost ni nič večja kot pri svetlobni mikroskopiji (33).

Kultura

Za dokazovanje HP v kulturi je treba narediti dve biopsiji antruma želodca. Za doseg optimalnega rezultata je treba skrbno pripraviti in transportirati vzorce sluznice. Predvsem je pomembno, da bioptični material ni dalj časa na suhem (33).

Specifičnost te metode je 100%, občutljivost pa približno 90% (7, 8, 37).

Urea dihalni test

To je neinvazivna metoda določanja prisotnosti HP v želodčni sluznici. Test temelji na aktivnosti ureaze HP, ki hidrolizira ureo. Ta je označena z izotopom ^{13}C ali ^{14}C . Nastali CO_2 se resorbira v kri in izloči prek dihal. Z analizo izdihanega zraka s pomočjo scintigrafije (^{14}C) ali masnega spektrometra (^{13}C) lahko sklepamo na okužbo s HP (10).

^{13}C -urea dihalni test je popolnoma neškodljiv in zato bolj privlačen. Evropski protokol vrednotenja ^{13}C -urea dihalnega testa je bil narejen leta 1993 (38). Bolnik najprej zaužije mastni obrok, ki upočasni praznjenje želodca, nato (po 10 minutah) popije tekočino z ureo, ki vsebuje izotop ^{13}C . Prva analiza izdihanega zraka se naredi pred testom. Nato analiziramo izdih 30 minut po zaužitju tekočine z ureo ali pa zrak iz zbirnega meha, kamor bolnik večkrat izdahne v 40 minutah po začetku testa (38).

^{13}C -urea dihalni test lahko uporabljamo brez omejitve, tudi pri otrocih in nosečnicah. Ima prednost pred invazivnimi metodami, ker ugotavlja okužbo celotne želodčne sluznice, saj lahko z biopsijo mesto okužbe tudi zgrešimo. Test je pozitiven že pri zelo majhnem številu HP (38).

Uporabljamo ga pri epidemioloških raziskavah in za oceno uspešnosti zdravljenja (en mesec po končanem zdravljenju).

Občutljivost ^{13}C -urea dihalnega testa je 95%, specifičnost pa 94% (7, 8, 37).

Serologija

Okužba s HP izzove močan lokalni in sistemski imunski odgovor. V želodčni sluznici nastajajo predvsem protitelesa IgA, v serumu pa protitelesa IgG. Protitelesa IgM lahko potrdimo v serumu le na začetku okužbe (33).

Od številnih seroloških metod je najbolj uporaben ELISA test, ki je enostaven, ponovljiv in dovolj zanesljiv.

Serološke metode za odkrivanje okužbe s HP uporabljamo predvsem pri epidemioloških raziskavah ter za dolgoročno sledenje in oceno uspešnosti zdravljenja HP (7, 33, 39).

Za potrditev okužbe s HP je dovolj, če določimo protitelesa IgG. Pri oceni uspešnosti zdravljenja določamo titer IgG in IgA. Padec titra IgA je hitrejši kot IgG (34). Znižanje titra protiteles za polovico ugotavljamo navadno šele 3 do 6 mesecev po uspešnem zdravljenju (33).

Obstajajo številni hitri serološki testi, ki dajo rezultate že po 10 minutah.

Specifičnost in občutljivost ELISA testov je okoli 90% (7, 8, 33). Novejše raziskave kažejo, da je koncentracija protiteles IgG v slini premosorazmerna s koncentracijo protiteles IgG v serumu, kar bi serološke metode zelo poenostavilo (33).

Zdravljenje

HP je odgovoren za nastanek 92 do 95% duodenalnih in večine benignih želodčnih razjed, ki niso posledica uživanja nesteroidnih antirevmatikov (NSAR) (8, 39). Zdravljenje okužbe je smiselno in ga začnemo, ko endoskopsko odkrijemo razjedo dvanajstnika ali želodca in potrdimo prisotnost HP v želodčni sluznici (8, 10, 40, 41).

Večina bolnikov z ulkusom dvanajstnika, ki jim nismo izkoreninili HP, ima vsako leto po odkritju bolezni vsaj eno poslabšanje bolezni. Po uspešnem zdravljenju ima le še 10% bolnikov težave, ki so verjetno posledica bazalne hipersekrecije želodčne kisline (42). Pri bolnikih z ulkusom dvanajstnika, kjer ne dokažemo HP, je treba ulkus histološko opredeliti (Mb. Crohn, malignom, gastrinom), če seveda ni povezan z uporabo nesteroidnih antirevmatikov (8).

Raziskav, ki potrjujejo uspešnost zdravljenja okužbe pri benigni želodčni razjedi, ki ni posledica uživanja NSAR, je veliko manj kot za duodenalno razjedo. Vsi so si edini, da je pri razjedi želodca, kjer ugotovimo prisotnost HP, treba le-tega tudi izkoreniniti (39). Razjedo želodca moramo ne glede na okužbo s HP endoskopsko in histološko slediti do zacelitve.

V okolju z veliko prekuženostjo s HP pride do pogoste ponovne okužbe. V razvitem svetu znaša ta samo 1% letno (43).

Nekateri menijo, da bi bilo treba okužbo s HP zdraviti pri bolnikih z neulkusno dispepsijo (44), drugi pa predlagajo, naj bi zdravili tudi asimptomatske okužene bolnike. Tako bi zmanjšali rezervoar okužbe in število malignih bolezni želodca bi se zmanjšalo (40). Sicer je zdravljenje okužbe s HP enako ne glede na lokalizacijo razjede.

Monoterapija z različnimi antibiotiki ni dovolj uspešna in je ne uporabljamo (7, 40).

Dvotirna terapija je navadno sestavljena iz omeprazola in antibiotika (AB) (6, 7, 10, 41). Najbolj pogost AB v kombinaciji je amoksicilin, uspešni so tudi makrolidni AB (klaritromicin). Znane so številne sheme z različnimi odmerki in pogostostjo jemanja, tako omeprazola kot antibiotika. Ugotovili so, da je zdravljenje bolj učinkovito, če bolnik vzame omeprazol dvakrat dnevno kot v enkratnem odmerku. Učinkovitost se z višanjem dnevnega odmerka nad 40 mg ne poveča (41). Pri predpisovanju AB se je poleg odmerka, pogostosti dajanja, trajanja zdravljenja, pojavilo tudi vprašanje pomembnosti oblike zdravila. Ni povsem razjasnjeno, ali AB deluje intramuralno, sistemsko ali kombinirano. Če bi deloval predvsem intraluminalno, bi bila najboljša oblika gotovo sirup. Admek je v svoji raziskavi uporabil amoksicilin v paranteralni obliki in ugotovil enako stopnjo uspešnosti zdravljenja, kot

jo ugotavljajo pri peroralni obliki, kar je močno omajalo pomembnost oblike zdravila (AB) (41).

Najpogostejša kombinacija je omeprazol 2-krat 20 mg in amoksicilin 2-krat 1000 mg. Zdravljenje traja 14 dni, stopnja eradikacije pa se v različnih študijah giblje od 50% do 85%. Novejše raziskave kažejo, da je makrolidni AB klaritromicin v kombinaciji z omeprazolom enako ali še bolj učinkovit (41).

Trotirna terapija je navadno sestavljena iz treh AB ali omeprazola in dveh antibiotikov. Klasična kombinacija je bismutov subcitrát (4-krat 120 mg), metronidazol (3-krat 400 mg) in tetraciklin (4-krat 500 mg). Slednjega lahko zamenjamo tudi z amoksicilinom (7, 8, 10). Zdravljenje traja 14 dni. Učinkovitost je nekoliko večja kot pri dvotirni terapiji. Način jemanja zdravil je zapleten in veliko bolnikov ima stranske pojave, zato zdravljenje predčasno prekinejo.

Novejše sheme trotirne terapije vsebujejo omeprazol in kombinacijo dveh AB, nitroimidazolskega (tinidazol, metronidazol) in amoksicilina ali klaritromicina. Prednost teh kombinacij je v enostavnejšem doziranju, lažjem prenašanju in krajšem trajanju zdravljenja (en teden). Uspešnost izkoreninjenja HP znaša med 85% in 95% (40, 41).

Zdravljenje bolnikov z razjedo želodca in dvanajstnika, ki so okuženi s HP, običajno začnemo z dvotirno terapijo (omeprazol 2-krat 20 mg, amoksicilin 2-krat 1000 mg), ki traja 14 dni. Ob neuspehu moramo uporabiti drugo kombinacijo zdravil oziroma trotirno zdravljenje. Če eradikacija tudi po drugi shemi zdravljenja ni uspešna (kljub pravilnemu jemanju zdravil), je treba ugotoviti občutljivost HP na AB in nato usmerjeno zdraviti.

Izkoreninjenje je uspešno, če vsaj štiri tedne po končanem zdravljenju ne ugotovimo prisotnosti HP v želodčni sluznici z invazivnimi (histologija, hitri ureazni test, kultura) ali neinvazivnimi metodami (urea dihalni test) (8).

Velik napredek v preprečevanju okužbe s HP bi dosegli z izdelavo cepiva. Odkriti so že številni antigeni, pomembni za virulenco HP (vakuolizirajoči toksin, ureaza), ki bi lahko predstavljali osnovo za cepivo. Poskusna testiranja cepiva že potekajo na živalskih modelih (45).

Zaključek

Z bakterijo HP je okužena približno polovica človeštva in predstavlja najpogostejšo kronično okužbo. HP kolonizira samo želodčni epitelij. Pomembna je njena vloga pri nastanku gastritisa, dvanajstnikove in želodčne razjede ter celo malignih bolezni želodca (adenokarcinom, limfom). Okužbo ugotavljamo z invazivnimi in neinvazivnimi metodami. Zdravljenje bolnikov z razjedo dvanajstnika ali želodca, ki jim dokažemo tudi prisotnost HP, se je zelo spremenilo. Uporabljamo različne kombinacije omeprazola in antibiotikov. Trajanje zdravljenja je odvisno od zdravil, ki jih uporabimo v kombinaciji in traja en do dva tedna. Uspešnost izkoreninjenja HP ugotavljamo štiri tedne po končani terapiji z invazivnimi ali neinvazivnimi metodami. Po uspešnem zdravljenju je število relapsov peptične razjede bistveno manjše.

Literatura

- Marshall BJ, Barrett LJ, Prakash C et al. Urea protects *Helicobacter pylori* from the bactericidal effect of acid. *Gastroenterology* 1990; 99: 697-702.
- Steer HW. Ultrastructure of *Campylobacter pylori* in vivo. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1989: 146-54.
- Goggin PM, Northfield TC, Spychal RT. Factors affecting gastric mucosal hydrophobicity in man. *Scand J Gastroenterol* 1991; 181: Suppl: 65-73.
- Ricci V, Sommi P, Cova E et al. *Helicobacter pylori* induced cell vacuolisation: cytotoxin potentiates the action of ammonia. *Gastroenterology* 1994; 106: Suppl: 165-5.
- Figura N, Guglielmetti P, Rossolini A et al. Cytotoxin production by *Campylobacter pylori* strains isolated from patients with peptic ulcers and from patients with chronic gastritis only. *J Clin Microbiol* 1989; 27: 225-6.
- Megaraud F. Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection. In: Rathbone BJ, Heatley RV. *Helicobacter pylori* and gastroduodenal disease. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1992: 107-24.
- Colin-Jones DG. Medical management of peptic ulcer. In: Misiewicz JJ, Pounder RE, Venables CW. *Disease of the gut and pancreas*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994: 261-91.
- Marshall BJ. *Helicobacter pylori*. *The American Journal of Gastroenterology* 1994; Vol. 89: S116-S28.
- Malaty HM, Mitchell HM, Graham DY. Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection. In: Axon ATR. *Helicobacter pylori* its role in gastrointestinal disease. 1st ed. London: Science Press 1994: 11-7.
- Fennerty MB. *Helicobacter pylori*. *Arch Intern Med* 1994; 154: 721-7.
- Mahony MJ, Littlewood JM. *Helicobacter pylori* in pediatric population. In: Rathbone BJ, Heatley RV. *Helicobacter pylori* and gastroduodenal disease. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1992: 177-87.
- Megraud F. Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection: some fundamental questions. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 1993; 5: S60-S3.
- Gubina M, Newell DG, Hawtin PR, Avšič-Zupanc T, Križman I. *Helicobacter pylori* IgG antibodies in asymptomatic Slovenian population. *Zdrav Vestn* 1991; 60: 449-52.
- Warren JR, Marshall BJ. Undefined curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. *Lancet* 1983; 1: 1273-5.
- Dixon MF, Sobala GM. Gastritis and duodenitis: the histopathological spectrum. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1992; 4: Suppl 2: 17-23.
- Louw JA, Falck V, van Rensberg C et al. Distribution of *Helicobacter pylori* colonisation and associated gastric inflammatory changes: difference between patients with duodenal and gastric ulcers. *J Clin Pathol* 1993; 46: 754-6.
- Kateleris PH, Slow F, Lin BPC et al. Effect of age, *Helicobacter pylori* infection, and gastritis with atrophy on serum gastrin and gastric acid secretion in healthy men. *Gut* 1993; 34: 1032-7.
- Dixon MF. *Helicobacter pylori* and peptic ulceration: histopathological aspects. *J Gastroenterol Hepatol* 1991; 6: 125-30.
- Lingwood CA, Pellizzari A, Law H, Sherman P, Drumm B. Gastric glycerolipid as a receptor for *Campylobacter pylori*. *Lancet* 1989; ii: 238-41.
- Marshall BJ. Virulence and pathogenicity of *Helicobacter pylori*. *J Gastroenterol Hepatol* 1991; 6: 121-4.
- Scrabtree JE, Taylor JD, Wyatt JI et al. Mucosal IgA recognition of *Helicobacter pylori* 120 kDa protein, peptic ulceration, and gastric pathology. *Lancet* 1991; 338: 332-4.
- Wyatt JI, Rathbone BJ, Dixon MF et al. *Campylobacter pyloridis* and acid-induced gastric metaplasia in the pathogenesis of duodenitis. *J Clin Pathol* 1987; 40: 841-8.
- El Omar E, Penman I, Dorrian CA et al. Eradicating *Helicobacter pylori* infection lowers gastrin mediated acid secretion by two thirds in duodenal ulcer patients. *Gut* 1993; 34: 1060-5.
- Moss SF, Legon S, Bishop AE, Polak JM, Calam J. Effect of *Helicobacter pylori* on gastric somatostatin in duodenal ulcer disease. *Lancet* 1992; 340: 930-2.
- Forman D. Eurogast study group. An international association between *Helicobacter pylori* infection and gastric cancer. *Lancet* 1993; 341: 1359-62.
- Guarner J, Mohar A, Parsonet J, Halperin D. The association of *Helicobacter pylori* with gastric cancer and preneoplastic gastric lesions in Chipas, Mexico. *Cancer* 1993; 71: 297-301.
- Sobala GM, Schorah CJ, Shirus S et al. Effect of eradication of *Helicobacter pylori* on gastric juice ascorbic acid concentrations. *Gut* 1993; 34: 1038-41.
- Tsuji M, Kawano S, Tsuji S et al. Mechanism of gastric mucosal damage induced by ammonia. *Gastroenterology* 1992; 102: 1881-8.
- Cahill RJ, Sant S, Hamilton H et al. *Helicobacter pylori* and increased cell proliferation: a risk for cancer. *Gastroenterology* 1993; 104: Suppl: 1032-2.
- Wotherspoon AC, Ortiz Hidalgo C, Falzon MR et al. *Helicobacter pylori*-associated gastritis and primary B-cell gastric lymphoma. *Lancet* 1991; 338: 1175-6.
- Hussell T, Isaacson PG, Crabtree JE et al. The response of cells from low-grade B-cell gastric lymphomas of mucosa-associated lymphoid tissue to *Helicobacter pylori*. *Lancet* 1993; 342: 571-4.
- Bayerdorffer E, Neubauer A, Eidt S, MALT-Lymphoma Study Group et al. Double-blind treatment of early gastric MALT-lymphoma patients by *Helicobacter pylori* eradication. *Gastroenterology* 1994; 106: Suppl 2: 370-0.
- Malfertheiner P. Diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. In: Axon ATR. *Helicobacter pylori* its role in gastrointestinal disease. 1st ed. London: Science Press, 1994: 36-56.
- McNulty CAM. Detection of *Helicobacter pylori* by biopsy urease test. In: Rathbone BJ, Heatley RV. *Helicobacter pylori* and gastroduodenal disease. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1992: 58-63.
- Butcher GP, Ryder SD, Hugues SJ et al. Use of an amonia electrode for rapid quantification of *H. pylori* urease: its use in the endoscopy room and assessment of urease inhibition by bismuth subsalicylat. *Digestion* 1992; 53: 142-8.
- Paterlin A, Rolli F, Buffoli F et al. Endoscopy in the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1993; 5: S36-S7.
- Wyatt JI, Gray SF. Detection of *Helicobacter pylori* by histology. In: Rathbone BJ, Heatley RV. *Helicobacter pylori* and gastroduodenal disease. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1992: 51-8.
- Logan R. Urea breath test for the detection of *Helicobacter pylori* infection. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1993; 5: S46-S9.
- Muli P, Vaira D, Menegati M, Boschi S, Migliolo M, Barbara L. Clinical aspects of serology in the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1993; 5: S54-S6.
- Axon ATR. Treatment of *Helicobacter pylori* infection. In: Axon ATR. *Helicobacter pylori* its role in gastrointestinal disease. 1st ed. London: Science Press 1994: 57-67.

41. Axon ATR. The role of omeprazole and antibiotic combination in the eradication of *Helicobacter pylori* – an update. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29: Suppl 205: 31-7.
42. Hirschowitz BL, Mohnen J, Show S. High recurrence rate of duodenal ulcer despite H. P. eradication in a clinical subset – rapidly recurring peptic ulcer. *Gastroenterology* 1994; 106: Suppl 2: 94-4.
43. Bell GD, Powell KU, BurrIDGE SM et al. Reinfection or recrudescence after apparently successful eradication of *Helicobacter pylori* infection: implication for treatment of patient with duodenal ulcer disease. *QJ MED* 1993; 86: 375-82.
44. Corinaldesi R, Tucci A, Poli L. Treatment of *Helicobacter pylori*-positive functional dyspepsia. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1993; 5: Suppl 2: S79-S81.
45. Rappuoli R, Bugnoli M, Ghiara P et al. Development of a vaccine against *Helicobacter pylori*: a short overview. *Eur J Gastroenterol and Hepatol* 1993; 5: S76-8.

V tej številki so sodelovali:

asist. mag. Janez Babnik, dr. med., specialist pediater, Ginekološka klinika, KC Ljubljana

asist. mag. Borut Bratanič, dr. med., specialist pediater, Pediatrična klinika, KC Ljubljana

Lev Bregant, dr. med., specialist pediater, Ginekološka klinika, KC Ljubljana

prof. Rafko Dolhar, dr. med., specilaist športne medicine, Trst

Vlasta Dragoš, dr. med., specialistka dermatovenerologinja, Dermatološka klinika, KC Ljubljana

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

asist. Matjaž Hafner, dr. med., Gastroenterološka interna klinika, KC Ljubljana

prim. Avgust Hribovšek, dr. med., Celje

Susara C. Južnič, dr. med., Fiziološki inštitut, MF Ljubljana

asist. Matjaž Koželj, dr. med., specialist internist, Gastroenterološka interna klinika, KC Ljubljana

prof. dr. Zora Konjajev, dr. med., specialistka pediatrijnja, ljubljana

Lilijana Kornhauser-Cerar, dr. med., specialistka pediatrijnja, Ginekološka klinika, KC Ljubljana

Stojana Kratochwil-Jerman, dr. med., Ljubljana

Evita Leskovšek, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja Ljubljans

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

mag. Magda Lušič, dr. med., specialistka pediatrijnja, Sb Trbovlje

mag. Branko Lubej, dr. med., specialist splošne medicine, ZD Bled

prof. dr. Majda Lunder, dr. med., specialistka dermatovenerologinja, Ljubljana

asist. mag. Tomaž Lunder, dr. med., specialist dermatolog, dermatološka klinika, KC Ljubljana

Lucijan Miklavčič, dr. med., Ortopedska bolnišnica Valodtra

Leopold Morela, dr. med., specialist kirurg, SB Novo mesto

prof. dr. Ema Mušič, dr. med., specialistka internistka, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik

doc. dr. Živa Novak-Antolič, dr. med., specialistka ginekologinja in porodničarka, Ginekološka klinika, KC Ljubljana

Maja Pestevšek, dr. med., specialistka pediatrijnja, Ginekološka klinika, KC Ljubljana

prim. asist. mag. Božena Podrumac, dr. med., specialistka dermatovenerologinja, dermatološka klinika, KC Ljubljana

Vida Pojanec-Kolbezen, dr. med., specialistka splošne emdicine, ZD Ljubljana

asist. Marko Potočnik, dr. med., specialist dermatovenerolog, dermatološka klinika, KC Ljubljana

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

doc. dr. Dean Ravnik, dr. med., Anatomiški inštitut, MF Ljubljana

Tatjana Tonin, dr. med., specialistka pediatrijnja, Ginekološka klinika, KC Ljubljana

Rihard Trebše, dr. med., Ortopedska bolnišnica Valodtra

akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med., specialist nevrolog, Inštitut za klinično nevrofiziologijo, KC Ljubljana

prim. Davorin Valenti, dr. med., Maribor

mag. Ivan Verdenik, dipl. ing. računalništva, Ginekološka klinika, KC Ljubljana

prim. Jasna Vončina, dr. med., specialistka anesteziologinja, Ljubljana

Ponovno registriran v Sloveniji:

GEONISTIN®

nistatin + oksitetraciklin
vaginalete



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

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

Pliva Ljubljana d.o.o., Dunajska 51

Strokovni prispevek/Professional article

TOKOLIZA Z BETAMIMETIKI IN MOŽGANSKE KRVAVITVE PRI NEDONOŠENČKIH

Tocolysis with betamimetic agents and intracranial hemorrhages in prematures

Lev Bregant, Živa Novak-Antolič, Ivan Verdenik

Ginekološka klinika, Klinični center, Zaloška 11, 61105 Ljubljana

Prispelo 1995-06-26, sprejeto 1995-12-16; ZDRAV VESTN 1996; 65: 13-16

Ključne besede: *prematurnost; večplodna nosečnost; ritodrin; kortikosteroidi*

Key words: *prematurity; multiple pregnancy; ritodrine hydrochloride; corticosteroids*

Izvleček – Izhodišča. Nedonošenost je še vedno glavni vzrok zbolewnosti in umrljivosti novorojenčkov. Eden od načinov preprečevanja prezgodnjega poroda je uporaba medikamentne tokolize, najpogosteje uporabljen tokolitik je betamimetik ritodrin hidroklorid. Namen tokolize je pridobiti čas, v katerem je moč z različnimi farmakološkimi sredstvi povečati zrelost plodovih pljuč.

Abstract – Background. Preterm delivery is still the main cause of morbidity and mortality in neonates. Pharmacologic tocolysis is a possible measure in prevention of preterm labor. A betamimetic agent ritodrine hydrochloride is the most commonly used tocolytic agent. The purpose of tocolysis is to gain time when fetal lung maturation can be promoted by various pharmacologic agents.

Metode. S pomočjo Perinatalnega informacijskega sistema Slovenije so avtorji retrogradno pregledali podatke 6027 porodov v Porodnišnici Ljubljana v letu 1993.

Methods. A retrospective study involving 6027 births taking place in the Ljubljana Maternity in 1993 was carried out by Perinatal Information System of Slovenia.

Rezultati. Medikamentna tokoliza je bila uporabljena pri 102 nosečnicah, ki so rodile 128 nedonošenčkov. Od teh je intrakranialno krvavitev utrpelo 7 otrok, 5 od njih je bilo rezultat večplodne nosečnosti.

Results. Pharmacologic tocolysis was used in 102 pregnant women, who gave birth to 128 prematures. Seven prematures suffered from intracranial hemorrhage, 5 of them were from multiple pregnancies.

Zaključki. Napore za izboljševanje perinatalnih rezultatov je treba usmeriti v preprečevanje nedonošenosti. Pri betamimetiku ritodrin hidrokloridu avtorji opozarjajo razen na ugodno tokolitično delovanje tudi na večjo možnost intrakranialne krvavitve zlasti pri trojčkih in četverčkih. Za pospeševanje plodove pljučne zrelosti je nujno istočasno zdravljenje s kortikosteroidi.

Conclusions. Efforts in improving perinatal results have to be focused on the prevention of prematurity. Beside the tocolytic action of betamimetic ritodrine hydrochloride the possibility of intracranial hemorrhage has to be born in mind, especially in triplets and quadruplets. Fetal lung maturity should be promoted by corticosteroids.

Uvod

Nedonošenost je eden glavnih vzrokov perinatalne umrljivosti in zbolewnosti. V Republiki Sloveniji je bilo 1993. leta 6,1% novorojenčkov rojenih nedonošenih (1).

Tokoliza

Velik napor in prizadevanja perinatologov so usmerjeni v zmanjševanje nedonošenosti in njenih posledic. Eden od ukrepov za podaljšanje nosečnosti je medikamentna tokoliza z betamimetiki (na primer z ritodrin hidrokloridom) (2). Ritodrin razmeroma selektivno deluje na beta 2 receptorje v maternici. Ameriška komisija za zdravila (FDA) je dovolila uporabo ritodrina 1979. leta po desetletnem kliničnem raziskovanju (3). Vrsta raziskav po uvedbi zdravila v redno uporabo je ugotovila učinkovitost betamimetikov za podaljšanje nosečnosti za 24 do 48 ur, ne pa dlje. Prav tako niso uspeli dokazati zniževanja perinatalne umrljivosti in zbolewnosti ob uporabi ritodrina (4). Poleg betamimetikov imajo tokolitično delovanje še magnezijev

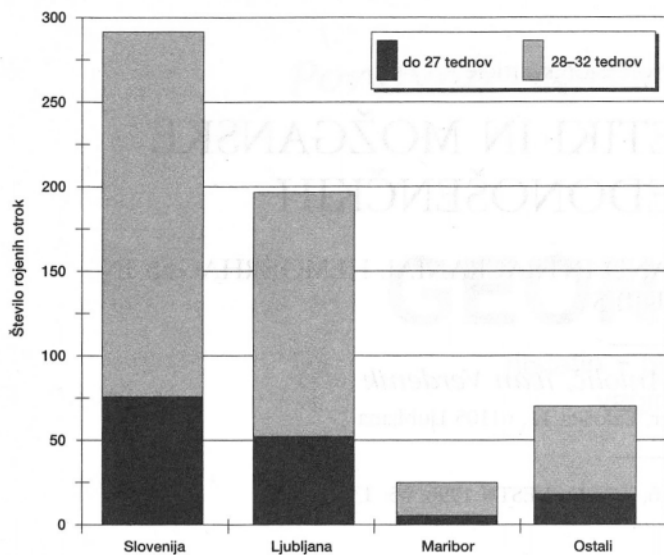
sulfat, zaviralci sinteze prostaglandinov, analogi progesterona, antagonist kalcijevih kanalov, nitrati in druga zdravila.

Pospeševanje zrelosti ploda

V času, ki ga dobimo s tokolizo, želimo doseči čim večjo plodovo zrelost, predvsem njegovih pljuč. Pri pospeševanju dozorevanja plodovih pljuč se je do sedaj najbolj uveljavil deksametazon (5). Da dosežemo poln učinek zdravljenja s kortikosteroidi, mora nosečnica prejemati zdravilo tri dni ali vsaj 24 ur (6). Kadar je deksametazon kontraindiciran – na primer pri sladkorni bolezni, hipertirozi, aktivni tuberkulozi, virusnem vnetju roženice, peptični razjedi, alergiji na preparat – damo ambroksol. Pri tem metabolitu bromheksina lahko pričakujemo ugoden vpliv šele po petih dnevih (7).

Intrakranialna krvavitev

Skoraj tako dolgo kot tokolitično delovanje ritodrina je znana tudi nevarnost periventrikularne in intraventrikularne krvavitve (in-



Sl. 1. Število nedonošenčkov z gestacijsko starostjo do 32 tednov po porodnišnicah Slovenije, 1993. (Vir: Perinatalni informacijski sistem Slovenije, 1993.)

Fig. 1. Number of prematures with gestational age below 32 weeks in maternities, Slovenia, 1993. (Source: Perinatal information system of Slovenia, 1993.)

tracerebralne krvavitve – ICK) pri nedonošenčku ob takem zdravljenju (8).

Impresivni so podatki, ki so zajeli 2827 prezgodnjih porodov in je bilo zato mogoče dokazati statistično značilno povezavo med uporabo betamimetikov za tokolizo in ICK (8).

Take povezave pri uporabi magnezijevega sulfata niso našli. Patofiziološka razlaga povečane možnosti za nastanek ICK pri uporabi betamimetikov bi bila lahko naslednja: zaradi betamimetikov je pulzni tlak večji, kar lahko ob drugih hemodinamskih spremembah pripelje do poškodbe zelo ranljivega žilja ploda že in utero (8, 9).

Tab. 1. Odvisnost ICK od tokolize.

Tab. 1. Chi-square ICH by tocolysis.

ICK/ICH	Tokoliza / Tocolysis					
	Ne/No		Da/Yes		Skupaj/Total	
	Štev./No.	%	Štev./No.	%	Štev./No.	%
Ne/No	5.932	98,9	62	1,1	5.994	100
		99,6		89,9		99,5
Da/Yes	26	78,8	7	21,2	33	100
		0,4		10,1		0,5
Skupaj/Total	5.958	98,9	69	1,1	6.027	100%
		(100%)		(100%)		(100%)

Hi-kvadrat (Chi-square) – 118,07; $p < 0,000$

Tabela 1 prikazuje število novorojenčkov v Porodnišnici Ljubljana v letu 1993, pri katerih je bila ugotovljena ICK in so njihove matere prejele tokolitično terapijo z ritodrinom.

Table 1 shows number of neonates born in Maternity Ljubljana in the year 1993 with ICH and who's mothers had tocolysis with ritodrine hydrochloride.

Bolniki in metode

V članku podajamo rezultate retrogradne analize podatkov iz bolnišnične dokumentacije pri nedonošenčkih z možgansko krvavitvijo in pri nosečnicah, ki so prejemale tokolitik ritodrin. Želeli smo poiskati vzročno povezavo med uporabo ritodrina v drugi polovici nosečnosti in posledično možgansko krvavitvijo, ne glede na stopnjo po mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB), pri novorojenčku.

Pri zbiranju podatkov smo uporabili Perinatalni informacijski sistem Slovenije (PISS), s katerim od leta 1987 računalniško zbiramo podatke o porodnicah in novorojenčkih v vseh 14 slovenskih porodnišnicah.

V Sloveniji je bilo leta 1993 rojenih 293 otrok z gestacijsko starostjo med 24. in 32. tednom. Zaradi organiziranega transporta in utero je bilo v Porodnišnici Ljubljana rojenih 52 nedonošenčkov z gestacijsko starostjo pod 27 tedni, kar predstavlja 68,4% vseh slovenskih nedonošenčkov v tej starostni skupini in 147 novorojenčev z gestacijsko starostjo med 28 in 32 tedni (67,7% vseh slovenskih nedonošenčkov v tej starostni skupini) (sl. 1).

Leta 1993 je bilo v Porodnišnici Ljubljana rojenih 6027 otrok. Zanimalo nas je število otrok, katerih matere so prejemale toko-

Tab. 2. Nedonošenčki, rojeni po tokolizi z ritodrinom, ki so utrpeli intracerebralno krvavitev.

Tab. 2. Prematures with intracerebral hemorrhage, born after tocolysis with ritodrine hydrochloride.

Ime	Spol	Št. plodov	TIU	Teža	Gestacija	Tokoliza	Uspešnost I.	Uspešnost II.	Deksameth.	Dg (MKB)	Umrli	Indukcija ovulacije
Name	Sex	No. of fetuses	Transport in utero	Weight (g)	Gest. age (weeks)	Tocolysis	Success I.	Success II.	Dexameth. (mg)	Diagnosis (ICD)	Died	Induction of ovulation
1. O. K.	M	Dvojček B Twin B	Ne/No	915	24 4/7	17 ur/hours	Ne/No	Ne/No	2x8	77214	+	-
2. M. M.	M	Enojček Singleton	Da/Yes	1560	28 5/7	24 ur/hours	Da/Yes	Ne/No	1x8	77211	-	-
3. G. J. R.	M	Enojček Singleton	Da/Yes	1130	30	12 dni/days	Da/Yes	Da/Yes	2x8, 1x12	77211	-	-
4. Š. L.	M	Trojček A Triplet A	Ne/No	1260	29 4/7	21 dni/days	Da/Yes	Da/Yes	10x8	77211	-	Klomifen (Clomiphene)
5. G. D.	M	Trojček C Triplet C	Da/Yes	1730	29 5/7	16 dni/days	Da/Yes	Da/Yes	18x8	77211	-	Gonadotropin
6. F. E.	M	Trojček A Triplet A	Da/Yes	990	26 1/7	2 dni/days	Da/Yes	Ne/No	3x12	77211	-	Gonadotropin
7. F. M.	M	Trojček C Triplet C	Da/Yes	740	26 1/7	2 dni/days	Da/Yes	Ne/No	3x12	77213	-	Gonadotropin

Kriterij uspešnosti: I: za 24 ur odložen porod.

II: za 2x24 ur odložen porod.

Vir: Perinatalni informacijski sistem Slovenije, 1993.

Criteria of success: I: for 24 hours prolonged pregnancy.

II: for 2x24 hours prolonged pregnancy.

Source: Perinatal information system of Slovenia, 1993.

litično terapijo z ritodrinom in delež tistih, pri katerih je bila ob tej terapiji ugotovljena ICK (tab. 1). V tej tabeli so zajeti vsi novorojenci ne glede na gestacijsko starost.

Nadalje smo analizirali podatke o ICK in tokolizi za celo Slovenijo za sedemletno obdobje, tj. od leta 1987 do 1993.

Pri statistični obdelavi podatkov smo uporabili hi-kvadrat test, razmerje tveganj (p) ter razmerje obovov v 95% intervalu zaupanja.

Rezultati

V letu 1993 je bilo v Porodnišnici Ljubljana rojenih 59 otrok z gestacijsko starostjo pod 34. tedni, katerih matere, teh je bilo 40, so prejemale ritodrin zaradi prezgodnjih popadkov. Od 59 nedonošenčkov jih je ICK utrpelo sedem. Ti otroci, vsi so bili dečki, so bili rojeni med 26. in 32. tednom nosečnosti, tehtali so 740 do 1730 g (tab. 2). Nosečnost treh otrok smo podaljšali za več kot 48 ur, treh za 24 do 48 ur, pri enem pa se poroda ni dalo odložiti in ta otrok (O. K.) je utrpel krvavitev 4. stopnje po MKB. Od sedmih podrobno pregledanih otrok z ICK jih je bilo pet rojenih po večplodni nosečnosti, pri štirih je bila ovulacija medikamentno inducirana.

Možnost, da bi naj terapija z deksametazonom povečevala incidenco ICK, je bila izključena.

Pri računski obdelavi ljubljanskih podatkov za leto 1993 in za sedemletno obdobje 1987–93 nismo uspeli dokazati statistične povežave med uporabo ritodrina in posledično ICK (hi-kvadrat 0,48; $p > 0,1$) (tab. 3a). Pri pregledu podatkov za isto sedemletno obdobje za celo Slovenijo smo prišli do obratnih rezultatov. V skupini novorojenčkov pod 34 tedni gestacije, tj. tistih novorojenčkov, pri katerih je tveganje za ICK največje, je bila ICK zabeležena pri 13,1% otrok, katerih matere so prejemale betamimetično tokolizo (tab. 3b). Ta odvisnost je še bolj razvidna iz

Tab. 3a. *Enaka pogostnost ICK ob uporabi tokolize z betamimetiki kot brez tokolize v Porodnišnici Ljubljana v obdobju 1987–1993. Gestacija manj kot 34 tednov.*

Tab. 3a. *Chi-square and odds ratio ICH by tocolysis in Maternity Ljubljana. Gestational age less than 34 weeks. 1987–1993.*

	Tokoliza / Tocolysis						
	Ne/No		Da/Yes		Skupaj/Total		
	Štev./No.	%	Štev./No.	%	Štev./No.	%	
ICK/ICH	Ne/No	1.190 91,6	77,2	352 92,1	22,85	1.542 91,7	100
	Da/Yes	109 8,4	78,4	30 7,9	21,6	139 8,3	100
Skupaj/Total	1.299 (100%)	77,3	382 (100%)	22,7	1.681 (100%)		

Hi-kvadrat (Chi-square) – 0,11; $p > 0,5$

Razmerje obovov (95% interval zaupanja) – 0,93 (0,61–1,42)

Odds ratio (95% confidence interval) – 0,93 (0,61–1,42)

Tab. 3b. *Večja pogostnost ICK ob uporabi tokolize z betamimetiki v Sloveniji v obdobju 1987–1993. Gestacija manj kot 34 tednov.*

Tab. 3b. *Chi-square and odds ratio ICH by tocolysis in Slovenia. Gestational age less than 34 weeks.*

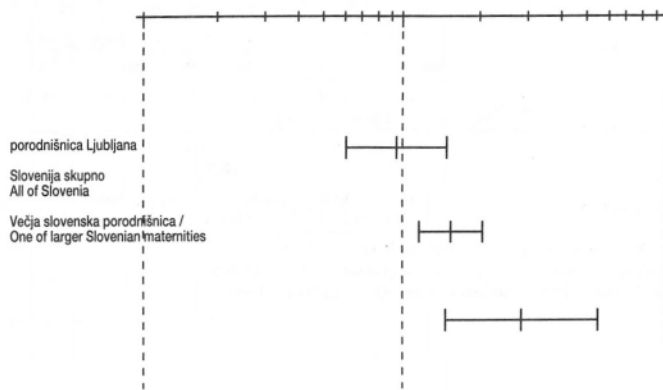
	Tokoliza / Tocolysis						
	Ne/No		Da/Yes		Skupaj/Total		
	Štev./No.	%	Štev./No.	%	Štev./No.	%	
ICK/ICH	Ne/No	2.256 92,5	75,0	750 89,0	25,0	3.006 91,6	100
	Da/Yes	182 7,5	66,2	93 11,0	33,8	275 8,4	100
Skupaj/Total	2.438 (100%)	74,3	843 (100%)	25,7	3.281 (100%)		

Hi-kvadrat (Chi-square) – 10,4; $p < 0,005$

Razmerje obovov (95% interval zaupanja) – 1,54 (1,18–2,0)

Odds ratio (95% confidence interval) – 1,54 (1,18–2,0)

rezultatov ene od slovenskih porodnišnic, v kateri se je v analiziranem sedemletnem obdobju rodilo 316 nedonošenčkov pod 34 tedni gestacije oziroma med 31 in 52 otrok letno (tabela 3c, sl. 2). O gestaciji smo vzeli podatke po oceni pediatra.



Sl. 2. *Razmerje obovov za ICK ob uporabi tokolize v obdobju 87–93. Gestacija manj kot 34 tednov.*

Fig. 2. *Odds ratio of ICH/tocolysis for infants born before 34th week of gestation (Slovenia 87–93).*

Pregled podatkov za nedonošene dvojčke, trojčke in četverčke je pokazal, da najdemo pri dvojčkih približno enako število ICK kot pri enojčkih (11,2%:11,0%; $p > 0,5$; hi-kvadrat 0,31) (tab. 4a). Pri trojčkih pa je ta odstotek višji (16,7%; $p < 0,005$; hi-kvadrat 8,46) (tab. 4b).

Tab. 3c. *Večja odvisnost ICK od tokolize v eni od slovenskih porodnišnic v obdobju 1987–1993. Gestacija manj kot 34 tednov.*

Tab. 3c. *Chi-square and odds ratio ICH by tocolysis in one of maternity hospitals in Slovenia. Gestational age less than 34 weeks. 1987–1993.*

	Tokoliza / Tocolysis						
	Ne/No		Da/Yes		Skupaj/Total		
	Štev./No.	%	Štev./No.	%	Štev./No.	%	
ICK/ICH	Ne/No	108 89,3	42,2	146 74,9	57,5	254 80,4	100
	Da/Yes	13 10,7	21,0	49 25,1	79,0	62 19,6	100
Skupaj/Total	121 (100%)	38,3	195 (100%)	61,7	316 (100%)		

Hi-kvadrat (Chi-square) – 9,8; $p < 0,005$

Razmerje obovov (95% interval zaupanja) – 2,79 (1,44–5,40)

Odds ratio (95% confidence interval) – 2,79 (1,44–5,40)

Tab. 4a. *Odvisnost ICK od tokolize pri dvojčkih pod 34 tedni gestacije. Slovenija, 1987–93.*

Tab. 4a. *Chi-square and odds ratio ICH by tocolysis in twins. Gestational age less than 34 weeks. Slovenia, 1987–93.*

	Tokoliza / Tocolysis						
	Ne/No		Da/Yes		Skupaj/Total		
	Štev./No.	%	Štev./No.	%	Štev./No.	%	
ICK/ICH	Ne/No	352 90,3	66,9	174 88,8	33,1	526 89,8	100
	Da/Yes	38 9,7	63,3	22 11,2	36,7	60 10,2	100
Skupaj/Total	390 (100%)	66,6	196 (100%)	33,4	586 (100%)		

Hi-kvadrat (Chi-square) – 0,31; $p > 0,5$

Razmerje obovov (95% interval zaupanja) – 1,17 (0,67–2,04)

Odds ratio (95% confidence interval) – 1,17 (0,67–2,04)

Tab. 4b. Odvisnost ICK od tokolize pri trojčkih, četverčkih pod 34 tedni gestacije. Slovenija, 1987-93.

Tab. 4b. Chi-square and odds ratio ICH by tocolysis in triplets, quadruplets. Gestational age less than 34 weeks. Slovenia, 1987-93.

	Tokoliza / Tocolysis						
	Ne/No		Da/Yes		Skupaj/Total		
	Štev./No.	%	Štev./No.	%	Štev./No.	%	
ICK/ICH	Ne/No	46	47,9	50	52,1	96	90,6
		100,0		83,3			
	Da/Yes			10	100,0	10	9,4
				16,7			
Skupaj/Total		46	43,4	60	56,6	106	
		(100%)		(100%)		(100%)	

Hi-kvadrat (Chi square) - 8,46; $p < 0,005$

Razmerje obetov (95% interval zaupanja) - 0,52 (0,43-0,63)

Odds ratio (95% confidence interval) - 0,52 (0,43-0,63)

Razpravljanje

Prezgodnji porod je še vedno najpogostejša in najbolj nevarna bolezen v nosečnosti, ki se kljub našim izjemnim prizadevanjem v letih ne zmanjšuje. Izboljšuje pa se odstotek in kvaliteta preživetja nedonošenčkov predvsem zaradi Enote za intenzivno nego in terapijo novorojenčkov (EINT) v Porodnišnici Ljubljana, ki je center tretjega nivoja v Sloveniji.

V zadnjih treh letih beležimo v EINT do 87% preživetje pri novorojenčkih med 1000 in 1500 g in pri nedonošenčkih pod 1000 g celo do 89% preživetje (10).

Glede na to, da so nekatere tuje raziskave našle povezavo med tokolitično terapijo in posledično ICK pri nedonošenčkih (8), ki jo pripisujejo izraziti vulnerabilnosti žilja, in da tudi sedemletni podatki za Slovenijo deloma potrjujejo to vzročno povezavo, moramo natančno izbirati indikacije za uporabo te diferentne terapije. Nadaljnje primerjave bodo pokazale, ali so dosledno spoštovanje indikacij, stalen nadzor nosečnic z grozečim pred-

časnim porodom in drugi tokolitični ukrepi odločilni za zmanjšanje nevarnosti za ICK pri uporabi ritodrina.

Pri pregledu naših primerov smo našli večje število dvojčkov in trojčkov, spočetih po indukciji ovulacije, ki so imeli ICK ob tokolizi z ritodrinom. Analiza vseh slovenskih nedonošenčkov pod 34 tedni gestacije, rojenih iz večplodne nosečnosti, nam je pokazala, da ima tokolitična terapija pri trojčkih ali četverčkih še posebej veliko tveganje za ICK, za dvojčke pa tveganje ni bilo statistično značilno večje kot pri enojčkih.

Verjetno lahko že sedaj zaključimo, da je treba biti posebno previden pri uporabi medikamentne tokolize. Stalno izboljševanje neonatalne nege in terapije in s tem zmanjševanje zbolewnosti novorojenčkov nas ne sme uspravati, da ne bi še naprej poskušali zmanjševati incidence prezgodnjega poroda. Če pa do prezgodnjih popadkov pride, je treba takoj pričeti tudi z ukrepi za pospeševanje plodove pljučne zrelosti.

Literatura

1. Pajntar M, Verdenik I. Perinatološki rezultati za Slovenijo 1993. Ljubljana 1994.
2. Canadian Preterm Labor Investigators Group. Treatment of preterm labor with the beta-agonist ritodrine. *N Engl J Med* 1992; 327: 308-12.
3. Barden PT, Peter JB, Merkatz IR. Ritodrine hydrochloride: a betamimetic agent for use in preterm labour. *Obstet Gynecol* 1980; 56: 1-11.
4. Keirse M, Grant A, King JF. Preterm labour. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford University Press, 1989: 694-745.
5. Kari MA, Hallman MA, Eronen M et al. Prenatal dexamethasone treatment in conjunction with rescue therapy of human surfactant: a randomized placebo-controlled multicenter study. *Pediatrics* 1994; 93: 730-6.
6. Crowley P, Chalmers I, Keirse M. The effect of corticosteroid administration before preterm delivery: an overview. *Brit J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 11-25.
7. Roberts WE, Morrison JC. Pharmacologic induction of fetal lung maturity. *Clin Obstet Gynecol* 1991; 34: 319-27.
8. Groome LJ, Goldenberg RL, Cliver SP, Davis RO, Cooper RL. Neonatal periventricular-intraventricular hemorrhage after maternal beta-sympathomimetic tocolysis. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 873-9.
9. Pasternak JF, Groothuis DR, Fischer JM, Fischer DP. Regional cerebral blood flow in the beagle puppy model of neonatal intraventricular hemorrhage: studies during systemic hypertension. *Neurol* 1983; 33: 559-66.
10. Babnik J. 10 let neonatalne službe v ljubljanski porodnišnici. *Zdrav Vestn* 1994; 63: 573-7.

Strokovni prispevek/Professional article

ZDRAVLJENJE DERMATOFITSKIH OKUŽB S TERBINAFINOM (LAMISIL)

TREATMENT OF DERMATOPHYTE INFECTIONS WITH TERBINAFINE (LAMISIL)

Majda Lunder, Božena Podrumac, Vlasta Dragoš, Tomaž Lunder

Dermatološka klinika, Klinični center, Zaloška 2, 61105 Ljubljana

Prispelo 1995-08-02, sprejeto 1995-11-20; ZDRAV VESTN 1996; 65: 17-19

Gljučne besede: dermatofitije; antimikotik; terbinafin hidroklorid (Lamisil); oralno in lokalno zdravljenje; učinkovitost

Izveček – Izhodišča. Lamisil (terbinafin hidroklorid) je oralno in lokalno učinkovit antimikotik iz skupine alilaminov. Na dermatofite deluje fungicidno, na nekatere kvasovke fungicidno, na druge pa fungistatsko. Analizirali smo učinek Lamisila pri bolnikih z onihomikozo, tinea pedis/manus in pri bolnikih z mikrosporijo.

Metode. Z Lamisilom smo zdravili oralno 95 bolnikov, in sicer: 50 bolnikov z onihomikozo, 20 s kronično obliko tinea pedis in onihomikozo, 5 s tinea pedis in manus, medtem ko smo 20 bolnikov z mikrosporijo zdravili oralno in lokalno. Klinično diagnozo smo potrdili s pozitivnim mikološkim pregledom (mikroskopski pregled in kultura). Bolnike z onihomikozo in tinea pedis smo zdravili 12 tednov, tiste s tinea pedis in manus pa 4 tedne. Bolnike z mikrosporijo smo zdravili toliko časa, da smo dosegli popolno ozdravitev.

Rezultati. Pri 47% bolnikov z onihomikozo in tinea pedis je bil izoliran *T. rubrum*, *T. mentagrophytes* pri 32% bolnikov, medtem ko je bil pri vseh bolnikih z mikrosporijo izoliran *M. canis*. Zelo dober klinični in mikološki rezultat je bil dosežen po 6-12 tednih zdravljenja pri bolnikih z onihomikozo in po 4 tednih pri bolnikih s tinea pedis in manus. Lamisil je bil uspešen tudi pri bolnikih z mikrosporijo, vendar je bil čas, potreben do popolne ozdravitve, daljši kot pri prejšnjih skupinah bolnikov.

Zaključki. Rezultati kliničnega testiranja odprtega tipa potrjujejo uspešnost antimikotičnega učinka Lamisila. Zdravilo je posebej uspešno in primerno za zdravljenje onihomikoze.

Uvod

Lamisil (terbinafin hidroklorid) je oralno in lokalno delujoč antimikotik, ki spada v skupino alilaminov. Ima močno fungicidno delovanje na dermatofite, deluje tudi na nekatere plesni in dimorfne glive, kot tudi na rod *Candida*, *Pityrosporum* in *Rhodotorula*. Na nekatere kvasovke deluje fungicidno (*Candida parapsylosis*), na druge (*Candida albicans*) pa fungistatsko. Lamisil inhibira biosintezo ergosterola glivične celice z inhibicijo skvalen

Key words: dermatophyte infections; antifungal agent; terbinafine hydrochloride (Lamisil); oral and local therapy; effectiveness

Abstract – Background. Lamisil (terbinafine hydrochloride) is an orally and topically active antifungal drug of the allylamine class. It exerts a potent fungicidal activity against dermatophytes; against some yeasts it can be fungicidal, and fungistatic against others. We determined the effectiveness of Lamisil in an open clinical trial in a group of patients with onychomycosis, tinea pedis and manus, and also in *Microsporum canis* infection.

Methods. A total of 95 patients with dermatophyte infections, including 50 patients with tinea unguium, 20 with chronic tinea pedis and unguium, 5 with tinea pedis and manus, and 20 with tinea microspora were treated with Lamisil. The diagnosis was confirmed by microscopic examination and culture. Patients with tinea unguium and tinea pedis were treated orally for 12 weeks, while those with tinea pedis and manus only for 4 weeks. Patients with *Microsporum* infection received Lamisil (oral and topical) until negative clinical and laboratory findings were obtained.

Results. The majority (45/75) of patients with tinea pedis/manus and tinea unguium were infected with *Trichophyton rubrum* and 30 with *Trichophyton mentagrophytes*. In the group of patients with *Microsporum* infection *Microsporum canis* was isolated in all cases.

Very good clinical and mycological results after 6 to 12 weeks of therapy with Lamisil tablets were evident in majority of patients with onychomycosis and after 4 weeks in patients with tinea pedis and manus. Lamisil was also effective in patients with *Microsporum canis* infection, where the time to complete healing was longer as in previous groups.

Conclusions. The analysis of 95 patients with dermatophyte infection, treated with Lamisil, demonstrates that Lamisil is an effective antifungal drug. It is particularly effective for the treatment of onychomycosis.

epoksidaze, kar vodi do kopičenja skvalena in odmrta glivične celice. Lamisil ne inhibira encimske skupine citokrom P-450 in zato nima stranskih učinkov v smislu motene biosinteze holesterola, steroidnih hormonov ali metabolizma zdravil, kar opažamo pri antimikotikih iz skupine azolov (1-4).

Lamisil se po oralni aplikaciji dobro resorbira in se zaradi svoje lipofilnosti hitro razširi v maščevje, roženi sloj kože, lojnice, lasne folikle in lase (5).

Material in metode

Onihomikoza in tinea pedis pri odraslih osebah ter mikrosporiji pri otrocih so najpogostejše dermatomikoze v Sloveniji v zadnjih letih.

Analizirali smo skupino 95 bolnikov z dermatofitsko okužbo, zdravljenih z Lamisilom, in sicer 50 bolnikov z onihomikozo, 20 bolnikov s kronično tinea pedis in onihomikozo, pet bolnikov s tinea pedis in manus in 20 bolnikov z mikrosporijo (tinea microsporica) (tab. 1). Z Lamisilom smo zdravili bolnike, pri katerih je bila klinična diagnoza jasna in mikološki pregled (mikroskopski preparat in kultura) pred pričetkom zdravljenja pozitiven. Bolniki z onihomikozo vsaj tri mesece pred začetkom zdravljenja niso jemali sistemskih antimikotikov. Bolnikov z jetrnimi, krvnimi boleznimi, nosečnic in doječih mater nismo zdravili s terbinafinom.

Tab. 1. Bolniki, diagnoza in povzročitelji.

Tab. 1. Patients, diagnosis and biological agents.

Diagnoza Diagnosis	Spol Sex		Izolirana gliva Fungus	
	- moški - male	- ženski - female		
Onychomycosis n=50	14	36	T. rubrum T. mentagrophytes	30 20
Tinea pedis + Onychomycosis n=20	9	11	T. rubrum T. mentagrophytes	13 7
Tinea pedis + tinea manus n=5	1	4	T. rubrum T. mentagrophytes	2 3
Tinea microsporica n=20	7	13	M. canis	20
Skupaj n=95	31 (32%)	64 (68%)	T. rubrum T. mentagrophytes M. canis	45 (47%) 30 (32%) 20 (21%)
Total				

T - Trichophyton

Bolniki z mikrosporijo so bili v večini primerov otroci in smo jih zdravili z Lamisil tabletami in kremo, da bi skrajšali čas zdravljenja. Odrasle osebe smo zdravili z Lamisil tabletami po 250 mg, ki so jih zaužili enkrat dnevno po zajtrku, medtem ko je bil odmerek za otroke, lažje od 20 kg – 62,5 mg, za tiste med 20 in 40 kg – 125 mg in za otroke nad 40 kg – ena tableta po 250 mg enkrat dnevno. Bolniki z onihomikozo in tisti s tinea pedis in onihomikozo so bili zdravljeni 12 tednov, bolniki s tinea pedis in manus štiri tedne, bolniki z mikrosporijo pa do klinične in laboratorijske negativizacije.

Mikološki pregled pred pričetkom in v rednih presledkih med zdravljenjem je obsegal direkten mikroskopski pregled ostružkov nohta, kožnih lusk ali las. Sledila je kultura na Saboraudovem glukoznem agarju z dodatkom Gentamicina (60 mg/l) in Actidiona (400 mg/l) pri 28°C.

Pred pričetkom, med njim in ob koncu zdravljenja smo delali laboratorijske preglede SGOT, SGPT, gama GT, alkalne fosfataze in kreatinina. Bolniki z onihomikozo so prihajali na kontrolne preglede enkrat mesečno, ostali pa na 14 dni. Beležili smo stranske učinke, ob zaključku zdravljenja pa smo ocenili učinek zdravljenja kot:

- zelo dober, če je nastopila popolna ozdravitev (klinična in laboratorijska);
- dober, če je bila regresija bolezenskih sprememb znatna in mikološki izvid negativen;
- slab, če ni bilo izboljšanja.

Rezultati

Zdravili smo 50 bolnikov z onihomikozo (tab. 2), od tega je bilo 14 moških in 36 žensk v starosti med 23 in 71 leti, s povprečno

Tab. 2. Onychomycosis – učinkovitost zdravljenja s tabletami Lamisil.

Tab. 2. Onychomycosis – effectiveness of oral Lamisil therapy.

n=50		
Mikološka negativizacija po 3 mesecih Mycological cure after 3 months	Klinični učinek po 3 mesecih Clinical effect after 3 months	
	- zelo dober - very good	- dober - good
n=49 (98%)	n=43 (86%)	n=7 (14%)
Stranski učinki Incidence of side-effects n=2 (4%)		

starostjo 45 let. Pri vseh bolnikih je bil neposreden mikološki izvid pred zdravljenjem pozitiven, v kulturi je v 30 primerih porasel Trichophyton rubrum in v 20 primerih Trichophyton mentagrophytes. Po treh mesecih zdravljenja smo registrirali laboratorijsko sanacijo v 98%. Klinični učinek zdravljenja je bil zelo dober v 85% in dober v 14%. Stranske učinke smo opazili v dveh primerih, in sicer je ena bolnica tožila o bolečinah v bolnih nohtih, pri enem bolniku pa smo opazili dvig vrednosti gama GT.

Med 20 bolniki s kronično tinea pedis in onihomikozo (tab. 3) je bilo devet moških in enajst žensk v starosti od 25 do 82 let s povprečno starostjo 47,9 leta. Pri 13 bolnikih je bil izoliran Trichophyton rubrum, pri sedmih bolnikih pa Trichophyton mentagrophytes. Mikološka negativizacija je nastopila po treh mesecih zdravljenja pri 95% bolnikov. Klinični uspeh zdravljenja je bil v istem času v 60% zelo dober, v 40% pa dober. Stranski učinki so nastopili pri dveh bolnikih: ena bolnica je tožila o močnih slabostih, pri eni bolnici pa smo opazili dvig SGOT.

Tab. 3. Tinea pedis, onychomycosis – učinkovitost zdravljenja s tabletami Lamisil.

Tab. 3. Tinea pedis, onychomycosis – effectiveness of oral Lamisil therapy.

n=20		
Mikološka negativizacija po 3 mesecih Mycological cure after 3 months	Klinični učinek po 3 mesecih Clinical effect after 3 months	
	- zelo dober - very good	- dober - good
n=19 (95%)	n=12 (60%)	n=8 (40%)
Stranski učinki Incidence of side-effects n=2 (10%)		

Med petimi bolniki s tinea pedis in manus (tab. 4) so bile štiri bolnice in en bolnik, stari od 14 do 57 let (povprečna starost 37,2 leta). Trichophyton rubrum je bil izoliran pri dveh bolnikih, Trichophyton mentagrophytes pa pri treh. Po štirih tednih zdravljenja je nastopila mikološka negativizacija pri štirih bolnikih, medtem ko je bil klinični učinek zdravljenja zelo dober pri štirih in dober pri enem bolniku. Ena bolnica je tožila o močnih bolečinah v predelu ledvic.

Med 20 bolniki z mikrosporijo (tab. 5) je bilo 14 otrok, starih med 3 in 10 let (povprečna starost 6,7 leta) in šest odraslih, starih med

Tab. 4. Tinea pedis, manus – učinkovitost zdravljenja s tabletami Lamisil.

Tab. 4. Tinea pedis, manus – effectiveness of oral Lamisil therapy.

n=5		
Mikološka negativizacija po 1 mesecu Mycological cure after 1 month	Klinični učinek po 1 mesecu Clinical effect after 1 month	
	- zelo dober - very good	- dober - good
n=4	n=4	n=1
Stranski učinki Incidence of side-effects n=1		

Tab. 5. *Mikrosporija – učinkovitost oralne in lokalne terapije z Lamisilom.*
 Tab. 5. *Microsporium infection – effectiveness of oral and topical Lamisil therapy.*

n=20						
Mikološka negativizacija Mycological cure			Klinični učinek Clinical effect			
po 4 tednih after 4 weeks n=14 (70%)	po 8 tednih after 8 weeks n=19 (95%)	po 12 tednih after 12 weeks n=20 (100%)	po 4 tednih after 4 weeks n=8 (40%)	po 8 tednih after 8 weeks n=17 (85%)	po 12 tednih after 12 weeks n=18 (90%)	po 16 tednih after 16 weeks n=20 (100%)
Stranski učinki Incidence of side-effects n=0						

15 in 34 let (povprečna starost 28 let). Med otroki je bilo šest dečkov in osem deklic, med odraslimi pa en moški in pet žensk. Po štirih tednih zdravljenja je bila mikološka negativizacija dosežena pri 70% bolnikov, po osmih tednih je bilo negativnih 95%, 100% mikološka negativizacija pa je nastopila v 12 tednih. Klinično ozdravitev smo opazili po štirih tednih pri 40% bolnikov, po osmih tednih pri 85%, po 12 tednih pri 90% in 100% ozdravitev po 16 tednih. V skupini bolnikov z mikrosporijo nismo opazili stranskih učinkov zdravljenja.

Razpravljanje

Zbrani podatki kažejo, da je Lamisil uspešen antimikotik za zdravljenje dermatomikoz. Mikološka negativizacija je nastopila hitreje od klinične ozdravitve pri vseh kategorijah naših bolnikov, z izjemo mikoze rok in nog, kjer je bil odstotni delež mikološke negativizacije in zelo dobrega kliničnega učinka že po štirih tednih zdravljenja enak. Podobne podatke zasledimo v literaturi (6, 7). Pri bolnikih, ki so imeli poleg dermatofitije kože tudi onihomikozo, je bil čas zdravljenja daljši kot pri tistih z dermatofitijo rok in nog, kar je skladno s podatki iz literature. To je razumljivo, če upoštevamo dejstvo, da traja okužba pri bolnikih z onihomikozo običajno znatno dlje kot pri izolirani okužbi kože. Nohti se dalj časa zdravijo zaradi počasnejše rasti v primerjavi z obnavljanjem roženega sloja kože.

Zanimiva je analiza učinkovitosti Lamisila v zdravljenju mikrosporije. Čas, potreben za popolno mikološko negativizacijo vseh bolnikov, je bil krajši kot pri ostalih kategorijah bolnikov, z izjemo tinea manus in pedis. Zaradi velike infekcioznosti mikrosporije smo zdravili vse bolnike do popolne ozdravitve. Popolna klinična sanacija je nastopila pri vseh bolnikih v 16 tednih, kar je dlje kot pri ostalih kategorijah bolnikov, vendar je bil Lamisil učinkovit tudi že po treh mesecih zdravljenja (ozdravljenih 90% bolnikov).

Mikrosporija nasploh nekoliko počasneje reagira na zdravljenje kot ostale dermatofitije. Počasen učinek zdravljenja opazamo zlasti pri mikrosporiji lasišča (9).

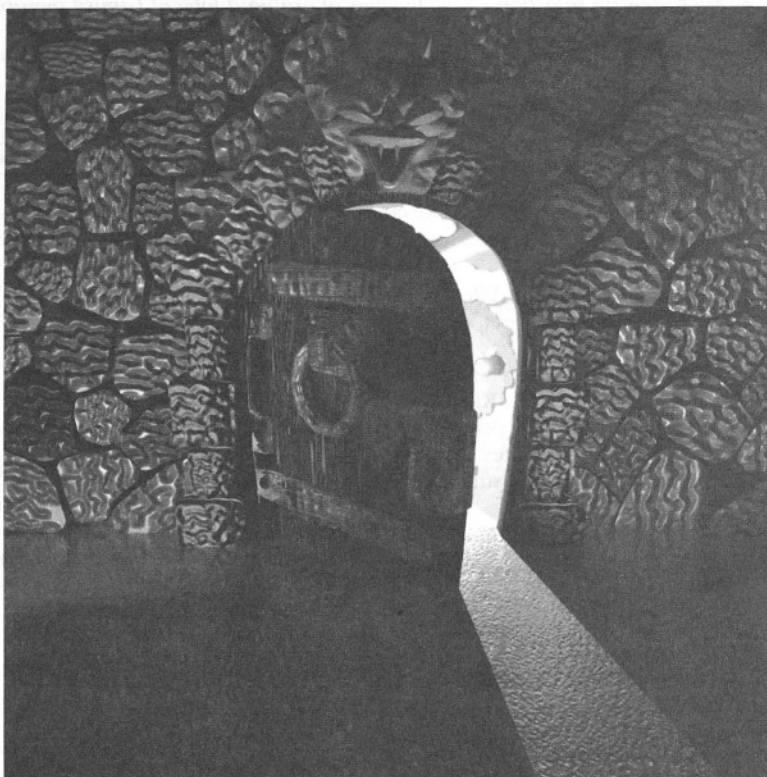
Zaključek

Na podlagi zbranih rezultatov zaključujemo, da je Lamisil (terbinafin hidroklorid) uspešen antimikotik in posebno primeren za zdravljenje onihomikoze. Lamisil je učinkovit tudi v zdravljenju mikrosporije, kjer je bilo zdravljenje z Griseofulvinom dolgotrajnejše. Mikrosporija nasploh nekoliko počasneje reagira na zdravljenje kot ostale dermatofitije. Počasen učinek zdravljenja opazamo zlasti pri bolnikih z mikrosporijo lasišča (9).

Literatura

1. Jones TC, Villars V. Lamisil – Investigator's brochure. Basle: Sandoz, Pharmaceutical division, 1990: 1-33.
2. Schuster J, Ryder NS. Allylamines – mode and selectivity of action compared to azole antifungals and biological fate in mammalian organisms. *J Dermatol Treat* 1990; 1: Suppl 2: 7-9.
3. Ryder NS. The mechanism of action of terbinafine. *Clin Exp Dermatol* 1989; 14: 98-100.
4. Ryder NS. Selective action of allylamines and its therapeutic implications. *J Dermatol Treat* 1992; 3: Suppl 1: 3-7.
5. Greer DL. Clinical consequences of new pharmacological concepts in cutaneous fungal infections. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 1993; 2: Suppl 1: 26-33.
6. Savin RC. Terbinafine (Lamisil) versus Griseofulvin in moccasin type tinea pedis. *J Dermatol Treat* 1990; 1: Suppl 2: 43-6.
7. Goodfield MJD. Clinical results with terbinafine in onychomycosis. *J Dermatol Treat* 1990; 1: Suppl 2: 55-7.
8. Villars V, Jones TC. Present status of the efficacy and tolerability of terbinafine (Lamisil) used systemically in the treatment of dermatomycoses of skin and nails. *J Dermatol Treat* 1990; 1: Suppl 2: 33-8.
9. Lunder M, Podrumac B, Dragoš V, Smrkolj A, Lunder T. Naše izkušnje pri zdravljenju mikrosporije, 1985–1992. *Zdrav Vestn* 1995; 64: 21-3.

Izhod iz depresije...



Portal[®] fluoksetin

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

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

varen pri predoziranju



 lek

Natančno navodilo o zdravilu lahko dobite pri proizvajalcu

Strokovni prispevek/Professional article

TRAUMATSKI NEZAPLETENI PNEVMOCEFALUS – PRIKAZ PRIMERA

TRAUMATIC NON COMPLICATED PNEUMOCEPHALUS – CASE REPORT

Lucijan Miklavčič, Ribard Trebše

Ortopedska bolnišnica Valdoltra, Jadranska cesta 31, 66280 Ankaran

Prispelo 1995-08-21, sprejeto 1995-12-07; ZDRAV VESTN 1996; 65: 21–23

Ključne besede: subarahnoidalni prostor; tomografija, računalniška; intrakranialni tlak; radiografija; interpretacija

Izvleček – Izhodišča. Prikazana je diagnostična obdelava na videz nepomembne poškodbe glave, kjer je bil diagnosticiran travmatiski pnevmocefalus.

Metode. Pacient, ki je zaprosil za prvo pomoč, ni vedel za vbodno poškodbo glave. Klasična radiološka obdelava je pokazala komaj vidne znake pnevmocefalusa, ni pa bilo videti kostnih poškodb. CT diagnostika je potrdila pnevmocefalus, izvedba preiskave s tehniko visoke resolucije (HRCT) pa je dokazala tudi kostne poškodbe.

Zaključki. Poudarjamo pomen tebično primerne izvedbe CT preiskave, kar bi bilo pomembno v primeru vbodne poškodbe brez pnevmocefalusa.

Key words: subarachnoid space; tomography, computed; intracranial pressure; radiography; interpretation

Abstract – Background. A case of traumatic pneumocephalus was observed in a patient with head injury accompanied by a superficial lesion that was at first sight of no importance.

Methods. Initially the patient did not require the medical assistance as he had not been aware of his head injury. At the standard skull X-ray examination there were only slight signs of pneumocephalus with no bone lesions. The brain CT exam with the standard technique confirmed the diagnosis of pneumocephalus, but only the CT with the technique of high resolution (HRCT) revealed the bone lesions.

Conclusions. If the head injury with a penetrating object had presented no signs of pneumocephalus, the CT examination technique would have been of foremost importance.

Anamneza, status

Na ortopedskem oddelku je za prvo pomoč zaprosil delavec, zaposlen v gradbišču v bližini naše ustanove. Tako z njim kakor s sodelavcem, ki ga je spremljal, smo se zaradi jezikovnih težav (bila sta albanske narodnosti) težko sporazumevali. Eden izmed njiju je imel na glavi manjšo rano, ki jo je povzročil padec lažje deske z žebliem. Rano smo oskrbeli ter ga napolili na nativno rentgensko slikanje glave.

Med čakanjem na njegove rentgenogramse se je izkazalo, da ima težave tudi drugi delavec, ki je predmet naše nadaljnje obravnave. Na glavi desno na temenu tik ob sagitalni liniji smo opazili le kak milimeter dolgo zaprto vdolbinico, prekrito s krasto, ob kateri je mezela kri, ki ni bila videti pomešana z likvorjem. Pacient je imel parestetično področje med obema maleoloma na levi peti. Ostalo je bilo v mejah fiziološkega. Počutil se je dobro, dogodka se je spominjal. Tudi drugega delavca smo oskrbeli in poslali na nativno slikanje glave.

Ob natančnejši anamnezi se je izkazalo, da sta delavca snemala letev z okenskega okvira, pri čemer nista uporabljala predpisane zaščitne čelade. Med odlaganjem letve na zidarski oder jima je padla na glavo zgornja stranica okvira ter ju poškodovala, vsakega s svojim žebliem. Prvi delavec je imel nekoliko večjo rano, medtem ko drugi za rano ni vedel, začutil pa je parestezije v levi peti ob udarcu deske z žebliem v desno parietalno področje.

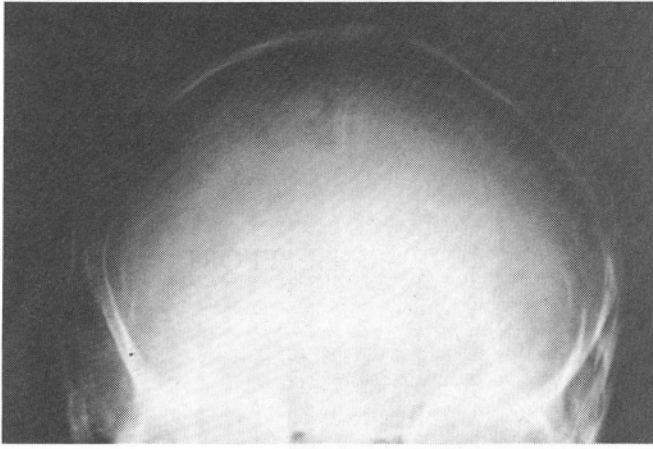
Radiološke preiskave

Klasična radiologija

Urgentno radiografijo glave običajno opravimo v dveh osnovnih ortogonalnih projekcijah. Pri lažjih poškodbah glave pričakujemo negativni izvid, pri težjih poškodbah pa negativnost te preiskave ne izključuje obstoja pomembne patologije. Vse številnejši avtorji tako opozarjajo na nezadostnost standardne radiografske preiskave glave (1–3).

V našem primeru se je na radiogramu v anteroposteriorni projekciji v desni parietalni kosti videlo več okroglastih svetlin premera okoli 5 mm; na desni stranski projekciji je bilo pod notranjim profilom parietalnih kosti hipodenzno področje debeline okoli 5 mm. Morfologija sprememb na radiogramih bi lahko ustrezala obstoju normalnih morfoloških variant – nekoliko bolj razvitih Pacchionijevih granulacij parietalne kosti (4). Ker pa je šlo za vbodno rano, je bilo treba preveriti, ali gre lahko za travmatiski pnevmoencefalus, torej za komunikacijo subarahnoidalnih prostorov z zunanostjo (1, 2).

Rešitev tega diagnostičnega vprašanja ponuja tudi klasična radiografija. Standardno radiografsko slikanje izvedemo običajno s pacientom leže in z vertikalno incidenco snopa žarkov X. Pri slikanju pacienta s horizontalnim snopom žarkov X pa imamo možnost, da ločimo med potujočimi oziroma spreminjajočimi se svetlinami (če se zrak ali plin bolj ali manj prosto premikata, gresta



Sl. 1. AP rentgenogram glave kaže nekaj svetlin na desni strani.

Fig. 1. Some lucencies on the right side of the AP skull X-ray.

seveda v najvišjo lego, kjer večje količine tvorijo hidropnevmatični nivo) in med nespreminjajočimi se svetlinami (spremembe v kostni strukturi). Tako lahko naredimo stransko sliko glave s horizontalnim snopom žarkov X in s pacientom leže vznak na vertikalno postavljeno kaseto. Lahko pa slikamo pacienta tudi stoje na stenskem stativu, če njegovo stanje to dopušča. Takšno dopolnilno radiografsko slikanje je v našem primeru potrdilo travmatski pnevmocencefalus.

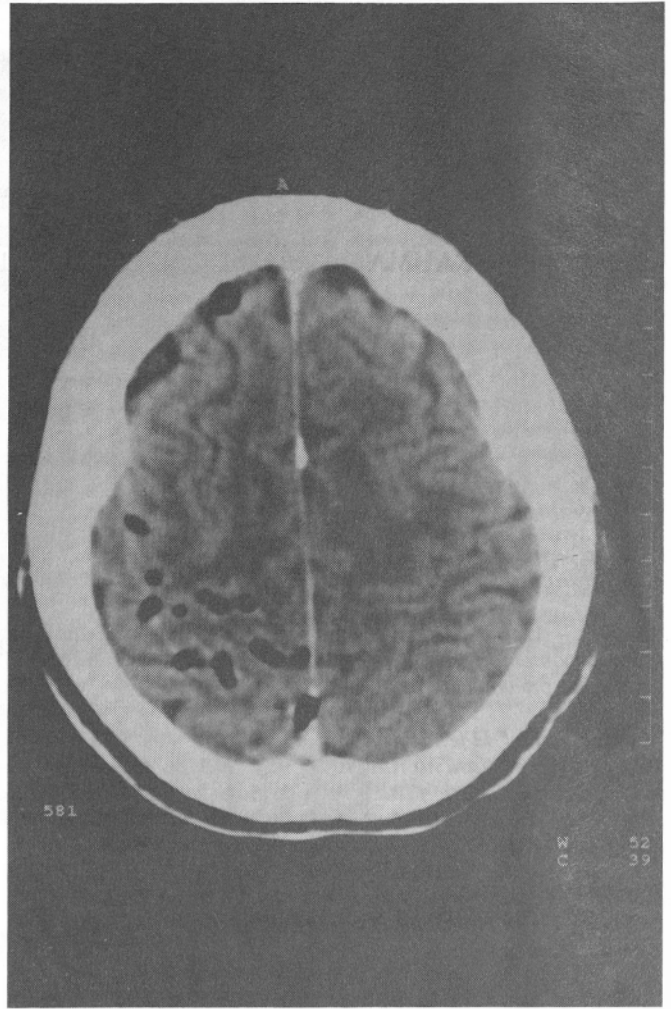
CT radiologija

Ker neinvazivna klasična radiologija v tem primeru ni mogla direktno prikazati poškodb, ki je vzrok komunikacije subarahnoidalnega prostora z zunanostjo, smo po standardnem slikanju naredili še CT slikanje. CT preiskava je bila izvedena s standardno tehniko za prikaz parenhima možganov in s tehniko visoke resolucije za prikaz skeleta travmatizirane regije (2, 5). CT preiskava parenhima je seveda lepše pokazala že diagnosticirane spremembe, in sicer lokalizacijo mehurčkov zraka v subarahnoidalnem prostoru na desni strani (3). HRCT preiskava za skelet pa je dokazala še transparietalno vbodnino na desni strani in nekaj manjših kostnih fragmentov ob parenhimu možganov (2, 5).

Razpravljanje

Vbodnina, še posebno pa nedokazana vbodnina, je lahko vzrok bakterijske ali glivične okužbe. Lahko se razvije subklinična okužba, ki se kasneje izrazi z meningitisom, lahko pa tudi subduralni ali epiduralni empiem in celo možganski absces (1, 6). V našem primeru je prišla razmeroma velika količina zraka v subarahnoidalni prostor že v dobri uri po poškodbi, iz rane ni izhajala tekočina, razen malo krvi. Sklepamo lahko, da je spreminjanje likvorskega pritiska v zvezi z aktivnim gibanjem pacienta ali z drugimi dejavnostmi abdominalne in respiratorne miškulature občasno povzročala tolikšno negativnost likvorskega pritiska, da je lahko zrak skozi vbodno rano prihajal v likvorski prostor. Ozka komunikacija je torej delovala kot ventil. Omogočala je vstopanje zraka, ni pa omogočala izstopanja ne zraka ne likvorja (1, 7).

Količina zraka v subarahnoidalnem prostoru je bila v našem primeru tolikšna, da je omogočala diagnozo pnevmocencefalusa na nativnih posnetkih glave. Vendar nativna klasična radiografija ni dokazala znakov manjše direktne vbodne poškodbe kosti (1, 3). Če ne bi opazili znakov pnevmocencefalusa, zaradi katerih smo opravili dodatne preiskave, bi bil torej izvid povsem negativen. V zvezi s tem menimo, da bi bilo treba zelo natančno obdelati paciente z na videz še tako nepomembnimi poškodbami, pri katerih obstaja nerazjasnjena nevrološka simptomatika (6–8).



Sl. 2. Standardni CT možganov kaže zrak v subarahnoidalnem prostoru.

Fig. 2. Standard brain CT shows air in the subarachnoid space on the right side.

Standardna CT preiskava možganov ima zelo visoko občutljivost in specifičnost za dokaz pnevmocencefalusa že pri zelo majhnih količinah zraka ali plina, kar ne velja za nativne radiograme (1, 6). Tehnična izvedba standardne CT preiskave možganov zaradi precejšnje debeline rezov in neostrega rekonstrukcijskega algoritma ne omogoča prikaza finejših sprememb skeleta, ki bi bile lahko vidne z ustrežno tehniko slikanja (2, 3, 5). Zaradi tega velja poudariti pomen preiskave s tehniko visoke resolucije, kjer uporabimo tanke reze in oster rekonstrukcijski algoritem, saj je v našem primeru prav ta preiskava omogočila neposreden dokaz kostnih sprememb: kostne vbodnine in kostnih fragmentov endokrano. Dokaz obstoja finejših kostnih sprememb je pomemben tudi zato, ker so le-te lahko prisotne tudi, ko se pnevmocencefalus še ni razvil ali pa se je že resorbiral (7–9). Za razliko od pnevmocencefalusa jih je torej mogoče dokazati tudi po več dneh.

Zaključek

Primer je zanimiv iz več razlogov. Pacient se je le stežka odločil za zdravniško pomoč, ker se ni zavedal resnosti poškodbe, z zdravniške strani pa bi jo lahko prezrli tako zaradi težav pri sporazumevanju z na videz nepomembno poškodovanim pacientom kakor tudi zaradi komaj vidnih sprememb na standardnih radiogramih glave. Primer je poučen tudi s stališča radiodiagnostike. Brez



Sl. 3. Slika reza HRCT kaže tudi kostni fragment pod kaloto.

Fig. 3. HRCT scan shows also the bone fragment under the calotte.

znakov pnevmocelalusa bi bila pozitivna le s specialno tehniko izvedena CT diagnostična obdelava. Standardna CT preiskava možganov ima namreč visoko občutljivost za dokaz pnevmocelalusa, vendar zelo nizko občutljivost za dokaz finjših kostnih sprememb.

Po radiološki obdelavi smo pacienta premestili v Izolsko bolnišnico, od koder so ga napoltili na nevrokirurški oddelek KC, kjer



Sl. 4. MPR iz serije HRCT nam kaže vbodno poškodbo kosti s kostnimi fragmenti pod kaloto, pnevmocelalus in zadebelitev mehkih tkiv.

Fig. 4. MPR of the HRCT shows also the penetrating bone lesion with bone fragments under the calotte, pneumocephalus and soft tissue enlargement.

je prejel antibiotično zaščito. Po osmih dneh je bil brez težav odpuščen. Na kontrolni CT preiskavi ni bilo več videti pnevmocelalusa niti vnetnih sprememb. Upamo lahko, da sta hitra diagnostika in terapija preprečila razvoj vnetnih komplikacij.

Literatura

1. Zimmerman RA. Evaluation of head injury: supratentorial. In: Taveras JM, Ferrucci JT eds. Radiology diagnosis – imaging – intervention. Revised edition. Vol. 3. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1990; 37: 1-22.
2. Avrahami E, Chen Z, Solomon A. Modern high resolution computed tomography (CT) diagnosis of longitudinal fractures of the petrous bone. *Neuroradiology* 1988; 30: 166-8.
3. André M, Resnick D. Computed tomography. In: Resnick D ed. Diagnosis of bone and joint disorders. Third edition. Philadelphia: WB Saunders, 1995: 118-69.
4. Keats TH. Atlas of normal roentgen variants that may simulate disease. Fourth edition. Chicago – London – Boca Raton: Year book medical publishers, 1988; 76-88.
5. Betz BW, Wiener MD. Air in the temporomandibular joint fossa: CT sign of temporal bone fracture. *Radiology* 1991; 180: 463-6.
6. Finelli PF, Bergen R. Spontaneous pneumocephalus with meningitis: CT demonstration. *Journal of Computer Assisted Tomography* 1991; 15: 525-6.
7. Howng SL, Lieu AS, Chuang MC. Delayed intracerebral tension pneumocephalus – report of two cases. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 1994; 10: 217-21.
8. Mariani L, de Tribolet N. Spontaneous trigemino-pontine pneumocephalus. *British Journal of Neurosurgery* 1991; 5: 199-204.
9. Tewari MK, Bhatoo HS, Thakur RC, Kak VK, Khandelwal N. Air in epidural hematomas. *Australasian Radiology* 1992; 36: 127-8.

SANDOZ

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

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



SANDOZ

vaš partner pri zdravljenju

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

V Sloveniji so na voljo registrirana zdravila:

Lamisil[®] (terbinafin)

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

Leponex[®] (klozapin)

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

Lescol[®] (fluvastatin)

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

Leucomax[®] (molgramostim)

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

Melleril[®] (tioridazin)

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

Miacalcic[®] (kalcitonin)

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

Navoban[®] (tropisetron)

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

Sandimmun Neoral[®] (ciklosporin)

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

Sandostatin[®] (oktreotid)

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

Sirdalud[®] (tizanidin)

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

Syntocinon[®] (oksitocin)

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

Tavegyl[®] (klemastin)

- intravenski antihistaminik prvega izbora

SPOŠTOVANE KOLEGICE IN KOLEGI, ČLANI SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA!

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

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

Slovensko zdravniško društvo
Komenskega 4, 61001 Ljubljana

PODATKI O ČLANU

Ime in priimek _____

Nazivi (strokovni, znanstveni, akademski) _____

Datum in kraj rojstva _____

Leto včlanitve v SZD _____

Natančen naslov _____

3. KONGRES ENDOSKOPSKE KIRURGIJE SLOVENIJE

z mednarodno udeležbo

Rogla, 28. in 29. marec 1996

STROKOVNI PROGRAM

Teme kongresa	Abdomen	Mesto laparoskopske kirurgije
	Ginekologija	Mesto endoskopske kirurgije v zdravljenju ektopične nosečnosti
	Urologija	Laparoskopska kirurgija v urologiji
	Torakalna kirurgija	Videotorakoskopske operacije pljučnih in mediastinalnih tumorjev
	Travmatologija	
	Ortopedija	Artroskopija ramenskega sklepa in subakromialnega prostora
	Otorinolaringologija	Sodobni principi in indikacije za endoskopske operacije nosu in obnosnih votlin
	Anestezija	Analgezija pri laparoskopskih posegih

Proste teme

Izvečki naj bodo napisani v slovenskem ali angleškem jeziku na priloženem formularju po navodilih Zdravniškega vestnika.

Izvečke referatov poslati do 15. januarja 1996 na naslov:

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med.

Kirurška gastroenterološka klinika

Klinični center

Zaloška 7

61000 Ljubljana, Slovenija

Uradna jezika sta slovenski in angleški.

SPLOŠNE INFORMACIJE

Mesto kongresa: RTC ROGLA
Hotel Planja
63214 Zreče
Slovenija
tel.: +386 (0) 63 754 322
fax: +386 (0) 63 754 096

Kotizacija: do 31. decembra 1995 15.000,00 SIT
po 1. januarju 1996 20.000,00 SIT
specializanti 10.000,00 SIT

Vplačilo kotizacije na račun št. 50100-620-128-05-1118110-84255 SKB Banka d. d. Celje, z oznako »III. Kongres endoskopske kirurgije«.

Kotizacija vključuje strokovni program, kavo med odmori, opoldanski prigrizek, slavnostno večerjo in spričevalo o strokovnem izpopolnjevanju.

Prevoz in prenočišče: Unior turizem
Terme Zreče – Rogla
Cesta na Roglo 10
63214 Zreče
Slovenija
tel.: +386 (0) 63 762 451
fax: +386 (0) 63 762 446

Kongresne informacije: **Mag. Bogdan Fludernik, dr. med.**
Oddelek za splošno in žilno kirurgijo
Splošna bolnišnica Celje
Oblakova 5
63000 Celje
tel.: +386 (0) 63 441 133 int. 3301
fax: +386 (0) 63 481 204

Udeležbo na kongresu Zdravniška zbornica Slovenije prizna kot strokovno izpopolnjevanje za podaljšanje licence.

STROKOVNA KOMISIJA ZA MULTIPLO SKLEROZO
 pri
RAZŠIRJENEM STROKOVNEM KOLEGIJU NEVROLOŠKIH STROK
 organizira

SESTANEK O MULTIPLI SKLEROZI

12. in 13. aprila 1996

Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, Ljubljana

PROGRAM

Petek, 12. aprila 1996

8.00–9.00		Prijava in kotizacija
9.00–9.30		Otvoritev sestanka
9.30–13.00	M. Denišlič	Klinična slika
	T. S. Prevec, M. Kambič-Budakovič	Laboratorijska diagnostika multiple skleroze
	M. Čerk, N. Pečarič-Meglič	Nevroradiološke slikovne metode
	D. Meh	Bolečinski sindrom
	D. B. Vodusek, C. Oblak	Motnje mokrenja in spolnosti
		Kosilo
15.00–18.00	B. Končan-Vračko	Simptomatsko zdravljenje in sodobna obravnava obolelih z multiplo sklerozo
	M. Denišlič, S. Šega	Sodobno zdravljenje
	I. Švab	Bolniki z multiplo sklerozo in zdravnik splošne medicine
	A. Ješelnik	Pomen društva MS Slovenije
		Okrogla miza

Sobota, 13. aprila 1996

9.00–12.30	B. Končan-Vračko	Ocena stopnje prizadetosti
	M. R. Gregorič	Ocenjevanje gibalnih funkcij
	M. Petelin-Suhadolnik s sod.	Timska obravnava osebe z multiplo sklerozo
	J. Hajewska-Kosi	Obnovitvena rehabilitacija
	A. Kobal, M. Denišlič	Vpliv multiple skleroze na delazmožnost (ocena invalidske komisije)

Kotizacija: 10.000,00 SIT

Kontaktna oseba: **Mag. dr. Saša Šega**
 Nevrološka klinika
 Zaloška 7
 61000 Ljubljana
 tel.: 061 / 311-585

PRIJAVNICA

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Zaposlen: _____

se prijavljam na Sestanek o multipli sklerozi.

Podpis: _____

Kotizacijo nakažite na žiro račun Društva MS Slovenije št. 51300-678-21574 pri Agenciji RS za plačilni promet Kočevje s pripisom »za Sestanek o MS«.
 Število udeležencev je omejeno.

Pri založbi SLEDI je izšla knjiga

KIRURGIJA

Glavni urednik: prof. dr. *Vladimir Smrkolj*, **področni uredniki:** prof. dr. *Zoran M. Arnež*, prof. dr. *Vinko V. Dolenc*, doc. dr. *Boriana Kremžar*, dr. *Ljubiša Lukič*, prof. dr. *Aleksander Manohin*, prof. dr. *Vladimir Pavčnik*, dr. *Borut Pirc*, doc. dr. *Alojz Pleskovič*, as. dr. *Janez Primožič*, prof. dr. *Janez Prinčič*, prof. dr. *Slavko Rakovec*, prof. dr. *Stane Repše*, prof. dr. *Janez Orel*, doc. dr. *Bojan Tršinar*.

- Prvo popolno delo s področja kirurgije v slovenskem jeziku, namenjeno študentom, zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem
- 24 poglavij, razdeljenih na splošni in specialni del
- 713 strani velikega formata v šivani trdi vezavi
- Pregledno in didaktično oblikovano besedilo
- Več kot 630 risb, fotografij, rentgenogramov
- Obsežno, a pregledno stvarno kazalo
- Seznam laboratorijskih preiskav, ki se opravljajo pri nas in njihove orientacijske referenčne vrednosti

Naročilnico pošljite na naslov: **SLEDI, medicinsko založništvo**
pp. 24
61109 Ljubljana

NAROČILNICA

Nepreklicno naročam knjigo:
KIRURGIJA po ceni 19.950 SIT*

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Telefon: _____

Način plačila:

po povzetju

z virmanom v 8. dneh

Ponudba velja do 29. 2. 1996

Datum _____ Podpis _____

* V ceno je vključen 5% prometni davek, ne pa stroški pošiljanja.

SEKCIJA ZA KLINIČNO NEVROFIZIOLOGIJO SZD

v sodelovanju s

PEDIATRIČNO SEKCIJO SZD

SEKCIJO ZA OTROŠKO NEVROLOGIJO SZD

EPILEPTOLOŠKO SEKCIJO SZD

vabi na

SIMPOZIJ O KLINIČNIH NEVROFIZIOLOŠKIH PREISKAVAH V PEDIATRIJI

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

24. maj 1996

PREDVIDENI PROGRAM

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

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

Kotizacija: 9.000,00 SIT

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

MEDICINSKA FAKULTETA, KATEDRA ZA PEDIATRIJO

bo organizirala od 14. do 15. 6. 1996

XIV. DERČEVE DNEVE

STALNO PODIPLOMSKO IZOBRAŽEVANJE IZ PEDIATRIJE

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

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

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

PRELIMINARNI PROGRAM

Petek, 14. 6. 1996

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

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

Sobota, 15. 6. 1996

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

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

PRIJAVNICA

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

Priimek in ime: _____

Naslov: _____

Zaposlen: _____

Telefon – fax: _____

Datum: _____ Podpis: _____

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

SEKCIJA ZA KLINIČNO NEVROFIZIOLOGIJO SZD

PROGRAM REDNIH STROKOVNIH SESTANKOV V LETU 1996

15. 3. 1996	D. Logar	Sindrom fibromialgije
19. 4. 1996	Z. Pirtošek	Kognitivna elektrofizilogija
24. 5. 1996		Celodnevni sestanek Sekcije v Portorožu z glavno temo Klinične nevrofiziološke preiskave v pediatriji
21. 6. 1996	J. Trontelj	Elektrofiziološki aspekti amiotrofične lateralne skleroze
20. 9. 1996	Sodelavci UIKN	Prikazi kliničnih primerov iz elektromiografskega laboratorija
18. 10. 1996	D. Sket	Nevrotransmitterski sistemi in shizofrenija: pregled hipotez
20. 12. 1996	D. Butinar	Diagnostična vrednost EEG pri encefalitisih

Vsa predavanja bodo ob 12. uri v eni od predavalnic Kliničnega centra v Ljubljani.

INTERNISTIČNA SEKCIJA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

vabi zdravnike interniste in zdravnike splošne medicine na

STROKOVNI SESTANEK IN OBČNI ZBOR

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

Ljubljana, Verovškova 57

PROGRAM

IZBRANA POGlavJA IZ GASTROENTEROLOGIJE

Strokovni vodja: *Igor Križman*

Petek, 12. 4. 1996

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

Sobota, 13. 4. 1996

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

Občni zbor z volitvami

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

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

UNIVERZA V LJUBLJANI
MEDICINSKA FAKULTETA

**PREPREČEVANJE INFEKCIJ
V BOLNIŠNICAH IN AMBULANTAH**

Podiplomsko izobraževanje za zdravnike

PROGRAM 1995/96

Ponedeljek, 4. 3. 1996

8.00–9.00	A. Kraigher	Nalezljive bolezni v Sloveniji
9.00–10.00	I. Klavs	Zakonodaja, ki obravnava nalezljive bolezni in bolnišnične infekcije v Sloveniji
10.00–11.00	J. Šamu	Sanitarni predpisi in zdravstvena inšpekcija
11.00–12.00	M. Škerl	Vrste bolnišničnih infekcij
13.00–14.00	I. Klavs	Klinična epidemiologija
14.00–16.00	J. Stare	Statistične metode pri evalvaciji bolnišničnih infekcij

Torek, 5. 3. 1996

8.00–9.00	T. Lužnik-Bufo	Nastanek okužbe
9.00–10.00	T. Lužnik-Bufo	Načini prenosa bolnišničnih infekcij
10.00–11.00	A. Marolt-Gomišček	Pomen izolacije bolnikov za preprečevanje bolnišničnih okužb
11.00–12.00	M. Škerl	Evidence bolnišničnih infekcij
13.00–16.00	Š. Grosek, B. Moder	Uporaba programa WHOCARE na pediatričnem oddelku
	I. Rems, Z. Kramer	Izkušnje z uporabo računalniškega spremljanja okužb v bolnišnici (seminar)

Sreda, 6. 3. 1996

8.00–9.00	M. Škerl	Organizacija preprečevanja bolnišničnih infekcij
9.00–10.00	I. Klavs, M. Dolinšek	Delo medicinske sestre pri preprečevanju bolnišničnih infekcij
10.00–11.00	I. Klavs	Organizacija nacionalnega centra za preprečevanje infekcij v bolnišnicah
11.00–12.00	M. Škerl	Ukrepi ob pojavu bolnišničnih epidemij
13.00–14.00	M. Škerl	Analiza ekonomičnosti ukrepov
14.00–15.00	M. Škerl	Finančni aspekti bolnišničnih infekcij
15.00–16.00	V. Štebe	Komunikacija v bolnišnici

Četrtek, 7. 3. 1996

8.00–9.00	M. Škerl	Izdelava programa in navodil iz bolnišnične higiene
9.00–10.00	A. Z. Dragaš	Povzročitelji bolnišničnih okužb
10.00–11.00	A. Z. Dragaš	Infekcije implantatov
11.00–12.00	M. Müller-Premru	Pomen stafilokokov v bolnišnici
13.00–14.00	M. Škerl	Ukrepi ob pojavu MRSA v bolnišnici
14.00–15.00	A. Radšel-Medvešček	Diarealne bolezni v bolnišnici
15.00–16.00	A. Radšel-Medvešček, A. Z. Dragaš	Pomen enterokokov v bolnišnici

Petek, 8. 3. 1996

8.00–9.00	M. Škerl	Ukrepi ob pojavu odpornih enterokokov
9.00–10.00	M. Škerl	Pomen klicenoscev pri črevesnih boleznih
10.00–12.00	A. Andlovic, M. Prevec	Odvzem in prenos materialov za mikrobiološke preiskave

Ponedeljek, 25. 3. 1996

8.00–9.00	A. Z. Dragaš	Oportunistične glive
9.00–10.00	A. Rus	Mikobakterije
10.00–11.00	D. Trinkhaus	Ukrepi ob pojavu tuberkuloznega bolnika
11.00–12.00	M. Gubina	Hitra bakteriološka diagnostika
13.00–14.00	S. Koren	Virusi kot povzročitelji hospitalnih infekcij
14.00–15.00	S. Koren	Virusi hepatitisa
15.00–16.00	V. Brinovec	Cepljenje proti hepatitisu

Torek, 26. 3. 1996

8.00–9.00	S. Koren	Virusi HIV
9.00–10.00	J. Tomažič	Bolniki s HIV
10.00–11.00	M. Dolinšek	Higienski ukrepi pri bolniku z aidsom
11.00–12.00	T. Lužnik-Bufon	Nevarnosti in ukrepi pri vbodih in vrezih
13.00–14.00	S. Levičnik-Stežinar	Možnosti prenosa infekcij pri transfuziji krvi in krvnih derivatov
14.00–15.00	V. Kotnik	Okužbe pri transplantaciji
15.00–16.00	M. Poljak	Hitra virusna diagnostika

Sreda, 27. 3. 1996

8.00–9.00	M. Poljak	Preiskave na HIV in hepatitis
9.00–10.00	S. Koren	Prionske bolezni in higieni ukrepi v bolnišnici
10.00–11.00	V. Kotnik	Novejša spoznanja v imunologiji
11.00–12.00	V. Kotnik	Interpretacija seroloških preiskav
13.00–14.00	A. Ihan	Vloga imunskega sistema pri nastanku bolnišničnih infekcij
14.00–15.00	M. Gubina	Pomen normalne bakterijske flore
15.00–16.00	M. Gubina	Vpliv antibiotikov na normalno bakterijsko floro

Četrtek, 28. 3. 1996

8.00–9.00	M. Gubina	Razvoj bakterijske rezistence
9.00–10.00	M. Škerl	Ukrepi ob pojavu rezistentnih bakterij
10.00–11.00	M. Marolt-Gomišček, M. Čižman	Racionalna uporaba antibiotikov za zdravljenje
11.00–12.00	M. Marolt-Gomišček, S. Rakovec	Racionalna uporaba antibiotikov v profilaksi
13.00–14.00	A. Z. Dragaš	Vloga mikrobiologa pri odkrivanju bolnišničnih infekcij
14.00–15.00	M. Poljak	Molekularno biološke metode tipizacije v bolnišnični epidemiologiji
15.00–16.00	K. Seme	Pomen genotipizacije virusov

Petek, 29. 3. 1996

8.00–9.00	A. Z. Dragaš	Aerogeni prenos mikroorganizmov v bolnišnici
9.00–10.00	M. Škerl	Mikrobiološki nadzor zraka
10.00–11.00	J. Modic	Klimatske naprave v bolnišnicah
11.00–12.00	N. Klun	Mikrobiološki nadzor vode

Ponedeljek, 15. 4. 1996

8.00–9.00	M. Škerl	Možnosti prenosa okužb z vodo v bolnišnici in preprečevanje
9.00–10.00	B. Mihelčič	Možnosti okužb pri fizikalni terapiji
10.00–11.00	Š. Ros	Možnosti okužb v zdraviliščih
11.00–12.00	M. Adamič	Higienski nadzor kuhinj
13.00–14.00	M. Pavčič	Centralna in mlečna kuhinja v bolnišnici
14.00–15.00	S. Sešek-Oblak	Parenteralna prehrana in raztopine
15.00–16.00	L. Gaspari	Higiena sondne prehrane

Torek, 16. 4. 1996

8.00–9.00	V. Križan-Hergouth	Povzročitelji urinarnih infekcij
9.00–10.00	A. Bren	Bolnišnične okužbe sečil
10.00–11.00	D. Klemenc	Kateterizacija bolnika – higieni vidiki
11.00–12.00	R. Ponikvar	Infekcije na oddelkih za dializo
13.00–14.00	J. Buturovič-Ponikvar	Priprava vode za dializo
14.00–15.00	A. Guček	Problemi infekcij pri peritonealni dializi
15.00–16.00	A. Radšel-Medvešček	Zaščita bolnika v bolnišnici

Sreda, 17. 4. 1996

8.00–9.00	M. Gubina	Klostridijske infekcije v bolnišnici
9.00–10.00	M. Škerl	Klinični aspekti bolnišničnih okužb ran
10.00–11.00	M. Škerl	Epidemiologija bolnišničnih okužb ran in preprečevanje
11.00–12.00	D. Klemenc	Preveza rane in novejši materiali
13.00–14.00	A. Brčić	Bolnišnične infekcije opeklinskih ran
14.00–15.00	A. Baraga	Higienski režim v operacijskem bloku
15.00–16.00	A. Baraga	Urgentni bolnik in možnosti prenosa okužbe

Četrtek, 18. 4. 1996

8.00–9.00	L. Ključevšek-Kompan	Bolnišnične pljučnice
9.00–10.00	M. Škerl	Epidemiologija in preprečevanje bolnišničnih pljučnic
10.00–11.00	L. Sakelšek-Jeras	Respiratorna fizioterapija
11.00–12.00	A. Krist	Aspiracija bolnika na umetni ventilaciji
13.00–14.00	L. Toš	Infekcije v intenzivni terapiji
14.00–15.00	L. Toš	Infekcije v anesteziji
15.00–16.00	L. Ključevšek-Kompan	Vloga prehranjenosti bolnika pri nastanku infekcij

Petek, 19. 4. 1996

8.00–9.00	M. Gubina	Povzročitelji sepse v bolnišnici
9.00–10.00	M. Gubina	Sepsa kot posledica žilnih postopkov
10.00–11.00	Š. Grosek	Sepsa pri pediatričnih bolnikih
11.00–12.00	J. Babnik	Preprečevanje okužb v intenzivnih enotah za novorojenčke

Ponedeljek, 6. 5. 1996

8.00–9.00	J. Pretnar	Infekcije pri hematološkem bolniku
9.00–10.00	M. Müller-Premru	Pomen mikrobiološkega nadzora v hematologiji
10.00–11.00	Z. Rudolf	Bolnišnične infekcije pri onkološkem bolniku
11.00–12.00	P. Poredoš	Infekcije na gerontoloških oddelkih
13.00–14.00	M. Krbavčič	Čistila – kemizem in mehanizem delovanja
14.00–16.00	A. Z. Dragaš, M. Škerl	Odvzem vzorcev za sanitarno-bakteriološke preiskave (seminar)

Torek, 7. 5. 1996

8.00–9.00	M. Dolinšek	Čiščenje v bolnišnici
9.00–10.00	A. Z. Dragaš	Razkuževanje s toploto
10.00–11.00	A. Z. Dragaš	Kemična razkužila
11.00–12.00	M. Škerl	Kriteriji za izbor tovarniških pripravkov
13.00–14.00	M. Škerl	Razkuževanje endoskopov
14.00–15.00	A. Slak, V. Bizjak	Vzdrževanje kirurških inštrumentov
15.00–16.00	L. Gaspari	Razkuževanje anestezijske opreme in opreme za umetno ventilacijo

Sreda, 8. 5. 1996

8.00–9.00	A. Z. Dragaš	Higiena rok
9.00–10.00	A. Z. Dragaš	Medicinske rokavice
10.00–11.00	M. Škerl, M. Dolinšek	Izbira in uporaba medicinskih rokavic
11.00–12.00	M. Škerl	Razkuževanje kože
13.00–15.00	B. Moder	Tehnika umivanja rok – praktični seminar
15.00–16.00	M. Škerl	Osebna higiena zdravstvenega delavca

Četrtek, 9. 5. 1996

8.00–9.00	M. Škerl	Principi sterilizacije v bolnišnici
9.00–10.00	M. Škerl, E. Verstovšek	Uporaba materialov za pakiranje
10.00–11.00	A. Z. Dragaš	Nadzor sterilizacije
11.00–12.00	M. Škerl, E. Verstovšek	Ogled centralne sterilizacije
13.00–14.00	M. Dolinšek	Osnove higiene bolnika
14.00–15.00	A. Krist	Pripomočki za nego bolnika
15.00–16.00	M. Škerl	Perilo v bolnišnici

Petek, 10. 5. 1996

8.00–9.00	M. Škerl	Infekcije na različnih oddelkih v bolnišnici
9.00–10.00	M. Škerl	Odpadki
10.00–11.00	A. Z. Dragaš	Mikrovalovno razkuževanje odpadkov
11.00–12.00	A. Andlovic	Laboratorijske infekcije

Ponedeljek, 27. 5. 1996

8.00–9.00	T. Lužnik-Bufon	Infekcije na otroških oddelkih
9.00–10.00	T. Lužnik-Bufon	Infekcije v šolah in vrtcih
10.00–11.00	M. Čižman	Otroške nalezljive bolezni v bolnišnici
11.00–12.00	T. Žmuc-Tonin	Posebnosti infekcij v porodnišnici
13.00–14.00	M. Stantič-Pavlinič	Infekcije v zdravniških ordinacijah
14.00–15.00	M. Stantič-Pavlinič	Higiena pri zdravljenju bolnika na domu in pri transportu
15.00–16.00	M. Škerl	Infekcije v domovih za starejše občane

Torek, 28. 5. 1996

8.00–9.00	A. Z. Dragaš	Normalna flora ustne votline in razkuževanje sluznic
9.00–10.00	A. Z. Dragaš	Infekcije v zobozdravstvu
10.00–11.00	M. Škerl	Osebnostna zaščitna sredstva
11.00–12.00	T. Lužnik-Bufon	Zaščita osebja na delovnem mestu
13.00–14.00	V. Dragoš	Bolnišnične infekcije v dermatologiji
14.00–15.00	M. Škerl	Higienske zahteve pri izgradnji bolnišničnih oddelkov
15.00–16.00	M. Škerl	Hospitalna higiena v luči ekologije

Sreda, 29. 5. 1996

8.00–9.00	S. Sešek-Oblak	Dobra proizvodna praksa v bolnišnici
9.00–10.00	L. Toš	Počutje bolnika v intenzivni enoti
10.00–11.00	D. Rigler-Pleterski	Psihični hospitalizem bolnika v izolaciji
11.00–12.00	D. Rigler-Pleterski	Vpliv obiskov na širjenje infekcij v bolnišnici
13.00–14.00	A. Kos-Mikuš	Hospitalizem otroka v bolnišnici
14.00–15.00	M. Mramor	Infekcije v psihiatričnih bolnišnicah in domovih za retardirane otroke
15.00–16.00	M. Škerl	Pravni aspekti bolnišničnih infekcij

Četrtek, 30. 5. 1996

8.00–9.00	J. Drobne	Izobraževanje iz bolnišnične higiene v srednjih in višjih zdravstvenih šolah
9.00–10.00	M. Dolinšek	Izobraževanje osebja v bolnišnici
10.00–11.00	A. Z. Dragaš	Izobraževanje iz bolnišnične higiene na MF
11.00–12.00	A. Z. Dragaš	Delo sekcije za klinično mikrobiologijo in bolnišnične infekcije
13.00–15.00	M. Škerl	Reševanje praktičnih vprašanj iz hospitalne higiene

Petek, 31. 5. 1996

8.00–11.00	A. Z. Dragaš, T. Lužnik-Bufon, M. Škerl, A. Radšel-Medvešek	Usklajena razprava
11.00–12.00		Zaključek izobraževanja

Predavanja bodo v Seminarju I na novi Medicinski fakulteti, Korytkova 2, Ljubljana. Pričetek predavanj bo v ponedeljek 4. marca ob 8.00 uri.

Rok za prijavo je do zapolnitve mest. Kotizacija znaša 1800 DEM v tolarški protivrednosti.

Prijave pošljite na naslov: Medicinska fakulteta
61000 Ljubljana
Vrazov trg 2/1

Prošnji priložite dokazila o opravljenem strokovnem izpitu in plačilu kotizacije. (Glej razpis v DELU – 17. 1. 96.) Sprejeti kandidati (največ 12) bodo pisno obveščeni.

Po opravljenem izobraževanju bo preverjanje znanja: 18. in 19. junija 1996 ob 9. uri.

1. MEDNARODNA NEFROLOŠKA ŠOLA V SLOVENIJI

v organizaciji Nefrološke klinike Kliničnega centra v Ljubljani bo od **26. do 27. oktobra 1996 v Portorožu v Grand hotelu Emona, Bernardin**. Šola je namenjena zdravnikom s predznanjem nefrologije, ki se ukvarjajo z zdravljenjem arterijske hipertenzije, ledvičnih bolezni, nadomestnim zdravljenjem z dializo, peritonealno dializo in presaditvijo ledvic. Število udeležencev je omejeno, prednost bodo imeli tisti, ki se bodo prijaviili prvi. Šola bo organizirana po principu učnih delavnic. Uradni jezik šole bo angleški brez simultane prevajanja. Kotizacija za udeležence znaša do 31. maja 1996 200 DEM, po 31. maju 230 DEM v tolarški protivrednosti po tečaju Banke Slovenije na dan vplačila (Nova Ljubljanska banka d. d., Ljubljana, ŽR 50100-620-133-05-1016113-94900). Kotizacija vključuje strokovno gradivo in skupno večerjo.

PRELIMINARNI PROGRAM

Sobota, 26. 10. 1996

- 14.00-15.30 Predpisovanje zdravljenja s peritonealno dializo
- 15.30-17.00 Adekvatnost dializnega zdravljenja in biokompatibilnost dializnih membran
- 17.00-17.30 Odmor
- 17.30-19.00 Kronični zapleti dializnega zdravljenja
- 20.30 Skupna večerja

Nedelja, 27. 10. 1996

- 8.00-9.30 Renoprotektivne strategije za upočasnitev napredovanja diabetične in nediabetične ledvične bolezni
- 9.30-11.00 Rezistentna arterijska hipertenzija: diagnostika in zdravljenje
- 11.00-11.30 Odmor
- 11.30-13.00 Hitro napredujoči glomerulonefritis: diagnostika in zdravljenje
- 13.00-14.00 Organizacija informacijskega sistema/registra v nefrologiji
- 14.00 Zaključek

Z vabljenimi predavanji in učnimi delavnicami bodo sodelovali ugledni tuji in domači predavatelji: **Rok Accetto**, Ljubljana (Slovenija), **John Cunningham**, London (Velika Britanija), **James W. Dobbie**, Edinburgh (Velika Britanija), **Herwig Holzer**, Graz (Avstrija), **Peter Ivanovich**, Chicago (ZDA), **Francesco Locatteli**, Lecco (Italija), **Guido G. Pers'jn**, Leiden (Nizozemska), **Tomaž Rott**, Ljubljana (Slovenija), **Zbylut J. Twardovski**, Columbia (ZDA), **Fernando Valderrabano**, Madrid (Španija), **Alenka Vizjak**, Ljubljana (Slovenija).

Organizacijski odbor prve mednarodne nefrološke šole:

Staša Kaplan-Pavlovčič, predsednica; **Andrej F. Bren**, programski direktor; **Jelka Lindič**, tajnica organizacijskega odbora; **Janez Varl**, blagajnik.

Dodatne informacije, drugo obvestilo, obrazec za registracijo, hotelsko namestitvev za I. Slovenski nefrološki kongres z mednarodno udeležbo in I. Mednarodno nefrološko šolo v Sloveniji ter obrazec za izvleček za I. Slovenski nefrološki kongres prejmete, če pošljete spodnjo prijavnico na naslov:

Ga. Mida Kandus

Tajništvo Nefrološke klinike

Zaloška 7

61000 Ljubljana

telefaks: 061 13 22 077

Rok za prejem izvlečkov je 15. maj 1996.

PRIJAVNICA

Prijavljam se za (prosimo, označite):

- I. Slovenski nefrološki kongres
 I. Mednarodno nefrološko šolo v Sloveniji

Drugo obvestilo o obeh strokovnih prireditvah mi pošljite na spodaj navedeni naslov.

Priimek: _____ Ime: _____

Ustanova: _____

Ulica: _____ Mesto: _____

Država: _____ Poštna številka: _____

Telefon: _____ Telefaks: _____

Datum: _____ Podpis: _____

TRETJA KONFERENCA »BIOZNANOSTI 96«

21.–26. septembra 1996, Gozd Martuljek, Slovenija

Glavne teme konference: kvantitativna analiza slike, slikanje z magnetno resonanco, kvantitativna patologija, membrane, imunski sistem, molekularna biologija, molekularna genetika in genska terapija, nevrobiologija centralnega živčnega sistema, skeletna mišica. Povezovalna tema kongresa je **stereologija in kvantitativna analiza slike**. Srečanje bo v angleščini, sodelovali bodo tudi znanstveniki iz tujine.

Naslov za nadaljnje informacije: Ida Eržen, Društvo za stereologijo in kvantitativno analizo slike, Inštitut za anatomijo, Medicinska fakulteta, Korytkova 2, 61105 Ljubljana, Slovenija. Tel.: +386 61 446-051, +386 61 1403-042, faks: +386 61 1403-326, e-mail: ida.erzen@mf.uni-lj.si.

SLOVENSKO DRUŠTVO HOSPIC



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

BLIZU V TEŽKEM ČASU

Kako se učimo srečevati z umirajočimi in njihovimi svojci

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

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

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

Za prevajanje iz nemščine bo poskrbljeno.

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

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

Neubergerjeva 4
61000 Ljubljana
tel. 061 / 13 71 284

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

SIMPOZIJ O GENETIKI V NEVROLOGIJI

in

12. PREDAVANJE V SPOMIN DR. JANEZA FAGANELA

Ljubljana, 4. in 5. oktober 1996

Organizator

KLINIČNI CENTER LJUBLJANA
UNIVERZITETNI INŠTITUT ZA KLINIČNO NEVROFIZIOLOGIJO

V sodelovanju s

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

S pomočjo

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

Pod pokroviteljstvom

MEDITERANSKEGA MIOLOŠKEGA DRUŠTVA
DRUŠTVA GENETIKOV SLOVENIJE

PRVO OBVESTILO

PREDVIDENI PROGRAM

Petek, 4. oktober

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

New York, ZDA
Ljubljana
Ljubljana
Ljubljana
Nikozija, Ciper

Predavanje v spomin dr. Janeza Faganela

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

Corrado Angelini

Padova, Italija

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

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

Sobota, 5. oktober

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

Ljubljana

Značilnosti distrofinopatij v Sloveniji

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

Ljubljana

Molekularna genetska analiza Duchennove in Beckerjeve mišične distrofije v Sloveniji

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

SPLOŠNE INFORMACIJE

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

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

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

Jezik: Angleški

NASLOV SVOJEGA PRISPEVKA POŠLJITE NAJKASNEJE DO 1. APRILA 1996

INŠTITUT ZA ZGODOVINO MEDICINE

organizira

PINTARJEVE DNEVE

Ljubljana, 18.–19. april 1996

**PROFESOR DR. JOŽE RANT – ORGANIZATOR SLOVENSKEGA
ZOBOZDRAVSTVA**

spominski simpozij ob stoletnici rojstva prof. dr. J. Ranta
z mednarodno udeležbo

Soorganizatorji:

DRUŠTVO ZOBOZDRAVSTVENIH DELAVCEV SLOVENIJE
STOMATOLOŠKA SEKCIJA SZD
ORTODONTSKA SEKCIJA SZD
MEDIKOHISTORIČNA SEKCIJA SZD

DRUŠTVO ORALNIH IN ČELJUSTNIH KIRURGOV SLOVENIJE
DRUŠTVO ZOBOZDRAVSTVENIH DELAVCEV CELJE
ZNANSTVENO DRUŠTVO ZA ZGODOVINO ZDRAVSTVENE KULTURE SLOVENIJE

ORGANIZACIJSKI ODBOR

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

ČASTNI ODBOR

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

PREDVIDENE TEME

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

AO TEČAJ IZ KIRURGIJE HRBTENICE

Ljubljana, 15.–18. 5. 1996

Na tečaju bomo obravnavali poškodbe, deformacije, degenerativna in vnetna stanja na vratni, prsni in na ledveni hrbtenici. Obravnavali bomo predvsem metode in tehniko operativne stabilizacije pri omenjenih stanjih. Tečaj bo potekal v obliki predavanj, filmov in praktičnih vaj. Namenjen je predvsem ortopedom, travmatologom in nevrokirurgom. Pri praktičnih vajah bodo tečajniki delali osteosinteze pod vodstvom inštruktorjev na plastičnih modelih hrbtenice. Uvedli smo tudi dvojno kotizacijo. Posebej za tečaj s praktičnimi vajami in posebej samo predavanja.

Vodja tečaja: prim. dr. **F. Vrevc**, Ortopedska klinika
61000 Ljubljana, Zaloška c 9, SLO
Tel.: 00386 61 317-266
Fax: 0038 61 316-078

Organizatorji: Ortopedska klinika, Ljubljana
Travmatološka klinika, Ljubljana
Slovenska AO skupina
AO International, Davos
Firma Mathys, AG, Bettlach
Metalka, Media, Ljubljana

Strokovni program: **B. Jeannaret**, Bassel
F. Vrevc, Ljubljana

Strokovni odbor: **I. Štraus**, Ljubljana
M. Vrabl, Maribor
F. Vrevc, Ljubljana

Informacije, tehnična organizacija in prijave: ga. **Anica Lukič**, Metalka, Media
Dalmatinova 2, SLO,
61000 Ljubljana
Tel.: 00386 61 321-145
Fax: 00386 61 1328-112

Kotizacija: Za udeležence tečaja s praktičnimi vajami: 700 DEM v ustrezni tolarški protivrednosti
Za predavanja: 400 DEM v ustrezni tolarški protivrednosti
Kotizacijo nakažite na: Metalka, Media, s pripisom za AO tečaj iz kirurgije hrbtenice
ŽR: 50100-601-117-173
V kotizacijo so vključena predavanja, praktične vaje in malice med odmori, pri manjši kotizaciji pa predavanja in malice med odmori.

Zdravniška zbornica Slovenije bo tečaj registrirala in priznala za podaljšanje licence.

NADALJEVALNI AO TEČAJ ZA ZDRAVNIKE

Bled, 31.8. do 3. 9. 1996

Na tečaju bomo obravnavali operativno zdravljenje s poudarkom na osteosintezah pri poškodbah skeleta in pri posttravmatskih stanjih. Tečaj bo potekal v obliki predavanj, filmov in praktičnih vaj pod vodstvom inštruktorja na plastičnih kosteh.

Tečajniki morajo imeti opravljen osnovni AO tečaj in izkušnje z osteosintezami.

Vodja tečaja: prim. dr. **F. Vrevc**, Ortopedska klinika
61000 Ljubljana, Zaloška c 9, SLO
Tel.: 00386 61 317-266
Fax: 0038 61 316-078

Organizatorji: Ortopedska klinika, Ljubljana
Travmatološka klinika, Ljubljana
Slovenska AO skupina
AO International, Davos
Firma Mathys, AG, Bettlach
Metalka, Media, Ljubljana

Informacije, tehnična organizacija in prijave: ga. **Anica Lukič**, Metalka, Media
Dalmatinova 2, SLO, 61000 Ljubljana
Tel.: 00386 61 321-145
Fax: 00386 61 1328-112

Kotizacija za tečaj: 700 DEM v ustrezni tolarški protivrednosti
Kotizacijo nakažite na: Metalka, Media, s pripisom za AO tečaj
ŽR: 50100-601-117-173

Zdravniška zbornica Slovenije bo tečaj registrirala in priznala za podaljšanje licence.

KLINIČNI CENTER LJUBLJANA
KIRURŠKA GASTROENTEROLOŠKA KLINIKA
3. KIRURŠKA DELAVNICA IN SIMPOZIJ
KIRURGIJA ŠIROKEGA ČREVEŠA IN DANKE
Ljubljana 21. 3. do 23. 3. 1996

PROGRAM

Četrtek, 21. 3. 1996

- 8.00 Seminar KC IV Sprejem
Navodila in predstavitev OP programa
- 8.30–14.00 OP blok, operacijski 44 in 55 – OP program:
asistencije, spremljanje v živo, video-projeckcija, vaje s spenjalniki na modelih
- 14.00 Kosilo
- 15.00–19.00 PREDAVANJA*

KRONIČNE VNETNE ČREVESNE BOLEZNI (KVČB)

- | | | |
|---|---------------------|---------|
| 1. Epidemiologija KVČB | <i>M. Koželj</i> | 10 min. |
| 2. Patološke značilnosti KVČB | <i>T. Cerar</i> | 5 min. |
| 3. Klinična slika in naravni potek bolezni | <i>I. Ferkolj</i> | 10 min. |
| 4. Endoskopska diagnostika | <i>V. Mlinarič</i> | 10 min. |
| 5. RTG diagnostika | <i>B. Jamar</i> | 5 min. |
| 6. UZ diagnostika | <i>A. Perovič</i> | 5 min. |
| 7. Scintigrafska diagnostika | <i>M. Milčinski</i> | 5 min. |
| 8. Medikamentozno zdravljenje KVČB | <i>I. Ferkolj</i> | 10 min. |
| 9. Indikacije za operativno zdravljenje | <i>S. Repše</i> | 10 min. |
| 10. Operativno zdravljenje divertikulitisa | <i>B. Žakelj</i> | 10 min. |
| 11. Operativno zdravljenje Crohnove bolezni | <i>F. Jelenc</i> | 10 min. |
| 12. Operativno zdravljenje ulceroznega kolitisa | <i>M. Čalič</i> | 10 min. |

Petek, 22.3.1996

- 8.00 Seminar KC IV: Predstavitev OP programa
- 8.30–14.00 OP blok, operacijski 44 in 55 – OP program:
asistencije, spremljanje v živo, video prenos, vaje s spenjalniki na modelih
- 14.00 Kosilo
- 15.00–19.00 PREDAVANJA*

RAK ŠIROKEGA ČREVEŠA IN DANKE (RŠČD)

- | | | |
|--|----------------------|---------|
| 1. Epidemiologija RŠČD v Sloveniji | <i>V. Pompe-Kirn</i> | 5 min. |
| 2. Patologija RŠČD | <i>M. Bračko</i> | 10 min. |
| 3. Možnosti novih presejalnih metod in prevencije | <i>S. Markovič</i> | 10 min. |
| 4. Klinične značilnosti RŠČD in naravni potek bolezni | <i>A. Žitko</i> | 10 min. |
| 5. RTG diagnostika | <i>B. Jamar</i> | 5 min. |
| 6. Endoskopska diagnostika in zdravljenje | <i>V. Mlinarič</i> | 10 min. |
| 7. Endoskopski UZ | <i>S. Štepec</i> | 5 min. |
| 8. Predoperativna priprava bolnika | <i>M. Sever</i> | 5 min. |
| 9. Standardne in razširjene resekcije širokega črevesa | <i>S. Repše</i> | 10 min. |
| 10. Ekscizija rektuma | <i>M. Čalič</i> | 10 min. |
| 11. Transanalne in transsfinkterne ekscizije | <i>B. Žakelj</i> | 10 min. |
| 12. Obhodne anastomoze in stome | <i>M. Omejc</i> | 5 min. |
| 13. Intra- in pooperativne komplikacije | <i>F. Jelenc</i> | 10 min. |

Sobota, 23.3.1996

8.00–10.00 PREDAVANJA*

RAK ŠIROKEGA ČREVEVA IN DANKE – nadaljevanje

1. Sistemsko zdravljenje	<i>B. Štabuc</i>	10 min.
2. Radioterapija	<i>T. Benulič</i>	5 min.
3. Kirurgija metastaz v jetrih	<i>E. Gadžijev</i>	10 min.
4. Kirurgija recidiva	<i>F. Jelenc</i>	5 min.
5. Sledenje operiranih bolnikov	<i>M. Omejc</i>	5 min.
6. Rezultati operativnega zdravljenja RŠČD	<i>Z. Štor</i>	10 min.
7. Multidisciplinarno zdravljenje RŠČD	<i>B. Zakotnik</i>	10 min.
– 3-letni rezultati slovenske OIGIT študije	<i>M. Rems</i>	10 min.
8. Stomaterapija	<i>P. Košorok</i>	10 min.

10.00–10.30 REFERATI UDELEŽENCEV (do 5 referatov po 5 minut)

10.30–11.00 Odmor za kavo

11.00–13.00 VABLJENA PREDAVANJA (do 5 tujih predavateljev)

13.00 Zaključek simpozija in podelitev diplom udeležencem delavnice

* Po vsakem predavanju je predvidena 5-minutna diskusij.

SPLOŠNE INFORMACIJE

Kraj:	Klinični center Ljubljana Delavnica: Operacijski blok KC Simpozij: Predavalnica I KC
Število udeležencev:	za delavnico omejeno, do 30 za simpozij neomejeno
Ciljni udeleženci:	Delavnica: specialisti in specializanti kirurgije Simpozij: vsi udeleženci delavnice, specialisti in specializanti kirurgi in gastroenterologi ter sorodnih strok, splošni zdravniki
Kotizacija:	Delavnica in simpozij: 30.000 SIT Simpozij: 5.000 SIT Kotizacijo nakazati na račun št. 50100-603-43619-05-102-96, HBS d.o.o. Ljubljana, z oznako »3. kirurška delavnica – ŠIROKO ČREVO«. Kotizacijo za simpozij je možno vplačati tudi na mestu.
Organizator:	Prof. dr. Stane Repše, Kirurška gastroenterološka klinika, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7
Prijave in informacije:	ga. Marija Lutar, Tajništvo Kirurških klinik, KC, Zaloška 7 61000 Ljubljana, tel.: 061 / 316-268, fax.: 061 / 316-069

Termin za prijavo udeležbe na delavnici: do 15. 3. 1996, oziroma do zasedbe mest (30)

Termin za prijavo udeležbe na simpoziju: zaželeno do 15. 3. 1996, ni omejitev

Termin za prijavo referata na simpoziju: do 1. 3. 1996 s povzetkom referata (do 20 vrstic na A4 formatu s podatki o avtorju in ustanovi).

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

UDELEŽBO NA DELAVNICI IN/ALI SIMPOZIJU BO ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE UPOŠTEVALA PRI PO-DALJŠEVANJU LICENCE

**SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO –
ZDRUŽENJE OTORINOLARINGOLOGOV SLOVENIJE**

in

**KLINIKA ZA OTORINOLARINGOLOGIJU IN CERVIKOFACIALNO KIRURGIJO,
LJUBLJANA**

organizirata

2. KONGRES OTORINOLARINGOLOGOV SLOVENIJE

Bled, 5. do 7. december 1996

PRELIMINARNI PROGRAM

1. Malignomi v ORL.področju (koordinator prof. dr. **L. Šmid**, dr. med.)
2. Vnetja srednjega ušesa (koordinator prim. **J. Zupančič**, dr. med.)
3. Proste teme (koordinator doc. dr. **A. Župevc**, dr. med.)

Prijava: – Naslove prispevkov sporočite koordinatorjem predlaganih tem najkasneje do 29. 2. 1996
 – prijava vseh udeležencev: asist. mag. **I. Hočvar-Boltežar**
 Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo
 Zaloška 2
 61105 Ljubljana

Kotizacija: 300 DEM (v tolarški protivrednosti) vplačana do 31. 5. 1996
 na žiro račun: 50103-678-49360 ORL sekcija SZD
 360 DEM (v tolarški protivrednosti) plačana kasneje ali ob pričetku kongresa

Dodatne informacije: asist. mag. **I. Hočvar-Boltežar**, dr. med.
 pisno ali po telefonu 061 / 312-285 med 12.30 in 14.00 uro vsak delavnik.

SEKCIJA ZA USTNE BOLEZNI, PARODONTOLOGIJO IN STOMATOLOŠKO IMPLANTOLOGIJO SZD

prireja

IX. SLOVENSKE PARODONTOLOŠKE DNEVE

Otočec, 12. in 13. april 1996

PROGRAM

Petek, 12. april 1996

- | | | |
|------|--|--|
| 9.30 | <p><i>U. Skalerič</i>
<i>M. Kovač-Kavčič, P. Umek,</i>
<i>U. Skalerič</i>
<i>J. Golob, G. Hočevar, D. Grošelj</i></p> <p><i>B. Kramar, U. Skalerič</i>
<i>D. Grošelj, A. Z. Dragaš, K. Seme,</i>
<i>V. Vendramin</i>
<i>F. Fidler</i>
<i>E. Cvetko, F. Pernuš, U. Skalerič</i></p> <p><i>R. Schara, V. Sajko, F. Demšar,</i>
<i>V. Jevtič, U. Skalerič</i>
<i>I. Kopač</i>
<i>M. Petelin, Z. Pavlica, U. Skalerič</i>
<i>B. Gašpirc, M. Petelin, U. Skalerič</i></p> <p><i>B. Simončič</i></p> | <p>Otvoritev in podelitev Brenčič-Logarjeve nagrade za študente stomatologije</p> <p>Vloga citokinov pri parodontalni bolezni</p> <p>Psihosocialni dejavniki pri osebah s parodontalno boleznijo</p> <p>Parodontalno zdravje srednješolcev v obdobju intenzivnejše preventivne dejavnosti</p> <p>TGF-β v dlesni in njeni tekočini pri parodontalni bolezni</p> <p>Subgingivalna flora in klinična diagnostika parodontalnih bolezni</p> <p>Rentgenska diagnostika parodontalne bolezni</p> <p>Ocena prizadetosti koreninskih razcepišč iz panoramskih rentgenskih posnetkov</p> <p>MR slikanje kot diagnostična metoda v parodontologiji</p> <p>Uporaba retrakcijskih sredstev v fiksni protetiki</p> <p>Vpliv encimov superoksid dismutaze in katalaze na obzobna tkiva</p> <p>Vpliv Nd: YAG laserja na propustnost in kemično sestavo zobnega cementsa</p> <p>Bioresonančna terapija parodontalne bolezni</p> |
|------|--|--|

Sobota, 13. april 1996

- | | | |
|-------|---|--|
| 9.00 | <p><i>M. Rode</i>
<i>A. Kansky</i></p> <p><i>L. Marion</i>
<i>U. Skalerič</i></p> | <p>IMZ sistem dentalnih implantatov</p> <p>Ovrednotenje bolnikov oskrbljenih z dentalnimi implantati pred kirurškim posegom in po njem</p> <p>Implantnoproterična oskrba – možnosti protetičnih nadgradenj</p> <p>Primerjava uspešnosti različnih osteointegracijskih implantoloških sistemov</p> <p>Zaključek</p> |
| 12.00 | | |

Kotizacija: do 1. aprila 1996 10.000,00 SIT
po 1. aprilu 1996 12.000,00 SIT
Znesek kotizacije nakažite na žiro račun sekcije (Slovensko Zdravniško društvo, Komenskega 4, Ljubljana) št. 50101-678-48620 s pripisom »za IX. slovenske parodontološke dneve«.

Rezervacije za nočitve sprejemajo na recepciji Šport hotela na tel. 068 / 321-830, 068 / 321-831, faks 068 / 75-420. Cena polnega penziona v dvoposteljni sobi je 7.440,00 SIT in 8.880,00 SIT v enoposteljni sobi.

Prijavnico pošljite na naslov:

Dr. Erika Cvetko

Sekcija za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo

Stomatološka klinika

Hrvatski trg 6

61000 Ljubljana

Fax: 061 / 13-22-148



OBVESTILO

Stomatološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva obvešča vse zobozdravnike Slovenije, da prireja

II. KONGRES STOMATOLOGOV SLOVENIJE

Portorož, 31. 5. do 1. 6. 1996

Splošne informacije

- Organizator:** Stomatološka sekcija SZD
Komenskega 4, 61000 Ljubljana
Telefon: 061 / 317-868
Telefaks: 061 / 301-955
- Kraj srečanja:** AVDITORIJ Portorož
- Rezervacije prenočišč:** KKC Avditorij
Senčna pot 10, Portorož
Telefon: 066 / 74 72 30
Telefaks: 066 / 74 70 92
- Dentalna razstava:** Velika tradicionalna razstava dentalnih aparatov in materialov znanih domačih in evropskih proizvajalcev ob priliki II. kongresa stomatologov Slovenije KKC Avditorij Portorož, že v četrtek, 30. maja 1996
- Kotizacija:** 12.000,00 SIT do 30. aprila 1996, po tem datumu 15.000,00 SIT na recepciji Avditorija v Portorožu.
Žiro račun: 50101-678-56666 Stomatološka sekcija SZD, Ljubljana - za II. kongres
Opozorilo: Potrdila o plačani kotizaciji predložite ob registraciji v kongresni recepciji.
- Sprejemna pisarna:** V KKC Avditorij od 30. maja 1996 vsak dan od 8,00 do 18,00.

PROGRAM STROKOVNEGA DELA KONGRESA

Petek, 31. maj 1996

- 9.30 Otvoritev
10.00–12.30 Glavna tema kongresa
Nove tehnologije v stomatologiji
15.00–18.30 Proste teme

Sobota, 1. junij 1996

- 8.30–12.30 Proste teme

Vsa predavanja bodo v Avditoriju Portorož.

POZOR

Organizacijski odbor II. kongresa stomatologov Slovenije obvešča vse kolegice in kolege, da bo v petek, 31. maja 1996 in soboto, 1. junija 1996 dvorana Avditorija vaša za vaše prispevke v okviru prostih tem na glavno temo kongresa.

Vse zainteresirane vabimo, da svoje prispevke z naslovom predavanja in kratkim povzetkom pošljejo na izpolnjenem formularju, ki je priloga Priveska.

Vaš prispevek, ki naj bi trajal največ 15 minut s kratkim povzetkom pričakujemo najpozneje do 18. marca 1996 na naslov: Stomatološka sekcija SZD, Ljubljana, Komenskega 4 (za Portorož 1996) ali po telefaksu 061 / 301 955.

Organizacijski odbor vas bo do 1. aprila 1996 obvestil o razporedu vašega prispevka in z vam potrebnimi informacijami.

Zdravniška zbornica Slovenije prizna to strokovno srečanje ob podaljševanju licence zobozdravnikov v skladu z 71. in 85/II členom Zakona o zdravstveni dejavnosti ter 6. členom Pravilnika o podelejevanju, podaljševanju in odvzemanju dovoljenja za samostojno delo zdravnika oz. zobozdravnika.

GINEKOLOŠKA KLINIKA, KLINIČNI CENTER LJUBLJANA
GINEKOLOŠKA SEKCIJA SZD

pod pokroviteljstvom

URADA WHO MINISTRSTVA ZA ZDRAVSTVO RS

prireja

SEMINAR

VAROVANJE
SPOLNEGA IN REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA
MLADOSTNIKOV

29.-30. marec 1996

Predavalnica Ginekološke klinike, Šlajmerjeva 3, Ljubljana

PROGRAM

Petek, 29. marec 1996

8.15-9.00		Registracija
9.00-9.15	Božo Kralj	Pozdrav predsednika Ginekološke sekcije
	Nina Mazi	Pozdrav pokrovitelja
	Helena Meden-Vrtovec	Pozdrav organizatorja
	Moderatorica: Lidija Andolšek	
9.15-9.45	Dunja Obersnel-Kveder	Spolno in reproduktivno zdravje mladostnikov
9.45-10.00	Lidija Andolšek	Pomen dela z mladostniki in pregled dosedanjih dejavnosti
10.00-10.30		Odmor
10.30-11.00	Živa Novak	Zdravstveni vidiki spolne aktivnosti in načrtovanja družine mladostnikov
11.00-11.30	Maca Maček	Socialni vidiki nosečnosti pri mladoletnicah
11.30-12.00	Sašo Drobnič	Vloga partnerja pri varovanju reproduktivnega zdravja
12.00-12.15		Razprava s povzetki
12.15-14.00		Kosilo

Moderatorica: Alenka Pretnar-Darovec

14.00-14.30	Helena Meden-Vrtovec	Posebnosti telesnega razvoja mladostnikov
14.30-15.00	Maja Vodopivec	Duševni razvoj in spolna identiteta mladostnikov
15.00-15.30		Odmor
15.30-16.00	Irena Kirar-Fazarinc	Dejavniki spolnega vedenja mladostnikov
16.00-16.30	Bojana Pinter	Spolno vedenje ljubljanskih srednješolcev
16.30-16.45		Razprava s povzetki
16.45-17.00		Evalvacija

Sobota, 30. marec 1996

Moderatorica: Helena Meden-Vrtovec

8.30-9.00	Alenka Pretnar-Darovec	Kontracepcija za mladostnice
9.00-9.30	Eda Bokal	Odkrivanje in klinična obravnava spolno prenosljivih bolezni
9.30-10.00	Alenka Fetih	Diagnostični postopki pri amenoreji in pelvični bolečini mladostnic
10.00-10.30		Odmor
10.30-11.00	Katja Bašič	Spolni napadi na otroke in spolna dejanja v zvezi z mladoletniki
11.00-11.30	Nataša Končnik-Goršič	Zgodnje odkrivanje spolne zlorabe - psihološki vidiki
11.30-12.00	Evita Leskovšek	Aids in vzgoja za zdravo spolnost

12.00-12.15	Bojana Pinter	Predstavitve Centra za mladostnike in mreže regijskih služb za varovanje spolnega in reproduktivnega zdravja mladostnikov
12.15-12.30		Razprava s povzetki
12.30-12.45		Sklepi
12.45-13.00		Evalvacija
13.00		Zaključek in podelitev diplom

Kotizacija: 15.000,00 SIT, vključuje udeležbo na seminarju, zbornik, osvežitev med odmori in kosilo. Kotizacijo nakažite na ŽR Klinični center Ljubljana, št. 50103-603-51820, namen nakazila »Ginekološka klinika: Mladostniki«.

Rok za prijave: 15. marec 1996. Število udeležencev je omejeno.

Informacije: **Asist. mag. Bojana Pinter, dr. med.**
Ginekološka klinika Ljubljana
Šlajmerjeva 3
61000 Ljubljana
tel.: 061 / 1403-101, faks: 061 / 1401-110
e-mail: bojana.pinter@guest.arnes.si
ali **ga. Milica Trenkič** (isti naslov) tel./faks 061 / 315-328

PRIJAVNICA

Seminar: **VAROVANJE SPOLNEGA IN REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA MLADOSTNIKOV**
29.-30. marec 1996, Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana

Ime in priimek: _____

Poklic: _____

Delovno mesto: _____

Ustanova: _____

Naslov: _____

Tel.: _____ Faks: _____

Datum: _____ Podpis: _____

Prijave: Prijavnico in kopijo potrdila o plačilu pošljite na naslov:

Asist. mag. Bojana Pinter, dr. med.
Ginekološka klinika Ljubljana
Šlajmerjeva 3
61000 Ljubljana
faks: 061 / 1401-110

Pismo uredništvu/Letter to the editor

POROČILO O IZPOPOLNJEVANJU S PODROČJA ORGANIZACIJE TRANSPLANTACIJSKE DEJAVNOSTI

Jasna Vončina

Uvod

Oktober 1994 sem dobila kot nacionalni koordinator za darovalski program od katalonskega ministrstva za zdravstvo povabilo za dvomesečno izpopolnjevanje s področja organizacije transplantacijske dejavnosti (TPM projekt).

Ta projekt je bil sestavljen iz dveh delov:

- iz enotedenskega tečaja s področja koordinacije za pridobivanje organov in tkiv umrlih darovalcev za transplantacije (Barcelona, november 1994)
- ostalih sedem tednov pa smo pridobivali praktične izkušnje s tega področja (Barcelona, januar, februar 1995) v sledečih ustanovah:
- OCATT je centralna katalonska transplantacijska organizacija (1 teden)
- Bolnišnica Bellvitge - velika učna bolnišnica na obrobju Barcelone (3 tedni)
- HCP - učni center v osrčju Barcelone (3 tedni).

Na izpopolnjevanje so bili povabljeni še štiri zdravniki iz »centralnih« evropskih držav (Češka, Slovaška, Estonija, Madžarska). Glavni namen izpopolnjevanja je bil seznaniti se s tako imenovanim »španskim modelom« koordinacije, ki ga vsa Evropa priznava za trenutno najuspešnejšega. Poleg tega smo se lahko še soočili z vsemi ostalimi dejavnostmi, povezanimi s transplantacijo organov in tkiv umrlih oseb.

Katalonija s svojim glavnim mestom Barcelono je avtonomna španska pokrajina, šteje šest milijonov prebivalcev, njihov jezik je katalonščina. Ponašajo se s tem, da so bile vse prve transplantacije v Španiji narejene v Kataloniji: leta 1965 ledvica (od živega darovalca), 1983 ledvica s pankreasom, 1984 jetra in srce, 1990 pljuča. Tudi organizacijsko je bila Katalonija v Španiji prva: leta 1982 je ustanovila svoj koordinacijski center, takrat z nalogo koordinirati transplantacijsko dejavnost ledvic. Leta 1984 so dobili v Kataloniji prvega bolnišničnega transplantacijskega koordinatorja (TPM), istega leta so izdali prve brošure in prve obrazce. Leta 1985 je izšel novi zakon, po katerem se je lahko transplantacijska bolnišnica akreditirala le, če je imela vsaj enega TPM. Isto leto so organizirali prvi tečaj za transplantacijske koordinatorje, kjer so predavali strokovnjaki iz vse Evrope. Tako je v Kataloniji dobilo šest bolnišnic svoje TPM-je, ki so na tem področju delali sprva le del svojega delovnega časa. Leta 1987 začnejo v HCP transplantirati jetra in takrat dobi ta bolnišnica prvega TPM za celotni delovni čas. Istega leta je bil v Barceloni ustanovljen koordinacijski center za povezavo z ostalo Španijo in Evropo. Leta 1994 je bil ustanovljen OCATT, ki je del katalonskega ministrstva za zdravstvo.

Poleg

- transplantacijskih centrov (bolnišnic) sodelujejo v transplantacijskem programu
- darovalski centri (bolnišnice). Ker pa ti nimajo vse enakih možnosti, razlikujejo:

- detektorski center (center za iskanje in odkrivanje); v njem ugotavljajo možgansko smrt, opravijo razgovor s sorodniki, odvzem organov in tkiv pa se opravi v večjem centru,

- referenčni center; v tem pa se poleg ugotavljanja možganske smrti in razgovora s sorodniki opravi tudi odvzem organov in tkiv. Obem vrstam darovalskih bolnišnic mora koordinator iz velikega centra pomagati pri organizaciji diagnostike možganske smrti, pri razgovoru s sorodniki in pri vzdrževanju darovalca (če je to potrebno). Tudi anesteziolog oddelka za intenzivno terapijo iz velikega centra gre po potrebi v manjše bolnišnice.

Za vse bolnišnice velja, da morajo biti akreditirane od ministrstva: tako transplantacijski centri, detektorski centri in referenčni centri. Bolnišnične koordinatorje imenuje ministrstvo ali vodstvo bolnišnic. Pomembno je, da imajo v bolnišnici poseben status in da lahko nastopajo s svojo avtoriteto. Vedeti morajo vse o možganski smrti, tako da tudi znajo iskati možnega darovalca. Znati morajo vzdrževati darovalca in organizirati odvzem organov. Ker je glavna naloga bolnišničnih koordinatorjev pridobivanje darovalcev (seveda jim še vedno ostane primarna naloga koordinatorja), imenujejo Španci svoje bolnišnične koordinatorje TPM-je. To ime poudarja njihovo glavno nalogo. Ker pa se »pridobivanje organov« sliši lepo, raje uporabljajo angleški izraz »to procure«.

Španija ima za 38 milijonov prebivalcev 170 TPM-jev, predvidenih pa je 250. Od tega je 80% zaposlenih za del delovnega časa, 20% pa za polni delovni čas.

OCATT (Organizacio Catalana de Transplantes)

je primarno koordinacijski organ, ki povezuje osem katalonskih transplantacijskih centrov, ki so obenem tudi darovalski centri, ter 18 darovalskih centrov (bolnišnic), laboratorij za histokompatibilnost, tehnično komisijo, posvetovalne komisije in bolnišnične koordinatorje.

Posebni oddelek OCATT-a je enota za koordiniranje distribucije organov, ki deluje 24 ur dnevno. V njej urejajo čakalne spiske za srce, jetra, pljuča in pankreas, izbirajo prejemnike in distribuirajo organe ter koordinirajo sodelovanje z ostalo Španijo in Evropo. Tudi povezava celotne Španije (ONT - španska centralna transplantacijska organizacija) z Evropo poteka prek OCATT-a. (Španija »izvaž« - posreduje - v Evropo več organov kot jih iz Evrope dobi, le za jetra velja obratno.)

Koordinator OCATT-a ima predpisan vrstni red za distribucijo organov (srce in jetra): prvo prioriteto ima »O« urgencia iz Katalonije (če jih je več, ima prednost tista, ki je bila prva prijavljena), naslednja je »O« urgencia iz Španije, potem bolnišnica, ki je organ pridobila, če zanj ni zainteresirana, ga dobi bolnišnica, ki je na vrsti. Če v Kataloniji organa ne porabijo, ga ponudijo kot neurgenco ostali Španiji, naslednja je ponudba v Evropo - najprej za

urgenco, če je ni, gre ponudba vsem transplantacijskim organizacijam, s katerimi sodelujejo.

Načelo regijske prioritete velja tudi za pljuča in pankreas.

Distribucija ledvic ne gre prek OCATT-a, ampak jo ureja Laboratorij za histokompatibilnost v povezavi s transplantacijskimi centri za ledvice.

Centralni koordinator organizira tudi prevoz ekip z letali – OCATT ima pogodbo s privatnim letalskim podjetjem. Prevoz do letališča pa organizira s policijo (če bolnišnica nima lastnega prevoza). Plačilo prevozov ureja OCATT.

Ena od nalog OCATT-a je tudi širiti osveščenost o darovanju organov prek različnih srečanj, prek medijev, darovalskih kartic... Uvedli so tudi 24-urno službo za telefonske informacije o transplantacijski dejavnosti za laike, ta novost je bila izjemno dobro sprejeta.

OCATT načrtuje, odreja in koordinira transplantacijsko dejavnost za organe, tkiva in kostni mozeg (leta 1993 je bilo v Kataloniji izvedenih 223 transplantacij kostnega mozga).

Katalonija je glede pridobivanja darovalcev ena od najbolj aktivnih pokrajin v Španiji. Leta 1993 je od vseh evropskih držav le Avstrija prednjačila po številu darovalcev na milijon prebivalcev (PMP) pred Katalonijo (vendar v Avstriji za odvzem organov ni potrebno informirati sorodnikov, s tem odpade tudi siceršnji ≈20% osip). Leta 1994 je imela Španija 25 darovalcev PMP, Katalonija pa 32,6 darovalca PMP.

To število so dosegli kljub temu, da je odpadlo 22% potencialnih darovalcev zaradi odklonitve odvzema organov s strani sorodnikov. V Kataloniji transplantacijska dejavnost še vedno narašča, čeprav v večini evropskih držav stagnira ali pa celo pada. Kot povsod v Evropi tudi v Kataloniji pada število darovalcev, kjer je vzrok smrti travma, narašča pa število darovalcev z možganskimi krvavitvami (1994 travma 50%, krvavitve 48%).

Pri OCATT-u delujejo:

– tehnična komisija, ki izdeluje elaborate, pripravlja protokole, skratka skrbi za to, da nacionalna transplantacijska mreža dobro deluje.

– posvetovalne komisije, ki so posvetovalni organ ministrstva. Trenutno jih je sedem: za ledvice in pankreas, za jetra, za srce, za pljuča, za kostni mozeg, za tkiva (načrtujejo pa komisije za vsako tkivo posebej) in za koordinacijo.

Preučujejo strokovna vprašanja, na primer: skupine starejših darovalcev (za ledvice, srce, jetra), prenos bolezni, konzervacijske tekočine za organe, NHBD darovalce, suboptimalne darovalce, »split liver« transplantacije, sprejemajo kriterije za izbiro darovalcev in prejemnikov itn.

Kadrovska zasedba OCATT-a je: direktor – zdravnik, tehnično osebje: dva zdravnika, ena medicinska sestra, ena administratorica, dve sekretarki in trenutno še en mlad zdravnik prostovoljec za eno leto namesto služenja vojaškega roka. Poleg naštetih dela v koordinacijski službi za »izmenjavo« organov honorarno še sedem študentov medicine (klinični nivo). Eden je prisoten v OCATT-u 24 ur/dan 365 dni/leto, drugi pa doma na poklic za posvet. Zadolženi so tudi za 24-urni telefon za laike.

Prostori OCATT-a so: štiri velike pisarne, razdeljene na več manjših, v isti montažni hiši je pripravljenih še več opremljenih pisarn.

OCATT zbira podatke o vseh darovalcih in vseh transplantacijah. Vsak mesec pošilja poročila Ministrstvu, prav tako pa vsem sodelujočim bolnišnicam v Kataloniji. Dvakrat letno piše zbirna poročila. V poročilih so zajeti podatki vseh 26 sodelujočih bolnišnic iz Katalonije ter podatki o organih, ki so bili sprejeti iz ali oddani v Španijo in v Evropo. Zbirna poročila zajemajo vse podatke o darovalski in transplantacijski aktivnosti za vsako bolnišnico posebej in za vsak organ posebej.

Nekaj podatkov za Katalonijo za leto 1994:

darovalci: skupaj 196 = 32,6 darovalca PMP.

Transplantacije: ledvice (7 centrov) skupaj 332, jetra (4 centri) skupaj 170, srce (2 centra) skupaj 36, pljuča (1 center) skupaj 10, pankreas – vedno z ledvico! (2 centra) skupaj 15.

Natančnost zajemanja podatkov nam nazorno pokažeta dva formularja, ki jih izpolnjujejo koordinatorji OCATT-a.

A. Darovalec – eksplantacije – transplantacije

Zbrani so vsi podatki o aktivnostih v zvezi z enim darovalcem:

– zakaj darovalec ni bil uporabljen – možnih 14 odgovorov

– zakaj organ (ali tkivo) ni bil odvzet – možnih 32 odgovorov (odgovoriti je treba pri vsakem od naštetih 16 organov oziroma tkiv)

– zakaj odvzeti organ (ali tkivo) ni bil uporabljen – možnih 6 odgovorov

– podatki o prejemniku transplantiranega organa (vnašajo kasneje).

B. Časovni protokol za enega darovalca

Podatki o časih ponujenih organov enega darovalca, o času odgovora, vsebini odgovora in vzroku odklonitve. Možnih je 44 časovnih podatkov in 29 podatkov o vzroku odklonitve organov ali neuporabi sprejetega organa.

HCP (Hospital Clinic i Provincial de Barcelona)

Bolnišnica pokriva okrožje s približno 1,5 milijona prebivalcev. Darovalce v tej bolnišnici pridobivajo iz svojih 5 oddelkov za intenzivno terapijo: kirurški, urgentni, centralni (ki je kirurško-internistični), pulmološki in pediatrični ter neposredno iz reanimacijskega oddelka. TPM-i obiščejo te oddelke najmanj 2-krat tedensko. Poleg tega se udeležujejo pri pridobivanju darovalcev še v 12 manjših darovalskih centrih (bolnišnicah), katerim pomagajo od takrat, ko je možni darovalec odkrit, do odvzema organov ali tkiv.

Nekaj številčnih podatkov za HCP v letu 1994: pridobili so 51 darovalcev, presadili so 116 ledvic, 66 jeter in 14 pankreasov (z ledvico!).

Koordinacijski oddelek v HCP sestavljajo: trije zdravniki transplantacijski koordinatorji (TPM) – za polni delovni čas, dve administratorici in en študent (eno študentsko mesto, kjer se izmenjuje pet študentov).

Koordinatorji HCP poleg običajnega dela bolnišnične koordinacije, s poudarkom na pridobivanju organov, vodijo pridobivanje, konserviranje in distribucijo tkiv za vso Katalonijo. Intenzivno se ukvarjajo s poukom v bolnišnicah, vsako leto organizirajo v Barceloni najmanj en španski in en mednarodni (v angleškem jeziku) tečaj za koordinatorje. Enake tečaje izvajajo redno tudi v državah Južne Amerike.

Vsi trije zdravniki delajo ves redni delovni čas kot koordinatorji, za to dobijo osnovno plačo. V stalni pripravljenosti sta istočasno dva zdravnika koordinatorja in nefrolog. Za delo izven rednega delovnega časa (stalno pripravljenost in posebej plačane učinkovite ure) dobijo denar iz posebnega fonda od pridobljenih organov. Za en pridobljeni organ prejmejo 1000 USD. 30% tega zneska dobi enota za intenzivno terapijo za izobraževanje, kongrese in nabave. Iz tega fonda ne krijejo stroškov za material, prevoze, delo eksplantacijske ekipe itn. Za to je predviden dodatni denar, namenjen pridobivanju organov.

Za izvajanje transplantacije organov imajo tretji vir dohodkov.

Če intenzivist ali lokalni koordinator v darovalski bolnišnici odkrije možnega darovalca, ta pa nima vseh možnosti (nima dovolj časa, znanja ali iz drugih vzrokov), potem kliče koordinatorja iz velikega centra za pomoč. Koordinator iz centra v manjši bolnišnici pomaga, razlaga, pohvali (zdravnike in medicinske sestre), ustvarja dobro delovno vzdušje! Ko se pojavi možni darovalec, pa koordinira. Obvešča: mikrobiologa-serologa, imunologa, toksikologa, nevrokirurga (komisija), nefrologa (EEG, komisija), administrativnega direktorja bolnišnice oziroma pooblaščenega namestnika, kardiokirurga, hepatokirurga, hepatologa, urologa, enoto za transplantacijo ledvic, anesteziologa, medicinske sestre, oftalmologa, zdravnika, odgovornega za celice

pankreatičnih otočkov, organizira prehrano za eksplantacijsko ekipo.

Pridobivanje darovalcev v HCP. V času mojega tritedenskega bivanja v HCP smo imeli štiri darovalce za multiorganske odvzeme. Dva v HCP, enega v referenčnem centru in enega v detektorskem centru, v obeh zadnjih primerih je koordinator iz HCP odpotoval v darovalsko bolnišnico ter organiziral vse z vključno multiorganskim odvzemom, ki je bil v prvem primeru v isti bolnišnici, v drugem pa so darovalca premestili v HCP za odvzem.

Transplantacije jeter v HCP. V času mojega tritedenskega bivanja v HCP je bilo opravljenih šest transplantacij jeter. Jetra so pridobili 2-krat v lastni bolnišnici (HCP), 1-krat v detektorskem centru, 1-krat v referenčnem centru, 1-krat je ekipa odletela po jetra na Portugalsko, 1-krat pa so jetra dobili iz drugega katalonskega transplantacijskega centra za urgentno presaditev.

Ob mojem odhodu je bilo na čakalnem spisku za jetra še 19 bolnikov.

Laboratorij za histokompatibilnost je lociran v HCP in je samo eden za vso Katalonijo. Na računalniku imajo podatke o vseh ledvičnih bolnikih na čakalnem spisku v Kataloniji.

Na ledvico čaka v Kataloniji 900 bolnikov. Nekaj manj kot 10% čakalnega spiska predstavljajo ledvični bolniki, ki še niso na dializi. Vsak ima poleg rezultatov tkivne tipizacije še vso imunološko »zgodovino« (o predhodnih transfuzijah, transplantacijah, fenotipu HLA prejšnjega darovalca, o senzibilizacijah). Vsake tri mesece čakajoče bolnike ponovno testirajo.

Prioriteto pri izbiri imajo: senzibilizirani bolniki ne glede na bolnišnico, nato otroci, če je darovalec <40 let (tako so vsi otroci, ki niso senzibilizirani, takoj transplantirani), sledi bolnišnica, ki je pridobila darovalca.

Ko imajo rezultat tkivne tipizacije darovalca, naredijo prvo izbiro prejemnikov. Določijo morebitne bolnike s prioriteto, potem ponudijo transplantacijskemu centru prvih pet do deset najbolj primernih prejemnikov – izbirajo pa jih nefrologi bolnišnice sami! Predpisan način dela v Laboratoriju za histokompatibilnost je delovni čas od 9.–17. ure. Poleg tega sta en zdravnik in en tehnik 24 ur na dan dežurna na poklic.

Transplantacije ledvic v HCP. Na leto je na čakalnem spisku te bolnišnice okoli 400 bolnikov. Letno presadijo okoli 100 ledvic. Leta 1994 so jih presadili 116, od tega 14 kombiniranih presaditev ledvice s pankreasom in dve presaditvi ledvice z jetri.

Na čakalnem spisku za transplantacijo pankreasa z ledvico je bilo ob mojem odhodu še 13 bolnikov. Povprečna čakalna doba za transplantacijo ledvice je 18 mesecev. Urološki team je majhen, zato pride na enega urologa 25 transplantacij ledvic letno.

Od živih darovalcev transplantirajo zelo redko (od vseh transplantacij ledvic v Kataloniji <1%).

Pri obisku transplantacijske ambulante za ledvične bolnike sem srečala več bolnikov, ki so se dobro počutili s tretjo transplantirano ledvico. Srečala sem tudi ženo, ki je tri leta po transplantaciji ledvice 1984 rodila dvojčke brez zapletov in presajena ledvica ji še vedno dobro deluje.

NHBD – mrtvi darovalec z dokončno odpovedjo srca. Spoznala sem (tudi praktično) odvzem ledvic pri pravkar umrlem bolniku, kjer možganska smrt ni nastopila pred odpovedjo srca. Takega darovalca imenujemo strokovno NHBD (Non Heart Beating Donor). Ker lahko ledvice bolje od drugih organov preživijo kratko obdobje brez prekrvavitve, je pridobivanje ledvic na ta način postala v razvitem svetu ustaljena metoda. Seveda pa ta metoda narekuje uvedbo natančnih kriterijev za odvzem.

V HCP so imeli od leta 1986–1993 – 18 NHBD, v letu 1994 pa 10 NHBD. Od 56 tako pridobljenih ledvic je bilo 35 porabljenih za transplantacijo. Ostale ledvice niso bile uporabljene, ker so bili darovalci HIV+, hepatitis C+, ali pa so bile ledvice makroskopsko slabo perfundirane. Funkcija transplantiranih ledvic NHBD je pogosto na začetku slabša zaradi glomerularne nekroze, zato je potrebna začasna dializa. Kasneje so rezultati enaki kot pri ledvicah, pridobljenih od darovalcev, umrlih zaradi možganske smrti.

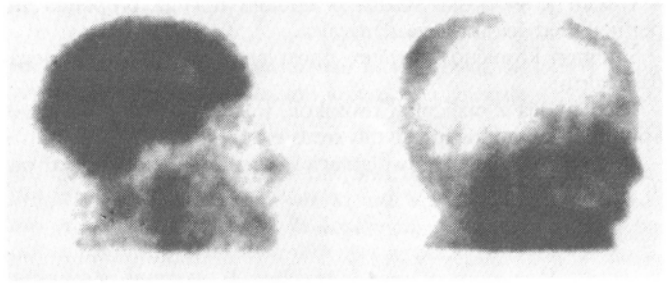
Pri obeh prejemnikih ledvic, presajenih od NHBD, kjer sem sodelovala, dializa po transplantaciji sploh ni bila potrebna.

Tkiva umrlih darovalcev. V HCP imajo: banko za roženico od leta 1986, banko za kosti in osteoartikularni aparat od leta 1987, banko za srčne zaklopke in žile pa nekaj let. Eden od koordinatorjev je odgovoren za sprejem in odpremo tkiv (tkiva odpošiljajo tudi v Evropo). Pri darovalcih za tkiva upoštevajo vse varnostne mere za preprečitev prenosa infekta kot pri darovalcih za organe. Mnogokrat pa od istega darovalca jemljejo organe in tkiva. Vsa tkiva imajo spremne dokumente z vsemi podatki o darovalcu in o tkivu. V bolnišnici imajo svoj oddelek za kriopreservacijo. Poleg naštetih tkiv obdelujejo in konservirajo še pankreatične otočke.

Perfuzijska scintigrafija možganov. V HCP sem se seznanila z alternativno instrumentalno metodo za ugotavljanje možganske smrti. Metoda ima določene prednosti pred EEG-jem. Tudi pri Špancih sta za ugotavljanje možganske smrti po zakonu predvidena dva EEG-ja v presledku 6 ur. Pripravljajo pa se na spremembo zakonskih aktov, s katerimi bodo sprejeli perfuzijsko scintigrafijo in transkranialni doppler kot alternativni EEG-ju. Obe metodi kljub predpisanemu EEG-ju že rutinsko uporabljajo.

Pri diagnostiki možganske smrti s perfuzijsko scintigrafijo poznamo dve varianti:

- pri dinamični študiji izvajajo eno sliko za drugo – vsaki dve sekundi – torej 30 slik/minuto. Prave slike so med 10.–15. sekundo. Možne so samo slike v AP projekciji;
- s Ceratecom izvajajo statične slike v dveh ali treh projekcijah – tako se lahko prikaže cerebellum in možgansko deblo. Ceratec je hexamethylpropylamin oksid markiran s tehnecijem, ki se po vbizganju v veno v možganih kumulira za več ur. Ob odsotnosti pretoka krvi skozi možgane dobimo sliko »prazne lobanje«.



Sl. 1. Statična perfuzijska scintigrafija. A – normalna prekrvitev možganov, B – odsotnost pretoka krvi v možganih.

Droga ni nevarna za druge organe. Sevanja po posegu praktično ni. V HCP uporabljajo preparat že dve leti. Izvajajo povprečno dva diagnostična posega dnevno. Poleg diagnostike možganske smrti metodo redno uporabljajo za diagnostiko raznih možganskih obolenj (epilepsije, shizofrenije, demence, infarkti...).

V Barceloni redno vršijo statično perfuzijsko scintigrafijo v štirih bolnišnicah.

Bolnišnica Bellvitge

Nekaj številčnih podatkov za bolnišnico Bellvitge v letu 1994: pridobili so 32 darovalcev, presadili pa so: 68 ledvic, 45 jeter in 13 src.

Bolnišnica ima enega koordinatorja zdravnika in njemu dodeljeno medicinsko sestro. V tej funkciji sta oba zaposlena za poln delovni čas. Poleg odkrivanja darovalcev in koordinacije oba tudi poučujeta. Koordinator dela vsakodnevnne vizite na oddelku za reanimacijo in na dveh oddelkih za intenzivno terapijo. Vse bolnike, ki bi zaradi možganske okvare lahko postali možni darovalci za organe ali tkiva, vpisujejo v posebno knjigo. Poleg dneva sprejema, imena, starosti in diagnoze vpišejo tudi izid: datum izboljšanja in preместitve ali smrti (postal je darovalec, ni postal darovalec, zakaj ne).

V treh tednih smo opazovali 16 bolnikov. Od teh se je šestim stanje izboljšalo, dva sta umrla zaradi vzporedne krvavitve v gastrointestinalni trakt, pet je bilo izključenih zaradi kontraindikacij (metastaze v abdomnu, napredovali astrocitom po operaciji in obsevanju, narkoman, aids, hepatitis C+). Eden je postal darovalec samo za roženici, en darovalec za srce, jetra in obe ledvici, en NHB darovalec za obe ledvici, roženici in žile.

Nefrološki oddelek v bolnišnici Bellvitge. V tej bolnišnici je bil naš mentor transplantacijski koordinator po specialnosti nefrolog, zato nas je poleg koordinacijske dejavnosti bolj natančno seznanil z dejavnostjo nefrološkega oddelka oziroma z njihovo dejavnostjo pri transplantaciji ledvice. Bolnišnica Bellvitge je imela 130 bolnikov na čakalnem seznamu za ledvico (to je približno 40% njihovih dializnih bolnikov). Svoje čakajoče bolnike imajo na računalniku, istočasno pa so na računalniku edinega katalonskega Laboratorija za histokompatibilnost.

Transplantacijska aktivnost. V treh tednih so transplantirali štiri ledvice umrlega darovalca: eno so dobili iz Malorke, eno od multiorganskega darovalca iz lastne bolnišnice in dve od NHBD iz lastne bolnišnice. Dvakrat so transplantirali jetra, ena od lastnega darovalca, po druga smo odleteli z ekipo na odzvem v Pamplono (severna Španija). Nasploh so letalski poleti eksplantacijskih ekip običajni (v Pamplono so prileteli po srce kirurgi iz španske pokrajine Galicije. Po srce darovalca v bolnišnici Bellvitge so prileteli iz Valencije. Načrtovani let njihove srčne ekipe v Seviljo pa je bil zaradi srčnega zastoja darovalca odpovedan tik pred vzletom). Ker so dve ponujeni suboptimalni srca odklonili, za časa mojega bivanja v tej bolnišnici ni bilo nobene transplantacije srca.

Raziskovalna dejavnost je v bolnišnici Bellvitge zelo obsežna zlasti v zvezi s transplantacijami ledvic umrlih darovalcev.

– V teku je evropska študija o uporabi novega preparata za perfuzijo ledvice umrlega darovalca.

– Študirajo kronično zavrnitev transplantirane ledvice umrlega darovalca.

– Teče študija z različnimi protokoli, v kateri preizkušajo nove kombinacije imunosupresivnih sredstev.

– Študirajo uspešnost transplantacij ledvic NHBD (retrospektivna in prospektivna študija).

– V zvezi s presajanjem jeter umrlega darovalca raziskujejo učinkovitost različnih konservacijskih tekočin.

– S primerjalno študijo ocenjujejo natančnost transkranijskega dopplerja pri diagnostiki možganske smrti v primerjavi z EEG-jem. Transkranijski doppler ima pri diagnostiki možganske smrti naslednje prednosti: diagnoza je hitra, ni odvisna od drog, ki deprimirajo možgansko električno aktivnost, in lažnih pozitivnih izvidov za možgansko smrt ni. Izvajalec metode mora biti zelo dobro izvežban. Diagnostiko s transkranijskim dopplerjem izvaja za bolnišnico Bellvitge vaskularni kirurg (tudi za nevrologe in travmo).

Zaključek

Vtise dvomesečnega izpopolnjevanja v organizaciji transplantacijske dejavnosti v Barceloni želim skleniti z naslednjimi dejstvi:

Pomanjkanje organov in tkiv umrlih darovalcev omejuje število transplantacij po vsem svetu. Vse mednarodne študije kažejo na to, da so viri možnih darovalcev mnogo večji kot število darovalcev, ki jih dejansko pridobimo.

Španski model pa z uspešnostjo pridobivanja darovalcev ponuja rešitev tega stanja. Če mu hočemo slediti, se moramo osredotočiti na določene člene v verigi postopkov pridobivanja organov umrlih darovalcev (TPM – Transplant Procurement Management):

– na aktivno iskanje in odkrivanje možnih darovalcev

– na hitro diagnostiko možganske smrti

– na vzdrževanje darovalca

– multiorganski odvzemi naj bodo pravilo

– uvesti odvzeme pri NHB (Non Heart Beating) darovalcih

– osredotočiti se na dejanje darovanja

– uvesti dobro organizirano 24-urno dejavnost

– uvesti fleksibilna merila za sprejemljivost organov in tkiv.

Zato ni dovolj, da imamo v transplantacijski dejavnosti vrhunske strokovnjake. Dokler bomo zanemarjali organizacijske prijeme, ta medicinska veja nikoli ne bo mogla bolnikom nuditi tega, kar jim pripada.

Da bi to dosegli, ne zadostuje entuziazem posameznikov, za osnovanje dobre organizacije je potrebna podpora nacionalnih institucij – ne samo moralna, temveč tudi materialna.

Jubileji

ŽIVLJENJSKO DELO POSVEČENO PLJUČNIM IN ALERGIJSKIM BOLEZNIM

Ema Mušič

Tako vsestransko je še aktivna, da sodelavci in medicinska javnost skoraj nismo opazili upokojitve prof. dr. Jane Furlan konec leta 1994. Neposredno pred to delovno prelomnico je bila še izvorni pobudnik in soustvarjalec programa za podiplomski študij klinične alergologije in imunologije.

Svoje redno delo v Inštitutu za pljučne bolezni in tuberkulozo je zaokrožila zdravnica z izjemno osebnostno širino, univerzitetna profesorica pulmologije in hkrati pobudnik klinične alergologije v Sloveniji. Čeprav se je kot pulmologinja upokojila, delokroga klinične alergologije še ni sklenila.

Za mnogo tistega, kar je posredovala bolnikom in ustvarila za pulmologijo pri nas, jo je določilo že rojstno okolje na Golniku, kjer je bil njen oče prim. dr. Tomaž Furlan predstojnik bolnišnice. Družinska tradicija ji je vtisnila lastnosti, v okviru katerih je nadarjenost in delavnost ter vsestransko inventivnost vselej usmerjala v pozitivno javno delovanje, poštenje in odkritost v vseh ozirih. Občasno kritičnost do okolja, razmer in do sodelavcev je znala izražati le v sprejemljivih akademskih okvirih.



Po osnovni šoli v Goričah pri Golniku, gimnaziji v Ljubljani in MF v Ljubljani se je zaposlila na Inštitutu za pljučne bolezni in the Golnik, postala specialist za pljučne bolezni in delala v tej ustanovi ves čas. Njene strokovne interese lahko razdelimo v več obdobjih.

V prvem obdobju je sodelovala v razvoju in uvajanju različnih novih diagnostičnih metod v pulmologijo, uvedla je slepo igelno biopsijo plevre, ki je še danes aktualna. Izvajala je bronhoskopske preiskave, pa tudi bronhografije. Kasneje jo je pritegnila kronična obstruktivna pljučna bolezen, iz katere pa je zrasel njen interes za tako imenovano drugo obdobje njenega strokovnega delovanja.

V drugem obdobju se je z veliko vnemo posvečala problemom astme, kasneje pa tudi drugih alergijskih bolezni; predvsem jo je zanimala patogeneza alergijskega vnetja v dihalih, pa tudi drugod po telesu, možnosti njihove diagnostike in odkrivanja vzrokov. Sprva je med sprožilnimi dejavniki astme podrobneje proučevala vlogo pršice v hišnem prahu, kasneje pa je v mnogočem izvorno študirala tudi nutritivno alergijo. Med raziskovanjem alergij se je vključila tudi v projekte Raziskovalne skupnosti Slovenije, se povezala s sodelavci Hidrometeorološkega zavoda v Ljubljani in analizirala z njimi vpliv vremenskih sprememb na alergijske bolezni in druge bolezni dihal.

Vredno je omeniti, da je prof. dr. Furlanova na Polikliniki KC v Ljubljani vpeljala alergološko ambulanto, ki je v več kot 20 letih obstoja do sedaj prerasla okvire samo pulmološke alergologije.

Poleg kliničnega in raziskovalnega dela se je prof. dr. Furlanova tri desetletja posvečala pedagoškemu delu in bila 1973 izvoljena za asistentko, leta 1982 za docentko in leta 1987 za izredno profesorico za področje pnevmologije. Leta 1975 je bil opažen njen tehten prispevek k pouku avskultacije pljuč, katerega smernice za razlago pljučnih zvokov in terminologijo uporabljamo še danes. Vrsto let so bile golniške vaje za študente interne medicine prav po zaslugi prof. dr. Furlanove ocenjene kot dober pouk.

Prof. dr. Jana Furlan je bila tudi društveno in organizacijsko izjemno aktivna. Dve mandatni obdobji je bila predsednica Alergološko imunološke sekcije SZD in eno mandatno obdobje predsednica Pnevmoftiziološke sekcije SZD. Še vedno je aktivna članica mednarodnih združenj za alergologijo in klinično imunologijo, je pa tudi častna članica SZD. Za svoje delo v takih strokovnih telesih je prejela številna priznanja doma v Sloveniji, v Jugoslaviji in tudi v okviru Evropske akademije za alergologijo in klinično imunologijo.

Bogato je njeno publicistično delo, saj je objavila nad 120 strokovnih in znanstvenih člankov. Za vzgojo bolnikov z astmo in alergijami je napisala zanimivo knjigo navodil »Živeti z astmo«. Bila je odlična organizatorica strokovnih sestankov in izobraževanj. Najvidnejša med njimi sta podiplomski tečaj Klinične imunologije leta 1984 in leta 1993 – v okviru letnega običnega zbora slovenskih zdravnikov z osrednjo temo: alergije danes.

Ni nepomembno povedati še to, da je prof. dr. Jana Furlan našla tudi čas za dom in družino. Rodila in sama je vzgojila dva otroka. Hči se je po materinem zgledu odločila za poklic zdravnice.

Sodelavci prof. Furlanove smo bili priče, kako je v svoji široki strokovni informiranosti velikokrat prehitela čas in dane diagnostične možnosti. Ustvarjala je prijeten psihološki stik z bolniki, bila skrajno izčrpna v anamnezah in zato uspešna v povezovanju podatkov iz anamneze ter opažanj v klinični sliki. Če so jo nadrejeni morda kdaj zaustavljali in omejevali, se je tem intenzivneje povezovala z mlajšimi kolegi, se usmerjala v pedagoško delo, v organizacijo strokovnih sestankov in različnih oblik izobraževanja.

Ob njeni 60-letnici je prof. dr. Jurij Šorli dejal, da je prof. Furlanova dokaz, da je posameznik tisti, ki tudi v neugodnih okoliščinah zmore najti pot in energijo, da doseže cilj, dosegljiv le redkim: biti dober zdravnik, odličen strokovnjak in pedagog. Prof. dr. Furlanova ga je zagotovo dosegla. Med nami je enotno mnenje, da je osebnost z najzlahotnejšim smislom za uspešne poti k napredku v stroki, v siceršnjem človekovem življenju pa za demokracijo in svobodo. Z nalezljivim stremljenjem za cilji, ki vodijo v človekovo dobro, v napredek stroke in z učiteljsko odprtostjo sleherni dan ostaja naš dobrodošel sogovornik in prijatelj. Želimo ji veliko zadovoljstva v osebnem življenju in pri obravnavi bolnikov, ki jo še vedno iščejo.

Nekrologi

IN MEMORIAM PROF. DR. ALENKA DEKLEVA

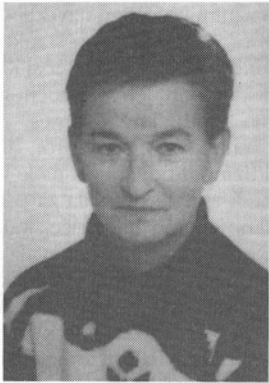
Dean Ravnik

Prof. dr. Alenke Dekleve, vrhunske strokovnjakinje in pedagoginje, ni več med nami. Novica o njeni nenadni in nepričakovani smrti je zasekala globoko rano v slovensko medicinsko znanost, katere nepogrešljivi člen je bila profesorica do zadnjega dne. Rojena je bila 26. 8. 1929 v Ljubljani. Na Medicinski fakulteti je diplomirala leta 1953, doktorirala leta 1965 in bila izvoljena v naziv redne profesorice leta 1978.

Po končanem študiju se je zaposlila na Inštitutu Jožef Stefan, se med prvimi usmerila na področje elektronske mikroskopije ter poleg tega organizirala laboratorij za radiobiologijo. Pionirsko delo je nadaljevala kot vodilni strokovnjak na področju elektronske mikroskopije skeletne mišice ter diagnostike živčno-mišičnih bolezni.

Leta 1960 je prišla na Inštitut za anatomijo MF, kjer je dosegla vrh svojega bogatega strokovnega, raziskovalnega in pedagoškega dela. Na to kaže več kot 100 v tem obdobju objavljenih bibliografskih enot, katerih avtor ali soavtor je bila. Med njenimi deli so številne izdaje skript in učbenikov ter prevodi strokovne literature.

Večino svojega strokovnega in raziskovalnega dela je posvetila skeletni mišici. Na inštitutu je uvedla številne nove metode, tako da so raziskave skeletne mišice še danes temeljno področje strokovne in raziskovalne dejavnosti inštituta. S prispevki s tega področja se je aktivno udeleževala številnih domačih in tujih kongresov.



Med prvimi na fakulteti je videla pomen povezave raziskovalnega dela na predkliničnih inštitutih s kliniko ter s tem odprla pot vanjo tako bazičnim raziskavam kot mlajšim sodelavcem inštituta. Razvila je klinično-laboratorijsko skupino, ki je vpeljala diagnostiko živčno-mišičnih bolezni ter s tem navezala tesno sodelovanje s klinikami in inštituti Kliničnega centra, Ortopedske bolnišnice v Valdoltri in Inštitutom za rehabilitacijo.

Sad njenega pedagoškega dela so generacije diplomantov Medicinske fakultete, Visoke šole za zdravstvo in Pedagoške fakultete. Žar predavalnice ter veselje do dela s študenti je prenašala na svoje mlajše sodelavce, študentom na izpitih pa je bila stroga, a poštena in objektivna razsodnica. Predavala je tudi na številnih podiplomskih tečajih iz nevrofiziologije, kardiologije in na magistrskem študiju ter bila mentorica številnim magistrandom in doktorandom.

Poleg vseh obremenitev in članstev v številnih domačih in tujih strokovnih društvih in združenjih je bila predsednica Izvršilnega odbora področne skupnosti za biomedicino pri Raziskovalni skupnosti Slovenije. Od leta 1988 do 1992 je bila predstojnica Inštituta za anatomijo. Bila je predsednica študijske komisije in prodekanica Medicinske fakultete ter številnih odborov in komisij Univerze v Ljubljani.

Zdaj, ko je bila razbremenjena večine skrbi, je nerazumljiva igra življenja in smrti prekinila njeno življenjsko pot. Nerazumljiva, ker nam je z vsakim novim dnem kazala, kaj, kako in s koliko dobre volje se da narediti stvari, ki na prvi pogled izgledajo neizvedljive. Za njo ostaja v slovenskem medicinskem, raziskovalnem, strokovnem in pedagoškem prostoru ter med vsemi, ki smo jo spoštovali in imeli radi, velika praznina. V spominu jo bomo ohranili takšno, kot je vedno bila: modra, preudarna in skromna.

IN MEMORIAM DOC. DR. ZDENKA HUMAR-RALCA

Ob peti obletnici smrti

Stojana Kratochwil-Jerman

Od doc. dr. Zdenke Humar-Ralca smo se poslovili na ljubljanskih Žalah 17. 1. 1991.

Rodila se je v Kopru 13. 8. 1913. Klasično gimnazijo je obiskovala v Mariboru, študij na Medicinski fakulteti v Zagrebu je končala leta 1938. Prvo službo je nastopila v Otroški bolnišnici v Sarajevu, kjer jo je zajela vihra 2. svetovne vojne. Nikoli ni mogla pozabiti vojnih grozot, revščine, lakote, bolezni, trpljenja in smrti premnogih otrok. Po koncu vojne je nadaljevala delo na Pediatrični kliniki v Ljubljani, končala specializacijo iz pediatrije leta 1950, postala asistentka in leta 1962 docentka za pediatrijo na katedri za pediatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani.



V petdesetih letih je odšla na študij socialne pediatrije v Mednarodni otroški center v Parizu. Po vrnitvi iz Pariza se je lotila pionirskega dela – organizacije preventivnega in kurativnega izvenbolnišničnega zdravstvenega varstva otrok v Ljubljani in Sloveniji. Začela je plesti mrežo dispanzerjev in leta 1954 prevzela vodstvo Centralnega otroškega dispanzerja v Ljubljani, ki je bil ustanovljen na pobudo UNICEF-a, idejno pa ga je zasnoval prof. dr. Marij Avčin. COD je deloval tudi kot Demonstracijski center UNICEF-a za vso Slovenijo.

Docentka dr. Humarjeva je uvedla v dispanzersko dejavnost kontinuirano cepljenje otrok, zdravstvenovzgojno dejavnost, sistematske preglede otrok. K sodelovanju je pritegnila tudi nepediatrične specialiste – otorinolaringologa, zobozdravnika, pedopsihiatra, psihologa, logopeda, specialnega pedagoga, socialnega delavca, razvojnega fizioterapevta, genetika. V zavodu se je tako izvajalo kompletno, kompleksno in kontinuirano zdravstveno varstvo predšolskih otrok. Dala je tudi pobudo za sistematično zdravstveno varstvo otrok v vzgojno-varstvenih ustanovah.

Z reorganizacijo zdravstvene službe so prišli časi, ko COD ni bil več centralni, a tedaj je bila mreža otroških dispanzerjev v Ljubljani in ostali Sloveniji že stkana in rezultati njihovega dela vidni: kazalniki umrljivosti in zbolevnosti dojenčkov so približali Slovenijo najrazvitejšim državam Evrope.

Bogato je bilo tudi pedagoško delo doc. dr. Humarjeve. Sodelovala je pri dodiplomskem in podiplomskem izobraževanju zdravstvenih delavcev vseh profilov, psihologov, socialnih delavcev. Kot strokovnjak je sodelovala v najrazličnejših organih mesta Ljubljane, Slovenije in tedanje države, kjer je brezkompromisno zagovarjala blaginjo otrok. Aktivna je bila tudi v strokovnih združenjih, sodelovala je na številnih kongresih in seminarjih doma in v tujini in napisala vrsto strokovnih člankov in priročnikov.

Z zadoščenjem nad opravljenim delom je odšla v pokoj leta 1982. S svojim bogatim znanjem, žarom in močjo svoje osebnosti si je pridobila spoštovanje in hvaležnost celih generacij, ki jim je pomagala kot zdravnik, pedagog, svetovalec, sodelavec, prijatelj. Zapustila nam je dragoceno dediščino. Jo bomo znali ohraniti?

IN MEMORIAM
 PROF. DR. MAJDA BENEDIK, DR. MED.
 PEDIATRINJA
 (1918–1995)

Zora Konjajev

Njeno življenje se je utrnilo, nam pa ostaja nanjo spomin, poln spoštovanja in občudovanja zaradi vsega, kar je kot človek bila in kar je v svojem življenju storila.

Prijateljske vezi med nama so se stkale pred 50 leti in se krepile v tesnem sodelovanju v isti pediatrični stroki in tudi najini življenjski poti sta bili presenetljivo enako začrtani. Zaupljivost, ki je bila vselej med nama, mi je omogočila, da sem dobro spoznala njena stremjenja, prizadevanja, načrtovanja in tudi trenutke neuspeha. Predvsem pa sem spoznala značilnosti njenega značaja. Bila je do kraja poštena in dosledna, predana stroki, ki jo je izredno veselila in je živela zanjo. Bila je oseba, polna življenjske energije in velike mere optimizma, ki ji je pomagal, da se je odločno spopadala z zaprekami na poti k zastavljenim ciljem, jih hitro premagovala in odstranjevala. Življenjske težave so bile zanjo nekakšen izziv, nikoli se ni predala malodušju, spopadala se je s težavami z nekako vedrino, jih hitro reševala in spravila stvari v red.



Bila je izjemna ženska, komunikativna, preprosta, ljubezniva in, kadar je bilo potrebno, zelo odločna. V njenem značaju ni bilo prostora za nadutost ali domišljavost. Vse, kar je v življenju dosegla, in tega ni bilo malo, saj je dosegla visoko stopnjo akademske učiteljice in svetnice, je bilo plod trdega, sistematičnega, dolgotrajnega študija, preverjanja doseženih rezultatov in ur, prebitih ob bolnikih, ki jih je zdravila. Ni bila enostranska, lahko govorimo o kompleksni osebnosti, ki je poleg stroke veliko dajala svoji družini, ljubila lepo knjigo in glasbo in predvsem naravo.

V njenem značaju ni bilo težko odkriti univerzalnih vrednot, ki so usmerjale njeno naravnost. Ljubila je svobodo dosledno v vseh oblikah; svobodo misli, svobodo besede, do narodnostne svobode. Priznavala je enakost med ljudmi, in prav ta lastnost ji je omogočala, da je bila do vseh bolnih otrok enako pozorna in enako prizadevna, ko se je trudila z vsem svojim znanjem, da jim vrne zdravje. S pojmom solidarnosti do sočloveka se je srečala že

v zgodnji mladosti ob očetu, ki je imel izredno razvit socialni čut. In prav pripadnost tem vrednotam jo je pripeljala med vojno med aktiviste OF in kot medicinko v vrste partizanskih sanitetnih delavcev in oblikovala njeno politično pripadnost. Bila je hrabra. Huda nevarnost jo je spremljala kot obveščevalko v ilegali leta 1942. Pogosto ni vedela, ko se je približevala policijska ura, kje bo dobila čez noč streho nad glavo. Če bi jo okupator odkril, bi se ji neprizanesljivo maščeval.

V partizanski saniteti je sprva delala kot bolničarka v postojanki SCVPB v Rogu, nato pa se je kot asistentka priključila mobilni kirurški ekipi v XV. diviziji in v VII. korpusu. Kirurške ekipe so pogosto delale v bližini bojne črte, da se je kirurg približal ranjencem. Delali so v najtežjih pogojih in v stalni pripravljenosti, da se ob nevarnosti napada umaknejo.

Kirurške ekipe so svoje poslanstvo dobro opravile in rešile veliko ranjencev s krvavitvami gotove smrti. In prav v tem okolju in ob težavnih nalogah je Majda zopet z vso vnemo, predanostjo in hrabrostjo dala vse od sebe.

Po opravljenem študiju medicine in specialističnem izpitu iz pediatrije se je odločila za subspecializacijo iz otroške hematologije in otroške onkologije. Zopet je bil potreben trd, dolgotrajen in poglobljen študij, sodelovanje z domačimi in tujimi strokovnjaki in vključevanje v mednarodne strokovne organizacije, da je njeno pionirsko delo zaživelo in rodilo bogate rezultate. V hematologiji je njeno znanstveno radovednost vzbujala in vzbujala krvavljivost pri otrocih, predvsem hemofilija, ki je bila tudi vsebina njene disertacije za doktorico znanosti. Bila je pionirka tudi na področju otroške onkologije. Trdno je verjela, da mora za te nesrečne, večinoma na smrt obsojene otroke, skrbeti predvsem primerno izobražen pediater v tesnem sodelovanju s specialisti onkologije.

Tudi kot pedagoginja je bila uspešna in med specializanti pediatrije ter študenti medicine cenjena in priljubljena. Brez zadržkov je posredovala svoje veliko znanje mladim ljudem in sodelavcem in vzgojila sijajne naslednike – pediatrične hematologe in pediatrične onkologe. Zapustila je tudi bogato strokovno literaturo iz hematologije in onkologije.

Po odhodu v pokoj je bila zadovoljna, ko je videla, da je iz centra za hemofilijo in centra za otroško onkologijo zrasel poseben oddelek v posebnem, zanj zgrajenem traktu Pediatrične klinike, kar je pomenilo za bolnike in stroko velik dosežek. Njeno pionirsko delo bo ostalo v spominu tudi kasnejšim rodovom, ko se bodo vračali v preteklost.

Velike organizatorske sposobnosti, velik občutek odgovornosti, poštenost, odkritosrčnost in zdrava presoja različnih težavnih situacij so jo privedli do vodilnih funkcij v samoupravnih organih in med poslance republiške Skupščine, kar tudi potrjuje njeno vsestransko naravo. Družba je cenila njeno vsestransko dejavnost in jo nagradila z več odlikovanji in priznanji. Pri kolegicah in kolegih je bila zelo priljubljena, bolni otroci in njihovi starši pa so ji zaupali in verjeli, da stori vse, kar more, za njihovo zdravje.

OdlIKE njenega značaja so se pokazale tudi med njeno usodno boleznijo. Vedela je, kako je z njo in kaj lahko pričakuje. Vse hude zaplete in velike težave je vselej prebrodila brez tožbe, pri- toževanja nad krivično usodo, brez samousmiljenja in jadikovanja. Edina skrb, ki jo je težila, je bila za moža, ki je skrbel zanjo in jo požrtvovalno negoval.

Pred časom sem Majdi brala pesmi velike ruske pesnice Marine Cvetajev v Pavčkovem prevodu. Ustavili sva se posebej na ciklusu pesmi, posvečenih pesniku Bloku, napisanih v jednatih in redkobesednih stihih, tako značilnih za pesnico:

... Romarju – bod,	Ženi – ugajanje,
mrtvemu – grob,	carju – upravljanje,
vsakemu svoje!	meni – proslavljanje
	osebnosti tvoje.

Zadnji stih naj velja tudi Majdi od mene in vseh, ki so bili njeni prijatelji, in zlasti od otrok, ki so zdaj že odrasli in jih je z znanjem, ljubeznijo in upornostjo vrnila v življenje.

IN MEMORIAM DR. MED. JANEZ SCHROTT

Vida Poljanec-Kolbezen

Številni sorodniki, prijatelji, kolegi, sodelavci, bolniki in znanci smo se na Plečnikovih Žalah v Ljubljani 8. novembra 1995 poslovili od znanega in priljubljenega zdravnika dr. Janeza Schrotta.

Njegova življenjska pot se je začela 1. 8. 1908 v Knittelfeldu v Avstriji, kjer je oče služboval pri avstro-ogrski železnici. Komaj 10-letni deček je prišel v Šiško, kjer je ostal do konca življenja. Po končani klasični gimnaziji je vpisal Medicinsko fakulteto in jo z veliko prizadevnostjo zelo zgodaj in uspešno končal leta 1932 v Zagrebu. Kot mlad zdravnik je najprej odslužil vojaščino, se zaposlil v Splošni bolnišnici v Ljubljani in kasneje v Mariboru. Leta 1938 je postal šef takratne bolniške blagajne trgovskega in bolniškega podpornega društva v Ljubljani. Od leta 1947 je delal kot šef sektorske ambulante Šiška na polikliniki. Leta 1956 je bil imenovan za direktorja ZD Šiška in ga je uspešno vodil do upokojitve l. 1977. Specializacijo iz splošne medicine je opravil leta 1968. Toda to je le zunanji odraz njegove več kot 40 let dolge zdravniške kariere.



Osebnost dr. Schrotta je bila močna in velika in je zato pustila široke in globoke sledi. Bil je strokovnjak prve vrste in predvsem človek z dragocenimi in redkimi lastnostmi. Imel je čas za sočloveka, znal je poslušati ljudi, se pogovoriti, jim svetovati in pomagati kot zdravnik v boleznih, v stiskah in težavah. Rad je obiskoval bolnike na njihovih domovih in mnogi so prihajali po nasvete na njegov dom. Bil je prav družinski zdravnik, v katerega so ljudje zaupali in ga vsestransko spoštovali. S svojim optimizmom je dostikrat premostil težke trenutke svojih sorodnikov, prijateljev, bolnikov in sodelavcev. Skratka, dr. Schrott je bil dober človek, ki je znal medicino in zato ni dvoma, da je bil najbolj priljubljen in iskan zdravnik v Šiški in Ljubljani sploh.

Njegov delež pri vzgoji takratne nove generacije splošnih zdravnikov je neprecenljiv. Svoje izredno znanje je znal prenašati mlajšim na nevsiljiv, prijazen in skromen način. Pri svojem delu je bil izredno ekspeditiven in demokratičen. Radi smo zahajali k njemu po nasvete in pogovor o naših problemih. Njegova ordinacija je bila vedno polna zdravja željnih ljudi. Njegova ordinacija so bili tudi domovi bolnikov. Njegova je bila tudi zamisel družinskega zdravnika, kar šele sedaj po tolikih letih gre zelo počasi po poti uresničevanja. Spoštovali smo ga kot dobrega moža in očeta svoje družine, kot zavednega Slovence, dobrega strokovnjaka, sodelavca in kolega, kot predstojnika, ki je vedno našel čas za pogovor in nasvet in je znal pravično reševati naše probleme. Njegove zasluge za ZD Šiška so postale opaznejše in so pridobile na vrednosti.

Kako zelo nam manjka takih zdravnikov!

Takšen nam bo dr. Janez Schrott ostal v spominu, kot vzor in dokaz, da optimističen človek s plemenitim in dobrim srcem lažje živi, še posebno v današnjem, lahko rečemo krutem svetu, in bogati tiste, s katerimi živi. Njemu velja misel akademika prof. dr. Janeza Milčinskega: »Dober zdravnik je predvsem dober človek!«

Mednarodno sodelovanje

POROČILO O UDELEŽBI NA 9. ZASEDANJU ODBORA ZA SMERNICE V BIOETIKI (CDBI) PRI SVETU EVROPE

Jože Trontelj

Podpisani sem se kot delegat Republike Slovenije (članice Sveta Evrope) udeležil 9. zasedanja Odbora za smernice v bioetiki (CDBI) pri Svetu Evrope, ki je potekalo v Strasbourgu 20. do 22. novembra 1995.

Program tega 3-dnevnega zasedanja je bil skoraj izključno nadaljnja razprava o osnutku Konvencije o bioetiki (s polnim imenom »Konvencija o varstvu človekovih pravic in človekovega dostojanstva pri uporabi biologije in medicine«) in o tekstu spremljajočih »Pojasnil«. To delo poteka že 5. leto. Letos poleti je bil ukinjen status zaupnosti tega dokumenta in od tedaj teče skrbna in podrobna revizija obeh besedil. Ko bo CDBI besedilo sprejel, bo dokument posredovan Parlamentu Sveta Evrope. Ta pa ga bo po sprejetju predal Komiteju ministrov. Države, ki bodo Konvencijo ratificirale, bodo morale z njo uskladiti svojo notranjo zakonodajo in prakso. (Možne so le manjše rezervacije glede posameznih členov, če v državi članici glede zadevne materije že obstaja zakonska regulativa, seveda le v manj pomembnih podrobnostih drugačna od Konvencije.) Materija Konvencije posega v vrsto zakonov z različnih področij. Nekateri so v Sloveniji prav tu čas v nastajanju (npr. Zakon o zdravnikih, Zakon o presajanju delov človeškega telesa zaradi zdravljenja, Zakon o genski tehnologiji, Zakon o varnosti v cestnem prometu, Zakon o zdravniški pomoči pri zanositvi, Zakon o raziskovalni dejavnosti). Umestno bo, osnutke že v tej fazi kolikor mogoče uskladiti z duhom in določili evropske Konvencije o bioetiki.

Svet Evrope želi delo CDBI-ja pospešiti, tako da bi bila Konvencija prihodnje leto sprejeta. Vendar bo dotlej treba opraviti še precej dela.

Konvencija se loteva večine etičnih vprašanj v zvezi z uporabo medicine in biologije pri človeku. Izjema sta abortus in evtanazija, ker je bilo ocenjeno, da so razlike v gledanjih na ta dva velika etična problema prevelike, da bi mogli doseči količjak uporaben konsenz. Načelno izhodišče Konvencije je namreč to, da se doseže in uveljavi minimalni skupni standard, ki bo sprejemljiv za vse dežele članice. Na manjše varovanje človekovih pravic v človeški medicini, kot ga bo predpisovala Konvencija, ne bo mogoče pristati. Diskrecijska pravica vsake dežele članice pa je, da na nekaterih področjih uveljavi višje stopnje varstva. Že to izhodišče pojasni, zakaj je bilo za nastajanje Konvencije porabljenega že toliko časa. Vendar gre za izjemno pomemben dokument, ki bo gotovo imel daljnosežne posledice za medicinsko prakso, pa tudi za raziskave v medicini. Že nastajanje tega dokumenta je prisililo strokovnjake (pravnike, zdravnike, filozofe, sociologe, predstavnike Cerkve), da so se opredelili do mnogih vprašanj, o katerih doslej prenekateri sploh niso razmišljali ali jih vsaj niso videli v širokem kontekstu človekovih pravic. Konfrontacija različnih, včasih celo povsem nasprotnih mnenj predstavnikov razmeroma številnih dežel je osvetlila mnoga vprašanja na nov način in pripomogla k mnogo jasnejšemu pogledu na stare in nove etične dileme.

Na 9. zasedanju CDBI je bilo predloženih 16 amandmajev raznih dežel (med njimi tudi Slovenije), amandma Evropskega sodišča za človekove pravice in dva amandmaja posameznikov.

V razpravi o II. poglavju (o privolitvi k medicinskim intervencijam) so bili sprejeti vsi člani (6–10). Največ razprave je bilo o zdravljenju duševnih bolnikov brez njihove privolitve. Doseženo je bilo soglasje, da je dovoljeno zdravljenje duševne in telesne bolezni, ki bi sicer pomenila resno grožnjo za zdravje bolnika. Zdravljenje brez pristanka duševnega bolnika je dovoljeno tudi tedaj, kadar ta

zaradi svoje bolezní resno ogroža zdravje in življenje drugih oseb. Zastopnik Kanade (deže le opazovalke) je predlagal tudi uveljavitev pravice sodišča, da zahteva prisilno zdravljenje osebe, ki je v sodnem postopku, pa zaradi svoje bolezní ni zmožna sodelovanja v sodnem postopku. Ta predlog je bil zavrnjen.

V III. poglavju (člen 11), ki obravnava pravico bolnika do zasebnosti, je bilo največ različnih mnenj o primerih, ko je možno zavrniti bolnikovo zahtevo, da se mu razkrijejo podatki o njegovem zdravju. Doseženo je bilo soglasje, da je to v načelu možno samo tedaj, ko je to v bolnikovo korist. S tem je izpolnjena tudi danska zahteva, ki zadeva redke primere, ko sorodniki dajo informacijo brez vednosti bolnika, razkrije te informacije pa bi resno prizadela odnose bolnika z njimi. Sicer pa to poglavje močno poudarja nedotakljivost zaupnosti podatkov o bolniku. Nekateri so želeli celo posebna določila o tehničnem varovanju baz podatkov, vendar je bilo to prepuščeno notranji zakonodaji držav.

IV. poglavje, ki se nanaša na človeški genom (členi 12–14), je bilo žal zaradi pomanjkanja časa obravnavano le nepopolno. Preliminarno glasovanje je odkrilo, da večina delegacij želi (v nasprotju z danskim predlogom) posebna, od druge diagnostike strožja, varovalna določila o genski diagnostiki. Predvsem je šlo za vprašanja, kaj sme zahtevati delodajalec in zavarovalnica (ki sklepa pogodbo o življenjskem zavarovanju). Švica je predlagala določilo, ki prepoveduje diskriminacijo na podlagi genske dediščine. Drugo vprašanje se je nanašalo na legitimne primere uporabe genetskih podatkov posameznika v nemedicinske namene (člen 13 dovoljuje razkritje in uporabo za nemedicinski namen le tedaj, ko gre za višji interes, in pod pogojem, da dá oseba k temu pristanek in so uporabljena ustrezna zakonska varovala, posebno glede varovanja zaupnosti podatkov). Primeri legitimnih interesov te vrste so interesi sorodnikov, da izvedo za možno nosilstvo resne genske okvare, interes bodočega zakonskega partnerja pred poroko, interes sodišča v primeru dokazovanja identitete ali starševstva. Nekateri delegacije so se zavzemale za črtanje tega določila; preliminarno glasovanje pa je pokazalo, da bo člen verjetno ostal. Člen 14 (intervencije na človeškem genomu) določa, da je tako intervencijo možno opraviti le v preventivne, terapevtske ali diagnostične namene, in to le, če se ne namerava doseči sprememba genoma celic klinične linije. Eden od predlogov je bil, da se izpusti beseda »terapevtske«, ker ni mogoče ob tem povsem izključiti sprememb genoma germinalne linije. Druga pripomba pa je bila, da je določilo prestrogo, saj v nedogled odlaga možnost, da bi zdravili ali preprečili hude genske bolezni, kakor je hemofilija, in preprečili bolnikom, da bi kdaj varno imeli zdrave potomce. Iz prepovedi bi bilo treba izločiti tudi raziskave na gametah, ki ne bodo uporabljene za pridobivanje zarodkov.

Največ razprave pa je bilo o V. poglavju – »Znanstvene raziskave na človeku« (člena 15 in 16). Člen 16 govori o varstvu oseb, ki niso zmožne dati zavestnega in svobodnega pristanka na vključitev v raziskavo. V prvem odstavku je rečeno, da oseba, ki ni zmožna dati svobodne in zavestne privolitve, ne sme biti vključena v raziskavo, če ni verjetno, da bo raziskava v znatno korist tej osebi. Drugi odstavek pa pravi: Izjemoma in le pod varstvom posebnih zakonskih določil je dovoljena raziskava tudi na osebi, ki ni zmožna dati pristanka in ji raziskava ne bo neposredno koristila, če bo ta raziskava bistveno izboljšala razumevanje zdravstvenega stanja osebe, njene bolezní ali motnje, ali bo njen cilj koristiti ljudem iste starostne skupine, z enako boleznijo ali motnjo, če so izpolnjeni naslednji pogoji:

1. da se raziskave s podobno učinkovitostjo ne morejo opraviti na osebah, ki so zmožne dati pristanek;
2. da prinaša raziskava le zanemarljivo tveganje in minimalno obremenitev za vključeno osebo;
3. da je bilo izdano pooblastilo, kot je predpisano v členu 7 (ki nadrobno definira pogoje, pod katerimi je možno zdravljenje oseb, ki niso zmožne privolitve);
4. zmeraj je treba spoštovati odklonitev osebe.

K temu členu je vložila amandma tudi Slovenija. Naše mnenje je bilo, da bi s tako dikcijo prepovedali velik del pomembnih raziskav v pediatriji in psihiatriji, ki jih danes ocenjujemo kot etično sprejemljive. Tveganje je (pri kakršnemkoli invazivnem posegu) namreč redko zanemarljivo. Seveda je pomembna definicija tega izraza. Enim utegne to pomeniti neskončno majhno verjetnost resnega zapleta, spet drugim pa, da tveganja pomembnega zapleta sploh ni. Vendar ne gre le za semantičen problem. Skoraj vsaka intervencija, celo tako vsakdanja, kot jemanje vzorca venske krvi, je povezana s tveganjem (npr. lokalnega tromboflebitisa ali celo resne okužbe), ki ne po eni ne po drugi definiciji ni zanemarljivo. Dejansko je površen pregled zadnjih številkih treh mednarodnih pediatričnih revij pokazal, da bi (če bi obveljalo kritizirano določilo) kako tretjino člankov morali uredniki zaradi etične nesprejemljivosti raziskave zavrniti. Med uporabljenimi metodami so bili serijski odvzemi krvi iz komolčne vene dojenčkov, kateterizacija umbilikalne vene, injiciranje radioaktivnega izotopa. Podobno velja za raziskave v psihiatriji. To velja tudi za tako imenovane raziskave v zvezi z zdravljenjem, kjer osebe v »primerjalni skupini« ne morejo pričakovati koristi za svoje zdravje, so pa pogosto podvržene postopkom, ki pomenijo več kot zanemarljivo tveganje. Zato je slovenski predlog ta, da se dikcija »zanemarljivo tveganje« zamenja z izrazom »minimalno tveganje«. Navsezadnje je treba presojo o tem, kaj je v posameznem primeru še sprejemljivo tveganje, prepustiti komisijam za medicinsko etiko, ki pregledujejo posamezne protokole. Komisijam je treba dati prostor in pooblastila, da same tehtajo med tveganjem in pričakovano koristjo. Čim večja je pričakovana korist, tem večje sme biti tudi (sprejemljivo) tveganje. Pavšalna prepoved raziskav z več kot zanemarljivim tveganjem bi resno prizadela interese otrok in duševnih bolnikov kot skupine.

Slovenski amandma je z razpravo podprlo več delegacij (francoska, nizozemska, kanadska, danska, avstrijska) in tudi predstavnik ZDA. Kot dodaten argument je bilo omenjeno raziskovanje terapije otroške levkemije, gotovo povezano z več kot zanemarljivim tveganjem. Rezultat teh raziskav je, da je danes smrtnost otroške levkemije le še 30%, medtem ko je bila pred leti 100%. Amandma je bil v glasovanju z veliko večino (22 za, 6 proti, 4 glasovi vzdržani) sprejet.

Člen 17, ki se tiče raziskav na človeškem embriju in vitro, je bil žal deležen le nedokončane obravnave. Na zahtevo nekaterih delegacij je bilo že na prejšnjem zasedanju črtano določilo, da so raziskave dovoljene do 14. dne starosti. (Po mnenju teh delegacij naj ne bi bilo dovoljeno nikakršno raziskovanje na embriih.) Nekateri druge delegacije so opozarjale, da je treba dovoliti raziskave, ki lahko prispevajo k ohranitvi življenja in zdravja zarodka. Določilo o dovolitvi raziskav do 14. dne je predlagala britanska delegacija; 14 dni je namreč mejnik, ko se zarodek vgnezdí in se na njem razvije »primitivna brazda«. Po daljši razpravi, v kateri je bilo med drugim izraženo stališče Svetega sedeža, da se človeško življenje v smislu človeškega bitja z vsemi človekovimi pravicami začne v trenutku spočetja, je bilo sprejeto preliminarno stališče, da je treba ravnati z zarodkom tako, da se spoštujeta njegovo dostojanstvo in identiteta (kar zamenjuje prej predlagano dikcijo, »da se od samega spočetja naprej spoštuje dostojanstvo in identiteta človeškega bitja«).

Vsekakor pa je bilo sprejeto stališče, da je pridobivanje človeških embriov za namene raziskav prepovedano.

Odbor je bil tudi seznanjen z ukazom predsednika ZDA Billa Clintona, da se ustanovi Državna svetovalna komisija za bioetiko, katere 15 članov bo imenoval sam. Komisija naj bi pregledala veljavne etične smernice in prakso v ZDA, kakor tudi ustreznost delovanja vseh vladnih in nevladnih teles, programov, organizacij, ki se kakorkoli tičejo bioetičnih vprašanj v zvezi z raziskavami človekove biologije in vedenja ter (zlasti klinične) uporabe teh raziskav. Komisija bo v 120 dneh zbrala poročila vseh organizacij in agencij, ki izvajajo, financirajo ali urejajo raziskave na ljudeh. Ta ministrstva in agencije morajo tudi predlagati ukrepe, ki so potrebni za izboljšanje varstva pravic na področju bioetike,

narediti izobraževalne programe in seznaniti nevladne strokovnjake z etičnimi smernicami v raziskavah na človeku. Prva prioriteta Komisije bo presoja o ustreznosti varstva pravic in interesov oseb v raziskavah, pa tudi vprašanja o ravnanju z genetičnimi podatki in o njihovi uporabi. Med drugimi nalogami pa so tudi etična vprašanja v zvezi z javnim zdravstvom in s cilji zveznih investicij v znanost in tehnologijo.

V ozadju te predsednikove poteze je razkritje ministrice za energijo Hazel O'Leary o neetičnih poskusih z ionizirajočim sevanjem na ljudeh, o katerih je našla dokumentacijo v arhivih stare komisije za atomsko energijo. Clinton je januarja lani ustanovil posebno komisijo z nalogo, da razišče te etične kršitve. Komisija je odkrila, da je zvezna vlada ZDA med letom 1944 in sredino sedemdesetih let financirala kakšnih 4000 poskusov, v katere je bilo vključeno na tisoče poskusnih oseb z namenom, da bi doznali učinke obsevanja na človeško telo. Med temi je bil tudi poskus na 18 hudo bolnih ljudeh, ki so jim – brez njihove vednosti – vbrizgali odmerke radioaktivnega plutonija. Na priporočilo te komisije je predsednik prejšnji mesec izdal ukaz o ustanovitvi zgoraj omenjene komisije. Cilj te predsednikove poteze je bil, da se obnovi omajano zaupanje javnosti v ustanove javnega zdravstva in v državo, ki je pred bolniki večkrat skrivala naravo in obseg etično vprašljivih postopkov. Na mizo je bil dan še en dokument, Lizbonska deklaracija SZO o pravicah bolnika, revidirana na 47. zasedanju Generalne skupščine septembra letos v Baliju, Indonezija. O tem drugič.

REPORT ON A EUROPEAN RESEARCH CONFERENCE*

Sant Feliu de Guixols, Spain,
2–7 September 1995

Susara C. Južnič

The European Science Foundation (ESF) is a non-governmental organization, maintaining a close association with other international bodies with interest in scientific research. The main aims of the ESF are to advance European cooperation in basic research, to promote the free flow of information and ideas and to plan collaborative research activities. One of the activities of the ESF is European Research Conferences. These conferences are on a given topic with the aim of stimulating free discussion among senior and younger researchers and there are no published proceedings. Some researchers from Central and Eastern European countries can have a grant to attend these conferences. The author of this report received such a grant from the ESF to participate in one of these congresses as Secretary-treasurer of the European Society for Noninvasive Cardiovascular Dynamics (ES NI CVD).

This particular research conference was on COPING WITH SICKNESS: Perspectives on Health Care, Past and Present. It was held in Sant Feliu de Guixols (on the Costa Brava, 120 km from Barcelona and 30 km from Girona), Spain, from 2–7 September 1995. It was co-sponsored by the European Science Foundation and the Commission of the European Communities, and was mainly organized by the European Association for the History of Medicine and Health (EAHMH).

The EAHMH has members worldwide and they include demographers, social historians, social anthropologists and medical historians. The EAHMH promotes studies in the history of medicine, health and disease as well as fostering research, teaching and international scientific cooperation.

The first conference on Coping with Sickness was held in 1993 in Lunteren (The Netherlands), the second conference in Sant Feliu (Spain) in 1995 and the third conference will be held in 1996. The conference in Sant Feliu was held in the beautifully located Eden Roc Hotel and while sitting in the conference hall, one had the feeling of cruising on a boat when one looked through the window. There were 100 participants, of whom 4 were key-note speakers while 15 participants were invited speakers. Apart from these invited talks, 22 posters were presented. Therefore more than half of the participants participated in the discussions only. Although many of the grantees participated only in the discussions, the author of this report was encouraged to distribute an abstract about the activities and history of the ES NI CVD among the participants.

The following number of participants came from the 20 respective countries:

United Kingdom	20
Germany	19
Spain	11
France	10
Sweden	9
Austria, The Netherlands	4 from each country
Croatia, Norway, Italy	3 from each country
Denmark, Latvia, Switzerland, USA	2 from each country
Canada, Ireland, Israel, Russian Federation, Slovenia, Turkey	1 from each country

Although the main theme of the congress was History of Medicine, neither the Slovenian Scientific Society for the History of Health Culture, nor the Institute for History of Medicine (Faculty of Medicine, Ljubljana) were present at the congress.

The participants were from very heterogeneous professions, e. g. physicians, historians, economists, sociologists and psychiatrists. Nevertheless, extensive discussion was maintained after each lecture. It was proved that an interdisciplinary forum on the same topic can be successful.

Arthur Kleinman, professor of Psychiatry at the Harvard Medical School, had an excellent key-note lecture. He contrasted the experience of suffering in China and in the West: in China group-suffering (e. g. by the family of the patient) is more prominent than individual-suffering (by the patient himself). He introduced the term »socio-somatics«, because the body cannot be separated from the social world and a symptom always has a social background. This talk was presented on Sunday, 3rd September in the session on Concepts. Quantitative and qualitative concepts of health in modern medicine, a study of autobiographies from the 18th and 19th centuries and the Jewish ritual bath as a problem of hygiene were also included in this session.

During the academic outing on Tuesday, 5th September, to Girona the above-mentioned Jewish baths were also visited, so this particular presentation could be still better appreciated. During the visit to Girona the opening of the special exhibition »Health in Europe: One Thousand Years of History« was attended by the participants. The Wellcome Institute Library in London considerably contributed to this exhibition. The exhibition was divided as follows:

Personal Health Before 1750

Public Health Measures Before 1750

Personal Health After 1750

The Construction of Public Health, 1750–1900

The Rise of Social Medicine, 1900–1940.

After the academic outing, an evening session was held, where a speaker from the host country had a talk on a freely chosen topic.

* Dr. Susara C. Južnič – tajnica Evropskega društva za neinvazivno kardiovaskularno dinamiko (ES NI CVD), se je udeležila evropske raziskovalne konference v Sant Feliu de Guixols v Španiji. Konferenca je potekala od 2. do 7. septembra 1995. Evropska znanstvena fundacija (ESF) je plačala njeno udeležbo in potovanje na kongres. V želji, da bo poročilo lažje dostopno vsem članom društva, je poročilo v celoti v angleščini.

Luis Garcia-Ballester had chosen as title for his lecture »Improving Health, a Challenge to European Medieval Galenism« and presented it with so much enthusiasm that it was obvious that he loves his work.

The Monday session was mainly about Agents: Jane Lewis (as keynote speaker) discussed the family, professionals and the state as agents in mixed economy welfare. Other speakers spoke about public health education and preventive medicine (during different historical periods).

Wednesday, 6th September, was reserved for a session on Controversies. Roy Porter (from the Wellcome Institute in London) talked about the controversies in the interpretation of chronic disease, while the other four speakers spoke about Changing attitudes from late antiquity to the Middle Ages, The moral implications of smallpox inoculation, Ideals and realities of the healthy female body and Research in the Russian Empire in the 1920's.

On Thursday, 7th September, there was only a morning session on Costs, where the lecture of J. Stjernsward (from the World Health Organization in Geneva) made a special impression. He pleaded for a redistribution of costs in the interests of improving the quality of life for those terminally ill and stimulating prevention rather than overspending on highly expensive therapies.

Young scientists in particular presented the 22 posters each afternoon, where lively discussions also took place. The award for the best poster was given to a young woman scientist from Sweden.

In summary, it can be said that this congress gave a historic overview on the perspectives on health care, including the concepts, agents, controversies and costs of health care up till now. Very clearly the aim of the European Research Conferences »to stimulate free discussion among senior and younger researchers« was fulfilled during the congress in Sant Feliu. We hope that the ESF will extend sponsorship in the future to other European societies working on the crucial issue of heart and vascular diseases.

JERUZALEMSKA DEKLARACIJA O VZGOJI IN IZOBRAŽEVANJU NA PODROČJU AIDSA

Evita Leskovšek

Udeleženci 9. mednarodne konference o vzgoji in izobraževanju na področju aidsa smo se zbrali v Jeruzalemu, v svetem mestu treh monoteističnih verstev, v centru znanosti, medicine in izobraževanja ob Svetovnem dnevu aidsa 1995 in svečano izjavljamo, da:

– je globalna pandemija HIV/aidsa povzročila smrt milijonov ljudi in bo v prihodnosti zahtevala še milijone novih žrtev;

– je odgovor vlad in posameznikov na pandemijo HIV/aidsa in na ljudi, okuženimi s HIV/aidsom, pogosto temeljil na pomanjkanju informacij; na napačnem tolmačenju in na neutemeljenem strahu in predsodkih;

– je razprostranjenost in obsežnost pandemije HIV/aidsa načela ekonomske in človeške zmogljivosti in je povzročila veliko trpljenja in bolečine pri okuženih, njihovih bližnjih in tistih, ki skrbijo zanje;

– je osrednje vodilo Svetovnega dneva boja proti aidsu v letu 1995 (Skupne pravice – skupna odgovornost) temeljnega pomena v učinkovitem boju proti pandemiji HIV/aidsa;

– Mednarodno združenje za vzgojo in izobraževanje na področju aidsa nadaljuje svoja prizadevanja pri preprečevanju širjenja

okužbe z virusom HIV in podpira razvoj biomedicinskih in ostalih znanstvenih spoznanj s tega področja;

– je Mednarodno združenje za vzgojo in izobraževanje na področju aidsa zagovornik človekovih pravic vseh ljudi, tudi tistih, ki so okuženi z virusom HIV, in tistih, ki so zboleli za aidsom;

– imamo vsi ljudje pravico do pravilne, glede na skupino prilagojene in kulturi primerne vzgoje in do izobraževanja ter preventivnih dejavnosti v zvezi s HIV/aidsom;

– imamo vsi ljudje pravico do anonimnega in zaupnega testiranja skupaj s temeljitim in sočutnim svetovanjem;

– imajo vsi okuženi z virusom HIV pravico do zaupnosti podatkov v zvezi z okužbo;

– imajo vsi okuženi z virusom HIV in zboleli za aidsom pravico do pravičnega obravnavanja, do primerne poročanja v medijih in pravico do zasebnosti;

– imajo vsi živeči s HIV okužbo pravico do primerne zaposlitve, dostop do javnih ustanov in javnih storitev;

– imajo vsi ljudje, okuženi z virusom HIV, pravico do človeškega dostojanstva in pravico živeti v družbi brez neutemeljenih omejitev, ki bi temeljile le na statusu HIV okužbe;

– imajo vsi okuženi s HIV-om in zboleli za aidsom pravico do svobodnega življenja brez segregacije, osamitve ali karantene v šolah, zdravstvenih zavodih, zaporih, na delovnem mestu ali kjerkoli drugje;

– imajo vsi okuženi z virusom HIV in zboleli za aidsom pravico do mednarodnih potovanj brez omejitev, ki bi temeljile le na stanju inficiranosti z virusom HIV in zbolelosti za aidsom;

– imajo vsi okuženi z virusom HIV in oboleli z aidsom pravico do strokovne, sočutne in kvalitetne zdravstvene nege in socialnega skrbstva;

– morajo vsi, ki na področju aidsa sodelujejo pri vzgoji in izobraževanju, v preventivi, testiranju, svetovanju, zdravljenju in socialnem skrbstvu, upoštevati različnost populacij, ki jih je prizadela pandemija HIV/aidsa in zagotoviti glede na ciljno skupino prilagojene, s povpraševanjem usklajene in kulturni primerne usluge;

– imajo vsi okuženi z virusom HIV in zboleli za aidsom, kot posledico navedenih pravic, dolžnost spoštovati in upoštevati samostojnost in zdravje drugih ljudi in živeti tako, da ni dana možnost okužbe drugih ljudi;

– morajo pravice in dolžnosti, navedene zgoraj, dobiti polno priznanje in podporo vlad, institucij, organizacij in posameznikov vseh narodov;

– moramo strategije za omejevanje pandemije redno evalvirati, da bi s tem preprečili nepotrebno podvajanje, le-te morajo biti usmerjene v razvoj veččin;

– moramo vključevati skupine in posameznike s HIV/aidsom tako pri načrtovanju programov kot pri posameznih intervencijah v zvezi s to boleznijo;

– je vir resničnega upanja za okužene z virusom HIV in zbolele za aidsom, njihove bližnje in tiste, ki skrbijo zanje, napredek znanja in razumevanje o HIV/aidsu, napredek znanstvenih in medicinskih spoznanj in tehnologije v boju proti virusu HIV ter razvoj ustrezne zakonodaje in politike v boju proti HIV/aidsu in njegovim posledicam.

Zato pozivamo vse mednarodne organizacije, vse nacionalne, regionalne, državne, lokalne, vladne in nevladne organizacije, da sodelujejo z vsemi, tako posamezniki kot s skupinami v skupnem boju za doseg te ciljev in vplivajo na socialne spremembe, ki bodo omogočile zaustavitev globalne pandemije HIV/aidsa v najkrajšem možnem času.

Strokovno izpopolnjevanje

KIRURŠKA ŠOLA KIRURŠKE KLINIKE

2. kirurška delavnica
in simpozij Kirurgija želodca
Ljubljana, 26.–28. oktober 1995

Leopold Morela

Kirurška delavnica in simpozij sta opravičila trud in prizadevanja organizatorjev, prof. dr. Staneta Repšeta in direktorja kirurških klinik prof. dr. Vladimirja Pegana ter asist. dr. Janeza Eržena. Udeleženci smo sodelovali pri demonstracijskih operacijah dva dni dopoldne v dveh operacijskih sobah, popoldne pa je potekal simpozij v predavalnici Kliničnega centra, ki je teoretično multidisciplinarno obdelal problematiko patologije in klinike bolezni želodca in možnosti konservativne in operativne terapije. Organizator je pripravil delovno gradivo – protokole, ki naj bi poenotili



Sl. 1. Udeleženci kirurške šole.

dokumentacijo zlasti raka želodca. Zaradi omejenega števila udeležencev – zlasti delavnice – je bil stik med organizatorjem in udeleženci res neposreden, iskren in prijateljski. Pokrovitelj prvega dne je bila firma Johnson-Johnson – Ethicon endo-surgery, drugi dan pa COMESA Avstrija – Auto Suture, ki sta dala na uporabo svoje spenjalnike za operacije, ki so se izvajale na delavnici. Mislim, da je to res primeren način prezentacije zlasti zaradi neposrednega stika med proizvajalci drage, a dobre opreme, ki je v marsičem izboljšala kirurško tehniko in bistveno skrajšala čas operacij. Seveda ne gre zapostaviti briljantne kirurške tehnike operaterjev kirurške klinike v Ljubljani.

Popoldanski simpozij pa je prvi dan obravnaval peptični ulkus, drugi dan pa raka na želodcu – obe temi multidisciplinarno, sobota dopoldne pa je bila posvečena raku krna želodca in gostom iz Stuttgarta (K. P. Thon), Innsbrucka (E. Bodner), Hannovra (J. Jähne), Erlangena (J. Göhl) in Würzburga (S. M. Freys), ki so podali bogate in dolgoletne rezultate zdravljenja na svojih klinikah. Prispevke o zdravljenju bolnikov z rakom na želodcu so podali tudi kolegi iz Murske Sobote (10-letna kazuistika – vodja tima S. Koltay), z Jesenic (10-letna kazuistika – vodja tima M. Rems) in iz Celja (5-letna kazuistika – vodja tima M. Osole).

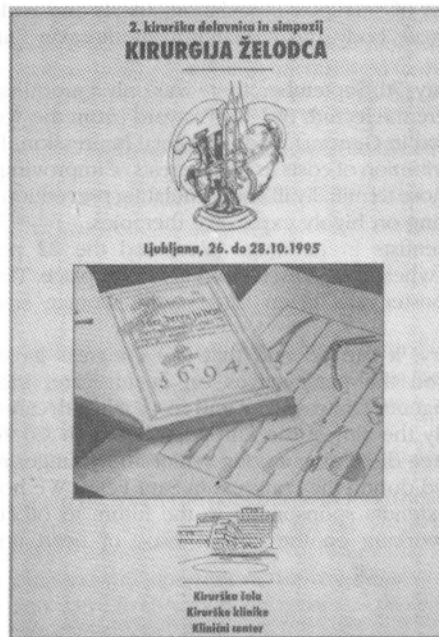
Prispevki simpozija so tiskani v zborniku, ki je izšel v redakciji prof. dr. Staneta Repšeta in asist. dr. Janeza Eržena na 246 straneh. Izdajo zbornika, ki je na voljo na Kirurški kliniki v Ljubljani, so omogočili:

Krka Novo mesto,
Ministrstvo za zdravstvo R Slovenije,
Ministrstvo za znanost R Slovenije in
Fundacija doc. dr. Josipa Cholewe.

Organizatorji so se prijazno spomnili naših upokojenih učiteljev in jih povabili na simpozij. Skupinska slika pred Kliničnim centrom pa je ovekovečila lep trenutek v našem življenju.

Kirurška šola pripravlja v letu 1996 nov podvig: Kirurgija kolona, ki bo enako v dveh časovnih obdobjih marca in verjetno oktobra meseca.

Organizatorjem se v imenu sodelujočih iskreno zahvaljujem za ves trud in želim, da bi zbrali dovolj moči za nadaljevanje začrtane poti.



Sl. 2. Naslovnica programa srečanja.

DELAVNICA O SPOLNO PRENOSLJIVIH BOLEZNIH NA PODROČJU ALPE-DONAVA-JADRAN

17.–19. marec 1995, Ljubljana, Slovenija

Marko Potočnik

Med 17. in 19. marcem 1995 so se v Ljubljani prvič srečali dermatovenerologi iz Avstrije, Češke, Hrvaške, Madžarske, Italije in Slovenije ter razpravljali o spolno prenosljivih boleznih (SPB) na področju Alpe-Donava-Jadran. Delavnico so skupaj organizirali zdravniki Dermatološke klinike Kliničnega centra v Ljubljani, Dermatovenerološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva, Katedre za dermatologijo Medicinske fakultete v Ljubljani, Inštituta za mikrobiologijo Medicinske fakultete v Ljubljani in Sekcije za spolno prenosljive bolezni Avstrijskega dermatološkega društva.

Sodelovali so vodilni strokovnjaki iz omenjenih institucij, poleg njih pa še z medicinskih fakultet in dermatoloških klinik iz Budimpešte, Padove, Prage, Reke, Trsta in Zagreba ter bolnišnic v Splitu in Zadru. Slovenijo so predstavljali poleg zdravnikov Dermatološke klinike in Inštituta za mikrobiologijo MF tudi strokovnjaki iz Ginekološke klinike in Klinike za infekcijske bolezni KC v Ljubljani, Inštituta za farmakologijo MF, Dermatološkega oddelka SB v Mariboru in Inštituta za varovanje zdravja RS v Ljubljani.

Kot poslušalci pa so se delavnice udeležili dermatovenerologi, epidemiologi, ginekologi, infektologi in mikrobiologi, skratka ljudje, ki se ukvarjajo s SPB.

Po prijetnem glasbenem uvodu in pozdravnih besedah dekana MF, generalnega direktorja KC in direktorice Dermatološke klinike v Ljubljani so udeležence v petek popoldne predavatelji v prvem od štirih sklopov (Klinični in diagnostični vidiki SPB) seznanili z zadnjimi novostmi in s svojimi izkušnjami z že uveljavljenimi metodami za diagnostiko okužb s klamidijami, gonokoki, humanimi papilomavirusi in virusi herpes simpleksa. Po živahni in občasno ostri diskusiji so si udeleženci ogledali tovarno Lek, kjer so večer zaključili s pogostitvijo in prijetnim družabnim srečanjem. V soboto dopoldan so v drugem sklopu (Smotrni pristop do antimikrobnega zdravljenja) predavatelji govorili o osnovah antimikrobnega zdravljenja, zdravljenju v nosečnosti, svojih izkušnjah s posameznimi antibiotiki (azitromicin, roksitromicin, minociklin), o imunosti, novostih pri zdravljenju genitalnega herpesa, vakcinah in možnostih za zdravljenje okužbe s HIV.

V tretjem, najpomembnejšem sklopu (Okrogla miza – smernice za preprečevanje, učinkovito zdravljenje in kontrolo SPB) je profesor Stingl z Dunaja predstavil Smernice za zdravljenje veneričnih bolezni in SPB, ki jih je izbrala študijska skupina za SPB pri Avstrijskem dermatološkem društvu. Poleg povabljenih govornikov je o smernicah kritično diskutiral ves avditorij, tako da smo dosegli konsenz pri navodilih za zdravljenje omenjenih bolezni med udeleženci Avstrije, Češke, Hrvaške, Madžarske, Italije in Slovenije, torej za širše področje ADJ, ki temelji na priporočilih smernic za zdravljenje in strategijo SPB pri SZO.

V soboto popoldne so v četrtem delu (Trenutna epidemiološka situacija na področju ADJ) govorniki orisali situacijo SPB v posameznih državah, pokrajinah ali mestih. V zadnjih letih, ki jih zaznamujejo razpad komunističnega režima v Vzhodni Evropi, odprte meje in vojne na področju bivše Jugoslavije, so se epidemiološke razmere temeljito spremenile. Ker meji ADJ na države, kjer vladajo vojna, pomanjkanje in lakota, torej razmere, ki so v zgodovini vedno pogojevale širjenje SPB in ker vemo, da SPB ne poznajo meja, so udeleženci delavnice ugotovili, da je učinkovita obramba proti SPB mogoča samo s tesnim sodelovanjem zdravstvenih služb naših držav. Zato so sklenili ustanoviti mednarodni koordinacijski odbor za preventivo SPB, v katerem sta po dva predstavnika iz vsake države, ki bo v stalnih medsebojnih stikih. Dogovorili so se še, da bo naslednja delavnica v Pragi od 22. do 24. marca 1996, nato pa na Dunaju leta 1997.

Zanimivejši prispevki bodo objavljeni v posebni številki revije Acta dermatovenerologica Alpina, Pannonica et Adriatica, za katero je glavni urednik povabil tri predstavnike organizatorjev kot gostujoče urednike.

V veliko zadovoljstvo pa sta bila za udeležence še dva prijetna dogodka, kjer so se bolje spoznali: družabni večer, ki ga je sponzorirala Pliva Ljubljana d.o.o., in v nedeljo dopoldan ogled stiškega samostana ter pogostitev v zidanici na Trški gori, ki jo je sponzorirala Krka p.o.

Strokovna srečanja

DRUGI PINTARJEVI DNEVI

Davorin Valenti

Naši agilni medikohistoriki so pred dobrim letom organizirali prve Pintarjeve dneve, ki so bili posvečeni našemu prvemu univerzitetnemu učitelju zgodovine medicine na slovenski Medicinski fakulteti, in mednarodni simpozij »Med medicino in literaturo«.

Pred pol leta so se zgodovinarji medicine z območja Alpe-Jadran ponovno zbrali v Ljubljani ob 50-letnici Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete in ob 100-letnici bolnišnice na Zaloški cesti. Tema srečanja je bila: »Medicinski in socialni pogledi na ljubljanski potres 1895«.

Tretji simpozij v istem letu pa so bili Pintarjevi dnevi 11. in 12. novembra v Mariboru.

Medikohistorična sekcija Slovenskega zdravniškega društva in njena mariborska podružnica, Inštitut za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani, Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, Radiološki oddelek Splošne bolnišnice Maribor in Slovensko zdravniško društvo Maribor so pripravili osrednji mednarodni znanstveni simpozij ob 100-letnici rentgena. Organizacijski odbor, ki ga je vodil prof. prim. dr. Edvard Glaser, je pripravil obširen in zanimiv program.

Pokrovitelj simpozija je bil predsednik republike g. Milan Kučan, soprokrovitelj pa minister za zdravstvo Republike Slovenije doc. dr. Božidar Voljč in župan mesta Maribor prof. dr. Alojz Križman. Svečana otvoritev simpozija je bila v Kazinski dvorani Narodnega gledališča v Mariboru.

Predsednik organizacijskega odbora prof. dr. Edvard Glaser je pozdravil vse udeležence, med njimi doc. dr. Božidarja Voljča, prof. dr. Alojza Križmana, mariborskega škofa dr. Franca Krambergerja, asist. mag. dr. Zvonko Zupanič-Slavec in prim. dr. Maria Kocijančiča, predsednika Zdravniške zbornice Slovenije dr. Kurta Kanclerja, novega direktorja Splošne bolnišnice Maribor dr. Gregorja Pivca, predstojnico Radiološkega oddelka SBM dr. Marijo Kolenc, predsednika SZD v Mariboru dr. Zorana Zabavnika in direktorja Zdravstvenega doma Maribor dr. Antona Židanika.

Zadržanega predsednika republike je v svojem govoru opravičil doc. dr. Voljč in tudi v njegovem imenu zaželel čim uspešnejše delo na znanstvenem srečanju. Prav tako so pozdravili organizatorje in udeležence zgoraj imenovani predstavniki oblasti, društev in ustanov.

V kulturnem programu so nastopili sami mladi glasbeniki. Mladinski pevski zbor OŠ Gornja Radgona, ki ga je vodila ga. Marija Dukarič, je z Držečnik-Feguševim Votumom Hypokratris in štirimi ljudskimi pesmimi ustvaril vedro ozračje med udeleženci. Prav tako je navdušil godalni kvartet mladih bratov Feguš, ki se je ta večer prvič predstavil javnosti z W. A. Mozartovim prvim kvartetom v G-duru in Beethovnovim kvartetom v F-duru. Mladi pevci in godbeniki so zaslužno poželi navdušen aplavz.

Strokovni del srečanja se je odvijal v predavalnici Zavarovalnice Maribor v petek ves dan in v soboto dopoldne. Spored je bil izredno obširen, saj so sodelavci iz Avstrije, Hrvaške in Slovenije pripravili 36 referatov.

Uvodni referat »100 let rentgena« je delo avtorjev Vladimirja Jevtiča, Biserke Belicza, Edvarda Glaserja in Ivana Lovasiča. Zvonka Zupanič-Slavec je prikazala predhodnike in pionirje rentgenologije pri nas, Stella Fatović-Ferenčič je govorila o odkritju rentgenskih žarkov kot modela osvajanja znanstvenih spoznanj na Hrvaškem, Helmut Gröger o pomembnem prispevku Dunajske medicinske šole za razvoj rentgenologije kot medicinske strokovne discipline, Friderik Pušnik o Röntgenju in uvajanju X-žarkov v terapijo za časa njegovega življenja. Marija Kolenc je prikazala zgodovinski razvoj in vidike mariborske radiologije, Vladimir Jevtič je podal zgodovino Inštituta za radiologijo v Ljubljani,

Biserka Belicza pa je govorila o prvih izkušnjah hrvaških zdravnikov pri uporabi rentgenske terapije.

V popoldanskem programu so se zvrstila predavanja:

Zgodovinski razvoj radiologije v Bjelovaru (Luka Ježek), Razvoj rentgenske terapije na Slovenskem (Božena Ravnihar), Začetki rentgenske terapije na Hrvaškem (Vladimir Dugački), Razvoj planiranja v radioterapiji (Miha Debevc), Radioterapija – uveljavljeno zdravljenje bolečin (Ramona Mayer, R. Groell, A. Oechs, A. Hackl).

Sledila so predavanja: Osnovna spoznanja dunajske šole o rentgenski terapiji (Helmut Gröger), Razvoj rentgenologije v Prekmurju (Jože Zadravec), Rentgenska terapija na radiološkem oddelku SB Maribor – razvoj in ukinitev dejavnosti (Andreja Bosiljevac), Začetek nevroradiološke dejavnosti v mariborski bolnišnici (Matej Lipovšek), Zgodnji razvoj invazivne rentgenske diagnostike ožilja na Radiološkem oddelku SB Maribor (Marjan Pocajt, Emil Blagovič), Rentgen v partizanski saniteti (Davorin Valenti), Prvi rentgenski posnetki in prvi rentgenski aparati na Hrvaškem (Ivan Lovasić, Slavko Šimunić, Zdravko Borković, Gordana Pavan, Reka-Zagreb-Vukovar), Rentgenogrami skozi 100 let (Metka Kozole).

V soboto je simpozij nadaljeval delo z naslednjim znanstvenim programom: Zgodovina rentgena v stomatološki praksi (Velimir Vulikić, Franc Štolfa), Uporaba rentgenskih žarkov v stomatologiji (Franc Štolfa, Velimir Vulikić), Rentgenologija v otorinolaringologiji (Drago Becner, Anton Munda, Bogdan Čizmanovič, Vojko Didanovič), Zdravljenje z mehкими rentgenskimi žarki na oddelku za kožne in spolne bolezni v Mariboru (Dušan Rems, Marija Berčič, Srečko Blažič), Rentgenologija v veterinarski medicini, njeni začetki in razvoj na živnozdravniški visoki šoli na Dunaju (Andrej Fidelj), Rentgenska defektoskopija zvarnih spojev v zahtevnih nosilnih industrijskih konstrukcijah (Inoslav Rak), Zanimivosti iz prakse (Avgust Hribovšek), Utrinki o postmortalni rentgenologiji v SB Maribor (Marjan Pocajt, Emil Blagovič, Janko Berčič, Miljan Senčar, Franc Rogel), Krvodajalske akcije z rentgenskimi preiskavami pljuč v Mariboru in okolici, velik prispevek zdravstvu v povojnem času (Edvard Glaser), Rentgenska diagnostika pljučnih bolezni v protituberkuloznih disperzerjih Slovenije 1900–1990 (Barbara Latković, Majda Ustar, Mario Kocijančič), Nekatere značilnosti slovenske radiološke bibliografije 1896–1941 (Mario Kocijančič), Gledati in videti dalje od oči – etnooftalmološki odnos do oči, vida in slepote v preteklosti (Ante Škrobonja), Zniževanje odmerkov sevanja v medicini (Štefan Škafar), Dr. Škrilec Mihály – prvi prekmurski kirurg (Jože Zadravec), Vloga in izobraževanje radiološkega inženirja v Sloveniji (Zdravko Luketič).

Simpozij je zaključil Edvard Glaser s prispevkom: 100-letnici rentgena v slovo.

Po zaključku simpozija smo bili povabljeni na ogled novega fizikalno-terapijskega centra v obnovljeni in povečani »Fontani«, kjer smo bili prijetno presenečeni nad novimi prostori in aparaturami, ki bodo omogočale najsodobnejšo diagnostiko in terapijo. Ob obširnem in zanimivem strokovnem programu pa je ostalo še nekaj časa za družabni del srečanja. Na obeh skupnih kosilih, zlasti pa na prijetnem večeru v Vinagovi kleti, ki je sovpadal z martinovanjem, smo se lahko bolje spoznali in izmenjali vtise s simpozija. Zahvala za dva poučna in zanimiva dneva gre vsem predavateljem, predvsem pa organizacijskemu odboru s prim. prof. dr. Glaserjem na čelu.

STROKOVNO SREČANJE SLOVENSКИH PEDIATROV

Magda Lušič

Ne zapiraj me v sobo!

Nisem slep.

Potrebujem zrak, svetlobo...

Verze B. A. Novaka smo vzeli pediatri Zasavja za moto, ko smo pripravili v okviru Slovenske pediatrične sekcije strokovno srečanje slovenskih pediatrov v Trbovljah z naslovom Onesnaženo okolje in otrok.

Srečanje je potekalo v prelepem jesenskem dnevu 27. oktobra 1995 v prostorih hotela Rudar v Trbovljah.

Program smo skrbno in požrtvovalno pripravili ter uresničili domači strokovnjaki različnih strok in je bil v celoti posvečen ekologiji.

Po otvoritveni svečanosti je predsednica Slovenske pediatrične sekcije podelila priznanje prim. dr. Ludviku Krambergerju za življenjsko delo na področju otroškega zdravstvenega varstva v Zasavju in širšem slovenskem prostoru ter se zahvalila za dolgoletno delo v pediatrični službi dr. Jožici Škerbic in dr. Ireni Ivančič. Sledil je prisrčen kulturni program, ki so ga pripravili otroci VVZ in gojenci glasbene šole iz Trbovelj. Otroci so nam prav za to priložnost predstavili igrice Zgodba o našem mestu, s katero so pokazali, kako lahko že majhni otroci skrbijo za prijazno okolje, in je bila odlični uvod v obravnavano ekološko tematiko.

Uvodno predavanje je imel prim. dr. Ludvik Kramberger, ki je spomnil prisotne, da smo pediatri v Trbovljah pred desetimi leti na podobnem sestanku prvič spregovorili o škodljivih ekoloških vplivih na otrokovo zdravje, ki smo jih dokazali z lastnimi raziskavami. Takratne ugotovitve so vzbudile veliko zanimanje javnosti in prebudile ter dvignile ekološko zavest prebivalcev v Zasavju in drugod po Sloveniji. To je vzpodbudilo pediatre in druge strokovnjake, da so poglobili svoja raziskovanja, s katerimi so prišli do novih spoznanj. Izrazil je zadovoljstvo, da so med drugim tudi zaradi naših ugotovitev pred desetimi leti odgovorni gospodarski in politični dejavniki morali prisluhniti in sprejeti vrsto odločb in ukrepov za odpravo ekološko negativnih vplivov na zdravje.

O nekaterih demografskih značilnostih prebivalstva Trbovelj v zadnjih desetih letih je spregovorila dr. Bosiljka Mičović, spec. soc. med., ki je opozorila, da je od 1989. leta naravni prirastek v upadanju, da je splošna zboleznost ljudi za 2% višja od slovenskega povprečja in da je v Zasavju delež prebivalcev, starih nad 65 let, 1,5% večji kot v Sloveniji.

Vtis o katastrofalnem stanju v Zasavju je nekoliko popravil dipl. ing. Andrej Knific, ki je s svojim sodelavcem dipl. ing. Jožetom Medvedom poročal o gibanju koncentracij škodljivih plinov in prašnih delcev v zraku v zadnjem desetletju na področju Zasavja. Iz poročila je bilo razvidno, da so se razmere glede onesnaženosti zraka bistveno izboljšale, tako so koncentracije škodljivih plinov v zadnjih treh letih kar nekajkrat nižje kot pred desetimi leti, kar je rezultat opravljenih sanacijskih ukrepov.

Da pa so v našem okolju poleg SO_2 , dima in prahu, o katerih je bilo doslej največ znanega, tudi številne druge škodljive snovi, je opozorila dr. Nataša Toplak, ki je na zanimiv način prikazala njihova delovanja na posamezne organske sisteme, poznavanje letga lahko veliko pomaga zdravniku pri razumevanju mnogih bolezenskih stanj.

Mag. dr. Magda Lušič je pred desetimi leti ugotovila veliko pogostnost hospitalizacij otrok zaradi bolezni dihal na otroškem oddelku v Trbovljah in enega od možnih vzrokov za to našla v onesnaženem ozračju, ki ima prav pri nastanku dihalnih bolezni pomembno vlogo. V primerjalni analizi z letom 1994 je ugotovila, da se je stopnja onesnaženosti zraka z SO_2 , dimom in prašnimi delci bistveno zmanjšala, vzporedno s tem pa se je za 27,4% znižala tudi pogostnost hospitalizacije otrok zaradi bolezni dihal.

Dr. Marjeta Opresnik-Pešec je prišla do podobnih spoznanj s primerjalno analizo zbolevalnosti šolskih in predšolskih otrok z akutnim respiratornim infektom. Medtem ko je pred desetimi leti s statistično metodo dokazala medsebojno odvisnost med koncentracijo SO₂ in dima in pogostnostjo zbolevalnosti dispanzerskih otrok, so sedanjí rezultati podobne analize bistveno drugačni, zbolevalnost otrok se je znižala, medtem ko se je kvaliteta zraka izboljšala.

Mag. dr. Nenad Terzić pa je proučeval vpliv onesnaženega ozračja z SO₂ in dimom na intrauterini razvoj ploda. Pred desetimi leti je s primerjalno analizo novorojencev mater, ki so pretežno nosile plod v nečistem, tj. bolj onesnaženem kurilnem obdobju, in mater, ki so pretežno nosile v nekurilni sezoni, ko je bilo v zraku manj škodljivih plinov, ugotovil, da imajo novorojenci iz »nečistega obdobja«² nižjo gestacijsko starost, zaostanek v rasti in razvoju, več hiperbilirubinemij in malformacij na udih. S primerjalno raziskavo v letu 1994 omenjenih razlik pri novorojencih ni dokazal.

Vse tri primerjalne študije dokazujejo, da so naša opozorila pred desetimi leti že obrodila določene pozitivne rezultate.

V proučevanje ekoloških dejavnikov so se v zadnjih desetih letih vključili tudi mnogi strokovnjaki različnih strok in svoja zanimiva odkritja predstavili na tem sestanku.

Dr. Rudi Zupan, kirurg, je raziskoval skupaj s sodelavci Inštituta Jožef Stefan, Hidrometeorološkega zavoda Slovenije in Inštituta za varovanje zdravja prisotnost težkih kovin, zlasti kadmija, talija in antimona v vzorcih zraka in zemlje in ugotovil, da so v Zasavju težke kovine prisotne v večjih količinah, kot to dopušča zakonodaja.

Možnost vključevanja težkih kovin v prehransko verigo in njihov vpliv na razvoj rakastih zbolenj črevesja je nakazala raziskava dr. Anke Župan-Prelesnik, kirurginje, ki je ugotovila večjo incidenco rakastih bolezni črevesja v Zasavju in dokazala na območju, kjer so našli višje vrednosti kadmija v zemlji in žitaricah, relativno večje število karcinoma rektuma kot v drugem okolju. Metka Medvešek, dipl. biologinja, je predstavila raziskavo Bioindikacija ozona v Zasavju, ki jo je opravila 1991. leta. S testnimi rastlinami – dvema vrstama tobaka, ki jih je izpostavila zraku na različnih mestih, je na podlagi sprememb na listih dokazala prisotnost večjih količin ozona v Zasavju.

V okviru raziskav vplivov onesnaženega ozračja na dihala teče študija na belih podganah pod vodstvom strokovnjakov Fakultete za biologijo, pri kateri sodeluje dr. Tomaž Vahtar, ki nas je seznanil z nekaterimi rezultati. Dokazali so, da onesnažen zrak povzroča hude morfološke spremembe na dihalni sluznici in v pljučnem parenhimu. Histološki preparati so bili pregledani na vrstičnem elektronskem mikroskopu in svetlobnem mikroskopu. Ugotovljeno je, da je obsežnost sprememb v dihalih odvisna od koncentracije škodljivih snovi in časa ekspozicije. Zasedili so bogato luščenje epitelnih celic v bronhiolah, raztrganine na alveolarnih delih pljuči, odebeljene stene alveolov, sledove krvavitev, odebelitev vezivnega ovoja kapilar in povečano število alveolarnih makrofagov.

Kljub temu da je onesnaženost zraka v zadnjih letih v upadanju, pa morfološke spremembe na dihalih niso upadle v toliki meri. Študija še ni zaključena.

V nadaljevanju je mag. Danica Terzić, dipl. farmacevtka, predstavila zanimivo raziskavo o interakciji bilirubina z antibiotikom ceftriaksonom pri novorojencih, ki jo je opravila za svojo magistrsko nalogo, s katero je ugotovila, da se pri ikteričnih novorojencih zmanjša afiniteta in kapaciteta vezanja ceftriaksona na serumske albumine, zato je potrebna previdnost pri zdravljenju novorojencev s hiperbilirubinemijo s ceftriaksonom, še posebej, če je prisotna hipoalbuminemija.

Za konec smo prisluhnili še zanimivim ugotovitvam psihologinje Jelke Šešok, ki je ob sodelovanju Filozofske fakultete opravila ekopsihološko raziskavo o čustvenem vedenju astmatičnih otrok do njihovih staršev in sorojencev. Rezultati so pokazali, da so astmatični otroci manj sposobni izražati intenzivna doživljanja in direktne ekspresije občutkov kot zdravi otroci. Še posebej so

izkazali veliko več negativnih čustev do matere in očeta ter do sorojencev. Zato je za dobro počutje astmatičnega otroka velikega pomena zdrava družinska klima, v kateri se dopušča vsakemu članu družine izražati svoja čustva, omogoča avtonomnost in podpira otrokova prizadevanja na poti k samostojnosti.

Srečanje je bilo torej delovno, pestro in zanimivo. Žal nam je le, da se ga je udeležilo tako skromno število slovenskih pediaterov, zato je to poročilo nekoliko bolj obširno.

Delo SZD

3. SESTANEK NEONATALNE PODSEKCIJE PEDIATRIČNE SEKCIJE SZD

Laško, 24. november 1995

Borut Bratanič

Slovenski neonatologi in medicinske sestre, ki delajo v neonatologiji, smo se po ljubljanskem ustanovnem sestanku podsekcije v maju 1994 in po drugem sestanku, ki je bil v maju 1995 v Mariboru, tokrat tretjič sestali v Zdravilišču Laško.

Sestanek so ob sponzorskem prispevku tvrdke HIPP zelo lepo organizirale neonatologinje iz celjske bolnišnice. V čitalnici zdravilišča se je na petek ob 12. uri zbralo več kot 50 kolegic in kolegov ter neonatalnih medicinskih sester iz vse Slovenije. Zaradi proslave 40. obletnice kranjske porodnišnice tokrat izjemoma iz Kranja ni bilo udeležbe.

Srečanje je imelo strokovni, organizacijsko-strokovni in družabni del. Sestanek je pričel predsednik podsekcije B. Bratanič s podelitvijo priznanja upokojeni dr. Jani Barič-Tikvič za življenjsko delo v slovenski neonatologiji. Kologica je pred 30 leti ob pomoči porodničarjev in ginekologov ter prof. dr. Z. Konjajeve in dr. M. Erjavčeve prva pričela z uvajanjem sodobne neonatologije v celjski porodnišnici.

V strokovnem delu je pričela s predavanji Z. Felc, ki je skupaj z A. Ilijaš-Trofenik obdelala »Delež sepse v zgodnji neonatalni umrljivosti v Celju v obdobjih 1987–1989 in 1992–1994«. Med vsemi vzroki umrljivosti v omenjenih obdobjih je v zadnjem obdobju v Celju manj kongenitalnih anomalij, več pa je umrljivosti zaradi nezrelosti. Pogostejša je tudi sepsa, katero so v prvem obdobju zabeležili le enkrat (deček, okužen s Salmonello). V drugem obdobju sta umrla zaradi sepse dva novorojenca (deklica, okužena z Listerijo monocitogenes, in deček, okužen s Streptokokom agalakcije). Pri vseh je bila uvedena antibiotična terapija in vsi trije so bili premeščeni v Enoto intenzivne neonatalne terapije. V razpravi je bilo podprto mnenje, da je treba že med nosečnostjo preventivno predvsem tudi laboratorijsko spremljati žene glede okužb. Poudarjena je bila tudi klasična shema širokospektralne terapije neonatalne sepse z aminoglikozidnim in ampicilinskim antibiotikom, ki je glede na najpogostejše povzročitelje v tem obdobju, na začetku zdravljenja, še vedno najprimernejša.

M. Novosel-Sever je z diapozitivni in na prosojnicah predstavila »Primer možganskega abscesa po neonatalni sepsi«, ki je bil obravnavan na Neonatalnem oddelku Pediatrične klinike in na Kliniki za nevrokirurgijo ter Intenzivni enoti Pediatričnega oddelka kirurških strok Kliničnega centra v Ljubljani.

Š. Grosek je opisal mednarodno multicentrično študijo (sodeluje 13 držav) o zdravljenju neonatalne asfiksije (ocena po Apgarjevi pod 5 po 10 minutah) z magnezijevim sulfatom. O študiji, katero vodi prof. Levene iz Leedsa, so poročali na strokovnem sestanku v Cambridgeu. Tam je prof. Levene izrazil pripravljenost, da v raziskavo vključi tudi Slovenijo. Po oceni protokola študije in lastne opremljenosti se bodo lahko vključile v projekt nekatere

slovenske porodničnice. V razpravi so neonatologinje iz Maribora povedale, da pri zdravljenju neonatalne asfiksije že več let uporabljajo magnezijev sulfat.

Strokovno organizacijski del srečanja je otvoril L. Bregant s poročilom o sestanku, ki ga je organizirala SZO v Trstu pod naslovom »Organizacija in planiranje perinatalnega varstva«. To je bil 14-dnevni tečaj, na katerem so strokovnjaki iz Danske, Kanade in Švedske predavali o metodah za spremljanje nosečnic in novorojencev. Poslušalci so bili iz vzhodnega dela Evrope in Bližnjega ter Daljnega vzhoda (skupno 25 držav, iz bivše Sovjetske zveze, Makedonije, Srbije, Albanije, Maroka in Slovenije). Iz Slovenije sta bila izmenjave prisotna doc. dr. Ž. Novak-Antolič in L. Bregant. Vrstile so se različne teme o kazalcih kakovosti perinatalnega varstva, perinatalni umrljivosti in kot nov parameter tudi kvaliteta preživetja novorojencev, ki navadno še ni vključen med rutinske epidemiološke in statistične podatke. Nato so sledile teme o presejalnih testih, ultrazvočni in kardiorespiratorni diagnostiki, tehnični pomoči pri oskrbi aparature in sodelovanju elektroinženirjev (1 na bolnišnico s 700 posteljami), o spremljanju termoregulacije pri novorojencih, »kenguru« metode nege nedonošenčkov, o preprostih načinih zdravljenja dihalne stiske novorojencev s kisikom s stalnim pozitivnim pritiskom, apliciranim prek nosnih kanil, in o preprečevanju dihalne stiske z dajanjem steroidnih preparatov nosečnicam pred grozečim prezgodnjim porodom. Pomembna tema je bila tudi opredelitev porodne asfiksije in oprema za preprečevanje (posledic) asfiksije v porodnih sobah. Strokovnjaki SZO ocenjujejo, da se na svetu letno rodi 4 milijone otrok z ocenami po Apgarjevi pod 3 po prvi in pod 6 po petih minutah. Od teh otrok za posledicami asfiksije umre blizu 800.000 otrok letno, naslednjih 800.000 pa utrpí hude in trajne posledice. Zato mora vsakdo, ki pride v stik z novorojencem v porodni sobi, dobro obvladati postopke oživljanja. Na koncu poročila je L. Bregant prikazal še za nas vzpodbudne primerjalne podatke med perinatalnimi kazalci Češke, ki velja za eno najboljše perinatalno zdravstveno organiziranih dežel v prehodu, in Slovenijo. V letu 1994 je bila perinatalna umrljivost na Češkem 6,4/1000 živorojenih, v Sloveniji pa 7,8/1000 živorojenih. Pri zgodnji neonatalni umrljivosti je bilo lani na Češkem 2,4 umrlega v prvih 6 dneh po rojstvu/1000 živorojenih, v Sloveniji pa 2,5 umrlega/1000 živorojenih.

D. Obersnel Kveder z Inštituta za varovanje zdravja v Ljubljani je predstavila novejšje perinatalne podatke za Slovenijo iz nacionalne perinatalne podatkovne zbirke, ki je nastajala od leta 1987 in bo konec leta 1996 obsegala že za polnih 10 let podatkov iz vse republike. Glede na dosedanje podatke in tudi po zaslugi njihovega sprotnega objavljavanja in analiziranja je Slovenija na zavidljivem 3. mestu v Evropi po umrljivosti dojenčkov in na 5. mestu v zgodnji neonatalni umrljivosti. Nato so bili predstavljeni podatki o perinatalni umrljivosti po slovenskih regijah ter o najpogostejših odpustnih diagnozah pri novorojencih za leto 1994. Končni cilj zbiranja, objavljavanja in analize takih podatkov je v skladu s cilji SZO, ki so: splošno izboljšanje perinatalnih rezultatov in zmanjševanje razlik med regijami. V Sloveniji se v različnih regijah še kažejo velike razlike predvsem med podatki o odpustnih diagnozah (pomanjkljiv zajem podatkov?).

V razpravi je bila nato tudi omenjena nova Mednarodna klasifikacija bolezni, ki mora v Sloveniji preiti v splošno uporabo do konca leta 1997. Nove šifre in način šifriranja bolezni bodo zelo verjetno povzročale veliko tehničnih in vsebinskih preglavic.

Ob zaključku tretjega sestanka Neonatalne podsekcije je L. Bregant prisotnim razdelil preliminarna vabila za četrti sestanek podsekcije, ki bo v aprilu 1996 v Ljubljani. To bo tečaj za zdravnike in medicinske sestre, ki bo potekal pod naslovom »Nujni ukrepi in oskrba ogroženega novorojenčka v porodni sobi in minimalne zahteve za opremo«. Namenjen bo vsem zdravstvenim delavcem, ki pridejo prvi v stik z ogroženim novorojenčkom ali nedonošenčkom. To so: porodničarji, neonatologi, anesteziologi, babice in medicinske sestre. Vabljeni bodo tudi načrtovalci nabave medicinske opreme in zdravstveni politiki.

V družabnem delu smo se udeležili skupnega kosila za svečano pripravljenimi mizami na zdraviliški verandi. Predstavnica zdravilišča je zbrane tudi povabila k uporabi bazena in savne. Žal je čas med zanimivimi pogovori zelo hitro mineval in le redki so lahko izkoristili prijazno vabilo gostiteljev.

Neonatalna podsekcija pediatrične sekcije SZD je tako že postala nujno potrební forum izmenjave strokovnih mnenj in informacij za skupino zdravstvenih delavcev, ki s (pre)skromnim, požrtvovalnim in tihim načinom dela, skupaj z ostalimi sodelavci v perinatalnih timih, doprinaša velik delež k izrednim rezultatom, s katerimi se Slovenija postavlja ob bok daleč bogatejšim in razvitejšim deželam v Evropi in svetu.

ORGANIZIRALI SMO MEDICINSKI PLES

Branko Lubej

Pred leti smo dvakrat zaporedoma organizirali ples za gorenjske zdravnike (takratni predsednik je bil prim. mag. dr. Primož Vidali). Na 10. seji UO in NO GZD je bilo predlagano, da ponovno oživimo tako prireditve, tokrat za vse slovenske zdravnike. Ker sta bili prireditvi takrat uspešni in sta razveselili naše kolege, smo tokrat poskrbeli še za popestritev plesa s kulturno-umetniškimi nastopi in žrebanjem, ki so nam ga omogočili naši sponzorji s podaritvijo svojih artiklov.

Glede na to, da smo pri organizaciji prireditve uspeli – v naše veselje in veselje udeležencev – smo pisno anketirali vse navzoče. Rezultat ankete je v kratkem – takšen: Kulturni program je vsem ugajal, le redkim se je zdelo žrebanje predolgo, predvsem tistim, ki si predvsem želijo plesati.

Čas in kraj prireditve se jim je zdel primeren – le začetek bi moral biti prej. Večerja naj ne bi bila tako obilna, s tem, da bi bilo okrog polnoči še kaj malega za prigrizek.

Ker smo pričakovali večji odziv kolegov na prireditvi, smo povprašali udeležence še o poimenovanju prireditve – predvsem zato, ker smo se dogovarjali tudi s farmacevti, da bi prihodnje leto organizirali skupaj ples pod naslovom Družabni medicinsko-farmaceutski ples.

O naslovu »elitni« so imeli nekateri pomisleke – ne zato, da bi bil naš stan neeliten – bolj verjetno zaradi tega, da bi bolj poudarili družabnost. To pot je bila vstopnina nekomercialna, saj je bila to le cena večerje in je vse ostalo plačalo GZD. Le nekaj jih meni, da bi komercialna vstopnina pomenila manj udeležencev, večina pa, da cena ni bistvena – bistveno je to, da je bilo manj udeležencev zato, ker so zdravniki nedružabni in so prepričani, da bo več udeležencev na prireditvi s farmacevti, saj menijo, da so bolj družabni. Nekaj še za konec ankete: mnenje in tudi pisno potrdilo – prihodnje leto bo več ljudi, ker dober glas seže v deveto vas.

Glede reklamiranja prireditve so nekateri pripomnili, da je je bilo premalo. Objavili smo jo po telefazu vsem zdravstvenim ustanovam po Sloveniji. Plakati o prireditvi so bili poslani vsem zdravstvenim ustanovam, kakor tudi vsem predsednikom regionalnih društev in sekcij. Objavljena pa je bila tudi v Zdravniškem vestniku ter zadnji teden poslana tudi v eter radia Triglav.

Za darila se moramo zahvaliti naslednjim: Tovarni zdravil Krka Novo mesto; Scheringu, Ljubljana; Knollu Ljubljana; Cvetličarni Zvonček Jesenice; Remontu Kranj; Papirnici Polo, Bled; Trgovini z igračami, ge. Greti Šolar, Bled in Kozmetičnemu salonu Reviere Jesenice.

PREDSTAVITEV KNJIG

Bogdan Leskovic

Informacijska komisija pri SZD je 28. 11. 1995 na sedežu društva zopet predstavila dvoje medicinskih monografij.

Borisov, Peter. *Ginekologija na Slovenskem od začetkov do leta 1980*. Slovenska akademija znanosti in umetnosti. Ljubljana 1995.

Prikaz knjige je bil že objavljen izpod peresa prof. dr. Srečka Rainerja v *Zdrav Vestn* 1995; 64: 608-9, zato omenjam knjigo le zaradi popolnosti predstavitve.

Mlačak, Blaž. *Angiologija za prakso*. Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za splošno medicino. Ljubljana 1995. 318 strani. 102 slike, 24 razpredelnic.

Avtor doc. dr. Blaž Mlačak, dr. med., je napisal to monografijo na pobudo razširjenega strokovnega kolegija za splošno medicino za zdravnika splošne medicine kot priročnik iz prakse za prakso. Namen knjige je povišati nivo znanja s tega danes tako važnega področja medicine tudi v osnovnem zdravstvu. Pregledno in preprosto pojasnjuje posamezne probleme žilne patologije in daje praktična navodila za diagnostiko, zdravljenje in preprečevanje boleznin in zapletov. Zato bo knjiga prišla prav tudi zdravnikom pripravnikom, študentom medicine in tistim sodelavcem, ki se ukvarjajo z boleznimi žilja.

Knjiga ima naslednja poglavja: Bolezni arterij, Bolezni perifernega arterijskega žilja, Cerebrovaskularna bolezen, Zdravljenje bolnikov z arterijsko okluzivno boleznijo, Bolezni venskega sistema, Klinični pojavi patoloških stanj venskega obtoka, Bolezni limfnega sistema. Na koncu sta dodana Literatura in Abecedno kazalo.

Recenzijo sta podala prof. dr. J. Jezernik-Leskovešek in prof. dr. S. Bunta.

Zanimivo je vedeti

O KNJIGI »THE INTERN BY DOCTOR X«

August Hriboušek

Ne vem, ali je mogoče že kdaj bila objavljena kratka vsebina dnevnika »The Intern by Doctor X«, ki je svoj čas precej vznemirila zdravnike in publiko v ZDA. V tujini sem našel v antikvariatu to žepno knjigo z reklamnim podnaslovom The famous bestseller. Na platnicah so natisnjene ocene raznih časnikov in revij.

Time Magazine piše: pretresljiva odkritja, zabeležena na trak v dnevniku mladega zdravnika, o njegovih doživetjih med pripravništvom. Neposredno, izvirno, očarljivo.

Cleveland Plain Dealer: knjiga bo pretresla mnoge bralce, posebno zdravnike, kajti izpodbija zapoved molčečnosti, ki obdaja tradicionalno učenje in prakticiranje zdravniškega stanu.

Saturday Review: večina zdravnikov meni, da se bolnikom sme povedati kolikor mogoče malo, ta knjiga pa pove vse.

Los Angeles Times: odkar je Sinclair Lewis napisal Arrowsmitha, je to najvažnejše delo v medicini.

Life: popolnoma verjeten, grozljiv in nekako ganljiv dokument. Newsweek: vsakdanja pripoved zdravnika, ki je hote obšel tradicionalno nasprotovanje svoje profesije, da bi javno razpravljala o medicinskih tajnah.

Založba o avtorju (ki je zapiske objavil veliko let po končanem pripravništvu): končal je prvovrstno medicinsko šolo, bil je več let splošni zdravnik v velikem mestu. Mož globoko spoštuje svoj poklic, ima pa neodvisno mnenje o nekaterih zdravniških običajih.

Knjiga je dokument brez primere. Vsak dogodek je popolnoma resničen. Edino imena in kraji so spremenjeni, da so zaščitene osebe, omenjene v dnevniku.

Iz uvoda: Doktor Iks pravi, da je ta knjiga dnevnik iz najbolj kritičnega leta v učenju sodobnega zdravnika, to je leto, ki ga prebije kot »notranji« (interni) zdravnik bolnišnice. Knjiga niso spomini, marveč dejanski dnevnik, zabeležen na trak dan za dnem, teden za tednom skozi vse leto njegovega pripravništva. V dnevniku ni ničesar, kar se ne bi zgodilo, nasprotno, marsikaj se je zgodilo, pa ni zabeleženo. To je čisto osebni dokument, zadeva stvari, ki sem jih doživel jaz (X), moje so misli, moja mnenja, moji odzivi, vendar sem prepričan, da je moje pripravniško leto vzorec pripravništva na tisoče doktorjev, zelencev, v stotinah drugih bolnišnic tedaj ali sedaj. V zdravnikovem življenju ni mogoče primerjati nobenega drugega leta z letom pripravništva. Ni leta, ki bi bilo tako odločilno za njegov zdravniški razvoj, nobenega drugega leta ni, ki bi tako silovito oblikovalo njegovo poklicno življenje in vplivalo nanj.

Večina ljudi izbere zdravnika z domnevo, da izbrani zdravnik ve, kaj dela, in večina ima skoraj vedno prav. Kako si zdravnik zagotovi to sposobnost? V zadnjih dveh letih medicinskega šolanja porabi bodoči zdravnik veliko časa za opazovanjem bolnikov na klinikah. Piše dvojnike bolniških popisov, podvaja fizikalne preglede in nato brani svoje ugotovitve in mnenja pred profesorji. Na koncu te dobe si je zaslužil stopnjo doktorja medicine, vendar je doktor samo po imenu. Šele med letom svojega pripravništva je v potu (svojega obraza) skovan in oblikovan v lik in jedro sposobnega zdravnika. Prvič prevzame nase breme odgovornosti, njegovo delovanje odloča o uspehu ali porazu. Pripravnikova prva dolžnost je skrb za bolnika od sprejema do odpusta. Vedno mora biti pri roki. Živi v bolnišnici ali blizu in je ne sme zapustiti, ne da bi obvestil sosednjega zdravnika. Plačilo je različno, od nič do malenkosti. Moje (Iksovo) delo je trajalo od 80 do 120 ur tedensko. Od hrane je brezplačen samo nočni obrok. Seveda pripravnik ne dela sam, ob njegovi strani je bolj izkušen zdravnik, ki je končal pripravništvo (resident physician), sekundarij. Za obema je izkušeni bolnišnični zdravnik ali bolnikov lastni zdravnik ali pa doktor, ki nadzira oboje, skrb za bolnika in delo hišnega »štaba«. Ljudje morajo vedeti, kako doktor postane zdravnik, kaj in kako je s prakticiranjem medicine, kaj mora zdravnik tvegati in predvsem morajo spoznati vsaj deloma človeške meje zdravnikovih moči. Dnevnik naj pojasni, zakaj zdravniki tako ljubosumno pazijo na svojo neodvisnost in s takim strahom gledajo na kakršenkoli poskus politične kontrole njihovega delovanja. Pojasni, zakaj zdravniki menijo, da so njihovi honorarji opravičeni in pravični, bodisi visoki ali nizki, in zakaj tako ostro zavračajo javne napade. Ta knjiga naj pojasni, zakaj zdravniki družno branijo drug drugega pred napadi, če so opravičeni ali ne, zakaj gledajo na nedovoljeno prakticiranje (šušmarstvo) s takim zaničevanjem, zakaj sovražijo nesposobne v svojih vrstah pa jih vendar tako zamudno sodijo, vsakega zdravnika namreč straši spoznanje, da bi bil kdaj drugič mogoče on tisti krivec.

Z objavo tega dnevnika je želel avtor (doktor X) prispevati k razumevanju med zdravniki in javnostjo. To je osebna pripoved nekega zdravnika o tistem odločilnem letu njegovega učenja, ko prečka prepad (gulf) med laikom in zdravnikom. Vsaj malo želi osvetliti dinamični proces, s katerim je zdravnik narejen. Dnevnik bo verjetno nekatere bralce grozil in prestrašil, druge pa razbesnel. Toda če bo samo malo prispeval k boljšemu razumevanju velikega in plemenitega poklica, bo vreden soglasja.

Pripravniško leto se začne prvega julija in konča tridesetega junija. Pripravniki pravijo, če se uspeš prebiti prvi mesec, si uspel. Avtor je začel na prvem medicinskem oddelku in je takoj zabredel v neznano. Pritisek se je začel prvo uro in ni prestal do rotacije na drug oddelk. Največji problem je bil orientacija. Menjava oseba je ob 8. uri prvega julija in novi pripravnik je takoj odgovoren za bolnike in mora spoznati njihove težave med prevzemanjem novih bolnikov. Spoznati se mora z vsemi drugimi pripravniki in sekundariji, z vsemi sestrami in njih nadzorniki vseh treh izmen in predstaviti

se strašljivemu številu in raznolikosti lečečih zdravnikov. To mora storiti v dveh dneh, potem sploh nima več časa.

Avtorjeva bolnišnica je srednje velika, zasebna, metropolitanska ustanova v mestu z 200.000 prebivalci, toda bolniki so prihajali iz okolja s prek milijon ljudi. Bolnišnica je imela samo 210 postelj poleg 175 postelj v sosednji otroški bolnišnici. Vsi bolniki so bili pod nadzorom njihovih zasebnih zdravnikov. Stažisti in sekundariji so si morali pridobiti njihovo zaupanje, preden so jim prepustili zadosti odgovornosti. Ta se je razvijala počasi, učenje in nadzor sta bila intenzivna in osebna.

Bolnišnica je imela sedem nadstropij, ki so bila urejena skladno z medicinsko službo. Tretje nadstropje je bilo določeno za kirurške bolnike in postoperativno skrb. Drugo in peto nadstropje sta bili za interne (medicinske) bolnike, četrto je bila mešanica interne in kirurgije. Vrhnje nadstropje je bilo določeno za porodnišnico in pod njo, šesto, je bilo operacijsko področje, poznano kot OR. Imelo je prekrasen razgled na mesto in široko okolico.

Prvo nadstropje pa je bilo poslovno s telefonsko centralo, lobby, sprejemni urad, prostor za arhiviranje bolniških spisov in majhen, zanikn doktorski kot z oblačilnico. Na prvem je bil tudi prostor za nujne sprejeme s posebnim vhomom, kjer so stažisti pregledovali in oskrbovali zunanje bolnike. Zraven so bili »časni« stažistovski kvartirji. Obednica, pralnica in centrala so bili v pritličju. Na vsakem nadstropju je bila sestrška postaja in pisarna. Zraven dvigala je bil na vsakem nadstropju majhen kotiček s stoli za obiskovalce ali bolnike. Doktorji in stažisti so se pogosto zbirali za kratka posvetovanja ali samo za odmor. Na stenah so bili povsod zvočniki, srce bolniškega občevanja in klicanja. Tudi zdravniško stranišče je bilo ozvočeno. Vsak zdravnik je moral takoj odgovoriti na poziv, ne oziraje se, kaj dela, ali pa je kdo drug odgovoril zanj. Sovražili smo jih in preklinjali, ob zvoku naših imen smo kar »skupaj lezli«.

V bolnišnici se ostro ločijo štirje glavni oddelki zdravniškega prakticanja. To so medicinski, kirurški, porodniški in otroški oddelek. Tradicionalno je medicinska služba diagnostična – specialist interne medicine je ujaljen, če ga napak kličejo »interni«, je specialist internist za težavne diagnoze in terapijo. Kirurg mora tudi biti diagnostik, toda po navadi ga kliče internist za posvet, pogosto delata oba skupno, vendar nikoli ne pozabita na staro nasprotovanje. Kirurg se ima za tistega, ki zdravi z nožem in zviška gleda na internistove »kroglice, obljube, molitve in obdukcije«, internist pa misli, da je on pravi zdravnik, ki se obrne na kirurga, kjer je treba rezati in šivati. Porodništvo je nekoliko noveše v poklicu. Pediatrija pa je sirota v profesiji. Pediatra gledajo kolegi nekoliko postrani zaradi navidezne starostne omejitve v njegovem delu. Vendar ga neradi upoštevajo, kajti njegovi drobni bolniki so prav posebno prebivalstvo s specialnimi problemi, ki, odkrito povedano, lahko na smrt prestrašijo internista, kirurga in porodničarja enako. Vsi udeleženci pa so veseli, da je z njimi nekdo, ki zna in je dosti pogumen, da razvozla težave ljubljenih, varovanih in ranljivih izmed vseh bolnikov.

Avtorjeva bolnišnica je imela svojo medicinsko hierarhijo, sestavljeno iz profesorjev sosednje klinike. Oni so bili tudi šefi bolniških oddelkov, mnogi od njih svetovno znani specialisti. Poleg teh pa so rabili bolnišnico tudi zunanji doktorji, ki so gledali na klinične zdravnike kot na malo družbo arogantnih specialistov, ki se trudijo izriniti splošne zdravnike iz bolnišnice. Na dnu hierarhične lestvice so bili stažisti. Njih življenje na dnu razvrstitve za zbadanje in poniževanje je bilo lahko prav žalostno, in to pogosto. Vendar se je to vedno dogajalo z zadržanostjo in celo spoštovanjem ob takem zbadanju, ko da stažist le ni bil preveč ponižan. Zato smo imeli čuden občutek, da so nas z eno roko potolkli, z drugo pa so nas prijazno dvigali. Ta občutek sem imel ves čas staža. Samo na porodniškem oddelku sem bil na še nižji lestvici vrednotenja.

Prilagoditvena naloga je bila dvojna. Morali smo pomagati lečečim zdravnikom s strokovnim delom in se učiti medicinske vede in načina zdravljenja. Tesno smo sodelovali z vsemi zdravniki, toda mi smo bili prvi poklicani k rednemu in izrednemu delu. Ob koncu

tedna smo morali prevzeti vso odgovornost, saj nesreče in težave zagotovo pridejo ponoči in ob nedeljah, kakor vsak medicinec ve. Avtor dvomi, da bi kdorkoli kjerkoli delal trše in neprekinjeno dlje, z večjo odgovornostjo, kakor bolnišnični stažist. Toda pri vsem mučenju in hitenju se pripravnik uči. Uči se tudi s trdimi lekcijami ponižnosti, potrpežljivosti, sočutja in osebne neoporečnosti.

Seveda se zdravnik s končanim pripravništvom lahko spremeni, se zredi, poleni, obogati; mogoče postane pohlepen, domišljav, nesramen ali celo okruten; lahko zniža moralno merilo, osramoti ideale, opravičuje svoje nepoštenje – take stvari se lahko dogajajo v vsakem poklicu. Zanimivo dejstvo pa je, da se med zdravniki dogajajo zelo redko. Nauke, pridobljene med pripravništvom, je mladi zdravnik vsrkal v globino srca.

Avtor je začel pripravniško leto na prvem medicinskem oddelku. Ob neštetihih nalogah in dolžnostih se je moral naučiti, kako čim bolj koristno izrabi čas, da je npr. ob pisanju bolniških popisov boleznin znal ločiti bistveno od nebistvenega, kajti tekoče delo ga je kljub sekundarijevi pomoči nenehno priganjalo. Seznanjal se je z različnimi zdravniki in specialisti, spoznaval njih metode zdravljenja in njih muhe na vseh oddelkih. Vsak dan je prišel kdo od kliničnih specialistov, da je s pripravniki predebatiral kako temo. Bili pa so tudi redni obhodi (ronde-vizite) z več vodilnimi zdravniki, včasih pa se je zbralo na vizito vse, »kar leze ino grede«. O sestrah ni imel dobrega mnenja, ker so rade svoje delo prenesle na pripravnika, posebno ponoči, na kar so ga že sekundariji opozorili. Obiski so bili dovoljeni vedno, za njih je bila določena mala sobica s stoli, da niso bili stalno ob bolniku.

Kadar je stroka želela obdukcijo (post mortem) kakega bolnika, je bila dovoljena samo po pisnem pristanku svojcev. Po dveh mesecih medicinskega staža je prišel na porodniški oddelek. Kolegi so ga posvarili, da mu porodničarji ne bodo dali veliko priložnosti za vodenje poroda, posebno še kompliciranega. Z zvijačo mu je uspelo le voditi kak porod. Žene so porajale v glavnem v kavdalni anesteziji, pogosto so naredili epiziotomije, ki so jih dali zašiti stažistu. Abortusov niso opravljali, seveda pa kiretaž ni manjkalo. Vendar pa je pri tem veljalo nepisano pravilo, če je kdo naredil preveč kiretaž – število ni bilo določeno – je dobil ukor in v skrajnem primeru je bil odpuščen.

Podobno pravilo je veljalo tudi na kirurgiji, kjer je bilo merilo število apendektomij. Če jih je kak operater imel praveč, je to bil znak, da prehitro jemlje nož v roke, sledilo je kakor pri ginekologih.

S porodniškega oddelka se je po mesecu premestil na kirurgijo, ki je imela dva oddelka in dva šefa. Na kirurgiji z ortopedijo je prebil kar pet mesecev. Nesporno je bil šef prve kirurgije tudi vodilni, glavni operater, čeprav je bil dr. Emery, šef drugega oddelka, starejši. Dr. Slater je prišel na kirurgijo kasneje, ko je bil Emery že šef oddelka. Zato se med seboj nista prenašala, saj je ščasoma Slater postal prvi kirurg in si je pridobil velik ugled. Emery pa tega ni nikoli dosegel, pa tudi priznati ni hotel. Še v malenkostih sta se dajala. Emery je vedno šival z nitjo, Slater zato ni rabil drugega kakor sponke. Podobno je bilo z instrumenti itd. Opazil je, da Slater ni nikoli pil alkoholnih pijač ob raznih družabnih sestankih. Piscu dnevnika se je vtisnil v spomin primer žene, ki ji je neki zunanji zdravnik naredil ligaturo zaradi varikoznih ven. Kak dan potem jo je začela noga silno boleti in otekati. Šla je k zdravniku, ki jo je tolažil in napisal nekaj proti krčem. Noge pa ni pogledal. Ženi je bilo vsak dan huje in žena je zopet šla k istemu zdravniku, ki je sedaj le pogledal nogo in nujno klical drugega kirurga na posvet. Noga je bila hladna, modrikasta od srede stegna navzdol. Odprli so incizijo in ugotovili, da je bila podvezana femoralna arterija, ne pa vena. Nato so delali vse mogoče, da rešijo nogo, vendar za stopalo je bilo prepozno. Avtorju se je ta zadeva zdela tako nemogoča, da je bil silno ogorčen nad zaniknostjo tega zdravnika, da bi ga bolnica morala tožiti, toda njegov kolega mu je rekel: prav tako bi bil prihodnjik lahko ti kriv, saj se je to tudi meni skoraj pripetilo, če me ne bi glasno opozoril kolega. Ni doktorja, ki ne bi bil kdaj premalo pozoren, in ti kažeš s prstom nanj, kaj pa če se tebi

dogodi kak spodrsrlaj?! Na ortopedskem oddelku je sredi zime imel priložnosti dovolj za uravnavanje in utrjevanje zlomov in drugih poškodb zaradi zimskih športov.

Pisec dnevnika ni bil navdušen za kirurgijo, ker je – med ostalim – prav hitro globoko v operativnem procesu, neskončno dolgo pa traja, da spraviš vse v red in zašiješ po vrsti plast za plastjo. Končno je prišel po petih mesecih kirurgije na pediatrijo. Sprememba med nagnetenimi prostori splošne bolnišnice in svetlimi, zračnimi otroškega oddelka mu je bilo kakor vdih svežega zraka. Pravi, da je na kirurgiji bil kot nihče, bil samo »nekaj« v operacijski sobi. Na pediatriji pa je skrb za male bolnike slonela skoraj izključno na stažistih, seveda pa mnoge stvari niso bile prav nič prijetne. Nič mu ni bolj strašnega kakor zares bolan otrok. Pediatrija jih je bila polna. Oddelek je imel 180 postelj za otroke od rojstva do približno 14 let starosti. Najhujše mu je bilo delati spinalne punkcije pri najmlajših bolnikih ali uvajati infuzije v žile, ki jih tako rekoč ni bilo. V času piščevega staža še ni bilo operacij na srcu, pa so jim mnogi bolniki umrli. V spomin se mu je vtisnil primer otroka z diarejo, ki je bil sprejet skoraj mrtev, po infuziji tekočine z elektroliti je oživel, da je že drugi dan zadovoljno tolkel z žlico po mizi in vpil za hrano. Avtor opisuje razne tragične primere in dogodke. Umrli je deček, star okoli štiri leta, zdravniki so želeli obdukcijo, ki naj bi jo dovolili starši, ki so živeli daleč v hribih. Brzjavili so jim samo, da je dečku slabo in naj pridejo. Nato so čakali in čakali njih prihod, ko jih le ni bilo, so vprašali cestno policijo, misleč, da sta starša zašla ali kaj takega. Policija je pa javila, da sta prehitro vozila in se ubila. Najtežje mu je bilo vzeti kri rojenčkom ali dojenčkom, ko je včasih moral iskati primerno žilo od glave do pete, posebno v nujnih zadevah, ko je iskanje trajalo uro ali dve. Neke sobote je imel redno službo sam in ta dan se mu je zdelo, da prihajajo matere z jokajočimi otroki od vsepovsod, skozi vrata, okna, skozi vsako špranjo, bila je neskončna procesija. Pri operacijah mu ni bilo treba asistirati. Vsekakor mu je po dveh mesecih dela na pediatriji bilo dosti, tako da je z nekakšnim olajšanjem odšel čez cesto v »svojo« bolnišnico na drugi medicinski oddelek za zadnja dva meseca pripravniškega leta.

Sedaj ni več imel ali čutil zadrege in skrbi kakor ob začetku pripravništva na prvem medicinskem oddelku. Poznal je že deloma svojo zmožnost in sposobnost, do kod si lahko upa. Kljub istim sodelavcem, istemu delu, problemom, le ni bil isti stažist kakor ob začetku. Ni se več bal, čeprav je vedel, da mu še dosti manjka; spoznal pa je svoje sposobnosti. Pregled novega bolnika mu je vzel le še pol do tričetrt ure in sedaj ve, da mu ni ušlo prav nič važnega. Na drugem medicinskem oddelku je še bolj zaposlen tako, da komaj sledi novim in starim bolnikom. Kadar je bolnišnica polna, zdravniki pa imajo bolnike, ki bi jih radi poslali v bolnišnico, tedaj začnejo odpuščati tiste, ki niso »hudo bolni«.

Ob koncu pripravniškega leta je mislil samo na eno stvar: počiti se in naspiti se vsaj en teden. (Ko je po mnogih letih urejal ta dnevnik, je še vedno to sanjal, in to neizpolnjeno.) Toda želel je dobiti licenco za zasebno prakso pa je zato bilo treba prestati skušnjo. Tri tedne se je učil in ponavljal snov; kliničnega dela ga ni bilo strah, pač pa teoretičnih predmetov. Skušnja je trajala štiri dni. Dobil je pozitivno oceno in v rednem roku je imel licenco za opravljanje medicinske in kirurške prakse. Sedaj, nekaj let kasneje, pravi: mogoče pozabim plačati kak račun ali na ženini rojstni dan, toda nobeno leto ne pozabim obnoviti licence o pravem času. Tole je blede povzetek dnevnika nekega mladega zdravnika, ko se je uril za samostojno delo. Dnevnik je pisan tako zanimivo in živahno, da ga lahko vedno znova berem. Zanimivo v celi zgodbi je dejstvo, da v bolnišnici niso nikoli nikomur »ugašali življenja«, to se pravi izvajali evtanazijo. Še tako hudo bolnemu človeku so vedno samo poskušali lajšati trpljenje in bolečine, tudi če je bil »in ultimis«. Druga zanimivost je, da celo leto ni imel opravka s tuberkulozo oziroma s kakim takim bolnikom, celo nikoli tuberkuloze ne omenja. Čudno je, da so v bolnišnico sprejemali tudi bolnike z nalezljivimi boleznimi, ni bilo posebnega oddelka za infekcije.

Zdravniški vestnik pred 60 leti

ŠTEVILKA 1/1936

Anton Prijatelj

Prva številka Zdravniškega vestnika – strokovnega glasila zdravništva in Dravski banovini, je izšla 31. januarja 1936. Uredništvo in administracija: dr. R. Neubauer – Golnik.

- Univ. prof. dr. Edo Šlajmer
Dr. Ivan Jenko
- Über Fortschritte der Hirnchirurgie
Dr. C. M. Behrend, Oberarzt – Berlin
Predavanje v Slovenskem zdravniškem društvu 28. 5. 1935
- Radium terapija raka
Dr. Juraj Körbler – Zagreb
- Prispevek k Knaus-Oginovi »metodi«
Dr. B. Škerlj
- O ljubljanski bolnišnici
Doc. dr. Ivan Robida, prim. dr. Ivan Demšar
- Še o legalizaciji splava
Dr. M. Kremžar – Domžale
- Iskustva sa floridom
Dr. Vladislav M. Bogdanović – Beograd

Uvodnik je bil posvečen pokojnemu dr. Šlajmerju

Univ. prof. dr. Edu Šlajmerju v spomin

Prof. dr. Edo Šlajmer se je rodil 8. oktobra 1864 v Čabru kot sin sodnika. Gimnazijo je obiskoval na Reki. Medicino je študiral v Gradcu, kjer je bil 23. julija 1888 promoviran za doktorja vsega zdravilstva. Takoj se je zaposlil na kirurškem oddelku, kjer je leta 1889 postal asistent na Wöflerjevi kliniki (dr. Wöfler je bil pred tem asistent pri znanem kirurgu Billrothu). Leta 1892 se je preselil v Ljubljano in bil na kirurškem oddelku ljubljanske bolnišnice najprej pomočnik dotedanega primarija dr. Fuxa (1822–1892). Kmalu po njegovem prihodu se je dr. Fux upokojil. Dr. Edo Šlajmer je postal vodja oddelka in primarij. Kirurški oddelek je vodil do leta 1911. Istega leta se je upokojil. Leta 1912 je odšel na bojišče v Srbijo, kjer je delal kot vojni kirurg v balkanski vojni. Med prvo svetovno vojno pa je med leti 1914 in 1918 vodil »Leonišče« kot bolnišnico kranjskega Rdečega križa. Do leta 1930 je delal kot privatni zdravnik. Umrli je v Poljanah pri Šentvidu nad Ljubljano. Sodobniki so ga poznali in cenili. Tako človeka kot zdravnika. Tako teoretika kot operaterja-praktika. Tako zdravnika, ki je začel akademsko kariero – tako tudi kot zdravnika, ki je prišel v takrat podeželsko Ljubljano. Začel je z delom v sto let starem poslopju bivšega samostana usmiljenih bratov na Dunajski cesti. Preuredil je oddelek. Posebej se je posvetil preureditvi operacijske dvorane. Vzgojil je strežniško osebje. Zelo pa se je trudil pri vzgoji sester-instrumentark, ki so delale v operacijski. O veliki noči 1895 je potres zrahljal zidove stare bolnišnice. Operacijsko dvorano so takoj preuredili v hodnikih in nudili pomoč poškodovancem. Kmalu so se preselili v prostore zasilnih barak. Noveembra 1895 pa se je kirurški oddelek preselil v prostore novega kirurškega paviljona na Zaloški cesti.

Dr. Ivan Jenko slikovito prikazuje življenje in delo mladih sekundarijev pod vodstvom dr. Eda Šlajmerja: *»Že 8. avgusta 1894 sem vstopil kot volonter, 1. oktobra 1894 sem bil imenovan za sekundarija na kirurškem oddelku. Nad vse prijatna družba Triglavov-sekundarijev mi je lajšala prehod iz veselega dijaškega življenja v resno strokovno delo.*

Trda je bila šola na kirurškem oddelku: brezobzirno je zahteval Šlajmer najvestnejše izpopolnjevanje zdravniških dolžnosti. Vse, prav vse smo morali preizkusiti: pripravljali in kubali smo instrumente za operacije, brusili nože, lovili mube pred operacijo v operacijski dvorani, dajali vse vrste klistirov, nadzorovali pripravo obveznega materiala, katetizirali, poskušali menažo itd. Manjše rane smo smeli samo prevezovati, težko ranjene in operirane pa je Šlajmer vedno sam prevezoval.

Vse to podrobno delo je nas dovedlo do najožjih stikov z bolniki, ki so bili ob tako točnem in skrbnem negovanju zelo srečni in zadovoljni. V nas mladih zdravnikih je tedaj samo ob sebi vzkliklo čisto, plemenito navdušenje za bolnika-trpina, katero daje zdravniku nadčloveške moči. Tako smo zrastle v tem čistem in poštenem okolju, v katerem nas je Štajmer učil vestne oskrbe vsakega bolnika, naj bo revež ali imetnik. Nehote nam je prešel Štajmerjev vzgled v meso in kri; priklenil nas je s čarom svoje velike osebnosti tako nase, da smo postali pravi apostoli njegove miselnosti. In z največjim navdušenjem si je vsak prisvojil za življenje geslo: „Aegroti salus suprema lex esto.“

Spolek českých lékařů ga je leta 1908 imenoval za častnega člana. Leta 1914 je postal častni meščan mesta Ljubljane. Predsednik Društva zdravnikov na Kranjskem je bil od leta 1889–1901. Bil je častni član Jugoslovanskega zdravniškega društva in Češko-slovenske společnosti chirurg. gynaekol. v Pragi.

Zdravniki v prostem času

O PROFESORJU RAFKU DOLHARJU – PISATELJU III

Anton Prijatelj, Jože Drinovec

Tokratni zadnji odlomki iz knjige R. Dolharja Stezice govorijo o politiki, predvsem udejstvovanju Slovencev v Italiji, zgodovini, udeležbi piscev v teh dogodkih, spominih.

V celoti pa je kot pisatelj R. Dolhar najmočnejši kot ustvarjalec razpoloženja, refleksije narave v sebi.

Odlomke končujeva z zavidanja vredno dolгим seznamom prvič objavljenih knjig.

Nekega poznopomladnega jutra je skozi dolino v Tinji log pridrvel avto z vihrajčo italijansko zastavo na stehi. Nekaj pomembnega se je zgodilo. Tudi radio je poročal o nastalih spremembah v deželi. Naslednje jutro smo se na vozu s konjsko vprego odpravili iz Tinjega loga domov. Na Ravni smo srečali čudno vojaško vozilo štirioglate oblike s platneno streho, ki sem ga prvič videl. Vozilo sploh ni imelo vrat, tako da je bilo v celoti videti vojake, ki so v vozilu sedeli z drugačnimi, bolj sploščenimi čeladami na glavi; takšni so se potem več mesecev vozili po dolini. To je bilo moje prvo srečanje z novo resničnostjo, z novo vojsko, ki je deželo osvobodila in jo potem še nekaj let upravljala.

Domača hiša je imela prazničen videz: z vseh oken so visele zastave, ki jih še nikoli nisem videl plapolati, slovenske in jugoslovanske tribarvnice. Le od kod so se čez noč vzele? Na hitro so jih sešili iz starega in novega barvnega platna in domačih rjuh. Težave so bile predvsem z risanjem in šivanjem peterokrakih zvezd. Tudi v hiši je bil nenavaden vrvež: uniformirani ljudje so resno in uradno prihajali in odhajali. Na glavi so nosili kape z rdečo zvezdo, ki sem jih tudi prvič videl. Slovenska vojska je skupno z angleško osvobodila Trbiž in si štiri tedne z njo delila oblast. V hiši, ki je bila dobesedno oblečena v slovenske tribarvnice, saj so visele z vsakega okna, so se ustavljali naši povratniki iz nemških taborišč in tu iskali pomoč in informacije. Nekega poznega popoldneva smo lahko objeli tudi nekdanjega žabniškega župnika, tistega, ki je spustil listek s sporočilom iz zapečatenega živinskega vagona; srečno se je vrnil iz Dachaua. To je bil za nas velik praznik, saj je bil naši družini skoraj edini veliki prijatelj, tako da so mi po njem tudi dali ime. Gotovo pa je bil edini človek, s katerim se je oče lahko zaupno in sproščeno pogovoril.

Vrvež je v naši hiši trajal dobre tri tedne. Potem so se vrvežu pridružili resni in zaskrbljeni obrazi. Šušljalo se je, da bo slovenska

vojska morala zapustiti dolino. Vsem je bilo jasno, kaj to pomeni. Močno se je zamajalo upanje, da bo naša dolina priključena matični domovini. Nekega poletnega dne, prve dni junija je bilo, se je to tudi zgodilo. Slovenska vojska je prek meje pri Ratečah zapustila dolino, ostale so angloameriške čete in njihova vojaška uprava. Krožiti pa so začeli tudi civilno ali površno vojaško oblečeni možje z zelenimi rutami za vratom. Čez noč so si pridobili zasluge upornikov, če že ne osvoboditeljev.

Naša hiša se je izpraznila, mati jo je temeljito počistila, oče je začel spet redno sprejemati in zdraviti bolnike iz domače doline. Otroci smo po vasi opazovali nove vojake in njih čudna vozila. Čez nekaj tednov so se jim pridružili še drugi, z bolj globokimi čeladami, na katerih se je bleščala bela peterokraka zvezda. Med njimi je bilo mnogo črnopolnih, ki so bili za nas posebna mikavnost. V največjem trbiškem hotelu, ki so ga zasedli, so igrali nam neznano igro: namizni tenis, in pekli v stroju, ki je bil podoben mešalniku za beton, preluknjane kolače, ki so jim pravili donec. Radodarno so jih delili radovednim otrokom. Venomer so žvečili nekaj, česar nismo poznali, pa smo tudi sami kmalu poskusili. Spoznali smo žvečilni gumi. Na javna poslopja so pritrtili table z napisy v nerazumljivem jeziku. Vojaška uprava se je zasedla v deželi. Dolge kolone vojaških vozil so vozile po dolini gor in dol. Pomembna prometnica je ponovno služila svojemu namenu, povezovala je tržaško pristanišče z njegovim zalednjem. Tudi to je nekaj let kasneje gotovo v precejšnji meri vplivalo na razmejitevne odločitve zahodnih zveznikov.

V kraškem sanatoriju

Nedaleč od morja, ob robu razrite in razpihane kraške planote, stoji sredi visokih in košatih borovcev trinadstropno poslopje: sanatorij za pljučne bolezni. Tu sem sedaj tako rekoč doma, saj kot interni zdravnik tu preživim največ svojih dni. Skozi okno svoje sobe v tretjem nadstropju nad krošnjami košatih kostanjev vidim zahodni lok Tržaškega zaliva. Soča tamkaj z drobnim belim prodrom prinaša v svetlo sinje morje planinski pozdrav z mojih gora. Hladnemu zimskemu jutru ali pa temni večerni zarji se včasih posreči v daljavi na zahodno nebo pričarati skoraj sanjsko kuliso dolomitskih vrhov.

Asfaltni trak nove avtoceste nam prinaša valujoči šum bežečega življenja. V loku okrog naše bele stavbe se vije jeklena železniška proga in iz daljave mi ponoči migljajo bele in modre luči delovišča v tržiški ladjedelnici. Sredi življenja smo pač in vendar ob njegovem robu, tako kakor ljudje, ki med temi belimi stenami in temi prijetno šumečimi bori preživljajo svoje neskončno dolge dneve. V tem prijetnem naravnem okolju začenjam svojo pot v zdravniški poklic.

Na obhod bolnikov spremljam starejšega kolego, ki je tako rekoč zrasel s sanatorijem, saj tu službuje od njegove postavitve. Pravimo mu tudi sekundarij, ker je pač najstarejši za primarijem, čeprav je v zasebni zdravstveni ustanovi hierarhija nekaj čisto svojevrstnega. Kar ljudje pomnijo, tako mi pripovedujejo, ima kolega snežno bele lase, pa čeprav še ni tako star, vsaj v mojih očeh ne. Sicer potem pomislim, da tukaj dela že skoraj toliko let, kolikor sem jaz sploh na svetu. »Pa bi vendar rajši bil 'ta mladi doktor',« dobrohotno meni kolega, kot da bi bral moje misli. »Raje bi danes na vašem mestu ubiral prve korake v medicino, ko je toliko zanimivih in pomembnih novosti.« In vendar so gotovo »ta stari«, vsaj njegovi vrstniki, na področju ftizilogije imeli nedvomno mnogo zadoščanja. Saj so prav oni doživeli izum antibiotikov, ki so zdravljenje tuberkuloze spremenili iz skoraj fatalističnega počivanja v ležalnikih na verandah sredi šumečih borov v dejavno antibiotično terapijo.

Vizito pričneva v verandi v tretjem nadstropju. To je tako rekoč ostanek, spomin na tista preantibiotična leta, saj svež zrak in počitek nikomur ne škodujeta, osebje pa medtem počisti in pospravi bolniške sobe. Skozi velikanska, na stečaj odprta okna je videti pol Krasa. Na vzhodni strani tja do Sv. Križa, na zahodu pa

sega pogled prek Tržiča in srebrne vijugaste Soče tja daleč v Furlanijo. Čudoviti grmi zlato rdečega ruja žarijo v jesenskem soncu.

Bolniki ležijo na pol zleknjeni v dveh vrstah širokih naslanjačev. Sam Bog ve, kako si preganjajo dolgčas. Le malokateri ima v rokah kako bolj pametno čtivo od časopisa, ilustriranega tednika ali stripa. Z bolniško sestro in belolasim kolegom se ustavim pri vsakem bolniku. Sleherni ima na kariranem papirju zarisano in zapisano svojo življenjsko pot, pot bolnika seveda: grafikon telesne temperature, predpisano terapijo, slučajnosti. Največkrat zelo dolgočasna zadeva, ki ni niti bled odsev tiste življenjske poti, ki ga je pravzaprav privedla med nas. Kolega, ki ima med bolniki že stare znance, pozna njihove življenjske etape: vojna, partizanščina, Dachau, koronejski zapori, brezposelnost, razdrte družine. Mnogi poskušajo na to preteklost pozabiti, saj je večinoma zaznamovana le z bedo, pomanjkanjem, pijančevanjem, žalostjo. Toda kakšne so pravzaprav njihove življenjske možnosti? Pri starejših, posebno pri kroničnih in zastaranih oblikah tuberkuloze v očeh bolnikov odseva le resignacija, saj mnogi nimajo več ne dela ne družine, posebnih uspehov pa jim ne more zagotoviti niti sodobna terapija. Od resignacije do nezaupljivosti in nestrpnosti ali celo prikritega sovraštva pa je včasih le kratek korak. Vse mogoče odtenke človeških občutkov je moč slutiti v teh prosojnih postavah. Ozrem se po dolgi vrsti ležalnikov. Gladki in razbrazdani, obriti in kosmati obrabi, zalita in upadla lica. Vsak ima za seboj svojo zgodbo in svojo obliko bolezni, večina pa nobenega upanja pred seboj. Skupni imenovalec vseh je pljučna jetika. Pri mnogih celo zastrašujoči rdeči križec na kariranem listu, prisotnost Kochovega bacila.

Prijetna poletna noč

Tisto poletje je bilo zelo muhasto. Nekaj toplih in soparnih dni ob koncu junija, nato so se začele ob popoldnevih nad Krasom zbirati nevihte, ki so se sicer navadno razblinile, potem ko so izgubile toplotno energijo kraških tal in se premaknile nad morsko gladino. Nekajkrat je kratek naliiv pregal' kopalce z barkovljanskega nabrežja, pred zatonom pa so sončni žarki še enkrat pordečili morsko gladino.

V našem mestu je bil ob začetku poletja vsedrjavni kongres socialne medicine. Medicinska fakulteta naše univerze je bila še v povojih, pa se je hotela v italijanskem strokovnem svetu uveljaviti s kongresno dejavnostjo. Komaj imenovani predstojniki najrazličnejših univerzitetnih inštitutov, ki so sem prihajali običajno iz najbolj odročnih južnih in otočnih univerz, so kar tekmovali v prirejanju najrazličnejših kongresov. Novopečena fakulteta je pač morala vsaj državnemu akademskemu svetu sporočiti, da se je rodila.

Vsak znanstveni kongres se ponaša s peštrimi programom. Navidezno najpomembnejša so znanstvena predavanja, na katera povabi prireditelj znane strokovnjake predvsem iz vrst tistih, s katerimi ima prijateljske ali interesne stike. In teh je v univerzitetnih vrstah vedno mnogo. Danes ti povabiš na kongres mene, jutri jaz povabim na kongres tebe, pa se vsi zvrstimo v strokovnem krogu znancev in prijateljev. Takoj po pozdravnih nagovorih domačih oblastnikov in uvodnem poročilu strokovnega dela kongresa pa se prične še veliko pomembnejši del, tako imenovani hodniški del kongresa, ki je seveda priložnost za srečanje znancev in kolegov iz vse države in seveda za izmenjavo pomembnih informacij, dogovorov, karierskih uslug in raznih drugih pomenkov. Ob koncu dneva je seveda na vrsti tudi družabni del kongresa z banketi, sprejemi, večerjami in turističnimi ogledi, ki naj bi bil pretežno namenjen ženam in ljubicam kongresnih udeležencev, seveda pa pride prav tudi samim kongresnikom, tudi domačim. Pogosto ni mogoče natančno določiti, kje je bistvo kongresne dejavnosti; vsak pač na njem išče tisto, kar ga najbolj zanima.

Bogve, kaj bi bilo z menoj, da me ni oče že prvo povojno jesen vpisal na slovensko gimnazijo v Trstu? Po gimnazijskem ali vsaj medicinskem študiju bi se bil lahko vrnil v domačo vas. S samostojnim poklicem, ki ga je imel v mislih oče, ko me je nagovarjal k študiju medicine, v domači vasi gotovo ne bi imel težav in tudi moja narodna zavest bi ne bila podvržena pogojevanju kake javne službe. Pa kljub temu se nisem vrnil v domačo vas. Gotovo ne zaradi mesta, v katerem sedaj živim, čeprav mi ugaja, ker so tu še ohranjene človeške razsežnosti in ker je za vsakim vogalom čudoviti kraški svet, ki sem ga vzljubil. Gibalo je bilo gotovo narodnostno-kulturno okolje širših razsežnosti, na katero sem se navadil in ga ne bi mogel več pogrešati. Brez tega bi se danes težko zamislil dostojno, človeka vredno življenje. Težko bi si predstavljal, da bi brez tega narodnostnega humusa odraščali moji otroci. Neizbežno pa se v zavest prikrade misel. Kaj pa, če bi se vsi Slovenci, posebno še zavedni, ozaveščeni in izobraženi odselili v mesto? Tedaj bi bilo dandanes tudi v Kanalski dolini podobno, kot je bilo nekoč v Benečiji. Seveda si hladim slabo vest z opravičilom, da sem tudi v osrednjem slovenskem zamejskem okolju naredil nekaj koristnega za obrobno ozemlje, kjer sem doma. Morda celo več, kot če bi bil ostal doma. Kaj se ve? Morda zato ne utegnem živeti kot normalen človek, ki zvečer po službi in večerji sede v naslanjač pred televizor ali pa se s prijatelji sreča v gostilni pri kvartanju ali balinanju. Tako pa prebijem dolge večere po sejah in sestankih, ker si domišljam, da bom s tem vsaj malo prispeval in naravnal tok dogodkov v korist naše narodne skupnosti. Seveda se moram zavoljo tega prerekat z domačimi. Kaj pa, če zaradi tega res zanemarjam svojo družino? Saj čas hitro mine in otroci kmalu odrastejo. Nekoč sem že zapisal v svojo beležnico, da dveh stvari človek ne more odložiti na kasnejši čas: skrbi za vzgojo otrok in za lastno telesno kondicijo. Morda pa kljub dobrim namenom oboje zanemarjam. To se bo pokazalo čez nekaj let, toda tedaj žal ne bo več časa za popravne izpite. Žel bom pač, kar sem sejal.

Ko se zatopljen v svoje misli vrnem domov, odbije v cerkvenem zvoniku polnoč. Oče pa še vedno sedi in bere. Redno dobiva vso zamejsko tiskano besedo in še mnogo matične. Vse prebere. Poleg tega pa seveda predela in z rdečim svinčnikom podčrtuje ogromno medicinske literature. Z napredovanjem medicinske stroke moraš pač biti na tekočem. Pridobljeno znanje kar sproti zastareva. Samotarjenje gorskega zdravnika in povrhu še zavednega manjšinca zahteva veliko moralne moči in pokončnosti. Tudi življenje ob prijateljih, ki jih lahko prešteješ na prste ene roke, ne more biti lahko. Biti neoporečen pri odgovornem delu, daleč od kliničnih in laboratorijskih uslug, ohranjati si tako tudi poklicni ugled je bilo za manjšinca in antifašista v tridesetih in štiridesetih letih gotovo dovolj naporno početje. Ne odzvati se po končani vojski klicu večjega narodnostnega kulturnega središča pa je predstavljalo veliko odpoved. Čisto lahko bi bil od tega zagrenjen, lahko bi se celo zapil. Pa se ni. Morda zato gleda na naše zamejsko politično delovanje prizadeto, a vendar nekako vzvišeno, z neko odmaknjenostjo in strpnostjo, ki ju mi, ki se dan na dan otepamo s tem delovanjem, ne premoremo. Odmaknjenost od dogodkov ima torej lahko tudi prednost, a za kakšno ceno!

Zagotovo prek polovice, morda blizu konca

Tako sem si leta 1978 z debelimi tiskanimi črkami napisal na naslovno stran letošnjega osebnega dnevnika. In res se mi zdi petinštirideseto leto zadosten, če že ne skrajni čas za obračun. Na isto naslovno stran dnevnika sem narisal tudi znano Gaussovo krivuljo, vendar nanjo nisem narisal točke, ki naj bi označila že prehojeno pot in torej hkrati tudi pot, ki jo imam še pred seboj. To prepuščam tistemu mojstru, ki te krivulje riše in označuje z alfo in omego: začetkom in koncem.

Že večkrat sem poskušal pregledati prehojeno pot, še večkrat začrtati korake v bodočnost. A zdi se mi, da tako programiranje,

ki je danes tako moderno, ni vtisnjeno v genetski program njihovih kromosomov.

Nocoj ne pišem v agendo, ki ima čar zaporednih listov, z nalivnim peresom, ki sem ga spet vzljubil namesto kemičnega svinčnika. Saj je še meni potem pogosto z mojo roko napisano besedilo težko čitljivo. Prirojena hiba in pridobljena poklicna razvada. Danes pišem kar na pisalni stroj predvsem zato, ker mi je roka na pisalnem stroju nekoliko okrnela in mislim, da je prav, da se mu ponovno majčkeno privadam. Drugič, nocojšnji zapiski naj bi postali sklenjena celota: nekakšen obračun s preteklostjo, če že ne načrt za bodoče delo. Navsezadnje ima tipkopis prednost vsakomur berljivega zapisa, ki ga je lažje popraviti in morebiti dati iz rok. Za misli in gradivo, ki je zasuto v njihovih z roko napisanih agendah, pa morda ne bo nikoli roke in očesa, ki bi segla po njem. Pa saj verjetno to tudi ne bo velika škoda, ker o njihovi smiselnosti pogosto nisem niti sam prepričan. So zgolj ventil za dušo, pomagajo misliti in živeti, in to je tudi nekaj. In nazadnje po starem latinskem pregovoru: verba volant, scripta manent, ali po naše: izgovorjene besede letijo, zapiski ostanejo. Pa čeprav le kot pričevanje o določenem miselnem postopku v določenem obdobju mojega življenja.

Danes naj bi pravzaprav napisal poročilo o našem političnem delovanju v zadnjih dveh letih. To je v obdobju po zadnjem pokrajinskem kongresu naše stranke oktobra '76. Torej poročilo o skoraj triletnem političnem delu, v katerem sem imel dovolj odgovornosti kot pokrajinski tajnik svoje stranke in tržaški občinski odbornik. Prvo odgovornost sem medtem že sam odložil, ker so se zaradi preobremenjujočega političnega delovanja moji družinski odnosi čedalje bolj slabšali. Pravzaprav se verjetno vse stvari dovolj pogosto dogajajo v življenju vseh politikov, velikih in majhnih, vprašanje je le, kaj v takem primeru izberejo: družino ali kariero. Odvisno pač od razmerja med odgovornostjo do prve in zasvojenostjo z drugo. Pravzaprav me je strah izraza, ki sem ga zapisal. Vsaj za naše pojme je izraz politična kariera sploh neprikladen, kajti pri nas gre pri političnem delu v bistvu za garanje in prevzemanje odgovornosti in seveda sejanje brez konca in kraja.

Spomenica

Rado je kot vedno hitro stopal po mestnih ulicah, kot da bi se mu nekam mudilo. Mimo sinagoge je prišel do zamreženih vrat, ki so branila majhno temno vežo. Za temi so bila še ena, obložena s svetlo pločevino, ki je dajala videz varnosti, kakršno zahteva vhod v banko ali ambasado. To sicer ni bil vhod ne v banko ne v ambasado, varnostni ukrepi pa so bili vsekakor upravičeni, ker je bilo poslopje priljubljeno vežbališče dobro znanih, a neimenovalih in tudi nikoli odkritih desničarskih mazačev. To so bila namreč vrata do naše najpomembnejše krovne organizacije. Pozvonil je, in ko se je oglasil in predstavil prijazni mladi deklici, ki se je oglasila po malem zvočniku, je v vratih škrtnilo. Odrinil je najprej zamrežena, potem pa še s pločevino obložena težka vrata. Iz navade ni uporabil dvigala, temveč je hitro, kar tako za poživitev, stekel po prenovljenih marmornatih stopnicah, ki so bila obložena s črno gumijasto prevleko.

»Prišli ste podpisat pismo, kajne?« ga je nagovorila mlada plavolaska za moderno tajniško mizo. »Pismo ravno zdaj prevajamo v angleščino, predsednik pa vas čaka v svoji sobi,« je prijazno dodala. Rado je stopil po hodniku in potrkal na zadnja vrata na desni strani. »Živio,« je pozdravil.

»Zdravo,« je odzdravil stari. »Sedi, boš kaj povedal. Malo boš moral počakati, ker se je pri prevajanju pisma nekaj zataknilo.«

»Raje bi prišel podpisat pismo za Gadafija kot pa za tega salonskega diplomata,« je menil Rado. Stari v elegantnem križastem poletnem jopiču ga je z rahlim nasmeškom pogledal, a ni nič rekel; stari borec si je mislil svoje. »Kaj tukaj vsiljujemo naše stvari generalnemu tajniku Združenih narodov, ki ima druge skrbi, saj iz vsega

tega tako ne bo nič,« je vztrajal Rado. »Prav pa je le, da zve, da mi tukaj obstajamo in da nismo zadovoljni s svojim položajem.«

»In kaj bomo s tem dosegli? Nič.« Pa še s tem bledim pismom se vsi člani enotne delegacije niso strinjali, predvsem tisti, ki so bili vezani na vsedržavne stranke. Bali so se internacionalizacije problema, razvrednotenja republiške ustave. »Saj bi bil že skrajni čas, da problem internacionaliziramo, kot so ga Južni Tiroolci, če pa naša država ne spoštuje ne lastne ustave ne mednarodnih obvez. Tedaj bi pač morali opozoriti na to tudi druge podpisnike, ki jamčijo za sporazume,« je sklenil Rado.

»Ali bomo spomenico sploh lahko izročili v roke generalnemu tajniku?« je čez čas dejal Rado.

»Ni še gotovo, lahko ga prestržemo med njegovim obiskom na prefekturi,« je menil stari.

»To sploh ne prihaja v poštev, saj ne beračimo, temveč zahtevamo,« je jezno odvrnil Rado.

»Oster si kot vedno,« je menil stari. »Pa neučakan, ker si še mlad.«

»Niti toliko mlad,« je odvrnil Rado; »naveličan pa tega brezplodnega mečkanja že. Štiri desetletja svobode in formalne demokracije so nas uspavala in omamila. Fašistična diktatura je naše očete ohranjala vsaj v budnosti.«

»Nikar ne preklinjaj, to se vendar ne da primerjati,« je menil stari.

»Ti poznaš čase diktature samo iz pripovedovanja ali pa iz knjig. Časi so se vendar spremenili,« je še dodal.

»Seveda, saj nisem mislil tako dobesedno,« je nadaljeval Rado, »a naši očetje so bili vsaj prepričani, da bo diktaturo prej ali slej vrag vzel, mi pa moramo le verjeti, da je resnici na ljubo še tako nepopolna demokracija boljša od najboljše diktature.«

Tedaj je vstopil mladi osebni tajnik starega in prinesel pismo z angleškim prevodom.

»Saj bi ga bil tudi sam prevedel,« je pripomnil mladenič, »ker toliko že obvladam angleščino. Toda za tako rabo je bolje, če je prevod res neoporečen.«

»Za to, kolikor bo zaleglo to pismo, bi bilo že vseeno in bi bil tudi tvoj prevod dovolj dober,« je pikro pripomnil Rado.

»Ti si pa nepoboljšljiv, vedno si enako ujedljiv,« je menil mladi mož, »čeprav imaš že toliko let političnih izkušenj za sabo.«

»To že, pa morda prav zaradi tega ne prenašam mlatenja prazne slame. Čudim se tebi, ki si bil nekoč tako radikalen gubčev. Si se pa hitro vključil v sistem salonskih revolucionarjev.«

Rado se je domislil, kako je moral kot občinski odbornik pri županu jamčiti za tega mladeniča, ki je bil napovedan kot slovenski govornik na protifašistični manifestaciji na Goldonijevem trgu. Pa ga še poznal ni. Jamčil je zanj, ker je bil pač Slovenec. Pa še spodbujal ga je na hodniku tržaškega magistrata, ker je mislil, da ima tremo. Potem mu jo je pa lepo zakuhal.

»Saj veš,« je menil mladi z nasmeškom, »spoznali smo nesmiselnost tistih mladostnih načrtov.«

»Saj, iz revolucionarjev ste se kar hitro prelevili v resolucionarje, kaj hitro vas je omrežila manjšinska birokracija. Kaj je ostalo od tiste vaše skupine?«

Odgovora ni bilo. Tako se je pogovor končal. Rado je za svojo organizacijo podpisal skupno listino, pozdravil starega in mladega in odšel.

Na južnem pročelju male kamnite koče je vzdana spominska plošča, posvečena planincu Bučerju, ki je omahnil v Triglavski steni. Zdi se mi pa, da bi napis bolj veljal za samo kočico: »Skromna si, a kremenita, kakor je naš Kraševac, budni čuvar ob krivični meji.« Snov za celo razpravo! Nekako je ubrana z bronasto ploščo na zahodni steni koče, na kateri je tale napis. »Na Trstelju so leta 1934 komunisti Goriške in Krasa razpravljali o tripartitni izjavi komunističnih partij treh sosednjih držav o združitvi Slovencev v enotno socialistično državo. Leta 1937 pa z organizacijo TIGR v ljudsko fronto in o sodelovanju primorskih komunistov s pravkar ustanovljeno KP Slovenije.«

Teze komunističnih strank treh sosednjih dežel so predvidevale združitve celotnega slovenskega ozemlja s Trstom, Gorico in

Celovcem vred. Zadevni dokument, ki so ga podpisali Ivan Regent, Dragotin Guštinčič, Palmiro Togliatti in Gregor Kersche, je decembra 1933 odobrila tudi Kominterneta.

Zgodovinski kraj torej. Medtem ko se po prijetni strmi stezi spuščam spet v dolino, se mu utrne misel: Saj to je v nekem smislu ožja domovina Pinka Tomažiča, ki je bil na materinem domu v Škrbini tudi sam domač. Tu je lahko dobil stik s Kraševci in jih navduševal za svoje vizije ter navezoval stike z drugimi uporniki, vsaj malo manj na očeh fašistične Ovre kot v Trstu.

Na povratku domov se ne morem izogniti obisku pri gostoljubni Coljevi družini, ki poleti živi v Škrbini, sredi sedaj zelenega in obdelanega zahodnega Krasa. Odkar sem zdravil Pinkovo mamo, imam s Coljevimi skoraj prijateljske stike. V to prijateljstvo spada tudi tradicionalno vabilo na srbsko pito iz mladega srbskega sira, ki jo odlično pripravi Justova hčerka, ki se je udomačila v Beogradu.

Sredi letošnjega vročega avgusta se je povabilo na Kras še posebno privileglo, saj je kljub vročini kraška vas, predvsem pa njihovo senčno dvorišče, zelo prijetno pribežališče.

Sredi vasi zavijem po klancu, ki pelje proti južnemu robu vasi. Tu stoji na levi strani klanca od zunaj na videz preprosta domačija. Podolgovata ometana hiša z dvema vrstama majhnih, z lesenimi naoknicami zakritih oken. Velika lesena vrata zapirajo globoko kalono, skozi katero se pride na obsežno dvorišče, ki je skupno kar trem hišam, ki ustvarjajo s svojimi lesenimi ganki zaokroženo celoto. Ta domačija je za našo zgodovino zelo pomembna in bi se tega morali spomniti posebno letos. Na njenem zunanem pročelju je namreč vzdana marmornata plošča z vklesanim lapidarnim stavkom iz Pinkovega poslovnega pisma sestri Danici s skoraj statističnim prizvokom: »Med mnogimi milijoni ljudi, ki bodo morali izgubiti svoje življenje, bom le eden med tolikimi.«

V tej hiši je bil 2. 6. 1940 aretiran Pinko Tomažič, ki je bil obsojen na drugem tržaškem procesu in z drugimi sotrpini ustreljen na Opčinah 15. 12. 1941. Torej natanko pred petdesetimi leti.

Pokažejo mi okno sobice, predzadnje na desni strani prvega nadstropja. To je bila Pinkova soba. Danes je zastrto z lesenimi naoknicami, ki mi neizogibno prikličejo v spomin tiste železne, za špranjo odmaknjene od zidu, koronejske.

Ob trpkem teranu, ki ga tu še vedno skrbno prideluje gospod Just, Pinkov stric, mi misli uhajajo na dogodke pred petdesetimi leti. Na teran se gotovo dobro spozna, saj je bil vse svoje življenje podjeten gostilničar. Dobro je vsem poznan bife ob Borznem trgu v Trstu, imenovan po slovenskem Pepiju, njegovem svaku in Pinkovem očetu. Pa tudi v Beogradu je bila Justova restavracija »Trst« vedno zbirališče pregnanih in preganjanih primorskih Slovencev, do povojne nacionalizacije, ki ga je prignala nazaj v Trst.

V prijetnem pomenku se čakati, a bistri in vedri Just vedno rad spominja tistih časov, seveda pa tudi starejših časov svojega službovanja v cesarsko-kraljevi vojski v Karpatih. Pa tekmovanj s tedaj redkimi motornimi kolesi. In seveda tragedije nečakinje Danice in njenega moža Stanka Vuka v ulici Rossetti.

Pogled sili na dvoriščno pročelje tiste hiše nad globoko vhodno kalono, mimo vhoda v kamniti, obokani hram, kjer Just hrani svoj teran, na kamnito stopnišče, ki še vodi v spalnice. Z okna te sobice je videti Trstelj, prizorišče mnogih zarotniških srečanj. Tu je torej Pinko Tomažič iskal zatočišče za razmišljanje o svojih političnih načrtih in seveda sejal med kraške kmete zamisel za bodočnost naše dežele, ki je bila odobrena prav na sestanku na vrhu Trstelja. Izobraženi sin premožnih staršev se je zaveroval v politično idejo, ki naj bi varovala pravice njegovih rojakov, preprostih ljudi, delavcev in kmetov. Tudi ureditev slovenske, od Italije osvobojene dežele si je zamišljal po sovjetskem vzoru. V to idejo je veroval in za to idejo je zavestno žrtvoval največ, kar je mogel, svoje mlado življenje, čeprav je sam zapisal, da je to najmanj, kar je mogel prispevati.

Seveda bi bilo sedaj prelahko, pa tudi krivično ob polnem kozarcu črnega terana razmišljati ali celo soditi o rezultatu tistih sanj in

hotenj. Kajti pošten človek se lahko žrtvuje samo za idejo, v katero veruje. Ali se je ta ideja potem uresničila ali ne, je postransko in »post festum« prelahko soditi.

Velik del Primorske, tudi vas, iz katere je bil Pinko odpeljan v smrt, je sedaj priključen matični domovini, danes svobodni in demokratični republiki, ki se je, kot vsa Evropa, otrešla na utopističnih idejah zasnovanega in sedaj propadlega družbenega reda. Spomin na ljudi, ki so za to žrtvovali svoje življenje, pa je in mora ostati svetel in neizbrisen.

Spomin na Dorčeta Sardoča

Sedaj imam v Slivnem prijatelja več. Na pokopališču. Na tem, malem prisojnem pokopališču, v Sardočevem rodnem Slivnem, v zavetju cerkve sv. Marije Magdalene je končno pokopan dr. Dorče Sardoč. S tega pokopališča sega pogled čez kraško gmajno, ki valovi do Sosljanskega zaliva daleč prek Tržiškega zaliva v Gradeško laguno. Onkraj bleščečega vijugastega traku Soče, ki se tu izljuje in umiri v Jadranskem morju, je videti podolgovate lise zemlje med lisami morja, ki se ob jesenskih večerih zlato blešče pod rdeče razžarjenim nebom v zahajajočem soncu. Sredi te vodoravno raztegnjene podobe štrli kvišku na kratkem podstavku zvonik barbanske cerkve, tudi Slovincem priljubljenega svetišča. Križani so nekoč tja romali kar po morju, v lesenih čupah.

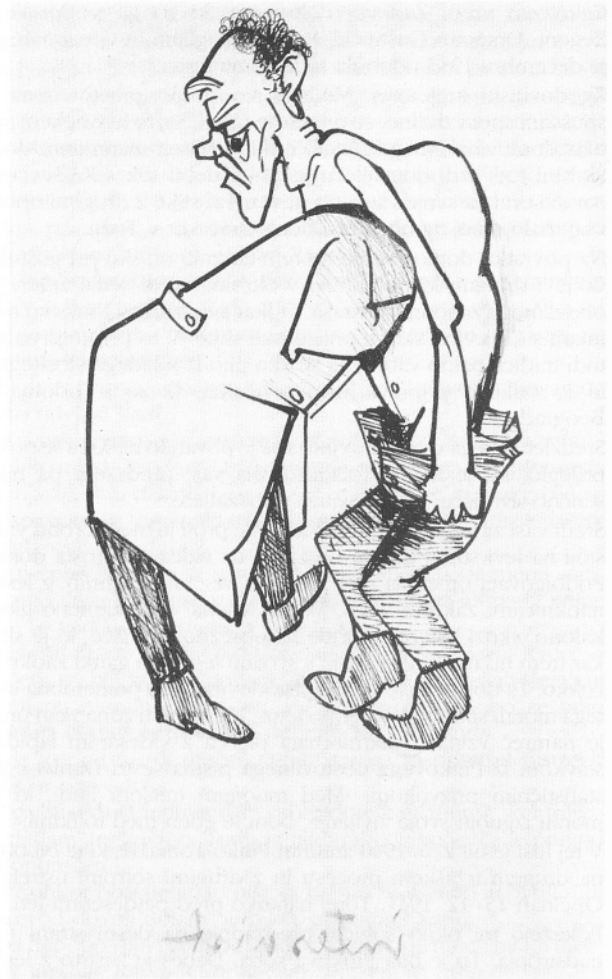
Prav na to Gradeško laguno me veže zelo lep spomin na Dorčeta Sardoča.

Bilo je proti koncu zadnjega predvojnega poletja ali pa že na začetku jeseni, ko je moj oče odločil, da pojde naša družina za dva tedna na morje, in sicer v Gradež. Nastanili smo se torej v nekem majhnem hotelu in začeli pridno zahajati na peščino. Nekega jutra pa mi je oče napovedal, da ne bova šla na peščino, temveč se bova šla vozit s čolnom. Šla sva torej po obmorskem sprehajališču daleč do svetilnika na koncu pomola, ki na zahodu sega daleč v prostrano laguno. Le kje se bova vozila s čolnom, sem se spraševal, pa mi je to kmalu postalo jasno. Na koncu pomola se je obrežju približal koničast čoln, v katerem je nekdo z veslom krepko zamahoval zdaj v desno zdaj v levo. Kaj kmalu sem v veslaču prepoznal družinskega prijatelja dr. Sardoča. Le kaj počenja Sardoč v Gradežu, sem pomislil, saj sem bil vaju le njegovih sobotnih obiskov pri nas doma, na Trbižu. Tudi v otroško pamet se je tedaj prikradel sum, da najin sprehod na skalnati pomol in srečanje s prijateljem nista bila zgolj slučajna, kakor seveda tudi ne naše neobičajno družinsko letovanje v Gradežu. Šele mnogo let kasneje sem zvedel, da je bil Sardoč tam konfiniran pod policijskim nadzorstvom, potem ko je bil nekaj dni prej izpuščen iz zapore. Duče je namreč tisto poletje stopil v vojno na strani osi in zato spravil na varno v zapore vse slovenske antifašiste, ki so živeli ob vzhodni meji. Moj oče je to očitno vedel.

Seznam del

- Pot v planine. Samozaložba, Trst 1965.
- Človek in cesta. Založništvo Tržaškega tiska, Trst 1971.
- Pot iz planin. Mladika, Trst 1974.
- Moji kraški sprehodi. Lipa Koper, Koper 1980.
- Prgišče Krasa. Hranilnica in posojilnica Opčine, Opčine 1983.
- Vabilo v Julijce. Slovensko planinsko društvo, Trst 1984.
- Prgišče Krasa. Cankarjeva založba, Ljubljana 1987.
- Na naši koži. Založništvo Tržaškega tiska, Trst 1990.
- Romanje v Julijce. Obzorja, Maribor 1991.
- Stezi. Mladika, Trst 1993.
- Od Trente do Zajzere. Goriška Mohorjeva, Trst 1994.

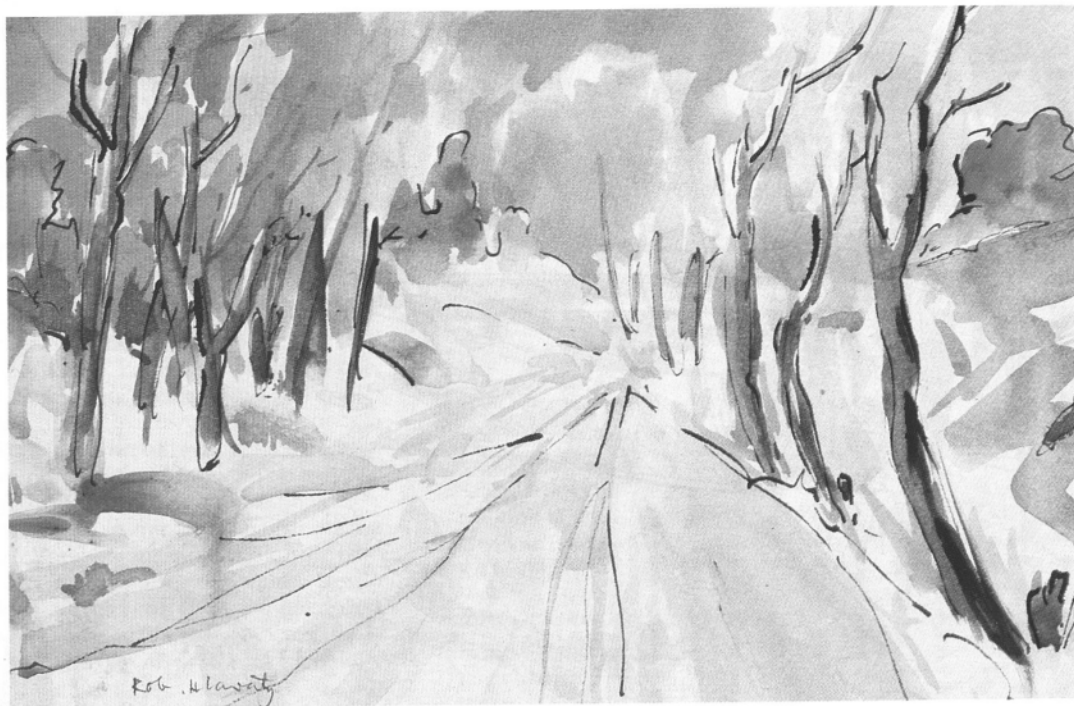
Robert Hlavaty, zobozdravnik in slikar samouk, se je rodil 1897 v Trstu, umrl pa je leta 1982 v Ljubljani. Predvsem je priznan akvarelist in karikaturist. Z lahkoto in prijetnostjo obvladuje krajino, kraške vedute, morske motive. Manj uporablja tuš in risbo, čeprav učinkujejo številne vinjete optimistično, razigrano. Karikature obsegajo predvsem zdravniško tematiko, tudi avtoportretno, so polne hudomušnosti.



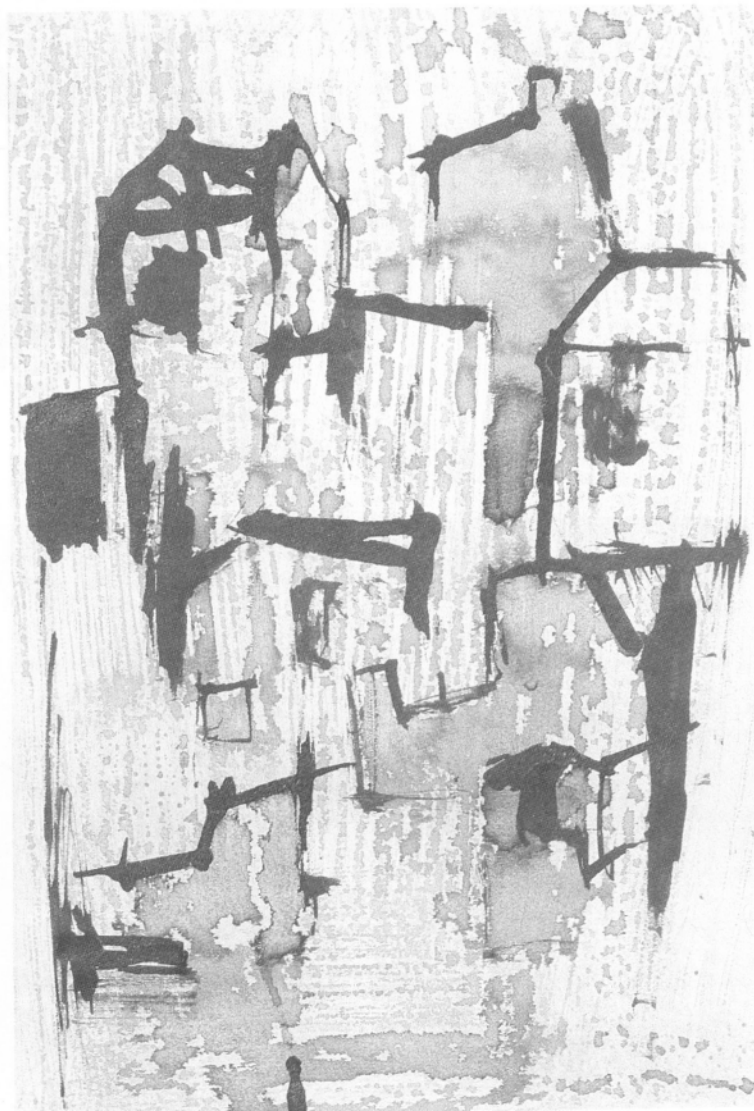
Sl. 1. R. Hlavaty: *Internist (tuš)*.

Sl. 2. R. Hlavaty: *Zimska pokrajina (akvarel)*.





Sl. 3. R. Hlavaty:
Tivoli (akvarel).



Sl. 4. R. Hlavaty: Dež (tuš).

Sl. 5. R. Hlavaty: Cerkniško jezero (tuš).



Sl. 6. R. Hlavaty: Krokarija (tuš).

Sl. 7. R. Hlavaty:
Jutro na Krasu (akvarel).

Zdravniki v prostem času

XIV. ZDRAVNIŠKI TEK »PO ROŽNIKU«
– UDELEŽBA JE PRESENETILA
ORGANIZATORJE
61 tekačev v prelepem jesenskem dnevu!

Anton Grad

Skoraj še enkrat več je bilo udeležencev letošnjega XIV. zdravniškega teka »Po Rožniku« kot običajno, saj je bilo 14. 10. 1995 vreme sončno in prijetno toplo za tek. Zato pa ni bila proga prav nič bolj prijazna in lažja kot prejšnja leta. Klanci so bili ravno tako strmi, zato so bili obrazi zaripli, dihanje pa dispnoično, pri mnogih na meji pljučnega edema. Posebno smo bili veseli, da smo med znanimi obrazi zapazili nove obraze udeležencev, ki so se prvič podali na težko proggo. Prepričani smo, da ne zadnjič.

Organizator je imel polno težav, ki so mu jih pomagali rešiti z dobro voljo vsi udeleženci. Vsekakor nismo pričakovali tako številne udeležbe, sodnike pa je tudi presenetilo veliko število izenačenih tekačev, ki so hkrati zdrveli skozi cilj in kar nekaj časa je minilo, da so razrešili odčitavanje rezultatov. Napetost pa je popolnoma minila ob kosilu s pivom in prijetnem klepetu v muzeju sponzorja – Pivovarni Union.

Žal ni jasno, ali bo drugo leto tek ali ne. Letos se je organizacijski odbor za las izognil bankrotu zgolj zaradi prihranka iz prejšnjega leta, saj letos ni bilo finančne pomoči. Vsekakor pa bomo z organizacijsko akcijo začeli že čez nekaj mesecev, tako da bodo prijatelji teka lahko dovolj zgodaj obveščeni.

REZULTATI

XIV. zdravniškega teka »Po Rožniku«

14. 10. 1995

– ženske A: letnik 1956 in mlajše

1. Rotovnik-Kozjek Nada	SB Maribor	25.26.76
2. Resman Dragica	PB Begunje	30.25.37
3. Pintar Tatjana	KC Ljubljana	30.41.13
4. Miholič Mojca	ZD Murska Sobota	35.34.00
5. Reš Uršula	KC Ljubljana	40.58.63

– ženske B: letnik 1955 in starejše

1. Starc Breda	KC Ljubljana	31.21.19
2. Škapin Marta	ZC Celje	31.37.39
3. Osovnikar Nada	zasebnica	32.14.61
4. Canjkar-Kac Miroslava	ZD Ravne	37.34.68
5. Zorko Tatjana	DC Bled	39.25.80
6. Bojovič Marija	ZC Celje	40.06.20
7. Dovnik-Udovič Erika	zasebnica	45.14.75
8. Veličkovič Tatjana	ZD Kranj	47.20.14

– moški A: letnik 1955 in mlajši

1. Smonkar Tomaž	Bol. Topolščica	29.39.37
2. Horvat Alojz	ZD Murska Sobota	30.48.96
3. Preskar Peter	ZD Novo mesto	30.49.85
4. Urh Matija	KC Ljubljana	31.09.42
5. Kaštelic Matej	KC Ljubljana	32.17.10
6. Petrovič Dani	MF Ljubljana	33.03.31
7. Hočevnar Marko	OI Ljubljana	33.28.34
8. Strniša Zoran	zasebnik	33.32.46
9. Dolinar Janko	KC Ljubljana	33.42.69
10. Knap Bojan	KC Ljubljana	34.19.23
11. Podnar Simon	KC Ljubljana	34.46.56
12. Battelino Tadej	KC Ljubljana	36.34.69
13. Žmitek Andrej	PB Begunje	37.01.64
14. Trost Samo	ZD Škofja Loka	40.29.75
15. Červenjak Branislav	Bol. Topolščica	49.29.37

– moški B: letnik 1955 do 1946

1. Starc Vito	MF Ljubljana	29.24.48
2. Pirc Igor	ZC Celje	29.36.58
3. Špiler Marko	OI Ljubljana	32.11.31
4. Humar Bogomir	ZD Trebnje	34.29.20
5. Noliml Dušan	IVZ Ljubljana	36.06.17
6. Lesničar Gorazd	ZC Celje	36.15.36
7. Malej Andrej	SB Izola	36.40.72
8. Vodopivec Zoran	ZD Logatec	44.30.87

– moški C: letnik 1945 do 1936

1. Srimac Anton	zasebnik	33.44.54
2. Brecelj Aleš	KC Ljubljana	34.19.20
3. Škapin Rudi	ZC Celje	36.41.18
4. Florjančič Ivan	ZD Ljubljana	37.03.08
5. Korsič Lovro	SB Izola	37.04.58
6. Veličkovič Milivoj	KC Ljubljana	37.14.47
7. Saksida Bogdan	DC Bled	39.51.80
8. Stanonik Marko	DC Bled	41.47.29
9. Mrzlikar Ivan	ZD Novo mesto	46.46.91
10. Kolbl Ignac	ZD Maribor	49.47.51

– moški D: letnik 1935 in starejši

1. Horvat Matija	KC Ljubljana	35.08.36
2. Finci Marjan	ZC Gorenjske	35.52.26
3. Peternel Franc	KC Ljubljana	40.42.79

Izven konkurence – ženske

1. Mihalek Petra	29.31.62
2. Verhovec Renata	31.36.10
3. Ambrožič Jana	31.46.83
4. Saksida Alenka	39.10.32

Izven konkurence – moški

1. Kastelic Tomaž	27.34.66
2. Mihelič Blaž	28.50.73
3. Kus Primož	29.15.81
4. Bartol Ivan	29.41.58
5. Osovnikar Ljubo	30.06.07
6. Lainšek Mitja	33.19.20
7. Zajc Luka	38.51.44
8. Mezek Slavko	42.47.95

Kratice

KC	= Klinični center
IVZ	= Inštitut za varovanje zdravja
ZD	= zdravstveni dom
SB	= splošna bolnica
Bol.	= bolnišnica
DC	= diagnostični center
ZC	= zdravstveni center

Nove knjige

RECENZIJA

Podiplomsko izobraževanje iz anesteziologije. Tretji tečaj. Porto-rož, april 1995. Knjigo sta izdala Inštitut za anesteziologijo, KC in Katedra za anesteziologijo MF, Ljubljana. Glavna urednica je V. Paver-Eržen. Knjiga ima 344 strani. Tisk B&M Povše, Ljubljana. Naklada 300 izvodov.

Tretji tečaj Podiplomskega izobraževanja iz anesteziologije je potekal po programu Evropske fundacije za anesteziologijo pod okriljem Evropskega sveta. Pred štirimi leti smo namreč v Sloveniji pridobili licenco za ustanovitev področnega učnega centra od Evropske fundacije za anesteziologijo.

Knjigo je napisalo 28 avtorjev Medicinske fakultete, Kliničnega centra, Splošne bolnišnice Maribor, Slovenj Gradca ter Anesteziološkega oddelka Univerze v Rotterdamu (Erasmus University Rotterdam). Knjiga je urejena kot zbornik samostojnih strokovnih člankov, ki so razporejeni v tri vsebinska poglavja: intenzivno zdravljenje, nujno medicino in specialne anestezije ledvičnih bolnikov, bolnikov za urološke operacije, bolnikov z boleznimi endokrinih žlez, poškodovancev s hudimi poškodbami in opečenec. Knjiga je namenjena predvsem anesteziologom za obnovitev in razširitev znanja. Je pa zelo zanimiva in koristna tudi drugim zdravnikom mejnih področij.

Specialna anestezija in priprava bolnikov nanjo je obsežno poglavje s podpoglavji, kjer uvodoma več člankov obravnava presnovo elektrolitov in vode, kislinsko bazno ravnovesje ter njihove motnje in posledice iztirjenih stanj. Skrbno so napisana priporočila za njihovo korekcijo v predoperativnem in medoperativnem obdobju. Med metodami zdravljenja ledvičnih bolnikov je pregledno opisana farmakologija diuretikov z indikacijami za njihovo uporabo. Razumljivo so napisani tudi prispevki o specialnih tehnikah zdravljenja kroničnih ledvičnih bolnikov, kot sta hemofiltracija in hemodializa.

Priporočila za anestezijo bolnika s kronično ledvično odpovedjo, pri presaditvi ledvice, pri morebitnih perioperativnih zapletih so sodobno, zgoščeno, hkrati pa kompleksno napisana. Prispevek o pripravi in anesteziji bolnika za urološki poseg kaže mnogo kliničnih izkušenj in strokovnega znanja. Tematsko je poglavje zaokroženo z opisom bolezni endokrinih žlez, njihovega zdravljenja in priprave za operacijo. Članki opisujejo tudi sodobno anestezijsko tehniko pri teh operacijah. Poglavje je še dopolnjeno s prispevkom o endokrinem odgovoru organizma na kirurški stres. Problematika je zahtevna, vendar je razumljivo in celovito napisana in bralcu pogloblja potrebno znanje za strokovno, sodobno klinično delo. Povsod so navedeni tudi podatki iz sodobnega slovtva.

Poglavje o intenzivnem zdravljenju bolnikov obravnava bolezenska stanja, ki pogosto ogrožajo njihovo življenje. Zgoščeno in nazorno so napisana priporočila zdravljenja akutne ledvične odpovedi, načela intenzivnega zdravljenja v endokrinologiji, intenzivnega zdravljenja opečenec in bolnikov s hudimi telesnimi poškodbami, pri katerih lahko pride do odpovedi enega ali več organskih sistemov. Priporočajo pravila in opozarjajo na zaplete pri popolni parenteralni prehrani življenjsko ogroženega bolnika. Vključen je prispevek, ki natančno razčlenja nadzor presnove. Zelo poučno in sodobno je podana problematika o okužbah v enoti za intenzivno zdravljenje, hkrati pa so strnjeno zbrane smernice za antibiotično zdravljenje. Poglavje je zanimivo in poučno dopolnjeno s prispevkom o psihonevroimunologiji stresa pri aidsu in drugih nalezljivih boleznih. Članek opozarja na nevarne posledice »kroničnega stresa«, ki je pomemben dejavnik v patogenezi številnih nalezljivih boleznih. Avtor navaja tudi vso sodobno literaturo, ki obravnava omenjeno problematiko. Pri vseh bolezenskih stanjih, ki pogosto ogrožajo življenje bolnikov, opozarjajo na prepotrebno natančno diagnostiko s kliničnim opazovanjem, z vsemi najsodobnejšimi tehničnimi pripomočki, z

razširjenim monitoringom pa nadzorujejo in usmerjajo najvišjo stopnjo intenzivnega zdravljenja.

V poglavju urgentne medicine je celovito in metodološko razumljivo ter hkrati podrobno napisano zaporedje postopkov pri politravmatiziranem poškodovancu, pri poškodbi glave in hrbtenjače ter pri poškodbi organov v prsnem košu. Pisici opozarjajo, da sta poleg urgentnih ukrepov potrebna natančna diagnostika in razumevanje patofizioloških dogajanj, ki vodijo v patomorfološke spremembe in patološke klinične znake.

Poudarjene so posebnosti urgentne anestezije pri poškodovancih s hudimi poškodbami in pri opečenecih. Oba prispevka celovito prikažeta ustrezno problematiko. Članka odražata mnogo praktičnih izkušenj avtorjev in poznavanje sodobne literature.

Prispevek o utesnitvenem sindromu je zelo kompleksno napisan in opozarja bralce, da dogajanje ni samo kirurški problem, temveč je potrebno intenzivno zdravljenje.

Članka o hemoragičnem in septičnem šoku odlično prikažeta zapletenost etiopatogenetskega dogajanja, patofiziološke spremembe, hemodinamično iztirjenost, ki povzroči nezadostno oskrbo tkiv s kisikom.

Prispevka o uporabi računalnika v anesteziji in na oddelku za intenzivno zdravljenje sta spodbuda bralcu, da je njegova uporaba tudi v naši stroki neobhodno potrebna, če želimo našo specialno vejo medicine skrbno in sodobno izvajati, nadzorovati, razvijati in statistično ovrednotiti.

Miriam Petrun-Ulaga

PRIKAZ

Kirurgija želodca. Zbornik simpozija. Ljubljana 1995. Uredil Stane Repše (redakcija Stane Repše, Janez Eržen). Ljubljana: Klinični center, Kirurške klinike, Kirurška šola, 1995. Knjiga vsebuje 63 tabel in 14 diagramov.

Medtem ko se danes zaradi uspešnega medikamentnega zdravljenja peptičnega ulkusa kirurško zdravljenje omejuje le na zaplete te bolezni, je rak najpogostejša bolezen želodca, ozdravljiva le z radikalno resekcijo. V Sloveniji pa je večletno preživetje operiranih bolnikov z rakom želodca nizko zaradi pozno odkrite bolezni in močno napredovanega stadija raka. Le izvajanje sodobne doktrine s smernicami za enotne diagnostične in terapevtske postopke lahko izboljša preživetje teh bolnikov. Prav uvajanje takšnih smernic v širši strokovni prostor je bil namen Kirurške šole 1995, posebnega simpozija in obravnavane knjige. Te smernice, namenjene zdravnikom splošne medicine, specialistom in specialistom, prinaša prvič pri nas v strnjeni obliki ta knjiga.

Smiselno zaporedje prispevkov, od podrobnih, kritično primerjanih epidemioloških podatkov o želodčnem raku v Sloveniji in v drugih državah, in lastnih primerov patomorfoloških klasifikacij karcinoma želodca, bralca postopno uvede v problematiko diagnostične natančnosti rentgenskih, endoskopskih in endoskopsko-ultrazvočnih postopkov. Na osnovi analize ankete je kritično prikazano sedanje stanje kirurgije raka želodca v Sloveniji in izdelane smernice za sodobno načrtovanje in izvedbo kirurške operacije. Moderni kirurški postopki, rezultati in prognostični dejavniki preživetja po radikalni resekciji s sistematično limfadenektomijo, po razširjeni in multivisceralni resekciji, po kirurškem zdravljenju raka kardije, z dodatkom rezultatov endoskopskega in sistemskega zdravljenja raka želodca, so podani kritično z lastno kazuistiko. Neposredno primerjavo sodobne obravnave bolnikov z rakom želodca in rezultatov zdravljenja omogočajo prispevki s petih velikih evropskih klinik. S tem je

urednik knjigo postavil v evropski strokovni okvir. Povzetki študij o zdravljenju raka želodca na slovenskih kirurških oddelkih dopolnjujejo takšno primerjalno sliko.

Peptični ulkus, prvo poglavje knjige, je obravnavan doktrinarno celovito, tudi laparoskopsko, prav tako tretje poglavje o raku na krnu želodca. To poglavje zato posebej izstopa in s tem opozarja na pogost pojav te bolezni več let po resekciji želodca pri mladih ljudeh.

Prispevki so napisani prepričljivo in sveže, odražajo široko znanje, izkušnost in profesionalnost avtorjev. Številne reference na koncu vsakega prispevka so odlične dodatne informacije bralcu za širitev strokovnega obzorja, enotne, lične tabele in diagrami naredijo knjigo bralcu še bolj prijazno.

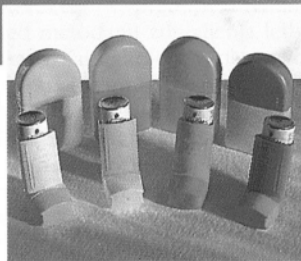
Tako pomembno publikacijo bi lahko še obogatili vsaj najbolj značilni in poučni slikovni prikazi, npr. rentgenska slika skiroz-

nega karcinoma želodca, za kar je rentgenska diagnostična metoda najboljša, mikroskopske slike tipov raka želodca ali neuspešnih radikalnih resekcij z zasevki v bezgavkah in zlasti zelo pogrešana, diagnostično najbolj natančna endoluminalna ultrazvočna slika zgodnjega raka želodca. Kajti čeprav je knjiga izšla v okviru slikovno bogato dokumentirane Šole o kirurgiji želodca, je namenjena tudi širšemu krogu zdravnikov, zato je že danes, še bolj pa bo v prihodnje samostojen dokument, neodvisen od simpozija 1995.

Izvirni in visoko strokovni teksti vsekakor odtehtajo slikovno skromnost te nujno potrebne publikacije.

Smernice v knjigi »Kirurgija želodca« pa naj zanesljivo prebere vsak zdravnik.

Jože Vračko



**Za kvalitetno
življenje
bolnikov z astmo**

FLIXOTIDE®

flutikazon propionat

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

Glaxo *Export Limited*
Podružnica Ljubljana

® Estraderm TTS

estradiol 17 β

NAJBOLJE NADOMEŠČA FIZIOLOŠKO IZLOČANJE
ESTRADIOLA



Estraderm TTS 25
Estraderm TTS 50
Estraderm TTS 100



CIBA-GEIGY AG
Zastopnik za Hrvaško
Makedonijo in Slovenijo

PLIVA d.d. ZAGREB

Stoletje Aspirina

Leta 1897 je mladi nemški kemik Felix Hoffman odkril postopek sinteze acetilsalicilne kisline... Rodil se je Aspirin.

Španski filozof Ortega y Gasset je naše stoletje poimenoval "vek Aspirina". Celo stoletje je Aspirin eno najpogosteje uporabljenih zdravil, to pa dokazujejo tudi velikanske količine, ki jih vsako leto izdelajo po vsem svetu.

Brez lažne skromnosti lahko trdimo, da je Aspirin tudi "nobelovec". Na začetku prejšnjega desetletja je angleški farmakolog John R. Vane za ugotovitev, da acetilsalicilna kislina zavira nastajanje prostaglandinov, prejel Nobelovo nagrado.

Aspirin je pojem, sinonim in simbol. Je zdravilo, ki je uspešno na popolnoma različnih področjih medicine. In je zdravilo, ki je že celo stoletje v središču znanstvene pozornosti. Zdravilne sposobnosti te čudežne tablete še dolgo ne bodo do konca odkrite in izčrpane.

Ob stoletnici Aspirina praznujemo tudi 25-letnico slovenskega podjetja Bayer Pharma, v javnosti pa želimo predstaviti predvsem bogato zgodovino Aspirina.

Prosimo vas, da nam pomagate pri zgodovinski predstavitvi tega priljubljenega zdravila. Morda imate kak starejši poster, škatlico, oglas ali letak o Aspirinu. Zelo bomo veseli, če nam jih pošljete. S starimi oglasi, posterji, letaki in škatlicami bomo pripravili razstavo, ki bo od 27. marca do 4. aprila v Cankarjevem domu v Ljubljani.

Skratka: če vam uspe najti kak Aspirinov reklamni material ali škatlico, ki sta starejša od 30 let, nam ju, prosimo, čimprej pošljite. Za vaš prispevek se vam bomo oddolžili z lepim darilom.

Stare škatlice in oglase o Aspirinu bomo zbirali do 15. marca 1996. Prosimo, da nam jih pošljete na naslov:

Bayer Pharma d. o. o.
Marketing farmacevtskih izdelkov
Irena Ham Likar (tel. 061/159 31 41)
Celovška 135
61000 Ljubljana.

SIRDALUD®



SIRDALUD

- relaksira skeletno muskulaturo in odpravi bolečino

- idealna kombinacija z analgetiki ali nesteroidnimi antirevmatiki po vaši izbiri

SIRDALUD

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



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



SANDOZ

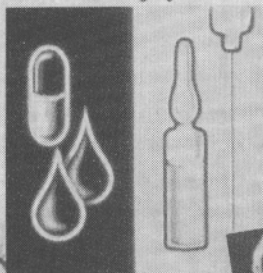
LAJŠANJE BOLEČINE

preprosto in zanesljivo

Akutna in kronična bolečina



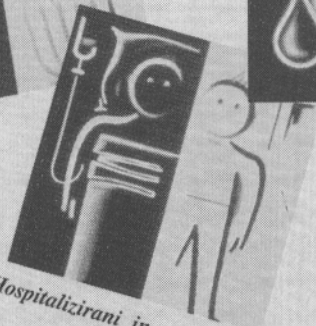
Peroralno in parenteralno zdravljenje



Mlajši in starejši bolniki



Hospitalizirani in ambulantni bolniki



Zmerna in močna bolečina



zaupajte **Tramal[®]-u**
tramadol HCl

*Oblike: Tramal 50 : 5 ampul po 50 mg tramadol HCl/ml
Tramal 100 : 5 ampul po 100 mg tramadol HCl/2 ml
Tramal kapljice: 10 ml raztopine (100 mg tramadol HCl/ml)
Tramal kapsule: 20 kapsul po 50 mg tramadol HCl
Tramal svečke: 5 svečk po 100 mg tramadol HCl*

Izdeluje: Bayer Pharma d.o.o., Ljubljana
po licenci Grünenthal GmbH



Ferrum Lek[®]

železov (III) hidroksid polimaltozni kompleks

Železo za peroralno uporabo:

- bolniki ga dobro prenašajo
- varen tudi pri predoziranju
- dober okus
- ne obarva zob



lek

Natančno navodilo
o zdravilu dobite pri proizvajalcu

Žvečilne tablete

Sirup

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Spremní dopis

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

Naslovna stran članka naj vsebuje slovenski naslov dela, angleški naslov dela, ime in priimek avtorja z natančnim strokovnim in akademskim naslovom, popoln naslov ustanove, kjer je bilo delo opravljeno (če je delo skupinsko, naj bodo navedeni ustrezni podatki za soavtorje). Naslov dela naj jedrnato zajame bistvo vsebine članka. Če je naslov z 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 financerji 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 hrbtne strani vsake slike naj bo s svinčnikom napisano ime in priimek avtorja, naslov članka in zaporedna številka slike. Če je treba, naj bo označeno, kaj je zgoraj in kaj spodaj.

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

Literatura

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

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

Primeri citiranja

– primer za knjigo:

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

– primer za poglavje iz knjige:

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

– primer za članek v reviji:

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

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

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

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

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

– primer za članek iz suplementa revije:

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

– primer za članek iz zbornika referatov:

7. Schneider W. Platelet metabolism and membrane function. In: Ulutin ON, Vinazzar 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 vrne prispevek avtorju, da popravke odobri, jih upošteva in oskrbi čistopis, ki ga vrne s popravljenim prvotnim izvirkom. Med redakcijskim postopkom je zagotovljena tajnost vsebine članka.

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

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

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

Navodila za delo recenzentov

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

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

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

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

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

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

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 65, JANUARY 1996, Page 1-60, Number 1

CONTENTS

RESEARCH ARTICLES

- Surfactant replacement therapy for severe neonatal respiratory distress syndrome: Higher incidence of intracranial haemorrhage – consequence or coincidence?**
J. Babnik, L. Kornhauser-Cerar, M. Pestevšek, T. Tonin 1
- Helicobacter pylori and diseases of the stomach and duodenum,** M. Koželj, M. Hafner 5
- Tocolysis with betamimetic agents and intracranial haemorrhages in prematures,**
L. Bregant, Ž. Novak-Antolič, I. Verdenik 13
- Treatment of dermatophyte infections with terbinafine (Lamisil),**
M. Lunder, B. Podrumac, V. Dragoš, T. Lunder 17
- Traumatic non complicated pneumocephalus – Case report,** L. Miklavčič, R. Trebše 21

LETTER TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS