



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 64, JUNIJ 1995, str. 315-386, št. 6

VSEBINA

UVODNIKA

Govor predsednika na 132. letni skupščini, Bled, 12. in 13. maj 1995, A. Dolenc 315

Sklepi 132. rednega letnega srečanja Slovenskega zdravniškega društva 319

STROKOVNI PRISPEVKI

Spontani in operativno pogojeni razvoj kokse valge ter njen vpliv na tvorbo kolčne ponvice, A. Plahuta 321

Legionarska bolezen s hudim potekom pri astmatiku, I. Koren 325

Bipolarna motnja razpoloženja ali Lymška borelioza? Prikaz bolnice, R. Tavčar 329

Subkutano prešitje pretrgane Ahilove tetive pri 76-letni poškodovanki, A. Čretnik, M. Kosanović, M. Batišta 333

Kako spoznati motnje v delovanju komplementnega sistema? V. Kotnik, M. Kirschfink 335

Štetje in diferenciacija celic v plevralnih izlivih, M. Mermolja, A. Debeljak, M. Rutar-Zupančič 345

Odlomi petnice pod narastiščem Ahilove tetive, R. Komadina, M. Batišta, D. Brilej 349

Kritična analiza spremljanja uporabe zdravil v pediatrični ustanovi, N. Barišič V. Lovrek 351

RAZGLEDI

Errata corrige 356

Jubileji 357

Nekrologi 357

Strokovna srečanja 358

Delo SZD 360

Zanimivo je vedeti 368

Zdravniški vestnik pred 60 leti 370

Nove knjige 371

V tej številki so sodelovali 328

Oglasi

318, 331, 332, 344, 374 – 386



Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, T. Žgur

Tehnični urednik/Technical Editor:

P. Dolenc

Uredniški svet/Editorial Council:

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

Uredniški odbor/Editorial Board:

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

Tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanovič

Lektor za slovenščino/Reader for Slovenian:

T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

J. Gubenšek

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

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

Tekoči račun pri/Current Account with

LB 50101-678-48620

UDK 61+614.258(061.1)=863=20

CODEN: ZDVEEB ISSN 1318-0347

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:

Biological Abstracts, Biomedicina Slovenica,
BIOSIS, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino,
ki znaša 6.400,00 SIT, za študente 1.600,00 SIT, za ustanove 48.000,00 SIT,
za tujino 300 US \$, posamezna številka stane 1.500,00 SIT.

To številko so financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo in
Ministrstvo za zdravstvo in Zavod za zdravstveno zavarovanje R Slovenije
- 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 to 6.400,00 SIT,
for students 1.600,00 SIT, for institutions 48.000,00 SIT, for foreign
countries 300 US \$; single number costs 1.500,00 SIT.

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

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

Uvodnik/Leading article

GOVOR PREDSEDNIKA SZD NA 132. LETNI SKUPŠČINI

BLED, 12.-13. 5. 1995

Anton Dolenc

Moto:

Strokovne dejavnosti in obnašanje zdravnikov morajo biti vedno v okvirih strokovnega etičnega kodeksa in načel zdravniške etike, ki so jim podrejeni zdravniki v posamezni državi.

(Deklaracija o zdravnikovi neodvisnosti in strokovni svobodi, 39. skupščina SZZ, Madrid 1987).

Uvod

Ni slučajno, da smo za moto izbrali prav to deklaracijo Svetovnega zdravniškega združenja (SZZ), ki je v obdobju, ko pretresajo slovensko zdravstvo nedorečene spremembe, zdravništvo pa ugotovitev, da prihaja do preizkušenj, ko država misli, da je slepo uboganje že tudi etika zdravniškega stanu. Prihaja čas, ko bomo morali z vso odločnostjo opozoriti javnost na zaključek prej navedenega uvoda deklaracije: Če skupnost zagotavlja neodvisnost in poklicno svobodo zdravnikov pri opravljanju njihovega poklica, s tem zagotavlja tudi najkvalitetnejše zdravstveno varstvo svojim državljanom in s tem obstoj močne in trdne družbe.

Državne reforme zdravstva se po večini končujejo z njegovo bistveno podražitvijo in poslabšanjem splošnega zdravstvenega in socialnega stanja prebivalstva. Po določenem času zatišja tudi pri nas stopa to z vso ostrino v ospredje. Sprememb v zdravstvu ni mogoče začeti brez posebnih analitičnih pristopov, brez jasno opredeljenih ciljev in perspektiv. Če gre za spremembo sistema, pa je zgodovinska odgovornost za posledice še večja, z možnimi nepopravljivimi posledicami. Reaganova reforma ameriške psihiatrije ali pa najnovejši Clintonov poizkus sprememb v zdravstvu nedvomno dokazujeta, da takšni posegi ne morejo biti le preizkus uspešnosti državne administracije, ampak skupen dogovor zdravništva, zavarovancev in šele nato države. Šele racionalnost v uporabi dobrin, učinkovita organizacija, predvsem pa strokovna, moralna in deontološka zavest zdravništva so zagotovilo, da bo zdravstvo lahko sledilo razvoju (tehničnemu in spoznavnemu) in sprotno uvajalo dosežke v ožje in nato splošno zdravstveno varstvo prebivalstva. Zato je možno počasi in mukoma izpopolnjevati izbrani sistem in vgrajevati vanj postopne varovalne ter kontrolne mehanizme ob razvitih in učinkovitih analitičnih službah.

Odgovornost za izvajanje sistema strokovnega samonadzora bo okrepila in zagotovila pravico posameznega zdravnika, da nihče ne bo posegal v njegovo strokovno presojo in molčečnost. Zdravstvena stroka mora biti sama odgovorna za usmerjanje strokovnega obnašanja in delovanja posameznih zdravnikov, zato ji je prepuščena tudi stalna dolžnost, da sama skrbi za red v lastnih okvirih (Deklaracija o poklicni samostojnosti in samonadzoru, 39. skupščina SZZ, Madrid 1987).

Ob poizkusih večine držav, da bi enostransko racionalizirale dejavnost v zdravstvu, SZZ nasprotuje vsakemu vmešavanju v odločitve zdravnika, ki ravna v korist bolnika (Rezolucija SZZ, Dunaj 1988). Zato SZZ tudi podpira ukrepe nacionalnih zdravniških združenj, ki naj zavarujejo zdravnikove strokovne odločitve pred vsakršnim vmešavanjem, ki bi lahko povzročile negativne posledice pri bolniku, odgovoren zanje pa bi bil zdravnik.

V takih nevrotičnih situacijah se je možno opirati le na visoko strokovno usposobljenega in moralno izoblikovanega zdravnika, ki živi in deluje v pravno in socialno urejeni skupnosti ali pa se soočiti z zdravnikovo državljansko neposlušnostjo.

SZD in SZZ

Zadnja, 47. generalna skupščina SZZ leta 1994 v Stockholmu je sprejela nove deklaracije in dopolnitve nekaterih deklaracij, ki so se zdele nedorečene. Naša članska dolžnost je, da se tudi slovenski zdravniki z njimi seznanimo. Zdravniški vestnik bo objavil vsebino letne skupščine SZZ, na tem zboru pa članstvo seznanjamo z njihovo vsebino le okvirno. Deklaracija o zdravniku v katastrofni situaciji daje izhodišča za njegovo ravnanje in ukrepanje v izjemnih razmerah.

Ženevska zdravniška zaobljuba je doživela v Stockholmu že četrto dopolnitev. Bistveno dopolnilo se glasi: ne bom dopuščal, da bi me predsodki glede starosti, bolezni ali pohabljenosti, vere, etičnega izvora, spola, narodnosti, politične pripadnosti, spolne usmerjenosti ali družbenega položaja ovirali pri opravljanju dolžnosti do bolnika.

Tretjič je bila dopolnjena tudi Rezolucija SZZ o človekovih pravicah. Ta zahteva od zdravnika, da izpolnjuje svojo prijavno dolžnost, če prihaja do kršitev človekovih pravic bolnikov in zapornikov v njegovem državnem in delovnem okolju.

V Stockholmu sprejeta deklaracija SZZ zagovarja stališče, da ima vsaka ženska pravico, ne glede na narodnost, razredno pripadnost in vero, da uveljavi svojo izbiro do kontracepcije, da ima na voljo zdravniško in socialno svetovanje, ki je neobhodno za uspešno načrtovanje družine.

Posebna, dopolnjena resolucija pa zadeva ravnanje zdravnikov pri transplantacijah človekovih organov in tkiv, ki ji bomo v javnosti morali nameniti še posebno pozornost, ker se pri nas pripravljajo novi zakonski predpisi. Ti bodo morali selektivno rešiti pereča vprašanja s področja transplantacije, še posebej, ker se soočamo z obveščenostjo bolnikov in številnimi zahtevami za te posege, obenem pa s hudim pomanjkanjem tkiv in organov v namene transplantacije.

SZD in preteklo mandatno obdobje (1994-1995)

V preteklem obdobju je sekretariat imel 25 sej, upravni odbor pa 18. Kot je razvidno iz poročil-delovnih teles, je delo SZD potekalo tekoče, sprejeti sklepi pa so se sprotno uresničevali. Odzivnost funkcionarjev je bila visoka in jim vsem velja iskrena zahvala za lojalnost in požrtvovalno delo.

Naš generalni sekretar je bil zaradi prevelikega števila drugih obveznosti prisiljen, da predloži sekretariatu predčasno prekinitve svojih obveznosti v SZD. Upošteva reorganizacijo v delovanju in poslovanju SZD (novo računovodstvo), notranjo revizijo celotnega poslovanja, ustanavljanje fundacije Zdravniški vestnik, državno verifikacijo delovanja SZD idr. zahteva kontinuiteto v

poslovanju in vodenju organizacije. Po temeljitih razpravah v vodstvu SZD in Zdravniškem vestniku smo ga z zahvalo za njegovo delo z razumevanjem razrešili njegove dolžnosti. Na njegovo mesto smo imenovali dr. Matijo Cevca, kandiduro pa je tudi že potrdil UO na zadnji seji pred letno skupščino. Ker ni običajno, da se razrešujejo funkcionarji med mandatom in ker je pred SZD obilo tekočih, pa tudi perspektivnih zadev, prosimo skupščino, da imenuje generalnega tajnika SZD do volilne skupščine na naslednjem kongresu. Novemu generalnemu sekretarju bomo iskreno zaželeli, da bi prav tako uspešno kot njegov predhodnik koordiniral delo kolektiva in delovnih teles SZD.

SZD - koordinacija, zakon o zdravnikih

Kljub začetnemu zastoju je sodelovanje med tremi zdravniškimi organizacijami zaživelo. Tako so predstavniki uskladili predlog Zakona o zdravnikih, ki je bil že poslan v obravnavo na ministrstvo. Pri tem pa velja opozoriti, da se v vladi pripravlja splošni zakon o javnih uslužbencih (*lex generalis*), ki bo podlaga za posebne zakone, med katere štejemo tudi Zakon o zdravnikih (*lex specialis*). Upravičena je bojazen, da bi se z zavlačevanjem sprejemanja zakonodaje zavlačevala tudi ureditev zdravniških plač, kar je po naši oceni del vladne politike.

SZD in informacijska komisija

Informacijska komisija je v preteklem obdobju še poglobila in razširila svojo promotivno dejavnost. Visoko število promoviranih knjig zdravnikov iz matične države in zamejstva pomeni tudi širjenje vpliva SZD, v zamejstvu pa tudi navezovanje zdravnikov na matično deželo in matično zdravniško organizacijo. Informacijska komisija je posegla tudi na področje zdravstvene prosvete z izdajo video kaset s področja zdravstvene vzgoje. Kasete so bile predvajane na TV Slovenija. Tako je komisija izpolnjevala temeljno nalogo vsesplošnega informiranja o delovanju SZD.

SZD in ZV

ZV je tudi v preteklem obdobju redno izhajal in pomeni ne samo glasilo SZD, ampak z objavo znanstvenoraziskovalnih člankov zdravnikov na univerzi in v zdravstvu omogoča njihov strokovni in znanstveni kurikulum. SZD si intenzivno prizadeva, da bi naše glasilo prišlo v Science Citation Index in bi tako štel v mednarodnih merilih ter tako doseglo vodilno mesto med strokovnimi revijami v Sloveniji. Menimo, da bo tako ZV postal tudi mednarodni in ne samo domači informator o dogajanjih v slovenski medicinski stroki, znanosti in medicinski kulturi. V prvi fazi ustanavljanja in nastajanja Slovenske medicinske založbe bo prav uredništvo ZV temelj fundacije, v bodoče pa tudi zagotovilo, da bo ta učinkovito razvijala svojo dejavnost.

SZD in vsebina bodočih srečanj

Že večkrat smo obravnavali vprašanja, ali bi na letnih skupščinah, pa tudi na kongresih, poleg tehničnih poročil, ki zadevajo delovanje društva in njegovih teles, govorili o organizacijskih, stanovskih in drugih vprašanjih, ki zadevajo slovenskega zdravnika, strokovne teme, pa čeprav aktualne nacionalne patologije, bi prepuščali v obravnavo na simpozijih in kongresih našim strokovnim sekcijam in regionalnim enotam. Ker je SZD z več kot 80 % prostovoljnega članstva večinski predstavnik slovenskega zdravništva, bi taka usmerjenost lahko prispevala k orientaciji tudi obeh zdravniških organizacij, ki bi skupno in sproti oblikovali prioritete naloge, ki jih je treba zastopati v dialogu zdravništvo-

država. V te namene pa bo treba dati vso podporo organizacijski komisiji in jo s pridruženimi člani tudi številčno okrepiti, da bi v bodoče dosegli navzven in navznoter učinkovitost naše celotne organizacije. Z okrepitvami bo ta komisija tudi lažje sodelovala pri oblikovanju in dograjevanju zdravstvene zakonodaje.

SZD in javna občila

Zaradi neredko tendencioznega in neobjektivnega pisanja posameznih novinarjev je vodstvo SZD na zdravništvo naslovilo priporočilo, naj z novinarji komunicirajo le na podlagi pisnih vprašanj, kar lahko v morebitnih nesporazumih služi za podlago pri objektivizaciji sporočenega, obe strani pa zavezuje k pretehtanim sporočilom za javnost.

SZD in racionalizacija v zdravstvu

Racionalizacija v zdravstvu lahko pomeni le eno: skrajno disciplino in visoko strokovno raven zdravnikov, ki bodo kavzalno, ne pa simptomatsko zdravili, in visoki moralni odgovornosti zavarovancev, ki se bodo morali soočiti z dejstvom, da vreča z denarjem ni brez dna in da bo država morala imeti perspektivno vizijo, kakšno naj bi bilo zdravstvo na Slovenskem v bodoče. Samo zamenjava sistema in uvajanje privatne iniciative pa bo ob neustreznih organizaciji pomenila prejšnji podražitev kot pa racionalizacijo v zdravstveni dejavnosti. Če bodo zdravniki klonili pred vsesplošnimi pavšalizacijami in pritiski, bodo šli po liniji najmanjšega odpora, to pa bi pomenilo neselektivno povečevanje števila predpisanih receptov in ponovljenih pregledov v laboratorijih ter ambulantah. Neodgovorno, predvsem pa neanalitično podkrepljeno postopno zmanjševanje prispevnih stopenj, ki jih je vlada sprejemala in izvajala, pa ne more v bodoče racionalizirati zdravstvene dejavnosti niti povečati njegove učinkovitosti.

SZD in sekcija mladih zdravnikov

Posebno intenzivna prizadevanja vodstva SZD morajo v bodoče veljati sekciji mladih zdravnikov. Za zdaj država ne kaže dovolj skrbi, posluha in razumevanja za zdravniški podmladek. Zato bo vodstvo SZD v bodoče moralo še bolj odločno zastopati stališča za pravice mladih zdravnikov iz dela, saj ni mogoče sprejeti načela, da država z zakonom predpisuje obveznosti, ne namerava pa jih v celoti finančno ovrednotiti. SZD bo prek Zdravniške zbornice in Fidesa stalni pobornik za uresničevanje interesov zdravniškega podmladka.

Razmisliti je treba o včlanjevanju študentov medicine v SZD. Ne moremo mimo dejstva, da študentje že kmalu obravnavajo bolnika in da jih tako zavezuje medicinska etika. Logično je, da jih je treba povezati s SZD, saj so mnoge evropske države to že storile. Dolgoročneje bo tudi vprašanje, ali bo uspelo uveljaviti, da se redno šolanje, ki je med najdaljšim na univerzi, šteje v pokojninsko osnovo. To so nekatere države v Evropi že pozitivno rešile.

SZD in urgentna medicina

Ob znanih zapletih v Kranju in Izoli na področju urgentne medicine se je pojavila zahteva po ustrezni dodatni usposobljenosti zdravništva za to področje. Zdi se nam nerazumljivo, da doslej razen ugotovitve, da je treba nekaj storiti, potrebnih korakov ni storil še nihče. Menim, da bo treba prek strokovnih sekcij in združenj sprožiti iniciativo, da se ustrezno dopolni dodiplomski študij, pa tudi program posameznih specializacij. Sekcije in združenja naj bi v bodoče v programe simpozijev ter kongresov

obvezno vključevale poglavje iz urgentne medicine, da bi tudi tu bili enakovredno vključeni v dogajanja po svetu, še posebej, ker mora zdravnik obvladati tudi področja iz vojne medicine, na kar še posebej opozarjajo dogajanja na Balkanu v zadnjih nekaj letih.

SZD in judikacija medicine

Judikacija medicine se z Zahoda širi tudi k nam. Slovensko zdravništvo se pripravlja tudi na ta izziv, saj so redna interdisciplinarna srečanja v Mariboru pod delovnim naslovom Medicina in pravo postala že tradicionalna. Letošnje srečanje je bilo pod delovnim naslovom »Pojasnjevalna dolžnost zdravnika«. Srečanje je organiziralo Zdravniško društvo Maribor ter Mariborsko sodniško združenje. Ta srečanja pomenijo velik prispevek k osveščanju slovenskega zdravništva. Pri tem velja pripomniti, da je mazaštvo v novem Kazenskem zakoniku izostalo, čeprav bi glede na druge predpise pričakovali represivno zakonodajo z namenom, da bi zaščitili človeka in njegovo zdravje.

SZD in Dan slovenskega zdravnika

Da gre v naši državi še vedno za precejšen negativni odnos do inteligence, ni mogoče tajiti. Preti nevarnost, da bi se v bodoče ponovno delili na poštene in one, druge državljane. To se ostro kaže tudi v javnih diskvalifikacijah zdravništva, ki je vedno manj soodločujoč dejavnik zdravstvene politike, ki pa jo mora izvajati. Tak odnos se kaže tudi v tem, da so se nagrade za zdravnike spremenile v nagrade za zdravstvene delavce. Iz tega pa izhaja, da se bo SZD moralo odločiti, da ustanovi »Dan slovenskega zdravnika«. Najbolj sprejemljiv bi tak dan bil na dan ustanovitve društva, tj. 28. 10. Na ta dan bi s kulturnimi in strokovnimi prireditvami obeležili vsakoletno obletnico, na kateri bi podeljevali nazive primarijev, svetnikov in višjih svetnikov, pa tudi nagrado dr. Jožeta Potrča za predano zdravniško delo in prizadevanje za moralno etično podobo slovenskih zdravnikov; nagrado SZD prim. dr. Franca Derganca za življenjsko medicinsko publicistično dejavnost. Nagrada dr. Marka Gerbca, ki pomeni najvišje odličje SZD, pa bi ostala prihranjena za podelitve na vsake 4 leta na kongresih SZD. Pričujoča skupščina naj na predlog sekretariata SZD sprejme sklep o Dnevu slovenskega zdravnika. Tak sklep bi uresničili že na prihodnjem zboru slovenskih zdravnikov.

Na dan, namenjen slovenskemu zdravniku, bi bile tudi redne letne skupščine ter kongresi SZD, tako da bi se ta srečanja, če bo sugestija sprejeta, premaknila z maja na konec oktobra. To pa pomeni, da bi leta 1996 SZD organiziralo kongres v Ljubljani že v oktobrskih dneh.

SZD in strokovna komisija

Delo strokovne komisije bo zahtevalo v statutu SZD nekatere bistvene spremembe oziroma vsebinska dopolnila. Tako sicer zahteva, da vzpostavimo zdravniški strokovni parlament v okviru do zdaj preozkega okvira strokovne komisije, ki bi jo v bodoče sestavljal odbor z izvoljenimi člani na štiri leta, izbranimi iz najbolj dejavnih strokovnih sekcij in združenj. Nov pomen in vlogo strokovne komisije bo treba vzpostaviti tudi v določbah izpopolnjenega statuta SZD. Čas je nedvomno dozorel za tak korak.

Sekcije so predstavniki strokovnih vej medicine in jih ne morejo nadomestiti ožji strokovni, razširjeni kolegiji, prek katerih se delo nemalokrat podvaja po nepotrebnem.

SZD in medicinska akademija

Čeprav z veliko zamudo za tovrstnimi zgledi v bivši državi (Hrvaška in Srbija), postaja medicinska akademija pri SZD realnost. Člani (redni, dopisni in pridruženi) pa se bodo rekrutirali iz vrst doktorjev znanosti, magistrstrov in zdravnikov, ki kažejo posebno nagnjenje za delo in obstoj takega telesa. Na ta način bomo izpolnili vrzel, ki se je pred časom pokazala, ko zdravniki z znanstvenim kurikulumom niso imeli svojega predstavništva v namene koordinacije za znanstvene, politične in druge funkcije. S tem bo SZD tudi potrdilo, da postaja močna in vplivna krovna organizacija za dejavnost iz zdravstva in za zdravstvo.

SZD in zdravstvena društva

Nadaljnji razvoj strokovnih enot SZD - sekcij in združenj - se bo postopoma navzven uveljavljal v smislu združenj (več regionalnih sekcij). Koordinacija dela strokovnih enot in področij bo ena temeljnih nalog upravnega odbora SZD, da trdno poveže in organizacijsko strokovno manifestacije še tesneje združuje v regionalnih predstavništvih zdravništva z vodstvom in politiko SZD.

Ker nastajajo enote zunaj društva, ki jih sestavlja tudi nemedicinsko članstvo - društva, bo tudi bodočnost pokazala, ali bo SZD kot krovna organizacija postopno prevzelo vzpodbudo in koordiniralo njihovo pomembno delo v smislu zavzemanja za zdravstveno prosveto in drugo. Tako bi ta društva imela svoj prostor pod soncem, ki jim po njihovi vlogi, pomenu in dejavnosti pripada, zdravništvo pa bi tudi prek teh enot lahko seglo v zdravstveno prosveto.

Zaključek

Ob zaključku predsednikovega poročila želim vsemu dobro mislečemu članstvu tudi v bodoče združevanje v SZD v dobro zdravilstva, zdravstva in zdravništva ter v dobro naše države. Kakršna koli že je, naša je.

SZD bo tudi v naslednjih 130 letih solidarno in vzajemno iskalo nove poti, tako da bo ostalo slovensko, ne da bi se odrekalo poslanstvu zdravništva povsod po svetu. O pretirani in občasno že kar servilni anglikaciji bo SZD moralo spoštovati in gojiti materno besedo, skladno s svojo pozitivno tradicijo, v kateri je odnos do slovenščine na zavidljivem vodilnem mestu.

SZD bo dosledno branilo načela medicinske etike in deontologije ter delovalo skladno z njimi, to pa pomeni usmeritev, ki bo zahtevala obilo naporov in znoja ter vztrajanje v zgodovinskih premisah zdravnikovega poslanstva. SZD bo še nadalje razvijalo vse te vrednote članstvu v oporo in ponos.

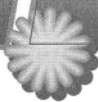
Sekretariat SZD bo do kongresa pripravil predloge za organizacijo in z zakoni usklajene akte.

Vabim k odkriti razpravi, ki naj prispeva, da bomo z zaupanjem zrl v jutrišnji dan slovenske medicine.

Hvala za pozornost.

**prvi in največ predpisovani
nesedativni antihistaminik**

TERIDIN®



terfenadin tablete po 60 mg
 tablete forte po 120 mg
 suspenzija po 30 mg/5 ml

- **za zdravljenje alergičnih manifestacij na zgornjih dihalih in urtikarije**
- **delovati začne že v prvi uri**
- **ne zmanjšuje psihomotoričnih sposobnosti**
- **zadošča 1 tableta forte na dan**
- **suspenzija je primerna že za otroke, težje od 5 kg**

Indikacije: Preprečevanje in zdravljenje alergijskih bolezni in bolezenskih stanj, ki jih sproža histamin v alergični reakciji tipa I. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za zdravilo in huda jetrna okvara, sočasna uporaba ketokonazola, itraconazola, eritromicina, josamicina in troleandomicina. **Previdnostni ukrepi:** Bolniki s prirojenim sindromom podaljšanega intervala QT ali stanji, ki vodijo k podaljšanju intervala QT. Sočasno jemanje Teridina in flukonazola, metronidazola, ciprofloksacina, verapamila, diltiazema, disulfirama, kinidina, disopiramida, prokainamida, amiodarona, sotalola, prenilamina, bepridila, tioridazina, prednizona ali furosemda. Bolniki z akutno porfirijo. Starejših bolnikov ne zdravimo z velikimi dozami terfenadina. **Nosečnost in dojenje:** Le pri hudih bolezenskih stanjih, ko je korist večja od tveganja. **Posebno opozorilo:** Na začetku zdravljenja svetujemo previdnost pri upravljanju motornih vozil in strojev, ker zdravilo pri posameznikih povzroča zaspanost. **Doziranje:** Odraslim in otrokom, starejšim od 12 let, dajemo eno 120-miligramsko tableto ali dve 60-miligramski tableti na dan. Običajni dnevni odmerek za otroke, mlajše od 12 let, je 2 mg/kg telesne mase, razdeljeno v dva odmerka. **Stranski učinki:** Redko zaspanost, glavobol, utrujenost in slabost, prebavne motnje, suha usta, nos ali grlo, kožni izpuščaji, stranski učinki na srce in ožilje. **Predoziranje:** Glavobol, slabost, bruhanje, zaspanost ali krči, zmedenost, sinkopa, zmerne hipotenzija, motnje srčnega ritma, izjemoma srčni zastoj in smrt. Zdravimo simptomatično in nadzorujemo srce najmanj 24 ur, oz. dokler je podaljšan interval QT. **Oprema:** 20 tablet po 60 mg, 20 tablet po 120 mg, 100 ml suspenzije (30 mg/5 ml).

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Na mestu uvodnika/On the palce of leading article

132. REDNO LETNO SREČANJE SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

Bled, 12. maj 1995

Sklepi skupščine

1. Sprejeta so poročila predsednika SZD, generalnega sekretarja, blagajnika, predsednikov komisij, častnega razsodišča, nadzornega odbora, uredništva Zdravniškega vestnika, gospodarja in predsednika Sveta za zdravje brez cigaret.
2. Skupščina je potrdila zaključni račun za leto 1994 in sprejela finančni načrt za leto 1995.
3. Skupščina soglaša z ustanovitvijo naslednjih sekcij:
 - Sekcije za gastroenterološko endoskopijo SZD
 - Sekcije za ustne bolezni, paradontologijo in stomatološko implantologijo SZD
 - Sekcije za medicino jeter, žolčnega sistema in trebušne slinavke SZD
 - Sekcije za otroško nevrologijo SZD
 Skupščina soglaša s preimenovanji sekcij:
 - Sekcije za zobne bolezni, ustne bolezni in paradontologijo v
 - Sekcijo za zobne bolezni in endodontijo SZD
 - Sekcije za pedopsihiatrijo in pedonevrologijo SZD v
 - Sekcijo za otroško in mladostniško psihiatrijo SZD
 - Ftiziopnevmološke sekcijo SZD v
 - Pnevmološko sekcijo SZD.
4. Na predlog Komisije za nagrade in odlikovanja so delegati skupščine soglasno izvolili naslednje zdravnike za častne člane SZD:

Stanislav Čebokli, dr. med.
prim. Tatjana Dolenc Veličkovič, dr. med.
Jože Možgan, dr. med.

5. Skupščina je z zahvalo za dosedanje delo razrešila dosedanega generalnega sekretarja prof.dr. Zvonimirja Rudolfa, dr. med. in izvolila na predlog UO SZD za novega generalnega sekretarja Matijo Cevca, dr. med.
Novi generalni sekretar reorganizira pisarniški del organizacije društva v skladu z dogovorjenim in začetim programom.
6. Skupščina je sprejela sklep, da Slovensko zdravniško društvo ustanovi fondacijo medicinske založbe, kar izpelje uredništvo Zdravniškega vestnika kot uprava te fundacije. Fundacija se ustanovi za podporo programu SZD na področju izdajanja Zdravniškega vestnika, izobraževanja in informiranja zdravnikov ter za založniško in drugo dejavnost v smislu programa SZD.
7. Skupščina je sprejela predlog o Dnevu slovenskega zdravnika, ki naj bi ga praznovali vsako leto na dan ustanovitve Zdravniškega bralnega društva 28. oktobra 1861. Takrat naj bi tudi potekala redna letna srečanja oz. kongresi SZD.
8. V sklopu Slovenskega zdravniškega društva se ustanovi Medicinska akademija, ki predstavlja njegov vrh v etičnem, strokovnem, raziskovalnem in znanstvenem delu na področju medicine ter skrbi za varovanje, ohranjanje in razvijanje pozitivnih tradicij strokovne, znanstvene in kulturno umetniške dediščine slovenskega zdravnika.

Komisija za sklepe skupščine:

Predsednik – Matija Cevc, dr. med.
član – prim. Jelka Gorišek, dr. med.
član – Danica Rotar Pavlič, dr. med.
član – prof.dr. Zvonimir Rudolf, dr. med.

Zaključki strokovnega dela »Spolno prenosljive bolezni«

Spolno prenosljive bolezni (SPB) so vse bolj prisotne v najrazličnejših populacijah in predstavljajo velik zdravstveni problem povsod po svetu. Predstavljajo namreč že pomemben delež v nacionalni patologiji prebivalstva, saj so drugi najpogostejše prijavljeni infektivni vzrok zbolevanja prebivalstva v Evropi (Mednarodno združenje za nalezljive bolezni 1990) ter drugi najpogostejši vzrok delovne nezmožnosti žensk (World Development Report 1993). Poleg tega so tudi tesno povezane z okužbo z virusom HIV in lahko pomembno vplivajo na epidemijo obstoječega stanja okužbe s HIV.

Vsi se zavedamo, da odnos zdravstva do SPB ni vedno najbolj ustrezen. Ker je na področju SPB v zadnjih desetih do dvajsetih letih precej novega, je nujno potrebno poglobiti in razširiti naše vedenje o teh boleznih in pristopiti enotno in kompleksno k preprečevanju in zdravljenju.

Strokovni del 132. rednega srečanja SZD je prinesel naslednje zaključke:

1. Značilnosti SPB so se v zadnjih letih precej spremenile:
 - pojavljajo se novi spolno prenosljivi mikroorganizmi,
 - pojavlja se in narašča odpornost mikroorganizmov,
 - prihaja do sprememb v etioloških aspektih spolno prenosljivih sindromov,
 - spreminjajo se zapleti SPB,
 - dogajajo se premiki v populaciji, kjer se SPB najpogostejše pojavljajo.
2. Okužbe s klamidijo trahomatis so najpogostejše spolno prenosljive okužbe v svetu. Lahko vodijo v resne zaplete s hudimi posledicami. Treba bi jih bilo redno iskati v skupinah v višjem tveganju za okužbo s klamidijami in jih tudi obvezno prijavljati.
3. Epidemiološki položaj sifilisa in gonoreje spet zahteva večjo pozornost zdravstvene službe. Spremenjene družbene razmere na področju zapadnih držav Vzhodne Evrope in Jugoslavije ter slabšanje življenjskih razmer ter ilegalna prostitucija so prinesli že znatno številnejše okužbe s sifilisom.
4. Vnetje notranjih rodil je diagnostično precej zahtevan SPB z resnimi takojšnjimi in dolgotrajnimi posledicami, ki prizadene

mladostnice in mlade ženske dvakrat pogosteje kot starejše ženske. Izrednega pomena je preventiva v skupinah z večjim tveganjem (spolno aktivne najstnice, uporabnice materničnega vložka) ter zgodnje prepoznavanje in ustrezno zdravljenje.

5. Učinkovitega zdravila za zdravljenje spolno prenosljivih herpesvirusov (HSV-2, HSV-1, CMV), kakor tudi varnega cepiva, še ne poznamo. Preventivna dolgotrajna uporaba aciklovira dokazano zmanjša število ponavljaj genitalnega herpesa in omili klinične simptome.
6. Povezava med okužbo z določenimi tipi humanega virusa papiloma (HPV) in nastankom nekaterih novotvorb je tako očitna, da zavzema zgodnje odkrivanje virusov osrednjo vlogo v strategiji načrtovanega boja za zmanjševanje incidence teh tumorjev.
7. Glavni način prenosa virusa HIV v svetu je nazščen spolni odnos z okuženim partnerjem. Zmanjševanje tveganja oz. aktivni pristop k preventivi v skupinah v visoko tveganimi vedenjskimi vzorci (narkomani, ki si mamilo vbrizgavajo v veno, prostitutke) so bistveni za preprečevanje širjenja okužbe s HIV.
8. Svetovno zdravniško združenje je v treh deklaracijah (Madrid 1987, Dunaj 1988, Marbella 1992) opredelilo odnos in naloge zdravstva do SPB in okužbe s HIV na vseh nivojih, vključno z odnosom do zbolelih glede na diskriminacijsko naravo bolezni.
9. V bodoče obvladovanje SPB temelji na:
 - razvoju novih laboratorijskih testov za antigensko prepoznavo nukleinskih kislin,
 - razvoju novih antimikrobnih zdravil, učinkovitih v enkratnem, oralno danem odmerku,
 - razvoju varnega in učinkovitega cepiva za posamezne SPB,
 - široko zastavljenih preventivnih programih.

10. V Sloveniji v zadnjem letu ni prešlo do porasta novih primerov sifilisa, stanje drugih obvezno prijavljivih SPB pa še ni zaskrbljujoče. A najverjetneje obstaja ogromno SPB nediagnostificiranih ali neprijavljenih epidemiološki službi.

V Sloveniji zdravijo SPB specialisti različnih strok. Le-ti morajo upoštevati enotno doktrino glede:

- sodobnih diagnostičnih postopkov,
- ustreznega empiričnega in ciljanega zdravljenja, zgledujoč se po mednarodnih priporočilih, a upoštevajoč občutljivost oz. rezistenco mikroorganizmov v našem prostoru,
- sledenja in ev. ustreznega zdravljenja spolnih kontaktov,
- indikacij za kemoprofilakso,
- svetovanja in izobraževanja spolno aktivnega prebivalstva s posebnim poudarkom na mladostnikih,
- prijave SPB epidemiološki službi.

Ambulante za SPB morajo nuditi:

- dostopnost brez napotnice izbranega zdravnika (kar zahteva spremembo »Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja«, kjer je ekspertna skupina za SPB že ustrezno ukrepala),
- brezplačnost mikrobiološke diagnostike in brezplačno zdravljenje.

11. Preprečevanje prenosa SPB je temelj obvladovanja teh okužb in mora zajemati tako vladne kot tudi nevladne organizacije. Študija »Spolno življenje Slovencev« pod okriljem Inštituta za varovanje zdravja in Ministrstva za zdravstvo bo v veliko pomoč pri načrtovanju nacionalnih preventivnih programov.

Komisija za sklepe strokovnega dela:

asist. Mojca Matičič, dr. med.

prof. dr. Slavko Rakovec, dr. med.

Zaključki teme: Samostojnost slovenskega zdravnika in njegovo razmerje do bolnika in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1. Zdravnik je temeljni in odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti.
2. Zdravnik je pri sprejemanju strokovnih odločitev moralno, poklicno in ekonomsko neodvisen ter svoboden pri sprejemanju strokovnih odločitev. Zdravnik svobodno izbere način zdravljenja, ki je po njegovi oceni v danih okoliščinah najprimernejši in je v skladu z veljavno medicinsko doktrino.
3. Zdravnik mora pri uresničevanju svojega poklica, pravic in svoboščin sebe ter svojega bolnika, ravnati tako, da varuje nepristranskost in neodvisnost zdravljenja, bolnikovo voljo ter ugled zdravniškega poklica.
4. Slovensko zdravniško društvo je zadolženo, da v sodelovanju z Medicinsko fakulteto v Ljubljani vodi medicinsko strokovno doktrino na slovenskem.
5. Slovensko zdravniško društvo je zadolženo za podiplomsko izobraževanje slovenskih zdravnikov.
6. Temeljni namen Slovenskega zdravniškega društva, njegovih združenj in sekcij ter regionalnih organizacij je, da omogoči zdravnikom čim lažji dostop do sodobne medicinske doktrine.

7. Za doseg te ciljev je potrebno prilagoditi organizacijsko strukturo SZD tako, da bodo čim lažje uresničljivi.

8. Zdravnika ni možno postaviti v vlogo razsodnika, katere zdravstvene storitve bo namenil svojemu bolniku, glede na finančne posledice. Zdravnik je bolniku dolžan predlagati najustreznejše metode razpoznavanja bolezni in njihovega zdravljenja. Pacient sam pa se mora odločiti, katere možnosti bo izkoristil. Pri tem se mora bolnik sam odločiti, kakšno obliko zdravstvenega dozavarovanja si bo izbral, da bi bile zdravstvene storitve plačane.

9. Pri opredeljevanju strokovnih prioritet v sistemu zdravstvenega varstva se mora zdravnik ravnati izključno po doktrinarnih in etičnih kriterijih.

10. Slovenski zdravniki smo soodgovorni pri kreiranju javne zdravstvene mreže le za tisti del, ki izhaja iz strokovne medicinske doktrine.

11. Javna zdravstvena mreža mora izhajati iz zahtev nacionalne patologije in strokovne medicinske doktrine. Politična odločitev ministrstva in parlamenta pa je, kolikšen in kateri del nacionalne patologije bo obravnavan iz sredstev za javno zdravstveno mrežo.

Komisija za sklepe:

prim. dr. Jelka Gorišek

dr. Danica Rotar-Pavlič

dr. Matija Cevc

Strokovni prispevek/Professional article

SPONTANI IN OPERATIVNO POGOJENI RAZVOJ KOKSE VALGE TER NJEN VPLIV NA TVORBO KOLČNE PONVICE

SPONTANEOUS VERSUS OPERATION CONDITIONED DEVELOPMENT OF COXA VALGA DEFORMITY AND ITS INFLUENCE ON THE FORMATION OF ACETABULUM

Albin Plahuta

Splošna bolnišnica Dr. Franca Derganca Nova Gorica, 65290 Šempeter pri Gorici

Prispelo 1994-12-09, sprejeto 1995-03-08; ZDRAV VESTN 1995; 64: 321-4

Ključne besede: valgusna deformacija; revalgizacija; kolodiazarni kot; korektivna varizacijska osteotomija; displastičen

Key words: valgus deformity; revalgisation; neck-shaft angle; varus osteotomy; acetabular dysplasia

Izveček – Izhodišča. Pretirana valgusna oblika proksimalnega femurja naj bi negativno vplivala na razvoj kolka, zato so številni avtorji menili, da jo je treba operativno korigirati. Na dveh statistično primerljivih vzorcih otrok, pri katerih je bil proksimalni del femurja nepravilno usmerjen in ki sta bila v kasnejšem obdobju različno zdravljena, naj bi ugotovili prednosti in pomanjkljivosti izbrane terapevtske metode, dejavnike, ki vplivajo na razvoj valgusne deformacije, ter njen vpliv na razvoj sklepne ponvice kolka.

Abstract – Background. Coxa valga is a deformity which usually affects the development of the proximal part of hip joints and several authors claimed that operative correction was necessary.

Methods. The author has studied two homogenous groups of patients who were found in their early childhood to have structural deformities of the proximal femoral part, specifically of the CCD angle.

In the larger group of 40 children, the CCD angle was corrected by intertrochanteric varus osteotomy. In the second group, the deformity was not treated. After the patients' growth was finished, the hip parameters were measured again and the data obtained, along with relevant clinical data, formed the basis for the evaluation of success achieved by individual methods and of the influence of different factors on the evolution of coxa valga and acetabulum.

Results. The results of the analysis of the clinical data were not favourable for the operated patients. The analysis of the CCD-angle values measured by the end of the patients' growth period proved to be more favourable for the patients who underwent varus osteotomy correction. In this group the average values of the angles studied were close to normal. However, individual differences in CCD values were significant and in several cases pathological. By contrast, in the non-treated group the angle values were pathological in the adult age. No essential difference in the correction of the acetabular part of the hip joint was found.

Conclusions. From the view point of these results, the operative correction of the CCD angle seems to be questionable.

Metode. Študija je zajela 71 naključno izbranih bolnikov, pri katerih je bila v otroštvu odkrita valgusna oblika vratu stegenične kosti. V večji skupini 41 otrok je bil patološki kolodiazarni (CCD) kot korigiran z intertrohanterno varizacijsko osteotomijo, pri ostalih otrocih pa je razvoj potekal spontano. Ob koncu rastnega obdobja sta bili obe skupini bolnikov ponovno pregledani. Zaključki so bili izvedeni na podlagi primerjave vrednosti izmerjenih kliničnih in rentgenoloških parametrov.

Rezultati. Klinične meritve so pokazale, da so operativni posegi zapustili precejšnje število posledic. V skupini, ki ni bila zdravljena, se valgusna deformacija z rastjo ni popravila. Povprečni rezultati korekcije CCD kota v drugi, operirani skupini so ugodnejši, individualna analiza pa kaže številne in tudi hujše odstopke od tega ugodnega povprečja.

Vpliv popravljene valgusne deformacije na razvoj ponvice ni bil bistven. V neoperirani skupini je bilo le 8% več displastičnih ponvic kot v operirani.

Zaključki. Glede na rezultate raziskave operativna korekcija kokse valge ni opravičljiva kot metoda za odpravljanje displastičnega acetabula.

Uvod

Koksa valga je prirojena nepravilnost zgornjega dela stegenice, opazimo pa jo lahko že kmalu po rojstvu in je skupaj s kokso antetorto najpogostejša nepravilnost pri razvoju kolka. Ko nastopi skupaj, kar ni redko, ju poimenujemo koksa valga antetorta. Normalne vrednosti CCD kota znašajo v prvih mesecih življenja do 150 stopinj in nato postopno upadajo. Pri odraslih dosežejo vrednosti 130–128 stopinj in pri starejših 120 (1). Individualne razlike so velike, prisotne tudi med levo in desno stranjo ter med spoloma in rasami.

Etiopatogeneza kokse valge

Stanja, pri katerih se pojavi koksa valga, so različna. Razvije se, kadar kolk iz kakršnega koli vzroka dalj časa ni obremenjen (1), pri mišičnih slabostih, ki so posledica perifernih in centralnih okvar živčevja (flakcidna, spastična pareza) in nasploh zaradi neravnovesja med adduktorji in abduktorji (2). Tudi pri navidezno normalnih otrocih z ugotovljeno valgusno deformacijo naj bi šlo za mišično neravnovesje oz. slabost.

Gledano z biomehničnega vidika, se deformacija razvije kot odgovor rastnega hrustanca na spremenjene biomehnične po-

goje oz. pritiske. Deformacija se lahko pojavi le v času rasti, ko kost sledi zakonu o funkcionalni prilagoditvi (3). Zaradi zgoraj omenjenih stanj se rezultanta sil postavi bolj navpično nad glavo femurja. Rastni hrustanec, ki mora v novo nastalih pogojih kljubovati asimetričnim pritiskom, raste asimetrično, dokler ni postavljen pravokotno na smer sile in s tem enakomerno obremenjen. Pri tem se ustrezno spremeni oblika proksimalnega dela femurja.

Patogeneza nastanka kokse antetorte je podobna patogenezi valgusne deformacije.

Vpliv valgusne deformacije na razvoj ponvice

Valgusna oblika in povečana anteverzija naj bi igrali pomembno vlogo v razvoju ponvice. Normalna kota naj bi stimulirala normalen razvoj ponvice in korigirala displastičnega. Zdi pa se, da je nenormalna oblika proksimalnega dela femurja le dodaten neugoden dejavnik, ne pa osnovni vzrok okvar ponvice (4).

Schneiderjevi poskusi na psih so potrdili negativni vpliv deformacije femurja na razvoj ponvice (5). Obveljalo je spoznanje, da je prisotnost povečane CCD kota lahko vzrok za displastično ponvico, displastična ponvica pa je eden od vzrokov za razvoj artroze (6). Porodila se je misel, da se da s spremembo usmeritve femuralne glavice doseči razvoj normalnega acetabula.

Številni avtorji so pri otrocih s kokso valgo zagovarjali korektivno varizacijsko (in derotacijsko) osteotomijo, ki je leta 1949 postala običajna metoda zdravljenja (7–9). Natančno jo je opisal Trevor 1958. leta (10).

Glavna naloga osteotomije je prerazporeditev mehaničnih pritiskov oziroma sprememba smeri sil, ki vplivajo na razvoj ponvice in zgornjega dela femurja, ter sprememba skladnosti glavice v odnosu do ponvice.

Material in metode

V arhivski dokumentaciji otrok, ki so bili pregledani v letih 1965–1975, smo našli 71 primerov otrok s kokso valgo, ki so ustrezali kriterijem in ki so imeli popolno dokumentacijo. 31 otrok ni imelo v poznejšem življenju nobene terapije (skupina 1). Ženske so prevladoval v razmerju 20 proti 11. V skupini 40 otrok, ki so bili zdravljeni operativno s korektivno osteotomijo (skupina 2), so deklice prevladoval v še večjem razmerju 30 proti 10.

Operativni poseg je bil izvršen pri starosti od 4. do 15. leta; pri večini, to je pri 23 otrocih, v prvih petih letih, pri 13 otrocih v naslednjih treh in le pri štirih od osmega do petnajstega leta. Bolniki obeh skupin so bili ob koncu rasti (v povprečju po 17,2 leta) kontrolirani.

Klinični pregled je poleg anamnestičnih podatkov o težavah obsegal še pregled gibljivosti kolkov, ugotavljanje prikrajšave oz. šepanja ter Trendelenburgovega fenomena.

Na rentgenskih slikah kolkov v AP projekciji in v projekciji po DUNN smo merili: na proksimalnem delu femurja CCD in AT kota, na ponvici pa acetabularni kot (AC kot) ter njegovo različico, ki jo lahko izmerimo tudi pri odraslih bolnikih: Ulmann-Sharpov kot (US kot) in Wibergov CE kot.

Meritve vseh kotov so bile izvršene po standardni metodi in vrednosti ocenjene po klasifikacijskem sistemu komisije za proučevanje kolčne displazije nemškega združenja ortopedov in travmatologov (11).

Projekcijske vrednosti CCD in AT kotov so bile prevedene v realne vrednosti po Grunertovih tablicah (11).

Vsi bolniki, ki so bili zajeti v raziskavo, so bili operirani po enaki metodi s korektivno osteotomijo po Muellerju (12) in z zunanjo fiksacijo, ki je bila izvedena obojestransko v eni operaciji.

Primerljivost opazovanih skupin, predvsem njihovih CCD kotov, smo testirali s t-testom in jo izrazili s koeficientom korelacije.

Rezultati

Rezultati meritev kolčnih vrednosti v otroški dobi

Tab. 1. Povprečne vrednosti meritev kolkov, ki so bili izmerjeni v otroški dobi.

Tab. 1. Average values of the hip parameters measured in the childhood.

Starost	Normalne vrednosti	Analizir. skupine	Število bolnikov	CCD desno	CCD levo	Klasif. skupine
Age	Normal values	Analyzed groups	No. of patients	right	left	Class. groups
CCD kot						
1 = >3	125–150	1 2	4 7	150,0 156,2	151,7 154,7	2–2 4–3
3 = >5	125–145	1 2	6 14	147,5 151,1	150,3 150,4	2–3 3–3
5 = >10	120–145	1 2	18 17	148,7 148,1	148,0 145,5	2–2 2–2
10 = >14	120–140	1 2	3 2	155,0 150,0	154,3 151,5	4–3 3–3
CE kot						
0 = >8	25–20	1 2	27 35	24,4 12,8	24,4 12,5	1–1 3–3
8 = >11	32–25	1 2	4 6	21,5 18,8	21,0 19,2	2–2 3–3

parameter 1 – neoperirana skupina; parameter 2 – operirana skupina; CCD kot – kolodiazfarni kot; CE kot – Wibergov kot

Iz tabele je razvidna primerljivost operirane in neoperirane skupine in postopno upadanje povprečnih vrednosti CCD kotov, ki poteka vzporedno z rastjo otrok. Wibergov kot je le v operirani skupini otrok izrazil patološki.

The table shows the compatibility of both groups and progressive decrease in values for neck-shaft angle. The Wiberg's angle is explicitly pathological only in the operated group.

Rezultati meritev CCD in CE kotov so prikazani v tabeli 1 (tab. 1). Vrednosti so podane po skupinah glede na starost otrok, ločeno za desno in levo stran, z ustrezno stopnjo abnormnosti in normalnimi vrednostmi.

Vrednosti CCD kotov obeh skupin so praviloma odstopale od normale za eno klasifikacijsko skupino. Pri AT kotih pa je le šest bolnikov iz prve skupine in 24 iz druge imelo patološko povečane vrednosti.

Podobno so bile vrednosti CE kotov v prvi skupini v povprečju normalne oziroma patološke le pri 13 bolnikih (42%), v drugi skupini pa v povprečju zmerno patološke oz. pri 23 bolnikih obojestransko in pri sedmih enostransko patološke (68% vseh kolkov).

Tudi vrednosti AC kota so bile v obeh skupinah zmerno patološke. Vrednosti CCD kotov obeh populacij so bile primerljive. Koeficient korelacije je bil večji od 0,05.

Rezultati kliničnih meritev ob zadnji kontroli

V prvi skupini so bili vsi bolniki brez subjektivnih težav in klinično bp.

V drugi skupini je 11 bolnikov omenjalo občasne lažje bolečine ob spremembah vremena; en bolnik jih je povezoval s preskoki v predelu kolka (coxa saltans).

Sedem bolnikov je imelo krajši spodnji ud, a le dva za 1 oz. 1,2 cm, ostali manj.

Pri meritvah gibljivosti sta imela dva bolnika zmanjšano notranjo rotacijo za 15 stopinj, dva pa skrajno fleksijo za 15 do 20 stopinj. Trendelenburg je bil pri šestih bolnikih zmerno izražen. Nihče ni očitno šepal.

Tab. 2. *Povprečne vrednosti meritev kolkov, ki so bile merjene po korektivni osteotomiji in ob koncu rasti.*Tab. 2. *Average values of the hip parameters measured after varus osteotomy and at the end of patients' growth.*

Koti	Opazov. skupina	Normalne vrednosti	Desno	Levo	Klasif. skupine	CCD 2 in AT2 po operaciji
Angles	Observed group	Normal values	Right	Left	Class. groups	and pooperative
CCD 3	neoperirani	120–135	140,8	140,3	3–3	desno/levo
CCD 3	operirani		132,6	130,5	1–1	118,7/118,7
AT 3	neoperirani	10–25	19,9	21,4	1–1	
AT 3	operirani		14,7	14,5	1–1	13,6/13,7
CE 3	neoperirani	20–30	34,1	34,0	1–1	
CE 3	operirani		27,1	29,3	2–2	
US 3	neoperirani	40–43	41,3	41,9	1–1	
US 3	operirani		42,6	42,2	1–1	

parameter 2 – meritve opravljene po korektivni osteotomiji; parameter 3 – meritve opravljene v odrasli dobi; AT kot – kot antetorzijske; US – Ullmann-Sharpov kot

Povprečne pooperativne vrednosti CCD in AT kotov so simetrične z ozirom na levo in desno stran in manjše od normalnih vrednosti zaradi pričakovane revalgizacije. Vrednosti kolodiazizarnih kotov so ob koncu rasti normalne le v skupini operiranih otrok. Vrednosti Wibergovega (CE) kota, ki je kazalnik displastične ponvice, so normalne le v skupini neoperiranih otrok; v tej skupini so bile vrednosti tudi pred operacijo manj patološke. Vrednosti AT in US kotov so ob koncu rasti normalne v obeh skupinah.

The average postoperative values of CCD and AT angles are symmetrical as regards both the left and the right side and due to anticipated revaluation smaller than normal. The values of the neck-shaft angle at the end of the growth period are normal only in the operated group. The average values of the Wiberg's (CE) angle, the indicator of the dysplastic hip, are normal only in the non-operated group. They were less pathological than those of the other group, also before operation. The values of the AT and US angles at the end of the growth period are normal in both groups.

Rezultati meritev kolčnih vrednosti ob koncu rasti

Rezultati so razvidni iz tabele 2, kjer so podane vrednosti vseh izmerjenih kotov, primerjalno za obe skupini z ustrežno klasifikacijo in normalnimi vrednostmi (tab. 2).

CCD koti otrok prve skupine ne kažejo nobene tendence k normalizaciji, saj so njihove vrednosti ob koncu rasti v povprečju še vedno patološke. Posamično gledano pa je 11 kolkov (9 pri fantih) doseglo normalne vrednosti.

Rezultati meritev CCD kotov v drugi skupini so precej drugačni. V tej skupini so bili koti izmerjeni tudi neposredno postoperativno in so takrat znašali v povprečju 118,7 stopinje tako za levo kot za desno stran.

Pozneje, do konca rastnega obdobja, so se vrednosti CCD kotov sicer povečale, a so v povprečju ostale normalne. Stopnja revalgizacije je bila asimetrična; za desno stran je znašala 13,9 stopinje, za levo pa 11,8 stopinje. Individualne razlike so bile v tej skupini precejšnje.

Vrednosti AT kotov so bile v povprečju pri obeh skupinah v mejah normale predvsem zaradi širokega fiziološkega razpona.

Zgovorne so tabele meritev CE kotov, ki so pokazale, da je odstotek korigiranih displazij obeh skupin precej podoben. V prvi skupini je znašal 65%, v drugi pa 73%.

Meritve US kota ob koncu rasti so pokazale normalne vrednosti pri obeh skupinah. Meritvena metoda očitno ni zelo občutljiva.

Analiza dejavnikov, ki vplivajo na dinamiko CCD kota

Razmerje med obsegom operativne korekcije, otrokovo starostjo ob posegu, ponvično displazijo, spolom in stopnjo postoperativne revalgizacije

Operirana skupina bolnikov nam omogoča globljo analizo dejavnikov, ki vplivajo na razvoj kokse valge. Zanimive podatke nudita predvsem dve skupini bolnikov.

V prvi skupini postoperativna revalgizacija, ki je do določene stopnje pravilo, ni bila zadostna, zato je ostala koksa vara (pet opazovanih CCD kolkov pri štirih bolnikih). Pri treh bolnikih je bila korekcija izvršena po sedmem letu, vendar pri njih ni šlo za nepravilnosti ponvice ali okvaro kostnega hrustanca.

Analiza druge skupine 31 femurjev (pri 24 bolnikih), ki so postoperativno pretirano revalgizirali (ob koncu rasti so CCD koti dosegli ali presegli vrednosti 135 stopinj), pa jasno kaže, da je obseg korekcije nebitven, saj je bila vrednost v prvi polovici primerov manjša od povprečja, ki je znašala 118,7 stopinje, v drugi polovici pa večja.

Pomembnejši dejavnik je starost otroka ob posegu. Dve tretjini revalgiziranih femurjev (21 femurjev petnajstih otrok) je bilo operiranih pred petim letom starosti. Največ revalgizacij je bilo v skupini otrok, operiranih v tretjem in četrtem letu (46,4%), manj v skupini do treh let (34,6%) in najmanj v skupini, starejših od pet let (30,8%). Bistven vpliv na revalgizacijo ima nepravilno razvita ponvica (nepravilni CE kot), saj je kar 24 revalgizacij potekalo pod vplivom tega bolezenskega dejavnika. Vpliv spola na revalgizacijo je opazen, ni pa bistven; revalgizacija je pri ženskah nekoliko bolj izražena.

Analiza vpliva CCD kota na razvoj ponvice

Vpliv različnih stopenj operativne korekcije CCD kota na razvoj ponvice

Pri najobsežnejši korekciji CCD kota, pod 105 stopinj, se je normaliziralo kar štiri petine nepravilnih ponvic (80%).

Pri korekciji CCD kota med 105 in 110 stopinjami se je normalizirala ena od dveh patoloških kolčnih čašic (50%).

Pri nižjih stopnjah korekcije je število korigiranih ponvic padlo pod 50%. Pri korekciji od 110 do 120 stopinj se je stanje izboljšalo pri osmih patoloških ponvicah od 23, pri še manjši korekciji od 120 stopinj dalje pa se je korigiralo 11 od 24 ponvic.

Vpliv otrokove starosti ob operativnem posegu na poznejšo korekcijo ponvice

Najboljši rezultati so bili doseženi, kadar je bila osteotomija izvršena v starosti med četrtnim in petim letom (61,3% popravljenih ponvic), presenetljivo slabši rezultati so bili doseženi pri otrocih, ki so bili ob posegu stari dve do tri leta (41,3%), in pričakovano slabši, ko so bili bolniki operirani po petem letu (38,7%).

Razpravljanje

Obe skupini otrok sta imeli primerljivo stopnjo valgusne deformacije proksimalnega dela femurjev, le da je bila v skupini operiranih otrok malo bolj izražena. Z opazovanjem CCD kotov posameznih starostnih skupin lahko ugotovimo, da se vrednosti s starostjo sicer postopoma spontano zmanjšujejo, vendar se do konca rasti ne normalizirajo. Začetne vrednosti CCD kotov so prevelike, da bi lahko sledila običajni spontani razvoj in normalizacija. To se zelo jasno pokaže v skupini neoperiranih otrok. Operativna korekcija valgusne nepravilnosti je sicer uspešnejša, vendar le, če se omejimo na opazovanje povprečnih vrednosti CCD kotov. Le-te so ob koncu rasti v mejah normale; pri individualni analizi pa v tej skupini odkrijemo tudi večje število patoloških revalgizacij in nekaj varusnih deformacij. Četrtnina operiranih bolnikov ima tudi manjše subjektivne težave, manjši deficit gibljivosti kolkov ali manjšo razliko v dolžini spodnjih udov. Cilj operativne korekcije je vzpostavljati ravnovesje v kolku, ki naj bi nato ugodno vplivalo na razvoj ponvice. Število ponvic, ki so se normalno razvile, je v operirani skupini le za osem odstotkov večje kot v neoperirani.

Operativna terapija valgusne deformacije torej ni opravičljiva niti takrat, kadar se omejimo na opazovanje korekcije vrednosti CCD

kotov ob koncu rasti, niti ko opazujemo vpliv korekcije na ponvico.

Valgusna deformacija je večja pri deklicah in kjer je ponvica nenormalno razvita.

Na postoperativno revalgizacijo, ki je prej pravilo kot izjema in ki je proces postopnega večanja CCD kota, ima največji vpliv starost otroka ob operativnem posegu. Pričakovani odstotek revalgizacije je največji pri starosti 3-4 let (ob operaciji), paradokсно manjši je pri otrocih, ki so mlajši od treh let, in pričakovano še manjši pri starejših od pet let.

Stopnja operativne korekcije in spol nista bistvena v procesu revalgizacije. Pomembno, če ne celo odločujoče vpliva na revalgizacijo patologija acetabuluma, in obratno, revalgizacija je pri normalnih vrednostih acetabula minimalna. Omenjeno se sklada z mnenjem drugih avtorjev.

Operativna korekcija CCD kota vpliva na normalizacijo ponvice, vendar učinek korekcije ni vedno enak. Analiza je pokazala, da je za razvoj ponvice najbolj primerna izrazita korekcija, ko znaša korigirani CCD kot 100 ali celo manj stopinj.

Enako pomemben je kriterij starosti otroka ob operativnem posegu. Pokazalo se je, da je najbolj ugoden čas korekcije med četrtem in petim letom. Korekcija pri manjši in večji starosti ne daje tako dobrih rezultatov.

Zaključek

Valgusna deformacija zgornjega dela stegnene kosti ima tako kot fiziološki valgus vgrajeno tendenco k spontani korekciji. V večini primerov pa ne privede do normalizacije.

Programirana operativna terapija bi lahko bila uspešnejša od konzervativne, če bi poleg stopnje korekcije upoštevali še druge dejavnike. Pomembnejša sta starost otroka ob operativnem posegu in stopnja ponvične displazije.

Vpliv korektivne osteotomije na ponvični del kolčnega sklepa ni tako izrazit, da bi opravičeval operativni poseg.

Literatura

1. Rydell N. Biomechanics of the hip-joint. Clin Orthop 1973; 92: 6-15.
2. Singleton MC, Le Veau BF. The hip-joint: structure, stability, and stress. Phys Therapy 1975; 55: 957-73.
3. Pauwels F. Biomechanics of the normal and diseased hip. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 1976: 1-37.
4. Srakar F. Vloga nepravilne oblike proksimalnega dela femurja v etiologiji in patogenezi prirojenega izpaha in displazije kolka. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1975: 82-2.
5. Schneider M. The effect of growth on femoral torsion. J Bone Joint Surg 1963; 45A: 1439-9.
6. Morscher E. Development and clinical significance of the anteversion of the femoral neck. Reconstr Surg Traumat 1967; 9: 107-25.
7. Leitz G, Limmer L. Der biomechanische Effect einer intertrochanteren Osteotomie. Z Orthop 1974; 112: 616-8.
8. Scholder P. Recidives de coxa valga apres osteotomie intertrochanterienne de recentrage chez l'enfant. Ther Umsch 1977; 34: 314-7.
9. Monticelli G. Intertrochanteris femoral osteotomy with concentric reduction of femoral head in treatment of residual congenital acetabular dysplasia. Clin Orthop 1976; 119: 48-53.
10. Trevor D. Osteotomy in the treatment of congenital dyslocation of the hip. Proc Roy Soc Med 1958; 51: 1045-8.
11. Tönnis D. Congenital dysplasia and dyslocation of the hip in children and adults. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer Verlag, 1987: 169-71, 131-1, 78-9.
12. Mueller ME. Zwölf Huefteingriffe. AO Bull 1966; 1: 3-7.

Strokovni prispevek/Professional article

LEGIONARSKA BOLEZEN S HUDIM POTEKOM PRI ASTMATIKU

LEGIONNAIRES' DISEASE WITH SEVERE CLINICAL COURSE IN ASTHMATIC PATIENT

Igor Koren

Enota intenzivne terapije, Pljučni oddelek, Bolnišnica Topolšica, 63326 Topolšica

Prispelo 1994-12-14, sprejeto 1995-03-09; ZDRAV VESTN 1995; 64: 325-8

Ključne besede: legionarska bolezen; bronhialna astma; kortikosteroidi; imunosupresija

Izveček – Izhodišča. Legionarsko bolezen povzroča gram negativni bacil *Legionella pneumophila*. Povzroča do 1% pljučnic odraslih, dobljenih v domačem okolju. Večina imunsko zdravih bolnikov ozdravi spontano po enem tednu. Imunsko oslabei bolniki in/ali tisti, ki so zdravljeni s kortikosteroidi, imajo značilno bujši potek bolezni. 40–80% jih umre v respiratorni odpovedi.

Metode. V prispevku smo opisali primer mlajše bolnice z alergično obliko bronhialne astme, ki je zbolela s hudim potekom legionarske bolezni. Zaradi pljučne obstrukcije smo bolnico zdravili po doktrini tudi s kortikosteroidi.

Zaključki. Prikazani primer dopušča hipotezo, da je astmatike, ki zbolijo z okužbo spodnjih dihalnih poti in zaradi poslabšanja osnovne bolezni potrebujejo terapijo s kortikosteroidi, treba zdraviti z eritromicinom kot najučinkovitejšim zdravilom proti *Legionella pneumophila*. Nadaljnje prospektivne in randomizirane raziskave bi morale to hipotezo potrditi.

Uvod

Legionarska bolezen je klinični pojem za pljučnico, ki jo spremljajo sistemski znaki in jo povzroča gram negativni bacil *Legionella pneumophila* (1–6). Spoznali so jo leta 1976, ko je med srečanjem bivših vojakov v Philadelphiji izbruhnila epidemija pljučnice s 15% smrtnostjo (3, 4, 5).

Legionelle najdemo v naravi v jezerih, mlakah, vodnjakih, v urbanih naseljih pa tudi v napravah z ogrevano vodo, v klimatskih napravah ter tudi v hotelskih in bolnišničnih vodovodnih napeljavah (3–10).

Čeprav je bilo opisanih nad 20 izbruhov epidemij raznih velikosti v domačem okolju v Evropi in Združenih državah Amerike, jih sporadični primeri po številu brez dvoma prekašajo (2, 4, 8). Epidemije so pogostejše poleti, sporadični primeri pa skozi vse leto (3, 9).

Serološke raziskave pri odraslih razkrivajo, da Legionelle povzročajo do 1% pljučnic pri odraslih, dobljenih v domačem okolju, pri hospitaliziranih bolnikih pa 5–15% pljučnic ocenjenih rentgenološko kot atipičnih (2, 9, 10).

Dejavniki tveganja za zbolevanje so: starost nad 50 let, moški spol, ledvična odpoved, zdravljenje s kronično dializo, sladkorna bolezen, rak, kronični bronhitis, kajenje in uporaba imunosupresivnih sredstev (2, 4, 5, 8, 10).

Key words: legionnaires'; disease; bronchial asthma; corticosteroids; immunosuppression

Abstract – Background. Legionnaires' disease is a pneumonic illness caused by gram-negative *Legionella pneumophila* bacilli. They cause 1% community-acquired pneumonias in adults. Most of the patients without immunosuppression recover without therapy or sequelae. Patients with a serious underlying disease and/or those treated with corticosteroids have a significantly more severe clinical course. 40–80% may die of progressive pulmonary failure.

Methods. A case report of a young patient with allergic bronchial asthma and severe clinical course of Legionnaires' disease is given. Because of airway obstruction, she was also treated with corticosteroids.

Conclusions. The findings suggest the hypothesis that asthmatics with symptoms of lower respiratory tract infection who need corticosteroids due to airway obstruction, should be also treated with erythromycin, which is the drug of choice for *Legionella* infection. Further randomised and prospective trials should be done to confirm this hypothesis.

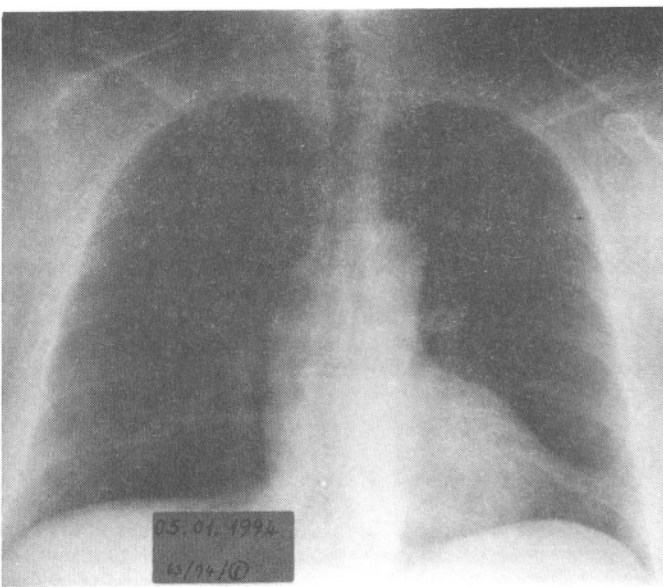
Prikaz primera

40-letna bolnica že vrsto let boluje zaradi ekstrinzične bronhialne astme. Štiri dni pred sprejemom je zbolela s povišano temperaturo, z bolečinami v mišicah, glavobolom in napredujočo pljučno obstrukcijo. Doma je vzela le nekaj tabletk antipiretika, zaradi težje sape pa je pri splošnem zdravniku prejela še dve ampuli aminophyllina in dve ampuli Dexametasona intravensko.

Ob sprejemu v bolnišnico je bila bolnica neprizadeta, afebrilna, s podaljšanim ekspirijem in polifonimi piski v njem. Maksimalni pretok v izdihu (PEF) je bil 230 l/min. Razen povišane SR 20 so bili ostali laboratorijski izvidi v mejah norme. Normalna sta bila tudi elektrokardiogram in rentgenogram pljuč in srca (sl. 1).

Plinska analiza arterijske krvi je pokazala respiracijsko alkalozo in hipoksemijo (pH 7,49, pCO₂ 3,56 kPa, pO₂ 7,5 kPa, HCO₃ 20,7 mmol/l, sat. 91,7%). V terapiji je dobila inhalacijske kortikosteroide in bronhodilatatorje, kisik po Venti maski in amoksicilinski antibiotik. Zaradi naraščajoče pljučne obstrukcije je prejela še do 1000 mg aminophyllina in do 80 mg metilprednisolona dnevno.

Peti dan hospitalizacije so se pojavile obojestranske plevralne bolečine, tako da smo šesti dan ponovili rentgenogram pljuč in srca ter ugotovili trakasto razporejene plevropnevmonične infiltrate po pljučih (sl. 2). Pojavile so se tudi hemoptize.

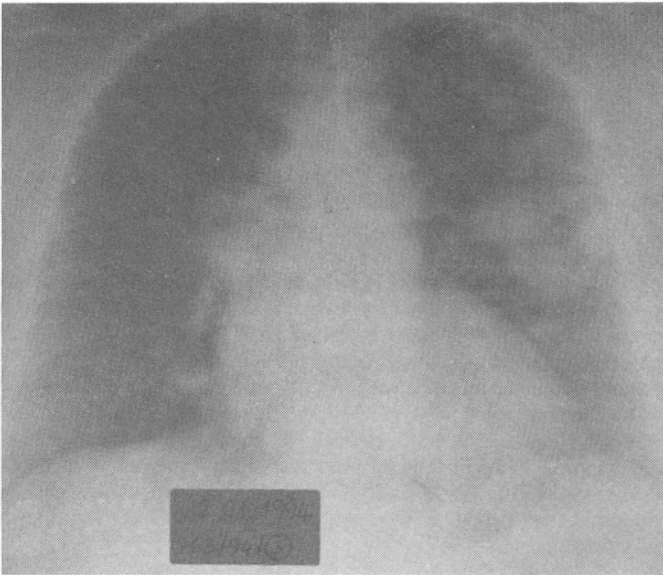


Sl. 1. Rentgenogram prsnih organov ob sprejemu v bolnišnico.
Fig. 1. Chest roentgenogram at arrival to the hospital.

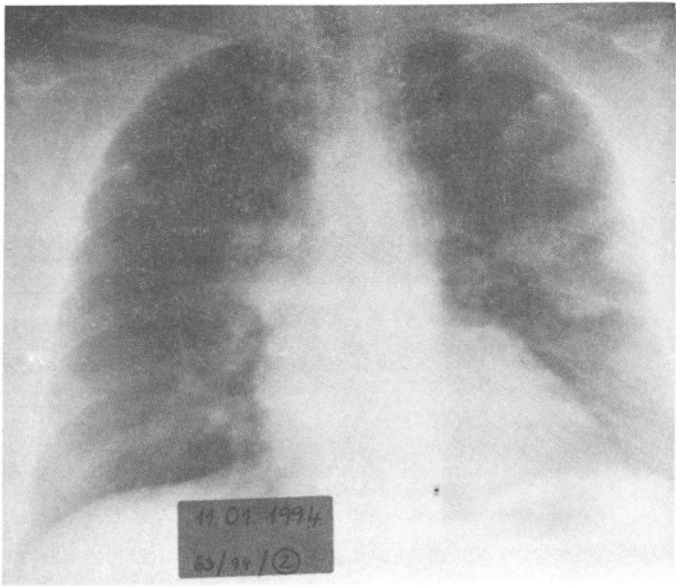
Naslednji dan smo opazili na rentgenskem posnetku napredovanje in višek sprememb 14. dan hospitalizacije (sl. 3, 4, 5). Ugotovili smo tudi povečano srce in preporazdelitev pljučnega krvnega obtoka. Hemodinamske meritve so pokazale srednje težko kombinirano pljučno hipertenzijo, ehokardiografsko pa perikardialni izliv in znižano iztisno frakcijo levega prekata. Pojavili so se tudi hiponatremija, patološki hepatogram in blaga levkocitoza s pomikom v levo v diferencialni krvni sliki.

Uvedli smo štiriterno antibiotično terapijo s cefpiramidom, gentamicinom, vankomicinom in eritromicinom. Ukinili smo kortikosteroide. Kljub dodajanju 100% kisika nismo uspeli korigirati hipoksemije.

Kužnine izmečka, krvi in urina so bili negativni. Izključili smo ev. absces v abdomnu oz. notranjih rodilih in posledične septične emboluse. 14. dan po sprejemu smo dobili povišan titer in-



Sl. 3. Rentgenogrami prsnih organov in levi profil 7 dni kasneje.
Fig. 3. Chest roentgenograms and its lateral view 7 days later.



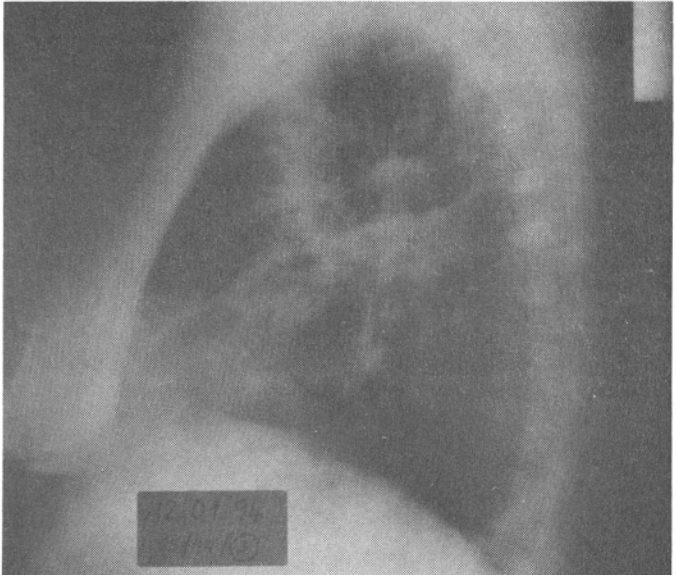
Sl. 2. Rentgenogram prsnih organov 6 dni kasneje.
Fig. 2. Chest roentgenogram 6 days later.

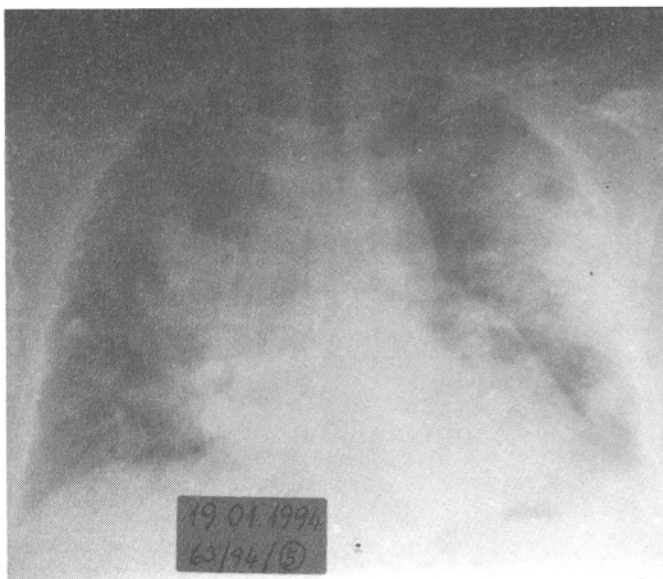
direktnega imunofluorescenčnega (IF) testa na Legionello pneumophilo, z vrhom 31. dne hospitalizacije (tab. 1).

Tab. 1. Serumski titri protiteles proti Legionelli pneumophili.
Tab. 1. Serum antibody titer against Legionella pneumophila.

Dan zboljenja Day of falling ill	Dan sprejema Day of reception	Titer
5.	1.	ni vzet
19.	14.	1: 512
25.	20.	1: 1024
36.	31.	1: 2048
49.	44.	1: 2048
62.	57.	1: 1024

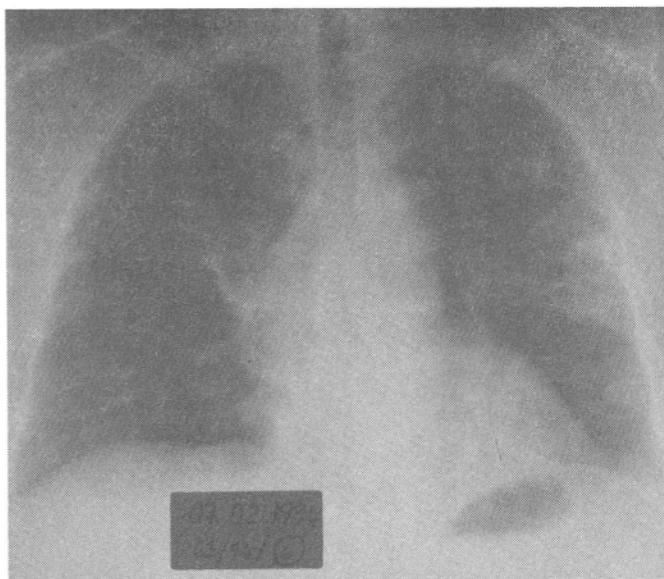
Osredotočili smo se na zdravljenje z eritromicinom, katerega odmerek smo dvignili z 2250 mg dnevno na 4000 mg dnevno. 19. dan po sprejemu smo opravili še bronhoskopijo, kjer smo ugoto-





Sl. 4. Rentgenogrami prsnih organov 14 dni kasneje.

Fig. 4. Chest roentgenograms 14 days later.



Sl. 5. Rentgenogram prsnih organov 33 dni kasneja.

Fig. 5. Chest roentgenograms 33 days later.

vili le akutni bronhitis, iz bronhialnega aspirata pa nismo uspeli dokazati bakterije (direktni IF test). Stanje se je bolnici popravilo in po 33. dneh hospitalizacije smo jo odpustili z rentgenološko skoraj popolnim regresom in brez funkcijskega respiratornega izpada.

Razpravljanje

Legionarska bolezen se po navadi prične postopno z glavobolom, mišičnimi bolečinami in subfebrilno temperaturo. Njen potek pa je lahko bliskovit predvsem pri imunsko oslabilih bolnikih (2–5, 8, 9). Povišana temperatura kot zgodnji znak se viša postopno, dokler ne postane neprekinjena, visoka in v več kot 60% višja od 40°C. Po navadi je odsotno vnetje zgornjih dihalnih poti. Bolnike muči predvsem suh, dražeči kašelj in v 50% hemoptize. Do tretjine bolnikov toži zaradi plevralnih bolečin (2–5, 8, 9). Vse te klinične znake je imela tudi naša bolnica. Nismo pa opazovali bruhanja in zmedenosti, ki se pojavita v četrtini primerov (2–5, 8, 9). Ves čas je bila prisotna tudi hiponatremija kot posledica sindroma neustreznega izločanja ADH, ki zelo pogosto spremlja to bolezen (2–4). Rentgenološko se bolezen prične z obojestransko subsegmentno pljučnico, ki se širi žariščno in lisasto v segmentno ali celo lobarno pljučnico (2–6). Če kronološko pregledamo rentgenogramne pljuč, vidimo, da je bil potek prizadetosti pljuč pri naši bolnici dokaj značilen. Bolezen lahko prizadene tudi druge organe; pri bolnici smo s patološkim hepatogramom potrdili jetrno okvaro, ehokardiografsko pa perimiokarditis. Legionarsko bolezen po navadi dokazujemo s posredno in neposredno imunofluorescentno mikroskopijo; obe tehniki imata specifičnost od 95–99% in relativno nizko senzitivnost od 60–70% (11). Serološki titer protiteles 1:256 ali več je diagnostičen in pozitiven še leto dni po začetku bolezni (3–5).

Pri naši bolnici je titer protiteles porasel več kot 4-krat nad »normalo«. Negativni direktni IF test za identifikacijo bakterije iz bronhialnega izpirka ne pove veliko; preiskavo smo opravili relativno pozno po pričetku bolezni in sklepamo, da se je bakterija verjetno že preselila iz bronhoalveolarnega izločka v pljučni intersticij (4, 5). Okoli 80–90% imunsko zdravih bolnikov okreva spontano po enem tednu bolezni (2). Imunsko oslabei bolniki in/ali tisti, ki so zdravljeni s kortikosteroidi, imajo značilno hujši potek bolezni (2, 8, 9). Kar v 40–80% umirajo v respiratorni odpovedi (8).

Tudi naša bolnica je bila zdravljena s kortikosteroidi. V literaturi nismo našli prispevka, ki bi obravnaval hujši potek okužbe z Legionellami pri astmatiku, zdravljenem s kortikosteroidi.

Zadnja leta prihajamo do spoznanja, da je vnetje dihalnih poti vzrok za klinične simptome bronhialne astme (12, 13, 14). Kortikosteroidi izboljšajo parametre pljučne funkcije s protivnetnim delovanjem na dihalna pota astmatikov (15, 16). V inhalacijski obliki se kortikosteroidi priporočajo že pri blagi astmi, pri hudem poslabšanju pa tudi v parenteralni ali peroralni obliki (15, 17).

Dejstvo, da kortikosteroidi na eni strani slabšajo potek legionarske bolezni, na drugi strani pa so glavna protivnetna zdravila pri zdravljenju bronhialne astme, nas lahko zapelje v delovni precep. Morda bi bilo najbolje astmatike, pri katerih je poslabšanje osnovne bolezni posledica ali sovpadanje okužbe spodnjega respiratornega trakta, zdraviti še s polnim odmerkom eritromicina, ki je za zdaj najučinkovitejše znano sredstvo proti Legionelli pneumophili (2, 4, 5, 8)?

Ne nazadnje govori v prid tega tudi dejstvo, da številni, predvsem ameriški avtorji priporočajo za začetno empirično zdravljenje okužb spodnjih dihal imunsko oslabilih bolnikov tudi dodatek makrolidnih antibiotikov (18, 19).

Literatura

- Fraser DW, Tsai TR, Orenstein W et al. Legionnaires' disease: Description of an epidemic of pneumonia. *N Engl J Med* 1977; 297: 1189–97.
- Meyer RD. Legionella infections: A review of five years of research. *Rev Infect Dis* 1983; 5: 258–78.
- Mušič E. Pljučnice. In: Kocijančič A, Mrevlje F. Interna medicina. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1993: 282–92.
- Marolt-Gomišček M, Radšel-Medvedšek A. Infekcijske bolezni. Ljubljana: Tangram, 1992: 175–80.
- Zorman-Terčelj M. Identifikacija pljučnic, ki so posledica okužbe z bacili iz genusa Legionelle. Magistrsko delo. Zagreb, 1990: 1–89.
- Zorman-Terčelj M, Fortič B, Kozamernik-Stojković M, Šorli J, Pavlin A. Legionarska bolezen. *Pluć Bol* 1987; 39: 52–5.
- Garbe PL, Davis BJ, Weisfeld JS et al. Nosocomial Legionnaires' disease: Epidemiologic demonstration of cooling towers as a source. *JAMA* 1985; 254: 521–4.
- Edelstein PH. Control of Legionella in hospitals. *J Hosp Infect* 1986; 8: 109–15.
- Woodhead MA, Macfarlane JT. Legionnaires' disease: A review of 79 community acquired cases in Nottingham. *Thorax* 1986; 41: 635–40.
- Stout JE, Yu VL, Muraca P. Legionnaires' disease acquired within the homes of two patients. Links to home water supply. *JAMA* 1987; 257: 1215–7.

11. Winn WC Jr. Legionella and Legionnaires' disease. A review with emphasis on environmental studies and laboratory diagnosis. *CRC Crit Rev Clin Lab Sci* 1985; 21: 323-81.
12. Ollerenshaw SL, Woolcock AJ. Characteristics of the inflammation in biopsies from large airways of subjects with asthma and subjects with chronic airflow limitation. *Am Rev Respir Dis* 1992; 145: 922-7.
13. Pueringer RJ, Hunninghake GW. Inflammation and airway reactivity in asthma. *Am J Med* 1992; 92; Suppl 6: 32A-8A.
14. Smith H. Asthma, inflammation, eosinophils and bronchial hyperresponsiveness. *Clin Exp Allergy* 1992; 22: 187-97.
15. Cockcroft DW. Therapy for airway inflammation in asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1991; 87: 914-9.
16. Thompson AB, Mueller MB, Heires AJ et al. Aerosolised beclomethasone in chronic bronchitis. Improved pulmonary function and diminished airway inflammation. *Am Rev Respir Dis* 1992; 146: 389-95.
17. Šuškovič S. Astma. In: Kocijančič A, Mrevlje F. *Interna medicina*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1993: 271-8.
18. Hirschmann JV, Murray JF. Pneumonia and lung abscess. In: Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS. *Harrison's principles of internal medicine*. 11th ed. Vol 2. New York: McGraw Hill, 1987: 1075-82.
19. Fishman JA. Diagnostic approach to pneumonia in the immunocompromised host. *Semin Respir Infect* 1986; 1: 133-44.

V tej številki so sodelovali:

dr. Nina Barišič, dr. med., specialistka pediatrije, Klinika za pediatrijo, MF Zagreb, Hrvatska

Miroslav Batišta, dr. med., specialist kirurg, SB Celje

Drago Brilej, dr. med., specialist kirurg, SB Celje

Matija Cevc, dr. med., specialist internist, Interna klinika Tmovo, KC Ljubljana

Andrej Čretnik, dr. med., specializant kirurgije, SB Celje

Marija Đurđević, dr. med., specialistka dermatologinja, SB Maribor

doc. dr. Andrej Debeljak, dr. med., specialist internist, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik

prof. dr. Anton Dolenc, dr. med., specialist sodne medicine in specialist patolog, Inštitut za sodno medicino, MF Ljubljana

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

prim. Jelka Gorišek, dr. med., specialistka infektologinja, SB Maribor

prim. Miša Hribar-Habinc, dr. med., specialistka anesteziologinja, Inštitut za anesteziologijo, KC Ljubljana

doc. dr. Michael Kirschfink, dr. med. vet., Ruprecht-Karl Univerzität Heidelberg, Nemčija

doc. dr. Milena Kocijančič, dr. med., specialistka dermatologinja, Dermatološka klinika, KC Ljubljana

prof. dr. Gorazd Kolar, dr. med., specialist oftalmolog, Očesna klinika, KC Ljubljana

mag. Radko Komadina, dr. med., specialist kirurg, SB Celje

mag. Igor Koren, dr. med., specialist internist, Bolnišnica Topolšica

mag. Miloš Kosanović, dr. med., specialist ortoped, SB Celje

prof. dr. Vladimir Kotnik, dr. med., specialist mikrobiolog, Inštitut za mikrobiologijo, MF Ljubljana

prim. prof. dr. Janez Kraševac, dr. med., specialist otorinolaringolog in specialist balneolog, ZZZS, OE Celje

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

mag. Višnja Lovrek, ing. elektrotehnike, Centar za informatiku KBC Zagreb, Hrvatska

asist. Mojca Matičič, dr. med., specialistka infektologinja, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana

znani svetnik Milivoj Mermolja, dipl. biol., Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik

prof. dr. Marija Pečan, dr. med., specialistka anesteziologinja, Inštitut za anesteziologijo, KC Ljubljana

mag. Albin Plahuta, dr. med., specialist kirurg, SB dr. Franca Derganca Šempeter pri Gorici

doc. dr. Marjan Premik, dr. stom., specialist stomatolog in specialist socialne medicine z organizacijo zdravstva, Inštitut za socialno medicino, MF Ljubljana

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

prof. dr. Slavko Rakovec, dr. med., specialist kirurg, Kirurška klinika, KC Ljubljana

Danica Rotar-Pavlič, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana

prof. dr. Zvonimir Rudolf, dr. med., specialist radiolog, Onkološki inštitut Ljubljana

mag. Marija Rutar-Zupančič, dr. med., specialistka internistka, Inštitut za pljučne bolezni Golnik

mag. Rok Tavčar, dr. med., specialist psihiater, Psihiatrična klinika, KC Ljubljana

Strokovni prispevek/Professional article

BIPOLARNA MOTNJA RAZPOLOŽENJA ALI LYMSKA BORELIOZA? PRIKAZ BOLNICE

BIPOLAR MOOD DISORDER OR LYME BORRELIOSIS? A CASE REPORT

Rok Tavčar

Psihiatrična klinika, Klinični center, Studenec 48, 61260 Ljubljana-Polje

Prispelo 1995-01-10, sprejeto 1995-03-27; ZDRAV VESTN 1995; 64: 329–31

Ključne besede: *Lymska borelioza; psihiatrične manifestacije; diagnostika; bipolarna motnja razpoloženja; prikaz primera*

Izvleček – Izhodišča. Že dolgo poznamo kožne spremembe pri okužbi z *Borrelia burgdorferi*. Manj pa so znane nevrološke in zlasti psihične spremembe. Med slednjimi se večinoma navajajo psevdonevrastenične težave, stalna utrujenost in motnje koncentracije. Šele v zadnjem času opisujejo tudi psihoze.

Metode in rezultati. Predstavljen je klinični primer devetindvajsetletne bolnice, ki je kazala znake bipolarne motnje razpoloženja. Kljub ustreznemu zdravljenju z antidepresivi, nevroleptiki in litijevim karbonatom, niti po osmih mesecih ni prišlo do izboljšanja. Internistični in nevrološki pregled ni pokazal posebnosti, prav tako so bili izvidi osnovnih laboratorijskih preiskav v mejah normale, razen abnormnega EEG. Serološke preiskave so pokazale visoke titre protiteles na *Borrelia burgdorferi*. Računalniška tomografija možganov je bila brez posebnosti. Po parenteralnem antibiotičnem zdravljenju s ceftriaksonom se je psihično stanje postopno izboljšalo, bolnica je postala evtimna in zopet opravlja svoje delo. Od zdravil sedaj prejema le profilaktično litijev karbonat.

Zaključki. Autor razpravlja o možni etiologiji opisane motnje razpoloženja in kritično obravnava potek diagnostičnega postopka.

Key words: *Lyme borreliosis; psychiatric manifestations; diagnostic; bipolar mood disorder; case report*

Abstract – Background. The skin manifestations of infection with *Borrelia burgdorferi* are well known. There is far less data on neurologic and especially psychiatric manifestations of Lyme borreliosis. Among the latter, pseudoneurasthenic symptoms, chronic fatigue and lack of concentration are usually stated. There are some reports on psychoses during Lyme borreliosis in the current literature.

Methods and results. A case report of twenty-nine years old female patient with bipolar mood disorder is given. Despite eight months of appropriate treatment with antidepressants, neuroleptics and lithium carbonate the disorder did not improve. Somatic and neurologic examinations did not reveal any pathologic condition. The same was true for routine biochemical and endocrine tests. The EEG was abnormal, but computerized tomography of brain did not show any morphological abnormality. Serologic tests found high titers of specific antibodies to *Borrelia burgdorferi*. The patient was treated with antibiotic ceftriaxone intravenously. After that treatment the mental state has gradually improved to complete clinic recovery. She is now taking only prophylactic treatment with the lithium carbonate.

Conclusions. The author discusses some etiologic possibilities and gives a critical review of diagnostic procedure in this case.

Uvod

Kožne spremembe po okužbi z *B. burgdorferi* že dolgo poznamo, podobno velja tudi za zaplete na sklepih in srcu (1, 2). Manj znane so nevrološke in še posebej psihične spremembe (3–5). V literaturi so opisane zlasti psevdonevrastenične in na sploh »nevrotske« težave, na prvem mestu kronična utrujenost, motnje koncentracije, spomina in podobno, torej v glavnem blažje ali težje oblike psihoorganskega sindroma (6, 7). V zadnjih letih je v literaturi opisanih le nekaj primerov psihoz pri Lymski bolezni (8).

Prikaz primera

Devetindvajsetletna bolnica je bila oktobra 1993 prvič sprejeta na Psihiatrično kliniko v Ljubljani zaradi maničnega sindroma. Ob sprejemu je bila privzdignjenega razpoloženja, neobvladljiva, v pospešenem govoru je navajala številne ideje in opravila, ki jih

mora še postoriti. Prisotne so bile veličinske ideje, zlasti glede njene velike sposobnosti, saj da govori deset jezikov in ima domenjenih precej sestankov s pomembnimi gospodarstveniki itd., do česar pa je bila še nakazano kritična. Bolezen je pred sprejemom trajala tri dni. Začela se je nenadno, brez očitnega sprožilnega dejavnika. Pred tem nikoli ni imela kakih psihičnih težav. Sama je povedala, da je bila prej po naravi bolj vase zaprta, kar so potrdili tudi starši. Družinska anamneza je bila brez posebnosti. Nosečnost, porod in razvoj so potekali brez posebnosti. V šoli ni imela nobenih težav, končala je visoko šolo. Do sedaj je bila vedno telesno zdrava. V prostem času se je ukvarjala s športom.

Pri internističnem pregledu ni bilo posebnosti, enako tudi v nevrološkem statusu. Prvih nekaj dni je prejela tioridazin v nizkih odmerkih (3-krat 10 mg), po katerem se je zelo umirila in je bilo celo precej zaspana. Po nekaj dneh je sama prenehala jemati zdravila. Prišlo je do hudega poslabšanja, ko je bilo potrebno parenteralno zdravljenje s haloperidolom in levomepromazinom.

Izvidi krvne slike in osnovnih biokemičnih preiskav krvi ter urina so bili v mejah normale, enako tudi EKG. Testi na sifilis in HIV so bili negativni. Ščitnični hormoni so bili v normalnih mejah, EEG je bil lahko abnormen z generaliziranimi izbruhi ritmične theta aktivnosti. Psihološki pregled je pokazal značilnosti manične psihoze pri intelektualno dobro diferencirani osebi.

Bolnica je bila po nekaj več kot mesecu dni hospitalizacije odpuščen v domačo oskrbo. Ob odpustu je bila mirna, še nekoliko vznesenega razpoloženja, vendar kritična do pretekle psihopatologije. Doma je še jemala haloperidol v visokih odmerkih (3-krat 10 mg) in levomepromazin (3-krat 25 mg) ter antiholinergik biperiden (3-krat 2 mg) in antihipotonik dihidroergotamin (2-krat 2,5 mg). Enkrat tedensko je prihajala tudi na malo psihoterapevtsko skupino. Ob tem je opravila tudi kontrolni pregled. Ker se stanje doma ni bistveno izboljšalo, smo ji po enem mesecu uvedli dodatno terapijo z litijevim karbonatom, ki ga je jemala 2-krat 300 mg. ob tem odmerku je bila koncentracija litija v serumu okoli 0,5 mmol/l. Bolnica kljub zdravljenju ni dosegla evtimije, ampak se je dva meseca po odpustu čustvena lega nenadoma prevesila v depresijo. Nevroleptično terapijo smo ukinili in uvedli antidepresiv maprotilin v rastočih dozah, do 75 mg dnevno. Še naprej je prejemala tudi litijev karbonat. Do izboljšanja ni prišlo, ampak se je po dveh mesecih antidepresivnega zdravljenja čustvena lega v eni uri (!) prevesila v manijo. Ta sprememba je dobro dokumentirana, saj je bila bolnica še popoldne na pregledu pri psihiatru močno depresivna, zvečer pa je bila že manična in naslednji dan zjutraj že ponovno sprejeta v bolnišnico. Ponovljeni EEG je pokazal theta aktivnost, ki se je občasno generalizirala. Psihološki pregled je pokazal hipomanično stanje. Okulist razen blage kratkovidnosti levega očesa (-0,5 dpt) ni našel posebnosti. Bolnica je bila zdravljena s haloperidolom (3-krat 1-2 mg) ter litijevim karbonatom. Po tej terapiji se je umirila, vendar evtimije ni dosegla. Teden dni po odpustu v dnevno oskrbo je prišlo do ponovnega obrata čustvene lege v depresijo, zato smo ji nevroleptik ukinili in uvedli antidepresivno zdravljenje z maprotilinom. Še naprej je prejemala litijev karbonat. Bolnica je opravila računalniško tomografijo možganov, ki ni pokazala bolezenskih sprememb. Zaradi za kovanec velike rdeče makulopapule na levi goleni, ki je po izjavah bolnice trajala dva tedna, je bolnico pregledal dermatolog, ki je ugotovil, da gre za nespecifično toksično reakcijo po piku insekta. Bolnico smo poslali tudi k infektologu, kjer so izvedli diagnostiko v smeri Lymške borelioze. Serološki testi so pokazali povišane titre protiteles proti B. burgdorferi (imunofluorescenčni test brez absorpcije: IgM 1:128, IgG 1:256). Bolnica se je ambulantno zdravila na infekcijski kliniki z intravenozno terapijo s ceftriaksonom. Po tej terapiji je prišlo do bistvenega izboljšanja duševnega stanja, čustvena lega se je postopoma izravnala, tako da je bolnica od tedaj povsem evtimna. Po osmih mesecih bolniškega staleža je zopet začela opravljati svoje delo in se ukvarjati s športom. Sedaj prejema samo profilakso z litijevim karbonatom 2-krat 300 mg, ob čemer je serumska koncentracija litija med 0,4 in 0,5 mmol/l. Še naprej prihaja na malo psihoterapevtsko skupino.

Razpravljanje

Sprva je bila postavljena diagnoza bipolarnе motnje razpoloženja (v starejših klasifikacijah so motnjo imenovali manično-depresivna psihoza), kar je potrdil tudi psihološki pregled. Vendar pa je nekaj značilnosti v poteku bolezni kazalo na možno organsko etiologijo. S tem mislimo predvsem na nenadni izbruh bolezni pri predhodno psihično stabilni osebi in izrazito čustveno labilnost. Prav tako je dvakrat prišlo do izjemno hitrega zasuka iz manije v depresijo oziroma obratno. Sicer nespecifične motnje v električni aktivnosti možganov so tudi kazale na možnost organske bolezni. V osmih mesecih zdravljenja ni prišlo do stabilizacije psihičnega stanja, saj bolnica ni nikoli dosegla evtimije kljub primernim odmerkom psihofarmakov in ustreznim serumski koncentraciji litija (9). Na začetku zdravljenja je bil nenavadno močan odziv na nevro-

leptično zdravljenje, kasneje pa so bili potrebni zelo visoki odmerki zdravil. Bolnica je imela v zadnjih letih precej klopov. Bila je tudi dosti v naravi (šport), zlasti v endemskih področjih za Lymsko boreliozo. Tudi izboljšanje simptomov po antibiotični terapiji še poveča sum na infekcijsko etiologijo.

Navesti pa je treba tudi dejstva, ki kažejo na možnost, da gre v osnovi vseeno za bipolarno motnjo razpoloženja, ki se ji je slučajno pridružila Lymška boreliozo. Opisane variacije v poteku bolezni so po literaturi možne tudi pri (endogeni) bipolarni motnji razpoloženja (10). Teoretično obstaja možnost, da serumske koncentracije nevroleptikov oziroma antidepresivov niso bile v terapevtskem območju (npr. zaradi slabše absorpcije zdravil). V Sloveniji ni možnosti določanja omenjenih koncentracij, kar se tudi sicer po svetu uporablja večinoma bolj v raziskovalne, ne pa klinične namene (11). Spremljali pa smo serumsko koncentracijo litija, ki je bila ves čas v terapevtskem območju. V kliničnem in nevrološkem statusu sprva ni bilo odstopanj, pa tudi rutinsko opravljene laboratorijske in druge preiskave (razen EEG) so bile v mejah normale.

Postavlja se vprašanje, kdaj so se pojavile kožne spremembe. Dejstvo je, da sama bolnica ni opazila kakih kožnih sprememb pred začetkom bolezni, prav tako jih niso opisali ob internističnem pregledu pri prvem sprejemu. Morda so zgodnje kožne spremembe sicer bile npr. na hrbtu, a jih bolnica ni opazila. Odsotnost kožnih sprememb tudi ne izključuje Lymške borelioze, saj po podatkih iz literature lahko katerakoli faza po okužbi z B. burgdorferi celo manjka (1).

Nespecifične kožne spremembe, na osnovi katerih smo posumili na Lymsko boreliozo, najverjetneje sploh niso bile povezane s to boleznijo, ampak s pikom druge žuželke.

Tako ostaja nejasno, ali je pri bolnici dejansko šlo za simptomatsko psihozo po okužbi z B. burgdorferi ali pa je bila v osnovi bipolarna motnja razpoloženja ob slučajno odkriti Lymški bolezni. Celoten potek sicer bolj govori za prvo možnost. Dokončen odgovor bo najbrž pokazal šele čas.

Morda je še bolj kot opisana razmišljanja o etiologiji pomembno dejstvo, da je bila bolnica celostno obravnavana. V dosedanjem poteku bolezni je bila bolnica namreč zdravljena kar pri šestih različnih psihiatrih. Vsi so nadaljevali iskanje organskih vzrokov psihoze ob ustrezni psihofarmakoterapiji in skupinski ter individualni psihoterapiji. Če sprejememo domnevo o simptomatski psihozi, se postavlja vprašanje, ali bi lahko že prej posumili na Lymško boreliozo. Dejansko pa simptomi v začetku niso kazali na organsko bolezen možganov, pa tudi rutinsko opravljene biokemične, hormonske in serološke preiskave (na sifilis) niso pokazale odstopov od normale. Tudi v internističnem in nevrološkem statusu ni bilo odstopanj. Zaradi abnormnega EEG je bila diagnostika vodena v smeri izključitve možganskega tumorja. Šele kasneje smo na osnovi nespecifičnih kožnih sprememb, ki verjetno sploh niso bile povezane z Lymško boreliozo, posumili na možnost okužbe z B. burgdorferi.

Zaključek

Izkušnje kažejo, da se psihiatri dobro zavedajo potrebnosti celostne obravnave vsakega bolnika s somatske in psihične plati. To še posebej velja za prvi izbruh bolezni pri do tedaj psihično zdravem bolniku. Seveda je za celostno obravnavo bolnika pogosto potrebno sodelovanje več medicinskih strokov, zlasti s področja »nevro znanosti« (psihiatri, nevrologi, nevrofiziologi, nevrokirurgi, nevroradiologi...). Navedeni primer tako ukrepanje samo potrjuje.

Literatura

1. Strle F. Lymška boreliozo. Med Razgl 1990; 29: 197-220.
2. Shadick NA, Phillips CB, Logigian EL et al. The long-term clinical outcomes of Lyme disease. A population-based retrospective cohort study. Ann Int Med 1994; 121: 560-7.

3. Kohler J. Die Lyme-Borreliose in Neurologie und Psychiatrie. Fortschr Med 1990; 108: 191-3.
4. Fallon BA, Nields JA, Burrascano JJ, Liegner K, DelBene D, Liebowitz MR. The neuropsychiatric manifestations of Lyme borreliosis. Psychiatric Quarterly 1992; 63: 95-117.
5. Fallon BA, Nields JA, Parsons B, Liebowitz MR, Klein DF. Psychiatric manifestations of Lyme borreliosis. J Clin Psychiatry 1993; 54: 263-8.
6. Reess J, Mauch E, Kornhuber HH. Subakutes organisches Psychosyndrom als klinische Manifestation einer Infektion mit *Borrelia burgdorferi* im Stadium II ohne weitere neurologische Störungen. Nervenarzt 1991; 62: 514-5.
7. Kaplan RF, Meadows ME, Vincent LC, Logigian EL, Steere AC. Memory impairment and depression in patients with Lyme encephalopathy: comparison with fibromyalgia and nonpsychotically depressed patients. Neurology 1992; 42: 1263-7.
8. Roelcke U, Barnett W, Wilder-Smith E, Sigmund D, Hacke W. Untreated neuroborreliosis: Bannwarth's syndrome evolving into acute schizophrenia-like psychosis. A case report. J Neurology 1992; 239: 129-31.
9. Schou M. Lithium treatment of manic-depressive illness. Basel: Karger, 1993: 32-5.
10. Hamilton M. Mood disorders: Clinical features. In: Kaplan HI, Sadock BJ eds. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989; 892-912.
11. Lader M, Herrington R. Biological treatments in psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 1990: 221-2.

1850



Zlatar-Juvelir

Pavlovski Alojz

64260 Bled
C. Svobode 7
tel.: 064/76-411VSAKOLETNI SPONZOR PRIZNANJA
GORENJSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA - ZP GZD

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.

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 sopojavov

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 psoriaza, 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



SANDOZ

vaš partner pri zdravljenju

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

Strokovni prispevek/Professional article

SUBKUTANO PREŠITJE PRETRGANE AHILOVE TETIVE PRI 76-LETNI POŠKODOVANKI

SUBCUTANEOUS SUTURING OF THE RUPTURED ACHILLES TENDON AT 76 YEARS OLD PATIENT

Andrej Čretnik, Miloš Kosanović, Miroslav Batišta

Travmatološki oddelek, Splošna bolnišnica Celje, Oblakova 5, 63000 Celje

Prispelo 1994-12-15, sprejeto 1995-04-03; ZDRAV VESTN 1995; 64: 333-4

Ključne besede: Ahilova tetiva; pretrganje; metoda subkutanega šiva v lokalni anesteziji

Izvleček – Izhodišča. Prikazan je primer 76-letne bolnice s svežim popolnim pretrganjem Ahilove tetive. Po klinični in ultrazvočni potrditvi je bila operirana po naši metodi sub(per)kutanega šiva v lokalni anesteziji.

Zaključki. Mnenja o ustreznosti konservativnega oziroma operativnega načina zdravljenja svežih popolnih pretrganj Ahilove tetive so še vedno različna. Kljub vsemu prevladuje odprta operativna oskrba svežih poškodb Ahilove tetive. Perkutana metoda združuje prednosti konservativne metode in odprte operativne oskrbe, s čimer pomembno zmanjšamo možnosti komplikacij in tudi stroške. Z operiranjem v lokalni anesteziji se izognemo nevarnostim splošne oziroma spinalne anestezije, za metodo pa praktično ni kontraindikacij.

Uvod

Pretrganje Ahilove tetive je pretežna poškodba pri ljudeh v srednji starostni dobi (od 25–40 let), pogostejša je pri moških, zlasti pri športnikih, večinoma rekreativnih (1). Pri starejših ljudeh so zaradi napredovalih starostnih sprememb sicer v ospredju poškodbe okostja. Mehanizem poškodb je največkrat pretirani nateg oziroma obremenitev pri učvrščenem stopalu oziroma nagli spremembi gibanja (2).

Mnenja o ustreznem načinu zdravljenja svežih popolnih pretrganj Ahilove tetive so še vedno deljena. Vse do objave dela Arnerja in Lindholma (3, 4) je bilo v ospredju konservativno zdravljenje, z njuno metodo pa je doživelo razcvet operativno zdravljenje – pojavile so se številne modifikacije originalne metode.

Z objavo raziskav Lea in Smitha (5) ter Nistorja (6) v osemdesetih letih je konservativno zdravljenje ponovno dobilo veliko zagovornikov, pa tudi nasprotnikov.

Metoda perkutanega šiva združuje prednosti operativne in konservativne oskrbe (1, 7–9). Z uporabo lokalne anestezije se izognemo komplikacijam splošne oziroma spinalne anestezije, za operacijo praktično ni kontraindikacij (9).

Pojavljajo pa se tudi druge metode. Nada poroča o zdravljenju pretrgane Ahilove tetive s posebnim zunanjim fiksatorjem (10). Namesto mavčenja se uporabljajo posebne funkcionalne opornice, ki omogočajo zgodnjo pooperativno mobilizacijo in obremenjevanje uda (11–13).

Key words: Achilles tendon; rupture; subcutaneous suturing under local anaesthesia

Abstract – Background. A case report of a 76-years old patient with a fresh, total rupture of the Achilles tendon is reported. The sub(per)cutaneous reconstruction of the ruptured Achilles tendon proceeding our method under local anaesthesia was carried out after the clinical and ultrasonographical confirmation of the rupture.

Conclusions. Debate concerning the appropriate treatment of fresh, total ruptures of the Achilles tendon still continues. Nevertheless most authors prefer open surgical repair. Percutaneous reconstruction combines the advantages of the conservative and open surgical treatment and reduces risk of complications as well as costs. Operating with local anaesthesia we can avoid the complications and risk of general or spinal anaesthesia, there are almost no contraindications for the intervention.

Idealna metoda naj bi čim manj dodatno poškodovala strukture, pretrgana konca čim bolje učvrstila in omogočila čim zgodnejšo mobilizacijo in hitro rehabilitacijo.

Prikaz primera

76-letna bolnica A. D. je doma zdrsnila na stopnicah in si pretrgala desno Ahilovo tetivo, kar je v tej starosti redkost. Anamneza in klinična slika sta bili tipični. Pri padcu je začutila močno bolečino, ni več mogla aktivno stopiti na prste. Do pretrganja je prišlo približno 3 cm nad narastiščem Ahilove tetive na petnico, v predelu pretrganja je bil viden hematoma in tipna vrzel. Thompsonov znak (14) je bil pozitiven (z gnetenjem meč pri bolnici ob ležanju na trebuhu nismo mogli izzvati plantarne fleksije stopala). Pri padcu si je odrgnila tudi levo koleno (narejena je bila toaleta, prešla je antitetanično zaščito). Diagnozo smo potrdili klinično in z ultrazvočno preiskavo.

Sicer se je bolnica zdravila zaradi težav s srcem (hipertonično srce z ishemično boleznijo srca, s preobčutljivim karotidnim sinusom in nestabilnim sinusnim ritmom), zaradi česar je imela vstavljen srčni spodbujevalnik in je prejela ustrezna zdravila. Zdravila se je tudi zaradi erozivnega gastritisa, kronične lumboishialgije, senilne katarakte, ledvičnih in žolčnih kamnov.

Pretrgano tetivo smo oskrbeli z našo metodo sub(per)kutanega šiva v lokalni anesteziji (9), ki smo jo razvili in uvedli leta 1991 in po kateri smo doslej oskrbeli več kot 80 poškodovancev.

Z metodo smo se izognili komplikacijam zaradi splošne ali spinalne anestezije oziroma komplikacijam zaradi bolničnih bolezni.

Po predoperativni pripravi smo predel pretrganja infiltrirali z 10–15 ml 1 % lidokaina, pretrgana konca s podkožnim šivom približali, ju učvrstili in nato zamavčili za tri tedne v snemno dokolensko longeto s stopalom v plantarni fleksiji 15–20 stopinj in nato še za štiri tedne v nevtralnem položaju stopala.

Po operaciji ni bilo težav. Bolnica je lahko pri hoji z berglama nogo delno obremenjevala že po prvem prevezu (tretji dan), do meje bolečine pa po treh tednih. Po odstranitvi mavca, ki ga je bolnica dobro prenašala, je pričela z intenzivnim razgibavanjem, vodnimi kopelmi in kriomasažo, nogo je smela obremenjevati do meje bolečine. Po treh mesecih smo ji dovolili polno obremenjevanje. Med zdravljenjem ni prišlo do vnetja ali drugih zapletov.

Po končanem zdravljenju je opazna zmerna zadebelitev Ahilove tetive v predelu pretrganja, ki se zmanjšuje. Gibljivost gležnja in stopala je skoraj simetrična, ni bistvene razlike v obsegu meč, groba moč je praktično enaka. Bolnica brez težav stopa na prste oziroma hodi po petah. Ni povečane dorzifleksije stopala na operirani strani in ni operativne brazgotine (kozmetične okvare), s čimer je bolnica zelo zadovoljna. Opravlja vsa dela kot pred poškodbo.

Razpravljanje

Obstajajo številne teorije o vzroku pretrganja Ahilove tetive. Najbolj verjetna se zdi teorija degenerativnih sprememb (15, 16). Kot vzrok pretrganja so pomembni tudi drugi dejavniki (preobremenitve, revmatične bolezni in jemanje zdravil [kortikosteroidi], infiltracije kortizonskih preparatov, mikrotravme, obdobje neaktivnosti... [1]). Inglis in Sculco v svoji raziskavi nista našla degenerativnih sprememb in sta razvila teorijo o zavrtju oziroma anomaliji inhibitornih mehanizmov, ki preprečujejo preirane obremenitve oziroma nateg mišičnotetivne enote (17). Veliko število le enostranskih pretrganj brez predhodnih težav govori v prid omenjeni teoriji, verjetna pa se zdi tudi kombinacija teorij.

Tudi enotnega mnenja o načinu zdravljenja svežih popolnih pretrganj Ahilove tetive ni.

Pri konservativnem zdravljenju poskušamo pretrgana konca čim bolj približati z zamavčenjem stopala v plantarni fleksiji (za 6–8 tednov). Metoda ima zelo malo komplikacij, je poceni, ni potrebna hospitalizacija bolnika. Zaradi skrčenja m. triceps surae pa ostane vrzel med pretrganima koncema, tetiva se zaceli v podaljšanem položaju. Izgubi se naravni tonus oz. napetost m. tricepsa, kar vodi v atrofijo in degeneracijo mišičnih vlaken (zlasti tipa I) (18). Dinamometrične meritve so pokazale slabšo moč kontrakcije meč po konservativnem zdravljenju v primerjavi z operativnim zdravljenjem (19). Po konservativnem zdravljenju so pogosta ponovna pretrganja (10–30 %) (1, 18).

Večina avtorjev zagovarja operativno zdravljenje z odprtim prešitjem pretrganih koncev in dodatnimi učvrstitvenimi plastikami, po katerem praktično ni ponovnih pretrganj (1, 16, 17, 20). Pogosti zapleti pa so: gnojenja operativne rane, nekroza kože oziroma tetive, adhezije, poškodbe nervus suralis, slabo oziroma podaljšano celjenje, izločanje šivov ipd. (6–25 %) (18, 20). Le-ti nastanejo zaradi operativne poškodbe kože, podkožja, tetive in tetivne ovojnice, ki kljub pretrganju tetive lahko ostane nepoškodovana (18), skozenjo pa vodi žilni pletež za prehrano (15).

Bradley in Tibone v primerjalni študiji med operiranimi bolniki po metodi perkutanega šiva in odprti metodi nista našla statistično

pomembnih razlik v moči, čvrstosti in vzdržljivosti operiranega uda. Pri perkutani metodi pa sta ugotovila statistično večjo simetričnost med operiranim in neoperiranim udom kot pri odprti metodi. Zato priporočata perkutano metodo zlasti pri rekreativnih športnikih in pri vseh, ki se želijo izogniti kozmetičnim okvaram (1). Tudi Fitzgibbons, Hefferon in Hill v svoji raziskavi z dinamometričnimi meritvami (Cybex II) niso našli statistično pomembnih razlik v moči, čvrstosti in vzdržljivosti med operiranim udom po perkutanem prešitju in neoperiranim udom (8).

Kot komplikacija perkutane metode je opisana poškodba nervus suralis (8), ki pa se ji dá s pravilno tehniko in izkušnjami izogniti (1, 8, 9).

Tudi pri perkutani metodi praktično ni ponovnih pretrganj operirane Ahilove tetive oziroma se pojavljajo v približno enakem odstotku kot pri odprtem prešitju (1, 7, 8). Pri naših več kot 80 operiranih bolnikih doslej nismo imeli ponovnih pretrganj, prav tako ne drugih komplikacij (okužb, poškodb n. suralis, težav pod mavcem ipd.). Bolniki opravljajo ista opravila kot pred poškodbo, tudi operirani športniki se brez težav še naprej ukvarjajo z vrhunskim športom.

Z operiranjem v lokalni anesteziji je moč izvesti operacijo ambulantno, s čimer dosežemo večje udobje pri bolniku, ob že opisanih prednostih pa lahko pomembno znižamo tudi stroške in čas hospitalizacije (9).

Literatura

- Bradley JP, Tibone JE. Percutaneous and open surgical repairs of Achilles tendon ruptures. A comparative study. *Am J Sports Med* 1990; 18: 188–95.
- Banović DM. Povrede u sportu. Beograd: Medicinska knjiga, 1993: 63–70.
- Arner O, Lindholm A. Subcutaneous rupture of the Achilles tendon. A study of 92 cases. *Acta Chir Scand* 1959; 239: 1–51.
- Lindholm A. A new method of operation for subcutaneous rupture of the Achilles tendon. *Acta Orthop Scand* 1959; 117: 261–70.
- Lea RB, Smith L. Non-surgical treatment of tendo Achilles ruptures. *J Bone Joint Surg (A)* 1972; 54: 1398–407.
- Nistor L. Surgical and non-surgical treatment of Achilles tendon rupture. *J Bone Joint Surg (A)* 1981; 63: 394–9.
- Ma GWC, Griffith TG. Percutaneous repair of acute closed ruptured Achilles tendon: A new technique. *Clin Orthop* 1977; 128: 247–55.
- Fitzgibbons RE, Hefferon J, Hill J. Percutaneous Achilles tendon repair. *Am J Sports Med* 1993; 21: 724–7.
- Kosanović M, Čretnik A, Batišta M. Subcutaneous suturing of the ruptured Achilles tendon under local anaesthesia. *Arch Orthop Trauma Surg* 1994; 113: 177–9.
- Nada A. Rupture of the calcaneal tendon. Treatment by external fixation. *J Bone Joint Surg (Br)* 1985; 67: 449–53.
- Carter TR, Fowler PJ, Blokker C. Functional postoperative treatment of Achilles tendon repair. *Am J Sports Med* 1992; 20: 459–62.
- Saw Y, Baltzopoulos V, Lim A, Roston PKM, Bolton-Maggs BG, Calver RF. Early mobilization after operative repair of ruptured Achilles tendon. *Injury* 1993; 24: 479–84.
- Sölveborn SA, Moberg A. Immediate free ankle motion after surgical repair of acute Achilles tendon ruptures. *Am J Sports Med* 1994; 22: 607–10.
- Thompson TC. A test for rupture of the tendo Achilles. *Acta Orthop Scand* 1962; 32: 461–5.
- Lagergren C, Lindholm A. Vascular distribution of the Achilles tendon – an angiographic and micro-angiographic study. *Acta Chir Scand* 1959; 116: 491–5.
- Fox JM, Blazina ME, Jobe FW et al. Degeneration and rupture of the Achilles tendon. *Clin Orthop* 1975; 107: 221–4.
- Inglis AE, Sculco TP. Surgical repair of ruptures of the tendo Achilles. *Clin Orthop* 1981; 156: 160–9.
- Dedushkin VS, Bazhanov EA, Trachyuk AP, Tikhilov RM. Computer tomography possibilities in diagnosis and control of treatment efficiency of the Achilles tendon damages. *Ortoped Travmatol* 1991; 12: 25–30.
- Washburn SD, Caiozzo VJ, Wills CA, Hunt BJ, Prietto CA. Alterations in the in-vivo torque-velocity relationship after Achilles tendon rupture. Further evidence of speed-specific impairment. *Clin Orthop* 1992; 279: 237–45.
- Cetti R, Christensen SE, Ejsted R, Jensen NM, Jorgensen U. Operative versus nonoperative treatment of Achilles tendon rupture. *Am J Sports Med* 1993; 21: 791–9.

Strokovni prispevek/Professional article

KAKO SPOZNATI MOTENJE V DELOVANJU KOMPLEMENTNEGA SISTEMA?

HOW TO DETECT DEFECTS IN FUNCTION OF THE COMPLEMENT SYSTEM?

Vladimir Kotnik¹, Michael Kirschfink²¹ Inštitut za mikrobiologijo, Laboratorij za celično imunologijo, Medicinska fakulteta, Korytkova 2, 61105 Ljubljana, Slovenija² Ruprecht-Karl Universität Heidelberg, Institut für Immunologie und Serologie, Immunchemie, Im Neuenheimer Feld 305, 69120 Heidelberg, Nemčija

Prispelo 1995-02-03, sprejeto 1995-04-04; ZDRAV VESTN 1995; 64: 335–43

Ključne besede: sistem komplementa; prirojene pomanjkljivosti; pridobljene pomanjkljivosti; diagnoza; zdravljenje**Key words:** complement system, hereditary defects, acquired defects, diagnosis, therapy

Izvleček – Izhodišča. Komplementni sistem je s filogenetskega vidika star način obrambe pred povzročitelji okužb. O njegovem obstoju govorijo že stara poročila iz dobe Asircev, vendar so ga znanstveno pričeli proučevati šele ob koncu prejšnjega stoletja. Danes je ugotavljanje aktivnosti in aktiviranosti tega sistema ključno pri razumevanju nastanka, poteka in prognoze določenih bolezni.

Abstract – Background. From the phylogenetic point of view the complement system is an old mode of unspecific defense system occurring in very primitive animals like Crustacea. First assumptions of its presence are dated back to Assirian scripts, but scientifically it was proven at the end of the 19th century. Today the testing of its activity is of crucial importance for understanding the origin, course and prognosis of several severe diseases.

Metode. Avtorja sta pregledala ključne članke, ki omogočajo najenostavnejšo in najbolj pregledno razurstitev znanih dejstev v opis dejavnosti komplementnega sistema, njegovo povezanostjo z boleznimi in načine za ugotavljanje sprememb, ki so do določene mere patognomonične zanje.

Methods. The authors searched for some valuable articles with uncomplicated, but clear description of known facts on the activation and activity of the complement system, its link to diseases and ways of detection of alterations pathognomonic for them.

Rezultati. Snov iz člankov sta oplemenitila s svojimi izkušnjami in predlogi, ki naj bodo vodilo zdravnikom pri odločanju o potrebnosti preiskovanja dejavnosti komplementnega sistema pri konkretnih bolnikih. V tabelah in s slikami poskušata pomagati pri načrtovanju diagnostike in pri interpretaciji laboratorijskih izvidov. Posebej poudarjata pomembnost pravilnega odvzema vzorcev in še bolj pravilnega in hitrega prenosa materiala do laboratorija.

Results. The material from the literature was implemented with authors own experience in the field, as well as with proposals important for physicians for their daily work with patients. With comprehensive tables and graphs, they wish to help planing complement diagnostics and interpretation of the laboratory findings. Importance of correct sampling and fast transport of clinical material to the laboratory is stressed out.

Zaključki. Komplementni sistem se aktivira po dveh poteh, po alternativni poti, ki se sproži takoj po vdoru povzročitelja bolezni v telo in tako predstavlja takojšnjo obrambo, podobno kot npr. naravne pregrade, in po klasični poti, ki se aktivira potem, ko so nastala specifična protitelesa. Spremembe v dejavnosti komplementnega sistema so lahko posledica prirojenih ali pridobljenih okvar posameznih sestavin. Med boleznijo se komplementni sistem pogosto aktivira, posledica pa so spremenjena razmerja med sestavinami in razpadnimi proizvodi. Od tega, kako je prišlo do sprememb, ki so razvidne iz izvida, je odvisen način zdravljenja določenega bolnika. Da pa bi to lahko iz izvida razbrali, je treba razumeti načine aktivacije in potek aktivacije komplementnega sistema v podrobnosti.

Conclusions. The complement system is activated via two pathways: the alternative way, which is activated immediately after infection and is very quick mode of unspecific defense and, the classical way, which is activated much later, when the immune response with synthesis of specific antibodies already occurs. Pathologic alterations in the activity of the complement system may be the consequence of hereditary or acquired defects in the system. Some components may not be produced or are ineffective, but the most frequent causes are diseases in which with an unregulated activation consequently alters normal quantities or proportions between distinct components and degradation products. The patients treatment protocols depend on laboratory findings. For understanding that data, it is important to know and understand pathways of activation of the complement system in details.

Komplementni sistem

Odkritje, zgradba

Že stari Asirci so vedeli, da ima kri zdravilno moč. Kaj je temu vzrok, so odkrili na koncu 19. stoletja (od 1890–96: Fodor, Nuttall in Buchner). Komplementnemu sistemu je dal ime Buchner (1).

Poimenoval ga je z grškim imenom aleksin (brezimni). Ko so študirali bakteriolizo, so opazili, da je ta posredovana z dvema dejavnikoma, termolabilnim in termostabilnim (Pfeiffer 1894). Termostabilni dejavnik je navzoč le v serumu živali in ljudi, ki so bile v stiku s povzročiteljem bolezni, v tako imenovanem imunskem serumu (Bordet 1889–95). Pozneje so ugotovili, da so ta

dejavnik specifična protitelesa. Termolabilni aleksin pa je moč najti v imunskem in neimunskem serumu.

Z današnjim imenom je komplementni sistem imenoval Ehrlich (1899). Ime komplement izhaja iz spoznanja, da aleksin olajša ali dopolni, ali s tujko, komplementira hemolitično zmožnost imunskega seruma. Že v tistem času so izdelali test, s katerim so mogli meriti dejavnost aleksina. Bordet in Gengou sta ga opisala kot test vezanja komplementa (1901).

Komplementni sistem sodi po svojih značilnostih k mehanizmom naravne odpornosti. V evoluciji se je pojavil že zelo zgodaj, toda pozneje kot drugi načini naravne odpornosti, na primer fagocitoza, in prej, kot se je začel razvijati imunski sistem. Zaradi zmožnosti tesnega sodelovanja z imunskim sistemom ga uvrščamo v najvišjo obliko organiziranosti nespecifičnih obrambnih načinov. Dejavnike, ki so pomembni za aktivacijo komplementnega sistema po alternativni poti, so našli že pri nevretenčarjih. Pri oblostkah so dokazali navzočnost osrednje komponente komplementnega sistema C3, istočasno pa tudi že imunoglobulinske molekule (2). Dobro je razvit pri vretenčarjih. Je pomemben in učinkovit način za uničenje in odstranitev povzročiteljev bolezni v času pred nastankom specifičnega imunskega odziva in seveda tudi potem.

Danes je znano, da je komplementni sistem zapleteno sestavljen. Sestavlja ga vrsta beljakovin, ki jih najdemo v telesnih tekočinah in na površini celic. Poglavitni izvor komponent – sestavin komplementnega sistema so jetra. Tu se primarno sintetizirajo sestavine C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, faktor B, C1 inhibitor (C1 inh) in faktor I. C1q in C1r/C1s se tvorita v epiteljskih celicah, properdin (P), faktor D in faktor H pa v monocitih. Vse navedene komponente, razen faktorja H, faktorja B, C1 inh in properdina (lat. perdere = razgraditi, uničiti), se lahko sekundarno tvorijo tudi v monocitih in makrofagih (3).

Zapisi za posamezne komponente komplementnega sistema so na različnih kromosomih. Najbolj znan lokus, kjer najdemo zapise za komponente komplementnega sistema, je znotraj zapisa za antigene poglavitnega kompleksa tkivne skladnosti (angl. MHC – major histocompatibility complex) na kromosomu 6. Tukaj so zapisi za komponente C4A, C4B, C2 in faktor B. Včasih imenujemo te sestavine kar beljakovine razreda III sistema MHC (4). Genotipski in fenotipski polimorfizem posameznih komponent je lahko povezan z določenimi boleznimi ali pa tudi ne (5). Najbolj polimorfni so zapisi za komponento C4. Za to komponento je znanih že 30 različnih variant. Najpomembnejša izotipa sta izotip C4A in C4B. Skupaj sta izražena pri več kot 70% belcev, 20% pa jih izraža le izotip B in 10% le izotip A. Izotip B in vitro močno aktivira hemolitično dejavnost komponente C3, za izotip A pa je značilno, da aktivira komponento C3 le slabo, veže pa se močno za NH_2 skupine in tako omogoča hitrejšo odstranjevanje imunskih kompleksov. Posebno neučinkovita varianta je C4'A6, ki je nekoliko pogostejša pri osebah z lepromatozno lepro. Varianta C4'B2 se pojavlja s povečano frekvenco pri bolnikih z multiplo sklerozo in Alzheimerjevo boleznijo, varianta C4'B29 pa pri bolnikih z revmatoidnim artritisom.

Čeprav obstaja polimorfizem v alotipih C3, se za sedaj zdi, da ni povezan z učinkovitostjo in boleznimi. Polimorfizem C2 je redek in nepovezan z boleznimi. Faktor B se kaže v več variantah, od teh je varianta S (slow – izoelektrično fokusiranje) zastopana pri 80% belcev in Azijcev, varianta F (fast) pa pri 20%. Pri črnih je vzorec obrnjen in 60% oseb ima varianto F. Varianta S je hemolitično manj aktivna od variante F. Zdi se, da je varianta F1 povezana z nastankom juvenilnega diabetesa in boleznimi ledvic pri črnih. Komponenta C5 je pri belcih stabilna. Tudi med komponentami litičnega kompleksa obstaja velika variabilnost. Za zdaj še niso odkrili povezanosti tega polimorfizma z boleznimi.

Delovanje komplementnega sistema

Delovanje komplementnega sistema je kompleksno. Končni učinek se kaže s tvorbo litičnega kompleksa, ki ga v slovstvu

označujejo tudi s kratico MAC (angl. Membrane Attack Complex). Litični kompleks nastane tedaj, ko konvertaza C5 po klasični poti (C4b2a–C3b) ali konvertaza po alternativni poti (C3bBb–C3b), kot encima razgradi komponento C5 v odlomka C5a in C5b. Odlomek C3b, ki nastane ob cepljenju komponente C3, ni sestavni del konvertaze C5 po klasični ali alternativni poti, pač pa je potreben zato, da veže komponento C5 z membrano in nato omogoči makromolekularnima kompleksoma C4b2a in C4bBb njuno encimatsko aktivnost. Na novo nastali odlomek C5b se sprva še drži ustrezne konvertaze. Oblikovan je tako, da se lahko veže z enim delom s C3b, ki je povezan s celično membrano, z drugim pa s komponento C6. Če se C6 ne uspe kmalu vezati s svojim veziščem na C5b, postane molekula C5b neučinkovita. C6 se nato veže s C7. To učvrsti kompleks v membrani in se iz nje tedaj ne more več iztrgati. Zdaj se lahko veže komponenta C8. Komponenta C8 je zgrajena iz verig alfa, beta in gama. Veriga alfa je potrebna za vezavo komponente C9. Na verigo beta se veže komponenta C7, vloga verige gama pa za zdaj še ni znana. Po vezavi C8 se kompleks C5b–8 vdre globlje v membrano in tedaj že lahko pride do lize (predvsem starih eritrocitov). Nato se v kompleks veže komponenta C9, kar povzroči v membrani nastanek cilindričnih struktur. Zunanji premer cilindra je 20 nm, notranji pa 10 nm. Skozi nastalo luknjo se pričnejo izmenjevati elektroliti. Pri metabolno šibko aktivnih celicah (eritrociti) se kažejo opisane poškodbe z lizo celic. Celice z jedrom, ki so zmožne na aktiven način vzdrževati elektrolitsko neravnotežje in učinkovito popravljati poškodbe v membrani, pa pogosto ostanejo nepoškodovane, če le ni nastala prevelika množina litičnih kompleksov. V domači literaturi so podrobnejši opisi teh dogajanj v delih 6, 7, 8, 9.

Preden pride do nastanka litičnega kompleksa, se mora komplementni sistem aktivirati. Aktivacija teče na dva načina: po klasični in po alternativni poti.

Alternativna pot

Alternativna pot je filogenetsko starejša in za preživetje oseba pomembnejša od klasične poti aktivacije. Sproži se ob vdoru povzročitelja bolezni v organizem, medtem ko se aktivira komplementni sistem po klasični poti šele tedaj, ko nastanejo ustrezna specifična protitelesa (8 dni!). Aktivacijo alternativne poti sprožijo mnoge bakterije (po Gramu + in –), virusi (Simian, Sindbis, VSV, Rotavirusi) in tumorsko spremenjene celice. Aktivacijo lahko sprožijo tudi eritrociti različnih živalskih vrst (kunec, kokoš, budra) (10), kar s pridom uporabljamo v laboratoriju za merjenje aktiviranosti komplementnega sistema. Za aktivacijo po alternativni poti je značilno, da za sproženje ni potrebna navzočnost specifičnih protiteles. Znano je, da aktivira komplement po alternativni poti faktor, ki ga dobimo iz kobrinega strupa. K sreči tako izzvana aktivacija ni pogosta in je zanimiva predvsem iz raziskovalnega vidika. Pomembnejši aktivatorji pa so: polianioni (npr. DNK, poliinozinska kislina, dekstran sulfat, polivinilsulfat, karaginan, celulozni fosfat), polisaharidni komponenti O in R lipopolisaharidne molekule (LPS), peptidoglikan in teihoična kislina (11, 12). Zaradi odsotnosti ali neučinkovitosti sestavin alternativne poti, predvsem properdina (faktor P), pride pogosto do hudih okužb z *Neisseria meningitidis* (13). Takšne okužbe so pomembno znamenje, ki mora spodbuditi iskanje okvar v delovanju alternativne poti.

Za aktivacijo komplementnega sistema po alternativni poti, je najpomembnejša stalna spontana hidroliza komponente C3. Posledica tega je nastanek molekulskega kompleksa $\text{C3}(\text{H}_2\text{O})\text{Bb}(\text{Mg})$, ki ima podobno delovanje kot odlomek C3b, zato ga imenujemo tudi C3b-like (podoben C3b). Nanj se veže faktor B in nastane konvertaza C3, ki cepi nove molekule C3 na odlomka C3a in C3b. Cepljenje komponente C3 se prične tudi tako, da se veže faktor B, ki je po zgradbi in delovanju homologen komponenti C2, s faktorjem D, ki je serin esteraza. Faktor D razcepi faktor B v dva odlomka, in sicer Ba in Bb. Ko je odlomek Bb vezan

s C3, nova konvertaza C3 po alternativni poti cepi nove molekule C3 ali pa postane konvertaza C5 in cepi sestavino C5. Konvertaza C3 po alternativni poti deluje enako kot konvertaza C3 po klasični poti.

Klasična pot

Aktivacijo komplementa po klasični poti sproži nastanek topnih in za membrano vezanih imunskih kompleksov, za membrano vezane molekule imunoglobulinov (ne pa proste molekule imunoglobulinov) (14), protein A iz celične stene Staph. aureus potem, ko se veže z imunoglobulini IgG (naravna vezava), CRP z neposredno vezavo za C1, lipid A iz LPS, mielin, retrovirusi (HIV), Sindbis virus in virus New-Castle. Komponenta C1 je navzoča v plazmi in serumu v obliki neaktivnega kompleksa C1q(rs)2. Molekula C1q ima šest enakih vezišč, ki se morejo vezati za aktiven predel na Fc fragmentu imunoglobulinske molekule razreda IgG in IgM. Na telo molekule C1q sta vezani z vsake strani po dve molekulici C1r in C1s. Ko se C1q veže, se konformacijsko spremeni, kar povzroči aktivacijo prve molekule C1r, ki se tudi konformacijsko spremeni in postane esterolitična. Esterolitična C1r razcepi drugo molekulo C1r, ki postane zmožna kot encim cepiti prvo molekulo C1s. Ko se ta razcepi, postane ista molekula C1r zmožna cepiti drugo molekulo C1s. Vezani C1s cepi kot encim molekulo C4. Na nastali odlomek C4b, ki je vezan v kompleks s C1, se nato veže še molekula C2. Ista molekula C1s, kot je cepila C4, zdaj razcepi molekulo C2. Nastane kompleks C4b2a, ki je konvertaza C3 po klasični poti.

Urnnavanje dejavnosti komplementnega sistema

Komplementni sistem je izjemno učinkovit. Za to, da bo nastala cela množica litičnih kompleksov (MAC), je potrebna aktivacija le majhnega števila začetnih komponent. S cepitvijo sestavine C3 nastanejo možnosti za nesluteno ojačenje reakcije. Tako menimo, da ena molekula konvertaze C3 po klasični ali po alternativni poti povzroči cepljenje okoli tisoč molekul C3 in tako tisočkratno ojači osnovni signal. Aktivacija komplementnega sistema torej lahko privede do smrti množice celic, na katerih so se tvorili litični kompleksi. Včasih se sproži aktivacija komplementnega sistema brez pomembnega vzroka, to pa lahko privede do nepotrebne poškodbe tkivnih celic. Da do tega ne bi prišlo, so se med evolucijo razvili varstveni mehanizmi, ki to preprečujejo, obenem pa preprečujejo preveliko porabo sestavin komplementnega sistema. Nastali so kontrolni proteini, ki zavirajo delovanje posameznih sestavin komplementnega sistema z aktivnostjo serinskih proteaz, ki uničujejo ali pa zavirajo delovanje konvertaz in uravnavaajo nastanek litičnih kompleksov. Vse proteaze, ki razgrajujejo sestavine komplementnega sistema, so serinske proteaze. Njihovo delovanje je usmerjeno le v razgradnjo sestavin komplementnega sistema, drugih proteinov pa ne razgrajujejo. Za serinske esterase je značilno, da nanje delujejo dokaj specifični naravni inhibitorji. Te inhibitorje uvrščamo med serpine, npr. alfa 1 antitripsin in alfa 2 antiplazmin. V komplementnem sistemu deluje le en serpinski inhibitor, to je C1-inh. O njegovem pomenu je več napisanega na drugem mestu. Druge serinske proteaze v komplementnem sistemu pa nimajo naravnih inhibitorjev, njihova dejavnost je tako uravnavana drugače. Dejavnost faktorja D in faktorja I je pogojena z navzočnostjo ustreznega substrata, za faktor H je to sestavina B, za faktor I pa odlomka C3b in C4b. Pomembno je, da so navedeni substrati na voljo le kratek čas. Nimajo, da okoli 5 minut (15). Dejavnost konvertaz je uravnavana na tri načine. Encimsko aktivna odlomka C2a in Bb se po odcepitvi od odlomkov C4b in C3b z njima ne moreta vezati ponovno, prav tako pa tudi ne z novo nastalimi odlomki C4b in C3b. S kompleksoma C4b2a in C3bBb se vežejo pospeševalci razgradnje, kot so faktor H, protein, ki veže C4b C4bp (angl. C4 binding protein), za membrano celic vezan protein, ki ga imenujemo tudi komplementni receptor 1 (CR1), in

dejavnik, ki pospešuje razgradnjo DAF (angl. Decay Accelerating Factor). Tretji način zaviranja dejavnosti konvertaz je, da se po odcepitvi odlomkov C2a in Bb preostala odlomka C3b in C4b vežeta s faktorjem I. Nadzor nad nastajanjem membranskih litičnih kompleksov je pogojen z navzočnostjo S-proteina, ki ga imenujemo tudi vitronektin. Vitronektin tekmuje s kompleksom C5b-7 za ista vezavna mesta v membrani, in če se uspe vezati pred njim, prepreči nastanek učinkovitega litičnega kompleksa C5b-9. Opisali so še nekaj drugih plazemskih proteinov, ki lahko preprečijo nastanek membranskih litičnih kompleksov, tako se zdijo pomembni še proteini SP40,40, MIP (angl. MAC-Inhibiting Protein) in CD59.

Pomanjkljivosti komplementnega sistema in bolezni

Primarne in sekundarne imunske pomanjkljivosti

Kot smo že povedali, je neokrnjenost komplementnega sistema nujna za zdravje posameznikov. Kadar manjka katera od komponent, pride do zmanjšane aktivnosti sistema, kar se kaže z različnimi bolezenskimi znamenji. Posamezna komponenta lahko povsem manjka (poredkoma jih manjka tudi več) ali pa je je manj zaradi prepočasne sinteze ali pa prevelike porabe zaradi kake druge bolezni, pri kateri se aktivira komplementni sistem. Bolezni, ki so pogojene s primarno prizadetostjo komplementnega sistema, so relativno redke, prevalenca je v povprečju 1:3000 (16-19), medtem ko so bolezni, kjer gre za sekundarno prizadetost komplementnega sistema, mnogo pogostejše (tab. 1).

Tab. 1. *Prevalenca pomanjkljivosti komplementnega sistema (Mod. 16, 20).*

Tab. 1. *Prevalence of complement system deficiencies (Mod. 16, 20).*

Protein Protein	Prevalenca (belci) Prevalence (Kaukasians)
C2	1/10.000-1/30.000; heterozigoti 1/100
C2	1/10.000-1/30.000; heterozygots 1/100
C4	redko; heterozigoti 1/250
C4	rare; heterozygots 1/250
C6	1/60.000
C6	1/60,000
C7	1/25.000 (Japonci)
C7	1/25,000 (Japanese)
C9	1/1000 (Japonci)
C9	1/1000 (Japanese)
C1 inh	1/150.000
C1 inh	1/150,000

Prevalenca pomanjkljivosti komplementnega sistema je v povprečju 1/3000 (n=41.083). Pri določenih boleznih, kot npr. pri bakterijskem meningitisu, pa 1/10 (n=20), in SLE in reumatoidni artritis 1/30 (n=545) in pri bolnikih s primarnimi imunskimi pomanjkljivostmi 1/20 (n=98).

Prevalence of complement deficiencies in average is 1 in 3000 (n=41,083). In certain diseases, as for example in bacterial meningitis it is 1/10 (n=20), in SLE and rheumatoid arthritis 1/30 (n=545) and in primary immuno deficiencies 1/20 (n=98).

Navadno se pomanjkljivosti komplementnega sistema dedujejo avtosomno kodominantno, razen pomanjkljivosti regulacijske molekule C1 inh, ki se deduje avtosomno dominantno. Heterozigotni nosilci navadno nimajo izraženih kliničnih znamenj, pri homozigotih pa se ta pokažejo že kmalu po rojstvu. Hereditarne pomanjkljivosti moremo učinkovito zaslediti že s samo osebo in družinsko anamnezo. Danes je poznana že cela vrsta bolezni, pri katerih je okrnjena dejavnost komplementnega sistema in manjkajo posamezne komponente v celoti. Le za faktorja B in inaktivator anafilatoksina ali plazemska karboksipeptidaza N (pCPN) še ni opisov primerov, pri katerih bi manjkali v celoti (tab. 2).

Tab. 2. Število opisanih homozigotnih in skupno število homo- in heterozigotnih pomanjkljivosti sestavin komplementnega sistema pri ljudeh (Mod. 3, 4, 18, 19).

Tab. 2. Number of described homozygotic and total number of homo and heterozygotic defects of the complement system components in men (Mod. 3, 4, 18, 19).

Manjkajoča komponenta Missing component	Število homozigotnih pomanjklj. Number of homozygotic defects	Število homo- in heterozigotnih pomanjklj. Number of homo and heterozygotic def.	Klinične slike Clinical picture
C1	9	31	piogene okužbe, SLE, nefritis
C1	9	31	pyogenic infections, SLE, nephritis
C4	9	21	piogene okužbe, SLE, nefritis
C4	9	21	pyogenic infections, SLE, nephritis
C2	32	109	okoli 50% zdravih, ostali SLE, nefritis, dermatomiositis
C2	32	109	around 50% healthy, other SLE, nephritis, dermatomyositis
C3	5	19	huda imunska pomanjkljivost, SLE, nefritis
C3	5	19	severe immunodeficiency, SLE, nephritis
C5	14	27	meningokokni meningitis, gonokokna sepsa, SLE, vaskulitis, nefritis
C5	14	27	meningococcal meningitis, gonorrheal sepsis, SLE, vasculitis, nephritis
C6	44	77	meningokokni meningitis, SLE (redko)
C6	44	77	meningococcal meningitis, SLE (seldom)
C7	51	73	meningokokni meningitis, SLE (redko)
C7	51	73	meningococcal meningitis, SLE (seldom)
C8	41	73	meningokokni meningitis, SLE (redko)
C8	14	73	meningococcal meningitis, SLE (seldom)
C9	13	18	zdravi ali asimptomatski
C9	13	18	healthy or asymptomatic
C1 inhibitor	ne obstajajo!	mnogo	angioedem, SLE, ponavljajoče se okužbe
C1 inhibitor	doesn't exist!	many	angioedema, SLE, recurrent infections
faktor D	3	–	
ractor D	3	–	
faktor I	8	14	hude, ponavljajoče se piogene okužbe
factor I	8	14	severe recurrent pyogenic infections
faktor H	11	13	uremični sindrom s hemolizo
factor H	11	13	uremic syndrom with hemolysis
DAF	–	mnogo	paroksizmalna nočna hemoglobinurija
C8bp, CD59	–	many	paroxysmal nocturnal hemoglobinuria
DAF	–	many	paroxysmal nocturnal hemoglobinuria
C8bp, CD59	–	many	paroxysmal nocturnal hemoglobinuria
properdin P	51	–	meningokokni meningitis, pljučnice
Properdin P	51	–	meningococcal meningitis, pneumonia
C4bp	3	3	Bechetovi bolezni podoben sindrom, angioedem
C4bp	3	3	Bechet's like syndrome, angioedema

Klinični pomen pomanjkljivosti komplementnega sistema

Prvo znamenje, ki nas navede na misel, da je prizadet komplementni sistem, so ponavljajoče se bakterijske okužbe (20). Kadar je prizadeta klasična pot aktivacije od C1 do C3, so to navadno okužbe, ki jih povzročajo piogene bakterije, kadar so okvarjene komponente, ki so potrebne za tvorbo litičnega kompleksa (C3 do C9 in faktor P), pa so povzročitelji večinoma neiserije, najpogostejše *Neisseria meningitidis*, lahko pa tudi druge. Zelo zanimivo je, da pomanjkanje komponente C9 ni povezano s klinično izraženo bolezensko sliko. Na Japonskem se pojavlja pomanjkljivost sestavine C9 z incidenco 1/1000, vendar so praktično vsi, pri katerih so to pomanjkljivosti ugotovili, brez bolezenskih znamenj. Zdi se, da je že samo nastanek kompleksa C5b678 zadosten, da propade večina povzročiteljev bolezni, ki so navadni pri pomanjkljivostih komplementnega sistema. Povsem druga slika pa se nam kaže, kadar manjka komponenta C3. Ta je osrednja komponenta komplementnega sistema. Pomembna je,

ker brez njene razgradnje ne pride do tvorbe litičnega kompleksa, pa tudi alternativna pot se ne more aktivirati. Posledica pomanjkanja C3 je izjemno huda prizadetost obrambnega sistema, ki se navadno konča s smrtjo bolnika. V primerih, ko manjkajo komponente C1, C2 in C4, se pri bolnikih pogosto pojavijo klinična znamenja avtoimunskih bolezni, predvsem SLE in SLE podobni sindromi. Vzrok za to je verjetno zmanjšana zmožnost uravnavaanja eliminacije imunskih kompleksov (19). Bolezen, pri kateri manjka določena komponenta komplementnega sistema, potrdimo z laboratorijskim dokazom odsotnosti ali neaktivnosti ustrezne sestavine (21, 22) (sl. 1).

Komplement in bolezen Complement and disease

Pomanjkljivosti komplementnega sistema Defects of the complement system

- ponavljajoče se bakterijske okužbe (C1-C8, D, H, I, P)
- recurrent bacterial infections (C1-C8, D, H, I, P)

- avtoimunske bolezni, SLE (C1, C2, C4)
- autoimmune disease, SLE (C1, C2, C4)

- angioedem (C1 inh)
- angioedema (C1 inh)

Povečana aktivacija komplementnega sistema Increased activation of the complement system

- poškodbe, opekline, sepsa
- injuries, burns, sepsis

- vaskulitisi, nefritisi
- vasculitis, nephritis

- hiperakutna zavrnitev presadka
- hyperacute graft rejection

Sl. 1. Primarni in sekundarni vzroki za prizadetosti dejavnosti komplementnega sistema (Mod. 19).

Fig. 1. Primary and secondary causes for dysfunction of complement system (Mod. 19).

Tudi kadar manjkajo regulacijske beljakovine (C1 inh, faktor H, I, DAF, C4bp, C8bp, MIP, CD59), so prva klinična znamenja ponavljajoče se bakterijske okužbe. Kadar manjkajo faktorji DAF, C8bp (C8 binding protein) ali CD59, imajo bolniki znamenja paroksizmalne nočne hemoglobinurije. Ti faktorji so pri tej bolezni sicer navzoči, vendar se ne morejo vezati na površino eritrocitne membrane, ker v tej ni osnovne sidrne molekule, na katero bi se lahko vezali, in tako celic ne morejo varovati pred lizo. Najpogostejša pomanjkljivost regulacijskih beljakovin je pomanjkanje C1 inh (druga imena za to molekulo so še C1 esteraza inhibitor in C1 inaktivator). C1 inh ni pomemben le za uravnavanje dejavnosti komplementnega sistema, ampak ima pomen tudi pri delovanju sistema strjevanja krvi, fibrinolizi in delovanju kininskega sistema. Kadar manjka C1 inh, pride do motenj v propustnosti žilja in znamenj angioedema. Najbolj dramatična slika te pomanjkljivosti je Quinckejev edem (23–25), ki je smrtno nevarno stanje.

Komplementni receptorji (26, 27) so navzoči v membrani mnogih celic. Če manjkajo komplementni receptorji CR1 (receptor za C3b), ali CR3 (receptor za iC3b), ali oboji, imajo bolniki pogosto klinična znamenja SLE. Če manjkajo komplementni receptorji CR3 in ali CR4, se zmanjša adhezijska zmožnost levkocitov, kar ima za posledico hude bakterijske okužbe (tab. 3).

Tab. 3. Pomanjkanje komplementnih receptorjev (Mod. 25, 26, 27).

Tab. 3. Deficiency of complement receptors (Mod. 25, 26, 27).

Komplementni receptor	Ligand	Celice, ki imajo tak receptor	Klinična slika
Complement receptor	Ligand	Cells with receptor	Clinical picture
CR1 (CD35)	C3b, iC3b, C4b	M0, E, Gra, B, (T), K, podociti	SLE
CR1 (CD35)	C3b, iC3b, C4b	M0, E, Gra, B, (T), K, podocits	SLE
CR2 (CD21)	C3dg, C3d (iC3b) EBV	B, K, dendritične celice	infekcijska mononukleoza
CR2 (CD21)	C3gd, C3d (iC3b) EBV	B, K, dendritic cells	Infectious mononucleosis
CR3 (CD11b/CD18)	iC3b	M0, Gra, (T), NK	SLE, LAD, recidivirajoče okužbe
CR3 (CD11b/CD18)	iC3b	M0, Gra, (T), NK	SLE, LAD, recurrent infections
CR4 (CD11c/CD18)	iC3b (C3dg)	M0, NK, Gra	LAD, recidivirajoče okužbe
CR4 (CD11c/CD18)	iC3b (C3dg)	M0, NK, Gra	LAD, recurrent infections

B – limfociti B; E – eritrociti; Gra – granulociti; K – celice ubijalke; NK – naravne celice ubijalke; M0 – makrofagi; LAD – Leucocyte Adhesion Deficiency; P – podociti
B – Lymphocytes B; E – Erythrocytes; Gra – Granulocytes; K – Killer cells; NK – Natural killer cells; M0 – Macrophages; LAD – Leucocyte Adhesion Deficiency; P – Podocytes

Aktivacija komplementnega sistema pa ni pomembna le iz ob-
rambnega vidika, ampak ima lahko pomembno vlogo tudi pri
nastanku bolezni, npr. bolezni veziva, kot sta sistemski lupus
eritematosus in revmatoidni artritis (tab. 4). Načini nastanka
takšnih bolezni so različni, skupno pa jim je, da nastajajo najprej
imunski kompleksi, ti pa aktivirajo komplementni sistem. Na-
stane litični kompleksov na površini celic in vezivnih struktur,
npr. bazalne membrane v ledvičnih glomerulih, vodi do hudih
okvar organov in na koncu tudi do smrti bolnika. Kadar gre za
membranoproliferativni glomerulonefritis, lahko v serumu bol-
nikov dokažemo navzočnost avtoproteles, uperjenih proti kon-
vertazi C3 alternativne poti aktivacije komplementnega sistema.
Ta protitelesa imenujemo C3 nefritogeni faktor (C3 nef) (29). C3
nef stabilizira C3 konvertazo in zato se aktivira C3 brez ustreznega
nadzora. Posledica je laboratorijsko zelo zmanjšana hemolitična
aktivnost komplementnega sistema in zelo zmanjšana množina
komponente C3. Avtoprotelesa lahko nastanejo še proti se-
stavlinam C1q, C1 inh, konvertazi C3 po klasični poti (C4 nef).
Bolezni, ki so posledica aktivacije komplementnega sistema,
prizadenejo mnoge organske sisteme (17, 30–32). Z njimi se
ukvarjajo infektologi, revmatologi, nefrologi, dermatologi, endo-
krinologi, nevrologi in kardiologi. Komplementni sistem je močno
prizadet pri bolnikih z multiplimi poškodbami (politravma),
hudimi opeklinami in sepo (33). Pred kratkim so dokazali
vpletenost komplementnega sistema v nastanek poznega akut-
nega respiratornega distresnega sindroma (ARDS), ki vodi do
odpovedi delovanja pljuč (34).
Laboratorijsko lahko vpletenost komplementnega sistema v na-
stanek bolezni dokažemo z in vitro preizkusom aktivnosti kom-
plementnega sistema (35–38). Rezultat preiskave je ali in vitro
povečana aktivnost sistema (navadno v akutni fazi vnetja) ali in
vitro zmanjšana aktivnost komplementnega sistema (navadno
kronična faza vnetja) (39). Zmanjšana hemolitična aktivnost
komplementnega sistema pa je v teh primerih le posledica
poprejšnje zvečane aktivnosti komplementnega sistema, saj zaradi
izjemno velike porabe posameznih komponent organizem ni
zmožen sintetizirati zadostne množine novih. Da bi v teh primerih
ustrezno ocenili stopnjo aktiviranosti sistema, je torej treba meriti
poleg množine posameznih komponent še navzočnost njihovih
razpadnih proizvodov in aktivacijskih kompleksov. Menijo, da je
odlomek C3d tisti, ki v procesu razpadanja ostaja najdlje ne-
spremenjen. Zato je smiselno, da pri vsakodnevnem delu do-

Tab. 4. Aktivnost komplementnega sistema pri boleznih (Mod. 17).

Tab. 4. Activity of the complement system in disease (Mod. 17).

Bolezen	CH50	C3	C4	C3d	SC5b–9	C1/C1 inh
Disease	CH50	C3	C4	C3d	SC5b–9	C1/C1 inh
Revmatoidni artritis	normalno ali povečano	normalno ali povečano	normalno ali povečano	povečano	povečano	povečano
Rheumatoid arthritis	normal or increased	normal or increased	normal or increased	increased	increased	increased
Juvenilni RA	normalno ali povečano			povečano	povečano	povečano
Juvenile rheumatoid arthritis	normal or increased			increased	increased	increased
Sjögrenov sindrom	zmanjšano			zelo povečano	zelo povečano	povečano
Sjögren's syndrom	decreased			heavily increased	heavily increased	increased
Psoriatična artropatija	normalno ali zmanjšano			povečano	povečano	povečano
Psoriatic arthropathy	normal or decreased			increased	increased	increased
Behcetov sindrom	normalno			povečano	povečano	povečano
Behcet syndrom	normal			increased	increased	increased
Reiterjev sindrom	normalno ali povečano					
Reiter's syndroma	normal or increased					
SLE	normalno ali zmanjšano	zmanjšano	zmanjšano	povečano	povečano	normal ali zmanjš.
SLE	normal or decreased	decreased	decreased	increased	increased	normal or decreased
Membrano- proliferativni glomerulonefritis	zmanjšano	zmanjšano		povečano	zmanjšano	
Membrano- proliferative glomerulonephritis	decreased	decreased		increased	decreased	
IgA nefropatija		zmanjšano				
IgA nephropathy		decreased				
Akutni poststreptokokni nefritis		zelo zmanjšano	zmanjšano			
Acute poststreptococcal nephritis		heavily decreased	decreased			

kazujemo njegovo navzočnost in množino. Povečana množina
C3d torej pomeni, da je komplementni sistem aktiviran in da je
zmanjšana aktivnost posledica čezmerne iztrošenosti sistema.
Med kompleksi, ki nastanejo pri aktivaciji komplementnega
sistema, so pomembni C1rsC1 inh (klasična pot), C3bBbP (alter-
nativna pot) in SC5b–9 (litični kompleks). Za zdaj lahko pri
vsakodnevnem delu merimo le navzočnost in množino SC5b–9
kompleksa, druga dva pa merimo predvsem pri poglobljenih
preiskavah. Navzočnost kompleksa SC5b–9 lahko določimo tudi
v urinu, kar naj bi bilo klinično pomembno pri membranozni
nefropatiji (40) (tab. 5).

Vpliv na dejavnost komplementnega sistema

Komplementni sistem pa lahko aktiviramo tudi tedaj, ko po-
skušamo nekatere bolezni zdraviti, torej iatrogeno (41–43). Najbolj
znani način je aktivacija komplementnega sistema zaradi uporabe
dializnih membran (44), ki so zmožne zaradi svojih površinskih
lastnosti sprožiti aktivnost komplementnega sistema.
Kljub velikemu znanju danes žal še ne moremo učinkovito in
neposredno posegati v dogajanja pri aktivaciji komplementnega
sistema (45). Edina izjema je bolezen, kjer manjka inhibitor
komponente C1 C1 inh, hereditarni angioedem (46–48). Kaj je
vzrok za nastanek klinične slike hereditarnega angioedema, še ni

Tab. 5. Spremembe bemolitične aktivnosti komplementnega sistema pri primarnih in sekundarnih pomanjkljivostih komplementnega sistema (Mod. 45).

Tab. 5. Changes in haemolytic activity of the complement system in primary and secondary complement deficiency states (Mod. 45).

Vrsta pomanjkljivosti Sort of defect	CH50 CH50	APH50 APH50	C3d C3d
Primarne pomanjkljivosti Primary defects			
pomanjkljivost KP (C1, C4, C2) defect of CP (C1, C4, C2)	močno zmanjšano heavily decreased	normalno normal	normalno ali povečano normal or increased
pomanjkljivost AP (FH, P, FD, FI) defect of AP (FH, P, FD, FI)	normalno normal	močno zmanjšano heavily decreased	normalno ali povečano normal or increased
pomanjkljivost MAC (C5b-9) defect of MAC (C5b-9)	močno zmanjšano heavily decreased	močno zmanjšano heavily decreased	normalno ali povečano normal or increased
defekt C3 C3 defect	močno zmanjšano heavily decreased	močno zmanjšano heavily decreased	močno zmanjšano heavily decreased
Sekundarne pomanjkljivosti Secondary deficiencies			
povečana aktiviranost KP increased activation of CP	zmanjšano decreased	normalno ali zmanjšano normal or decreased	zvečano increased
povečana aktiviranost AP increased activation of AP	normalno normal	zmanjšano decreased	zvečano increased
povečana aktiviranost obeh poti increased activation of both pathways	zmanjšano decreased	zmanjšano decreased	zvečano increased

povsem znano (tab. 6), menijo pa, da so to razgradni proizvodi komponente C2 C2b, komponente C3 C3a, komponente C5 C5a in kinini, najverjetneje bradikinin. Z umetnim dodajanjem učinkovitega C1 inh lahko bolnika začasno ozdravimo in mu v primeru akutnega napada bolezni rešimo življenje. Danes se na tržišču dobijo ustrezni pripravki C1 inh. V primeru, da tega nimamo ali ne moremo dobiti, pa je ustrezna tudi infuzija sveže humane plazme. V prostih intervalih med napadi zdravimo bolnike s hereditarnim angioedemom z androgenimi hormoni (Danazol), ki povečujejo sintezo C1 inh. Ko zaradi stranskih pojavov pri dajanju androgenih hormonov (virilizacija) takšna terapija ni več mogoča, priporočajo dajanje pripravkov epsilon aminokapronske kisline.

Strategija diagnostike dejavnosti komplementnega sistema

Kdaj se odločimo za določitev aktiviranosti komplementnega sistema?

Načrtno pošiljanje vzorcev pri boleznih, pri katerih je vpletena dejavnost komplementnega sistema, vodi k racionalni diagnostiki in ima za posledico pridobitev laboratorijskih rezultatov z ustrezno diagnostično in prognostično vrednostjo. Pošiljanje vzorcev kar tako pa navadno povzroči pri zdravniku ne le množico dvomov o njihovi verodostojnosti in uporabnosti, ampak tudi škodo za bolnika. Vzorce plazme, seruma, včasih tudi urina, jemljemo pri pogostih ponavljajočih se okužbah, predvsem pri otrocih. V teh primerih sumimo navadno na prirojeno okvaro dejavnosti komplementnega sistema. Če je bolnik starejši, pa je spremenjena dejavnost sistema navadno posledica kake druge bolezni, navadno avtoimunske bolezni, hude poškodbe, hudih opeklin, sepse, hiperakutne zavrnitve presadka. Pomembna indikacija za odvzem vzorca za določitev dejavnosti komplementnega sistema je klinična slika angioedema (sl. 1, 2).

Tab. 6. Značilnosti pomanjkanja C1 inh (Mod. 46, 47, 48).
Tab. 6. Characteristics of C1 inh deficiencies (Mod. 46, 47, 48).

Prizadet Affected	Hereditarni angioedem I Hereditary angioedema I	Hereditarni angioedem II Hereditary angioed. II	Hereditarni angioedem III Hereditary angioed. III	Pridobljeni angioedem I Acquired angioed. I	Pridobljeni angioedem II Acquired angioed. II
CH50 CH50	zmanjšana decreased	zmanjšana decreased	zmanjšana decreased	zmanjšana decreased	zmanjšana decreased
C1 C1	normalen normal	normalen normal	normalen normal	zmanjšana decreased	zmanjšana decreased
C4 C4	zmanjšana decreased	zmanjšana decreased	zmanjšana decreased	zmanjšana decreased	zmanjšana decreased
C2 C2	zmanjšana decreased	zmanjšana decreased	zmanjšana decreased	zmanjšana decreased	zmanjšana decreased
C1 inh protein C1 inh protein	zmanjšana decreased	normalna ali zveč. normal or increased	zvečana increased	normalna ali zmanj. normal or decreased	normalna ali zmanj. normal or decreased
C1 inh aktivnost C1 inh function	zmanjšana decreased	zvečana increased	zvečana increased	zmanjšana decreased	zmanjšana decreased
C1 sinteza C1 synthesis	zmanjšana decreased	okvarjena abnormal	zvečana increased	normalna normal	normalna normal
Vezava C1 inh za albumin C1 inh complexed to albumin	–	–	+	–	–
hiperkatabolizem C1 inh hypercatabolism of C1 inh	–	–	–	+	–
avtoprotelesa proti C1 inh autoantibodies against C1 inh	–	–	–	–	+

Vrste vzorcev, način odvzema, branjenje in transport

Za določanje aktiviranosti komplementnega sistema navadno bolnikom odvajamo kri. Iz nje nato pripravimo vzorec seruma (49). Pri pripravi seruma pride mnogokrat zaradi medsebojnih vplivov med koagulacijskim in komplementnim sistemom do aktivacije, s tem pa do povečane množine aktivacijskih proizvodov komplementnega sistema. Da bi se izognili takšni umetni aktivaciji, predlagamo drugačen način priprave vzorcev. Kri odvajamo v epruvete z EDTA in pridobimo vzorec plazme. EDTA veže plazemski kalcij in s tem učinkovito prepreči aktivacijo komplementnega sistema. Stari način priprave vzorcev, pridobitev seruma, priporoča le še za določevanje navzočnosti C3 nef in pCPN (38). Ko pripravljamo vzorec seruma, odvajamo kri v steklene epruvete brez vseh dodatkov. Po odvzemu epruveto nekoliko nagnemo in jo pustimo v takšnem položaju 30 minut pri sobni temperaturi. Nato jo postavimo še za 30 minut v ledeno mrzlo vodno kopel. V naslednji fazi vzorec centrifugiramo v hladilni centrifugi pri 4°C in 2400 obr/min 10 minut, odlijemo serum in vzorec do uporabe zamrzujemo pri –70°C, če te možnosti nimamo, pa pri –20°C. Kadar pripravljamo vzorec plazme, odvajamo kri v epruveto z EDTA. Takšne vzorce takoj po odvzemu ohladimo na 4°C in jih po možnosti v času ene ure prinesemo v laboratorij, kjer jih bodo preizkusili. Naj opozorimo še na to, da zamrzovanje »cele« krvi povzroči razpok krvnih celic in obsežno hemolizo, tak vzorec pa je neuporaben za nadaljnje delo. Vzorce za določitev aktiviranosti komplementnega sistema moramo čimprej prenesti v laboratorij, kjer jih bodo dokončno obdelali. To seveda ni vedno možno. V takšnih primerih imajo prednost vzorci plazme, ki so za transport mnogo primernejši od vzorcev krvi in seruma, ker so bolj stabilni. Iz oddaljenejših krajev je torej edini pravilen način pošiljanja vzorcev pošiljanje plazme, in to v hladilni torbi z ledom. Kot smo že opozorili, v takšnem vzorcu ne sme biti celičnih elementov, zato je treba vzorec pred

POGOSTE OKUŽBE Z ISTIM POVZROČITELJEM RECURRENT INFECTION WITH THE SAME AGENT

ZNAMENJA AVTOIMUNSKE BOLEZNI SIGNS OF AN AUTOIMMUNE DISEASE

ANGIOEDEM ANGIOEDEMA

VZOREC: PLAZMA/serum (C3 nef, pCPN)

SAMPLE: PLASMA/serum (C3 nef, pCPN)

Kje je okvara?

Where is the defect?

Spremembe v testu!

Changes in test!

ALTERNATIVNA POT
ALTERNATIVE PATHWAY
KLASIČNA POT
CLASSICAL PATHWAY

APH50

CH50

POSAMEZNE SESTAVINE
SINGLE COMPONENTS

RAZPADNI PROIZVODI,
(POSLEDICA AKTIVACIJE)
CLEAVAGE PRODUCTS
(CONSEQUENCE OF
ACTIVATION)

C1-C9, B,D,P

C3a, C3d, C4a, Bb

navzočnost in množina
presence and quantity
dejavnost (hemoliza)
function (haemolysis)

navzočnost in množina
presence and quantity

REGULACIJSKE BELJAKOVINE
REGULATORY PROTEINS

PROTEINSKI KOMPLEKSI
PROTEIN COMPLEXES

C1 inh, H, I, pCPN
navzočnost in množina
presence and quantity
dejavnost
function

C1rsC1 inh, C3bBbP, SC5b-9

AVTOPROTITELESA
AUTOANTIBODIES
C3 nef, C4 nef
anti - C1 inh

ko nas poleg množine posameznih sestavin zanima še njihova funkcija. Preizkuse na dejavnost posameznih komponent komplementnega sistema opravljajo le redki laboratoriji po svetu, npr. laboratorij v Heidelbergu.

Katere teste izberemo, da bo spoznava prizadetosti komplementnega sistema najbolj uspešna?

Na sliki 2 smo prikazali stopenjski način preizkušanja aktiviranosti komplementnega sistema. Tak način se zdi najustreznejši za spoznavo prizadetosti sistema. V prvi fazi določimo stopnjo aktiviranosti sistema s testoma celokupne aktivnosti: določitev aktiviranosti klasične poti (CH50) in alternativne poti (APH50) in določitev razgradnega proizvoda C3d. Ti trije preizkusi nas usmerijo k podrobnejšim testom za ugotavljanje prizadetosti, ali klasične poti, ali alternativne poti, ali pa k določitvi zmožnosti nastanka litičnega kompleksa (SC5b-9).

Ko ugotovimo, kateri del kaskadne reakcije je prizadet, se lotimo določevanja navzočnosti posameznih komponent komplementnega sistema. Pri teh določitvah lahko izmerimo dva parametra, ali navzočnost beljakovine ali pa dejavnost posamezne komponente. Mnogokrat navzočnost samega proteina še ne pomeni neprizadete dejavnosti, saj je znano, da lahko določene sestavine komplementnega sistema nastajajo pri določenih osebah v neaktivni obliki.

Pogosto se zgodi, da je prizadeta dejavnost komplementnega sistema posledica motenj v nastajanju in dejavnosti regulacijskih molekul. V teh primerih je treba izmeriti njihovo množino in funkcijo.

Vrednotenje rezultatov

Pravilen odvzem, transport in izbira ustreznih preizkusov so pogoj za učinkovito vrednotenje rezultatov. Vrednotenje rezultatov samo iz laboratorijskih ugotovitev, brez ustrezne klinične slike (diagnoza na spremembo listu), je navadno bolj ugibanje kot resno delo. Zato je v primerih, ko najdemo spremembe v dejavnosti komplementnega sistema, nujno sodelovanje med lečečim zdravnikom in strokovnjakom, ki je izdal laboratorijski izvid. Le ustrezne izkušnje prvega in drugega lahko zagotovijo ustrezno interpretacijo sprememb in vodijo k ustreznemu načinu zdravljenja. Poudariti želimo, da je ugotavljanje prizadetosti komplementnega sistema stopenjski in mnogokrat dolgotrajen postopek. Za lažje razumevanje laboratorijskih ugotovitev so na izvidih navadno navedene tudi normalne vrednosti. Pomembno je vedeti, da normalne vrednosti, ki so navedene v izvidu enega laboratorija, ne ustrezajo nujno tudi normalnim vrednostim drugega, čeprav se trudimo, da bi bili preizkusi čim bolj standardizirani. Da bi bilo vrednotenje rezultatov razumljivejše tudi širšemu krogu bralcev, smo izdelali sliko 3. S slike razberemo, da teče osnovno razmišljanje o vpletenosti komplementnega sistema v konkretno bolezen v dve smeri; v ugotavljanje primarne okvare in v ugotavljanje sekundarne okvare, iz ugotovitve ene ali druge pa seveda izhaja način zdravljenja.

Literatura

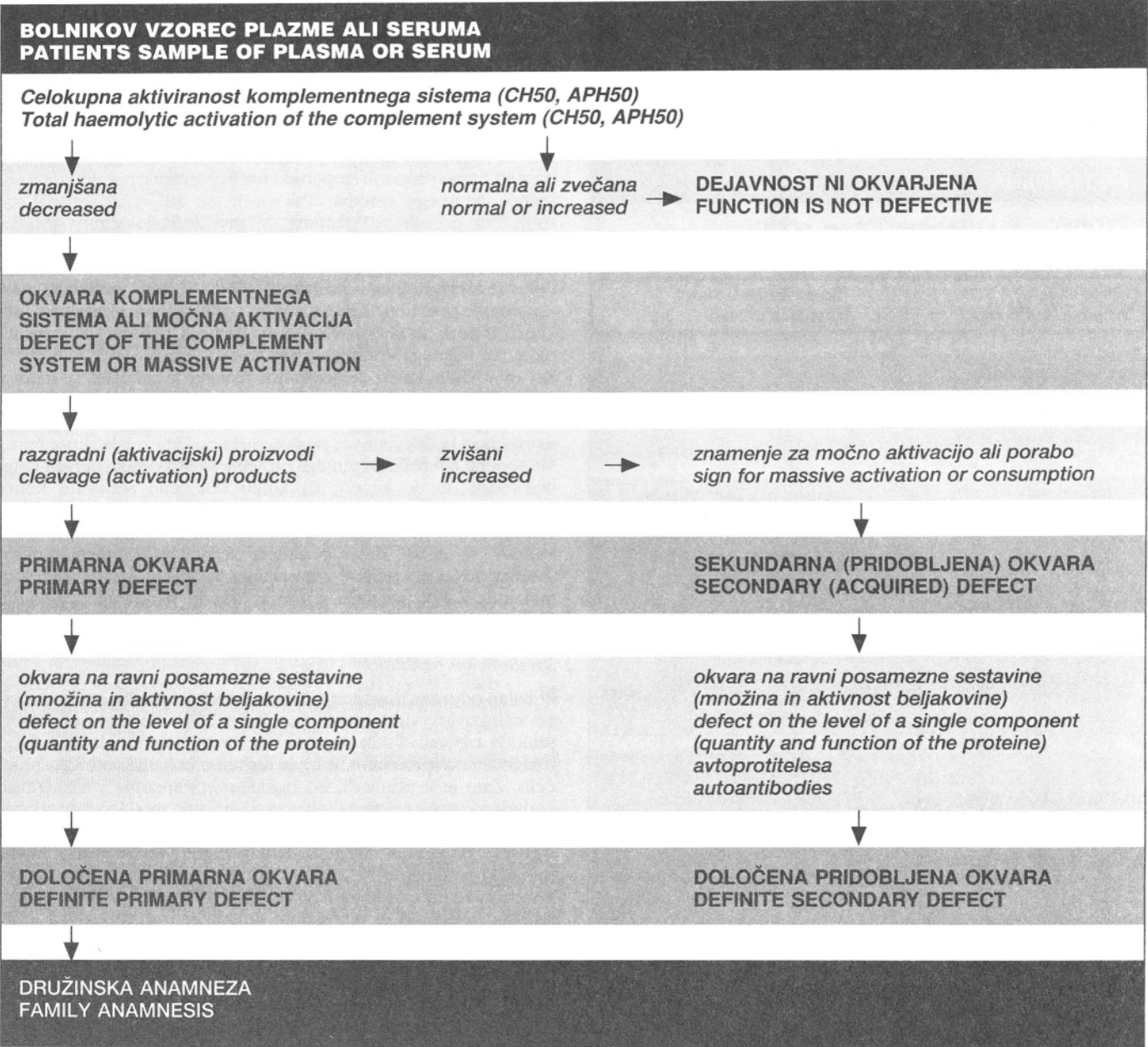
1. Morgan BP. The complement system. In: Morgan BP ed. Complement, clinical aspects and relevance to disease. London, San Diego, New York, Boston, Sydney, Tokyo, Toronto: Academic Press Harcourt Brace Jovanovich Publishers, 1990: 1-35.
2. Ferries TC, Atkinson JP. Evolution of the complement system. Immunology Today 1991; 12: 259-300.
3. Morgan BP. Complement deficiencies and disease. In: Morgan BP ed. Complement, clinical aspects and relevance to disease. London, San Diego, New York, Boston, Sydney, Tokyo, Toronto: Academic Press Harcourt Brace Jovanovich Publishers, 1990: 78-96.
4. Cole FS, Colten HR. Complement biosynthesis. In: Rother K, Till GO eds. The complement system. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer Verlag, 1988: 44-80.
5. Morgan BP. The genetics of complement. In: Morgan BP ed. Complement, clinical aspects and relevance to disease. London, San Diego, New York, Boston, Sydney,

Sl. 2. Načrtovanje racionalne diagnostike pri pomanjkljivostih komplementnega sistema (Mod. 19).

Fig. 2. Planing of rational diagnostics in complement deficiency syndrome (Mod. 19).

pošiljanjem centrifugirati in poslati le supernatant. Seveda lahko pošljemo v pregled iz oddaljenejših krajev tudi serum. V teh primerih je nujno, da je serum predhodno zmrznjen, nato ga pošljemo spravljenega v suhem ledu, brezpogojno pa v hladilni torbi z ledom.

Kadar pošiljamo vzorce za določitev navzočnosti posameznih komponent, je način pošiljanja enak. Med aktivacijo komplementnega sistema določene sestavine razpadajo. Ker seveda v vzorcu ne morejo nastajati nove, se njihova množina manjša, večja pa se množina razpadnih proizvodov. Posledica tega je navidezno zmanjšanje množine določenih komponent in navidezno povečanje razpadnih proizvodov, kar vodi k napačnemu zaključku, da je zaradi bolezni pri bolniku komplementni sistem aktiviran. Pravilen odvzem, priprava in prenos vzorca so pomembni tedaj,



Sl. 3. Kakšen je pomen laboratorijskih sprememb v aktivnosti komplementnega sistema (Mod. 19).

Fig. 3. What is the meaning of alterations of the complement system activity (Mod. 19).

Tokyo, Toronto: Academic Press Harcourt Brace Jovanovich Publishers, 1990: 57-77.

6. Vozelj M, Kotnik V, Herzog B. Komplementni sistem. Zdrav Vestn 1981; 50: 179-82.

7. Vozelj M. Komplementni sistem. In: Vozelj M ed. Temelji imunologije. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1985: 269-310.

8. Kotnik V. Naravna rezistenca. In: Likar M ed. Mikrobiologija in imunologija. 1. del. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1985: 175-89.

9. Kotnik V. Delovanje imunskega sistema. In: Kocijančič A, Mrevlje F eds. Interna medicina. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1993: 843-54.

10. Joiner KA, Hawiger A, Gelfand JA. A study of optimal reaction conditions for an assay of the human complement pathway. AJCP 1983; 79: 65-72.

11. Klein J. Complement. In: Klein J ed. Immunology. Boston, Oxford, London, Edinburgh, Melbourne: Blackwell Scientific Publications Inc., 1990: 188-226.

12. Castro FFM, Schmitz-Schumann M, Rother U, Kirschfink M. Complement activation by house dust: reduced reactivity of serum complement in patients with bronchial asthma. Int Arch Allergy Appl Immunol 1991; 96: 305-10.

13. Götze O. The alternative pathway of activation. In: Rother K, Till GO eds. The complement system. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer Verlag, 1988: 154-68.

14. Kirschfink M, Fritze H, Roelcke D. Complement activation by cold agglutinins. Vox Sang 1992; 63: 220-6.

15. McAleer MA, Sim RB. The complement system. In: Sim RB ed. Activators and the inhibitors of complement. Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publ., 1993: 1-16.

16. Ross SC, Densen P. Complement deficiency states and infection: epidemiology, pathogenesis and consequences of Neisserial and other infections in an immune deficiency. Medicine 1984; 63: 243-73.

17. Frank MM. Complement in the pathophysiology of human disease. N Engl J Med 1987; 316: 1525-30.

18. Rother K. Summary of reported deficiencies. In: Rother K, Rother U eds. Hereditary and acquired complement deficiencies in animals and man. Progr Allergy 1986; 39: 202-11.

19. Binder R, Kirschfink M. Komplementdefekte – Diagnostik und Klinik. QM 1993; 2: 99-109.

20. Figueroa JE, Densen P. Infectious diseases associated with complement deficiencies. Clin Microbiol Res 1991; 4: 359-95.

21. Vozelj M, Kotnik V, Herzog B. Določanje celotnega komplementa in njegovih posameznih komponent. Zdrav Vestn 1981; 50: 293-4.

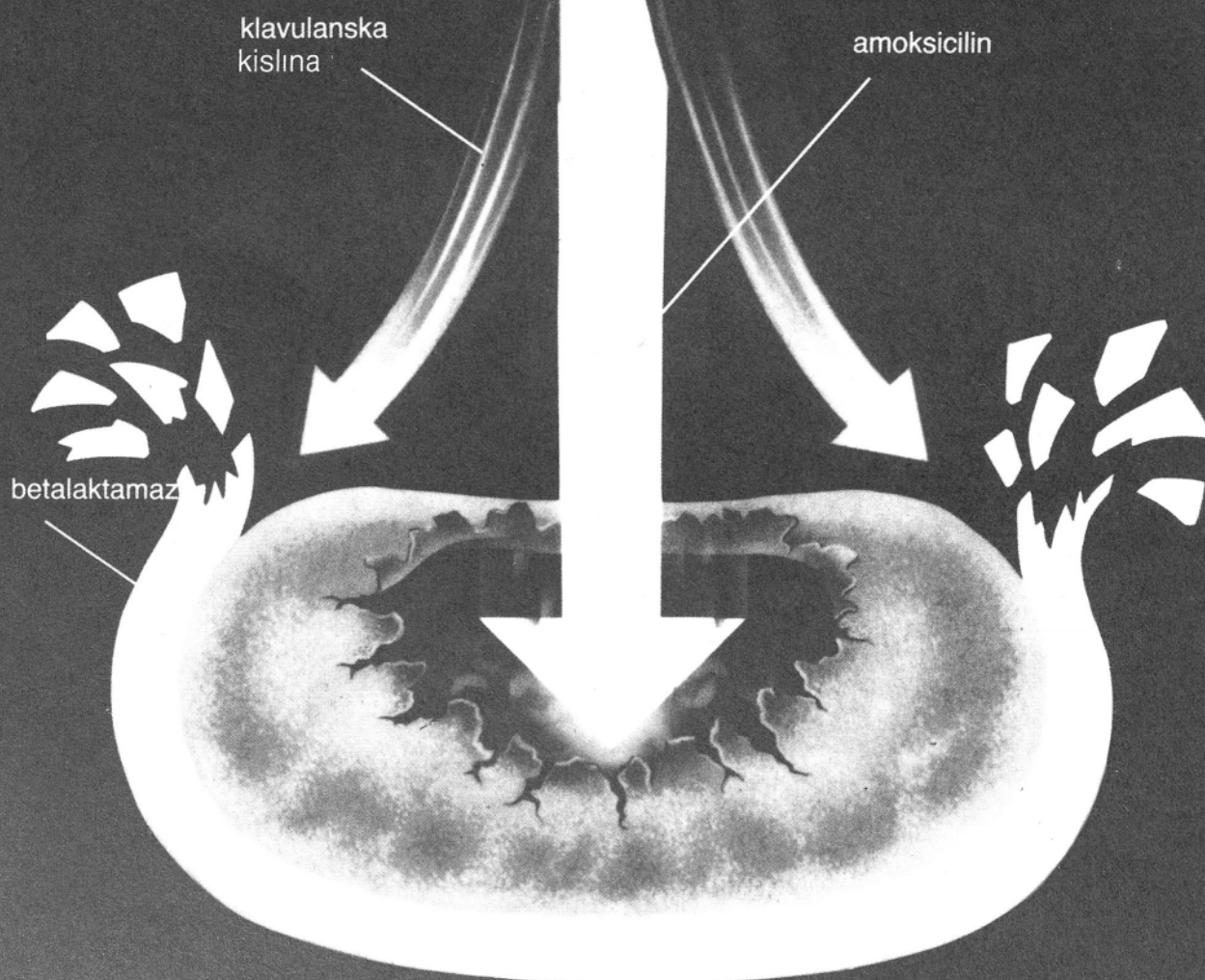
22. Vozelj M, Simčič S, Wraber B, Kotnik V, Klampfer L. Komplementni sistem I.: Pomanjkljivosti komplementnega sistema in njihove posledice. Farm Vestn 1989; 40: 147-54.

23. Späth PJ, Wüthrich B, Büttler R. Quantification of C1-inhibitor functional activities by immunodiffusion assay in plasma of patients with hereditary angioedema –

- evidence of functional critical level of C1-inhibitor concentration. *Complement* 1984; 1: 147-59.
24. Cullmann W, Operkuch W. Deficiencies in regulator proteins: 1. C1 inhibitor. In: Rother K, Rother U eds. Hereditary and acquired complement deficiencies in animals and man. *Progr Allergy* 1986; 39: 311-34.
25. Bork K. Angioödeme durch C1-Esterase-Inhibitor-Mangel. *Die Gelben Hefte* 1990; XXX: 118-25.
26. Ross GD. Complement and complement receptors. *Curr Opin Immunol* 1989; 2: 50-62.
27. Brow EJ. Complement receptors and phagocytosis. *Curr Opin Immunol* 1991; 3: 76-82.
28. Anderson DC, Springer TA. Leucocyte adhesion deficiency. An inherited defect in the MAC-1, LFA-1 and p150-95 glycoproteins. *Ann Rev Med* 1987; 38: 175-9.
29. Daha M. C3 nephritic factor. In: Rother K, Till GO eds. *The complement system*. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer Verlag, 1988: 463-9.
30. Dalmaso AP. Complement in pathophysiology and diagnosis of human disease. *CRC Crit Rev Clin Lab Sci* 1986; 24: 123-83.
31. Law SKA, Reid KBM. Role of complement in health and disease. In: Law SKA, Reid KBM eds. *Complement*. Oxford, Washington DC: IRL Press, 1988: 47-64.
32. Davies KA, Schiefferli JA, Walport MJ. Complement deficiency and immune complex disease. *Springer Semin Immunopathol* 1994; 15: 397-416.
33. Kirschfink M. Bedeutung des Komplementsystems für den chirurgischen Patienten. In: Hörl M, Bruch HP, Kern E eds. *Pathogenese und Beeinflussbarkeit der katabolen Stoffwechsellaage beim chirurgischen Problempatienten*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 1992: 86-91.
34. Zilow G, Sturm JA, Rother U, Kirschfink M. Complement activation and the prognostic value of C3a in patients with high risk of adult respiratory distress syndrome. *Clin Exp Immunol* 1990; 79: 151-7.
35. Cooper NR, Nemeroff GR, Mayes JT. Methods to detect and quantitative complement activation. *Springer Semin Immunopathol* 1983; 6: 195-212.
36. Nydegger UE. Diagnostik von Komplement-Mangelzuständen. *Diagnostik und Labor* 1991; 41: 124-32.
37. Oppermann M, Höpken U, Götz O. Assessment of complement activation in vivo. *Immunopharmacology* 1992; 24: 119-34.
38. Kirschfink M. Störungen des Komplementsystems: Klinik und Diagnostik. *Dtsch Med Wsch* 1994; 119: 307-10.
39. Vozelj M, Simčič S, Wraber B, Kotnik V, Klampfer L. Komplementni sistem II: Merjenje celotne hemolitične aktivnosti komplementa. *Farm Vestn* 1989; 40: 155-9.
40. Coupes BM, Kon SP, Brenchley PEC, Short CD, Mallock NP. The temporal relationship between urinary C5b-9 and C3dg and clinical parameters in human membranous nephropathy. *Nephrol Dial Transplant* 1993; 8: 397-401.
41. Svehag S-E. Adverse effects of clinical intervention on the complement system. *Complement Inflamm* 1991; 8: 359-69.
42. Kirschfink M, Kovacs B, Mottaghy K. Extracorporeal circulation: in vivo and in vitro analysis of complement activation by heparin-bonded surfaces. *Circulatory Shock* 1993; 40: 221-6.
43. Kirschfink M. Pharmacological manipulation of the complement system. *Farm Vestn* 1994; 45: 371-6.
44. Giardinali M, Circardi M, Agostoni A, Hughli TE. Complement activation in extracorporeal circulation: physiological and pathological implications. *Pathol Immunopathol Res* 1986; 5: 352-70.
45. Morgan BP. Complement measurement and potential for therapeutic manipulation. In: Morgan BP ed. *Complement, clinical aspects and relevance to disease*. London, San Diego, New York, Boston, Sydney, Tokyo, Toronto: Academic Press Harcourt Brace Jovanovich Publishers, 1990: 193-208.
46. Alsenz J, Bork K, Loos M. Autoantibody-mediated acquired deficiency of C1 inhibitor. *N Engl J Med* 1987; 316: 1360-6.
47. Alsenz J, Loos M. The acquired C1-INH deficiencies with autoantibodies (AAE Type II). *Behring Inst Mitt* 1989; 84: 165-72.
48. Loos M, Alsenz J, Antes U, Heinz HP. Autoantibodies against complement components and their effect on complement activity. In: Sim RB ed. *Activators and the inhibitors of complement*. Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publ., 1993: 181-200.
49. Kotnik V. Odvzem in prenos imunološkega materiala. In: Dragaš AZ ed. *Preprečevanje okužb v klinični praksi II*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1989: 46-52.

NAPREDEK PRI PROTI MIKROBNEM ZDRAVLJENJU

KLAVOCIN®



ZDRUŽENA MOČ PRI ZDRAVLJENJU INFEKCIJ

antibiotično delovanje na vrsto aerobnih in anaerobnih mikroorganizmov



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

Strokovni prispevek/Professional article

ŠTETJE IN DIFERENCIACIJA CELIC V PLEVRALNIH IZLIVIH

TOTAL AND DIFFERENTIAL COUNT OF THE CELLS IN PLEURAL EFFUSIONS

Milivoj Mermolja, Andrej Debeljak, Marija Rutar-Zupančič

Inštitut za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik, 64204 Golnik

Prispelo 1995-01-19, sprejeto 1995-04-19; ZDRAV VESTN 1995; 64: 345–8

Ključne besede: pleuralni izlivi; štetje in diferenciacija celic; citologija; eksudati in transudati**Key words:** pleural effusion; cell count; cytology; exudates; transudates**Izvleček** – Izhodišča. Citološki pregled pleuralnega izliva je večinoma namenjen iskanju malignih celic. Pogosto pa zanemarmajo presojo nemalignih celic. V tem sestavku avtorji ocenjujejo diagnostični pomen in vlogo štetja in diferenciacije nemalignih celic v pleuralnih izlivih.**Abstract** – Background. Cytological examination of pleural effusion is mostly designed for searching the malignant cells. However, the determination of nonmalignant cells is often neglected. In this paper the significance and the role of total and differential count of nonmalignant cells in pleural effusions were evaluated.

Metode. V obdelavo je zajetih 412 vzorcev pleuralnega izliva od 279 bolnikov. Pri vseh vzorcih je opravljeno štetje eritrocitov in celic z jedrom ter diferenciacija nemalignih celic. Etiološko so izlivi razdeljeni v transudate in eksudate. Slednji pa v naslednje podskupine: karcinomski, paraneoplastični, tuberkulozni, netuberkulozni vnetni in etiološko neopredeljeni eksudati.

Methods. A total of 412 effusions from 279 patients were included into the study. In all samples total cell count of erythrocytes and nucleated cells as well as differential cell count of nonmalignant nucleated cells were performed. Etiologically the effusions are classified into the transudates and exudates while the latter are divided into the following subgroups: carcinomatous, paraneoplastic, tuberculous, nontuberculous inflammatory and etiologically undetermined exudates.

Rezultati. Transudati so večinoma bistri ali rumenomotni in vsebujejo manj kot 1000 celic z jedrom/ μ L. V diferencialni sliki transudatov prevladujejo mezotelijske celice ali pa monoblastociti. Eksudati so pri karcinomih plevre značilno pogostejše krvavi kot eksudati drugih etiologij. Celice z jedrom so v več kot polovici eksudatov prisotne v razponu od 1000–5000/ μ L. V diferencialni sliki tuberkuloznih eksudatov prevladujejo limfociti značilno pogostejše kot v eksudatih drugih etiologij. V netuberkuloznih vnetnih eksudatih pogosto prevladujejo nevtrofilni granulociti. Več kot 10,0% eozinofilnih granulocitov pa najpogostejše najdemo v etiološko neopredeljenih eksudatih.

Results. Transudates are mostly clear or turbid and contain less than 1000 nucleated cells/ μ L. In the differential cell count of transudates the mesothelial cells or monoblastocytes prevail.

In carcinomatous involvement of the pleura the exudates are more frequently bloody than the exudates of other etiologies. In more than half of the exudates the nucleated cells are present in the range from 1000–5000/ μ L. In the differential cell count of tuberculous exudates the lymphocytes are predominant much more frequently than in the exudates of other etiologies.

Zaključki. Eritrocitov pri rutinski laboratorijski obdelavi pleuralnih izlivov ni treba šteti. Rezultati štetja in diferenciacije nemalignih celic z jedrom diagnostično sicer niso specifični, so pa koristni in uporabni v povezavi z rezultati drugih diagnostičnih postopkov. Zato spadata štetje in diferenciacija celic med redne postopke citološke obdelave pleuralnih izlivov.

In nontuberculous inflammatory exudates the neutrophil granulocytes frequently prevail. More than 10,0% of eosinophil granulocytes are most frequently found in etiologically undetermined exudates.

Conclusions. In the routine laboratory processing of pleural effusions the erythrocytes are not necessarily to be counted. Although the results of the total and differential cell count of nonmalignant cells are not specific, yet they are useful in connection with the results of other diagnostic procedures. Total and differential cell counts should therefore be included into the regular procedures of cytological examination of pleural effusions.

Uvod

Nastanek pleuralnega izliva je posledica neravnovesja med nabitiranjem in odtekanjem tekočine iz pleuralnega prostora (1). Za opredelitev izliva je na voljo več kliničnih in laboratorijskih diagnostičnih postopkov (2), med katerimi ima pomembno vlogo tudi citologija (3). Pri citološkem pregledu pa se lahko omejimo le

na iskanje malignih celic; lahko pa del pozornosti namenimo tudi nemalignim celicam.

Glede opredeljevanja nemalignih celic v pleuralnih izlivih so mnenja različna. Nekateri menijo, da je nemaligne celice potrebno in koristno prešteti in diferencirati (4, 5), drugi pa sklepajo, da rezultati štetja in diferenciacije celic niso v tolikšni meri specifični, da bi imeli diagnostično vrednost (6).

Na osnovi podatkov dve leti trajajoče prospektivne študije smo želeli ugotoviti, kakšen je diagnostični pomen in vloga štetja in diferenciacije celic v plevralnih izlivih. Obenem smo želeli oceniti, ali je oba postopka smiselno vključiti med redne rutinsko izvajane postopke citološke obdelave plevralnih izlivov.

Material in metode

Pet do petnajst µL plevralnega izliva smo pošiljali na preiskave v zaprtih epruvetah, ki so vsebovale antikoagulans. V citološkem laboratoriju smo izlivu najprej določili makroskopski videz (bister, moten, zmerno krvav, zelo krvav, mlečen, gnojen), nato pa smo v Neubauerjevi komori prešteli eritrocite in celice z jedrom. Prepare za mikroskopski pregled smo pripravili s citocentrifugo (Cytospin II, Shandon). Obarvali smo jih z May-Grünwald-Giemso in po Papanicolaou. Pri sumu na hilitoraks smo prepare barvali tudi na maščobe. Pri sumu na mezoteliom, karcinom ali limfom pa smo pogosto opravili imunocitokemične reakcije. Če so bile nemaligne celice razpoznavne, smo jih diferencirali. Razporedili smo jih v naslednje skupine: limfociti, nevtrofilni granulociti, mezotelijske celice, monohistiociti, eozinofilni granulociti, bazofilni granulociti in plazmatke.

V obdelavo smo zajeli izlive, v katerih smo celice lahko prešteli in diferencirali. Podatke smo sproti evidentirali. Etiologijo izliva smo povzeli iz razpoložljive dokumentacije.

Na osnovi kliničnih podatkov in rezultatov biokemičnih preiskav smo izlive razdelili v transudate in eksudate. Eksudate pa smo razdelili v več podskupin:

- 1. Karcinomski eksudati so zajeli eksudate bolnikov s citološko in/ali histološko dokazano karcinomo plevre.
 - 2. Paraneoplastični eksudati so zajeli eksudate bolnikov z dokazanim rakom na pljuči; karcinoma plevre pa ni bila dokazana.
 - 3. Tuberkulozni eksudati so vključevali eksudate bolnikov, pri katerih je bilo tuberkulozno vnetje plevre potrjeno bodisi bakteriološko iz eksudata ali koščka plevre ali pa histološko s pregledom tkiva, dobljenega z biopsijo plevre.
 - 4. Netuberkulozni vnetni eksudati so bili eksudati bolnikov, pri katerih smo potrdili netuberkulozno vnetje plevre in izključili malignom. Večinoma so bili to parapnevmonični eksudati.
 - 5. Eksudati neznane etiologije pa so bili izlivi bolnikov, pri katerih vzroka za nastanek nismo mogli ugotoviti.
- Statistična značilnost razlik med posameznimi skupinami je izračunana s χ^2 -testom.

Rezultati

Za obdelavo je bilo primernih 412 vzorcev plevralnega izliva 279 bolnikov, ki so bili v povprečju stari 58,8±11,9 (11 do 99) let. Najstarejši so bili bolniki s transudatom, ki so bili stari v povprečju 72,1±10,1 leta, najmlajši pa so bili bolniki s tuberkuloznim eksudatom, ki so bili povprečno stari 35,9±13,8 leta (tab. 1). Po makroskopskem videzu so bili transudati in eksudati pri tuberkuloznem plevritisu v več kot 90,0% vzorcev bistri ali rumenomotni. Podobnega videza je bila tudi več kot polovica drugih netuberkuloznih eksudatov (tab. 2). Pri karcinazah plevre smo 21,0% vzorcev po makroskopskem videzu opredelili kot zelo krvave. Pri transudatih ni bilo zelo krvavih vzorcev. Med eksudati tuberkulozne etiologije sta bila zelo krvava le dva vzorca. Pri vseh drugih skupinah eksudatov pa smo med zelo krvave vključili približno 10,0% vzorcev. V več kot 90,0% eksudatov pri tuberkuloznem plevritisu in prav tako v več kot 90,0% transudatov eritrociti sploh niso bili prisotni ali pa jih je bilo manj kot 50.000/µL. Več kot 200.000 eritrocitov/µL pa smo našli pri 19,8% karcinomskih izlivov (tab. 2). Grafični prikaz odnosa med videzom izliva in številom eritrocitov/µL kaže, da se makroskopska opredelitev videza izliva sklada s številom eritrocitov v µL (sl. 1).

Tab. 1. Število in starost bolnikov s plevralnim izlivom.

Tab. 1. Number and age of patients with pleural effusion.

Etiologija Etiology	tran	karc	para	tbc	netb	nezn
Bolniki/Patients						
Moški Males	20	55	29	34	42	29
Ženske Females	6	19	12	16	9	8
Skupno Total	26	74	41	50	51	37
Starost/Age						
Razpon Range	51–84	38–99	30–83	17–85	18–85	34–81
Povprečje Mean	72,1	64,8	61,9	35,9	60,1	58,2
std	10,1	10,8	11,9	13,8	14,2	10,5

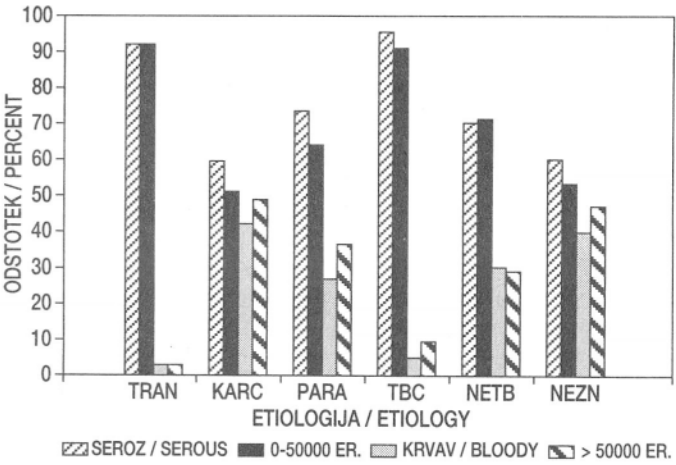
tran – transudati/transudates; karc – karcinoma plevre/carcinosis of the pleura; para – paraneoplastični izliv/paraneoplastic effusion; tbc – tuberkulozni izliv/tuberculous effusion; netb – netuberkulozni eksudat/nontuberculous exudate; nezn – eksudati neznane etiologije/exudates of unknown etiology; STD – standardna deviacija/standard deviation

Tab. 2. Barva izliva in število eritrocitov.

Tab. 2. Colour of the effusion and number of erythrocytes.

Etiologija Etiology	tran	karc	para	tbc	netb	nezn
Vzorci Samples	33	111	55	77	76	60
Barva/Colour (%)						
Bister Clear	75,8	20,0	23,6	51,9	32,9	23,3
Moten Turbid	21,2	39,0	49,1	42,9	36,8	36,7
Zmerno krvav Serosanguineous	3,0	21,0	16,4	2,6	19,7	28,3
Zelo krvav Grossly bloody	0,0	21,0	10,9	2,6	9,2	11,7
Eritrociti/Erythrocytes/microliter (%)						
Brez None	51,5	22,5	41,8	49,4	39,5	31,7
10.000–50.000	45,5	28,8	21,8	41,6	31,6	21,7
50.000–200.000	3,0	28,8	25,5	3,9	23,7	35,0
>200.000	0,0	19,8	10,9	5,2	5,3	11,7

tran – transudati/transudates; karc – karcinoma plevre/carcinosis of the pleura; para – paraneoplastični izliv/paraneoplastic effusion; tbc – tuberkulozni izliv/tuberculous effusion; netb – netuberkulozni eksudat/nontuberculous exudate; nezn – eksudati neznane etiologije/exudates of unknown etiology



Sl. 1. Barva izliva in število eritrocitov.

Fig. 1. Colour of the effusions and number of erythrocytes.

SPOŠTOVANE KOLEGICE IN KOLEGI, ČLANI SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA!

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

Zaradi vsega navedenega vas prosimo, da nam kot član SZD čimprej pošljete eno **fotografijo velikosti 2,5 X 3,0 cm** (prosimo, da na hrbtno stran zapišete ime in priimek) in izpolnjen vprašalnik, ki je objavljen v nadaljevanju na naslov:

Slovensko zdravniško društvo
Komenskega 4, 61001 Ljubljana

PODATKI O ČLANU

Ime in priimek _____

Nazivi (strokovni, znanstveni, akademski) _____

Datum in kraj rojstva _____

Leto včlanitve v SZD _____

Natančen naslov _____

ZDRUŽENJE KIRURGOV SLOVENIJE

I. KONGRES SLOVENSКИH KIRURGOV

LJUBLJANA, 20.–22. SEPTEMBRA

Osrednja tema: Politravma
Moderator: Janez Prinčič

Teme Kirurške infekcije Torakalna travma Urološka travma Poškodbe srca in žil Skeletna travma Rekonstrukcije po poškodbah Urgentna abdominalna kirurgija Proste teme Satelitski simpozij: Interdisciplinarni pristopi v kirurgiji	Moderator: <i>Slavko Rakovec</i> Moderator: <i>Vinko Dolenc</i> Moderator: <i>Miloš Kralj</i> Moderator: <i>Tone Gabrijelčič</i> Moderator: <i>Andrej Baraga</i> Moderator: <i>Zoran M. Arnež</i> Moderator: <i>Vladislav Pegan</i> Moderator: <i>Stane Repše</i> Moderator: <i>Borut Geršak</i>
---	--

STROKOVNI DEL

Četrtek, 21. september 1995

VELIKA DVORANA MEDICINSKE FAKULTETE

9.00–9.30	Otvoritev kongresa / Opening ceremony Pozdravni govor Predsednika kongresa in pokroviteljev	
9.30–11.15	Plenarna predavanja / Plenary session Predsedstvo / Chairman: J. Prinčič, M. Cimerman, M. Batišta	
	J. Prinčič H. Tscherne L. Pleskovič V. Jankovič	Pomen timskega dela pri oskrbi politravmatiziranega poškodovanca 20 min Primary care of the multiply injured patient 30 min Oskrba abdominalnih poškodb pri politravmatiziranem poškodovancu 15 min Oskrba poškodb glave pri politravmatiziranem poškodovancu 15 min Diskusija 20 min
11.15–11.45	Odmor / Coffe break	
11.45–13.30	J. Eržen T. Gabrijelčič B. Kremžar D. Brilej B. Buhanec	Oskrba poškodb prsnega koša pri politravmatiziranem poškodovancu 15 min Oskrba poškodb srca in aorte pri politravmatiziranem poškodovancu 15 min Evalvacija uspešnosti zdravljenja politravmatiziranih poškodovancev v CIT – Ljubljana 15 min Analiza zdravljenja politravmatiziranih poškodovancev v Splošni bolnišnici Celje 15 min Prikaz sprejemnega protokola za politravmatizirane poškodovance 15 min
13.30–15.00	Kosilo / Lunch	
15.00–16.45	Predavalnica: Velika predavalnica MF Predsedstvo / Chairmen: V. Pegan, F. Grandovec, V. Sojar	
	V. Pegan S. Škapin, D. Stanisavljevič F. Jelenc, S. Repše, M. Cimerman M. Bervar E. Gadžijev, D. Stanisavljevič, V. Sojar M. Sever M. Koželj, S. Potrč, F. Grandovec M. Rems, P. Najdenov, T. Lah	Urgentna stanja v abdominalni kirurgiji – uvodno predavanje 30 min Perforacija peptičnega ulkusa 7 min Ruptura dvanajstnika zaradi topih poškodb trebuha 7 min Nekaj diagnostičnih pasti pri poškodbah trebuha v izrednih stanjih 7 min Hepatobiliarna urgentna kirurgija 7 min Adhezijski ileus 7 min Uporaba dolge enteralne sonde (intraluminalna opornica) v preveciji 7 min Colicae abdominales – sprejemna diagnoza nenadnih trebušnih težav pri otroku 7 min Diskusija

**Z. M. Arnež, V. Giacomarra,
L. Valdatta, M. Žargi, L. Šmid,
A. Župevc, I. Fajdiga, B. Sotošek,
A. Kansky
B. Sotošek, A. Kansky**

Rekonstrukcija spodnje čeljusti s prostimi režnji 5 min
Pomen zgodnje rekonstrukcije fraktur orbite 5 min
Diskusija 10 min

15.00–16.45 **Predavalnica: KC 2**

Predsedstvo / Chairmen: J. Eržen, M. Bitenc, J. Kokalj

B. Hrabar, J. Eržen Iatrogene poškodbe traheje 8 min
J. Eržen, B. Kremžar Poškodbe pljuč, sapnika in dušnikov 8 min
S. Vidmar Travmatski hematotoraks 8 min
A. Zorko, J. Antoni, A. Crnjac Ražtrganina prepone pri topih poškodbah trebušne votline 8 min
M. Sok, J. Prinčič Travmatske rupture diafragme (TRD) 8 min
J. Jerman, M. Sok Posttravmatske diafragmalne hernije 8 min
J. Antoni, A. Crnjac, A. Zorko Rekonstrukcija defekta stene prsnega koša po penetrlni poškodbi 8 min
B. Fludernik, B. Buhanec, J. Avžner Uporaba laparoscopa za odstranitev koagulirane krvi pri hematotoraksu 8 min
A. Crnjac, J. Antoni, A. Zorko Torakoskopija – nova možnost pri reševanju travmatskega hematotoraksa 8 min
A. Crnjac, A. Zorko, J. Antoni, J. Kokalj Torakotomija zaradi iatrogeno povzročenega masivnega hematotoraksa pri ustreljeni pacientki 8 min
Diskusija 20 min

16.45–17.00

Odmor / Coffe break

17.00–18.30 **Predavalnica: KC 2**

Predsedstvo / Chairmen: T. Gabrijelčič, B. Geršak, V. Flis

R. Ugljen, D. Anič, D. Letica, J. Husar,
B. Biočina, Ž. Sutli, I. Rudež, V. Čorli,
I. Alfrevič, M. Predrijevac, Problems in management of heart and mediastinal great vessel injuriesL 10 min
I. Vučemilo, C. Bulat, Z. Korda, I. Jeli Razlike med iatrogenimi in ostalimi poškodbami arterij 10 min
V. Flis, G. Košir, B. Mrdža, K. Miksi Operativna odstranitev nepopolno odprtega Palmaz stenta iz arterije iliake eksterne 5 min
B. Geršak, T. Gabrijelčič
G. Košir, V. Flis, M. Pavlovi, Poškodbe arterij pri otrocih 10 min
B. Mrdža, K. Miksi Poškodbe arterije subklavije 10 min
R. Gračner, I. Knežević
B. Geršak, R. Gračner, B. Pirc, Elektivne operacije posttravmatskih anevrizem descendentne aorte 10 min
T. Gabrijelčič Urgentna oskrba travmatskih ruptur descendentne aorte 10 min
R. Gračner, B. Geršak, B. Pirc, Diskusija 25 min
T. Gabrijelčič

15.00–16.15 **Predavalnica: KC 3**

Predsedstvo / Chairmen: M. Kralj, B. tršinar, Žuntar

B. Tršinar, D. Cotič Poškodbe urogenitalnega trakta pri otrocih 10 min
G. Homan, M. Žumer-Pregelj Poškodbe ledvic 10 min
C. Oblak Bolniki s poškodbami sečil, zdravljeni na urološki kliniki v Ljubljani v letih 1989–1994 10 min
B. Sedmak, B. Štrus Travmatske poškodbe zadnje uretre 10 min
C. Oblak Bolniki s poškodbo korpusa kavernožuma, zdravljeni na urološki kliniki v letih 1985–1994 10 min
Diskusija 20 min

16.15–16.45

Odmor / Coffe break

16.45–17.15 **Predavalnica: KC 3**

Predsedstvo / Chairmen: V. V. Dolenc, B. Prestor

D. Čokl, T. Lah, A. Kunstelj Pretres možganov in spremljajoče poškodbe 10 min
I. Tekavčič, M. Kušej Akutno zvišan intrakranialni pritisk kot nevrokirurški problem 10 min
Diskusija 10 min

15.00–16.45	Predavalnica: KC 1 Predsedstvo / Chairmen: A. Baraga, M. Veselko, M. Vrabl		
	A. Frank, A. Kranjc, M. Vrabl	Intramedularna stabilizacija zlomov stegenice	8 min
	A. Kelc	Stabilizacija zlomov goleni z intramedularnim žebliem na zaklep	8 min
	M. Vrabl	Stabilizacije prelomov diafize humerusa z intramedularnimi žebli z zaklepi	8 min
	J. Robida	Intramedularna fiksacija zlomov podlakti pri rastočem skeletu	8 min
	A. Aleš	Zdravljenje zlomov stegenic pri otrocih z intramedularno fiksacijo s semifleksibilnimi titanijevimi žicami po Prevotu	8 min
	M. Cimerman, E. Slaček, M. Veselko	Primerjava rezultatov bipolarne artroplastike in notranje fiksacije pri terapiji subkapitalnih zlomov vratu stegenice pri starostnikih	8 min
	M. Andoljšek	Reoperacije po zlomu stegneničnega vratu	8 min
	M. Vrabl, A. Frank, J. Ferk	Taktika operativne oskrbe poškodovane hrbtenice pri politravmatiziranih pacientih	8 min
	I. Štraus, V. Jankovič, M. Vesel	Operativna oskrba zlomov hrbtenice pri politravmi	8 min
	M. Kosanovič, M. Batišta, D. Brilej	Uporaba zunanjega fiksaterja pri oskrbi politravmatiziranih bolnikov	8 min
		Diskusija	25 min
16.45–17.00		Odmor / Coffe break	
17.00–18.30	S. Macura, B. Korošec	Uporaba »Y« plošče v zdravljenju suprakondiliarnih zlomov nadlakti – vrednotenje in rezultati v 15. letih	5 min
	S. Macura, B. Korošec	Evaluacija zdravljenja intraartikularnih zlomov distalnega humerusa s Koroščevimi ploščami	5 min
	S. Macura, B. Korošec	Zdravljenje nestabilnih luksacij komolca	5 min
	J. Pšenica	Problem zloma distalnega polakta v kombinaciji z istočasno poškodbo spodnje okončine	5 min
	J. Završnik	Odstranjevanje osteosintetičnega materiala	5 min
	R. Komadina, Z. M. Arnež, A. Baraga	Predlog slovenskega protokola za odprte zlome in posttravmatski osteitis	5 min
	A. Breznik	Redek primer zapleta po osteosintezi – Pyoderma gangrenosum postoperativa	5 min
	V. Senekovič, M. Veselko, M. Tonin	Operativna oskrba luksacij kolenskega sklepa	5 min
	M. Veselko, V. Senekovič	Metode indirektne in perkutane fiksacije sklepnih zlomov zgornjega dela golenice	5 min
	S. Macura, M. Tonin, M. Veselko, V. Senekovič	Uporaba hyalgana v lajšanju težav po okvari hrustanca v sklepih	5 min
	A. Praprotnik, V. Senekovič	Operativno zdravljenje recidivantnih luksacij ramenskega sklepa	5 min
	A. Praprotnik, V. Senekovič	Ruptura rotatorne manšete	5 min
		Diskusija	25 min
15.00–16.45	Predavalnica: MF II Predsedstvo / Chairmen: S. Repše, F. Jelenc, M. Omejc		
	M. Hočevvar, M. Auersperg	Pomen serumskega tiroglobulina v preoperativni diagnostiki folikularnih tumorjev ščitnice (preliminarni rezultati)	8 min
	N. Bešič, M. Auersperg	Anaplastični karcinom ščitnice – nujno stanje v onkologiji	8 min
	Z. M. Arnež, J. Eržen, M. Žargi, A. Župevc, I. Fajdiga	Rekonstrukcija vratnega požiralnika s prostim prenosom reznja jejunuma	8 min
	M. Osole, E. Kralj	Tumori želodca – petletna kliničnopatološka študija	8 min
	R. Juvan, S. Repše, F. Jelenc, M. Wahl, M. Omejc, M. Bitenc, J. Lamovec	Rak želodca – analiza 5-letne serije bolnikov (1988–1992)	8 min
	F. Jelenc, S. Repše, M. Omejc, R. Juvan, J. Lamovec	Pomen limfadenektomije pri zdravljenju raka želodca	8 min
	M. Omejc, S. Repše, M. Bračko	Pretočno-citometrična analiza DNA pri raku želodca	8 min
	S. Repše, F. Jelenc	Sedanje stanje zdravljenja raka želodca v Sloveniji in perspektive	8 min
	T. Gabrijelčič	Operacija na srcu brez uporabe tuje krvi pri Jehovi priči	8 min
	B. Geršak	Direktno merjenje pritiska žilne prijemalke na steno žile	5 min
	B. Geršak	Vpliv pritiska žilne prijemalke na kontraktilno in relaksacijsko sposobnost torakalne aorte	5 min
		Diskusija	25 min
16.45–17.00		Odmor / Coffe break	

17.00–18.45	Predavalnica: MF II Predsedstvo / Chairmen: A. Pleskovič, M. Snoj, A. Vučaj <i>J. Novak, I. Rauch</i>	Pregled operativnega zdravljenja raka danke in sigme v letih 1992–1994	8 min
	<i>P. Košorok</i>	Kolostomni tubus – nov pripomoček za nego izpeljanega črevesa – uporaba pri konzervativnem zdravljenju rektalnega prolapsa	8 min
	<i>A. Pleskovič</i>	Pankreatoblastom – prikaz primera	8 min
	<i>A. Vučaj, Z. Tkalec</i>	Distalna pankreatektomija kot posledica anevrizme lienalne arterije	8 min
	<i>M. Snoj</i>	Etiologija in patogeneza intraabdominalnih adhezij	8 min
	<i>S. Koltaj, M. Nemeš</i>	Poškodba perianalnega predela – prikaz primera	8 min
	<i>M. Sever, A. Omahen</i>	Laparoskopska holecistektomija in adnektomija – video	10 min
	<i>S. Repše</i>	Subtotalna resekcija želodca z intraoperativno gastroskopijo pri zgornjem raku želodca – video	10 min
	<i>I. Knežević, R. Gračner</i>	Operacija postinfarktnih komplikacij z novim dostopom – video	10 min
		Diskusija	25 min

Petek, 21. september 1995

9.00–10.15	Predavalnica: Velika predavalnica MF Predsedstvo / Chairmen: J. Lindtner, J. Avžner, N. bešič		
	<i>M. Osole, M. Malinar, E. Kralj</i>	Vrednost ultrazvoka v diagnostiki karcinoma dojke	8 min
	<i>J. Avžner, B. Fludernik, M. Osole</i>	Konzervativna kirurška terapija raka na dojki stadij T1 in T2 – v letih 1987–1990	8 min
	<i>J. Lindtner</i>	Ozdravljivost raka dojk stadijev I in II	8 min
	<i>J. Žgajnar, J. Lindtner</i>	Prognostični pomen katepsina D in PS-2 pri operabilnem raku dojk	
	<i>D. Eržen, J. Lindtner, J. Novak</i>	Pomen lokalnega relapsa za preživetje bolnic z rakom dojke, zdravljenih z resekcijo	8 min
	<i>Z. M. Arnež, I. Valdatta, M. P. Tyler, F. Planinšek, T. Janežič</i>	Anatomija vene mamarije interne in njen pomen pri rekonstrukciji dojke s prostim TRAM režnjem	8 min
		Diskusija	25 min

10.15–10.30 Odmor / Coffe break

10.30–11.50	Predavalnica: Velika predavalnica MF Predsedstvo / Chairmen: Z. M. Arnež, J. Novak, M. Cimerman		
	<i>J. Novak</i>	Zmote v diagnostiki mehko tkivnih sarkomov	7 min
	<i>W. Fleischmann, M. Cimerman</i>	Vacuum sealing: a new method for treatment of problematic wounds – video	7 min
	<i>F. Pompe</i>	Implantacija umetnih venskih prekatov kot del podporne terapije pri onkoloških bolnikih	7 min
	<i>Z. M. Arnež</i>	Kostno-kožni prosti reženj fibule v onkološki rekonstruktivni kirurgiji	7 min
	<i>K. Schara, Z. M. Arnež</i>	Racionalen izbor bolnikov za rekonstrukcijo diabetične nege	7 min
	<i>U. Ahčan, J. Kolbl, Z. M. Arnež, M. Janko</i>	Simpatični kožni odziv (SKO) in druge metode spremljanja regeneracije perifernih živcev po popolni prekinitvi in mikrokirurški rekonstrukciji pri otrocih	7 min
	<i>R. Gračner, I. Knežević</i>	Kirurška obravnava rupturirane anevrizme abdominalne aorte	7 min
	<i>T. Klokočovnik, J. Kirbiš</i>	Zdravljenje anevrizem levega prekata	7 min
	<i>T. Klokočovnik, N. Kovačič, J. Kirbiš</i>	In situ femoro-distalni bypass	7 min
	<i>D. Letica, J. Husar, I. Malčič, J. Sokolič, I. Jelič et al.</i>	Treatment of supraaortic stenosis by Dotys aortoplastic method	7 min
		Diskusija	15 min

9.00–10.30	Predavalnica: MF II Predsedstvo / Chairmen: S. Rakovec, P. Abramič, M. Koželj		
	<i>S. Rakovec</i>	Pomen okužb v kirurgiji – uvodno predavanje	15 min
	<i>T. Han</i>	Planned relaparotomy vs reparotomy on demand in the treatment of intraperitoneal infections	10 min
	<i>P. Abramič, M. Sever, S. Rakovec</i>	Kirurško zdravljenje septičnih zapletov pankreatitisa	10 min
	<i>Z. Gruca</i>	Surgical treatment of necrotic infected pancreatitis	10 min
	<i>A. Pleskovič, S. Rakovec, S. Herman</i>	Intraabdominalni abscesi	8 min
	<i>M. Koželj, V. Flis, S. Potrč, M. Horvat</i>	Zgodnja ali odložena holecistektomija pri akutnem holecistitisu	8 min
	<i>S. Rakovec, I. Gaberšek</i>	Izkušnje z zdravljenjem nekrotizirajočega fasciitisa	8 min
	<i>S. Potrč, M. Koželj, M. Horvat, M. Vogrin</i>	Peritiflitični absces in apendektomija v vsaki fazi obolenja	8 min
		Diskusija	20 min

SATELITSKI SIMPOZIJ

INTERDISCIPLINARNI PRISTOPI V KIRURGIJI

INTERDISCIPLINARY APPROACHES IN SURGERY

Petek, 22. september 1995

9.00–11.30 Predavalnica: KC III

Predsedstvo / Chairmen: B. Geršak, T. gabrijelčič, R. Trobec

*R. Trobec, B. Slivnik**B. Geršak, T. Gabrijelčič*

Analiza numeričnih metod za simulacijo prenosa toplote med srčno kirurgijo
 Temperaturna razporeditev v človeškem srcu med hipotermičnim kardioplegičnim
 arestom v srčni kirurgiji – paralelna računalniška simulacija

Diskusija / Discussion

*V. Avbelj, R. Trobec**Z. Trontelj**V. Jazbinšek*

Multikanalni EKG – idejna zasnova
 Klinična uporaba multikanalnih MKG meritev
 Tokovi v torzu: modelni pristop

Diskusija / Discussion

*V. Valenčič, A. Berkopec,**B. Jurčič-Zlobec**A. Brecelj*

Numerični izračuni in primerjava elektromagnetnih polj v bioloških tkivih zaradi
 zunanjih vzrokov
 Kirurška terapija ventrikularnih tahikardij

Diskusija / Discussion

*B. Pirc**U. Stanič, J. Šorli,**F. Kandare, L. Lenart,**A. Klofutar, R. Jaeger*

Cirkulatorni arest v srčni kirurgiji

Meritve pljučnih funkcij z optičnim sistemom ELITE

Diskusija / Discussion

Petek, 22. september 1995

12.00–13.00 Velika dvorana MF

Sestanek združenja kirurgov Slovenije

Predsedstvo / Chairmen: V. Smrkolj, Z. M. Arnež, B. Geršak

13.00

NA SVIDENJE

Kongresne informacije:

Prof. dr. Vladimir Smrkolj

Katedra za kirurgijo, 61000 Ljubljana, Zaloška c. 7

Telefon: (061) 447 384

(061) 13 13 113 int. 25 25 ali int. 25 51

Udeležbo na I. kongresu slovenskih kirurgov bo Zdravniška zbornica Slovenije priznala kot strokovno izpopolnjevanje pri po-
 daljševanju licenc.

Kongresni odbor bo v imenu Združenja kirurgov udeležencem kongresa izdal potrdilo o udeležbi na kongresu, referentom pa tudi
 potrdilo o aktivnem sodelovanju na kongresu.

V času kongresa bo organizirana razstava farmacevtskih proizvodov in medicinske opreme.

Način predavitve prispevkov

Strokovni program bo vseboval vabljen predavanja, referate in video predavitve.

Uradna jezika

Slovenski, angleški

Splošne informacije

Nova stavba Medicinske fakultete

Korytkova 2

Klinični center v Ljubljani

61000 Ljubljana, Zaloška c. 2 in 7

21.000 SIT

Kotizacija

Kotizacija vključuje pravico do udeležbe na predavanjih in vseh nestrokovnih srečanjih. Vplačilo
 kotizacije na žiro račun št. 50103-603-41175 Medicinska fakulteta z oznako »Za I. kirurški
 kongres«.

Prevoz in prenočišča

TENTURS – Potovalna agencija

Ljubljanska 80

61320 Domžale

Tel.: (061) 711 229.

INTERNISTIČNA SLUŽBA SPLOŠNE BOLNIŠNICE MARIBOR
 UČNE BOLNIŠNICE MF V LJUBLJANI
 ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO MARIBOR
 INTERNISTIČNA SEKCIJA SZD

**6. SREČANJE INTERNISTOV IN ZDRAVNIKOV
 SPLOŠNE MEDICINE »IZ PRAKSE ZA PRAKSO«**
 z mednarodno udeležbo

Maribor, 20.–21. oktober 1995
 Škofijska avla, Slomškov trg 19

PROGRAM

Petek, 20. 10. 1995

A. Kocijančič	<i>Slovenija</i>	Osteoporoza
W. Miehle	<i>Nemčija</i>	Napovedni dejavniki pri zgodnjem revmatoidnem artritisu
G. Kolarz	<i>Avstrija</i>	Imunosupresivna terapija pri revmatoidnem artritisu
F. Rainer	<i>Avstrija</i>	Nesteroidni antifliistiki
H. Holzer	<i>Avstrija</i>	Patofiziologija in zdravljenje renovaskularne hipertonije
W. Klein, M. Grisold	<i>Avstrija</i>	Sodobno zdravljenje miokardnega infarkta

Sobota, 21. 10. 1995

M. Čokolič	Ugotavljanje kostne gostote s kvantitativno digitalno radiografijo
B. Balon-Pečovnik	Kostne spremembe pri bolnikih z ledvično odpovedjo
I. Holc	Napovedna vrednost imunoloških testov v revmatologiji
R. Hojs	Diagnostični testi pri sumu na renovaskularno hipertonijo
Z. Pehnec	Vloga splošnega zdravnika v sodobnem zdravljenju miokardnega infarkta
D. Vokač	Motnje srčnega ritma pri koronarni bolezni
A. Lobnik, V. Kanič	Indikacije za koronarografijo pri ishemični bolezni srca

Kotizacija: 100 DEM v tolarški protivrednosti do 1. 10. 1995,
 150 DEM v tolarški protivrednosti po 1. 10. 1995.

Št. žiro računa: 51800-678-81888 z oznako »Zdravniško društvo Maribor – Iz prakse za prakso«. Kotizacija se lahko poravnava tudi ob registraciji.

Zdravniška zbornica Slovenije bo srečanje upoštevala pri podaljševanju zdravniške licence.

Dodatne informacije: R. Hojs, dr. med., doc. prim. dr. I. Kranjc, dr. med., A. Pahor, dr. med.,
 Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 62000 Maribor.
 Tel.: (062) 37-221 int. 22-42.

INŠTITUT ZA ZGODOVINO MEDICINE MEDICINSKE FAKULTETE V LJUBLJANI

se obrača na zdravstvene ustanove in posameznike s povabilom, da pomagata zbirati najrazličnejše materiale, predvsem osebne predmete, dokumente, fotomaterial in podobno vseh slovenskih zdravnikov in ljudi, ki so se ukvarjali in se ukvarjajo z zdravstvom. Vseh Vaših darov, sugestij in osebne pomoči bomo zelo veseli. K sodelovanju vabimo tudi honorarne sodelavce.

PRVO OBVESTILO

ORTOPEDSKA KLINIKA

organizira

XIII. ORTOPEDSKE DNEVE

Ljubljana 10.–11. november 1995

BOLEZNI KOLČNEGA SKLEPA PRI ODRASLEM

Velika predavalnica Medicinske fakultete v Ljubljani

v petek 10. novembra in soboto 11. novembra 1995

PRELIMINARNI PROGRAM

Petek, 10. november 1995

16.00–19.30

V. Antolič
L. Šimnic

F. Srakar
F. Srakar

M. Ponikvar

V. Pavlovčič
J. Brecelj
A. Tomažič
M. Kralj

Uvod

Anatomija in biomehanika kolčnega sklepa
Artoza kolka: etiologija, klinična slika, diagnostika, artroskopija in klinični pregled
Sklepni hrustanec in njegov metabolizem
Motnje v razvoju kolka in bolezni, ki pogojujejo razvoj sekundarne artroze

Operativni posegi na medenici in proksimalnem femorju kot preventiva sekundarne artroze
Aseptična nekroza femoralne glave in terapija
Vnetje kolka
Konzervativno zdravljenje artroze kolka
Operativni posegi pri začetni artrozi kolka

Sobota, 11. november 1995

9.00–12.30

B. Koritnik, O. Zupanc
S. Herman
M. Splival, D. Radosavljevič
F. Vrevc
B. Baebler, J. Kurnik
M. Čuček, R. Stok
S. Herman

Artroplastika kolka

Cementne endoproteze
Necementne endoproteze
Omajanja endoprotez in terapija
Posttravmatska stanja v predelu kolka in terapija
Tumorji v predelu kolka
Bolezni kolka pri ledvični odpovedi
Poklicna usmeritev in ocenjevanje delazmožnosti pri okvarah v predelu kolka

Moderator: prof. dr. S. Herman, dr. med.

Za organizacijski odbor: as. Marko Kralj, dr. med.

Kotizacija za XIII. ortopedske dneve je 20.000,00 SIT.

Udeležba na podiplomskem izpopolnjevanju bo upoštevana ob podaljšanju licence zdravnikov.

Organizator bo poravnal stroške Zdravniški zbornici Slovenije za podaljšanje licence.

V kotizacijo je všteti Zbornik predavanj XIII. ortopedskih dnevov, ki ga bodo udeleženci prejeli neposredno pred začetkom predavanj.

Informacije v zvezi z organizacijo XIII. ortopedskih dnevov dobite pri g. Justin na tel.: (061) 13-13-113 int. 26-55.

Prijavnice s potrdilom o plačani kotizaciji pošljite na naslov:

as. Marko Kralj
Ortopedska klinika
Zaloška 9
61000 Ljubljana

Namestitev: Hoteli v Ljubljani.

Družabni program: Slavnostna večerja v petek 10. novembra, okrepčila med odmori.

PRIJAVNICA

XIII. ORTOPEDSKI DNEVI

Ljubljana, 10.–11. november 1995

Priimek in ime _____

Naslov _____

Ustanova _____

Datum _____

Tel./fax _____ Podpis _____

Prijavnica velja le skupaj s priloženim potrdilom o plačani kotizaciji. Kotizacijo 16.000,00 SIT nakažite na ŽR Ortopedske sekcije št.: 50103-678-78144 s pripisom »XIII. ortopedski dnevi 95«.

OČESNA KLINIKA

in

KATEDRA ZA OFTALMOLOGIJO

vabita na

IV. JEŠETOV DAN

z naslovom

SINDROM RDEČEGA OČESA

24. novembra 1995 v predavalnici KC v Ljubljani

Srečanje je namenjeno vsem zdravnikom in bo veljalo za podaljšanje licence.

PROGRAM

G. Kolar	Uvodno predavanje
B. Drnovšek-Olup	Obolenja zunanjih očesnih delov
I. Brovet-Zupančič	Endokrina oftalmopatija
B. Stirn-Kranjc	Obolenja veznice
M. Boljka-Kolar	Obolenja roženice
A. Kraut	Uveitisi
M. Zupan	Glavkom
P. Dovšak	Poškodbe očesa
G. Kolar	Delazmožnost očesnega bolnika
Učna delavnica	Tehnika pregleda in oskrbe očesnega bolnika po skupinah

V kotizaciji 8.000,00 SIT sta všteta zbornik in kosilo.

Prijave pošljite na naslov: Očesna klinika
Zaloška 2
61000 Ljubljana

FOURTH INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON INTENSIVE CARE MEDICINE SLOVENSKO ZDRUŽENJE ZA INTENZIVNO MEDICINO

organizira

4. MEDNARODNI SIMPOZIJ O INTENZIVNI MEDICINI

Bled, 25.–27. september

Festivalna dvorana

Glavni temi sta metabolizem in prehrana kritično bolnega ter prognostični točkovni sistemi. Tudi letošnji simpozij poteka pod pokroviteljstvom Evropskega združenja za intenzivno medicino (ESICM), ker zaradi kakovostnega programa in predavateljev izpolnjuje stroge zahteve tega uglednega strokovnega združenja. V času simpozija bo tudi okrogla miza o izobraževanju v intenzivni medicini in pa tečaj za medicinske sestre o okužbah na oddelku za intenzivno zdravljenje in o prehrani kritično bolnega. Simpozij poteka v angleščini.

Tuesday, September 26, morning

B. Kremžar (Slovenia)	Opening of the Symposium
	Opening lectures
P. Suter (Switzerland)	Benefits of good education for ICU nurses and physicians
D. R. Miranda (Netherlands)	Intensive care Medicine: a multidisciplinary speciality

SCORING SYSTEMS IN ICU AND OUTCOME PREDICTION

J. R. Le Gall (France)	Multipurpose severity scores: Development, validation and use
W. Knaus (USA)	Use of APACHE scoring system to improve ICU utilisation and outcome: lessons from different countries
B. Kremžar (Slovenia)	Scoring system for polytraumatised patients
	Break
J. R. Le Gall (France)	Specific probability models: the customisation technique applied to models for sepsis
A. Gullo (Italy)	Problems, results and objectives of scoring systems and outcome prediction in patients with MOF
J. D. Edwards (United Kingdom)	Scoring systems for particular diagnostic categories
I. Vidmar (Slovenia)	Pediatric scoring

Tuesday, September 26, afternoon

A. Žmavc (Slovenia)	MEES: First year of experience
Z. Pehnek, B. Kamenik (Slovenia)	Importance of computer analysis of TISS
G. Voga (Slovenia)	is there any correlation between scoring system and extent of diagnostic evaluation?
N. J. Mutz (Austria)	Which scoring system should we apply in the clinical setting?
P. Suter (Switzerland)	Prediction of outcome in ICU patients: What is possible?
W. Knaus (USA)	Prediction of patient outcome in intensive care: Science and ethics

SELECTED TOPICS

N. J. Mutz (Austria)	Microcirculatory changes in shock
K. Reinhart (Germany)	Monitoring of oxygen transport and uptake – is it useful in daily clinical practice?
A. Bručan (Slovenia)	Prehospital thrombolysis for the treatment of acute myocardial infarction – pro and contra
D. Štajer (Slovenia)	Rupture of free ventricular wall and interventricular septum following acute myocardial infarction
J. D. Edwards (United Kingdom)	Shock of obscure aethyology

FREE CONTRIBUTIONS

Wednesday, September 27, morning

D. R. Miranda (Netherlands)

Opening lecture:

The effective regionalisation of intensive care medicine

METABOLISM AND NUTRITION IN CRITICALLY ILL

R. A. Little (United Kingdom)

Consequence of starvation

G. Guarnieri (Italy)

Metabolic and nutritional abnormalities in trauma patients

B. Krivec (Slovenia)

Assessment of nutritional state in ICU patients

F. Cerra (USA)

Basic nutrition in ICU

Break

J. Takala (Finland)

Nutrition support during prolonged intensive care

R. A. Little (United Kingdom)

Insulin resistance

F. Cerra (USA)

Enteral nutrition in the ICU

L. Kompan (Slovenia)

Influence of enteral nutrition on development of pneumonia in ventilated patients

J. Wernerman (Sweden)

Intravenous nutrition in critically ill: Basic principles

Wednesday, September 27, afternoon

J. Wernerman (Sweden)

Intravenous nutrition in critically ill: New trends

J. Takala (Finland)

Interrelation of ventilation and metabolism

K. Reinhart (Germany)

The effects of hyperoxic ventilation on metabolism and shock

M. Derganc (Slovenia)

Metabolic care of children with extensive burns

F. Cerra (USA)

Immunonutrition: Rational and current status

FREE CONTRIBUTION AWARD

CLOSING CEREMONY

SATELLITE CONFERENCE (no audience)

Round Table Conference on Education in Intensive Care Medicine

Tuesday, September 26, 1995.

17.00 Hotel Golf – Conference room

Organised by the Slovenian Society of Intensive Care Medicine. The conference will gather the invited international and Slovenian experts.

EDUCATIONAL COURSE FOR ICU NURSES (in Slovenian language)

Monday, September 25, 1995.

14.00 The Convention Centre, Room B.

Topics: 1. Infection in the ICU

2. Nutrition of critically ill patient

Registration fee

ICU Nurses 30 DEM

Participants of 4th International Symposium on Intensive Care Medicine No fee

SOCIAL PROGRAMME

MONDAY, SEPTEMBER 26

20.00 Opening ceremony and cocktail at the Convention Centre

TUESDAY, SEPTEMBER 26

20.30 Gala Dinner at the Hotel Park

WEDNESDAY, SEPTEMBER 27

17.30 Farewell cocktail at the Convention Centre

SCIENTIFIC COMMITTEE

A. Špec-Marn (president), M. Derganc, J. D. Edwards, M. Horvat, N. J. Mutz, R. A. Little, B. Kremžar

ORGANIZING COMMITTEE

O. Cerovič (president), P. Hribar, H. Možina, M. Noč, G. Voga

Organizing and secretariat:

Administrative secretariat of SSIM
Centre for Intensive Internal Medicine
University Medical Centre Ljubljana
Zaloška c. 7
61000 LJUBLJANA
SLOVENIA
Phone: +386 (0)61 329 061, +386 (0)61 133 72 62
Fax: +386 (0)61 133 72 62

REGISTRATION DESK

The registration desk will be open in the Convention Centre on:

- Monday, September 25th from 11.00 to 19.00,
- Tuesday, September 26th from 07.30 to 12.30 and from 13.30 to 18.30,
- Wednesday, September 27th from 07.30 to 12.30 and from 13.30 to 17.00.

Telephone during Symposium: +386 (0)64 741 831.

REGISTRATION FEES

Before After

01. 07. 1995 30. 06. 1995

Members of Slovenian Society of Intensive Care Medicine or ESICM 240 DEM 280 DEM

Non-Members 300 DEM 350 DEM

Non-Doctors, Nurses 100 DEM 100 DEM

The registration fee includes:

- Symposium material and badge
- Welcome reception on September 25th
- Refreshments during coffee break
- Buffets on September 26th and 27th
- Gala Dinner on September 26th
- Farewell cocktail on September 27th.

PAYMENTS

The registration fee is payable in SIT (equivalent of the amount in DEM). Payments will be made:

- To the bank account at Ljubljanska banka d.d N^o: 50100-620-133 05 1016113-54496. For payments in foreign currency the bank account is: 50100-620133 120853-5, always with an additional clause »BLED 95«. Full payment should accompany filled registration form.
- At the registration desk (during the symposium).

Dodatne informacije: Ognjen Cerovič, dr. med.

KC Ljubljana, CIT

Zaloška 7

61000 Ljubljana

Tel./fax.: +386 (0)61 133 72 62

UČNA DELAVNICA O SPORAZUMEVANJU MED ZDRAVNIKOM IN BOLNIKOM

PRIJAVNICA

Priimek in ime: _____

Naslov: _____

Ustanova: _____

Telefon – fax: _____

Datum: _____ Podpis: _____

Prijavo pošljite na naslov: **Slovensko zdravniško društvo**
Sekcija za splošno medicino
Komenskega 4
61001 Ljubljana

PRIREDITVENI ODBOR

MEDICINCI 45

Zdravniki, ki smo leta 1945 kot prva generacija začeli študirati na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani, bomo obeležili 50-letnico vpisa s srečanjem 21. oktobra 1995 ob 11. uri v veliki predavalnici Medicinske fakultete v Ljubljani, Korytkova 4.

Ker gre za pomemben jubilej ne samo prve generacije zdravnikov, ampak tudi za 50-letno delovanje popolne Medicinske fakultete, vabimo vse zdravnike našega letnika, da skupaj proslavimo to obletnico. Pokroviteljstvo tega srečanja je prevzelo Ministrstvo za zdravstvo.

Prireditveni odbor
»Medicinci 45«

PRVO OBVESTILO

ŠOLA KLINIČNE RADIOLOGIJE: RADIOGRAM TORAKSA, KLINIČNE OSNOVE

1. tečaj šole klinične radiologije bo 5. in 6. oktobra 1995 v hotelu Toplice na Bledu

Organizatorji šole so Katedra za radiologijo Medicinske fakultete v Ljubljani, Pnevmoška sekcija pri Slovenskem zdravniškem društvu in Radiološki oddelek Splošne bolnišnice v Mariboru.

Organizacijski odbor

Vladimir Jevtič, Stanislav Šuškovič, Jurij Zalar

Tehnična organizacija

MERIDIANA d.o.o., Ljubljana

Predavali bodo

Z. Car, A. Cijan, J. Eržen, Z. Herceg, A. Debeljak, M. Jereb, F. Kandare, A. Kovačec, I. Kranjec, E. Mušič, M. Pistolesi, T. Rott, J. Šorli, H. Vogel, J. Zalar, Ž. Župančič

Namen tečaja je uvajati klinično razumevanje posnetka prsnih organov in je namenjen radiologom, pnevmologom, anesteziatom, kardiologom, splošnim zdravnikom in vsem drugim, ki se pri svojem delu srečujejo s posnetkom pljuč in srca.

Središče tečaja bo rentgenski posnetek prsnih organov, ob katerem bodo kliniki pomagali razumeti obliko in dogajanja, ki jih prikazuje posnetek, radiologi pa jih bodo opisali z natančnimi izrazi in v smiselni obliki.

Tečaj bo imel obliko predavanj z razgovorom ob koncu posameznih predavanj. Predavanja bodo v slovenščini, hrvaščini in angleščini, brez prevodov.

Kotizacija bo določena kasneje. število udeležencev bo omejeno.

Informacije: mag. Jurij Zalar, dr. med.

SB Maribor

telefon (062) 37-221

DRUŠTVO ZOBOZDRAVSTVENIH DELAVCEV SLOVENIJE

HRVATSKI TRG 6, 61005 LJUBLJANA

Tel. (061) 13 13 113 int. 43-84

SLOVENIJA

obvešča, da bo

13.–14. 9. 1995 50-letnica SLOVENSKE STOMATOLOGIJE S STROKOVNIM PROGRAMOM IN RAZSTAVO

15.–16. 9. 1995 32. KONGRES KONTINENTALNEGA ODSEKA EVROPE – MEDNARODNE ZVEZE ZA STOMATOLOŠKE RAZISKAVE

17. 9. 1995 2. MEDNARODNA KONFERENCA – APLIKACIJA MAGNETNIH REZONANC V STOMATOLOŠKIH RAZISKAVAH

**SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
KOMISIJA ZA ZVEZE Z ZAMEJSTVOM IN INOZEMSTVOM**

IZLET ZDRAVNIKOV V PORABJE

15.–17. septembra 1995

Petek, 15. 9. 1995

- 17.00 Odhod avtobusa izpred Doma slovenskih zdravnikov v Ljubljani, Komenskega 4
20.00–21.00 Prihod v zdravilišče Moravci.
Prenočišče v hotelu A kategorije »Ajda«. Skupna večerja z glasbo v Taverni. Nočno kopanje v bazenu.

Sobota, 16. 9. 1995

- 6.30 Zajtrk
7.00 Odhod iz Moravskih toplic
9.00 Prihod v Monošter
Srečanje s Porabskimi Slovenci:
– kratek kulturni program, razgovori z domačini.
10.00–12.00 Ogled mesta Monošter z možnostjo nakupovanja
12.00 Po ogledu baročne cerkve odhod proti Sombatheyu
Vmes kosilo
16.00 Sestanek s kolegi v bolnišnici v Sombatheyu
(Bolnišnica s 1600 posteljami, ogled porodnišnice)
Sprehod skozi središče mesta
18.00 Odhod proti Blatnemu jezeru
Prenočišče v otroškem okrevališču ZANKA ob jezeru
Skupna večerja

Nedelja, 17. 9. 1995

- 9.00 Po zajtrku odhod iz Zanke
Ogled Festeticz gradu v Keszthelyju
Ogled zdravilišča Heviz
Na poti proti domovini ogled Blatno-grada, kjer je v davni preteklosti gospodoval tudi knez Kocelj
18.00–19.00 Predviden prihod v Ljubljano, da se bodo tudi oddaljeni kolegi lahko vrnili na svoje domove

Predvideni stroški izleta: Približno 200 DEM. Če nam sponzorji ne bodo pokrili stroškov prevoza, računajte tudi na doplačilo približno 2.400,00 SIT.

Prijave: Tajništvo SZD
Komenskega 4
61000 Ljubljana
telefon: (061) 323-469 do zasedbe mest v avtobusu (50)

Število celic z jedrom se je pri transudatih gibalo v razponu od 200 do 1350/μL (tab. 3). Pri veliki večini transudatov število celic ni preseglo vrednosti 1000/μL. Več smo jih namreč našli le v dveh vzorcih.

Tab. 3. Število celic z jedrom v mikrolitru pleuralnega izliva.

Tab. 3. Number of nucleated cells in microliter of pleural effusion.

Etiologija Etiology	tran	karc	para	tbc	neth	nezn
	Razpon/Range					
Minimum	200	250	250	300	400	500
Maximum	1350	13.200	96.000	8.500	52.000	8.900
Povprečje Mean	618	3.008	4.856	3.630	4.424	2.960
std	273	2.581	13.012	2.230	7.228	2.147
	Celice/mikroliter (%) / Cells/microliter (%)					
-1000	94,0	21,6	20,0	6,5	19,7	21,7
1000-5000	6,0	63,1	69,1	70,1	56,6	61,7
5000-10.000	0,0	11,7	3,6	23,4	17,1	16,7
>10.000	0,0	3,6	7,3	0,0	6,6	0,0

tran – transudati/transudates; karc – karcinoma plevre/carcinosis of the pleura; para – paraneoplastični izliv/paraneoplastic effusion; tbc – tuberkulozni izliv/tuberculous effusion; neth – netuberkulozni eksudat/nontuberculous exudate; nezn – eksudati neznane etiologije/exudates of unknown etiology; std – standardna deviacija/standard deviation

Pri eksudatih so bile celice z jedrom v več kot polovici vzorcev (56,6% do 70,1%) prisotne v razponu od 1000 do 5000/μL. Glede števila celic v μL razlike med skupinami izlivov eksudativne narave niso statistično značilne ($P>0,05$). Več kot 10.000 celic/μL smo našli le v posamičnih primerih. Zelo povečano število celic z jedrom smo dobili le v enem paraneoplastičnem (52.000/μL) in enem netuberkuloznem vnetnem eksudatu (96.000/μL). Pri tuberkuloznih eksudatih število celic v nobenem vzorcu ni doseglo vrednosti 10.000/μL. Manj kot 1000 celic/μL smo v tuberkuloznih eksudatih prešteli v znatno manjšem številu ($P=<0,05$) kot v drugih eksudativnih izlivih. V karcinomskih, paraneoplastičnih, netuberkuloznih vnetnih eksudatih neznane etiologije smo namreč našli manj kot 1000 celic/μL kar v približno 20,0% vzorcev.

Diferenciacija celic je pokazala, da so v 48,0% tuberkuloznih izlivov prevladovali limfociti (tab. 4). Ta odstotek je značilno večji

Tab. 4. Diferenciacija celic v pleuralnih izlivih.

Tab. 4. Differential count of cells in pleural effusions.

Etiologija Etiology	tran	karc	para	tbc	neth	nezn
Vzorci Samples	33,0	50,0	55,0	77,0	76,0	60,0
	Limfociti/Lymphocytes (%)					
Brez/None	0,0	0,0	9,1	0,0	3,9	8,3
1,0%-20,0%	69,7	42,0	52,7	13,0	55,3	35,0
21,0%-50,0%	24,3	36,0	29,1	39,0	13,2	36,7
>50,0%	6,0	22,0	9,1	48,0	27,6	20,0
	Nevtrofilni granulociti/Neutrophil granulocytes (%)					
Brez/None	6,1	2,0	10,9	7,8	11,8	16,7
1,0%-20,0%	75,8	72,0	63,6	75,3	46,1	68,3
21,0%-50,0%	18,1	20,0	18,2	16,9	22,4	13,3
>50,0%	0,0	8,0	7,3	0,0	19,7	1,7
	Mezotelijske celice/Mesothelial cells (%)					
Brez/None	0,0	4,0	30,9	81,8	50,0	60,0
1,0%-20,0%	9,1	50,0	41,8	18,2	39,5	35,0
21,0%-50,0%	84,8	42,0	18,2	0,0	9,2	5,0
>50,0%	6,1	4,0	9,1	0,0	1,3	0,0
	Eozinofilni granulociti/Eosinophil granulocytes (%)					
Brez/None	100,0	40,0	67,6	76,6	56,5	33,3
1,0%-10,0%	0,0	48,0	21,3	23,4	39,5	38,3
>10,0%	0,0	12,0	10,9	0,0	4,0	28,3

tran – transudati/transudates; karc – karcinoma plevre/carcinosis of the pleura; para – paraneoplastični izliv/paraneoplastic effusion; tbc – tuberkulozni izliv/tuberculous effusion; neth – netuberkulozni eksudat/nontuberculous exudate; nezn – eksudati neznane etiologije/exudates of unknown etiology

($P=<0,05$) kot pri drugih, to je netuberkuloznih eksudatih, v katerih je bilo več kot 70,0% limfocitov le v 6,0 do 27,6% vzorcev. Več kot 20,0% nevtrofilnih granulocitov smo našli v netuberkuloznih vnetnih izlivih mnogo pogosteje ($P=<0,05$) kot v drugih eksudatih. Mezotelijske celice so izrazito prevladovala predvsem v transudatih. Pri eksudatih pa smo več kot 20,0% mezotelijskih celic najpogosteje našli v izlivih bolnikov s karcinoma plevre. Več kot 10,0% eozinofilnih granulocitov pa smo najpogosteje našli v eksudatih z nepojasnjeno etiologijo.

Razpravljanje

Najzanesljivejši način za opredelitev, ali je izliv transudat ali eksudat, je določitev razmerja med celokupnimi proteini in laktat dehidrogenazo v izlivu in serumu (1). Pri citološki obdelavi izlivov pa ugotavljamo, da so transudati po videzu večinoma bistri ali rumenomotni. Eritrociti, če so prisotni, so maloštevilni. Številnejši so le v posameznih primerih, verjetno zaradi poškodbe prsne stene pri punkciji. Po mnenju mnogih avtorjev (7) število celic z jedrom v transudatih ne presega vrednosti 1000/μL. Naši rezultati se s temi skladajo. Več kot 1000 celic/μL smo namreč našli le v 6,0% vzorcev, ki so bili dokončno opredeljeni kot transudati. Izlivov, za katere se je izkazalo, da so nastali zaradi transudativnega in eksudativnega bolezenskega procesa, nismo zajeli v študijo. Med obdelavo podatkov smo namreč podrobneje analizirali etiologijo vseh tistih izlivov, ki so bili na osnovi rezultatov biokemičnih preiskav opredeljeni kot transudati, vendar so vsebovali več kot 1000 celic/μL. Kar za 11 vzorcev od sedmih bolnikov se je izkazalo, da je bil izliv posledica transudativnega (popuščanje srca) in eksudativnega (plevropnevmonija) bolezenskega procesa. Podobno ugotavljajo tudi nekateri drugi avtorji (8).

Diferenciacija celic je pokazala, da v transudatih večinoma prevladujejo mezotelijske celice ali pa monohistiociti. Delež nevtrofilnih granulocitov in limfocitov je le poredkoma povečan. Eozinofilni granulociti in plazmatke pa so v transudatih prisotni le izjemoma, pa še takrat v razmeroma majhnem številu.

Zelo krvavega videza so bili večinoma izlivi, ki so vsebovali več kot 200.000 eritrocitov/μL. Največji delež (okrog 20,0%) izlivov z več kot 200.000 eritrocitov/μL smo našli pri bolnikih s karcinoma plevre. To se sklada s podatki drugih avtorjev, ki prav tako ugotavljajo, da so zelo krvavi izlivi najpogostejše posledica karcinoma plevre (3, 9). Razmeroma velik odstotek zelo krvavih izlivov smo dobili tudi pri bolnikih s paraneoplastičnim (10,9%) in neopredeljenim izlivom (11,7%). Menimo, da je v teh dveh skupinah tudi nekaj bolnikov s karcinoma plevre, ki pa je zaradi kakršnegakoli vzroka nismo mogli dokazati. Razmeroma majhen pa je bil delež zelo krvavih izlivov pri bolnikih s tuberkuloznim plevritisom in pri eksudatih netuberkulozne vnetne etiologije (5,2 oz. 5,3%).

Domnevamo, da je dejanski delež krvavih pleuralnih izlivov nekoliko drugačen, kot ga prikazuje naša analiza. V obdelavo smo namreč zajeli le vzorce, v katerih smo lahko prešteli in diferencirali tudi celice z jedrom. Pri zelo krvavih izlivih pa štetja in diferenciacije celic pogosto ne moremo opraviti in smo jih zato izključili iz študije. Po drugi strani pa je v študijo verjetno zajetih nekaj vzorcev, pri katerih je primes krvi posledica poškodbe prsne stene med punkcijo.

Pri ocenjevanju vloge, ki jo imata štetje eritrocitov in makroskopsko določanje videza izliva, pa ni zanemarljiv podatek, s katerim smo dokazali, da približno v polovici eksudatov pri karcinoma plevre eritrociti sploh niso bili prisotni ali pa so bili zelo maloštevilni.

Število celic z jedrom v μL eksudativnega pleuralnega izliva se je gibalo v zelo širokem razponu (250–96.000). Pri vseh skupinah pa je več kot polovica vzorcev vendarle vsebovala le 1000 do 5000 celic/μL. Vendar manj kot 1000 celic/μL za eksudate prav tako ni

izjemno nizka vrednost. Tudi pri netuberkuloznih plevritisih smo namreč v eksudatih našeli manj kot 1000 celic/ μ L v približno 20,0% vzorcev. Le pri tuberkuloznih eksudatih smo našeli manj kot 1000 celic/ μ L samo v 6,5% vzorcev.

Več kot 10.000 celic z jedrom/ μ L smo našeli le v razmeroma majhnem številu vzorcev pri karcinazah plevre, paraneoplastičnih eksudatih in eksudatih netuberkulozne vnetne etiologije. Število celic se je vedno povečalo na račun povečanega deleža nevtrofilnih granulocitov. Vendar je treba tudi pri presoji koncentracije celic upoštevati, da so pri empirijah nevtrofilci pogosto tako razpadli, da jih nismo mogli prešteti in diferencirati. Zato tudi del empirij ni zajet v obdelavo.

Izkazalo se je, da so glede števila celic z jedrom najbolj homogena skupina eksudati pri tuberkuloznem plevritisu. V tej skupini namreč v nobenem vzorcu nismo našeli več kot 10.000 celic/ μ L. Tudi manj kot 1000 celic/ μ L je vseboval le neznaten delež tuberkuloznih eksudatov.

Diferenciacija celic je pokazala, da v tuberkuloznih eksudatih značilno pogostejše prevladujejo limfociti (>70,0%) kot v eksudatih drugih etiologij. Da je za tuberkulozne eksudate značilna limfocitoza, ugotavljajo tudi nekateri drugi avtorji (10, 11). Pri medsebojni primerjavi rezultatov diferenciacije celic pa je treba upoštevati, da nekateri prištevajo med limfocitne vse izlive, v katerih je več kot 50,0% limfocitov (12). Drugi pa namesto termina limfociti uporabljajo termin mononuklearne celice. Med slednje pa poleg tipičnih limfocitov prištevajo tudi nekoliko večje monocitoidno oblikovane mononuklearne celice, ki imajo obilnejšo citoplazmo in bolj nepravilna jedra kot limfociti. Mi takšne celice skupaj s tipičnimi makrofagi uvrščamo v posebno skupino – monohistiociti.

Limfocitoza tudi v netuberkuloznih vnetnih eksudatih ni redkost (13). Pri naših bolnikih z netuberkuloznim vnetjem plevre je na primer kar 27,6% vzorcev vsebovalo več kot 70,0% limfocitov. Ker pa je limfocitoza vendarle značilno pogostejša v tuberkuloznih kot v netuberkuloznih eksudatih, je podatek o odstotku limfocitov lahko diagnostično pomemben v povezavi z drugimi laboratorijskimi in/ali kliničnimi podatki. Tako po naših izkušnjah kakor tudi po podatkih drugih avtorjev (14, 15) pa je za tuberkulozne eksudate značilno tudi to, da mezotelijske celice sploh niso prisotne ali pa so zelo maloštevilne. Isto velja tudi za eozinofilne granulocite.

V več kot polovici plevralnih izlivov je bilo v diferencialni sliki manj kot 20,0% nevtrofilnih granulocitov. Izrazito nevtrofilijo z več kot 50,0% nevtrofilnih granulocitov pa smo našli značilno pogostejše v eksudatih netuberkulozne vnetne etiologije kot v izlivih drugih skupin. V tuberkuloznih eksudatih in v transudatih delež nevtrofilnih granulocitov ni v nobenem primeru presegel vrednosti 50,0%. Zmerna nevtrofilija (21,0 do 50,0% nevtrofilcev v diferencialni sliki) pa tudi pri bolnikih s tuberkuloznim plevritisom ni redkost.

Povečano število, to je več kot 20,0% mezotelijskih celic v diferencialni sliki, smo največkrat ugotovili v transudatih in eksudatih pri karcinazah plevre. Povečan delež mezotelijskih celic ni diagnostično pomemben, če pa so številne, so pogosto morfološko tako spremenjene, da jih lahko napačno interpretiramo kot maligne (10).

Večine izlivov, ki veljajo za eozinofilne (>10,0% eozinofilnih granulocitov v diferencialni sliki), etiološko nismo mogli opredeliti. Izkazalo pa se je, da so tudi pri karcinazah plevre izlive lahko eozinofilni. Več kot 10,0% eozinofilcev smo namreč našli približno pri desetini karcinomskih in paraneoplastičnih izlivov. Podobne rezultate navajajo tudi nekateri drugi avtorji (16).

Sklepamo, da pri citološki obdelavi plevralnih izlivov eritrocitov ni treba šteti v vseh vzorcih, poslanih na citološki pregled. Primes krvi lahko namreč dokaj zanesljivo ocenimo tudi po videzu izliva. Eritrocite preštujemo le takrat, ko želimo prisotnost krvi v izlivu natančneje opredeliti. Štetje in diferenciacijo nemalignih celic z jedrom pa je smiselno vključiti med redne postopke citološke obdelave plevralnih izlivov. Rezultati sicer niso diagnostično specifični, so pa pogosto koristni in uporabni v povezavi z rezultati drugih diagnostičnih postopkov.

Kolikšno je število celic z jedrom v μ L izliva, je na primer v povezavi z drugimi, večinoma biokemičnimi parametri koristno vedeti pri razločevanju transudatov in eksudatov ter pri razločevanju med parapnevmoničnim izlivom in empirijom.

Pri diferenciaciji celic ugotavljamo, da je limfocitoza najpogostejša pri tuberkuloznih, nevtrofilija pa pri netuberkuloznih plevritisih. Ker pa sta specifičnost in senzitivnost limfocitoze oziroma nevtrofilije razmeroma majhni, sta ugotovka diagnostično pomembna in uporabna v povezavi z ugotovki drugih preiskav. Eozinofilija na splošno nima diagnostične vrednosti. Ugotovimo jo tudi pri karcinazah plevre. Verjetnost karcinoma pa je pri eozinofilnih izlivih vendarle manjša kot pri izlivih, ki niso eozinofilni (16). Glede prisotnosti mezotelijskih celic v plevralnih izlivih pa je bolj kot povečanje njihovega števila pomembno dejstvo, da jih v tuberkuloznih eksudatih ni ali pa so zelo maloštevilne.

Glede na navedene podatke je štetje in diferenciacijo celic z jedrom treba šteti za sestavni del citološke obdelave plevralnih izlivov (17). Ali bomo postopka izvedli pri vseh, na citološki pregled poslanih vzorcih, pa je odvisno od presoje klinika oziroma citologa. Tudi v primerih, ko je osnovni namen citološkega pregleda iskanje malignih celic, je pogosto priporočljivo opredeliti tudi nemaligne celice. Po številu celic in odstotku nevtrofilnih granulocitov lahko na primer ugotovimo prehod spremljajočega parapnevmoničnega izliva v empirij.

Literatura

1. Light RW. Pleural effusions. *Med Clin N Am* 1977; 61: 1339-52.
2. Debeljak A. Plevralni izliv. Doktrina Inštituta za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik v letu 1994. In: Keber D ed. Razpoznavanje notranjih bolezni: Diagnostični algoritmi. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1994; 3, 45, 50.
3. Sahn SA. The pleura. *Am Rev Respir Dis* 1988; 138: 184-234.
4. Bueno CE, Clemente MG, Castro BC et al. Cytologic and bacteriologic analysis of fluid and pleural biopsy specimens with Cope's needle. *Arch Intern Med* 1990; 150: 1190-4.
5. Patterson T, Riska H. Diagnostic value of total and differential leucocyte counts in pleural effusions. *Acta Med Scand* 1981; 210: 129-35.
6. Dines DE, Pierre RV, Franzen SJ. The value of cells in the pleural fluid in the differential diagnosis. *Mayo Clin Proc* 1975; 50: 571-2.
7. Chetty KG. Transudative pleural effusions. *Clin Chest Med* 1985; 6: 49-54.
8. Peterman TA, Speicher CE. Evaluating pleural effusions. *JAMA* 1984; 252: 1051-3.
9. Sahn SA. Pleural effusion in lung cancer. *Clin Chest Med* 1993; 14: 189-200.
10. Koss LG. Diagnostic cytology and its histopathologic bases. Philadelphia: Lippincott Company, 1992: 1082-115.
11. Spieler P. The cytologic diagnosis of tuberculosis in pleural effusions. *Acta Cytol* 1979; 23: 374-9.
12. Jay SJ. Diagnostic procedure for pleural disease. *Clin Chest Med* 1985; 6: 33-48.
13. Nagata N, Kawarada Y, Shigematsu N, Ishibashi T. Subpleural mononuclear cell infiltration. *Chest* 1990; 98: 1116-20.
14. Pettersson T, Riska H. Diagnostic value of total and differential leucocyte counts in pleural effusions. *Acta Med Scand* 1981; 210: 129-35.
15. Hirsch A, Ruffie P, Nebut M, Bignon J, Chretien J. Pleural effusion: laboratory tests in 300 cases. *Thorax* 1979; 34: 106-12.
16. Kuhn M, Fitting JW, Lauenberg P. Probability of malignancy in pleural fluid eosinophilia. *Chest* 1989; 96: 992-4.
17. Rabinovitch A, Combleet J. Body fluid microscopy in US laboratories. *Arch Pathol Lab Med* 1994; 18: 13-7.

Strokovni prispevek/Professional article

ODLOMI PETNICE POD NARASTIŠČEM AHILOVE TETIVE

AVULSIONS OF POSTERIOR PART OF CALCANEUS

Radko Komadina, Miroslav Batišta, Drago Brilej

Traumatološki oddelek, Bolnišnica Celje, Oblakova 5, 63000 Celje

Prispelo 1995-01-25, sprejeto 1995-06-05; ZDRAV VESTN 1995; 64: 349–50

Ključne besede: petnica; zlomi; osteosinteza; subkutani šiv; osteoporoza**Key words:** calcaneus; fractures; osteosynthesis; subcutaneous sutures; osteoporosis**Izvleček** – Izhodišča. S subkutanim šivanjem raztrganine Ahilove tetive so bistveno poenostavili operativni postopek in skrajšali hospitalizacijo. Metodo so uporabili tudi pri odtrganini narastišča tetive na petnico.**Abstract** – Background. Operative procedure in Achilles tendon rupture was significantly simplified by subcutaneous sutures method. The duration of hospitalization was shortened. This method was successfully applied to operative treatment of avulsion fracture of the tendon's insertion on the calcaneus.

Rezultati. Od leta 1985–1994 so operirali tri bolnike s tako poškodbo. Dvakrat so uporabili pritezni vijak, enkrat žično zanko. Zaradi starosti poškodovancev je bila kostna gostota pomembno zmanjšana. Ob vijaku se je kostna luska zdrobila in ponovno dislocirala. Pri reoperaciji so ravnali, kot da je raztrgana tetiva na spodnjem koncu. S subkutanim šivom so jo prišli na petnico in krhko kostno lusko obšli.

Results. From 1985 to 1994 three patients with avulsion of the Achilles tendon insertion on the calcaneus were treated operatively. Twice lag screws and once tension band were applied. Due to patients age the bone density was significantly reduced and osteosynthetic material failed to retain the bony fragment. Redislocation occurred. At reoperation the avulsion fracture was treated as the Achilles tendon rupture at its lower end. With subcutaneous suture the tendon was fixed to the calcaneus.

Zaključki. Poseg s subkutanim šivom je za poškodovanca manj zahteven. Pooperativni potek je lažji in estetski rezultat boljši. Zaradi uporabe resorbilnega šivalnega materiala ni potrebno kasnejše operativno odstranjevanje vijakov.

Conclusions. With subcutaneous sutures the better aesthetic outcome is achieved with lesser postoperative complications. There is no need for operative removal of screws and wires and the duration of hospitalization is shortened.

Uvod

Odlomi zadnjega zgornjega dela petnice pod narastiščem Ahilove tetive so redki. Poškodovanci so starejši od bolnikov z raztrganino Ahilove tetive. Po zelo redkih objavljenih podatkih so stari okoli 60 let (1). Zaradi dislokacije odlomljenega fragmenta, ki ga Ahilova tetiva vleče stran od petnice, se odločimo za operativno zdravljenje. Po metodi AO (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen) izberemo pritezni vijak ali pritezno zanko (2). Krhka kostna luska nudi slabo oporo osteosintetskemu materialu. Vlečna sila tricepsa sure jo lahko razcepi. K neuspehu zdravljenja pripomore tudi involutivna osteoporoza.

Naši bolniki in metode

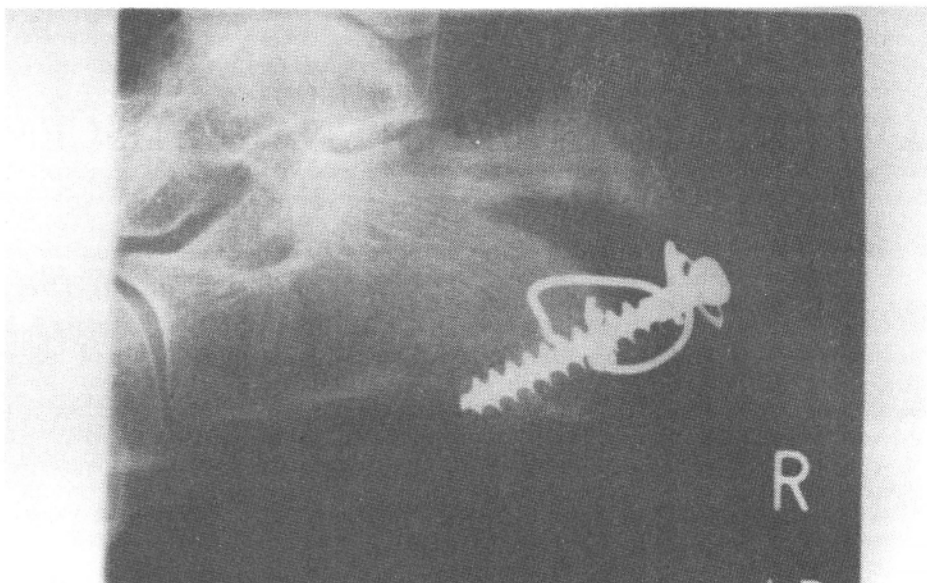
Od leta 1985 do 1994 smo na Traumatološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje operativno zdravili le tri bolnike z odlomom petnice pod narastiščem Ahilove tetive. Dve sta bili ženski v menopavzi, eden moški. Vsi so bili v 6. desetletju življenja. Vzrok poškodbe je bil zdrs na mokri travi, neroden korak na cesti in padec s prvega klina na lestvi. Forsirana kontrakcija tricepsa sure pri stopalu, fiksiranem v dorzifleksiji, je povzročila odtrganino petnice, kjer se narašča Ahilova tetiva. Ob sprejemu v bolnišnico smo našli oteklino in modrico na gležnju. Zeva v poteku Ahilove

tetive ni bilo tipati. Na rentgenski sliki petnice v stranski projekciji smo videli kostno avulzijo v obliki račjega kljuna. Imeli smo vtis, da bo možno odlomljeni del z lahkoto fiksirati na telo petnice s priteznim vijakom. Pri dveh poškodovancih smo uporabili spongiozni vijak z zobato podložko, enkrat smo se odločili za pritezno zanko. Kljub mavčevi imobilizaciji je v zgodnjem pooperativnem poteku kontrakcija tricepsa vzdolžno razcepila kostno lusko ob osteosintetskemu materialu. Pri dveh poškodovancih je bila redislokacija še sprejemljiva, odlom se je zacelil v zadovoljivem položaju. Pri eni bolnici pa je bila potrebna ponovna operacija (sl. 1). Odstranili smo vijak s podložko. Luska z narastiščem Ahilove tetive ni bila dovolj čvrsta, da bi jo lahko ponovno fiksirali z vijakom. K telesu petnice smo jo pričvrstili z vikrilnim šivom po metodi, ki jo uspešno uporabljamo pri raztrganinah v tendinoznem delu Ahilove tetive. Pri tem nismo podaljšali horizontalno ležeče operativne rane. S subkutanim šivom smo zajeli petcentimetrski spodnji del tetive in jo pritegnili k petnici. Vikril smo v tetivi dvakrat prekrizali in ga z 2–3-milimetrskimi incizijami kože speljali subkutano v frontalni ravnini. Šivali smo z dvema iglama, ki smo ju ob spodnjem robu tetive iz podkožja speljali skozi operativno rano. Z dvamilimetrskim svedom smo prevrtali petnico na mestu, kjer običajno skoznjno nameščamo žebelj za skeletno trakcijo. Pod kontrolo očesa smo šiv zategnili in kostno lusko z Ahilovo tetivo pritegnili k petnici. Po operaciji je bolnica dobila mavčevo

dokolensko longeto s stopalom v plantarni fleksiji. Po treh tednih smo mavec zamenjali z novim s stopalom v nevtralnem položaju. Po šestih tednih je bolnica pričela razgibavati gleženj in nogo postopno obremenjevati. Pri tem smo podcenili osteoporozo. Ponovno je prišlo do delnega odmika luske od telesa petnice, zato smo morali obdobje mirovanja podaljšati (sl. 2). Po 8 mesecih je bila dorzifleksija omejena za 10 stopinj, plantarna pa popolna. Pri hoji s polnim obremenjevanjem ni imela bolečin. Šest mesecev po poškodbi petnice smo ugotovili osteoporotični kompresivni zlom prvega ledvenega vretenca.

Razpravljanje

Odlomi zadnjega zgornjega dela petnice pod narastiščem Ahilove tetive so redki in o njih je v literaturi najti malo poročil. Celo v učbenikih travmatologije se ponavljajo citati starih člankov. Predstavljajo 1 do 3



Sl. 1. Vijak s podložko ni zadržal krhklega osteoporotičnega fragmenta.

Fig. 1. Screw with washer failed to retain osteoporotic bony fragment.



Sl. 2. Rezultat zdravljenja po 6 mesecih.

Fig. 2. The result of treatment after 6 months.

odstotke zlomov petnice (3–5). Watson Jones opisuje dva mehanizma njihovega nastanka: ob neposrednem delovanju zunanje sile in posredno s potegom tricepsa sure, kar imenuje avulzijski tip zloma (6). Rockwood daje poudarek indirektnemu delovanju sile. Starost in spol poškodovancev povezuje z osteoporozo (1). Večinoma so poškodovane ženske v šestem in sedmem desetletju življenja, medtem ko so poškodovanci z raztrganino Ahilove tetive predvsem moški v četrtem in petem desetletju življenja. V preteklosti so tovrstne poškodovance zdravili konservativno. Nosili so mavčev škorenj s stopalom v plantarni fleksiji. V petdesetih letih so objavili poročila o fiksaciji avulzijskih zlomov petnice s priteznim vijakom, kar je svetovana metoda še danes. Uporabili smo jo tudi pri naših treh poškodovancih. S primerom naše bolnice z močno osteoporozo želimo opozoriti na možnost operativnega zdravljenja s subkutanim šivom Ahilove tetive. Prijemališče sile, ki nasprotuje vleku tricepsa sure, tako razporedimo iz ene točke na večji prostor. Modificirano metodo so opisali Kosanović in sodelavci leta 1994 (7). S takim šivom je poseg za poškodovanca manj zahteven, pooperativni potek lažji, hospitalizacija krajša. Tudi estetski učinek je s subkutanim šivom boljši. Ker šivamo z resorbilnim materialom, ni potreben še en operativni poseg za odstranitev vijakov.

Literatura

1. Heckman JD. Fractures and dislocations of the foot. In: Rockwood CA, Green DP eds. Fractures in adults. 3rd ed. Vol. 2. Philadelphia: Lippincott, 1991; 2103–40.
2. Müller HE, Allgöwer M, Schneider R, Willenegger H. Manual of internal fixation. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1991; 614–8.
3. Böhler L. The treatment of fractures. New York and London: Grune and Stratton, 1958; 2047–7.
4. Lyngstadaas S. Treatment of avulsion fractures of the tuber calcanei. Acta Chir Scand 1971; 137: 579–81.
5. Lowy M. Avulsion fractures of the calcaneus. J Bone Joint Surg 1969; 51B: 494–7.
6. Watson-Jones R. Fractures and joint injuries. Edinburgh and London: E&S Livingstone, 1955; 867–7.
7. Kosanović M, Čretnik A, Batišta M. Subcutaneous suturing of the ruptured Achilles tendon under local anaesthesia. Arch Orthop Trauma Surg 1994; 113: 177–9.

Strokovni prispevek/Professional article

KRITIČNA ANALIZA SPREMLJANJA UPORABE ZDRAVIL V PEDIATRIČNI USTANOVI

CRITICAL ANALYSIS OF DRUG USE SURVEILLANCE IN A PEDIATRIC HOSPITAL

*Nina Barišić¹, Višnja Lourek²*¹ Klinika za pedijatriju Medicinskog fakulteta u Zagrebu, Kišpatičeva 12, 41000 Zagreb, Hrvatska² Centar za informatiku Kliničkog bolničkog centra, Šalata 2, 41000 Zagreb, Hrvatska

Prispelo 1991-11-27, sprejeto 1994-06-12; ZDRAV VESTN 1995; 64: 351-6

Ključne besede: uporaba zdravil pri otrocih, definirani dnevni odmerki**Key words:** drug utilization in children, defined daily doses**Izvleček** – Izhodišča. Prispevek analizira porabo zdravil v določeni pediatrični univerzitetni bolnišnici v obdobju 10 let.**Abstract** – Background. Drug use in Pediatric University Hospital was analyzed during ten-year period.

Metode. Uporabljena je bila retrospektivna analiza podatkov iz računalniško obdelanih obračunskih in matičnih listov po farmakodinamskih skupinah. Podatke smo vzeli tudi iz medicinske dokumentacije o otrocih, ki so se zdravili zaradi respiratornih in urinarnih okužb. Analiza je izpeljana s pomočjo opredeljenih dnevnih odmerkov na 1000 bolnišnično oskrbljenih dni (ODO/1000 bod).

Methods. Retrospective analysis of drug utilization data and patient records by programmed computerized elaboration was conducted. The analysis was performed by means of defined daily doses/1000 bed days (ODO/1000 bd).

Rezultati. Rezultati kažejo, da se največ uporabljajo polisintetični penicilini, zatem cefalosporini in kortikosteroisi, najpogosteje pri novorojenčkih in dojenčkih. Težnje k zmanjšanji uporabi antibiotikov smo opazili po uvajanju restriktivnih ukrepov oziroma antibiotikov rezerve. Usmerjena analiza 5% vzorca hospitaliziranih otrok z respiratornimi oziroma urinarnimi okužbami je pokazala, da je bilo skoraj 1/3 do 1/2 antibiotikov neutemeljeno predpisanih.

Results. Results revealed the broad spectrum penicillins were mostly administered followed by cephalosporins and corticosteroids mainly in neonatal and infant age groups. A tendency to decreased antibiotic use was observed after restriction policy was introduced. A 5% randomized sample of children inpatients treated for respiratory and urinary infections revealed that one third to one half of antibiotics are inappropriately prescribed.

Zaključki. Predložene metode ODO lahko dajo dober splošni vpogled v porabo zdravil, koristna pa je tudi kot zanesljiv način pri stalnem spremljanju količine in kakovosti zdravljenja v otroških bolnišničnih ustanovah.

Conclusions. ODO as a surveillance method showed to be significant for simple drug utilization insight, and for continuous assessment of treatment quality and quantity in pediatric hospitals.

Uvod

Klinična farmakologija se v zadnjih desetih letih intenzivno razvija kljub pasivnim, pa tudi aktivnim nasprotovanjem kliničnih zdravnikov, prežetih z zastarelimi terapevtskimi metodami. Tudi kljub finančnim interesom farmacevtske industrije, ki svojo proizvodnjo pogosto usmerja na povsem neracionalne, včasih celo škodljive proizvode, ter navkljub okostenelosti zakonodajalca, do katerega težko in počasi prodirajo sodobne odločitve in principi klinične farmakologije.

Pediatrična klinična farmakologija se šele poizkuša ločiti od tradicionalne »internistične« klinične farmakologije, ki se opira v glavnem na spoznanja, pridobljena s kliničnimi testiranjimi zdravil na odraslih. Žal so bile potrebne usodne napake zaradi nepoznavanja farmakokinetike in farmakodinamike zdravila v otroškem orga-

nizmu, da se je pričelo pozorno preučevanje uporabe zdravil najprej pri odraslih in šele mnogo kasneje pri otrocih (1, 2). Iz deklaracije Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) iz leta 1970: Čeprav so terapevtske katastrofe impresivne in tragične, je še veliko večja tiha škoda za zdravje ljudi, ki jo povzročijo neučinkovita zdravila. Racionalna farmakoterapija je izbira najustrežnejšega zdravila v najustrežnejšem odmerku, uporabljenega na najustrežnejši način v določenem časovnem obdobju, ko je za to utemeljena indikacija (3). SZO je osnovala posebno skupino (DURG) za spremljanje uporabe zdravil. Njena prvenstvena naloga je, da s spodbujanjem preučevanja racionalizira uporabo in tudi predpisovanje zdravil. Poseben poudarek je na razvoju standardizirane metodologije, ki bi omogočila primerjavo uporabe v državi in v mednarodnem okviru. Da bi lažje primerjali uporabo različnih zdravil na različnih mestih in v različnih časovnih

razdobjih, je skupina strokovnjakov skandinavskih dežel predlaga uvedbo pojma »opredeljeni dnevni odmerek« (ODO) določenega zdravila. Opredeljeni dnevni odmerek je torej dogovorjeni dnevni odmerek kakšnega zdravila in je kot statistični parameter predlagan od SZO (4). Standardizirana metodologija spremljanja uporabe zdravil obsega tudi enotno klasifikacijo zdravil. Za to uporabljamo anatomsko-terapevtsko-kemično sestavo (ATK). V Hrvatski uprabljamo prirejeno Enotno klasifikacijo zdravil (EKZ). Pri standardizaciji metodologije spremljanja uporabe zdravil se uporablja Enotna klasifikacija bolezni, ki je 8. revizija Mednarodne klasifikacije bolezni.

Namen dela

1. Kritična analiza uporabe zdravil na otroški kliniki v obdobju 10 let (1981–1990).
2. Analiza uporabe antibiotikov pred uvedbo »rezerve antibiotikov« in po njej.
3. Ocena racionalnosti uporabe antibiotikov pri otrocih z okužbami dihal in sečil.
4. Oblikovanje kriterijev za racionalno uporabo antibiotikov pri okužbah dihal in sečil pri otrocih.
5. Pregled prijavljanja sopojavov v istem razdobju 10 let.
6. Ocena metodologije spremljanja uporabe zdravil s pomočjo ODO na 1000 bolnišničnih oskrbnih dni pri hospitaliziranih otrocih.

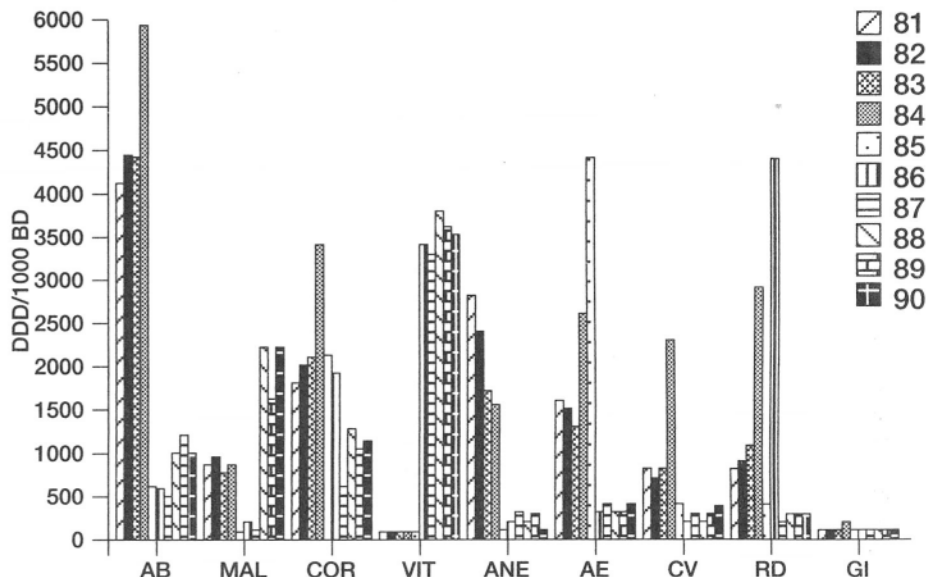
Bolniki in metode dela

Analizirali smo vse hospitalizirane otroke, ki so bili v obdobju 1981–1990 zdravljeni na pediatrični kliniki. Vključenih je bilo 50250 otrok, kot tudi 5-odstotni reprezentativni vzorec hospitaliziranih bolnikov z okužbami dihal in sečil (brez bolnikov hematološkega oddelka in oddelka za intenzivno medicino), ki smo jih dobili z metodo naključne izbire.

Leta 1986 so bili določeni antibiotiki »rezerve« z namenom racionalizacije in nadzora porabe različnih in dragih zdravil. S tem je bila omejena uporaba naslednjih antibiotikov: piperacilin, cefotaksim, ceftazidim in od leta 1989 azitromicin, pefloksacin, cefoperazon, vankomicin in ciprofloksacin.

Napravljena je bila retrospektivna analiza podatkov o porabi zdravil, ki smo jih dobili z računalniško obdelavo obračunskih in matičnih listov, po farmakodinamskih skupinah JKZ in po diagnozah bolezni po Mednarodni klasifikaciji bolezni. Računalniška analiza je bila napravljena s pomočjo ODO zdravil na 1000 bolnišničnih oskrbnih dni glede na starost in po kliničnih oddelkih. Analiza 5% vzorca bolnikov z okužbami dihal in sečil je bila napravljena s pomočjo podatkov iz medicinske dokumentacije in zajema starost, spol, anamnezo, klinično sliko, bakteriološke izvide, tok bolezni, trajanje zdravljenja, odmerek, način uporabe in izid zdravljenja. Podatki o sopojavih so bili analizirani iz registra Nacionalnega centra za sopojave. Vsi podatki so urejeni v reproducibilne sisteme, dostopne za računalniško obdelavo.

Kriteriji racionalne uporabe antibiotikov temeljijo na definiciji racionalne terapije in predstavljajo uporabo najustrežnejšega zdravila v najustrežnejšem odmerku, na najustrežnejši način, v določenem časovnem obdobju. Kriteriji so izbrani skladno z literaturo o farmakoterapiji okužb dihal in sečil v času od leta 1981–1990



Sl. 1. Skupna poraba zdravil na otroški kliniki po farmakodinamskih skupinah, izražena v DDD/1000 bod. Visoka poraba antimikrobnih zdravil in kortikosteroidov s povečano uporabo vitaminov v obdobju 10 let. AB – antimikrobna zdravila; MAL – zdravila za maligne bolezni; COR – kortikosteroidi; VIT – vitamini; ANE – zdravila za zdravljenje anemij; AE – antiepileptična zdravila; CV – zdravila za zdravljenje kardiovaskularnih motenj; RD – zdravila za zdravljenje respiratornih motenj; GI – zdravila, ki delujejo na gastrointestinalni sistem.

Fig. 1. Total drug use at the Department of Pediatric according to pharmacodynamic groups expressed in DDD/1000 bed days. High rate of antimicrobial drugs and corticosteroids use with increased vitamin use during ten years. AB – antimicrobial drugs; MAL – drugs for malignant disease; COR – corticosteroids; VIT – vitamins; ANE – drugs used in anemias; AE – antiepileptic drugs; CV – drugs used in cardiovascular disorders; RD – drugs for respiratory disorders; GI – drugs acting upon the gastrointestinal system.

(± 2 leti). Izbira je opredeljena kot racionalna, če je uporabljeno najustrežnejše zdravilo s to definicijo, kot neracionalna pa, če je uporabljeno neustrezno oz. alternativno zdravilo z napačnim ciljem ali za simptomatsko zdravljenje (npr. za zbijanje temperature).

Rezultati

Rezultati kažejo, da je na prvem mestu poraba antibiotikov oz. kortikosteroidov (sl. 1): Usmeritev k zmanjšani porabi skoraj vseh antibiotikov je bila opazna v obdobju od leta 1986–1990 in sovpada z uvajanjem omejevalnih ukrepov oz. »rezerve« antibiotikov, čeprav je bila s tem omejena uporaba le nekaj antibiotikov (sl. 1 in sl. 2).

Analiza kaže, da penicilinske antibiotike največ predpisujejo na oddelkih za dojenčke, nato na kardioloških oddelkih ter na oddelkih za dihalne motnje s težnjo povečevanja njihove uporabe na oddelkih za intenzivno medicino in na hematoloških oddelkih. Od penicilinskih antibiotikov širokega spektra se največ uporablja ampicilin, od leta 1985 amoksicilin s klavulonatom, in to v letu 1990 najpogosteje na oddelkih za dojenčke ter na oddelkih za intenzivno medicino. Uporaba ciklosporina I. in II. generacije na oddelkih za dojenčke v opazovanih letih progresivno raste (sl. 2). Poraba cefalosporina III. generacije je bila pred uvedbo omejevalnih ukrepov in po njej oz. po uvedbi »rezerve« antibiotikov zelo majhna.

V vseh opazovanih letih je bila poraba kortikosteroidov enaka (sl. 3). Analiza 10% vzorca v treh letih je pokazala, da kortikosteroide največ uporabljajo pri hematoloških boleznih, in to predvsem glukokortikoide, deksametazon in metilprednisolon, na drugem mestu pri zdravljenju bolezni dihal in alergij ter pri zdravljenju nefrotskega sindroma (tab. 1). Prednison se predpisuje v dvojni ali

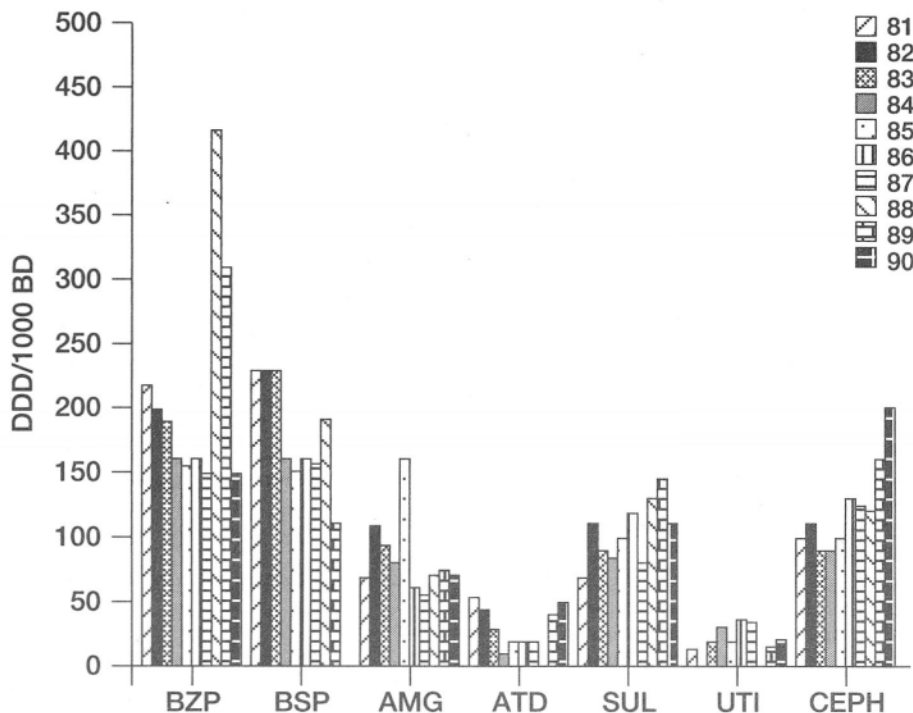
celo-trojni količini z ozirom na opredeljene dnevne odmerke. Največ kortikosteroidov predpisujejo otrokom med 1. in 6. letom starosti (sl. 4).

Predloženi model za neprekinjeno spremljanje porabe in racionalnosti uporabe zdravil sestoji iz retrospektivne analize podatkov za določeno bolezen na 5% vzorcu, dobljenem z naključno izbiro bolnikov z okužbami dihal oz. sečil. Ocenjuje se izbira zdravila, odmerkek, trajanje terapije in racionalnost izbire. Analiza 5% vzorca je pokazala, da se od antibiotikov največ uporabljajo polsintetični penicilini, za njimi pa cefalosporinski pripravki. Antibiotike največ predpisujejo otrokom od 1. do 6. leta starosti, pri čemer se za zdravljenje enega otroka uporablja 1–3 različne antibiotike povprečno 7–10 dni. Pri vseh bolnikih so bile napravljene analize brisov žrela, nosu in urinokulture. Nobenkrat ni bila napravljena analiza sputuma oz. izkašljane sluzi, niti virološka diagnostika. Prenizko odmerjanje je pokazalo pri 15–30% otrok. Analiza racionalnosti je pokazala kot najpogostejši vzrok neracionalne terapije uporabo neustreznega antibiotika (sl. 5). Neracionalna uporaba antibiotikov se je zmanjševala v letih 1986–1990. To sovpada z uvajanjem »rezerve« antibiotikov kot racionalizacijo farmakoterapije. Pri tem je bilo opaziti, da se še vedno neracionalno uporabljajo antibiotiki, katerih uporaba ni bila omejena z omejevalnimi ukrepi. Praviloma so se uporabljali za zdravljenje virusnih okužb dihal pri otrocih v starosti 1–6 let. Najpogosteje sta se med zdravljenjem virusnih okužb dihal predpisovala ampicilin in cefuroksim.

Z desetletno analizo prijavljanja sopojavov smo ugotovili, da v letih 1981 in 1982 sopojavov sploh niso prijavljali, medtem ko se je v ostalih letih pogostost prijavljanja sopojavov gibala od 0,20–0,60% (tab. 2). Na 5% vzorcu smo tudi ugotovili, da sopojavi, ki so bili registrirani na temperaturnih listih bolnikov in so se pojavljali v 5–15%, niti enkrat niso bili prijavljeni Centru za sopojave.

Sl. 3. Poraba kortikosteroidov na oddelkih otroške klinike, izražena v DDD/1000 bod. Visoka poraba kortikosteroidov na oddelkih za dojenčke, na kardiologiji in hematologiji s tendenco k zmanjševanju na oddelkih za respiratorne bolezni. INF – oddelki za dojenčke; CARD – kardiologija; END – endokrinologija; NEUR – neurologija; INTG – oddelek za intenzivno nego; GAST – gastroenterologija; HEM – hematologija; RESP – oddelek za respiratorne bolezni; NEFR – nefrologija.

Fig. 3. Corticosteroids use at the Pediatric Department wards expressed in DDD/1000 bed days. High rate of corticosteroids use at infant pathology, cardiology and haematology wards, with a decrease at the respiratory diseases ward. INF – infant pathology wards; CARD – cardiology ward; END – endocrinology ward; NEUR – neurology ward; INTC – intensive care unit; GAST – gastroenterology ward; HEM – hematology ward; RESP – respiratory disorders ward; NEFR – nephrology ward.



Sl. 2. Poraba protimikrobnih zdravil skozi 10 let: trajno visoka poraba penicilina s tendenco postopnega padca od leta 1987 in porast porabe cefalosporina, izražen v DDD/1000 bod. BZP – benzilpenicilin; BSP – penicilini razširjenega spektra; AMG – aminoglikozidi; ATD – antituberkulozna zdravila; SUL – sulfonamidi in trimetoprim; UTI – uroantiseptiki; CEPH – cefalosporini.

Fig. 2. Antibacterial drug use during ten observed years. Constant high penicillins use with decreasing tendency after 1987., and increase of cephalosporins use expressed in DDD/1000 bed days. BZP – benzylpenicillin; BSP – broad spectrum penicillins; AMG – aminoglycosides; ATD – antituberculous drugs; SUL – sulphonamides and trimethoprim; UTI – urinary antiseptics; CEPH – cephalosporins.

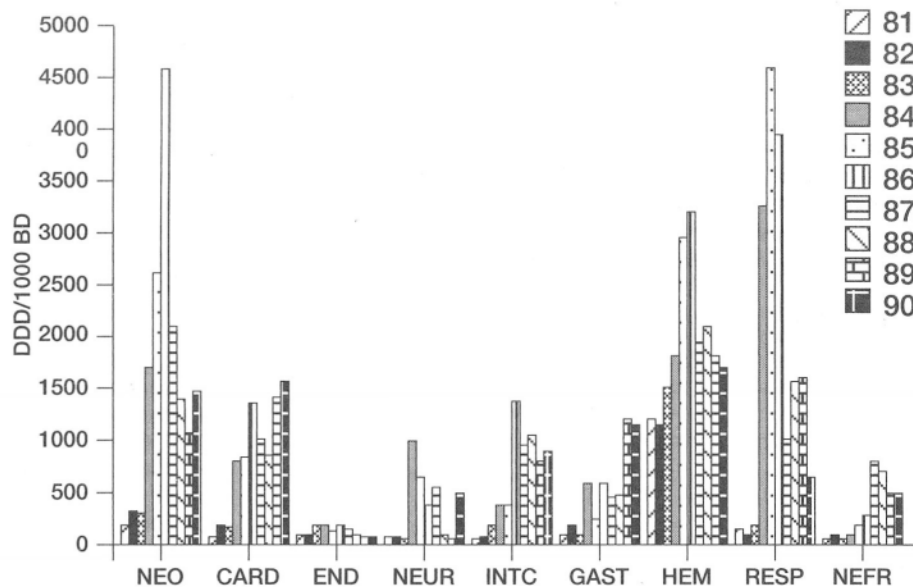


Fig. 3. Corticosteroids use at the Pediatric Department wards expressed in DDD/1000 bed days. High rate of corticosteroids use at infant pathology, cardiology and haematology wards, with a decrease at the respiratory diseases ward. INF – infant pathology wards; CARD – cardiology ward; END – endocrinology ward; NEUR – neurology ward; INTC – intensive care unit; GAST – gastroenterology ward; HEM – hematology ward; RESP – respiratory disorders ward; NEFR – nephrology ward.

Razpravljanje

Ocena metodologije spremljanja uporabe zdravil s pomočjo opredeljenih dnevnih odmerkov kaže zadovoljivo stopnjo pripravljenosti in skladnost v ocenjevanju skupne porabe zdravil pri hospitaliziranih otrocih. ODO so samo statistični parameter oz. tehnična enota za najenostavnejšo in čim hitrejšo orientacijo o uporabi zdravil in kontinuirano spremljanje velikega števila podatkov. Problem je točnost podatkov, ki se vpisujejo v bazo podatkov, kot tudi neskladnost posameznih vrednosti ODO, še posebej tistih za terapevtsko uporabo kortikosteroidov. Premalo detajlov iz popisa bolezni, ki se vpisujejo v bazo podatkov, lahko privede do napačnih rezultatov oz. sklepov, zato je potrebna standardizacija tehnike avtomatizacije podatkov (5). Računalniške banke podatkov so oblikovane prvenstveno za administrativne namene (6). Z uvajanjem računalniških sistemov v splošno medicino te nepopolnosti izginjajo.

Tab. 1. Uporaba kortikosteroidov pri določenih boleznih (10% vzorec).

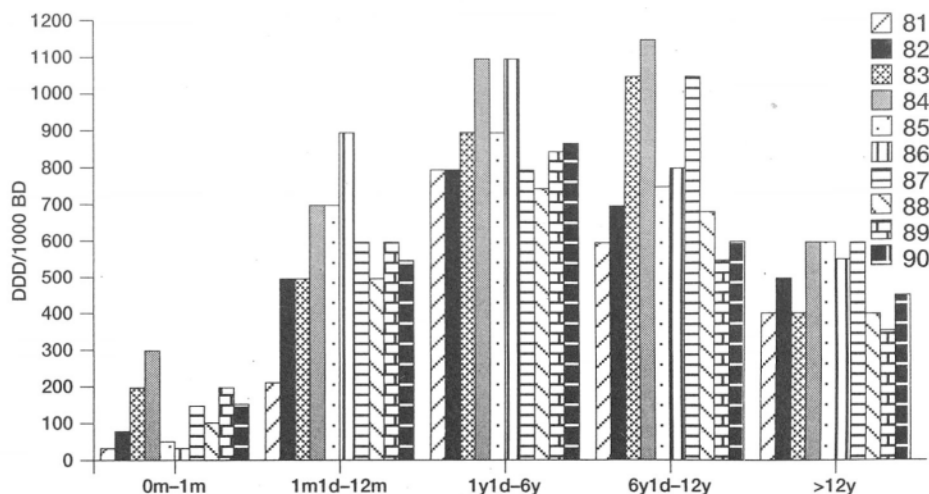
Tab. 1. Corticosteroid use in a specific diseases (10% sample).

	1984	1986	1988
Hematološke bolezni in neoplazme Haematologic disorders and neoplastic diseases	35	27	38
Bolezni dihal Disorders of the respiratory system	20	13	9
Bolezni vezivnega tkiva Connective tissue disorders			
Prirojene srčne bolezni Congenital heart diseases	1	3	1
Endokrinološke bolezni Endocrinologic disorders	2	2	6
Imunska pomanjkljivost Disorders of immune mediated injury	5	2	
Nevrološke bolezni Neurologic disorders	2	1	
Perinatalne bolezni Perinatal disorders	4	4	4
Bolezni prebavil Disorders of the gastrointestinal system	3	3	2
Bolezni ledvic in sečil Disorders of the kidney and urinary tract	6	0	0

Tab. 2. Prijavljeni stranski učinki po podatkih centralnega nacionalnega registra.

Tab. 2. Reported adverse drug reaction according to the Central National Register.

Leto Year	Pogostost prijavljenih sopojavov (%) Frequency of ADR Reporting (%)
1981	0
1982	0
1983	0,02
1984	0,12
1985	0,1
1986	0,34
1987	0,06
1988	0,2
1989	0,22
1990	0,15



Sl. 4. Uporaba kortikosteroidov po določenih starostnih skupinah (DDD/1000 bod). m – mesec; d – dan; y – leto.

Fig. 4. Corticosteroids use according to different age groups (DDD/1000 bed days). m – month; d – day; y – year.

Po drugi plati pa je to enostaven, poceni in koristen način za zagotavljanje nepristranskosti informacij, ki daje možnost izvirnih analiz in kontrole porabe zdravil s pomočjo ODO ter evalvacijo hipoteze in ugotavljanja vzročno-posledične zveze med specifično boleznijo in specifičnim zdravilom (4, 7, 8).

Možna je tudi dolgotrajna, nepretrgana analiza podaljšanih ali kratkotrajnih učinkov zdravil (9).

Dejstvo, ki ga velikokrat pozabimo, je, da je okrog 90% okužb zgornjih dihal pri otrocih do petega leta starosti virusne etiologije in da se otroci močno nagibajo k samoozdravljenju. To nedvomno opravičuje racionalizacijo uporabe antibiotikov in težnjo za manjše predpisovanje antibiotikov v otroškem obdobju. Analiza kaže, da se v vseh starostnih skupinah predpisuje prvenstveno ampicilin. To opisujejo tudi drugi avtorji. Poraba ampicilina znaša 68% celotne porabe antibiotikov. V preučevanih letih je težnja k manjši porabi ampicilina ob dvigu porabe amoksicilina odraz racionalizacije uporabe antibiotikov (10). V neonatalnem obdobju se ampicilin še vedno največ uporablja pri terapiji sepse, kar je prav tako odraz racionalnejšega pristopa k zdravljenju sepse pri novorojenčkih.

V skandinavskih državah je na prvem mestu po porabi fenoksimetilpenicilin, nato eritromicin, medtem ko se v ZDA pogosteje predpisujejo sintetični in polysintetični penicilini (11, 12). Polysintetični penicilini se v glavnem uporabljajo v nerazvitih državah Južne in Srednje Amerike (13), v Španiji (14) ter v afriških državah (15). Nevarnost pretirane uporabe je preraščanje fiziološke flore s patogenimi soji Klebsielle zaradi enterohepatičnega ciklusa, kar je možen vzrok sekundarnih, kasnih seps na neonatoloških oddelkih (16). Na Švedskem se porabi toliko vseh antibiotikov kot pri nas samo polysintetskih penicilinov, pri čemer je razmerje porabe antibiotikov ozkega spektra proti antibiotikom širokega spektra 40:60, v Skandinaviji pa je to razmerje obratno (17).

Cefalosporini se zelo veliko uporabljajo na oddelkih za intenzivno nego, nato pri novorojenčkih in dojenčkih ter na hematoloških oddelkih; kar je odraz obstoja odpornih povzročiteljev sepse ali okužb imunske kompromitiranih bolnikov. Pogosto se cefalosporini uporabljajo kot antibiotiki prve izbire, kar vsekakor ni racionalno (10). Celo do 50% porabljenih antibiotikov so cefalosporini, poraba cefotaksima pa raste do 200% letno v primerjavi s Švedsko in Norveško, kjer je njuna uporaba 2-4-krat manjša (17). Na predpisovanje zelo vplivajo navade zdravnikov, ki predpisujejo. Primer za to je podatek, da se otrokom pri otoskopskem pregledu predpisuje en antibiotik v 45%, če tega pregleda ni pa samo v 24% (18).

Druga najpogostejše predpisana skupina zdravil na otroški kliniki so kortikosteroide. Z analizo opredeljenih dnevnih odmerkov in predpisovanih dnevnih odmerkov se je pokazalo, da za metilprednisonolom ni razlike med tema vrednostima in da se prednison predpisuje v dvakratni ali celo trikratni količini v primerjavi z ODO. Verjetno je vzrok visokih vrednosti ODO za kortikosteroide neskladnost ODO kortikosteroidov za terapevtske namene.

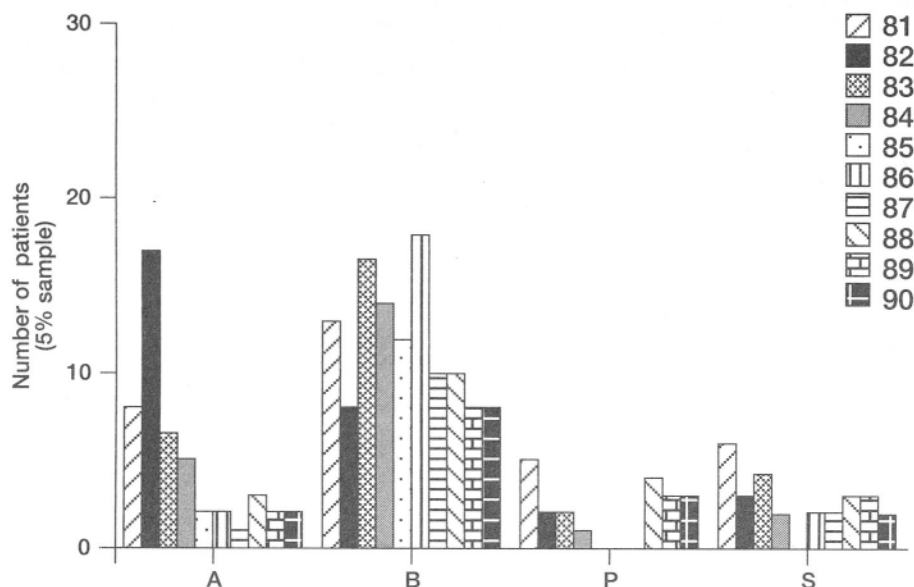
Analiza kaže majhno prijavljanje sopojevov kljub obveznemu prijavljanju. Verjeten vzrok temu je njihovo nepoznavanje ter pomanjkanje volje in zanimanja za dodatni trud med rutinskim delom.

V bolnišničnih študijah znaša pogostost sopojevov pri otrocih 5,2–17,2% (19). Zaradi velike koristnosti povratnih informacij priporočamo prijavljanje vseh sumljivih reakcij in interakcij zdravil. Pri analiziranem 5% vzorcu hospitaliziranih otrok je pogostost sopojevov, označenih na temperaturnih listih, 5–15%. Pri uporabi antibiotikov pri otrocih so najpogostejši sopojevi posledica neracionalne uporabe. Celo do 66%. Po nekaterih analizah je uporaba antibiotikov v vzročni zvezi bolj z dolžino bivanja v bolnišnici kot s potrebo po zdravljenju samem (20).

Analiza 5% vzorca hospitaliziranih otrok z okužbo dihal ali sečil kaže, da se največ predpisujejo polsintetični penicilini širokega spektra. Benzilpenicilin se neracionalno malo uporablja za zdravljenje okužb dihal. Cefalosporini pa se neracionalno veliko predpisujejo kot antibiotiki izbire pri zdravljenju okužb dihal pri hospitaliziranih otrocih. Dileme in problemi nastajajo prav zaradi spornosti farmakoterapevtskega zdravljenja okužb dihal pri otrocih. Prenizko odmerjanje antibiotikov je najpogostejše pri novorojenčkih in otrocih do drugega leta starosti, čeprav je v literaturi pogostejše opisano predoziranje (21). Rezultati kažejo, da je bilo $\frac{1}{2}$ do $\frac{1}{3}$ antibiotikov neracionalno predpisanih hospitaliziranim otrokom v vseh starostnih skupinah, še posebej pri predpisovanju alternativnega antibiotika. Pogostost neracionalne uporabe antibiotikov v drugih državah se giblje od 39% v Italiji (22) oz. 6–30% v ameriških univerzitetnih bolnišnicah (23).

Ocena racionalnosti uporabe antibiotikov v tej analizi je poskus obravnave velikega problema racionalizacije porabe zdravil. Cilj je spodbujanje zanimanja zdravnikov-predpisovalcev za problematiko uporabe zdravil pri otrocih ter večja kakovost zdravljenja na enostaven in učinkovit način s pomočjo ODO.

Zahteve za najustreznejšo uporabo antibiotikov so morda celo prestroge, a dejstvo je, da je zelo težko izvajati vzporedno kritično analizo zaradi razlik med posameznimi ustanovami oz. predpisovalci, kot tudi dostopnosti posamičnih antibiotikov ter razlik v kriterijih določanja terapije. Zanesljivo ustrezna izbira skrajšuje bivanje v bolnišnici in število kombinacij, s katerimi dosežemo želeni učinek. Omejitev uporabe predvsem novih zdravil, ki omejuje uporabo posameznih zdravil samo za strogo določene indikacije, je zelo dobro sprejela večina zdravnikov. Problemi so zaradi nezanesljivosti posamičnih priporočenih odmerkov, razlike v doktrini uporabe antibiotikov, pa tudi zaradi neenotnih mišljenj o antibiotiki izbire. Omejitev uporabe antibiotikov »rezerve« je v prvi vrsti povzročila zmanjšanje njihovega predpisovanja. Možno pa je, da so taki omejevalni ukrepi sprožili racionalnejši terapevtski pristop in zmanjšanje porabe drugih antimikrobnih zdravil. Čeprav je ta predpostavka zelo privlačna, pa poraba ce-



Sl. 5. Analiza neracionalne uporabe antibiotikov pri zdravljenju respiratornih in urinarnih okužb v obdobju 1981–1990. A – uporaba antibiotikov pri zdravljenju virusnih okužb; B – uporaba antibiotikov alternativnega izbora; P – profilaktična uporaba antibiotikov; S – uporaba antibiotikov pri simptomatskem zdravljenju.

Fig. 5. The analysis of inappropriate antibiotic therapy of respiratory and urinary infections in the period from 1981 to 1990. A – antibiotics use in viral infections treatment; B – alternative antibiotic choice; P – prophylactic antibiotic treatment; S – symptomatic antibiotic treatment.

falosporina stalno raste. Podobne analize kažejo, da uporablja enotne farmakoterapevtske postopke le 10% zdravnikov iste specialnosti (24). Pogled nazaj omogoča vpogled v lastne napake, kar je največja spodbuda za izboljšanje kakovosti dela. Cilj in smisel dela je vplivati na vzgojo zdravnikov in na standardizacijo indikacij in kriterijev zdravnikov, predpisovalcev v učnih ustanovah z enostavno metodo spremljanja porabe zdravil in ocene racionalnosti uporabe. Če se s spremljanjem porabe zdravil lahko dokaže, da se izboljšuje klinična ocena in zmanjšuje precejevanje posameznega zdravila, je to zadosten razlog, da se z analizo nadaljuje.

Zaključek

Z analizo uporabe antibiotikov za zdravljenje okužb dihal in sečil lahko dobimo dober vpogled in kritično oceno stanja in racionalnosti farmakoterapije. Računalniška obdelava podatkov iz obračunskih in matičnih listov je enostaven, poceni in koristen način analize celotne porabe zdravil. Nezadostno število detajlov lahko da napačne rezultate. Razpoznavanje problemov, pridobljeno z analizo celotne porabe zdravil, je treba dopolniti z analizo reprezentativnih vzorcev hospitaliziranih otrok.

Literatura

1. Stern L. In vivo assessment of the teratogenic potentials of drugs in humans. *Obstet Gynecol* 1981; 58: 35–41.
2. Herbst AL, Ulfelder H, Pankanzer DC. Adenocarcinoma of the vagina. Association of maternal stilbestrol therapy with tumor appearance at young women. *N Engl J Med* 1971; 284: 878–81.
3. Zlatić A. Aktuelni problemi na području proizvodnje prometa i potrošnje lijekova. Zbornik radova III. Kongres zdravstvenih organizacija Jugoslavije. Bled, 1979: 544–8.
4. Bergman U, Christenson I, Jansson B, Wilholm BE. Auditing hospital drug utilization by means of defined daily doses per bed day. A methodological study. *Europ J Clin Pharmacol* 1980; 17: 183–7.

5. Hekster AY, Vree TB. Drug utilization research in clinical practice. *Drug Intell Clin Pharm* 1986; 20: 679–82.
6. Shapiro S. The epidemiological evaluation of drugs. *Acta Med Scand Suppl* 1982; 683: 23–7.
7. Bergman U, Sjoquist F. Measurement of drug utilization in Sweden, Methodological and clinical implications. *Acta Med Scand Suppl* 1982; 683: 15–22.
8. Baksaas I. Drug dose statistics. Norsk Medisinal depot. Oslo, 1975.
9. Jick H. Use of automated data bases to study drug effects after marketing. *Pharmacotherapy* 1985; 5: 167–70.
10. Olubadevo JO, Ikpommwamba A. A profile of prescription medication in a pediatric population. *Drug Intell Clin Pharm* Dec 1988; 22: 999–1002.
11. Townsend TR, Shapiro M, Rosner C, Kass EH. Use of antimicrobial drug in general hospitals: IV infants and children. *Pediatrics* 1979; 64: 573–8.
12. Kjellman B, henningsson R. Patterns of antimicrobial therapy for pediatric patients. *Scand J Infect Dis* 1984; 16: 103–9.
13. Chong HO, A. Lee D. Evaluacion de terapia antimicrobiana en la sala de pediatria del Hospital Manuel Amadov Guerrero del sistema integrado de salud de colon. *Boletin de la Sociedad Panamen de Pediatrij* 1981; 11: 3–12.
14. Sanz EJ, Boada JN. Drug utilization by children in Tenerife Island. *Eur J Clin Pharmacol* 1988; 34: 495–9.
15. Summers RS, Summers B. Drug prescribing in pediatrics at a teaching hospital serving a developing community. *Annals of tropical Pediatrics* 1986; 6: 129–34.
16. Lamber-Zechovsky N, Bingen E, Bourrillon A. Effects of antibiotics on the microbial intestinal ecosystem. *Dev Pharmacol Ther* 1984; 7: 150–7.
17. Radulović S, Milutinović O, Brailo I. Analiza potrošnje antimikrobnih lekova u Jugoslaviji u razdoblju 1984–1986. *Pharmaca* 1987; 3–4: 183–9.
18. Scott BGM, Finlay I. An audit of antibiotic prescribing in children with upper respiratoty tract infection, the influence of auroscopic examination. *Bulletin* 1987; 45: 125–8.
19. Woods CG, Rylance ME, Cullen RE, Rylance GW. Adverse reaction to drugs in children. *Brit Med Journ* 1987; 294: 869–70.
20. Kunin CM. The responsibility of the infection disease community for the optimal use of antimicrobial agents. *J Infect Dis* 1985; 3: 388–98.
21. Folli HL, Poole RL, Benitz WE, Russo JC. Medication error prevention by clinical pharmacists in two childrens hospitals. *Pediatrics* 1987; 79: 718–22.
22. Principi N, Marchision P. Control of antibiotic therapy in pediatric patients II. Appropriateness of antibiotic choice in selected disease. *Eur J Clin Pharmacol* 1981; 20: 119–21.
23. Schollenberg E, Albriton WL. Antibiotic misuse in pediatric teaching hospital. *CMA J* 1980; Jan 12: 49–50.
24. Hourie DI, Schwinkammer TL. Cephalosporin rise and restriction in pediatric hospitals. *Am J Hosp Pharm* 1985; 42: 1576–8.

Errata corrige

V Zdravniškem Vestniku 5/95 sta na strani 268 zamenjani sliki 1 in 2. Uredništvo se opravičuje avtorjem.

Jubileji

PROFESOR STANE STERGAR – OSEMDESETLETNIK

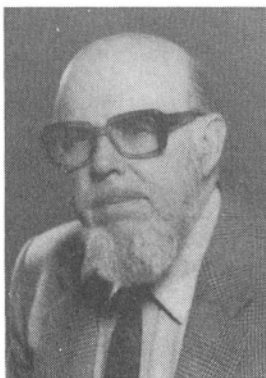
Gorazd Kolar

Zadnji dan v maju je praznoval 80-letnico naš ugledni oftalmolog profesor dr. sc. Stane Stergar, dr. med. Vse svoje življenje je posvetil skrbi za očesnega bolnika, vzgoji študentov medicine in stomatologije ter svoje bogato znanje prenašal na mlajše sodelavce, ki jim je bil mentor in učitelj.

Začetek poklicne poti jubilaranta je bil težak. Kot mladega zdravnika ga je nacistična vojska zajela in internirala v taborišče. Zvest svojemu zdravniškemu poslanstvu je v taboriščni ambulanti in bolnišnici, v težkih taboriščnih razmerah, zdravil svoje sotrpine in tuje ujetnike.

Po srečni vrnitvi leta 1945 je pričel specializirati oftalmologijo, ki jo je opravil kot prvi okulist po vojni, hitro se je uveljavil, postal je asistent, docent, izredni in redni profesor na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Takoj po vojni je poleg dela na Očesni kliniki organiziral oftalmološko službo na osvobojeni Primorski, pomagal je pri izkoreninjenju trahoma v Prekmurju. Leta 1953 je ustanovil Specialno bolnico za očesno tuberkulozo na Jezerskem, ki jo je vodil dolgo let. Rezultate tega dela je preverjal s podobnimi ustanovami v Švici (Davos), v Nemčiji in na Poljskem.



Leta 1971 je postal prvi doktor znanosti s področja oftalmologije v Sloveniji z delom o očesni toksoplazmozi. Ustanovil je Oftalmološko sekcijo Slovenskega zdravniškega društva, ki jo je vodil kot tajnik in kasneje kot predsednik do leta 1985, ko je bil imenovan za častnega predsednika. Za vsa njegova prizadevanja v zdravstvenih organizacijah je bil imenovan za častnega člana Slovenskega zdravniškega društva in častnega člana Združenja oftalmologov Jugoslavije. Kot predsednik sekcije je organiziral vse oftalmološke sestanke sekcije, intersekcijske sestanke Slovenije in Hrvaške pri nas, bil je soorganizator sestankov Alpe-Adrija. Poleg članstva v Slovenskem zdravniškem društvu je bil član Francoskega oftalmološkega društva in član švicarskega oftalmološkega združenja Jules Gonin. Udeleževal se je in predaval na številnih domačih in tujih oftalmoloških srečanjih in kongresih. Kot redni profesor je bil v letih 1972–1985 predstojnik Katedre za oftalmologijo. Sodeloval je pri sestavi »katalogov znanja« za študente medicine in stomatologije, predaval generacijam študentov medicine in stomatologije ter podiplomski študij za gerontologe iz oftalmologije. Posebna čast za jubilaranta je bilo povabilo Očesne klinike v Zagrebu, kjer je šest let predaval oftalmologom na podiplomskem študiju. Nekaj let je bil predsednik Društva visokošolskih profesorjev in znanstvenih delavcev na naši fakulteti. Bil je član uredniškega odbora »Ophthalmologica« in član redakcije »Acta ophthalmologica iugoslavica«.

Od leta 1972–1983 je bil direktor Univerzitetne očesne klinike, nato pa nekaj let svetnik. Uvedel in izvajal je moderne operative metode: odstranjevanje intraokularnih tujkov, metodo krioelektrotraksije očesne leče ter keratoplastiko, za katero se je specializiral v Franciji. Pri tem delu je pri njih dobil naziv »assistant étranger«. V Angliji se je izobraževal v terapiji malignih tumorjev očesa, prvi je v Jugoslaviji uvedel »Combergovo metodo detekcije« intrabulbarnih tujkov. Kot direktor je omogočil svojim sodelavcem, da so se uvedle nove, sodobne terapevtske in diagnostične metode: ehografija, spec. kampimetrija, fluoresceinska angiografija, laserska terapija, moderna mikrokirurgija.

Prav posebno je treba opisati njegovo dejavnost na polju problematike slepote in slabovidnosti. Po vojni je uvedel v Zavodu za slepo in slabovidno mladino v Ljubljani očesno ordinacijo, ki je bila prva v državi. Redno je pregledoval gojence, jih zdravil in operiral. Isto je vpeljal v Centru za rehabilitacijo slepih v Škofji Loki. Sprejet je bil njegov predlog, da se Zavod za slepo mladino preimenuje v Zavod za slepo in slabovidno mladino zaradi možnosti zdravljenja slabovidnosti. Bil je dolgoletni član upravnega odbora in sveta Zavoda. Pripravil je osnovo za zakonske predpise zaščite slepih in slabovidnih. Kot član komisije za kategorizacijo otrok z motnjami v telesnem in duševnem razvoju je vodil popis slepih in slabovidnih v republiki. Za veliko prizadevnost za delo s slepimi in slabovidnimi je bil imenovan za častnega člana Zveze slepih in slabovidnih Slovenije.

Doma in v tujini je objavil okrog 100 člankov iz stroke, prostor seveda ne dopušča, da bi se z njimi pobliže seznanili. Bil je mentor doktorantom, pri magisterijih, recenzent za strokovne članke in knjige, stalni sodni izvedenec s področja oftalmologije, udeleževal se je pri športni medicini in Planinski zvezi.

Odlikovan je bil dvakrat z visokima državnima odlikovanjima. Rezultat takega delovnega življenja in zavzetosti za svojo stroko je dobra oftalmološka služba v Sloveniji.

Ob visokem življenjskem jubileju mu slovenski oftalmologi iskreno čestitamo, se zahvaljujemo za vso njegovo dejavnost na področju oftalmologije in želimo še mnogo srečnih let.

Nekrologi

ASIST. DR. SC.
ANICA SMRKOLJ, DR. MED.

Milena Kocijančič

Kolegica Anica Smrkolj se je rodila pred komaj dobrimi štiridesetimi leti v Ljubljani. V Ljubljani je tudi študirala medicino in kot prva v svojem letniku diplomirala leta 1975.

Po končanem pripravništvu se je konec leta 1976 zaposlila na Inštitutu za mikrobiologijo Medicinske fakultete v Ljubljani, kjer je opravljala naloge samostojnega strokovnega delavca z visoko izobrazbo in kasneje vodje strokovne operative dejavnosti v laboratoriju za diagnostiko respiratornih bakterij.

Želja po delu z bolniki jo je privedla na Dermatološko kliniko v Ljubljani, kjer je pričela delati kot specializant iz dermatovenerologije leta 1987. Po opravljenem specialističnem izpitu leta 1991 je delala kot specialist na oddelku in v ambulantah na Dermatološki kliniki, obenem pa se je ukvarjala z laboratorijsko diagnostiko na področju bakteriologije in imunologije v dermatologiji.

Že na Inštitutu za mikrobiologijo je bila izvoljena v naziv asistent za mikrobiologijo in je od leta 1978 dalje vodila vaje in predavala študentom medicine, stomatologije in farmacije.

Leta 1992 je bila izvoljena v naziv asistent za predmet dermatovenerologija, isto leto se je tudi zaposlila kot asistent na Katedri za dermatovenerologijo Medicinske fakultete v Ljubljani. Redno je

vodila vaje in občasno predavala študentom medicine in stomatologije ter specializantom splošne medicine.

Že kot študentka se je pričela ukvarjati z raziskovalnim delom. Za nalogo s področja eksperimentalne imunologije je dobila Prešernovo nagrado leta 1975. Po diplomu je takoj vpisala podiplomski študij na Medicinski fakulteti v Ljubljani, ki ga je zaključila z zagovorom magistrske naloge Transformacija limfocitov pri nekaterih avtoimunskih boleznih. Za to nalogo je prejela prvo Krkino nagrado in priznanje za leto 1978. Nadaljevala je z doktorskim študijem in leta 1989 zagovarjala doktorsko disertacijo Dokazovanje protiteles IgM, IgA, IgG, specifičnih za Bordetella pertussis pri otrocih do 3. meseca starosti.



Na Dermatološki kliniki, kjer se je razdajala bolnikom, je z raziskovalnim delom nadaljevala in pri tem znanje s področja mikrobiologije in imunologije povezovala z dermatologijo. Posebno pozornost je posvečala hospitalnim infekcijam v dermatologiji in imunologiji v dermatologiji. Sodelovala je v projektu Ministrstva za zdravstvo in Zavoda za zdravstveno varstvo o mednarodni klasifikaciji bolezni.

Bila je članica Slovenskega zdravniškega društva, dermatološke in mikrobiološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva ter članica Zdravniške zbornice Slovenije.

Objavila je 37 del. Ironija usode je, da je eden njenih zadnjih prispevkov poglavje o avtoimunskih dermatozah v knjigi Mala dermatovenerologija, ki je izšla konec leta 1993. V tem poglavju je natančno opisala bolezen, za katero je tudi sama zbolela.

Kolegica dr. Anica Smrkolj je svoje delo opravljala z ljubeznijo, poštrevnostjo, bila je vestna in zelo delovna, kot mravljica. Bolniki in študentje so jo imeli radi, sodelavci smo jo zelo cenili. Razdajala je svoje znanje in energijo. Verjeli smo, da bo premagala bolezen in se nam zopet kmalu pridružila. Žal se to ne bo zgodilo. Pogrešali jo bomo vsi, najbolj pa njena družina, o kateri je vedno govorila z veliko ljubeznijo in skrbjo.

Strokovna srečanja

POROČILO S KONGRESA »RESUSCITATION '94«

Marija Pečan, Miša Hribar-Habinc

V Mainzu v Nemčiji je bil 21. in 22. oktobra 1994 Drugi kongres Evropskega Reanimacijskega Sveta (ERC). Na kongresu je sodelovalo nad 1000 udeležencev iz ZDA, Evrope in Avstralije. Gostitelj je bila Klinika za anesteziologijo univerze v Mainzu. Kongres je potekal na obsežnem univerzitetnem kampusu Uni-

verz v Mainzu. Soorganizatorji kongresa so bili še Nemški posvetovalni odbor za prvo pomoč in oživljanje, Nemško interdisciplinarno združenje za urgentno medicino, Evropska akademija za anesteziologijo in Evropsko združenje za kardiologijo. Na kongresu so bili imenovani za častne člane ERC eminentni strokovnjaki s področja moderne reanimatologije: P. Safar, V. A. Negovski, F. W. Ahnefeld, H. Ruben in J. F. Patrige.

Nove možnosti vzdrževanja odprte dihalne poti (Basket, Sterz) je bila ena izmed uvodnih delavnic kongresa. V Veliki Britaniji je leta 1981 Brain razvil laringealno masko (Laringeal Mask Airway – LMA). Ta ima obliko ovalne plitve skledice z mešičkom in cevjo za priklop na izvor kisika. Napihnen mešiček zatesni vstop v grlo tako, da sede nad poklopec, poteka ob straneh ariepiglottičnih gub in se koničasto sklene pod ariteniodnimi grčicami. LMA se na slepo vstavi bolniku, ki nima obrambnih refleksov grla in žrela (globoka nezavest) ter leži v nevtralnem položaju. Masko vodimo tesno naslonjeno na trdo nebo navzdol. Ko je na dnu ustne votline, nekoliko vzvrnemo bolnikovo glavo, maskino cev pa potisnemo globlje v žrelo. V mešiček vpihnemo 30 ml zraka. S poslušanjem dihalnih šumov in opazovanjem dviganja prsnega koša preverimo njeno pravilno lego. Basket, prvi predsednik ERC, je poročal o vedno večjih indikacijah za njeno rabo v anesteziologiji in v urgentni medicini. Obstajajo poročila, da se jo medicinski tehniki zlahka naučijo vstavljati in jo kasneje uporabljajo pri predbolnišničnem oživljanju. Prednosti je opisal z rezultati študije, ki je pokazala, da je z LMA uspešnejše umetno dihanje kot pa z ročnim dihalnim balonom in masko. LMA obstaja v štirih velikostih, z najmanjšo je možno oživljati novorojenčke. Umetno dihanje z masko je težavno zato, ker je z eno roko treba prislanjati masko na obraz in istočasno (trije prsti na spodnji čeljusti) držati glavo v položaju, da je dihalna pot odprta. Druga roka s stiskanjem balona predihava bolnikova pljuča. Pogosto, posebno če izvajalec ni dobro izurjen in izkušen, se ob predihavanju pljuč z zrakom polni tudi želodec. Zrak z želodčno vsebino se izpahne, bolnik aspirira v pljuča. Mešiček laringealne maske dobro tesni ob vhodu grla, sapnika pa ne zatesni, kot npr. endotrahealni tubus, zato je pri uporabi LMA možna aspiracija želodčne vsebine, posebno pri aktivnem bruhanju. Maska dovolj tesni, da lahko uporabljamo mehanično ventilacijo z zmerno pozitivnim pritiskom. Avtorjeve raziskave so pokazale, da je le dva odstotka bolnikov z LMA aspiriralo želodčno vsebino, in meni, da je umetno dihanje z ročnim dihalnim balonom težje in nevarnejše.

F. Sterz z Dunaja se je spraševal, ali nudi novi pripomoček za zunanjo srčno masažo dovolj istočasnega predihavanja pljuč («zvon» – ACD CPR). Številne meritve so pokazale razpon minutnega dihanja med 0 in 500, kar se avtorju ni zdelo dovolj, da bi umetno dihanje med oživljanjem opustili.

Drugi Dunajčan, M. Fras, je predstavil nov primer ek faringo-trahealne cevke, ki se imenuje »kombitubus« (combitube). Tubus nezavestnemu brez refleksov in v nevtralni legi uvedejo na slepo. Ta tubus ima dve svetlini, dva priklopa, dva mešička. En lumen je slepo zaprt in ima več odprtnic v svojem srednjem delu, drugi lumen je na spodnjem koncu odprt, sicer pa kompakten. Prvi lumen ima modro obarvan priklop, je daljši in ob njem je modri kontrolni mešiček. Drugi priklop je bel, krajši in ima ob sebi bel kontrolni mešiček. Kombitubus je enotne velikosti, dokaj grob na prvi pogled, primeren je samo za odrasle. Nezavestnemu bolniku ga uvedemo v usta in prek žrela naprej tako dolgo, da je črna krožna oznaka na koncu tubusa v višini bolnikovih zob. Sedaj napihnemo veliki mešiček pri modrem priklopu (100 ml), nato belega pri belem priklopu (15 ml). Na modri priklop pripnemo ročni dihalni balon in poslušamo dihanje. Če je izvid negativen, prekopimo ročni dihalni balon na beli priklop in ponovno poslušamo dihanje. Izid je pozitiven, kombitubus smo uvedli v trahejo. Če bi bil pozitiven že prvi izvid avskultacije, je kombitubus v požiralniku; tudi beli mešiček bi tesnil požiralnik. Veliki mešiček fiksira tubus v dnu ustne votline in v žrelu. Med obema mešičkoma je torej zatesnjen prostor, v katerega skozi odprtine v lumnu kombitubusa vpihujemo zrak, ki nato prek grla teče v sapnik in

pljuča. Ko ugotovimo, kje je slepo vstavljeni tubus (možno je, da je v sapniku ali pa v požiralniku), prek ustrezne odprtine dajemo umetno dihanje z ročnim dihalnim balonom ali transportnim ventilatorjem. Kombitubus v praksi največkrat vstopi v požiralnik. Pripomoček je bil predstavljen kot preprost in takšen, ki ga tudi tehniki zlahka uvedejo. Zelo uporaben je za oživljanje v primerih, ko reševalci niso večši laringoskopiranja in endotrahealne intubacije. V anesteziologiji ga priporočajo pri bolnikih z zloniljeno vratno hrbtenico in pri urgentni intubaciji za carski rez pri bolnici s polnim želodcem. Uvajanja kombitubusa in laringealne maske se je možno učiti na intubacijskih lutkah.

O. R. Hung iz Halifaxa je pokazal napravo, ki omogoča slepo uvajanje tubusa v sapnik s pomočjo upogljivega vodila z zelo močno lučjo na konici (Trach-Lite). Vsi ti pripomočki imajo svoje področje predvsem v urgentni medicini, saj urgentnim zdravnikom endotrahealna intubacija ni tako blizu kot anesteziologom, pridobivanje te spretnosti pa terja kar nekaj znanja in časa za vajo. Preliminarni razgovor o »Novih metodah mehaničnega oživljanja« sta vodila Nolan iz Southamptona in Carli iz Pariza, sodeloval je tudi Mauer iz Mainza. Ker so statistični rezultati dolgotrajnega preživetja po kardiopulmonalnem oživljanju (KPO) relativno slabi, so pričeli od leta 1991 dalje uporabljati samotlačni zvon za zunanjo srčno masažo. Začetnik je bil Cohen (ZDA). Naprava je enostavna in je podobna plastičnemu zvonu za odmašitev začepljene vodovodne napeljave. Imenujejo jo »Cardiac pump«. Položimo jo na sredino prsnice in najprej stisnemo torakalno steno, nato pa jo privzdignemo navzgor; moč za oba akta je označena na čelu tlačilke in je odvisna od bolnikove teže. To imenujemo aktivno kompresijsko-dekompresijsko oživljanje (ACD CPR), ki je v laboratorijskih preizkusih na živalih in v začetnih kliničnih študijah dalo spodbudne rezultate. Predvsem pri zastoju srca zaradi ventrikularne fibrilacije se značilno povečata sistolični tlak in koronarna perfuzija, celokupna pretoka skozi možgane in srce se celo podvojita. Večina študij ugotavlja, da se podvoji tudi trenutno preživetje bolnikov, če začnemo z oživljanjem v prvih 10 minutah po zastoju in se tudi izboljšajo vrednosti Glasgowske lestvice kome. Vendar pri evalvaciji dolgotrajnega preživetja ni razlik med standardnim načinom in ACD oživljanjem. Napravo je leta 1993 odobrila FDA v Ameriki, v Kanadi še potekajo raziskave, v Sloveniji pa jo že od leta 1993 uporabljamo v KC in drugih bolnišnicah.

Vendar je uporaba ACD tlačilke doživela tudi veliko kritičnih besed. Uporaba zahteva veliko fizične moči, torej dobro fizično kondicijo zelo usposobljenih reševalcev, ki morajo biti tudi dovolj visoki, da lahko zadovoljivo izvedejo akt »dekompresije«. Pri starih in debelih ljudeh se zaradi neelastičnega prsnega koša dekompresija ne more izvesti in je učinek zunanje srčne masaže slabši kot pri izvajanju z rokama. Pri ženskah z velikimi prsmi pripomoček ni uporaben; velikokrat na mestu stisa ostanejo odtisi, podplutbe in odrgnine.

Za laike priporočajo standardno izvedbo KPO. Profesionalni reševalci naj bi poleg standardne tehnike uporabljali tudi ACD tlačilko, vendar morajo njeno uporabo redno trenirati, morajo se tudi menjavati na pet minut, da se ne utrudijo, in srčno masažo morajo izvajati stoje. Ugotavljajo tudi, da ima osebe pri uporabi ACD tlačilke pogosto bolečine v hrbtenici, da je velikokrat frekvenca stisov pod 80/min in da je pri podhlajenih osebah prsna stena preveč rigidna za uporabo tlačilke.

Druga nova metoda mehaničnega oživljanja je »chest compressor«, naprava, ki masira in ventilira bolnika v razmerju 1:5. Primerna je za daljše Transporte, vendar je neuporabna pri debelih ljudeh, pri starih in pri rigidni torakalni steni. Nov naj bi bil tudi jopič za oživljanje (west CPR), ki bo ritmično stiskal prsni koš in bo enostaven za uporabo.

Enak vodilnemu motu na vsem kongresu je bil tudi zaključek te plenarne seje: za preživetje je bistven zgodnji klic na pomoč, kratek odzivni čas dobro vpeljanega sistema nujne medicinske pomoči in takojšen začetek oživljanja z laiki, ki so priča srčnemu zastoju.

Plenarno sejo o oživljanju poškodovancev sta vodila H. Deloos in C. Robertson. Deloos – Loueven, Belgija, ki vodi evropsko urgentno medicino, je govoril o rezultatih dosedanjih prizadevanj. Cilj teh prizadevanj so zmanjšanje smrtnosti, zbolewnosti in invalidnosti. Niso še dovolj realizirani. Potreben je integrirani pristop, objektivno ugotavljanje teže poškodbe, tj. upoštevajoč sprejete ocenjevalne lestvice, kot so npr. MISS, ISS, MAIS, TRIS, objektivno proučevanje vpliva časa na kakovost prve medicinske pomoči in uspeha zdravljenja – to je predvsem z vidika več bolnišnic. Potrebne so nadaljnje raziskave. Robertson iz Edinburga je odgovarjal na zastavljeno vprašanje, ali je skupni prehospitalni čas pomemben za izid zdravljenja poškodovancev? Gospod dela v bolnišnici, kjer imajo 90.000 nujnih sprejemov na leto. Poškodovanci s hudo topo poškodbo umrejo na mestu nesreče v nekaj minutah, to imenuje takojšnja smrt. Zgodnja smrt zaradi poškodbe nastopi v eni do dveh urah, če je zaprta dihalna pot, če ni dihanja in če ni zadostnega cirkulirajočega volumna. Tukaj je čas zelo pomemben, vendar ga je treba smotno izkoristiti. Na terenu je treba narediti najbistvenejše, Robertson, ki je kirurg, je temu rekel »life saving surgery«. Eden izmed primerov, ki jih je v diskusiji navedel za boljše razumevanje njegovega stališča, so bile t. i. »mast hlače«: nobena študija ni pokazala, da bi ta zamudni postopek vplival na večje preživetje krvavečih poškodovancev. Zaključil je Deloos z nasvetom, naj poškodovanci dobijo čimprej čimboljšo pomoč.

Kongres se je končal z odgovori na vprašanje, kam je reanimacijska medicina prišla v 20 letih svojega življenja in kako naj se razvija naprej.

Evropo je predstavil D. Chamberlain iz Brightona. Predstavil je prizadevanja, uspehe in rezultate delovanja ERC. Izkazalo se je, da na vse to vpliva način življenja na posamezni celini, zato so nekatere razlike razumljive. P. Safar iz Pittsburga je ameriški pristop predstavil zgoščeno in objektivno. V ZDA gredo na teren paramediksi (reševalci), poberejo bolnika in dirkajo v »trauma center« (»scoop and run«), v Evropi pa je na terenu zdravnik, ki ostane in stabilizira bolnika pred transportom (stay and play). Kljub velikim dosežkom te medicinske veje je še vedno preveč bolnikov, katerih zdravljenje se konča z definitivno nevrolško okvaro. Zaključil je s stavkom, »nič ni zanesljivo, razen sprememb«. Chamberlain je obsežno komentiral verigo preživetja: zgodnji pristop, zgodnje temeljno oživljanje, zgodnja defibrilacija, zgodnje dodatne postopke, strokovni transport stabiliziranega in sprejem v oddelek intenzivne terapije. V Evropi je problem to, da bolniki omalovažujejo opozorilne znake infarkta. Očividci ne znajo oživljati. Zato ERC išče ustrezne načine, kako bi poučevali laike, da bi se dalj časa spomnili postopkov temeljnega oživljanja. Eden izmed načinov, ki se mu je zdel pomemben, je poučevanje oživljanja v osnovni šoli. V zvezi z zgodnjo defibrilacijo je opozoril, da mora biti dovolj aparatov na tarčnih lokacijah in da morajo imeti reševalci o tem vsaj minimalno šolanje.

Ves čas kongresa so v več predavalnicah potekala predavanja prostih tem in komentarji zelo številnih posterjev. Vsi povzetki so objavljani v reviji Resuscitation 1994; 28: S1-44. Izmed njih naša prispevka O pouku oživljanja na Medicinski fakulteti (M. Pečan in B. Starc) in Pouk urgentne medicine za zdravnike splošne prakse (P. Hribar in M. Hribar-Habinc) nista ostala neopažena.

Teme, posvečene pouku laikov, so bile zelo zanimive. Očitno je to šibki člen v verigi preživetja. Očaral me je poster iz Monice, kjer so avtorji pokazali za mladostnike privlačen način poučevanja TPO – za demonstratorja so si izbrali Supermana. Spet drugi prirejajo tečaje, ki so jih vodili prostovoljci humanitarnih organizacij oziroma organizacij, ki imajo v verigi velik vpliv, npr. verske ustanove, na podeželju tudi gasilska društva itd. Tečaji trajajo dve uri, so poceni, a ne zastoj, pri odhodu dobijo tečajniki spominek, ki ima natisnjen algoritem TPO, in povabilo za ponovni obisk čez čas.

Med kongresom so potekale demonstracije reanimacijskih tečajev vseh stopenj. Razstavljalci so bili številni, najnovejši pripomočki za pouk dodatnih postopkov oživljanja so še zelo dragi. Vaje

endotrahealne intubacije s Trach-lite (gre skozi usta in skozi nos) so bile prav zanimive.

Še več zanimivih delavnic in nekaj plenarnih seans se je razvrstilo v teh intenzivnih dveh dneh. Kar prekmalu je novoizvoljeni predsednik W. Dick 2. kongres ERC zaključil z zahvalo vsem sodelavcem in s povabilom na nadaljnje sodelovanje.

Delo SZD

ZDRAVNIKOVE STROKOVNE DEJAVNOSTI IN NJEGOVO OBNAŠANJE MORAJO BITI VEDNO V OKVIRIH STROKOVNEGA ETIČNEGA KODEKSA IN NAČEL ZDRAVNIŠKE ETIKE

(Poročilo s 132. rednega letnega srečanja Slovenskega zdravniškega društva, Bled, 12.–13. maja 1995)

Danica Rotar-Pavlič

Srečanja članov Slovenskega zdravniškega društva so že tradicionalna, zato ni naključje, da se je na letošnjem, že 132. po vrsti, zbralo več kot 170 zdravnikov. Ker je znano, da ob srečanjih posvetimo precejšnjo pozornost tudi kulturnim dogodkom, smo si že pred samim začetkom lahko ogledali dve razstavi.

Kakšen odnos do zdravništva neguje predvsem zahodna Evropa, nam je dala zaslutiti mednarodna potujoča razstava grafik z naslovom »Triindvajset slikarjev za zdravnike brez meja«. Prvič so jo javnosti predstavili v Parizu, v svet grafike triindvajsetih ustvarjalcev pa nas je na Bledu popeljal prof. dr. Jože Drinovec. Slikarsko razstavo Gabriela in Damjana Jensterla smo si lahko ogledali v Beli dvorani hotela Park.

Uradni del srečanja se je začel s pesmijo okteta LIP, temu pa je sledil pozdravni govor. O vlogi slovenskega zdravnika je kot častni gost govoril dr. Vladimir Topler, poslanec iz zdravniških vrst in podpredsednik Državnega zbora. Prehodno obdobje in z njim vse,

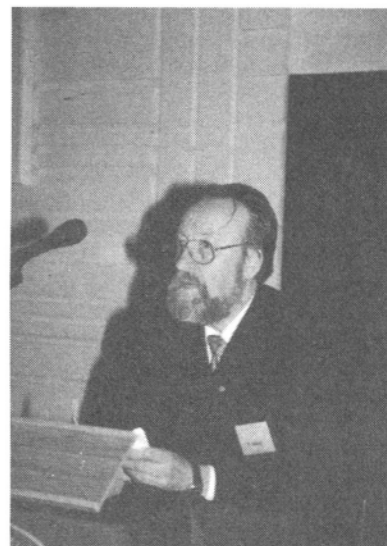


Sl. 1. Srečanje je kot častni pokrovitelj pozdravil dr. Vladimir Topler, podpredsednik Državnega zbora Republike Slovenije.

kar je naplavilo v našo družbo, ne sme biti opravičilo za tisto, kar bi morali urediti drugače. »Ob tem pa vsa odgovornost pada na zdravnikova ramena. Kaj naj stori zdravnik pri polni ambulantni čakalnici pomoči potrebnih bolnikov, če mu je plačnik pripravljen plačati le določeno število pregledov? Visoka etika in morala slovenskega zdravnika, po kateri bi se morali zgledovati drugi, mu narekujejo, naj stori več. Seveda za to ne dobi plačila ne pohvale, ampak opomin, naj ne dela izgube instituciji, v kateri je zaposlen. Previsoko maržo za zdravila rešujejo tako, da omejujejo število predpisanih receptov, ne pa s tem, da bi maržo zmanjšali. Pripomnil je še, da poleg kritik od zunaj največ kritik zdravniškemu stanu izrekajo zdravniki sami.

Ker je zdravniške vrste v preteklem letu zapustilo nekaj naših kolegov, smo se jim z obljubo, da jih ne bomo pozabili, poklonili z minuto molka.

Po potrditvi članov delovnih teles je sledil govor predsednika Slovenskega zdravniškega društva prof. dr. Antona Dolenca.



Sl. 2. Poročilo predsednika SZD prof. dr. Antona Dolenca je bilo izčrпно in tehtno.

»Državne reforme zdravstva se po večini končujejo z njegovo bistveno podražitvijo ter poslabšanjem splošnega zdravstvenega in socialnega stanja prebivalstva, z naraščajočim številom napak in nesporazumov. Tudi pri nas to (po določenem času zatišja) stopa z vso ostrino v ospredje.« Po teh uvodnih mislih je predsednik ocenil položaj Slovenskega zdravniškega društva v slovenskem prostoru in opozoril na nekaj pomembnih nalog, ki nas še čakajo, predvsem ustanovitev Slovenske medicinske založbe in Medicinske akademije. Ta naj predstavlja zdravniški etični, strokovni in raziskovalni vrh ter skrbi za varovanje, ohranjanje in razvijanje strokovne, znanstvene in kulturno-umetniške dediščine slovenskega zdravnika.

Po pregledu dela posameznih komisij SZD in Sveta za zdravje brez cigarete so delegati skupščine sprejeli zaključni račun za leto 1994, poročilo inventurne komisije ter plan prihodkov in odhodkov za leto 1995.

Predsednik strokovne komisije prof. dr. Slavko Rakovec je navzoče seznanil s predlogi preimenovanj in ustanovitve novih strokovnih sekcij. Predloge novih častnih članov SZD je v imenu upravnega odbora predstavil predsednik Komisije za nagrade in priznanja SZD prof. dr. Marjan Premik. Skupščina je razrešila dosedanjega generalnega sekretarja prof. dr. Zvonimirja Rudolfa in na njegovo mesto izvolila dr. Matijo Cevca.

Med odmorom smo si ogledali »Trenutke gorenjskih gora« – diapozitive kolega Tomaža Kunsta. (Kakšni so ti trenutki, če sije sonce, smo lahko tisti dan videli le na diapozitivih, ker je sicer na Bledu ves dan deževalo.) Nekateri udeleženci srečanja so se med tem podali na promocijsko vožnjo z avtomobili znamke Volvo.



Sl. 3. Delovno predsedstvo (z leve proti desni: dr. Lidija Stare, prof. dr. Zvonimir Rudolf, prim. dr. Jelka Gorišek).

V konferenčni dvorani hotela Park se je ob tem odvijala tiskovna konferenca, ki smo jo zaključili z delovnim kosilom.

V popoldanskem delu smo obravnavali dve temi: Zdravnik – intelektualac in njegova vloga v družbi ter Zdravnik, zavarovalnica in medsebojni problemi. Ker bodo prispevki na prvo temo posebej natisnjeni v Zdravniškem vestniku, naj zapišem le nekaj misli o drugi. Vprašanja o mestu zdravnika v družbi nas zaposlujejo že lep čas; posebno aktualna pa so v času, ko prihaja do napetosti med zdravniki in tistimi, ki zdravstvenemu varstvu odmerjajo denar. »Vladi in zdravstveni zavarovalnici v prvi vrsti vladajo ekonomski interesi; zdravniki jih sicer poznamo, vendar jih moramo uglasiti s svojo vestjo in interesi bolnikov. Zdravnik je zavezan le bolnikom in medicinski doktrini,« je poudaril dr. Matija Cevc, novi generalni sekretar Slovenskega zdravniškega društva. »Našemu društvu



Sl. 5. Skupščina je do volilnega kongresa 1996 imenovala za generalnega sekretarja dr. Matijo Cevca (na sliki desno, levo asist. dr. Vojko Flis).

pripada naloga, da gradimo in dopolnjujemo strokovno medicinsko doktrino ter jo posredujemo zdravnikom. Glede tega bomo v prihodnje še bolj angažirani; ne le zaradi tega, ker moramo vsakih sedem let potrjevati svojo strokovno usposobljenost, temveč ker je to v interesu naših bolnikov. Zdravniki smo dolžni sooblikovati tudi zdravstveno mrežo, kjer postavljamo strokovna merila, pod katera snovalci slovenske zdravstvene mreže ne bi smeli iti.»

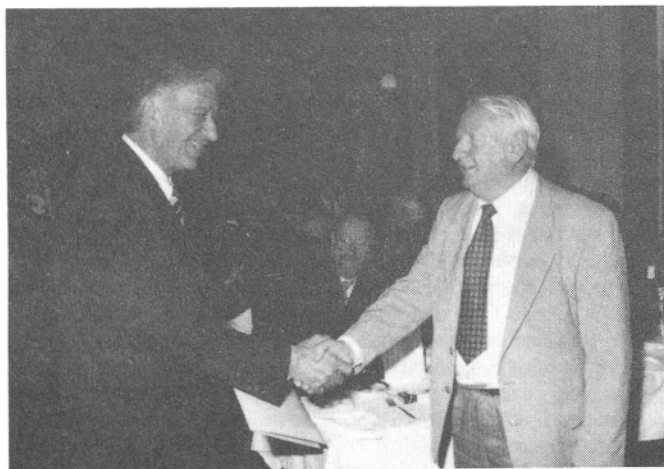
V razpravi o odnosih med zavarovalnico in zdravniki so polemizirali še prim. dr. Jelka Gorišek, prof. dr. Jože Lokar, gospod Franc Košir, direktor ZZZS, asist. dr. Marko Bitenc, asist. dr. Vojko Flis in dr. Danica Rotar-Pavlič.



Sl. 4. Auditorij je bil ves čas srečanja zaseden do zadnjega kotička (v prvi vrsti sedijo z leve proti desni: dr. Vladimir Topler, podpredsednik Državnega zbora RS, prim. dr. Dunja Piškur-Kosmač, državna sekretarka na Ministrstvu za zdravstvo, Franc Košir, dipl. iur., direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje, g. Ivo Svetina, podsekretar na Ministrstvu za kulturo, prim. dr. France Cukjati, generalni sekretar Zdravniške zbornice Slovenije, in prof. dr. Zvonimir Rudolf, do maja 1995 generalni sekretar SZD).

Stanovski del prvega dneva srečanja smo zaključili z madrigalnim koncertom v cerkvi sv. Martina, kjer sta poleg okteta LIP nastopala še baritonist Juan Vasle in organist Marko Gašperšič.

Sledila je slavnostna večerja z družabno-kulturnim programom in podelitvijo priznanj. Na predlog Komisije za nagrade in odlikovanja so listine o častnem članstvu v Slovenskem zdravniškem društvu prejeli dr. Stanislav Čebokli, prim. dr. Tatjana Dolenc-Veličkovič in dr. Jože Možgan. Gorenjsko zdravniško društvo je za prizadevanja pri uveljavljanju Slovenskega zdravniškega društva podelilo zlata prstana prof. dr. Antonu Dolencu in prim. dr. Primožu Vidaliju.



Sl. 6. Za prizadevanja pri uveljavljanju Slovenskega zdravniškega društva je Gorenjsko zdravniško društvo podelilo zlata prstana prof. dr. Antonu Dolencu in prim. dr. Primožu Vidaliju. Predsednik Gorenjskega zdravniškega društva mag. dr. Branko Lubej (levo) čestita prim. dr. Vidaliju.

Strokovna tema tokratnega srečanja so bile spolno prenosljive bolezni (SPB). Ta problematika je aktualna že vrsto let; tako naj bi izraz »venerično obolenje«, ki ga pripisujejo Jacquesu de Bethencourju, nastal okrog leta 1527. SPB predstavljajo pomemben delež v nacionalni patologiji prebivalstva, saj so drugi najpogostejše prijavljeni infekcijski vzrok zbolevanja prebivalstva v Evropi

(Mednarodno združenje za nalezljive bolezni, 1990) ter drugi najpogostejši vzrok delovne nezmožnosti žensk (World Development Report, 1993). Poleg tega so tudi tesno povezane z okužbo z virusom HIV in lahko pomembno vplivajo na epidemijo obstoječega stanja okužbe s HIV.

V Sloveniji je v zadnjem letu prišlo do porasta novih primerov sifilisa, stanje drugih obvezno prijavljivih SPB pa še ni zaskrbljujoče. Najverjetneje ostaja precej SPB nediagnosticiranih ali neprijavljenih epidemiološki službi. Eden od sklepov strokovnega dela srečanja je tudi, da morajo biti ambulate za spolno prenosljive bolezni dostopne brez napotnice izbranega zdravnika, kar zahteva spremembo »Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja«. Prav tako morajo biti brezplačni mikrobiološki diagnostični postopki in zdravljenje okužene osebe. Strokovnjakom bo v veliko pomoč tudi raziskava z naslovom »Spolno življenje Slovencev«, ki nastaja pod okriljem Inštituta za varovanje zdravja in Ministrstva za zdravstvo.

Prispevki strokovnega dela srečanja so bili že v celoti natisnjeni v majski številki Zdravniškega vestnika, s sklepi, ki smo jih sprejeli v razpravi, pa ste se lahko seznanili v tej številki.

Srečanje na Bledu je v celoti uspelo, čeprav bomo zdravniki najmočnejši šele takrat, ko se bomo povezali v »pakt« Zdravniško društvo–Zdravniška zbornica–FIDES. Vsekakor pa nas prihodnje leto čaka »vroče« volilno srečanje.

POROČILO SVETA ZA ZDRAVJE BREZ CIGARETE

Marjan Premik

Program Sveta za zdravje brez cigarete je za preteklo leto 1994 obsegal naslednje aktivnosti:

- izvajanje javne podpore sprejemu zakona o omejitvi uporabe tobačnih izdelkov,
- izvedba in analiza ankete o kadilskih razvadah zdravnikov, povezano z akcijo podpisovanja častne izjave zdravnika, ki upošteva deklaracijo SZO v zvezi s kajenjem in
- organizacijo strokovnega seminarja o nalogah in možnostih zdravnika pri odpravljanju kadilskih razvad.

Program je bil v večjem delu izpolnjen. Tako je Svet imel nekaj aktivnosti v smislu aktivne podpore ideji, ki jo nosi naše ime. V tem okviru smo se med drugim aktivno udeležili več strokovnih manifestacij Društva za promocijo zdravja Slovenije ter pisno posredovali Državnemu zboru podporo Sveta sprejemu Zakona o omejitvi tobačne porabe.

Skupaj s sekcijo SZD za splošno medicino smo organizirali učno delavnico z namenom, da pridobimo in usposobimo zdravnike za delo pri odpravljanju kadilskih razvad. Učna delavnica je strokovno in organizacijsko uspela in jo je po mnenju udeležencev treba ponuditi čim širšemu krogu zdravnikov. Izvedbo te učne delavnice je finančno podprl Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS).

Nismo pa uspeli izpeljati akcije podpisovanja častne izjave zdravnikov, ki smo jo načrtovali skupaj z epidemiološko raziskavo o kadilskih razvadah slovenskih zdravnikov. Za finančno podporo tem aktivnostim smo zaprosili Ministrstvo za zdravstvo (MZZ), ki pa žal na našo prošnjo ni odgovorilo.

Program dela Sveta za zdravje brez cigarete za naslednje leto (ob pričakovani minimalni finančni podpori MZZ in ZZZS) vključuje nerealizirane aktivnosti iz preteklega obdobja, izvedbo novih učnih delavnic »Zdravnik in kadilci« in seveda aktivno sodelovanje z vsemi, ki si prizadevajo za podobne cilje kot Svet za zdravje brez cigarete SZD. Pri tem bi bila aktivna pomoč različnih sekcij Slovenskega zdravniškega društva v izjemno pomoč.

PREDSTAVITEV KNJIG

Bogdan Leskovic

Komisija za informacije pri SZD je imela dne 24. maja 1995 na sedežu društva letošnjo že šesto predstavitev dveh knjig.

Med medicino in literaturo. Prvi Pintarjevi dnevi, Ljubljana, 14.–15. 10. 1994, Srečanje medikohistorikov Alpe–Jadran. Ob 60-letnici predmeta Zgodovina medicine na MF v Ljubljani. Uredila Zvonka Zupanič-Slavec, Inštitut za zgodovino medicine MF, Ljubljana 1995. 340 strani.

Zbornik istoimenskega simpozija je plod sodelovanja zdravnikov, zgodovinarjev medicine, literatov, primerjalnih književnikov, slavistov, psihologov in drugih ustvarjalcev. Ima dva dela: medicinsko-literarnega in medikohistoričnega. V prvem delu je zbranih 35 prispevkov, ki obravnavajo globalni odnos med medicino in literaturo, specifične teme s tega področja ter predstavijo vidne domače in tuje zdravnike literature. V drugem delu orišejo del svojega poslanstva s področja zgodovine medicine slovenski in hrvaški medikohistoriki s šestimi prispevki in predstavijo slovenskega nestorja te znanstvene discipline doc. dr. Ivana Pintarja – njemu v čast vpeljejo t. i. Pintarjeve dneve.

Izpod peres uglednih slovenskih, hrvaških in avstrijskih avtorjev, med katerimi so tudi akademiki A. Trstenjak, J. Kos in L. Milčinski, je nastal niz prispevkov, vrednih branja. Poskušajo pojasniti medsebojno razmerje med medicino in leposlovjem. Skoraj nepregledna je vrsta zdravnikov-pisateljev, domačih in tujih, prejšnjih in sedanjih časov po vsem svetu. Da sta si medicina in literatura bolj sorodni, kot se zdi na prvi pogled, velja predvsem v težkih urah življenja. Tako se zdravnik pogosto znajde v nenavadnih, nepričakovanih, zapletenih, presunljivih, dramatičnih, pa tudi (tragi)komičnih in burlesknihih situacijah, kot jih pač ponuja vsakdanje življenje nevsakdanjih in vsakdanjih ljudi. Kritika M. Kocijančič in J. Dolar sta označila zbornik kot nov in viden prispevek k tej problematiki.

Prispevki imajo angleške povzetke, da jih je možno uporabiti tudi izven naših meja. Nekaj prispevkov je v hrvaškem in angleškem jeziku.

Vrbič, Vito in sod.: *Oralno zdravje v Sloveniji*. Medicinska fakulteta, Ljubljana 1995. 64 strani, 26 tabel, 7 grafikonov, 1 slika. Sodelavci so: V. Koželj, V. Pompe-Kirn, M. Premik, M. Rode. Tema je posvečena letu oralnega zdravja, poimenovanemu od Svetovne zdravstvene organizacije (7. 4. 1994–7. 4. 1995).

Publikacija vsebuje podatke, dobljene v raziskavah od 1987. do 1993. leta o zobnem kariesu, parodontalni bolezni, ortodontskih anomalijah, protetičnem statusu, boleznih ustne sluznice ter o shizah in raku ustne votline. Ob tem pregledu so prikazane tudi potrebe po zdravljenju. Obravnavane so skupine: otroci, mladina, aktivna populacija in starostniki. Publikacija je razdeljena na dva dela: v prvem je opisana uporabljena metodologija pri ugotavljanju stanja oralnih bolezni, v drugem pa so navedene ugotovitve. Takò prikazano stanje in trend oralnih bolezni med drugim tudi omogoča longitudinalno spremljanje oralnega stanja. Sedanji ugotovitev je, da se je stanje kariesa v Sloveniji v zadnjem desetletju precej izboljšalo. To kaže na dobro zobozdravstveno dejavnost, čeprav je dostikrat kritizirana. Tudi protetična oskrba starejšega prebivalstva je boljša. Želeti je, da se tako nadaljuje, skrb pa vzbujajo spremembe v zdravstveni službi. Zato so navedeni številni ukrepi, da se stanje zadrži. Publikacija bo dober pripomoček za nadaljnje raziskave, za ugotavljanje stanja in potreb po zdravljenju.

Na koncu so razširjeni povzetki v angleščini, ki omogočajo s preglednimi tabelami primerjavo stanja drugod po svetu. Bogato navedena literatura pa bo uporabnikom lahko v veliko pomoč.

ZDRAVNIK INTELEKTUALEC V SLOVENSKI DRUŽBI

1. stanovska tema na 132. rednem letnem
srečanju Slovenskega zdravniškega društva,
Bled, 11. maj 1995

Jelka Gorišek, Jože Drinovec, Zvonimir Rudolf

Prim. dr. Jelka Gorišek, podpredsednica SZD

Spoštovane kolegice in kolegi!

O mestu in ugledu zdravnika intelektualca v slovenski družbi je bilo danes že veliko govora. Vendar dovolite mi, da nadaljujem. Ponavljam to, kar smo že ne vem kolikokrat povedali. Če merimo ugled zdravnika po vrednotenju našega dela bi rekli, da ni velik. Če ga merimo po prisotnosti zdravnikov pri oblikovanju slovenske politike, bi rekli prav tako. Tudi tukaj nismo zelo prisotni. Pa vendar je zdravnik v slovenski družbi je stalno prisoten z vrhunskimi strokovnimi dosežki, pa tja do ohranjanja socialnega miru, saj je zdravje naša največja dobrina. Tako vsaj mislimo. Ta veliki razpon dokazuje, da ni segmenta v slovenski družbi in politiki, kjer ne bi mogli slovenski zdravniki aktivno prispevati in sodelovati. Potrebni smo družbi , predvsem slovenski politiki. Potrebni smo tudi ljudem, ki sta jim naša stroka in znanje namenjena. Morda je prav pri slednjih naš ugled še največji, čeprav se na zunaj včasih ta odnos kaže drugače. Zlasti, če ga spremljamo v tisku. Pa vendar prav v tem odnosu kažemo svojo največjo profesionalno etiko, svojo kreativnost in srčno kulturo. Tukaj smo sproščeni. Zaupamo vase. Zato prav na tem področju prihaja najpogostejše tudi do kritike našega dela. In prav je tako. Če gre za konstruktivnost kjer vsi pridobimo. Ni pa prave interakcije med kreatorji slovenske družbe in slovenskimi zdravniki. Kot mnogi slovenski zdravniki se že dolga leta sprašujem, kam ponikne vsa ta naša energija, ki jo že leta vlagamo v uveljavitev našega ugleda. Pred enajstimi leti smo po dolgem molku prvič predstavili naš ugled in se soočili z javnostjo , ko smo dosledno zahtevali vrnitev nazivov dr. medicine. In to ne akademskega naziva, ampak naziva, ki je bil sinonim za zdravnika povsod po svetu. Moram reči, da je bilo soočenje kruto. Dosti nelepkih zapisov se je zlivalo na naše delo. Bil pa so tudi taki, ki smo nam stali ob strani. Takrat je nekdo rekel: »Dajmo jim končno ta naziv nazaj, saj njihovo delo ne bo boljše, niti slabše, mogoče pa bodo zdravniki manj nezadovoljni.« Vrnili so nam naš naziv, to je bil pa tudi eden največjih uspehov. V tistem času so nam stali ob strani številni somišljeniki, intelektualci slovenske družbe, zlasti kulturniki, takratni senzorji dogajanja v naši družbi. Ni ga zdravnika, ki se ne bi spraševal o svojem ugledu. Vsaj takrat, ko se za hip sprost in nameni del svojega skopo odmerjenega prostega časa dogajanju okrog sebe. In prav zato smo danes začetni del stanovskega srečanja namenili ugledu slovenskega zdravnika, zdravnika intelektualca v družbi in povabili medse številne tiste, ki so nam pogosto stali ob strani in s katerimi smo pravzaprav zaorali ledino tudi na področju interdisciplinarnega delovanja tako znotraj stroke, kot v povezavi z drugimi strokami . Predvsem mislim tukaj kolege s Pravne fakultete, kolege s področja kulture. Človek končno ne živi samo od kruha.

Zaključujem z besedami »iz oči v oči«. To je izziv nam samim in drugim . S tem želim pravzaprav povedati, da je treba pogledati najprej vase, nato pa pogledati tudi kolege in predstavnike drugih strok in ved, kako pravzaprav mislijo in gledajo na nas.

Mislim, da bi bil takšen prispevek v slovenski družbi kvaliteten. Skratka, pogledjmo sebe in pogledjmo, kako gledajo kolegi na nas. Zato smo medse povabili predvsem kolege poslance iz Državnega zbora, ker predstavljajo glas naroda, medse smo povabili tiste, s katerimi smo že predstavili uspešno interdisciplinarno delo, t.j.

kolege iz pravne stroke. Med nami je rektor mariborske univerze, pod okriljem katere prirejamo skupaj s Pravniškim društvom Maribor srečanja Medicino in pravo. Mislim, da so to zelo kvalitetna strokovna srečanja, ki dvigujejo tudi ugled slovenskega zdravništva. In moram reči, da nam je prav mariborska univerza prva ponudila streho in okrilje. Zato bomo veseli vsakega prispevka.

To so pravzaprav izhodišča za oblikovanje misli okrog pogleda nas in drugih na pojem slovenskega zdravnika.

Dr. Janko Predan, poslanec v Državnem zboru
Republike Slovenije

Za ta sestavek me je pravzaprav vzpodbudila politika. Gre za razne politike. Zdravstvena, katere tvorci smo zdravniki, ni izjema. Slovensko zdravniško društvo mora biti nosilec in povezovalac te politike (sprejeti mora tudi kritike) in te vloge ne more prepustiti nikomur.

132. redno letno srečanje Slovenskega zdravniškega društva je primerna priložnost za razmislek o nas samih. Odpira vpogled v sliko, kje v tem trenutku sploh smo in kje smo na poti v prihodnost. Slovensko zdravništvo ima še posebej veliko odgovornost za blaginjo prebivalk in prebivalcev Slovenije. Kako dobro opravljamo to svojo nalogo in vlogo? Na strokovnem področju smo nedvomno uspešni. Toda, kakšno je vzdušje med nami in kakšno je vzdušje v odnosu zdravnik–bolnik? Ali imajo prebivalci Slovenije občutek, da smo del njih, del skupnega organizma? Ali vodimo jasno zdravstveno politiko, politiko razvoja? Ali imamo strategijo o tem? Ali se zavedamo resnosti in odgovornosti za uravnotežen zdravstveni sistem, za zdravje ljudi in položaj nas zdravnikov? Ali nepovezanost nekaterih dogodkov in postopkov ne kaže na to, da ne znamo ali pa ne želimo odgovoriti na ta vprašanja?

Pa nanja moramo odgovoriti, predvsem kritično. Menim, da se na občutljiva dogajanja in situacije ustrezno ne odzivamo, še več, sploh se ne odzivamo: gre za vrsto izgubljenih priložnosti, ki smo jih prepustili drugim in pokazali svojo nemoč. V ihti tranzicije smo prepustili transparentnost uvajanja zavarovalništva in zasebnitva in pričakovali rešitve, kjer jih ni! Od drugih, ne od nas samih.

Ne dajemo vtisa, da se v popolnosti zavedamo odgovornosti za delovanje enotnega organizma. Navzeli smo se uporabnostne ekonomske stroke, ki je sicer nujna, a ta pozablja na odnos zdravnik–bolnik. Ta pa ni od včeraj, je od vekomaj. Če tega ne spoštujemo, smo gluhi za želje, potrebe, predloge in prošnje naših ljudi. Vzbuja vti lastne samozadostnosti in ne vzbuja gotovosti, zaupanja in spoštovanja. Ljudje nam morajo zaupati in nas spoštovati, ne zato, ker smo »bogovi v belem«, ampak iz občutka, da smo njihovi in predvsem iz občutka, da spoštujemo etična načela!

Predvsem pa gre za to, da tako vedenje omogoča razrast tistih, ki iz nekaj svojih potreb, travm in zamer gradijo svojo »politiko zdravstva« in na najnižjo možno mero omejujejo poslanstvo zdravnika kot nosilca zdravstvenega varstva. To pa niso več nedolžne stvari, te lahko ogrožajo delovanje zdravstvenega sistema. Odgovornost pa bo ostala nam.

Spoštovane kolegice in kolegi, spemite te kritične misli po svojem razumevanju stanja med zdravništvom. Prepričan sem, da nam samo kritična presoja omogoča prihodnost.

Dr. Ludvik Toplak, rektor Univerze v Mariboru

Malo je v Sloveniji organizacij, malo profesionalnih društev, ki bi se lahko ponašala s tako imenitnimi datumi. Univerza v Mariboru ima posebno dolžnost, da se zahvali Zdravniškemu društvu Maribor za sodelovanje z Društvom pravnikov Maribor, ker so nas inspirirali z razpravami, ki smo jih pred nedavnim organizirali kot

nadaljevanje predhodnih srečanj Pravo in medicina. Gre za interdisciplinarni pristop k nekaterim ključnim vprašanjem. To niso le pravna vprašanja, ne samo medicinska pa tudi ne le politična. Predvsem gre za nekatera mejna, bolj filozofska, bolj obče človeška vprašanja. Ocenjujemo, da gre za vprašanja etike, za nas profesionalne etike. Medicinska fakulteta je v študijski program prva uvedla predmet profesionalna etika. Profesionalna etika zdravnikov je specialna, ne more pa biti izolirana od drugih. Zato bi kazalo ta dober zgled posnemati tudi pri drugih študijih. Pri nas se na Pravni fakulteti že trudimo, da bi uvedli predmet profesionalne etike. Vsi vemo kaj pomeni na področju medicine biologije, pedagogike, družbenih ved in še nekaterih drugih profesionalna etika. Po nekaj letih evforije vse lažje ugotavljamo, da ni dovolj t.i. politična prenova, ni dovolj t.i. gospodarska prenova. Vse bolj spoznavamo, da je moralno- profesionalno-vrednostna prenova prva.

Prof. Alenka Šelih, dipl. iur., Pravna fakulteta Univerze v Ljubljani

Prav se mi zdi, da poizkusim svoj osebni odnos do zdravstva, do zdravnikov, do tega poklica, nekako opredeliti z vidika drugega poklica, ki je podobno kot zdravniški zgodovinsko gledano profiliran in, čeprav se ukvarja s povsem drugim področjem, vendarle poklic, ki je zlasti na področju poklicne etike zelo podoben zdravniškemu. Zdi se mi, da lahko v nekem smislu govorimo o paraleli pri obeh poklicih ravno v sedanjem obdobju. Moj predgovornik je govoril o moralno poklicni prenovi, če sem prav razumela.

Sama bi se do tega opredelila nekoliko drugače. Imam vtis, da so vsi ti, zlasti tradicionalni poklici na nek način prišli v sedanjih družbenih razmerah, ki so tako bome, pod reflektor javnosti. Ne moremo govoriti o kaki zelo umirjeni reakciji na ravnanje ene ali druge stroke. Obratno, imamo ravnanja, ki so pač motivirana z zelo različnimi motivi. Vsekakor pa za pripadnike obeh poklicnih skupin na nek način boleča. Zdi se mi, da ena in druga stroke lahko najdeta oporo v profesionalni etiki. Vendar se mi ne zdi toliko, da gre za prenovu. Prej bi rekla, da gre za vztrajanje pri tistih načelih poklicne etike, ki jo, če vzamemo medicino in pravo, ta dva poklica poznata približno 2000 let. In ta poglobljena merila poklicnega kodeksa, če vzamem na eni strani odvetniškega, ki je bil sprejet leta 1968, in vzemimo na področju varstva poklicne skrivnosti, se mi zdi, da ni kaj spremeniti. In če vzamemo poklicno etiko, torej poklicna pravila etike zdravniškega poklica, se mi zdi, da so ta izdelana tako, če bi se zdravniki lahko, vedno mogli, znali in hoteli ravnati po njih, da je najbrž to tista pot, ki jo je mogoče obdržati na nivoju, ki seveda pomeni po eni strani strokovni nivo, po drugi pa tudi človeški nivo.

Mag. Viki Planinšec, sodnik na Vrhovnem sodišču v Ljubljani

V Mariboru deluje skupina pravnikov, ki si s prav tako ožjo skupino zdravnikov že vrsto let prizadeva za to našo interdisciplinarno dejavnost. Vabilo sem razumel tudi kot nekako pohvalo oz. spodbudo za naše dosedanje sodelovanje, ki je kot mnogi veste, doslej rodilo že štiri strokovna srečanja in upamo, da bo tako tudi dalje. Tesni stiki med sodniki oz. pravniki in zdravniki so rodili dva zbornika, almanaha Medicina in pravo, kjer smo natisnili referate, ki so se zvrstili na teh dosedanjih srečanjih. In če velja ljudski pregovor, da gre v tretje rado upamo, da bo letos jeseni sreča naklonjena in bomo z almanahom nadaljevali. Ne vem, če to ne bo dobilo značaja redne letne publikacije. Saj vemo, da v tujini, recimo v Avstriji, obstoji s tega področja skorajda mesečno izhajajoča revija.

Sedanje vabilo iz popolnoma druge stroke lahko razumem tudi tako, naj vztrajamo pri tem sodelovanju tudi pravniki, Slovenska pravniška zveza, Mariborsko pravniško društvo. Ko se pogovarjamo zdravniki in pravniki o stičnih točkah teh dveh ved, ki sta samo na zunaj različni, odkrivamo vedno znova skorajda neverjetne podobnosti. Predvsem je to naravnost medicine, predvsem pa tudi prava k človeku. Bodisi v medicini k njegovi bolezni bodisi k njegovemu občutku preganjanja proti krivicam sveta, kot to ljudje razumejo in iščejo rešitev v pravu. Odprtost je osnova napredka. Pozabimo entropijo. Mislimo na pretok energije, ki eno vedo plemeniti na račun druge in obratno. In to si želimo gotovo da tudi na področju medicine in prava.

Prof. dr. Jože Lokar, predsednik Zdravstvenega sveta pri Ministrstvu za zdravstvo R Slovenije

Prof. Šelihova je povedala neko temeljno resnico. Da so v krizi vsi poklici, ki so bili zelo prevladujoči dva in več tisoč let od grške kulture dalje, ko mnogih poklicev, ki so danes množični, sploh ni bilo. Zdravnik in pravnik je imel poleg filozofov v tej zgodovinski strukturi seveda svojo zelo privilegirano vlogo in te danes nima več. Če bi se kdo prizadeval, da jo bomo spet dobili, izražam močan dvom, da bi bila ta prizadevanja uspešna.

Udeležnost zdravnikov v Sloveniji v institucijah, pomembnih za zdravstveno politiko in zdravništvo.

	Vsi	Število	%
R Slovenija	2.000.000	5.000	0,25
Državni zbor	90	6	6,66
Državni svet	40	4	10,0
Ministrstvo za zdravstvo	45	10	22,2
Svet za zdravje	13	4	30,8
Zdravstveni svet	15	14	93,3
Inštitut za varovanje zdravja	813	29	3,6
Skupščina ZZZS	45	—	0,0

Tabela vam pokaže za Slovenijo, da po formalni plati slovenski zdravniki sploh nismo tako slabo zastopani, v družbenem življenju, kot se bi komu zdelo. Za kakšna dva računa bo matematik ugotovil, da sta v desetinkah napačna, ampak naj vas to ne moti. Zanimivo je, da zdravniki v tako velikem odstotku sodelujejo v Državnem zboru, še bolj pa v Državnem svetu. Pa tudi v ostalih za zdravstvo pomembnih zadevah. To se pravi, po formalni plati se vsekakor ne moremo pritoževati, da zdravniki niso še kako prisotni povsod tam, kjer se odloča o nas in o ljudeh. Vsebinska je pa seveda nekoliko druga.

Povedal bom nekaj, s čimer si bom nakopal vašo zamero. Vendar to ni moja originalna misel. Takoimenovani »medicinski model« zdravstva je v hudi krizi, ki traja že nekaj let in se bo poglobljala ter bo korenito spremenila zdravstvo in seveda vlogo zdravnika. To je eno.

Drugo. Zdravnik je v odnosu do bolnika v fazi krize zaupanja. To ne traja pet let, kot medicinska kriza, ampak traja že 15, 20 let. Zavedajmo se tega, da se je mit o nezmotljivosti zdravnika, ki so ga potrebovali zdravniki in bolniki, rušil in se je zrušil. Tega mita danes ni več, ni ga več mogoče vzdrževati, nimamo pa še novih relacij. In sedanja kriza zaupanja je pravzaprav neko vmesno obdobje, ko nekdanjega, rekel bi skoraj nekega božanskega odnosa do zdravnika, ki je bil vedno nezmotljiv, ne moremo več vzdrževati in je tudi prav, da ga ne vzdržujemo. Nismo pa še našli pravega nadomestka za to. Številne formalne ovire, ki nam jih sedaj postavljajo pravniki s svojimi zahtevami, kaj moramo vse v pisnih odnosih z bolnikom urejati, so pravzaprav odsev iskanja nečesa novega. Mislim, da je to neko obdobje, ki se bo drugače izteklo kot se je začelo.

Torej dve krizi sta nas doleteli hkrati.

Če bi rekel še tretjo. Ta je stara. Ugotovitev je stara teden dni. To je iz ženevske konference. Ljudje so z zdravstvom in zdravniki bolj nezadovoljni tam, kjer je zdravstvo mnogo boljše tehnološko

opremljeno. Čim bolj je zdravstvo po strokovni plati v tehnološkem smislu opremljeno, tem manj so ljudje zadovoljni z njim. Zato ker je prišlo med zdravnika in bolnika vse preveč tistega kar bolniku zelo malo pomeni, nam pa veliko. To so tehnološke igrarke. Čas imamo za stroje, nimamo časa za ljudi. Banalizirani morda tole ugotovitev, ki je bila seveda izrečena na najvišjem možnem mestu, na ministrski oz. na TV konferenci.

To je tretja zadeva, ki zahteva globok premislek. Kdaj bomo uporabili vso to tehnologijo, ki jo nujno rabimo za svoje strokovno delo. In kdaj bomo vendarle našli čas, da bomo rekli, da naš bolnik ni objekt stroja, ampak človek, s katerim moramo vzpostaviti nek medčloveški odnos.

Zavedam se, da so besede, ki sem jih izrekel, rahlo pesimistične. Vendar sem z veseljem slišal, da govorimo o tistem, kar bi kazalo spremeniti. Da ne bomo z neko jokavostjo govorili o tistem kar je bilo in za kar sem vsaj osebno prepričan, da ne bo nikoli več.

Prof. dr. Lev Milčinski

Ob temi naše razprave sem se zamislil v dve smeri:

1. Ali naj se razume naslov kot ugotovitev nekega aktualnega stanja, ali bolj kot neka zaželena perspektiva?

2. Drugi problem se mi vidi pomembnejši: Kakšna je nasploh predstava tega, čemur se reče »intelektualec«? V določenih krogih in družbenih konstelacijah ima ta naziv lahko celo pejorativno obeležje – v tem smislu, da gre za človeka, ki si je olajšal bivanje v družbi tako, da se izmika težjemu in odgovornejšemu delu v neobvezujoče besedičenje. – Ali pa npr. da je intelektualec nekdo, ki si izgrajuje podobo sveta in svoje vloge v njem izključno po poti doslednega racionalno-logičnega diskurza.

V okviru prve točke bi si upal govoriti le perspektivno, se pravi, kot o neki zaželeni podobi. Iz druge točke, kot sem jo bil postavil, mi pa ne ustreza niti prvi, niti drugi vzorec.

Meni je v zvezi z našim diskurzom kot zaželena vizija »intelektualca« še najbližja tista, ki jo podaja Kofucij pod nazivom »plemenit človek«. Gre za misli tega kitajskega filozofa, ki je živel pred skoraj 2500 leti, imajo pa ta razmišljanja še danes svojo vrednost, posebno še ker se ti izreki v sodobnejših študijah ne tolmačijo več kot zgolj nekakšen moralno-etični kodeks, temveč se odkriva v nekaterih izrekih tudi globlja mistična vsebina. Dovolite mi nekaj citatov, pri čemer naj še omenim, da Kofucij svojemu »plemenitemu človeku« zaradi kontrasta postavlja nasproti t. i. »prostaka«. Naj citiram:

– Mojster je govoril: »Plemenit človek je popoln pa ni ozkosrčen, prostak je ozkosrčen, pa ni popoln«.

– Mojster je dejal: »Plemenit človek ceni notranje vrednote, prostak zemeljske. Plemeniti ceni zakonitost, prostak se pa žene za naklonjenostjo«.

– Mojster je dejal: »Plemenit človek je izveden v dolžnosti, prostak je izveden v pridobivanju«.

– Mojster je dejal: »Plemenit človek ni orodje«.

– Mojster je govoril: »Človek živi od svoje pokončnosti. Brez nje životari le od srečnih naključij in izmikanj«.

– Mojster je govoril: »Za hrano preprosto jed, za pijačo vodo, za vzglavje pa svoj komolec: tudi ob tem je človek lahko dobre volje. Nezasluženo bogastvo in čast sta zame le bežna oblaka«.

– Mojster je dejal: »Pred prihajajočo generacijo imejmo spoštovanje. Kdo ve, ali prihodnost sedanosti ne bo preseгла. Ko je pa nekdo dosegel štirideset, petdeset let, pa še ničesar ni dal od sebe, potem kajpada ni ni več treba zreti nanj s plahim spoštovanjem«.

– Mojster je dejal: »Šele ko se leto k zimi nagne, opazimo, da borovci in kleki ostajajo zeleni«.

– Mojster je dejal: »Kdor ima duhù, ima zagotovo tudi pravo besedo, toda kdor ima besedo, zato še nikakor ni nujno, da ima tudi duha. Nravni ima zagotovo tudi pogum, ni pa nujno, da ima pogumni tudi nravnost«.

– Mojster je dejal: »Plemeniti postavlja zahteve nase, prostak postavlja zahteve na druge ljudi«.

Na koncu še mojstrovo priporočilo za vsakdanjo prakso:

Mojster Zeng je govoril: »Dnevno si izprašam vest v treh smereh: Ali mogoče tedaj, ko sem za druge kaj snoval, le nisem tega počel iz vsega srca; ali morebiti tedaj, ko sem bil s prijatelji, svojim obljubam nisem bil zvest; in ali se mogoče niti sam nisem ravnal po svojih naukih«.

Seveda bi takšne in podobne modre misli zasledili tudi v drugih časih in deželah, seveda tudi v evropskem prostoru.

S temi citati sem želel poudariti le to, da tista človečnost, ki jo občutimo v Kofucijevih izrekih, v pojmu »intelektualca« ni neka obvezna primes. Ilustracij je ugotovitve bi v današnjem času lahko veliko našli. – Vendar začnimo drugje.

Naš poklic je privilegiran – ne govorim tu o družbenem priznanju za naša prizadevanja, to je čisto drugo vprašanje – temveč ko nam osebno gre za to, da se osvobodimo nekih spon in predsodkov, ko iščemo svojo pravo bitnost. Saj za tem stremi – bolj ali manj zavestno – vsak človek. V teh prizadevanjih je zdravnikovo izhodišče primarno ugodnejše. Zakaj? Ker se zdravnik sooča z mnogimi človeškimi usodami, ob katerih se ne more izogniti temu, da se mu končno v predstavi naslika takšna globalna podoba človeškega življenja, ki pušča posameznikovi volji le relativno majhne možnosti učinkovitega interveniranja. Poglejmo:

Po čistem naključju se nekje na tej zemeljski obli najdeti dve genetski masi – moški in ženska. Ti dve ustvarita neko tretjo kombinacijo, ki bo najpomembneje vplivala na telesni in duševni lik novega individua. Ta si seveda sam tudi, v najodločilnejšem – ranem – obdobju svojega razvoja ne more izbirati naslednji odločujoči dejavnik, namreč okolje, ki bo vplivalo na izoblikovanje njegove osebnosti in telesne strukture. Svojih bolezni in travm si človek tudi ne more sam izbirati. Kakšno lahko po zaslugi medicinske vede prepreči, pozdravi ali vsaj odmakne, ene, poslednje, pa ne več. Staranje pride nadenj z vsemi svojimi telesnimi in duševnimi nadlogami. In potem pride umiranje, ki ga medicina zna podaljšati. Na koncu je smrt. Vse, kar sledi, poteka samo še po kemijskem tiru: od organskega do anorganskega stanja. – Vsega tega smo se učili in nam je povsem jasno in sprejemljivo – namreč za druge ljudi. Sigmund Freud je pred dobrimi 70 leti spomnil na paradoks, da vsi dobro vemo da je smrt nekaj naravnega, da je torej ni mogoče zatajiti, niti zamolčati. Toda hkrati v bistvu nihče ne verjame v lastno smrt, ali, kar je pravzaprav isto: v podzavesti je vsakdo od nas prepričan o svoji nesmrtnosti. – Meni se zdi, da je prav ta paradoks bistvo alienacije, odtujenosti človeški biti v naši civilizacijski eri.

Če sem rekel, da smo se znašli zdravniki v privilegiranem poklicu, sem mislil pri tem, da pač opisanega loka človeškega življenja pri množici usod, s katerimi se srečujemo ob svojem poklicnem delu, ne moremo prezreti. Na nas pa je da vključimo to predstavo in jo tudi emocionalno asimiliramo, vsak zase, mimo vseh bojzani, ki ta prekop ovirajo in so o njih pisali tudi številni razmišljujoči ljudje, npr.:

– La Racheuocaud (1613–1680): »Ni dobro nenehno zreti v smrt in v sonce«.

– Neznani avtor: »Življenje je prekratko, da bi si ob njem ustvarjal skrbi. Saj res, prav to me zaskrbljuje«.

– Woody Allen: »Ne mislite, da se bojim umreti. Le to je, da ne bi bil rad poleg, ko bi se to dogajalo«.

Ne da bi omenjal številne vzhodnoazijske vires, ki obravnavajo problem smrti, omenim naj le, da je evropski srednji vek poznal t. i. »Ars moriendi« in si iz ene od zadevnih publikacij dovolim citirati še naslednje:

– »Zoper svojo voljo umira, kdor se umreti ni naučil. Nauči se umreti, pa so boš naučil živeti, kajti nihče se ne bo naučil živeti, kdor se umreti ni naučil. – Pot vseh poti je tista, ki uči človeka umirati«.

Tu se prične proces desalienacije. Ker se ovemo svojih omejenih možnosti. In ker se znajdemo z vsemi ljudmi spet v istem čolnu, ne glede na stan in položaj in tudi na glede na to ali si zdravnik ali bolnik.

Medicina ima dve obliči: eno je obrtniško, drugo filozofsko, sta si pa medsebojno odvisni. Povprečni državljani gleda v medicini tisto obrt, ki mu podaljšuje življenje, ko pa spusti sanjarjenju vajeti, pričakuje odtod v daljnji perspektivi mogoče celo utopijo nesmrtnosti. Filozofija medicine skuša pomiriti te ljudi s stvarnostjo: Poučuje jih o opisanem neizbežnem, globalnem, časovno omejenem loku od rojstva do smrti, loku, na katerem so individualne posebnosti le arabeske, spletene iz iluzij in frustracij. Zdravnik naj bi to filozofijo diskretno, s čimmanj besedami prenašal – mimo grede, ob opravljanju svoje obrti – na svoje kliente, umikajoč se pri tem z nezasuženega piedestala vsevednosti in karizmatičnosti. Za zdravnika samega pa velja tu načelo: »Aude sapere« – »Upaj si uvideti in sprejeti«, v prvi vrsti: neizbežno zakonitost lastne umrljivosti. Za ta uvid in njegovo asimilacijo naj nam ne bi smelo biti žal časa, vloženega v samotne meditacije in kontemplacije, posvečene tej temi. Poudarjam – meditacije, kajti racionalno-logičnega diskurza glede na svojo izobrazbo nismo več potrebni. Tak uvid nam ne more izpriditi življenjske radosti, kvečjemu jo lahko malo stoično obarva.

Dr. Vojko Flis

Začel bi pri vlogi zdravnika, zdravnika kot intelektualca. Vemo, da je bil zdravniški poklic vedno svoboden poklic. V vsej zgodovini tega poklica. Zato bi se jaz kljub temu vprašal, kdo je lahko v tej družbi intelektualca. In če s to besedo označimo misleca, ki je samostojen in neodvisen, potem se tej oznaki v tej družbi še najbolj približa policaj. Ima beneficiran delovni staž, pri štiridesetih se recimo lahko administrativno upokoji in potem ima dovolj časa za svobodno in neodvisno razmišljanje.

Nasprotno pa zdravnik podari tej družbi, v dežurstvih, tako ali drugače, veselo 15 let dela, ki se ne upošteva v pokojninski osnovi. Na ta način seveda zdravnik omogoča drugim, da mislijo, hkrati pa je to za državo koristno še po drugi plati. Namreč, po upokojitvi se sorazmerno hitro poslovi in odide na drugi svet in tako razbremeni pokojninski sklad. Z njim pa seveda ta in vsak zdravnik poskrbi, da ne propade državna zavarovalnica in da lahko Ministrstvo za zdravstvo pravi, kako ima dober in seveda poceni zdravstveni sistem.

No, in sedaj, obe ti dve inštituciji sta močno zainteresirani, da slovenski zdravnik postane ali pa ostaja bebec. Namreč, državna zavarovalnica postavlja ali pa proizvaja pravila igre, ki nadomeščajo Medicinsko fakulteto in tako bomo verjetno prva država, kjer bo Medicinska fakulteta spontano odmrta.

Študij na medicinski fakulteti bomo nadomestili z različnimi pravilniki, ki jih bodo potem uresničevali različni ali pa ustrezni kadri.

No, nobena država ni tako bogata, da bi lahko plačala svoje zdravstvo. To velja tudi za Slovenijo. Slovenija je tako bogata, da si lahko privoščijo poceni bebeca. Ne vem zakaj. Še leta moramo poslušati, da imamo vrhunsko medicino, ki si je ne moremo privoščiti. Ali smo res na vrhu? Primerjava s sosednjimi državami, pa vzemimo samo Avstrijo, bi pokazala, da smo daleč, daleč za vrhunskostjo, če bi vzeli kazalnike vrhunske, ne povprečne medicine. Poglejte, ali pa preštejte, koliko je aparatov za nuklearno magnetno resonanco v Sloveniji. Poglejte koliko je aparatov, ki so zgrajeni na osnovi vrhunske mikroprocesorske tehnologije. Videli boste, da je teh aparatov na dva milijona prebivalcev v Sloveniji smešno majhna številka. Imamo enega v Ljubljani in enega, ki ga je kupilo gostinsko podjetje, v Mariboru.

Pri tem bi povedal še anekdoto, ki pa je seveda resnična in je prav, da jo slišite. Ko je šlo za prevzem gostinskega dela Kliničnega centra, so tistega, ki naj bi ta gostinski del Kliničnega centra prevzel, vprašali, kako bo plačal delavce. Pa je rekel, da jih bo plačal po kolektivni pogodbi za zdravstvo. Pa so mu edino v Kliničnem centru rekli: »Ali ste smešni? Gostinci vendar ne morejo delati tako poceni!« Torej to, da si ne moremo privoščiti tega, kar imamo, ker je to vrhunsko, ne vzdrži niti male kritike. Kaže pa,

kako nas ta družba obravnava in seveda ne v tistem, kar zadeva plačilo.

In zato se postavi vprašanje. Medicinska fakulteta je namreč zelo selektivna in dejansko odbija nadpovprečno bistre ljudi. Kdaj se bo slovenski zdravnik zdramil in nehal delati za tiste, ki mislijo namesto njega ter prisilil nekatere akterje te družbe, da bodo začeli delati, da bo lahko zdravnik znova mislil. Zato se seveda postavi vprašanje, ali se odzivamo na situacijo. Seveda se odzivamo na situacijo, ampak tako, da pravijo, da se ne odzivamo prav. In jaz mislim, da bo slovenski zdravnik postal intelektualca zopet takrat ko ne bo več govornik države in ko ne bo več orodje t.i. politične zavarovalnice. To je, kar sem hotel povedati ali pa kar sem želel povedati v zvezi z intelektualcem, pa z zdravnikom v slovenski družbi.

Sedaj pa nekaj okrog »mariborskega modela«? Lahko rečem, da so takšne diskusije v Mariboru na tekočem traku na sestankih Zdravniškega društva. In seveda moram reči, da tudi v mestu obstajajo številni drugi profili ljudi, ki podobno razmišljajo. In tako recimo dosti dobro sodelujemo s pravniškim društvom. V takem sodelovanju se rojevajo nekateri projekti, ki potem prinesejo rezultate. Meni osebno se zdi, da so ti projekti toliko, bom rekel dobri ali pa toliko boljši od drugih ravno zaradi tega, ker niso vezani na nobene sponzorje, ker nismo vezani na to, da se uklanjamo plačnikom, da mislimo tako kot oni od nas želijo, ampak dejansko speljemo projekt z lastnimi močmi in seveda potem lahko v okviru tega projekta razpravljamo o stvareh, ki so za nas pereče, ki nas dejansko pravzaprav žgejo.

In tretja stvar, ki se mi zdi zelo zanimiva. Nekaterim v tej družbi in tudi zdravnikom znotraj te družbe je uspelo, da so nas razcepili in sprli ter nas nekako razdelili na tri ali pa na štiri formacije. Vidim, kaj je treba spremeniti. Prihodnost slovenskega zdravnika je v tem, da se znajdemo v eni sami zdravniški organizaciji, kakorkoli se bo pač že imenovala. To je povsem nepomembno. In neka svetla luč, ki se mi je sedaj pokazala je to, da smo se končno vse tri zdravniške organizacije (FIDES, Slovensko zdravniško društvo in Zdravniška zbornica) uspele najti »na klavzuri« v Portorožu in v treh dne uskladiti poglede na zdravniški zakon. In tako je to dejansko pravzaprav prva lista, ki je med zdravništvom v Sloveniji prišla na plan in je plod skupnega dela. Skratka je plod vseh zdravnikov skupaj. In samo z enotnostjo se bomo lahko postavili nasproti državi in nasproti zavarovalnici, sicer tega poklica v tej državi čez nekaj, recimo čez deset let ne bo več.

Prim. dr. Dunja Piškur-Kosmač, državna sekretarka v Ministrstvu za zdravstvo R Slovenije

Za izhodišče bi danes morda lahko bila tabela, ki jo je na prosojnici pokazal prof. dr. J. Lokar in definicije, ki jih je v svojem prispevku navedel prof. dr. L. Milčinski.

Ker se po štirih letih dela na Ministrstvu za zdravstvo le počutim kot zdravstveni politik, saj sodelujem v kreiranju zdravstvene politike, moram reči, da velikokrat razmišljam, kako bi reagirala na določene stvari, če bi bila zunaj tega kroga. Velikokrat sem razočarana nad tem, da vrhunski strokovnjaki, ki dobro znajo medicino, ki odlično poznajo svoje strokovno področje, dejansko tako malo vedo o družbenih dogajanjih, da je nemogoče, da bi po definiciji, ki smo jo danes slišali, intelektualci.

Ministrstvo za zdravstvo je ministrstvo slovenskih prebivalcev in mora skrbeti za varovanje zdravja naših ljudi, želi pa tudi ustvariti boljše pogoje za delo zdravnikov, da bodo ti lahko boljši, uspešnejši pri svojem delu z bolniki. Zato vsak napad na Ministrstvo s strani posameznih zdravnikov, tudi SZD ali Zdravniške zbornice Slovenije zbija adute iz rok ministru, ki se v vladi bori za položaj slovenskega zdravstva in slovenskega zdravnika. Vemo pa, da so zdravstvena administracija, politika in birokracija tisti privesek, ki je nujen, da zdravstveni sistem dobro deluje.

Glede danes večkrat omenjenega Zakona o zdravniki, ki ga sama ne poznam, moram poudariti, da je ta trenutek pred nami paket sprememb zdravstvene zakonodaje in da morajo biti vsi v sklopu zdravstvenih zakonov usklajeni tudi v zakoni z drugih področij. Plan zdravstvenega varstva in strategija razvoja zdravstva v naši državi prihaja prav sedaj preko vlade v Državni zbor. Prepričana sem, da bodo kolegi poslanci dokument skupaj z vami dobro pregledali, preden ga bodo sprejeli.

Mislím, da je bilo danes že večkrat izraženo to, da je edino skupna pot tista, ki bo vrnila ugled slovenskemu zdravniku. Ne vem zakaj razmišljamo, da smo izgubili ugled. Zdi se mi, da je zdravniški poklic še vedno dovolj cenjen in da se tega zavedajo vsi prebivalci naše države. Da se tako obnašajo do nas tudi kolegi iz drugih resorjev. Da pa se je treba morda vprašati, zakaj je v nas samih toliko dvomov. Zakaj toliko dvomimo vase?

Prim. dr. Marko Demšar

Človek bi skoro dejal, da zvezde slovenskim zdravnikom niso nikoli stale bolje, kot ta leta. Po treh, štirih desetletjih, po dobi, ki smo se zdravniki čutili odrinjene pa prav sedaj postavljamo na to govornico iz oči v oči vprašanje kakšen je ugled slovenskega zdravnika, kakšen je ugled zdravništva. Danes je bila že omenjena letnica 1963. Tudi sam jo smatram za leto, ko je država z represijo, z zakonom dejansko hotela potisniti zdravnika na obrobje. In ji je to tudi uspelo. Zakon o akademskih nazivih je zdravnikom takrat odvzel tisto za kar smo smatrali, da je neopravičeno. Bil sem eden od zagovornikov, ljudi, ki so zahtevali, da se to popravi in vem kako se je takrat sprožil plaz ugovor javnosti na zdravniški stan čes, da se hoče prilastiti nečesa kar mu nikakor ne pripada. Kljub tej letnici in kljub vsem letom, ki so sledila, sem budno spremljal ankete javnega mnenja in te so vsem poiskusom države navkljub, uvrščale zdravniški poklic izredno visoko. In danes. Hoteli smo Zdravniško zbornico. Dobili smo jo. Hoteli smo, da se statut Slovenskega zdravniškega društva otrese prisile, ki je bila v tem statutu. Otresel se je. Spontano smo zdravniki ustanovili svoj sindikat FIDES. Zgodilo se je to. Imamo ministra – zdravnika in štab zdravnikov, kolegov ob njem. Tudo to smo hoteli in tudi to je. In danes govorimo, da ugleda ta stan nima oziroma, da je ugled zdravnika tako nizek, kot še nikoli doslej. In če je ta državna represija ugasnila, če ne moremo s prstom kazati na nikogar več iz naših vrst, potem je prav, da se o tem pogovorimo danes tu. In da s tem kritičnim očesom pogledamo sebe. Zanesljivo je, da zdravniki k temu ugledu dodamo nekaj ali pa mu nekaj odvezamemo s svojim vsakdanjim ravnanjem. To ravnanje zdravnikov pa je v osnovi dvoplastno. Najprej naši medsebojni odnosi. Težko bi naštel deset kolegov, ki bi pritrdili enajstemu v njegovih prizadevanjih, pa četudi je ta enajsti minister. Enako težko bi naštel sto kolegov, ki priznavajo avtoriteto nekoga, ki ima za seboj dolgoletno zdravnikovanje. In težko bi naštel nekoga, ki vsaj takole med vrsticami ne bi nezadovoljnemu bolniku ne znal povedati, da je vseh njegovih težav kriv tisti zdravnik, ki ga je zdravil doslej. Torej nivo, ki zahteva temeljitega očiščenja. In tu je vprašanje zdravnikovega ugleda, vprašanje nas samih.

Drugi nivo: mi in bolnik. Bolnik in mi. Zanesljivo je, da vdor tehnologije v naše delo prinaša s seboj veliko past. Namreč, da sami hočemo postaviti aparaturu na tisto mesto, ki smo ga doslej zasedali mi. Če se bo to zgodilo, potem ne tožimo o izgubljenemu ugledu, ampak tožimo o napačnem postopku, ki smo mu sledili. In logičen rezultat bo to, da bo bolnik sprejemal nas kot sestavni del ordinacije, vendar z enim očesom vedno gledal na ekran, kakšne podatke bo prinesel. Sam vidim tehnologijo kot dobrodošlega pomočnika zdravniku, ki ga bo sprostil nekaterih opravil in da bo svoj čas lahko namenil bolniku. In bolnik potrebuje naš čas. Smo mu pripravljeni na koncu našega srečanja z njim odgovoriti na nemo vprašanje, ki ga lahko razberemo iz njegovih oči? Kaj je z menoj? In kaj sedaj? Smo mu pripravljeni ob odhodu

stisniti roki in s par hrabrilnimi besedami povedati, da pot na katero bo šel, je pot ozdravitve, vendar povezana z marsikaterim odrekanjem. Smo mu pripravljene pomagati s toplo besedo in z dobrim nasvetom, kam naj se obrne, kot naslednji korak po pomoč. Ali ga bomo morda nezainteresirani prepustili radiostezistu in kakšnim drugim čarovnikom. Bolniki begajo k njim samo zaradi tega, ker imajo oni zanje več časa kot ga imamo mi. In če bomo razčistili tudi na tem drugem nivoju svoje obnašanje, potem ugled zdravnika ne bo pod vprašajem. Mi hočemo, da bi bil to nekaj velik lovorjev venec, ki bi ga družba dala zdravniku okrog vratu. Želimo to in morda bo to res. Samo ta venec je sestavljen iz lističev. In vsak listič je zdravnik in njegov odnos do bolnika. In s takim vencem se bo zdravništvo lahko okitilo, ko ne bo imelo v svojih vrstah kolegov, ki bodo morda na tak ali drugačen način mislili, da je njihovo poslanstvo še kod drugod, ne pa skrb za bolnika.

Mojster bi morda rekel: »Bodite s svojim bolnikom takšni, kot želite, da bodo Vaši kolegi z Vami, ko boste Vi bolnik.«

Doc. dr. Saša Markovič

Vidim, da v bistvu skušamo vsi artikulirati sploh kaj smo, kaj hočemo. Na začetku so bili različni aspekti. Od etičnega, ki formalno pravno ni nikoli vprašljiv. Vprašljivo je, koliko se ga držimo. Do političnega, do ekonomskega in do kulturnega obeležja, ki smo ga pač skušali zajeti z izrazom ali je zdravnik intelektualc. Če grem po teh točkah, mislim, da je etični aspekt pač uzakonjen tak kot je. Ne rabimo niti komplimentov medicinski etiki, ker takšna kot je, stoji že tisočletja. Vprašanje je, koliko se je držimo oziroma koliko vsak zdravnik doživlja to res kot svoje poslanstvo. In s tem medicino kot umetnost odnosa med bolnikom in seboj.

Drugi aspekt, ki bi se ga rada dotaknila, je to kar, je začela kolegica z ministrstva, politični aspekt. Res imamo zdravnike v vseh predstavništvih. Samo na žalost meni, govorim kot praktičen zdravnik, ki je zaposlen v neki instituciji, se to ne pozna kaj dosti. Kjerkoli trkam na vrata z vsemi programi, dobimo vtis, da se nihče ne ven kako izrazito ne zavzema za nas. Rečeno je bilo, da bi ministra ne kritizirali, ker mu s tem izbijamo adute z rok. Minister je voljeni predstavnik vlade. In mora se ga kritizirati. Ker sicer se mojega glasu ne bo nikamor slišalo.

Tretji je ekonomski aspekt. Tukaj pa mislim, da bi se kar pridružila kolegu Flisu. Ne za nas. Jaz gledam na mlajše kolege. Študij medicine danes traja 6 let. Formalno v resnici 7 let. Po sedmem letu je dve leti sekundariata. Večina specializira in večina danes vsaj na klinične institucije ne more priti mimo institucije mladega raziskovalca, kar pomeni, da sinhrono dela raziskovalno delo, magisterij, doktorat in specializira. Če vse skupaj izračunamo, traja to deset do petnajst let. In to je obdobje od 19. do 35. leta. V tem času si zdravnik ustvarja družino. Pomeni, da ima majhne otroke, da mora poskrbeti za svoj obstoj. Nekje mora živeti. Imeti mora razmere, ki mu omogočajo, da se strokovno izpopolnjuje in daje državi tisto, kar od njega zahteva in kar zahteva od njega njegov poklic. Mislim da gre večina študirat medicino iz altruizma. V tem smislu država ni naredila ničesar za zdravnika. Poznam kolege, ki so nehali dežurati, ker so z dežurstvom zaslužili manj, kot jih je stal delaveč, ki je mešal malto. Če se pogovarjamo, kaj je zdravnik dolžan dati državi, kaj je dolžan dajati za izpolnitev svojega poklica, bo verjetno moral tudi nekdo drugi poskrbeti za njegove pogoje življenja. Od zdravnika se v glavnem pričakuje, da bo sodeloval, da bo priden, da bo konstruktiven, nihče pa ne pomisli, da je ravno tako človek, da ni nezmotljiv in da ni popolen. Tehnologija me sploh ne skrbi. Zato ker nam samo pomaga. Vem, da je treba samega sebe na nekaj časa opozoriti, da je odnos med bolnikom in zdravnikom ena najbolj intimnih povezav, ki obstajajo in da je tehnologija le pripomoček. Ne more pa ti biti nadomestek.

Prim. dr. Zmago Turk

Zadnjih 20 let se za tem pultom ponavljamo vedno isti ljudje. Vendar me je razmišljanje spoštovane kolegice, državne sekretarke le navedlo h diskusiji. Predvsem zaradi tega, ker nam je rekla, če smo intelektualci in če spremljamo družbeno dogajanje. Mislim, da vsi slovenski intelektualci, ki spremljamo družbeno dogajanje, posebej mislim tu na parlament, v zadnjih nekoliko mesecih ugasnemo televizijo, zmečkamo Delo in podobno. Zdi se mi, da družbeno dogajanje pri nas ni vredno intelektualnega imena, ampak političnega, je sama borba za oblast. Zato mislim, da je karakteristika, da nismo intelektualci, ker ne spremljamo družbenega dogajanja, seveda površna. Če kritiziramo delo Ministrstva za zdravstvo, ga kritiziramo predvsem zato, ker vemo, da delo ministrstva v današnjih časih ni lahko. Ni lahko predvsem zaradi tistega, kar sem prej povedal. Vendar se mi zdi, da je potrebno povedati, da to delo ministrstva ni dobro. Ni dobro tako za ljudi, za katere je postavljeno in ni dobro tudi za nas zdravnike. Za ljudi ni dobro zato, ker jim ne daje tistega zdravstvenega varstva, ki je deklarirano v njihovih pravicah. Za zdravnike ni dobro zato, ker podpira podcenjeno delo zdravnika praktično v tisti smeri, kot so že moji predgovorniki zaznali. Seveda, zdravniki smo dolžni opozarjati na vse, kar se dogaja. Nečesa v zadnjih letih ne morem razumeti. Dokler smo opozarjali pravnike, politologe, če se spomnite, se mi je še vse zdelo nekako razumljivo. Ampak sedaj poskušamo opozarjati lastne kolege, ki so sedeli do včeraj z nami v istih poklicih, za isto pisalno mizo in so z nami skupaj opozarjali na nepravilnosti. Sprašujem se, od kod naenkrat taka transverzacija miselnosti teh lastnih kolegov, ki praktično od zgoraj navzdol poskušajo organizirati zdravstvo. Vidim samo dve možnosti. Ena je, da imajo več informacij kot mi. In druga, da so pod pritiskom. In sicer pritiskom tega prvega mojega uvodnega razmišljanja. Da smo zdravniki vzeli delo v svoje roke, je seveda dokaz tudi zadnji naš zakon. In skepsa spoštovane kolegice, ko je rekla, da zakona ne pozna, da ne ve, kako bo ta zakon šel skozi parlament, je že dokaz, da večje podpore pri ministru, za ta naš zakon, ki je napisan, ne bomo dobili. Potrebno je, da to naše intelektualno delo le postavimo na ustrezno mesto, ne samo pri nas, ampak tudi takrat, ko drugim intelektualcem dokazujemo svoje potrebe in meritorno dokazujemo problem zdravstva, ki postaja iz dneva v dan bolj pereč.

Prim. dr. Jelka Gorišek

Tema, ki smo jo danes načeli "Zdravnik – intelektualac in ugled" je bila res nenavadna. Mislim, da bi lahko o tem še in še razpravljali. Tudi ni bil namen tega zбора, da postavimo vzorec za naš ugled, takšen je zdravnik intelektualac. Hoteli smo samo strniti razmišljanja številnih kolegov, ki doma, zvečer v prostem času, razmišljajo kako naprej.

Današnja razprava je pokazala, da vsi mislimo enako, da pa kot vedno ne znamo povezati teh stvari v določene sklope in da se vedno znova prepleta krog, intelektualac, ugled, prisotnost pri kreiranju slovenskega družbenega življenja. Nadalje druženje in povezave z drugimi društvi, kot je povedala prof. Šelihova. Pravzaprav so intelektualci iz drugega okolja, recimo pravniki, strokovnjaki, raziskovalci in misleci, nekje na enakem razpotju in razmišljajo enako kot mi – zdravniki.

Temu priključimo še samoočiščenje, s katerim smo pravzaprav začeli. To je iz oči v oči. In, če so oči zrcalo naše duše, potem je mogoče prav, da se tudi tu vprašamo, kje smo. Vendar karikirano pogledano bi rekla tako. Meditirati je tudi potrebno. Vsekakor razmišljamo naprej, to smo pokazali. Vendar bi bilo lepo, če bi lahko kdaj pa kdaj meditirali in razmišljali tudi na Havajskih otokih. Zato nam je seveda potrebno tudi ustrezno plačilo.

Zaključila bi rada s sklepi kongresa Slovenskega zdravniškega društva v Mariboru leta 1992, kjer smo se opredelili tudi za Medicinsko akademijo.

Veste, da je že predsednik v svojem jutranjem govoru nakazal smernice Medicinske akademije. In ker mora biti slovensko zdravništvo avtoritativno tako na strokovnem kot etičnem področju, se ustanovi v sklopu Slovenskega zdravniškega društva Medicinska akademija. Predstavlja bo njegov vrh v etičnem, strokovnem, raziskovalnem in znanstvenem delu na področju medicine ter skrbi za varovanje, ohranjanje in razvijanje strokovne, znanstvene in kulturno umetniške dediščine slovenskega zdravstva.

To je del pogleda v prihodnost. Svojo neodvisnost, ki seveda nikoli ni povsem popolna, ampak vsaj avtoritativna na tem področju, ki nam je namenjeno, bomo skušali uveljaviti.

Takole smo priredili večino prispevkov prve stanovske teme. K razpravi smo posebej povabili vse člane Medicinskega razreda SAZU, zdravnike-poslance Državnega zbora in Državnega sveta, direktorje slovenskih farmacevtskih tovarn, nekatere pravnike in druge znane intelektualce. Udeležba je bila manjša od pričakovane, prisotnost in sodelovanje zdravnikov pa presenetljivo zavzeta. Vsaj odprli smo razpravo o vrsti pomembnih vprašanj, nekatera od njih so že na pragu reševanja. Očitno je, da so na letnih srečanjih in kongresih Slovenskega zdravniškega društva stanovska in družbena, za zdravnika relevantna vprašanja večinoma bolj privlačna kot strokovna, za katera je mesto predvsem v sekcijah in združenjih.

Zanimivo je vedeti

ETIKA IN ORGANI ZA TRANSPLANTACIJO

*Vir: Bulletin of Medical Ethic,
No. 101, September 1994*

Mednarodno združenje za transplantacijo je pred kratkim izdalo izjavo o svoji politiki. O njenem končnem konceptu so se sporazumeli na 15. svetovnem kongresu v Kyotu na Japonskem v začetku septembra, uradno pa jo bodo objavili v biltenu Združenja za transplantacijo. Tu jo objavljamo z dovoljenjem predsednika Združenja sira Roya Claneja.

Združenje za transplantacijo priporoča:

1. Vse države bi morale sprejeti zakonodajo, ki bi prepovedovala vsako trgovanje s tkivi in organi.
2. Vse države bi morale natančno razložiti pojem možganske smrti in njeno diagnozo ter upoštevati v svoji zakonodaji tako ti dve definiciji kakor tudi zahtevo, da morajo biti zdravniki, ki ugotavljajo možgansko smrti povsem neodvisni in ne smejo imeti nobenih neposrednih interesov pri presaditvi.
3. Vse države bi morale zagotoviti učinkovit nadzor nad presaditvami tkiv in organov:

- a) s primernimi predpisi o mrliško-pregledni dejavnosti in poslovanju tkivnih bank,
- b) da bi možgansko smrt potrjevali neodvisni zdravniki, ki pri presaditvi nimajo interesov,
- c) s podpisanim in datiranim potrdilom kirurga, ki je odstranil tkiva in organe:

- da je bil priča potrditvi možganske smrti,
- katera tkiva in organe je odstranil.

Kopije teh dokumentov mora poslati naprej skupaj s tkivi in organi.

č) s polnim potrdilom kirurga, ki vsadi organe:

- da je pregledal dokumente o odstranitvi organov in ocenil, da so zadovoljivi in
- da je izvedel vsaditev v vnaprej določene prejemnike;

- d) da poskrbijo, da bodo vsa tkiva in organi, ki niso bili uporabljeni, prijavljeni za to pristojnim organom;
- e) z upoštevanjem metod, s katerimi bi zabeležili in spremljali vse dajalce;
- f) centri in ekipe za transplantacijo bi morali imeti soglasje in potrdilo pristojnih vladnih organov ali zdravniške stroke.
- Združenje za transplantacijo nadalje izjavlja, da glede bolj splošnih vprašanj vztraja pri svojem stališču:
- a) da bi organe in tkiva morali nuditi bolnikom ne glede na komercialne interese ali dobiček;
- b) da je treba najprej dobiti privolitev darovalca,
- c) da člani Združenja za transplantacijo ne bi smeli sodelovati pri odvzemu in transplantaciji organov usmrčenih zločincev.

RESOLUCIJA SZZ O RAVNANJU ZDRAVNIKOV PRI TRANSPLANTACIJAH ČLOVEŠKIH ORGANOV

46. skupščina SZZ, Stockholm 1994

Svetovno združenje zdravnikov (SZZ) je zaskrbljeno zaradi naraščajočega števila poročil o zdravnikih, ki sodelujejo pri presaditvah organov ali tkiv, odvzetih iz:

- trupel zapornikov, ki so bili obsojeni na smrt in usmrčeni, ne da bi poprej dobili njihovo dovoljenje ali jim dali možnost, da od vzem zavrnejo;
- trupel duševno ali telesno prizadetih, za katere je verjetno, da so jih poslali v smrt, da bi jim lahko odvzeli organe;
- trupel revnih, ki so pristali, da bodo dali svoje organe v komercialne namene;
- teles otrok, ki so jih v ta namen ugrabili.

V vseh teh primerih je sodelovanje zdravnikov v nasprotju s smernicami, za katere se je izreklo SZZ v svoji deklaraciji o presaditvah človeških organov, ki jo je sprejelo oktobra 1987 (39. skupščina SZZ, Madrid).

Iz tega sledi sklep, da SZZ z vso resnostjo ponovno potrjuje te smernice in poziva vsa nacionalna zdravniška združenja, da jih uveljavljajo in da v primerih njihovega kršenja uporabijo stroge disciplinske ukrepe proti zdravnikom, ki so vanje vpleteni.

Komentar

Slovensko zdravniško društvo (SZD), ki je leta 1991 postalo član Svetovnega zdravniškega združenja (WMA – SZZ), je s tem tudi sprejel obveznost, da sprejema načela te organizacije in jih širi med članstvo. Med temeljna načela nedvomno sodijo smernice in deklaracije, ki jih SZZ redno sprejema na letnih skupščinah. Zadnja letna skupščina, 46. po vrsti, je bila leta 1994 v Stockholmu.

Skupščina je dopolnila Ženevsko zdravniško zaobljubo, Resolucijo o človekovih pravicah, prvič pa sprejela Deklaracijo o pravicah ženske do kontracepcije in dopolnila Resolucijo o ravnanju zdravnikov pri transplantaciji človeških organov.

V Ženevski svečani zaobljubi je razširjen odstavek, ki govori o dolžnosti zdravnika, »da ne bo dovolil, da bi ga predsodki glede starosti, bolezni ali pohabljenosti, vere, etičnega izvora, spola, narodnosti, politične pripadnosti, spolne usmerjenosti ali družbenega položaja ovirali pri opravljanju dolžnosti do bolnika«.

Novelirana svečana zaobljuba je enakost bolnika pred zdravnikom razširila tako, da taksativno našteva skupine, ki pred zdravnikom ne smejo biti diskriminirane, ko prepoveduje predsodke glede starosti, pohabljenosti, spolne usmerjenosti, poleg skupin, ki jih je vsebovala že poprej v Sydneyu in Benetkah dopolnjena deklaracija.

Resolucija o človekovih pravicah ponovno zadolžuje članstvo SZZ, da se aktivno vključi v procese, ki bi opozorili ter odkrivali kršitev človekovih pravic, in protestirali proti njim, še posebej poziv k humanemu ravnanju z zaporniki in za prizadevanja, da bi bili vsi ljudje primerno zdravstveno oskrbljeni.

Deklaracija SZZ o pravici ženske do kontracepcije poudarja stališče te organizacije do te aktualne problematike. Nedavna enciklika papeža Janeza Pavla II. je v svetu izzvala različne odmeve, je pa v nasprotju z deklaracijo SZZ, ki ženskam priznava pravico do kontracepcije. Tako medicinsko gledanje SZZ na ta pojav ni povsem skladno z izhodišči cerkve.

Zdravništvo se zaveda posledic nezaželene nosečnosti za zdravje ženske in njenih otrok. Enciklika pomeni nerazumevanje do posledic, ki izhajajo iz nepričakovane nosečnosti in neredko celo fatalnih posledic za življenje matere in socialnih ter zdravstvenih posledic zapuščenih otrok. Zato se SZZ zoperstavlja razmeram, kjer politične, verske in druge skupine nasprotujejo uporabi kontracepcije. Ni dvoma, da se srečujejo s tako nasprotujočimi izhodišči zdravniki katoliki, ki se tako soočajo z religiozno ortodoksnostjo in zdravniško moralo. Slednja zahteva od njih preventivno miselnost in ukrepanje, ko gre za življenje in zdravje žensk, ki izpostavljajo svoje zdravje ali življenje na kocko ob nezaželeni nosečnosti. Iz tega pa izhaja za zdravnika premisa, kako se bo v nevrotični situaciji odločil. Ali po svoji zdravniški vesti ali po načelih religiozne pripadnosti. Treba je opozoriti na to, da je medicinska morala in etika prevladujoča pri odločanju in ravnanju zdravnika, ko se ta odloča za zdravstveno dobro, ko izbira manjše zlo pri svojih bolnikih.

SZZ zagovarja žensko pravico do kontracepcije ne glede na narodnost, razredno pripadnost in vero, pa tudi možnost do neobhodnega zdravstvenega in socialnega svetovanja pri načrtovanju družine, za katero se je SZZ odločilo s posebno deklaracijo, sprejeto in dopolnjeno na skupščinah v Madridu 1967, 1969 v Parizu in nazadnje v Benetkah 1983, s katero podpira in priporoča načrtovanje družine. Po deklaraciji morajo imeti starši sredstva za načrtovanje svojih družin in možnosti, da sami odločajo, koliko otrok in kdaj jih bodo imeli. SZZ razglša to za temeljno človekovo pravico.

Izredno nagle razvoj transplantacije in s tem možnost kroničnim bolnikom, da se z izmenjavo organov vzpostavi zdravje in nova kakovost življenja, je postavila zdravništvo v novo vlogo in pred nove izzive. Ker države v prevladujočem številu zaostajajo za zakonsko regulativo, kot je vzpostavljena na področju transplantacije krvi, prihaja do ilegalne preprodaje tkiv in organov. Na komercializacijo te dejavnosti je SZZ že opozoril v Deklaracijo o transplantaciji fetalnih tkiv (Hong Kong 1989) in Deklaracijo o trgovini z organi (Bruselj 1985).

Prav zaradi grozljive prakse preprodaje tkiv in organov na črnem trgu v namene presaditve Resolucija izraža zaskrbljenost, da bi iz trupel usmrčenih zapornikov odvezemali organe brez njihovega poprejšnjega pristanka. Pri tem je vseeno treba upoštevati razmere v zaporih v nekaterih državah, zato bi se bilo najbolje odredi tkivom in organom iz trupel na smrt obsojenih oseb.

Še hujše je, da v Resoluciji opozarjajo na prakso odvzemov iz trupel telesno in duševno prizadetih ter revežev, ki pristajajo na odvzeme oziroma prodajo svoje organe. Resolucija pa še posebej omenja možnosti, da prihaja do ugrabitve otrok, ki jih potem uporabljajo kot »konzerve«, oziroma banko organov in tkiv.

Pred kratkim je bilo v javnosti sporočeno, da so svojci možgansko mrtve ameriške študentke, ki je bila žrtev atentata, dali pristanek za odvzem tkiv in organov, ki naj bi pomenili pomoč njenim rojakom.

Iz vsega navedenega nedvomno sledi, da bodo v tako poslovanje morale z ustreznimi zakonodajo poseči države in z ustanavljanjem uradnih zavodov in bank preprečevati zlorabe s preprodajo tkiv in organov iz trupel. Nekatere države so že danes z zakoni uredile zahteve za obvezen odvzem organov in tkiv iz trupel, ki pomenijo v sodobnem času neizčrpano rezervo ali celo edino možnost v transplantacijskem procesu.

Ker se tudi pri nas pripravlja tovrstna zakonodaja, jo bo treba urediti tako, da bo omogočala neoviran dotok tkiv in organov, da ne bo restriktivna, obenem pa ne do te mere ohlapna, da bi omogočila zlorabe, na katere opozarja SZZ v svoji resoluciji o ravnanju zdravnikov pri transplantaciji človeških organov.

OB SVETOVNEM DNEVU NEKAJENJA – 31. MAJ 1995

Marija Đurđević

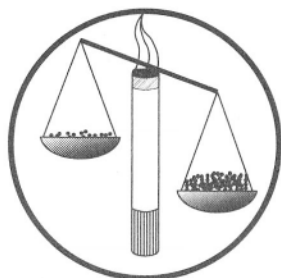
Slovenija je postala redna članica Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) 7. maja 1992. Odtlej naprej sodelujemo s to organizacijo in sprejemamo vsa navodila za delo. SZO gleda na zdravje družbe kot na politično dogajanje in meni, da je zdravje posameznika osnovni pogoj vsakega napredka.

Številni projekti SZO so usmerjeni v ohranjanje zdravja, tako tudi nekadilski projekt.

Ker smo slovenski zdravniki sprejeti tudi v Svetovno zdravniško združenje, smo dolžni spoštovati in upoštevati strategijo SZO v zvezi s kajenjem.

Vsako leto 31. maja je svetovni dan nekajenja, ki poteka vedno pod drugim geslom. Lanskoletno geslo se je glasilo: »Zdravstvene ustanove – okno v svet brez tobaka«.

Kljub velikim prizadevanjem žal na tem področju nismo uspeli veliko narediti. V zdravstvenih ustanovah se še veliko kadi, ne oziraje se na to, da tako vedenje zdravstvenega kadra negativno vpliva na ugled ustanove.



Letošnji 31. maj ima geslo:
»Kajenje je dražje, kot si mislimo«.

Gre za opozorilo vladi in parlamentu, da se jih osvesti o veliki ekonomski škodi, ki je dosti večja, kot je korist od prodaje tobačnih izdelkov. Vsem nam je dobro znano, da so bolezni, ki nastanejo zaradi kajenja, najpogostejši vzrok smrti, pa ga lahko preprečimo, če ne kadimo. Najbolj prizadeti pri tem so tisti, ki začnejo kaditi zgodaj, in to je današnja mladina. Dnevno umre v svetu veliko kadilcev, trikrat toliko pa jih začne kaditi!

Ker je kajenje socialni problem, štejemo tudi posledične bolezni v socialne. To so: kronični bronhitis, bolezni kardiovaskularnega aparata, »kadilska noga«, malignomi pljuč, ustne votline, požiralnika, želodca, črevesja, sečnega mehurja, pa tudi materničnega vratu in dojk.

Razen tega pride pri kadilcih do prezgodnjega staranja, osteoporoze, neplodnosti, v nosečnosti pa do prezgodnjih porodov in nizke porodne teže otrok.

Dokazano je, da je tudi pasivno kajenje zelo škodljivo, predvsem za otroke, ki dobijo pekoče oči, glavobole, slabosti, vnetje dihal, vnetje ušes, imajo tudi zmanjšano koncentracijo pri učenju, astmatikom pa se stanje poslabša.

Vse te bolezni stanejo družbo zelo veliko zaradi bolnih, zdravljenja, invalidnosti, rehabilitacije, prezgodnjih smrti.

Razen škode za zdravje poznamo še veliko ekonomsko škodo zaradi kajenja ali odvrgenega ogorka – požari, onesnaževanja pitne vode, prometnih nesreč, izdatkov za energijo zaradi prežračevanja zakajenih prostorov.

Če pomislimo, da dva milijona cigaret, ki jih v svetu pokadijo, povzroča dim srednje močnega vulkana, potem se res lahko vprašamo, ali je vse to res potrebno.

Dokazano je, da so površine, zasejane s tobakom, v dveh letih tako kontaminirane, da nobena kultura na njih ne uspeva več, niti tobak! Razen tega potrebujemo za sušenje tobaka les – torej sekamo gozdove, naše veliko bogastvo. Za predelavo surovin potrebujemo stroje, stavbe, ceste, prometna sredstva, ljudi in energijo, kar vse skupaj stane dosti več, kot dobimo od prodaje tobaka.

V Sloveniji ne gojimo tobaka, pač pa ga uvažamo in dajemo za njega – pri že tako obubožanem gospodarstvu – devize. Dajemo devize, da bi z njimi »kupili« bolezni in vse ostale nevšečnosti in nadloge, ki jih povzroča kajenje.

Upam, da bo zdravstvo le vzelo problem kajenja v svoje roke ter podprlo Zakon o zmanjševanju porabe tobačnih izdelkov, kakor tudi prepovedalo kajenje v zdravstvenih ustanovah tudi zaradi večjega ugleda in zgleda vsej populaciji. Z zmanjševanjem kajenja bomo dosegli boljšo kakovost življenja, večjo delazmožnost in zdravje ljudi!

Zdravniški vestnik pred 60 leti

ŠTEVILKA 6/1935

Anton Prijatelj

Šesta številka Zdravniškega vestnika, strokovnega glasila zdravništva v Dravski banovini, je izšla 30. junija 1935. Uredništvo in administracija: dr. R. Neubauer - Golnik.

- Karcinomi ljubljanske ženske bolnišnice v letih 1920-1934.
Dr. Pavel Pehani, asistent drž. bolnice za ženske bolezni v Ljubljani.
Referat na sestanku zdravniškega in kirurškega društva dne 22. marca 1935.
- Nekaj komentarja k poročilu o ginekološkem karcinomu ljubljanske ženske bolnice.
Dr. Alojz Zalokar.
- Problem raka v luči sodobnega naziranja.
Dr. Josip Cholewa.
- Nova Pharmacopoea Jugoslavica.
Mr. ph. Damaška Radovan, lekarniški referent banske uprave.
- Telovadba in človeško telo.
Prinos k problemu (konec).
Priv. doc. dr. B. Škerlj v. d. šefa antropološkega oddelka.
- Umobolni požigalci.
Dr. Franc Göstl.

Ginekološke rakave bolezni

V šesti številki Zdravniškega vestnika je bila večina člankov posvečena rakavim boleznim rodil. V prvem je dr. Pavel Pehani opisal petnajstletno obdobje od 1920-1934 rakavih obolenj ljubljanske ženske bolnišnice. V drugem je dr. Alojz Zalokar podal nekaj komentarja k poročilu o ginekološkem karcinomu ljubljanske bolnišnice, v tretjem je dr. Josip Cholewa dopolnil temo s sestavkom »Problem raka v luči sodobnega naziranja«. Vsa tri poročila so bila verjetno referati na sestanku zdravniškega in kirurškega društva dne 22. marca 1935.

Avtor dr. Pehani je ugotovil, da so v petnajstih letih zdravili 901 bolnico z rakom na rodilih. V istem času so zdravili tudi 32 žensk, ki so imele raka, vendar ta ni bil na rodilih. Število se je večalo iz leta v leto, tako je bilo najmanj raka leta 1922 - 38 bolnic in največ

leta 1931 - 89. Vendar avtor opozarja, da je odstotek zdravljenih bolnic v bolnišnici zaradi raka stalno nekje med 3,2 in 6 odstotki. Zelo zanimiv je podatek, v kateri starosti so bolnice iskale pomoč v bolnišnici. Največ jih je bilo med 46. in 50. letom (saj je avtor razdelil bolnice v razrede po pet let). Največ je bilo starih 46 let. Zgrozimo pa se ob podatku, da je bila najmlajša bolnica stara 11 let z diagnozo Ca ovarii inop. Najstarejša je bila stara 86 let z diagnozo Ca vulve inop.

Večino raka glede na lokalizacijo so bili karcinomi materničnega vratu in to kar v 68,4 odstotka, operabilnih pa je bilo 43,6 odstotka in relativno največ pri raku materničnega telesa.

Če upoštevamo vse rakave bolezni po lokalizaciji in operabilnosti, lahko ugotovimo, da je bilo od vseh 901 primerov največ operabilnih Ca tubae (ki sta bila res da samo dva), sledili so jim Ca corporis uteri s 76,6%, Ca vulvae z 62,2%, Ca ovarii z 49,5% ter Ca colli uteri s 37,9% primerov.

V tem časovnem obdobju je prišla v poštev samo operativna terapija in to večinoma radikalno po Wertheimovi metodi, ker radioterapije in rentgena še niso imeli.

Nove knjige

PRIKAZ

Zgodovina medicine

Aleksander Videčnik: *Rože in čarovnije*. Mozirje, februar 1995. Zavod za kulturo Mozirje. 158 strani, 26 črno-belih slik, 56 citatov in 59 pričevanj.

Zadnja iz niza knjižic o polpreteklosti življenja Zgornje Savinjske doline je narodopisni prikaz domačega zdravilstva. Bolečina in bolezen nam tudi v novejših časih narekujeta, da kuhamo čaje, dajemo obloge, vzamemo tablete. Ko pa je resno ogroženo življenje, pa se je človek obrnil na dozdevne in neznane upravljalce te skrivnosti, na duhove, svetnike in boga. Tako je nastajala in še obstaja najbolj neboljena medicina, zagovarjanje duhov. V življenje, povezano z okolnim svetom, drevesi, rožami, pa celo črnim polžem, so verjeli že stari Kelti. Pri nas pa v polpretekli dobi tudi v Zgornji Savinjski dolini, v skrivnostno zvezo s pajkom, posušeno stolčeno žabo, črnega slinarja in drugo. Tisto s čaji, smolastimi žavbami, mravljinčnimi kopelmi pa so že bližje stvarnejšemu kemičnemu razumevanju sveta. Tudi novost modernjšega sveta, kot gumiarabikum, se je preselila iz eksotičnih krajev tja do teh dolin. Druga smer, ki jo pisec opisuje v svoji knjigi, pa je bila v nepoganskih verskih simbolih in tako se je prepletalo zeliščarstvo in vraže, vera in razum, preteklost in takratna sedanjost. Lahko se nasmihamo, lahko občudujemo to domišljijo in iznajdljivost samotarskih prebivalcev Zgornje Savinjske doline in Solčavskega. Avtor že uvodoma ugotavlja, da je celoten zapis naravnani kot narodopisni opis dogajanja in ljudi v njem. Ne presoja dobro in slabo v delovanju domačega zdravilstva. Pri pisanju je uporabil devet komaj znanih in neznanih ljudskih zdravilskih rokopisov in pričevanja še 59 živečih prebivalcev. Iz tega se je rodila knjižica ljudskih receptov in zagovorov. Vsebinska knjižica je razdeljena na 17 podpoglavij z dodatkom o izrazih in številnimi citati literature, kot tudi prebivalcev. Najprej opisuje Zgornjo Savinjsko dolino z značilnostmi tamkajšnjega prebivalstva, saj so bili od davnine na višinskih kmetijah v popolnoma drugačnih medčloveških in sosedskih odnosih. Ni čudno, da je imel med njimi posebno mesto zdravilec. Veseli so bili potovcev, ki so jim iz daljnih krajev prinašali zdravila in še marsikaj povedali.

Ti zdravilci so poleg ljudi pogosto zdravili tudi domače živali. Pa tudi sami prebivalci so se v teh hribih skrbno založili z zdravilnimi zelišči za zimo, kar v nižinskih predelih ni bilo tako pomembno. V kratkem pogledu v preteklost pisec prikazuje uporabo zdravilskih knjig o rastlinah že od 1563. leta. Omenja Scopollija, Kneippa, Mattiolija, Bocka in druge. Te knjige so bolj ali manj uporabljali inteligentnejši savinjski zdravilci. V praksi pa so uporabljali poleg zdravil živalskega in drugih izvorov še 500 zdravilnih rastlin. Ljudski zdravilci so uporabljali v 40% čarodejske postopke in 60% zdravila rastlinskega izvora. Kot posebnost omenja »črno olje«, ponekod »smolenak« imenovano. Bil je to izplen destilacije smole, pa tudi macesnovega lesa, redkeje brinovega. Tudi kajenje in vdihovanje raznih tekočih snovi so že uporabljali.

V tretjem poglavju obravnava domače zdravilstvo v primerjavi s šolsko »uradno« medicino. Pojasnjuje vrzeli v izrazju. Saj zapisovalci tistega časa marsikaj niso znali prevesti, pa so uporabili kar ponemčene spakedranke (grinte, skrumbe, fajhtikost, flus, cirkel, luft okol serca itd.). Zapisovalci in prepisovalci iz ljudske medicine seveda niso bili strokovno podkovani in niso poznali izrazov za bolezni. V tem poglavju podaja nekatere izredno zanimive opise in sočne ljudske izraze te doline. V nadaljevanju avtor poudarja temo, kdo so bili domači zdravilci. Pretežno so bili razgledani in ugledni ljudje, celo duhovniki in dobri kmetje, pa tudi preprosti ljudje. Prvi so črpali znanje iz knjig in izkušenj drugih, drugi pa kot medsosedske pomoč. Kočarji, ofri in potovci pa so iskali le boljši kos kruha. Navaja posameznike, znane zdravilce teh krajev. Nadalje podaja zapise, najdene v dolini. Ti so značilni po domačih izrazih, uporabi domačih snovi, ni navedb količin posameznih zelišč ali zdravilnih snovi. Bolezenski pojavi pa so le v opisni obliki in nikdar ni predlagana uporaba lekarniških izdelkov. Nadalje opisuje tako imenovani »Strgarjev zapis« z žavbami in kadili ter mnogimi uporabljenimi rastlinami. Ta zapis navaja ločeno zdravljenje z rastlinskimi učinkovinami in ločeno po znakih bolezni. Nadalje obdeluje rokopis iz okolice Mozirja iz leta 1868, zvezek iz Ljubijskega grabna, Vršnikov, Goličnikov, Čebulov zapis. Seveda se načini zdravljenja bolezni in organov med zapisi nekoliko razlikujejo tudi po uporabljenem izrazju. Eno od poglavij opisuje mazila in obliže, saj so jih poznali kar nekaj za zdravilne obloge (flajštre). Najbolj cenjen in pomemben je »Salomonov flajšter« po frančiškanskem menihu in apotekarju Salomonu Lipoldu iz Nazarij. Pričevanje posameznikov je obsežno poglavje te knjige. Eni so bili osebno seznanjeni z zeliščarstvom, drugi pa navajajo spomine domačih zeliščarjev. Nekateri med temi so že umrli, so pa iz Zgornje Savinjske doline, Solčavskega, Zadrecke doline pa do bližnje okolice Mozirja. Posebno poglavje je o zagovarjanju in postopkih za preganjanje bolezni. Večinoma je bilo to vezano na verska čustva, molitve, drugič pa je bil potreben stik zagovarjalca z bolnikovim telesom. Opisuje uporabo obrambnih sredstev (amuletov), preventivna (preprečevalna) sredstva in tako imenovana »simpatetična sredstva« pri domnevem nenaravnem izvoru bolezni. Kot zanimivost za presajanje bolezni na kak predmet ali rastlino. Največkrat uporabljajo vejo ali drevo. Govorili so, da so »bulo prepeljali na drevo«. V neki kašči pod Travnikom nad Ljubnim je našel zapise iz leta 1868 z besedili posameznih zagovorov proti opeklinam, šenu, prisadu in drugim tegobam. Nazadnje pisec podaja številne izraze tamkajšnjega narečja, pa tudi nekaj nepoznanih izrazov, prevzetih iz nemščine. Kar nekaj strani namenja pojmom in prevodom ter strokovnim pojasnilom le-teh. Knjižica je več kot zanimiva posebno tistemu, ki ga priteguje narodno blago, narodopisje in ljudska modrost ter ljudsko razmišljanje in iznajdljivost. Prav tako bralec povzame zanimive podatke in izkušnje, katerih marsikateri del lahko uporabljamo v moderni »solski« medicini. Tudi strokovno usposobljeni zdravnik, biolog ali veterinar bi utegnili najti kako resnico ali izkušnjo v knjižici A. Videčnika.

Janez Kraševac

KAKOVOSTNA GRAFIKA DOMAČIH IN TUJIH UMETNIKOV ZA ZDRAVNIKE

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

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

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

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

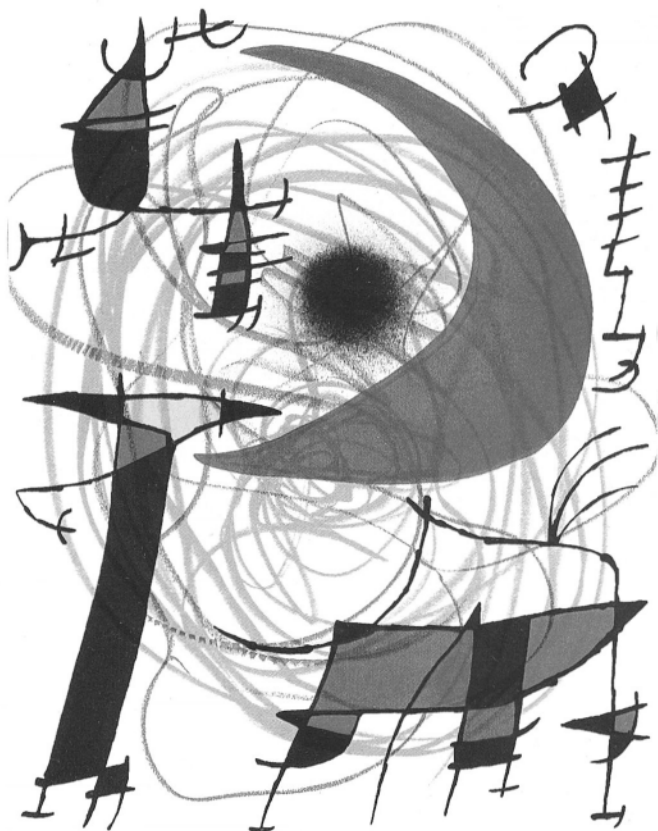
Skupaj z galerijo smo prepričani, da je med slovenskimi zdravniki, stomatologi, pa morda tudi farmacevti veliko zavzetih ljubiteljev slikarstva, celo zbiralcev in poznavalcev. Če bo zanimanje preseglo začetna pričakovanja, se bomo skupaj z Vami lotili tudi podjetnejših akcij, morebitnih ogledov slikarskih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

Uredništvo

Joan Miró

Španski slikar, grafik, kipar in keramik, rojen 1893 v Barceloni in umrl 1983 v Mallorci. Po šolanju v Barceloni gre v Pariz, kjer se druži z nadrealisti in tudi sam ustvarja skupno s svojim sonarodnjakom Špancem Dalijem dela v t. im. nadrealističnem slogu. Kasneje se bolj usmeri k neke vrste poetični abstrakciji, ki je za njegova dela tako značilna in tudi posebna, da so razpoznavna tudi za nepoznavalce likovne umetnosti. Njegov opus je izredno obsežen, posebej v grafiki, kjer se je rad poigraval z različnimi grafičnimi tehnikami in ustvaril izjemna dela. V Barceloni in na Mallorci so mu posvetili osebni muzej, njegova dela pa so v vseh muzejskih zbirkah sveta. Sam je svoje delo lepo okarakteriziral z naslednjo formulacijo: »...Zame forma ni nikoli abstraktna; to je vedno človek, ptica ali kaj drugega. Zame slika ni nikoli forma zaradi forme same.«

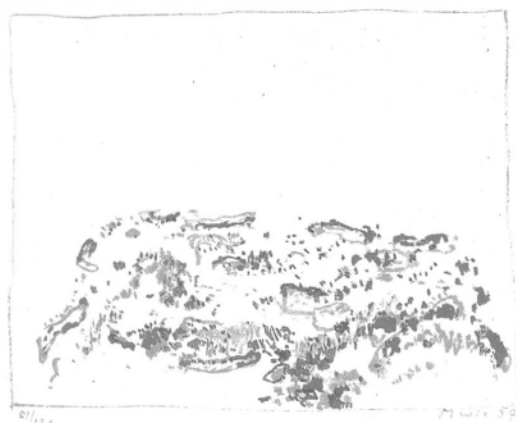
(Citirano po Peter in Linda Murray, The Penguin Dictionary of Art and Artists.)



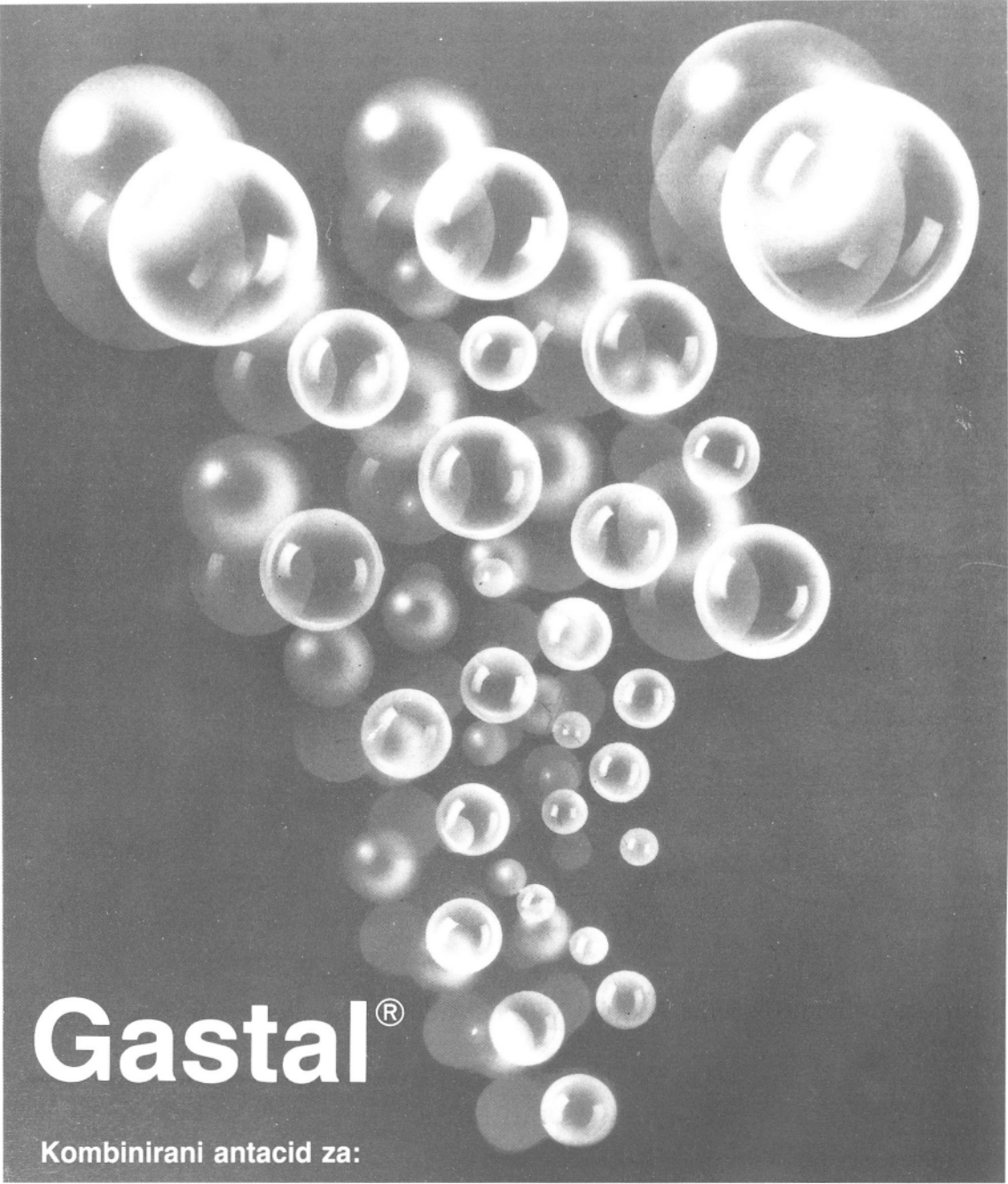
Litografija I, Litografija II (iz serije Podobe Miró-ja, zal. Maeght, »Personaje y pajaro«, Paris, 1967).

Zoran Mušič

Rojen leta 1909 v Gorici, slovenskim staršem. 1934 diplomira na Akademiji v Zagrebu. Živi nekaj časa v Gorici, Trstu in Benetkah. Leta 1942 je deportiran v Dachau. Po vojni se poroči in preseli v Benetke, nato pa v Pariz. Živi in dela poslej v teh dveh mestih, ki postaneta tudi njegova druga in tretja domovina. Zoran Mušič ustvarja v ciklih, odbere si različne motive, katere potem ponavlja do določene slikarske izčrpanosti - motive konjičkov, dalmatinskih krajin, italijanske (Sienske) pokrajine, drevesa, predvsem pa je pomemben njegov ciklus »Nismo poslednji«, kjer se vrača k dachauskim doživetjem morije in brezupa. V zadnjih letih slika vedute Benetk, notranjosti katedral in portrete ter avtoportrete. Po številnih velikih razstavah po vseh pomembnih galerijah in muzejih v svetu je letos doživel tudi izjemno čast, da njegova dela razstavijo tudi v Grand Palaisu v Parizu, kar je za časa življenja uspelo samo največjim slikarjem tega stoletja, Picassu in Chagallu.



Dalmatinska pokrajina, barvna litografija, 1967.



Gastal[®]

Kombinirani antacid za:

- hitro in dolgotrajno nevtralizacijo kisline
- optimalne vrednosti pH vsebine želodca
- citoprotektivno delovanje
- zanesljivo terapevtsko delovanje z najmanj stranskih učinkov

Gastal[®] tablete in suspenzija



Pliva d.d. Zagreb
Program farmaceutike

Tonocardin[®] doksazosin

SELEKTIVNI BLOKATOR ADRENERGIČNIH RECEPTORJEV α_1
ZA ZDRAVLJENJE HIPERTENZIJE
IN PREVENTIVO KORONARNE BOLEZNI SRCA

ODMERJANJE SAMO ENKRAT NA DAN



- **znižuje krvni tlak**
- **uravnava lipidni profil**
- **zmanjšuje neugodne učinke kajenja**



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

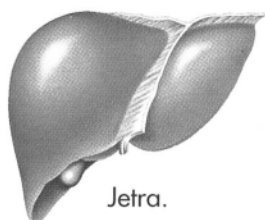
Oprema

škatlica z 20 tabletami po 2 mg

škatlica z 20 tabletami po 4 mg

Vi izberete bolnika

**Lescol izbere
mesto delovanja.**



Jetra.

Novo zdravilo Lescol spada v skupino statinov
in je eno najučinkovitejših zdravil
za zniževanje holesterola v krvi¹.

Lescol selektivno deluje v jetrih, zato je učinkovito in hkrati varno zdravilo^{2,3}.
Ker v krvnem obtoku ni aktivnih metabolitov,
so sistemski stranski učinki enaki placebu^{4,5},
zato ga bolniki zelo dobro prenašajo⁶.

Lescol nima pomembnejših interakcij in ga lahko uporabljamo
skupaj z drugimi zdravili, ki se običajno uporabljajo
za zdravljenje bolezni srca in ožilja ali sladkorne bolezni⁷.

Če dieta ne učinkuje zadovoljivo,
je izbira Lescola pravilna odločitev za bolnike,
ki imajo poleg povišanega holesterola še druge dejavnike tveganja.

Odgovornost je na vaši strani.

LESCOL[®]
FLUVASTATIN

nadzorovano uravnavanje holesterola

Literatura: 1. Feher MD et al. Lipids and Lipid Disorders, Gower, London 1990. / 2. Banga JD, Jacotot B, Pfister P, Mehra M, for the French-Dutch Fluvastatin Study Group. Long-term fluvastatin treatment of hypercholesterolemia: A 52-week multicenter safety and efficacy study. Am J Med 1994;96(suppl 6A):87S-93. / 3. Davidson MH, on behalf of FLUENT Investigators Group. Fluvastatin Long-Term Extension Trial (FLUENT): Summary of efficacy and safety. Am J Med 1994; 96 (Suppl 6A): 41S-4. / 4. Levy RJ, Troendle AJ, Fattu JM. A quarter century of drug treatment of dyslipoproteinemia, with a focus on the new HMG-CoA reductase inhibitor fluvastatin. Circulation 1993;87(4):45-53. / 5. Tse FLS, Jaffe JM, Troendle A. Pharmacokinetics of fluvastatin after single and multiple doses in normal volunteers. J Clin Pharmacol 1992;32:630-8. / 6. Jokubaitis LA. Updated clinical safety experience with fluvastatin. Am J Cardiol 1994;73:18D-24. / 7. Smith HT, Jokubaitis LA, Troendle AJ, Hwang DS, Robinson WT. Pharmacokinetics of fluvastatin and specific drug interactions. Am J Hypertens 1993;6:375S-82.

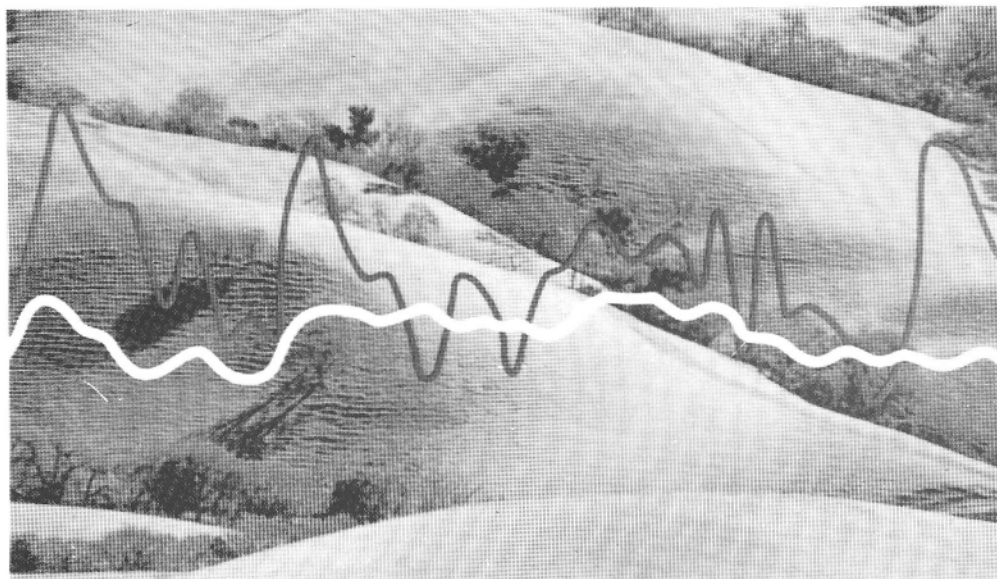
Informacije in literatura so na voljo pri SANDOZ PHARMA Ltd., Basel, Predstavništvo za Slovenijo, Dunajska 107, 61113 Ljubljana, telefon 061/168 14 22, faks 061/34 00 96.



SANDOZ

Glucobay[®]

akarboza



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

Bayer



Glucobay[®] 50/Glucobay[®] 100

Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

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

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

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

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



Uravnava raven sladkorja v krvi

Ko nasmeh pove vse!



CECLOR®
(ceclor, Lilly)

Za informacije:
Eli Lilly (Suisse) S.A., Podružnica v Ljubljani, Parmova 53
61000 Ljubljana, Slovenija
Tel: 061-319-648, 319-987 — Faks: 061-319-767

Proti mikoizam kože in nohtov!

Mycospor[®]

krema

Mycospor[®]

komplet za nohte

1 × na dan



Mycospor — komplet za nohte

Sestava: V 1 g mazila je 0,01 g bifonazola in 0,4 g sečnine ter lanolin, beli vosek in beli vazelin.

Indikacije: glivične okužbe nohtov na nogah in rokah

Doziranje in uporaba: Na oboleli noht nanese tanko plast mazila. Noht prelepimo z obližem, ki ga zamenjamo čez 24 ur. Pri zamenjavi obliža namakamo prste 10 minut v topli vodi in nato s strgalom odstranimo zmeščani del nohta. Noht osušimo, nanj ponovno naneseemo mazilo in ga prelepimo z obližem. Mazilo in obliž uporabljamo, dokler s strgalom ne odstranimo vseh bolnih delov nohta (navadno en do dva tedna). Po odstranitvi nohta nadaljujemo zdravljenje še približno štiri tedne s kremo Mycospor.

Stranski učinki: Pojavijo se lahko lokalne reakcije na nohtnem robu ali ležišču (draženje, rdečica), v redkih primerih pa alergija na obliž ali kontaktna alergija na lanolin.

Oprema: vrtljiva tuba z 10 g mazila, 15 obližev, ki ne prepuščajo vode, 1 strgalo.

Mycospor — krema

Sestava: V 1 g kreme je 0,01 g bifonazola.

Indikacija: dermatomikoze.

Trajanje zdravljenja: Tinea pedum/Tinea pedum interdigitalis: 3 tedne, Tinea corporis/Tinea manuum/Tinea inguinalis: 2—3 tedne, Pityriasis versicolor/Erythrasma: 2 tedna, kutana kandidiaza: 2—4 tedne.

Stranski učinki: V redkih primerih se utegneta pojaviti prehodno draženje ali pordelost kože. Pri bolnikih, ki so preobčutljivi za cetilsteartilni alkohol, se lahko pojavi alergija.

Oprema: tuba s 15 g kreme.

Bayer



Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana



PROZAC[®]
fluoxetin hidroklorid

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

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

Lilly

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

PROZAC[®]

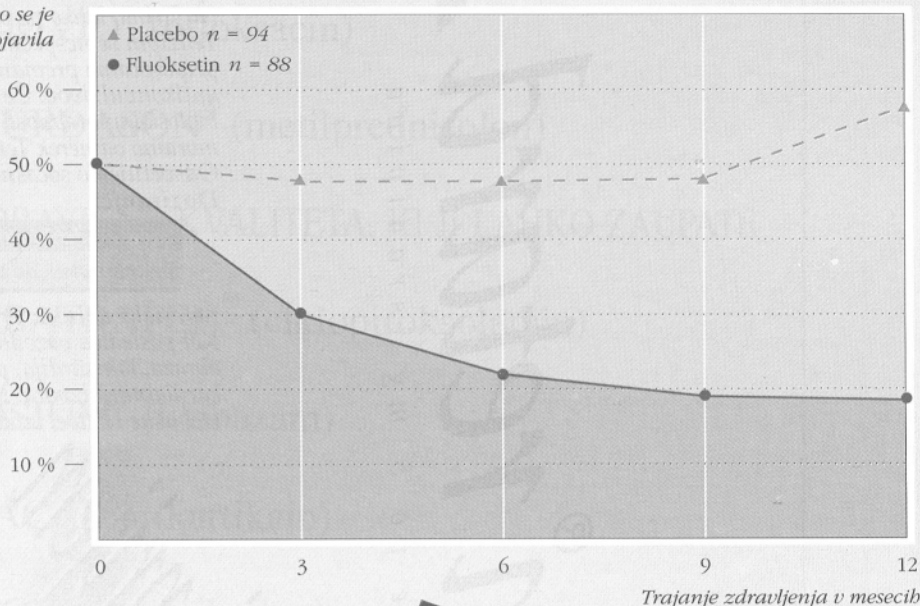
fluoksetin hidroklorid

dolgoročno več varnosti

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

Manjše število ponovitev bolezni v enoletni profilaksi depresije¹

Odstotek primerov, ko se je
depresija ponovno pojavila



Priporočilo Svetovne zdravstvene organizacije

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



Eli Lilly

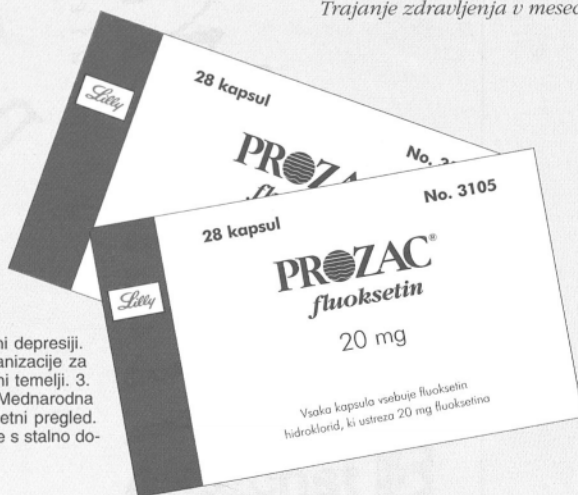
Predstavništvo Ljubljana
61000 Ljubljana, Parmova 53
telefon (061) 319-648, (061) 131-7244 / int. 346, telefaks (061) 319-767

Literatura

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

Kratka strokovna informacija

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



enkrat na dan

Tenzipin[®] retard

kapsule po 5 mg isradipina

Prači prijem

Antihipertenzivno zdravilo iz skupine kalcijevih antagonistov

Indikacija: Arterijska hipertenzija. **Kontraindikacija:** Preobčutljivost za zdravilo. **Previdnostni ukrepi:** Previdnost svetujemo pri bolnikih s sindromom sinusnega vozla, ki nimajo srčnega spodbujevalnika. Nimamo izkušenj o uporabi Tenzipina pri otrocih, mlajših od 16 let. **Nosečnost in dojenje:** Tveganja ni mogoče izključiti, nosečnice naj zdravilo jemljejo, če je korist večja od tveganja. Ni znano, ali Tenzipin prehaja v mleko, zato med zdravljenjem odsvetujemo dojenje. **Interakcije:** Jemanje Tenzipina s hrano ne vpliva na njegovo biološko uporabnost, lahko pa povzroči, da začetek absorpcije in s tem maksimalna koncentracija nastopita približno eno uro kasneje. Farmakokinetika Tenzipina se ne spremeni, če bolniki sočasno jemljejo digoksin, propranolol ali hidroklorotiazid. Tenzipin ne vpliva na farmakokinetiko digoksina, hidroklorotiazida in varfarina, lahko pa poveča biološko uporabnost propranolola. Tenzipin se nespecifično veže na beljakovine, vendar kljub temu priporočamo previdnost pri morebitnem sočasnem dajanju antikonvulzivov. Če ga bolnik jemlje skupaj s cimetidinom, se biološka uporabnost Tenzipina poveča za okoli 50 %, zato moramo odmere Tenzipina zmanjšati za polovico. Odsvetujemo sočasno jemanje rifampicina.

Doziranje:

začetno doziranje	1 kapsula 1-krat na dan
vzdrževalno doziranje	1 do 2 kapsuli 1-krat na dan

Stranski učinki: Praviloma so redki, blagi in odvisni od doze. Kot posledica vazodilatacije se lahko pojavijo glavobol, rdečica obraza, tahikardija, palpitacije in edemi okrog gležnjev, ki niso kardialnega izvora. Nespecifični stranski učinki: utrujenost, trebušne težave, izpuščaji. **Oprema:** 20 kapsul po 5 mg.



V sodelovanju s firmo SANDOZ Pharma Ltd., Švica
Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

DAONIL[®] (glibenkamid)

LASIX[®] (furosemid)

TRENTAL[®] (pentoksifilin)

CORVATON[®] (molsidomin)

TARIVID[®] (ofloksacin)

URBASON[®] (metilprednisolon)

HOECHSTOVA ZDRAVILA – KVALITETA, KI JI LAHKO ZAUPATE

BATRAFEN[®] (ciklopiroksolamin)

FRISIUM[®] (klobazam)

ULTRACAIN[®] (kartikain)

DERMATOP[®] (prednikarbat)

TOPISOLON[®] (dezoksimetazon)

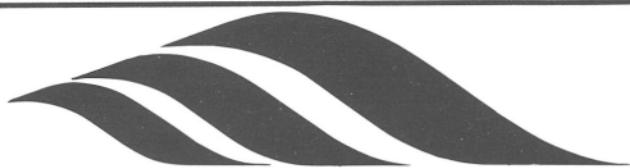
Podrobnejše informacije so na voljo pri:

HOECHST SLOVENIJA d.o.o.

Dunajska 22/IX, 61000 Ljubljana

Tel.: 61 32 46 88

Hoechst 



Navoban®

tropisetron

kapsule, ampule

Visoko selektivni antiemetik

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



Navoban®

tropisetron

novost iz proizvodnega programa



SANDOZ

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

GORENJSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO KRANJ - SZD

64260 BLED, MLADINSKA 1

Ob priliki 132. srečanja slovenskih zdravnikov so naknadno prispevali za donatorstvo odn. sponzorirali še naslednji:

BERČON - KEMIČNI PROIZVODI - LITJA

SALUS - LJUBLJANA

SKB - LJUBLJANA

ESEX CHEMIE - LJUBLJANA

SLOVENSKA POSOJILNICA IN HRANILNICA - KRANJ

OSNOVNO ZDRAVSTVO GORENJSKE - KRANJ

AERODROM LJUBLJANA

Razstavljali pa so: "KONIM", "PHARMAGAN", SCHERING", "J. D. C.", "SANDOZ", "LILLY", "PLIVA", "GLAXO", "KNOLL", "REMEDIA", "DZS", "LEK", "BAYER", "KRKA", "MELEM", "MEDIS" IN "SPECIA".

Vsem se še enkrat prisrčno zahvaljujemo !

Organizacijski odbor Gorenjskega zdravniškega društva -
Slovenskega zdravniškega društva. V njunem imenu

Predsednik GZD

Mag. sci. dr. Branko Lubej

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

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

Splošna načela

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Spremi dopis

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

Tipkopis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabele

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

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

Slike

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

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

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

Literatura

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

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

Primeri citiranja

– primer za knjigo:

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

– primer za poglavje iz knjige:

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

– primer za članek v reviji:

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

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

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

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

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

– primer za članek iz suplementa revije:

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

– primer za članek iz zbornika referatov:

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

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

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

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

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

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

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

Navodila za delo recenzentov

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

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

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

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

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

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

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 64, JUNE 1995, Page 315-386, Number 6

CONTENTS

LEADING ARTICLES

Adress of the president of Slovene Medical Society on the 132th Annual Meeting of Slovene Medical Society, Bled, 12-13 May 1995, A. Dolenc 315

Conclusions of the 132th Annual Meeting of Slovene Medical Society 319

PROFESSIONAL ARTICLES

Spontaneous versus operation conditioned development of coxa valga deformity and its influence on the formation of acetabulum, A. Plahuta 321

Legionnaires' disease with severe clinical course in asthmatic patient, I. Koren 325

Bipolar mood disorder or Lyme borreliosis? A case report, R. Tavčar 329

Subcutaneous suturing of the ruptured Achilles tendon at 76 years old patient, A. Čretnik, M. Kosanović, M. Batišta 333

How to detect defects in function of the complement system? V. Kotnik, M. Kirschfink 335

Total and differential count of the cells in pleural effusions, M. Mermolja, A. Debeljak, M. Rutar-Zupančič 345

Avulsions of posterior part of calcaneus, R. Komadina, M. Batišta, D. Brilej 349

Critical analysis of drug use surveillance in a pediatric hospital, N. Barišič, V. Lovrek 351

NEWS AND VIEWS