



# Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 66, NOVEMBER 1997, str. 563-614, ŠT. 11

## VSEBINA

### NA MESTU UVODNIKA

- 134. redno letno srečanje Slovenskega zdravniškega društva, Otočec, 17. in 18. Oktober 1997**, M. Cevc, M. Kučan, J. Podobnik, M. Jereb, M. Bitenc 563

### STROKOVNI PRISPEVKI

- Fiksacija očesne proteze - epiteze z enosealnimi vsadki**, Z. Arnež, M. Rode, L. Marion, T. Maver 567
- Spremljanje bolnic po konizaciji materničnega vratu z diatermijsko zanko**, I. Takač, D. Arko, B. Gorišek, T. Kodrič 571
- Krvavitve iz zgornjih prebavil - analiza vzrokov v triletnem obdobju**, P. Skok 575
- Spreminjanje dejavnikov hude okvare sluha v predšolskem obdobju**, J. Vatovec, M. Žargi, S. Černelč 579
- Kardiogeni šok z normalnim arterijskim tlakom - prikaz primera**, K. Ažman, M. Noč, M. Horvat 581

### PISMA UREDNIŠTVU

- Pisanje strokovnih in raziskovalnih prispevkov v angleščini**, S. Ribarič 585

### RAZGLEDI

- Nekrologi** 593
- Medikohisotrična rubrika** 595
- Mednarodno sodelovanje** 596
- Strokovna srečanja** 597
- Delo SZD** 600
- Zanimivo je vedeti** 604
- Zdravniški vestnik pred 60 leti** 606
- Nove knjige** 607
- V tej številki so sodelovali** 570
- Oglasi** 566, 574, 584, 609-614



# Zdravniški vestnik

---

**Glavni urednik/Editor-in-Chief:**

J. Drinovec

---

**Odgovorni urednik/Responsible Editor:**

M. Janko

---

**Urednika/Editors:**

M. Cevc, P. Dolenc

---

**Uredniški svet/Editorial Council:**

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

---

**Uredniški odbor/Editorial Board:**

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

---

**Poslovna tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:**

K. Jovanovič

---

**Lektorja za slovenščino/Readers for Slovenian:**

J. Faganel, T. Korošec

---

**Lektor za angleščino/Reader for English:**

J. Gubenšek

---

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

1000 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, Medllars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino.

To številko so financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo in

Ministrstvo za zdravstvo, Zavod za zdravstveno zavarovanje R Slovenije

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

šteje Zdravniški vestnik med proizvode, za katere se plačuje

5% davek od prometa proizvodov.

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

The Journal appears regularly every month.

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

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

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



Na mestu uvodnika/On the place of leading article

98528

# 134. REDNO LETNO SREČANJE SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

Otočec, 17. in 18. oktober 1997

Matija Cevc

Slovensko zdravniško društvo je imelo v svoji zgodovini od ustanovitve daljnjega leta 1861 številne vzpone, pa tudi padce. Večkrat se je moralo slovensko zdravništvo ozreti po prehojeni poti in preverjati opravljeno delo. Vedno znova se je izkazalo, da zdravniki, ki se prostovoljno povezujejo v Slovensko zdravniško društvo in v njegove strokovne sekcije, društva in združenja, znamo najti nove smeri in spodbude za delovanje v društvu. Kot zvezda stalnica pa nas vodi vedno znova želja po strokovni in moralni rasti zdravnikov. Doslej društvu ni nikoli zmanjkalo notranjih moči in vitalnosti, da bi z novim zagonom kljubovalo izzivom časa. Vedno znova je Slovensko zdravniško društvo zaznalo utrip naroda in začutilo, kaj in kako je potrebno ukrepati.

Tak izziv je nastopil konec 19. stoletja, ko je bila prek društva izpeljana pobuda in realizacija gradnje novih bolnišnic v Ljubljani. Društvi v Mariboru in Celju, to je na področju, ki je bilo nemško orientirano, sta pomembno prispevali k narodnemu osveščanju tako zdravnikov, kot tudi drugih.

Pomemben izziv je bil tudi čas, ko je razpadla Avstroogrska monarhija. Slovensko zdravniško društvo je bilo skupno z drugimi zavednimi Slovenci pobudnik ustanovitve Univerze v Ljubljani. Bil je to tudi čas, ko so se zdravniki zavedli pomena slovenskega strokovnega medicinskega besedotvorja ter pisane strokovne besede. Iz teh razmišljanj je nastal leta 1929 Zdravniški vestnik.

Med 2. svetovno vojno je slovensko zdravništvo odigralo pomembno vlogo pri skrbi za bolne in ranjene. Partizanski zdravniški vestnik, glasilo Slovenskega zdravniškega društva, ki med vojno sicer formalno ni delovalo, je imel pomembno vlogo. V Partizanskem zdravniškem vestniku, ki je bil tiskan v prikritih tiskarnah, je bila oblikovana in tudi razširjana strokovna medicinska doktrina za vojne razmere, s čimer je bila zagotovljena strokovno boljša oskrba za ranjene in bolne, tako civiliste, kot tudi vojskujoče.

Po vojni je bilo prav Slovensko zdravniško društvo eden glavnih spodbujevalcev za nastanek popolne medicinske fakultete v Ljubljani. Z oblikovanjem regionalnih društev je pomembno prispevalo k temu, da so bili slovenski zdravniki in zobozdravniki sproti seznanjeni s novostmi v medicini. Prepričan sem, da gre Slovenskemu zdravniškemu društvu velika zasluga, da slovenska medicina, kljub skromnim materialnim možnostim, na strokovnem področju v znanju ni nikoli zaostajala za bistveno bogatejšimi razvitiimi deželami. K temu so seveda pomemben delež prispevale tudi strokovne sekcije, ki so strokovne novice iz sveta nemudoma prenašale slovenskim zdravnikom. Ravno mreža regionalnih društev in pa številne strokovne sekcije so s svojimi strokovnimi srečanji in delovanjem ohranjale slovensko medicino ne zavidljivi strokovni ravni.

Že leta 1988 je Slovensko zdravniško društvo na rednem letnem srečanju dalo pobudo za ustanovitev Zdravniške zbornice Slovenije. V okviru Slovenskega zdravniškega društva je bil oblikovan iniciativni odbor, ki je pripravil vse potrebno, da je bila lahko leta 1991 zbornica znova ustanovljena. Z njeno ustanovitvijo pa so se

začeli mnogi spraševati o tem, kakšen pomen ima še Slovensko zdravniško društvo, ko imamo vendar Zdravniško zbornico Slovenije. Postavljale so se številne dileme in dvomi o potrebnosti Slovenskega zdravniškega društva. V preteklih letih je bilo kar nekaj polemik in razprav o tej problematiki, ki pa so na koncu vendarle pripeljale do nekaterih pomembnih skupnih sklepov in dogovorov, ki sta jih dogovorili in oblikovali vodstvi Slovenskega zdravniškega društva in Zdravniške zbornice Slovenije. Naše skupno stališče je, da zdravniki v Sloveniji potrebujemo obe organizaciji. Nujno je namreč, da Slovensko zdravniško društvo še naprej skrbi za strokovno in moralno rast slovenskih zdravnikov s tem, da oblikuje programe podiplomskega strokovnega izpopolnjevanja in usposabljanja ter jih vodi, Zdravniška zbornica Slovenije pa mora skrbeti za upravno organizacijske zadeve zdravništva. Taka "delitev dela" je smiselna in potrebna, saj Slovensko zdravniško društvo razpolaga z velikim strokovnim potencialom, povezanim v strokovnih sekcijah, društvih in združenjih. Slovensko zdravniško društvo s svojimi regionalnimi društvi pokriva tudi področje celotne Slovenije in tako zagotavlja prenos strokovnih informacij vsem zdravnikom in zobozdravnikom. Zdravniška zbornica Slovenije pa razpolaga z izredno močno strokovno-organizacijsko službo, ki omogoča njeno zakonsko določeno nadzorno ter upravno-organizacijsko funkcijo. Tako se obe organizaciji dopolnjujeta in laho s skupnim delom zagotovljata potrebno strokovnost in kvaliteto dela slovenskih zdravnikov, skrbita pa lahko tudi za ustrezen status in socialno-ekonomsko varnost slovenskih zdravnikov. Seveda ima pri slednjem svoje mesto tudi Sindikat FIDES. Tak načelen medsebojni dogovor je zajet tudi v zadnjem osnutku Zakona o zdravnikih in zdravniški službi, ki smo ga skupno z zbornico pripravljali kar nekaj let.

Delovanje Slovenskega zdravniškega društva, njegov pomen in potrebnost je seveda treba vedno znova preverjati, če želimo, da bo kos izzivom časa in družbe, saj je leta izrazito živ in dinamičen organizem, ki v zadnjem času doživlja pomembne in velike spremembe. Tako preverjanje je bilo opravljeno tudi ob letošnjem 134. rednem letnem srečanju slovenskih zdravnikov, ki je potekalo 17. in 18. oktobra na Otočcu pri Novem mestu. Pri svečani otvoritvi letnega srečanja so se nam pridružili številni ugledni gostje, med njimi predsednik Republike Slovenije gospod Milan Kučan, predsednik Državnega zbora gospod dr. Janez Podobnik, minister za zdravstvo gospod dr. Marjan Jereb, predsednik Zdravniške zbornice Slovenije, asistent. mag. dr. Marko Bitenc, predsednik Farmacevtskega društva Slovenije prof. dr. Franc Vrečar, predsednica Zbornice za zdravstveno nego ga. Veronika Pretnar-Kunsteck, direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije g. Franc Košir, predstavnik Hrvaškega zdravniškega društva prim. dr. Vjekoslav Miholjevič, župan mestne občine Novo mesto g. Franc Koncilija in številni drugi. Pozdravne govore nekaterih izmed njih objavljamo v tej številki Zdravniškega vestnika.

## Milan Kučan, predsednik Republike Slovenije

Spoštovane zdravnice, spoštovani zdravniki, spoštovani ugledni gostje. Bil sem zelo počaščen in vesel, ko sem pred dnevi dobil povabilo predsednika vašega društva g. Pavla Poredoša, da se udeležim tega srečanja. Žal mi je, da vam ne morem reči kolegice in kolegi, saj zelo spoštujem poklic, ki ste se mu zapisali in delo, ki ga opravljate.

Veliko je razlogov, da je prav, če se Slovenskemu zdravniškemu društvu izkaže spoštljiv odnos. Med temi mnogimi razlogi sem izbral tri in upam, da pri tem, ko jih želim utemeljiti, to ne bo razumljeno kot intelektualna tatvina koga, ki misli te iste stvari tu povedati te dni.

Prvi razlog je, da lahko mirne duše rečemo, da je Slovensko zdravniško društvo najstarejše društvo na Slovenskem, najstarejša ustanova civilne družbe, ki je bilo skozi vso svojo zgodovino tesno prepleteno z zgodovino slovenskega naroda in je v njem opravljalo mnoge funkcije, ki jih sicer opravlja država. A te takrat še nismo imeli.

Mnoge nacionalne institucije so povezane z delom Slovenskega zdravniškega društva in z delom slovenskih zdravnikov, ki so danes, ko imamo državo, postale del državnih struktur. Ni najbrž potrebno posebej povedati, da je bilo to mogoče zaradi tega, ker je bila v tem društvu od vsega začetka povezana slovenska inteligenca. Tista veja slovenske inteligence, ki se je razumljivo formirala ob duhovništvu in učitelstvu, in ki je bila ves čas tesno povezana s slovenskim človekom, ker je njemu tudi služila. Zato najbrž ni naključje, da je bilo toliko zdravnikov hkrati tudi tvorcev kulturnega izročila, kulturnega bogastva slovenskega naroda od literature do glasbe in likovne umetnosti.

In drugi, z mojega vidika najbolj pomemben razlog je, da je Slovensko zdravniško društvo ves čas opravljalo, in opravlja tudi danes, zelo pomembne funkcije: skrbelo je za strokovni razvoj, mednarodno sodelovanje ter povezovanje in za visoko profesionalnost slovenskih zdravnikov. Po tej plati lahko mirne duše trdimo, da smo Slovenci že zdavnaj v Evropi. Med vsemi poklici smo Slovenci v svetu največ in najbolj poznanih prav po delu zdravnikov, profesorjev, ki so delovali bodisi doma, v Sloveniji, v Ljubljani, ali pa so se kot profesorji uveljavili drugod po svetu. Visoka raven medicinske stroke daje potrebno samozavest ne samo slovenskim zdravnikom, ampak tudi medicinskim sestram, tehnikom, strežnicam, skratka vsem tistim, ki v očeh običajnega, laičnega človeka, predstavljajo slovensko zdravstvo.

Slovensko zdravniško društvo je opravljalo tudi funkcijo mednarodnega povezovanja slovenskih zdravnikov tako, da je bilo

mogoče ves čas primerjati raven domačega znanja z znanjem drugod, da je bila dostopna literatura, da je bilo mogoče izpopolnjevanje z vsem tistim, kar se je na bogatem medicinskem področju dognalo in ugotovilo drugod po svetu. Najbrž je tudi to vplivalo, da ste se pred leti, po moji sodbi, pravilno odločili, da ohranite Slovensko zdravniško društvo v teh njegovih funkcijah in s takim njegovim poslanstvom. Druge institucije, ki so znak razvitosti družbe tudi na tem področju, ne morejo in tudi nimajo ambicije posegati na področje, ki ga lahko učinkovito upravlja samo zdravniško društvo, ki je del izraza civilne plati delovanja slovenskih zdravnikov.

Tretja funkcija, ki jo opravlja Slovensko zdravniško društvo in se zdi meni tačas v svetu hitrega tehničnega razvoja, računalništva in informatike, genetike in mnogih tehnologij, drugih, še toliko bolj pomembna, je funkcija skrbi za visoko etično raven slovenskega zdravstva. S tega vidika se slovensko zdravstvo gotovo lahko postavi ob bok in morebiti celo nad etično raven zdravnikov drugod po svetu. Tudi zaradi svoje preteklosti in zračnosti s slovenskim človekom.

Danes je zdravstvo silno zapleten in razvejan sistem in s tem je tudi medicina silno zapletena in razvejana znanost in stroka. Tako obstaja resna nevarnost, da bi na eni strani zdravje, na drugi strani pa bolezen, postala sama po sebi predmet zanimanja znanstvene in profesionalne radovednosti, in da bi se ob tem pozabilo na človeka, bolnika, ki je vendarle temeljna skrb zdravnika in medicine. Ob tem bi se lahko zgodilo, da bi pozabili, da je bolnik vendarle človek, prestrašen človek, človek, ki rabi ohrabritev, potešitev, ki potrebuje, da mu nekdo zagotovi, da ni prepuščen sam sebi. To je veliko zaupanje, ki je temelj za njegovo ozdravitev, najbrž je tudi temelj za uspešno delo zdravnika. O zaupanju, o razmerju med slovenskim človekom in zdravnikom, ni mogoče govoriti kar na pamet, da se ga tudi empirično dokazati. Vsa raziskovanja slovenskega javnega mnenja, ki žal seveda niso stara toliko kot Slovensko zdravniško društvo, imajo pa vendarle častiljivih četrto stoletja za seboj, kažejo, da je med vsemi poklici, ki jih danes poznamo Slovenci, daleč najvišje vrednoten in deležen največjega zaupanje prav poklic zdravnika. To pa je seveda po drugi strani tudi zelo velika odgovornost, ki jo v najboljši meri pomaga uresničevati prav Slovensko zdravniško društvo. Ne vidim nobenega razloga, da tako ne bi bilo tudi v prihodnje in vam to tudi želim. Želim tudi, da bi bilo letošnje strokovno društveno srečanje v skladu z vašimi pričakovanji. Hvala.

## Janez Podobnik, dr. med., predsednik Državnega zbora

Spoštovani predsednik RS g. Milan Kučan, spoštovani minister za zdravstvo g. dr. Marjan Jereb, spoštovani župan občine Novo Mesto g. Koncilija in predvsem spoštovani predsednik SZD prof. dr. Pavel Poredoš. Pristrčno vas vse pozdravljam v imenu Državnega zbora Republike Slovenije. Seveda vas pozdravljam tudi kot član SZD, ki redno plačuje članarino in tudi redno bere Zdravniški vestnik. Redkokdaj sem povabljen na srečanje, ki bi nosilo zaporedno številko 134. To je obletnica, na katero ste lahko zares ponosni in, kot je bilo rečeno, samo dvakrat v vsej društveni zgodovini, ni bilo rednega letnega občnega zbora.

Dovolite, da izrazim veselje ob tem, da ste vse tri pomembne institucije zdravništva, to je Zdravniška zbornica Slovenije, Sindikat FIDES pa tudi Slovensko zdravniško društvo našle vsaka svoj prostor pod soncem in tako ustvarile klimo za zelo dober dogovor in medsebojno sodelovanje.

Zdravniško društvo je avtentičen in pristen izraz civilne družbe, saj združuje v svojem okviru strokovni in stanovski potencial slo-

venskega zdravništva. SZD zato vsekakor ima svoje mesto v slovenskem prostoru in svojo prihodnost.

Strokovna tema vašega srečanja bo obravnavala biotehnologijo, bioinženiring in kloniranje. Kot ste zapisali, to srečanje sproža tako upe kot tudi strahove. To je zelo pomembna interdisciplinarna tema, ki jo boste obravnavali z različnih vidikov. Kot predstavnik zakonodajne veje oblasti izražam pripravljenost, da rešitve, ki so na tem področju pomembne, najdejo svoje mesto tudi v zakonskih rešitvah. Na tem področju mora Slovenija še marsikaj dopolniti in razrešiti.

Dovolite mi še eno misel. Pred kratkim sem prebral razpravo, ki govori o duhovnem in splošno družbenem ozračju v nekaterih evropskih državah, kot so Francija in Anglija ter še nekatere. Zanimivo je, da so to tiste države, v katerih prihajajo v zadnjem obdobju v ospredje razprave o socialni občutljivosti oziroma vprašanja, ali je edini cilj razvoja zgolj v profitu. Ni samo dobiček temeljni smoter razvoja, ampak tudi socialna občutljivost in

kohezivnost med vsemi stanovi neke družbe. V tem kontekstu ima posebno mesto t.i. civilna morala. Vprašanje civilne morale pa je seveda tudi vprašanje, kako nek pomemben poklic v družbi opravlja svoje delo. Tako se odpirajo vprašanja sodnikov, odvetnikov, novinarjev pa tudi zdravnikov. Za Slovenske zdravnike bi si upal trditi, da imamo čisto vest, saj delujemo strokovno in kvalitetno, in po svoji vesti. Smo pa v zadnjih petih letih morda

premalo dejavni na področju aktualnih družbenih dogajanj. To se bo morda sedaj uredilo tudi s korektnim in domišljenim zakonom o zdravnikih. Če bo ta zakon Državni zbor sprejel, potem se boste lahko zdravniki ukvarjali le s strokovnimi vprašanji, in prepričan sem, da boste storili veliko dobrega za prihodnji razvoj Slovenske države.

Hvala Lepa.

### Marjan Jereb, dr. med., minister za zdravstvo

G. predsednik, spoštovane kolegice in kolegi. Večino stvari, ki sem Vam jih želel povedati, mi je moj prijatelj in kolega dr. Janez Podobnik vzel iz ust. Predvsem o zakonu o zdravnikih, ki se pripravlja. Glede zakona ne želim dajati prevelikih obljub, vendar pa upam, tako kot je dejal dr. Podobnik, da bo z njim končno urejen status zdravnikov, ki se bodo lahko nato posvetili predvsem svojemu strokovnemu delu. Zahvaljujem se mu za njegovo podporo zakona o zdravnikih.

Že nekajkrat je bilo omenjeno, da je tokratna redna skupščina SZD že 134 po vrsti. Razmišljal sem, kakšen je bil pred tolikimi leti svet. Avtomobilov še ni bilo, telefonov še ni bilo, vlaki pa so že vozili. Medicina je bila v povojih in je z velikimi koraki vstopala v znanstveno obdobje. Odkritja so si sledila. V teh 134 letih so se zgodile velike spremembe, ki so popolnoma spremenile svet. Ljudje pa smo več ali manj nespremenjeni. Srečujemo se z enakimi težavami, še vedno zbolevamo, še vedno umiramo, še vedno dokaj pogosto ne znamo pomagati, kadar bi bilo potrebno in še vedno se prepiramo med seboj. Tako, kot je bila takrat nuja, da se ustanovi zdravniško društvo, tako je danes nuja, da ga ohranimo. Ni temeljni namen zdravniškega društva, da bi spodbujalo in razvijalo tehnični napredek medicine, ampak je njegov temeljni namen v tem, da različne stroke medsebojno povezuje. Vsi, ki ste danes specialisti različnih strok, vidite, kako nastajajo nove specializacije, ki uhajajo iz že uveljavljenih ožjih strok. Dogaja se, da se že

specialisti sorodnih vej težko sporazumevajo med seboj. Tak razvoj ni dober in ravno tu vidim velikansko povezovalno vlogo Zdravniškega društva, ki je sicer doslej ni tako občutilo, ampak jo bo rabilo.

Izredno veliko strokovnega znanja bo potrebno prenašati na družinske zdravnike, ki bodo morali v prihodnje prevzeti bistveno bolj pomembno vlogo pri varovanju zdravja prebivalstva, kot so jo doslej. Pri tem bo moralo Slovensko zdravniško društvo odigrati izredno pomembno vlogo.

V Sloveniji moramo zagotoviti pogoje, da se bo medicinska stroka razvijala, da bo držala korak z razvojem v svetu. Ker pri nas nimamo tako dobre denarne podlage, kot jo ima razviti svet, bomo morali vložiti pač več truda in delati bolj strokovno kot primerljive države. Ravno pri razvijanju večje strokovnosti znova vidim zelo velik pomen Slovenskega zdravniškega društva.

Glede na povedano se ni bati, da bi Slovensko zdravniško društvo izgubljalo svoj pomen, nasprotno, vedno večji pomen dobiva, ali bi ga vsaj moralo dobivati.

Prepričan sem, da boste na tokratnem srečanju pomembno prispevali k strokovni rasti in da boste odšli domov obogateni z novim znanjem in opremljeni za razvoj medicine in družbe v naslednjih letih ali pa vsaj do naslednjega srečanja. Želim vam uspešen sestanek in čestitam Slovenskemu zdravniškemu društvu, ki živi že toliko časa, da bi živel vsaj še 134 let. Hvala lepa.

### Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., predsednik Zdravniške zbornice Slovenije

Spoštovani g. predsednik prof. Poredoš, spoštovani predsednik države g. Milan Kučan, g. predsednik Državnega zbora dr. Janez Podobnik, minister dr. Marjan Jereb, direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje g. Franc Košir, kolegice in kolegi. V veliko čast in zadovoljstvo mi je, da vas lahko pozdravim v svojem imenu in seveda v imenu Zdravniške zbornice Slovenije. V veselje mi je tudi, da vam lahko danes povem, da so se uresničile moje največje želje in seveda tudi želje g. predsednika dr. Pavla Poredoša. S Slovenskim zdravniškim društvom smo pričeli vzorno sodelovati, premagali smo vse, čeprav še tako nerazumljive ovire in mislim, da imamo zagotovljeno zelo lepo prihodnost medsebojnega sodelovanja.

Zakon o zdravnikih je seveda za vse nas pomemben in vsi zelo veliko pričakujemo od njega. Prepričan sem, da bodo tokrat razumeli tudi politiki, kako pomemben je ta zakon tudi za državo. Pri zakonu ne gre le za naše plače, kot se vse predogodi zlorablja namen tega zakona. Morda lani še sami nismo bili zreli, da bi imeli tak stanovski zakon že v končni fazi sprejemanja. Danes pa gotovo smo zreli, saj sedaj z roko v roki in vzorno sodelujemo z Slovenskim zdravniškim društvom in zdravniškim sindikatom Fi-

des ter pripravljamo zakon tako, da bo vsak od nas našel svoje mesto in svoje interese v njem.

Sigurno, vsaj po mojem prepričanju, obstoj Slovenskega zdravniškega društva ni bil nikoli ogrožen in tudi nikoli ne bo, kvečjemu še bolj bo poudarjen. Sam obstoj SZD tako ni sam po sebi namen, ampak se od društva pričakuje tudi veliko nalog in obveznosti. Vemo, da tudi v evropskih državah, zlasti v državah Evropske unije, v katerih poteka proces poenotenja medicinske stroke v smislu uniformiranja vsebin zdravniških specializacij, to poenotenje vodijo in usmirjajo zdravniška društva, ki so v evropski federaciji združena v UEMS. Za gotovo ima v Sloveniji to mesto Slovensko zdravniško društvo. Seveda v Evropi obstajajo tudi organizacije, ki se jim reče zdravniška zbornica oz. imajo sicer naziv zdravniške asociacije, a delujejo v vlogi zbornic, ki so prav tako potrebne v tem procesu. Upam, da bomo to pot medsebojnega sodelovanja in dopolnjevanja nadaljevali še naprej in s tem koristili vsem zdravnikom v Sloveniji.

Želim vam, da bi uspešno zaključili vaš strokovni sestanek in upam, da se srečamo znova prihodnje leto na naslednjem strokovnem sestanku. Hvala lepa.



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

# HOLSTAR<sup>®</sup>

tablete po 20 mg lovastatin

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

## Skrajšano navodilo

### Indikacije

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

### Doziranje

začetna doza	1 tableta po 20 mg, zvečer med obrokom
največja doza*	80 mg**

\* 40 mg za bolnike, ki jemljejo tudi imunosupresive.

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

Dozo po potrebi spremenimo po 4 tednih.

**Kontraindikacije:** Preobčutljivost za katerokoli sestavino zdravila, aktivna faza jetrne bolezni, trajno povečana aktivnost serumskih transaminaz, nosečnost in dojenje. **Previdnostni ukrepi:** Zdravljenje z lovastatinom moramo prekiniti, če se izrazito poveča aktivnost kreatinske fosfokinaze (10-kratno povečanje zgornje meje normalne vrednosti), če ugotovimo miopatijo, pri bolnikih s hudimi akutnimi obolenji, ki kažejo na miopatijo ali pomenijo potencialno nevarnost za razvoj ledvičnega odpovedovanja po rabdomiolizi. **Interakcije:** Sočasno jemanje lovastatina in antikoagulantov lahko podaljša protrombinski čas, ki ga je treba redno kontrolirati. Pri bolnikih, ki sočasno jemljejo imunosupresive, niacin v odmerkih, ki zmanjšujejo koncentracijo maščob, ali fibrate, je nevarnost pojava miopatije večja. **Stranski učinki:** Napenjanje in bolečine v trebuhu, driska, zaprtje, prebavne motnje, anoreksija, krči in bolečine v mišicah, slabost, vrtoglavica, zamegljen vid, glavobol in kožni izpuščaji. Redkeje se pojavijo utrujenost, srbečica, suha usta, nespečnost, motnje spanja in okusa, sindrom preobčutljivosti, rabdomioliza. Nenormalno povečane vrednosti laboratorijskih testov (povečana aktivnost transaminaz, alkalne fosfataze in nekardialne frakcije kreatinske fosfokinaze ter povečana koncentracija bilirubina) so večinoma začasne. **Oprema:** 20 tablet po 20 mg. Na zdravniški recept. 11/97.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.



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

Strokovni prispevek/Professional article

# FIKSACIJA OČESNE PROTEZE Z ENOSEALNIMI VSADKI

## FIXATION OF OCCULAR PROSTHESIS BY ENOSEAL IMPLANTS

Zoran Arnež,<sup>1</sup> Matjaž Rode,<sup>2</sup> Ljubo Marion,<sup>3</sup> Tomaž Maver<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Klinični oddelek za plastično kirurgijo in opeklino, Klinični center, Zaloška cesta 7, 1525 Ljubljana

<sup>2</sup> Specialistična ambulanta za ustne bolezni in parodontologijo, Zdravstveni dom Ljubljana – SPE Moste, Prvomajska 5, 1000 Ljubljana

<sup>3</sup> Center za fiksno protetiko, Stomatološka klinika, Hrvatski trg 6, 1525 Ljubljana

<sup>4</sup> Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana

Prispelo 1997-04-09, sprejeto 1997-06-20; ZDRAV VESTN 1997; 66: 567-70

**Glavne besede:** obrazne epiteze; fiksacija; enosealni vsadki; osteointegracija

**Key words:** facial epithesis; fixation; enoseal implants; osseointegration

**Izveček** – Izhodišča. Fiksacija obraznih epitez predstavlja resen problem, saj so običajni postopki pomanjkljivi in nenatančni. Enosealni vsadki lahko izboljšajo kakovost pritrditve.

**Abstract** – Background. The fixation of facial epitheses represents a serious problem, as usual procedures are deficient and inaccurate. Enoseal implants may improve the fixation quality.

**Metode.** Očesno epitezo, ki jo je bolnik potreboval za rehabilitacijo po kirurški odstranitvi očesa, so avtorji pritrdili s pomočjo enosealnih vsadkov, ki so jih ustavili v frontalno in zygimatično kost. Na vsadke so pritrdili retencijske elemente.

**Methods.** The eye epithesis, needed by a patient for the rehabilitation after a surgical removal of an eye, was fixed by the authors with the aid of enoseal implants, inserted into the frontal and zygomatic bone. Retentive elements were fixed into the implants.

**Zaključki.** Metoda fiksacije obraznih epitez predstavlja učinkovit način pritrditve epitez, ki ima veliko prednosti pred običajno pritrditvijo.

**Conclusions.** The fixation of facial epitheses method represents an efficient way of the epitheses fixation which has got a great advantage over the usual fixation.

## Uvod

Po resekciji tumorjev v predelu oči, ušes, nosu, zgornje in spodnje čeljusti ostanejo pogosto, kljub plastično-rekonstruktivnim posegom, velike okvare, ki jih je treba prekriti z epitezami obrazne proteze oziroma maske. Te niso namenjene zgolj estetiki in funkciji, ampak so tudi pomemben element psihosocialne rehabilitacije teh bolnikov. Z epitezami lahko popravimo tudi nekatere motnje v rasti in oblikovanju obraza, ki jih rekonstruktivna kirurgija kljub napredku ne zmore zadovoljivo odpraviti. Pomanjkljivost obsežnih kirurških rekonstrukcij je tudi v omejeni možnosti kontrole področja, s katerega je bil odstranjen tumor (1).

Na glavi je pritrđitev epitez lahko težavna, saj nam vedno ne uspe najti retencijskih elementov na takih mestih, da pri tem ne bi trpela zunanji videz in funkcija rešitve (2).

Dosedanji načini pritrđitve obraznih epitez so bili: anatomska ali kirurško pripravljena retencija, pritrđitev z lepili, pritrđitev na očala in pritrđitev s persi.

Vsi ti načini, posamezno ali v kombinaciji, omogočajo sicer bolj ali manj zadovoljivo rešitev, imajo pa kar nekaj pomanjkljivosti: ob odstranitvi očal se vsakič odstrani tudi nanje vezana epiteza, lepila za epiteze lahko povzročijo lokalno draženje kože.

Nova možnost pritrđitve obraznih epitez je uporaba endosealnih vsadkov iz titana, ki so ob pravilni izbiri in pravilni operativni tehniki ter pravilni predpripravi bolnika zelo učinkoviti pritrđitveni element za sidrenje epitez. Vsadki so lahko vsajeni intra- ali ekstraoralno. Branemark je v letu 1964 izvedel prve predklinične in klinične raziskave s takimi titanovimi vsadki v kostnem tkivu (3). S pomočjo histoloških preiskav je dokazal neposredno funkcionalno in strukturno povezavo med kostnim tkivom in titanom.

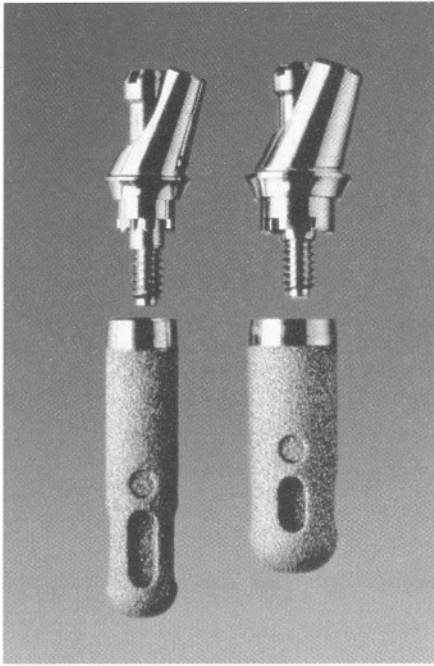
To stanje je poimenoval osteointegracija. Številni drugi avtorji in njihove raziskave so samo potrdile njegove ugotovitve (4-7).

Endosealni titanovi vsadki so se v sedemdesetih letih pričeli pogosto uporabljati za pritrđitev stomatoprotetičnih konstrukcij. Ta nova veja stomatologije, dentalna implantologija, je povzročila pravo malo revolucijo v načrtovanju in izvedbi stomatoprotetične rehabilitacije (4, 7-9). Stomatoprotetična oskrba, ki vključuje endosealne zobne vsadke, je postala četrta stomatoprotetična disciplina in nova možnost protetične oskrbe pacientov ter jo imenujemo implantoprotetična oskrba (9). IMZ implantatni sistem zobnih endosealnih vsadkov (FRIATEC) je eden od največkrat uporabljenih sistemov v Evropi (8). Osnova je cilindrična, premer in dolžina sta različni (sl. 1). Posebno oblikovan instrumentarij in svedri z notranjim hlajenjem omogočajo, da je ležišče za vsadek, ki ga vrežemo v kost, natančno prilagojeno dimenzijam izbranega vsadka, zaradi stalnega in neposrednega hlajenja delovne površine svedra s fiziološko raztopino med vrezovanjem ležišča pa ne nastopi termična okvara kosti. Hrapava zunanja površina vsadka povečuje stično ploskev s kostjo in pripomore k primarni stabilizaciji vsadka. Implantatni cilindrični votel in ima v notranjosti navoje za pritrđitev elementov za sidrenje.

## Opis našega primera

Bolnik M.G. je zbolel za bazalno celičnim rakom v desnem medialnem očesnem kotu, ki je bil sprva zdravljen z obsevanjem. Bolezen je kljub temu napredovala in rak je ob očesni sluznici prodiral v očesno votlino. Zaradi širjenja vzdolž vidnega živca smo bolniku v začetku 1994. leta z operacijo do zdravega tkiva odstranili zrčko in izpraznili očesno votlino,

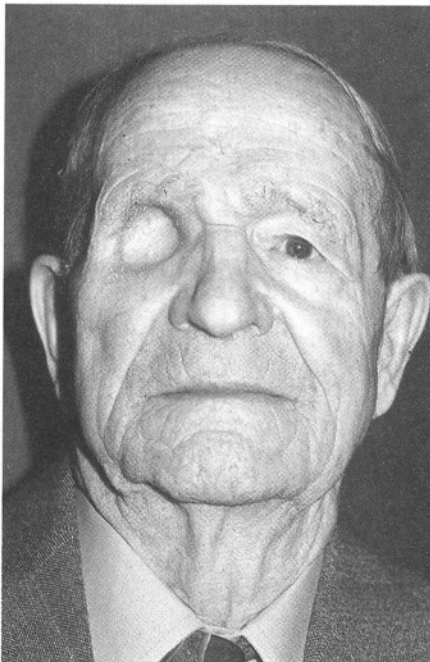




Sl. 1. Vsadki IMZ so izdelani iz titana. Ta je na površini, ki je v stiku s kostjo, hrapav, kar poveča mikroretencijo.

Fig. 1. IMZ implants are made of titanium, which is rough on the surface facing the bone what causes microretention.

nastalo vrzel pa smo prekrili z vezanim režnjem temporalne mišice, ki smo ga prekrili s prostim kožnim presadkom delne debeline kože (sl. 2). Histološki izvidi so potrdili, da je bil rak v celoti odstranjen. Vse rane so se v kratkem zacelile s primarnim celjenjem. Po končanem kirurškem zdravljenju smo menili, da je treba estetski videz bolnika izboljšati z epitezo, ki bi nadomestila zrklo in obe vekli. Bolniku smo predlagali, da mu očesno epitezo pritrldimo s pomočjo vsadkov. Bolnik je privolil.

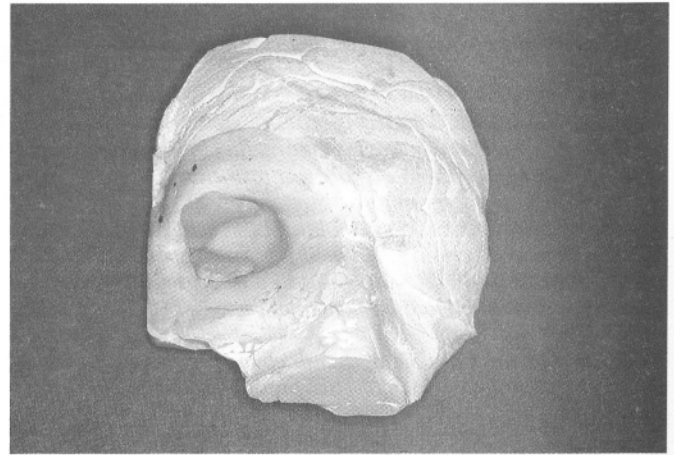


Sl. 2. Stanje bolnikovega desnega orbitalnega predela pred pričetkom vsaditve.

Fig. 2. Status of the right orbit of the patient before implantation.

### Potek vsaditve

Pred operativnim posegom smo naredili RTG posnetek srednjega dela obraza in odtisnili s silikonsko odtisno maso celotni predel z okolico. Po izlitju odtisa v trdem mavcu smo tako dobili mavčni model tega predela bolnikovega obraza, ki nam je služil ob načrtovanju mesta vsadkov in za izdelavo individualne odtisne žlice za končni odtis ter za izdelavo delovnega modela (sl. 3). Odločili smo se vsaditi štiri vsadke IMZ (premer 3,3 mm, dolžina 10 mm). Dva vsadka smo vstavili v stranski predel nadočesnega roba čelne kosti, dva pa v čelni okostek lične kosti. Operativni poseg smo izvedli v lokalni anesteziji. Po inciziji v predelu vsaditve smo očistili kostno površino in odstranili tudi periost s področja bodočega ležišča vsadka. Ležišča za vsadke smo vrezali strojno s svedri z notranjim hlajenjem s fiziološko raztopino in s hitrostjo okoli 1500 obratov na minuto. Uporabili smo posebne svedre, ki so del IMZ implantacijskega seta. Vsadke smo po vnosu v ležišča z rahlimi udarci po pomožnih nosilnih delih dokončno pritrdili. S posebnimi navojnimi razporniki smo zaščitili notranje navoje v vsadkih in vse prekrili s kožno-mišičnim režnjem, ki smo ga za 7 dni oskrbeli z zunanji šivi. Bolnik je hodil na redne kontrole. Pooperativni potek je bil brez posebnosti.

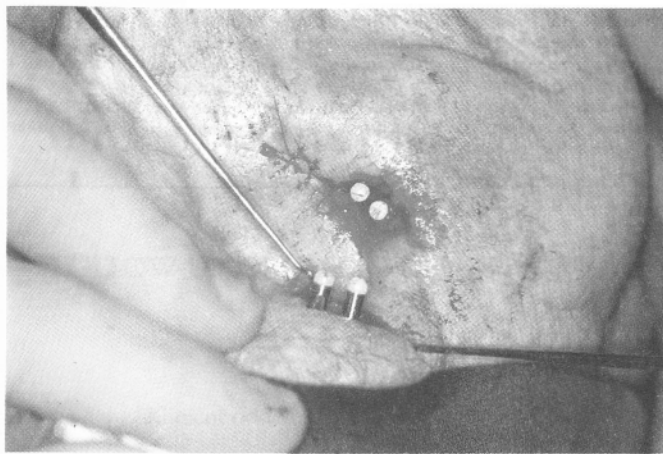


Sl. 3. Delovni model z izdelavno individualno šablono za označitev lege vsadkov.

Fig. 3. Model with individual scheme to determine the position of implants.

Tri mesece po prvem delu vsaditve – toliko časa je potrebno, da pride do osteointegracije med vsadkom in kostjo – smo pri bolniku naredili drugi del posega. Po poprejšnji lokalni anesteziji v operacijskem področju smo z incizijo kožno-mišičnega režnja nad vsadki zaznali njihovo površino, odvili navojne razpornike v vsadkih in vstavili elemente, ki omogočajo izdelavo fiksacijske epitezne nadgradnje. Ti elementi so obročki iz visoko poliranega titana, ki omogočajo nastanek epitelijske manšete okoli posameznega vsadka in polioksimetilenski pomožni elementi z navoji, ki služijo za pritrditev titanovih obročkov (sl. 4). Zaradi neugodnih pogojev za izdelavo implantatne nadgradnje (predebeli kožno-mišični reženj v predelu ličnice) smo to področje po poprejšnjem stanjšanju prekrili s prostim kožnim presadkom, ki smo ga odvezeli v predelu vratu. Šive smo odstranili po sedmih dneh. Postoperacijski potek je bil v mejah pričakovanega.

Tri tedne po odstranitvi šivov smo s posebno odtiskovalno tehniko odtisnili očesno votlino in mesta vsadkov ter izdelali delovni model. Desno očnico smo odtisnili s poliestersko polimero in z odtisnimi vsadkovnimi zatički s pomočjo individualne odtisne žlice. Čez primarni odtis smo odtisnili zgornji del obraza, nos in nasprotno oko s sekundarnim anatomskim odtisom. Delovni model je vključeval desno orbito z laboratorijskimi vsadkovnimi zatički in ves zgornji del obraza. Na laboratorijskih vsadkovnih zatičkih smo izdelali dve zapognjeni gredi za jahače po tehnologiji, ki je znana v fiksni protetik in ki sta služili kot nosilno ogrodje epiteze (sl. 5). Prek gredi smo izdelali akrilatno suprastrukturo z jahači in nato še testno ležišče iz silikona (sl. 6, sl. 7). Epiteza je bila že v laboratorijskem preizkusu trdno postavljena na ogrodje (sl. 8). Po preizkusu na bolniku je sledila izdelava dokončne očesne epiteze, pri kateri smo določili dokončno lego zrkla glede na drugo oko, barvo šarenice, košatost obrvi in dlačic na trepalnicah.



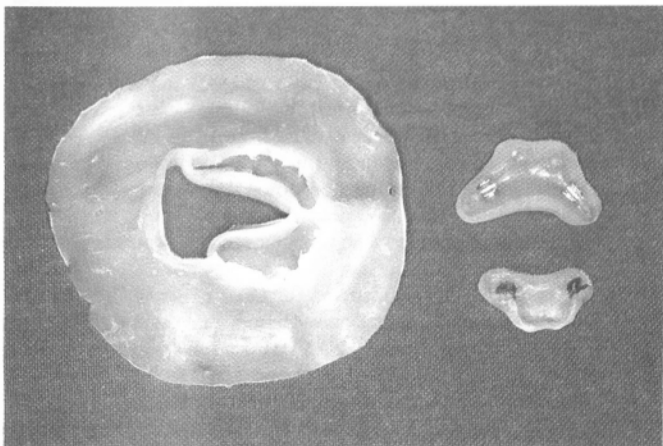
Sl. 4. V drugi fazi vsaditve smo nad vsadki, ki so bili osteointegrirani, odstranili kožno krpo in ustavili elemente, ki so omogočili izgradnjo epitelijske manšete okoli vsadkov.

Fig. 4. During the second operation the skin flap has been removed from above the osteointegrated implants and the elements permitting the growth of mucosal epithelium around the implants have been inserted.



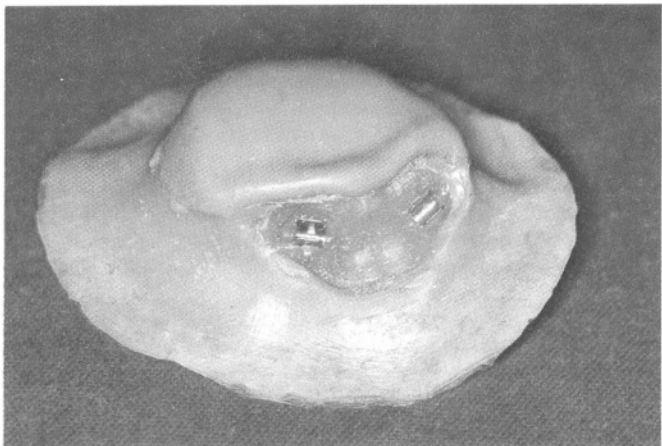
Sl. 5. Mavčni delovni model za izdelavo očesne epiteze z dvema laboratorijskima vsadkovnima zatičkoma v zgornjem delu orbite in zapognjena gred na dveh zatičkih v spodnjem delu orbite.

Fig. 5. The plaster of Paris model for the eye epithesis with two laboratory implants in the upper orbit and the bended bar on two implants in the lower orbit.



Sl. 6. Akrilatni suprastrukturi in testno ležišče očesne epiteze iz silikona, prikazani ločeno po delih.

Fig. 6. Acrylic suprastructure and test socket for eye epithesis made of silicone shown separately.



Sl. 7. Pogled na dokončno izdelano očesno epitezo od spodaj, vidna sta retencijska elementa – jabača.

Fig. 7. The finalized eye epithesis viewed from below; note two retention elements.



Sl. 8. Dokončna izdelana očesna epiteza na delovnem modelu.

Fig. 8. Final epithesis on the model.

## Zaključek

Pritrditev obraznih protez je do pričetka uporabe enosealnih vsadkov predstavljala pogosto velik problem. Pritrditev na očala ali lepljenje na okolno kožo je združeno z mnogimi nevšečnostmi. Prav možnost sidrenja in pritrditve epitez z enosealnimi vsadki pa je te neprijetnosti skoraj v celoti odpravila in ne nazadnje s tem tudi močno zmanjšala psihične obremenitve pri takih bolnikih. Sidrenje epitez na enosealnih vsadkih omogoča pritrrditev epiteze vedno na enak način in tako ne pride do napačne postavitve. Nameščanje je enostavno, hitro in bolniku prijazno, lažje je tudi vzdrževanje higiene.

## Literatura

1. Gehl G. Die Immediatepithese. Dtsch Zahnarzt Z 1994; 49: 138–42.
2. Laas M, Retemeyer K, Lange KP, Thierfelder C, Kalz W. Implantologische Verankerungsmöglichkeiten bei Defektprothesen und Epithesen. Quintessenz 1991; 41: 1725–35.

3. Albrektsson T, Branemark PI, Jacobsson M, Tjellstrom. Present clinical applications of osseointegrated percutaneous implants. *Plast Reconstr Surg* 1987; 79: 721-9.
4. Schroeder A, Sutter F, Buser D, Krekeler G. *Oral Implantology*. New York: Thieme Medical Publishers, 1996.
5. Albrektsson T, Sennerby I. State of art in oral implants. *J Oral Implant* 1991, 18 474-81.
6. Hotz G. Implantologie in der Zahnheilkunde. *Z All Med* 1990; 66: 507-9.
7. Van Steenberghe D, Lekholm D, Bolender C et al. The applicability of osseointegrated oral implants in the rehabilitation of partial edentulism. *J Maxillofac Implants* 1990; 5: 272-81.
8. Bucking W, Suckert R. *Implantat-Prothetik*. Munchen: Neuer Merkur, 1995.
9. Marion M, Rode M, Knez H. Načrtovanje implantnoprotopetične oskrbe. *Zobozdrav Vestn* 1995; 50: 191-5.

#### V tej številki so sodelovali:

- Darja Arko, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, SB Maribor  
višji svetnik prof. dr. Zoran Arnež, dr. med., specialist kirurg, Klinični oddelek za plastično kirurgijo in opeklino, KC Ljubljana
- Katja Ažman, dr. med., Center za intenzivno interno medicino, KC Ljubljana
- asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., specialist kirurg, Zdravniška zbornica Slovenije
- Matija Cevc, dr. med., specialist internist, Slovensko zdravniško društvo  
prim. Smilja Černelč, dr. med., specialistka otorinolaringologinja, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, KC Ljubljana
- doc. dr. Borut Gorišek, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, SB Maribor
- prof. dr. Matija Horvat, dr. med., specialist internist, center za intenzivno interno medicino, KC Ljubljana
- Marjan Jereb, dr. med., specialist radiolog, Ministrstvo za zdravstvo R Slovenije
- prof. dr. Vladimir Jevtič, dr. med., specialist radiolog, Klinični inštitut za radiologijo, KC Ljubljana
- Marko Kolšek, dr. med., specialist splošne medicine, ZD Litija
- Milan Kučan, predsednik Republike Slovenije
- prim. Bogdan Leskovic, dr. med., specialist internist, Ljubljana
- prof. dr. Ljubo Marion, dr. stom., Stomatološka klinika, KC Ljubljana
- Tomaž Maver, ing. ortopedske tehn., Inštitut RS za rehabilitacijo, Ljubljana
- doc. dr. Marko Noč, dr. med., specialist internist, Center za intenzivno interno medicino, KC Ljubljana
- prof. dr. Miriam Petrun-Ulaga, dr. med., specialistka anesteziologinja, Ljubljana
- Janez Podobnik, dr. med., predsednik Državnega zbora R Slovenije
- prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., specialist internist, Slovensko zdravniško društvo
- doc. dr. Anton Prijatelj, dr. med., specialist medicine dela, Nova Gorica
- Friderik Pušnik, dr. med., Maribor
- doc. dr. Samo Ribarič, dr. med., Inštitut za patofiziologijo, MF Ljubljana
- višji svetnik prof. dr. Matjaž Rode, dr. stom., specialist za zobne in ustne bolezni, ZD Ljubljana
- asist. Pavel Skok, dr. med., specialist internist, SB Maribor
- mag. Eva Stergar, dipl. psih., Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana
- asist. mag. Iztok Takač, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, SB Maribor
- mag. Jagoda Vatovec, dr. med., specialistka otorinolaringologinja, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, KC Ljubljana
- Tatjana Zorko, dr. med., specialistka internistka, Klinični oddelek za žilne bolezni, KC Ljubljana
- prof. dr. Miha Žargi, dr. med., specialist otorinolaringolog, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, KC Ljubljana

Strokovni prispevek/Professional article

# SPREMLJANJE BOLNIC PO KONIZACIJI MATERNIČNEGA VRATU Z DIATERMIJSKO ZANKO

## FOLLOW-UP OF THE PATIENTS AFTER LOOP DIATHERMY CONIZATION OF THE UTERINE CERVIX

Iztok Takač, Darja Arko, Borut Gorišek, Tatjana Kodrič

Klinični oddelek za ginekologijo in perinatologijo, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2101 Maribor

Prispelo 1997-01-03, sprejeto 1997-06-26; ZDRAV VESTN 1997; 66: 571-3

**Ključne besede:** konizacija; diatermijska zanka; cervikalna intraepiteljska neoplazija

**Key words:** conization; loop diathermy; cervical intraepithelial neoplasia

**Izvleček** – Izhodišča. Namen raziskave je bil ugotoviti rezultate spremljanja bolnic po konizaciji materničnega vratu z diatermijsko zanko.

**Abstract** – Background. Our purpose was to study the results of a follow-up of patients after loop diathermy conization of the uterine cervix.

**Metode.** Med leti 1993 in 1995 smo pri bolnicah, poslanih iz Ambulante za kolposkopijo Splošne bolnišnice Maribor, opravili 88 konizacij z diatermijsko zanko. S histološko preiskavo smo ugotavljali stanje robov operativnih preparatov. Tri mesece po operaciji smo bolnice pregledali kolposkopsko in jim odvzeli bris materničnega vratu. Bolnice brez znakov bolezni smo nadalje spremljali kolposkopsko in citološko, ostale pa smo ustrezno zdravili.

**Methods.** Eighty-eight patients treated with loop diathermy conization were recruited from the Colposcopy clinic of Maribor Teaching Hospital between 1993 and 1995. Histologic specimens were evaluated for endocervical glandular and margin involvement. Patients were scheduled for follow-up colposcopy and cervical cytology 3 months after their initial loop procedure. Those found to be disease-free were followed up with intensive colposcopic and cytologic surveillance. The others were treated adequately.

**Rezultati.** Robovi 73 (83,0%) konusov so bili prosti. V 15 (17,0%) primerih so robovi vsebovali neoplazijo. Endocervikalni robovi so bili zajeti z neoplazijo v 10 (11,4%), eksocervikalni pa v 5 (5,6%) primerih. Citološki bris, odvzet 3 mesece po operaciji, je bil pri vseh bolnicah, katerih eksocervikalni robovi so vsebovali neoplazijo, negativen. Pri bolnicah, pri katerih pa so vsebovali neoplazijo endocervikalni robovi, je bil 3 mesece po operaciji citološki bris negativen v 5 (50,0%) primerih. Pri 2 (20,0%) je bil bris sumljiv. V tej skupini smo konizacijo ponovili v dveh primerih. V preparatih smo tedaj našli CIN 2 in CIN 3. Med preostalimi bolnicami z neoplazijo v endocervikalnih robovih smo opravili eno (10,0%) radikalno histerektomijo in dve (20,0%) navadni histerektomiji, ne da bi čakali na kontrolni pregled. Tri mesece po konizaciji nismo našli pozitivnega citološkega brisa pri nobeni bolnici.

**Results.** In 73 (83.0%) cones, the margins were free of disease. The margins exhibited neoplasia in 15 (17.0%) cases. The endocervical margins were involved in 10 (11.4%) and exocervical margins in 5 (5.6%) patients. In all patients with involved exocervical margins, the cervical smear obtained 3 months after the operation was negative. Among the patients with involved endocervical margins, 5 (50.0%) had a negative cervical smear obtained 3 months after the operation. In 2 (20.0%) patients the control smear was suspicious. In this subgroup two reconizations were performed. In the reconization specimens, one CIN 2 and one CIN 3 was found. Among the remaining endocervical involvement group, radical hysterectomy was performed in one (10.0%) and a simple hysterectomy in two (20.0%) patients, without waiting for the 3-months follow-up investigation. No positive cervical smear was found in any patient 3 months after primary conization.

**Zaključki.** Rezultati citoloških in kolposkopskih preiskav potrjujejo uporabnost in učinkovitost konizacije z diatermijsko zanko pri bolnicah s CIN materničnega vratu. Pri večini bolnic s CIN v robovih operativnih preparatov je bil kontrolni citološki izvid negativen.

**Conclusions.** The results of cytologic and colposcopic examinations confirm the applicability and efficacy of loop diathermy conization in patients with CIN of the uterine cervix. The control cytologic report was negative in the majority of patients with CIN in margins of the operative specimens.

### Uvod

Konizacija je kombiniran diagnostično-terapevtski poseg, pri katerem izrežemo stožec (konus) iz materničnega vratu. Poseg je najpogosteje indiciran pri višjih stopnjah cervikalne intraepiteljske neoplazije (CIN). V primerih, ko histopatološka preiskava pokaže intraepiteljsko naravo procesa, in pri nekaterih oblikah

mikroinvazivnega raka, je hkrati dokončna oblika zdravljenja. Poseg mora biti dovolj temeljit, da se odstrani celotno področje spremenjenega epitelija, po drugi strani pa ne sme biti preobsežen, saj lahko sicer nastopijo nekateri zapleti že med posegom ali po njem. Trenutno ne poznamo idealne tehnike konizacije. Po najstarejši izrežemo konus s skalpelom in preostali del materničnega vratu zašijemo.



Leta 1984 je Cartier pričel uporabljati majhne diatermijske zanke za biopsijo sumljivih sprememb materničnega vratu (1). Prendiville s sod. je leta 1989 opisal uporabo diatermijske zanke pri zdravljenju CIN (2). Odtlej se je metoda vse bolj razširila in je v mnogih centrih povsem nadomestila ostale tehnike konizacije. Naumann s sod. je dokazal, da lahko konizacija z diatermijsko zanko uspešno nadomesti konizacijo s skalpelom (3). Uspešnost tovrstnega zdravljenja so preverili v številnih raziskavah (4–6). Pri konizaciji z diatermijsko zanko se odstrani manj zdravega tkiva materničnega vratu kot pri konizaciji s skalpelom (7).

Konizacijo z diatermijsko zanko smo na Kliničnem oddelku za ginekologijo in perinatologijo Splošne bolnišnice Maribor pričeli izvajati leta 1993. Menili smo, da je potrebno raziskati potek nadaljnjega zdravljenja z ozirom na prisotnost neoplazije v robovih izrezanih stožcev in izdelati smernice za spremljanje teh bolnic.

## Bolnice in metode

V triletnem obdobju 1993–95 smo na Kliničnem oddelku za ginekologijo in perinatologijo Splošne bolnišnice Maribor opravili 88 konizacij z diatermijsko zanko. Bolnice s sumljivimi ali pozitivnimi citološkimi brisi materničnega vratu smo pregledali s kolposkopom in opravili kolposkopsko vodeno biopsijo. V primerih, ko transformacijsko področje ali lezija nista bili vidni v celoti, smo opravili abrazijo cervikalnega kanala. Za konizacijo smo se odločili pri bolnicah z elementi hude displazije, pri tistih, pri katerih se ocena citološkega brisa ni ujemala s kolposkopsko vodeno biopsijo, ter pri tistih, pri katerih kolposkopija ni bila zadovoljiva.

Operativni poseg smo opravili v aseptičnih pogojih in kratkotrajni splošni anesteziji. Po barvanju materničnega vratu s Schillerjevo raztopino smo vanj vbrizgali vazokonstriktor ornitin-vazopresin (POR 8, Sandoz). Temu je sledil izrez displastičnega epitelijskega z diatermijsko zanko. Za izvor visokofrekventnega toka smo uporabljali elektrokirurško enoto Elektrotom 400 (Brechtold, BRD). Diatermijske zanke so različnih oblik in velikosti (sl. 1). Za rezanje in koagulacijo smo uporabljali visokofrekventno polje moči 50 W. Izrezu konusa z diatermijsko zanko sledi koagulacija ležišča konusa s kroglično elektrodo (sl. 2). Posebno pozornost velja nameniti robovom, ki pogosto močneje krvavijo. Konuse smo fiksirali v 10-odstotnem formalinu in jih pripravili za histopatološko preiskavo. Uspešnost posega smo ocenili glede na celovitost odstranitve neoplastičnega procesa, ugotovljenega s histopatološko preiskavo in s kontrolnim citološkim brisom materničnega vratu, odzvetim 3 mesece po operaciji.

## Rezultati

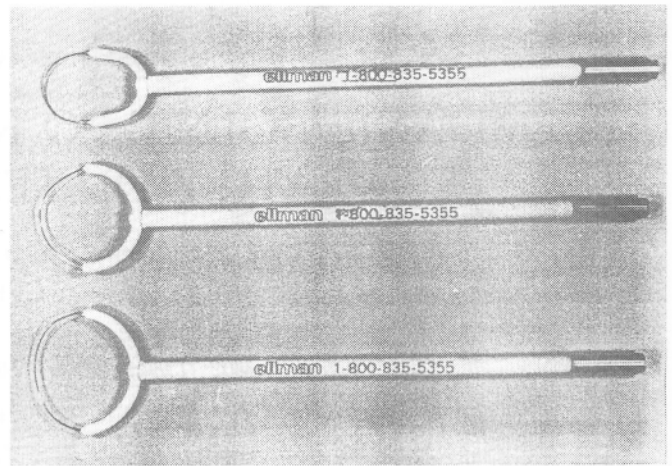
Bolnice so bile stare od 22 do 53 let (srednja vrednost  $\pm$  SD = 33,2  $\pm$  6,8 leta). Normalno kolposkopsko sliko smo ugotovili pri 16 (18,2%) bolnicah. 71 (80,7%) bolnic je imelo levkoplakično dno, mozaik ali atipično transformacijsko področje, 1 (1,1%) pa drugačno kolposkopsko patologijo. Schillerjev test je bil pozitiven pri 73 (83,0%) bolnicah. Zadnji bris materničnega vratu je bil negativen pri 2 (2,3%), sumljiv ali pozitiven (razredi 3 do 5 po Papanicolaou) pa pri 84 (95,4%) bolnicah. Kolposkopsko vodena biopsija je pokazala hudo stopnjo CIN pri 85 (96,6%) bolnicah.

Med 88 konusi so bili 3 (3,4%) negativni. Zmerna ali huda stopnja CIN je bila prisotna v 82 (93,2%) primerih, med njimi CIN 2 v 27 (30,7%) in CIN 3 v 55 (62,5%) primerih.

Odkrili smo tri (3,4%) bolnice z invazivnim rakom, med njimi dve (2,3%) z mikroinvazivnim rakom stadija IA1 in eno (1,1%) z mikroinvazivnim rakom stadija IA2.

Robovi 73 (83,0%) konusov so bili prosti. Neoplazijo so vsebovali robovi 15 (17,0%) konusov. Endocervikalni robovi so vsebovali neoplazijo v 10 (11,4%), ekscervikalni pa v 5 (5,6%) primerih.

Kontrolni brisi materničnega vratu, odvzeti 3 mesece po operaciji, so bili pri vseh bolnicah, katerih ekscervikalni robovi so vsebo-



Sl. 1. Diatermijske zanke različnih velikosti.

Fig. 1. Diathermy loops of various sizes.



Sl. 2. Diatermijska kroglična elektroda.

Fig. 2. Diathermy ball electrode.

vali neoplazijo, negativni. Med bolnicami, katerih endocervikalni robovi so vsebovali neoplazijo, smo takoj po prejetju histopatološkega izvida opravili eno (10,0%) radikalno in dve (20,0%) navadni histerektomiji. Preostale smo z odvzemom brisa kontrolirali čez 3 mesece. Pri 5 (50,0%) je bil kontrolni bris negativen, pri 2 (20,0%) pa sumljiv (razred 3 po Papanicolaou). Pri slednjih dveh bolnicah smo izvršili rekonizacijo, ki je pokazala v enem primeru CIN 2, v drugem pa CIN 3.

Kontrolni brisi preostalih 73 bolnic, pri katerih so bili robovi konusov prosti, so bili negativni v 72 (98,6%) primerih, v enem (1,4%) pa je bil kontrolni bris sumljiv, čeprav je bil konus izrezan v zdravo. Po zdravljenju vnetja se je citološka slika brisa materničnega vratu normalizirala in nadaljnje zdravljenje ni bilo potrebno.

## Razprava

Namen konizacije materničnega vratu je odstranitev intraepitelijske lezije v celoti. Natančna histopatološka preiskava omogoča postavitve končne diagnoze in ocenitev temeljitosti posega glede na odnos lezije do strome in robov preparata.

Konizacija z diatermijsko zanko je varna, zanesljiva in učinkovita metoda odstranjevanja intraepitelijskih procesov, kar so dokazale številne raziskave (4, 8, 9).

Naše bolnice so bile nekoliko starejše (srednja vrednost: 33 let) od tistih 47, s katerimi so delali Massad in sod., saj je bila srednja starost njihovih bolnic 25 let, kakor tudi od tistih 54, pri katerih so Dražančič in sod. opravili konizacijo s skalpelom in so bile v povprečju stare 30 let (10, 11). Enako starost bolnic, kot mi, navajajo Lopes in sod., ki so opravili konizacijo z diatermijsko zanko pri 1696 bolnicah, v povprečju starih 33 let (12).

Girardi in sod. so med 38 konusi, dobljenimi z diatermijsko zanko, našli CIN 2 v 4 (10,5%) in CIN 3 v 31 (81,6%) primerih (7). Naumann in sod. so med 120 konusi našli CIN 2 v 27 (22,5%) in CIN 3 v 37 (30,8%) primerih (3). Podobno smo mi našli CIN 2 v 27 (30,7%) in CIN 3 v 55 (62,5%) primerih.

V naši raziskavi so robovi vsebovali neoplazijo v 15 (17,0%) primerih. Robinson in Tirpack poročata o 31 od 131 (23,6%) diatermijskih konusih, katerih robovi so vsebovali neoplazijo (13). Z lasersko konizacijo dobimo celo višji delež nepopolno izrezanih konusov, ki dosega tudi do 42% (14).



Navkljub relativno visokemu deležu nepopolno izrezanih konusov pa je bilo nadaljnje zdravljenje potrebno le pri manjšem deležu naših bolnic, in sicer le pri 50% tistih, katerih endocervikalni robovi so vsebovali neoplazijo, to je pri 5 bolnicah. Nadaljnje zdravljenje ni bilo potrebno pri nobeni bolnici, katere ekscervikalni robovi so vsebovali neoplazijo.

Murdoch in sod. so skušali ugotoviti vpliv nepopolno izrezanih konusov na pogostnost rezidualne CIN (15). Čeprav so bili kontrolni, citološki brisi, odvzeti 721 bolnicam 3 mesece po operaciji negativni kar v 95%, pa je bilo z neoplazijo zajetih kar 44% robov konusov. Na osnovi svojih opažanj so zaključili, da histopatološki izvid nepopolnega izrezanja neoplazije ne ustreza pogostnosti rezidualne CIN. V naši raziskavi smo ugotovili, da je bilo 83 (94,3%) bolnic dejansko ozdravljenih s prvim posegom, čeprav bi to lahko na osnovi histopatološkega pregleda konusov trdili le za 73 (83,0%) bolnic, katerih robovi konusov so bili prosti. Prepričani smo, da je boljši uspeh diatermijskega posega posledica dodatne elektrokoagulacije ležišča konusa, s katerim zaustavimo krvavitev, hkrati pa uničimo morebitni preostali del neoplastičnega epitelijskega. Visoka učinkovitost konizacije z diatermijsko zanko nas spodbuja k dodatnim kolposkopskim in citološkim preiskavam bolnic, katerih konusi po histopatološkem izvidu niso izrezani v zdravo, in ne k rutinskim ponovnim operacijam. Na ta način lahko odkrijemo tisto manjšino bolnic, pri katerih pa je rezidualna CIN dejansko prisotna, saj samo te potrebujejo dodatno zdravljenje.

Mnoge raziskave so potrdile visoko učinkovitost (95–96%) konizacije z diatermijsko zanko (2, 4, 5). Naša raziskava te ugotovitve potrjuje. Bigrigg in sod. so spremljali 1000 bolnic po konizaciji z diatermijsko zanko vsaj 22 mesecev. V prvem letu po operaciji so ugotovili 5,0%, v drugem pa 0,6% rezidualnih lezij in recidivov (16).

Zanimivo je, da avtorji, ki izvajajo konizacijo z diatermijsko zanko, poročajo tudi o večjem deležu zgodnjih invazivnih rakov materničnega vratu (17). Turner in sod. so opisali 33 bolnic s hudo stopnjo displazije, ki so jih operirali z diatermijsko zanko (18). Med njimi so našli en primer invazivnega in dva primera mikroinvazivnega raka. Milojković je z uporabo različnih diagnostičnih tehnik našel zgodnji invazivni rak pri 2,7% od 1077 bolnic (19). Buxton in sod. so zdravili 243 bolnic s konizacijo z diatermijsko zanko (20). Našli so tri primere adenokarcinoma in situ in en mikroinvazivni karcinom. V naši raziskavi smo med 88 bolnicami odkrili tri mikroinvazivne karcinome.

Zaključimo lahko, da rezultati naše raziskave potrjujejo uporabnost in učinkovitost konizacije z diatermijsko zanko pri zdravljenju bolnic s CIN. Večine bolnic z neoplazijo v robovih histopatoloških preparatov ni potrebno dodatno zdraviti.

## Zahvala

Avtorji se zahvaljujejo Marijani Gajšek-Marchetti za pomoč pri obdelavi rokopisa.

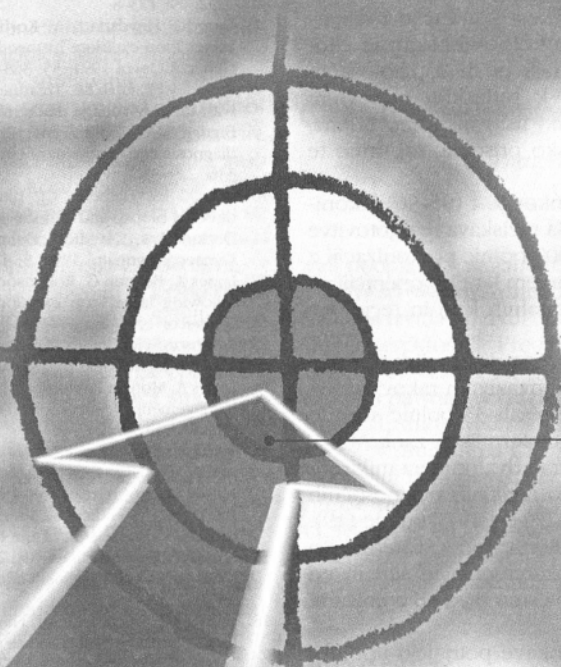
## Literatura

1. Cartier R. Therapeutic choices in treatment. In: Cartier R ed. Practical colposcopy. Paris: Laboratoire Cartier, 1984: 162–2.
2. Prendiville W, Cullimore J, Norman S. Large loop excision of the transformation zone (LLETZ). A new method of management for women with cervical intraepithelial neoplasia. Br J Obstet Gynaecol 1989; 96: 1054–60.
3. Naumann RW, Bell MC, Alvarez RD et al. LLETZ is an acceptable alternative to diagnostic cold-knife conization. Gynecol Oncol 1994; 55: 224–8.
4. Luesley DM, Cullimore J, Redman CWE et al. Loop diathermy excision of the cervical transformation zone in patients with abnormal smears. Br Med J 1990; 300: 1690–3.
5. Murdoch JB, Grimshaw RN, Monaghan JM. Loop diathermy excision of the abnormal cervical transformation zone. Int J Gynecol Cancer 1991; 1: 105–11.
6. Wright TC, Gagnon S, Richart RM, Ferenczy A. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia using the loop electrosurgical excision procedure. Obstet Gynecol 1992; 79: 173–8.
7. Girardi F, Heydarfadai M, Koroschetz F, Pickel H, Winter R. Cold-knife conization versus loop excision: histopathologic and clinical results of a randomized trial. Gynecol Oncol 1994; 55: 368–70.
8. Whiteley PF, Olah KS. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia: Experience with the low-voltage diathermy loop. Am J Obstet Gynecol 1990; 162: 1272–7.
9. Bigrigg MA, Codling BW, Pearson P, Read MD, Swingler GR. Colposcopic diagnosis and treatment of cervical dysplasia at a single clinic visit. Lancet 1990; 336: 229–31.
10. Massad LS, Halperin CJ, Bitterman P. Correlation between colposcopically directed biopsy and cervical loop excision. Gynecol Oncol 1996; 60: 400–3.
11. Dražančić A, Kuvačić I, Delmiš J, Škrablin S. Konizacija cerviksa u trudnoći. Gynaecol Perinatol 1996; 5: 47–52.
12. Lopes A, Beynon G, Robertson G, Daras V, Monaghan JM. Short term morbidity following large loop excision of the cervical transformation zone. J Obstet Gynaecol 1994; 14: 197–9.
13. Robinson WR, Tirpack JS. The predictive value of LEEP specimens with involved margins for residual dysplasia. Int J Gynecol Cancer 1996; 6: 140–4.
14. Lopes A, Morgan P, Murdoch J, Piura B, Monaghan JM. The case for conservative management of 'incomplete excision' of CIN after laser conization. Gynecol Oncol 1993; 49: 247–9.
15. Murdoch JB, Morgan P, Lopes A, Monaghan JM. Histological incomplete excision of CIN after large loop excision of the transformation zone (LLETZ) merits careful follow-up, not retreatment. Br J Obstet Gynaecol 1992; 99: 990–3.
16. Bigrigg A, Haffenden DK, Sheehan AL, Codling BW, Read MD. Efficacy and safety of large-loop excision of the transformation zone. Lancet 1994; 343: 32–5.
17. Murdoch JB, Grimshaw RN, Morgan PR, Monaghan JM. The impact of loop diathermy on management of early invasive cervical cancer. Int J Gynecol Cancer 1992; 2: 129–33.
18. Turner MJ, Rasmussen MJ, Flannelly GM, Murphy JF, Lenehan PM. Outpatients' loop diathermy conization as an alternative to inpatient knife conization of the cervix. J Reprod Med 1992; 37: 314–6.
19. Milojković M. Mjesto kolposkopije u programu sekundarne prevencije raka vrata maternice. Gynaecol Perinatol 1994; 3: 61–4.
20. Buxton EJ, Luesley DM, Shafi MI, Rollason M. Colposcopically directed punch biopsy; a potentially misleading investigation. Br J Obstet Gynaecol 1991; 98: 1273–5.

# ASPIRIN® DIREKT

ŽVEČLJIVE TABLETE

**Hitreje do cilja!**



- hitro lajša bolečine
- želodec ga dobro prenaša
- lahko ga jemljemo brez tekočine

produkcija: Studio Moderna, oblikovanje: DVA

**Bayer**   
Bayer Pharma d.o.o.

**100**   
Stoletje Aspirina

PODROBNEJŠE INFORMACIJE O ZDRAVILU DOBITE PRI PROIZVAJALCU.

Strokovni prispevek/Professional article

# KRVAVITVE IZ ZGORNJIH PREBAVIL – ANALIZA VZROKOV V TRILETNEM OBDOBJU

## UPPER GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE – AN ANALYSIS OF ITS CAUSES IN A 3-YEAR PERIOD

Pavel Skok

Oddelek za gastroenterologijo in endoskopijo, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor

Prispelo 1997-02-20, sprejeto 1997-05-27; ZDRAV VESTN 1997; 66: 575-8

**Ključne besede:** krvavitev iz prebavil; zgornja prebavna cev; epidemiologija; interventna endoskopija; endoskopska hemostaza; umrljivost

**Key words:** gastrointestinal hemorrhage; upper digestive tract; epidemiology; interventional endoscopy; endoscopic hemostasis; risk factors; mortality

**Izvleček** – Izhodišča. Krvavitev iz prebavil je pogost zdravstveni problem v svetu in pomemben vzrok obolevnosti in smrtnosti. Namen retrospektivne študije je ugotoviti vzroke krvavitve iz zgornjih prebavil v triletnem obdobju v naši ustanovi.

**Abstract** – Background. Gastrointestinal hemorrhage is a frequent medical problem and a significant cause of morbidity and mortality. The aim of the study carried out at our institution was to establish the causes of hemorrhage from the upper digestive tract in a 3-year period.

**Bolniki in metode.** Retrospektivna študija zajema bolnike, pri katerih smo v obdobju od 1. januarja 1994 do 31. decembra 1996 opravili urgentne endoskopske preiskave zgornjih prebavil.

**Patients and methods.** The retrospective study includes those patients in which urgent endoscopic investigations of the upper digestive tract were carried out between 1 January 1994 and 31 December 1996.

**Rezultati.** Pregledali smo 2150 bolnikov: 797 žensk in 1353 moških. Povprečna starost bolnikov je bila 57 let (v razponu od 3 do 97 let,  $SD \pm 17$ ). Pri 665 bolnikih (31%) so bili ob endoskopski preiskavi prisotni znaki akutne krvavitve ali sledovi pretekle krvavitve v zgornji prebavni cevi. Endoskopsko hemostazo smo opravili pri 577 bolnikih (27%). Ulkusna bolezen je bila pri 41,2% preiskovancev vzrok krvavitve. Med pogostimi vzroki krvavitve so bile še hemoragične, vnetno-erozivne spremembe sluznice želodca in dvanajstnika (19%), raztrgane varice požiralnika (8,1%) in refluksna bolezen požiralnika (6,9%). Pri 13,7% bolnikov vzrok krvavitve ni bil v zgornji prebavni cevi. Krvavitev v prebavno cev se je pri 50,3% preiskovancev izrazila z odvajanjem črnega, smolnatega blata, pri 33,1% pa z bruhanjem krvi. 47,2% preiskovancev je bilo starejših od 60 let.

**Results.** 2150 patients were investigated: 797 women and 1353 men. The average age of our patients was 57 years (a 3 – 97 year span,  $SD \pm 17$ ). In 665 patients (31%), endoscopic examination revealed signs of acute hemorrhage or traces of previous hemorrhage in the upper digestive tube. Endoscopic hemostasis was carried out in 577 cases (27%). Complications of ulcer disease were the cause of hemorrhage in 41.2% of investigated patients. Frequent cause of hemorrhage were also hemorrhagic, inflammatory erosive changes of the gastric and duodenal mucosa – in 19%, ruptured esophageal varices – in 8.1%, and esophageal reflux disease – in 6.9%. In 13.7% of patients the cause of hemorrhage did not lie in the upper digestive tract. In 50.3% of cases the gastrointestinal hemorrhage manifested itself by the discharge of melanic feces, in 33.1% by hematemesis. 47.2% of our patients were aged over 60.

**Zaključki.** Ulkusna bolezen je tudi v našem okolju najpogostejši vzrok krvavitve iz prebavne cevi. Krvavitve so pogoste pri starejših bolnikih, ki imajo običajno tudi druge bolezni.

**Conclusions.** Also in our society complications of ulcer disease are the most significant cause of gastrointestinal hemorrhage. Hemorrhages are frequent in elderly patients who usually have accompanying diseases.

## Uvod

Akutne krvavitve iz prebavil sodijo med najpogostejša nujna stanja, s katerimi se srečujemo v gastroenterologiji (1–6). Številne bolezni prebavil se izrazijo s krvavitvijo iz prebavne cevi. Klinično se krvavitev kaže kot melena, hematemeza ali hemohezija. Hematemeza in melena sta običajno znak krvavitve v zgornji prebavni cevi, hemohezija pa običajno označuje krvavitev od sredine transverzalnega dela debelega črevesa do analne odprtine. Melena je odvajanje mazavega, črnega blata. Značilna barva in videz je po-

sledica bakterijske razgradnje krvi v prebavilih, ko nastanejo sulfurirani razgradni produkti hemoglobina in črno obarvani porfirinski produkti. Običajno je pozni znak še potekajoče ali že končane krvavitve in lahko traja še nekaj dni po končani krvavitvi. Hematemeza je bruhanje sveže krvi ali kavni usedlini podobne vsebine, ki nastane zaradi stika krvi z želodčno vsebino in nastanka hematina. Bruhanje sveže krvi pa običajno pomeni, da bolnik krvavi iz požiralnika in kri ni prišla v stik z želodčno vsebino. Hematemeza je posledica krvavitve iz predela med ustno votlino in spodnjim delom dvanajstnika. Hemohezija označuje odvajanje

krvi ali krvi, pomešane z blatom. Vzrok je običajno bolezen spodnje prebavne cevi. Hemobilija je redka krvavitev iz žolčevodov, ki se klinično lahko izrazi kot hematemeza ali melena. Sindrom je opisal Glisson že leta 1654, ko je predstavil poškodbe jeter, ki so povzročile bruhanje krvi ali odvajanje blata, pomešanega s krvjo (3). Izraz hemobilija je uvedel Sandblom leta 1948 (3).

Ulkusna bolezen dvanajstnika in želodca je najpogostejši vzrok krvavitve iz zgornje prebavne cevi (1, 2, 4, 5, 7, 8). Pogost vzrok krvavitve so tudi vnetne, hemoragično-erozivne spremembe sluznice zgornjih prebavil, raztrgane varice požiralnika ali želodca, Mallory-Weissov sindrom (vzdolžna razpoka sluznice na prehodu požiralnika v želodec, ki nastane običajno zaradi dolgotrajnega bruhanja) in tumorji požiralnika ali želodca (1, 2, 4, 5, 7, 8). Bolezni spodnjega dela prebavil se redkeje klinično pokažejo z znaki obilnejše krvavitve.

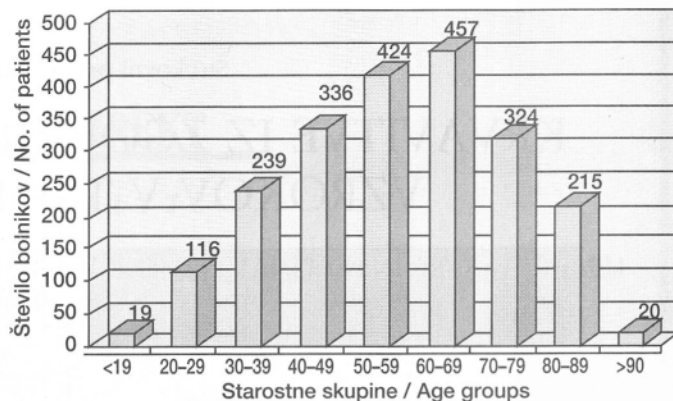
Vsaka akutno nastala krvavitev iz prebavil je stanje, ki zahteva skrbno klinično oceno bolnika, hkrati ustrezno simptomatsko zdravljenje in racionalne diagnostične postopke za ugotovitev mesta krvavitve in hemostatične posege (5). Endoskopske preiskave so najučinkovitejša instrumentalna metoda za ugotavljanje vzroka in mesta krvavitve, omogočajo pa tudi različne transendoskopske načine hemostaze (9–24). Z endoskopskimi preiskavami zgornje in spodnje prebavne cevi lahko odkrijemo pri večini bolnikov (95%) mesto krvavitve (4, 9). Le v primeru, da z endoskopskimi preiskavami ne uspemo ugotoviti mesta krvavitve, je nujno opraviti arteriografijo ali scintigrafijo z označenimi eritrociti v času, ko krvavitev še traja. Rentgenskih kontrastnih preiskav pri bolnikih s krvavitvijo iz prebavne cevi danes ne uporabljamo več. Izjema so boleznit tankega črevesa (4).

## Bolniki in metode

V raziskavo smo vključili 2150 bolnikov (797 žensk in 1353 moških), ki smo jih v obdobju od 1. januarja 1994 do 31. decembra 1996 pregledali zaradi krvavitve iz prebavil na oddelku za gastroenterologijo in endoskopijo naše ustanove. V Splošni bolnišnici Maribor opravljamo namreč endoskopske preiskave prebavil le na tem oddelku. 95% bolnikov smo pregledali neposredno po sprejemu na interni oddelek, ostalih 5% bolnikov pa najkasneje 6 ur po pregledu v ambulanti internistične prve pomoči. 74,4% preiskovancev je bilo napoteno v bolnišnico zaradi znakov krvavitve iz prebavil, 25,6% preiskovancev so napotili na preiskavo z drugih oddelkov naše ustanove, kjer so jih zdravili zaradi krvavitve iz prebavil, ali pa se je krvavitev pojavila med zdravljenjem drugih bolezni. Pri vseh smo opravili nujne endoskopske preiskave zgornjih prebavil za ugotovitev izvira krvavitve, endoskopske hemostatske posege pa le pri 577 bolnikih (27% preiskovancev). Pred posegom smo bolnike seznanili z namenom preiskave, svoj pristanek na endoskopski poseg so tudi pisno potrdili. Kot premedikacijo so pred preiskavo prejeli butilskopolamin 20 mg/1ml v intravenski obliki (Buscopan, Boehringer Ingelheim) in lokalni anestetik lidokain, v obliki 1-odstotnega pršila (Xylocain, Astra), običajno 1–2 vpiha. Vse preiskave smo opravili z instrumenti Olympus GIF Q 20 in GIF Q 30 (Olympus, GmbH Hamburg). Bolnike, pri katerih so bili izraženi simptomi in znaki hipovolemičnega šoka, smo zdravili na oddelku za internistično intenzivno medicino. Povprečna starost v raziskavo vključenih bolnikov je bila 57 let (razpon od 3 do 97 let, SD±17).

## Rezultati

V zadnjih treh letih smo pregledali 2150 bolnikov. Leta 1994 801 bolnika, leta 1995 683 bolnikov in 666 bolnikov leta 1996. Pri 665 bolnikih (31% preiskovancev) smo pri endoskopski preiskavi zgornje prebavne cevi ugotovili aktivno krvavitev ali sledove že zaključene krvavitve. Ulkusna bolezen je bila najpogostejši vzrok krvavitve – razjeda dvanajstnika v 19,3% in razjeda želodca ali



Sl. 1. Starostna razporeditev 2150 bolnikov, pregledanih v obdobju 1994–1996.

Fig. 1. Age distribution of 2150 patients examined in the period between 1994–1996.

Tab. 1. Vzroki krvavitve – število bolnikov (2150), izraženih v odstotkih.

Tab. 1. Causes of hemorrhage – number of patients (2150) expressed in %.

1. Ulkusna bolezen / Peptic ulcer disease	41,2 %
razjeda dvanajstnika / duodenal ulcer	19,3 %
razjeda želodca ali krna želodca / gastric ulcer or gastric stump ulcer	17,0 %
razjeda požiralnika / ulcer of the oesophagus	1,0 %
razjeda piloričnega kanala ali bulbosa dvanajstnika s stenozo pilorusa / ulcer of the pyloric channel or duodenal ulcer with pyloric stenosis	1,4 %
razjeda želodca in dvanajstnika / gastric and duodenal ulcer	1,4 %
razjeda tipa Dieulafoy / Dieulafoy ulcer (Sy Dieulafoy)	1,1 %
2. Erozijske sluznice želodca ali dvanajstnika / Gastric or duodenal erosions	19 %
3. Raztrgane varice požiralnika ali želodca / Ruptured esophageal or gastric varices	8,1 %
4. Refluksna bolezen požiralnika ali drсна kila / Reflux disease of the esophagus and hiatal hernia	6,9 %
5. Mallory-Weissov sindrom / Syndroma Mallory-Weiss	3,0 %
6. Tumorji zgornje prebavne cevi / Tumors of the upper gastrointestinal tract	3,0 %
7. Polipaste spremembe zgornje prebavne cevi / Polypoid lesions of the upper gastrointestinal tract	1,4 %
8. Drugi vzroki krvavitve (poškodbe, angiodisplazije ...) / Other causes of hemorrhage (trauma, angiodysplasia ...)	1,7 %
9. Neugotavljeni vzrok krvavitve / Cause of hemorrhage not identified	1 %
10. Bolnik je zavrnil endoskopsko preiskavo / Patient refused endoscopy	1 %
11. Vzrok krvavitve ni v zgornji prebavni cevi / Cause of hemorrhage is not in the upper gastrointestinal tract	13,7 %

krna želodca v 17%. Hemoragične, vnetno-erozivne spremembe sluznice želodca ali dvanajstnika so bile vzrok krvavitve pri 19% bolnikov. Raztrgane varice požiralnika ali želodca so bile vzrok krvavitve pri 8,1% bolnikov. Natančno opredelitev vzrokov krvavitve prikazuje tabela 1. Endoskopske preiskave pa ni dovolil opraviti 1% preiskovancev kljub prejšnji pisni privolitvi v poseg. Pri 577 bolnikih (27% vseh preiskovancev) smo endoskopsko zaustavili krvavitve. Najpogosteje smo uporabili injekcijsko sklerozacijsko zdravljenje (z razredčenim adrenalinom 1:10000 in 1-odstotnim polidokanolom) – pri 97,5% posegov. Elektrokoagulacija smo uporabili le pri 5 bolnikih (0,8%), fotokoagulacijo z laserjem tipa Neodym-Yag pri 10 bolnikih (1,5%). Endoskopsko hemostazo smo opravili pri 381 bolnikih s krvavečo peptično razjedo (66% bolnikov, pri katerih smo opravili hemostazo), pri 103 bolnikih (17,9%) s krvavečimi varicami požiralnika ali želodca in pri 93 bolnikih (16,1%) zaradi krvavitve iz drugih izvirov. Krvavitev iz prebavil se je pri 50,3% preiskovancev izrazila z odvajanjem črne, smolnatega blata, pri 33,1% z bruhanjem krvi, pri 15,6% z



odvajanjem črnega, smolnatega blata in bruhanjem krvi, le pri 1% s hemohezijo. 47,2% preiskovancev je bilo starejših od 60 let. Najmlajši preiskovanec je bil 3-letni deček, najstarejši pa 97-letna bolnica. Starostno porazdelitev vseh preiskovancev prikazuje slika 1. Skupna smrtnost naših bolnikov je bila 10,2% (220/2150), 3% bolnikov je umrlo že med zdravljenjem v enoti internistične intenzivne medicine ali po operativnem posegu.

## Razpravljanje

Krvavitve iz prebavne cevi so najpogostejša nujna stanja, s katerimi se srečujemo v gastroenterologiji. Krvavitve so pogosto nenadne in obilne ter lahko sprožijo nastanek hipovolemičnega šoka. Obravnava teh bolnikov je zato celovita in vključuje ugotovitev izvira krvavitve, hemostatske posege in zdravljenje posledic izgube obtočnega volumna. Epidemiološke analize krvavitve iz prebavne cevi, ki so jih opravili v 60. in 70. letih, so potrdile različno pogostost krvavitve. V razvitih zahodnih državah je letno zakravelo 50–145 bolnikov na 100.000 prebivalcev (6). Ugotovili so, da pri 85% bolnikov krvavitve izvira v zgornji prebavni cevi (6). Instrumentalni razvoj endoskopije je omogočil učinkovitejše in natančnejše diagnostične postopke in boljše možnosti zdravljenja (1, 2, 4, 5, 7, 9–24). Pri krvavitvah iz spodnje prebavne cevi, ki so vzrok približno pri 15% bolnikov, so endoskopske preiskave nekoliko težavnejše, saj je potrebna priprava na endoskopski poseg (4). Krvavitve pogosto niso tako obilne in ne zahtevajo tako nujnih endoskopskih preiskav.

Leta 1978 je bila pričakovana pogostnost krvavitve zaradi ulkusne bolezni v ZDA 50 bolnikov/100.000 prebivalcev (1, 6). Sklepali so, da je ulkusna bolezen vzrok krvavitve iz prebavne cevi vsaj pri 35% bolnikov. Bolniki so zakraveli običajno v domačem okolju. Endoskopske študije v preteklosti so potrdile, da je ulkusna bolezen najpogostejši izvir krvavitve. Med pogostimi pa so tudi hemoragično-erozivne spremembe sluznice zgornjih prebavil, Mallory-Weissov sindrom in krvavitve iz raztrganih varic. Te bolezni naj bi bile vzrok krvavitve iz prebavne cevi pri 75% bolnikov (6). Kljub napredku v razumevanju vzrokov nastanka peptične razjede in kljub novim zdravilom, ki so jih razvili v zadnjih 15 letih, pa se število krvavitve zaradi peptične razjede ni zmanjšalo. V tem obdobju se je sicer pomembno zmanjšalo število bolnikov, ki so jih bolnišnično zdravili zaradi ulkusne bolezni, zapletov, kakršen je krvavitve, pa je bilo v razvitih državah celo nekoliko več (6). Precej bolnikov zakrvari med bolnišničnim zdravljenjem. Čeprav natančnih analiz ni, je pričakovani delež 20% (6). Ugotovili so tudi, da je zlasti zelo poraslo število krvavečih razjed želodca kot zaplet pri zdravljenju starejših bolnikov.

Tudi z našo analizo vzrokov krvavitve smo ugotovili, da je ulkusna bolezen najpogostejši vzrok krvavitve iz prebavne cevi. Peptična razjeda, erozivne spremembe sluznice zgornjih prebavil in krvaveče varice so bile vzrok krvavitve pri skoraj 70% preiskovancev. Podatki potrjujejo, da je zakravelo iz zgornjih prebavil 89 bolnikov /100.000 prebivalcev letno (665 bolnikov v triletnem obdobju, 250.000 prebivalcev na širšem področju Maribora z okolico). Upoštevani so le bolniki, pri katerih smo ob endoskopski preiskavi ugotovili v zgornji prebavni cevi krvavitve ali zgolj sledove krvavitve. Starostna razporeditev preiskovancev potrjuje, da se krvavitve zelo pogosto pojavljajo pri bolnikih, ki so starejši od 60 let. Med našimi preiskovanci je bilo 47,2% starejših od 60 let. Ti imajo pogosto tudi druge bolezni. Pridružene bolezni vplivajo na neugoden potek zdravljenja teh bolnikov. Velik delež preiskovancev, ki so jih napotili na endoskopske preiskave z drugih oddelkov naše ustanove (25,6%), pojasnjuje dejstvo, da so del bolnikov sprejeli zaradi krvavitve iz prebavil na kirurške oddelke (2,1%), precej bolnikov (23,5%) pa je zakravelo med bolnišničnim zdravljenjem zaradi drugih bolezni. Smrtnost naših bolnikov je bila 10,2%, najvišja smrtnost je bila pri bolnikih s krvavitvijo iz raztrganih varic želodca ali požiralnika – 27% (48/175). Skupna umrljivost je precej podobna objavljenim podatkom o umrljivosti (1, 2, 4–6).

Raziskave, ki obravnavajo krvavitve iz prebavil, skušajo ugotoviti smrtnost bolnikov, učinkovitost transendoskopskih hemostatskih posegov in dejavnike tveganja, ki imajo neugoden vpliv na preživetje. Zlasti pomembni dejavniki so starost bolnika, pridružene bolezni ter značilnosti izvira krvavitve (1, 2, 4–7). Obilnost krvavitve, krvavitve, ki se pojavi med bolnišničnim zdravljenjem, in ponovne krvavitve po endoskopski hemostazi so običajno neugoden prognostični znak. Kljub napredku pri zdravljenju teh bolnikov, ki vključuje poleg učinkovitejših endoskopskih metod tudi zdravljenje bolnikov v specializiranih enotah in uspešnejše zdravljenje z zdravili, je ostala umrljivost bolnikov med 5–12% (1, 2, 4–7). Smrtnost je zlasti posledica povečanega deleža starejših bolnikov, ki jim bo potrebno posvetiti posebno skrb. Te bolnike običajno zdravimo zaradi številnih bolezni, pogosto pa pri zdravljenju uporabljamo tudi nesteroidna protivnetna zdravila, pripravke acetilsalicilne kisline ali antikoagulantna zdravila, ki lahko pomembno vplivajo na razvoj ulkusne bolezni in krvavitve iz prebavil. Pri njih pogosto ugotovimo hemoragične, vnetno-erozivne spremembe sluznice zgornjih prebavil, lahko pa je prizadeta tudi sluznica tankega in širokega črevesa. V naši ustanovi nimamo možnosti endoskopskega pregleda tankega črevesa – enteroskopije. Te vrste krvavitve so drugi najpogostejši vzrok krvavitve. Odločilno vlogo pri osveščanju teh bolnikov in spremljanju porabe zdravil, ki lahko vplivajo na krvavitve, ima njihov izbrani zdravnik. Zdravljenje posledic krvavitve pri teh bolnikih je pogosto neuspešno.

Raztrgane varice požiralnika ali želodca so tretji najpogostejši vzrok krvavitve v zgornjih prebavilih. So najresnejši in za bolnika najbolj ogrožajoč zaplet portalne hipertenzije. V Sloveniji je najpogostejši vzrok razvoja portalne hipertenzije jetrna ciroza, ki je še zlasti v severovzhodni Sloveniji pogojena z alkoholno jetrno okvaro (2, 4). Zlasti ogroženi so bolniki, ki imajo napredovalo jetrocelično okvaro z izraženo zlatenico, ascitesom in spontanimi krvavitvami. Z endoskopsko hemostazo smo pri teh bolnikih, ki imajo običajno izražene tudi motnje v strjevanju krvi in zmanjšano imunsko odpornost, pomembno zmanjšali smrtnost zaradi izkrvavitve. Teoretično je operativno zdravljenje zapletov portalne hipertenzije z vzpostavitvijo kirurških portosistemskih shuntov sicer najučinkovitejši način preprečevanja ponovnih krvavitve, vendar je metoda povezana s tveganjem, precej visoko smrtnostjo in zapleti (npr. tromboza shunta). Kirurški shunti so lahko popolni ali delni. Popolni shunti razbremenijo ves splahnčni obtok in preusmerijo kri mimo jeter, delni pa preusmerijo le tisti del krvi, ki je anatomsko in hemodinamično povezan z varicami požiralnika ali želodca. S shunti lahko povzročimo poslabšanje jetrne bolezni in razvoj kronične portosistemske encefalopatije. Razvoj intervencijske radiologije je ponudil novo možnost zdravljenja tudi tem bolnikom. Transjugularni intrahepatični portosistemski shunt (TIPSS) je uspešna metoda intervencijske radiologije pri zmanjševanju portalne hipertenzije in s tem tveganja krvavitve iz varic (23). V jetrnem tkivu ustvarimo s pomočjo kovinske opornice – stenta povezavo med veno porto in sistemskim obtokom. Del pretoka krvi preusmerimo neposredno v sistemski obtok ter tako učinkovito zmanjšamo tlak v varicah. Najresnejši zaplet tega posega s 5-odstotno smrtnostjo je krvavitve v trebušno votlino (23). Ta možnost zdravljenja bo nedvomno omogočila preživetje delu bolnikov s portalno hipertenzijo, pri katerih je bilo sklerozacijsko zdravljenje varic neuspešno. Prehodnost shuntov je potrebno redno zasledovati z ultrazvočnimi preiskovalnimi metodami in meritvami pretokov. Pri tej obliki zdravljenja je treba doseči sodelovanje bolnika.

## Zaključek

Zdravljenje krvavitve iz zgornjih prebavil je danes mnogo uspešnejše, kot je bilo pred leti. Razvoj endoskopskih preiskovalnih metod je omogočil natančen pregled prebavne cevi in s tem natančnejše in zgodnejše diagnosticiranje obolenj prebavil. Različne oblike transendoskopske hemostaze so obogatile prej zgolj dia-



gnostične postopke in ponudile učinkovito možnost pri zaustavitvi krvavitve iz prebavil. Kljub izboljšanim možnostim zdravljenja posledic hipovolemičnega šoka, ki se razvije po obilnejši krvavitvi, in specializiranim enotam, kjer te bolnike zdravimo, je smrtnost pri teh boleznih še vedno precej visoka. Zlasti ogroženi so starejši bolniki z običajno izraženimi dejavniki tveganja, ki neugodno vplivajo na potek zdravljenja in preživetje. Starost nad 60 let in pridružene bolezni, motnje v strjevanju krvi, zmanjšana imunska odpornost, pojav krvavitve med bolnišničnim zdravljenjem in ponovne krvavitve po prvotno uspešni hemostazi so dejavniki, ki izrazito neugodno vplivajo na uspešnost zdravljenja.

Peptična razjeda je najpogostejši vzrok akutne krvavitve iz zgornjih prebavil. Boljše razumevanje nastanka peptične razjede in pojasnitev pomena bakterije *Helicobacter pylori* je sicer omogočilo razviti učinkovitejša zdravila, vendar so krvavitve zaradi ulkusne bolezni še pogoste. V prihodnosti mora biti glavni cilj pravočasno ugotoviti peptično razjedo pri bolnikih z dispeptičnimi težavami in endoskopsko zasledovati njeno celjenje. Nedvomno ima pri tem odločilno vlogo dostopnost, pravočasnost in natančnost endoskopskih preiskav, ki naj usmerjajo odločitve o zdravljenju. Posebno skrb bo nedvomno potrebno pri tem posvetiti starejšim bolnikom, ki jih zdravimo zaradi različnih bolezni. Krvavitve iz raztrganih varic požiralnika ali želodca so povezane z visoko smrtnostjo. Običajno se pojavijo pri bolnikih z jetrno cirozo, ki je najpogosteje posledica alkoholne jetrne okvare. Pomembna, a hkrati težavna naloga bo zmanjšati delež teh bolnikov. Zaradi uspešnih hemostatskih posegov je izkrvavitev redkeje vzrok smrti. Smrt nastopi v večini primerov zaradi zapletov osnovne bolezni, ki se zaradi krvavitve poslabša. Zlasti v našem, mariborskem okolju je problem večplasten, povezan tudi z neugodnimi socialno-ekonomskimi okoliščinami. Bolniki so napoteni v bolnišnico običajno z napredovalo jetrno boleznijo, zato zdravljenje pogosto ni uspešno.

Kljub napredku pri zdravljenju bolnikov s krvavitvami iz prebavne cevi ostajajo krvavitve resen zdravstveni problem ter pomemben vzrok obolevnosti in smrtnosti v svetu in pri nas. Vsekakor moramo v prihodnosti zagotoviti najbolj učinkovit način zdravljenja bolnikov s krvavitvami iz prebavil.

## Zahvala

Iskreno se zahvaljujem vsem, ki so sodelovali pri zdravljenju bolnikov, vključenih v raziskavo, še zlasti dr. Maksimiljanu Pocačju, ki je požrtvovalno opravil velik del endoskopskih preiskav.

## Literatura

- Gilbert DA, Silverstein FE, Tedesco FJ et al. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 1990; 36: 8–13.
- Križman I. Krvavitve iz prebavne cevi – epidemiologija. In: Bručan A, Gričar M eds. *Urgentna medicina – Izbrana poglavja*. Ljubljana, 1995: 7–14.
- Pegan V. Hemobilija. In: Bručan A, Gričar M eds. *Urgentna medicina – Izbrana poglavja*. Ljubljana, 1995: 46–7.
- Kocijančič B. Krvavitve iz prebavil. In: Kocijančič A, Mrevlje F eds. *Interna medicina*. Ljubljana; EWO 1993: 362–5.
- Skok P. Krvavitev iz prebavil – kako uspešna je endoskopska hemostaza. In: Bručan A, Gričar M eds. *Urgentna medicina – Izbrana poglavja*. Ljubljana, 1995: 34–8.
- Friedmann L, Martin P. The problem of gastrointestinal bleeding. *Gastro Clin North Am* 1993; 22: 717–21.
- Grobovšek-Opava S, Vrhovec N, Šelj J. Epidemiologija ulkusne bolezni v Sloveniji. *Krka Med Farm* 1994; 15: 5–13.
- Goff JS. Gastroesophageal varices: pathogenesis and therapy of acute bleeding. *Gastro Clin North Am* 1993; 22: 785–5.
- Frühmorgen P. Diagnostische und therapeutische Endoskopie in der Gastroenterologie. Berlin: Springer Verlag, 1990: 43–7.
- Rutgeerts P, Vantrappen G, Broeckaert L, Coremans G, Janssens J, Hiele M. Comparison of endoscopic polidocanol injection and YAG laser therapy for bleeding peptic ulcers. *Lancet* 1989; I: 1164–4.
- Panes J, Viver J, Fome M, Garcia-Olivares E, Marco C, Garau J. Controlled trial of endoscopic sclerosis in bleeding peptic ulcers. *Lancet* 1987; II: 1292–2.
- Cook DJ, Guyatt GH, Salena BJ et al. Endoscopic therapy for acute non variceal upper gastrointestinal hemorrhage: A meta-analysis. *Gastroenterology* 1992; 102: 139–48.
- Jiranek GC, Silverstein FE. Introduction to endoscopic therapy for bleeding peptic ulcers. *Gastrointest Endosc* 1990; 36: 25–9.
- Laine L. Multipolar electrocoagulation versus injection therapy in the treatment of bleeding peptic ulcers. *Gastroenterology* 1990; 99: 1303–6.
- Laine L. Multipolar electrocoagulation in the treatment of active upper gastrointestinal tract hemorrhage. *N Engl J Med* 1987; 316: 1613–7.
- Raigopal C, Palmer KR. Endoscopic injection sclerosis: Effective treatment for bleeding peptic ulcer. *Gut* 1991; 32: 727–9.
- Sugawa C. Injection therapy for the control of bleeding ulcer. *Gastrointest Endosc* 1990; 36: 850–2.
- Swain CP, Salmon PR, Kirkham JS et al. Controlled trial of Nd-Yag laser photocoagulation in bleeding peptic ulcers. *Lancet* 1986; I: 1113–6.
- Swain CP, Storey DV, Bown CG et al. Nature of the bleeding vessel in recurrently bleeding in gastric ulcers. *Gastroenterology* 1986; 90: 595–608.
- Wara P. Endoscopic prediction of major rebleeding – a prospective study of stigmata of hemorrhage in bleeding ulcer. *Gastroenterology* 1985; 88: 1209–14.
- Köhler BJ, Riemann F. Upper gastrointestinal bleeding – value and consequences of emergency endoscopy and endoscopic treatment. *Hepato-Gastroenterol* 1991; 38: 198–200.
- O'Connor KW, Robinson M, Boyce G et al. The role of endoscopy in the management of non variceal acute upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 1992; 38: 760–4.
- Skok P. Dopplerjeva ultrazvočna preiskava in barvni energijski žilni prikaz: metodi za oceno pretoka v transjugularnem intrahepatičnem portosistemskem shuntu – prikaz primerov iz klinične prakse. *Med Razgl* 1995; 34: 481–6.

## 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 ugotavljam, 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 \_\_\_\_\_

## MEDICINSKI RAZGLEDI

Korytkova 2  
1000 Ljubljana  
Tel., faks (061) 442 356  
Elektronska pošta: [postmaster@medrazgl.mf.uni-lj.si](mailto:postmaster@medrazgl.mf.uni-lj.si)  
<http://www.kiss.uni-lj.si/mr/>

# Pravkar izšlo!

## Nevrološki pregled novorojenčka

David Neubauer

Iz predgovora:

*Nevrološki pregled odraslega je težavna in zahtevna stvar; tudi za pregled večjega otroka to velja. Povsem drugačen pa je pregled novorojenčka: čim mlajši je, tem manj sodeluje. ... Zdravnik mora vse to vedeti in se pri svojem pregledu vesti tako, da si pridobi zaupanje bolnička, pregled mora spremeniti v igro, pri tem pa mora pozorno opazovati vrsto otrokovih odzivov ... Opisujem torej nekaj, kar je še najbolj podobno igri. Prav v tej igri se kaže vse mojstrstvo zdravnika ... To in še več nam v svoji nevrološki preiskavi novorojenčka opisuje avtor, ki se mu iz napisanega vidi, da je velik strokovnjak na svojem področju in da svoje znanje zna tudi na preprost način posredovati drugim. (Prof. dr. Martin Janko)*

## Klinična nevrološka preiskava

Anton Lavrič

Tretja, dopolnjena izdaja urednika Martina Janka

Knjiga, ki jo s pridom uporabljajo mnoge generacije medicincev in je obenem idealno navodilo za vaje iz nevrologije. V novi izdaji je spremenjenih nekaj poglavij, predvsem o tem, kako spojimo podatke iz anamneze in nevrološke znake iz statusa z znanjem nevrologije in kako postavimo diagnozo. Vse slike in skice so obnovljene, nekaj je dodanih in nekaj preurejenih.

## Patologija

Navodila za vaje

Druga, prenovljena in močno razširjena izdaja urednikov Andreja Mašere in Tomaža Rotta obsega 220 strani in več kot 100 slik. Najpomembnejša novost v tej izdaji so skice in fotografije histoloških preparatov, nova so tudi tri poglavja: poglavje o histoloških tehnikah, poglavje o metodah v molekularni patologiji in poglavje o hemoblastozah.

## Navodila za pisanje receptov

Metka Budihna, Lovro Stanovnik, Ladko Korošec

Čeprav v zadnjih desetletjih zdravniki večinoma predpisujejo tovarniško izdelana zdravila, specialitete, pa mora zdravnik še vedno pogosto predpisati v lekarni izdelano zdravilo. Knjiga obsega kratka navodila za pisanje receptov, na koncu so dodane tabele, ki pomagajo pri izpisovanju latinskih števil, pri iskanju pogosto uporabljenih korigensov, mazičnih podlag, odmerkov zdravil.

## Narkomanija na Slovenskem

Urednika Gordana Koželj in Borut Štefanič

Zbornik predavanj strokovnega srečanja Medicinsko izvedenstvo 95, posvečenega akademiku Janezu Milčinskemu. Na 190 straneh je zbranih 26 prispevkov domačih strokovnjakov s tega področja – zdravnikov, sociologov, toksikologov itd. Na voljo je samo še nekaj izvodov!

## Radiologija

Uredniki Ludvik Tabor, Vladimir Jevtič in Dušan Pavčnik

Od prve izdaje učbenika Radiologija je minilo 11 let. Zaradi velikega zanimanja je bila 2. izdaja hitro razprodana. Pričujoča tretja izdaja je ponatis z nekaterimi vsebinskimi in oblikovnimi popravki. Obsega 450 strani in več kot 800 slik.



## Infektološki simpozij 1997

Zbornik predavanj tretjega infektološkega simpozija, ki je bil v glavnem namenjen racionalni uporabi antibiotikov. Urednika Milan Čižman in Franc Strle, obseg 120 strani. Na voljo samo še nekaj izvodov!

## Febrilna nevtropenija

Zbornik predavanj srečanja Sekcije za kemoterapijo Slovenskega zdravniškega društva, uredniki B. Beović, P. Černelč, M. Čižman, T. Čufer, obseg 140 strani.

## Lymska borelioza

Zbornik 1. slovenskega posvetovanja o Lymski boreliozii, urednik Franc Strle, obseg 200 strani.

## Mikrocirkulacija

Zbornik predavanj srečanja Angiološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva. Urednika Pavel Poredoš in Zlatko Fras, obseg 235 strani, več kot 60 slik in tabel. Na voljo je samo še nekaj izvodov!

## UGODNO!

### Arterijska hipertenzija

3. izdaja (1992) urednikov Pavleta Jezerška in Jurija Doboviška, obseg 220 strani.

## NAJCENEJE V SLOVENIJI!

### Kirurgija

Urednik Vladimir Smrkolj  
Samo 15.900 SIT, možen je nakup na 4 čeke!

### Naročanje

Na naročilnici označite knjigo, ki jo želite naročiti. Izpolnjeno naročilnico pošljite na naš naslov. Naročene knjige vam bomo v nekaj dneh poslali s plačilom po povzetju. Naročila so možna tudi po telefonu, faksu ali elektronski pošti. V ceno niso vključeni stroški pošiljanja po pošti, ki znašajo 420–800 SIT, odvisno od števila naročenih knjig. Vse naše publikacije lahko kupite tudi v uredništvu (nova MF, hodnik med veliko in srednjo predavalnico) vsak torek in četrtek med 12. in 14. uro. Knjige Kirurgija zaradi slabih izkušenj (poškodbe) ne pošiljamo po pošti. Za vse dodatne informacije smo vam na voljo na telefonski številki (061) 442 356.

## NAROČILNICA

### Nepreklicno naročam naslednje knjige:

- |  |           |  |           |
|--|-----------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Klinična nevrološka preiskava   | 2.500 SIT | <input type="checkbox"/> Lymska borelioza          | 1.100 SIT |
| <input type="checkbox"/> Nevrološki pregled novorojenčka | 1.400 SIT | <input type="checkbox"/> Narkomanija na Slovenskem | 2.500 SIT |
| <input type="checkbox"/> Patologija – navodila za vaje   | 3.000 SIT | <input type="checkbox"/> Mikrocirkulacija          | 4.000 SIT |
| <input type="checkbox"/> Navodila za pisanje receptov    | 1.000 SIT | <input type="checkbox"/> Radiologija               | 6.000 SIT |
| <input type="checkbox"/> Infektološki simpozij 1997      | 1.100 SIT | <input type="checkbox"/> Arterijska hipertenzija   | 600 SIT   |
| <input type="checkbox"/> Febrilna nevtropenija           | 1.100 SIT |  |           |

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

# **EXLIBRIS 98 - RAZPIS ZA ZDRAVNIKE**

**Vodstvo Slovenskega zdravniškega društva  
in uredništvo Zdravniškega vestnika  
razpisujemo**

**zbiranje in izdelavo zdravniških in medicinskih exlibrisov.**

**Na 135. rednem letnem srečanju SZD oktobra 1998  
nameravamo pripraviti razstavo starih in novih exlibrisov  
v sodelovanju s predsednikom društva Exlibris Slovenije  
prof. dr. Rajkom Pavlovcem. Po razstavi bomo izbor ali  
morda celo vse exlibrise objavili v Zdravniškem vestniku.**

**Začnimo z delom takoj, exlibrise pa bomo zbirali  
v uredništvu Zdravniškega vestnika  
do konca septembra 1998.**

## **POČASTITEV STOLETNICE ROJSTVA ZDRAVNIKA IN SLIKARJA DR. ROBERTA HLAVATYJA**

V četrtek, 4. decembra 1997 ob 10. uri se bomo zbrali ob glavnem vhodu pokopališča Žale, odšli na njegov grob, mu zapeli nekaj pesmi ter položili cvetje v spomin. Slovesnosti se bo udeležila njegova hčerka Marjanca Hlavaty-Golobič, naši kolegi iz Slovenskega zdravniškega društva Trst in delegacija vodstva Slovenskega zdravniškega društva.

**Prisrčno vabljeni!**



Strokovni prispevek/Professional article

# SPREMINJANJE DEJAVNIKOV HUDE OKVARE SLUHA V PREDŠOLSLEM OBDOBJU

CHANGES IN ETIOLOGY OF CHILDHOOD DEAFNESS

*Jagoda Vatovec, Miha Žargi, Smilja Černelč*

Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Klinični center, Zaloška 2, 1525 Ljubljana

Prispelo 1997-05-14, sprejeto 1997-06-24; ZDRAV VESTN 1997; 66: 579–80

**Ključne besede:** otroštvo; glubost; incidenca; preprečevanje; dejavniki tveganja

**Key words:** childhood; deafness; incidence; prevention; risk factors

**Izvleček** – Izhodišča. Huda okvara sluha v otroškem obdobju ne vpliva le na razvoj govora, ampak tudi na razvoj celotne osebnosti. Zato je izrednega pomena zgodnja prepoznavna te motnje in čimprejšnje zdravljenje oziroma rehabilitacija.

**Abstract** – Background. Severe hearing impairment in childhood has influence not only on development of speech but on the development of whole personality. Early diagnosis and treatment or habilitation are of extreme importance.

**Metode.** Ourednotili smo vzroke glubosti skupine otrok, ki smo jih obravnavali v avdiološki ambulanti Klinike za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo v obdobju od 1. januarja 1975 do 1. januarja 1985, in rezultate primerjali s skupino otrok, ki smo jih obravnavali v naslednjem desetletnem obdobju.

**Methods.** We have evaluated the causes of profound hearing loss in a group of children treated at the Department of Otorhinolaryngology in the period from 1<sup>st</sup> of January 1975 to 1<sup>st</sup> of January 1985 and compared the results with another group of children in the next ten years period.

**Rezultati.** Rezultati so pokazali, da je napogostejši vzrok glubosti še vedno genska okvara, ugotovili pa smo porast vzrokov hude okvare sluha, kot so: nedonošenost, obporodna asfiksija in možganska krvavitev ter ototoksiki. Dejavniki tveganja se pogosto prepletajo.

**Results.** The results showed a genetic aberration to be the most frequent cause of deafness but there is an increase in frequency of prematurity, perinatal asphyxia and cerebral haemorrhage and ototoxic medication. Risk factors often interweave.

**Zaključki.** Poznavanje in razumevanje vzrokov okvare sluha pripomore k zgodnjemu diagnosticiranju, uspešnejšemu zdravljenju, rehabilitaciji in preprečevanju te motnje.

**Conclusions.** The knowledge and understanding of most frequent etiological factors of hearing impairment may help in early diagnosis, better treatment, habilitation and especially prevention.

## Uvod

Znano je, da se eden od tisočih novorojenčkov rodi gluha (1, 2). Prizadetost zaradi okvare sluha se kaže, ne le s kasnejšim razvojem govora, ampak vpliva tudi na intelektualni in emocionalni razvoj celotne osebnosti. Pomembno je ugotoviti vzrok okvare sluha, saj znanje in razumevanje patoloških procesov pripomore k preprečevanju tovrstne motnje (1, 3). Mnogi so mnenja, da so genske okvare med najpogostejšimi vzroki hude okvare sluha, v približno 30% pa vzrok ostaja neznan (4, 5). Na etiološke dejavnike gluhosti vpliva tudi stanje in razvoj medicinske oskrbe (6). Slednje je pogoj za čimprejšnjo prepoznavo te prizadetosti, kar je nujno za uspešno zdravljenje in rehabilitacijo (1).

Želeli smo ugotoviti število težkih okvar sluha pri otrocih v dveh različnih obdobjih in morebitno spremembo etioloških dejavnikov hude okvare sluha.

## Metode in preiskovanci

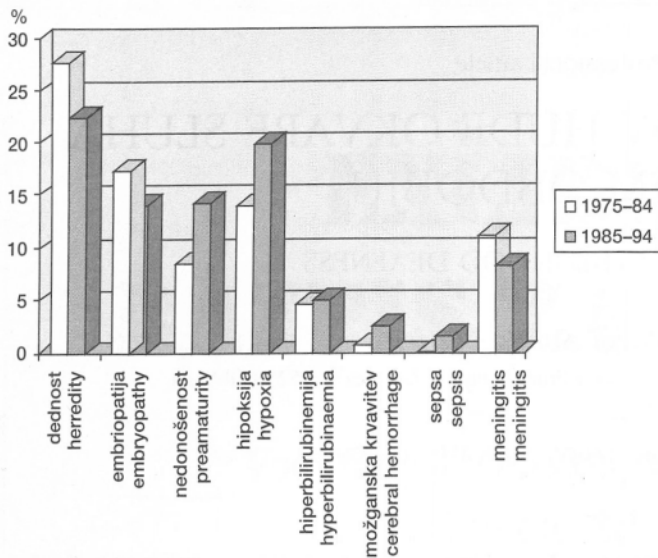
V študijo smo vključili otroke, ki so bili obravnavani v avdiološki ambulanti Klinike za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo ter predstavljeni komisiji za razvrščanje otrok z motnjami v

telesnem in duševnem razvoju pri Zavodu za usposabljanje slušno in govorno motenih v Ljubljani. Zbrali in primerjali smo podatke 10-letnih obdobj 1975–1984 in 1985–1994 o predšolskih otrocih, pri katerih je bila izguba sluha 80% in več po metodi ocenitve binavralne naglušnosti po Fowlerju. Na vzroke hude okvare sluha smo sklepali iz podatkov, dobljenih z usmerjeno anamnezo, in iz zdravstvene dokumentacije.

V prvem obdobju je bilo 181 otrok, od tega 111 dečkov in 70 deklic v starosti 0–8 let. V drugem obdobju je bilo 147 otrok: 81 dečkov in 66 deklic, prav tako starosti od 0 do 8 let.

## Rezultati

Hudo okvaro sluha smo pri prvi skupini otrok največkrat odkrili v starosti od 2 do 3 let, pri drugi skupini pa v starosti od 1 do 2 let. Slika 1 prikazuje dejavnike slušne prizadetosti v dveh desetletnih obdobjih. Iz podatkov zdravstvene dokumentacije naj bi šlo za gensko okvaro pri 50 (27,62%) otrocih prve skupine in 33 (22,44%) otrocih iz druge skupine. Znaki embriopatije so bili prisotni pri 30 (16,57%) otrocih iz prvega obdobja in pri 20 (13,60%) v drugem obdobju. Pri enem otroku iz prve skupine je mati v nosečnosti prejela ototoksik (Tobramycin). V drugi skupini sta bila dva otroka, ki sta se v času nosečnosti okužila s citomegalovirusom.



Sl. 1. Dejavniki hude okvare sluha pri otrocih.

Fig. 1. Causes of childhood deafness.

Nedonošenih je bilo 15 (8,29%) otrok s hudo okvaro sluha v obdobju 1975-1985 in 21 (14,29%) v drugem obdobju.

Perinatalno hipoksijo (ocena po Aparju manj od 7 po prvih 5 minutah) je preživelo 25 (13,81%) otrok iz prvega obdobja in 29 (19,73%) iz drugega obdobja. Trije od slednjih so bili več dni mehansko ventilirani zaradi vztrajne pljučne hipertenzije. Ti otroci so tudi prejeli ototoksike (aminoglikozidne antibiotike, diuretiki Furosemid).

Hiperbilirubinemija (20 mg/ml in več) je imelo 8 (4,42%) otrok iz prve skupine in 7 (4,76%) otrok iz drugega obdobja.

Možgansko krvavitev je preživel en (0,55%) otrok iz prve skupine in štiri (2,72%) iz drugega obdobja.

Pri 2 (1,36%) iz druge skupine se je po porodu razvila sepsa, prejela sta tudi ototoksik (aminoglikozidni antibiotik).

Meningitis je prebolelo 20 (11,05%) otrok iz prve skupine in 2 (8,16%) iz druge.

V zgodnji mladosti je 13 otrok druge skupine (8,84%) iz različnih vzrokov prejelo aminoglikozidni antibiotik.

Vzroka gluhosti nismo našli pri 20 (11,05%) otrocih prvega obdobja in 32 (21,77%) drugega obdobja.

Pri 45 otrocih iz druge skupine smo ugotovili več kot enega od etioloških dejavnikov okvare sluha.

## Razprava

Nekateri avtorji navajajo porast incidence okvar sluha (7). Ugotovili smo, da je pri nas število otrok s hudo okvaro sluha upadlo s 181 v prvem obdobju na 147 v drugem obdobju, kar pa je lahko predvsem posledica manjše natalitete.

Rast osveženosti o pomenu zgodnjega odkrivanja slušne okvare pa tudi razvoj diagnostičnih metod sta pripomogla, da smo hudo okvaro sluha odkrivali v drugem obdobju prej kot v prvem, a še vedno ostaja nekaj otrok, pri katerih se okvara ugotovi razmeroma pozno.

Razmerje med spoloma pri obeh skupinah kaže nepojasnjeno prevlado moškega spola, kar ugotavljajo tudi drugi avtorji (8).

Pri obeh skupinah otrok je bil najpogostejši vzrok gluhosti genska okvara. Arslan s sodelavci (9) v svoji študiji podobno ugotavlja genske vzroke okvare sluha pri 24,2% otrok s prizadetim sluhom. Parvingova in Hauch (10) ugotavljata porast tega dejavnika pri otrocih, ki se šolajo v šoli za gluhe osebe. Dedna slušna prizadetost je lahko edino bolezensko znamenje ali pa se javlja v povezavi z anomalijami drugih organov ali organskih sistemov in tvori

sindrome (Treatcher-Collins, Waardenburg, Usher, Alport itn.). Dobro poznavanje sindromov prispeva k zgodnji diagnozi okvare sluha (3).

Pri dveh otrocih v drugi skupini smo ugotovili okužbo s citomegalovirusom, ki v 3-12% povzroča okvaro sluha. Ta je lahko progresivna (11).

Obporodni dejavniki hude okvare sluha zavzemajo v drugi skupini otrok 41,49%, kar v primerjavi s prvo skupino (27,07%) kaže na občuten porast. Z razvojem intenzivnega zdravljenja otrok, zlasti pa z uvedbo mehanske ventilacije, se je močno povečalo število preživelih novorojenčkov, posebej nedonošenčkov, ki so prej v preveliki meri umirali zaradi boleznih dihal (12). Pri otrocih, zdravljenih v enotah intenzivne nege, se etiološki dejavniki hude okvare sluha v največji meri prepletajo (13). Pri teh otrocih je okvara sluha do 20-krat pogostejša kot pri preostali populaciji tako, da je nujno otrokom, zdravljenim v enotah intenzivnega zdravljenja, preiskati sluh pred odpustom iz bolnišnice (1, 13).

Incidenca gluhosti pri otrocih, ki so preboleli bakterijski meningitis, znaša 2% (14). Kljub temu da je bakterijski meningitis še vedno eden izmed najpomembnejših vzrokov pridobljene gluhosti, smo zabeležili rahel upad tega dejavnika v drugem obdobju.

Aminoglikozidni antibiotik je prejelo 8,84% otrok druge skupine. Priporočajo spremljanje serumskih koncentracij tega antibiotika, še posebej, če se jemlje v kombinaciji s Furosemidom (13).

V obeh skupinah ni bilo otrok, kjer bi povzročile hudo okvaro sluha rdečke, kar je verjetno posledica dobre preprečenosti. Prav tako nismo ugotovili hude okvare sluha zaradi poškodbe glave ali vnetja srednjega ušesa.

## Zaključek

Dejavniki, ki okvarjajo sluh v otroškem obdobju, so različni in zahtevajo različne pristope k preprečevanju teh okvar. Pri tem sodeluje skupina strokovnjakov, odločujočo vlogo pa ima gotovo pediater. Razvoj genetike in genetsko svetovanje napoveduje možnost predklinične in prenatalne diagnoze v ogroženih družinah, s tem pa boljši nadzor nad prizadetostjo in pravočasno svetovanje.

## Literatura

1. Early identification of hearing impairment in infants and young children. NIH Consensus Statement 1993, Mar 1-3; 11: 1-24.
2. Vatovec J, Černelc S. Prispevek k epidemiologiji naglušnosti. In: Ribnikar-Kastelic N ed. Usposabljanje slušno prizadetih na Slovenskem. Ljubljana: Zavod za usposabljanje slušno in govorno prizadetih, 1989: 67-74.
3. Allen M, Schubert-Sudia S. Prevention of prelingual hearing impairment. *Semi Hear* 1990; 11: 134-49.
4. Rose SP, Conneally PM, Nance WE. Genetic analysis of childhood deafness. In: Bess FH ed. Childhood deafness. New York: Grune & Stratton, 1977: 19-35.
5. Martin JAM. Aetiological factors relating to childhood deafness in the European Community. *Audiology* 1982; 21: 149-58.
6. Holborow C. Deafness as a world problem. *Adv Oto-Rhino-Laryngol* 1983; 29: 174-83.
7. Kvaerner KJ, Arnesen AR. Hearing impairment in Oslo born children 1989-91. Incidence, etiology and diagnostic delay. *Scand Audiol* 1994; 23: 233-9.
8. Cremers CW, Van Rijn PM, Huygen PL. The sex-ratio in childhood deafness, an analysis of the male predominance. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1994; 30: 105-10.
9. Arslan E, Trevisi P, Genovese E, Lupi G, Prosser S. Hearing loss etiology in a group of 996 children. In: Ruben R, Van De Water T, Steel K eds. Genetics of hearing impairment. *Ann NY Acad Sci* 1991; 630: 315-6.
10. Parving A, Hauch AM. The causes of profound hearing impairment in a school for the deaf - a longitudinal study. *Br J Audiol* 1991; 28: 63-9.
11. Williamson WD, Demmler GJ, Percy AK, Catlin FI. Progressive hearing loss in infants with asymptomatic congenital cytomegalovirus infection. *Pediatrics* 1990; 90: 862-6.
12. Primožič J, Makarovič K, Janko M, Sušec-Michieli M. Developmental follow-up study of newborns on mechanical ventilation for severe respiratory distress-neurological and mental outcome. *Zdrav Vestn* 1993; 62: 317-22.
13. Černelc S, Primožič J, Vatovec J, Žargi M. Vestibular and auditory disability of children who were on mechanical ventilation because of respiratory distress. *Zdrav Vestn* 1993; 62: 45-7.
14. Fortnum, Davis A. Hearing impairment in children after bacterial meningitis: incidence and resource implications. *Br J Audiol* 1993; 27: 43-52.

Strokovni prispevek/Professional article

# KARDIOGENI ŠOK Z NORMALNIM ARTERIJSKIM TLAKOM – PRIKAZ PRIMERA

CARDIOGENIC SHOCK WITH NORMAL ARTERIAL PRESSURE – A CASE REPORT

*Katja Ažman, Marko Noč, Matija Horvat*

Center za intenzivno interno medicino, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Prispelo 1997-02-25, sprejeto 1997-09-13; ZDRAV VESTN 1997; 66: 581-3

**Ključne besede:** akutni srčni infarkt; infarkt desnega prekata; fibrinoliza; intraaortna balonska črpalka

**Izvleček** – Izhodišča. Arterijska hipotenzija je eden najpogostejših kliničnih znakov kardiogenega šoka. Vrednost sistoličnega arterijskega tlaka naj bi v teh primerih ne presegala 90 mm Hg.

**Metode.** Opisali smo primer bolnika z akutnim srčnim infarktom, ki je imel kljub arterijskemu tlaku 140/100 mm Hg izražene klinične, hemodinamske in laboratorijske znake kardiogenega šoka.

**Zaključki.** Če se zanašamo le na meritev arterijskega tlaka, lahko toj spregledamo diagnozo kardiogenega šoka.

**Key words:** acute myocardial infarction; right ventricular infarction; fibrinolysis; intraaortic balloon counterpulsation

**Abstract** – Background. Arterial hypotension is one of the most common signs of cardiogenic shock, in which systolic arterial pressure should not exceed 90 mm Hg.

**Methods.** We describe a patient with acute myocardial infarction and arterial pressure of 140/100 mm Hg in whom clinical, hemodynamic and laboratory signs of cardiogenic shock were present.

**Conclusions.** Accordingly, if one considers only the measurement of arterial pressure, the diagnosis of cardiogenic shock can be missed.

## Uvod

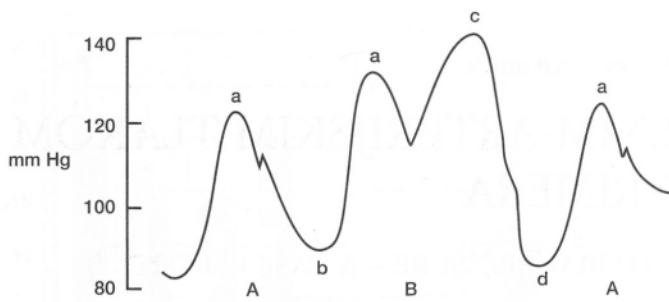
Pri kardiogenem šoku je zaradi zmanjšane minutnega srčnega iztisa močno zmanjšana prekrvljenost tkiv (1-5). Klinična slika kardiogenega šoka je posledica tako zmanjšane prekrvitve posameznih organov kot tudi aktiviranja kompenzacijskih mehanizmov, predvsem simpatičnega živčevja (1-5). Tako ugotovimo motnje zavesti, pospešeno plitvo dihanje, hladno in potno kožo, cianozo ter zmanjšano izločanje urina (pod 0,5 ml/kg telesne teže/uro) (1, 3-8). V sliko kardiogenega šoka sodi tudi nizek arterijski tlak. Sistolični arterijski tlak naj bi v tem primeru ne presegal 90 mm Hg (2-6). Kljub temu se v klinični praksi kardiogeni šok z normalnim arterijskim tlakom pogosto omenja. Ker natančnejšega opisa takega stanja pri pregledu literature nismo zasledili, želimo s primerom našega bolnika prikazati, kako pomembna je celotna klinična ocena, saj nas meritev arterijskega tlaka pri diagnozi kardiogenega šoka lahko zavede.

## Prikaz kliničnega primera

72-letnega bolnika smo sprejeli v Center za intenzivno interno medicino (CIIM) preko Internistične prve pomoči (IPP), kamor so ga pripeljali v reševalnem vozilu v spremstvu splošnega zdravnika. Bolnik je tri ure pred sprejemom med obiranjem jabolk začutil tiščočo bolečino v prsnem košu. Ko je odšel v hišo, se mu je pričelo vrteni v glavi, nato pa se dogodkov ni več spominjal. Žena ga je našla na tleh. Bil je preznojen in modrikav, dihal je spontano, na klic pa se ni odzival. Pred tem dogodkom je bil večinoma zdrav in telesno dobro zmogljiv. Zdravil se je zaradi povečanega arterijskega tlaka in občasnega nerednega bitja srca. Zanesljivih podatkov o višini arterijskega tlaka nismo uspeli dobiti, saj jih ni poznal niti njegov osebni zdravnik. Od zdravil je jemal digoksin (Lanitop) 0,1 mg/dan, verapamil (Lekoptin) trikrat 40 mg/dan ter pentoksifilin (Pentilin) 600 mg/dan.

Ob sprejemu v CIIM je bil bolnik pri zavesti, frekvenca dihanja je bila 18/minuto, neinvazivno izmerjeni sistemski arterijski tlak pa 140/100 mm Hg, frekvenca srca 57/minuto, temperatura pod pazduho pa 34,5 stopinje Celzija. Koža je bila hladna, suha in po okončinah marmorirana. Ustnice, jezik in konice prstov so bili cianotični. Vratne vene so bile pol sede polnjene do vrha. Nad pljuči smo obojestransko ugotovili pozne inspiratorne puke. Srčna akcija je bila redna, toni so bili tihi, šumov pa ni bilo slišati. V elektrokardiogramu smo ob odsotni električni aktivnosti preddvorov ugotovili nodalni ritem s fr. 58/min, elevacijo spojnice ST in zobce Q v odvodih II, III, aVF in v desnih odvodih (V3R in V4R) ter denivelacije spojnice ST v odvodih V1 do V3. Urgentni ultrazvočni pregled srca je bil zaradi slabe ultrazvočne preglednosti prsnega koša lahko le orientacijski. Ugotovili smo normalne dimenzije srčnih votlin in globalno hudo oslABLJENO sistolično funkcijo levega prekata z akinezijo spodnje in zadnje stene. Pomembne insuficience mitralne zaklopke ali defekta medprekatnega pretina nismo ugotovili. Informacije o delovanju desnega srca zaradi slabe ultrazvočne preglednosti ni bilo moč dobiti. Med laboratorijskimi izvidi je izstopala laktacidoza (pH 7,22, pCO<sub>2</sub> 4,8 kPa, HCO<sub>3</sub> 14,8 mmol/l, laktat v arterijski krvi 5,0 mmol/l), medtem ko so bile vrednosti arterijskega pO<sub>2</sub> (ob vdihavanju kisika po maski Ohio), elektrolitov in hemograma v normalnem območju. Serumska aktivnost kreatin kinaze (CK) je bila 0,2 µkat/l (normalno do 2,08 µkat/l), koncentracija mioglobina v krvi pa pod 50 µg/l (normalno pod 50 µg/l).

Menili smo, da gre za kardiogeni šok zaradi obsežnega akutnega srčnega infarkta spodnje in zadnje stene ter desnega prekata. Delovanje krvnega obtoka je dodatno poslabšala še bradikardija z odsotno aktivnostjo preddvorov. Pri bolniku bi bilo potrebno takoj narediti koronarografijo in s pomočjo perkutane transluminalne angioplastike (PTCA) odpreti zamašeno venčno arterijo (9-11). Ker omenjeni poseg v tem času (ob 22. uri) organizacijsko ni bil izvedljiv, smo bolniku poleg acetilsalicilne kisline (Aspirin 500 mg) dali še infuzijo streptokinaze (Streptase 1,500.000 I. E. v eni uri). Zgodnji neinvazivni kazalci (prekatne motnje srčnega ritma, prenehanje bolečine, hitro znižanje spojnice ST) morebitne uspešne reperfuzije niso potrdili. Ker so bili kljub arterijskemu tlaku, ki je po infuziji streptokinaze znašal 130/90 mm Hg, še vedno prisotni prej opisani klinični in laborato-



Sl. 1. Krivulja arterijskega tlaka ob delovanju intraaortne balonske črpalke (IABČ) pri vsakem drugem srčnem utripu. Balon črpalke se napolni v začetku diastole in izprazni tik pred začetkom naslednje sistole. A – utrip brez delovanja IABČ; B – utrip, pri katerem se je v diastoli naplnil balon črpalke; a – sistolični tlak; b – diastolični tlak; c – diastolično povečanje (»avgmentacija«); d – diastolična vgreznina (»dip«).

Fig. 1. Arterial pressure during intraaortic balloon pump (IABP) counterpulsation (every other heart beat). Balloon inflates in early diastole and deflates just before beginning of the next systole. A – heart beat without IABP assistance; B – heart beat with IABP assistance; a – systolic pressure; b – diastolic pressure; c – diastolic augmentation; d – diastolic deep.

rijski znaki šoka, smo bolnika zdravili še z infuzijami nadomestkov plazme (6-odstotni HAES 1500 ml). Zaradi infarkta desnega prekata smo namreč želeli povečati polnilni tlak za desno srce. Da bi izboljšali krčljivost srčne mišice, smo dodali še infuzijo dobutamina v odmerku 20 µg/kg/min (12, 13). Ker ni bilo izboljšanja, smo uvedli Swan-Ganzov kateter in skozenj vstavili še sekvencijski srčni spodbujevalnik. Bolnik je imel namreč še vedno nodalni ritem in v takšnih primerih (infarkt desnega prekata) je sekvencijska elektrostimulacija preddvora in prekata hemodinamsko bolj ugodna (12–14). Skrčenje desnega preddvora namreč poveča polnilni tlak desnega prekata. Po infuzijah tekočin, dobutamina in ob opisani elektrostimulaciji je znašal neinvazivno izmerjeni arterijski tlak še vedno 130/90 mm Hg (srednji arterijski tlak 103 mm Hg), centralni venski tlak 22 mm Hg, tlaki v pljučni arteriji 50/32 mm Hg in srčni indeks 1,4 l/min/m<sup>2</sup>. Po teh meritvah smo se odločili za poskus zdravljenja z vazodilatatorjem. Predvidevali smo, da bo vazodilatacija zmanjšala periferni žilni upor in s tem razbremenila srce. Obenem smo pričakovali, da se bo zaradi povečanega srčnega iztisa in dilatacije arteriol povečala prekrvitev perifernih organov. Ob infuziji nitroprusida (1 µg/kg/min) se je srčni indeks sicer povečal na 1,7 l/min/m<sup>2</sup>, urne diureze pa so še vedno znašale pod 20 ml. Tudi koža je bila še vedno hladna, marmorirana in cianotična. Ocenili smo, da bi bilo za izboljšanje periferne prekrvitve potrebno povečati srednji arterijski tlak. Srednji arterijski tlak bi sicer lahko povečali z vazopresorji, na primer z dopaminom v visokih odmerkih ali z noradrenalinom, ker pa bi tak način zdravljenja povzročil še dodatno skrčenje arteriol v že tako slabo prekrvljenih organih, smo se odločili za vstavitve intraaortne balonske črpalke (IABČ) (15). Kateter z balonom smo vstavili v začetni del descendentne aorte. Balon črpalke se napolni v začetku diastole in izprazni v začetku sistole. Polnjenje balona poveča tlak v diastoli in s tem srednji arterijski tlak. To se imenuje diastolično povečanje (»avgmentacija«). Izpraznitev balona tik pred začetkom sistole pa zmanjša tlak v aorti in s tem olajša iztis levemu prekatu (16). To pa se imenuje diastolična vgreznina (»dip«) (sl. 1). Po vstavitvi IABČ smo lahko arterijski tlak izmerili tudi invazivno. Srednji arterijski tlak je porasel na 127 mm Hg, centralni venski tlak je padel na 16 mm Hg, tlaki v pljučni arteriji pa na 40/24 mm Hg. Srčni indeks se je le nekoliko povečal in je znašal 1,5 l/min/m<sup>2</sup> (tab. 1). Koža je kmalu postala topla, cianoza in marmoriranost sta postopoma izginili, urne diureze pa so narasle na 25 do 60 ml. Koncentracija arterijskega laktata je po 36 urah postala normalna.

V naslednjih 24 urah se je vzpostavil sinusni ritem, ki je bil hemodinamsko ugodnejši od ritma srčnega spodbujevalnika. Delovanje prekatov se je postopno izboljševalo in bolnika smo pričeli odvajati od IABČ. Odstranili smo jo 6. dan hospitalizacije. Vrednost CK je dosegla najvišjo vrednost 44 ur po začetku bolečine in je znašala 55,30 µkat/l. Elevacije spojnice ST v spodnjestenskih odvodih elektrokardiograma in denivelacije v srednjestenskih odvodih so se v obdobju 20 ur po začetku bolečine postopno znižale za približno 80 odstotkov, po šestih dneh pa niso bile več prisotne. V omenjenih odvodih so se razvili zobci Q. Bolnik je bil ves čas hospitali-

Tab. 1. Hemodinamske meritve pred in po vstavitvi intraaortne balonske črpalke (IABČ). Pri urnih diurezah je prikazano povprečje in standardna deviacija za vrednosti 6 ur pred in 6 ur po vstavitvi IABČ ( $p < 0,05$ ).

Tab. 1. Hemodynamic measurements before and after insertion of intraaortic balloon pump (IABP). For diuresis/hour average values and standard deviations for an interval of 6 hours before and after IABP insertion are shown ( $p < 0,05$ ).

	Pred vstavitvijo IABČ Before IABP insertion	Po vstavitvi IABČ After IABP insertion	Sprememba Change
Arterijski tlaki Arterial pressures			
sistolični systolic	130 mm Hg	140 mm Hg	+8%
diastolični diastolic	90 mm Hg	162 mm Hg	
povečanje augmentation		80 mm Hg	
vgreznina deep		80 mm Hg	
srednji mean	103 mm Hg	127 mm Hg	+23%
Centralni venski tlak Central venous pressure	22 mm Hg	16 mm Hg	-27%
Pljučni tlaki Pulmonary pressures			
sistolični systolic	50 mm Hg	40 mm Hg	-20%
diastolični diastolic	32 mm Hg	24 mm Hg	-25%
srednji mean	40 mm Hg	29 mm Hg	-28%
Srčni indeks Cardiac index	1,4 l/h/m <sup>2</sup>	1,5 l/h/m <sup>2</sup>	+7%
Urne diureze (6-urno povprečje) Urine output per hour (6-hour average)	19±15 ml/h	35±14 ml/h	+84%

zacije brez poinfarktne angine pectoris. Do 12. dne hospitalizacije je zaradi lažjega levostranskega srčnega popuščanja občasno potreboval še diuretik. Kontrolni ultrazvok srca je 13. dan hospitalizacije pokazal akinezijsko spodnje stene. Debelina medprekatnega septuma in zadnje stene levega prekata je bila normalna. Iztisna frakcija je bila ocenjena na okoli 45%. Prisotni sta bili blaga mitralna insuficienca in minimalna trikuspidalna insuficienca. Dopplersko ocenjen sistolični tlak v pljučni arteriji je bil normalen. Osemnajsti dan zdravljenja je bil bolnik odpuščen v domačo oskrbo.

Deset mesecev po odpustu iz bolnišnice je bolnik prišel na kontrolni pregled. Počutil se je dobro. Normalno je opravljal večino prejšnjih telesnih aktivnosti, le pri hitrejši hoji se je nekoliko zadihal. V kliničnem statusu ni bilo znakov srčnega popuščanja. Zaradi ocene arterijske hipertenzije smo opravili tudi pregled očesnega ozadja, ki je pokazal okrepljen refleks arterij in posamezne križiščne znake (Fundus hypertonicus 1–2).

## Razpravljanje

Pri kardiogenem šoku je prekrvljenost tkiv zmanjšana zaradi nizkega srednjega arterijskega tlaka, znižanega zaradi majhnega minutnega srčnega iztisa (1–5). Zaradi nizkega srednjega arterijskega tlaka se aktivirajo kompenzacijski mehanizmi. Ti povzročijo skrčenje žil v organih, ki za preživetje v akutni fazi niso bistveni (koža, mišice, trebušni organi) (1–5). Organizem skuša torej s povečanjem sistemskega žilnega upora povečati arterijski tlak in s tem vzdrževati prekrvljenost življenjsko pomembnih organov, predvsem srca in možganov. Organi, ki za preživetje v akutni fazi niso bistveni, so v kardiogenem šoku zato premalo prekrvljeni in posledično ishemični. Zaradi pomanjkanja kisika v teh organih pride



do anaerobne razgradnje glukoze, ki se kaže z laktacidozo v krvi (1, 3, 8).

Pri bolnikih z obliterativnimi boleznimi ožilja, predvsem z aterosklerozo in arteriosklerozo, najpogosteje v sklopu arterijske hipertenzije (17), je že pri normalnem delovanju krvnega obtoka za ustrežno prekrvitev tkiv potreben večji arterijski tlak. V šoku pride zaradi aktivacije simpatičnega živčevja še do dodatnega skrčenja žil in s tem povečanja žilnega upora. Znaki zmanjšane prekrvitve organov se zato lahko pojavijo kljub temu, da so vrednosti arterijskega tlaka v normotenzivnem ali celo v hipertenzivnem območju. Tako je bilo tudi pri našem bolniku, kljub temu, da skoraj gotovo ni bil hud hipertoničen (Fundus hypertonicus 1–2, odsotnost znakov hipertrofije levega prekata). Ob srednjem arterijskem tlaku, ki je znašal 140/100 mm Hg, so bili namreč prisotni znaki zmanjšane prekrvitve, značilni za šok. Ti znaki so izginili šele ob dodatnem povečanju arterijskega tlaka z IABČ za okoli 25%. Srčni indeks je ob tem narastel le za 7%. Z IABČ smo torej predvsem povečali diastolični in s tem tudi srednji arterijski tlak, ob tem pa se minutni srčni iztis ni bistveno povečal.

Z našim primerom želimo poudariti, da lahko le meritev arterijskega tlaka pri diagnozi kardiogenega šoka zavede. Upoštevati moramo celotno klinično stanje bolnika, predvsem pa, ne glede na vrednost arterijskega tlaka, iskati morebitne znake zmanjšane prekrvitve posameznih organov.

## Literatura

- Weil MW, von Planta M, Rackow EC. Acute circulatory failure (shock). In: Braunwald E. Heart disease. Saunders, 1992: 569–87.
- Farmer JA. Cardiogenic shock. In: Civetta JM, Taylor RW, Kirby RR. Critical care. Lippincott, 1992: 129–42.
- Parrillo JE. Shock. In: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL. Harrison's principles of internal medicine. McGraw-Hill, 1994: 187–93.
- Teba L, Banks DE, Balaan MR. Understanding circulatory shock. Is it hypovolemic, cardiogenic, or vasogenic. Postgrad Med 1992; 91: 121–9.
- Califf RM, Bengtson JR. Cardiogenic shock. New Engl J Med 1994; 330: 1724–30.
- Mir MA, Rees S, Yahya AM, Williams JD, Reeves TL. Clinical appraisal of shock following acute myocardial infarction. Cardiology 1974; 59: 69–82.
- Resnekov L. Cardiogenic shock. Br J Hosp Med 1978; 20: 232–41.
- Houston MC, Leigh-Thompson W, Robertson D. Shock. Diagnosis and management. Arch Intern Med 1984; 144: 1433–9.
- Lee L, Bates ER, Pitt B, Walton JA, Laufer N, O'Neill WW. Percutaneous transluminal coronary angioplasty improves survival in acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock. Circulation 1988; 78: 1345–51.
- Ryan TJ, Anderson JL, Antman EM et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction: a report of American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Acute Myocardial Infarction). J Am Coll Cardiol 1996; 28: 1328–428.
- Hochman JS, Boland J, Sleeper LA et al. Current spectrum of cardiogenic shock and effect of early revascularisation on mortality: Results of an International Registry. Shock Registry Investigators. Circulation 1995; 91: 873–81.
- Zehender M, Kasper W, Kauder E et al. Right ventricular infarction as an independent predictor of prognosis after acute inferior myocardial infarction. N Engl J Med 1993; 328: 981–8.
- Kinch JW, Ryan TJ. Right ventricular infarction. N Engl J Med 1994; 330: 1211–7.
- Topol EJ, Goldslager N, Ports TA et al. Hemodynamic benefit of atrial pacing in right ventricular myocardial infarction. Ann Intern Med 1982; 96: 594–7.
- DeWood MA, Notske RN, Hensley GR et al. Intraaortic balloon counterpulsation with and without reperfusion for myocardial infarction shock. Circulation 1990; 61: 1105–12.
- Weber KT, Janicki JS. Intraaortic balloon counterpulsation: a review of physiologic principles, clinical results and device safety. Ann Thorac Surg 1994; 17: 602–36.
- Bierman EL. Atherosclerosis and other forms of arteriolosclerosis. In: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL. Harrison's principles of internal medicine. McGraw-Hill, 1994: 1106–16.

# Za

*zdravi in  
varuje  
želodčno  
sluznico*

*zavira agresivne  
dejavnike v  
želodcu*



# vse želodčke

*vsebuje najmanjšo  
količino aluminija*



# vseh letnih časih

**Bayer**   
Bayer Pharma d.o.o.

# Rupurut



*Podrobnejše informacije o zdravilu dobite pri proizvajalcu.*

Pismo uredništvu/Letter to the editor

# PISANJE STROKOVNIH IN RAZISKOVALNIH PRISPEVKOV V ANGLEŠČINI

Samo Ribarič

Inštitut za patofiziologijo, Medicinska fakulteta, Zaloška 4, 1000 Ljubljana

Spoštovani urednik!

Angleščina je mednarodni jezik za pisanje strokovnih in raziskovalnih prispevkov. Kot vsak jezik ima svoja pravila in posebnosti. Znanje osnov angleškega pravopisa je koristno pri pripravi rokopisa za objavo v mednarodni reviji ali pisanju predlogov za domače in mednarodne projekte. Uredništva revij in agencije, ki podpirajo znanstvenoraziskovalno delo, prejmejo več predlogov, kot jih lahko sprejmejo. Konkurenca je huda, zato je pomembna tako oblika kot vsebina prispevka. V pismu navajam nekaj pravopisnih pravil, s pomočjo katerih se izognemo najpogostejšim napakam. Morda bo kdo pripomnil, da v mednarodnih revijah objavijo tudi slabo napisana dela. Moj odgovor je, da je bolje pokazati svoje znanje kot neznanje. Seznam priporočene literature, v pomoč pri pripravi prispevka v angleščini, je na koncu pisma. V prispevku je angleško besedilo v kurzivi, da se bolje loči od slovenskega. Zato sem posebej poudaril, kadar moramo v angleščini pisati v kurzivi. Citirano besedilo je v narekovajih. Iskrena hvala Zoranu Grubiču, Marjanu Kordašu, Irini Milisav, Rudolfu Pavlinu in Janezu Sketlju za pregled prispevka.

## 1. JEZIK

Mednarodne revije uporabljajo dve vrsti angleškega jezika: ameriško in angleško angleščino. Ni pomembno, ali pišemo *organise* ali *organize* (ameriška angleščina), pomembno je, da se odločimo za eno obliko in se je držimo. Glavnini raziskovalcev, ki bere mednarodne revije, je angleščina tuj jezik, zato jih lahko zmedemo z izmenično uporabo ameriške in angleške oblike za isto besedo<sup>1</sup>.

## 2. NAZIVI

### 2.1 *Mr./Mrs./Miss./Ms.*

**2.1.1** Moške naslovimo z *Mr.*, ženske z *Ms.* Izogibamo se nazivov, ki označujejo zakonski stan: *Miss.* (neporočena), *Mrs.* (poročena).

**2.1.2** Osebo z doktoratom znanosti (*Doctor of Philosophy, PhD*) naslovimo z *Dr.*, BREZ *Mr.* ali *Ms.*  
*Dr. Mojca Miklavc, Dr. Janez Kranjski*

**2.2** Osebo z doktoratom medicinskih ved naslovimo z *M.D.* (ali *MD*); med nazivom in priimkom je vejica. Primer: *Janez Glavica, M.D.* Prav tako pišemo nazive, kot npr.: *Doctor of Law, Fellow of the Royal Academy, MSc* (ali *M.Sc.*), *PhD* (ali *Ph.D.*).

**2.3** Ne pretiravajmo z nazivi. Na angleško (vendar ne nemško) govorečem področju se z imenom praviloma uporablja SAMO najvišji akademski naziv!

neprimerno *Prof. dr. Janez Glavica, MD, MSc, PhD*  
primerno *Prof. Janez Glavica*

**2.3.1** Izjema. Kadar je nekdo član akademije, npr. *Fellow of the Royal Society* ali *FRS*, to napišemo.

*Prof. John Brown, FRS*

### 2.4 *professor/Professor*

**2.4.1** Naziv *professor* pišemo z veliko začetnico, kadar je skupaj z imenom. Enako velja za nazive *president*, *vice-president*, *prime minister*.

*I met Professor John Warren in London.*

*I met John Warren, Professor of Biochemistry.*

*I have not seen the professor for a long time.*

*His ambition was to become a professor of mathematics.*

**2.4.2** Besedo *Professor* lahko skrajšamo v *Prof.*, samo če se NE obračamo osebno.

*I met Prof. John Warren in London.*

vendar *Dear Professor Warren.* (Npr. na začetku pisma.)

### 2.5 *Head/Chair*

**2.5.1** Vodje oddelkov ali inštitutov na univerzi imajo uradni naziv *Head* ali *Chair*.

*Nick Black, Chair of the Department of Physiology*

*Nick Black, Head of the Department of Physiology*

*Professor Black is Chair of the Department of Physiology*

## 3. ŠOVINIZEM IN NETAKTOST

**3.1** Izogibamo se uporabi spola, če to ni upravičeno; npr. kadar govorimo na splošno o ljudeh ali poklicih (glej seznam besed na koncu odstavka). Američani so na to zelo občutljivi. Besede, ki se začnejo ali končajo z *man*, nadomestimo z zaimki v množini (*they, their*) ali pa stavek spremenimo iz aktiva v pasiv.

### neprimerno

*man* (kadar mislimo ljudi)

*mankind*

*manpower*

*man on the street*

*salesman*

*spokesman*

*policeman*

*stewardess*

### primerno

*the human race*

*humankind, people*

*workforce, personnel*

*average person*

*sales representative*

*speaker, representative*

*police officer*

*flight attendant*

**3.1.1** neprimerno *When a person is dieting, she should also exercise.*

primerno *When dieting, one should also exercise.*

<sup>1</sup> Drugi primeri so npr.: *color* in *colour*, *amoeba* in *ameba*, *orthopaedics* in *orthopedics*.

- 3.1.2** neprimerno "A doctor should advise his patients."  
primerno "Doctors should advise their patients."
- 3.1.3** neprimerno *Each applicant should submit his/her CV to Dr. Glavni.*  
primerno *Applicants should submit their CVs to Dr. Glavni.*
- 3.1.4** neprimerno "A nurse must be sure that she uses a disposable syringe."  
primerno "Nurses must use disposable syringes."
- 3.1.5** neprimerno "Each conference participant should have received his schedule."  
primerno *Conference participants should have received their schedules.*  
primerno "Schedules should have been received by conference participants."
- 3.2** Bodimo obzirni do starejših. Navedimo starost, če jo poznamo.  
neprimerno *A senior citizen (ali aged person, geriatric case) was admitted to the hospital.*  
primerno *A 92-year-old man was admitted to the hospital.*  
ali *A man in his 90s was admitted to the hospital.*
- 3.3** Kadar govorimo o bolnikih, uporabljamo izraze *man* in *woman* namesto *male* in *female*; *patient* namesto *case* (glej točko 19.7); *children* namesto *pediatric population*.  
napačno *A 63-year-old male (female) was admitted to the hospital.*  
pravilno *A 63-year-old man (woman) was admitted to the hospital.*
- 3.4** V angleščini so invalidi *disabled persons* NE *invalids!*
- 4. DATUM**
- 4.1** V Evropi pišemo datum z zaporedjem dan/mesec/leto (npr. 12. 1. 1997), v Združenih državah mesec/dan/leto (npr. 1. 12. 1997). Ni mednarodnega dogovora, kako pisati datum. Izognili se bomo nespornemu, če napišemo dan s številko in mesec z besedo.  
*Professor Watson will give a lecture on 12 January 1997.*  
ali *Professor Watson will give a lecture on January 12, 1997.*
- 4.2** Po potrebi lahko skrajšamo.  
*Professor Watson will give a lecture on 12 Jan. 97.*  
*Professor Watson will give a lecture on Jan. 12, 97.*
- 5. ŠTEVILA**
- 5.1** Števila od 0 do 9 pišemo z besedo, od 9 naprej s številko.  
*The patient had nine broken ribs.*  
*The patient had 10 broken ribs.*
- 5.2 Izjeme**
- 5.2.1** Število na začetku stavka vedno pišemo z besedo.  
*Fifteen patients were admitted to the hospital.*  
*The hospital admitted 15 patients.* (Če se želimo izogniti pisanju številke na začetku stavka.)
- 5.2.2** Število pišemo s številko, kadar ji sledi merska enota.
- The patient received 3 units of blood.*  
*3 kg, 1 m, 8 l, 15 s, 37 °C ...*
- 5.2.3** V stavku z več števili napišemo VSE cifre s številko.  
*The surgeon treated 3 patients on Monday, 6 on Wednesday, and 10 on Friday.*
- 5.2.4** Zaporedje slik, tabel, grafov in strani pišemo s številko.  
*Table 1* (uporabljamo rimske številke), *Figure 3*, *Page 9* (uporabljamo arabske številke)
- 5.2.5** Kadar sta v stavku dve števili skupaj, pišemo prvo z besedo.  
*The experiment was performed on ten, 4-months-old rats.*
- 5.3 Decimálna števila**  
V ZDA so decimálna števila ločena s piko (1/2 = 0.5), v Evropi z vejico (1/2 = 0,5). Američani ločijo cela števila z vejico (milijon = 1,000,000), Evropejci s piko (milijon = 1.000.000). Zmešnjavi se izognemo, če izpustimo pike in vejice (milijon=1000000) ali vstavimo presledek (milijon = 1 000 000).
- 6. DOLŽINA STAVKA**
- 6.1** V povprečju naj ima stavek med 15 in 20 besed (dve vrstici besedila). Stavki, ki se raztezajo čez štiri vrstice (≈40 besed), so predolgi. Tudi pogosti kratki stavki so lahko moteči.
- 6.2** Predolg stavek  
*"Two canine cadavers with orthopedic abnormalities were identified which included a first dog that had an unusual deformity secondary to premature closure of the distal ulnar physis and a second dog that had a hypertrophic nonunion of the femur, and the radius and femur of both dogs were harvested and cleaned of soft tissues."* (1 stavek s 54 besedami)
- 6.3** Prekratki stavki  
*"Two canine cadavers with orthopedic abnormalities were identified. The first dog had an unusual deformity. It was secondary to premature closure of the distal ulnar physis. The second dog had a hypertrophic nonunion of the femur. The radius and femur of both dogs were harvested and cleaned of soft tissues."* (6 stavkov, skupaj 51 besed, povprečno 8,5 besede v stavku)
- 6.4** Primerno dolgi stavki  
*"Two canine cadavers with orthopedic abnormalities were identified. The first dog had an unusual deformity secondary to premature closure of the distal ulnar physis; the second, a hypertrophic nonunion of the femur. The radius and femur of both dogs were harvested and cleaned of soft tissues."* (3 stavki, skupaj 46 besed, povprečno 15 besed v stavku)  
S primerno dolžino stavka jasno izrazimo isto misel z manj besedami.
- 7. ČASI**
- 7.1** Praviloma pišemo angleške znanstvene in strokovne prispevke v sedanjem (*present tense*) in preteklem času (*past tense*). *Present tense* uporabljamo, kadar opisujemo splošno sprejeta dejstva in lastne objavljene rezultate ali spoznanja.



*The human nerve cell has 46 chromosomes.  
The DNA molecule has the structure of a double helix (Watson in Crick, 19..).*

**7.2** *Past tense* uporabljamo pri predstavitvi neobjavljenih metod in rezultatov, npr. tistih v rokopisu.  
*Isolated heart cells were obtained by a novel method.*

**7.3** V legendi tabele, slike ali formule uporabimo sedanjí čas.  
*Figure 4 shows the...  
Formula (vi) describes the ...  
The results are summarized in Table I.*

**7.4** Kadar citiramo objavljeno delo, uporabljamo v istem stavku *past IN present tense*.  
*Nix (1982) demonstrated that electrical stimulation decreases muscle atrophy.*

## 8. AKTIV IN PASIV

**8.1** Praviloma se v angleščini uporablja aktiv, ker so stavki krajši in bolj razumljivi.

<b>pasiv</b>	<b>aktiv</b>
<i>It's recommended by the authors...</i>	<i>We recommend...</i>
<i>The data which were obtained by Simon were probably indicative of...</i>	<i>Simon's data suggests...</i>
<i>The following results were obtained...</i>	<i>They obtained these results...</i>
<i>It might be expected that the treatment would be effective.</i>	<i>We expect this treatment to be effective.</i>
<i>Heart surgery was performed on 12 patients by Simon and colleagues.</i>	<i>Simon and colleagues performed heart surgery on 12 patients.</i>

## 9. ZAPOREDJE BESED V STAVKU

**9.1** Zaporedje besed v stavku oblikuje njegovo sporočilo. Še posebej moramo biti pozorni pri uporabi izrazov *only*, *almost* in *just*. Vedno naj stojijo tik pred besedo, na katero se navezujejo!

*During the operation the surgeon amputated only the patient's leg.*

(Med operacijo je kirurg amputiral samo bolnikovo nogo.)

*During the only operation the surgeon amputated the patient's leg.*

(Med edino operacijo je kirurg amputiral bolnikovo nogo.)

*During the operation the surgeon amputated the patient's only leg.*

(Med operacijo je kirurg amputiral edino bolnikovo nogo.)

*Only during the operation the surgeon amputated the patient's leg.*

(Samo med operacijo je kirurg amputiral bolnikovo nogo.)

## 10. UJEMANJE SUBJEKTA Z GLAGOLOM

Kateri stavek je pravilno napisan?

**10.1** "A series of experiments was performed."  
"A series of experiments were performed."

V primeru 10.1 pomeni beseda *series* določeno, eno samo skupino poskusov. Pravilni stavek je: *A series of experiments was performed.*

**10.2** "A number of experiments was performed."  
"A number of experiments were performed."

V primeru 10.2 pomeni beseda *a number* več kot en poskus, nekaj poskusov (sicer bi pisalo *One experiment...*). Pravilni stavek je: *A number of experiments were performed.* Vendar pozor! Če želi mo povedati število opravljenih poskusov, potem napišemo: *The number of experiments performed is (in NE was) five.*

**10.3** "Three ml of the solution were added."  
"Three ml of the solution was added."

Pri primeru 10.3 sta pravilna oba stavka, odvisno od pomena. Če se je dodalo tri ml raztopine naenkrat, je pravilen drugi stavek; če je bila raztopina dodana večkrat, v skupnem volumnu treh ml, je pravilen prvi stavek.

**10.4** "This data is incomplete."  
"These data are incomplete."

**10.5** "This media lacks glucose."  
"These media lack glucose."

Pri primerih 10.4 in 10.5 je samostalnik v množini. Ednina od *media* je *medium*, od *data* je *datum*. Torej sta pravilna stavka: "These data are incomplete." in "These media lack glucose."

**10.6** "Statistics is a difficult subject."  
"Statistics are a difficult subject."

**10.7** "The statistics were easily geathered."  
"The statistics is easily geathered."

Samostalnik *statistics* je lahko edninski (kadar mislimo na vedo) ali množinski (kadar mislimo na podatke). V primerih 10.6 in 10.7 je pravilen PRVI stavek.

## 11. DOSLEDNOST

Kateri stavek, v primerih 11.1 in 11.2, je pravilen?

**11.1** *The wound was big, deep, and infectious.*  
*The wound was big, deep, and infected.*

**11.2** *First, we clean the patient's wounds. Secondly, we administer the appropriate antibiotic.*  
*Firstly, we clean the patient's wounds. Secondly, we administer the appropriate antibiotic.*

V primerih 11.1 in 11.2 je pravilen DRUGI stavek. Ne smemo mešati pridevnikov in prilastkov, če se nanašajo na isti samostalnik. Pri primeru 11.2 lahko uporabimo zvezo *first/second* ali *firstly/secondly*.

## 12. DELEŽNIKI

**12.1** Deležnik naj stoji ob samostalniku ali zaimku, na katerega se navezuje.

**12.1.1** napačno "Lying on top of the intestine, you can perhaps make out a thin transparent thread."  
(Kdo leži na črevesju, VI ali nit?)

pravilno "You can perhaps make out a thin tread lying on top of the intestine."

**12.1.2** napačno *After standing in the cold room for 12 h, we removed the supernatant.*  
pravilno *After being stored in the cold room for 12 h, the supernatant was removed.*

- 12.1.3** napačno *Solution A was diluted with water before shaking.*  
 pravilno *Solution A was diluted with water and shaken.*  
 ali *Solution A was diluted with water before being shaken.*
- 12.1.4** napačno *Balthazar discovered, after being boiled for 18 h, that solution A turned red.*  
 pravilno *Balthazar discovered that solution A turned red after being boiled for 18 h.*
- 12.1.5** napačno *Solution X became black and on adding water a precipitate was formed.*  
 pravilno *Solution X became black and on addition of water a precipitate was formed.*
- 12.1.6** napačno *After collecting, the sediment was...*  
 pravilno *After being collected, the sediment was...*

### 13. VELIKA IN MALA ZAČETNICA

- 13.1** Lastna imena, podobno kot v slovenščini, pišemo v angleščini z veliko začetnico.
- 13.2** Imena, ki izvirajo iz osebnih lastnih imen (epinimi), pišemo z veliko začetnico: *Gram stain, Bunsen burner*. Izjema je petrijevka, *petri dish*. Izpeljanke iz eponimov pišemo z malo začetnico: *gram-positive bacteria*.
- 13.3** Pri živalih, rastlinah in mikrobih je ime vrste napisano z MALO, ime rodu z VELIKO začetnico, npr.: *Clostridium* (rod) *tetani* (vrsta). Obe besedi sta v kurziv!
- 13.4** Pri naslovih del pišemo z veliko začetnico samo pomembne dele naslova.  
*The Secret of My Success* (naslov knjige)  
*Salt Intake and High Blood Pressure* (naslov predavanja)  
*Department of Biochemistry*  
*Institute of Pathophysiology*
- 13.5** Pri stvarnih lastnih imenih pišemo predlog *the* z veliko samo, če je del uradnega imena.  
*The Johns Hopkins Hospital, The British Council*  
*...the Third International Conference on Life Sciences...*  
 vendar *University of Ljubljana*

### 14. EDNINA IN MNOŽINA

- 14.1** Samostalnikom, ki se končajo z *-s, -sh, -j, -x* ali *-z*, dodamo v množini črki *-es*.  
*fix(es), rash(es), meningitis(es)*
- 14.2** Samostalniki, ki se končajo s črko *-y* za soglasnikom, zamenjamo v množini črko *-y* s kratico *-ies*.  
*surgery (surgeries), malignancy (malignancies), pregnancy (pregnancies), delinquency (delinquencies)*
- 14.3** Cifram, črkam, kraticam in letnicam dodamo v množini črko *-s*.  
*The car's registration has two 5s.*  
 (Na registrski tablici avtomobila sta dve petici.)  
*He scored five Bs at the final exams.*  
 (Pet izpitov je opravil z oceno B.)  
*HIV disease spread over the world in the 1980s.*

### 14.4 Izjeme

- 14.4.1** Kratici DNA in pH se pišeta SAMO v ednini. Kadar želimo poudariti množino, pišemo:  
*"...several DNA preparations..."*  
*"...several pH values..."*
- 14.4.2** Okrajšave nazivov NE uporabljamo za osebe.  
 napačno *"Two MDs were consulted."*  
 pravilno *"Two physicians were consulted."*
- 14.4.3** Merske enote pišemo v ednini.  
*We added 1 ml of concentrated HCl and 30 ml of distilled water.*
- 14.4.4** Francoskim imenom, ki se končajo z neizgovorjenimi črkami *-s, -z* ali *-x* NE dodamo v množini črke *-s*:  
*"The six King Georges of England and the sixteen King Louis (ne Louises!) of France."*  
 (Šest angleških kraljev z imenom George in šest najst francoskih kraljev z imenom Louis.)  
*"There are two Charlevoix, in France and in the USA."*

### 15. PREDLOGA IN AN

- 15.1** Pred samostalnikom je predlog *an*, kadar se začetek samostalnika IZGOVORI kot samoglasnik, in *a*, kadar se njegov začetek izgovori kot soglasnik. Npr. *honour* in *hour* se izgovorita BREZ h, zato *an honour* in *an hour*; *one* se izgovori z *-w*, zato *a one*. *a Master of Science degree*, vendar *an M.S. degree*; *an mRNA*; *an honour*; *an HIV patient*; *an herb*; *an hour*; *a one*

### 16. VEJICA

- 16.1** Vejica loči neodvisna stavka v zloženi povedi.  
*Who did the experiments, and who analysed the results?*
- 16.2** Vejica označi konec uvodne besede ali fraze pred neodvisnim stavkom.  
*However, these results are important.*  
*In particular, ... Nevertheless, ... First (ali Firstly), ... Therefore, ... In conclusion, ... To summarise, ...*
- 16.3** Kadar se zložena poved začne z odvisnim stavkom, je odvisni stavek ločen od neodvisnega z vejico.  
*"If you accept our conditions, we shall agree to the proposal."*
- 16.4** Neodvisni stavek na začetku zložene povedi.
- 16.4.1** Neodvisni stavek NI ločen od odvisnega stavka z vejico, če je odvisni stavek potreben za razumevanje neodvisnega.  
*"We shall agree to the proposal if you accept our conditions."*  
*The patient will recover if he follows the doctor's advice.*
- 16.4.2** Neodvisni stavek JE ločen od odvisnega stavka z vejico, če odvisni stavek ni bistven za razumevanje neodvisnega.  
*He did not run, but walked at a slow pace.*  
*The doctor was tired, he had worked for twenty-four hours.*
- 16.5** Vejici omejita vrinjen stavek, opombo ali frazo.  
*Claude Bernard, a great 19 century physiologist, was a Frenchman.*

*These experiments, I believe, may answer our question.*

**16.6** Z vejico ločimo naštevane stvari, osebe ali pojme. *He published several books, short communications, reviews, and papers. I had a chat with John, Fred, and Nick at the Life Sciences Conference.*

**16.7** Vejica loči pridevnike, ki pripadajo istemu samostalniku. *He gave a short, well prepared, and interesting talk.*

**16.8** Priimek in naziv sta ločena z vejico. Kadar je naziv sredi stavka, je od besed ločen z vejicama. *Janez Glavica, Ph.D. Janez Drnovšek, Prime Minister. Janez Glavica, Ph.D., studied at the University of Ljubljana.*

**16.9** Vejica lahko usodno spremeni pomen stavka. *Shall we eat Steve? Shall we eat, Steve?*

**16.10** Z vejico ločimo posamezne dele naslova. *Medical faculty of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia, Europe*

## 17. APOSTROF

**17.1** Z apostrofom označimo svojino. V ednini dodamo samostalniku ' in črko -s. *The surgeon's hands did not tremble.*

**17.2** V množini dodamo samostalniku samo ', kadar se samostalnik konča s črko -s. *The surgeons' recreation room is painted in green.*

**17.3** Kadar se samostalnik konča v množini BREZ črke -s, mu dodamo ' in črko -s. *The data's accuracy is doubtful.*

**17.4** Besede lahko krajšamo z apostrofom, vendar NE v uradnih dopisih. *it is ⇒ it's  
can not ⇒ can't  
he would ⇒ he'd*

## 18. VEZAJ

**18.1** Z vezajem sestavljamo besede in jim tako damo nov pomen. V množini dodamo črko -s prvi besedi. *mother(s)-in-law, father(s)-in-law, brother(s)-in-law, sister(s)-in-law  
attorney(s)-general, surgeon(s)-general, editor(s)-in-chief*

**18.2** Vezaj lahko prepereči, da bi bil stavek dvoumen. *He used a light grey instrument.* (Bledo siv aparat ali lahek, siv aparat?) *He used a light-grey instrument.* (Uporabil je blede siv inštrument.) *He used a light, grey instrument.* (Uporabil je lahek, siv inštrument.)

**18.3** Vezaj spremeni besedi pomen. Pazite na besede *recover* (opomoči se) in *re-cover* (ponovno pokriti), *recreation* in *re-creation*, *recreate* in *re-create*, *unionized* in *un-ionized*.

**18.4** V znanstveni in strokovni literaturi vezaj poveže dve besedi, ki opisujeta tretjo. *a 5-fold increase* ali *a fivefold increase*, *a calcium-binding protein*, *a gram-positive bacteria*,

*a penicillin-sensitive bacteria*, *an HIV-positive patient*

**18.4.1** Ne pišemo *a 5-ml syringe*, ker je *ml* merska enota.

**18.5** Praviloma pišemo predpone *re-*, *pre-*, *non-*, *bi-* skupaj z besedo, brez vezaja. Npr.: *nontoxic*, *bilayer*, *retest* in *pretreated*.

**18.5.1** Izjeme.

**18.5.1.1** Lastna imena in cifre so ločeni od predpone z vezajem. *anti-Jewish*, *mid-1997*, *pre-Apollo*, *pre-1960*, *pro-European* (Izjema je *transatlantic!*)

**18.5.1.2** Z vezajem pišemo sestavljene besede, ki imajo podvojeno ali potrojeno črko, in besede, ki so brez vezaja zelo dolge ali težko berljive. *anti-inflammatory*, *anti-intellectual*, *ball-like*, *co-edition*, *anti-utopian*, *gastroenteritis-like symptoms*, *pro-choice*, *pro-democracy*, *pro-life*, *semi-independent* (Besede *reelect*, *preeminent* in *predetermine* pišemo brez vezaja.)

**18.5.1.3** Z vezajem pišemo besede, navedene v točki 18.3.

**18.6** Števila povežemo z vezajem, kadar opišemo presledek. *This experiment will last 5-6 h.*  
*We shall need 1-2 l of solution A.*

**18.7** Števila od 21 do 99, z enicami od 1 do 9, pišemo z vezajem. *twenty-one*, *ninety-nine*

**18.8** Kadar pišemo ulomke ali razmerja z besedo, uporabimo vezaj. *His chance of survival was one-in-ten.*  
*...three-quarters of an inch...*  
*The vote went four-to-one in favour of accepting the proposal.*

## 19. PODOBNE BESEDE Z RAZLIČNIM POMENOM

**19.1** **affect/effect**  
Beseda *affect* je glagol, *effect* je samostalnik. *This bribe will not affect my judgement, it is too small.* (Podkupnina je premajhna, da bi vplivala na mojo odločitev.) *Your bribe had an effect, it was sufficient.* (Podkupnina je imela učinek, bila je dovolj velika.)

**19.2** **after/following**  
Za označevanje časovnega zaporedja je bolj primerna beseda *after*, pri prostorskem *following*. *The students followed the teacher into the classroom.* (Študentje so sledili učitelju v predavalnico.) *After classes the students left the classroom.* (Po predavanjih so študentje zapustili predavalnico.)

**19.3** **already/all ready**  
*Already* pomeni že, *all ready* pripravljen. *I have already done the first experiment.*  
*I am all ready for the second experiment.*

**19.4** **as/like**  
napačno *Like I said, I am a student of history.*  
pravilno *As I said, I am a student of history.*

- 19.5** **believe/feel**  
 Če želimo povedati, da smo v nekaj prepričani, uporabimo besedo *believe*. *Feel* ima več pomenov: čutiti, zdeti se ali tipati, zato lahko naredi stavek dvoumen.  
*I believe that I have made the correct decision.*  
 (Prepričan sem, da sem se pravilno odločil.)  
*I feel the wind on my face.*  
 (Na obrazu čutim veter.)
- 19.6** **beside/besides**  
*Beside* pomeni biti prostorsko ob nečem. *Besides* praviloma pomeni: poleg tega (*in addition to*).  
*The nurse stood beside the surgeon.*  
 (Medicinska sestra je stala poleg kirurga.)  
*Do you do anything else besides working in the hospital?*  
 (Kaj delaš poleg dela v bolnici?)
- 19.7** **case/patient/sick person**  
*Case* označuje primer, ki ga spremljamo in vrednotimo. Pogosto se mešata besedi *case* in *patient*. Bolna oseba, ki se zdravi, je *patient*. Bolna oseba, ki se NE zdravi, je *sick person*, NIKOLI *patient* ali *untreated patient*.  
 napačno *The doctor examined and observed the case.*  
 pravilno *The doctor examined and observed the patient.*  
 napačno *The patient was diagnosed and evaluated.*  
 pravilno *The case was diagnosed and evaluated.*
- 19.8** **compare/contrast**  
 Kadar primerjamo podobne lastnosti, uporabljamo besedo *compare*, kadar poudarjamo razlike *contrast*.  
*The radiologist compared the X-rays of the left and right femur.*  
*There was a marked contrast in size and shape between the two bones.*
- 19.9** **compliment/complement**  
 Kadar nekoga pohvalimo, mu damo kompliment (*compliment*). Stvari se dopolnjujejo (*complement*), če imajo skupaj večjo vrednost ali učinek kot vsaka zase.  
*Although it was a difficult operation, Dr. Srečko saved the patient's leg. His fellow surgeons paid him a compliment.*  
*Dr. Srečko's manual skills complement his good eyesight and experience.*
- 19.10** **continual/continuous**  
 Kadar se nekaj nenehno ponavlja, je *continual*. Kadar nekaj traja brez prekinitve, je *continuous*.  
*In spite of continuous preventive measures, there were continual outbreaks of cholera.*
- 19.11** **die from/die of**  
 napačno *The patient died from pneumonia.*  
*The dog died from rabies.*  
 pravilno *The patient died of pneumonia.*  
*The dog died of rabies.*
- 19.12** **different from/different than/different to**  
 Najbolje je, če uporabljamo samo izraz *different from*. (Podrobna razlaga presega obseg tega dela.)  
*A stomach ulcer is different from a gastritis.*
- 19.13** **disinterested/uninterested**  
 Kadar smo nepristranski, smo *disinterested* (enakovreden izraz je *impartial*), kadar nas nekaj ne zanima, smo *uninterested* (*not interested*).
- 19.14** **dose/dosage**  
*Dose* je celotna količina, vnesena naenkrat ali v več odmerkih. *Dosage* je en odmerek.  
*Give the patient a dosage of 250 mg every 6 hours until the total dose has been ingested.*
- 19.15** **farther/further**
- 19.15.1** *Farther* označuje samo razdaljo, *further* ima več pomenov. V naslednjih dveh stavkih imata *farther* in *further* enak pomen.  
*You will see a bit farther if you go to the top of the mountain.*  
*You will see a bit further if you go to the top of the mountain.*
- 19.15.2** V spodnjih dveh stavkih ima *further* drugačen pomen kot *farther*.  
*Have you anything further to add?*  
 (Želiš še kaj povedati?)  
*Additional training is the best way to further your career.*  
 (Dodatno izpopolnjevanje pomaga pri napredovanju v poklicu.)
- 19.16** **fewer/less**  
 Pri števnihi samostalnikih pišemo *fewer*, pri neštevnihi *less*.  
*Water has fewer calories than beer.*  
*You drank less water than beer.*
- 19.17** **imply/infer**  
*Imply* pomeni namigovati, predlagati, nakazati; *infer* sklepati.  
*From this experiment I infer that antibiotic A is effective against Salmonella typhi. This would imply that it's effective against all Salmonellas.*
- 19.18** **its/it's**  
 Ne mešajmo zaimka z glagolom. *Its* je zaimek, *it's* je okrajšava od *it is*.  
*"A dog knows its master."*  
 (Pes pozna svojega gospodarja.)  
*"A dog knows it's master."*  
 (Pes ve, da je gospodar.)
- 19.19** **last/latter**  
*Latter* pomeni zadnjo besedo v paru. *Last* ali *last-named* pomeni zadnjo besedo v skupini vsaj treh besed.  
*We have to remove the patient's kidney and spleen. I would rather remove the latter, first.*  
*We have to remove the patient's kidney, lung, and spleen. I would rather remove the last, first.*
- 19.20** **many/much**  
*Much* pišemo pred neštevnihi samostalnik, *many* pred števnihi.  
*How much money do you have? I want to buy many things.*
- 19.21** **necessitate/require**  
*necessitate* = *make necessary*, *require* = *have a need for*  
*"A patient requires treatment."*  
*"The treatment may necessitate certain procedures."*



- 19.22** *partly/partially*  
*Partially* opisuje stanje celote, *partly* pa del nečesa.  
 "His *partially* re-established health."  
 The wound was *partially* healed.  
 The regenerated tissue was *partly* scar tissue, *partly* normal tissue.
- 19.23** *replace/substitute*  
 Sugar was *replaced* by Natren.  
 Natren *substituted* sugar.
- 19.24** *significant/not significant/important*  
 Če so podatki obdelani s statističnim testom, lahko ugotovimo: (i) statistično značilne (*statistically significant*) razlike; ali (ii) razlike niso statistično značilne (*not statistically significant*, NIKOLI pa *statistically insignificant*). Kadar podatki niso statistično obdelani, opišemo pomembne razlike, kot *important* (ali *substantial*, *notable*, *meaningful*) differences.
- 19.25** *various/varying*  
 We used *various* concentrations (10, 20, 30, 40 mg/l) of enzyme A.  
 By *varying* the concentrations of enzyme A, we found the optimal one.
- 19.26** *which/that*  
 Uporaba zaimkov *which* in *that* je odvisna od misli, ki jo želimo sporočiti. Vedno morata stati ob besedi, na katero se navezujeta. Pri uporabi besede *which* ne pozabite na vejici, ki ločita vrinjeni stavki.  
 Experiments that were performed yesterday gave interesting results.  
 (Nekaj včerajšnjih poskusov je dalo zanimiv rezultat.)  
 Experiments, which were performed yesterday, gave interesting results.  
 (Vsi včerajšnji poskusi so dali zanimiv rezultat.)
- 19.27** *while/whereas*  
 Njun pomen je pogosto enakovreden. *While* lahko označuje čas, *whereas* pa ne.  
*He must be about sixty, whereas his wife looks about twenty.*  
 ali *He must be about sixty, while his wife looks about twenty.*  
 napačno *The surgeon explained the procedure, whereas he operated.*  
 pravilno *The surgeon explained the procedure, while he operated.*
- 19.28** *who/that*  
 Pri ljudeh uporabljamo za zaimek besedo *who*, pri živalih in predmetih *that*.  
 I do not know the name of the actor who starred in *The English Patient*.  
 The dolphin that played in *Flipper* was called *Flipper*.

## 20. NEPRIMERNE BESEDE IN FRAZE

Pisanje prispevka naj bo kratko, jasno in jedrnato.

### neprimerno

a considerable amount of  
 a considerable number of  
 a majority of  
 a number of  
 a sufficient number of

### bolje

much  
 many  
 most  
 many  
 enough

adjacent to  
 afterwards  
 alternative choice  
 an example of this is the fact that  
 apparent  
 approximately  
 are of the same opinion  
 as a consequence of  
 as already stated  
 as is the case  
 ascertain  
 at a rapid rate  
 at an earlier date  
 at an early date  
 at the conclusion of  
 at the present time  
 at this point in time  
 based on the fact that  
 basic and fundamental  
 bring to a conclusion  
 by means of  
 capability  
 closely scrutinise  
 complete stop  
 completely accurate  
 completely full  
 component  
 component part  
 consensus of opinion  
 considerable amount of  
 control groups  
 despite the fact that  
 due to the fact that  
 during the course of  
 during the time that  
 each and every  
 elucidate  
 encounter  
 end result  
 entirely eliminate  
 equivalent  
 aetiology  
 evidenced  
 exhibit a tendency to  
 expedient  
 female children  
 female patient  
 fewer in number  
 final and conclusive  
 finalise  
 firmly commit  
 first and foremost  
 first of all  
 firstly  
 following  
 following after  
 for a period of  
 for the purpose of  
 for the reason that  
 fully recognise  
 future plans  
 give an account of  
 give consideration to  
 has the capability of  
 high degree of accuracy  
 immediate vicinity  
 implement  
 in many cases

near  
 afterwards  
 choice  
 for example  
 clear  
 about  
 agree  
 because  
 (izpustiti)  
 (izpustiti)  
 find out  
 rapidly  
 previously  
 soon  
 after  
 now  
 now  
 because  
 eno ALI drugo, ne oboje  
 conclude ali end  
 by  
 ability  
 scrutinise  
 stop  
 accurate  
 full  
 part  
 part  
 opinion  
 much  
 controls  
 although  
 because  
 during ali while  
 while  
 eno ALI drugo, ne oboje  
 explain  
 meet  
 result  
 eliminate  
 equal  
 cause  
 showed  
 tend to  
 easy  
 girls  
 woman  
 fewer  
 eno ALI drugo, ne oboje  
 end  
 commit  
 eno ALI drugo, ne oboje  
 first  
 first  
 after  
 after  
 for  
 for  
 since ali because  
 recognise  
 plans  
 describe  
 consider  
 can  
 accurate  
 vicinity  
 do  
 often

<i>in my opinion it's not an unjustifiable assumption</i>	<i>I think</i>	<i>produced an inhibitory effect</i>	<i>inhibited</i>
<i>in order to</i>	<i>to</i>	<i>provided that</i>	<i>if</i>
<i>in the event that</i>	<i>if</i>	<i>quantify</i>	<i>measure ali count</i> (izpustiti)
<i>in view of the fact that</i>	<i>because ali since</i>	<i>quite</i>	<i>rarely</i>
<i>it has been reported by Smith</i>	<i>Smith reported</i>	<i>rarely ever</i>	<i>interesting</i>
<i>it is apparent that</i>	<i>apparently</i>	<i>rather interesting</i>	<i>interesting</i>
<i>it is clear that</i>	<i>clearly</i>	<i>red in colour</i>	<i>red</i>
<i>it is evident that X produced Y</i>	<i>X produced Y</i>	<i>repeat again</i>	<i>repeat</i>
<i>it is of interest to note that</i>	<i>(izpustiti)</i>	<i>reported in the literature</i>	<i>reported</i>
<i>it is often the case that</i>	<i>often</i>	<i>resultant effect</i>	<i>result</i>
<i>it is worth pointing out in this context that</i>	<i>note that</i>	<i>securely fastened</i>	<i>fastened</i>
<i>it may, however be noted, that</i>	<i>but</i>	<i>subsequent to</i>	<i>after</i>
<i>it should be noted that</i>	<i>note that (ali izpustiti)</i>	<i>sweet tasting</i>	<i>sweet</i>
<i>it should be particularly emphasised that</i>	<i>(izpustiti)</i>	<i>take into consideration</i>	<i>consider</i>
<i>it was observed in the course of these experiments</i>	<i>we observed</i>	<i>the question as to whether</i>	<i>whether</i>
<i>join together</i>	<i>join</i>	<i>the vast majority of</i>	<i>most</i>
<i>lacked the ability to</i>	<i>could not</i>	<i>this result would seem to indicate</i>	<i>this result indicates</i>
<i>large in size</i>	<i>large</i>	<i>through the use of</i>	<i>by</i>
<i>majority of</i>	<i>most</i>	<i>time period</i>	<i>time ali period, ne oboje!</i>
<i>make an assumption that</i>	<i>assume</i>	<i>to sacrifice</i>	<i>povejte, kako ste jih žrtvovali (npr. izkrvaveli)</i>
<i>male children</i>	<i>boys</i>	<i>totally useless</i>	<i>useless</i>
<i>male patient</i>	<i>man</i>	<i>towards</i>	<i>toward</i>
<i>methodology</i>	<i>method</i>	<i>truly significant</i>	<i>significant</i>
<i>mix together</i>	<i>mix</i>	<i>utilise</i>	<i>use</i>
<i>needless to say</i>	<i>(izpustiti)</i>	<i>utterly unique</i>	<i>unique</i>
<i>neonate</i>	<i>new-born</i>	<i>very necessary</i>	<i>necessary</i>
<i>new initiatives</i>	<i>initiatives</i>	<i>very unique</i>	<i>unique</i>
<i>of great theoretical and practical importance</i>	<i>useful</i>	<i>visible and observable</i>	<i>eno ALI drugo, ne oboje</i>
<i>on a daily basis</i>	<i>daily</i>	<i>we wish to thank</i>	<i>we thank</i>
<i>on a regular basis</i>	<i>regularly</i>	<i>with a view to</i>	<i>to</i>
<i>on no occasion</i>	<i>never</i>	<i>with regard to</i>	<i>concerning ali about</i>
<i>one out of three</i>	<i>one of three</i>	<i>with the result that</i>	<i>so that</i>
<i>optimum</i>	<i>best</i>		
<i>past experience</i>	<i>experience</i>		
<i>perform</i>	<i>do</i>		
<i>perform experiments</i>	<i>do experiments</i>		
<i>pooled together</i>	<i>pooled</i>		
<i>postoperatively</i>	<i>after surgery</i>		
<i>previous to</i>	<i>before</i>		
<i>prior to</i>	<i>before</i>		

## Viri

1. Day RA. Scientific English. 2 ed. Phoenix: Oryx Press, 1995.
2. Fowler HW. Fowler's Modern English Usage. Oxford: Oxford University Press, 1983.
3. Grossman J. Managing ed. The Chicago Manual of Style. 14 ed. Chicago: The University of Chicago Press, 1993.
4. Matthews JR, Bowen JM, Matthews RW. Successful Scientific Writing. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
5. Procter P. Editor-in-chief. Cambridge International Dictionary of English. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

## Nekrologi

## IN MEMORIAM

## PROF. DR. LUDVIKU TABORU

Vladimir Jevtič

Pred kratkim je svojo življenjsko pot sklenil prof. dr. Ludvik Tabor, priznani in ugledni radiolog, dolgoletni visokošolski učitelj in predstojnik Katedre za radiologijo.

Rodil se je v Ljubljani, kjer je leta 1951 promoviral na Medicinski fakulteti. Že zgodaj se je odločil za tedaj ne preveč privlačno specializacijo iz rentgenologije. Zaključil jo je s specialističnim izpitom leta 1957. Kmalu potem, ko je bil sprejet v službo v Rentgenološki zavod kliničnih bolnišnic v Ljubljani, se je pokazal njegov akademski interes: objavili so mu prve strokovne prispevke doma in v tujini. Že leta 1964 je bil imenovan za docenta rentgenologije na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Njegovo habilitacijsko delo z naslovom »Genitalna tuberkuloza žene in problem sodobne rentgenske diagnostike« smo radiologi leta po tem uporabljali kot pomemben učbenik za pripravo na specialistični izpit. Leta 1970 je uspešno obrnil doktorsko disertacijo »Rentgenološka klinična



študija kongenitalnih anomalij hrbtnice in potencialna invalidnost in postal prvi doktor znanosti iz rentgenologije v Sloveniji. Področju osteoartikularne radiologije je ostal zvest do konca svoje strokovne kariere. Od leta 1960 do upokojitve je opravljal delo konziliarnega radiologa na Ortopedski kliniki, skrbel je za organizacijo radiološke službe in postavil bogat rentgenski arhiv. Leta 1974 je bil izvoljen za izrednega in leta 1978 za rednega profesorja za predmet Rentgenologija na Medicinski fakulteti v Ljubljani. V letih 1977/78 in 1978/79 je bil prodekan Medicinske fakultete, kar 13 let – od leta 1981 do upokojitve leta 1993 – pa predstojnik Katedre za rentgenologijo. Kot pedagog in predavatelj je gradil znanje številnih generacij študentov medicine in stomatologije ter študentov Višje šole za zdravstvene delavce, Oddelka za višje rentgenske tehnike v Ljubljani. Še posebej je treba poudariti njegovo pedagoško in mentorsko delo z mnogimi specializanti radiologije, zlasti na osteoartikularnem področju.

Izpopolnjeval se je v številnih ustanovah v tujini: v bolnišnici Cochin v Parizu, Ortopedski kliniki kantonske bolnišnice St. Gallen, Inštitutu za radiologijo kantonske bolnišnice v Zürichu, Inštitutu za radiologijo v Bonnu in Tübingenu.

Ožje področje njegovega strokovnega delovanja je bila radiološka diagnostika osteoartikularnih obolenj, predvsem na ortopedskem področju, področju hematologije, poškodb gibal ter radiologije v ginekologiji in stomatologiji. Njegova bibliografija obsega 131 strokovnih prispevkov, objavljenih v domačih in tujih revijah, ter 14 znanstvenoraziskovalnih del. Sam je izdal tri knjižne publikacije, v sodelovanju z drugimi avtorji pa dve. Aktivno je deloval tudi kot organizator in predavatelj na številnih kongresih in srečanjih

radiologov, ortopedov in travmatologov doma in v različnih evropskih in svetovnih centrih.

Prof. dr. Ludvik Tabor je bil aktiven pri ustanovitvi in v vseh fazah razvoja Inštituta za radiologijo Kliničnega centra v Ljubljani, vodilne tovrstne ustanove v državi. Leta 1976 je skupaj s kolegi iz Italije ustanovil skupnost Alpe-Jadran, ki je prerasla v vsakoletno tradicionalno srečanje radiologov Italije, Avstrije in Slovenije. Je soustanovitelj revije »Radiologia Jugoslavica«, katere glavni urednik je bil v letih 1976–1981. V letih 1958–1969 je bil predsednik Sekcije za radiologijo in nuklearno medicino Slovenskega zdravniškega društva. Bil je dolgoletni generalni sekretar Združenja za radiologijo in nuklearno medicino radiologov Jugoslavije.

Bil je član International Society of Limphology, evropskega in svetovnega združenja radiologov, član Slovenskega zdravniškega društva, član Sekcije za rentgenologijo SZD, član Udruženja radiologa Jugoslavije, član Udruženja ortopeda i traumatologa Jugoslavije. Je častni član Društva višjih rentgenskih tehnikov Jugoslavije.

Za svoje delo je prejel številna priznanja: zlato diplomo Saveza lekarskih društev Jugoslavije (1971), priznanje Medicinske fakultete v Ljubljani (1978), srebrno diplomo Udruženja ortopeda i traumatologa Jugoslavije (1978), odlikovanje red dela z zlatim vencem (1980), zlato diplomo Udruženja ortopeda i traumatologa Jugoslavije (1981), plaketo Udruženja radiologa Jugoslavije (1988) in priznanje Ortopedske klinike (1993).

Ob opisu njegove bogate strokovne kariere bi poskus prikaza dosedanje življenjske poti prof. dr. Ludvika Tabora ne bil popoln, če bi prezrli še eno področje njegovega udejstvovanja – slikarstvo – ki mu je z leti postajalo vse pomembnejši del življenja. Obsežen opus akvarelov je delno predstavil na 23 samostojnih in 30 skupinskih razstavah. Najverjetneje mu je ob slikanju uspelo v celoti izstopiti iz vseh omejitev, ki jih zahteve uspešne zdravniške kariere neusmiljeno postavljajo vsakemu. Kot da bi v naravi in barvah svojih akvarelov iskal nadomestek za leta življenja, preživetega v otenkih sivem in črnem, ki mu jih je poklic radiologa namenil. Morda še najbolj ponazarja odnos do narave in umetnosti njegov naslednji zapis: »Umetnost je svoboden zapis razsežnosti duhovnega dožemanja in občutenja tega, kar narava tako nesebično ponuja. Kaj je lahko vbljivejše kot zapis življenjskega kreda naravi, zapis v koloritu svetlobe in senc osebno občutenega in videnega, zapis nenehno prisotnega ritma narave! Spričo sodobne porabniške družbe, ki išče srečo predvsem v kopicenju materialnih dobrin in trenutnih užitkov ter ne zmore občutiti notranje sreče, tistim, ki še znajo drugače razmišljati in ravnati, ostaja le še beg v okrilje tega, kar nam narava lahko še daje. Nekateri se sprašujejo in jim je skoraj nepojmljivo, kako da dandanes vse več ljudi z različnimi poklici posveča svoj prosti čas muzi likovne ali katere druge umetnosti. Odgovor je preprost. Spričo vsega, kar nam ponuja, že naravnost vsiljuje, sodobna civilizacija prenapetega življenjskega vsakdana, je umetnost zatočišče, v katerem si spet lahko uredimo in zberemo razbito duševnost. Umetnost in narava sta človeku izvira možnosti in danosti, da v času, kakršnega živimo, obstane in ne potone.«

Ko se je leta 1993 odločil za upokojitve, je bil še vedno poln življenjskih načrtov. Žal neusmiljena in dolgotrajna bolezen, s katero se je naučil živeti in jo mnoga leta uspešno premagovati, mu je izpolnitev načrtov preprečila in ga končno tudi premagala. Z žalostjo smo se poslovili od prof. Tabora. Spominjali se ga bomo s spoštovanjem. Slovenski radiologi smo mu globoko hvaležni za vse, kar je naredil za našo stroko in slovensko medicino. Ostal bo v trajnem spominu kot priznan in ugleden strokovnjak, učitelj številnih generacij radiologov in radioloških inženirjev in ne nazadnje kot umetnik, ljubitelj narave in umetnosti.

## IN MEMORIAM DR. JANEZU KLOBUČARJU

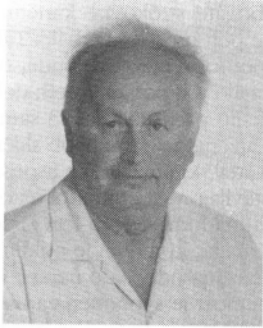
*Marko Kolšek*

Spomladi sva z ženo dobila vabilo: ob 20-letnici KZA Tabor – Stara Ljubljana vaju vabimo na srečanje, ki bo 6. junija 1997 v glasbeni šoli pri trnovski cerkvi.

Šesti junij: ura je šest popoldne. V dvoranci srečujeva ljudi, ki so nama pred dvajsetimi leti nekaj let omogočali učenje dela z ljudmi v stiski. Mnogih več ne prepoznava, čeprav se nama zdijo znani. Med njimi občutiva domačnost, sprejetost, veselje, zadovoljstvo, ponos. Stopiva do terapevta dr. Janeza Klobučarja in ga pozdraviva. Še vedno je umirjen, skromen, a pokončen.

Nihče takrat ni niti pomislil, da našega Janeza čez dober mesec ne bo več med nami. Umril je 27. julija sredi urejanja svojega doma, ki ga je mnoga leta sam oblikoval – idejno, obrtniško-umetniško in duhovno.

Kdo si bil (ne gre in ne gre mi pisati o Janezu v preteklem času), naš Janez – dr. Janez Klobučar?



Rodil se je pred 64 leti v Beli krajini, kamor se je celo življenje rad vračal – med svoje domače in med breze. Ko je po 2. svetovni vojni končal osnovno šolo v Črnomlju, so ga starši poslali v sanitetno vojaško šolo v Ljubljano. Končal jo je kot najboljši dijak. Leta 1953 je tako postal medicinski tehnik (vojaški naziv je bil zdravniški pomočnik) na Vojaško-medicinski akademiji v Beogradu. Po enem letu se je vrnil v Ljubljano in postal vodja zobotehnikov v Vojaški bolnici v Ljubljani. Željan znanja se je po nekaj letih odločil za študij stomatologije. V vojaških krogih niso imeli posluha za njegove želje in ga pri tem niso podprli. Sam je vztrajal ob delu, doštudiral in postal zdravnik-stomatolog, čeprav je že takrat imel hudo okvaro vida. Ker je očesna bolezen napredovala, se je moral leta 1970 upokojiti. Čez nekaj mesecev se je ponovno zaposlil – tokrat v tovarni Lek, vendar je po dveh letih moral zaradi oči opustiti tudi to delo.

Vojaška služba mu ni bila pisana na kožo. Zato se je že pred upokojitvijo povezal z organizacijo Rdečega križa in v njej 20 let redno sodeloval kot predavatelj, organizator in predvsem kot svetovalec pri številnih akcijah in usposabljanjih te organizacije.

Kljub težavam z očmi je zaradi svojega čuta za sočloveka in zanimanja za psihologijo osebnosti kot izredni študent vpisal študij psihologije v Ljubljani in končal štiri semestre. Njegova ukaželnost ga je čez nekaj let privedla do dr. Hudolina in do podiplomskega študija socialne psihatrije v Zagrebu, ki ga je končal leta 1978.

Leta 1977 je postal aktivni sodelavec dr. Ruglja v Ambulanti za boleznimi odvisnosti v Ljubljani. Bil je terapevt v terapevtskih skupinah in klubih zdravljenih alkoholikov po takrat uvedeni metodi skupinskega družinskega zdravljenja ob delu. Njegov posluš za ljudi v stiski, njegova dobrota in odločnost so mu omogočali, da

so ga mnogi zdravljenici s svojimi družinami (več sto jih je bilo v teh dvajsetih letih) sprejeli in vztrajali. Po nekaj letih je moral zaradi takratnih razmer v slovenski alkoholologiji zapustiti ambulanto na Bohoričevi, vendar so mu ljudje, ki jim je s svojo neizmerno prizadevnostjo pomagal v lepše življenje, sledili v KZA Tabor, ko se je združil s KZA Stara Ljubljana.

Dr. Klobučar je v program dela po terapevtskem dogovoru dr. Ruglja dodatno uvedel družinsko uro, kar je Janezov izvirni prispevek k metodi skupinskega družinskega zdravljenja. V največje zadovoljstvo mu je bila samostojnost, ki so jo pridobili njegovi »učenci«, še bolj pa pristno prijateljstvo med člani kluba, saj je tako umetna skupina prešla v naravno skupino. Ves njegov trud in trud njegovih »učencev« – prijateljev je obrodil obilne sadove: številne zadovoljne družine in pisne izdelke, izdane v nekaj številkah glasila članov kluba »Taborci«. Ob letošnjem 20-letnem jubileju so skupaj izdali zbornik svojih razmišljanj z naslovom »Učili smo se živeti drugače«. Na ta izdelek je bil Janez še posebej ponosen.

Pred štirimi leti se je odločil, da bo velik del sebe dal še drugi skupini ljudi v stiski, ki potrebuje takšnega človeka, kot je bil Janez – modrega, umirjenega, razumevajočega, a hkrati neomajno odločnega in vztrajnega. Svojo pomoč je začel dajati ljudem, ki so jih zasvojile prepovedane droge, in se povezal z ljubljanskim društvom za pomoč zasvojenecem in njihovim družinam; društvo nosi ime Up. Pokazali so se že prvi uspehi, a žal se jih Janez ne bo mogel več veseliti.

Svoje odprto srce je Janez razdal mnogim drugim ljudem – neznanecem, znancem in prijateljem, katerim so bila vrata njegovega doma vedno odprta, kadarkoli so ga potrebovali. Nikoli ni pričakoval povračila za svojo pomoč. Imel je veliko prijateljev, vsak od njih je imel svoje mesto v njegovem srcu, vanje je vlagal svojo dobroto in človečnost. Vse to je dajal tudi svoji družini – ženi, sinu, hčerki in svojim vnukom, ki se ga bodo lahko vedno spominjali z radostjo in ponosom.

Janez je imel poleg ljubezni do ljudi tudi druge ljubezni, tako kot vsi veliki humanisti. Rad je imel modrosti zbrane v kratkih stavkih, poezija je bila del njega samega. Skoraj vsako jutro je napisal misel ali verz. Odsev tega dela je zbirka pesmi »Nemir snovi« in knjižica aforizmov »Zlata zrna«; tik prek koncem pa je smrt prekinila pravo strokovno knjigo Stiska. Tudi druge oblike umetnosti so mu bile blizu, pa tudi obrtniška dela so mu šla dobro od rok. Svoj dom je v veliki meri sam oblikoval in opremil: izdelal je pohištvo, okraske, slike, uredil je okolico hiše. Dve njegovi likovno umetniški deli sta ostali na ogled nam vsem: spomenik iz leta 1959 »Tovariš za tovariša« na dvorišču na Roški ulici v Ljubljani – na področju bivše Titove kasarne (delno so ga uničili oficirji JLA ob umiku iz Slovenije leta 1991) in spominska plošča v Jelendolu v roških gozdovih iz leta 1983 v spomin na ustanovitev prve partizanske mobilne zobne ambulante. Glasbi se je zapisal že kot otrok, ko je s harmoniko večkrat zabaval svoje domače, pa tudi svate na porokah. Klavir v njegovem domu je govoril, da je glasba ostala velika Janezova ljubezen, za katero pa je – kot je dejal sam – imel premalo časa, vendar ji je ostal zvest.

Bil je še poln načrtov nadaljevati utečeno delo z zdravljenimi alkoholiki, začeto delo z drugačnimi zasvojeneci. Pripravljal se je na oblikovanje šole za starše mladostnikov v stiski in brezplačnega izobraževanja in svetovanja za mlade pare.

Kdo si bil tisti pravi Janez? Zdravnik-stomatolog, glasbenik, alkohololog, kipar, svetovalec ljudem v stiski, slikar, mož, gradbinec, etik, oče, oblikovalec, estet, lesostrugar, dedek, drvar, pesnik, mizar, filozof, instalater, prijatelj, moj učitelj? Bil si vse to in še kaj. Hvala ti!

Naj končam s tvojimi verzmi:

*Kdor čaka smrt in misli na svoj konec,  
namesto da oral bi in sejal med sušo,  
pozabi, vdinja se, ne da odrešil  
pred njo bi svojo dušo.*



Medikohistorična rubrika

## DR. JAN WEYER – BOJEVNIK ZOPER ČAROVNIŠTVO IN NJEGOVA KNJIGA »DE PRESTIGIIS DEMONUM«

Ob letošnjem dnevu knjige 23. 4. 1997

*Friderik Pušnik*

Reka Meuse teče skozi zgodovinsko pokrajino Loreno mimo rojstne hiše Jeanne d'Arc – Device Orleanske kot mladostna, živahna, jasno zelena rečica. Skozi Belgijo pridobiva ta reka na širini ter si ob imenu, spremenjenem v holandsčino, navzame tudi drugačnega vedenja. Pokorno in temno valovi sedaj Maas kot široki mirni veletok mimo manjših podeželskih mestec, kjer mogočni opečnati stolpi kot gladka ali stopničasta renesančna slemena mole iznad mokro svetlikajočih se strmih streh visokih cerkvenih ladij. Takšno majhno mestoce z ostanki starih obrambnih naprav je Grave v holandski pokrajini Brabant.



IOANNES WIERVS.  
ANNO ÆTATIS LX SALUTIS M. D. LXXVI.

V Gravu se je rodil leta 1515 dr. Jan Weyer. Zdravnikovanje ga sicer ni privedlo do evropske slave, vendar je ostal v zgodovini medicine zapisan zaradi svojega strastnega in hrabrega boja zoper čarovništvo. Ta gnusna duhovna zabloda narodov na zahodu je v Evropi trajala zelo dolgo. Aristotel, sam pogan, je vnesel v znanost poganstvo. Aristotel je tudi zagovarjal Ptolomejev nauk in kot najvišja filozofska avtoriteta srednjega veka dejansko podpiral mračnost tega obdobja. Tomaž Akvinski (1226–1274) kot največji predstavnik skolastike je s t.i. aristotelizmom zaradi znanstvenega pomena skušal Aristotelov nauk stopiti s krščanskim. Tako je poganski demonizem našel svoje mesto v enoboštvu. Eden največjih izkoreninjevalcev teh poganskih ostankov je bil nedvomno dr. Jan Weyer. Čarovništvo je izzivalo zaradi svojega naglega širjenja toliko strahu in groze kot kuga in črne koze, dve najnevarnejši kužni bolezni tistega časa. Kolikor prištevamo čarovništvo med duševne bolezni narodov, menijo kulturni zgodovinarji, moramo prištevati tudi dr. Jana Weyerja med največje zdravnike človeštva.

Dr. Jan Weyer je odrasel v premožni meščanski družini. Njegovi starši so posvečali sinu Janu pri vzgoji posebno skrb. Osnove branja, pisanja in računanja mu je posredoval njegov domači učitelj. Latinsko šolo je obiskoval v Hertogenboschu, kjer se je šolal pred njim znameniti humanist Erazem Rotterdamski (1467–1536). Medicino je doštudiral v Orleansu, kjer je leta 1537 z 22 leti postal doktor medicine. Humanistu primerno je latiniziral svoj priimek v Joannes Piscinarius, kar pomeni ljubitelj ribnikov. Naslednjih deset let je pisal duhovne pesnitve (»poemata sacra«) pod imenoma Joannes Piscinarius in Gravianus Brabantus. To je tudi čas ustalitve njegovega osebnega življenja z rojstvom sina, ki ga je imenoval Galenus, in je tudi postal zdravnik. Leta 1550, ko je postal Jan Weyer mestni zdravnik v Arnhemu, je postal tudi osebni zdravnik enega od najmočnejših in hkrati najnaprednejših državnih knezov tistega časa Viljema Bogatega vojvode za Kleve, Berg in Jüllich. To mu je prineslo velik medicinski ugled. V tej deželi niso preganjali drugih ver, inkvizicija ni delovala, svobodno so brali Luthrovo biblijo in proučevali Kalvinove spise. V tem času so povsod po Evropi gorele grmade, na katerih so zažigali domnevne čarovnice. Dr. Jan Weyer je kot osebni zdravnik vojvode Viljema začel proti tej iz poganstva izvirajoči čarovniški zablodi obsežno publicistično delovanje.

Ta zabloda je postala krvava stvarnost z nastopom reformacije. Zbulo »Summis desiderantes affectibus«, ki jo je izdal papež Inocenc VIII. leta 1484, je vera v obstoj čarovnic in njihova zveza s satanom na osnovi aristotelizma postala krščanska dogma. Čarovnice in protestanti so se znašli v isti kaši – kdor je bil protestant, je bil krivoverec, in kdor je bil krivoverec, je bil čarovnik ali čarovnica, ki imata zvezo s satanom.

Še jasneje govori o tem 1489. leta napisano zloglasno »Čarovniško kladivo«, avtor je verjetno menih Jakob Sprenger, z geslom: »Največje krivoverstvo je, če se ne veruje v čarovništvo.« Posvetni in duhovni knezi in celo duhovniki obeh ver so sicer nasprotovali tovrstni obravnavi domnevnega čarovništva, vendar je šlo le za osamljene glasove vprijočega v puščavi. Knjiga dr. Jana Weyerja, izdana s cesarskim zaščitnim pismom leta 1563 v Baslu, ima sicer zelo zapleten naslov: »O satanih, čarovnicah, hudobcih, zapriseženih satanu, in pripravljalcih strupov ter o čaranju nasploh«, ali na kratko »De prestigiis demonum«. V podporo tej knjigi je na višku preganjanja čarovništva leta 1631 jezuit Friedrich von Spee izdal svojo gorečo obtožbo čarovništva. Praksa sodišč, ki so izrekala sodbo sežiga na grmadi, je začela vidno pojemati. Glas in pomen Weyerjeve knjige, ki je bila sicer sprva znana le na področju vojvodstva Kleve, Berg in Jüllich, se je razširil po vsem cesarstvu, kamor smo spadali tudi mi. Širilo se je prepričanje, da čarovništvo ni povezano s satanom, ampak da gre za duševno bolezen. Toda prvi, ki je pokazal dovolj hrabrosti, da je dregnil v čarovništvo, je bil nedvomno dr. Jan Weyer. Zaščita, ki mu jo je nudil njegov vojvoda, ga je obvarovala sojenja, na katerem bi ga nedvomno obsodili na smrt na grmadi.

Knjižni opus Jana Weyerja, predvsem imenovana knjiga, v današnjem času le redko omenjajo. Le poglobljena medicinskozgodovinska dela, kakršno je pri nas Zgodovina medicine Petra Borisa, ga navajajo.

V razvalinah teklenburškega gradu v Westfaliji, zadnjem bivališču Jana Weyerja, še danes stoji od bršljana prerasel razpadajoči stolp, ki nosi njegovo ime do današnjega dne.

Mednarodno sodelovanje

## PRAZNOVANJE 150-LETNICE AMERIŠKEGA ZDRAVNIŠKEGA ZDRUŽENJA

*Pavel Poredoš*

Ameriško zdravniško združenje (AMA) je junija letos praznovalo 150-letnico obstoja. Osrednje slovesnosti so bile od 21. do 26. junija 1997 v Chicagu. Slavnostni del prireditve se je prepletal s kongresom ameriških zdravnikov, na katerem so obravnavali številna organizacijska vprašanja in sprejeli več kot 100 različnih resolucij. Kongresa se je udeležilo okrog 3000 delegatov iz ameriških držav, le-ti so predstavljali 290.000 (več kot 90% vseh) ameriških zdravnikov. Članstvo v ameriškem zdravniškem združenju je namreč podobno kot v večini evropskih držav prostovoljno, vendar je v AMA včlanjena večina zdravnikov, in to kljub temu, da je članarina za naše razmere zelo visoka (2000 USD/leto).

AMA je zaradi povsem praktičnih potreb leta 1847 ustanovil dr. Nathan Davis. V začetku 19. stoletja je na področju zdravilstva tudi v ZDA vladal velik nered in je bila medicina kot poklic težko prepoznavna. Takrat se je lahko vsakdo proglasil za zdravnika, tudi taki, ki niso imeli licence, kajti ni bilo sistematičnega izobraževanja, niso bili predpisani pogoji za pridobitev licence in tudi ni bila opredeljena potrebna edukacija. Zato je bilo Ameriško zdravniško združenje ustanovljeno s ciljem, da se postavijo enotni standardi izobraževanja zdravnikov in etične norme, ki naj bi bile zdravniku vodilo pri opravljanju njegovega poklica.

Ameriško zdravniško združenje sestavlja 80 nacionalnih strokovnih zdravniških združenj, na ta način je v združenju zastopanih vseh 50 ameriških držav. V sestavi AMA deluje še 5 zveznih združenj, kot so npr. Združenje za kirurgijo in kardiologijo in 5 sekcij: sekcija upokojenih zdravnikov, sekcija mladih zdravnikov, sekcija študentov medicine, sekcija zdravstvenih šol in sekcija za zdravstveno nego. Najvišje predstavniško telo je skupščina (House of delegates), ki trenutno šteje 442 delegatov (en delegat na 800 zdravnikov). V skupščino delegirajo svoje predstavnike tako nacionalna kot tudi zvezna in različna druga strokovna združenja.

Praznovanje je bilo zelo slovesno in je v določenih trenutkih morada že mejilo na značilno ameriško bahavost. Obeležja o tem pomembnem dogodku je bilo možno zaslediti v večjem delu mesta. Številne zastave in simboli AMA so dajali vtis, da se mesto vključuje v praznovanje te pomembne obletnice Ameriškega zdravniškega združenja.

Povabljenih nas je bilo 53 gostov iz 45 držav. Prišli so predsedniki in/ali sekretarji zdravniških društev z vseh kontinentov, največ iz Evrope. Nadvse veličastna je bila otvoritvena slovesnost, ki je bila predstavljena v številnih medijih. Mimohod predstavnikov posameznih držav z državnimi zastavami je spominjal na otvoritev olimpijskih iger (sl. 1). Toda ne glede na občutek pretirane ceremonialnosti je bila ta slovesnost izjemna priložnost za predstavitev posameznih zdravniških združenj. Tako so med sprehodom posameznega predstavnika zdravniškega društva iz določene države skozi dvorano s prek 3000 delegatov ameriških zdravnikov izčrpno predstavili zdravniško združenje določene države, njegovo vlogo pri zagotavljanju zdravstvenega varstva prebivalstva, način organiziranosti in možnosti vplivanja na zdravstveno politiko. Ameriški kolegi so pokazali veliko zanimanja za Slovenijo, za naše zdravstvo in tudi za naše družbenopolitične razmere.

Na otvoritveni slovesnosti so bile podeljene nagrade in priznanja zaslužnim članom AMA, prejelo jih je 10 vodilnih ameriških zdravnikov, ki so s svojim strokovnim delom in delom v Ameriškem zdravniškem združenju najodločilneje prispevali k ugledu ameriškega zdravništva. Med najuglednejšimi nagrajenci je bil znani srčni kirurg prof. A. Cooley, ki je eden od pionirjev kirurškega zdravljenja srčno-žilnih bolezni, med drugim je prvi na svetu opra-



Sl. 1. Predstavitve Slovenskega zdravniškega društva na otvoritveni slovesnosti ob praznovanju 150-letnice Ameriškega zdravniškega združenja – slovenska zastava in predsednik SZD prof. dr. Pavel Poredoš med sprehodom skozi dvorano z ameriškimi predstavniki zdravnikov.

vil uspešno endartektomijo karotidne arterije. Prof. Cooley pa je tudi ustanovitelj znanega inštituta za srčne bolezni v Teksasu (Texas Heart Institute).

V treh delovnih dneh, ki so sledili otvoritvenim slovesnostim, so se ameriški zdravniki ukvarjali s številnimi problemi in vprašanji, ki se nanašajo na organizacijo zdravstvene službe, na zagotavljanje pravic bolnikov in zdravnikov, edukacijo zdravstvenih kadrov, spregovorili pa so tudi o etičnih problemih. Sprejeti so bili številni dogovori in resolucije, ki se nanašajo na različne oblike zdravnikovega delovanja in ki posegajo tudi širše v družbeno dogajanje. Skorajda ni bilo področja družbenega življenja, o katerem ameriški zdravniki ne bi razpravljali in sprejeli določene dogovore in smernice za nadaljnje delovanje.

AMA prek svojega sveta za medicinsko edukacijo odločilno vpliva na dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje zdravnikov. Že leta 1942 je Svet za izobraževanje pri Ameriškem zdravniškem združenju z Združenjem ameriških medicinskih kolidžev ustanovil Komite za medicinsko edukacijo, ki določa standarde in podeljuje licence zdravstvenim šolam in fakultetam. Ta komite danes nadzoruje izobraževanje v 126 ameriških in 16 kanadskih medicinskih fakultetah. AMA podeljuje tudi licence za podiplomsko izpopolnjevanje zdravnikov. Takšno licenco ima danes 1500 zdravstvenih ustanov v ZDA. Svet za izobraževanje pri AMA je torej eno od najpomembnejših strokovnih teles združenja, ki skrbi za neprekinjeno izobraževanje zdravnikov. Tudi na letošnjem srečanju so ameriški zdravniki sprejeli pet dogovorov, ki se nanašajo na poenotenje standardov in kvaliteto izobraževanja

ter posebno resolucijo, ki govori o preverjanju znanja na podiplomski ravni.

Eden od osnovnih ciljev delovanja Ameriškega zdravniškega združenja je nenehna skrb za doseganje visokih etičnih standardov pri opravljanju zdravniškega poklica. Že kmalu po ustanovitvi je združenje izdalo prvi kodeks medicinske etike, ki so ga v kasnejših letih večkrat nadgrajevali in izpopolnjevali. Etične norme, nad katerimi bdi Svet za medicinsko etiko, ki je eno od najbolj dejavnih teles pri AMA, se nanašajo tako na zdravnika kot bolnika, posegajo pa tudi v številna druga nezdravstvena področja človekovega delovanja. Po določilih Kodeksa medicinske etike, ki je bil dopolnjen tudi na zadnjem kongresu AMA, je zdravnik ne le nosilec zdravstvene dejavnosti, temveč tudi ali predvsem bolnikov zagovornik. Bolnik ima neodtujljivo pravico, da je izčrpno informiran o naravi svoje bolezni, o možnostih zdravljenja in o tveganju, ki mu je zaradi določenih zdravilskih postopkov izpostavljen. Bolnik ima nadalje pravico, da sprejme ali odkloni določene preiskavne postopke in načine zdravljenja. Končno ima bolnik tudi pravico do neprekinjenega zdravstvenega varstva ter da je zdravljen po najsodobnejših preverjenih postopkih in v skladu z obstoječimi strokovnimi doktrinami. Svet za medicinsko etiko pri AMA pa je tudi zagovornik zdravnikov (physicians voice and advocate). Za tiste, ki se ne ravnavajo po dogovorjenih etičnih normah, pa kodeks predvideva kazni vse do izključitve iz združenja in celo sprožitve kazenskega pregona.

Ameriško zdravniško združenje tudi pomembno posega v delovanje zdravstvenega sistema. Svet za zdravstveno varstvo pri AMA sodeluje pri snovanju zdravstvene politike, pri pripravi finančnih načrtov in pri oblikovanju zdravstvene politike za različne skupine bolnikov. Predstavniki AMA tesno sodelujejo z vladnimi uradi, ki se ukvarjajo s planiranjem zdravstvenega varstva. Zato ne preseneča ugotovitev, da je AMA eno od najpogosteje citiranih strokovnih združenj v senatu in kongresu, in to ne glede na vsebino obravnavane problematike. Na ta način AMA zastopa pravice bolnikov in zdravnikov v ameriških vladnih organih in se bori za to, da bolniki dobijo ustrezno zdravstveno oskrbo in da se zdravnikom prizna poseben družbeni položaj, ki izhaja iz narave njihovega dela.

Ameriško zdravniško združenje tako rekoč posega v vse oblike družbenega delovanja in se bori za izboljšanje materialnih in socialnih pogojev prebivalstva. Sprejema predloge za izboljšanje bivalnih pogojev, sodeluje pri izvajanju kontrole nad prehrabeniimi artikli. S svojimi predlogi skuša vplivati na prometno varnost in celo določa zdravstvene standarde za vesoljske polete. Na letošnjem zasedanju je skupščina AMA sprejela vrsto predlogov, kako povečati varnost v prometu, kakšna naj bo oprema avtomobilov, da se zagotovi čimboljša aktivna in pasivna zaščita udeležencev v prometu. Obravnavali pa so tudi kriterije za zdrav – neoporečen prehrabeni artikel in za zaščitno živilo.

Vse navedene aktivnosti AMA izvaja s pomočjo izjemno dobro razvitega sistema komunikacij. Poleg osnovnega glasila – JAMA zdravstvene informacije posredujejo prek interneta, s pomočjo lastne televizijske postaje ter 10-urnega tedenskega programa na CNBC televiziji. Informacije, ki so namenjene izobraževanju in prosvetljevanju prebivalstva, razširjajo tudi prek satelita, ki posreduje sprejem 300 postajam ZDA. Vsak posameznik ima tudi možnost neposrednega dostopa do strokovnih informacij prek informatorjev, ki delujejo v uradih za informiranje in vsako leto prestrežejo 15.000 do 25.000 telefonskih klicev.

Ameriški kolegi so me prepričali, da jim je uspelo zagotoviti si ustrezno vlogo v danih družbenih razmerah, da so kot nosilci zdravstvene dejavnosti tudi pomemben dejavnik pri oblikovanju zdravstvene politike, da vpliv njihovega združenja seže do skoraj vseh najvitalnejših segmentov družbenega delovanja in da jim uspeva moto njihovega letošnjega – jubilejnega srečanja »150 let skrbi za deželo in njene prebivalce« v polni meri uresničevati.

Strokovna srečanja

## 10. SVETOVNA KONFERENCA TOBAK ALI ZDRAVJE

Peking, 24.–28. 8. 1997

*Eva Stergar*

Konferenca je potekala v Pekinškem kongresnem centru, le otvorenje in prvo plenarno zasedanje sta bila v središču mesta ob Tiananmenškem trgu v Veliki dvorani kitajskega ljudstva.

10. konferenca Tobak ali zdravje je uradno odprl predsednik LR Kitajske g. Jiang Zemin in s tem jasno pokazal, da se namerava Kitajska odločno spoprijeti z nadzorom tobaka, saj je oziroma bo zaradi kajenja tobaka na Kitajskem leta 1997 umrlo kar 0,7 milijona ljudi (v ZDA 0,5 milijona, na celem svetu pa nad 3 milijone). Prva svetovna konferenca Tobak ali zdravje je bila leta 1967 v New Yorku, prihodnja, enajsta pa bo od 6. do 10. avgusta 2000 v Chicagu. Tema: Promocija prihodnosti brez tobaka. Pekinške konference Tobak ali zdravje se je udeležilo približno 1800 delegatov z vseh kontinentov; raziskovalcev, zagovornikov zdravja, zdravstvenih vzgojiteljev, pravnikov, ekonomistov, članov nevladnih organizacij in različnih mrež, vendar s skupnim ciljem, da zaustavijo širjenje epidemije bolezni, povezanih s kajenjem tobaka. Več kot 600 delegatov je pripravilo enega ali več prispevkov za plenarna predavanja, simpozije, paralelne seje, delavnice oziroma plakate.

Udeleženci so se osemkrat srečali v **plenumu**, kjer so bile predstavljene naslednje teme:

1. Naraščajoča epidemija
2. Ženske in tobak
3. Države v razvoju
4. Promocija tobaka
5. Pristopi k opuščanju kajenja
6. Programi nadzora tobaka
7. Financiranje nadzora tobaka
8. ZN in vladne opcije

Organiziranih je bilo 17 **posebnih simpozijev** z naslednjimi temami:

1. Epidemiologija
2. Pasivno kajenje
3. Tobak in mladi
4. Tobačna zakonodaja
5. Ekonomika tobaka
6. Zasvojenost
7. Promocija zdravja
8. Vloga zdravstvenih strokovnjakov
9. Religija in tobak
10. Škoda v okolju
11. Pravdanje
12. Zdravje na delovnem mestu
13. Svetovna trgovina in tihotapljenje
14. Šole in družine
15. Glavne kitajske epidemiološke študije
16. Opuščanje (praktični vidiki)
17. Učinkovita raba sredstev množičnega obveščanja za nadzor tobaka

**Okrogla miza:** Poravnave s tobačno industrijo

Delegati so lahko izbirali med 18 **delavnicami:**

1. Lobiranje in zagovorništvo
2. Elektronsko mreženje
3. Učni načrti medicincev



4. Oblikovanje fondov
5. Multimedijski trening
6. Protiukrepi promociji tobaka
7. Uporaba publikacij SZO in navodil za spremljanje tobačne epidemije
8. Osvobajanje športa
9. Pomoč pri opuščanju kajenja
10. Otroci, umetnost in tobak
11. Odnosi z javnostmi
12. Tobačna industrija
13. Farmacevtski pristop k opuščanju kajenja
14. Oblikovanje okolij brez tobačnega dima
15. Uporaba sredstev množičnega obveščanja kot protisredstvo spodbujanja kajenja otrok in žensk
16. Družbeni marketing
17. Priprava in predstavitev referatov
18. Pomoč pri opuščanju (nefarmacevtski pristop).

V treh dneh se je zvrstilo 51 **paralelnih sej**, na katerih so delegati predstavili svoje referate, in več različnih **razstav plakatov**. Na posebni razstavi pa so različni proizvajalci predstavljali izdelke, povezane s temo konference: od publikacij prek farmacevtskih pripomočkov za opuščanje kajenja do različnih medicinskih aparatov.

Zvrstilo se je sedem **satelitskih srečanj** naslednjih organizacij:

INGCAT (International Non-Governmental Coalition Against Tobacco)  
Tobacco control (BMJ)  
GLOBALINK  
INWAT (International Network of Women Against Tobacco)  
Johns Hopkins University Working Groups  
Epidemiologija  
ILGTH (International Liaison Group on Tobacco or Health).

### Nekaj zanimivosti s konference

*R. Peto, A. D. Lopez, L. Boji*

Na svetu umre vsako leto približno 30 milijonov odraslih ljudi, od tega zaradi tobaka trije milijoni, in sicer dva milijona v razvitih državah in milijon v državah v razvoju. Te številke so rezultat razširjenosti kajenja na svetu pred 30, 35 leti. Če se bodo sedanji vzorci kajenja nadaljevali, potem bo leta 2025 letno umrlo približno deset milijonov ljudi, od tega trije milijoni v razvitem svetu in sedem milijonov v državah v razvoju (od tega dva do trije milijoni na Kitajskem). Napovedi se ne bodo uresničile le, če bi odrasli začeli množično opuščati kajenje in – seveda – če otroci ne bi začeli kaditi.

*W. Zatonski, R. Peto, A. D. Lopez*

V razvitih državah, kot sta na primer Velika Britanija in ZDA, bo približno polovica tistih odraslih, ki kadijo cigarete, umrlo zaradi bolezni, ki so povezane s kajenjem tobaka (ena četrtina v starosti od 35 do 69 let in ena četrtina v starosti 70 in več let). Tisti, ki umrejo v srednjih letih, v povprečju izgubijo od 20 do 25 let pričakovane življenjske dobe nekadilcev. Vendar – nikoli ni prepozno za opustitev kajenja – tudi opuščanje v srednjih letih zmanjšuje tveganje za smrt zaradi bolezni, povezanih s kajenjem. Zaradi kajenja tobaka sedaj v razvitih državah letno umre približno dva milijona ljudi od skupno 11 milijonov vseh smrti; od tega en milijon kadilcev umre v srednjih letih (od skupno štirih milijonov umrlih v srednjih letih). Mednarodna primerjava podatkov o ljudeh s pljučnim rakom kažejo veliko heterogenost. V nekaterih državah (kot npr. Francija, Španija ali srednja Evropa) so se deleži žensk, ki imajo pljučnega raka, nedavno začeli povečevati, v drugih (kot npr. ZDA) pa vztrajno naraščajo. Podatki o moških, ki imajo pljučnega raka, kažejo, da so odstotki v nekaterih državah že presegli kritično mejo (npr. ZDA, VB), v srednji Evropi pa

vztrajno naraščajo in so sedaj večji kot kjerkoli in kadarkoli na svetu. Trendi podatkov o pljučnem raku kažejo, da epidemija s tobakom povezanih smrti med ženskami še vedno narašča (in je trenutno največja v ZDA, v Franciji in Španiji pa šele nastaja), pri moških pa je blizu vrha (zmanjšuje se v redkih državah, kot npr. v VB, še vedno pa narašča v državah srednje in vzhodne Evrope, kjer beležimo za moške najvišjo smrtnost zaradi tobaka na svetu).

*A. Sasco*

Če ženske kadijo toliko kot moški, bodo umirale prav tako kot moški.

S kajenjem tobaka pri moških in pri ženskah ni povezan le rak na pljučih, sapniku, bronhijih, ampak tudi rak mehurja, v ustni votlini (npr. ustnice, požiralnik...), na trebušni slinavki... Poleg tega se pri kadilcih in kadilkah (še posebej, če uporabljajo oralna kontracepcijska sredstva) poveča tveganje za bolezni srca in ožilja ter kronično obstruktivno bolezen pljuč in emfizem.

Kadilke bolj tvegajo, da zbolijo za osteoporozo in z njo povezanimi zlomi. Kajenje vpliva na reproduktivno zdravje: ženske, ki kadijo, tvegajo neplodnost ali zmanjšano plodnost, povečano pa je tudi tveganje za spontani splav in izvenmaternično nosečnost. Novorojenčki mater kadilk in žensk, ki žvečijo tobak (npr. v Indiji), imajo nižjo porodno težo. Raba tobaka je pogosto vzrok perinatalne umrljivosti in sindroma nenadne smrti dojenčka.

*P. Jba, R. Feachem, N. Klingen*

Koordinirani mednarodni napor za nadzor tobaka ima naslednje cilje:

- a) nadzor tobaka naj postane pomembna prednostna naloga za vlade v državah z nizkimi in srednjimi dohodki ter za razvojne agencije,
- b) osredotočanje na učinkovite intervencije, ki odtehtajo stroške,
- c) povečanje analitičnega dela o vzrokih in posledicah rabe tobaka,
- č) razviti globalne ali regionalne regulatorne in davčne mehanizme,
- d) investirati v države z nizkimi in srednjimi dohodki za proučevanje in spremljanje epidemije rabe tobaka in promocijo učinkovitega nadzora.

*Y. Mochizuki-Kobayashi*

V azijskih državah, vključno z Japonsko, so deleži kadilk, če jih primerjamo z deleži kadilk v zahodnih državah, relativno majhni (manjši od 10 odstotkov). Vendar pa je nedavna raziskava na Japonskem pokazala, da ženske mlade generacije več kadijo – kadi jih kar 20 odstotkov. Obstaja vrsta dokazov, da tobačna industrija pri promociji tobaka cilja predvsem na mlade ženske.

*J. P. Pierce*

Zgodovinske študije inovativnih marketinških kampanj v ZDA so pokazale povezavo med naraščanjem incidence kajenja med mladostniki v starosti od 14 do 17 let in izpostavljenostjo kampanjam, ki so upoštevale spol ciljne skupine. Da predstavlja marketing tobačnih izdelkov močnejši vpliv kot pritisk vrstnikov, ko mladostnik začne kaditi, je bilo dokazano v študiji, v kateri so od leta 1993 do leta 1996 spremljali kalifornijske mladostnike (leta 1993 so bili nekadilci).

*R. Galbally*

Promocija zdravja v skupnosti povečuje podporo za sprejem protitobačnih ukrepov. Vladna zakonodaja, regulacije in davčna politika lahko prispevajo k boljšemu zdravstvenemu stanju populacije.

Poznamo dve poti do sredstev za nadzor tobaka:

- enoproblemski nadzor, ki je osredotočen le na nadzor tobaka, in
  - integrirani, kjer je nadzor tobaka del vsestranskega pristopa financiranja promocije zdravja.
- Drugi je nedvomno učinkovitejši, vendar ga je doslej izoblikovalo le osem držav.



R. Roemer

Rezolucija SZO iz leta 1996, ki zagovarja Mednarodno okvirno konvencijo za vsestranski nadzor tobaka, predstavlja novo iniciativo v borbi proti tobaku. Odgovarja na agresivne in varljive marketinške strategije tobačnih multinacionalk, ki so se razlele po vsem svetu.

**Razlog za okvirno konvencijo:** potolči učinke globalnega trgovanja, mednarodnih tobačnih investicij in izvozno-uvozne politike, ki povečujejo preskrbo s cigaretami in nižajo ceno.

**Funkcija mednarodne okvirne konvencije:** izraziti skupno zanimanje vseh narodov za nadzor tobaka, mobilizacija vlad, parlamentarcev in ministrstev za zakonodajo in programe.

**Narava okvirne konvencije:** tehnično zavezujoča splošna izjava o širokih ciljih predstavlja institucionalizirani forum za sodelovanje in pogajanje pri oblikovanju specifičnih protokolov.

**Vsestranska tobačna politika** vključuje zaščito mladih ljudi pred zasvojenostjo s tobakom, povečane fondе za izobraževanje in nekajenje kot družbeno normo.

#### Globalink – »The International Tobacco-Control Network«

Globalink upravlja Mednarodna zveza proti raku. Oblikovali so ga v pomoč vsem tistim, ki so dejavni na področju **nadzora tobaka** in uporabljajo sodobno tehnologijo – internet.

Globalink ponuja: novice, elektronske konference, elektronsko pošto, zbirke podatkov in še brezplačno domačo stran za vas. Članarine ni! Prijavite se na:

<http://www.globalink.org/glob/appl.html>

**Domača stran:** <http://www.globalink.org>

**Email:** [globalink@uicc.ch](mailto:globalink@uicc.ch)

#### SKLEPI 10. SVETOVNE KONFERENCE TOBAK ALI ZDRAVJE

##### Tobak: naraščajoča epidemija

Peking, 24.–28. avgust 1997

Konferenca ugotavlja, da bo število smrti zaradi tobaka s sedanjih 3,5 milijona na leto do leta 2025 naraslo na 10 milijonov letno ter da se epidemija izrazito širi predvsem v državah v razvoju ter med ženskami. Glede na to, da je zbranih ogromno znanstvenih podatkov, ki potrjujejo, da je za naraščajočo in globalno epidemijo smrti in boleznih odgovorna raba tobaka, ter da je tudi pasivno kajenje škodljivo, je 10. svetovna konferenca Tobak ali zdravje pripravila naslednje sklepe:

##### 1. Zaustavitev rabe tobaka

Konferenca priporoča:

naj si javna zdravstvena skupnost vztrajno prizadeva pomagati ljudem pri opuščanju rabe tobačnih izdelkov, saj je to edini možni način za rešitev milijonov življenj, ter za zmanjšanje napovedanega, s tobakom povezanega, globalnega smrtnega davka, ki bo v naslednjih 20 letih zahteval nad 100 milijonov življenj.

##### 2. Mednarodna okvirna konvencija Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) o nadzoru tobaka

Konferenca priporoča:

i. SZO in vlade naj oblikujejo Mednarodno okvirno konvencijo, v katero naj vključijo protokole o programih za vsestranski nadzor tobaka in priporočila s predhodnih svetovnih konferenc. Konvencija naj bo sestavljena tako, da jo bo sčasoma mogoče razširiti in poostriiti;

ii. vlade naj zagotovijo potrebne finančne in tehnične vire, ki bodo dostopni SZO za oblikovanje Okvirne konvencije o nadzoru tobaka, kot je bilo zahtevano na 49. Skupščini SZO leta 1996;

iii. SZO naj se pravočasno loti nujnega dela pri razvoju vsestranske Okvirne konvencije, da bo lahko sporazum sprejet na 53. Skupščini SZO leta 2000;

iv. vse vlade naj sprejmejo besedilo Okvirne konvencije na 53. Skupščini SZO leta 2000 in jo čimprej ratificirajo ter uveljavijo.

#### 3. Združeni narodi

Konferenca priporoča:

i. naj Generalna skupščina ZN zagotovi, da bo problem nadzora tobaka prednostna naloga na najvišji ravni v ZN in agencijah ZN;

ii. naj se vlade lotijo problema mednarodnega nadzora tobaka na najvišji ravni v ZN ter za to nalogo zagotovijo ustrezno financiranje in politično podporo po vsem svetu.

#### 4. Mednarodne implikacije domačih postopkov za nadzor tobaka

Konferenca priporoča, naj vlade pretehtajo, kakšne bodo mednarodne implikacije politike nadzora tobaka ali morebitnih dogovorov s tobačno industrijo ter naj zagotovijo, da

a) ti postopki ne bodo prispevali k povečanju svetovne epidemije s tobakom povezanih smrti in bolezni,

b) bodo zakonite pravice tistih, ki niso udeleženi v nobenem dogovoru ali politiki, polno zaščitene,

c) taki postopki ne bodo ovirali polnega javnega natančnega raziskovanja preteklih, sedanjih in bodočih dejavnosti tobačne industrije,

č) tobačna industrija plača stroške zaradi škode, ki jo je povzročil tobak.

#### 5. Sodelovanje žensk in predstavnikov držav v razvoju in tranziciji

Konferenca priporoča:

i. da vsa telesa, ki sodelujejo pri strateškem načrtovanju in razvoju politike nadziranja tobaka, pri implementaciji in vrednotenju, kot npr. ekspertna posvetovalna skupina SZO, v večji meri vključujejo ženske ter predstavnike držav v razvoju in v tranziciji;

ii. da prihodnje Svetovne konference Tobak ali zdravje sledijo uspešnemu primeru 10. konference ter zagotovijo:

a) enakovredno udeležbo žensk in množično zastopnost predstavnikov držav v razvoju oz. v tranziciji kot članov odbora, plenarnih govornikov, predsednikov in razpravljalcev,

b) možnost, da bi vsi ključni subjekti, vključno z ženskami, manjšinami ter ljudmi iz držav v razvoju in tranzicijskih držav, sodelovali na vseh ravneh.

#### 6. Prikaz človeških, družbenih in okoljskih stroškov zaradi tobaka

Konferenca priporoča:

i. Vzpostavitev in vzdrževanje svetovnega sistema spremljanja tobačne epidemije in zagotovitev potrebnih virov.

ii. Multilateralne agencije in razvojne banke naj financirajo in vzpostavijo raziskovalne programe, ki naj zagotovijo polno ekonomsko analizo gojenja tobaka, proizvodnje in rabe ter pri tem upoštevajo stroške v zvezi s škodo, ki jo povzroča okolju, delavcem, kadilcem in pasivnim kadilcem, ter vse ostale stroške, ki jih ima družba zaradi tobaka.

iii. Da tisti, ki so odgovorni za ekonomsko politiko in svetovanje, vključno s finančnimi ministrstvi in uradi, kot so npr. razvojne banke in IMF, zagotovijo, da bodo vsi stroški zaradi tobaka – za promocijo zdravja in zdravljenje, okoljski, družbeni in ekonomski – zastopani v ceni tobaka prek davkov.

## 7. Denormalizacija in regulacija tobaka kot škodljive snovi

Konferenca priporoča:

i. Da vse vlade spoznajo, da je tobak nevarna snov brez primere in se kot tak ne sme obravnavati kot navaden predmet za splošno rabo, saj je edina snov, ki je – čeprav legalna in množično uporabljana – ekstremno škodljiva in istočasno močno adiktivna, če se uporablja tako, kot priporoča proizvajalec.

ii. Da vse vlade striktno in zakonsko utemeljeno nadzirajo vsebino tobačnih izdelkov in dima, pa tudi vse vidike tobačnih poslov.

## 8. Širjenje partnerstva za svet brez tobaka

Konferenca priporoča:

i. da vse nevladne organizacije, ki so vpletene v nadzor tobaka, podprejo INGCAT (International Non-Governmental Coalition Against Tobacco);

ii. da se oblikuje mednarodne mreže v vseh sektorjih, ki so vključeni v nadzor tobaka, kot npr. v sektorju verstva in med medicinskimi sestrami.

Bolj zdrav svet, svet brez tobaka, je odvisen od vseh in vsakogar od nas: od vlad, mednarodnih organizacij, nevladnih organizacij, skupnosti in posameznikov. Združimo se v naporih za oblikovanje sveta brez tobaka!

## REDNI LETNI KONGRES SVETOVNEGA STOMATOLOŠKEGA ZDRUŽENJA (FDI)

Seul, 5.–9. september 1997

*Matjaž Rode*

Letošnji redni letni kongres FDI je potekal v mogočnem hotelu Intercontinental in sosednjem Svetovnem trgovinskem centru v predelu prostranega, desetmilijonskega Seula, ki je blizu olimpijski vasi.

Kongresa FDI se je udeležilo več tisoč stomatologov iz okrog sto držav v vseh celin. Kot vsi dosednji kongresi je imel dva dela: stanovskega in strokovnega. V stanovskem delu so delegati iz več kot sto držav, ki so članice FDI, na dveh generalnih skupščinah in na mnogih sejah odborov in ekspertnih skupin, ki delujejo v okviru FDI, sprejemali sklepe in odločitve o strategiji delovanja FDI, volili so nove funkcionarje in popravljali, sprejemali pa tudi zavračali predloge, ki so si bili včasih zelo različni. Imeli pa so nekaj skupnih značilnosti: boj za čim bolj ugoden položaj zobozdravnika, boj za pravilno vrednotenje njegovega dela, zaščita pred napadi z mnogih strani.

Strokovni del je potekal po že ustaljenem načinu v obliki predavanj v velikih dvoranh pa tudi v obliki kratkih prikazov in posterjev, ki jih je bilo tokrat nekaj manj, kot je to na kongresih FDI običajno. Ko sam nisem aktivno sodeloval na nekaterih od sestankov Strokovne komisije FDI, kjer sem eden od konzultantov, sem lahko prisluhnil nekaterim, za mene najbolj zanimivim predavanjem in pogovorom.

Eden od vodilnih znanstvenikov s področja oralne medicine prof. dr. N. W. Johnson je bil tisti, ki me je zadržal en dan v izredno hladnih dvoranh Trgovskega centra. Obsežno je prikazal vso problematiko oralnega raka, ki v nekaterih azijskih državah nastopa najpogosteje od vseh rakov, po vsem svetu pa narašča. Kot pri vseh rakah je zgodnja diagnostika, pri kateri ima lahko odločilno vlogo prav podučen zobozdravnik, odločilna za prognozo bolezni. Kajenje v povezavi z alkoholom pa je gotovo pomemben

spročilec nastanka teh rakov. Vedno bolj pa se kot možni povzročitelji oralnega raka omenjajo nekateri virusi. Predavatelj je večkrat poudarjal, kako pomembna je zgodnja diagnostika in zopet se mi je milo storilo, saj sem sam v naši deželi že večkrat za sedaj brezuspešno poskušal doseči, da bi pregled mehkih tkiv ustne votline pri populaciji obeh spolov nad 55 let postal del preventivnih ukrepov, ki bi lahko zaustavili naraščanje oralnega raka v Sloveniji.

Profesor Samaranyake me je navdušil s svojim poldnevni seminarjem o virusih, ki se prenašajo s krvjo in jih mora poznati tudi zobozdravnik.

Predvsem je vedno več poznanih virusov iz skupine virusov hepatitisa. Pred kratkim so identificirali viruse hepatitisa F in G. Mogoče je, da se hepatitis C prenaša tudi s slino. Virus hepatitisa D je parazit, ki lahko uspeva samo v povezavi z virusom hepatitisa B. Virus hepatitisa F je v krvi nekaterih afriških prebivalcev prisoten v okrog 15%. V povprečju lahko zobozdravnik računa na eno perkutano poškodbo kože pri svojem delu na okrog 1000 posegov. Ocena tveganja okužbe je pri tem za HIV okrog 0,3% in za virus hepatitisa B okrog 30%. Tveganje je torej majhno, vendar je! Dva dni sem poslušal tudi novosti z mojega ožjega strokovnega področja – parodontologije. Nova operacijska tehnika vodena tkivna regeneracija je povzročila pravo revolucijo v parodontologiji. Vedno nove in nove operative metode in novi materiali pa omogočajo vedno boljšo prognozo v boju z napredovanimi oblikami parodontalne bolezni. Lokalna aplikacija kemoterapevtikov je tudi v zagonu in obeta, da bo lahko dostikrat nadomestila parodontalno-kirurški poseg.

Ogledal sem si še nekaj posterjev, potem pa mi je zaradi drugih obveznosti, saj sem bil tudi vodja slovenske delegacije na generalnih skupščinah FDI (moj namestnik, ki mi je izredno veliko pomagal, je bil prim. dr. Vrbošek), zmanjkalo časa. V odmorih za kosilo sem še nekajkrat prehodil dentalno razstavo in občudoval nekatere sodobne aparature, ki jih industrija že ponuja. Samega Seula in njegovih znamenitosti si nisem uspel podrobno ogledati. No, pa saj so glavna atrakcija mesta nakupovalne četrti in zato sem še nekako zdržal.

Delo SZD

## 134. REDNO LETNO SREČANJE SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

Otočec, 17. in 18. oktobra 1997

*Tatjana Zorko*

Gostitelji in organizatorji letošnjega srečanja so bili člani Dolenjskega zdravniškega društva, ki ga vodi prim. dr. Željko Ostojič. Pripravili so nam »po dolenjsko« toplo in prijazno druženje. Srečanje se je začelo v petek, 17. oktobra, s teniškim turnirjem slovenskih zdravnikov. Na slavnostni večerji so razglasili zmagovalce in jim podelili priznanja in pokale.

Seji glavnega odbora je sledila skupščina Slovenskega zdravniškega društva (SZD). Udeležili so se je številni ugledni gostje, kolegi in kolegi. Ob otvoritvi so nas pozdravili naslednji govorniki: G. Franci Koncilija, župan Novega mesta, je predstavil »svojo« občino, ki je največja po površini in po številu prebivalcev. Povedal je, da so Dolenjci mehki, prijazni in marljivi ljudje, ki so tudi gospodarsko uspešni. Izvedeli smo, da je župan-pesnik in da pripravlja izdajo svojih pesmi. Za pokušino nam je povedal eno, kasneje pa tudi dovolil objavo:

*Kar je svetloba na tem svetu,  
kar je tišina,  
kar je glas,  
kar je v ljudeh življenje,  
kar je v rastlinah rast,  
kar je v vseh stvarih vrtenje,  
kar je večnost,  
kar je čas,  
vse to je od zdavnaj v nas.*



Sl. 1. Delovno predsedstvo z leve proti desni: podpredsednik SZD prim. dr. Janez Vrbošek, predsednik SZD prof. dr. Pavel Poredoš, predsednik Zdravniškega društva Novo mesto prim. dr. Željko Ostojčič in podpredsednik SZD dr. Zoran Zabaunik.

Prim. dr. Vjekoslav Maholjevič, predstavnik Hrvaškega zdravniškega združenja, je povedal, da bo tudi njihovo združenje kmalu praznovalo 125 let delovanja. Prepričan je, da je vsako tako srečanje v strokovnem in človeškem pogledu nenadomestljivo.

Dr. Marjan Jereb, minister za zdravstvo, je čestital SZD, da živi toliko časa in mu zaželel še vsaj 134 let. Izrazil je upanje, da se bomo lahko zdravniki po sprejemu zakona o zdravnikih končno posvetili svojemu delu, ker bo urejen naš status. Ko je začelo delovati SZD, je bil svet popolnoma drugačen, čas je prinesel številne spremembe, le ljudje imajo enake stiske in tegobe. SZD naj povezuje različne specialiste med seboj, skrbi naj za razvoj stroke in drži korak z razvojem medicine v svetu, pa se ni treba bati za njegov obstoj.

Asist. mag. dr. Marko Bitenc, predsednik Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS), je povedal, da se je izpolnila njegova največja želja, ko se je pričelo sodelovanje med SZD in ZZS. V sodelovanju in povezovanju vidi lepo prihodnost, zlasti za zakon o zdravnikih, ki ga pripravljajo vse tri organizacije in v katerem naj bi vsak našel svoje pravo mesto. SZD ni namenjeno samemu sebi. Že v bližnji prihodnosti bo moralo opraviti več nalog, zlasti pripraviti vsebine zdravniških specializacij po zgledu držav Evropske unije.

Prof. dr. Franc Vrečar, predsednik Slovenskega farmacevtskega društva, je zaželel dobro sodelovanje, ker imata obe društvi enak cilj svoje dejavnosti, to je ohraniti zdravje in zdraviti bolezni.

Prim. dr. Katja Stražiščar, predstavnica KRKE, generalnega sponzorja srečanja, je najprej opisala Dolenjsko kot najmehkejšo, najprijaznejšo in najtoplejšo deželico na Slovenskem. Pohvalila je ljudi, ki so podjetni, ustvarjalni, dinamični in prilagodljivi. Taki so omogočili, da se je KRKA razvila od neznatnega kletnega laboratorija do farmacevtske firme, ki sodi v sam vrh slovenske farmacije v srednji in vzhodni Evropi. SZD je zaželela visoko strokovnost, stanovsko strpnost in profesionalnost, ki nam je potrebna v Sloveniji.

Dr. Janez Podobnik nas je pozdravil kot predsednik Državnega zbora in kot redni član SZD. Takoj je dodal, da redno plačuje čla-



Sl. 2. Častni gostje: z leve proti desni v prvi vrsti: prim. dr. Vjekoslav Maholjevič, predstavnik Hrvaškega zdravniškega združenja, dr. Marjan Jereb, minister za zdravstvo, g. Franc Košir, dipl. iur., direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje R Slovenije, asist. mag. dr. Marko Bitenc, predsednik Zdravniške zbornice Slovenije, g. Milan Kučan, predsednik Republike Slovenije.

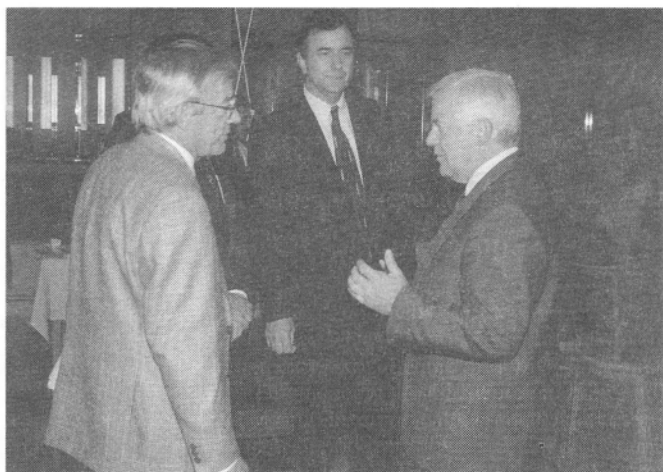


Sl. 3. In v nadaljevanju: g. Franci Koncilija, župan Občine Novo mesto, dr. Janez Podobnik, predsednik Državnega zbora R Slovenije, prim. dr. Katja Stražiščar in prof. dr. Jože Drinovec, predstavnika tovarne Krka Novo mesto.

narino in bere Zdravniški vestnik. Čestital je k 134. letnemu srečanju in dejal, da je to številka, na katero smo res lahko ponosni. Še posebej je bil vesel, da se vse tri zdravniške organizacije pogovarjajo med seboj. Ker je SZD avtentičen in pristen izraz civilne družbe in ker združuje strokovni in stanovski potencial, ima svoje mesto in svojo prihodnost. Prepričan je, da slovenski zdravniki delujemo po svoji vesti, strokovno in kvalitetno, da pa smo premalo aktivni na področju družbenega razvoja, kar se bo morda uredilo s kvalitetnim in poštenim zakonom o zdravnikih.

G. Milan Kučan, predsednik države, je izrazil spoštovanje zdravniškemu poklicu in obžalovanje, da nas ne more imenovati kolegice in kolegi. Spomnil nas je, da ankete Slovenskega javnega mnenja kažejo, da opravljamo najbolj spoštovani poklic, ki pa je seveda povezan z veliko odgovornostjo. V SZD, ki je verjetno najstarejše društvo na Slovenskem, so se zbirali slovenski zdravniki, veja slovenske inteligence, ki je bila ob duhovništvu in učitelstvu tesno povezana s slovenskih človekom in mu tudi služila. Verjame, da je SZD ves čas skrbelo za strokovni razvoj, visoko profesionalnost in moralno etično raven celotnega zdravstva. Zaveda se, da je zdrav-





Sl. 4. V prijateljskem pogovoru. G. Milan Kučan, predsednik R Slovenije, prof. dr. Pavel Poredoš, predsednik SZD in dr. Tone Starc, direktor Splošne bolnišnice Novo mesto.

stvo silno kompliciran in razvejan sistem, kjer obstaja stalna nevarnost, da bi zdravje in bolezen postala sama po sebi predmet znanstvene in profesionalne radovednosti, ob tem pa bi pozabila na bolnika, ki je navadno samo prestrašen človek, ki potrebuje ohranitev, potešitev in zagotovilo, da ni prepuščen sam sebi. Po uradnem delu so Kamniški koledniki zapeli nekaj lepih, blago zvenceh pesmi.



Sl. 5. Ob slavnostni večerji je predsednik SZD izročil diplome novim častnim članom SZD. Z leve proti desni: dr. Janez Janžekovič in prim. dr. Alojz Bob, nova častna člana, dr. Matija Cevc, generalni sekretar SZD, prof. dr. Pavel Poredoš, predsednik SZD in prim. dr. Željko Ostojič, predsednik Zdravniškega društva Novo mesto.

V drugem delu je predsednik SZD, prof. dr. Pavel Poredoš, poročal o aktivnostih po zadnjem kongresu. SZD je dobilo nov statut, zato so poskušali reorganizirati delo društva in sestavo posameznih komisij. Poleg glavnega odbora, ki je glavno operativno telo, so ustanovili glavni strokovni svet in komisije: organizacijsko, komisijo za stike z javnostjo, komisijo za stike s tujino. Glavni strokovni svet, ki ga vodi prof. dr. M. F. Kenda, je skušal ugotoviti stanje v SZD. Registriranih je 63 sekcij, društev in združenj, večina jih aktivno deluje. Glavni strokovni svet tudi predlaga poenotenje organizacijske sheme. Izraz »društvo« naj bo rezerviran samo za SZD kot tako, ostali naj imajo naziv »združenje«, če pokrivajo širšo dejavnost oz. »sekcija«, če pokrivajo ožjo dejavnost. Od SZD so se odcepila Združenje kardiologov, kirurgov in Združenje za inten-



Sl. 6. »Dolenjsko-belokranjsko omizje«. Z leve proti desni: dr. Jože Steklasa, dr. Sonja Steklasa, dr. Lavo Morela, dr. Maruška Levstek-Plut, dr. Tone Starc in dr. Blaž Mlačak.

zivno medicino. V teku so prizadevanja, da postanejo t. i. »pridruženi člani« in da ohranimo z njimi strokovno sodelovanje.

Glavni strokovni svet naj bi tudi pripravil koledar različnih strokovnih srečanj, ki bi naj bila tematsko usklajena in ovrednotena zaradi dodeljevanja točk za podaljšanje licence. Predlagali bodo tudi višino kotizacij za srečanja, ki so bile doslej zelo različne.

Zelo pomembno področje je povezovanje z ZZS. Med skupnimi pogovori so uspeli definirati vlogo, pomen in poslanstvo SZD, ki naj bi bilo zadolženo za permanentno podiplomsko izpopolnjevanje in za moralno-etično držo zdravnikov. ZZS pa opravlja pooblastila glede podeljevanja licenc in nadzora. Imajo redna mesečna srečanja, na katerih skušajo ugotoviti skupne probleme.

SZD se je začelo povezovati z zdravniškimi organizacijami v zamejstvu in srednji Evropi. Še premalo pa je bilo storjenega na področju povezovanja SZD s posameznimi regijskimi društvi. Sodelovanje naj bi postalo bolj intenzivno in obojestransko.

Organizirane so bile tiskovne konference, odmevna je bila tista, ki smo jo organizirali po izjavi predstavnikov ZZS, da so čakalne dobe v zdravstvu posledica ne-dela zdravnikov. Kolegi iz Zdravniškega vestnika pa so organizirali večere o slovenski medicinski besedi.

Financiranje SZD je tudi pereč problem. Potrebno bi bilo pridobiti stalna sredstva za lažje in bolj operativno delo.

Svoje poročilo so prispevali doc. dr. Metka Milčinski, predsednica organizacijske komisije, prof. dr. Srečko Herman, predsednik nadzornega odbora, prof. dr. Jože Drinovec, glavni urednik Zdravniškega vestnika in dr. Tatjana Zorko, predsednica komisije za stike z javnostjo.

Prim. dr. Janez Vrbošek, podpredsednik SZD in predsednik stomatološke sekcije, je orisal delovanje stomatologov v SZD in povedal, da je v Buenos Airesu med 40 državami, ki so prijavile svoje programe, Slovenski model otroškega preventivnega zobozdravstva dobil prvo mesto.

Predlagal je, da bi zdravniki in zobozdravniki, zbrani na 134. rednem letnem srečanju, podprli sklep stomatološke sekcije, ki od Ministrstva za zdravstvo zahteva urejen programski in materialni status zobozdravnikov-pripravnikov, kot je to urejeno za diplomante splošne medicine.

Prim. dr. Željko Ostojič je v imenu Zdravniškega društva Novo mesto predlagal, da dobijo trije zaslužni člani Dolenjskega zdravniškega društva naziv »častni člani SZD«. Predstavljeni so bili pediater prim. dr. Alojz Boh, pulmolog dr. Smiljan Trobiš in pediater dr. Janez Janžekovič. Predloge smo potrdili s kratkim aplavzom. Na slavnostni večerji pa so jim podelili še diplome.

Prof. dr. Josip Turk, predsednik Društva za zdravje srca in ožilja, je predlagal sodelovanje takih društev s SZD. Statutarno določilo to



omogoča. Prof. Poredoš je obljubil, da bo vodstvo SZD pripravilo oblike za sodelovanje in nadzor.

Dr. Tomaž Čakš je član Sveta za zdravje brez cigarete. Povedal je, da so v Angliji uspeli znižati odstotek kadilcev med zdravniki na 6%, najnovejša raziskava v Sloveniji kaže, da kadi še vedno 17% zdravnikov. Ker pa ne gre samo za kajenje, temveč tudi za druge nezdrave načine življenja, predlagajo, da bi se imenovali samo Svet za zdravje. Želeli bi oživiti preventivne programe, ki bi tudi zdravnikom omogočili, da bi čim bolj zdravo živeli.

Prvi dan srečanja smo zaključili s kulturnim programom, podelitvijo diplom častnim članom SZD, slavnostno večerjo in plesom. Drugi dan, 18. oktobra, je bil posvečen posvetovanju z naslovom Biotehnologija, bioinženiring, kloniranje – upi in strahovi. Moderator in organizator je bil doc. dr. Alojz Ihan, ki je svojo nalogo odlično opravil. Simpozij je bil poskus dialoga med humanističnimi strokami, ki so jih predstavljali prof. dr. Tine Hribar, doc. dr. Ivan Štuhec in doc. dr. Gregor Tomc ter naravoslovnimi, zlasti medicino, ki biotehnologijo uporablja. Sodelovali so prof. dr. Jože Drinovec, doc. dr. Alojz Ihan, prof. dr. Radovan Komel, doc. dr. Borut Peterlin in akad. prof. dr. Jože Trontelj.

Naravoslovci so pojasnili realen domet biotehnologije in njen morebiten vpliv na naše življenje v bližnji prihodnosti, humanisti pa so ocenjevali, kakšne so lahko človeške in družbene posledice biotehnoloških inovacij.

Po njihovih prispevkih se je razvila živahna razprava, v kateri so poleg predavateljev sodelovali tudi poslušalci. Že pred srečanjem pa je bila na voljo 10. številka Zdravniškega vestnika, kjer so bili objavljeni vsi prispevki.

Simpozij so spremljali tudi novinarji iz različnih medijev, ki so pokazali veliko zanimanje za obravnavano temo.

Nasvidenje drugo leto, na 135. srečanju slovenskih zdravnikov!

## USTANOVITEV SEKCIJE MLADIH ZDRAVNIKOV PRI ZDRAVNIŠKEM DRUŠTVU MARIBOR

*Damjana Bosilj, Igor Dovnik, Jure Koprivšek,  
Željko Perdija, Sabina Rozman*

9. julija letos smo v Mariboru na sestanku Sekcije mladih zdravnikov pri Zdravniškem društvu Maribor sklenili, da bomo delovanje že nekoč dejavne sekcije ponovno, tudi uradno, oživili. Mladi zdravniki (pripravniki, sekundarji in specializanti), zbrani v SB Maribor in drugih zdravstvenih ustanovah na področju Maribora, ter študentje 6. letnika in absolventi Medicinske fakultete, ki smo jih povabili k sodelovanju, menimo, da opozorila o problemih, ki zadevajo naše delo, izobraževanje, zaposlovanje itd., prepogosto naletijo na gluha ušesa ali pa ne sežejo dovolj visoko, kar je bil eden glavnih razlogov za ustanovitev sekcije. Z opozarjanjem na te probleme smo se sicer že srečali, tudi v Izidi (I. Dovnik, Izpit pred pridobitvijo licence; dan potem. Isis 1997; 7: 61–2), vendar smatramo, da skupaj lahko dosežemo več kot posameznik.

Pozdravljamo ustanovitev Komisije za mlade zdravnike pri Odboru za bolnišnično in specialistično dejavnost Zdravniške zbornice Slovenije dne 20. 5. 1997, kateri želimo dosti uspeha pri delu, hkrati pa plodnega medsebojnega sodelovanja.

Sklenili smo, da bomo na probleme, ki jih opažamo na katerem koli področju svojega poklicnega delovanja, opozorili, hkrati pa predstavili svoje rešitve le-teh, in to na ravni matičnega društva, bolnišnice in drugih zdravstvenih ustanov, posredovali pa jih bomo tudi Zdravniški zbornici in Slovenskemu zdravniškemu društvu.

Eden naših ciljev je, da bi mladi zdravniki imeli v strokovnih telesih, predvsem tistih, kjer se odloča o naši »usodi«, svoje predstavnike. In to v številu, ki izraža proporcionalno zastopanost nas v zdravniških vrstah.

Srečevali se bomo na rednih sestankih sekcije (vsako drugo sredo v mesecu ob 19.00 v prostorih Zdravniškega društva Maribor na Aškerčevi ul. v Mariboru), kjer bomo organizirali strokovna predavanja o temah, ki nas zanimajo, k sodelovanju pa bomo povabili naše učitelje, mentorje in ostale kolege. Naša srečanja nameravamo popestriti tudi z aktivnostmi, ki stroke ne zadevajo čisto neposredno.

V delovno telo naše sekcije smo izvolili naslednje kolege: Željko Perdija, dr. med., predsednik, Igor Dovnik, dr. med., tajnik, in Damjana Bosilj, dr. med., Jure Koprivšek, dr. med., Sabina Rozman, dr. med., kot člani.

Upamo, da je ustanovitev naše sekcije spodbuda za podobno dejanje še kje v Sloveniji. Želimo si, da bi to obvestilo pritegnilo k sodelovanju z nami čimveč mladih zdravnikov celotne mariborske regije in drugih delov države.

## PREDSTAVITEV KNJIG

*Bogdan Leskovic*

Na komisiji za stike z javnostjo pri SZD, ki jo vodi dr. Tatjana Zorko, je bila 11. 9. 1997 predstavitev dveh medicinskih tiskov. Obe deli sta z onkološkega področja in zapolnjujeta določen segment te vede, ki zadeva pri delu prav slehernega zdravnika in zobozdravnika s tovrstnimi bolniki, pa tudi z njihovimi svojci.

*Communication with the Cancer Patient: Information and Truth* je originalen naslov knjige, ki je izšla v angleškem jeziku. Urednika: Antonella Surbone, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, in Matjaž Zwitter, Onkološki inštitut, Ljubljana. Založba: New York Academy of Sciences, New York 1997. 53 poglavij, 80 avtorjev in soavtorjev iz 34 držav, 540 strani.

Knjigo je predstavil urednik dr. Matjaž Zwitter. Zametki pričujoče knjige so nastali med vsakodnevnim zdravniškim delom obeh urednikov. Pogovori, zlasti še na strokovnih srečanjih v Bruslju in na Bledu ter dopisovanje z mnogimi kolegi z vseh koncev sveta in lastna izkušnja onkološke prakse v različnih okoljih so ju vodili do spoznanja o tesnem odnosu med različnimi kulturami in med prakso komunikacije z bolnikom. Osnovno vprašanje – ali bolniku razkriti ali pa zakriti resnico o usodni bolezni – nima enoznačnega odgovora. Odkrit pogovor o teh prastarih vprašanjih je danes potrebnejši kot kdaj prej: brez njega bo napredek medicine obtičal v spletu nezaupanja in nerazumevanja. Avtorji prispevkov z vseh petih celin sveta tako razkrivajo velike razlike, ko predstavljajo prakso pogovora z onkološkim bolnikom v svoji deželi. Kultura, pa tudi izobrazbena raven bolnikov pa postaneta nepomembni, ko je govora o osnovni potrebi vsakega bolnika, da s svojim zdravnikom spregovori o svoji bolezni. Zdravnik mora biti zato v tem delu dovolj poučen in motiviran, da more vršiti tovrstno poslanstvo svojega poklica. Učenje pogovora z bolnikom oz. obojestranske komunikacije pa se danes le redko znajde na predmetniku medicinskih šol in ostaja v senci nezadržnega naraščanja medicinskega znanja o diagnostičnih in terapevtskih postopkih. V tekmovalnem okolju medicinskih ustanov štejejo namreč le znanstvene objave ter strokovni in akademski dosežki. In vendar morejo najti v odtujenem svetu z moderno tehniko prepletenih medicinskih ustanov tako zdravstveno osebe kot bolniki svoje pravo mesto le z

iskrenim in razumljivim pogovorom. Novi dosežki medicinske tehnike ne morejo nadomestiti potrebe za skrbnim in razumeva-jočim zdravnikom.

Knjigo uvedeta dva skupna prispevka obeh urednikov. Ker je vsebino knjige težko predstaviti v nekaj vrsticah, zato morda le nekaj spodaj navedenih misli piscev.

Zdravnik naj se trudi za zblizanje med svojim in bolnikovim miselnim svetom, kar bo olajšalo tegobe bolni. Tako zdravnik tudi dograjuje svoje človeške vrednote in gleda na svoj poklic kot na posvečeno poslanstvo, kar mu bo pomagalo premagovati lastne osebne težave (B. Voljč, Ljubljana).

Zdravnikovo ravnanje uravnava dvojje: medicinsko znanje o diagnostiki in zdravljenju ter etična in moralna načela, ki ga vodijo pri komunikaciji z bolniki, z drugimi zdravniki, s prijatelji in z družbo. Dober zdravnik in še posebej onkolog bo obojemu namenil vso pozornost (B. Zakotnik, Ljubljana).

Ni vprašanje, ali naj bi povedali resnico, temveč kako jo najprimerneje povedati. Vprašanje je, kako, kdaj in od koga naj bolnik izve resnico o svoji bolezni (J. Schouwstra, Rotterdam).

Ko se dvajseto stoletje bliža koncu, smo priča kar perverznm postopkom, da bi zdravnika osvobodili bremena osebnega pogovora z bolnikom. Neposredno po novici, da ima raka na prsih, bolnici v sobo pripeljejo videorekorder in ji zavrtijo film, ki naj bi pojasnil vse o bolezni in zdravljenju (R. Verres, Heidelberg).

Sodobna zahodna medicina bi lahko mnogo pridobila, če bi skrbno preučila sposobnost komunikacije in sposobnost prisluhni bolniku, kot jo opazujemo pri tradicionalnih nigerijskih zdravilcih (T. F. Solanke, Ibadan, Nigerija).

**Onkologija.** Strokovni časopis za zdravnike. Onkološki inštitut, Ljubljana. Glavni urednik Rastko Golouh, odgovorni urednik Matej Bračko. Sodelavci inštituta so pripravili prvo številko tega časopisa, ki ima obliko revije in 32 strani, za junij 1997. Izhajal bo dvakrat letno, za zdravnike in zobozdravnike brezplačno.

Časopis sta predstavila glavni urednik prof. dr. Rastko Golouh in doc. dr. Tanja Čufer.

Namenjen je hitremu pretoku znanja v vsakdanjo onkološko prakso. Kot multidisciplinaren časopis teoretično in praktično obravnava mnoge strani onkologije, posebej primarno in sekundarno preventivo malignih tumorjev, njihovo zgodnje odkrivanje ter zdravljenje, rehabilitacijo in paliacijo pri onkoloških bolnikih, pa tudi socialne in etične probleme.

Onkologija mora zanimati z vsemi svojimi vejami vsakega zdravnika in zobozdravnika. Rak je namreč bolezen, ki zavzema obsežen segment nacionalne morbiditete in mortalitete. Napredek v tej veji medicine pa je v zadnjih desetletjih tako izreden, da mu zdravnik skoro ne more več slediti. Zato bo s tem časopisom zagotovljen enostavnejši dostop do izbranih novosti s tega področja.

Napredek v onkologiji bo predstavljalo nekaj stalnih rubrik časopisa. Težišče bo na preglednih člankih. Sledile bodo različne novosti v onkologiji, klinično-patološke konference, novosti iz knjižnice in z Onkološkega inštituta ter programi pomembnejših sestankov. V rubriki Vprašanja in odgovori pa bodo odgovarjali strokovnjaki za izbrano področje.

Prva številka časopisa ima uvodnik (R. Golouh) in rubrike: Pregledi (Radioterapija, kaj je to?, H. Lešničar), Novosti v onkologiji (Ohranjevanje organov pri zdravljenju malignih tumorjev, T. Čufer, H. Lešničar, M. Snój), V žarišču (Urgentna dogajanja v onkologiji, T. Čufer), Problemi in perspektive (Maligni melanom kože, Z. Rudolf), Zanimivosti (Maligni melanom – Srečko je imel srečo, M. Zwitter), Vprašanja in odgovori (Kaj je patološki izcedek iz dojke? Kaj naj ob tem simptomu storimo? Odgovarjata M. Us-Krašovec in A. Pogačnik), Iz strokovne literature (Kako je z incidenco raka v Sloveniji 1994?, V. Pompe-Kirn), Strokovna srečanja in Zadnja novica.

Tako obe deli, vsaka po svoje, zapolnjujeta dosedanjo vrzel v tozadevni medicinski literaturi oziroma jo tako koristno dopolnjujeta.

Zanimivo je vedeti

## ZDRAVNIKI, OPISANI V PRIMORSKEM SLOVENSKEM BIOGRAFSKEM LEKSIKONU

Anton Prijatelj

Škof Anton Martin Slomšek (1800–1862) je bil pobudnik ustanovitve družbe, ki naj bi izdajala kakovostne knjige za slovensko ljudstvo. 1851 sta ustanovila v Celovcu nepolitično Društvo svetega Mohorja kaplan Andrej Einspieler (1813–1888) in slavist Anton Janežič (1818–1869). Leta 1852 so izdali prve knjige. Za zavetnika sta ustanovitelja izbrala oglejskega svetega Mohorja, ki so ga častili pri nas kot najstarejšo pričo krščanstva na naših tleh. Leta 1918 so svetovali, naj se družba preseli iz Celovca. Od leta 1919 pa do leta 1927 je Družba sv. Mohorja gostovala na Prevaljah, od 1927 do 1941 v Celju. Od začetka druge svetovne vojne naprej pa v Ljubljani.

Goriško Mohorjevo družbo je zaradi fašističnega nasilja nad Slovenci v Italiji, ki je preprečevalo prehod mohorskih knjig čez državno mejo, ustanovil 1924 kot cerkveno bratovščino goriški nadškof Francišek Borgia Sedej (10. 10. 1854–28. 11. 1931). Izdajali so knjige in koledar. Po mnenju Enciklopedije Slovenije je od vseh izdaj najpomembnejša izdaja Primorskega slovenskega biografskega leksikona.

Zamisel o izdaji življenjepisov zaslužnih primorskih osebnosti je vzknila že leta 1949, ko so predlagali, naj bi izdali knjigo: *Obrazi naših mož*. Leta 1965 pa so ponovno predlagali zbirko življenjepisov z naslovom: *Galerija primorskih likov*. V letu 1971 pa je novogoriški bibliotekar Marjan Breclj predlagal zbirko z naslovom *Primorski slovenski biografski leksikon*. Prvi snopič je izšel 1974. Zadnji pa v letu 1994. Tako so izhajali vsako leto po eden, razen šestega, ko je snopič izšel z zamudo.

Že v prvem snopiču je zapisano, kdo vse sodi v leksikon: *Pri odločanju, kdo pride v leksikon, uredniški odbor ne bo gledal, kateri stranki, gibanju ali veri je kdo pripadal, niti ne bo dela posameznih osebnosti ocenjeval s strankarskega stališča; sodelavci se bodo vzdrževali vsakršnega odobravanja ali obsojanja osebnosti in njihovga dela. Navajali bodo dejstva. Leksikon bo torej faktografski. Uredniški odbor se pri tem noče podrežati nikomur in ničemur razen – resnici. Vodilo bo trezna presoja, združena z ljubeznijo.*

### PSBL

#### PRIMORSKI ZDRAVNIKI

##### I. snopič 1974:

Bačar Just	26–27	02. 11. 1883–23. 08. 1941
------------	-------	---------------------------

##### II. snopič 1975:

Bassin Rainer	43–44	01. 02. 1901–11. 02. 1965
Batič Lovrenc	46–47	1815–
Belli Krištof	58	1818–1877
Benedik Drago	60–61	06. 08. 1909–23. 03. 1974
Benedik-Kmet Majda	61	10. 04. 1918–03. 12. 1995
Benini Gianvincenzo	62	15. 08. 1774–02. 06. 1814
Benza Ksaverij	63	1679–1750
Bezek Anton	78	05. 01. 1814–26. 07. 1857
Birsa Mirko	83–84	15. 12. 1924
Blaznik Jože	90–91	23. 03. 1932
Bojc Franja	94–95	26. 11. 1913–26. 11. 1985

##### III. snopič 1976:

Bosizio Gian Battista	108	14. 11. 1673–19. 03. 1753
Brataševic Andrej	117	28. 11. 1751–?

Brecelj Anton	127–130	09. 06. 1875–22. 09. 1943
Brecelj Bogdan	130–131	06. 05. 1906–09. 09. 1986
Bregant Marij	133	07. 12. 1903–23. 09. 1959
Brežan Ivan	138	1814–1878
Brusati Valentin	146	12. 02. 1738–?
Carusa Ivan Franc	169–170	26. 03. 1627–06. 10. 1688
Codelli Avguštin	193	03. 04. 1683–20. 07. 1749

**IV. snopič 1977:**

De Franceschi Peter	261–262	26. 10. 1863–02. 04. 1937
Dekleva Igor	264	09. 04. 1921
Delak Franjo Ivan	269	18. 08. 1896–30. 11. 1972
Dereani Ernest	274–275	09. 01. 1877–16. 10. 1949
Dereani-Bežek Karmen	275–276	26. 01. 1911
Derganc Franci	276–277	02. 05. 1911–10. 05. 1973
Dietz Zoran	285	14. 06. 1901–18. 07. 1978
Dolhar Alojz	302	17. 06. 1902–23. 03. 1969
Dolhar Rafko	302–203	03. 08. 1933
Dolinar Jurij	303–304	11. 04. 1794–16. 04. 1872
Dolničar Jožef	307–308	26. 02. 1801–16. 06. 1883
Dornig Jožef	314	08. 12. 1850–01. 10. 1913
Fanton de Brunn Jožef	346–347	21. 01. 1754–21. 09. 1795
Felc Jože	352–353	26. 03. 1941
Ferfolgia Lucijan	354	13. 10. 1920–03. 11. 1971

**V. snopič 1978:**

Fortič Bojan	381	25. 07. 1921
Fronc Franc	392	1815–?
Furlan Borut	394	04. 10. 1921–25. 02. 1973
Gala Aleksander	407–408	15. 01. 1916–08. 07. 1978
Gerbec Ludvik Bernard	413	14. 08. 1805–13. 03. 1880

**VI. snopič 1979:**

Hacquet Baltazar	522–524	1739–10. 01. 1815
Hafner Blaž	524–525	1759–1833

**VII. snopič 1981:**

Hlavaty Robert	537–538	04. 12. 1897–16. 01. 1982
Humar Zdenka	552–553	13. 08. 1913–16. 01. 1991
Ivančič-Szilagy Zdenka	561	21. 09. 1914

**VIII. snopič 1982:**

Kastelic Ivan	24	16. 10. 1920
Kerže Vladislav	41	21. 10. 1904–15. 08. 1963
Klavora Vasja	58	29. 01. 1936
Kolenc Marko	104	08. 12. 1922
Korsič Marjan	122	31. 12. 1920–07. 10. 1988
Korsič Marko	123	25. 04. 1917–17. 01. 1947
Košir Alija	150–151	06. 04. 1891–09. 06. 1973
Kozak Miklavž	161–162	28. 02. 1918–27. 01. 1971
Kraigher Alojz	167–169	22. 04. 1877–25. 02. 1959

**IX. snopič 1983:**

Krušič Valter	211–212	17. 01. 1913–05. 01. 1980
Lah Jerina Pavla	235	17. 02. 1915
Lavrin Ivan Krstnik	260–261	29. 05. 1793–01. 09. 1840
Lokar Danilo	300–303	09. 05. 1892–20. 07. 1989
Lušicky Karel	316	13. 03. 1892–18. 08. 1958
Lutman Stane	317	21. 07. 1899–12. 01. 1948
Magajna Bogomir	321–322	13. 01. 1904–27. 03. 1963
Mandič Franc	343	1850–02. 01. 1924
Marchesetti de Carlo	352–354	17. 01. 1850–01. 04. 1926

**X. snopič 1984:**

Marušič Franc	379–380	03. 05. 1901–13. 05. 1965
Massera Sonja	386–387	20. 09. 1911–

Matko Ivan	393	05. 05. 1919–
Mattioli Pier Andrea	393–394	23. 03. 1500–1577
Merljak Božena	409	07. 07. 1904–1996
Mermolja Lambert	411	17. 09. 1894–29. 01. 1978
Mihelič Anton	419	10. 05. 1748–19. 08. 1818
Milavec Karel	426	04. 11. 1911–27. 06. 1991
Mikuž Gregor	431	26. 09. 1942
Milič Emili Josip	434–435	27. 05. 1931
Mislej Jožef	440–441	19. 10. 1761–1840
Mozetič Vinko	467	16. 07. 1925
Možina Dušan	468	10. 03. 1916–03. 03. 1993
Mrmolja Zdenko	471	06. 10. 1912–28. 11. 1968
Muznik Anton	483–485	1726–22. 05. 1803
Nardin Aleksander	494	30. 10. 1929

**XI. snopič 1985:**

Osser Sigismund	535	14. 04. 1904–31. 03. 1945
Pagliaruzzi Natalis	547	05. 12. 1745–25. 04. 1832
Pegan Boris	602	04. 10. 1912–18. 08. 1977
Peršič Ivan	625	09. 04. 1907–19. 12. 1971
Pertot Just	629–630	30. 10. 1876–10. 03. 1952
Pertot Simon	633–634	24. 10. 1845–14. 09. 1907

**XII. snopič 1986:**

Pišot Vaclav	15	06. 04. 1914–23. 11. 1984
Plenčič Marko	19–20	28. 04. 1705–25. 09. 1786
Plesničar Stojan	22–23	05. 02. 1925
Podobnik Rafael	32	10. 10. 1942
Pogačnik Anton	39	02. 09. 1829–11. 12. 1900
Poljšak Zoran	47	04. 07. 1919–13. 12. 1992
Posteli Teodor	54	04. 02. 1909–09. 10. 1993
Potrata Josip	58–59	25. 08. 1900–11. 04. 1942
Prijatelj Anton	105–107	30. 01. 1931
Rapotec Josip	137–138	16. 02. 1898–11. 10. 1968
Razpet Martin	150	03. 11. 1826–26. 04. 1888

**XIII. snopič 1987:**

Reja Dušan	175	28. 05. 1908–12. 03. 1980
Rojič Rafael	219–220	27. 08. 1844–26. 02. 1927
Rus Mavricij	240	12. 08. 1879–22. 03. 1977
Rustja Branko	246	13. 08. 1922–23. 09. 1985
Rutar Karel	251	09. 07. 1905–22. 09. 1977
Sanctorius Sanctorius	293–294	29. 03. 1561–24. 02. 1636
Sardoč Dorče	300–302	11. 09. 1898–18. 06. 1988
Schrott Konstantin	315	26. 02. 1811–11. 05. 1866
Scopoli Giovanni Antonio	316–342	3. ali 13. 06. 1723–08. 05. 1788

**XIV. snopič 1988:**

Sfiligoj Konrad	341–342	27. 10. 1890–24. 05. 1969
Simoniti Lojze	366–367	02. 08. 1901–16. 02. 1957
Slavik Nada	389	30. 07. 1895–11. 06. 1924
Soban Darinka	404–405	13. 05. 1921
Spazzapan Bernard	420–421	07. 08. 1949
Spazzapan Mirko	424–425	20. 11. 1953
Starc Milan	451	29. 06. 1917–11. 09. 1980
Stepančič Alojz	460	05. 11. 1906–02. 10. 1972

**XV. snopič 1989:**

Šalamun Branko	498–500	27. 05. 1914
Šubic Ciril	609	30. 03. 1928

**XVI. snopič 1990:**

Trampuž Vladimir	48–49	04. 04. 1904–06. 06. 1982
Urbančič Stane	124	05. 05. 1922
Valenti Davorin	152	30. 09. 1914
Valentinčič Jože	156–157	19. 03. 1915–06. 08. 1989

**XVII. snopič 1991:**

Venier Nikolaj	179	24. 08. 1929
Vergerius Jeronim	186	19. 11. 1622–15. 09. 1678
Vesel Karel	198	13. 10. 1808–27. 01. 1863
Vilfan Draško	213	04. 02. 1914– 05. 1996
Volavšek Branko	256–257	25. 09. 1913– 03. 1997
Volčjak Viktor	260–261	15. 09. 1913–08. 01. 1987
Vrtovec Josip	285	22. 11. 1899–20. 01. 1978
Vrtovec Dominik	285–286	27. 02. 1933
Vrtovec Jože	285–286	27. 02. 1933
Zadnik Zvezdana	317	08. 04. 1909
Zdravljč Marjan	331–332	27. 02. 1917–10. 04. 1987

**XVIII. snopič 1992:**

Zupančič Stane	376	05. 05. 1926
Žbona Aleksij	384–385	21. 06. 1942–18. 05. 1987
Žiža Peter	408–409	15. 02. 1919–22. 03. 1983
Žvanut Franc	424	01. 10. 1912–12. 04. 1966

**dodatek 1992:**

Albertis Giovanni de	432	1410–1488
Ambrožič Franc	435	18. 09. 1895–11. 08. 1981
Andlovic Jože	435	12. 11. 1923
Bevčar-Berbik Marija	461	25. 03. 1929
Bregant Dimitrij	495	16. 09. 1936

**XIX. snopič 1993:**

Cibic Boris	517	02. 09. 1921
Cibic Ivan	518	06. 07. 1924
Ciccarelli Antonio	518	06. 07. 1914
Del Cott Rudolf	544	03. 03. 1904–17. 09. 1991
Fonda Pavel	573–574	22. 09. 1942
Franko Igor	578	23. 09. 1900–16. 03. 1994
Garzaroll Ioanes Bapt.	582	1610–29. 08. 1687
Göstl Fran	603	27. 09. 1864–28. 01. 1945
Hladnik Polde	615	09. 11. 1919
Hribernik Ivan	619	12. 09. 1897–16. 01. 1975
Jeuniker Anton	635	29. 01. 1771–1837
Jug Rihard	636	26. 01. 1875–04. 04. 1949
Kmet Janez	649–650	09. 05. 1916
Kobal Alfred Bogomil	650	31. 10. 1934
Komjanc Ivo	660	19. 09. 1924–26. 08. 1991
Korošec Marko	664	24. 04. 1906–08. 02. 1960
Kovač Maksimiljan	669–70	13. 05. 1925
Krasnik Virgil	674	19. 07. 1909–27. 03. 1968
Kristan-Lunaček Slava	675	31. 12. 1898–15. 12. 1978
Kunc Boris	681–682	19. 11. 1909–25. 03. 1992
Lisjak Andrej	691	13. 01. 1849–?

**XX. snopič 1994:**

Mozetič Andrej	738	25. 09. 1773–30. 03. 1857
Mužina Danilo	743	07. 08. 1948
Pahor Vladimir	758	23. 03. 1923
Pahor Marco	758	06. 08. 1956
Papež Milan	759–760	19. 11. 1873–31. 03. 1948
Pavlica Stanislav	760–761	26. 05. 1893–20. 01. 1991
Pertot Vojteh	765	25. 01. 1921
Pfeifer Jože	769	23. 11. 1919–24. 02. 1991
Podobnik Janez	776	17. 09. 1959
Rakar Stelio	789	22. 12. 1941
Rozman Marjan	802	24. 12. 1906–26. 08. 1993
Serjun Alfonz	817	30. 07. 1877–25. 01. 1956
Spacal Borut	823	21. 12. 1947
Spacal Savo	823	10. 05. 1943–23. 09. 1989
Stattin Ljubomir	826	24. 08. 1929
Ščuka Viljem	833–834	07. 06. 1938
Tavčar Irena	844–845	20. 11. 1960
Tomšič Pavel	849	07. 09. 1927
Vrčon Stanko	861–862	12. 09. 1913–02. 07. 1976

Če štejemo, koliko življenjepisov zdravnikov je bilo opisano v Primorskem slovenskem biografskem leksikonu – kar 180 jih je bilo. Od tega 13 žensk ali 9,2 odstotka in 1167 moških – 92,8 odstotka. Najmanj je bilo življenjepisov v prvi številki – eden sam, največ v predzadnji v devetnajsti številki – 21.

Če razvrstimo vse zdravnike po starosti, ugotovimo, da je bil najstarejši Giovanni Albertis (1410–1488) in najmlajša Irena Tavčar, rojena 20. 11. 1960.

Prav gotovo nas zanima, kdaj so ti zdravniki živeli in delali, saj so bili rojeni v letih:

1400–1499	1 moški – 0,6%
1500–1599	2 moška – 0,11%
1600–1699	6 moških – 0,33%
1700–1799	16 moških – 8,9%
1800–1899	42 moških, 1 ženska skupaj 43 – 23,9%
1900–1960	100 moških, 12 žensk skupaj 112 – 62,2%

Ni ravno majhno število zdravnikov, ki so bili ali rojeni ali so delali na področju Primorske. Zaslužili so opis njihovega življenja in dela in tako so dobili večni spomenik v knjigah Primorskega slovenskega biografskega leksikona.

Zdravstveni vestnik pred 60 leti

**ŠTEVILKA 11/1937**

*Anton Prijatelj*

Enajsta številka Zdravniškega vestnika – strokovnega glasila zdravništva v Dravski banovini, je izšla v novembru 1937. Uredništvo in uprava: dr. R. Neubauer – Golnik.

- dr. Valentin Kušar: Vaskularne sklerotične spremembe v ledvicah. Predavanje v Slovenskem zdravniškem društvu dne 23. XII. 1936
- dr. Franc Derganc: O osteosintezi. »Referat sem sestavil na izpodbudo šefa dr. Lavriča. Hvala mu, prav tako vsem drugim zdravnikom II. kirurškega oddelka, ki so mi pomagali z nasvetom in demonstracijami.«
- dr. Igor Tavčar: Cholelithiasis in graviditeta. Nadaljevanje in konec
- dr. Leo Hribar, ban. insp., dir. vet. bakt. zav. v Ljubljani: O zaščitnih merah, potrebnih za zatiranje tuberkuloze. Nadaljevanje in konec
- dr. Mirko Černič: »Slovar slovenskega jezika« in naše vsakdanje zdravniške potrebe

Stanovski vestnik

Uredništvu »Zdravniškega vestnika« Golnik

O zdravnikih in zdravilstvu

**»Slovar slovenskega jezika« in naše vsakdanje potrebe**

Dr. Mirko Černič je v svojih mnogih člankih o lepi slovenski besedi, še posebej o lepi slovenski besedi v zdravstvu leta 1937 napisal v Zdravniški vestnik kar štiri prispevke – skupaj 31 strani.

Svoja razmišljanja začne takole: »*Odkar se je naše zdravstvo odtrgalo od izključno nemških strokovnih virov in smo Slovenci državni narod, odkar imamo svojo univerzo, pa četudi zaostalo, ni naša naloga zgolj v tem, da tujo misel odenemo v našo obleko, da torej cvetko presadimo v našo zemljo, ne, namreč da strokovni pojem po svoje izobličimo, da torej cvetko sami vzgojimo.*«

Toži tudi, da so zdravniški zapisi le redkokdaj lepa slovenščina, včasih hrvatizem, včasih germanizem, največkrat pa prava brozga. In nadaljuje: »*Če se komu zdé besede, ki sem jih ravnokar napisal,*



*ostre, naj mi ne zameri, saj nočem prav nikomur ničesar očitati, marveč le opozoriti v času, ko zahtevamo popolno medicinsko fakulteto v Ljubljani, na nekaj, kar bi bilo treba že zdavnaj razčistiti. Kar smo opustili doslej, še vedno lahko popravimo v bodoče – le začeti je treba!*

Avtor v svojem članku toži, da Slovar slovenskega jezika da premalo, saj so nekateri izrazi dobesedno prevedeni iz nemščine. Zato priporoča: *«Strokovna točnost in umljivost, jezikovna pravilnost in preprostost – to ti naj bodo načela, kadar govoriš, pišeš in pred vsem, kadar misliš!»* O tujkah in strokovnih terminusih in slovenščini meni naslednje:

*«Ohranimo tujke, ki so nam potrebne za bistvo pojmov in za mednarodno literaturo, obenem pa iščimo in uvajamo domače izraze, da tako ene z drugimi izpopolnimo in lažje doumemo.*

*Znane in ukoreninjene besede ostanejo pa če tudi bi se kdo spotikal nad njihovo blagoglasnostjo ali čem drugem.*

*Inačice, besedne in pomenske, če so znane in ukoreninjene, ostanejo.*

*Označbe, prevzete v zdravstvo po živih bitjih, se oblikujejo kot prvotno.*

*Misli tudi v zdravstvu po slovensko, potlej ti ne bo težko tudi govoriti in pisati po slovensko.»*

Zelo lepo nadalje razmišlja v obširnem poglavju o terminologiji, sinonimiki in frazeologiji, ki jih sloveni takole: Kopa oznak, inčič in besednih zvez: *Zdravstvo, njegova spoznanja in pomagala smo dobili Slovenci od večjih narodov, večinoma od ali vsaj preko Nemcev, b katerim smo do nedavna skoro edinimi bodili v šolo. Naravno je torej, da se v naši zdravniški govorici poznata izvor in sled, kakor se takisto godi našim juristom, filozofom, trgovcem in obrtnikom.*

*Puristi bočejo iztrebiti vse tuje elemente in zatreti vsak spomin, širokogrudneži pa menijo, da je treba pustiti vse takó, kakor je.*

Avtor je na zadnjem poglavju naštel dosedanja prizadevanja za slovensko zdravniško besedo. Med prvimi je omenil dr. Al. Homana, deželnega in okrožnega zdravnika v Radečah pri Zidanem mostu, ki je izdal leta 1904 Sodno-zdravniško terminologijo. Zdravniki so s pridom uporabljali Pleteršnikov Slovensko-nemški slovar. Pač pa je poleg avtorjev babiških knjig (Makovica, Matouška in Valentina Vodnika in obeh Valent, očeta in sina) navedel tudi Frana Erjavca kot prevajalca Somatologije, dr. Franca Zupanca ter dr. Petra Defranceschija, ki sta objavljala sodno-zdravniška mnenja. Omenja tudi ustanovitev odseka za terminologijo pri Slovenski Matici v sestavi: dr. Bleiweis-Trsteniški, dr. Plečnik in dr. Göstl (predsednik), ki pa je po kratkem delovanju prenehal obstajati.

Dvouden naslov si je avtor privoščil: **Kje se da kaj dobiti za slovar slovenskega jezika za vzgled pa tudi za strašilo?** Naštel je 120 naslovov knjig in člankov, ki so izšli do leta 1937. S tem pa da ni povedal, kaj je za vzgled in kaj za strašilo. Menim, da se je moral kaj truditi, da je dobil vse podatke. Ni pa zabeležil vse članke, ki so izšli v dnevnem časopisu kot zdravniški nasveti, saj prizna, da ni navedel naslovov zdravstvenih člankov iz Jutra, nedeljskega Slovenca in časopisa Žika.

Končuje svoja razmišljanja takole: *«Seznam nikakor ni popoln, pa to tudi ni bil moj poglobitni namen; kljub temu sem skušal navesti, kar se dá vse: moja glavna misel je bila ta, da sprožim slovensko zdravniško termino- in frazeologijo z mrtve, zastarele točke, jo prilagodim današnjim kulturnim potrebam in pokažem na že opravljeno delo.»*

Nove knjige

RECENZIJA

*Podiplomsko izobraževanje iz anesteziologije – Peti tečaj.* Porto-rož, april 1997. Knjigo sta izdala Klinični oddelek za anesteziolo-

gijo in intenzivno terapijo operativnih strok Klinični center, Ljubljana, in Katedra za anesteziologijo in reanimatologijo MF, Ljubljana. Glavna urednica je Vesna Paver-Eržen. Knjiga ima 370 strani, izdana v nakladi 300 izvodov.

Peti tečaj Podiplomskega izobraževanja iz anesteziologije je potekal po programu Evropske fundacije za kontinuirano izobraževanje iz anesteziologije pod pokroviteljstvom Sveta Evropske skupnosti. V knjigi je sodelovalo 24 avtorjev iz Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani, Onkološkega inštituta Ljubljana, Splošne bolnišnice Maribor, Službe za zakonodajo Republike Slovenije, Oddelka za anesteziologijo in intenzivno terapijo Bolnišnice Barmherziger Brüder z Dunaja, Oddelka za anestezijo in intenzivno terapijo Klinične bolnišnice v Örebro, Švedska, ter Anesteziološkega oddelka iz Univerzitetne bolnišnice v Leidnu, Nizozemska. Knjiga je vzorno napisana in predstavlja sodoben učbenik za izobraževanje iz anesteziologije in intenzivnega zdravljenja. Po zaslugi strokovnega lektorja Aleksandra Manohina so tuji strokovni izrazi povedani z lepo slovensko besedo. Peti tečaj Podiplomskega izobraževanja iz anesteziologije vsebinsko pokriva tri tematske sklope: Anestezijo za nevrokirurške operacije, Področno (regionalno) anestezijo in Zdravljenje bolečine. Pohvaliti je treba, da knjiga vsebuje za boljše razumevanje tematskega sklopa tudi izredno skrben, pregleden in zgoščen opis anatomije in fiziologije osrednjega avtonomnega živčevja ter živčnih poti za zaznavanje bolečine.

Obnovljena in dopolnjena so znanja o vzdrževanju telesne temperature. Z bogatim strokovnim znanjem in izkušnjami je vrhunsko napisano poglavje Živčno-mišični prenos in obravnava fiziologijo, boleznih in farmakologijo.

Poglavje Anestezija bolnikov za nevrokirurške operacije, Posebnosti nevro-anestezije in Anestezija pri bolnikih z živčno-mišičnimi boleznimi so napisana pregledno in brezhibno. Izredno izčrpno informira bralca o temeljnem patofiziološkem dogajanju v osrednjem živčevju in med anestezijo pri bolnikih z živčno-mišičnimi boleznimi ter priporoča določene anestezijske metode z izbranimi anestetiki in relaksanti. Prispevek o Perioperativnih nevroloških zapletih zelo skrbno in natančno opozarja, kako preprečiti zgoraj omenjene zaplete oziroma jih obravnavati.

Knjiga vsebuje tudi poglavje o Intenzivni terapiji bolnikov pri nevroloških zapletih. V prispevkih Motnje zavesti pri zastrupitvah ter Kome so izredno pregledno in skoncentrirano navedeni: defnicija motenj, etiopatogeneza, diagnostični postopki, diferencialna diagnoza ter priporočila za zdravljenje. Izčrpno in natančno so opisani Klinični testi za ugotavljanje možganske smrti ter priprava oziroma vzdrževanje morebitnega dajalca organov. Še posebej so poudarili, da bolniki v enoti za intenzivno zdravljenje potrebujejo zaradi vseh stresov, ki jih doživljajo, tj. boleznih in terapevtskih postopkov – sedacijo, analgezijo in po potrebi tudi mišično relaksacijo.

Vsebinsko bogato in izredno izčrpno je napisano poglavje o Maligni hipertenziji. Poleg že znanih informacij prinaša prispevek mnogo novih.

V sklopu Akutna in kronična bolečina, njeno zdravljenje ter Blažilo zdravljenje bolnika v končni fazi bolezni so avtorji vzorno in vsebinsko bogato navedli definicije in merila za delitev bolečine na različne vrste. Natančno so opisali dejavnike, ki vplivajo na zaznavanje bolečine, na jakost kooperativne bolečine in razvoj kronične bolečine. Informirali so bralca, da je potrebno znanje o zdravljenju bolečine še poglobljati in da je zdravljenje bolečine obveza do bolnikov. Danes je terapija bolečine pretežno kombinirana in vključuje vrsto specialnih analgetičnih metod in tehnik. Izvajanje zdravljenja bolečine v bolnišnici mora biti posebej organizirano, vodeno in nadzorovano.

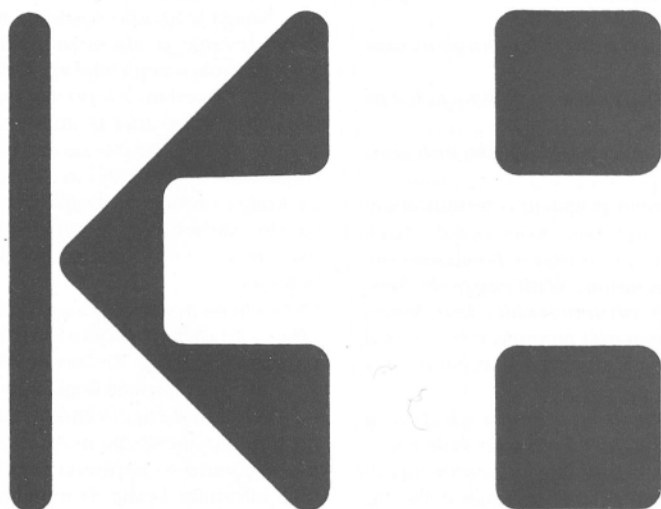
Poglavje Lokalna in področna (regionalna) anestezija je napisano nadvse skrbno in izčrpno. Poudarjene so indikacije in prednosti področne anestezije pred splošno anestezijo in opisane so možnosti kombinacij. Dobro so opisane vse metode in tehnike ter ne manjka preglednih tabel in izjemno lepih slik. Kot dober učbenik

omogoča knjiga bralcu izbiro in izvedbo blokov za zgornji in spodnji okončini. Seveda avtorji zelo natančno opozarjajo na možne zaplete in kontraindikacije pri regionalni anesteziji.

Prispevek o varstvu osebnih podatkov in o odgovornosti zdravnika je zelo dobro napisan in je lahko v veliko pomoč in razmislek vsem zdravnikom pri njihovem kliničnem delu. Bralci izvedo, da ima bolnik vedno pravico do podatkov o svojem zdravstvenem stanju in zdravstveni dokumentaciji. Pojasnjena so tudi vprašanja o odškodninski odgovornosti pri t. i. »medicinski« napaki. Za zdravnikovo delo je pomembno, da so izdelana priporočila in standar-

di, po katerih se mora ravnati ter da bolnik pisno privoli v zdravniške posege. Anesteziologi imajo že dve leti uvedeno bolnikovo pisno privolitev na anestezijske storitve, vendar je ob bolnikovem podpisu zelo pomemben tudi kliničen razgovor z njim. Ocenjena knjiga bo z marsikaterim poglavjem, sliko ali tabelo v pomoč za pridobivanje znanja ne samo v anesteziološki stroki, ampak tudi za druge stroke, za mlade zdravnike in pri dodiplomskem pouku na Medicinski fakulteti.

*Miriam Petrun-Ulaga*



## KEMOFARMACIJA

Lekarne, bolnišnice, zdravstveni domovi in veterinarske ustanove večino svojih nakupov opravijo pri nas.

Uspeh našega poslovanja temelji na kakovostni ponudbi, ki pokriva vsa področja humane medicine in veterine, pa tudi na hitrem in natančnem odzivu na zahteve naših kupcev.

KEMOFARMACIJA – VAŠ ZANESLJIVI DOBAVITELJ!



KEMOFARMACIJA

Veletrgovina za oskrbo zdravstva, p.o. / 61001 Ljubljana, Cesta na Brdo 100  
Telefon: 061 12-32-145 / Telex: 39705 KEMFAR SI / Telefax: 271-588, 271-362



# FROMILID®

tablete

klaritromicin

## MOČ IN PAMET V ENEM.

- **Učinkovit proti vsem najpogostejšim povzročiteljem okužb na dihalih.**
- **Jemljemo ga 2-krat na dan.**
- **Varno zdravljenje z makrolidnim antibiotikom.**

Skrajšano navodilo

**Protimikrobni spekter:** Znotrajcelični mikroorganizmi, po Gramu pozitivni mikroorganizmi, nekateri po Gramu negativni mikroorganizmi in anaerobi, *Toxoplasma gondii*, mikobakterije razen *M. tuberculosis*. **Indikacije:** Okužbe zgornjih dihal (tonzilofaringitis, okužba srednjega ušesa, akutni sinusitis), okužbe spodnjih dihal (akutni bronhitis, akutno poslabšanje kroničnega bronhisa, doma pridobljena pljučnica ter atipična pljučnica), okužbe kože in podkožja, okužbe z mikobakterijami (kompleks *M. avium*, *M. kansasii*, *M. marinum*, *M. leprae*) in odstranitev bakterije *H. pylori* pri bolnikih z razjedo na dvanajstniku ali želodcu (vedno v kombinaciji z drugimi zdravili). **Doziranje:** Odrasli in otroci, starejši od 12 let, dvakrat na dan po 250 do 500 mg. Največja dnevna doza je 2 g. Za odstranitev bakterije *H. pylori* pri zdravljenju razjede na želodcu ali dvanajstniku dajemo 500 mg do 1500 mg na dan, večinoma v dveh odmerkih, običajno 7 do 14 dni. Otroci, mlajši od 12 let, dvakrat na dan po 7,5 mg/kg telesne mase, vendar ne več kot 500 mg na dan. Tablete ne razpolavljamo.

**Kontraindikacije:** Preobčutljivost za zdravilo ali za druge makrolidne antibiotike, zelo huda jetrna okvara, sočasno jemanje s terfenadinom, cisapridom in astemizolom pri bolnikih, ki imajo v anamnezi srčno obolenje. **Interakcije:** Varfarin in drugi peroralni antikoagulantni, karbamazepin, teofilin, terfenadin, astemizol, cisaprid, triazolam, midazolam, ciklosporin, takrolimus, digoksin in ergotni alkaloidi, zidovudin.

**Nosečnost in dojenje:** Ni podatkov o škodljivih učinkih jemanja klaritromicina med nosečnostjo in dojenjem. V teh obdobjih ga dajemo samo po skrbni presoji o koristnosti zdravljenja glede na možno tveganje. **Stranski učinki:** Slabost, bruhanje, driska in bolečine v trebuhu, stomatitis, glositis, glavobol, preobčutljivostne reakcije, prehodno spremenjen okus, pri posameznih bolnikih vrtoglavica, zmedenost, občutek strahu, nespečnost, nočne more, izjemno redko povečana aktivnost jetrnih encimov in holestatična zlatenica. **Oprema:** 14 tablet po 250 mg ali 500 mg. Na zdravniški recept. I 1/97.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

 KRKA

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

# Sumamed<sup>®</sup>

azitromicin

*Indikacije:*

Infekcije zgornjih dihalnih poti: bakterijski faringitis/tonzilitis, sinusitis, otitis media.  
Infekcije spodnjih dihalnih poti: bakterijski bronhitis, intersticijska in alveolarna pljučnica.  
Infekcije kože in podkožnega tkiva: erizipel, impetigo in sekundarno piodermizirane dermatoze.

*Doziranje in način uporabe:*

Azitromicin jemljemo enkrat dnevno, najmanj eno uro pred ali dve uri po jedi. Infekcije dihal ter kože in mehkih tkiv: 10 mg/kg, enkrat dnevno 3 dni.

*< 8 kg*

50 mg (1 manjša žlička sirupa)

*8 - 14 kg*

100 mg (1 večja žlička sirupa)

*15 - 24 kg*

200 mg (1 večja žlička sirupa forte)

*25 - 44 kg*

250 mg (2 tableti po 125 mg)

*≥ 45 kg*

*Oprema:*

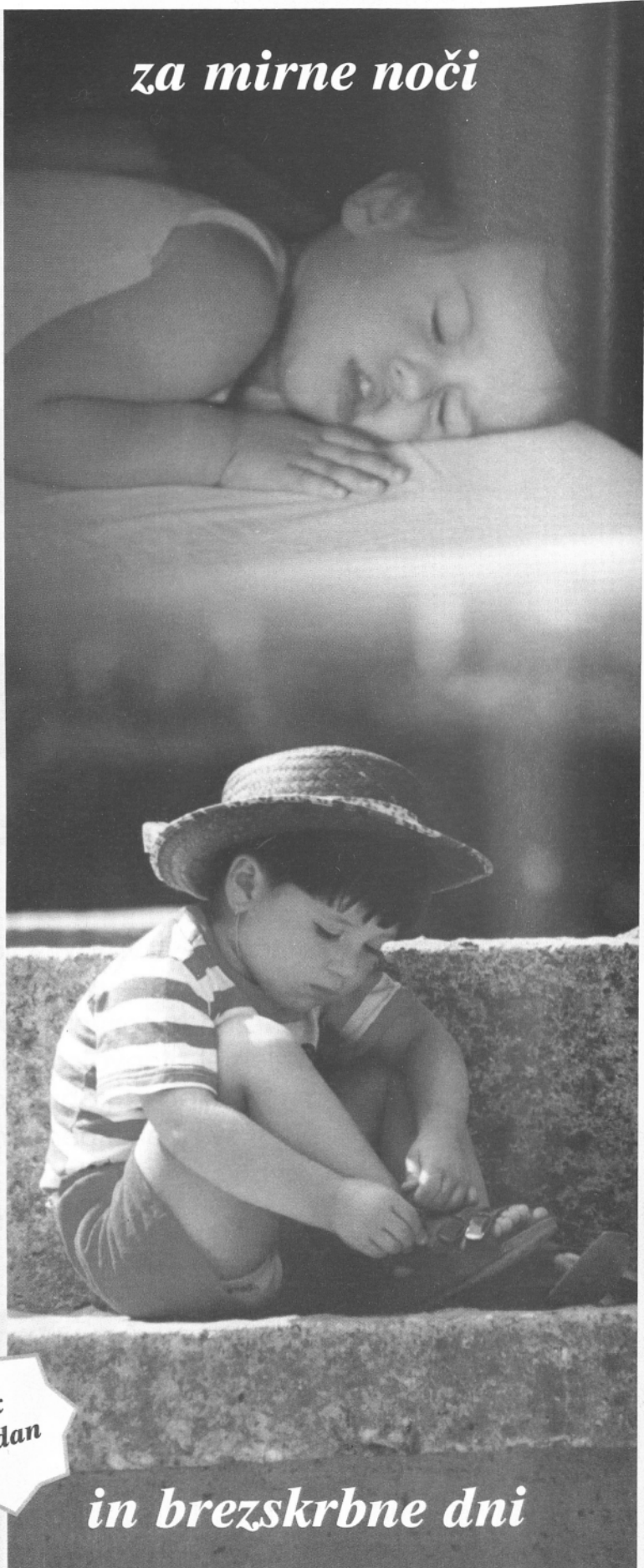
*kapsule (6 x 250 mg)*  
*tablete (3 x 500 mg)*  
*tablete (6 x 125 mg)*  
*sirup forte (200 mg/5 ml)*  
*sirup (100 mg/5 ml).*



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

**1 x  
na dan**

*za mirne noči*



*in brezskrbne dni*





# Novartis v dermatologiji

Od poznavanja kože  
do umetnosti zdravljenja

## Visoko kvalitetni zdravili

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

## Inovativne raziskave

stremijo k izboljšanju zdravljenja v prihodnosti.

## Vaš partner v dermatologiji

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

Informacije in literatura

so na voljo pri

Novartis Pharma Services Inc.

Podružnica v Sloveniji

Dunajska 22, 1511 Ljubljana

telefon (061) 133 04 04,

faks (061) 133 96 55



# NOVARTIS

Kvaliteta, inovativnost,  
sodelovanje v dermatologiji.

# novo

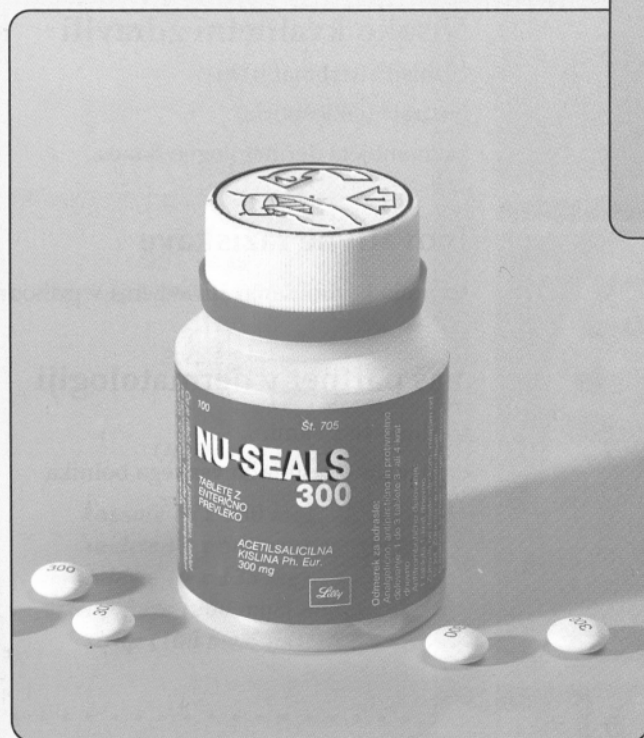
## NU-SEALS

*Tablete z acidorezistentno prevleko,  
ki ščiti želodčno sluznico*

### NU-SEALS<sub>300</sub>

#### *Delovanje*

- analgetik
- antipiretik
- antiinflamatorno zdravilo



### NU-SEALS<sub>75</sub>

#### *Delovanje*

- sekundarna profilaksa pri bolnikih s
  - prebolelim miokardnim infarktom
  - nestabilno angino pectoris
  - prehodnimi cerebralnimi ishemičnimi atakami

#### *Oblika in pakiranje*

Blister s 14 tabletami po 75 mg.  
Steklenička s 100 tabletami po 300 mg.



**Eli Lilly** (Suisse) S.A., Podružnica v Ljubljani  
Vošnjakova 2, 1000 Ljubljana  
Telefon: (061) 319-648, faks: (061) 319-767



RAZLOGOV ZA

# Amlopin<sup>®</sup>

amlodipin benzensulfonat

- ① klinična učinkovitost
- ② varnost
- ③ dobro prenašanje
- ④ enostavno doziranje
- ⑤ zadovoljstvo bolnikov

**Za bolnike z arterijsko hipertenzijo  
in/ali angino pectoris,**

**FDA\* ga je odobrila tudi za tiste, ki imajo  
sočasno blago do zmerno zastojno srčno  
insuficienco, nastalo zaradi  
sistolne disfunkcije.**

\*FDA – Food and Drug Administration (ameriška Uprava za hrano in zdravila)

Podrobnejše informacije o zdravilu dobite pri proizvajalcu.





## NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

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

### Splošna načela

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Spremni dopis

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

### Tipkopis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Tabele

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

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



## Slike

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

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

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

## Literatura

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

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

## Primeri citiranja

### – primer za knjigo:

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

### – primer za poglavje iz knjige:

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

### – primer za članek v reviji:

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

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

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

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

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

### – primer za članek iz suplementa revije:

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

### – primer za članek iz zbornika referatov:

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

## Sodelovanje avtorjev z uredništvom

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

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

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

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

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

## Navodila za delo recenzentov

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

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

Če recenzent meni, da delo ni vredno objave v ZV, prosimo, da navede vse razloge, zaradi katerih delo zasluži negativno oceno. Negativno ocenjen članek po ustaljenem postopku skupaj z recenzijo (seveda anonimno) uredništvo pošlje še enemu recenzentu, kar se ne sme razumeti kot izraz nezaupanja prvemu recenzentu. Prispevke pošiljajo tudi mladi avtorji, ki žele svoja zapažanja in izdelke prvič objaviti v ZV; tem je treba pomagati z nasveti, če prispevek le formalno ne ustreza, vsebuje pa pomembna zapažanja in sporočila.

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

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

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

Recenzij ne plačujemo.



# Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 66, NOVEMBER 1997, Page 563-614, Number 11

## CONTENTS

### ON THE PLACE OF LEADING ARTICLE

- 134<sup>th</sup> Annual Meeting of Slovenian Medical Association, Otočec, October 17<sup>th</sup> and 18<sup>th</sup>, 1997**, M. Cevc, M. Kučan, J. Podobnik, M. Jereb, M. Bitenc 563

### PROFESSIONAL ARTICLES

- Fixation of ocular prosthesis by enoseal implants**, Z. Arnež, M. Rode, L. Marion, T. Maver 567
- Follow-up of the patients after loop diathermy conization of the uterine cervix**, I. Takač, D. Arko, B. Gorišek, T. Kodrič 571
- Upper gastrointestinal hemorrhage - An analysis of its causes in a 3-year period**, P. Skok 575
- Changes in etiology of childhood deafness**, J. Vatovec, M. Žargi, S. Černelč 579
- Cardiogenic shock with normal arterial pressure - A case report**, K. Ažman, M. Noč, M. Horvat 581

### LETTERS TO THE EDITOR

### NEWS AND VIEWS