



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 65, DECEMBER 1996, str. 667–720, ŠT. 12

VSEBINA

STROKOVNI PRISPEVKI

Zaprta repozicija in perkutana fiksacija dislociranih suprakondilarnih zlomov otroške nadlaktice, M. Andoljšek 667

MEGX (monoetilglicinksilidid) jetrni funkcijski test, M. Sedmak, M. Zupančič, G. Logar-Car, J. Lukač-Bajalo, 673

Tenosinovitis tetive tibialis posterior pri športnikih, M. Veselko, M. Šturm, 679

Vrednosti serumskega selena zdravih otrok, D. Mičetič-Turk, Z. Turk, 683

Ali slovenski zdravniki zdravo živijo?, I. M. Lazar, M. Premik, I. Švab 687

PREGLEDNI PRISPEVKI

Maščobe v prehrani oskrbovancev domov za starejše občane v R Sloveniji, D. Pokorn, B. Gregorič, M. Homar, V. Martinčič 691

RAZGLEDI

Nekrologi 699

Mednarodno sodelovanje 700

Strokovna srečanja 700

Delo SZD 706

Zanimivo je vedeti 714

Zdravniški vestnik pred 60 leti 719

Nove knjige 720

V tej številki so sodelovali 686

Oglasi 672, 678, 682, 694, 698

LETNO KAZALO



Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, T. Žgur

Tehnični urednik/Technical Editor:

P. Dolenc

Uredniški svet/Editorial Council:

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

Uredniški odbor/Editorial Board:

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

Tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanovič

Lektor za slovenščino/Reader for Slovenian:

T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

J. Gubenšek

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

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, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino.

To številk so financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo in

Ministrstvo za zdravstvo in 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

Strokovni prispevek/Professional article

ZAPRTA REPOZICIJA IN PERKUTANA FIKSACIJA DISLOCIRANIH SUPRAKONDILARNIH ZLOMOV OTROŠKE NADLAKTNICE

CLOSED REDUCTION AND PERCUTANEUS PINNING OF DISLOCATED SUPRACONDYLAR
FRACTURES OF CHILD'S HUMERUS

Matej Andoljšek

Kirurški oddelek, Splošna bolnišnica Jesenice, 4270 Jesenice

Prispelo 1995-06-14, sprejeto 1996-08-02; ZDRAV VESTN 1996; 65: 667-671

Ključne besede: suprakondilarni zlom humerusa; otroci; zaprta repozicija; perkutana fiksacija; rezultati

Izvleček – Izhodišča. Kljub zahtevnosti zdravljenja še ni izdelana splošno sprejetega algoritma oskrbe suprakondilarnih zlomov otroške nadlaktice. Autor na podlagi petletnih izkušenj analizira prednosti in pomanjkljivosti zaprte repozicije in perkutane fiksacije teh zlomov.

Metode in rezultati. Zdravili smo 28 otrok s suprakondilarnim zlomom nadlaktice. 22 zlomov je bilo popolnoma dislociranih (Gartland tip III.), 6 delno (tip II.). Od 26 poskusov zaprtih repozicij je v prvem poskusu uspelo 21 (80,8%); v enem primeru je uspela rerepozicija. Štiri zaprto ireponibilne zlome smo zdravili odprto, enako tudi dve kompleksni poškodbi (edini odprti zlom z raztrganino radialnega in poškodbo ulnarne živca; zaprt zlom z dvojno raztrganino intime nadlaktične arterije in poškodbo mediane ter ulnarne živca). Dva bolnika sta po zaprti repoziciji in perkutani fiksaciji imela parestezije v področju ulnarne živca. Enaki znaki so se pojavili tudi po eni odprti repoziciji, ki je sledila večkratnim neuspehim zaprtim poskusom. Rezultati zdravljenja 20 zlomov (71,4%) so ocenjeni po Flynnovi metodi. Med 17 zaprti reponiranimi in ocenjenimi zlomi (4 tipa II. in 13 tipa III.) ima 15 odličnih, po eden pa dober in zadovoljiv rezultat. Rezultat ene odprte repozicije je odličen, dve le zadovoljivi.

Zaključek. Zaprta repozicija s perkutano fiksacijo je varna in uspešna metoda zdravljenja dislociranih suprakondilarnih zlomov otroške nadlaktice. Ker ponavljajoči se poskusi repozicije okvarjajo mehka tkiva in so vir dodatnih zapletov, je pri ireponibilnih zlomih indicirana odprta repozicija, čeprav tudi ta ni vedno uspešna.

Uvod

Najpogostejši zlomi otroškega komolca so suprakondilarni zlomi nadlaktice, katerih zdravljenje je izjemno zahtevno, zato otrok z oteklino in deformiranim komolcem vedno vzbudi strah kirurgu, nevarnemu zdravljenju takih poškodb.

Dislocirane suprakondilarne zlome otroške nadlaktice lahko zdravimo z različnimi metodami (zaprta repozicija z imobilizacijo

Key words: supracondylar fracture of humerus; children; closed reduction; percutaneus pinning; results

Abstract – Background. In spite of difficult treatment no decision-making algorithm for supracondylar fractures of child's humerus has been generally accepted. Advantages and deficiencies of closed reduction and percutaneus pinning were analysed.

Methods and results. 28 dislocated supracondylar fractures of humerus (6 type II., 22 type III. according to Gartland) were treated. Except in two complex injuries (single open fracture with lacerated radial and compromised ulnar nerve; one brachial artery intimal tear with compromised median and ulnar nerve) closed manipulations controlled by image intensifier were attempted. 21 fractures were successfully primary reduced and fixed percutaneously (80,8%), once remanipulation was successful. In 4 irreducible fractures open reduction was performed. Ulnar nerve paresthesias were recorded twice after closed procedure and once after open reduction followed several attempts of closed manipulations. 20 fractures (71,4%) were evaluated by Flynn's method. Among 17 evaluated closed reduced (4 type II., 22 type III.) fractures 15 excellent, one good and one fair results were recorded. One open reduction was successful but two were not.

Conclusion. Closed manipulation with percutaneus pinning is safe and successful treatment modality for dislocated supracondylar fractures of humerus. Since repeated manipulations increase soft tissue injuries and chances of complications, in irreducible cases open reduction is indicated even if it is not complications-free either.

v zanki ali mavcu, Dunlopova ali skeletna ekstenzija, zaprta repozicija s perkutano učvrstitvijo z iglami, odprta repozicija z notranjo učvrstitvijo), ni pa izdelanega in splošno sprejetega algoritma. V prispevku so predstavljene naše petletne izkušnje zdravljenja teh poškodb. Na podlagi analize zapletov in funkcionalnih rezultatov smo oblikovali algoritem zdravljenja suprakondilarnih zlomov otroške nadlaktice.

* Prispevek je bil predstavljen na 13. Štajersko-Slovenskih travmatoloških dnevih v Celovcu novembra 1994.

Poškodovanci in metode

Poškodovanci

V petletnem obdobju (1989–1993) smo na našem kirurškem oddelku zdravili 28 otrok (19 dečkov in 9 deklic), starih od 2 do 12 let (povprečna starost 7,1 leta), z dislociranim suprakondilarnim zlomom nadlaktnice. Deklice so bile povprečno starejše leto in pol.

Večina naših poškodovancev se je poškodovala med igro doma, ko naj bi bili pod nadzorom staršev; le štirje so se poškodovali v šoli, od tega dva pri pouku telesne vzgoje. 24 otrok (85,7%) se je poškodovalo pozno popoldne ali zvečer. Kar polovica nezgod je bila ob koncu tedna.

18 otrok (64,3%) si je zlomilo levo, 10 (35,7%) desno nadlaktnico. Pridruženo poškodbo istostranske podlakti (dislocirana epifizioliza distalnega radiusa vrste Salter-Harris II) je imel dvanajstletni fant, ki je padel s kolesom. Od dvajsetih poškodovancev, pri katerih smo pri kontrolnem pregledu povprašali po dominantnem udru, si je 12 (63,2%) zlomilo nedominantno roko, eden pa uporablja roki enakovredno.

22 suprakondilarnih zlomov nadlaktnice (78,6%) je bilo popolnoma dislociranih (Gartland tip III.), 6 zlomov je ohranilo delni kontakt med diafiznim in epifiznim fragmentom (tip II.) (tab. 1, sl. 1–4) (1, 2). Vsi zlomi so bili ekstenzijski. Dva zloma sta bila kompleksna; pri dečku z dvojno raztrganino intime nadlaktnične arterije sta bila poškodovana tudi mediani in ulnarni živec, pri deklici z edinim odprtim zlomom smo našli pretrgan radialni in poškodovan ulnarni živec.

Metode

Obe kompleksni poškodbi smo oskrbeli primarno odprto. Pri oskrbi poškodovane nadlaktične arterije smo si pomagali z mikroskopom. Pretrgan radialni živec smo premostili s prostim transplantatom deset dni po poškodbi, potem ko smo zlom krvavo reponirali in uvrstili urgentno. Pridružen zlom podlakti smo po zaprti repoziciji zamavčili.

Pod kontrolo rentgenskega ojačevalca smo poskusili zaprto reponirati 26 zlomov. 21 zlomov (80,8%) smo reponirali in uvrstili po Swensonovi metodi (3) z dvema prekrizanimi Kirschnerjevima iglami (sl. 5) v prvem poskusu, enega pa v drugem. Štiri zaprte repozicije niso uspeli. Pri teh smo takoj nadaljevali z odprto repozicijo in uvrstitvijo. Vse komolce smo imobilizirali. Doramenski mavec ali longeto in perkutane igle smo odstranili po 3 do 4 tednih. Vse poškodovance smo v prvi fazi rehabilitacije napotili na fizioterapijo.

28 poškodovancev je zdravilo kar 10 kirurgov, saj je večina prišla v času dežurne službe.

Povprečna ležalna doba poškodovancev je bila 3,89 dni. Otroci z zaprto reponiranimi zlomi so ostali v bolnišnici povprečno 2,68 dneva, z odprto reponiranimi pa 9,75 dni.

Pozne rezultate smo ocenili najmanj leto dni po poškodbi. Gibljivost komolca in nosilni kot smo izmerili klinično z goniometrom in ju primerjali z nepoškodovano stranjo. Videz (nosilni kot v ekstenziji) in funkcionalni rezultat (gibljivost) smo ocenili ločeno po Flynnovi metodi (4); slabša ocena predstavlja končno oceno uspešnosti zdravljenja (tab. 2). Uspešno zdravljeni so zlomi z dobrim ali odličnim rezultatom.

Zapleti

Po zaprti repoziciji in perkutani uvrstitvi zloma so se pri dveh od dvaindvajsetih poškodovancev pojavile parestezije v inervacijskem področju ulnarne živca (9,09%). Enaki znaki so se pojavili tudi po eni odprti



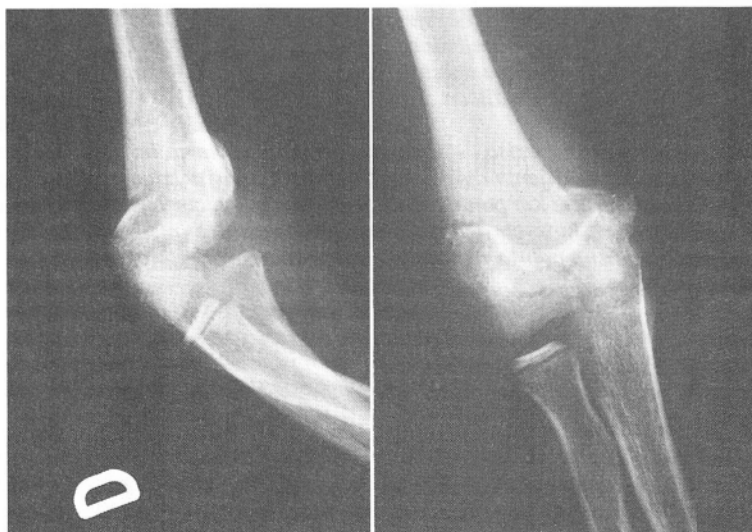
Sl. 1. Suprakondilarni zlom nadlaktnice brez premika (tip I.).

Figure 1. Supracondylar fracture of humerus without dislocation (type I.).

Tab. 1. Razvrstitev ekstenzijskih suprakondilarnih zlomov nadlaktnice (1).

Tab. 1. Classification of extension-type supracondylar fractures of humerus (1).

Tip I	Nedislocirani
Type I	Undisplaced
Tip II	Dislocirani (z ohranjenim zadnjim korteksom)
Type II	Displaced (with intact posterior cortex)
Tip III	Dislocirani (brez kontakta)
Type III	Displaced (no cortical contact)
Tip III A	Postero-medialna dislokacija
Type III A	Postero-medial displacement
Tip III B	Postero-lateralna dislokacija
Type III B	Postero-lateral displacement



Sl. 2. Ekstenzijski suprakondilarni zlom nadlaktnice z delnim premikom (tip II.).

Fig. 2. Partially displaced supracondylar fracture of humerus (type II.).

Tab. 2. Ocena rezultatov (4).

Tab. 2. Evaluation criteria (4).

Rezultat Result	Videz Apperance zmanjšanje nosilnega kota (stopinje) carrying-angle loss (degrees)	Funkcija Function zmanjšanje gibljivosti (stopinje) motion loss (degrees)
odličen excellent	0-4	0-4
dober good	5-9	5-9
zadovoljiv fair	10-14	10-14
slab poor	> 15	< 15

* Slabša ocena daje končni rezultat.

* The lower of the two ratings is over-all result.

** Varus položaj komolca ocenimo kot slab rezultat.

** Varus deformity is assessed as poor result.



Sl. 3. Suprakondilarni zlom nadlaktnice s popolnim postero-medialnim premikom (tip III.A).

Fig. 3. Postero-medial displaced supracondylar fracture of humerus (type III.A).

Tab. 3. Rezultati.

Tab. 3. Results.

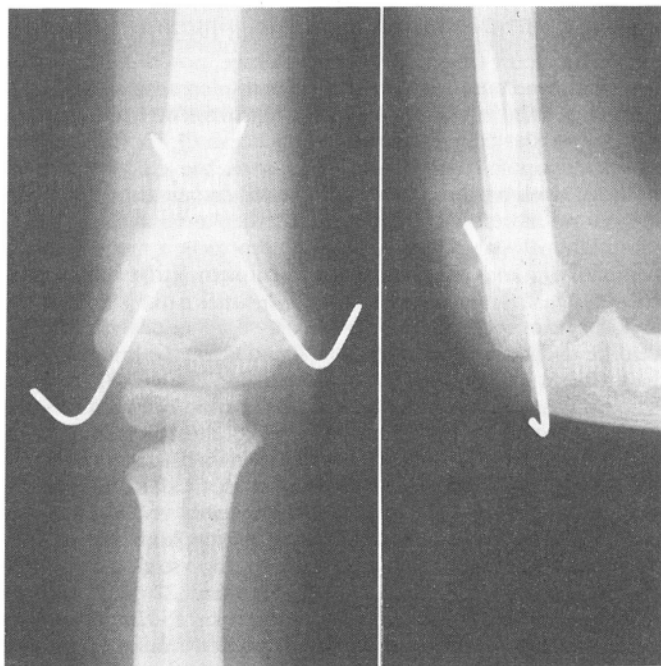
	Odperta repozicija Open reduction	Zaprta repozicija Closed reduction		Skupaj Total	
Tip zloma Fracture type	III.	II.	III.	N	%
odličen excellent	1	3	12	16	80,0
dober good		1		1	5,0
zadovoljiv fair	2		1	3	15,0
slab poor					
skupaj total	3	4	13	20	100,0

repoziciji, ki je sledila večkratnim neuspehim poskusom zaprte. Poškodbe živcev pri kompleksnih poškodbah so bile posledica poškodbe same. Vse poškodbe živcev z izjemo primarne popol-



Sl. 4. Suprakondilarni zlom nadlaktnice s popolnim postero-lateralnim premikom (tip III.B).

Fig. 4. Postero-lateral displaced supracondylar fracture of humerus (type III.B).



Sl. 5. Suprakondilarni zlom nadlaktnice po učvrstitvi.

Fig. 5. Fixed supracondylar fracture of humerus.

ne raztrganine radialnega živca, kjer je ostala minimalna hipestezija, so brez trajnih posledic.

Urgentno oskrbljena poškodba arterije brachialis ni zapustila trajnih posledic – Volkmannove ishemične kontrakture.

Vse zlome smo učvrstili s perkutanimi Kirschnerjevimi iglami. Vnetnih zapletov ob iglah ni bilo. Igle smo odstranili ambulantno po treh do štirih tednih. Sekundarnih premikov med fragmentoma ni bilo. Vsi zlomi so se zarasli.

Rezultati

20 od 28 poškodovancev (71,4%) smo ocenili 13 do 64 mesecev po poškodbi (povprečno 34,05 mesecev).

Med ocenjenimi je bilo 17 zaprto reponiranih in perkutano učvrščenih zlomov (4 tipa II. in 13 tipa III.). Trije odprto reponirani in ocenjeni zlomi so bili iz skupine popolnoma dislociranih zlomov (tab. 3).

Videz in gibljivost 15 zaprto oskrbljenih komolcev (88,24%) sta enaka kot na zdravi strani. Dober rezultat ima poškodovanec z zlomom tipa II. in manjkom upogiba 5 stopinj. Zadovoljiv rezultat ima poškodovanec z enako omejitvijo upogiba in zmanjšanim nosilnim kotom 10 stopinj (cubitus rectus).

Med tremi odprto oskrbljenimi zlomi ima en poškodovanec odličen rezultat, dva pa le zadovoljivega zaradi desetstopinskega zmanjšanja nosilnega kota. En od dveh z zadovoljivim rezultatom je kompleksni zlom z raztrganino radialnega živca, kjer je nosilni kot izravnani.

Na kontrolnih rentgenogramih treh zlomov z zadovoljivim rezultatom je distalni del nadlaktnice deformiran. Baumannov kot je pri vseh treh spremenjen za več kot 10 stopinj.

Razpravljanje

Zdravljenje dislociranih suprakondilarnih zlomov nadlaktnice je izredno zahtevno, ker le popolna anatomska repozicija fragmentov zagotavlja dober funkcionalni in kozmetični rezultat. V literaturi najdemo opise številnih metod zdravljenja, katerih rezultate le stežka primerjamo, ker se za ocenjevanje uporabljajo različni kriteriji.

Med posegom uspešnost repozicije lahko ocenimo na podlagi kliničnih meritev (možnost popolne fleksije, nosilni kot v primerjavi z zdravo stranjo) ali meritev humero-ulnarne in diafizno-epifiznega kota ter položaja sprednje nadlaktične črte (Rogersova črta) na klasičnih rentgenskih projekcijah (5, 6). Obe metodi zahtevata popoln izteg v komolcu, kar je možno le po že izvedeni fiksaciji, sicer tvegamo ponovni premik fragmentov. Opisanih meritev ne moremo uporabiti pri zdravljenju z mavcem ali ekstenzijskih metodah. Ocena uspešnosti repozicije z merjenjem Baumannovega kota na Jonesovi projekciji komolca je manj zanesljiva (5, 7).

Za ocenjevanje uspešnosti zdravljenja suprakondilarnih zlomov otroške nadlaktnice pri nas uporabljamo Flynnove kriterije, ki so najstrožji in jih priporočajo za primerjalne študije (8). Kriterije smo pri nas celo poosttrili, da bi čimbolj realno ocenili uspešnost zaprte repozicije in perkutane fiksacije kot metode izbora zdravljenja. Uspešno zdravljeni so za nas le zlomi z odličnim in dobrim rezultatom, medtem ko Flynn mednje uvršča tudi skupino zadovoljivih rezultatov (4). Rezultate ocenjujemo več kot leto po poškodbi, ko je dosežena dokončna gibljivost komolca (4, 7). Razen pri dveh kompleksnih poškodbah smo vse zlome poskusili reponirati zaprto. Na ta način smo reponirali 22 od 26 zlomov. Med ocenjenimi 17 zlomi iz te skupine ima kar 15 zlomov odličen rezultat (88,2%), torej ni razlike med poškodovanim in zdravim komolcem. Pri dveh ocenjenih zlomih repozicija ni bila popolna. Petstopinsko zmanjšanje fleksije zaradi nepopolne obnovitve epifizeo-diafizarnega kota funkcionalno ni pomembno in ne moti zunanega videza, medtem ko kombinacija z varusno angulacijo desetih stopinj (zadovoljiv rezultat) ni sprejemljiva. Nepopolna poprava varusne angulacije je bila vzrok dveh neuspešnih odprtih repozicij (zadovoljiv rezultat). Trije neuspešno zdravljeni bolniki imajo zmanjšan nosilni kot, ne pa tudi varusne deformacije. Vzrok neuspeha tako odprte kot zaprte metode zdravljenja je bila vedno nepopolna repozicija. Millis s sod. (9) je zaprto uspešno uravnal 60% dislociranih suprakondilarnih zlomov nadlaktnice ekstenzijskega tipa. Mikuž (10) je neuspešno poskušal z zaprto uravnavo desetih dislociranih zlomov (tretjina v njegovi seriji), ni pa navedel njihove vrste. V njegovi seriji je izjemno veliko fleksijskih zlomov (32,5%), pri katerih zaprta repozicija le izjemoma uspe. Morda je bil vzrok neuspeha prav v tem. Med ekstenzijskimi zlomi je odprta repozicija pogostejše potrebna pri posterolateralnih premikih epifiznega fragmenta (2).

Flynn (4) pri ocenjevanju ni upošteval morebitne rotatorne napake. Pri kliničnem pregledu rotatorno napako z lahkoto spregledamo, saj zaradi kompenzacije v ramenu ne moti ne funkcije komolca, niti njegovega videza. Nacht s sod. (7) je rotacijsko napako našel kar v 76% primerov zaprto reponiranih in perkutano fiksiiranih zlomov, vendar imajo njegovi bolniki istočasno skoraj brez izjeme spremenjen tudi nosilni kot, kar govori za nepopolne repozicije. Rotatorno napako pri vsakdanjem delu ne ocenjujemo, moramo pa jo natančno izmeriti in upoštevati pri načrtovanju korektivnih posegov, sicer ti niso vedno uspešni (8, 11). Ocenjujemo jo lahko s pomočjo von Laerovega kvocienta rotatorne napake na klasičnih rentgenogramih (6), CT ali klinično po metodi Yamamota in sodelavcev (12). Pro in supinacija pri suprakondilarnih zlomih nadlaktnice nista problematični, vsi naši bolniki so imeli popolni.

Perkutano fiksacijo z dvema prekrizanimi Kirschnerjevima igloma nekateri avtorji zavračajo zaradi iatrogenih poškodb ulnarnega živca. Predlagajo dve igli z lateralne strani (13) ali eno transartikularno (14), čeprav ti metodi vedno ne zagotavljata zadostne biomehanske stabilnosti (15), še posebej ne pri postero-lateralno dislociranih zlomih (2). S pravilno kirurško tehniko se neposrednim poškodbam ulnarnega živca z iglo lahko izognemo. Sekundarne poškodbe živcev so večkrat posledica manipulacije pri repoziciji kot fiksacije same; na srečo so večinoma tudi brez trajnih posledic (7). Poškodbe živcev pri odprtih zlomih moramo revidirati zaradi velike verjetnosti raztrganin le-teh (2).

Primarna odprta repozicija je indicirana pri vseh odprtih zlomih in zlomih z moteno prekrvavitvijo distalno od zloma. Sama odsotnost pulza brez drugih znakov okvarjenosti prekrvavitve pri zaprtem zlomu ni indikacija za revizijo, je pa indikacija za čimprejšnjo repozicijo (8). Primarni nevrološki izpad pri zaprtem zlomu prav tako ni indikacija za kirurško revizijo (2).

Po drugem neuspelem poskusu zaprte repozicije se odločimo za krvavo metodo, saj je verjetnost uspešnosti nadaljnjih poskusov vse manjša, rezultati so vse slabši, izognemo pa se tudi dodatnim poškodbam mehkih tkiv (2, 9, 16). Pirone s sodelavci. (8) je ugotovil, da menjava metode zdravljenja po 48 urah prinaša slabše rezultate. Tudi krvava repozicija vedno ne zagotavlja anatomskega položaja fragmentov (17). Pri dveh naših poškodovancih je bila neuspešna odprta repozicija vzrok komaj zadovoljivega rezultata. Velikokrat je po odprti metodi celo več težav z gibljivostjo.

Kljub temu, da Kirschnerjeve igle puščamo nad površino kože, vnetnih zapletov ni (2), je pa s tem njihova ambulantna odstranitev vsekakor olajšana.

Povprečna ležalna doba naših poškodovancev je primerljiva s podatki v literaturi (4, 7, 13). V primerjavi z odprto metodo, da ne omenimo v našem prostoru izjemoma uporabljane ekstenzijske, je hospitalizacija otrok po zaprti repoziciji in perkutani fiksaciji pomembno krajša (18). Menimo, da je zaradi možnih zapletov nekajdnevna hospitalizacija vsekakor potrebna in da primarno ambulantno zdravljenje dislociranega suprakondilarnega zloma otroške nadlaktnice ni dobro.

Kar nekaj avtorjev meni, da je po odstititvi mavca in igel formalna fizioterapija nepotrebna, če ne sploh škodljiva (2, 7, 19). Vsekakor moramo staršem razložiti, da se gibljivost komolca po suprakondilarnem zlomu nadlaktnice pogosto izboljšuje počasi. S tem se izognemo sicer dobronamernim a škodljivim posegom, kot je pasivno razgibavanje, ki lahko povzročijo sicer redek zaplet – myositis ossificans. Po našem mnenju je napotitev na fizioterapijo vsaj v začetni fazi priporočljiva.

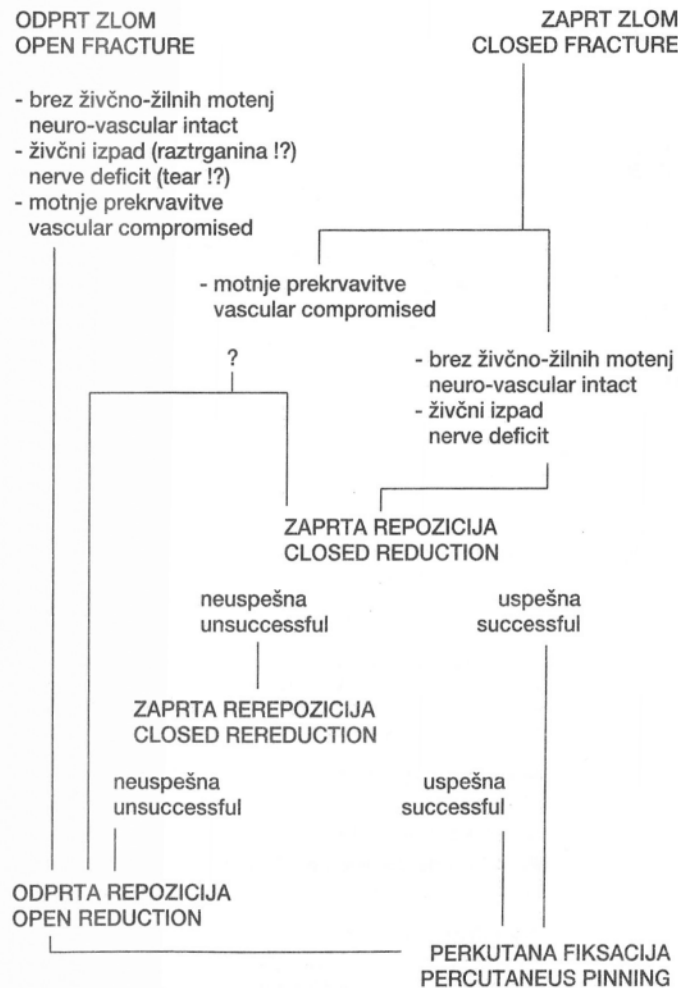
Zaključek

Anatomska repozicija dislociranega suprakondilarnega zloma nadlaktnice je predpogoj za uspešno zdravljenje teh poškodb. Ob dobrem znanju anatomije in patoanatomije je zaprta repozicija s perkutano fiksacijo varna in uspešna metoda zdravljenja su-

prakovondilarnih zlomov otroške nadlaktne, zato ostaja metoda izbora in hkrati "zlato standard", s katerim primerjamo ostale možnosti.

Odperto zdravimo vse odprte zlome, zaprte zlome z moteno prekrvavitvijo, kot tudi vse tiste dislocirane suprakondilarne zlome otroške nadlaktne, ki jih v dveh poskusih ne uspemo zaprto reponirati.

Menimo, da z upoštevanjem predlaganega algoritma oskrbe dislociranih suprakondilarnih zlomov otroške nadlaktne (sl. 6) lahko uspešno zdravimo večino teh v vsakdanji praksi ne tako pogostih, a težkih poškodb.



Sl. 6. Algoritem oskrbe dislociranih suprakondilarnih zlomov otroške nadlaktne.

Fig. 6. Decision-making treatment algorithm for supracondylar fractures of child's humerus.

Literatura

1. Gartland JJ. Management of supracondylar fractures of the elbow in children. Surg Gynecol Obstet 1959; 109: 145-54.
2. Wilkins KE. The operative management of supracondylar fractures. Orthop Clin North Am 1990; 21: 269-89.
3. Swenson AI. The treatment of supracondylar fractures of the humerus by Kirschner-wire transfixion. J Bone Joint Surg 1948; 30A: 993-7.
4. Flynn JC, Matthews JG, Benoit RL. Blind pinning of displaced supracondylar fractures of the humerus in children. J Bone Joint Surg 1974; 56A: 263-72.
5. Wilson JN. Injuries of the elbow. In: Wilson JN ed. Watson-Jones fractures and joint injuries. Edinburgh: 1982 Churchill Livingstone: 583-649.
6. Laer von L. Fracturen und Luxationen im Wachstumsalter. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag 1986: 73-82.
7. Nacht JL, Ecker ML, Chung SMK, Lotke PA, Das M. Supracondylar fractures of the humerus in children treated by closed reduction and percutaneous pinning. Clin Orthop 1983; 177: 203-9.
8. Pirone AM, Graham HK, Krajchich JJ. Management of displaced extension-type supracondylar fractures of humerus in children. J Bone Joint Surg 1988; 70A: 641-50.
9. Millis MB, Singer JJ, Hall JE. Supracondylar fracture of the humerus in children. Further experience with study in orthopaedic decision-making. Clin Orthop 1984; 188: 90-7.
10. Mikuž M. Suprakondilarni prelomi humerusa pri otrocih - urgentni operativni poseg v travmatologiji. Zdrav Vestn 1994; 63: 443-4.
11. Wilkins KE. Fractures and dislocations of the elbow region. In: Rockwood CA, Wilkins KE, King RE eds. Fractures in children. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott 1991: 509-828.
12. Yamamoto I, Ishii S, Usui M, Ogino T, Keneda K. Cubitus varus deformity following supracondylar fracture of the humerus. Clin Orthop 1985; 201: 179-85.
13. Fowles JV, Kassab MT. Displaced supracondylar fractures of the elbow in children. A report on the fixation of extension and flexion fractures by two lateral pins. J Bone Joint Surg 1974; 56B: 490-500.
14. Archibald DAA, Roberts JA, Smith MGH. Transarticular fixation of severely displaced supracondylar fracture in children. J Bone Joint Surg 1991; 73B: 147-9.
15. Zions LE, McKellop HA, Hathaway R. Torsional strength of configurations used to fix supracondylar fractures of the humerus in children. J Bone Joint Surg 1994; 76A: 253-6.
16. Wade FV, Batdorf J. Supracondylar fractures of the humerus: A twelve-year review with follow up. J Trauma 1961; 1: 269-78.
17. Weiland AJ, Meyer S, Tolo VT, Berg HL, Mueller J. Surgical treatment of displaced supracondylar fractures of the humerus in children. J Bone Joint Surg 1978; 60A: 657-61.
18. Prietto CA. Supracondylar fracture of the humerus. J Bone Joint Surg 1979; 61A: 425-8.
19. Ramsey RH, Griz J. Immediate open reduction and internal fixation of severely displaced supracondylar fractures of humerus in children. Clin Orthop 1973; 90: 130-2.

forte Pentilin®

**SAMO DVAKRAT
NA DAN!**

retardne tablete po 600 mg pentoksifilina

- **hemoreološko in antitrombotično zdravljenje periferne arterijske obliteracijske bolezni**
- **podaljšuje hojo brez bolečin**
- **izboljšuje periferno cirkulacijo na kritičnih mestih**

živahna misel in korak

Skratšano navodilo

Indikacije: Motnje perifernega arterijskega obtoka in mikrocirkulacije zaradi ateroskleroze, sladkorne bolezni in vnetij (intermitentna klavdikacija, diabetična makro- in mikroangiopatija, endangiitis obliterans); distrofične motnje (potrombotični sindrom, varikozni ulkus na goleni, gangrena, zmrzline); angionevropatije (redkeje); motnje možganskega krvnega obtoka (prehodni ishemični napadi, posledice možganske tromboze in krvavitve ter kronična cerebrovaskularna insuficienca) in motnje prekrvljenosti očesa (akutna in kronična stanja zaradi nezadostnega krvnega obtoka v mrežnici).

Doziranje in uporaba

PERORALNO

Pentilin, tablete po 400 mg 3-krat 1 tableta na dan

Pentilin forte, tablete po 600 mg 2-krat 1 tableta na dan

PARENTERALNO

i.v. infuzija 100—400 mg v 90—180 minut
250—500 ml infuzijske raztopine

i.v. injekcija 100 mg/dan 5 minut

Bolniki s hudo ledvično okvaro (kreatininski očistek manjši kot 10 ml/min; serumski kreatinin večji kot 9 mg/100 ml ali 800 µmol/l) smejo dobiti le 50 do 70 % običajne doze. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za Pentilin in podobna zdravila oziroma snovi iz skupine ksantinskih derivatov, kot so teofilin, kofein, holin teofilinat, aminofilin ali teobromin. Pentilina ne dajemo ob akutnem srčnem infarktu, pri porfiriji, zelo močnih krvavitvah in bolezenskih stanjih z veliko nevarnostjo krvavitve. Za parenteralno dajanje so relativne kontraindikacije huda koronarna ali možganska ateroskleroza ob povečanem krvnem tlaku in hude motnje srčnega ritma. **Stranski učinki:** Stranski učinki so zelo redki. Najpogostejše se pojavljajo prebavne motnje (tiščanje v žlički, slabost, bruhanje, napenjanje), redkeje pa rdečica obraza, glavobol, omotica, nespečnost, tremor, bolečina v prsih ter neredno ali močno utripanje srca. Pri daljšem zdravljenju priporočamo pogostejše kontrole krvnega sladkorja, protrombinskega časa, levkocitov in trombocitov. **Oprema:** 20 retardnih tablet po 400 mg in 600 mg, 5 ampul po 100 mg/5 ml.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Strokovni prispevek/Professional article

MEGX (MONOETILGLICINKSILIDID) JETRNI FUNKCIJSKI TEST

MEGX (MONOETHYLGLYCINEXYLIDIDE) LIVER FUNCTION TEST

Marjeta Sedmak, Mirjana Zupančič, Gordana Logar-Car, Jana Lukač-Bajalo

Pediatrična klinika, Klinični center, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana

Prispelo 1996-01-08, sprejeto 1996-09-09; ZDRAV VESTN 1996; 65: 673-7

Ključne besede: bolezen jeter; funkcijski jetrni test; monoetilglincinksilidid = metabolit lidokaina; transplantacija jeter

Izvleček – Izhodišča. V prispevku opisujemo nov jetrni funkcijski MEGX (monoetilglincinksilididni) test. Osnova testa je nastanek lidokainskega metabolita monoetilglincinksilidida (MEGX). MEGX nastane iz lidokaina z oksidativno N-deetilacijo s pomočjo hepatičnega citobrom P 450 sistema. Namen naše raziskave je bil ugotoviti uporabnost testa MEGX v primerjavi s standardnimi jetrnimi testi (SJT) za oceno jetrne funkcionalne rezerve pri otrocih s kronično jetrno boleznijo.

Bolniki in metode. Od januarja 1993 do aprila 1996 smo test MEGX naredili pri 22 otrocih s kronično jetrno boleznijo. Test smo izvedli s počasno intravenozno injekcijo lidokaina (1 mg/kg) in nato v serumu določili koncentracijo monoetilglincinksilidida (MEGX). V našo raziskavo smo vključili 16 otrok od starosti treh mesecev do 18,5 let, ki so istočasno imeli določene SJT. Izključili smo otroke, ki niso imeli določenih vseh SJT. Otroke smo razdelili v dve skupini:

1. Devet otrok s kronično jetrno boleznijo s še normalnim testom MEGX (določili smo normalne vrednosti MEGX v serumu $\geq 34 \mu\text{g/L}$). V to skupino smo vključili bolnike z atrezijo ali hipoplazijo zunajjetrnih žolčevodov (4), neonatalnim hepatitisom (1), Alagilovim sindromom (1), cistično fibrozo (1) ter policistično boleznijo jeter in ledvic (2).
 2. Sedem otrok z jetrno cirozo s patološkim testom MEGX ($<34 \mu\text{g/L}$). V to skupino smo vključili otroke z atrezijo, hipoplazijo ali agenezijo zunajjetrnih žolčevodov (5), cistično fibrozo (1) in kroničnim hepatitisom (1).
- Naredili smo statistično analizo rezultatov s pomočjo Wilcoxonovega testa vsote rangov.

Rezultati. Vrednost holinesteraze v serumu je bila statistično značilno znižana v skupini otrok s patološkim testom MEGX ($p < 0,05$). Enake rezultate smo dobili z zvišano koncentracijo amoniaka v serumu ($p < 0,05$). Serumska raven celokupnega in direktnega bilirubina je bil v obratnem sorazmerju s testom MEGX, s statistično značilno višjimi vrednostmi v skupini s patološkim testom MEGX ($p < 0,05$). Vrednosti AST, ALT in γGT so bile višje v obeh skupinah bolnikov, brez značilne razlike. Tudi v serumski koncentraciji albuminov in protrombina ni bilo značilnih razlik.

Zaključki. Test MEGX je kvantitativni jetrni test, s pomočjo katerega lahko opredelimo otroke s kronično jetrno boleznijo, pri katerih je bolezen že napredovala v jetrno cirozo. Na osnovi naše raziskave lahko zaključimo, da je vrednost testa MEGX pod $15 \mu\text{g/L}$ zelo slab prognostični kazalnik, čas preživetja otrok s patološkim testom MEGX pa je – še – nepredvidljiv.

Key words: liver disease; liver function test; monoethylglycine-xylidide = lidocaine metabolite; liver transplantation

Abstract – Background. We describe a new liver function test, based on the formation of the lidocaine metabolite monoethylglycine-xylidide (MEGX). MEGX is formed from lidocaine via oxidative N-deethylation by the hepatic cytochrome P 450 system. The aim of our study was to determine the utility of MEGX test in comparison with standard liver tests (SLT) to assess hepatic functional reserve in children with chronic liver disease.

Patients and methods. From January 1993 to April 1996 we made MEGX test at 22 children with chronic liver disease. MEGX test was performed by slow intravenous injection of lidocaine (1 mg/kg) and measurements of its principal metabolite, MEGX were determined in serum. 16 children from 3 months to 18,5 years were enrolled in our study. SLT were made to all children. We excluded the children who haven't had SLT. According to MEGX test we divided all patients into 2 groups:

1. 9 children with chronic liver disease with still normal MEGX test (a normal concentration was defined as $\geq 34 \mu\text{g/L}$). This group included patients with extrahepatic biliary atresia or hypoplasia (4), neonatal hepatitis (1), Alagille's syndrome (1), cystic fibrosis (1), hepatic and renal polycystic disease (2).
2. 7 children with hepatic cirrhosis with pathologic MEGX test ($<34 \mu\text{g/L}$). This group included patients with extrahepatic biliary atresia, hypoplasia or agenesis (5), cystic fibrosis (1), chronic hepatitis (1).

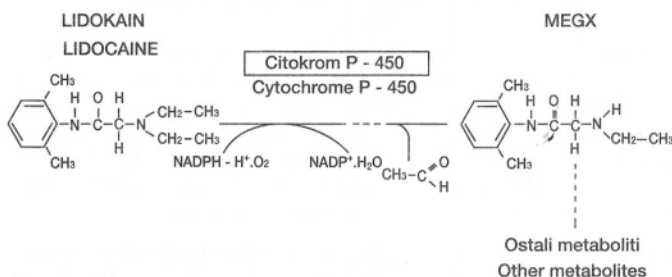
Statistical analysis was made using Wilcoxon's range sum test.

Results. Serum concentration of cholinesterasis was statistically lowered ($p < 0,05$) in the group of children with pathologic MEGX test. It was the same with the higher level of ammonia in the serum. Serum concentration of total and direct bilirubine was inversely associated with MEGX test, statistically significant higher in a group with pathologic MEGX test ($p < 0,05$). Serum concentration of AST, ALT and γGT were higher in both groups of patients with no significant differences. There were also no significant differences in serum concentration of albumin and prothrombin in comparison with both groups.

Conclusions. MEGX test is a quantitative liver function test which can determine patients with chronic liver disease which progressed to liver cirrhosis. On the base of our study we can conclude that the level of MEGX test under $15 \mu\text{g/L}$ is a very bad prognostic indicator. Survival time of patients with pathological MEGX test is – in fact – still unpredictable.

Uvod

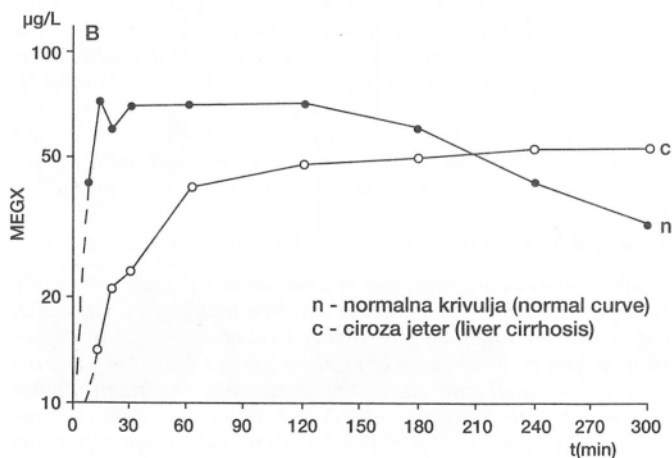
Pri bolnih otrocih z boleznijo jeter je težko natančno oceniti stopnjo jetrne okvare. Za oceno jetrne funkcije uporabljamo standardne jetrne teste (SJT), kot so encimska aktivnost aspartatamino-transferaze (AST), alaninaminotransferaze (ALT), gama glutamil-transferaze (γ GT), holinesteraze (CHE), serumska koncentracija bilirubina, albumina in amoniaka ter protrombina. Otrok s kronično boleznijo jeter ima lahko dalj časa relativno stabilno klinično sliko in SJT, kljub napredovanju jetrne bolezni. Nov dinamični jetrni test ravni lidokainskega metabolita monoetilglicinskilidida (MEGX) omogoča oceno, ali je bolezen pri otroku že prešla v jetrno cirozo, istočasno pa daje možnost prognostične ocene pri bolnem otroku (1–4). Določitev jetrne funkcije je posebej pomembna pri otrocih z jetrno cirozo, ki čakajo na presaditev jeter. Da bi se izognili visokemu tveganju slabega delovanja transplanta, svetujejo testirati tudi funkcijo jeter potencialnega dajalca. Osnova testa MEGX je nastanek lidokainskega metabolita monoetilglicinskilidida (MEGX) (1, 5–8). MEGX nastane iz lidokaina z oksidativno N-deetilacijo s pomočjo hepatičnega citohrom P 450 sistema (1, 6, 9).



Sl. 1. Princip MEGX jetrnega funkcijskega testa (1).

Fig. 1. Principle of the MEGX liver function test (1).

Dobljene serumske koncentracije monoetilglicinskilidida (μ g/L) prikazujemo na sliki 2 (1).



Sl. 2. Diagrami koncentracij MEGX pri zdravih preiskovancih in bolnikih s cirozo jeter (1).

Fig. 2. Concentration curves of the MEGX test at normal subjects and at subjects with liver cirrhosis (1).

Opis normalne krivulje: 15' po i.v. injekciji lidokain hidroklorida je vrednost monoetilglicinskilidida 72 μ g/L. Po 30' je dosežen plato 70 μ g/L, ki ostaja nespremenjen 120', nato vrednosti začnejo upadati.

Opis krivulje pri bolniku z jetrno cirozo: vrednosti MEGX so po 15' in 30' bistveno nižje. Mediana vrednost po 15' je 14 μ g/L, po

30' pa 24 μ g/L. Šele po 60' dosežejo vrednosti plato, ki ostaja nespremenjen naslednje štiri ure.

Postopek izvedbe testa je naslednji:

1. Lidokain apliciramo v odmerku 1 mg/kg telesne teže i.v., počasi v 1–2 minutah, otrok naj bo tešč, v ležečem položaju.

2. Prvi vzorec krvi 2 ml odvzamemo tik pred injekcijo lidokaina, nato sledi še pet vzorcev krvi: 15', 30', 60', 120' in 240' po injekciji lidokaina.

3. Sledi laboratorijska določitev ravni monoetilglicinskilidida v serumu s pomočjo TDx/TDxFLx imunokemičnega analizatorja firme Abbott Laboratories, Chicago, IL, USA. Osnova je fluorescenčna polarizacijska imunokemična analiza s pomočjo MEGX setov (10–12).

4. Kalibracijsko krivuljo za test MEGX na TDx/TDxFLx analizatorju dobimo z uporabo šestih standardov A-F (0,0; 25; 75; 125; 175; 250 μ g/L).

5. Nadzor kakovosti izvajamo s kontrolnim materialom firme Abbott za nizke (kontrola L), srednje (kontrola M) in visoke vrednosti (kontrola H).

Ob izvajanju testa MEGX je vedno prisoten zdravnik zaradi možnosti alergične reakcije. Alergične reakcije so redke, a so v literaturi opisane (13). Z uporabo pravilnega odmerka lidokaina se stranski pojavi, kot so motnje ritma ali prizadetost osrednjega živčnega sistema, ne pojavljajo. V literaturi so navedeni nekateri metaboliti lidokaina, ki lahko pri živalih povzročajo raka na nosni sluznici ali druge vrste raka, kar pa za človeka ni opisano (14).

Indikacije za uporabo testa MEGX so:

1. Ocena jetrne funkcije pri otroku z boleznijo jeter (1).
2. Ocena jetrne funkcije darovalca za presaditev jeter (1, 15–22).
3. Ocena short-term prognoze pri bolniku, ki čaka na presaditev jeter (1, 16–18, 20, 23–25).
4. Sledenje bolnikov po presaditvi jeter (1, 26–27).
5. Ocena sposobnosti jeter pred jetrno resekcijo.

Naše izkušnje ob uvedbi testa MEGX

Na Pediatrični kliniki v Ljubljani smo test MEGX uvedli januarja 1993. leta. Naredili smo 22 testov.

Tab. 1. Otroci z normalnim testom MEGX.

Tab. 1. Children with normal MEGX test.

Bolniki Subjects	Serumske koncentracije monoetilglicinskilidida (μ g/L) v časovnih intervalih (min) Serum concentrations of MEGX (μ g/L) in intervals (min)					
	0'	15'	30'	60'	120'	240'
1	0,74	68,32	78,30	66,12	53,20	31,97
2	0,31	69	84,10	84,86	94,22	67,58
3	3,76	55,11	92,28	98,34	98,41	77,32
4	0,00	81,98	95,90	93,10	106,02	95,77
5	0,53	59,57	77,91	92,00	87,43	68,94
6	2,20	69,10	65,90	72,60	67,10	59,10
7	0,79	72,00	70,02	65,40	66,49	56,05
8	0,02	123,36	155,56	160,58	126,50	84,85
9	2,96	119,28	110,73	106,58	98,09	72,55
10	4,75	121,37	96,55	111,31	88,23	71,93
11	3,90	127,88	127,87	111,51	99,60	72,83
$\bar{x}$	1,814545	87,90636	95,92	96,58182	89,57182	68,99
s.d.	1,756203	28,67126	26,75306	26,98975	20,67396	16,46781

Tab. 1 zajema skupino otrok s kronično jetrno boleznijo različnega vzroka (glikogenoza, atrezija zunajjernih žolčevodov, policistična bolezen jeter, cistična fibroza, neonatalni hepatitis, Alagillov sindrom), pri katerih je funkcionalna jetrna rezerva še dovolj dobra, zato je test MEGX še v mejah normale.

Tab. 2 zajema otroke s kronično jetrno boleznijo, ki je že prešla v jetrno cirozo. Vzroki ciroze jeter so različni (biliarna ciroza, sistemski lupus eritematosus, neonatalni hepatitis z Epstein-Barrovim virusom, okužba s citomegalovirusom, cistična fibroza). Ti otroci imajo izrazito znižano funkcionalno rezervo jeter in zato patološki test MEGX. Pri teh otrocih je morebitna presaditev jeter indicirana čim hitreje.

Tab. 2: Otroci s patološkim testom MEGX.

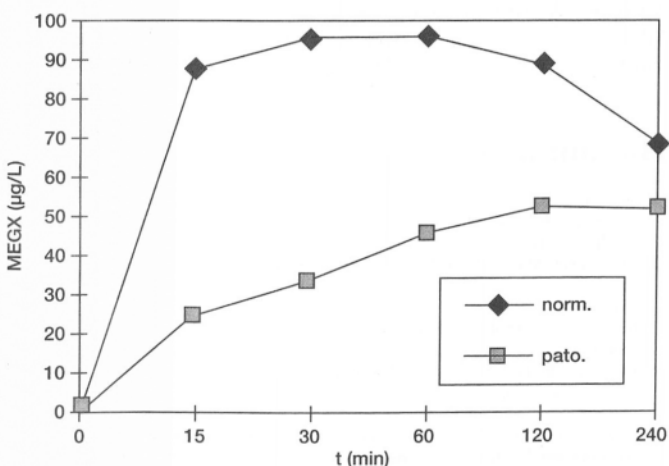
Tab. 2: Children with pathologic MEGX test.

Bolniki Subjects	Serumske koncentracije monoetilglicinsilidida (µg/L) v časovnih intervalih (min) Serum concentrations of MEGX (µg/L) in intervals (min)					
	0'	15'	30'	60'	120'	240'
1	1,01	36,52	49,31	62,54	79,42	78,37
2	2,37	13,63	29,61	53,07	57,93	53,01
3	6,03	45,96	47,21	74,82	85,62	95,43
4	1,98	17,45	39,21	57,11	54,72	42,28
5	0,00	22,44	23,41	23,74	28,50	31,31
6	0,00	19,81	35,81	48,64	64,10	69,92
7	3,22	19,07	24,06	30,09	34,17	33,61
8	2,18	24,27	24,73	29,74	32,57	28,52
9	9,60	14,30	23,04	28,64	33,09	31,50
10	1,93	30,28	40,84	49,85	54,92	56,10
$\bar{x}$	2,0708	24,373	33,723	45,824	52,504	52,005
s.d.	2,797294	9,828204	9,600089	16,16619	19,18956	21,80093

Tab. 3. Primerjava statističnega prikaza testa MEGX po Oellerichu (1) z našimi rezultati.

Tab. 3. Comparison of statistical values of Oellerich's MEGX test (1) with our results of MEGX test.

		MEGX Po Oellerichu Oellerich's test		MEGX Naši rezultati Our results	
		po / after 15 min	po / after 30 min	po / after 15 min	po / after 30 min
Normalne vredn.	$\bar{x}$	72	70	87	95
Normal val.	$\bar{x} \pm s.d.$	(34–111)	(52–87)	(60–114)	(70–120)
Ciroza jeter	$\bar{x}$	14	24	24	33
Liver cirrhosis	$\bar{x} \pm s.d.$	(<8–30)	(15–49)	(14–34)	(23–43)

Sl. 3. Prikaz serumske koncentracije monoetilglicinsilidida pri otrocih z normalnim ($n = 11$) in patološkim ($n = 10$) MEGX testom.Fig. 3. The serum concentration-time curves of MEGX in serum of children with normal ($n = 11$) and pathologic ($n = 10$) MEGX test.

Bolniki in metode

Od januarja 1993 do aprila 1996 smo v našo raziskavo vključili 16 otrok od starosti treh mesecev do 18,5 let s kronično jetrno boleznijo (6 deklic in 10 dečkov). Vsi otroci so imeli istočasno določene SJT. Otroke smo razdelili v dve skupini:

1. Devet otrok s kronično jetrno boleznijo s še normalnim testom MEGX (določili smo normalne vrednosti MEGX v serumu po 15': $\geq 34 \mu\text{g/L}$). V to skupino smo vključili bolnike z atrezijo ali hipoplazijo zunajjernih žolčevodov (4), neonatalnim hepatitisom (1), Alagillovim sindromom (1), cistično fibrozo (1) ter policistično boleznijo (2).

Tab. 4. Primerjava testa MEGX s standardnimi jetrnimi testi.

Tab. 4. Comparison of MEGX test with standard liver biochemical tests.

Preiskave Parameters	Test MEGX Normalni / Normal			Test MEGX Patološki / Pathologic			P-test
	$X_{\min} < X_n < X_{\max}$	N	x	$X_{\min} < X_n < X_{\max}$	N	x	
CHE (µkat/L)	$44 < X_n < 121$	9	91,30	$13 < X_n < 74$	7	44,57	S
AST (µkat/L)	$0,2 < X_n < 3,0$	9	1,30	$0,6 < X_n < 5,7$	7	2,57	NS
ALT (µkat/L)	$0,16 < X_n < 3,5$	9	1,32	$0,6 < X_n < 3,2$	7	1,97	NS
γ-GT (µkat/L)	$0,18 < X_n < 7,2$	9	2,47	$0,4 < X_n < 32,4$	7	9,62	NS
BILIRUBIN cel.							
Total (µmol/L)	$11,0 < X_n < 124,7$	9	31,02	$51,7 < X_n < 475,8$	7	218,85	S
BILIRUBIN dir.							
Direct (µmol/L)	$2,9 < X_n < 106,0$	9	20,87	$27,6 < X_n < 372,4$	7	161,6	S
PROTROMBIN							
Prothrombin (L)	$0,57 < X_n < 1,70$	8	0,85	$0,28 < X_n < 1,17$	7	0,73	NS
ALBUMIN							
Albumin (g/L)	$33 < X_n < 51$	9	42,44	$24,4 < X_n < 43$	7	34,34	NS
AMONIAK							
Ammonia (µmol/L)	$20 < X_n < 64$	8	47,63	$54 < X_n < 127$	7	84,00	S

$n = 1, \dots, N$

MEGX Normalni (Normal) test ≥ 34

MEGX Patološki (Pathologic) test < 34

CHE = holinesteraze (Cholinesterasis), AST=aspartataminotransferaze (Aspartataminotransferase),

ALT = alaninaminotransferaze (Alaninaminotransferase),

γ-GT = gama-glutamilttransferaze (gama-glutamylaminotransferase)

$p < 0,05$ po Wilcoxonovem testu vsote rangov ($p < 0,05$ by Wilcoxon's range sum test)

S = signifikantna / significant

NS = nesignifikantna / not significant

2. Sedem otrok z jetrno cirozo s patološkim testom MEGX (po 15': $< 34 \mu\text{g/L}$). V to skupino smo vključili otroke z atrezijo, hipoplazijo ali agenezijo zunajjernih žolčevodov (5), cistično fibrozo (1) ter kroničnim hepatitisom (1).

Pri vseh bolnikih smo naredili standardne jetrne teste (SJT): encimsko aktivnost aspartataminotransferaze (AST), alaninaminotransferaze (ALT), gamaglutamil-transferaze (γGT), holinesteraze (CHE), serumsko koncentracijo celokupnega in direktnega bilirubina, albumina, amoniaka in protrombina. Statistično analizo primerjave testa MEGX s SJT smo naredili s pomočjo Wilcoxonovega testa vsote rangov.

Rezultati

Vrednost CHE v serumu je bila statistično značilno nižja ($p < 0,05$) v skupini otrok s patološkim testom MEGX. Enako smo opazovali pri zvišani serumski koncentraciji amoniaka ($p < 0,05$).

Serumska koncentracija celokupnega in direktnega bilirubina je bila v obratnem sorazmerju z vrednostmi testa MEGX, statistično značilno višja ($p < 0,05$) v skupini otrok s patološkim testom MEGX.

AST, ALT in γGT so bili zvišani v obeh skupinah bolnikov, brez značilne razlike. V serumski koncentraciji albumina in protrombina tudi ni bilo značilne razlike med obema skupinama bolnikov.

V skupini otrok z normalnim testom MEGX v času 3-letne raziskave pri nobenem otroku nismo ugotovili razvoja kronične jetrne bolezni v jetrno odpoved.

V času triletnje raziskave smo v skupini otrok s patološkim testom MEGX ugotovili:

- 2-letni bolnik, P.P. (test MEGX po 15': $19,8 \mu\text{g/L}$), je imel 23 mesecev po izvedbi testa MEGX narejeno presaditev jeter;
- pri 10-mesečni deklici, D.N. (MEGX po 15': $7,48 \mu\text{g/L}$), so se pojavili prvi znaki jetrne odpovedi tri mesece po izvedbi testa MEGX – deklica čaka na presaditev jeter;
- 10-letni deček, P.D. (MEGX po 15': $30 \mu\text{g/L}$) je že v času izvedbe testa MEGX imel znake jetrne odpovedi – čaka na presaditev jeter;

- 17-mesečni deček, N.M. (MEGX po 15': 19 µg/L), čaka na presaditev jeter – test MEGX je imel narejen v starosti treh mesecev in do sedaj še nima znakov jetrne odpovedi;
- 17,5-letni fant, Š.A. (MEGX po 15': 22,4 µg/L), je umrl 11 mesecev po izvedbi testa MEGX zaradi jetrne odpovedi;
- 7-mesečni deček, B.E. (MEGX po 15': 14,3 µg/L), je umrl tri mesece po izvedbi testa MEGX zaradi dekompenzirane jetrne ciroze;
- 5-mesečna deklica P.L. (MEGX po 15': 10,63 µg/L) je umrla en mesec po izvedbi testa MEGX zaradi dekompenzirane jetrne ciroze.

Vsi bolni otroci so intravenozni lidokain dobro prenesli: stranskih pojavov po vbizganju lidokaina nismo opazovali, nihče od otrok ni imel alergične reakcije.

Razpravljanje

Pri bolnikih z jetrno cirozo so vrednosti monoetilglicinskilidida v serumu po obremenitvi z lidokainom znižane. Vzrok za znižanje je dvojen:

- a) nastanek portosistemskega shunta (ker ima lidokain visoko ekskrecijsko hepatično raven)
 - b) motena hepatocelularna funkcija, saj je pri bolnikih z jetrno cirozo znižan hepatični citohrom P 450 III A4 sistem (1–2, 9, 15). Na nastanek monoetilglicinskilidida lahko vplivajo zdravila, ki jih bolnik istočasno jemlje, kot so steroidi, barbiturati, propranolol, citostatiki (1, 10, 16, 28–31).
- Prednost uporabe testa MEGX je, da je hiter in lahko izvedljiv. Drugi testi kvantitativne jetrne funkcije, kot so Aminopirinski test, metacetinski test ali kofeinski klirens test, so vsi eliminacijski testi in so izrazito dolgotrajni. Po študiji Öllericha s sod. je test MEGX bolj občutljiv kazalnik jetrne funkcije, kot sta test z indocianinovim zelenilom (ICG) ali galaktoza eliminacijska sposobnost (GEC) (32).

V centrih za presaditev jeter v tujini navajajo, da test MEGX dajalca za jetrno presaditev daje možnost prognostične ocene za preživetje bolnika po presaditvi jeter. Prognostična ocena za preživetje po presaditvi glede na vrednosti MEGX dajalca po 15 min. je naslednja (6, 10, 16, 31):

MEGX dajalca >90 µg/L	– dobra prognoza,
MEGX dajalca 50–90 µg/L	– slabša prognoza,
MEGX dajalca <50 µg/L	– zelo slaba prognoza.

Za 20-dnevno preživetje jetrnega presadka je prognostična senzitivnost testa MEGX 73%, specifičnost pa 78% (6).

Za hitro oceno vrednosti MEGX dajalca se lahko predoperativno uporabi le vrednosti po 15' in 30'. Izkušenj v Sloveniji še nimamo. V zadnjih dveh letih nekateri prispevki ne potrjujejo napovedne vrednosti testa MEGX dajalca (20–21, 33).

Otrok s kronično jetrno boleznijo ima lahko dalj časa relativno stabilno klinično sliko in SJT, kljub temu da jetrna bolezen napreduje. Po naši raziskavi test MEGX omogoča opredelitev otrok s kronično jetrno boleznijo, pri katerih se je že razvila jetrna ciroza.

Primerjava testa MEGX s sintezno funkcijo jeter (albumin in protrombin) v naši študiji kaže, da ni značilne razlike v vrednosti albumina in protrombina med obema skupinama otrok. Naša raziskava kaže, da je test MEGX zgodnejši kazalnik poslabšanja bolezni pri otroku z jetrno cirozo. Vrednosti albumina in protrombina upadejo šele v pozni fazi jetrne ciroze (34) ali v fazi končne odpovedi jeter.

Na osnovi naše raziskave lahko sklepamo, da je vrednost testa MEGX pri otrocih z jetrno cirozo primerljiva z vrednostjo določanja holinesteraz, celokupnega in direktnega bilirubina ter amoniaka v serumu.

Vrednosti AST, ALT in γGT so pri obeh skupinah otrok povišane, brez značilne razlike, vendar niso specifične za prognostično oceno bolnika.

Pri bolnem otroku, ki je v končnem stadiju jetrne odpovedi, je edina realna terapija presaditev jeter. Možnost preživetja je zmanjšana, če je bolezen že preveč napredovala. Zato je izbira optimalnega časa za presaditev pomembna. Ocena nujnosti presaditve jeter pri otroku je možna z oceno po Malatacku (34) ali pa s pomočjo testa MEGX. Prognostično neugodni kazalniki za življenje po Malatacku so: ascites, koagulopatija, indirektni bilirubin >51 µmol/L, direktni bilirubin >85 µmol/L, PTT >41 s, PT >5 s (<0,26), celokupne beljakovine <70 g/L, albumini <30 g/L, holesterol <2,6 mmol/L, Na <136 mmol/L, Cl <97 mmol/L, Ca <2,13 mmol/L. Test MEGX je bolj občutljiv kot prognostična ocena po Malatacku, vendar sta specifičnost in pozitivna napovedna vrednost enaki (32). Visoko rizični otroci po testu MEGX so otroci z vrednostjo MEGX v serumu po 15 min. 11 ± 4 µg/L (32). Študija Arrigonija s sodelavci navaja mejno vrednost MEGX v serumu 25 µg/L. Če so vrednosti testa MEGX pri bolniku, ki čaka na presaditev jeter, nižje, je prognostična ocena za enoletno obdobje slabša kot pri bolnikih z vrednostjo MEGX nad 25 µg/L (23).

Po naših triletnih izkušnjah je vrednost testa MEGX pod 15 µg/L zelo slab prognostičen kazalnik – pri dveh bolnikih je bilo preživetje le nekaj mesecev.

Zaključek

Test MEGX je kvantitativni jetrni test, s pomočjo katerega lahko opredelimo otroke s kronično jetrno boleznijo, pri katerih je bolezen že napredovala v jetrno cirozo.

Test je hiter, lahko izvedljiv in dopolnjuje klasično diagnostiko jetrnih bolezni. Odmerek lidokaina je varen, alergične reakcije so redke.

Na osnovi naše raziskave lahko zaključimo, da je vrednost testa MEGX pod 15 µg/L zelo slab prognostični kazalnik, čas preživetja otrok s patološkim testom MEGX pa je – še – nepredvidljiv.

Literatura

1. Oellerich M, Burdelski M, Lautz HU, Schulz M, Schmidt FW, Herrmann H. Lidocaine metabolite formation as a measure of liver function in patients with cirrhosis. *Ther Drug Monit* 1990;12: 219–26.
2. Pugh RNH, Murray-Lyon IM, Dawson JL, Pietroni MC, Williams R. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. *Brit. J. Surg.* 1973; 60: 646–9.
3. Renner E, Wietholtz H, Huguénin P, Arnaud MJ, Preisig R. Caffeine: a model compound for measuring liver function. *Hepatology* 1984; 4: 38–46.
4. Breen KJ, Bury RW, Calder IV, Desmond PV, Peters M, Mashford ML. A [¹⁴C] phenacetin breath test to measure Hepatic function in man. *Hepatology* 1984; 4: 47–52.
5. Testa R, Borzone S, Campo N, et al. Monoethylglycineylidide formation in compensated cirrhosis: correlation with Child-Pugh score. *Transplantation Proceedings* 1994; 26: 3624–5.
6. Oellerich M, Burdelski M, Ringe B, et al. Lignocaine metabolite formation as a measure of Pre-transplant liver function. *The Lancet* 1989; March 25: 640–2.
7. Forrest JAH, Finlayson NDC, Adjepon-Yamoah KK, Prescott LF. Antipyrine, paracetamol, and lignocaine elimination in chronic liver disease. *British Medical Journal* 1977; 1: 1384–7.
8. Branch RA. Drugs as indicators of hepatic function. *Hepatology* 1982; 2: 97–105.
9. Bargetzi MJ, Aoyama T, Gonzalez FJ, Meyer UA. Lidocaine metabolism in human liver microsomes by cytochrome P-450 III A4. *Clin Pharmacol Ther* 1989; 46: 521–7.
10. Abbott Laboratories, USA. MEGX (monoethylglycineylidide). March 1992.
11. Benowitz NL, Meister W. Clinical pharmacokinetics of lignocaine. *Clinical Pharmacokinetics* 1978; 3: 177–201.
12. Oellerich M, Raude E, Burdelski M et al. Monoethylglycineylidide formation kinetics: a novel approach to assessment of liver function. *J Clin Chem Clin Biochem* 1987; 25: 845–53.
13. Kennedy KS, Cave RH. Anaphylactic reaction to lidocaine. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1986; 112: 671–3.
14. Beardsley T. Take the pain? Lidocaine comes under suspicion as a carcinogen. *Scientific American* 1994; 13–4.
15. Schinella M, Guglielmi A, Veraldi GF, Boni M, Frameglia M, Caputo M. Evaluation of the liver function of cirrhotic patients based on the formation of monoethylglycine xylidide (MEGX) from lidocaine. *Eur J Clin Chem Clin Biochem* 1993; 31: 553–7.

16. Reichel C, Wienkoop G, Nacke A, Spengler U. Monoethylglycinyldin (MEGX) test. *Dtsch med Wschr* 1995; 120: 179–83.
17. Oellerich M, Burdelski M, Lautz HU et al. Assessment of pretransplant prognosis in patients with cirrhosis. *Transplantation* 1991; 51: 801–6.
18. Oellerich M, Burdelski M, Lautz HU et al. Efficiency of the MEGX formation test in liver transplantation. *Hepatology* 1988; 8: 1220.
19. Burdelski M, Oellerich M, Raude E, et al. A novel approach to assessment of liver function in donors. *Transplantation Proceedings* 1988; XX: Suppl 1: 591–3.
20. Potter JM, Balderson GA, Hickman PE, et al. The value of the donor MEGX test in prediction liver allograft recipient outcome. *Transplantation* 1994; 58: 524–6.
21. Bruzzone P, Alfani D, Rossi M, Berloco P, Cortesini R. Monoethylglycinyldide clearance test: its role as a part of brain-dead donors' evaluation for liver transplantation. *Transplantation Proceedings* 1993; 25: 3112–3.
22. Azoulay D, Lemoine A, Gries JM et al. Lidocaine metabolite formation in the liver donor as a predictive test for the safe and efficient introduction of cyclosporine in the recipient. *Transplantation Proceedings* 1993; 25: 2275–8.
23. Arrigoni A, Gindro T, Aimo G, et al. Monoethylglycinyldide test: a prognostic indicator of survival in cirrhosis. *Hepatology* 1994; 20: 383–7.
24. Oellerich M, Burdelski M, Lautz HU, et al. Predictors of one-year pretransplant survival in patients with cirrhosis. *Hepatology* 1991; 14: 1029–34.
25. Oellerich M, Hartmann H, Ringe B, Burdelski M, Lautz HU, Pechlmayer R. Assessment of prognosis in transplant candidates by use of the Pugh-MEGX score. *Transplantation Proceedings* 1993; 25: 1116–9.
26. Oellerich M, Burdelski M, Beyrau R, et al. Lidocaine metabolite formation as a measure of early post-transplant liver function. *Hepatology* 1989; 10: 625–5.
27. Cillo U, Tedeschi U, Carraro P et al. Early predictive markers of irreversible graft dysfunction after liver transplantation. *Transplantation Proceedings* 1994; 26: 3599–601.
28. Pritchard-Davies R, Gross AS, Shenfield GM. The effect of liver disease and food on plasma MEGX concentrations. *Br J clin Pharmac* 1994; 37: 298–301.
29. Oellerich M, Shütz E, Polzien F, et al. Influence of gender on the monoethylglycinyldide test in normal subjects and liver donors. *Therapeutic Drug Monitoring* 1994; 16: 225–31.
30. Narvaez AR. The role of MEGX as a liver function test in the transplant field.
31. Oellerich M, Burdelski M, Ringe B, et al. Functional state of the donor liver and early outcome of transplantation. *Transplantation Proceedings* 1991; 23: 1575–8.
32. Gremse DA, Kader HA, Schroeder TJ, Balistreri WF. Assessment of lidocaine metabolite formation as a quantitative liver function test in children. *Hepatology* 1990; 12 (3): 565–9.
33. Michell ID, Abdunour I, Pzybylowski G et al. Donor hyaluronic acid and MEGX levels do not accurately predict posttransplant liver function. *Transplantation Proceedings* 1993; 25: 2888–9.
34. Malatack JJ, Schaid DJ, Urbach AH et al. Choosing a pediatric recipient for orthotopic liver transplantation. *J Pediatr* 1987; 111: 479–89.

Zahvaljujemo se zvestim bralcem,
piscem in sodelavcem Zdravniškega vestnika.

Vsem nam pa želimo vesele božične praznike
in s srečo nagrajena prizadevanja v letu 1997!

Uredništvo ZV

Izhod iz depresije...



Portal[®]

f l u o k s e t i n

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

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



 **lek**

Natančno navodilo o zdravlilu lahko dobite pri proizvajalcu

Strokovni prispevek/Professional article

TENOSINOVITIS TETIVE TIBIALIS POSTERIOR PRI ŠPORTNIKIH

TIBIALIS POSTERIOR TENOSYNOVITIS IN ATHLETES

Matjaž Veselko, Maja Šturm

Travmatološka klinika, Zaloška 7, 61000 Ljubljana

Prispelo 1996-03-06, sprejeto 1996-09-09; ZDRAV VESTN 1996; 65: 679–81

Ključne besede: tetiva tibialis posterior; disfunkcija; tenosinovitis; športniki

Izvleček – Izhodišča. Tenosinovitis tetive tibialis posterior je redek vzrok težav pri športnikih. Vodilna simptoma sta oteklina in bolečina v posterolateralnem delu gležnja, kar pogosto napačno obravnavamo kot kronični zvini zgornjega skočnega sklepa. Patologijo je treba pravočasno razpoznati, sicer vodi v napredujočo in nepovratno valgus deformacijo stopala. Zdravljenje je individualno in odvisno od stadija patologije, starosti in aktivnosti športnika.

Zaključki. V članku predstavljamo tri mlade športnike s tenosinovitisom tetive tibialis posterior v različnih stadijih prve stopnje bolezni, zdravljenih v ambulantni za športne poškodbe. Predstavljeni so diagnostični postopki, zdravljenje in prognoza.

Key words: posterior tibial tendon; dysfunction; tenosynovitis; athletes

Abstract – Background. Tenosynovitis of the tibialis posterior tendon in athletes is an uncommon source of pain and disability. Often, the condition is misdiagnosed as a chronic medial ankle sprain or even overlooked. Swelling and pain along the posteromedial aspect of the ankle are the leading symptoms. Dysfunction, if overlooked results in progressive and irreversible valgus deformity of the ankle. Treatment protocols must be individualised based on the patients age, degree of the deformity, and activity level.

Conclusions. In the paper three young athletes with tibialis posterior tenosynovitis in different phases of stage I of the disease, and their treatment is presented.

Uvod

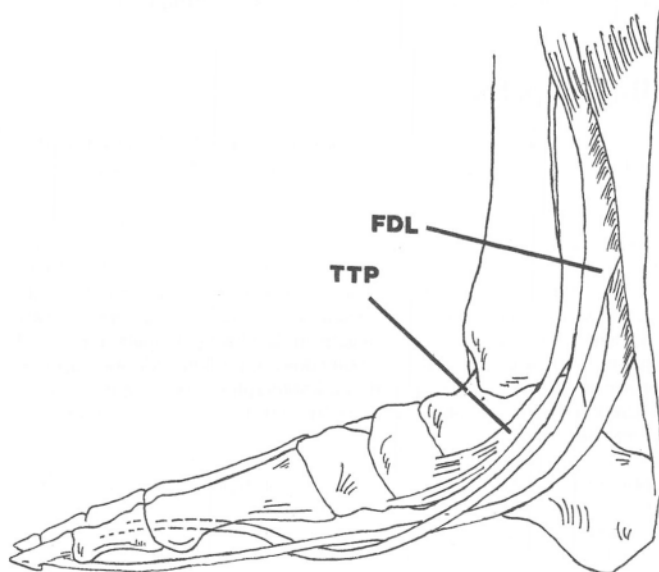
Mišica tibialis posterior (TP) izhaja s proksimalne tretjine golenice in medkostne membrane. Njena tetiva poteka v tetivni ovojnici in v žlebu za notranjim gležnjem, nato ostro zavije proti narastišču na navikularni kosti (sl. 1). Del tetive se narašča na plantarno stran baz srednjih treh metatarzalnih kosti, na kuboidno in kuneiformno kost (1). Relativno hipovaskularno področje tetive je za notranjim gležnjem in distalno od njega (2).

Mišica TP invertira stopalo. Pri hoji poveča učinkovitost odriva. Ob udarcu pete ob tla mišica TP invertira stopalo in ga v tem položaju vzdržuje vso fazo odriva. S tem stabilizira talonavikularni sklep, tako da se čezenj prenese sila odriva na sprednji del stopala in je odriv zaradi daljše ročice učinkovitejši (3).

Če mišica TP ni funkcionalna, potem talonavikularni sklep v fazi odriva ni stabiliziran. Stopalni lok kolabira, učinkovitost odriva pa se zmanjša. Vlek mišice gastrocnemius deluje na talonavikularni sklep, ki nima več podpore tetive TP. Kalkaneonavikularne vezi, ki podpirajo glavo talusa, so preobremenjene in se sčasoma raztegnejo, tako da pride do progresivne valgus deformacije stopala (4).

Disfunkcijo tetive TP pri mlajših športnikih redko srečamo. Lahko je posledica travmatske prekinutve, največkrat pa gre za posledice čezmernega obremenjevanja (4–6).

Vodilna simptoma sta bolečina in oteklina in področju medialne strani skočnega sklepa in stopala. Pri kliničnem pregledu ugotovimo občutljivost v poteku tetive TP od medialnega gležnja ali za njim in do narastišča na navikularne kosti. Značilni so zabrisani, sicer ostri robovi spodnjega roba medialnega gležnja. Z aktivno



Sl. 1. Potek tetive TP za notranjim gležnjem. TTP – tetiva tibialis posterior, FDL – flexor digitorum longus.

Fig. 1. Course of tibialis posterior tendon behind medial malleolus. TTP – tibialis posterior tendon, FDL – flexor digitorum longus.

inverzijo stopala proti odporu lahko izzovemo bolečino v področju tetive TP. Moč mišice je lahko oslABLJena. Test je bolj specifičen, če ga izvajamo v plantarni fleksiji in everziji stopala, ker sicer sodelujejo pri pronaciji še druge mišice (4).

Simptome lahko izzove tudi test dviga pete (single-heel-rise test): bolnika opazujemo od zadaj in ga prosimo, da dvigne najprej zdravo nogo s tal, nato pa naj se na prizadeti nogi dvigne na prste. Če je tetiva TP neprizadeta, bolnik brez težav dvigne peto, ki jo spremlja inverzija stopala. Pri prizadeti tetivi pa opazimo oslABLJeno plantarno fleksijo brez inverzije stopala. Presoditi moramo, ali je nesposobnost dviga pete posledica bolečine (akutni tenosinovitis) ali degenerativno elongirane tetive. Med testiranjem sme bolnik loviti ravnotežje na steni ali preiskovalni mizi, ne sme pa se nanjo opirati.

Rtg slikanje stopala, petnice in skočnega sklepa v tipičnih projekcijah so pomembne predvsem diferencialno diagnostično, sicer nam k diagnozi tenosinovitisa ne pomagajo.

Tenosinovitis tetive TP razvrstimo glede na napredovali proces na tri stopnje (7):

I. stopnja – blaga tenosinovitis in tendinoza, z normalno dolgo tetivo, ki je še funkcionalna. Disfunkcija je predvsem posledica bolečine.

II. stopnja – kronične vnetne spremembe na tetivni ovojnici in degeneracijo tetive, ki je podaljšana in nefunkcionalna. Sklepi zadnjega dela stopala so še prožni in brez stalne deformacije. Stopalni lok se splošči samo pri prenašanju teže. Test dviga pete je pozitiven.

III. stopnja – zaradi kronične disfunkcije tetive TP se elongirajo sklepne vezi zadnjih sklepov stopala, ki ostane trajno deformirano. Zadnji del stopala je v everziji in sprednji del stopala v abdukciji. Pri pogledu od zadaj vidimo na prizadeti strani več prstov kot na neprizadeti (t. i. znak »preveč prstov«). Test dviga pete je seveda pozitiven.

Zdravljenje tenosinovitisa I. stopnje v začetni fazi je konzervativno: počitek, zmanjšana in modificirana športna aktivnost, preverjanje stanja obutve in tehnike treninga, ortoze, imobilizacija, krioterapija ter oralna nesteroidna antiinflamatorna zdravila. Če v nekaj mesecih z opisano terapijo ne dosežemo zaželenega učinka, je potrebna operativna terapija. Pri tenosinovitisu II. stopnje je operativna terapija nujna, če želimo preprečiti napredovanje procesa v III. stopnjo. Če je proces že napredoval v III. stopnjo, je potrebna artrodeza sklepov zadnjega dela deformiranega stopala (7).

Klinični primeri

V letu 1995 smo v ambulanti za športne poškodbe Travmatološke klinike obravnavali tri primere tenosinovitisa TP pri športnikih.

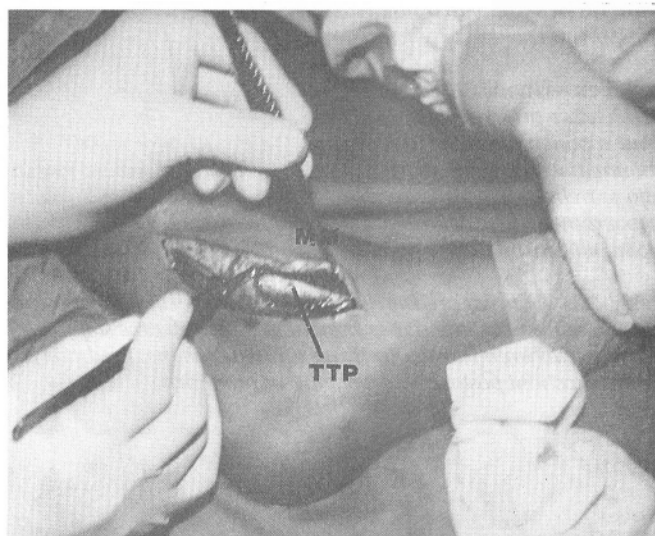
1. primer: 25-letni rekreativni športnik je iskal pomoč zaradi mesec dni trajajoče otekline na notranji strani levega stopala pod notranjim gležnjem. Oteklina pod notranjim gležnjem v poteku tetive TP je bila pri kliničnem pregledu vidna, tetiva je bila palpatorno zmerno boleča. Boleča je bila inverzija stopala proti uporu. Krepitacij nismo tipali. Moč inverzije je bila simetrična, test dviga pete je bil negativen. Rtg levega stopala je pokazal le manjšo eksostozo na notranji strani talusa, v predelu sklepne kapsule. Konzervativno zdravljenje s počitkom, krioterapijo in postopnim vključevanjem v redne aktivnosti je bilo uspešno. Po štirih tednih je nadaljeval z rednimi aktivnostmi.

2. primer: 17-letna odbojkarica si je leto dni pred pregledom v naši ambulanti poškodovala desni skočni sklep. Bolečine za medialnim gležnjem, ki so se sprva pojavljale le po treningih, nato pa že med aktivnostjo samo, so se stopnjevale, tako da ni mogla več trenirati. Pri kliničnem pregledu je bila opazna oteklina za medialnim gležnjem in ob zadnjem grebenu golenice. Tetiva TP je bila palpatorno boleča. Boleča in oslABLJena je bila inverzija stopala. Testa dviga pete zaradi bolečin, ki so se pojavile na istem mestu, ni opravila. Rtg preiskave niso pokazale patoloških sprememb. Zaradi bolečin, ki so kljub konzervativnem zdravljenju perzistirale, je bila narejena operativna revizija, pri kateri smo ugotovili zarasline med tetivo in sinovialno ovojnico in hipertrofični sinovitis v predelu za notranjim glež-

njem in proksimalno od njega. Naredili smo sinovektomijo in adheziozlo. Po posegu je imela stopalo imobilizirano v inverziji za 10 dni, nato pa v dokolenskem hodilnem mavcu v srednjem položaju stopala nadaljne tri tedne. Po treh mesecih fizioterapije je postopoma začela trenirati.

3. primer: 23-letni športnik, ki se ukvarja z gorskimi tekom in preteče 8–10 km dnevno, je bil pregledan zaradi leto dni trajajoče bolečine in otekline na notranji strani levega stopala in gležnja. Po hlajenju z ledom so se bolečine vsakokrat umirile, zato s tekom ni prenehal. Uporaba vložkov težav ni zmanjšala. Rtg je pokazal sezamoidno akcesorno navikularno kost.

Pri operativni reviziji smo ugotovili hipertrofičen sinovitis vzdolž celotne tetivne ovojnice, z zaraslinami in z obsežnim eksudatom (sl. 2). Paratenon je bil hipertrofičen. Tetiva je bila pod retinakulumom zažeta kot pečena ura in slabo premakljiva. Proksimalno in distalno so bila v tetivi posamezna mesta amorfnе strukture, rumenkasto obarvana, mehkejša konsistenca. Kontinuiteta tetive je bila sicer ohranjena, tudi vzdolžnih ruptur nismo opazili. Sezamoidno kost – akcesorno navikularno kost smo odstranili skozi vzdolžni rez. Naredili smo sinovektomijo, adheziozlo in skozi vzdolžne reze odstranili vsa področja degeneracije ter jih zašili z ugreznjenimi šivi. Že po odstranitvi mavca področje tetive ni bilo več boleče. S tekom se je začel postopno ukvarjati po štirih mesecih in je bil ob zadnji kontroli brez težav.



Sl. 2. Pri operativni reviziji smo ugotovili hipertrofični sinovitis vzdolž celotne tetivne ovojnice, z zaraslinami in z obsežnim eksudatom. Paratenon je bil hipertrofičen za medialnim gležnjem in distalno od njega. TTP – tetiva tibialis posterior, MM – malleolus medialis.

Fig. 2. During exploration, hypertrophic tenosynovitis, adhesions and exudate was found. Paratenon was hypertrophic behind the malleolus and distal of it. TTP – tibialis posterior tendon, MM – medial ankle.

Razpravljanje

Vzrok za nastanek tenosinovitisa pri mlajših športnikih je največkrat povezan s kroničnim čezmernim obremenjevanjem, redkeje je vzrok neposredna poškodba medialne strani skočnega sklepa. Obremenitve so zlasti velike pri tistih športnih panogah, ki pri teku zahtevajo hitro spreminjanje smeri, npr. pri košarki, tenisu, hokeju, na ledu in nogometu. Tetiva je izpostavljena velikim mehničnim stresom med poskusom kompenzacije hitrih in pretiranih pronacijskih gibov v subtalarnem sklepu. Zbolijo tudi sprinterji, skakalci v daljino, če slabšo dorzifleksijo kompenzirajo z everzijo stopala (4).

Vzrok je lahko napačen trening kot npr. tek neprestano v isto smer, na poševnem terenu. Zgornja noga se vsakokrat odrija iz evertiranega stopala, zato je tetiva TP preobremenjena. Podobno je lahko vzrok slaba obutev z obrušeno peto na notranji strani.

Zaradi zakrčene mišice gastrosoleus je pri športniku, ki pozablja na redne in pravilne vaje za raztegovanje te mišice (stretching), tetiva TP pod večjim stresom, kot normalno in postopno degenerira (4).

Pri mladem športniku seveda ne smemo pozabiti na pomen hipertenzije, povečane telesne teže, diabetes in sistemsko ali lokalno zdravljenje s kortikosteroidi, ki so pomembni etiološki in prognostični dejavniki disfunkcije tetive TP (5).

Diagnozo lahko postavimo že s kliničnim pregledom. Rtg slikanje stopala, petnice in skočnega sklepa v tipičnih projekcijah so pomembne predvsem diferencialno diagnostično, sicer nam k diagnozi tenosinovitisa ne pomagajo. Tenografija se ni izkazala za zanesljivo diagnostično preiskavo (9).

CT mehkih tkiv lahko pokaže grobe strukturne spremembe v tetivi in edem. UZ z zadovoljivo natančnostjo pokaže peritendinozni edem in eksudat znotraj tetivne ovojnice in grobe morfološke spremembe tetive (npr. delno ali popolno rupturo). MRI v diagnostiki patologije tetive PT je zahtevna preiskava, ki pa natančno pokaže strukturne spremembe tetive in njene ovojnice, vključno z edemom in eksudatom (4). Conti in sod. so predlagali shemo klasifikacije okvar tetive TP, ki bazira na izvidu MRI (10).

Od tenosinovitisa moramo znati razlikovati druga patološka stanja tetive TP: travmatsko rupturo, dislokacijo tetive, sindrom zaprte lože pri naporu, patologijo zaradi akcesorne navikularne kosti (4). Diferencialno diagnostično moramo izključiti druge vzroke otekle in deformiranega stopala. To so lahko nevropatska artropatija, tarzometatarzalni degenerativni artritis, pes planus deformacija in druge.

Klinični primeri, ki smo jih predstavili, so bili zdravljeni zaradi tenosinovitisa I. stopnje v različnih stadijih. Menimo, da je to najpogostejša oblika bolezni pri športnikih. V prvem primeru je šlo za začetno fazo tenosinovitisa zaradi preobremenjevanja, ki je lepo reagiral na konzervativno zdravljenje. Pri mladi športnici je šlo za stanje po poškodbi gležnja z zraslinami v področju tetive in njene ovojnice s sekundarnim tenosinovitisom. Adhezioliza in sinovektomija sta pripeljali do ugodnega rezultata.

Gorski tekač je bil operiran v kronični fazi tenosinovitisa s tendinozo, ko tetiva še ni bila elongirana, zato so bili adhezioliza, sinovektomija in debridement degenerativnih sprememb na tetivi uspešni. V vseh primerih je bila potrebna več mesecev trajajoča rehabilitacija. Športnika, ki smo ga ujeli v najtežjem stadiju teno-

sinovitisa I. stopnje, pa bo treba redno nadzirati in mu v primeru recidiva svetovati, da se odpove gorskemu teku, ki je zaradi svoje specifičnosti pomemben dejavnik tetivne patologije.

Zaključki

Tenosinovitis tetive TP pri športnikih je bolezen, ki jo večinoma pogojujejo nepravilno in pretirano mehanično obremenjevanje tetive, poškodbe notranje strani skočnega sklepa in stopala in nepravilna obutev. Pogosto tenosinovitisa ne prepoznamo ali pa ga napačno diagnosticiramo, predvsem kot kronično poškodbo skočnega sklepa. Bolezen, ki sicer ni pogosta, lahko razmeroma preprosto ugotovimo. V začetni fazi je konzervativno zdravljenje uspešno, v nasprotnem primeru je potrebno operativno zdravljenje. Nепrepoznana ali nezdravljena bolezen pa vodi v nepovratno valgus deformacijo stopala.

Literatura

1. Ruland RT, April EW, Meinhard BP. Tibialis posterior muscle: the fifth compartment? J Trauma 1992; 6: 347-51.
2. Frey C, Shereff M, Greenidge N. Vascularity of the posterior tibial tendon. J Bone Joint Surg 1990; 72A: 884-8.
3. Funk DA, Cass JR, Johnson KA. Acquired adult flat foot secondary to posterior tibial tendon pathology. J Bone Joint Surg, 1986; 68A: 95-102.
4. Conti SF. Posterior tibial tendon problems in athletes. Orthop Clin North Am, 1994; 25 (1): 109-21.
5. Keene JS. Tendon injuries of the foot and ankle. In: DeLee JC, Drez D Jr. Orthopaedic Sports Medicine: principles and practice. Philadelphia: WB Saunders Company, 1994:1768-805.
6. Hutson MA. Overuse injuries of the ankle and foot. In: Hutson MA ed. Sports Injuries. Recognition and management. Oxford: Oxford University Press, 1990: 153-62.
7. Johnson KA. Tibialis posterior tendon release-substitution. In: Johnson KA. Master Techniques in Orthopaedic Surgery, The Foot and Ankle. New York: Raven Press, Ltd., 1994: 271-83.
8. Plattner PF. Tendon problems of the foot and ankle. The spectrum from peritendinitis to rupture. Foot and Ankle Tendons, 1989; 86: 155-69.
9. Jahss MH. Spontaneous rupture of the tibialis posterior tendon: clinical finding, tenographic studies, and a new technique of repair. Foot Ankle, 1982; 3: 158-66.
10. Conti SF, Michelson J, Jahss MH. Clinical significance of magnetic resonance imaging in preoperative planning for reconstruction of posterior tibial tendon ruptures. Foot Ankle, 1992; 13: 208-14.

SANDOZ

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

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



SANDOZ

vaš partner pri zdravljenju

Informacije in literatura so na voljo pri SANDOZ PHARMA Ltd.
Basel, Predstavništvo za Slovenijo, Dunajska 22, 1511
Ljubljana, tel. 061/133 04 04, 131 62 645, faks 061/133 96 55

V Sloveniji so na voljo registrirana zdravila:

Lamisil® (terbinafin)

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

Leponex® (klozapin)

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

Lescol® (fluvastatin)

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

Leucomax® (molgramostim)

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

Melleril® (tioridazin)

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

Miacalcic® (kalcitonin)

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

Navoban® (tropisetron)

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

Sandimmun Neoral® (ciklosporin)

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

Sandostatin® (oktreotid)

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

Sirdalud® (tizanidin)

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

Syntocinon® (oksitocin)

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

Tavegyl® (klemastin)

- intravenski antihistaminik prvega izbora

Strokovni prispevek/Professional article

VREDNOSTI SERUMSKEGA SELENA ZDRAVIH OTROK

SERUM SELENIUM VALUES IN HEALTHY CHILDREN

Dušanka Mičetić-Turk¹, Zmago Turk²¹ Oddelek za otroške bolezni, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor² Oddelek za fizikalno medicino in rehabilitacijo, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor

Prispelo 1996-03-27, sprejeto 1996-07-25; ZDRAV VESTN 1996; 65: 683-6

Ključne besede: selen; serum; otroci; normalne vrednosti**Key words:** selenium; serum; children; normal values

Izvleček – Izhodišča. Iz leta v leto postaja vse bolj jasno, da ima selen (Se) pomembno vlogo tako v zdravju kakor tudi v bolezenskih stanjih ljudi. Zato je zelo pomembno poznati status Se v zdravni populaciji oziroma njegove normalne vrednosti. Namen naloge je bil določiti status Se zdravih otrok na področju SV Slovenije.

Metode. Vrednosti serumskega Se 122 zdravih otrok, starosti od enega dneva do 18 let, iz Maribora in njegove okolice, smo v časovnem obdobju 1/1993 do 6/1995 določili z uporabo hidridne spektrometrije.

Rezultati. Rezultati analize serumskega Se novorojencev so pokazali vrednosti, ki so cca 50% manjše od vrednosti serumskega Se njihovih mater. Ugotovili smo povezavo med otrokovo starostjo in vrednostmi serumskega Se. V prvih mesecih življenja vrednosti Se v serumu padajo in se po 6. mesecu starosti postopoma dvigajo. Serumski Se je v skupini otrok (1–2 let) $74,9 \pm 9,7 \mu\text{g/L}$, v predšolski skupini (3–5 let) $85,5 \pm 10,0 \mu\text{g/L}$, v skupini šolarjev (11–13 let) $93,9 \pm 9,3 \mu\text{g/L}$. Razlike med vrednostmi serumskega Se najmlajše starostne skupine in vsemi ostalimi skupinami so statistično značilne ($p < 0,05$).

Zaključek. Vrednosti serumskega Se zdravih otrok postopoma narastajo in v šolskem obdobju dosežejo vrednosti, ki jih dobimo pri zdravih odraslih osebah.

Abstract – Background. It is becoming clearer from year to year that selenium (Se) plays an important part in people's state of health as well as in the states of disease. Therefore it is very important to know the status of selenium in the healthy population and/or its normal values. The aim of our study was to determine the status of selenium in healthy children of the NE Slovenia region.

Methods. Serum Se levels of 122 healthy children aged 1 day to 18 years from Maribor and its oeriphery during the period of 1/1993 to 6/1995 were determined by hydride atomic spectrometry.

Results. The results of the analysis of serum Se of newborn children were 50% lower than the serum Se values of their mothers. A connection was established between the child's age and serum Se values. In the first months of life serum Se values decrease, whereas after the sixth month they begin to rise gradually. In the group of infants (1–2 yrs) serum Se was $74,9 \pm 9,7 \mu\text{g/L}$, in the preschool group (3–5 yrs) it was $85,5 \pm 10,0 \mu\text{g/L}$, in the group of schoolchildren (11–13 yrs) $93,9 \pm 9,3 \mu\text{g/L}$. The differences between serum Se values of the youngest group and those of all the other groups are statistically significant ($p < 0,05$).

Conclusion. Serum Se values increase gradually and at school age they reach the values that are found in healthy adults.

Uvod

Leta 1970 je W. A. Krehl (1) opisal selen (Se) kot enega najbolj zapostavljenih elementov v celem periodnem sistemu, ki je istočasno pervezen in kontroverzen v vseh pogledih, ki ga je težko ujeti in nas izziva ves čas.

Odkril ga je J. J. Berzelius l. 1817 (2) in je več kot 100 let veljal za strupeno snov. Leta 1957 sta K. Schwarz in C. Flotz (3) ugotovila, da predstavlja Se v prehrani živali bistveni mikroelement. Dokazala sta, da se nekroza hepatocitov pri podganah, povzročena s prehrano brez vitamina E, lahko prepreči z majhnimi odmerki Se. Leta 1973 sta J. T. Rotruck in W. G. Hoestra (4) odkrila, da je Se strukturni del encima glutation – peroksidaze. Ta encim ima zelo pomembno vlogo v zaščiti membrane celice pred oksidativno poškodbo, ki lahko nastane zaradi redukcije vodikovih ali lipidnih peroksidov. V zadnjih letih se pojavljajo številne publikacije, ki vse potrjujejo biološko pomembnost Se za ljudi. Tako trenutno

vemo, da je Se pomemben za zaščito membrane celice pred oksidativno poškodbo, da aktivira nespecifične, kot tudi humoralne in celične imunske odgovore (5), da inhibira ali reducira rast induciranih tumorjev (6), da kaže antagonistične lastnosti proti Hg, Pb, Cd, As. Spoznanje, da Se spada med bistvene mikroelemente, je povečalo zanimanje znanstvenikov zanj. Se se nahaja v hrani, predvsem v žitaricah, mesu in ribah (7).

Številne študije ugotavljajo odvisnost serumskega Se od starosti (8–11). Vrednosti Se variirajo glede na zemljepisni položaj. Nizka vrednost Se v tleh rezultira z nizko vrednostjo Se v rastlinah, živalih in v ljudeh. Pomanjkanje Se je endemično v nekaterih delih Kitajske in je povezano s kongestivno kardiomiopatijo (12). Deficit Se je opisan pri dolgotrajni parenteralni prehrani (13), prematurnosti (14), cistični fibrozi (9), Crohnovi bolezni (15) in celia-kiji (9, 16).

Primerjanje posameznih študij med sabo je oteženo zaradi razlik, pogojenih z geografskimi variacijami in zaradi različnih vred-

nosti serumskega Se, odvisnih od starosti. Zato je treba imeti normalne vrednosti Se za populacijo posameznih geografskih območij. Če se vrednosti serumskega Se, primerjajo z referenčnimi vrednostmi s področja, ki ima normalno višje vrednosti, to še ne pomeni pomanjkanje Se kot bi v prvem trenutku lahko pomislili. Podatki o statusu in vnosu Se s prehrano so znani za mnoge evropske dežele (17), žal v Sloveniji teh podatkov še nimamo. Zato je bil namen naše naloge ugotoviti raven Se v serumu normalno prehranjenih in zdravih otrok.

Material in metode

V časovnem obdobju 2,5 leta, od 1/1993 do 6/1995 leta smo določili vrednosti serumskega Se 10 novorojencem in njihovim materam, 41 otrokom starosti od enega meseca do enega leta ter 71 otrokom starosti 1–18 let.

Vsi otroci so bili iz Maribora in njegove okolice, torej iz severovzhodne Slovenije. Vsem otrokom smo med rednimi pregledi v posvetovalnici in sistematskimi pregledi ter med hospitalizacijo zaradi lažjih kirurških posegov ali lažjih akutnih okužb, s privolitvijo staršev in republiške strokovne komisije za medicinsko-etična vprašanja, ob odvzemu krvi za indicirane preiskave vzeli še vzorec krvi za določitev Se. Vsi otroci so imeli dolžino in težo med 10 in 90 percentilo krivulje rasti, ki jo standardno uporabljamo na otroškem oddelku Splošne bolnišnice Maribor. Otroci niso imeli kroničnih bolezni in so uživali normalno otroško mešano hrano. Novorojencem je bil vzorec krvi odvzet iz umbilikalne vene takoj po porodu, materam pa vzorec krvi iz venskega katetra istočasno ali nekaj ur pozneje. Otroci so bili zdravi, normalne gestacijske starosti (39 ali 40 tednov), normalne porodne teže in dolžine.

Matere so imele normalno nosečnost, bile so zdrave, povprečne starosti 24 let, srednje izobrazbe, srednjega socio-ekonomskega statusa in normalnih prehrabnih navad.

Vzorci seruma smo do analize shranjevali v posebnih epruvetah na -20°C , 1 do 14 dni.

Vrednosti serumskega selena smo določali z uporabo hidridne-atomske spektrometrije (11) na Kemijski fakulteti Univerze v Mariboru.

Dobljene vrednosti so bile uporabljene za izračun srednje vrednosti in standardne deviacije. Statistično značilnost smo izračunali z uporabo Student t-testa. Razlika $p < 0,05$ je označena za značilno.

Rezultati

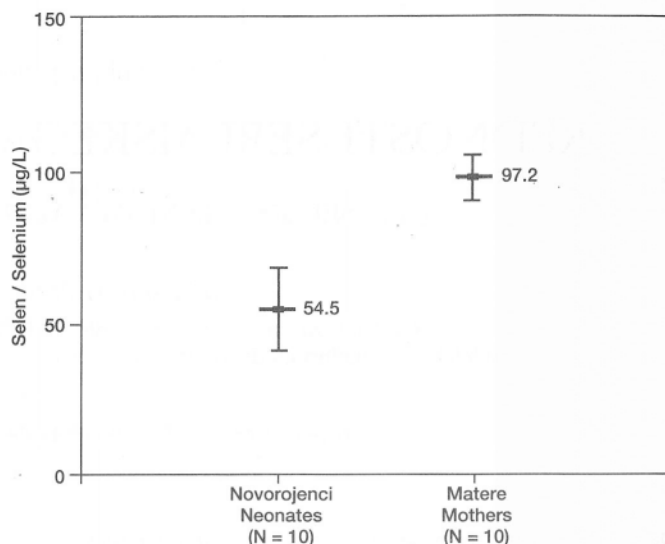
Rezultati analize serumskega Se novorojencev so pokazali vrednosti, ki so cca 50 % manjše od vrednosti serumskega Se njihovih mater. Na sliki 1 so prikazane vrednosti serumskega Se novorojencev in njihovih mater.

Tab. 1. Vrednosti serumskega Se pri zdravih otrocih starosti do enega leta v severovzhodni Sloveniji.

Tab. 1. Serum Se values in healthy infants aged up to 1 year in the NE Slovenia.

Starost (meseci) Age (months)	N	X $\pm$ SD ($\mu\text{g/L}$)
1–2	8	53,4 $\pm$ 11,9
3–5	8	50,4 $\pm$ 5,38
6	10	49,1 $\pm$ 7,27 ($p < 0,05$)
7–9	9	54,9 $\pm$ 14,5
10–12	6	64,8 $\pm$ 13,3 ($p < 0,05$)

Najmlajša skupina osmih otrok starosti 1–2 meseca ima srednjo vrednost serumskega Se 53,4 $\pm$ 11,9 $\mu\text{g/L}$. Skupina osmih otrok starosti od 3–5 mesecev ima srednjo vrednost serumskega Se 50,4 $\pm$ 5,3 $\mu\text{g/L}$. V skupini desetih otrok v starosti šest mesecev se vrednost serumskega Se zniža na 49,1 $\pm$ 7,2 $\mu\text{g/L}$. Skupina devetih



Sl. 1. Serumski Se ($X \pm SD$) v skupini 10. novorojencev in njihovih mater.

Figure 1. Serum Se ($X \pm SD$) in the group of 10 neonates and their mothers.

otrok starosti 7–9 mesecev ima srednje vrednosti 54,9 $\pm$ 14,5 $\mu\text{g/L}$ in najstarejša skupina otrok starosti 10–12 mesecev kaže porast vrednosti Se na 64,8 $\pm$ 13,3 $\mu\text{g/L}$. Statistično značilno razliko ($p < 0,05$) smo ugotovili med drugo (3–5 mesecev starosti) in peto (10–12 mesecev starosti) starostno skupino otrok ter med tretjo (6 mesecev starosti) in peto (10–12 mesecev starosti) starostno skupino otrok. Statistično značilnih razlik med ostalimi skupinami nismo ugotovili, prav tako ne med deklicami in dečki.

Na sliki 2 in tabeli 2 so prikazane povprečne vrednosti in standardne deviacije serumskega Se v različnih starostnih skupinah otrok.

Najmlajša skupina otrok, skupina 1 starosti 1–2 leti ima srednjo vrednost serumskega Se 74,9 $\pm$ 9,7 $\mu\text{g/L}$, kar je najnižja vrednost med vsemi skupinami. Razlika med 1. in 2. skupino je statistično značilna na ravni $p < 0,05$, med 1. in 3. skupino na ravni $p < 0,005$, med 1. in 4. ter med 5. in 6. skupino pa na ravni $p < 0,001$.

Srednja vrednost serumskega Se v 2. skupini (starost 3–5 let) je 85,5 $\pm$ 10,0 $\mu\text{g/L}$. Med 2. in 3. skupino statistično značilne razlike nismo našli. Medtem ko je med 2. in 4. skupino $p < 0,01$, 2. in 5. ter med 2. in 6. skupino na ravni $p < 0,05$.

Statistično značilnih razlik med deklicami in dečki nismo našli.

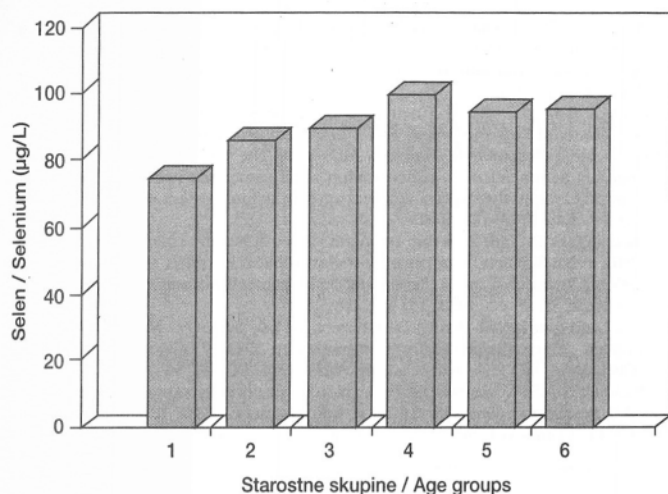
Tab. 2. Prikaz povprečnih vrednosti ($\bar{x}$) in standardnih deviacij (SD) serumskega selena ($\mu\text{g/L}$) v različnih starostnih skupinah otrok, razdeljenih po spolu in skupaj.

Tab. 2. Average levels ($\bar{X}$) and standard deviations (SD) of serum Se ($\mu\text{g/L}$) in different age groups of children presented according to sex and together.

Skupina Group	Starost (leta) Age (years)	Dečki/Boys		Deklice/Girls		Skupaj/Total	
		n	x $\pm$ SD	n	x $\pm$ SD	n	x $\pm$ SD
1	1–2	8	74,4 $\pm$ 9,4	4	75,9 $\pm$ 11,6	12	74,9 $\pm$ 9,7
2	3–5	7	85,5 $\pm$ 11,5	4	85,5 $\pm$ 8,5	11	85,5 $\pm$ 10,0
3	6–8	6	91,4 $\pm$ 12,1	4	86,0 $\pm$ 9,8	10	89,2 $\pm$ 11,0
4	9–10	2	94,5 $\pm$ 5,6	7	100,7 $\pm$ 11,2	9	99,3 $\pm$ 10,3
5	11–13	5	95,8 $\pm$ 4,9	9	93,0 $\pm$ 11,2	14	93,9 $\pm$ 9,3
6	14–18	7	93,5 $\pm$ 9,4	8	96,0 $\pm$ 6,5	15	94,9 $\pm$ 7,8

Razpravljanje

V različnih deželah so ugotovljene različne vrednosti serumskega Se. Ugotovljena je povezava med vsebnostjo Se v tleh, rastlinah in



Sl. 2. Prikaz povprečnih vrednosti serumskega selen (µg/L) v različnih starostnih skupinah otrok (1: 1-2 leti, 2: 3-5 let, 3: 6-8 let, 4: 9-10 let, 5: 11-13 let, 6: 14-18 let).

Figure 2. Average levels of serum Se (µg/L) in different age groups of children (1: 1-2 years, 2: 3-5 years, 3: 6-8 years, 4: 9-10 years, 5: 11-13 years, 6: 14-18 years).

živalih ter vrednostmi serumskega Se v serumu ljudi. Zato je serumski Se dober kazalnik statusa Se v določeni populaciji (18). S Se zelo bogata področja so redka. V pokrajini Hubei na Kitajskem so opisani primeri kronične intoksikacije s Se, selenoze, pri kateri opisujejo izpadanje las in izgubo nohtov (19). Vrednosti serumskega Se so bile pri teh osebah okrog 3000 µg/L. Eskimski lovci, ki se prehranjujejo z ribami, imajo vrednosti serumskega Se okrog 1000 µg/L brez kliničnih znakov intoksikacije. V ZDA in Kanadi so v posameznih pokrajinah povprečne vrednosti serumskega Se 150-200 µg/L (20, 21). V večini drugih dežel so povprečne vrednosti serumskega Se okrog 100 µg/L. Nova Zelandija in Finska imajo najnižje povprečne vrednosti serumskega Se 40-50 µg/L. Ekstremno nizke vrednosti serumskega Se cca 25 µg/L in nižje so ugotovljene v Kitajski pokrajini Keshan, kjer se endemično pojavlja juvenilna kardiomiopatija, povzročena z deficitom Se (22). Rezultati naše raziskave kažejo, da so vrednosti serumskega Se naših šolskih otrok zelo podobne vrednosti serumskega Se pri odraslih v večini evropskih dežel (tab. 3).

Tab. 3. Povprečne vrednosti serumskega Se in standardne deviacije v različnih evropskih deželah (17).

Tab. 3. Serum Se values and standard deviations in several European countries (17).

Dežela Country	N	X±SD (µg/L)
Anglija / England	22	109±14
Portugalska / Portugal	27	102±10
Belgija / Belgium	30	100±9
Nizozemska / Netherlands	36	93±12
Španija / Spain	28	87±12
Francija / France	38	82±11
Danska / Denmark	58	78±15
Nemčija / Germany	40	70±10
Grčija / Greece	21	63±14

Povezavo med otrokovo starostjo in vrednostmi serumskega Se, ki je v naši raziskavi evidentna, so dokazali tudi drugi avtorji (9-11, 23, 24). Ali je način prehrane in sestava prehranjenih izdelkov odgovorna za ta pojav, še ni popolnoma jasno. Leta 1980 je Ameriški National Research Council priporočil kot varen in zadosten dnevni vnos s hrano 50-200 µg/L Se dnevno za odrasle osebe (25). Na tabeli 4 so prikazane priporočene dnevne količine Se v prehrani otrok.

Tab. 4. Priporočeni dnevni vnos Selen v otroški dobi (26-28).

Tab. 4. Recommended daily intake Se in the childhood (26-28).

Otroci po starostnih skupinah Children age groups	Starost Age	Telesna teža (kg) Body weight (kg)	Povprečni vnos Se (µg/kg/dan) Average Se intake (µg/kg/day)	Povprečni vnos Se (µg/dan) Average Se intake (µg/day)	1989 RDAS za Se (µg/dan) 1989 RDAS for Se (µg/day)	1989 NORDIC Se priporočilo (µg/dan) 1989 NORDIC Se recommendation (µg/day)
Otroci	0-0,5	4,1-7,5	2,1	10-15	10	10-20
Children	0,5-1,0	7,5-9,8	1,7	15	15	20-30
	1-3	9,8-14,4	1,3	15-20	20	20-30
	4-6	16,3-20,1	1,1	20	20	20-30
	7-10	22,3-32,0	1,1	25-35	30	20-30
Fantje Boys	11-14	35,5-50,8	1,1	40-55	40	30-60
Deklice Girls	11-14	37,0-50,3	1,1	40-55	45	30-60

V okoliščinah, kjer sumimo, da gre za prenizek vnos Se, se priporoča hrana z višjo vsebnostjo Se, kot so npr. meso, jajca, žita, mlečni izdelki. Nutritivna vrednost selen v hrani je odvisna od prebavljivosti beljakovin, na katere se Se veže, njegove kemične oblike ter prisotnosti ali odsotnosti različnih dejavnikov, ki vplivajo na njegovo izkoriščanje.

Na podlagi opravljene raziskave sklepamo, da:

1. so vrednosti serumskega Se novorojencev za cca 50 % nižje od vrednosti serumskega Se njihovih mater in znašajo 54,5 µg/L.
2. obstaja povezava med otrokovo starostjo in vrednostmi serumskega Se:
 - v prvih mesecih življenja vrednosti Se v serumu padajo in se po 6. mesecu starosti postopoma dvigajo.
 - vrednosti Se v serumu postopoma naraščajo do devetega leta starosti, ko dosežejo vrednosti nad 90 µg/L in se od 9. do 18. leta gibajo med 90-100 µg/L, kar je enako vrednostim pri odraslih osebah.
 - razlike med serumskim Se pri deklicah in dečkih nismo ugotovili.
3. rezultati raziskave kažejo, da je SV Slovenija eno od evropskih področij z normalnimi (zadostnimi) vrednostmi serumskega selen.

Zahvala

Avtorja se najtopleje zahvalujeta sodelovanju v študiji vsem otrokom in njihovim staršem, sodelavcem Oddelka za otroške bolezni in Oddelka za porodništvo SBM ter Otroškega dispanzerja ZD Maribor. Posebna zahvala gre za pomoč pri izvedbi naloge Martini Kos, dipl. biol., mag. Leonu Radoliju, dr.med. in Jožetu Stergulcu, dipl. ing.

Literatura

1. Krehl WA. Selenium, the maddening mineral. Nutrition Today, Winter 1970, 26-32.
2. Kieffer F. Selen, ein medizinisch bedeutungsvolles Spurenelement. Ars medic, 1987; 2: 60-74.
3. Schwarz K, Flotz CM. Selenium as an integral part of factor 3 against dietary necrotic liver degeneration. J Amer Chem Soc 1957; 79: 3292-9.
4. Rotruck JT et al. Selenium: Biochemical role as a component of glutathione peroxidase. Science 1973; 179: 588-90.
5. Kiremidjian-Schumacher L, Strotzky G. Selenium and immunresponses. Environ Res 1987; 42: 277-303.
6. Ip C. The chemopreventive role of selenium in carcinogenesis. J Am Coll Toxicol 1986; 5: 7-20.
7. DHSS. Dietary reference values for food energy and nutrients for the United Kingdom. Report on health and social subjects 41. London: HMSO, 1991.
8. Lombeck I, Kasperek K, Harbisch HD et al. The selenium state of healthy children. Serum selenium concentration at different ages: activity of glutathione peroxidase of erythrocytes at different ages: selenium content of food in infants. Eur J Pediatr 1977; 125: 81-8.
9. Ward KP, Arthur JR, Russell G, Aggatt PJ. Blood selenium content and glutathione peroxidase activity in children with cystic fibrosis, coeliac disease, asthma and epilepsy. Eur J Pediatr 1984; 142: 21-4.
10. Lloyd B, Robson E, Smith I, Clayton BE. Blood selenium concentrations and glutathione peroxidase activity. Arch Dis Child 1989; 64: 352-6.

11. Tiran B, Tiran A, Petek W, Rossipal E, Wawschinek O. Selenium status of healthy children and adults in Styria (Austria). Investigation of a possible undersupply in the Styrian population. *Trace Elements in Medicine* 1992; 2: 75-9.
12. Keshan Disease Research Group of the Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing. Epidemiologic studies on the etiologic relationship of selenium and Keshan disease. *Chin Med J* 1979; 92: 477-82.
13. Van Rij AM, Thomson, McKenzie JM, Robinson MF. Selenium deficiency in total parenteral nutrition. *Am J Clin Nutr* 1979; 32: 2076-85.
14. Lockitch G, Jacobson B, Quingley G et al. Selenium deficiency in low birth weight neonates: an unrecognised problem. *J Pediatr* 1989; 114: 865-70.
15. Jacobson S, Platin LO. Concentration of selenium in plasma and erythrocytes during total parenteral nutrition in Crohn's disease. *Gut* 1985; 26: 50-4.
16. Mičetič-Turk D, Dobčnik D, Stergulec J, Turk Z, Nikolić T. Serum Selenium in children with coeliac and hepatic disease. *Zdrav Vestn* 1990; 59: 73-4.
17. Thorling EB, Overvad K, Geboers J. Selenium status in Europe - human data, a multicenter study. *An Clin Res* 1986; 18: 3-7.
18. Alfthan G. Longitudinal study on the selenium status of healthy adults in Finland during 1975-1984. *Nutr Res* 1988; 8: 467-76.
19. Yang G, Wang S, Zhou R, Sun S. Endemic selenium intoxication in humans in China. *Am J Clin Nutr* 1983; 37: 872-81.
20. Wallaway WH, Kubota J, Losee F, Roth M. Selenium, molybdenum and vanadium in human blood. *Arch Environ Health*, 1968; 16: 342-8.
21. Dickson RC, Tomlinson RH. Selenium in blood and human tissues. *Chin Chim Acta* 1967; 16: 311-21.
22. Chen X, Yang G, Chen J, Chen X, Wen Z, Ge K. Studies on the relations of selenium and Keshan disease. *Biol Trace Elem Res* 1980; 2: 91-107.
23. Lombeck I, Kesperek K, Harbisch HD et al. The Selenium state of healthy children. Serum Selenium concentration at different ages: activity of glutathion peroxidase of erythrocytes at different ages: selenium content of food in infants. *Eur J Pediatr* 1977; 125: 81-8.
24. Mičetič-Turk D, Turk Z. Serum selenium values in healthy children aged 1 to 18 years in NE Slovenia. *European Journal of Clinical Nutrition* 1996; 50: 192-4.
25. National Research Council. Recommended dietary allowances. Washington, DC: Natl Acad Sci 9th ed. 1980; 137-65, 178, 185.
26. Food and Nutritional Board, Commission of Life Sciences, National Research Council. Trace elements. In: Recommended Dietary Allowances. 10th ed. Washington, DC: National Academy Press; 1989: 217-24, 16-7.
27. Standing Nordic Committee on Food. Nordic Nutrition Recommendations. 2 and ed. Uppsala, Sweden: National Food Administration, 1989: 18.
28. Litov RE, Combs G F. Selenium in Pediatric Nutrition, *Pediatrics* 1991; 3: 339-51.

V tej številki so sodelovali:

Matej Andoljšek, dr. med., specialist kirurg, Splošna bolnišnica Jesenice
 prof. dr. Stanko Banič, dr. med., Ljubljana
 Nina Bratanič, dr. med., specialistka pediatrije, pediatrična klinika, KC Ljubljana
 Irena Cetin-Lovšin, dr. med., Ginekološko-porodniški oddelek Koper
 Marija Djurdjevič, dr. med., specialistka dermatovenerologinja, Splošna bolnišnica Maribor
 prof. dr. Jože Drinovec, dr. med., specialist internist, Krka Ljubljana
 dr. Janez Dular, minister za kulturo, Ministrstvo za kulturo Ljubljana
 prof. dr. Edvard Glaser, dr. med., specialist transfuziolog, Splošna bolnišnica Maribor
 Barbara Gregorič, dipl. ing. živil. tehnol., Inštitut za higieno, MF Ljubljana
 Marija Homar, ing. chem., Tovarna Olja GEA Slovenska Bistrica
 prof. dr. Miroslav Kališnik, dr. med., Ljubljana
 prim. Mario Kocijančič, dr. med., specialist medicine dela, Kranj
 prof. dr. Tomo Korošec, prof. slavist, FDV Ljubljana
 mag. Irena M. Lazar, dr. med., specializantka medicine dela, prometa in športa, Zdravstveni dom Zagorje
 Gordana Logar-Car, dr. med., specialistka pediatrije, Pediatrična klinika, KC Ljubljana
 Boštjan Lovšin, dr. med., Ginekološko-porodniški oddelek Koper
 Jana Lukač-Bajalo, dr. med., specialistka pediatrije, pediatrična klinika, KC Ljubljana
 Vito Martinčič, dipl. ing. chem., Tovarna olja GEA Slovenska Bistrica
 Ana Meštrovič, dr. med., specialistka pediatrije, Splošna bolnišnica Celje
 prof. dr. Dušana Mičetič-Turk, dr. med., specialistka pediatrije, Splošna bolnišnica Maribor
 prof. dr. Rudi Pavlin, dr. med., Ljubljana

prof. dr. Dražigost Pokorn, dr. med., specialist higieno, Inštitut za higieno, MF Ljubljana
 doc. dr. Marjan Premik, dr. stom., specialist ortodont in specialist socialne medicine z organizacijo zdravstvene službe, Inštitut za socialno medicino, MF Ljubljana
 doc. dr. Anton Prijatelj, dr. med., specialist medicine dela, Zdravstveni dom Nova Gorica
 prim. mag. Dušan Repovš, dr. med., specialist socialne medicine z organizacijo zdravstva, Ljubljana
 prof. dr. Matjaž Rode, dr. med., specialist za zobne in ustne bolezni, Zdravstveni dom Ljubljana-Moste
 prof. dr. Rajko Sedej, dr. stom., Ljubljana
 Marjeta Sedmak, dr. med., specialistka pediatrije, Pediatrična klinika, KC Ljubljana
 prof. dr. Primož Simoniti, prof. klasični filolog, Filozofska fakulteta Ljubljana
 Maja Šturm, dr. med., Travmatološka klinika, KC Ljubljana
 doc. dr. Igor Švab, dr. med., specialist splošne medicine, Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana
 Andreja Tekauc-Golob, dr. med., specialistka pediatrije, Splošna bolnišnica Maribor
 prim. mag. Zmago Turk, dr. med., specialist fizikalne medicine, Splošna bolnišnica Maribor
 asist. mag. Matjaž Veselko, dr. med., specialist kirurg, Travmatološka klinika, KC Ljubljana
 mag. Neva Volk, dr. med., Register raka za Slovenijo, Onkološki inštitut Ljubljana
 Mirjana Zupančič, dr. med., specialistka pediatrije, Pediatrična klinika, KC Ljubljana
 akad. prof. dr. Andrej O. Župančič, dr. med., Ljubljana

Strokovni prispevek/Professional article

ALI SLOVENSKI ZDRAVNIKI ZDRAVO ŽIVIJO?

DO THE SLOVENIAN PHYSICIANS HAVE A HEALTHY LIFE STYLE ?

Irena M. Lazar¹, Marjan Premik², Igor Švab³¹ Zdravstveni dom Zagorje, 1410 Zagorje² Katedra za socialno medicino, higieno in medicino dela, Medicinska fakulteta, Zaloška 4, 1000 Ljubljana³ Inštitut za varovanje zdravja, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Prispelo 1996-00-00, sprejeto 1996-00-00; ZDRAV VESTN 1996; 65: 687-90

Ključne besede: zdravniki; zdravje; način življenja; promocija zdravja; vedenje**Key words:** physicians; health; life style; health promotion; behaviour.**Izvleček** – Izhodišča. O zdravstvenem stanju, predvsem pa o načinu življenja zdravnikov, ne vemo veliko. Zanimalo nas je, kakšne so njihove navade glede zdravega načina življenja.**Abstract** – Background. Physicians are not well explored population in the world and neither they are in Slovenia. The objective of the survey is to find out their way of life.

Metode. Zdravnikom, ki smo jih izbrali v naključni, reprezentativni 10% vzorec, smo poslali dvakrat v zaporedju enega meseca anonimni vprašalnik z 32 vprašanji. Način življenja smo ocenjevali prek posameznih navad in prek spremenljivke »stil«, ki pomeni vsoto zdravih navad.

Methods. We sent to the doctors who were in representative 10% sample twice in a period of a month an anonymous questionnaire with 32 questions. The estimation of their life-style was done by evaluation of every single health behaviour and by evaluation of the variable »style«, which represents the sum of healthy habits.

Rezultati. Dobili smo 64,8% odgovorov. Čezmerno hranjenih je 35,8% zdravnikov, med njimi je vsak deseti zelo debel. Polovica jih redno zajtrkuje, tri četrtine jih poje tri in več obrokov dnevno. Kadi jih 15,8%, pri čemer nihče od anketiranih ne pokadi več kot 30 cigaret na dan. Večina jih alkohol pije občasno, več kot 2 dl vina na dan pa 2,5%. Večkrat tedensko in vsak dan je telesno aktivna četrtnina zdravnikov. Redno jih uporablja varnostni pas pri vožnji avtomobila 85,4%. Enkrat mesečno in pogosteje se s prijatelji sreča 70% zdravnikov. Vsak deseti redno uporablja kakšno od sprostilnih tehnik. Po delovnem tedniku, ki traja povprečno 50,65 ur, prosti čas preživijo s partnerjem in družino, sledita pa študij in rekreacija. Naša skupna ocena »stila« je bila 3,25.

Results. A total of 355 physicians (64,8%) returned the questionnaire. Of the respondents 35,8% were overweight and among them every tenth was fat. Half of our physicians have regular breakfast, 75% have 3 or more meals per day. We have 15,8% smokers, but nobody smokes more than 30 cigarettes per day. Most of them drink alcohol occasionally, more than 2 dl wine per day only 2,5%. One forth of the respondents is physically active. 85,4% regularly use security belts in the car. More than 70% of physicians visit their friends at least once a month. Only every tenth often uses relaxation techniques. Their free-time is reserved for their family, study and recreation. The average life-style estimation was 3,25 (from 1 to 5).

Zaključki. Naša raziskava je ena prvih te vrste v Sloveniji. Na dveh pomembnih področjih zdravniki živijo bolj zdravo od ostalih Slovencev, saj manj kadijo in so bolj telesno aktivni. Kljub reprezentativnosti vzorca moramo vedeti, da 35 % anketiranih zdravnikov ni odgovorilo in da bi ti verjetno poslabšali sliko.

Conclusion. Our survey is one of the first of this kind in Slovenia. They are better than an average Slovene in the point of regular physical activity and smoking, but we should be aware that non-responders could make the results worse.

Uvod

Zdrav način življenja (ZNŽ) bi lahko opredelili kot tisti vedenjski vzorec, ki krepi zdravje, preprečuje nastanek bolezni, veča kakovost življenja in vodi v aktivno starost (1). Navade, ki sestavljajo vedenjski vzorec, se začnejo oblikovati že v zgodnjem otroštvu pod vplivom družine in bližnje okolice. Ta proces se imenuje primarna socializacija (2, 3). V začetku pubertete ima otrok že razmeroma stabilen sistem zdravstvenih prepričanj, ki je ob koncu pubertete utrjen. Ko devetnajstletnik postane študent medicine, se na fakulteti sreča z biomedicinskim pogledom na zdravje in zdravljenje. Tak pogled bolezen pojasnjuje kot motnjo v delovanju fizioloških mehanizmov, neodvisno od psiholoških in soci-

alnih procesov. Mehanicistično pojmovanje medicine se kaže tudi v mačehovskem odnosu kliničnih strok do preventivnih. Kljub temu se študent vsaj pri stopenjski diagnostiki in terapiji uči o dejavnostih tveganja in možnostih preprečevanja.

Zdravnik pri podiplomskem izobraževanju (formalnem in neformalnem) dobiva znanje o pomenu ZNŽ, obenem pa mu delo z bolniki streže s primeri ignoriranja ZNŽ. Čeprav je bolj navajen popravljati kot preprečevati, ga to sili k razmišljanju.

Odnos zdravnikov do zdravja in njihov način življenja sta izpostavljena tudi zato, ker so zdravniki še danes vzor obnašanja (4-6). Teme so se tudi pri nas že lotili nekateri avtorji (7-9), vendar razen Fortičeve raziskave (10, 11) pravih podatkov o življenju zdravnikov ni.

Namen in cilji

– Ugotoviti, kako »zdravo« živijo slovenski zdravniki in
– ponuditi zdravnikom možnost, da prevetirijo svoj odnos do zdravja in razmislijo, kako se sami držijo priporočil, ki jih (če jih) dajejo svojim bolnikom.

Material in metode

Vzorčenje in potek anketiranja. Ko je Komisija za medicinsko etiko pri Ministrstvu za zdravstvo odobrila našo raziskavo, smo naključno izbrali vsakega desetega zdravnika iz registra Zdravniške zbornice Slovenije. V začetku decembra smo poslali 548 pošiljk, ki so vsebovale spremno pismo, vprašalnik in ovojnico z znamko in napisanim naslovom. Po enem mesecu smo zdravnikom poslali še eno pismo z »delnimi« rezultati in prošnjo, da oddajo anketno.

Vprašalnik. Sestavljen je bil iz dveh delov (podatki o zdravniku in podatki o življenjskem stilu). Imel je 22 vprašanj zaprtega tipa z večstransko izbiro (5-stopenjska lestvica), 9 vprašanj delno odprtega tipa (možnost izbire in dopisa svojega odgovora) in prostor za zapis mnenja o anketi. Podatki o anketirancu so bili: usmeritev (zdravnik/zobozdravnik), spol, starost, zakonski stan, število otrok, specializacija, delovno mesto (ambulantna dejavnost, bolnišnica, brez neposrednega dela z bolniki), tedenska poklicna obremenitev in izobrazba staršev in partnerja. Spremenljivke življenjskega stila bi lahko razdelila na kazalnike načina življenja ter kazalnike »percepcije« pomena in stanja življenjskega stila pri sebi in bolnikih (opisani so v samostojnem članku).

Izbrali smo naslednje kazalnike življenjskega stila: stanje prehranjenosti, rednost prvega jutranjega obroka, število obrokov hrane na dan, kajenje in število pokajenih cigaret, količino dnevno popitega alkohola, telesno aktivnost, uporabo varnostnega pasu pri vožnji, pogostost stikov s prijatelji, porabo prostega časa, uporabo sprostilnih tehnik, preventivni pregled v zadnjih treh letih in odločitev za izbranega zdravnika.

Da bi dobili skupni imenovalac zdravega načina življenja, smo uvedli novo spremenljivko, imenovano »stil«. Kot zdravo smo opredelili: BMI manjši od 25,99, reden zajtrk, 3 ali več dnevni obroki hrane, nekadilce in tiste, ki so prenehali kaditi, zaužitje do 2 dl vina dnevno ali manj, rekreacijo večkrat tedensko ali vsak dan, redno uporabo varnostnega pasu pri vožnji avtomobila, stike s prijatelji enkrat mesečno ali pogosteje in vsaj en preventivni pregled v zadnjih treh letih. Spremenljivka »stil« pomeni vsoto zdravih navad. Na podlagi števila zdravih navad smo razvrstili zdravnike v pet skupin: 9 zdravih navad – zelo zdravo živi (5 točk), 7 in 8 zdravih navad – zdravo živi (4 točke), 6 zdravih navad – srednje (3 točke), 5 zdravih navad – manj zdravo živi (2 točki), manj kot 5 zdravih navad – ne živi zdravo (1 točka).

Statistična analiza. Naredili smo jo s pomočjo programa SPSS-Windows 6,0. Značilnost rezultatov smo preizkušali s testom hi-kvadrat, t-testom za neodvisne vzorce, z-testom proporcij, analizo varianc in Pearsonovim koeficientom korelacije. Kot statistično značilno vrednost smo vzeli vrednost p , manjšo ali enako 0,05.

Rezultati

Reprezentativnost vzorca

Odgovorilo je 355 vprašanih, kar predstavlja 64,8%. V prvi seriji smo dobili 317 odgovorov (57,1%), v drugi pa še 38 (6,9%). Vzorec smo primerjali s populacijo zdravnikov v Sloveniji glede na spol, starostne razrede, usmeritev (zdravnik/zobozdravnik), opravljeno specializacijo (specialist/neposrednik) in delovno mesto. Ugotovili smo, da med vzorcem in populacijo ni statistično pomembnih razlik (tab. 1).

Tab. 1. Testiranje reprezentativnosti vzorca (f = relativna frekvenca kategorije v vzorcu, $proporc$ = proporcija kategorije v populaciji, SE = standardna napaka, z = vrednost z , p = delež površine zunaj razmika od $-z$ do $+z$, NS = ni značilno).

Tab. 1. Testing of the representativity of the sample (f = relative frequency of the category in the sample, $proporc$ = proportion of the category in the population, SE = standard error, z = z value, p = p value, NS = not significantly).

Spremenljivka	f	Proporc	SE	z	p	Ocena
1. Usmeritev zdravnik	0,755	0,792	0,023	1,61	0,107	NS
2. Spol ženske	0,552	0,531	0,026	0,81	0,418	NS
3. Starost do 30 let	0,134	0,105	0,018	1,68	0,093	NS
31–40 let	0,327	0,306	0,025	0,84	0,401	NS
41–50 let	0,270	0,309	0,024	1,67	0,095	NS
51–60 let	0,197	0,232	0,021	1,65	0,099	NS
več kot 60 let	0,062	0,048	0,013	1,08	0,280	NS
4. Specializacija specialisti	0,515	0,499	0,026	0,62	0,535	NS
5. Delovno mesto ambulanta	0,519	0,506	0,026	0,50	0,617	NS
bolnišnica	0,428	0,435	0,026	0,27	0,787	NS
drugo	0,053	0,059	0,012	0,50	0,617	NS

Življenjski stil

Stanje prehranjenosti. Podhranjenih zdravnikov ni. Dve tretjini (64,2%) je normalno hranjenih, 127 (35,8%) pa čezmerno. Med čezmerno hranjenimi je 14 (3,9%) zelo debelih. Moški ($hi^2 = 31,3$, $p < 0,001$) in starejši ($r = 0,3669$, $p < 0,001$) imajo pomembno višji BMI.

Zajtrk in število dnevni obrokov. Redno zajtrkuje 54,1% vprašanih. Samo en obrok dnevno pojedjo štirje zdravniki in zobozdravniki (1,1%), 88 (24,8%) jih poje dva obroka na dan, 190 (53,5%) tri in 73 (20,6%) štiri ali več. Pričakovane povezave med rednostjo zajtrka (reden zajtrk – nižji BMI) in BMI ($hi^2 = 1,04$, $p = 0,59$) ter številom dnevnih obrokov hrane (večje število obrokov – nižji BMI) in indeksom telesne mase ($hi^2 = 11,2$, $p = 0,08$) nismo našli.

Kajenje. Kadi 56 (15,8%) anketiranih zdravnikov, 14,8% žensk in 17,0% moških. Med 295 nekadilci je 220 takih (62%), ki nikoli niso kadili in 75 takih (21,1%), ki so prenehali kaditi. Med bivšimi kadilci je več moških, vendar razlike niso statistično pomembne ($hi^2 = 4,36$, $p = 0,11$).

Do 10 cigaret dnevno pokadi 26 kadilcev (46,4%), od 11 do 20 cigaret 23 (41,1%), več kot 21 cigaret pa 7 (12,5%). Med slednjimi nihče ne presega 30 pokajenih cigaret na dan.

Alkohol. Nikoli ne pije alkohola 36 (10,1%) vprašanih, občasno pa 275 (77,5%). Takih, ki pravijo, da popijejo vsak dan do 2 dl vina ali ekvivalent temu, je 35 (9,9% vseh), tistih, ki dnevno popijejo več kot to količino, pa je 9 (2,5%).

Telesna aktivnost. Devetintrideset zdravnikov in zobozdravnikov (11,0%) se nikoli ne ukvarja s športom, le občasno pa 155 (43,7%). Takih, ki se s telesno aktivnostjo ukvarjajo enkrat tedensko, je 71 (20,0%), takih, ki rekreirajo večkrat tedensko, pa je 74 (20,8%). Vsakodnevnih rekreativcev je 16 (4,5%). Statistično pomembno več moških ($hi^2 = 11,54$, $p = 0,02$) se ukvarja z rekreacijo.

Primerjava tedenske poklicne obremenitve, izražene v urah in pogostosti telesne aktivnosti pokaže, da večje število v službi prebitih ur ne vpliva na odnos do rekreacije ($hi^2 = 3,02$, $p = 0,55$). Ravno tako ni povezave med telesno aktivnostjo in indeksom telesne mase ($hi^2 = 5,55$, $p = 0,69$).

Varnostni pas. Pri vožnji avtomobila redno uporablja varnostni pas 85,4% anketirancev, ostali pa neredno ali sploh ne. Uporaba varnostnega pasu, ki je merilo nagnjenosti k tveganju, ni v povezavi s tveganjem, ki ga nudi kajenje ($hi^2 = 0,32$, $p = 0,85$).

Stiki s prijatelji. Vsak dan se sreča s prijatelji 9 vprašanih (2,5%), enkrat tedensko 131 (36,9%), enkrat mesečno 109 (30,7%) in nekajkrat letno 97 (27,3%). Osem anketirancev je odgovorilo, da nimajo prijateljev.

Tehnika sprostitve. Skoraj polovica vprašanih (49,3%) nikoli ne uporabi nobene sprostitvene tehnike. Redko in včasih se na ta način sprošča 36,7% vprašanih, pogosto pa 5,6%. 21 zdravnikom in zobozdravnikom (5,9%) to pomeni redno in ustaljeno obliko sproščanja.

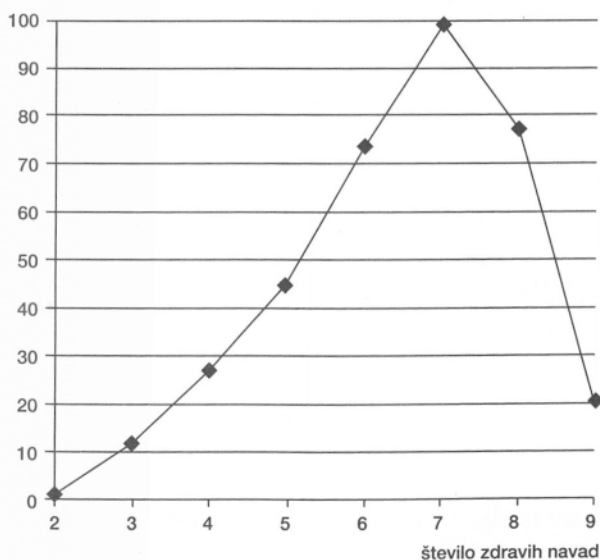
Poraba prostega časa. Če upoštevamo, kako obremenjeni so zdravniki, imajo najmanj prostega časa bolnišnični zdravniki, ki delajo povprečno 56 ur na teden. Ambulantni zdravniki delajo povprečno nekaj manj kot 47 ur, povprečje vseh anketiranih zdravnikov pa je 50,46 ur. Večina vprašanih porabi svoj prosti čas za partnerja in družino, saj je kar 84,2% vprašanih tej možnosti dalo oceno 4 (pogosto) in 5 (vedno). Na drugem mestu je študij in na tretjem rekreacija. Sledijo počitek, konjički in gledanje TV. Na zadnjem mestu so stiki s prijatelji.

Izbrani zdravnik. Dve tretjini vprašanih (67,3%) ima izbranega zdravnika.

Preventivni pregled. V zadnjih treh letih je bilo na preventivnem pregledu 296 (83,4%) anketirancev, med njimi je statistično pomembno več žensk ($\chi^2 = 19,93$, $p < 0,001$).

Spremenljivka »stil«

Spremenljivka »stil« je vsota zdravih navad (sl. 1). Ko smo ocenili način življenja po kriterijih, omenjenih v poglavju o metodah, smo dobili povprečno oceno stila 3,25.



Sl. 1. Vsota zdravih navad, ki jih imajo zdravniki.

Fig. 1. Number of practised healthy habits by physicians.

Spol nima vpliva na »stil« ($t = 1,65$, $p = 0,10$). Zdravnice imajo v povprečju 6,61 zdravih navad, zdravniki pa 6,35. Skupina moških je bolj raznolika (standardna deviacija SD pri zdravnicah je 1,35, SD pri zdravnikih pa 1,62, $F = 6,18$, $p = 0,01$). Delovno mesto nima vpliva na »stil« ($F = 1,64$, $p = 0,19$). Vplivna je opravljena specializacija, ker specialisti živijo manj zdravo od nespecialistov ($t = 2,36$, $p = 0,02$). Skupini specialistov in zdravnikov brez specializacije sta homogeni (SD specialistov = 1,45, SD nespecialistov = 1,49, $F = 0,315$, $p = 0,56$). Vplivna je še starost zdravnikov, ki bi bila lahko pristranost, ker so specialisti značilno starejši od nespecialistov ($r = 0,42$, $p < 0,001$).

Razpravljanje

Značilnost poklica dobro pokaže tedensko število delovnih ur, ki v povprečju presega predpisani 40-urni teden za 10 ur, pri bolnišničnih zdravnikih pa kar za 15 ur. Ti zdravniki pa niso niti čezmerno hranjeni niti manj telesno aktivni od ostalih.

Prosti čas zdravniki preživljajo z družino ali partnerjem. Vsaki tretji zdravnik ima partnerja istega poklica, še 40% pa partnerja z visoko ali višjo izobrazbo, zato ne preseneča, da je na drugem mestu pri porabi prostega časa študij.

Dobra tretjina zdravnikov je čezmerno hranjena, med njimi pa je vsak deseti zelo debel. Redno zajtrkuje dobra polovica anketirancev in toliko jih tudi zaužije tri obroke na dan. Tisti zdravniki, ki ne zajtrkujejo in pojedjo manj kot tri obroke dnevno, nimajo pomembno višje proporcionalne telesne mase.

Ne glede na simbolno vrednost ima kajenje vrsto dokazanih škodljivih učinkov na zdravje, ki bi vsaj zdravnika morali odvrniti od te razvade. Kateri obrambni mehanizem »varuje« zdravnika pred prenehanjem kajenja? Je to narcizem, zajet v misli: Vse, kar vem o kajenju in njegovem učinku na človeški organizem, je res. Vendar se to meni ne more zgoditi. To velja za druge. Nekatere skrajne razlage razumejo kajenje pri zdravnikih kot latentni samomor (10). Poskus povezave tveganja, ki ga prinaša kajenje, s tveganjem neuporabe varnostnega pasu, povezave ni pokazal.

Še vedno kadi 14,8% zdravnic in 17,0% zdravnikov, kar je manj od podatkov Fortičeve ankete o kajenju med slovenskimi zdravniki iz leta 1986 (10), ko je kadilo 20% zdravnic in 30% zdravnikov. Še ugodnejša (čeprav metodološko sporna) je primerjava z izsledki javnomnenjske ankete (12), ki je pokazala, da v Sloveniji kadi 22,7% žensk in 34,7% moških.

Pri postavljanju mej za še koristno in že škodljivo pitje alkoholnih pijač je veliko dilem in različnih mnenj že pri priporočenih količinah popitega alkohola (13–15). Med mnogimi priporočili sem se odločila za tisto (16), ki kot zmerno opredeljuje zaužitje 150 g alkohola na teden, kar pomeni približno 2 dl vina (ali 1/2 l piva ali 1/2 dl žganja) na dan. Zmernih pivcev je desetina. Vprašljiva je kategorija »občasnih« pivcev, ki jih je med našimi zdravniki 77,5%, saj lahko skriva v sebi tudi prave alkoholike. Vsak štirideseti zdravnik dnevno popije več, kot je priporočena količina alkohola. Lahko da smo izbrali slab kriterij ali pa zdravniki res nimajo težav z alkoholom, kar bi lahko sklepali tudi iz podatka, da uživanje alkohola ni imelo vpliva na oceno lastnega sloga.

Redno telesno aktiven je vsak četrti zdravnik in vsak peti Slovenec. Razlika se še poveča, če k redno aktivnim štejemo še tiste, ki se razgibajo le enkrat tedensko. Takih zdravnikov je potem 45,3%, Slovencev pa le tretjina. Tudi pri neaktivnih so rezultati v prid zdravnikom, saj je neaktiven le vsak deseti zdravnik in vsak drugi Slovenec. V eni redkih študij o telesni aktivnosti zdravnikov v kanadski pokrajini Saskatoon so bili rezultati drugačni (17), saj so bili zdravniki precej manj telesno aktivni od ostalih Kanadčanov.

Rekreacija zaseda tretje mesto (za družino in študijem) pri porabi prostega časa in je tako vodilna oblika sprostitve. Zelo malo razširjena oblika sprostitve so sprostilne tehnike (avtogeni trening, joga, meditacija), ki jih redno uporablja samo desetina zdravnikov.

Skrb za zdravje lahko predstavlja tudi preventivni pregled, ki ga je imelo v zadnjih treh letih več kot 80% zdravnikov. Tu se pokaže pričakovana razlika med spoloma v prid žensk. Ugovor, da imajo ženske »obvezne« ginekološke preglede in da zato niso bolj osveščene, ne zdrži, ker smo postavili zelo širok kriterij za preventivni pregled (tudi samo opravljen laboratorijski pregled krvi/urina ali izmerjen krvni tlak).

Z uvedbo spremenljivke »stil«, ki predstavlja vsoto zdravih navad, sem poskušala najti merilo za celovito oceno zdravega življenja. To merilo ni standardizirano in zahteva razvijanje in dopolnitve, ker je pomen različnih navad za zdravje različen. Povprečna vrednost »stila« je 3,25, kar v jeziku naše ankete pomeni »srednje zdravo«.

Zaključek

V raziskavi sem poskušala ugotoviti, kako »zdravo« živijo slovenski zdravniki. Pregled zdravih navad je pokazal, da so zdravniki bolj telesno aktivni in da kadijo manj kot Slovenci. Kljub temu, da smo imeli reprezentativen vzorec, bi morali nadaljevati z raziskovanjem življenjskega stila zdravnikov in iskanjem optimalnega kriterija, ki bi imel napovedno vrednost za pojav izgorelosti in kroničnih bolezni. Vzporedno z »zbiranjem podatkov« bi morali strniti vrste in najti poti, da bi bili zdravniki čim manjkrat kovačeve kobile.

Zahvala

Zahvaljujemo se prim. dr. Metki Macarol-Hiti, dr. Kurtu Kanclerju in dr. Francetu Cukjati, ki so nam odprli vrata svojih ustanov in nam omogočili delo. Posebna zahvala gre gospe Miljani Vegnuti, ki nas je prepeljala čez statistične zanke in financiranjem raziskave Ministrstvu za zdravstvo ter firmama GLAXO in KRKA.

Literatura

1. Premik M. Zdrav način življenja in zdravje. Zdrav Var 1993; 32: Suppl 2: 5–13.
2. Polič M. Dejavniki spreminjanja in ohranjanja (ne)zdravih življenjskih navad. Zdrav Var 1993; 32: Suppl 2: 25–31.
3. Polič M. Skušnjava nezdravja: psihološki dejavniki zdravega načina življenja. In: Nacionalna konferenca o promociji zdravja; 1995 Mar 29–30; Ljubljana. Ljubljana: IVZ, 1995: 19–30.
4. Osmond H. God and the doctor. N Engl J Med 1980; 302: 555–8.
5. Moorhead RG. Who do people talk to about healthy lifestyles? A South Australian survey. Fam Pract 1992; 9: 472–5.
6. Price JH, Desmond SM, Losh DP. Patients expectations of the family physician in health promotion. Am J Prev Med 1991; 7: 33–9.
7. Andolšek L. Zdravnica in njen poklic. In: Zdravnica in njen poklic. Prispevki na okrogli mizi ob VI. srečanju pediatrov v Mariboru; 1988 Jun 9–11; Maribor. Ljubljana: MF, 1989: 1–5.
8. Voljč B. Kovačeva kobila, skupno stanovanje in izgorelost: o zdravstvenem stanju in kakovosti življenja zdravstvenih delavcev in njihovih družin. Zdrav Vestn 1988; 57: 97–9.
9. Cevc M. Izjemnost zdravniškega poklica. Zdrav Vestn 1995; 195–6.
10. Fortič B, Pompe-Kirn V, Ferluga D, Štangl B, Jerše M, Kambič V, Cerar V, Štrukelj M, Boh K, Ziherl S et al. Zdravnik, kajenje in zdravje. Zdrav Vestn 1988; 57: 227–34.
11. Fortič B. Razvada kajenja pri zdravnikih in njene posledice. Zdrav Vestn 1992; 61: 625–5.
12. Slovensko javno mnenje 94/1. Stališča o zdravju in zdravstvu. Izbor rezultatov. Ljubljana: FDV, 1994.
13. Ramovš J. Kultura pitja vina. In: Vino v prehrani, 17–28.
14. Nolimal D, Premik M. Nekateri socialnomedicinski vidiki pitja alkoholnih pijač. In: Vino v prehrani, 63–77.
15. Ullmann D, Phillips RL, Beeson WL, Dewey HG, Brin BN, Kuzma JW, Mathews CP, Hirst AE. Cause-specific mortality among physicians with differing life-styles. JAMA 1991; 265: 2352–9.
16. Bradley AK, Donovan DM, Larson EB. Koliko je preveč? JAMA – slovenska izdaja 1994; (3): 17–20.
17. Gaertner PH, Firor WB, Edouard L. Physical inactivity among physicians. Can Med Assoc J 1991; 144: 1253–6.

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 ugotavljamo, da je evidenca o strokovnih, znanstvenih in akademskih nazivih naših članov pomanjkljiva.

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

Slovensko zdravniško društvo
Komenskega 4, 61001 Ljubljana

PODATKI O ČLANU

Ime in priimek _____

Nazivi (strokovni, znanstveni, akademski) _____

Datum in kraj rojstva _____

Leto včlanitve v SZD _____

Natančen naslov _____

MEDICINSKA AKADEMIIJA POSTAJA REALNOST

Zdravniki potrebujemo avtoritativno institucijo, zato se znotraj Slovenskega zdravniškega društva ustanovi Slovenska medicinska akademija (SMA), ki predstavlja vrh SZD v etičnem, strokovno-raziskovalnem in znanstvenem področju medicine ter skrbi za varovanje, ohranjanje in razvijanje strokovne in kulturnoumetniške dediščine slovenskih zdravnikov. Pri oblikovanju ciljev in nalog SMA smo iskali iz glavnih vrednot tradicije SZD, to je etike, delovanja vseh strokovnih sekcij, varovanja kulturne dediščine slovenskih zdravnikov in nenehne skrbi za utrjevanje položaja zdravnika v slovenskem intelektualnem in društvenem prostoru.

Predstavljamo okvirne cilje in naloge Slovenske medicinske akademije.

Namen in cilj

SMA se ustanovi v okviru SZD s ciljem združiti strokovno in raziskovalno-znanstveno delo na področju medicine, predstavlja etični vrh slovenske medicine in skrbi za varovanje, razvijanje in ohranjanje znanstvene in kulturnoumetniške dediščine slovenskih zdravnikov.

Naloge

- Dosledno brani načela etike in deontologije.
- Skrbi in nadzoruje, da bo zdravnikovo obnašanje vedno v okvirih etičnega kodeksa in načel zdravniške etike in da bo kodeks slovenskim zdravnikom zagotavljal zdravnikovo neodvisnost in strokovno svobodo.
- Sodeluje pri programiranju strokovnega, znanstvenega in raziskovalnega dela na področju medicine.
- Sodeluje pri sprejemanju in vodenju raziskovalnih projektov s področja medicine.
- Sodeluje pri načrtovanju interdisciplinarnega dela – projektov z drugimi strokami in pri sprejemanju in vodenju teh projektov.
- Sodeluje pri pedagoškem procesu Medicinske fakultete.
- Sodeluje pri spreminjanju in oblikovanju študijskih programov Medicinske fakultete.
- Sodeluje pri ocenjevanju rezultatov pedagoškega, strokovnega in raziskovalnega dela.
- Sodeluje pri oblikovanju nacionalnih zdravstvenih programov in nacionalne doktrine, izhajajoč iz avtoritativnosti posameznih strok prek strokovnih sekcij.

- Sodeluje pri varovanju in razvijanju znanstvene, kulturne in umetniške dediščine slovenskih zdravnikov.
- Skrbi za nenehno spodbujanje ustvarjalnosti in kreativnosti slovenskih zdravnikov.
- Predstavlja avtoritativnost stroke v javnosti, izhajajoč iz avtoritativnosti mnenja strokovnih sekcij posameznih področij.
- Sodeluje in se povezuje z medicinskimi in znanstvenimi akademijami doma in v svetu.
- Sodeluje s SAZU pri njenih projektih.
- Nadzoruje izdajanje strokovnih, znanstvenih in kulturnoumetniških publikacij slovenskih zdravnikov.
- Izdaja samostojne publikacije SMA s programi, načrti in rezultati njenega dela.

Pri oblikovanju ciljev in nalog Slovenske medicinske akademije nismo izhajali iz novih idej ali nalog, ki bi si jih slovenski zdravniki zadali. Vse to že imamo in izvajamo v številnih programih različnih sekcij, podsekcij ali skupnih srečanjih zdravnikov med seboj, ali v povezavi z drugimi strokami ali vedami. Namen ustanovitve SMA je koordiniranost in avtoritativnost našega dela, predstavljen na z etično in strokovno prominentnimi člani SZD, združenimi v Slovenski medicinski akademiji. Strokovne sekcije so od številnih strokovnih institucij najbolj strokovno samostojne in neodvisne v svojem delu in na tem tudi bazira dosedanje delo SZD.

Slovenska medicinska akademija bo svoje delo realizirala v projektnih skupinah. Delo SMA bo določeno v statutu in posameznih pravilnikih SMA. Člane (redne, izredne, pridružene in dopisne) bo določal statut SMA. Statut Slovenske medicinske akademije bi sprejeli na naslednjem kongresu SZD, do takrat pa je potrebno pripraviti osnutek (o pripravi osnutka bomo poiskali tudi pravno pomoč), ga dali skupaj s cilji in nalogami v predhodno obravnavo in razpravo vsem članom SZD. Tako bomo imeli dovolj časa, da skupno oblikujemo Slovensko medicinsko akademijo, ki naj temelji na vseh tradicionalnih vrednotah dosedanjega dela SZD.

Za operativno pripravo tega dela sem bila zadolžena kot podpredsednica SZD, zato je ta predstavitev Slovenske medicinske akademije prikaz v glavnem mojega videnja in jo posredujem vsem predsednikom regionalnih društev SZD in tako posredno vsem članom v razmišljanje in obravnavo. Prosim tudi, da bi svoja gledanja in razmišljanja posredovali v tajništvo SZD, da bomo resnično lahko realizirali našo Slovensko medicinsko akademijo.

Prim. dr. Jelka Gorišek,
podpredsednica SZD

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
 Komenskega 4
 1000 Ljubljana

ANKETNI LIST ZA AKADEMIJO SLOVENSKIH ZDRAVNIKOV

Priimek in ime: _____

Dekliški priimek: _____

Rojen(a) dne: _____ V: _____

Bivališče: Ulica: _____ Št.: _____

Poštna številka: _____

Tel. doma: _____ Tel. služba: _____

Zaposlen(a): Zavod: _____

Naslov: _____

Diplomiral na MF: _____ Datum: _____

Strokovni izpit opravil: _____ Datum: _____

Specializacijo opravil: Področje: _____ Datum: _____

V (kraj) _____

Magisterij opravil: Področje: _____

Naslov: _____

Kraj: _____ Datum: _____

Doktorat opravil: Področje: _____

Naslov: _____

Kraj: _____ Datum: _____

Druga izpopolnjevanja: Kje: _____ Datum: _____

Področje: _____

Pridobljeni nazivi: Primarij Datum: _____

Svetnik Datum: _____

Višji svetnik Datum: _____

Asistent Datum: _____

Docent Datum: _____

Izredni profesor Datum: _____

Redni profesor Datum: _____

V _____, dne _____ Podpis _____

**ZAVAROVALNICA TRIGLAV
OBMOČNA ENOTA LJUBLJANA**
LJUBLJANA, Miklošičeva 10
Telefon 061/13-24-211

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKODRUŠTVO

LJUBLJANA, Komenskega 4
Telefon 061/323-469

ČLANOM SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

Kolektivno nezgodno zavarovanje

Z veljavnostjo dne 1. januarja 1997 pristopate h kolektivnemu nezgodnemu zavarovanju članov SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA. Možnosti kolektivnega nezgodnega zavarovanja so sledeče:

OBLIKA A: Številka police: 24973

ZAVAROVALNE VSOTE ZA PRIMER:

– nezgodne smrti	3.000.000,00 SIT
– nezgodne invalidnosti do	6.000.000,00 SIT
– dnevne odškodnine	3.000,00 SIT
– smrti zaradi bolezni	500.000,00 SIT
– stroškov zdravljenja do	50.000,00 SIT
– letna premija na osebo	15.066,50 SIT
– polletni obrok	8.257,70 SIT

OBLIKA B: Številka police: 24974

ZAVAROVALNE VSOTE ZA PRIMER:

– nezgodne smrti	3.000.000,00 SIT
– nezgodne invalidnosti do	6.000.000,00 SIT
– letna premija na osebo	4.524,70 SIT
– polletni obrok	2.479,00 SIT

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

Vsak se lahko zavaruje v eni ali obeh oblikah.

Kolektivno nezgodno zavarovanje začne 1. 1. 1997, če zavarovanci do takrat pošljejo novo pristopno izjavo in plačajo ustrezno premijo. Pozneje med letom pa jamstvo po novi izjavi teče od 24. ure dneva plačila premije. (Premija se obračunava v dvanajstinah skupne letne premije – povečane za 10% za vse zavarovance, ki so navedeni na pristopni izjavi, vključno z mesecem pristopa in za vse preostale mesece do konca zavarovalnega leta.) Zavarovancem iz dosedanjega kolektivnega zavarovanja članov ZDS se podaljša sedanje jamstvo do dneva plačila premije po novih oblikah zavarovanja, vendar ne dlje kot do 31. januarja 1996, ko mora biti plačana premija za leto 1996.

H kolektivnemu nezgodnemu zavarovanju članov SZD lahko pristopijo:

- član SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA
- zakonec zavarovanega člana SZD
- njegovi otroci
- zaposleni delavci v njegovi ordinaciji
- zaposleni delavci pri SZD in njihovi zakonci ter otroci

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

Za prijavo pristopa v novo kolektivno nezgodno zavarovanje članov SZD prilagamo obrazec pristopne izjave, katerega izpolnite, podpišite in vrnite na naslov ZAVAROVALNICE TRIGLAV, D. D., OBMOČNA ENOTA LJUBLJANA, Ljubljana, Miklošičeva 10 in obenem poravnajte ustrezno premijo na račun:

PRISTOPNA IZJAVA

zdravnik
1997

I. Podpisani _____ roj. _____

zdravnik v _____

pristopam h kolektivnemu nezgodnemu zavarovanju zdravnikov pri ZAVAROVALNICI TRIGLAV D.D., OBMOČNA
ENOTA LJUBLJANA in sicer:

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

zavarovanja, kakor omenja okrožnica ZAVAROVALNICE in SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

II. Pristopajo tudi:

a) njegov zakonec _____ roj. _____

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

b) njegovi otroci _____ roj. _____

_____ roj. _____

_____ roj. _____

_____ roj. _____

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

č) zaposleni delavci v njegovi ordinaciji

ime in priimek _____ roj. _____

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

ime in priimek _____ roj. _____

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

ime in priimek _____ roj. _____

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

V _____, dne _____

Žig in podpis zdravnika _____

SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE
GINEKOLOŠKO PORODNIŠKI ODDELEK
NEONATALNI ODSEK

in

PEDIATRIČNA SEKCIJA SZD

organizirajo

SEMINAR IZ ULTRAZVOČNE IN DOPPLERJEVE ULTRAZVOČNE
DIAGNOSTIČNE PREISKAVE MOŽGANOV PRI
NOVOROJENCU IN DOJENCU

Neonatalni odsek Ginekološko porodniškega oddelka Splošne bolnišnice Celje, 25.–26. januar 1997

Predavatelja: Doc. dr. *Michael Riccabona* Univerzitetna pediatrična klinika Graz
Doc. dr. *David Neubauer* Pediatrična klinika Ljubljana

PROGRAM SEMINARJA

Sobota, 25. januar 1997, 9.00–13.00 in 14.30–19.00

- Teoretični del
- UZ preiskava možganov pri novorojenčku in dojenčku

Nedelja, 26. januar 1997, 9.00–13.00 in 13.30–17.30

- Teoretični del
- UZ Dopplerjeva preiskava možganov pri novorojenčku in dojenčku

Seminar bo potekal v angleškem jeziku.

Maksimalno število udeležencev je 18.

Ciljna skupina: pediatri, pediatri neonatologi, rentgenologi.

Seminar bo upoštevan pri podaljšanju licence za zdravnike.

Kotizacijo 100 DEM (v tolarski protivrednosti po srednjem tečaju Banke Slovenije na dan plačila) lahko vplačate na račun: Zdravniško društvo Celje, Kersnikova 1, št.: 50700-678-45751 (z oznako: Za seminar iz ultrazvoka) sklic na št. 5253446, ali ob prihodu na seminar.

V kotizacijo je všteto kosilo v bolnišnični restavraciji v soboto in nedeljo.

Informacije: Dr. *Ana Ilijaš-Trofenik*

in/ali

dr. *Zlata Felc*

Odsek za neonatalno pediatrijo ginekološko porodniškega oddelka SB Celje

tel.: 063 / 441-133 int. 31-23, fax: 063 / 481-204

MEDICINSKA FAKULTETA V LJUBLJANI
KATEDRA ZA KIRURGIJO

KLINIČNI CENTER LJUBLJANA
KIRURŠKE KLINIKE

organizirata

**XXXIII. PODIPLOMSKI TEČAJ KIRURGIJE
ZA ZDRAVNIKE SPLOŠNE MEDICINE**

**30. januarja do 1. februarja 1997 v Veliki predavalnici Medicinske fakultete
Ljubljana, Korytkova 2**

PROGRAM

Četrtek, 30. januar 1997

9.00–9.30	V. Smrkolj	Otvoritev
9.30–17.00	Splošna kirurgija Splošna kirurgija in zdravnik splošne medicine Moderator: S. Rakovec	
9.30–9.35	S. Rakovec	Uvodne misli
9.35–10.00	S. Rakovec	Novi postopki zdravljenja kirurških okužb površinskih tkiv
10.00–10.10	Z. Parač, S. Rakovec	Pospeševanje čiščenja in celjenja ran
10.10–10.15	B. Sedej	Uporaba laserja pri zdravljenju ran
10.15–10.30	V. Gregorc-Novšak, N. Alikadić	Omejene gnojne okužbe površinskih tkiv
10.30–10.45	I. Gaberšek, S. Rakovec	Flegmone mehkih tkiv
10.45–11.10	V. Manfreda-Rak	Kožne spremembe in tumorji površinskih tkiv v ambulantni splošne kirurgije
11.10–11.30		Odmor za kavo
11.30–11.45	S. Rakovec, C. Triller	Postopek Mesh-plug operacijske oskrbe dimeljskih kil
11.45–11.55	A. Pleskovič	Endoskopski postopki oskrbe dimeljskih kil
11.55–12.05	C. Triller, S. Rakovec	Uporaba samolepilne zadrge pri zapiranju kirurških ran
12.05–12.30		
12.30–13.30		Odmor za kosilo
13.30–13.50	S. Rakovec	Diabetična noga
13.50–14.10	M. Medvešek, V. Urbančič-Rovan, M. Piletič, M. Mesec-Staut	Vloga diabetološkega tima pri oskrbi diabetičnega stopala
14.10–14.30	P. Poredoš	Vloga angiologa pri oceni in zdravljenju diabetičnih okvar na udih
14.30–15.00		Odmor za kavo
15.00–15.10	M. Šurlan	Radiološka diagnostika diabetičnih sprememb na žilju in postopki za izboljšanje prekrvljenosti spodnjega uda
15.10–15.20	V. Jevtič	Možnosti radiološke diagnostike vnetnih sprememb na diabetičnem spodnjem udu
15.20–15.30	V. Flis	Rekonstrukcijski posegi na arterijah spodnjih udov pri sladkornih bolnikih
15.30–15.50	I. Gaberšek, S. Rakovec, C. Triller	Kirurško zdravljenje diabetičnih in drugih ishemičnih okvar na spodnjem udu
15.50–16.00	K. Schara, Z. M. Arnež, M. Šolinc	Rekonstrukcija diabetičnega stopala
16.00–16.10	B. Sedej	Zgodnja rehabilitacija bolnikov po amputaciji na spodnjih udih
16.10–16.20	M. Prešern-Štrukelj	Rehabilitacija po kirurških posegih na diabetičnih in ishemičnih spodnjih udih
16.20–16.30	Č. Marinček, H. Burger	Novosti v protetiki spodnjih udov
16.30–17.00		Razpravljanje

Petek, 31. januar 1997

9.00–18.00	Bolezni in poškodbe roke Sodelovanje kirurga in zdravnika splošne medicine Moderator: Z. M. Arnež
------------	---

9.00–9.10	Z. M. Arnež	Uvod
9.10–9.20	M. Križaj	Epidemiologija poškodb zgornjega uda in roke v Republiki Sloveniji
9.20–9.30	D. Pogorelec	Zlomi členkov
9.30–9.40	A. Leskovšek	Zlomi dlančnic
9.40–9.50	F. Planinšek	Sklepni zlomi in poškodbe sklepov
9.50–10.00	Z. M. Arnež	Zlomi in izpahi palca
10.00–10.10	B. Prezelj	Rekonstrukcija deformacij prstov
10.10–10.20	D. Pogorelec	Anatomija in osnove biomehanike zapestja
10.20–10.30	J. Pekarovič	Zlomi čolnička
10.30–10.40	J. Pšenica	Avaskularna nekroza zapestja
10.40–11.00		Odmor za kavo
11.00–11.10	J. Pšenica	Nestabilnost zapestja
11.10–11.20	J. Pšenica	Poškodbe triangularnega fibrokartilaginoznega kompleksa in bolečina na ulnarni strani zapestja
11.20–11.30	M. Veselko	Zlomi distalnega dela koželjnice
11.30–11.40	B. Prezelj	Poškodbe kit upogibalk
11.40–11.50	T. Janežič	Poškodbe kit iztegovalk
11.50–12.00	M. Šolinc	Prestavitve kit
12.00–12.10	C. Testen	Revmatoidni artritis
12.10–12.20	K. Margič	Osteoartritis
12.20–12.30	Z. M. Arnež	Utesnitveni sindromi perifernih živcev
12.30–12.45		Razpravljanje
12.45–13.40		Odmor za kosilo
13.40–13.50	U. Ahčan	Poškodbe perifernih živcev
13.50–14.00	R. Bošnjak	Poškodbe brahialnega pleteža
14.00–14.10	M. Godec	Boleči zgornji ud
14.10–14.20	F. Planinšek	Dupuytrenova bolezen
14.20–14.30	M. Šolinc	Kritje vrzeli mehkih tkiv na zgornjem udu
14.30–14.40	U. Ahčan	Poškodbe ležišča nohta in vrška prsta
14.40–14.50	T. Janežič	Žilne motnje na zgornjem udu in roki
14.50–15.00	B. Stritar	Replantacijska kirurgija
15.00–15.10	Z. M. Arnež	Nujni prenos tkiv na zgornji ud
15.10–15.20	M. Šolinc	Načrtovane mikrokirurške operacije
15.20–15.30	J. Novak	Tumorji mehkih tkiv
15.30–15.40	R. Stok	Kostni tumorji
15.40–15.50	A. Leskovšek	Agresivni tumorji roke in podlakta
15.50–16.00	B. Stritar	Tumorji roke pri otrocih
16.00–16.20		Odmor za kavo
16.20–16.30	D. Pogorelec	Poškodbe in vnetja pri otrocih
16.30–16.40	Z. M. Arnež	Prirojene različnosti
16.40–16.50	S. Rakovec	Okužbe na roki
16.50–17.00	Z. M. Arnež	Injekcijske in ekstravazacijske poškodbe
17.00–17.10	T. Janežič	Opekline rok
17.10–17.20	A. Leskovšek	Stanja nastala zaradi ponavljajočih se poškodb (poklicne bolezni)
17.20–17.30	A. Hoefflerle	Rehabilitacija roke
17.30–17.40	A. Hoefflerle	Delovna terapija
17.40–17.50	H. Burger	Amputacije, proteze in epiteze
17.50–18.00		Razpravljanje

Sobota, 1. februar 1997

9.00–12.00	Bolezni, ki lahko privedejo do obsežne krvavitve zunaj bolnišnice	
	Moderator: V. Smrkolj	
9.00–9.10	V. Smrkolj	Uvod
9.10–9.20	S. Repše	Hude krvavitve iz prebavil
9.20–9.30	M. Bitenc	Bolezni in stanja s krvavitvijo v plevralni prostor
9.30–9.40	J. Eržen	Krvavitve v traheobronhialno vejevje
9.40–9.50	B. Sotošek	Bolezni in stanja z nevarnostjo krvavitve v področju obraza, čeljusti, ust in vratu
9.50–10.00		Razpravljanje
10.00–10.20		Odmor za kavo
10.20–10.30	M. Žumer-Pregelj	Krvavitve iz zgornjega dela sečil
10.30–10.40	A. Kmetec	Hematurija pri boleznih spodnjih sečil
10.40–10.50	M. Mihelič	Iatrogena hematurija
10.50–11.00	B. Tršinar	Krvavitve iz sečil pri otrocih
11.00–11.10	M. Cimerman, J. Princič	Obsežne retroperitonealne krvavitve pri poškodbah medenice
11.10–11.20	M. Vesel, S. Herman	Krvavitve v trebušno votlino kot posledica travme
11.20–11.40	Andolšek	Krvavitve pri moteni hemostazi in posegih
11.40–12.00		Razpravljanje
		Zaključek tečaja

INFORMACIJE IN PRIJAVE Kirurške klinike Kliničnega centra
Zaloška 7, 1105 Ljubljana
tel.: 061 / 316-268
Medicinska fakulteta, Katedra za kirurgijo
1000 Ljubljana
tel.: 061 / 447-384
ali sprejemna pisarna XXXIII. podiplomskega tečaja kirurgije

LOKACIJA Velika predavalnica Medicinske fakultete v Ljubljani, Korytkova 2

KOTIZACIJA Za udeležence, ki bodo plačali kotizacijo do 15. 1. 1997 14.000,00 SIT, po tem datumu 17.000,00 SIT, za sekundarije velja kotizacija v znesku 10.000,00 SIT. Kotizacijo nakažite na žiro račun Medicinske fakultete v Ljubljani, št.: 50103-603-41175, za XXXIII. podiplomski tečaj kirurgije. Ob registraciji bo potrebno, kot dokazilo poprejšnjega plačila, predložiti kopijo virmana.
Vsak udeleženec s plačano kotizacijo prejme zbornik del tega podiplomskega tečaja in zbirko testnih vprašanj, v kotizaciji sta vračunani tudi dve kosili in kava med odmori.
Vsi udeleženci bodo prejeli potrdilo o udeležbi na tečaju.

Tistim, ki bodo uspešno opravili preskus znanja, bomo poslali potrdilo o aktivni udeležbi in uspešnem preskusu znanja po pošti.

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

SPREJEMNA PISARNA Avla pred veliko predavalnico Medicinske fakultete v Ljubljani, Korytkova 2.
(med prireditvijo) Odprta je med 8. in 16. uro vsakega dne predavanj.

Vodja tečaja: prof. dr. *Vladimir Smrkolj*, dr. med.

SEKCIJA ZA ŠOLSKO IN VISOKOŠOLSKO MEDICINO SZD

in

INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA

organizirata

II. KONGRES ŠOLSKE IN VISOKOŠOLSKE MEDICINE

Brdo pri Kranju, 17. in 18. oktober 1997

Preliminarni program
17. 10. 1997

Ogroženo zdravje mladostnika

Kratka otvoritev

Preventivni programi – novosti

– gibala

– avdiometrija, foniatija

– okulistika

– dermatologija

– ginekologija

– rast, razvoj, prehranjenost

– psihosomatika

– Namerne in nenamerne poškodbe mladostnikov

popoldne

18. 10. 1997

Proste teme o mladostniku

Posterji

Informacije: Predsednica strokovnega odbora *Jožica Mugoša*, dr. med., spec. šol. med.
ZD Sežana, tel. 067 / 31 671
Predsednica organizacijskega odbora *Katja Pešak*, dr. med., spec. šol. med.
ZD Kranj, tel. 064 / 28 20

PRAVKAR SMO IZDALI KNJIGO POGOVORI O DROGAH

V knjigi so sodelovali avtorji *Živa Agrež, Mojca Bevc-Stankovič, Dragica Bošnjak, Branka Čelan-Lucu, Mojca Dobnikar, Anton Dvoršek, Alenka Garbajs, Slavko Gorjup, Marjan Gorup, Jean-Paul Grund, Žarko Hojnik, Miha Jeraša, Andrej Kastelic, Helena Kocmur, Jaša Kramaršič, Milan Krek, Marjana Lavrič, Evita Leskovšek, Lučka Lešnik, Darko Maver, Dušan Nolimal, Slava Partlič, Dunja Piškur-Kosmač, Igor Prassel, Franc Prelec, Igor Pribac, Vladimira Rejc, Eva Stergar, Martina Tomori, Zala Volčič, Miča Vipotnik, Martin Vrančič, Darja Zorc* z 38 prispevki.

Knjiga vsebuje poleg osemindesetih strokovnih prispevkov še avtentične pogovore z zasvojenici in njihovimi starši. Sodelovali so najvidnejši slovenski strokovnjaki s področja psihiatrije, socialne medicine, psihologije, epidemiologije, splošne medicine, pedagogike, socialnega dela, kriminalistike in novinarstva.

Število izvodov je omejeno, zato Vam toplo priporočamo, da si jo po ceni 2.900,00 SIT čimprej zagotovite s priloženo naročilnico.

Lepo pozdravljeni

Asist. mag. **Dušan Nolimal**, dr. med.
urednik

Dorko Stojšin, dipl. oec.
direktor

NAROČILNICA

Nepreklicno naročam(o):
knjigo **POGOVORI O DROGAH**, _____ izvodov po ceni 2.900,00 SIT za izvod.

Pravna oseba – firma _____

Ime in priimek _____

Ulica _____

Kraj, poštna številka _____

Ime in priimek kontaktne osebe in telefon _____

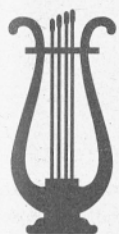
Stroški dostave ali poštne niso vključeni v ceni knjige in se obračunajo po povzetju

Datum: _____ Podpis in žig: _____

Naročilnico pošljite na naslov: Reprostudio S d.o.o., Podutiškla c. 148, 1117 Ljubljana

Tel.: 061 / 159-71-50, fax: 061 574-026

Plačilo izvršite na žiro račun št.: 50101-601-220671



KULTURNO UMETNIŠKO DRUŠTVO
KLINIČNEGA CENTRA IN MEDICINSKE FAKULTETE
DR. LOJZ KRAIGHER

INŠTITUT ZA PATOLOGIJU MEDICINSKE FAKULTETE V LJUBLJANI



vabita na

27. tradicionalni

KONCERT ZDRAVNIKOV

Podelitev Spominske diplome profesorja Janeza Plečnika

in

Priznanja profesorja Franceta Hribarja

Ob XXVII. MEMORIALNEM SESTANKU PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA

Petek, 6. decembra 1996 ob 19. uri

ATRIJ NARODNEGA MUZEJA

Ljubljana, Muzejska 1

SPORED

Janko Držečnik: Votum Hippocratis (priredil M. Feguš)
Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč. Zborovodja Venčeslav Zadravec

Podelitev Spominke diplome profesorja Janeza Plečnika za najboljše ocene iz predmetov anatomija, histologija z embriologijo in patologija študentu Medicinske fakultete v Ljubljani, Andreju Repežu

Podelitev nagrade Univerze v Ljubljani in Fundacije za psihosomatsko in socialno medicino iz Ascone za najboljšo nalogo iz teme »Biti človek človeku« študentki Medicinske fakultete Petri Jelenko

Il est bel e bon – francoska
 Le enkrat – napev Klinarjev, priredil M. Hubad
 E. Cosetto: Cantate et psalite

Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč. Zborovodja Venčeslav Zadravec

J. Suk: Elegija op. 23
 J. Haydn: Trio v G-duru, 3. stavek Rondo (v ciganskem slogu)

*Izvaja klavirski trio Pro medico
 Pavle Kornhauser, klavir
 Marko Zupan, violina
 Zvonimir Rudolf, violončelo*

Med nočjo in angeli – sodobni ples
 na glasbo C. Franck: Panis Angelicus in F. Chopin: Nocturno v cis molu št. 21

*Plešeta Nataša Tovirac in Borut Škodlar
 Glasbena spremljava Judita Caserman, sopran in Barbara Novak-Žumer, klavir*

J. Raff: Kavatina
 H. Wienawski: Mazurka
 Marko Zupan, violina
 Pavle Kornhauser, klavir

Jan Adam Maklakiewicz: Kolysanka
 Cajunska ljudska pesem, priredil Norman Luboff: Tender Love
 George Gershwin, priredil Carl Strommen: I got rhythm (besedilo Ira Gershwin)

*Vokalna skupina Vox medicorum
 Umetniški vodja Matjaž Vrtovec
 Pri klavirju Milivoj Šurbek*

J. S. Bach: Air iz suite št. 3
 S. Joplin: Rag time

Camerata medica Labacensis

Primorski plesi
 Plesna postavitev Marko Ramovš
 Glasbena priredba Julijan Strajnar
 Folklorna skupina KUDa KC in IMF

Skozi spored vodi Zvonka Zupanič-Slavec

**Prisrčno vabljeni
 Vstop prost**

**Po koncertu dekan Medicinske fakultete v Ljubljani prof. dr. Miha Žargi
 vabi na sprejem**

Pregledni prispevek/Review article

MAŠČOBE V PREHRANI OSKRBOVANCEV DOMOV ZA STAREJŠE OBČANE V R SLOVENIJI

FAT COMPOSITION OF MEALS IN ELDERLY INSTITUTIONALIZED POPULATION IN R SLOVENIA

Dražigost Pokorn¹, Barbara Gregorič¹, Marija Homar², Vito Martinčič²¹ Inštitut za higieno, Medicinska fakulteta, Zaloška 4, 1000 Ljubljana² Tovarna olja GEA Slovenska Bistrica, Trg svobode 30, 2310 Slovenska Bistrica

Prispelo 1996-05-28, sprejeto 1996-07-25; ZDRAV VESTN; 1996: 65:691-3

Ključne besede: celodnevni obrok hrane; nasičene; mononenasičene; polinenasičene maščobne kisline; živalske maščobe; olja

Izveček – Izhodišča. Analizirali so 205 celodnevni obrokov hrane v domovih za starejše občane v 52 mestih R Slovenije, v letih 1992–1993. Povprečni celodnevni obrok hrane je vseboval 15,92% beljakovin, 52,17% ogljikovih hidratov in 31,91% maščob glede na energijsko vrednost obroka, od tega je bilo 11,92% nasičenih, 12,63% mononenasičenih in 7,36% polinenasičenih maščobnih kislin.

Zaključki. Razmeroma visoka poraba rastlinskih maščob (1,23 kg/osebo/mesec) v primerjavi z živalskimi maščobami (0,32 kg/osebo/mesec) nakazuje možnost, da bi lahko znižali odstotek nasičenih maščob pod 10% na račun mononenasičenih maščob, predvsem z uporabo bolj kakovostnih olj, ki vsebujejo visok odstotek mononenasičenih maščobnih kislin (olivno, repično olje ali posebna sončnična olja).

Uvod

Številne epidemiološke in eksperimentalne študije so v zadnjih 50 letih pokazale, da maščobe niso samo pomemben vir energije in hranil v dnevni prehrani, temveč so lahko tudi pomemben dejavnik ogrožanja pri nastanku bolezni srca in ožilja ter raka (1–4). Tako količina kot tudi kakovost maščob v dnevni prehrani imata pomemben varovalni vpliv na zdravje (4, 5). Dnevna priporočena količina maščob, ki je združljiva z dobrim zdravjem, je med 15% in 30% dnevnih energijskih potreb (6). Priporočila za posamezne skupine maščobnih kislin pa so: 0–10% nasičenih, 3–7% polinenasičenih maščobnih kislin. Posebno ugoden vpliv v preprečitvi koronarne bolezni naj bi imele predvsem mononenasičene maščobne kisline (7–10), ki jih vsebujejo predvsem olivno, arašidno, repično, pa tudi posebno sončnično olje (11). Večji odstotek mononenasičenih maščobnih kislin pa vsebujejo tudi druge, skrite maščobe v živilih (11), ki so sestavni del naše vsakodnevne prehrane.

V povprečni prehrani Slovencev lahko že opazimo rahel padec v porabi trdih maščob in rahlo porast v porabi rastlinskih olj (12) (tab. 1).

Tako npr. ugotovimo, da je bilo v obliki rastlinskih olj leta 1994 16% maščob; trdih maščob iz mesa, mlečnih izdelkov in drugih proizvodov pa prav toliko. Opazimo porast rastlinskih olj in padec trdih maščob pri masti, maslu in slanini, ne pa pri mlečnih izdelkih, npr. siru, in mesu.

Key words: daily meals; saturated; monounsaturated; polyunsaturated fatty acids; animal fats; oils

Abstract – Background. In 1992–1993 205 daily meals in homes for elderly people, situated in 52 Slovenian cities have been analysed in reference to the energetic value of the meal, the average daily meal contained 15.92% proteins, 52.17% carbohydrates and 31.91% fats, of them 11.92% saturated, 12.63% monounsaturated and 7.36% polyunsaturated fatty acids.

Conclusions. The relatively high consumption of vegetable fats (1.23 kg/person/month), if compared with animal fats (0.32 kg/person/month), indicates the possibility to lower the percentage of saturated fats below 10% on the account of monounsaturated fats, especially with the usage of high-quality oils having a high percentage of monounsaturated fatty acids (olive, rape or special sunflower oils).

Tab. 1. Odstotek energije zaužitih maščob v posameznih skupinah živil v povprečni dnevni prehrani Slovencev v letih 1988, 1991, 1992, 1994.

Skupine živil	1988	1991	1992	1994	Sprememba v % 1988–1994
Mesni izdelki	7,9	8,8	7,8	8,0	+0,1
Mlečni izdelki	5,3	6,1	6,4	6,4	+1,1
Mast, maslo, slanina	2,5	2,1	1,8	1,6	–0,9
Olja	14,6	16,9	16,3	16,1	+1,5

Vir: Statistični letopis R Slovenije 1990, 1992, 1993 in 1995.

V naši študiji smo želeli ugotoviti kakovost maščob v celodnevni obrokih hrane v domovih za starejše občane v R Sloveniji. Vzrok, da smo izbrali prav te domove, je bil predvsem v tem, da domovi pripravljajo celodnevne obroke hrane, pod vodstvom nutricionistov, pri pripravi hrane pa upoštevajo prehranske navade bližnjega okolja in tudi živila z okoliških področij.

Material in metode dela

Podatke o porabi posameznih živil v povprečni prehrani Slovencev smo vzeli iz podatkov statističnega zavoda R Slovenije, ki jih zbira s pomočjo družinskih anket prehrane (12).

V raziskavo za oceno celodnevni jedilnikov smo vključili vse domove za starejše občane v R Sloveniji, to je 52 domov. Vzorce



Vir: Inštitut za higieno, Medicinska fakulteta Ljubljana, 1993

Sl. 1. Analizirani vzorci celodnevnik jedilnikov v 52 domovih starejših občanov v 52 mestih R Slovenije, v obdobju 1992–93.

Domovi starejših občanov v R Sloveniji:

- 1 Dom starejših občanov Ajdovščina
- 2 Dom upokoencev Celje
- 3 Dom starejših občanov Črnomelj
- 4 Dom upokoencev Domžale
- 5 Dom počitka Mengeš
- 6 Koroški dom starostnikov (Dravograd)
- 7 Dom starejših občanov Grosuplje
- 8 Dom upokoencev Jožeta Primožiča Miklavža (Idrija)
- 9 Dom upokoencev Izola
- 10 Dom upokoencev Dr. Franceta Bergelja (Jesenice)
- 11 Dom upokoencev Kamnik
- 12 Dom starejših občanov Kočevje
- 13 Obalni dom upokoencev Koper
- 14 Dom upokoencev Kranj
- 15 Dom oskrbovancev Albina Drolca (Preddvor)
- 16 Dom Tisje (Litija)
- 17 Dom starejših občanov Ljubljana-Bežigrad
- 18A Dom upokoencev Center, Tabor
- 18B Dom upokoencev Center, Poljane
- 19 Dom starejših občanov Ljubljana Moste-Polje
- 20 Dom starejših občanov Marija Draksler-Marjana (Šiška)
- 21A Dom starejših občanov Ljubljana Vič-Rudnik, Bokalci
- 21B Dom starejših občanov Ljubljana Vič-Rudnik, Kočevje
- 22 Dom Lukavci (Ljutomer)
- 23 Dom upokoencev Danice Vogrinc (Maribor)

- 24 Dom počitka Metlika
- 25 Dom oskrbovancev Rakičan (Murska Sobota)
- 26 Dom upokoencev Nova Gorica
- 27 Dom upokoencev Gradišče (Domberk, Nova Gorica)
- 28 Dom starejših občanov Novo mesto
- 29 Dom upokoencev Postojna
- 30 Dom upokoencev Ptuj – Muretinci
- 31 Dom dr. Janka Benedika Radovljica
- 32A Dom upokoencev in oskrbovancev Impoljca (Arto, Sevnica)
- 32C Dom upokoencev Krško
- 32D Dom upokoencev Sevnica
- 33 Trubarjev dom upokoencev Loka pri Zidanem Mostu (Sevnica)
- 34 Dom upokoencev Sežana
- 35 Dom dr. Jožeta Potrča Poljčane (Slovenska Bistrica)
- 36 Lambrechtov dom Slovenske Konjice
- 37 Dom upokoencev Šmarje pri Jelšah
- 38A Dom upokoencev Podbrdo
- 38B Dom upokoencev Tolmin
- 38C Dom upokoencev Petrovo brdo (Tolmin)
- 39 Dom upokoencev Franca Salamona Trbovlje
- 40 Dom Petra Uzarja Trzin
- 41 Dom za varstvo odraslih Velenje
- 42 Dom upokoencev Vrhnika
- 43 Dom starejših občanov Polde Eberl – Jamski, Izlake
- 44 Dom Nine Pokorn Grmovje (Žalec)
- 45 Dom upokoencev Polzela
- 49 Dom upokoencev Dutovlje

celodnevnik jedilnikov smo pobrali v vseh štirih letnih časih, po naslednjem programu:

- vzorci Poletje '92 vključujejo jedilnike, vzete dne: 20. 7., 21. 7., 22. 7., 23. 7.
- vzorci Jesen '92 vključujejo jedilnike, vzete dne: 19. 10., 20. 10., 21. 10., 22. 10., 23. 10., 29. 10.
- vzorci Zima '93 vključujejo jedilnike, vzete dne: 25. 1., 26. 1., 27. 1., 28. 1.
- vzorci Pomlad '93 vključujejo jedilnike, vzete dne: 19. 4., 20. 4., 21. 4., 22. 4.

Skupno smo zbrali 205 vzorcev celodnevnik jedilnikov iz vseh 52 domov v R Sloveniji (sl. 1).

Celodnevne obroke smo jemali po porcijah: zajtrk, kosilo, malico in večerjo. Pred odvzemom vzorca je porcija hrane za posame-

znega oskrbovanca doma naredila servirka na standardne krožnike in obsegu običajne porcije, ki jo dobijo oskrbovan- ci. V domovih za starejše občane so porcije za moške in ženske enake.

Vzorci smo shranili v PVC vrečke in jih globoko zmrznili do analize. Pred analizo smo posamezen celodnevni obrok odmrznili in izmerili volumen in težo. Vzorce smo homogenizirali v multipraktiku in zračno sušili v sušilniku pri 70°C. Suh vzorec smo v laboratoriju Inštituta za higieno Medicinske fakultete v Ljubljani zmleli in kemijsko analizirali na beljakovine, maščobe, ogljikove hidrate; maščobe pa na posamezne maščobne kisline.

Vsebnost vode smo določili s sušenjem pri 105°C do konstantne teže.

Vsebnost pepela smo določili z žarenjem pri 600°C v muflni pečici.

Beljakovine smo določili po Kjeldahlvi metodi (hidroliza v bloku za razklop, destilacija v aparaturi po Parnas Wagnerju (13).

Maščobe smo določili po Soxhletovi metodi (13).

Posamezne maščobne kisline v obroku smo določili na plinskem kromatografu HP 5890 (14).

Vsebnost NaCl smo določili z metodo po Volhardu (15).

Ogljikove hidrate smo izračunali iz rezultatov analiz (13). Energijsko vrednost smo izračunali iz vsebnosti maščob, ogljikovih hidratov in beljakovin in vzeli za 1 g maščob 9,3 Kkal, za 1 g beljakovin ali ogljikovih hidratov pa 4,1 Kkal (13). Izračunali smo povprečne vrednosti posameznih parametrov, za vse domove skupaj in za domove po letnih časih.

Rezultati in zaključek

Analizirali smo 205 celodnevnik obrokov hrane v vseh letnih časih (51 obrokov v enem letnem času, oz. 52 v poletju). Razmeroma pestri obroki hrane (tab. 2), ki jih v posameznih domovih za starejše občane v R Sloveniji sestavljajo dietetičarke, vsebujejo živila iz vseh skupin.

Na tabeli 3 prikazujemo hranilni sestav celodnevnik obrokov hrane v vseh letnih časih. Najmanj maščob smo ugotovi-

Tab. 2. Deset najbolj pogostih jedi in pijač v posameznih dnevnih obrokih hrane (preračunano na vse letne čase).

Zajtrk:	bela kava, salama ali šunka, mleko, maslo, pašteta ali jetni sir, marmelada, med, sir, topljeni sir, skuta ali sirni namaz
Dopoldanska malica:	čaj, kava ali mleko, sadje, kruh, jogurt
Kosilo:	juha (goveja, kostna, zelenjavna), krompir, solata, zelenjavna prikuha, zrezki, mesna enolončnica, mleto meso, sadje, sok (limonada, malinovec), kompot (čežana)
Večerja:	bela kava, solata, čaj, mleko, narastek ali praženec ali zavitek, močnik ali riž ali polenta ali žganci, krompir, juha, mesna enolončnica, testenine

li v zimskih vzorcih, 30,97%; največ pa v pomladnih vzorcih, 33,43% celodnevne energijske vrednosti obroka hrane; v povprečju pa je bilo celokupnih maščob 31,91%. Največ nasičenih maščob smo ugotovili v zimskih mesecih, 13,73%, najmanj pa poleti, 10,60%; v povprečju pa je bilo nasičenih maščob $11,92 \pm 4,08\%$. Vsi vzorci, od pomladi do zime, so vsebovali v povprečju nad 10% nasičenih maščob v celodnevni obroku hrane. Mononenasičenih maščob je bilo največ pomladi, $13,45 \pm 3,78\%$, najmanj pa v zimskem času, $11,53 \pm 3,40\%$, v povprečju pa več kot 10%, to je $12,63 \pm 3,75\%$ energijske vrednosti celodnevne obroka hrane. Polinenasičenih maščob pa je bilo največ v jesenskih vzorcih, to je $8,05 \pm 5,13\%$, najmanj pa v zimskih vzorcih, $5,71 \pm 4,46\%$, v povprečju pa $7,36 \pm 4,51\%$.

Tab. 3. *Energijska in hranilna sestava jedilnikov v domovih za starejše občane (povprečje štirih letnih časov, 1992/93).*

Energijski vir	Enote	x	sd
	KJ/100 g	427,28	72,92
	MJ/obrok	7,19	1,60
B	%/obrok	15,92	3,08
CH	%/obrok	52,17	8,32
M skup	%/obrok	31,91	7,87
nas	%/obrok	11,92	4,08
mononen	%/obrok	12,63	3,75
polinen	%/obrok	7,36	4,51
sest. obr.			
B	g/obrok	66,13	16,08
CH	g/obrok	218,38	58,48
M skup	g/obrok	59,49	21,20
nas	g/obrok	23,68	10,53
mononen	g/obrok	22,85	8,78
polinen	g/obrok	12,96	9,25
polin: nas		0,65	0,54
B	%/obrok	3,95	0,90
CH	%/obrok	12,97	2,65
M skup	%/obrok	3,57	1,25
nas	%/obrok	1,33	0,54
mononen	%/obrok	1,43	0,58
polinen	%/obrok	0,84	0,57

Na tabeli 4 prikazujemo maščobno-kislinski sestav celodnevni obrokov hrane po posameznih letnih časih in povprečje za vse leto. Največ je oleinske kisline – $36,01 \pm 6,3\%$, sledi linolna z $20,51 \pm 10,5\%$, šele na tretjem mestu pa je palmitinska kislina z $20,09 \pm 6,15\%$ celokupnih maščob v obroku hrane, na četrtem mestu je stearinska kislina s $14,4 \pm 6,8\%$ maščobnih kislin glede na celokupne maščobne kisline v povprečnem obroku hrane. Razen miristinske kisline ($3,74 \pm 2,58\%$) in palmitoleinske kisline ($2,07 \pm 2,6\%$) so vse ostale kisline zastopane pod 1%.

Tab. 4. *Maščobne kisline v celodnevni jedilnikih (v % glede na celokupne maščobe).*

Mašč. ksl.	pomlad '93	poletje '92	jesen '92	zima '93	skupaj
C 14:0	3,56	3,47	2,78	4,76	$3,74 \pm 2,58$
C 16:0	18,59	19,80	19,59	24,86	$20,09 \pm 6,15$
C 16:1	1,56	0,81	4,36	2,36	$2,07 \pm 2,6$
C 18:0	22,03	9,88	10,35	14,45	$14,4 \pm 6,8$
C 18:1	35,05	40,14	33,20	34,56	$36,01 \pm 6,3$
C 18:2	18,37	23,95	23,91	16,96	$20,51 \pm 10,5$
C 18:3	0,49	0,89	1,83	1,04	$0,99 \pm 1,81$
C 20:0	0,26	0,21	1,74	0,84	$0,67 \pm 1,48$
C 20:1	0,19	0,16	1,25	0,87	$0,56 \pm 1,31$
C 22:0	0,12	0,30	0,0	0,28	$0,20 \pm 0,83$
C 22:1	0,03	0,0	0,0	0,004	$0,01 \pm 0,10$
C 24:0	0,07	0,0	0,0	0,13	$0,06 \pm 0,37$

Razmeroma visok odstotek porabe rastlinskih maščob, $1,23 \text{ kg/osebo/mesec}$, v primerjavi s porabo živalskih maščob, $0,32 \text{ kg/osebo/mesec}$, lahko potrди tak, razmeroma ugoden sestav maščobnih kislin v povprečnem celodnevni obroku hrane (tab. 5). Ugotovili smo, da je največ porabljenih rastlinskih olj v obliki sončničnega in koruznega olja.

Tab. 5. *Povprečna mesečna poraba posameznih vrst maščob na osebo pri oskrbovancih domov za starejše občane v R Sloveniji (v gramih).*

Vrsta maščobe	
olja	996,1
svinjska mast	148,3
maslo	174,1
margarina	239,7
skupaj	1558,2

Analiza celodnevni obrokov hrane v domovih za starejše občane v R Sloveniji je pokazala, da dnevni obrok hrane v povprečju vsebuje več kot 50% ogljikovih hidratov glede na energijsko vrednost obroka hrane; dobrih 15% beljakovin in malo nad 30% maščob, kar še ustreza normativom zdrave prehrane (6).

V jedilniku prevladujejo mononenasičene maščobne kisline pred nasičenimi maščobnimi kislinami, čeprav je v povprečju mononenasičenih maščob le za 0,71% več kot nasičenih.

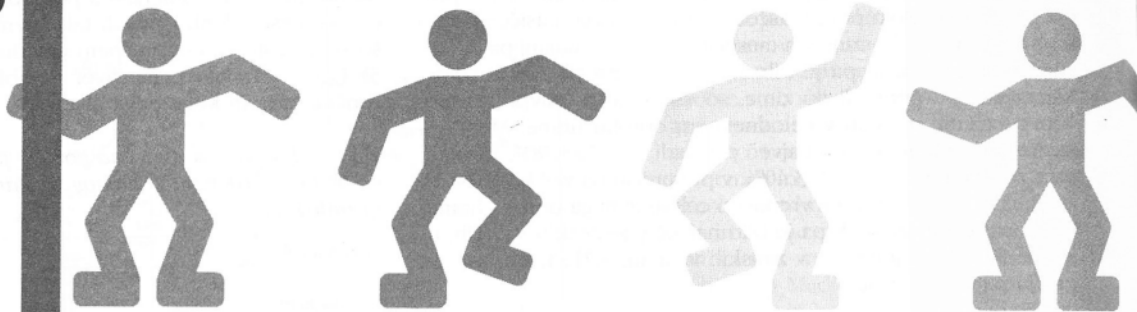
Če bi želeli znižati odstotek nasičenih maščobnih kislin pod 10% na račun mononenasičenih maščobnih kislin, bi glede na razmeroma visoko porabo rastlinskih olj in majhno porabo živalskih maščob to lahko dosegli z uporabo bolj kakovostnih olj, ki vsebujejo veliko mononenasičenih maščobnih kislin, kot so npr. olivno olje, posebno sončnično olje z visoko vsebnostjo mononenasičenih maščobnih kislin in še nekatere druge vrste olj.

Sprememba v uporabi bolj kakovostnih olj bi bila morda smotnejša od uporabe manj mastnega mesa in mleka ter mlečnih izdelkov, ki jih v domovih za starejše občane v R Sloveniji razmeroma zelo malo uporabljajo.

Literatura

- Keys A. Coronary heart disease in seven countries. *Circulation* 1970; Suppl 1: 1–211.
- Kannel WB, Castelli WP, Gordon T. Cholesterol in the prediction of atherosclerotic disease. *Ann Intern Med* 1979; 90: 85–91.
- Hegsted DM, Mc Grandy RB, Myers ML, Stare FJ. Quantitative effects of dietary fat on serum cholesterol in man. *Am J Clin Nutr* 1965; 17: 281–95.
- Helsing E. Trends in fat consumption in Europe and their influence on the Mediterranean diet. *Eur J Clin Nutr* 1993; 47: Suppl 1: 4–12.
- WHO Study Group Report 1991. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series No. 797. Geneva: WHO.
- Munro MH. Nutrition requirements of the elderly. In: Hertz S et al. Nutrition in elderly. Nishimura, London: Smith Gordon, 1992: 1–10.
- Mataix J. Recent findings in olive oil research. *Eur J Clin Nutr* 1993; 47: Suppl 1: 82–4.
- Keys A. Olive oil and coronary heart disease. *Lancet* 1987; 983–4.
- Grundey SM. Monounsaturated fatty acids, plasma cholesterol and coronary heart disease. *Am J Clin Nutr* 1987; 45: 1168–75.
- Mata P, Alvarez-Sala LA, Rubio MJ, Nuno J, Oya M. Effects of long-term monounsaturated vs polyunsaturated-enriched diets on lipoproteins in healthy men and women. *Am J Clin Nutr* 1992; 55: 846–50.
- Zevenbergen JL. The use of fats and oils by the industry. *Eur J Clin Nutr* 1993; 47: Suppl: 57–61.
- Statistični letopis R Slovenije 1990, 1992, 1993, 1995.
- Plestenjak A, Golob T. Skripta za vaje iz analize kakovosti živil. Univerza v Ljubljani, Ljubljana 1995: 64–71.
- Standard JUS E K 8.039, ki je enak standardu ISO 5508; 1978.
- Filipovič I, Sabioncello P. Laboratorijski priručnik. Zagreb: Tehnička knjiga, 1972: 237–42.

Nanj se lahko zanesem!



V eni kapsuli Naklofena duo je:

25 mg
diklofenaka v
acidorezistentnih
peletah

in 50 mg
diklofenaka
v retardnih
peletah.

*galenska oblika
diklofenaka s takojšnjim
učinkom in
podaljšanim
delovanjem*

olajša bolečino in vnetje

Doziranje:

1 kapsula

1-krat do 2-krat
na dan.

Skrajšano navodilo:

Lastnosti in delovanje: Naklofen spada v skupino nesteroidnih protivnetnih in analgetičnih zdravil. **Indikacije:** Vnetne, degenerativne, zunajsklepne, metabole revmatične bolezni in druga bolečinska stanja. **Kontraindikacije:** Peptični ulkus. Preobčutljivost za diklofenak. Diklofenak je kontraindiciran pri bolnikih, pri katerih je predhodno jemanje salicilatov ali drugih zdravil z inhibicijskim delovanjem na sintezo prostaglandinov povzročilo napad astme, urtikarijo ali akutni rinitis. Zadnji trije meseci nosečnosti. Otroci, mlajši od enega leta. **Opozorila:** Bolnike s hudimi okvarami jeter ali ledvic je potrebno večkrat kontrolirati in prilagoditi odmere zdravila. **Stranski učinki:** Lahko se pojavijo prebavne motnje. Redko se pojavijo peptični ulkus ali krvavitve v prebavilih. Izjemoma lahko pride do preobčutljivostne reakcije, perifernih edemov in neznatnega povečanja vrednosti transaminaz. **Oprema:** 20 duo kapsul po 75 mg.

Podrobnejše informacije so
na voljo pri proizvajalcu.

 **KRKA**
SLOVENIJA

®
naklofen
dikalofenak
kapsule 75 mg duo

Pismo uredništvu/Letter to the editor

KRI IN KRVNI IZDELKI SKOZI LUPO ZAKONSKIH IN DRUGIH PREDPISOV EVROPSKE ZVEZE

Edvard Glaser

V preteklih letih je bilo po vsej Evropi vse več sodnih procesov in kaznovanj vodilnih oseb tudi v znanih zdravstvenih ustanovah vse tja do kliničnih, češ da so v svojih ustanovah zakrivil napake, dopuščali površnost, nedoslednost in podobno.

V spominu imamo še visoko zaporno kazen za direktorja velike transfuzijske ustanove v zahodni Evropi zaradi domnevne krivde pri prenosu virusa HIV s krvjo, četudi sam kot direktor ni zakrivil ničesar, morda pa le v toliko, kolikor zahodni svet upravičeno pojmuje dolžnost in odgovornost drugače kakor tam, kjer red še ni tako ukoreninjen in kjer zakonodaja še dokaj šepa.

Tudi nas je nedavno razočarala velika, sicer renomirana firma, na katero so nekateri prisegali, ko je skozi evropske televizijske in radijske ter druge medije šla kot ogenj po svetu vest, da test določene serije na anti-HIV ni potrdil ustreznega, tj. pozitivnega rezultata pri močno anti-HIV pozitivnih vzorcih. To sporočilo je bilo tudi pisмено sporočeno transfuzijskim ustanovam v Sloveniji, kjer so takšne reagense tudi uporabljali. K sreči je Slovenija hitro ukrepala in ponovno pretestirala vse vzorce, ki so bili testirani s temi reagensi.

Še več primerov bi lahko našli v zvezi z uporabo manj kakovostnih testnih materialov za določanje raznih antigenov in podobno tudi drugih firm, celo po opozorilih in prepovedi nabave po transfuziološki sekciji SZD in zahtevi po priznanih kontrolnih testnih serumih za potrditev določenih rezultatov.

Vzнемirja nas tudi primer domnevnega HBs Ag pozitivnega rezultata pri tuji firmi, dasiravno je bila slovenska plazma svojčas testirana na HBs Ag. Vsa dosedanja prizadevanja za razvozlanje primera še niso objavljena, zato je tem bolj potrebna brezlukenjska šaržna dokumentacija, ki je sicer res težko izvedljiva, vendar nujno potrebna.

V spominu nam je tudi popolnoma nesprejemljiv in za nas nerazumljiv postopek neke transfuzijske ustanove izven Slovenije, ki je enostavno zbrala plazmo stotih darovalcev krvi in jo testirala na določene antigene ali protitelesa v enem, kar bi lahko najenostavneje primerjali s testom na kako vsebino, recimo alkohol, ko bi v epruveto dali le eno kapljico tega in 99 kapljic vode; sprašujemo, koliko rutinskih testnih metod bi to kapljico alkohola v rutini sploh odkrila.

Slovenija sodi med tiste države, ki ceni zanesljivost testiranj in kjer doktrino (če jo kdo ne prelomi!) že desetletja s svojo strokovnostjo usmerja Transfuziološka sekcija Slovenije Slovenskega zdravniškega društva (s svojim kolegijem transfuziologov vseh transfuzijskih ustanov v Sloveniji), s čimer zagotavlja prejemnikom polne krvi ali krvnih sestavin največjo zanesljivost.

Kot marsikje drugod Evropska zveza tudi pri konservaciji krvi in pripravi izdelkov iz krvi za komponentno terapijo zahteva enotnost postopkov. Nove zahteve, ki jih transfuzijskim ustanovam naslavlja z novimi spoznanji, na koncu sploh niso nove, ampak so prišle v zavest šele takrat, ko se je o problemih začelo govoriti in razpravljati tudi med bolnišničnimi zdravniki transfuzijske medicine, ki se ukvarjajo s konservacijo krvi in izdelavo izdelkov iz krvi.

Med dela, ki jih opravljamo, štejemo tista, ki spadajo v okviru izdelovanja zdravil, podobno tistim v farmacevtski industriji, zato se moramo ravnati tudi po tistih predpisih ter sprejemati obve-

znosti, predvsem skrbnost, ki jo predpisujejo zakoni o zdravilih. Prav ta okoliščina nam zavestno večja našo pozornost pri pripravi krvnih izdelkov ter prispeva k večji zanesljivosti preparatov.

Za doseg večje varnosti preparatov so marsikje na zahodu ustanovili posebna delovna telesa predvsem pod pokroviteljstvom ministrstev za zdravstvo, ki zajemajo v vsej širini tiste, ki se ukvarjajo z darovalci krvi in nasploh s transfuzijsko medicino na poti do bolnikov ali pa kot posebno skupino bolnikov. Gre pravzaprav za važne gremije, ki skušajo konstruktivno sodelovati in s svojimi zaključki prihajajo zelo blizu izvedencem, strokovnjakom, ki tudi dejansko zavzemajo stališča z znanstvenimi spoznanji, kar zdravstvo izkorišča tudi v svoji zakonodaji.

Posebno vlogo imajo zdravniške zbornice. Eno imamo tudi v Sloveniji. Na zahodu zdravniška zbornica izdaja priporočila v obliki navodil za terapijo s krvnimi sestavinami in derivati plazme. Ta navodila zajemajo celo indikacije in priporočila za varčevanje, kar pri uporabi krvnih izdelkov tudi prispeva k povečanju varnosti.

Sicer obstaja za zagotavljanje večje varnosti več združenj, poleg že imenovane zdravniške zbornice, prek zakonskih predpisov o zdravilih do samostojnega nacionalnega programa za samozadostnost, posebnega transfuzijskega zakona, pa tudi delovnega kroga, ki ga marsikje enostavno imenujejo »Kri«, pa še druge, ki delujejo sinergistično, ne da bi eden drugega oviral, samo v eni smeri, z dokumentacijo za zagotavljanje varnosti »brez lukenj, brez vrzeli«.

Zakon o zdravilih urejuje tudi konservacijo krvi in pripravo plazme, frakcionazo ipd. V ospredju je zahteva, da lahko takšno dejavnost opravlja le tisti, ki ima že vsaj enoletno izkušnjo, treba je zaprositi za dovoljenje, tudi za kakršnokoli spremembo pri delu. Zakon zaostreuje nadzorne pogoje pristojnega urada, predvsem uvozne pogoje za krvne izdelke, kar je na zahodu zelo potrebno, ker uvažajo mnogo krvi tudi iz čezmorskih dežel. Zakon širi pooblastila v smislu povečane skrbnosti, previdnosti in zmanjševanja tveganj.

V Sloveniji imamo *nacionalni program* za zbiranje zadostnih količin krvi v smislu samozadostnosti, ki je v Sloveniji velik porok za zagotavljanje varnejše transfuzije krvi in varnejših izdelkov iz krvi. Na zahodu predvidevajo takšen program v obliki posebnega transfuzijskega zakona ministrstva za zdravstvo.

Transfuzijski zakon bo obravnaval krvodajalstvo in transfuziološko medicino, z ničemer pa ne bo izključeval zakona o zdravilih. Ta zakon bo zajemal predvsem odredbe in ugotovitve v zvezi s pripravo krvnih izdelkov. Po zagotovilih bo ta zakon zajemal le najnujnejše, saj bodo podrobnosti zajete v predpisih, pa tudi v smernicah same stroke, hkrati pa bo transfuzijski zakon zajemal tudi osnovne zahteve po zadovoljivi opreми za delo, vodenju dokumentacije, porazdelitvi odgovornosti, pa tudi časovno potrebno opredelitev hrambe dokumentacije (predvsem darovalcev krvi) ter podatkov v računalniku idr. Ohranjen bo načelo brezplačnosti, prostovoljnosti in anonimnosti darovalca krvi. Poudarjena bo zahteva, da mora biti darovalec krvi pred darovanjem seznanjen s potekom in postopki pri darovanju krvi. Poudarjena bo tudi zahteva po izdatni anamnezi, predvsem v smeri iskanja ogroženih skupin, slediti bo moral obširen zdravniški pregled ter

testiranje krvi darovalca za pridobitev zadostnega vpogleda v zdravstveno stanje darovalca in da tudi prejemnik krvi ne bo ogrožen, od tod tudi zahteva po testiranju krvi na kužne markerje in drugo.

Multicentrično gledanje in zagotavljanje največje varnosti je zajeto tudi v navodilih in usmeritvah zdravniške zbornice z upoštevanjem mednarodnih urejanj v zdravstvu, pa tudi v smernicah nadzornih organov, priporočilih strokovnih gremijev in ministrstva za zdravstvo tudi prek že omenjenega kroga »Kri«, ki združuje krvodajalce in poznavalce transfuzijske dejavnosti; v njem je zastopana tudi zveza bolnikov.

Tu gre predvsem za prizadevanja v smislu konstruktivnega sodelovanja, kar lahko vrednotimo z izvedenstvom na višini znanstvenih dosežkov.

V bivši Jugoslaviji so v nekaterih republikah gojili poseben tip darovalcev krvi, tako imenovane »družinske dajalce«, ljudi, ki so dajali kri le določenim znancem, družinam, ki so potrebovali kri za svoje. Te so običajno plačevali ali pa so jim morali biti za takšno uslugo »hvaležni« kar celo življenje, kar je popolnoma v nasprotju s stališčem Slovenije in zahodnega sveta s prostovoljnimi, anonimnimi, brezplačnimi darovalci krvi.

Na zahodu imajo »stalne« darovalce krvi in plazme, za katere pa še marsikje nimajo niti potrebne definicije, kdo je stalni darovalec, ni pa niti odgovora na vprašanje, kdaj sploh lahko dovolimo »novemu« darovalcu darovati kri. V Sloveniji zvečine poznamo naše večkratne darovalce krvi osebn, medtem ko v državah Evropske zveze še niso na čistem, na kakšen način se sploh naj darovalci krvi izkazujejo. Razpoznavanje slednjih je posebno važno za pravočasno obveščanje tudi drugih transfuzijskih ustanov o morebitni okuženosti darovalčeve krvi, s čimer bi lahko dokončno preprečili darovalčev pojavljanje tudi kje drugod (dasi obstajajo tudi tu določene, včasih kar nerazumljive omejitve in ovire). Potrebno je še več jasnosti in urejenosti.

Za določene preparate, izdelke iz krvi uporabljamo večje količine krvi, »poole«, ki bi lahko bili okuženi, če ne bi zagotavljali varnosti pred prenosom nalezljivih bolezni z vestnimi testiranj v vsake posamezne krvne konserve in uvedli preverjanje po šaržah vseh krvnih izdelkov in preparatov, ki jih izdelujejo iz pulov.

Od 1. 7. 1995 so uvedli obvezno rutinsko, karantensko skladiščenje plazme za terapijo, za dobo šestih mesecev. Veliki inštituti na zahodu pripravljajo in inaktivirajo izdelke plazme v dveh stopnjah, s čimer želijo še bolj povečati varnost. Najvažnejši zahtevek v navodilih za varnost je, da lahko »krvodajalca« po transfuziji zasledujemo vse do bolnika, prejemnika krvi oziroma izdelka iz krvi nazaj, torej k darovalcu, kar mora bazirati na dobri proizvodni praksi za farmacevtske izdelke farmacevtske inšpekcijske konvencije. S tem najdemo zopet stično točko z delovnim krogom »Kri«, ki lahko s svojimi pripombami in zamislimi v največji meri prispeva k varnosti transfundirane krvi.

Med varnostne ukrepe sodijo tudi serobiološka testiranja (tudi krvno skupinske seloške preiskave), ki jih zajemajo v svojih zahtevah tudi zdravniške zbornice v zvezi z odvzemom krvi in načini priprave krvnih produktov. Dovoljenje za proizvodnjo je možno pridobivati le prek zakona za izdelovanje zdravil in transfuzijskega zakona.

Čeprav se nam včasih zdi, da je glede zagotavljanja varnosti pri transfuzijah že marsikaj urejenega, zahteva Evropska zveza ponovno enotne, pregledljive in vsak čas obvladljive pristope, med katere spada tudi poenotenje osnovnih našel glede časovnih razmikov med dvema odvzemoma krvi ali plazme, dasitudi so posameznosti že zajete v usmeritvah zdravniške zbornice.

Da gre Evropski zvezi za dejansko enotna stališča in postopke, štejemo tudi urejanje glede poenotenja nadomestila za morebitno izgubo zaslužka in za povračilo potnih stroškov za darovalce krvi na dan odvzema krvi; zahtevana je enotna ureditev v smislu predlogov delovnega kroga »Kri«.

Delovni krog »Kri« ministrstva za zdravstvo je lahko dejansko znanstveni svetovalec za transfuziologijo in kot tak tudi svetovalec upravnim službam, tudi politikom, pri oblikovanju zakonov.

»Šaržno« dokumentacijo je urediti »brez lukenj«, torej pregledno, da jo lahko zasledujemo na dva načina, namreč tako, da vnašamo podatke na vznožni temperaturni list bolnika (ime preparata, št. šarže, dozo ipd. – npr. FVIII, 30 zavitev, proizvajalec XY, šarža št. 378) in pa centralno kot usmerjeno šaržno dokumentacijo.

Srednje velika ustanova mora odgovarjati za kompletne pošiljke (npr. 40 zavitev FVIII a 1000E, proizvajalec XY, šarža št. 378) v nadaljevanju pa mora beležiti še poimensko bolnike, ki so sprejemali določeno število zavitev v tej ali oni količini ipd. Takšno evidenco za zasledovanje izdelka štejejo kot poenotenje za zasledovanje vse do prvotnega izvora.

Med dodatna prizadevanja za poenotenje predpisov v transfuziologiji štejemo tudi postavljanje enotno strogih indikacij za transfuzijo krvi in izdelkov, dasi že obstajajo določene smernice zdravniške zbornice z navodili za terapijo s krvnimi sestavinami in derivati plazme.

Delovni krog »Kri« bo tudi zagotovo našel uporabno shemo za dokumentacijo in ureditev »dokumentacije po šaržah«. To bo predpogoj za dosledno dokumentacijo »brez vrzeli« v normalnem postopku zasledovanja nazaj do bolnika in izdelka. Podobno bo vseboval tudi zakon o transfuzijski službi. Zasledovanje mora posegati tudi do trgovine.

Z dvojno dokumentacijo hitreje najdemo potencialno okuženega, enostavneje zasledujemo nazaj in preprečimo prenos okužbe. Slaba stran te »dokumentacije po šaržah« je zahteva po velikem številu osebja, kakor tudi, da je dokumentacijo največkrat treba voditi ročno. To delo je lažje opraviti v transfuzijskih ustanovah s šolanim in »vpeljanim« osebjem po računalniku, sočasno s kontrolo nacionalne porabe. Da pa je treba zapadle pripravke vrniti v transfuzijsko ustanovo tudi zaradi kontrole, je povsem jasno.

Vsak preparat, ki ga izdajamo, ima svojo spremeno listino; koncentrirani eritrociti ene izdelave imajo enako šaržno številko, tako tudi vsak, iz krvi izdelani preparat (z izjemo albumina), preparati s celicami, humana plazma, derivati plazme s še aktivnimi substancami koagulacije, fibrinkleber, intravenozni in intramuskularni imunoglobulini, redki preparati ipd. Le za albumin zadostuje enostavna dokumentacija na temperaturnem listu, ker že vsto let ni bilo po aplikaciji albumina nobene virusne okužbe. Končno pa je albumin kot stabilizator pogosto prisoten v mnogih zdravilih in bi bila popolna dokumentacija za albumin le težko izvedljiva.

Delovni krog »Kri« zahteva tudi v bolnišničnih transfuzijskih ustanovah postavitve *pooblaščenca za transfuzijsko službo* kot svetovalca za indikacije, ugotavljanje kakovosti, organizacijo, dokumentacijo, terapijo. Predvidevamo, da bo reševanje tega problema v Sloveniji težko že zaradi izkušenj, ki jih imamo, ker se bo lahko primerilo, da si bo kdo lahko kar hitro samostojno prilastil pravico do tega, četudi ni niti pristojen za to, tem manj, ker se bo lahko mimogrede pripetilo, da bodo postavili koga iz določenega kolektiva. To je v današnji etabrirani centralizaciji povsem možno, vendar neustrezno. Pri vključevanju svetovalca mora ta izhajati iz nevezane sredine, biti mora samostojen, izven zainteresirane ustanove, ki bi sicer lahko delovala povsem enostransko, sama sebi v korist. V Sloveniji so bolnišnične transfuzijske ustanove klinično orientirane. Potrebna je brezhibna, brezlukenjska, večplastna kontrola, ki je sicer navidezno zapletena, vendar pa enostavna in jasna. Kontrola ni samo besedičenje (in ustrahovanje), mora biti tudi dorečena s črkami.

V Sloveniji bi zadostovali ena ali dve centralni inštituciji – lekarni ali drugi ustanovi, ki bi odgovarjali za dokumentacijo nabavljenih krvnih pripravkov (količina, številke šarž, datumi izdelave in uporabnosti, kraj nabave, kam prodani ipd.).

Uporabniki, torej kupci, bi bili podobno kot pri narkotikah dolžni knjižiti osebno izdajo za vsakega bolnika posebej. Odgovorna ustanova odgovarja za kompletne izdelke, ki so dokumentirani po šaržah, lečeči zdravnik pa je dolžan voditi porabo za posameznega bolnika.

V sklop teh testiranj in prikazanih zahtev za varnost izdelkov sodi tudi vprašanje testiranja krvi pri avtolognem odvzemu krvi in izdelkov krvnih sestavin iz iste krvi. V primeru pozitivnega izvida

na HBs Ag, anti-HC, anti-HIV je treba odkloniti uporabo takšne krvi za retransfuzijo, podrobno in dokončno je treba urediti tudi vprašanje avtomatskega uničenja okužene in zapadle avtologne in nasploh okužene krvi. Vsaka avtologno odvzeta kri mora biti testirana kot vsaka druga, tudi na okužbene markerje.

Posebno vprašanje je tudi medsebojno obveščanje med transfuzijskimi ustanovami o tem in onem, kar določeni zavestno opuščajo (ali pa je prepovedano: HIV) vendar se zdi, da je takšno informiranje vse bolj potrebno, izhaja pa tudi iz spremljanja samozadostnosti, ko je treba upoštevati področne kazalnike glede količine krvi, produktov plazme, epidemiologijo, import, hemofilike in drugo, da bi lahko pravočasno ukrepali (kot v današnjem času v prenesenem smislu v zvezi s prenosljivo spongioformno encefalopatijo (BSE) z vseevropskim preplahom) HIV-u, hepatitisu B, HC in drugimi, s krvjo prenosljivimi boleznimi. Semkaj posebej posega komisija Evropske zveze s svojo mrežo registracije vso Evropo obsegajočih problemov.

Evropska zveza zahteva enovitost pristopa, zato je nujno sodelovanje. Priporočljivo je neposredno prevajanje izvirnih tekstov, priporočil brez večkrat napačnega samostojnega, »nacionalističnega« gledanja tam, kjer je zahtevana strokovna enovitost, saj so večinoma v taki urejenosti zajeti vsi interesi, korekcije in dopolnitve tekstov so pa tako vedno predmet dopolnjevanja vseh članic v isti skupnosti Evropske zveze (tako tudi tehniki, agrokulturi, veterini, medicini idr.). Gre, kot je bilo že nekajkrat poudarjeno, za celovito, koncentrirano obdelavo področja, od krvodajalske službe do laboratorijsko-serološke, hranjenja, izdajanja in spremljanja izdelka od njegovih začetkov, izvora – torej darovalca krvi – do prejemnika – bolnika.

Kljub angažiranju farmacevtske industrije prek svojih zakonov o zdravilih, kljub zdravniški zbornici z navodili za terapijo s krvnimi sestavinami in derivati plazme, indikacije in varčevanje, kljub zakonu o zdravilih, transfuzijskem zakonu in krogu »Kri« ministrstva za zdravstvo ter priporočilom strokovnih gremijev se vsi omenjeni dejavniki med seboj le dopolnjujejo in ne ovirajo. Namen vseh je skupno priti do največje varnosti, ki jo lahko zagotavljamo vse od darovalca in za darovalca do bolnika – prejemnika.

Vsa prikazana prizadevanja nam kažejo, kako daleč razmišljajo vsi omenjeni v Evropski zvezi in da se ne prepuščajo utvaram o samostojnem pristopanju ter reševanju tako številnih problemov.

Tudi v Sloveniji se bomo slej kot prej morali prilagoditi zahtevam Evropske zveze. Vse preveč se zadržuje, da smo že zdavnaj uravnani v Evropski zvezi tudi na področju transfuzijske medicine, ko pa se večkrat znova izkaže nasprotno. Ta urejenost je potrebna in ne sme temeljiti na eksperimentiranju ter »kazanju mišic«. Vse preveč se dogaja, da določeni ozki, več kot samozvani gremiji, ki so marsikdaj tudi strokovno naravnani sami k sebi, enostavno predpisujejo »obvezna navodila«, ki za Evropsko zvezo niso in največkrat tudi niti ne bodo dovolj sprejemljiva.

Slabo bi bilo, da na npr. širši gremiji (kjer že so) ne bi uporabljali dogovorov Transfuziološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva, ki že desetletja uspešno kroji slovensko transfuziološko medicinsko doktrino. Upoštevati je tudi klinične transfuzijske medicinske ustanove pri bolnišnicah. Ta solucija, ki se je doslej potrjevala kot uspešna, sprejemljiva z dobrimi rezultati, na katere se ta ali oni strokovnjak še danes rad sklicuje tudi v javnosti, zagotavlja varnost in odgovorno ravnanje.

In vendar je slovenska transfuziologija prav gotovo stoodstotno zahodno naravnana in v veliki meri varna tudi zaradi ozkega sodelovanja s slovenskim Rdečim križem, organizatorjem krvodajalske službe. Vsaka površnost, precenjevanje samega sebe, tvegano eksperimentiranje (tudi z osebjem) lahko kaj hitro konča pred sodiščem.

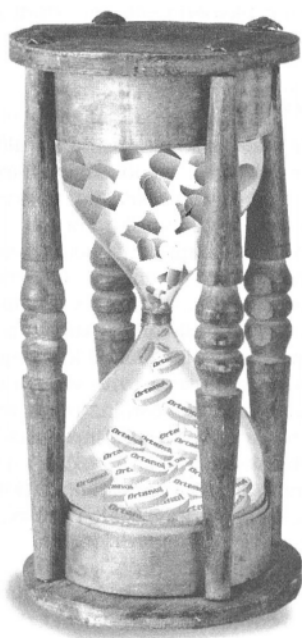
Izvleček

Zagotavljanje varnosti darovalca krvi, prejemnika krvi in varnost krvnih izdelkov po zahtevah in predpisih Evropske zveze, vse od in konzervacije krvi do krvno skupinskih preiskav, predpisujejo navodila zdravniške zbornice, farmacevtska industrija s svojimi inšpekcijskimi konvencijami za produkte farmacevtske industrije, transfuziološki zakoni, usmeritve ministrstva za zdravstvo prek delovnega kroga »Kri« s svojimi pripombami, zamislimi, zahtevami po ureditvah dokumentacije po šaržah idr., z možnostjo spremljanja izdelka od krvodajalca do bolnika in nazaj, z ureditvijo nadzora strokovno visoko stoječe osebe, ki je nepristranska, nevezana, samostojna izven zainteresirane ustanove.

Priporoča se čimprejšnja uskladitev vseh dokumentov v smislu že obstoječih, tudi z bodočim v Evropski zvezi, ob začasnem obveznem upoštevanju sprejete doktrine Transfuziološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva.

Ortanol[®] *omeprazol*

Najučinkovitejši zaviralec izločanja želodčne kisline



**kapsule
in
sedaj
tudi
tablete**

Izbira je vaša!

Indikacije:

dvanajstnikova razjeda
želodčna razjeda
refluksni ezofagitis
Zollinger-Ellisonov sindrom
eradikacija bakterije *Helicobacter pylori* v kombinaciji z antibiotikom

Hitro olajša bolečino in izboljša kakovost življenja.

Želodec ne pusti, da bi nanj pozabili.



Podrobnejše navodilo dobite pri proizvajalcu.

Nekrologi

IN MEMORIAM

DR. JURIJ STEKAR,

ZDRAVNIK IN KEMIK

Andrej O. Župančič

Jurij Stekar je bil rojen leta 1929 na Jesenicah na Gorenjskem – lani na jesen smo se od njega poslovili na Blejski Dobravi. Sleherni človek je edinstven in neponovljiv. Pokojni doktor Jurij Stekar pa je bil posebno izvirna osebnost. Zato je njegovo podobo tako težko orisati in tule bo omejena predvsem na vidik, kakšen zdravnik je bil. Biti zdravnik – to je bil namreč stržen pokojnikove osebnosti.

Leta 1946 se je vpisal na Medicinsko fakulteto v Ljubljani, kjer je tudi diplomiral (1952). *Že med študijem, se spominja dr. Stekar v svojem življenjepis, me je začelo zanimati laboratorijsko raziskovalno delo na področju še nerešenih medicinskih problemov; sklenil sem, da svoje življenje posvetim medicinskim raziskavam. Zato sem se takoj po diplomi zaposlil na Inštitutu za fiziološko kemijo MF v Ljubljani. Ker sem spoznal, da je za temeljito raziskovanje bolezenskega dogajanja kakor tudi za najdbo novih zdravil potrebna dobra kemična izobrazba, sem kljub poklicni zaposlitvi začel študirati kemijo na Prirodoslovnomatematični fakulteti v Ljubljani.*



Po odsluženju vojaškega roka je opravil še zdravniški staž. Leta 1959 je prišel kot asistent na Patofiziološki inštitut, kjer je delal sedem let.

Vendar se je sčasoma pokazalo, da njegovo zanimanje prerašča okvir naših temeljnih raziskav, hotel je pomagati bolniku bolj neposredno; ne sicer kot klinični zdravnik, temveč z raziskavami, ki bi privedle do bolj uspešne kemoterapije raka. Teorija mu je bila nujno sredstvo za utemeljeno ukrepanje, ne pa cilj: *...usoda me ni namenila za spoznanje, temveč za dejanje!* V Angliji je kot štipendist delal na National Institute of Health; vendar mu niti na tej ustanovi raziskave niso bile dovolj tesno povezane z zdravljenjem: *...Ob tem delu sem čutil rastoče notranje nezadovoljstvo, ker me je notranji glas neprestano opominjal, da sem zdravnik in da je tisto, kar me najgloblje zanima, bistvo bolezni in zdravljenje teh bolezni...*

Po vrnitvi v Slovenijo ni našel zaposlitve, ki bi ustrezala njegovim ciljem in zamislim. Tako je leta 1966 odšel v Nemčijo, kjer je kot asistent začel z raziskavami na kancerološkem inštitutu v Freiburgu; ko je diplomiral še iz kemije, se je preselil v Bielefeld, in tam na Farmakološkem oddelku Asta-Werke vodil raziskave o učinkih citostatikov. Ponovno so mu spodletekli poskusi, da bi v Sloveniji našel zaposlitev na svojem torišču dela. V Bielefeldu se je s svojo znano temeljitostjo zakopal v eksperimentalno kancerolo-

gijo; rad je poudarjal, koliko so mu pri tem služile metode, ki si jih je osvojil pri dotedanjem delu. Zmeraj je utiral nove poti, ne-utrudno je iskal biokemično fiziognomijo tumorjev; preskušal je učinke svojih variant in kombinacij citostatikov, vgrajeval vanje nove kemijske prvine, preurejal molekule; v tem je bil pravi virtuoz, o čemur priča njegova bibliografija – zadnjo razpravo je še leta 1995 objavil v European Journal of Cancer. Globoko zadovoljenje je občutil, ko je odkril kombinacijo z bistveno manjšimi hudimi učinki, ki so sicer za številne bolnike prava muka. Toda sredi snovanja novih zdravil proti raku ga je prehitela smrt.

V letih, ko je delal na našem inštitutu, smo kolego Jurija dodobra spoznali: za njegovim donečim basom je živela občutljiva duša, nenavadno sočutna za trpljenje bolnika. Pomagati drugim – to mu je bila samo po sebi umljiva notranja nuja, drugače kratko in malo ni znal živeti; to nujno je občutil kot svojo ubranost z delovanjem naravnih sil, ki prepletajo tudi človeka.

Navzven skromen, ves navznoter naravnan; za površino mu ni bilo mar, pa tudi za površneže ne, ki niso doumeli, kam meri. Hkrati priljuden in poln svojstvenega humorja – v trenutku je z nekaj potezami ujel značilnost kakega pojava, človeka, živali, pokrajine; ni čuda, da je bil tudi imeniten karikaturist. Na inštitutskih seminarjih nas je znova in znova presenečal, vsak pogovor z njim je človeka bogatil. Po celo uro je razglabljal o dvojno obokanem človeškem stopalu, o lepoti te biološke arhitekture... *tudi kadar je ta umotvor umazan, je vreden, da bi ga zdravnik poljubil...*

Poleg široke naravoslovne izobrazbe je bil podkovan še v marsičem; posebno v zgodovini, psihologiji, jezikih, leposlovju in filozofiji mu zlepa kdo ni bil kos. Vendar sogovornikov ni izbiral po izobraženosti ali po tem, koliko se strinjajo z njim, temveč po globljih resonancah. Vsako misel ali doživetje je znal prav po svoje oblikovati. *Večno nemirno in spremenljivo in zato tako zgovorno* nebo na Angleškem je opisal tako, kot bi ga naslikal Turner – to niso bili poskusi začelnika, temveč zreli eseji. Prijatelji smo se večkrat čudili, zakaj jih ne objavlja. *Res, lahko bi, je pojasnjeval, toda to bi šlo na račun mojega življenjskega cilja: narediti nekaj za bolnika z rakom. Od te poti pa ne odstopim niti za milimeter na desno niti za milimeter na levo.*

In res, dokler je bil zdrav, se je njegov delovni dan začel ob štirih jutraj in končaval ob osmih, devetih zvečer.

Toda najtrši preskusni kamen za človekovo pravo jedro je prenašanje nesreče. O lastni bolezni si dr. Jurij ni delal utvar; ko je izvedel za diagnozo, je pisal *...sicer pa: kogar obišče ta bolezen, mu lahko zavije vrat že v šestih mesecih – ali pa se z njim pomenkuje tudi do petnajst let... Torej je prav verjetno, da se bomo letos še videli.*

Tudi poslej si ni dal počitka; kadar mu je šlo na slabše, ga je to samo podžigalo, da je skušal delati še več in še hitreje, čeprav sta ga bolezen in heroično zdravljenje več in več priklepala na posteljo. Nikoli se ni pritoževal nad lastno usodo; največ, kar je priznal, je bilo za neki članek, ki ga je pisal v hudih bolečinah: *In tormentis scripsi...*

Še več, njegov globoki duh je znal prav filozofsko poraz obrniti v zmago: *...bolezen vnaša v duševno življenje dimenzije in obzorja, ki bi jih drugače spregledal...*

Ob izboljšanjih je spet imel pred očmi druge: *...Kostni mozeg sicer še ni popolnoma normaliziran, pa vendar dalekosežno izboljšanje. Vse to je prava milost usode, ne vem, kako dolgo bo trajalo – morda samo nekaj mesecev. Zdi se mi skoraj izdajstvo nad množico sotrpinov, ki so umrli z večnim uprašanjem: zakaj moram toliko trpeti in zakaj mi nihče ne pomaga? Ta milostni odlog bom izkoristil za to, da se bom trudil POMAGATI po ukazu neskončnih moči, ki sem vanje vse življenje verjel...*

Zadnjih šest let njegovega življenja je bilo polno hudih preskušenj, a nobena ga ni strla: moč človeka, ki misli več na druge kot nase. Tako je vsem, ki so ga res poznali, brez besed govoril, od kod v nesreči jemati pogum.

Tak način življenja in tako dosledna predanost cilju bi od kogarkoli v bližini terjal nenavadno globokega razumevanja za njegova stremjenja. In ravno to polno razumevanje in neomajno oporo je

našel pri svoji ženi Margrit: *...novo leto spet začenja, kakor vedno, s kladivom v roki; če pridejo udarci, jih bova že prenesla – vsega ne morejo uničiti... Griti, tako jo je Jurij klical, se mi zdi kot sonce, ki postije izmed oblakov...* Za vse to smo ji prijatelji globoko hvaležni in za zmeraj zavezani.

Kot je Jurij pokončno živel, tako je znal tudi pokončno umreti. Z življenjem, posvečenim v dobro bolniku in s svojim pogumnim zrenjem lastni smrti v oči, si je zdravnik dr. Jurij Stekar sam izklesal najlepši spomenik in napisal svoj nepozabni nekrolog.

Mednarodno sodelovanje

POROČILO S 30. REDNEGA LETNEGA SESTANKA MEDNARODNEGA ZDRUŽENJA REGISTROV RAKA

Edinburg, 3.–5. september 1996

Neva Volk

Od 3. do 5. septembra 1996 je bil v Edinburgu 30. redni letni sestanek Mednarodnega združenja registrov raka (International Association of Cancer Registres – IACR), ki združuje registre raka po vsem svetu. IACR je bilo ustanovljeno leta 1966 na IX. mednarodnem onkološkem kongresu v Tokiu z namenom, da bi pospešilo izmenjavo informacij med registri raka. Cilji IACR so bili poleg tega še izboljševanje kakovosti in primerljivosti podatkov o raku, opozarjanje na številne možnosti uporabe podatkov, ki jih zbirajo registri, v etioloških raziskavah raka, pa tudi v načrtovanju preprečevanja in zdravljenja raka.

Sestanka sva se udeležili prof. dr. Vera Pompe-Kirn, vodja Registra raka za Slovenijo in članica izvršilnega odbora IACR, in Neva Volk. Gostitelj sestanka je bilo Združenje registrov raka Velike Britanije. Sestanek je bil posvečen Calumu Muiru, ki je bil dolgoletni predsednik IACR, poleg tega tudi pomočnik direktorja Mednarodne agencije za raziskovanje raka (International Agency for Research on Cancer – IARC) in po upokojitvi direktor Registra raka za Škotsko. Bolezni, katere raziskovanju se je z vsem žarom posvečal več desetletij, je podlegel prav med pripravami na jubilejno 30. srečanje članov IACR. Spominu na tega velikega moža, ki je bil učitelj številnih epidemiologov srednje generacije in njihov neutrujen povezovalac, se je okoli 300 udeležencev poklonilo v spominskem nagovoru Sira Kennetha Calmana, angleškega sekretarja za zdravstvo. Slednji je pripravil nadvse zanimivo predavanje z naslovom Rak – znanost in družba, v katerem je razglabljal, kako javnosti posredovati podatke o tveganju zbolevanja za rakom. Opozoril je na primere nepravilne razlage teh podatkov v sredstvih javnega obveščanja v Veliki Britaniji.

Glavna tema sestanka je bila namenjena vlogi registrov raka v raziskavah preživetja bolnikov z rakom. Predavanja na to temo so potekala prva dva dneva in so bila razporejena v naslednje sklope: primerjava in primerljivost podatkov o bolnikih z rakom, časovni trendi v preživetju, geografske, socialno-etične razlike v preživetju ter preživetje bolnikov z rakom v državah v razvoju. V uvodnih predavanjih posameznih sklopov so priznani strokovnjaki, T. Hakulinen, R. Gillis, J. Michaelis, B. Edwards, H. Storm in R. Black, predstavili pomembna metodološka vprašanja, izpopolnjeno programsko opremo za analizo preživetja, pregled izsledkov raziskav preživetja otrok z rakom in bolnik z rakom dojke. H. Storm je poudaril, da je za prihodnost registrov raka pomembno povezovanje z drugimi podatkovnimi bazami in posodobitev nekaterih definicij. Tako je treba v raziskavah multiplih primarnih rakov izpopolniti in poostriiti merila za opredelitev novih primarnih rakov. Uvodnim predavanjem so sledile številne krajše pred-

stavitve z zelo pestrimi vsebinami. Register raka za Slovenijo se je predstavil z raziskavo drugih primarnih rakov pri bolnicah z rakom dojke. Izsledki te in njej podobnih raziskav so zanimivi tudi za klinike, saj so te bolnice izpostavljene nekoliko večjemu tveganju, da po raku dojke zbolijo za novim primarnim rakom. Zaključek drugega dne srečanja je bil namenjen predstavitvi projekta Preživetje v državah v razvoju, ki je nastal pod okriljem Mednarodne agencije za raziskovanje raka. V projekt je bilo vključenih 12 registrov raka iz Azije, Afrike in Južne Amerike. Glavni cilj je bila ocena populacijskega preživetja bolnikov z rakom.

Tema tretjega dne sestanka je bila vloga registrov raka v etioloških raziskavah raka in razvoj registrov. V uvodnem predavanju je D. Thomas povzel raziskovalne, operative in etične smernice za nadaljnji razvoj registrov raka. Poudaril je, da je potrebno vključevanje registrov raka v raziskave še ne dovolj dognanih dejavnikov tveganja in izdelava novih načinov merjenja izpostavljenosti ter njihova standardizacija. Registri raka naj bi tesneje sodelovali z drugimi bazičnimi znanostmi, posebej je zanimivo področje molekularne biologije. Pri tem je treba spoštovati že dogovorjene metodologije zbiranja in obdelave podatkov, ob tem pa slediti razvoju novih statističnih pristopov obdelave podatkov. Zaključno predavanje S. Francesci Aids in rak je izzvenelo kot potrditev že omenjenih smernic. Hkrati ko je S. Francesci opozorila na nove raziskovalne priložnosti za registre raka, je poudarila, da bi bilo breme aidsa smiselno predstavljati na enak način, ki je že vrsto let ustaljen za prikazovanja bremena raka. Samo tako bi lahko objektivno primerjali breme obeh bolezni.

Predavanja je spremljala predstavitev več kot 70 plakatov, ki so odsev vse bolj živahne in kakovostne raziskovalne dejavnosti v registrih raka po svetu. Kot vsako leto so bila podeljena častna članstva upokojenim članom IACR, ki so bili posebej zaslužni za razvoj registracije raka in epidemioloških raziskav. Častna članica je letos postala tudi prof. dr. Božena Ravnihar, ustanoviteljica in dolgoletni vodja Registra raka za Slovenijo.

Izvrstno organiziran sestanek, ki je potekal v prelepem okolju Royal Colledge of Physicians, se je zaključil s povabilom na naslednje srečanje članov IACR, ki bo leta 1997 na Slonokoščeni obali, osrednja tema pa bo namenjena vlogi virusov v onkologiji.

Strokovna srečanja

POROČILO S SIMPOZIJA O HIPOGLIKEMIJI

Bled 30.–31. avgust 1996

Nina Bratanič

Hipoglikemija predstavlja pri bolnikih z inzulinsko odvisnim diabetesom zelo velik problem, zato je bil v sklopu Evropskega diabetološkega kongresa, ki je bil letošnje leto na Dunaju, organiziran na Bledu satelitski simpozij, posvečen hipoglikemiji. Organizirali so ga sodelavci Klinike za diabetes in endokrinologijo Kliničnega centra v Ljubljani. Glavna pobudnica zanj pa je bila mlada raziskovalka dr. Karin Kanc, ki se je v okviru svojega raziskovalnega staža dalj časa izpopolnjevala na področju hipoglikemije pri prof. Heineju na Oddelku za endokrinologijo Univerze Vrije v Amsterdamu.

Simpozija so se udeležili trenutno najbolj prominentni strokovnjaki s tega področja z vsega sveta.

Iatrogeno povzročena hipoglikemija predstavlja za bolnike z inzulinsko odvisnim diabetesom velik problem. Simptomatske hipoglikemije se pojavljajo povprečno 1–2-krat na teden. Deset do 25% bolnikov pa ima vsaj eno težko hipoglikemično reakcijo z

izgubo zavesti in krči letno. Nemalokrat pa se hipoglikemija konča tudi s smrtjo. Posledici tega sta zvečana morbiditeta in psihosocialne motnje.

Na nastanek hipoglikemije pri bolnikih z inzulinsko odvisnim diabetesom vplivajo: odmerki inzulina, nepravilen raspored aplikacij inzulina, opuščanje obrokov hrane, prevelika fizična aktivnost, pretirano uživanje alkohola in stanja, ki povečujejo občutljivost za inzulini ali upočasnijo njegovo odstranjevanje iz krvi. Večji pomen od naštetih dejavnikov, še posebno za nastanek zmerne in težke hipoglikemije, pa ima neustrezen odgovor organizma na zmanjšanje ravni glukoze v krvi.

V fizioloških pogojih predstavlja glukoza za možganske celice glavni presnovni substrat

Zato se telo na znižanje ravni glukoze v krvi odzove z izločanjem kontraregulatornih hormonov glukagona, adrenalina, in če traja hipoglikemija dalj časa, kortizola in ravnega hormona, kar prepreči ali izboljša hipoglikemijo. Pojavijo se tudi opozorilni znaki, ki so odraz aktivacije avtonomnega živčnega sistema.

Pri bolnikih s sladkorno boleznijo so vsi naštetih obrambni mehanizmi moteni. Že v prvih letih sladkorne bolezni se zmanjša izločanje glukagona. Zmanjšano pa je tudi izločanje adrenalina (predvsem iz nadledvičnic) in delovanje avtonomnega živčnega sistema, kar imenujemo simpatoadrenalna disfunkcija. Vse to pogojuje pri bolnikih z dalj časa trajajočim diabetesom, predvsem tistih na intenziviranem načinu inzulinskega zdravljenja z dobro presnovno urejenostjo, nastanek nezavedne hipoglikemije (hypoglycaemia unawareness), o kateri je predaval P.E. Cryer z Oddelka za endokrinologijo, diabetes in metabolizem Univerze v Washingtonu. Bolniki zato nimajo znakov ali simptomov, ki bi jih opozorili na padec glukoze ali pa se ti pojavijo pri veliko nižji koncentraciji glukoze v krvi, zato se težke hipoglikemije pojavljajo pri njih vsaj 6x pogosteje kot pri drugih bolnikih. Mehanizmi nastanka nezavedne hipoglikemije in motene kontraregulacije doslej niso dokončno raziskani. Ob doslednem izogibanju zmanjševanju krvnega sladkorja so nezavedne hipoglikemije reverzibilne. Študije so pokazale, da se odgovor kontraregulatornih hormonov pomembno izboljša že po treh dneh, največji učinek pa je dosežen po 3–4 tednih.

C. B. Boll s sodelavci je v svoji raziskavi ugotovil, da na reverzibilnost nezavedne hipoglikemije vplivata tudi trajanje sladkorne bolezni in prisotnosti avtonomne nevropatije.

Ker je glikogena v možganskih celicah zanemarljivo malo, so le-te odvisne od stalne oskrbe z glukozo iz periferije. Prehod glukoze prek krvno možganske pregrade omogoča glukozni prenašalec GLUT-1. A.K.Kumagai z Internega oddelka Univerze v Michiganu je v svoji predstavitvi prikazal prilagajanje glukoznega prenašalca GLUT-1 v primeru hipo- ali hiperglikemije. Ob dolgotrajni hipoglikemiji se zaradi nizke vrednosti glukoze v periferni krvi kompenzatorno poveča prehod glukoze skozi krvno možgansko pregrado s pomočjo povečane ekspresije gena za GLUT-1. Ob hiperglikemiji se ta obratno zniža.

H. S. Bachelard z Inštituta za fiziko Univerze v Nottinghamu je predstavil sodobni koncept presnove in biokemičnih reakcij v možganih. S pomočjo nuklearne magnetne resonančne spektroskopije je s svojimi sodelavci ugotovil funkcionalno povezavo med celicami glije in nevroni. V celicah glije nastajajo intermediarni produkti, kot so alanin, laktat, malat in citrat, katere nato možganske celice ob pomanjkanju glukoze lahko uporabijo kot nadomestno gorivo. Citrat pa učinkuje tudi nevroprotektivno.

Tudi S. A. Amiel z Internega oddelka Royal College iz Londona je imela prispevek o nadomestnih gorivih za delovanje možganskih celic. Že dalj časa je znano, da lahko ketonska telesa omogočajo normalno presnovo in delovanje možganskih celic, vendar pa naj bi do te adaptacije prišlo šele po več tednih. Amiel je s sodelavci ugotovila, da že količina beta-hidroksi maslene kisline, ki nastane v telesu ob stradanju, zavre simpatoadrenalni odgovor ob hipoglikemiji, kar kaže na takojšnji učinek. Enako učinkujejo tudi laktat, aminokisline in glicerol, medtem ko proste maščobne kisline sicer zavrejo izločanje kontraregulatornih hormonov, za raz-

liko od ostalih alternativnih goriv pa ne morejo ohraniti normalne kortikalne funkcije.

G. Shulman z ameriške univerze Yale je predstavil prispevek o načinu prepoznavanja hipoglikemije v osrednjem živčevju. S sodelavci je dokazal, da obstaja v ventromedialnem delu hipotalamusa predel (glukosenzor), ki zaznava spremembo v koncentraciji glukoze, pa tudi alternativnih substanc in aktivira kontraregulatorne mehanizme.

K. Kanc s Klinike za diabetes in endokrinologijo Kliničnega centra v Ljubljani je predstavila študijo o uporabi kontinuirane inzulinske terapije čez noč za preprečitev nočnih hipoglikemij. Nočne hipoglikemije predstavljajo za sladkorne bolnike velik problem. Po podatkih DCCT študije se pojavljajo pri 53% bolnikov. Pri bolnikih z dobro urejenostjo se pojavljajo 1x na 2–3 noči. Več kot polovica težkih hipoglikemij se dogodi v spanju, njihova posledica je lahko tudi nezavedna hipoglikemija. Vzrok za nastanek nočnih hipoglikemij naj bi bila nefiziološki farmakodinamski profil in variabilna absorpcija inzulinov z intermediarnim delovanjem iz podkožja, zato so večerno aplikacijo te vrste inzulina nadomestili s kontinuirano infuzijo hitro delujočega inzulina. Preliminarni rezultati so pokazali, da se je incidenca nočnih hipoglikemij znižala, izboljšal se je kontraregulatorni odgovor organizma in opozorilni znaki.

Predavanje J. R. Heineja se je prav tako nanašalo na nočne hipoglikemije in možnost njihovega preprečevanja z uporabo novih dolgo delujočih inzulinskih analogov. Z vezavo inzulinske molekule na proste maščobne kisline se poveča njegova afiniteta za albumin. Na ta način se delovanje inzulina podaljša, skrajša pa se čas njegovega zadrževanja v podkožju in na ta način zmanjša variabilnost absorpcije.

Nekaj predavanj je bilo posvečenih tudi nevropsihološkim posledicam (težkih) hipoglikemij. B. M. Frier iz Edinburga je poudaril, da je kognitivna disfunkcija ob akutni hipoglikemiji pri večini bolnikov prehodna, da pa ponavljajoče se težke hipoglikemije lahko povzročijo trajno možgansko okvaro. Posebno ogroženi so sladkorni bolniki do petega leta starosti. Z nevro-radiološkimi preiskavami so pri takih bolnikih ugotovili področne pretočne motnje in strukturne nepravilnosti v smislu kortikalne atrofije in levkarioze. Levkarioza so z magnetno resonanco vidne manjše okrog lezije v beli možganovini, lokalizirane pretežno periventrikularno, ki nastajajo zaradi pospešenega procesa staranja pri bolnikih z diabetesom. Recidivne težke hipoglikemije pa njihov nastanek pospešujejo.

F. J. Snoek z oddelka za psihologijo Univerze v Amsterdamu je poudaril, da je poleg biomedicinskih vidikov hipoglikemije treba upoštevati v klinični praksi in raziskovalnem delu tudi psihosocialne dejavnike. Hipoglikemije, še posebno pogoste in težke, močno vplivajo na življenje bolnika in njegove družine. Povzročajo psihični stres in strah, vplivajo na razpoloženje, vedenje in delovno sposobnost, medsebojne odnose pri delu in v družini. Zato bolniki in njihovi družinski člani potrebujejo poleg zdravnika tudi psihoterapevta ali poklicnega svetovalca, s pomočjo katerega se bo izboljšalo njihovo splošno počutje in s tem tudi presnovna urejenost.

Ob velikem številu zanimivih tem in dobrih predavanjih je simpozij hitro minil. V prostem času ga je popestril tudi bogat družabni program. Prvi večer je bila organizirana vožnja s pletnjami po Blejskem jezeru, med katero je vokalna skupina Kliničnega centra Vox medicorum predstavila nekaj slovenskih narodnih pesmi. Zaključna slovesnost z gala večerjo pa je bila v slavnostnem vzdušju Grand hotela Toplice. Zanimiv strokovni program s pestrim družabnim programom v čudovitem naravnem okolju bo večini udeležencev zagotovo ostal v trajnem spominu.

35. MEDNARODNI KONGRES ZGODOVINE MEDICINE

Otok Kos, Grčija, 2. do 8. september 1996

Mario Kocijančič

Glavna organizatorja kongresa sta bila Mednarodno društvo za zgodovino medicine (ISHM, ust. 1921) in Mednarodna Hipokratova fundacija na Kosu (IHFK, ust. 1960). Prečitanih je bilo 218 referatov, predstavljenih 22 plakatov in prikazan film. 380 udeležencev iz 50 dežel. Organizacija zelo dobra, gostoljubnost domačinov tradicionalno dobra, vreme poletno. Iz Slovenije trije udeleženci in trije referati.

Dejavnost Mednarodnega društva za zgodovino medicine je opisal generalni sekretar društva J. P. Tricot (Belgija). Društvo, ki letos praznuje 75-letnico obstoja, ima sedež v Parizu. Dejavnost društva je doslej prekinila le svetovna vojna. V zadnjih petih letih naglo raste število članov. J. P. Tricot je posebej pozdravil novo sprejete člane v preteklih dveh letih, med njimi poimensko in v prvi vrsti člane iz Slovenije in Hrvaške ter člane iz dežel nekdanje Sovjetske zveze, Albanije in Južnoafriške unije. Društvo je bilo in ostane ljubiteljsko, saj profesionalni medikohistoriki ne morejo nikjer in nikoli popisati zgodovine medicine vseh časov in vseh področij. Med ljubitelji je največ zdravnikov, sledijo izobraženci drugih humanističnih strok, predvsem zgodovinarji in sociologi. Člane motivira in odlikuje v prvi vrsti želja za uveljavitev nacionalne zgodovine medicine v mednarodnih razmerah.

Kongres je imel štiri glavne teme in obvezni razdelek »razno«. V prvi temi Izvori in vplivi hipokratske medicine je bilo prečitanih 45 referatov, razstavljenih 5 plakatov in prvič prikazan 40-minutni dokumentarni film N. Matsasa (Grčija) Hipokrat kot utiralec poti. Uvodni referati te teme so obravnavali še vedno neizčrpn opus hipokratske medicine in njegovega časa. To so predvsem znanstvene analize del in časa Kojške ter Knidske šole – od zdravniških do sofisticiranih. Razprave na minulih kongresih ISHM so bile predvsem usmerjene na tolmačenja bolezenskih znakov, zdravilnih ukrepov in prognoze. Tokrat pa so prevladoval razprave o elementih kompleksnega holističnega pojmovanja hipokratske medicine. Zelo so priljubljene primerjalne študije, kot na primer referat Theano Kontonopoulou (Grčija) Hipokratski vplivi na Platonovo delo o medicinski etiki.

Največ referatov je bilo o odmevih hipokratske medicine v raznih medicinskih strokah in okoljih. Hipokrata si lastijo vsi: narodi, stroke, časi in celo posamezniki. V. Manoliu (ZDA) je ugotovil, da je bilo doslej govorjeno in pisano o Hipokratu, njegovem delu in vplivu na vseh dosedanjih petintridesetih mednarodnih kongresih ISHM. Naslovi so tudi tokrat zgovorni: Hipokrat v Bolgariji, na Madžarskem, v Romuniji, Rusiji, v arabski islamski medicini, v Italiji, na Češkem, v Anatoliji, v Franciji, na Poljskem, v ZDA, v Britaniji, v bizantinskih časih in na Hrvaškem (2 referata in 2 plakata). Biserka Belicz (Zagreb) je govorila o Vplivih hipokratske miselnosti na razvoj hrvaške medicine in medicinske etike in A. Muzur (Opatija) o Hildegard Bingen in obnovitvi hipokratskega humoralizma.

Plakat Sledi Asklepijevega kulta na hrvaškem ozemlju Stelle Favotić Ferencić (Zagreb) in Odmevi hipokratske medicine v Talasoterapijskem centru Crikvenica A. Škrobonje (Rijeka) sta bila dobro oblikovana in prepričljiva.

Tudi v oddaljenih ali mlajših kulturah se trudijo, da bi našli in predstavili povezavo med Hipokratovo zapuščino in lastno tradicionalno medicino. O tem so govorili referati iz Argentine, Brazila, Indije, Japonske, Kitajske, Venezuele in od drugod.

Višek »Hipokratske kongresne teme« so bili referati usmerjeni v medicino 21. stoletja: Od Hipokrata do medicine predvidevanj (J. C. Sournia, Pariz) in Hipokratska medicina kot pomemben ključ za holistično in integralno medicino ob prehodu mileniuma (K. Otsuka, Tokio).

Organizatorji so pokazali dovolj hrabrosti, ko so poleg Hipokratske medicine uvrstili tudi temo Medicina v starodavnih civilizacijah. Največ prispevkov v tej kongresni temi je bilo o medicinskih in filozofskih tekstih starega Egipta in Aleksandrije (7), Grčije (5), Rima in Italije (4), Izraela (4), Arabskih dežel (3), ostalih dežel Mediterana in Bližnjega vzhoda ter celo iz Indije in Avstralije.

Nekaj referatov te teme je bilo splošnih: Arnobiusova obsodba zdravnikov (G. B. Ferngren, ZDA), Aleksandrijska medicina v Talmudu (S. Kottek, Izrael), Iatroliptica: prvo ime za psihoterapijo (A. Musajo Somma, Italija), Klasični in helenistični vpliv na italijansko renesančno anatomijo (R. in J. Hillowala, ZDA) itn. Večina tekstov je zelo konkretno obravnavala medicinska znanja iz preteklosti: Aristotelovo znanje o maksilofacialni regiji (F. Koumoura, Grčija), ORL v stari Grčiji (A. L. Pahor, VB), Migrena v starem Egiptu, Kardiologija v starem Egiptu, Magija in racionalnost v egiptovski in grški medicini (A. M. Rosso, Argentina), Hašiš v muslimanski medicini od 11. do 16. stoletja (G. Nahas, Francija) itn. Posebno pozornost zaslužita referata Kratka zgodovina kardiovaskularnih motenj in terapije v starodavni Indiji (J. N. Sharma, Indija) ter Najzgodnejše evropske zaznave domorodske zdravstvene kulture v Avstraliji (J. A. Pearn, Avstralija).

V kongresni temi Zgodovina bolnišnic so bili prečitani referati (27) in prikazani plakati (4), ki se nanašajo na dolgo časovno obdobje – od predhipokratske dobe do 1950. leta – in na vse dežele. O zanimivi zgodovini bolnišnic, kakor je bila ta predstavljena na Kosu, mislim pisati v posebnem prispevku. V tej kongresni temi je bil zapažen prispevek Zvonke Zupanič-Slavec in Jerneje Vidmar Zgodnji razvoj socialnomedicinskih ustanov v Sloveniji s posebnim ozirom na bolnišnico Sv. Elizabete v Celju v 18. stoletju. To je bil zanimiv, sistematično napisan, dobro ilustriran in prijetno predstavljen prispevek. V kolikšni meri je bil razvoj bolnišnic odvisen od zunanjih dejavnikov sta pokazala referata P. Emmanouil Bolnišnica na Rodosu v času vladavine Reda vitezov Sv. Janeza (Križarske vojne) in A. Lucarella Bolnišnice v Firencih (sto bolnišnic v času renesanse).

Ženske v medicinskih vedah je bil naslov naslednje kongresne teme. To je bila zanimiva snov, z zanimivimi referati (17) in plakati (2) in hvaležnimi poslušalci. Impresionirali so referati o vlogi in delu žensk v medicini v zgodnjih ali oddaljenih civilizacijah – v predhipokratski dobi, v času judovske diaspore, času zgodnjega krščanstva, bizantinskem obdobju, v otomanskem cesarstvu itn.

Večina referatov o ženskah v medicini so dejansko bili referati o prvih zdravnicah v mnogih deželah – praviloma v drugi polovici ali ob koncu 19. stoletja. Referati o vzrokih, poteh in perspektivah feminizacije v zdravstvu, predvsem v deželah vzhodne in jugovzhodne Evrope niso presenetili poznavalcev. Dva referata bi rad predstavil posebej: Kurs ženske v medicini – od čarovnice do zdravnice (F. Koumoura, Grčija) ter Zdravnice in njihovo plemenito razdajanje za ženske v muslimanski Cordobi v času Abulkasisa v 9.–10. stoletju (H. Mabrouk, Tunizija).

Kot običajno je največ prispevkov (56) bilo razvrščenih v pisani razdelek Razno. Skoraj polovica referatov iz tega razdelka je bila še vedno iz zgodovine antične ali srednjeveške medicine, večji del pa iz zgodovine medicine 19. in 20. stoletja. Posebna draž referatov iz razdelka »razno« je v tem, da nimajo obveznosti do naslova teme ter da so kot taki praviloma medsebojno neprimerljivi. Naslov »razno« in število referatov očitno ni bilo merilo kakovosti, kajti ni manjkalo poslušalcev in prijetnih presenečenj.

Slovenska udeleženca se ne moreva pritoževati nad udeležbo in zanimanjem za najina referata Razvoj medicine dela v rudniku živega srebra Idrija v 18. stoletju (Zvonka Zupanič-Slavec) ter Medicinski in socialni pogledi na ljubljanski potres 1895 (M. Kocijančič).

Tudi naši sosede niso zaostajali. K. Holubar (Dunaj) je govoril o delikatni Zgodovini kožnih fototipov z ozirom na zgodovino terminov »melanin, menalocit in kavkaški«; J. Honti (Budimpešta) o Balojevi bolezni (infantilni demielinizirajoči encefalopatiji) ob stoletnici rojstva tega velikega madžarskega nevrologa; G.

Zanchin (Padova) je pokazal Barvne anatomske slike možganskega dna F. G. Acqapendenteja, italijanskega anatoma (1533–1619) ter primerjavo teh slik s podobnimi velikih anatomov od 16.–18. stoletja, med katere avtor uvršča tudi našega Santoria. Prepričljivo ilustriran je bil tudi prispevek D. Novaka (Bonn) Leto 1896 – pričetek diagnostične rentgenologije.

Referent iz daljne Avstralije B. Haneman je govoril o Dveh medicinskih svetnikih oziroma o zdravnikih kandidatih za svetnika (don Eduardo Ortis de Landasari in sir Eduard Weary Dunlop). Medicina potrebuje svetnike. Zaenkrat sta le v postopku za beatifikacijo ter na poštnih znamkah in kovancih, katere smo zvesti poslušalci dobili kot darilo od duhovitega avstralskega kolega. Kongres smo zaključili s svečano skupinsko obnovo Hipokratove prispege v prečudovitem in spoštljivem okolju ostankov davnega Asklepiona in z mislimi predsednika organizacijskega odbora kongresa Spirosa G. Marketosa »Ob koncu 20. stoletja je hipokratska medicina – ki se je razvila na križišču med zahodno in vzhodno civilizacijo – povezava, most ter simbol potrebe za kombinacijo izkustev tradicionalne in trendov sodobne medicine«. Prisotne je povabil na naslednji kongres ISHM v Tuniziji 1998. leta. Udeleženci iz Slovenije smo se zahvalili organizatorjem za povabilo in gostoljubje že na Kosu. Ob tej priliki se Zvonka Zupanič-Slavec zahvaljuje Glaxo Wellcome Ljubljana in M. Kocijančič Bayer Pharma Ljubljana za denarno pomoč.

REDNI LETNI KONGRES SVETOVNEGA STOMATOLOŠKEGA ZDRUŽENJA (FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE – FDI)

Orlando, 27. september–1. oktober 1996

Matjaž Rode

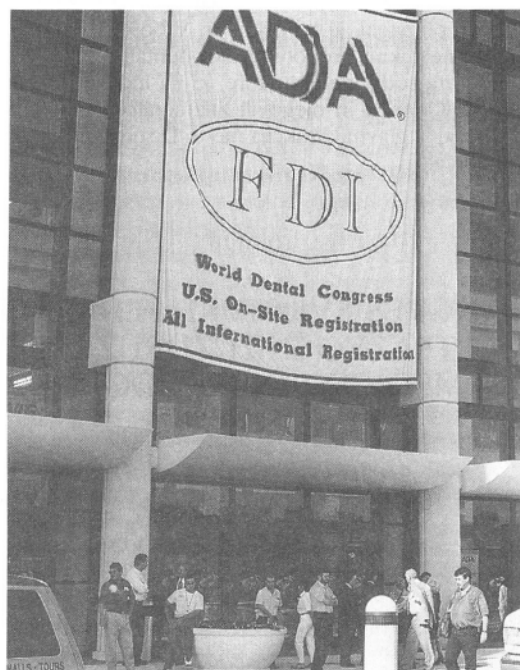
Letošnji redni letni kongres FDI je potekal v mogočnem kongresnem centru v Orlando, enem od znanih kongresnih in turističnih središč na Floridi. Velikost tega Centra mora prevzeti vsakogar. Kot za mnoge druge zgradbe tudi zanj Američani trdijo, da je največji na svetu. Res je velik, saj je ob letošnjem stomatološkem svetovnem srečanju pod okrilje svojih preštevilnih dvoran sprejel okoli 70.000 udeležencev! Prav ste prebrali: sedemdeset tisoč! Ameriški stomatologi so namreč združili svoj nacionalni kongres s kongresom FDI in zopet enkrat naredili velik posel.

Kongresa FDI se je udeležilo več tisoč stomatologov iz okoli sto držav z vseh celin. Kot vsi dosednji kongresi je imel dva dela: stanovskega in strokovnega. V stanovskem delu so delegati iz nad sto držav, ki so članice FDI, na dveh generalnih skupščinah in na mnogih sejah odborov in izvedenskih 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 nasprotni. Imeli pa so nekaj skupnih značilnosti: boj za čimbolj ugoden položaj zobozdravnika, boj za pravilno vrednotenje njegovega dela, zaščita pred napadi z mnogih strani.

Strokovni del, ki je potekal prvič v manjših učnih delavnicah in delovnih sestankih, ne pa več v obliki predavanj v velikih dvoranh, kjer je predavatelju res težko nadzirati na tisoče poslušalcev, je bil prav zato zelo razdrobljen. Čeprav sem si natančno zaznamoval teme, ki sem jih želel poslušati v času, ko sam nisem aktivno sodeloval na enem od sestankov Strokovne komisije FDI, kjer sem eden od konzultantov, sem lahko prisluhnil le nekaterim, zame najbolj zanimivim predavanjem in pogovorom.

Eden od znanih ameriških poznavalcev sodobnih enosejalnih dentalnih implantatov, dr. Roland Meffert, je v svojem zelo zani-

mivem predavanju strnil veliko resnic o vseh možnih pasteh, ki čakajo zobozdravnika in bolnika ob vsaditvi tega najsodobnejšega pripomočka za nadomestitev manjkajočih lastnih zob. Vedno bolj je jasno, da mora biti tudi bolnik sam izredno motiviran za tak način nadomeščanja manjkajočih zob, saj je poleg nekaj napak, ki jih lahko pri svojem delu naredi implantolog, prav redna, natančna in zato učinkovita higiena edino jamstvo za trajen uspeh vsaditve. Kot glavno kontraindikacijo je dr. Meffert navedel kajenje, saj je pri hudih kadilcih le 40% možnosti, da vsaditev uspe. Eden od zapletov je tudi parodontalna bolezen v sosesčini vsadkov, še posebno če ni zdravljena. Ker se vsakemu, ki dela in zato tudi implantologom vsake toliko časa – pa čeprav dela vse v skladu s strokovno doktrino – kakšen poseg ponesreči, je predavatelj več časa v svojem celodnevem predavanju posvetil popravljanju neuspehov. Nova generacija resorptivnih membran iz kolagena – v kombinaciji z avtologno ali heterologno kostjo – obeta, da bo možno marsikakšen neuspeh pozdraviti ali vsaj omiliti posledice.



Sl. Vhod v kongresni center (Foto: T. Mokorel).

O vsadkih je naslednjega dne prav tako ves dan govoril eden od svetovno priznanih znanstvenikov s področja parodontologije in implantologije, Belgijec dr. van Steenberghe. V svojem izvrstnem pogovarjanju z avditorijem je predvsem poudarjal oseoinduktivno delovanje vsadkov, saj osteoblasti na neposredni stik z vsadkom reagirajo s hitrejšo rasto. Pritisk na perist pa povzroči, da se kost resorbira. Zaključil je, da je dandanes že strokovno vprašljivo ekstrahirati vse zobe in rehabilitirati brezzobost s totalno protezo, ki povzroči po nekaj letih močne resorptivne spremembe. Sodobna rešitev takega stanja predvideva vstavev vsadkov, ki vzdržujejo raven kostnega alveolarnega volumna.

Dr. M. A. Siegel je v svojem predavanju o sodobnih konceptih oralne medicine, ki ga je duhovito popestril s kar nekaj domisljicami (npr. ex-pert = former spirit) predvsem poudaril, kako pomembno je, da tudi zobozdravnik ob svojem delu ne prezre nekaterih bolezenskih sprememb na ustni sluznici, ki so lahko samo eden od simptomov nekega bolezenskega sindroma. Nekaterne spremembe v ustih nastopijo že v zgodnji fazi bolezni, so do-

bro vidne in ne zahtevajo dragih preiskav. Še posebno v sedanjih časih, ko je v nekaterih predelih sveta že kar zastrašujoče veliko HIV* bolnikov, je to znanje vredno vsak dan več, saj je znano, da se v napredujoči fazi te bolezni nekateri znaki najprej pokažejo prav v ustni votlini. Ponovno pa je poudaril, da so zadnje obsežne študije, izvedene v ZDA, Avstraliji in Angliji s pregledi nad 22.000 ljudi, ki si zobovje popravljajo ali vsaj hodijo na pregled k zobozdravnikom, ki so sami okuženi s HIV, pokazale, da se niti eden od teh bolnikov (113 jih je bilo HIV*) ni okužil v zobozdravniški ordinaciji, saj so bili virusi pri zobozdravnikih in bolnikih gensko različni!

Še en od znanih ameriških znanstvenikov s področja oralne medicine, dr. Silverman, je bil tisti, ki me je zadržal ves dan v izredno hladnih dvoranh Kongresnega centra. Obsežno je prikazal vso problematiko ustnega raka, ki v ZDA zaseda osmo mesto na lestvici pogostnosti raka. Kot pri vseh rakih je zgodnja diagnostika, pri kateri ima lahko odločilno vlogo prav podučen zobozdravnik, odločilna za prognozo bolezni.

Ogledal sem si še nekaj plakatov, pri katerih so sicer prednjačili ameriški in japonski avtorji, sledili pa so jim presenetljivo sodobno pripravljeni makedonski in srbski, potem pa mi je zaradi drugih obveznosti zmanjkalo časa, saj sem bil tudi vodja slovenske delegacije na generalnih skupščinah FDI (moj namestnik, ki mi je izredno veliko pomagal, je bil prim. dr. Vrbošek). V odmorih za kosilo sem še nekajkrat prehodil veliko dentalno razstavo in občudoval nekatere sodobne aparature, ki jih industrija že ponuja. Samega mesta Orlanda in njegovih znamenitosti si nisem uspel ogledati. No, saj je glavna atrakcija mesta Disneyland in zato sem še nekako zdržal.

9. KONGRES EVROPSKE FEDERACIJE ULTRAZVOČNIH ZDRUŽENJ V MEDICINI IN BIOLOGIJI – EUROSON '96

Andreja Tekauc Golob

V dneh od 1.–4. oktobra 1996 je v dvoranh budimpeštanskega Convention centra potekal 9. evropski ultrazvočni kongres. Prvič so kongres Euroson organizirali v bivši socialistični državi, zato ga je obiskalo tudi veliko udeležencev, ki se doslej niso mogli udeleževati evropskih kongresov zaradi političnih in/ali finančnih razlogov.

Znanstveno komisijo so sestavljali priznani strokovnjaki v ultrazvočni diagnostiki, med njimi tudi prof. Veljko Vlajisavljevič iz Slovenije.

Program kongresa je bil zgoščen. Predavanja so bila ločena po strokovnih vsebinah in so potekala v šestih vzporednih dvoranh. Prvi in zadnji dan sta bila rezervirana za strokovne seminarje z vabljenimi predavatelji. Prvi dan so potekali vzporedno trije seminarji: hepatobiliarni, seminar iz cirkulacije in seminar iz ultrazvoka dojke. Zadnji dan sta potekala pediatrični in ginekološko porodniški seminar.

Drugi in tretji dan smo predstavljali proste teme v smiselni strokovnih sklopih. Poleg navedenih strokovnih področij so obsegali še: UZ v urologiji, UZ v cerebrovaskularni diagnostiki, ehokardiografijo, UZ v diagnostiki periferne cirkulacije, gastrointestinalno ultrazvočno diagnostiko, dokumentiranje ultrazvočnih izvidov, varnost ultrazvočnih preiskav, UZ diagnostiko boleznih mišic in skeleta, UZ v oftalmologiji, UZ pri preiskavah prsnega koša in trebuha, intervencijski ultrazvok, trodimenzionalni ultrazvok, ultrazvočno teorijo in fiziko, UZ mehkih tkiv, veterinarski UZ. Nad 300 izvečkov predavanj so natisnili v posebni izdaji revije *European Journal of Ultrasound*.

Slovenci smo sodelovali v pediatričnem delu predavanj z dvema prispevkoma. Dr. Zlata Felc je predstavila skupno delo z dr. Ilijaš-Trofenik in dr. Alifom: Psihomotorni razvoj donošenih novorojencev z blago idiopatično ventrikulomegalijo stranskih možganskih prekatov. Sama sem predstavila Ultrazvočno presegavanje kolkov pri novorojencu – 11 let izkušenj, skupno delo z dr. Tomažičem, prim. dr. Japljem, prim. dr. Senčarjem, dr. Lidijo Krampač, dr. Slavkom Krambergerjem in dr. Tonejcem. Posebno odmeven je bil zaključek, saj se je zaradi zgodnje diagnostike nepravilnosti kolka in zgodnje terapije za petkrat zmanjšalo število vseh agresivnih posegov in štirikrat število operativnih posegov na otroškem kolku. V odmoru so se predvsem Skandinavci in Madžari zanimali za naše izkušnje pri ultrazvočnem presegavanju kolkov. V okviru pediatričnega seminarja se je razvila živahna diskusija o ultrazvočnem presegavanju pri novorojencih. Na Madžarskem izvajajo UZ presegavanje sečil in možganov, v nemško govorečem delu Evrope presegavajo kolke pri novorojencu. V Sloveniji izvajajo vsa tri presegavanja le v celjski porodnišnici, večina porodnišnic pa izvaja UZ presegavanje kolkov.

Ob predavanjih je potekala v preddverju predavalnic obsežna razstava ultrazvočnih aparatov vseh znanih in manj znanih tvrdk. V družabnem delu kongresa je bil prvi večer orgelski koncert v Matjaževi cerkvi v Budi, nato pa sprejem v mestni hiši. Drugi večer smo prisostvovali temperamentnemu koncertu Orkestra 100 Ciganov v Convention centru.

V zaključku so poudarili, da je ultrazvočna preiskava, ki se z dovršenostjo tehničnih možnosti z veliko naglico izboljšuje, hitra, cenena, enostavna in ponovljiva dopolnilna diagnostična metoda, ki ohranja svoj položaj med tehničnimi diagnostičnimi metodami.

Strokovna srečanja

SREČANJE PEDIATROV SLOVENIJE OB PRAZNOVANJU 50-LETNICE OTROŠKEGA ODDELKA V CELJU

Ana Meštrovič

Slovenski pediatri imamo v okviru Pediatrične sekcije že približno 15 let tradicionalna strokovna srečanja enkrat letno izven Ljubljane in Maribora. Tako smo si ogledali že vse otroške oddelke in večino otroških dispanzerjev v Sloveniji, spoznali kolege in izmenjali izkušnje, se primerjali in se učili. Vsak otroški oddelek in otroški dispanzer v Sloveniji ima priložnost, da na srečanjih predstavi svoje uspehe in tudi težave, s katerimi se srečuje.

V Celju je bilo prvič srečanje pediatrov pred sedmimi leti. Zaradi praznovanja 50. obletnice smo letošnje srečanje pripravili pediatri Otroškega oddelka.

Srečanje je bilo dne 19. 10. 1996 v Kristalni dvorani Zdravilišča Dobrna. Okrog 150 udeležencev nas je počastilo s svojo prisotnostjo in tako izkazalo spoštovanje do visokega jubileja. Veseli smo bili obiska aktivnih in upokojenih pediatrov iz Pediatrične klinike v Ljubljani, Otroškega oddelka kirurških strok UKC, Infekcijske klinike v Ljubljani, Otroške klinike v Mariboru, naše Neonatalne enote, celjskega Predšolskega, Šolskega dispanzerja in Dispanzerja za psihohigieno otrok ter vseh kolegic in kolegov iz ostalih bolnišnic in dispanzerjev. Osebnost sem bila še posebej vesela obiska moje učiteljice prof. dr. Konjajeve.

Pričetek srečanja je bil ob 9. uri. Najprej slavnostni del v počastitev 50. obletnice otroškega oddelka v Celju. Po pozdravu gostov predstojnice otroškega oddelka, dr. Ane Meštrovič, je predstojnica Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani, mag. asist. dr. Zvonka Zupanič-Slavec, predstavila razvoj

celjskega otroškega oddelka v 50 letih. Nato so sledili pozdravi in čestitke. Asist. dr. Vidmar, tajnik Pediatrične sekcije je čestital za visoki jubilej in izrekel priznanje pediatrom Otroškega oddelka za visoko strokovno raven. Sledil je pozdravni govor zastopnice celjskega župana, gospoda Jožeta Zimška. Višja med. sestra Olga Nežman je v imenu Društva medicinskih sester Celje izredno lepo in prepričevalno povedala, da je kolektiv Otroškega oddelka znan kot eden najbolj harmoničnih oddelkov. Poudarila je tudi, da so leta 1994 medicinske sestre Otroškega oddelka dobile zlato odličje za delo na področju nege otroka.

Direktor Zdravilišča Dobrna, gospod Darko Urbanč, je prav tako čestital Otroškemu oddelku za obletnico in izrekel tudi dobrodoščilo gostem.

Prim. dr. Marjana Kuhar je v imenu prof. dr. Cirila Kržišnika, predstojnika Pediatrične klinike v Ljubljani, čestitala našemu oddelku in izrekla priznanje za strokovnost in požrtvovalno delo. Kasneje so se še vrstile čestitke kolegov in predstojnikov oddelkov. Dr. Lučka Kunstelj, predstojnica Otroškega oddelka z Jesenic, je potrdila prijateljsko med obema oddelkoma in za obletnico prinesla v dar knjigo Bleda s posvetilom.

Dr. Dušica Pleterski je čestitala v imenu Zdravniške zbornice. Vrhunec slavnostnega dela je bil koncert nepozabnega New Swing Quarteta. S svojim temperamentnim nastopom, izbranimi melodijami in enkratno interpretacijo so »ogreli« Kristalno dvorano. Navdušeno ploskanje poslušalcev v ritmu melodij je odmevalo po častitljivi zgradbi 300 let starega Zdraviliškega doma.

Med odmorom smo predvajali video posnetek utripa Otroškega oddelka. Za člane plenuma pa je bil odmor delaven.

Strokovni del se je pričel s predavanjem dr. Krevsa iz UPeK Ljubljana – Urgentna stanja v pediatrični kardiologiji. Iz te izredno zanimive in aktualne problematike smo slišali izčrpno predstavljene najpogostejše motnje ritma v otroškem obdobju. Naslednja tema je bila: Pogostnost srčnih napak pri otrocih s šumom na srcu. V odlični prospektivni enoletni študiji je mag. dr. Vučajnkova, pediater našega oddelka, prikazala pogostnost srčnih napak pri otrocih s šumom na srcu, ki so bili pregledani v naši kardiološki ambulanti za celjsko regijo.

Sledil je zanimiv prikaz dr. Vidmarja, dr. Gostiševe, dr. Lazarjeve in dr. Kosina z Otroškega oddelka kirurških strok v Ljubljani: Vpliv peritonealne dialize na nekatere hemodinamske parametre pri dojenčkih in otrocih po operaciji na srcu, kar je predstavila dr. Lazarjeva.

Mag. dr. Felčeva, vodja Neonatalne enote Bolnišnice Celje, ter dr. Alif, pediater našega oddelka, sta prikazala temo: Ventrikulomegalija stranskih možganskih ventrikulov pri novorojenčku in njihov kasnejši razvoj. Z zanimivo prospektivno študijo ugotavljata, da je smiselno nevrološko spremljanje otrok, pri katerih je ob rojstvu ugotovljena ventrikulomegalija stranskih možganskih ventrikulov. Strokovni del je bil zaključen s prikazom tovarne zdravil Schering-Plough in njihovega preparata Cedax.

Schering-Plough je bil pokrovitelj našega srečanja. Pričakal nas je z vročo kavico ob prihodu, ponudil prigrizek med odmorom, povabil na domače štajersko kosilo, na kostanj z moštom, organiziral avtobusni prevoz za udeležence iz Ljubljane.

Po ogledu Zdravilišča Dobrna smo se v lepem jesenskem popoldnevu sprehodili skozi čudoviti park do gostišča Triglav, kjer se je pekel kostanj in točil slaček jabolčnik. Za prijetno vzdušje so poskrbele štiri harmonikašice »Šmrklje«.

Srečanje smo zaključili v poznih popoldanskih urah. Po razpoloženju udeležencev in njihovih prisrčnih stiskih rok sem prepričana, da so bili zadovoljni s prijetno in tudi koristno preživelo soboto med stanovskimi kolegi.

DRUGI EVROPSKI KONGRES O PREHRANI IN ZDRAVJU V STAROSTI

Helsignore, Danska, 19.–21. maj 1996

Dražigost Pokorn

Drugi evropski kongres o prehrani in zdravju v starosti, ki je bil spomladi 1996 v Helsignoru na Danskem, je prinesel nekaj novih spoznanj in potrdil o načinu prehrane, ki ohranja, krepi in podaljšuje življenje.

Osnovni zaključki kongresa so bili, da je pravilna prehrana povezana z manjšo zbolevnostjo in umrljivostjo.

Nedohranjenost v starejšem obdobju je pomemben dejavnik tveganja za nastanek raka. Rak je povezan z uživanjem ocvrte, mastne, mesne in preslane hrane, s pitjem alkoholnih pijač, kajenjem in kontaminirano hrano s pesticidi, nitriti in nitriti.

Ljudje, ki uživajo veliko sadja in zelenjave že od zgodnje življenjske dobe, manj zbolevali in imajo tudi daljšo življenjsko dobo.

Antioksidanti, ki jih človek dobi zlasti v sadju in zelenjavi, preprečujejo okvaro celične DNA, lipidov in beljakovin, kar varuje zdravje. Avtorji so dali posebni varovalni pomen paradižniku, špinači ter listnati, temno-zeleni zelenjavi.

Veliko študij, vključenih v mednarodno raziskavo o prehrani starejših ljudi, ki je zajela osem držav oziroma 19 evropskih mest, je ugotovilo, da ljudje v sredozemskih državah, kjer uživajo dovolj sadja, zelenjave, olivnega olja ter rib, imajo v krvi več zaščitnih snovi, njihovo preživetje pa je daljše v primerjavi s severnimi državami Evrope. Danca Osler in Schroll sta opisala, v danski študiji v okviru tega projekta, koristni učinek sredozemske diete na daljšo življenjsko dobo pri Dancih.

Enake rezultate so opisali tudi Španci.

Osebe, ki zaužijejo veliko kalcija in vitamina D ter ne pijejo alkohola in kave, imajo manj osteoporoze.

Prehrana z dovolj cinka tudi izboljša odpornost organizma in podaljšuje življenje.

Osnovno živilo v sredozemski dieti so ribe. Skupina avtorjev (Holmer in sod.) je ugotovila, da ribja prehrana varuje pred boleznimi srca in ožilja, revmatoidnim artritisom, vnetnimi boleznimi ter celo rakom.

Zaščitne snovi v ribah so zlasti – 3 maščobne kisline, oleinska kislina ter vitamin A in D.

Romunska študija s 6000 preiskovanimi osebami, starimi od 85 do 95 let, je prav tako potrdila domnevo, da uživanje rib podaljšuje življenje in preprečuje prezgodnjo zbolevnost in smrtnost. Krajšo življenjsko dobo pa so ugotovili pri osebah, ki uživajo veliko maščob.

Ruski avtorji, ki so pregledali 800 oseb, starih od 60–106 let (Griogorov in sod.), in 135 oseb, starih od 60–90 let (Bezrukov in sod.), so ugotovili, da je prehrana z dovolj mlečnih izdelkov povezana z boljšim zdravjem preiskovancev.

Ukrajinski inštitut za gerontologijo, ki je študiral vpliv prehrane in okolja na dolgotrajno življenje prebivalcev Kavkaza, je predlagal naslednje ukrepe za varovanje zdravja in dolgo življenje: pravilno prilagoditev okolju, z vzdrževanjem ljudskih navad in tradicij; uravnoteženo prehrano, ki ni energijsko prebogata; prehrano z dovolj mlečnih izdelkov in zelenjave; veliko zaščitnih snovi (vitaminov C, A, E, balastov) in prehrano z malo sladkorja ter soli.

15. EVROPSKI KONGRES PERINATALNE MEDICINE

Glasgow, 10. do 13. september 1996

Boštjan Loušin, Irena Cetin-Loušin

«Failte gu Glaschu» ali Dobrodošli v Glasgou, nas je v galščini pozdravil profesor Cockburn v imenu prirediteljev že 15. evropskega kongresa perinatalne medicine. Na kongresu so sodelovali najvidnejši evropski strokovnjaki s področja perinatologije, predstavljenih je bilo čez 650 izbranih prispevkov ginekologov-porodničarjev, pediatrov-neonatologov in drugih. Iz Slovenije se je kongresa udeležilo 10 zdravnikov, psihologinja in inženir, od teh kar polovica s lastnimi raziskovalnimi prispevki.

Najbolj obiskanih je bilo 6 plenarnih predavanj. Na temo Fetalne anomalije je bilo zanimivo slišati dr. De Presta (Belgija) o razvoju endoskopske fetalne kirurgije in intrauterinemu zdravljenju diafragmalne hernije ploda z indukcijo pljučne hiperplazije z začasno obstrukcijo traheje. Dr. Loke (Anglija) je v okviru teme Intrauterino življenje in porod predstavil nove imunološke vidike implantacije embria, ki se razlikujejo od tistih pri transplantaciji, profesor Kurjak (Hrvaška) pa ultrazvočno dokazal vzpostavitev kontinuiranega pretoka krvi v interviloznem prostoru v zgodnji nosečnosti. Pri retrohiorialnem hematomu niso našli prognostične vrednosti spremenjenih pretokov za izid nosečnosti, pač pa pri razvoju gestacijske trofoblastne bolezni. Na temo Prehrana matere in otroka je še vedno dosti govora o preventivnem dajanju folne kisline nosečnicam. Ob temi Rutinski ultrazvok v nosečnosti je bil zelo prepričljiv profesor Campbell (Anglija), ki se je zavzemal za tri rutinske ultrazvočne preglede nosečnic in rutinske preglede debeline vratne svetline pri plodu za odkrivanje Downovega sindroma. Z amniocentezami glede na starost matere nad 35 let odkrijemo 20–30% trisomiji 21, z biokemijskimi markerji 60–70%, s kombinacijo starosti, UZ debeline vratne svetline ter vrednostjo alfa-fetoproteina pa bi jih odkrili skoraj 90%.

Izredno zanimive so bile debate pro et contra, tudi teh je bilo šest. Profesor Jouppila (Finska) je v prid Epiduralni anesteziji med porodom navedel, da je to gotovo najučinkovitejša analgezija ob porodu, sodobno kombiniranje z opioidi zmanjša motorično blokado, porodnica lahko celo sama odmerja analgetičen učinek. Dr. Thorburn (Škotska) mu je nasprotoval, češ da podaljša porod, večkrat je treba instrumentalno končati porod z izhodno operacijo, posledično je zato več urinskih in rektalnih inkontinenc. Najbolj pa nas je zanimalo, kaj bodo razpravljali na temo Porod v vodi. Porodničar, ki je nadomestil dr. Elderingovo (Nemčija) je zagotavljal, da refleksni mehanizem pri novorojenčku prepreči aspiracijo vode, sicer pa hipoksičen plod že itak lahko aspirira in utero. Na njihovi kliniki v Bonnu rodi v vodi približno 20% porodnic, ki so zadovoljne s takim načinom zmanjšanja bolečin med porodom. Nasprotoval mu je profesor Walker (Anglija), ki je nekako dopustil porod v vodi pri popolnoma normalnem poteku in le v prvi porodni dobi. Zanimal je, da bi bilo to fiziološko (od sesalcev rodijo v vodi le kiti in delfini, a ti nimajo druge izbire), naravno (nobeni primati ali primitivna ljudstva ne rojevajo v vodi, torej je to nekaj novega), varno (pravzaprav je tvegano, ker je novo). Nekoliko v šali je povedal: ženske mislijo, to je gotovo nekaj dobrega, ker so porodničarji proti. Zelo živahna je bila tudi debata na temo Univerzalna pravica do asistiranega reprodukcije, profesor Winston (Anglija) ni imel neplodnosti za bolezen, temveč za simptom, ki mu je treba poiskati vzrok in seveda zdraviti, saj je to investicija v nadaljevanje človeške vrste. Proti je bil profesor Relier (Francija), ki ima kot pediater iz neonatalne intenzivne nege vsakodnevne težave z novorojenčki nizkih porodnih tež kot posledico multiplih nosečnosti po asistiranem reprodukciji. Zavzel se je za preprečitev neplodnosti in vstavljanje enega, največ dveh zarodkov v maternico v postopku zunajtelesne oploditve. Pred vsako debato in po njej je moderator pozval udeležence v

dvorani, da se z dvigom rok opredelimo pro et contra. Tako je ob porodu v vodi bila rahla večina dvorane proti temu, da se to propaga, vendar velika večina za to, da se pač porodnici dopusti, če želi roditi v vodi.

Sledilo je 15 dvehurnih simpozijev z vabljenimi predavanji, najbolj zanimiv je bil o Monitoriranju ploda med porodom, predvsem z merjenjem saturacije krvi s kisikom. Metoda je bolj invazivna od kardiokografije ter bistveno manj od pH-metrije, po zanesljivosti kazalnika hipoksije pa je tudi neke vmes. Predvsem je bistveno enostavnejša od pH-metrije in kontinuirano nudi podatke. Mediana vrednost saturacije med porodom je bila 40–45%, od 10. do 90. percentile 30–56%, vendar v prvi porodni dobi ob saturaciji nad 30% nikoli ni bil pH plodove krvi pod 7,20 v prikazani francoski raziskavi na 174 primerih, kjer so istočasno merili saturacijo in pH.

Na kongresu je bil razstavljen prvi uporaben ultrazvočni aparat profesorja Iana Donalda, celo v roke smo ga prijeli in lahko izmerili premer balončka v vodni kopeli, kakor Donald cisto pred 40 leti.

Vtis na udeležence kongresa je napravil koncert skupine Forefront Youth Theatre, ko je približno 50 otrok v živopisanih oblačilih plesalo in prepevalo pesmi iz musicalov ter znane melodije pop glasbe. Še bolj pa je vžgal Gala Ceilidh – škotski folklorni večer, kjer smo ob inštrukcijah domačinov naenkrat vsi »znali« plesati škotske narodne pleske, od najstarejših profesorjev do najmlajših specializantov. Opolnoči pa so nas povabili na dvorišče čudovite stare univerze, zgrajene v gotskem slogu, kjer je škotski orkester dud igral koračnice. Med prostim časom pa smo si dodobra ogledali Glasgow, večina pa še bližnji Edinburgh. Po koncu kongresa smo po parih večinoma najeli avtomobile in po levi strani včasih širokih včasih zelo ozkih cest odbrzeli proti severu Škotske, kjer je bilo res kaj videti. Mimo lochov in po glenih, mimo destilierij pravega škotskega malt viskija, čudovitih gradov, po romantičnih mostovih in nenavadnih otokih smo se čez štiri dni spet našli na letališču in odleteli domov.

Sponzorjem GlaxoWellcome predstavništvo Ljubljana, OMV Istra iz Kopra, Krki Novo mesto ter Bolnišnici Izola se zahvaljujeva, da so nama omogočili udeležbo na kongresu.

Delo SZD

2. POGOVOR V DOMU SLOVENSKIH ZDRAVNIKOV O SLOVENSKI MEDICINSKI BESEDI

Delovna skupina, ki smo jo sestavljali Jože Drinovec, Saša Markovič in Matjaž Rode, je zaprosila zdravnike in zobozdravnike, farmaceute, inženirje in jezikoslovce-slaviste, da se udeležijo našega pogovora in vnaprej pripravijo kratke uvodne prispevke za spodbujanje kasnejše razprave. Z veseljem ugotavljamo, da so se naloge lotili z veliko zavzetostjo za slovenski jezik in še posebej za slovenski jezik v medicini. To so bili: minister za kulturo dr. Janez Dular, prof. dr. Stanko Banič, prof. dr. Miroslav Kališnik, prof. dr. Tomo Korošec, prof. dr. Rudi Pavlin, prof. dr. Rajko Sedej in prof. dr. Primož Simoniti. Njihove prispevke objavljamo v zaporedju, kot so jih avtorji predstavili na pogovoru.

Pogovori v Domu slovenskih zdravnikov se prijemljejo, tokrat se je večera o slovenski medicinski besedi udeležilo okrog 50 poslušalcev, predvsem zdravnikov. Izbor udeležencev omogoča združevalni pogled na gradivo. Zanimiv je pogled sedanjega lektorja Zdravniškega vestnika, sedanjih in bivših urednikov, strokovnjakov, ki so likali slovensko medicinsko besedo v revijah, knjigah, magistrskih nalogah, pa tudi iz farmacije, strojništva in strokovnjaka s področja slovenskega jezika in tudi klasičnih jezi-

kov. Prepričani smo, da bo gradivo spodbuda za razmišljanje in tudi za razpravo, ki jo bomo pripravili v Domu slovenskih zdravnikov v začetku leta 1997.

Dr. Janez Dular

Lepo se zahvaljujem za to vabilo in priložnost, da vam spregovorim. Želel bi, da me ne razumete toliko kot ministra, ampak bolj kot svojega potencialnega pacienta in seveda kot jezikoslovca, čeprav sem v zadnjih letih močno odtegnjen od neposrednega jezikoslovnega dela. Vesel sem skrbi, ki jo opažam pri slovenskih zdravnikih in SZD v zvezi z jezikom. To ni nekaj čisto novega. Sam se sicer nisem intenzivno ukvarjal z zgodovino slovenskega zdravstvenega izrazja, ampak nekaj teh podatkov in mejnih zadev vendarle poznam. Vem, da je tu neka močna terminološka tradicija od ranocelnštva iz avstroogrskih vojaških časov in ba-bištva iz Vodnikovih časov itn. pa do moderne medicine za tretje tisočletje. Med slovenskimi zdravniki je bila cela vrsta terminoloških ustvarjalcev, tudi terminoloških iskalcev s takimi in drugačnimi posrečenimi in manj posrečenimi, včasih nekoliko anekdotičnimi primeri. Iz svojega bližnjega družinskega okolja sem slišal razne anekdote o dr. Plečniku in še kom. Vsekakor to izpričuje ves čas živo zavest slovenskih zdravnikov, da je jezik nekaj, čemur morajo posvečati pozornost. To pravzaprav ni presenetljivo, ker zdravniški poklic je po svoji naravi pač tak, da je zdravnik postavljen med dva bregova, med stroko in na drugi strani pacienta, ki je pač laik. In treba se je potruditi, da se naredi most, tudi jezikovni, tudi izrazni most. Če pacient zdravnika ne razume, so posledice lahko usodne. Skrb torej ni samo zgodovinska, ampak je tudi današnja. Vem, da so nekateri moji kolegi, tudi tu navzoči dr. Korošec, sodelovali kot lektorji pri Zdravniškem vestniku ali drugih medicinskih glasilih in publikacijah. Tudi sam sem zagrešil nekaj takih poskusov. Omenil bi učbenik nefrologije ali pa lektoriranje kakšnega farmacevtskega prospekta in podobnih reči. Pri tem sem seveda opazil, da je poroštvo za uspeh takega dela sodelovanje in zavzetost z dveh strani. Po eni strani velikega medicinskega znanja in po drugi strani velikega jezikovnega, da ne rečem jezikoslovnega znanja in občutka ter zavezanosti temu prizadevanju, ki je včasih videti zelo drobnjarsko, je pa nujno, brez njega ne gre, posebno v zelo specialističnem razvoju sodobnih strok.

O tej dvosmernosti zdravniškega poklica ne bom več govoril. Rad bi samo poudaril, da je tovrstno prizadevanje seveda del širšega prizadevanja v današnji slovenski družbi, stoječi v nekakšnem razcepu ali razpotju. Na eni strani povečana narodna in jezikovna samozavest zaradi državne osamosvojitve, s katero je nekako postal manj aktualen t. i. slovenski kulturni ali celo kulturniški sindrom. Dejstvo je, da je v zgodovini slovenskega naroda, dokler nismo imeli svoje države, veliko vlogo odigrala tista plast izobraženstva, ki jim pravimo preprosto literati ali pesniki itn. Treba se je zavedati in poudarjati, da je slovenščina normalen, polno razvit in še nadaljnje razvoja zmožen jezik. Ne samo za literaturo (pa ne mislim nič podcenjevalnega o literaturi), ampak za vsa področja sodobnega življenja, od znanosti do literature, in za vse, kar je vmes, če mislimo, da sta to dve skrajnosti.

Slovenščina ima zadosti razvejen in gibčen slovnični sistem, ima zadosti bogat besedni zaklad in s še neslutnimi možnostmi besedotvornega razvoja. Treba pa se je seznaniti s temi možnostmi in imeti zadosti volje in zadosti poguma, da jih izrabimo. Obstaja nekakšna psihološka zavora, ki ji nismo kos, ker nas šola nanjo ne pripravlja. Če gledamo zgodovino jezika in njegovo bogatost, recimo besednega zaklada, je bilo zaradi sorazmerno počasnega razvoja družbe do 20. stoletja redko komu naloženo, da je

moral ustvariti novo besedo. En človek je bil mogoče povprečno dvakrat v življenju postavljen pred nalogo, da je iskal in našel, ustvaril novo besedo in jo socializiral, kot se reče, jo poslal v javnost, jo začel uporabljati in so jo potem drugi povzeli ali pa tudi ne, če ni bila posrečena. Tako se je v desetletjih, stoletjih, tisočletjih v jeziku nabralo toliko in toliko tisoč besed. Z 20. stoletjem in naglim razvojem znanosti, informatike in vsega tega je vsak človek praktično skoraj vsak dan postavljen pred nalogo, da se sreča z nečim novim in želi to novo poimenovati. Šola ga za to ni usposobila in če ga celo je intelektualno usposobila, se te naloge nekako boji. Nastanek nove besede v jeziku je dogodek, je atrakcija, je včasih lahko tudi konflikt ali katastrofa. In če nismo na to pripravljeni, se takemu poskusu raje izognemo. Izognemo tako, da uporabimo tujo besedo. To oviro v sebi bi moral sodoben človek premagati in se zavedati, da je nastajanje in tvorba novih besed normalen del človekove jezikovne in vsakršne ustvarjalnosti. Seveda pa je treba biti pripravljen, da bo ta beseda, ko jo pošljete v svet, naletela na takšne in drugačne odmeve, in morate jo biti pripravljeni utemeljiti ali pa tudi umakniti, če so nasprotni argumenti zadosti prepričljivi.

Na eni strani je torej ena samozavest, ki nas spodbuja k temu, na drugi strani je v današnji slovenski družbi vse polno pritiskov zaradi naše odprtosti v svet in še posebej zaradi našega prizadevanja za pospešen vstop v Evropsko zvezo, kjer vemo, da so jezikovni problemi že s med t.i. velikimi jeziki, kaj šele, če primerjamo slovenščino s katerim izmed tistih, ne vem koliko milijonskih množic. In tu je potreben dodaten pogum, po drugi strani pa tudi dodaten premislek in priprava na to. To pomeni, da moramo sedaj, danes, da ne rečem že včeraj, tako na ravni strok kot na ravni civilne družbe (v konkretnem primeru našega društva) kakor tudi na ravni države pripraviti ustrezne mehanizme. Nekaj aktivnega, s čimer bomo lahko premagovali nedvomno prihajajoče pritiske na slovenščino. Pravzaprav so pritiski že tukaj, saj jih srečamo na cestah, na plakatih in napisih itn. Na tak položaj smo in bomo Slovenci obsojeni tudi v prihodnje in ni za nas nič novega. Ves čas smo se morali bojevati za obstanek in smo obstali, kot vidite.

Slovenska medicinska terminologija in vpliv latinščine nanjo

Stanko Banič

Najprej bom poskusil odgovoriti na vprašanje, zakaj je v mednarodni medicinski terminologiji največ latinskih in iz grščine latiniziranih izrazov, nato pa bom še na kratko povedal, kaj je bilo doslej storjenega na področju izgrajevanja nacionalne slovenske medicinske terminologije.

Kultura zahodnega sveta ima svoje korenine v kulturi starih Rimljanov in Grkov. Da je postala latinščina jezik znanstvenikov, zlasti v naravoslovnih znanostih in v medicini, obstajajo zgodovinski razlogi. V zahodnem delu rimskega cesarstva so gojili mnoge znanosti. Ko je cesarstvo v 4. in 5. stoletju propadlo, so narodi nasledniki ohranili te znanosti v latinščini in jih še stoletja dalje razvijali v latinščini. Izrazna moč jezikov evropskih narodov takrat še ni bila zadostna, da bi mogli razvijati v naravoslovnih znanostih in v medicini nacionalne terminologije.

Na evropskih univerzah so predavali medicino v latinščini. Prvi je začel predavati in pisati v materinščini Paracelsus v Baslu v prvi polovici šestnajstega stoletja, vendar pa so se kolegi nad njim zgražali. Njemu je sledil Schönlein, ki je začel predavati interno medicino v Berlinu leta 1840 v nemščini. Po njegovi poti je šel Škoda, ki je začel predavati interno medicino na Dunaju leta 1847 v nemščini. Kmalu zatem so začeli predavati v narodnih jezikih tudi na drugih univerzah v Evropi.

Tako so se začele razvijati nacionalne medicinske terminologije. Nekateri narodi, kot npr. Angleži, Francozi in Italijani, so brez pomislekov prevzemali latinsko-grško izrazoslovje v svoje jezike in z uporabo svojih končnic ustvarjati lastno besedje. Slovenščina se prevzemanju tujk upira kolikor mogoče in se rajši opira na izrazno moč lastnega jezika. Razume se, da se vsem tujkam tako v medicini kot v drugih znanostih ne moremo izogniti. Tujke pišemo v slovenščini fonetično in jih po pravilih svojega jezika sklanjamo in spregamo ter oblikujemo v spolu in številu.

Razvoj narodnih medicinskih terminologij pa ni mogel odpraviti latinske terminologije. V medicini je namreč skupno mednarodno izrazoslovje potrebno in ravno latinščina je za takšno mednarodno izrazoslovje najprimernejši jezik. Pisava in izgovorjava latinskih besed je preprosta. V latinščini se moremo precizneje izraziti kakor v drugih jezikih, ker je latinščina mrtev jezik, ki se ne spreminja. Latinščina kot mednarodni strokovni jezik ima tudi to dobro stran, da ne daje prednosti nobenemu narodu.

Mednarodni medicinski jezik je dandanes še vedno latinsko-grški. Anatomija še vedno uporablja latinske ali iz grščine latinizirane termine. Prav tako histologija in embriologija. Še vedno pišemo v latinščini diagnoze bolezni, recepte, obdukcijske izvide in znanstvena imena mikrobov. Prav tako uporabljamo iz latinščine in grščine vzete tujke za opisovanje fizioloških in bolezenskih pojavov.

In kaj je bilo doslej storjenega na področju izgrajevanja nacionalne slovenske medicinske terminologije? Menim, da je bilo veliko storjenega na tem področju in da so bila dosedanja prizadevanja zelo uspešna.

Prvi poskusi sistematične obdelave slovenske medicinske terminologije segajo že daleč nazaj. Že leta 1904 je Alojzij Homan izdal slovarček »Nemško-slovenska sodno-zdravniška terminologija«. Leopold Ješe je leta 1920 objavil v Liječniškem vijesniku članek »Nekaj slovenske terminologije iz okulistike«. Mirko Črnič je prav tako leta 1921 objavil v Liječniškem vijesniku članek »Iz kirurške terminologije«. Leta 1941 je izšel Črničev »Klinični besednjak«, leta 1957 pa Črničev »Slovenski zdravstveni besednjak«. Rudolf Del Cott je leta 1961 izdal »Medicinski terminološki slovar«. Kasneje je pripravil še dve izdaji slovarja, in sicer leta 1972 in leta 1976. Alija Košir je leta 1966 izdal slovarček »Nomina anatomica po naše«. Tudi Franjo Smerdu je obdelal slovensko anatomsko terminologijo. Prispeval je namreč slovenski tekst v slovenski izdaji madžarskega anatomskega atlasa v treh delih, katerega avtorja sta Ferenc Kiss in János Szenágothai. Mirko Karlin je leta 1964 izdal knjižico »Slovenska imena naših zdravilnih rastlin«. Slovenska imena zdravilnih rastlin je zbral tudi Franjo Smerdu v knjigi »Zdravje iz rastlin«, ki je izšla leta 1974. Leta 1987 so Janko Držičnik, Erman Pertl in Franjo Smerdu pripravili drugo, dopolnjeno izdajo Črničevega »Slovenskega zdravstvenega besednjaka«. Leta 1994 je Slovensko mikrobiološko društvo izdalo »Mikrobiološki slovar«. V slovarju so zajeti mikrobiološki izrazi iz vseh področij mikrobiologije, torej tudi iz medicinske mikrobiologije. In končno leta 1996 je Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani izdala »Pravopis medicinskih izrazov«. Gradivo je pripravila skupina avtorjev, večinoma učiteljev Medicinske fakultete v Ljubljani, ki jo vodi prof. Miroslav Kališnik.

Menim pa, da prispevka zdravstvenih delavcev k slovenski zdravstveni terminologiji ne smemo ocenjevati samo po slovarjih, temveč po vsej slovenski zdravstveni literaturi. Učbeniki in skripta fakultetnih učiteljev, knjige nefakultetnih zdravstvenih delavcev, poljudne strokovne knjige Franja Smerduja, Mihe Likarja, Ermana Pertla, Marija Avčina in mnogih drugih piscev ter številni strokovni in znanstveni članki v Zdravniškem vestniku, kot tudi poljudni zdravstveni članki v raznih poljudnih časopisih so zakladnica lepih in ustreznih zdravstvenih izrazov. Tudi jezikovni kotiček v Zdravniškem vestniku in kasnejšem Zdravstvenem vestniku je spodbujal k razvijanju slovenske zdravstvene terminologije. Menim, da dandanes zdravstveni pisci lahko najdejo v slovenski zdravstveni literaturi ustrezne soznačnice za večino medicinskih tujk.

Ob izidu pravopisa medicinskih izrazov

Miroslav Kališnik

Uvod

Medicinska fakulteta v Ljubljani je nedavno izdala Pravopis medicinskih izrazov (1). Njegov namen je dati uporabnikom navodila za pravilno pisavo, izgovorjavo in pregibanje ter druga pojasnila o uporabnosti najpogostejših medicinskih izrazov, ki jih uporabljajo naši medicinski strokovnjaki za sporazumevanje med seboj in s kolegi na tujem, pa tudi z nestrokovnjaki, zlasti še s pacienti. Ni pa namen tega dela pojasnjevati pomen teh izrazov; to bo naloga Medicinskega terminološkega slovarja, ki je v pripravi. V tem zapisu je podanih nekaj načel, po katerih smo se ravnali pri pripravi Pravopisa medicinskih izrazov.

Jezikovna kultura

Strokovnjaki so dolžni skrbeti za razvoj jezikovne kulture na svojem področju, zlasti še za razvoj strokovne terminologije, za kar so tudi najbolj pristojni (2). Pri tem pa se morajo posvetovati z jezikoslovci.

Komunikacija

Jezik služi komunikaciji, ki naj bo razumljiva, nedvoumna, natančna, pravilna in lepa. Komunikacijski krogi, v katere smo zdravniki vključeni, so strokovni in poljudni. Strokovno komuniciramo zdravniki med seboj (doma in na tujem) ter z drugimi zdravstvenimi delavci. Poljudno pa se izražamo, ko komuniciramo s pacienti in z javnostjo. Razlike so predvsem v stopnji natančnosti in v večjih ali manjših navedbah, vedno pa moramo biti razumljivi.

Strokovna komunikacija

Zdravniki pogosto uporabljamo latinske, latinsko-grške in grške termine v citatni obliki, v stavkih v nominativu (in eventualno tudi akuzativu). Paziti pa moramo pri naglaševanju teh besed (npr. izgovori *pnevmónia* v besedi *pneumonia*, vendar *nevropatía* v *neuropathia*).

Vse pogosteje pa se uporabljajo latinsko-grški izrazi v bolj ali manj poslovenjeni (fonetizirani) obliki, obvezno v drugih sklonih (razen v nominativu in akuzativu). Npr. namesto arterija *carotis communis* napišemo skupna karotidna arterija; ko je nekoč lektor popravil ta izraz v vratna arterija, je avtor protestiral, češ, saj imamo v vratu tudi vertebralno arterijo. Še bolj upravičen pa je bil protest, ko je slavist predlagal namesto temporalna arterija izraz začasna obvodnica. To zgovorno kaže na potrebo, da slovenijo strokovne izraze le strokovnjaki, ki poznajo vsebino pojma, ne pa jezikoslovci. Potrebno je, da se strokovnjaki najprej dogovorijo o ustreznem slovenskem terminu, preden ga prično uporabljati. Načela za fonetiziranje latinsko-grških izrazov v slovenskih besedilih, ki jih je predstavil Širca (3), so uporabna ne le za anatomske izraze, ampak za medicinske izraze nasploh. Latinsko-grške izraze imamo tudi slovenski zdravniki za svoje, ne le zaradi tradicionalnih razlogov, ampak tudi zaradi natančnosti izražanja in pa zaradi lažjega mednarodnega sporazumevanja. Tudi drugi narodi, npr. angleško govoreči in pišoč, uporabljajo v svojih besedilih besede latinsko-grškega izvora, ki jih v večini primerov, tako kot mi, pisno in govorno prilagodijo svojemu jeziku.

Izrazi v drugih živih jezikih se le izjemoma uporabljajo v citatni obliki. Zlasti veliko je teh izrazov iz angleščine. Spočetka smo jih kar nekritično prenašali v slovenska besedila, danes pa jih precej dosledno prevajamo v slovenske izraze. Npr. angleški *stress* je postal slovenski *stres*, čeprav je dobil kasneje različne pomen; za angleški *clearance*, ki smo ga nato nekaj časa pisali fonetično *klirens*, imamo danes že ustaljen izraz *izčistek*, za *by-pass* pa Zdrav Vestn že vrsto let uporablja besedo *obvod*. Proti besedi *transpozon* nima nihče nič, saj jo lahko izvedemo tudi iz latinske-

ga glagola transponere, tudi nimamo nič proti homeoboksu, ki je v mednarodni literaturi ustaljen termin, pač pa moramo najti slovenski zraz za spliceosome (ponudili smo spajalno telesce). Avtor, ki prvič uvaja kak nov pojem v slovensko literaturo, naj ponudi ustrezen slovenski izraz in naj mu doda v oklepaju tuji izraz; če ga bo praksa sprejela, bo sčasoma pomenil isto kot tuji, pod katerim se je pojem prvič pojavil. Ni nujno, da bodo vsi pomenski odtenki tuje besede dobili iste slovenske termine, npr. za compliance bodo splošni zdravniki morda uporabljali voljnost, fiziologi podajnost, pulmologi pa bodo morda vztrajali pri complianci. Besede, ki prihajajo iz drugih živih jezikov, praviloma prilagodimo slovenskemu jeziku. Tako imamo npr. iz nizozemščine besedo sprua, iz svahilščine čikenganja, iz arabščine bejel (verjetno bi morali pisati bedžel in se ne pustiti zapeljati angleškemu zapisu), iz nemščine sor namesto soor itd.

Še beseda o kraticah, ki so mednarodno sprejete. Nikomur ne pride na misel, da bi slovenil ACTH z AKTH, ker tega nihče ne bi razumel. Črkarska pravda okrog AIDS-a je verjetno končana, čeprav to kratico nekateri še izgovarjajo po nepotrebnem po angleško namesto po slovensko. Kljub načelnemu dogovoru pa nekateri še vedno ponujajo DNK namesto ustaljene DNA (čeprav je res, da Francozi vztrajajo pri ADN in Nemci pri DNS). Z mednarodno sprejetimi kraticami ne ogrožamo slovenščine, če imamo za njihove razvezave slovenske strokovne izraze.

Glede eponimskih izrazov se zavzemamo za izvirno pisavo in (konservativno!) z veliko začetnico, če gre za dvo- ali večbesedne termine, ki pomenijo morfološke pojme, imena bolezni in sindromov, imena operacij (npr. Golgijev aparat, Gerbec-Morgagni-Adams-Stokesov sindrom, Billrothova operacija). Enobesedna eponimska imena bolezni ali tumorjev pa pišemo tako, da se v njih prepozna oseba, po kateri je ime napravljeno, vendar z malo začetnico, npr. ehrlichioza, schwannom. Nismo pa navdušeni nad zamislijo, da bi fonetizirali lastna imena, kot to delajo Srbi, tudi v enobesednih eponimskih imenih ne, torej ne erlihioza, švanom.

Zadrege se pojavljajo pri tvorbi pridevnikov iz lastnih imen, npr. Botallov vod, ne pa Botallijev vod (saj je ductus Botalli nastal iz latiniziranega priimka Botal, torej Botallus). Ali kako pisati pridevnik iz imena Purkyněv? Naš boemist Urbančič je po proučitvi tega primera menil, da je v slovenščini najustreznejši pridevnik Purkynjev. Da bi se izognili napakam v izgovorjavi tujih lastnih imen in iz njih izpeljanih besed, moramo obvezno upoštevati navsez ustreznega jezikoslovca. Včasih pa dopuščamo tudi vzporedni, že ustaljeni izgovor, npr. ime avtorja Addison izgovarjamo edison, vendar bomo dopuščali ob pravilnem izgovoru pridevnika Addisonov – edisonov tudi ustaljeni izgovor adisonov.

Poljudna komunikacija

Pri tem uporabljamo čim več slovenskih, domačih izrazov, že zaradi tega, da nestrokovnjaka ne plašimo. Res pa je, da skoraj vsak bolnik s sladkorno boleznijo ve, da ima diabetes. Zato tudi ni potrebe, da bi slovenili besede kot diabetolog, diabetologija. Prav tako nam v slovenščini zadostujeta izraza kot presadek, presaditev za transplantat, transplantacija. V sestavljenih besedah kot avtotransplantat, homotransplantat, alotransplantat, tudi v zvezah kot transplantacijska skupina pa bi bilo slovenjenje nemogoče ali bi zvenelo prisiljeno. V poljudnih besedilih navadno tudi ni potrebna taka natančnost kot v strokovnih. Zadoščala bo verjetno pljučnica za pnevmonijo, najbrž pa ne bo potrebno, da slovenimo še lobarno ali lobularno pnevmonijo.

Strokovne izraze, ki so manj znani, je priporočljivo v poljudnih besedilih razložiti ali sproti ali pod črto ali pa v dodanem slovarčku. Uporaba ad hoc skovanih slovenskih prevodov ali še ne sprejetih slovenskih izrazov namreč lahko privede do nerazumljivosti besedila tako strokovnjaku kot nestrokovnjaku, kot sem pred leti pokazal v svojem odgovoru »nekemu puristu« v Naših razgledih. Zaradi purističnih ali racionalističnih razlogov tudi ni dovoljeno popravljati že ustaljenih slovenskih izrazov, npr. uvajanje ozkega črevesa namesto že zdavnaj ustaljenega tenkega črevesa, ki ga

je zabeležil po Erjavcu že Pleteršnik (4), od Černiča dalje (5) pa ga pišemo kot tanko črevo; isto velja za neutemeljno popravljani izraz široko črevo namesto ustaljenega debelo črevo. Od Pleterškovih dvojnic seneni nahod in senski nahod se je danes obdržala kot prevladujoča prva; Slovar slovenskega knjižnega jezika (6) je namreč soznačnici senski dodal kvalifikator narečno, obe pa sta razloženi kot nanašajoč se na seno.

Sklep

Zaključimo z mislijo iz Urbančičeve knjige (2), da »jezikovna norma ne more biti delo posameznika, ... ampak je dana... v kolektivnem jezikovnem čutu širokega kroga izobraženih ljudi« (2).

Literatura

1. Kališnik M in sod. Pravopis medicinskih izrazov. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1996.
2. Urbančič B. O jezikovni kulturi. Ljubljana: Delavska enotnost, 1987.
3. Širca A. Kako pisati anatomske strokovne izraze v slovenskih besedilih. Med Razgl. 1993; 32: 657–64.
4. Pleteršnik M. Slovensko-nemški slovar. Ljubljana: Knezoškofijstvo v Ljubljani, 1894.
5. Černič M. Slovenski zdravstveni besednjak. Ljubljana: DZS, 1957.
6. Slovar slovenskega knjižnega jezika I–V. Ljubljana: DZS, 1970–91.

Jezik in lektoriranje v Zdravniškem vestniku

Tomo Korošec

Načeloma je treba pristati na trditev, da je za jezikovno podobo kake publikacije (recimo, strokovnega časopisa) – sme pa to veljati tudi za druge – odgovoren njen lektor. Za to ga publikacija ima in plačuje, ni pa nikjer rečeno, da je za njeno izvrstno jezikovno podobo zaslužen zgolj lektor. Ta si mora svoje plačilo zaslužiti.

To moje stališče ne pomeni, da se pridružujem smislu gesla, ki ga je najprej nekdo zapisal, polaskani lektorji pa so ga prevzeli kot vrednoto, namreč, »lektorje je treba ljubiti!«. Nič takega ne naredijo (z mano vred), da bi jih bilo treba ljubiti že zato, ker so lektorji, in te »ljubezni« bi se morali previdno otepati lektorji sami, da bi se obvarovali pred skušnjavo in se ne bi postavljali v držo vzvišenosti nad »neznanjem« piščo, v katerih besedila jim je dano posegati. Od tod je namreč samo stopinja do samovoljnosti, samopašnosti in nekritičnosti nasproti lastnemu znanju, to je najhujšega, kar lahko lektorja doleti.

Ko sem pred dvajsetimi leti prevzel lektoriranje takratnega Zdravstvenega vestnika za profesorjem Logarjem, sem mislil natančno tako kot danes, saj sem imel za sabo nad dvajset let lektorskega dela (pri Raziskovalcu npr. od njegove prve številke). Vedel sem, da lektorsko delo sestoji iz dveh, vsaksebi stoječih opravil:

– Prva so tako rekoč lektorska rutina: popravljanje pravopisnih spodrslijajev, od pisave besed, ločil, zlasti vejic, do besednega reda, odpravljanje oblik, ki jih (zaradi različnih razlogov) knjižni jezik ne priznava. Tu gre za določeno število odvečnih tujk, barbarizmov ipd. Gre, skratka, za vzdrževanje knjižnega standarda, ki ga – z določeno mero kritičnosti – prevzema iz veljavnih (normativnih) jezikovnih priročnikov. Tako npr. popravi *bólnico v bolnišnico*, *krvotok* v *krvni obtok* ipd.

Že tukaj je lektor omejen. Čeprav mu določena raba ni všeč in bi sam zapisal drugače, jo mora pustiti, če jo razpozna kot avtorjevo izbiro, privrženost določeni besedi ali obliki (recimo, avtorjev osebni stil), knjižni jezik pa jo dopušča kot možno dvojnico. Sam npr. ne pišem in govorim podrednodopustnih veznikov *červno*, *dasi* ali protivnoprirednega *marveč* (uporabljam živi neznanimi obliki *čepprav*, *ampak*), vendar ju avtorjem nikoli ne vsiljujem.

Za vzdrževanje knjižnega standarda je odgovoren lektor po nari- vi svojega dela, do posegov te vrste ima pravico in mu jih – razen v izjemnih primerih – pred avtorji ni treba zagovarjati.

– Druga vrsta opravi zajema vse, o čemer se je lektor pred pose- gom dolžan posvetovati z uredništvom (če že avtor ni pri roki) ali s kom, ki se na zadevno predmetno področje spozna. Sem spada- jo vsi posegi, ki kakorkoli zajemajo izrazoslovno plat besedja, kjer lahko neuki ali nekritični lektor naredi več škode kot koristi. To je namreč področje izražja posameznih strok in panog ter od- govornosti strok za njihov jezik. V Zdravniškem vestniku kot re- vijii z vrhunsko zahtevnostjo stroke velja slednje brez popustljivo- sti.

Ob mojem prevzemu lektorstva je bil Zdravstveni vestnik glede prve vrste opravi urejevan in lektoriran v mejah t. i. zmerne- ga prizuma, se pravi: če smo se odločili za slovenščino, potem jo načelno vzdržujemo, kjer je le mogoče in ni v škodo poimenovalni natančnosti. Glede drugega sklopa opravi je uredništvo spreje- malo namige recenzentov o primernejših izrazih, pridobivalo pri- stanke avtorjev za bistvene spremembe, v določenih primerih pa je za posege prevzemalo odgovornost. Tako je v glavnem še zdaj. Ker nisem želel, da bi se zamenjala lektorjev videla kot zarezja, kot »nova metla« (to namreč utege bralce odvrata kakor vsaka nagla sprememba, na katero se je treba po vsej sili navaditi), in ker dotedanjemu lektorskemu pristopu nisem nasprotoval – a ne zgolj zaradi spoštljivosti do svojega nekdanjega fakultetnega učitelja – sem spočetka vzdrževal lektorsko rutino v enakem obsegu in jo mestoma (ob pojavljanju novih napak) zaostroval postopno, tako da so se moji popravki uveljavljali zlagoma in – vsaj kolikor sem dobil povratnih informacij – posegi niso zbužali nasproto- vanj. Zaenkrat sem izmed vseh utečenih popravkov opustil samo enega, kot želim natančneje razložiti pozneje.

Zdravstveni vestnik je npr. vzdrževal rabo domačih besed nas- proti sicer znanim in tudi v stroki še uporabljanim tujkam, pred- vsem latinizmom, grecizmom, srbokroatizmom, germanizmom ali kako drugače neprimernim izrazom (zaporedje ni pomembno in tudi navedeni so le zgledi, ne izčrpni seznam). Dajal sem pred- nost izrazom *bolnik*, *bolezen*, *zboleti*, *odmerek*, *presnova*, *zaplet*, *zdravilo*, *dejavnik tveganja*; *ud*, *dvanaestnik ipd.*, *namesto paci- ent*, *obolenje*, *oboleti*, *doza*², *metabolizem*, *komplikacija*, *medi- kament*, *rizični faktor*; *okončina*, *dvanaesternik ipd.*

Število tovrstnih dvojnic sem postopoma povečeval; tako npr. mi- slim, da ni potrebe za rabo besed *infekt* oz. *infekcija* za slov. *okužba*, *transplantat*, *transplantacija* za slov. *presadek*, *presadi- tev*², *kvaliteta* (*življenja*) za *kakovost* (*življenja*), tudi *karies* se večinoma bolje nadomesti s sicer nekoliko okorno zvezo (*zob- na*) *gniloba*. Besede *faktor* v pomenu *snov*, *učinkovina* (kot npr. sestavina krvi, kar ima oporo tudi v simboličnih znakih, *F*, *ipd.*) ne nadomeščam z *dejavnikom*, ki je uporabno domače nadomestilo le za splošni pomen »kar deluje, vpliva«, torej tudi *dejavnik tvega- nja*, čeprav se mi zdi zveza poimenovalno šibka in bi bilo treba za ta pomen poiskati natančnejše poimenovanje, kjer bi prišli v poštev besedi *ogroženost*, *nevarnost*. Nadalje nadomeščam izraz *sekret* z *izločkom*, z določeno previdnostjo *frakturo* z *zlomom*, *travmo* s *poškodbo*, *parazit* z *zajedalec* (o nesmiselnosti pisave *zajedavec* tu ne bom odpiral utrjujoče debate), *biti febrilen* z *imeti vročino* in tako naprej. Seznam je kar obširen, vidi pa se, da vsebuje dvojice, kjer odločitev za domačo besedo praviloma ni v škodo poimenovalni natančnosti in tudi ne nasprotuje ugotovljivi večinski rabi med strokovnjaki. Če sem glede tega v najhrajšem dvomu, tujke v terminološki vlogi nikoli ne odpravim. Če pa to že storim (in na to opozorim uredništvo), je razvidno, da gre za moj

predlog, npr. *razdibavati* namesto *ventilirati*, namesto nerodne- ga angl. poimenovanja *rooming-in* pa *porod v zibel*³.

Zdaj pa k natančnejšemu prikazu ene od takih dvojic, tj. k raz- merju *pacient* – *bolnik*. »Prevzel« in nekaj let vzdrževal sem »po- dedovano« stanje, tj. da sem izraz *pacient* nadomeščal z *bolnik*, čeprav me v tem – to sem vedel že spočetka – ni podpiral SSKJ, ki *bolnika* razlaga zgolj z »*bolan človek*«, pri *pacient* pa ima precej podrobnejšo razlago, ki že z vključitvijo besede *bolnik* pove, da je med *bolnikom* in *pacientom* razmerje nadpomeke s podpo- menko, bolnik je nadpomenka: *pacient* = *bolnik* v odnosu do zdravnika, zdravstvene ustanove.

Da bi bilo treba besedo *bolnik* načeloma – kot domačo – uporab- ljati namesto *pacient*, je v obsežnem pismu uredništvu ZV zapisal dr. Pavlin, tako pa (v intervjuju za prilogo Dela Znanost za razvoj l. 1994) misli in v reviji Raziskovalec tudi uveljavlja prof. Kornha- user⁴.

Čeprav sem torej vzdrževal zatečeno stanje, me je razmerje glede prednosti *bolnika* ves čas motilo in sklenil sem se posvetovati s strokovnjaki, katerih jezikovni čut in znanje sem imel za odloču- joča.

Najprej je gladki sinonimnosti nasprotoval sam urednik ZV prof. Janko v pripombi k pismu dr. Pavlina (ko me je pozval, da za ZV o tem kaj napišem, pa do zdaj nisem utegnil). Zapisal je: »... paci- ent je čakajoči človek na medicinsko pomoč, ni nujno, da je bol- nik, lahko je zdrav, vendar v skrbeh za svoje zdravje«. Vidik »skrbí za zdravje« se mi sicer ne zdi važen, a bistvo je zajeto.

Prof. Jože Lokar mi je dal obširno pisno pojasnilo (z dovoljenjem, da ga uporabim pri objavi), v katerem razčlenjuje razmerja med besedami *pacient*, *bolnik*, *preiskovanec*, *oskrbovanec*. Tu je zapi- sal: »Besedo *pacient* uporabljam tedaj, ko je katerikoli človek (bo- lan ali zdrav) vzpostavil z zdravnikom (in prek njega z drugim zdravstvenim osebjem in zdravstveno institucijo) tak mesebojni odnos, da začnejo zanj /za odnos, op. T.K./ veljati etična določila zdravniškega poklica.«

Prof. A. O. Župančič, s katerim sva o problemu temeljito razprav- ljala in se z rabo *bolnik* nam. *pacient* sploh ne strinja, me je opo- zoril tudi na mnenje prof. J. Milčinskega v članku *Pacient* kot subjekt zdravljenja (1982). Tam avtor pravi. »Četudi bi se lepše bralo »*bolnik*«, smo se vendar odločili za »*pacienta*«. S tem zajema- mo vsakogar, ki pride z zdravnikom v stik zaradi lastnih zdrav- stvenih zadev, bolan ali zdrav. Tako ne morejo ostati prezrti: poškodovanec, porodnica, novorojenček, celo še nerojeni plod /.../, pa tudi vsi sicer zdravi ljudje, ki pridejo k zdravniku ali v zdravstveni zavod zaradi zdravstvenih pregledov pred nastopom dela, zaradi zaščitnih cepljenj, občasnih rednih pregledov, fluoro- grafiranja itd.«

Ko sem se o tem pogovarjal z doc. B. Voljčem in dr. Lukičem, sta sicer pritrdila Lokarju, Župančiču in Milčinskemu, vendar sta pri- stavila kočljivo vprašanje: »Kaj pa tisti, ki pride v zavod za trans- fuzijo?«. No, kadar je krvodajalec, bolnik gotovo ni, smo se strinja- li. Toda tja ne pridejo samo krvodajalci.

Ko sem si nabral zadosti meritornih mnenj, sem pri lektorskih posegih v ZV sklenil opustiti nadomeščanje prevzete besede *pa- cient* z *bolnik*. Takšno nihanje v rabi gotovo ni kazalnik termino- loške izbrušenosti v reviji, vendar se kakšno leto enotnost vzdr- žuje in upam, da se bo tudi nadalje raba še bolj utrčila.

Problem vendarle še ni docela rešen. Treba se je še dogovoriti za natančno ločevanje med vrstami pacientov in se tudi odločiti, ali je res nujno, da se zmeraj ve, *kdaj*, *natanko* v katerih *sobesedi- nih okoliščinah* *bolnik* postane *pacient*, npr. ali zdravnik pride na dom k *bolniku* ali *pacientu* (ali pa s svojim prihodom *bolnika*

¹ Ohranjam pa besedo *doza* v zvezi *doza* sevanja, kjer beseda *odmerek* ne bi pravilno zajela pomena.

² Glede besedne družine *presadek* itd. ni dobro ostati na pol poti, s čimer je zadovoljen prof. Kališnik, ki za *transplantat*, *transplantacija* predlaga *presadek*, *presaditev*, o izrazih *autotransplantat*, *bomotransplantat*, *alotransplantat*, *transplantacijska skupina* pa meni, da »slovenjenje ni mogoče in bi zvenelo prisiljeno«. Menim, da je zgolj vprašanje navade in da bi se lahko dogovorili tudi za izraze *samopresadek*, *istopresadek*, *sopresadek* in *presaditvena skupina*.

³ Velika sodobna pogostnost angleških medicinskih izrazov v naših besedilih bi si zaslužila posebno delovno srečanje.

⁴ Leta 1993 je dr. Jože Terček na Filozofski fakulteti v Ljubljani obrnil disertacijo z naslovom *Psibološke značilnosti poklicnih odnosov zdravstvenih delavcev do bolnikov*.

naredi za *pacienta*?). Zaenkrat iz previdnosti tega ne poskušam narediti, zato v ZD prevladuje nastopanje izraza *pacient*.

Zdaj sem že prekoračil dopustni obseg svojega prispevka, zato želim samo še opozoriti na sicer ne usodni, vendar zaradi pogostnosti v besedilih ZV pereči, deloma tudi moteči problem kratic in nekaterih drugih krajšav. O tem sem za slavistični avditorij napisal obširno pregledno razpravo, in ker je za specializirano rabo v ZV mogoče povzeti uporabne rešitve, spoznanja postopno uveljavljam tudi pri lektoriranju. Če bo uredništvo želelo, bom o tem obvestil tudi medicinsko pišočo javnost.

Nekaj izkušenj pri lektoriranju medicinskih besedil

Rudi Pavlin

Spoštovani predsednik, spoštovane kolegice, spoštovani kolegi in strokovni tovariši! Dragi prijatelji! Z največjim veseljem sem sprejel povabilo za ta sestanek, hvala zanj. Vse priznanje tudi mojem, ki so se odločili za tak sestanek. Prof. Drinovec mi v svojem pismu naroča, naj poročam o lastnih izkušnjah z lektoriranjem medicinskih besedil. Z veseljem to storim.

Začelo se je l. 1959, ko je tovarna Lek pričela izdajati *Pro medico*, revijo za zdravnike. V uredniškem odboru smo bili: prof. Kornhauser kot glavni urednik, nadalje prof. Mahkota, prof. Janežič, dr. Kos, Savrič od Leka in jaz. Izbran sem bil za lektorja člankov za revijo. Nekaj šole o tem sem že imel, saj smo na inštitutu takrat imeli hvalevredno navado, da smo vsak naš članek ali poročilo prediskutirali na strokovnem kolegiju, in to tudi z jezikovne strani. Mnogo pa sem se naučil od prof. Janeza Sršena, ki je bil nekaj desetletij lektor pri Leku. Do smrti mu bom hvaležen. Do danes sem zlektoriral več kot sto knjig, brošur in disertacij ter nekaj sto člankov. Zato imam izkušenj kar mnogo, dobrih in slabih. Kakšen cvek bi dobil, če bi ocenjevali moje najzgodnejše lekture! Vseskozi sem se učil ob delu, ne ob učenih jezikoslovnih razpravah, in tako delam še danes. Menim, da praktično ni lektorirane strani, iz katere ne bi kaj potegnili tudi zase in to vselej zapišem. Če drugega ne, pa kaka izredno lepa in nenavadna beseda pisca. Primer za medsebojno učinkovanje. Moje glavno orodje je bil Slovenski pravopis (SP) (1) in je še danes. Seveda uporabljam tudi številne slovarje in druge knjige o lepi slovenščini. Glede tujk imam ves čas isto stališče. To je, če imamo v slovenščini ustrezno besedo, jo uporabljamo namesto tujke. Ustrezna pomeni taka, da bralec natanko ve, kaj je hotel pisec s tujko povedati. Če pa rabi za razumevanje pojasnilo, potem izbrana slovenska beseda ni primerna in moram, žal, uporabiti udomačeno tujo.

Prehajam k poročilu o lastnih izkušnjah. Razdelil ga bom v štiri odstavke: najprej v tistega, ki bi zajel, kar se je po mojem mnenju v zadnjih desetletjih zgodilo pozitivnega v razvoju slovenske medicinske besede, nato v tistega, ki naj zajame del tega, česar nam še ni uspelo izboljšati, sledi tisti z najbolj perečimi problemi in ob koncu nekaj mojih misli in mnenj. To pisanje nima namena vznikat učenih razprav jezikoslovcev, rabilo naj bi le kot pomoč pisecem ob pisanju ali ljubiteljem čim lepše medicinske slovenščine nasploh. Bilo naj bi tudi spodbuda za pomoč pri reševanju nekaterih problemov.

Začnimo z *dobrimi ugotovitvami*. Po moji presoji se je pomemben kakovosten preskok pokazal šele pred kakim desetletjem. S tem menim, da je v piscih zrasla potreba po jezikovno dobrem pisanju. Poprej tega razen nekaj izjem skorajda ni bilo. Velikokrat se je dogajalo, da je pisec več let pisal napake, ki sem mu jih popravil že pri prvem lektoriranju. Zdaj se večina trudi, da ni več tako. Kolegi me ustavljajo ali mi telefonirajo, vprašujoč za to ali

ono medicinsko besedo. Z največjim veseljem sem jim na voljo. Menim, da naporji številnih lektorjev rojevajo svoj sad. Od številnih zboljšanj pisanja le nekaj primerov:

- pišejo bolnišnica in ne več bolnica
- moški in ženske in ne več moški in žene
- osrednje živčevje in ne več centralni nervni sistem
- konec ali sklep in ne zaključek
- presnova ali presnavljanje in ne metabolizem
- neposredno in ne direktno
- bolezen in ne obolenje (če gre za kroničnost)
- zdravilo in ne sredstvo
- popoln in ne kompleten
- pomagati in ne pomoč nuditi (v pomenu dati)
- seč in ne urin
- nadomeščanje in ne kritej
- smisel in ne racionalen in še in še.

Napake dandanašnjih piscev:

– pišejo: »pri zlatenici se zveča« (ali celo: se zviša) bilirubin v serumu ali »pri sladkorni bolezni se zveča« krvni sladkor. Ali se res zveča? Najbrž ne, saj se molekula ne more zvečati. Mišljena je količina kake snovi na volumsko enoto. To, da dostikrat pišejo tako tudi nemški ali angleški pisci, nam ne sme biti v opravičilo ali celo potuho, tudi oni nimajo prav. Nekateri naši pisci se tega zavedajo in pišejo ali *vsebnost* ali *ravén* ali *koncentracija*. Od teh treh besed najbolj zadene bistvo beseda koncentracija, ki pa je udomačena tujka. Žal jo moram imeti raje kot besedo vsebnost, ki pove manj in je naš jezik skoro ne pozna (Pleteršnikov slovar (2) je nima, SP (1) pa le v primeru vsebnost rude ali strojila). Tudi ne zveni lepo, slutim, da je prišla k nam iz hrvaščine. SP dovoljuje rabo ravan ne pa ravén, v našem primeru bi to pomenilo gladino, torej največjo vrednost ne glede na volumsko enoto;

– pišejo: »bolezní možgan« in ne »možganov«, kot bi pričakovali. Rodilnik množine »možgan« se današnji dan piše in govori vseh povsod, v člankih, na predavanjih, na radiu, na televiziji. Kar zabolí me, ko to berem ali slišim. Lektorji tega sploh ne popravljajo več. Po istem zgledu bi morali reči: pri volitvah ga je podpiralo le še kakih sto državljan, ali pa: prekrstil je več kot sto pogan (namesto poganov) ali Butale so polne teleban. Ni se mi zdelo vredno iskati, kdaj in kako je do tega prišlo, napaka pa mora biti že kar stara, saj na primer v prevodu A. Vodetove iz leta 1958 (S. Zweig: Včerašnji svet) berem na strani 234: »...čutil sem, kako mi ščemi od možgan...«;

– pišejo: »tveganje« takrat, ko bi bilo bolje namesto besede rizik uporabiti besedo nevarnost ali ogroženost. Vendar pisci kljub temu ne zaslužijo graje: da bi se izognili grdi tujki, so se oprijeli besede »tveganje«. Torej čutijo za slovenščino, ne vedo pa, da ima naš jezik bogastvo treh besed za tujko rizik in z njimi lahko svojo misel izrazimo še bolj natančno. Dobro je vedeti, da beseda tveganje pomeni dvojnost: uspeh ali neuspeh, srečo ali nesrečo, drugi dve pa imata le negativno plat. Izraz »dejavniki tveganja« pa je vrh tega slovensko skrajno neokusen. O tveganju sva s prof. Š. Adamičem napisala več že l. 1988 (3) in tudi nadrobno in svetovala pri izbiri;

– pišejo: »visok krvni pritisk« in ne »velik krvni pritisk« kot bi po SP (1) morali. Zdašnji lektorji in tudi besednjaki nimajo nič proti takemu pisanju. Jaz vseskozi pišem »velik krvni pritisk«, čeprav v številnih od mene lektoriranih besedilih piše »visok krvni pritisk« – »nadlektor« je pač »popravil«. Porabljam priložnost in povem, zakaj sem tako vztrajen. V SP (1) na strani 944 piše pri geslu »visok«: Ugnezdile so se nekaj po stopnji na merski lestvici, nekaj po tujem vplivu nekatere zveze z visok namesto domačega velik, hud, močan«. Za »visok krvni pritisk« svetuje SP velik, močan, hud, pa tudi za številne druge primere, kjer se dandanes uporablja visok: starost, umrljivost, plača, obresti itn. Poleg tega neposrednega poduka me v moji vztrajnosti podpirajo še:

– visok krvni pritisk pišejo naši pisci le v zadnjih desetletjih. Kar preberite medicinske članke iz prvih desetletij tega stoletja, pa

boste videli, koliko piscev je pisalo visok in koliko velik. Menim, da je raba »visok krvni pritisk« prišla k nam iz nemščine in hrvaščine. Tudi zato imam raje domač, slovenski izraz.

– spoštujem mnenje priznanih slovenskih jezikoslovcev, piscev SP, in ne vidim razloga, zakaj ga ne bi. Nikakor ne morem zapostaviti, zakaj bi beseda »visok« bila kakovostnejša od besede »velik«. Ali delamo to zato, da se še danes zoperstavljamo piscem SP, za slovenski jezik tako temeljnega dela, katerih večina tedaj, ob izidu knjige, ni dobila zasluženega priznanja in pohvale?

Popolnoma je razumljivo, da medicinske tuje besede nenehno vdirajo med naše. Biti pa moramo budni in se takoj odzvati z ustreznimi domačimi besedami, sicer se bo tuja zakoreninila in je potem le malo upanja, da bi jo kdaj izkoreninili. Poglejte primer: pred nekaj desetletji so v Tivoliju sezidali dvorano in ji dali nemško ime »hala«. Zbodlo me je in ker nisem bral ogorčenja slavistov, sem napisal v Pisma bralcev v Delu in tudi Slovenski akademiji predlagal, naj njen jezikovni oddelek z nekakim »rdečim telefonom« sproti skuša reševati take hude probleme. Zgodilo se ni nič in »hala« »bogati« našo slovenščino. Tudi v medicini se dogaja podobno in med *pereče tujke* zdajšnjega časa bi po moji presoji spadale besede:

– *bolus* (dajanje celotnega odmerka kakega zdravila naenkrat). Iskal sem po knjigah in prišel do besede »zalogaj«, vendar se bojim, da ta beseda asociira na hrano. Naj rečemo: udar, enkratni odmerek, zalogaj ali ...?

– *agresivno* (tudi *invazivno*) zdravljenje. Verjetno ne bomo rekli »napadalo zdravljenje«, bomo pa rekli: nasilno, ostro, odločno ali kaj drugega?

– *ventilacija*. Ali naj pomeni le navadno dihanje ali učinek dihanja ali umetno oziroma vodeno dihanje? Bomo rekli kar dihanje ali predihovanje ali vodeno predihovanje ali kaj drugega? Menim, da bo pomenov več;

– *monitor* ali izpeljanka monitoring. Včasih berem za monitor: nadzorovalna priprava, za monitoring pa: aparativno nadzorovanje, neprestano registriranje, nenehno zapisovanje, sprotno spremljanje;

– se strinjate, da *polstru* rečemo plakat?

Seveda je podobnih besed še in še. Za nekatere nam bo uspelo najti slovenski izraz, za večino pa ne. Naša dolžnost je poskušati, in to takoj.

Ostaja pa še velika skupina *manj perečih besed*. To naj bi bile tiste, ki jih je sicer treba rešiti, voda pa ne gori. Oglejmo si nekatere:

– *tanko in debelo črevo* ali *ozko in široko*. Do nedavnega sem vselej pisal tanko in debelo črevo, kakor soglasno trdijo tudi pravopisi in priročniki. Dobil pa sem utemeljen namig, da bi bilo bolje pisati: ozko ali široko črevo. Ker sem poznal stari prepis Košir: Černič, sem prosil za utemeljitev in sem dobil: mojster klepar reče vajencu, naj mu da ozko ali široko cev. Ne bo rekel tanko ali debelo. Ta trditev me je osvojila in pišem ozko ali široko, in to navkljub splošnemu drugačnemu mnenju in svojo odločitev skušam utemeljevati: z medicinskega vidika je daleč pomembnejši parameter premer in s tem svetlina črevesa, kar nam pove ozko ali široko, kot pa debelina črevesne stene. Ljudje pa govorijo tanko ali debelo črevo; ne vem, mogoče sem se prenačil.

– menim, da je že čas, da odločno pišemo slovensko *beljakovine* in *maščobe* in ne proteini in lipidi.

– čas je, da poiščemo primerno zamenjavo za *lečeči* zdravnik.

– čas je, da se dokončno odločimo za pisanje imen bolezni ali raznih metod po avtorju, in sicer z veliko začetnico in tako, kot se je pisal, ali pa slovenimo z majhno začetnico. Primer: Parkinsonova bolezen ali parkinsonova bolezen itn. Iz spoštovanja do avtorja se nagibam k pisanju imena z veliko začetnico. Že ustaljene izraze, npr. rentgen, bi seveda pustili take, kot so.

– kako bi lepše rekli: *zdravnik bolnika obdela*?

– še vedno se piše npr. relaksans ali relaktant. Odločiti in potem zahtevati bo treba;

– kako težko je lektorirati besedila, povezana s sečili (puščanje vode, mokrenje, sečenje itn.), vedo le lektorji;

– *krajemo* za lokalno. Lepo nam zveni, če rečemo »lokalna injekcija«, neprijetno in nekako tuje pa, če bi rekli »krajevna injekcija«. Po latinsko beseda locus pomeni natanko in edino kraj. V številnih primerih beseda kraj že uspešno zamenjuje manj primerno besedo »mesto«;

– *strup* za toksin. Beseda, ki nam nekako neče v uho. V slovarjih piše soglasno, da je strup beseda za toksin in slovensko se to tudi tako razume.

Ob koncu še moj »žal«:

– žal mi je, da SP ne dovoljuje besede pretvoriti in priporoča spremeniti, kar je seveda pravilno. Vendar bi beseda *pretvoriti* povedala več, namreč spremembo kake snovi v drugo, npr. pri biokemični reakciji;

– žal mi je, da novi Pravopis medicinskih izrazov, sicer imenitna kakovostna knjiga, namesto besede *dispnos* vpeljuje dispneja. Saj kliniki in zdravniki splošne medicine govorijo dispnoa in ne dispneja. Pravopis nima pridevnika dispnejčen, ki bi bil logičen, pač pa stari izraz dispnoičen. Bomo torej rekli: Dispneja pri našem dispnoičnem bolniku se je hudo poslabšala?

Za reševanje ali poskus reševanja naštetih in še drugih besednih problemov zlasti pa za boj proti novim tujkam si drznem predlagati ustanovitev odbora (teles, ali komisije ali rdečega telefona, ime ni pomembno). Biti bi moral udaren, priden in učinkovit. Za dosego večje učinkovitosti bi ga moralo sestavljati le malo članov (5–10), ti pa bi morali biti res navdušenci, nikakor ne delegati kake organizacije, delavci z »dvema desnima rokama in kratkim jezikom«. Rešitve ali neuspešna reševanja bi sproti objavljali v Zdravniškem vestniku, kar naj bi rabilo hkrati tudi za spodbudo jezikovno zainteresiranim zdravnikom za predloge in sodelovanje. Menim, da nekaj takega slovenska medicinska beseda zdajšnjega časa nujno potrebuje.

Pa še majhna zanimivost: opažam, da v svojih besedilih pisci sicer različnih medicinskih strok v obdobjih pišejo nekatere enake besede, potem pa izginejo, da se za kako obdobje pojavijo druge itn. V zadnjem triletnem obdobju so take pogosto uporabljane besede: običajno, pogojen, priti do, slika prikazuje, le-ta, prek(o), ciljan, cel namesto ves. Ne vem, ali je to le moje opazovanje, mogoče imajo kolegi lektorji podobna opažanja, mogoče pa je to le moja utvara.

Literatura

1. Slovenski pravopis. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1962.
2. Pleteršnik M. Slovensko-nemški slovar. Ljubljana: Knezoškofijstvo, 1894–95.
3. Pavlin R, Adamič Š. Rizičnost. Zdrav Vestn 1988; 57: 34–5.

Strokovni jezik Zobozdravstvenega vestnika

Rajko Sedej

Najprej kratka predstavitev. Zobozdravstveni vestnik je strokovno glasilo zobozdravstvenih delavcev Slovenije, to je zobozdravnikov, zobotehnikov in medicinskih sester stomatološke smeri. Je edina slovenska zobozdravstvena revija, ki redno in nepretrgoma izhaja od leta 1945. Vsebinsko jedro so znanstveni in strokovni prispevki in raziskovalna poročila, ki so odraz domače stomatološke tvornosti. Enako pomembne so tudi razprave in kompilacije

je, ki združujejo širši ali poglobljeni pregled spoznanj in informacij o določenem problemu in se kot take vključujejo v izobraževalni proces mladih zobozdravstvenih kadrov.

Prispevke pišejo najvidnejši predstavniki slovenskega zobozdravstva: univerzitetni učitelji in sodelavci ter klinični delavci, ob njih pa tudi veliko število zobozdravstvenih ustvarjalcev iz vse Slovenije in od drugod. Zato so izdelani po sodobni znanstveni in strokovni zasnovi in ustrezajo mednarodnim zahtevam. Revijo izmenjujemo z mnogimi drugimi v svetu, kar je hkrati naš prispevek k mednarodnemu ugledu slovenske stomatološke ustvarjalnosti.

V 51 letnikih je ZobV izšel na 10.000 straneh, kar je več kot 1200 avtorskih pol besedila. Analiza zadnjih deset let pokaže, da smo napisali 358 prispevkov. V njih je sodelovalo 55 avtorjev Stomatološkega odseka MF in Stomatološke klinike ter 196 avtorjev iz drugih ustvarjalnih in delovnih ustanov, kar kaže na široko odprto prostor ZobV, kot tudi kako uspešno je naše visokošolsko izobraževanje. Čeprav je delež prispevkov prvih znatno večji, je pomemben ustvarjalni prispevek tudi drugih.

Zobozdravstveni vestnik je premočrtno rasel in se razvijal od skromne, komaj rojene slovenske strokovne besede do današnjega strokovnega in znanstvenega jezika. To je dolga prehojena pot dveh ali treh generacij. Ne morem si kaj, da ne bi ponovil zapisane premise iz prve številke ZobV, ki izraža namen in pomen novega strokovnega glasila... »Iskali bomo pota in načine, da bomo postali pravi čuvarji ljudskega zdravja... Pri iskanju teh poti naj nam pomaga naš list.« Na drugem mestu so zapisali pionirji slovenskega zobozdravstva: Vsi zobozdravniki, dentisti, zobotehniki in inštrumentarke, ki hočejo služiti svojemu narodu, bodo dobili v listu zanesljivega pomočnika in vodnika. List naj bo tribuna, s katere bomo oplajali svoje znanje z novimi dognanji in izkustvi, jih širili in s tem dvigali strokovno raven naših kadrov... V zavesti, da stopamo na neobdelano polje, in da imamo pred seboj naporno in dolgotrajno delo... izdajamo te prve številke našega glasila.»

S spoštovanjem priznavamo, da smo se od njih naučili stomatološke abecede in spoznali osnove delovnih procesov, za kar jim gre zahvala. Za nadaljnji razvoj stroke pa smo prispevali tudi z osebnim trudom in dodatnim študijem, kar se odraža v razvojnem procesu tako vsebinsko kot tudi jezikovno.

Današnji strokovni in znanstveni stil pisanja v ZobV se skuša prilagajati načelom in opredelitvi strokovnega jezika. Znanstveni jezik je najvišja vrsta strokovnega jezika. S praktičnim strokovnim jezikom ga povezuje strokovno izrazje, vendar je znanstveno obširnejše in ga obvlada le manjši krog ljudi, poleg tega je načeloma tudi bolj abstraktno. Znanstvenik mora znati opisati predmet svojih raziskav natančno in popolnoma enopomensko in podati kratko bistvo predmetov in pojavov. Znanstvenik poskuša pojave ne samo opisati, temveč jih tudi teoretično razložiti, razčleniti, pokazati na njihovo bistvo. Pri tem svoje delo razlaga in primerja tudi z navedki razprav drugih znanstvenikov, se nanje sklicuje ali jih zavrača. Znanstveno besedilo je brezčustveno, ne vsebuje ne navadnega literarnega besednega in stavčnega reda: je brez metafor in metonimij. Jezik znanstvenega besedila je individualen in zanj je značilno racionalno načelo: s čim manj jezikovnimi znaki podati čim več vsebine.

Zobozdravstveni vestnik uporablja v svojih sestavkih strokovni in znanstveni jezik. Izraz strokovni jezik nima za vsakogar istega pomena. Zato je v terminološkem smislu večpomenski. Vrsta sinonimov je tale: jezik stroke, tehniški jezik, znanstveni jezik in jezik za specifične namene. Izraz strokovni jezik se je udomačil do take mere, da se uporablja kar spontano, ne da bi pri tem razmišljali, kaj označuje. Za primer, kako se v svetovni literaturi pojasnjuje strokovni jezik, navajam nekaj opredelitev:

- jezik prepleten s strokovnimi izrazi določene poklicne jeve
- jezik s posebnim besediščem in za posebno rabo, ki velja za določeno strokovno področje in na podlagi terminoloških določitev omogoča natančno sporazumevanje in označevanje znotraj tega področja

– strokovni jeziki, tudi poklicni – so jeziki strokovne oz. poklicne specializacije, ki se od pogovornega ali splošnega jezika ne razlikujejo v slovničnih, skladenjskih ali podobnih raznolikostih, temveč samo s posebnim besediščem za prakso, s pomočjo katerega se lahko dojamejo in opišejo predmeti, razmerja in postopki v določeni stroki.

V strokovnem jeziku se drugače razlikujejo v odvisnosti od vsebine. Obstajajo razlike npr. med jezikom za ekonomiste in tistim za medicince.

Vrednost strokovnega oz. znanstvenega jezika je tudi v jezikovnem slogu, ki izraža človekov značaj, njegov temperament, vzgojo, okolje, njegovo doživljanje prostora in časa.

Za dober jezikovni slog je potrebno izčrpno znanje jezika in bogat besedni zaklad. Za vse oblike izražanja in pisanja, tako za literarni kot za znanstveni jezik veljajo te lastnosti dobrega sloga: slovnična pravilnost, besedna čistost in natančnost, besedna uglajenost, jasnost izražanja, jednatost, lahкотnost izražanja, naravnost in ustreznost.

Slovnična pravilnost izključuje slovnične napake. Sestavki, objavljeni v ZobV, so praviloma ne le strokovno recenzirani, marveč jih popravljajo tudi priznani lektorji. Zato v njih ne bi smeli najti slovničnih napak. Kljub temu se zgodi na mejnih področjih med čisto jezikovno in strokovno formulacijo, da se napaka spregleda. Na primer besedo *epitel* še najdemo v nekaterih sestavkih, čeprav je strokovno neoporečno *epitelij* in tudi *izpeljanke* so na tej osnovi: *krovni epitelij*, *epitelijska celica*, *epitelijska pregrada* itn. Podobno se nedosledno rabi tudi beseda *dlesna*, s tujko *gingiva*. Zasledimo te oblike: *dlesen*, *dlesni*, *dlesne*. Beseda *dlesna* je samostalnik ženskega spola edninske oblike, kadar se nanaša samo na ena usta. Ne smemo torej pisati: *bolijo me dlesni* ali *imam vneto dlesen*, marveč samo: *boli me dlesna*, *imam vneto dlesno*. Nadaljnji zgledi bi pripeljali v široko razpravo, zato samo sklepna misel: slovnično pravilnost lahko nadziramo s Slovarjem slovenskega knjižnega jezika ali s Slovenskim pravopisom in si tako bogatimo jezik in izrazje, še najbolj zanesljivo pa je lektoriranje. Izpisovanje in zbiranje lektorjevih popravkov je najbolj uspešen vodič za dobro pisanje.

Besedna čistost narekuje usklajenost s pravopisom. Posebno pereče vprašanje strokovnega in znanstvenega jezika so tujke in neologizmi. Mnoge tujke, ki jih medicinsko izrazje rado uporablja, se dajo pogosto pravilno izraziti v domačem jeziku. Res pa je tudi, da obstajajo strokovni izrazi tujega izvora, ki so za strokovnjaka nedvoumni, natančni in v rabi neizogibni, tako da bi bilo njihovo prevajanje v škodo razumevanja besedila. Vsekakor pa je pretirana raba tujk lastnost in slabost medicinskega izražanja. Naključno izbrani zgledi: *ekscarbacija*, *prevalenca*, *koincidenca*, *recesija*, *predoziranje*, *lezije*, *indikator*, *variirati*, *eksponirati*, *eksplacitno*, *implicitno*, *diskusija*, *komplikacije* itn., za celo stran bi jih lahko naštel. Kaj naj si mislimo ob naslovu: *Geneza in terapija inflamirane gingive*? Od petih besed je le in slovenski! Prav grozljive pa so; *inoperabilen*, *respektabilen*, *reproducibilen*, *parodontopati* in še in še. Tudi modne besede kot jezikovno sredstvo niso izjema v našem strokovnem pisanju. Uporabljajo jih zlasti pisci z revnejšim besednim zakladom in nedomiselnim izrazjem. Zanje je značilna raba pomožnih glagolov z obilico glagolnikov in majhen izbor glagolov. Take sestavke je treba temeljito »prepesniti«. Z uvajanjem novih tehnologij in sredstev v stroko pridobimo tudi nove izvirne termine, ki jih je treba sloveniti. Pogosto prevod sploh ni mogoč, ker nastanejo nesmisli, zato je treba iskati povsem nov slovenski izraz, ki funkcionalno in pomensko ustreza. Teh besed je v naši stroki kar precej... (*head gear*, *bracket*, *shoulder*, *smear layer* itn.).

Nemalo napora nas velja v uredništvu ZobV, da se izognemo praznim in nabuhlim besedam ter nepotrebnim tujkam. Prve opustimo, druge pa zamenjamo z domačimi izrazi, kjerkoli to ne gre na škodo jasnosti, natančnosti in ustreznosti izražene misli. Trudimo se, da bi ustvarili razumljivo, domače in čisto izrazje kot dokaz uporabnosti slovenske besedotvornosti tudi v najbolj zapletenih in zahtevnih strokovnih področjih. Ustvarjati, oblikovati in izraža-

ti razumljive in natančne stavke ter opredelitve v zahtevnih strokovnih in znanstvenih sporočilih je naše osnovno vodilo. S kakšnim uspehom opravljamo naporno delo, bo presodil čas. V kratkem eseju sem se dotaknil le stvari, ki so drobci celotne problematike slovenskega medicinskega pisanja in izražanja, vendar izstopajo, ker najbolj načenjajo in siromašijo slovensko samobitno jezikovno kulturo.

Diskusijski prispevek na večeru o slovenski medicinski besedi v Slovenskem zdravniškem društvu

Primož Simoniti

Spoštovane gospe in gospodje,

v uvodnih ekspozicijah je bila razgrnjena zelo široka paleta vprašanj, ki se vežejo na témo nocojšnjega posveta. Tu mislim zlasti na izčrpni prispevek prof. Baniča, ki je podal strnjen in tehten pogled na vprašanja latinske, grške oz. latinsko-grške medicinske terminologije v njenem zgodovinskem razvoju ter na zgodovino tovrstnega ukvarjanja z medicinsko besedo pri nas. Zato mi kot klasičnemu filologu in obenem medicinskemu laiku preostaja le še, da izrazim svoje veselje in občudovanje vaših prizadevanj. Zdravniki ste kot stan vedno znova znali ohraniti izrecno zavest o vezanosti na tradicijo svoje vede in obenem ostajati odprti za najnovejša dognanja svoje in drugih znanosti, ki ste jih – zavedajoč se trajnih, globoko etičnih načel, na katerih temelji vaše delovanje – zmeraj sproti in hitro vključevali v svoje delo. Tako je tudi danes ob neslutnem razmahu eksaktnih naravoslovnih ved v informacijski dobi, ko bi vsaka kratka zamuda že pomenila težko nadomestljiv zaostanek za vrhunskimi dosežki. V svojem poklicu torej združujete izrazito topel, emotiven humanistični odnos – saj je cilj in smoter vašega dejanja in nehanja homo in vse, kar označujemo z imenom humanum, to pa pomeni tudi zavest o neopolnosti, krhkosti in minljivosti vsega človeškega, a hkrati o enkratni neponovljivosti vsakega človeškega bitja – s hladno, racionalno analitično strogostjo naravoslovnih ved. Rekel bi lahko tudi, da se vaša povezanost s tradicijo vaše stroke nekako simbolno kaže v slej ko prej nepogrešljivi, s tradicijo posvečeni natančnosti tradicionalne latinske oz. latinsko-grške besede medicinske besede, vtem ko novi tokovi v znanosti prinašajo številne nove, dandanes pretežno angleške termine. In kar se mi zdi posebno pomembno, je dejstvo, da so se slovenski zdravniki že od časov, ko se je latinščina kot jezik znanosti in višje kulture začela umikati živim narodnim jezikom, ki so se ob njej na strokovnih področjih šele oblikovali in brusili, temeljito ukvarjali tudi z vprašanji slovenske medicinske terminologije in tako bistveno prispevali pomemben delež k razvoju specifično naše, slovenske kulture in kulturne zavesti. Na tem področju se lahko slovensko zdravništvo postavlja z zglednimi dosežki. Toliko večjega pomena je zatorej vedno živa, trajna skrb za dodelovanje in dopolnjevanje slovenske terminologije: Če hočemo Slovenci ob planetarnosti današnjih razvojnih tokov ohraniti svojo kulturno identiteto in se ne utopiti v brezimni svetovni vasi kot nerazpoznavna količina, tedaj je prizadevanje za tem, da bi mogli v svojem jezikovnem mediju izraziti vse tančine vseh specialnih področij, s katerimi se ukvarja človeški duh, še toliko pomembnejše. Zdravnik mora videti v pacientu zmeraj in povsod enkratni človeški individuum, njegov pacient je osebnostni homo in ne kak brezosebni homunculus. In to naj velja tudi za slovensko nacionalno kulturo – tudi ona je tak individuum in ne nekakšen zamenljiv delec nekega nadnarodnega kolektivuma. In Slovenci smo Slovenci predvsem po svojem jeziku. Zato je vaša skrb za pravilno in ustrezno rabo medicinske

terminologije v posvečeni latinščini in naši intimni slovenščini tako nenadomestljiva.

Ob tej priložnosti pa bi si dovolil izraziti še neko prošnjo. Kakor veste, sta klasična jezika, latinščina in grščina, ter kulturne in civilizacijske vrednote, katerih nosilca sta, doživljala na naših srednjih šolah zadnjih desetletij žalostno usodo. Zadnja leta so vidni zelo razveseljivi premiki. Zlasti latinščina si kljub občasnim odporom in nerazumevanju v zadnjih letih vendarle počasi, a vztrajno spet pridobiva prostor pod soncem v naših splošnoizobraževalnih srednjih šolah, se pravi gimnazijah. Zaradi nekaj zgoraj navedenih in še kakih drugih razlogov bi torej rad apeliral na vas navzoče in na vaše stanovsko društvo, da nas klasike v teh prizadevanjih podprete, tako z uvajanjem kurzov medicinske terminologije na fakulteti, kakor predvsem s podporo našim prizadevanjem za širšo uvedbo latinščine in grščine kot osrednjih humanističnih predmetov v gimnazijah. Specialno medicinsko znanje se seveda uči na visokošolskih ustanovah, fakultetah in univerzitetnih klinikah. Toda prepričan sem, da bo za bodoče medicince – če naj ne bodo zgolj tehniki svoje vede – samo dobro in koristno, če se bodo s koreninami naše sodobnosti, ki leže v antiki, dobro seznanili že v srednji šoli in se že tam približali vzgojnemu idealu mladega človeka, odprtega in dojemljivega za bistvena vprašanja ne le naše biološke, temveč tudi duhovne eksistence.

Zanimivo je vedeti

SILOVITOST IN HREPENENJE

Razstava Franceta Miheliča
v galeriji Krka v Ljubljani odprta 11. junija 1996

Jože Drinovec

France Mihelič, ki smo ga predstavili v aktualnem pogovoru v Zdravniškem vestniku 2/1993, sodi med največje osebnosti v Sloveniji našega časa. Samosvojost, prepoznavnost ter na domačo zemljo vezana ustvarjalnost so kakovosti, ki mu jih priznavamo doma in mu jih priznavajo v svetu. Tako v grafiki kot na platnu je posegel v vrhove slikarskega ustvarjanja.

Otvoritev razstave se je z recitalom pesmi Svetlane Makarovič ob temni spremljavi bobnov zlila slikarska ustvarjalnost Franceta Miheliča v nepozabno doživetje.

Po dogovoru s slikarjem Francetom Miheličem, umetnostnim zgodovinarjem prof. dr. Milčkom Komeljem predstavljamo izsek iz te razstave za bralce Zdravniškega vestnika. Tudi objavljene pesmi so delo Milčka Komelja.

Iz trohnenja porojeni sij Miheličevih pesniških hrepenenj

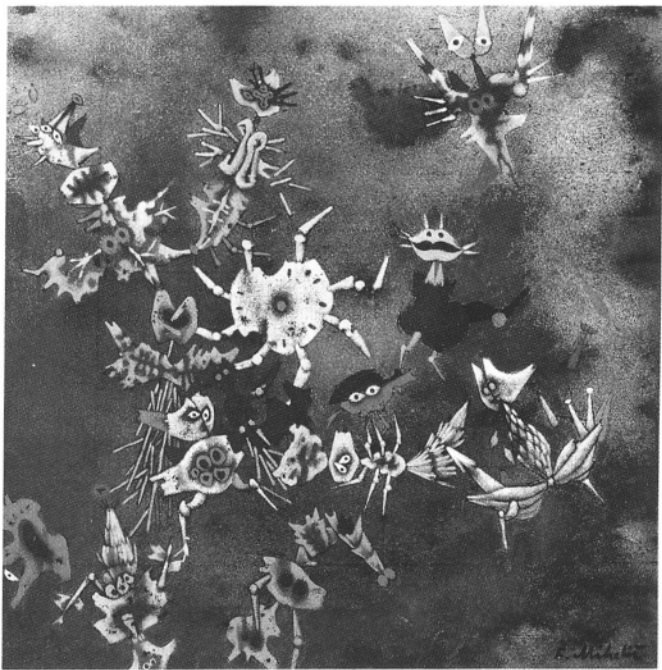
France Mihelič je ob Lojzetu Spacalu najstarejši živeči klasik iz predvojne generacije slovenskih slikarjev. V ospredje je stopil v hipu, ko se je pojavil v desetletju pred 2. svetovno vojno, saj je njegova umetnost s svojim brezupom, odrešenim v trpkost, a presunljivo poezijo, že tedaj upravičeno obveljala za najpristnejši izraz svojega časa, ki sta ga težili socialna stiska in predvojna mora, simbolizirani s smrtjo kurenta in nevihtnim nebom nad starodavno Ptujsko goro, kjer se je proščenski vrvež zgostil v podobo romarskega zaupanja in človeške bede. Po partizanski izkušnji, ki je vanj vnesla novo, dramatično obliko smrtne groze in pritajene fantazije, pa se je slikar iz realističnih izhodišč vključil v modernejšo eksistencialno umetnost z docela osebno obliko fantastike,

s katero je povezal arhaično prvobitnost in (post)realistične težnje v ekspresivno fantastičen izraz doživljanja sveta, učinkujoč v neločljivem osebnem spoju forme in vsebine, s čimer je obveljal za najbolj izrazito izvirnega sodobnega slovenskega likovnega ustvarjalca. Premišljen izbor iz takih del zajema tudi pričujoča razstava olj, akrilnih slik, grafik in risb iz umetnikovega ateljeja. S tako ustvarjalnostjo se je Mihelič pojavil v pokrajini slovenske umetnosti kot urok, ki je razdril varno idilo, oživil prvobitnost zemeljskih moči ter ugledal človeško zgodovino v soju tragikomične usode, v katerem je vse zapisano propadu. V takem spoznanju pa mu ta propad osmišlja in v njegovem brezupu zavdaja z ustvarjalnim optimizmom čipka očarljive izrazne moči kot svojevrstna poetična lepota.

Svet razžirajo črvi, človeka leta, življenja zgodovino, kjer so miljni kamni nenehne katastrofe. Vse je podrejeno stalno pričujoči in napredujoči smrti, a tudi večnemu prerajanju, ki se pritajeno slika skozi njen meduzasti smehljaj, obnavljanju, s katerim se hrani razpadanje. Zato bdi nad svetom groza, človek je v tej perspektivi zgolj enodnevnica, življenje pa odhajanje; a to minevanje daje življenju čar in dragocenost. Umetnik je razdiralec upov in hkrati magičen pesnik, ki črpa lepoto iz čarodejnosti kresne noči, neznanih bitij in čudežnosti narave. Zapisan je izginotju in zazrt v edini svet, ki mu je na razpolago, ter v lastne poetično tolažilne sanje, v svoji temni bujnosti in demonizmu brez odrešilne vere v cerkvenega, krščanskega boga.

Izhodišče takega Miheličevega dojemanja je prvinska narava, ki jo simbolizira neprehodni gozd, od koder prihajajo njegova drevesasta bitja, predvsem pa kurent, ki ga je slikar odkril na Ptujju kot srhljivo pogansko podobo prerajanja. Smisel za skrite moči neukročene, v zarotitveni ples utelešene narave dela umetnika pravega pogana, a obenem je z obsedenostjo cerkvenih očetov zapisan večnemu meditiranju o (ne)smislu in minevanju življenja, o razpetosti med duha in vročico, smrt prezirajočo telesnost, kar se vse izteka v pogansko rožljanje zategle glasbe in najdeva edino tolažbo v umetnosti, v razžrtih podobah iz rogovilaste trhljosti drevesnih kurentov ter gozdnih nimf kot temeljnem obrazcu tega razpadanja in obnavljanja, rojevajočem prav specifično, v pritlehno rast zagledano lepoto. Ta je v osnovi tragična in v svoji izpovednosti obenem groteskna, saj sleherni motiv razkroji in nagrize z rušilnim pečatom minevanja, tako bujno sončnico kot preperel zid, slamnato streho ali plodne boke antične nimfe ter celo umetnikovo lastno podobo, obdano z muzicirajočimi gozdnimi strašili. Vse, česar se umetnik dotakne, je sprijeto s sledjo minljivosti, kot bi se s te, želel privaditi na usodo do neboleče samoumevnosti, ko strašna presenečenja niso več mogoča. Zagledanost v razpadanje, kakršno med sočasnimi slovenskimi umetniki izpričujejo le še mlajši pesnik Dane Zajc in v docela drugačni obliki Jože Tisnikar ali Grazd Šefran, oznanja glodanje črva v vseh stvareh, snoveh in človeku. S svojo predanostjo brezupnemu spoznanju bolečo grozo postopoma spreminja v sprijaznjeno ubranost in ritmično razglodano pesem, ki v svoji enakomernosti niza človeške in krajinske prizore v eno samo drobno razčlenjeno enovitost, zaznamovano z Miheličevo življenjsko modrostjo, ki dela iz groze lepoto, iz brezupa vdanost in iz strašljivosti skrito domačnost. Taka Miheličeva usmerjenost temelji v njegovi deziluzionistični, a trpežni in neupogljivi, nesentimentalni, vendar močno poetični naravi, in posebej v osebni izkušnji, razvidni že iz zgodnje, avtobiografsko obarvane umetnosti, v katero je vneslo doživljanje brezperspektivnosti že umetnikove prve življenjske spremljevalce: potujoči pleten kovček, bomo petrolejko, stensko uro, suhe rože in hrepeneče sanje o ljubezni. Ti rekviziti ostajajo v njegovi umetnosti temeljni vse do danes, simbolično prepesnjeni in prerajeni v tuborni luči melanholičnih spominov. Tako doživljanje pa je avtor posplošil iz lastne tesnobe v vsečloveško

usodo, kar ga je že pred vojno zbližalo s Hegedušičem in njunim skupnim vzornikom Brueghlom ali s Krležo, po vojni pa je občutil skupne usojenosti stopnjeval s fantastiko in vsesplošno apokaliptično ekspresijo. V taki luči dobivajo širše dimenzije tudi njegovi temeljni prizori, ki so sami po sebi pripovedno simbolni, kot so kurentovanja, gozdovi z razžrtimi debli, odhod našemljenega človeškega sprevoda in samotno intimno pogledi v umetnikov atelje. Posebej pa pri tem izstopa njegova velika navezanost na olesenost in motiv drevesa, ki s svojim tkivom postaja tudi matrica njegovih neločljivo z lesom spojenih lesorezov.

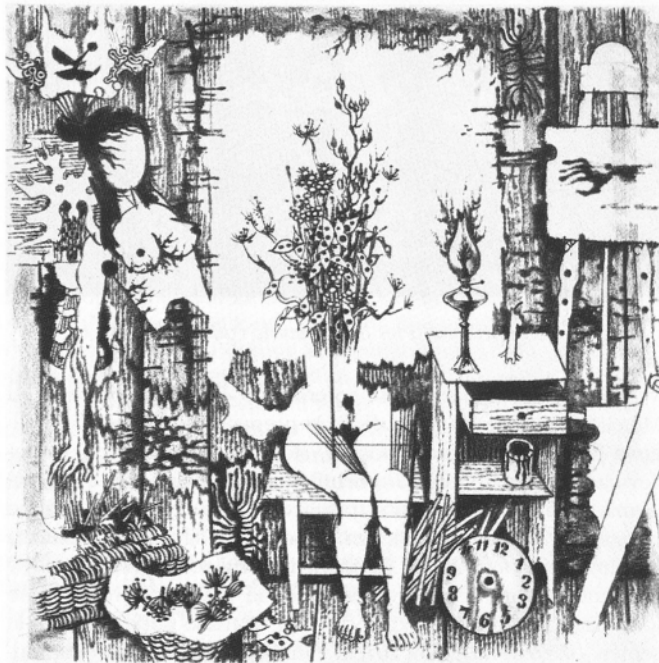


Sl. 1. F. Mihelič: *Ples enodnevnice* (olje na platnu).

V presušeno razpokan les se spreminjajo človeške poteze že na Miheličevih zgodnjih litografijah, iz preperelih desk so zbita njegova številna vrata kot simbolični vstop v gozdno fantazijo, v dračevinast grm se spreminja umetnikova najljubša nimfa in postopoma se tudi trhli kurenti stapljajo v podobo gozda. Iz gozdne podrasti in njenega nevidnega življenja pa izhaja tudi fantazija mojstrovih najbolj nežnih in poetičnih prividov, spremenjenih v ples enodnevnice in počlovečenih bilk in večje, v oživele gluho lozo nad Gorjanci ali v kresnonočno fantazijo čudežnih bitij in semen, oživelih rastlin ali žuželk z maskami, ki pojejo v nedoumljivi očaranosti med čipkami pajčevin in v zibelkah sanj plovejo v kozmično noč, v glasbo kresnega koncerta, kjer se nevedna lahkočnost in pritajena groza breztežno prekrajata v brezskrbno igro življenja, ki jo kot vrtljak iz sanj poganjajo ure brez kazalcev. Življenje med ljudmi, ki ga simbolizirajo pustne maske, izmed katerih vstaja v zgodovino kurent, in življenje teh drobcenih rastlin in žuželk je eno in isto. Vse je neusmiljen direndaj, pustna vročičnost, pognala iz neuničljivih kali davnih časov, smrtna resnoba, ki si nadeva maske pustnih šem, breztelesni vrvež in hrepeneče zapeljiv kozmični polet v neznanost, sanjska omama brezskrbne življenjske sreče in pogansko baladni mizerere. Vse to je ustvarjalni privid, ki učinkuje kot Miheličeva metafora nedoumljivosti življenja. Lepota ničevosti, ki ogrinja figuro v mahovinast ornat gozda, draguljasto sije v rosi pajčevin. Neizčrpni ples videza se zateka v zapeljivi vrisk sanjske omame, ki jo že prva sončna luč raztopi v krhki nič; premagovanje uničljivosti tke lepoto iz njenih najbolj krhkih sestavin, pri čemer se Mihe-

liču kot pesniški refren nenehno vsiljujejo v poetično zavest srhljivo resnična Shakespearova sentenca, da »iz take smo snovi kot sanje«, ter sorodno naravnani verzi iz sedmega Jenkovega Obraza.

Taka umetnost temelji v simbolični pripovedi, v malone gledališko aranžiranem insceniranju, ki v svojih ambientih kompozicijsko razpostavlja predmetne simbole ali uprizarja scene ter niza figure v togih ritmih, da negibno strme kot sršče prikazni. Ta kompozicijski princip pa podpira tudi izhodiščni likovni prijem, ki obvladuje celoto in hkrati živi v najmanjšem detajlu. Njegova osnova je jasna, lapidarna, do skrajnosti zanesljiva risba, ki z rogovilastimi ostrinami ali gladkimi loki zajema tako trhlost razpadanja kot bujno nabreklost, ki učinkuje kot njen protipol. Toda tudi ta erotična forma, uklenjena v napete obline ženskih aktov, je največkrat raztelesena in znotraj nažrta in zato v jedru groteskna; iz trhlosti kurentovsko počlovečenih dreves poganjajo očem podobni listi, v drevesno tkivo zmagoslavno parodirajo procesije črvov, to celostno strukturo njegovih motivov prežemajoče razjedanje pa se je postopoma razvilo v risarsko-grafični sistem, v groteskni ornament smrtonosnega življenja, kjer se združujejo črvojedina in organske forme, razrezane v fragmente, ki kot v posmeh vitalnosti in kot zmagoslavje uničenja lebde v zraku kot fantastično razžrta trupla ali razkrojeni ljubezenski spomini.



Sl. 2. F. Mihelič: *Dafne* (risba z ogljem).

Kompozicijski ritem, sestavljanje in prežemanje likovnih elementov in motivov (v razžrtih deblih ugledamo bujne žene, med apokaliptičnimi ruševinami se groza rešuje v slast ljubezni) se razpredajo v pravo vzorčasto tkanino, ki pogosto učinkuje kot črno-bel lesni vzorec ali enakomerna tapiserija; barva, ki take slike še piktoralno oživlja, pa je spočetka otožno zamolkla, pepelnato siva kot pogorišče, preperelo rjava in listno zelena in v apokaliptičnih prividih ognjeno rdeča, na prhklih podobah več pisano zažrta v prašno strukturo občutljivih krilc in postopoma vse bolj ploskovno razprostranjena, intenzivno kričeča ter pustno razigrana.

V tako simboliko je umetnik skozi avtobiografska izhodišča ob kurenta docela samoumevno vključil tudi antično literarno mitologijo, ki je razumljivo starodavna in poganska, izvirajoča iz gozda in izginevajoča v preperelost. Tak je z bršljanom ovenčani

Narcis, strašna prevotljena Meduza, apokaliptični konji so kot na drevo obešeni ostanki antičnih kvadrig, in taka je predvsem še v razkrojenosti zapeljiva ženska: bujna Ovidijeva Dafne, ki oznanja preranjanje in neuničljivost, a s smrtjo prežeti eros. Negibna v svoji tihožitnosti se spreminja v plen kurentov in v melanholično, z nostalgijo poezijo prežeto Tožbo za poletjem. V takih inscenacijah je umetnik ustvaril kompozicije, ki se vsepovsod iztekajo v isti ritem razgledanih oblik, iz katerih se prikazujejo vsakič nekoliko drugačni strahovi, a njegov vodilni motiv vse bolj izhaja iz samega nosilnega likovnega ustroja, ki je s svojo kurentovsko ornamentalnostjo zajet v izhodiščno metodo Miheličevega likovnega pristopa, saj so končno že njegove predvojne oljne slike ob vsej slikovitosti v osnovi premišljeno komponirane iz jasno zamejenih, ornamentalno povezanih in precizno zaokroženih nanosov, iz katerih se celično kopiči človeški vrvež.

Iz takih fantazijsko neizčrpni sestavin se Miheličeve slike sestavljajo v ploskovno površino, ki se razgrinja in razpreda kot vejevato satovje in tudi v navidezno abstraktnih sestavih razkriva smisel za materialnost predmetnih struktur; tudi najmanj stvarne podobe so izrazito konkretne, saj vselej izhajajo iz drobno razčlenjenih snovnih površin, iz katerih tke umetnik spoje trhljih debel, vejevato razkrojenih kurentov ali krila prhnečih več.

V zadnjem času pa se je ovidijevski antični motiviki in starim Panom, ki jih umetnik vpleta med svoje grafično vejeve in v dionizične risbe kot prikrito vitalistične duhovne avtoportrete, pridružila še riba faronika in v nekaj priložnostnih risbah nakazani sveti Krištof: osrednja, smrt odganjajoča, na pol poganska figura z zunanjsčin naših srednjeveških cerkva, ki ji ob nogah navadno plava ribji nestvor iz ljudske pesmi. Tudi ta motiv pa se izkazuje za Miheliča samoumeven, saj le na novo razkriva vzgibe umetnikovih najzgodnejših spominov na rojstvo, spomeniško in z gozdovi bogato škofjeloško pokrajino. Prikazen, kakršno zasledimo kot nekakšno morsko deklico že v davnini, figura, ki v imenu nosi arhaični spomin na faraonski Egipt in ki je kot odmev ljudske pesmi in srednjeveške likovne umetnosti zajeta v ekspresionističnem jedru Pregljevega Plebanusa Joannesa, je kozmološka in apokaliptična, mitična in izrazito eshatološka. Umetnik pa je v svoji fantaziji njeno strašljivost prežal z bujno erotiko ter tako apokaliptičnost in ženski demonizem spojil v grozečo zapeljivost, ki v svojem spletu vrtinčastega črtovja prerašča že v pravo baročno bujnost, kot bi se vesoljni potop sveta nakazoval v napovedujoči se eksploziji apokaliptično erotične strasti.

Od kod potemtakem izhaja France Mihelič, da ume tako prepričljivo zajeti vzgibe pogansko prvinkega življenja in jih tako sugestivno povezati s sodobno občutenostjo bivanjske groze in nemoči, da učinkuje v svojih delih kot iz zemlje prirasli kurent, kot neumrljiv gozdni bog, ki kroti nimfe, si piska pozabo ter se polagoma sam spreminja v bajeslovno drevesno deblo in je vendar videti ves žilavo neuničljiv in trpežen, četudi postaja kot spomin na davnino vse bolj izvotljeno odmaknjen, porojen iz lubja in srebrnih pajčevin? Iz Škofje Loke ali s Ptuja, kjer sta danes v srednjeveški kašči in starodavnem obdravskem stolpu njegovi stalni zbirki, iz pozabljenih suhorobarsko olesenele ribniške doline ali iz odmaknjene samote ateljeja, v katerem nenehno meditira s svojimi škripajočimi strahovi in od koder odhaja po oplajajoče razgleda v umetnostna središča in še zlasti v svetovni Pariz?

Mihelič je umetnik, ki je z ustvarjalnim in prvinskim človeškim poslušom za skrite moči v naravi odstrl skrivnosti življenja z izjemno dojemljivostjo za vsaj tisto njegovo plat, ki je povezana z zemljo in njenimi prvobitnimi strastmi, vraščenimi v tip neodjenljivo skeptičnega človeka, ki kot trdoživ pogan ne more sprevideti resnične utehe v nadzemeljskem nebu, ampak ostaja zato mračno človeški in zemeljski, a obenem hrepeneč po razrešitvi in prvinso radoživ.

V svojem delu je znal oživiti in približati sedanjosti pogansko prvinke nagonke vzgibe, ki na pomlad, po smrtonosni zimi, nepremagljivo vzkopijo v iracionalno, kurentovanjsko besneče slanje, v katero kakor strela udari smrt. To pa je lahko za današnji čas sprejemljivo izrazil le skozi občutljivost povojne svetovne kulture, iz distance bolečega doživljanja vesplošne negotovosti in minljivosti, iz občutenja življenjske stihije ter apokalipse, v katere gorečem siju v duhu že slika novo Ptujsko goro, kot bi se želel v poznih letih okrepčati pri prvotnih ustvarjalnih izvirih.

V taki združitvi sodobnega, osebnega fantastičnega prijema in starodavné, v slovenskem mitološkem izročilu ukoreninjené duhovne tradicije pa je umetnikova največja ustvarjalna posebnost in najbolj presenetljivo odkritje, ki ga dela obenem sodobnega in brezčasno univerzalnega, grozljivo domačnega in živo zanimivega za odkrivalce neznanih notranjih svetov. V takih izhodiščih utemeljena fantastika je ne glede na povezave z oblikami nadrealizma v bistvu izrazno poglobljena in fantastično prikazana notranja resničnost, ki se vse bolj pretapla v zarotitveni obrazec, v način za priklicavanje in krotitev vsepovsod pričujočih strahov, v meditativno samospraševanje in izrekanje o usodi, z nizanem duhovitih likovnih aforizmov in z baladno ubrano glasbo, ki jo na

svojih gozdnih violončelih rezko ali zamolklo godejo odrevenele drevesaste pošasti.

Vse to se v povezavi z iskanjem vedno globljega izraza, ki se je najbolj zmagoslavno in klasično formuliral že v umetnikovih glavnih grafikah sredi 50. let, v Miheličevih delih nenehno preraja v duhu Ovidijevih Metamorfoz in oživlja v vedno novih prežemanjih in variacijah, ki so neizčrpne, a vendar le melodija ene in iste eshatološke pesmi. Ta nam poje o nepremagljivem erosu, večnem razpadanju in omamnem snu kresne noči, med katerimi živi umetnik, ki tako živo čuti z gozdno naravo, kot da bi pognala njegova ustvarjalnost iz njenega praprotnega semena, ki mu daje moč, da jo oživlja v počlovečeno življenje in da samega sebe spreminja v stvarniškega pajka. Z njegovo neutrudnostjo in nezmotljivostjo s svojim grafičnim črtovjem prede niti mitološkim Parkam in prestreza v mrežo grafičnih prepletov usodo, ki pritačeno prihaja po rovih črvov in se vzneseno izpolnjuje v plesih človeških enodnevnih, ki v neminljivih rojih nenehnega minevanja padajo v omamni ogenj smrtonosnih sanj in razsvetljujejo svet s pretresljivostjo duhovne lepote in z neumrljivim sijem pesniških hrepenenj.

Milček Komelj

OKNO SANJ

*Za oknom tone v molk globoka noč.
Rastline se spreminjajo v kresnice
in spreletavajo se, v kozmos zroč,
v pravljicnem snu med krili nočne ptice.*

*Večnost minevanja je odprla krila
in se zapletla v sanje z grozo časa.
Z iskro življenja jo je noč zbudila
v kristalni lesk neskončnega Parnasa.*

Frona Mihelič

ŽIVA VODA

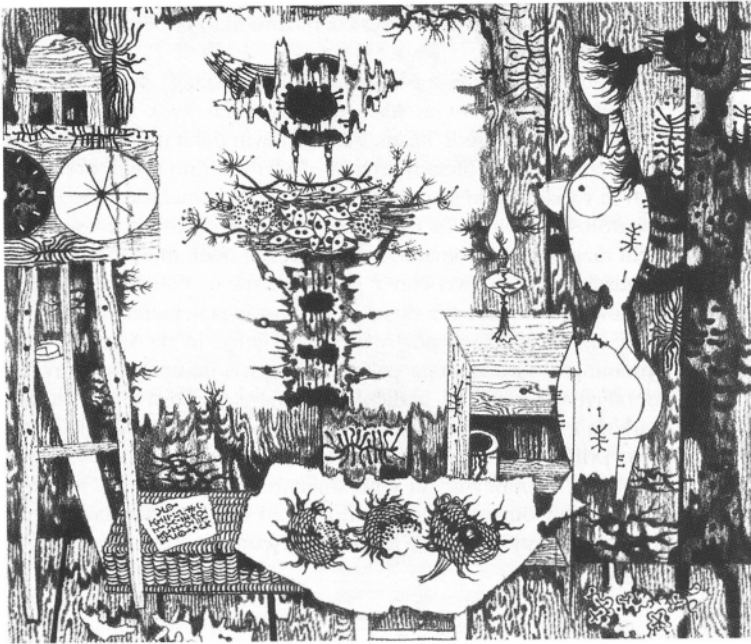
*Živa voda v moji roki,
svetla voda, živa roka.*

*Suba bilj ozelenela,
tisoč vitic živa meja,
vinika po živi skali, novo cvetje
zlata rozga.*

Svetlana Makarovič



Sl. 3. F. Mihelič: Dafne in gozd (olje na platnu).



Sl. 4. F. Mibelič: Tožba za poletjem (risba z ogljem).

GLASBILA

*Poljane v kresni noči oživijo.
Poletne bilke v čudež ostrmijo
in se razpenjajo med rosne strune;
po njem se gibki pajki zavihtijo
s tisoč rokami v soj nevidne lune
in z mesečino zvonko zadrhtijo.
Kobule glav razpokajo v groteske
in stebila oponašajo žuželke,
oblačijo se v listne arabeske
iz gozdnih čipk vilinske staroselke.
Travne osti bodičasto zorijo
v antene žel in zračne vetrnice,
ki z rogovilo kozmos zavrtijo
in v votlost sanj vrtijo davne klice.*

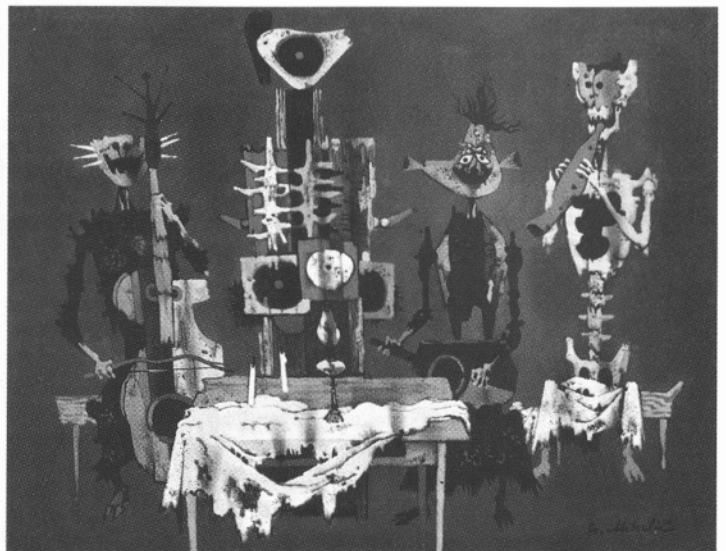
PESEM SANJ

*V mrežo iz rose ujeta pesem sanj
igra na zračne strune pajčevin.
Iz njih je svet neznanih bitij stkan
v skrivnosten spev iz večnostnih daljin.*

*Kristalna krhkost živih sanj prestreza
svojo usodo v kozmično neznano
in v strah njene skrivnosti se pogreza.
V trblosti gnezd slavi življenjska pijanost.*

POLETJE

*Poletje je visoko, a se že razkraja.
Minljivost ima vse življenje v lasti.
Dafne razpada v razžrti strasti
in med drevesa usoda jo presaja.
na platnih se rojevajo pošasti
minljivega sveta, ki večno traja
samo v prerajanju.
Trohneči brasti
so kurenti v osvajanju,
ki poželjivo grabijo poletje,
da jim v rokah razpada v črvivost.
Razžrte sončnice so posušeno cvetje,
črv ornamentira les v minljivost.
Svet je le oder lutkastih igralcev,
podoba trble večnosti, ki večno odhaja,
da ure v njej ne rabijo kazalcev.
Poletje je visoko, a se že razkraja.*



Sl. 5. F. Mibelič: Muzikanti in ure (akril na platnu).

ZAKON O OMEJEVANJU PORABE TOBAČNIH IZDELKOV

Marija Djurdjević

Po treh letih prizadevanj in spodbujanj poslancev Državnega zbora smo le dočakali Zakon o omejevanju porabe tobačnih izdelkov, ki je bil objavljen v Uradnem listu Republike Slovenije 19. 10. 1996. V veljavo je stopil 19. 11. 1996. Ali smo zdravniki nanj pripravljeni? Kako?

Zakon je bil nujno potreben, kajti ljudje, predvsem mladina, preveč kadijo in tudi pasivnega kajenja je veliko. Nekadilci do sedaj resnično niso bili zaščiteni pred neprostovoljnim vdihavanjem tobačnega dima. Vsi javni prostori, čakalnice, foajeji, uradi, zdravilišča in delovna mesta, so bili zakajeni.

Z zakonom bomo pridobili naslednje:

– Nekadilec bo zaščiten pred vdihavanjem tobačnega dima vsaj v tistih okoljih, katerih se ne more izogniti (čakalnice, uradi, delovna mesta).

– Zaradi prepovedi oglaševanja tobačnih izdelkov bo gotovo manj novih kadilcev, predvsem med mladino, saj so oglaševanje vedno predstavljali le neresnično vsebino – lep avto, mlade in zadovoljne ljudi.

– Zaradi prepovedi kajenja v pedagoških ustanovah bodo mladi deležni pozitivnega zgleda učiteljev in tako pridobili nove vzorce vedenja. V Sloveniji je že nekaj takih šol, v katerih ne kadijo niti učitelji niti dijaki in so na svoj dosežek zelo ponosni.

– Prepoved kajenja v zdravstvenih ustanovah ni nič novega. Od kar smo samostojni, smo sprejeti v številna mednarodna društva in združenja, tako v SZO in svetovno zdravniško združenje. Deklaracija o škodljivosti tobačnih izdelkov je bila sprejeta na 40. skupščini SZZ na Dunaju, septembra 1988. Ta deklaracija med ostalim tudi zahteva, naj zdravniki dajejo dober zgled in podpirajo akcije tistih, ki opozarjajo javnost na škodljive posledice uživanja tobačnih izdelkov. Od bolnišnic in zdravstvenih služb zahtevajo, da v vseh prostorih prepovejo kajenje. To je popolnoma jasno, če se zavedamo, da smo zdravniki, vzgojitelji, preventivci in terapevti najbolj odgovorni za problem kajenja. Zdravje postaja zelo drago in na vsakem koraku moramo varčevati, zato bi ukrep o zmanjševanju kajenja prihranil veliko izdatkov za zdravstvo. O tem bodo začele premišľevati tudi zavarovalnice, da drugače zavarujejo rizične osebe. Točno je izračunano, da znaša škoda zaradi kajenja trikrat več kot korist od prodaje tobačnih izdelkov (zbolevnost, invalidnost, prezgodnja smrt, požari, povzročeni zaradi odvrgenega ogorka itn.). Prepoved kajenja v zdravstvenih ustanovah bi bila nujna, kajti še vedno velja zdravnikova beseda in njegovo vedenje kot pravilo za zdrav način življenja. Zdravniki bi lahko marsikoga odvrnili od te škodljive razvade, ko bi bili prepričljivi in tudi s svojim zgledom dokazali, da mislijo resno.

– Kadilci, ki bodo kajenje opustili, bodo gotovo pridobili, ohranili bodo svoje zdravje, prihranili denar in postali svojim otrokom najboljši zgled.

– Ko bodo delodajalci razmišľali o kadilnicah, naj pomislijo tudi na to, da porabi kadilec med delovnim časom približno 70 minut za svoj lastni užitek, kljub temu pa dobiva enako plačo in je deležen enakega letnega dopusta kot nekadilec.

– Velika skrb za tobačno tovarno je nepotrebna. Tobačna tovarna je zadosti bogata, da bi se prestrukturirala in začela proizvajati zdravju neškodljive izdelke. Edina tovarna, ki jo imamo v Sloveniji in še ta je večinsko v lasti tujcev, pripomore k zbolevnosti naših ljudi, ki so že tako maloštevilni.

Vprašujemo se tudi o logiki inšpekcije, ki je prepovedala prodajo čajev v samopostrežnih trgovinah z obrazložitvijo, da je potrebno kupcu pomagati učinek in uporabo, kar lahko stori le strokovna oseba. Po drugi strani pa ni prepovedala prodaje zdravju škodljivih snovi, ki imajo v trgovini »častno mesto« nad blagajno, da kupec slučajno ne bi pozabil na cigarete. Kakšna dvoličnost! Če bi

se tobačni izdelki prodajali le v trafikah, bi imeli trojno korist: lažje bi nadzorovali starost kupca, kajti otroci v take trgovine ne bi zahajali, drugič, dovoljevali bi oglaševanje tobačnih izdelkov le tam in bi s tem gotovo zmanjšali število novih kadilcev, in tretjič, tobačni izdelki nikakor ne sodijo med živila!

Naj te pripombe ne izzvenijo kot napad na kadilce – nasprotno želim poudariti, da opustitev kajenja prinaša samo pozitivne rezultate.

Pomembno je tudi, da preprečimo mladim začetek kajenja, kajti pljuča mladih so še bolj občutljiva za tobačni dim. Zasvojenost, ki se pri kajenju razvija, je zelo težko obvladljiva, zato je bolje ne začeti s to škodljivo razvado.

Mislim, da bo nujna izdelava različnih projektov za pomoč kadilcem pri opustitvi kajenja, kajti opustitev kajenja ni lahka odločitev.

V naši Ustavi je zapisano, da je vsak dolžan skrbeti za svoje zdravje, zato se priključimo vsem tistim projektom, ki ponujajo ohranitev in krepitev zdravja.

Zdravniški vestnik pred 60 leti

ŠTEVILKA 12/1936

Anton Prijatelj

Dvanajsta številka Zdravstvenega vestnika – strokovnega glasila zdravništva v Dravski banovini – je izšla 31. decembra 1936. leta. Uredništvo in administracija: dr. R. Neubauer – Golnik.

- Paroksizmalna hemoglobinurija ex frigore
docent dr. Ivan Matko
- Inkopatibilne zmesi zdravil
mr. ph. Damaška Rado
- Fiziološka sterilizacija žene
dr. Ivo Rakuljić-Zelov
- Naše skušnje s kombiniranim zdravljenjem akutnih pljučnih bolezni
dr. Stane Lutman
- Smernice ortopedije in traumatologije ter potreba modernega oddelka
predavanje v jugoslovanskem kirurškem društvu
prim. dr. Fran Minar
- Olimpijada, Bayerjevi dnevi in drugo
dr. Leo Trauner – Zagreb

O ljubljanski bolnici

V letniku 1936 si sledijo zapisi raznih zdravnikov o potrebi gradnje oziroma razširitve ljubljanske bolnišnice. Ti prispevki so nastali na pobudo urednika. V javnosti je bilo namreč kar precej pisanja kakor tudi govorenja o »razmerah« v ljubljanski Obči državni bolnici.

Uredniku se je odzvalo osem vodilnih ljubljanskih zdravnikov, ki so zapisali svoja razmišľanja o potrebi nove ljubljanske bolnice. Staro ljubljansko bolnico so ustanovili leta 1786 v diskalceatskem samostanu in so jo vodili usmiljeni bratje. Leta 1848 je le-ta prešla v neposredno oblast dežele Kranjske. 1881 je bilo na Studencu urejeno graščinsko posestvo za sedanjo blaznico. 1893 je kranjski deželni odbor začel graditi sedanjo bolnico. Zaradi potrebe 1895 so se prvi bolniki vselili v novo bolnico, je uvodoma zapisal dr. Mitja Meršol. V tem članku ugotavlja dr. Meršol, da se je število prebivalcev v povojni dobi povečalo, da se ljudje vedno manj bojijo bolnice, da sodobna medicina potrebuje vedno več dragih aparatov, ki jih imajo lahko samo velike klinike, da je tudi beda kriva za prenapolnjenost bolnic, poleg tega pa je vedno več

ljudi zavarovanih pri raznih blagajnah, te pa pošiljajo svoje bolno članstvo v bolnico, da čimprej ozdravijo.

Dr. Šerko je predlagal takojšnje razširjenje kirurškega oddelka, zgraditev paviljona za infekcijske bolezni ter adaptacijo prostorov za hiralnico.

Prim. dr. Demšar je navajal, da je bil že pred svetovno vojno narejen načrt za novo dermatologijo. Ugotovil je tudi, da se je število drematoveneroloških bolnikov močno povečalo, še posebej tistih s spolnimi boleznimi. Predlagal je zidavo novega oddelka in to utemeljil s stavkom: *«Flikarija ostane flikarija!»*

Dr. Mitja Meršol je po uvodnih podatkih o zgodovini bolnice predlagal razširitev bolnice. Navedel je dve možnosti: ali postavitev paviljonov na sedanjem bolniškem prostoru ali postavitev bolnice kje na periferiji Ljubljane. Nenavadna je njegova ugotovitev, da v bolnico ne sodijo lahki bolniki, težji da potrebujejo okrevališče za rekonvalescentne, za bolnike z neozdravljivimi boleznimi pa je predlagal izgradnjo hiralnic.

Prim. dr. Ješe je zagovarjal zidavo nove bolnice z utemeljitvijo, da je povečanje dotedanje bolnice neprimerno, ker bi stalo dosti denarja in zapisal: *«da bi iz sedanje mizerije napravili še večno mizerijo!»* Bil je proti zidavi nove zgradbe na sedanjem prostoru, *«ker bi tekla v tem primeru med obema deloma bolnice prometna cesta»*.

Dr. Oton Bajc je v svojem prispevku o potrebi nezgodne bolnice dokazal na primeru avstrijskih bolnic, da lahko socialno zavarovanje prištedi velike vsote denarja s primernim zdravljenjem nezgod.

Dr. Mirko Černič, ki je bil pred tem primarij kirurškega oddelka v Ljubljani, je zapisal, da je nujno potrebno zidati nov kirurški odderek. Ne glede na takratne razmere in takratna zdravila, ki so ali niso bila na razpolago so tako zdravništvo kakor tudi javnost močno vznemirjale infekcije na kirurškem oddelku. Dr. Černič navaja ugotovitve Državnega higijenskega zavoda v Ljubljani: *«Po gorenji preiskavi so smatrali zrak v vseh preiskanih prostorih za okužen, ker je prenasičen z gnojnimi koki. Možnost infekcije rane je po stafilo- in streptokokih vsikdar podana. Kakovost preiskane zraza ni primerna za aseptično kirurško delo.»* Predlaga, da bi novo bolnico gradili na Rožniku ali Golovcu in to šele po preizkušnjah higienikov v raznih letnih časih, podnevi ali ponoči ter ob različnih vremenskih prilikah.

Dr. M. Č. sporoča: **Ljubljanski bolnici in tudi drugim v mento!** *«Naravna zabiteva danes ta dan je, da se postavi bolnica v lepo in zdravo okolico, kjer ne ovirajo oskrbe bolnikov hrup in prah, saje in pepel, izpuštine tvornic in železnic. Takisto je, da ne spada bolnica v močvirnato, megleno ozemlje ali na kraj, kjer so sicer slabe talne razmere; da je treba skrbeti za izdatno obsevanje s soncem in za dovoljno količino svežega zraka.»*

Hubert Ritter
Der Krankenhausbau der
Gegenwart im In- und Auslande

Kot kaže je le malo strokovnjakov kasneje prebralo ta razmišljanja ob gradnji UKC-ja.

Nove knjige

Statistika

Dominik Komadina: *Statistika v zdravstvu*. Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, Ljubljana 1996: 349 strani, kartonirano, 16,5x24 cm; obsežno vsebinsko kazalo; 8 navedenih virov; cena 4.000,00 SIT za študente in 8.000,00 SIT za druge.

Za počasno rast statističnega izobraževanja in znanja na področju našega zdravstva je v znatni meri krivo pomanjkanje učbenikov v slovenskem jeziku. Sedaj smo s tem delom dobili nov in celovit prispevek k razvoju informatike v zdravstvu. Je prvo tovrstno delo v slovenskem jeziku, obsežno, izvirno, poglobljeno, zlasti socialnomedicinsko usmerjeno. Statistična metoda je namreč tudi eden izmed najpomembnejših načinov dela v socialni medicini (epidemiološka, dispanzerska, zdravstveno-vzgojna itn.). Teoretične razlage v knjigi ponazarjajo številni tabelarni in grafični prikazi najpomembnejših podatkov s področja našega zdravstva. Knjiga je namenjena predvsem študentom medicine, stomatologije, farmacije in drugih zdravstvenih šol ter bo koristen pripomoček za pripravo na strokovni izpit. Prišla pa bo prav tudi pri vsakodnevnem delu v zdravstvu.

Knjiga je razdeljena na več smiselno zaokroženih poglavij. Najprej obravnava pomen in vlogo statistike v zdravstvu, statistična načela in metode ter demografsko statistiko (populacijsko, vitalno, migracijsko); nadalje podrobno obravnava zdravstveno statistiko (statistika in socialna medicina, kliničnomedicinska statistika, sanitarna statistika, statistika zdravstvene dejavnosti), zdravstvenoinformacijski sistem ter računalništvo in informatiko v zdravstvu. V posameznih poglavjih so nakazane tudi vezi statistike in socialne medicine. Medicina je v veliki meri vprašanje verjetnosti in postaja vedno bolj kvantitativna veda. Zato so pravilno izbrani statistični koncepti in postopki vse bolj pomembni za ugotavljanje in opredeljevanje problemov v zdravstvenem varstvu, v medicinskih raziskavah, pri planiranju in programiranju delovanja in razvoja zdravstva ter seveda tudi pri vodenju zdravstvene dejavnosti. To delo daje še temeljna izhodišča za diagnostične, prognostične in terapevtske odločitve.

Zdravstveni delavec, zlasti zdravnik, mora pogosto razlagati sebi in drugim diagnostične teste in odzivanje bolnika ter različne meritve primerjati s fiziološkimi normami. Poznati mora statistična dejstva o etiologiji in prognozi bolezni, ki jo zdravi tudi zato, da bi se izognili poslabšanju ali vsaj omilili posledice bolezni. Razen tega so zdravstveni delavci osnovni »proizvajalci« in tudi uporabniki podatkov, na katerih temelji statistika v zdravstvu. Zato je še posebej pomembno, da vedo, zakaj, kako in kdaj naj podatke zbirajo, urejajo, analizirajo in uporabljajo pri svojem vsakodnevnem delu. To novo delo našega priznanega socialnomedicinskega strokovnjaka in dolgoletnega učitelja nas kar vabi, da bi preverili svoje znanje, ga izpopolnili tam, kjer nam morda kaj manjka ter da bi se naučili še kaj novega. Zato vzemite knjigo v roke in dopustite, da vam pomaga pri vašem nadaljnjem delu in odločitvah.

Dušan Repovš



*Vsem poslovnim partnerjem želimo
vesele božične praznike ter obilo osebne sreče
in zadovoljstva v letu 1997. Veselimo se uspešnega
sodelovanja z Vami tudi v bodoče,*



PLIVA LJUBLJANA d.o.o.



NOV PRISTOP K ZDRAVLJENJU GLIVIČNIH INFEKCIJ

LAMISIL® - antimikotik za oralno in lokalno uporabo. **Sestava:** Tablete vsebujejo 125 mg in 250 mg terbinafina v obliki hidroklorida. 1 g 1% kreme vsebuje 10 mg terbinafin HCl. **Indikacije:** Tablete: glivične infekcije kože, nohtov in lasišča. Krema: glivične infekcije kože. Glej celotno navodilo. **Doziranje:** Otroci (do 40 kg telesne teže): 62,5 do 125 mg 1-krat dnevno; odrasli: 250 mg 1-krat dnevno. Kremo nanesemo na obolelo mesto in okolico zjutraj ali zvečer. Zdravljenje traja glede na indikacijo in resnost infekcije. Glej celotno navodilo. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za terbinafin ali katerokoli sestavino kreme. **Previdnostni ukrepi:** Tablete: nosečnice in doječe matere, stabilno kronično moteno delovanje jeter, oslabiljeno delovanje ledvic. Glej celotno navodilo. Krema: samo za zunanjo uporabo. Ne sme priti v stik z očmi. **Interakcije:** Tablete: zdravila, ki inducirajo encime (rifampicin), inhibitorji citokroma P450 (cimetidin). **Stranski učinki:** Tablete: prebavne motnje, kožne reakcije, motnje okusa. Glej celotno navodilo. Krema: na namazanem mestu se lahko pojavi rdečica, občutek sklenja ali srbenja. **Oprema:** Tablete 14 tablet po 125 mg ali 250 mg; 28 tablet po 125 mg ali 250 mg. 15 g kreme.

Informacije in literatura so na voljo pri Sandoz Pharma Services Ltd. Basel,
Predstavništvo v Sloveniji, Dunajska 22, 1000 Ljubljana, tel. 061/133 04 04, 131 62 645, faks 061/133 96 55

Lamisil®
terbinafine

 **SANDOZ**

kapsule po 20 mg

ULTOP[®]

omeprazol

Za lažje zmage!

- ♠ **hitro pozdravi razjedo**
- ♦ **hitro odpravi simptome ulkusne bolezni**
- ♣ **nepogrešljiv pri odstranitvi *H. pylori***
- ♥ **varen**

Ultop je zanesljivo zdravilo za zdravljenje razjed na želodcu in dvanajstniku, odpornih razjed in hujših oblik refluksnega ezofagitisa. Skupaj s Hiconcilom in Efloranom ali Fasigynom je nepogrešljiv sestavni del kombinacije zdravil za odstranitev bakterije *Helicobacter pylori*.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Dynabac[®]

diritromicin

**enkraten makrolid za zdravljenje
bakterijskih respiratornih infektov**

- Dve tableti po 250 mg enkrat dnevno neodvisno od resorpcije hrane.
- Vključitev v fagocite in hiter prehod na mesto infekcije.
- Koncentracija v tkivih je od 10 do 30-krat višja kot v plazmi.

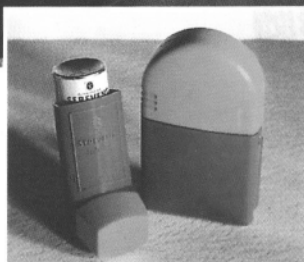
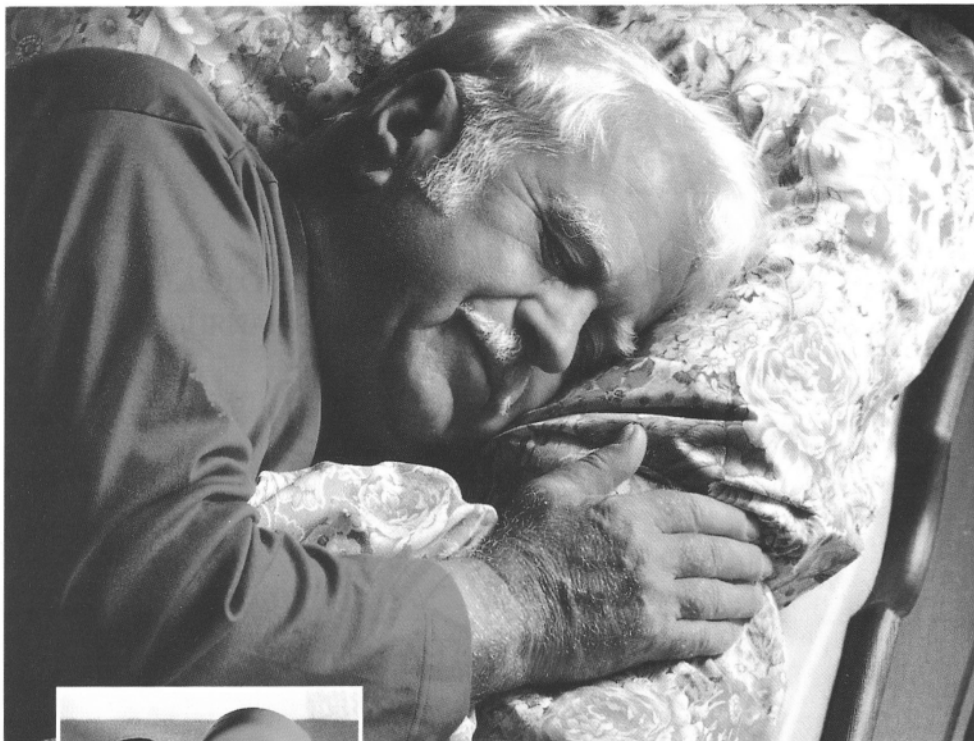
**Izredna klinična učinkovitost
pri številnih infekcijah**

- bakterijski faringitis/tonzilitis
- akutno poslabšanje kroničnega bronhitisa
- bakterijska pljučnica
- atipična pljučnica



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

Oprema:
10 lakiranih tablet diritromicina po 250 mg



**Za kvalitetno
življenje
bolnikov z astmo**

SEREVENT®

salmeterol ksinafoat

- Visokoselektivni agonist adrenergičnih receptorjev β_2 z dolgotrajnim delovanjem
- Ob rednem in dolgotrajnem jemanju zboljša kvaliteto bolnikovega življenja, ker omogoča
 - ponoči miren spanec
 - podnevi pa nemoteno opravljanje vsakodnevnih aktivnosti
- Enostavno in zanesljivo doziranje
- Dobro prenašanje

GlaxoWellcome

Glaxo Wellcome Export Ltd., Podružnica Ljubljana
Cesta v Mestni log 55, 1001 Ljubljana, p.p. 4296
Telefon: (061) 123 10 70, 123 20 97
Fax: (061) 123 25 97

SAMO ENKRAT NA DAN



Lendacin[®]

ceftriakson

cefalosporinski antibiotik za parenteralno uporabo

**poleg dobrih mikrobioloških lastnosti tudi ugodna
farmakokinetika:**

- dobro in hitro prodiranje v skoraj vsa tkiva in telesne tekočine
- dolga biološka razpolovna doba, ki zagotavlja
24-urni baktericidni učinek

možnost ambulantnega zdravljenja

Natančnejše navodilo o zdravlilu lahko dobite pri proizvajalcu.



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



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 65, DECEMBER 1996, Page 667–720, Number 12

CONTENTS

PROFESSIONAL ARTICLES

- Closed reduction and percutaneous pinning of dislocated supracondylar fractures of child's humerus,** M. Andoljšek 667

- MEGX (monoethylglycinnexylidide) liver function test,**
M. Sedmak, M. Zupančič, G. Logar-Car, J. Lukač-Bajalo 673

- Tibialis posterior tenosynovitis in athletes,** M. Veselko, M. Šturm 679

- Serum selenium values in healthy children,** D. Mičetić-Turk, Z. Turk 683

- Do the Slovenian physicians have a healthy life style?,** I. M. Lazar, M. Premik, I. Švab 687

REVIEW ARTICLES

- Fat composition of males in elderly institutionalized population in R Slovenia,**
D. Pokorn, B. Gregorič, M. Homar, V. Martinčič 691

LETTERS TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS

ANNUAL INDEX