



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 66, APRIL 1997, str. 177-232, ŠT. 4

VSEBINA

UVODNIK

- Nalezljive bolezni ogrožajo človeštvo - Stalna pripravljenost - Naglo ukrepanje, Ob svetovnem dnevu zdravja 1997, M. Macarol-Hiti** 177

RAZISKOVALNI PRISPEVKI

- Epidemiologija invazivnih pnevmokoknih okužb pri otrocih v Sloveniji, M. Čižman, M. Paragi, M. Gubina, N. Jovan-Kuhar** 179

STROKOVNI PRISPEVKI

- Perikarditis - zaplet kronične vnetne črevesne bolezni - prikaz primera, N. Smrekar, M. Koželj, A. Ramovš** 183

- Trombotična trombocitopenična purpura - prikaz kliničnega primera, S. Zver, M. Noč, M. Horvat, R. Ponikvar** 187

- Zdravljenje psevdoanevrizme femoralne arterije z ultrazvočno vodenim zunanjim pritiskom, I. Kranjec, A. Černe, Mirta Koželj, J. Buturovič-Ponikvar** 191

- Analiza azbestne bolezni v Anhovem 1995, 1996, Z. Remškar, E. Brenčič** 197

PREGLEDNI PRISPEVKI

- Ultrazvočna preiskava poškodovanega očesa, D. Pahor** 201

KAKOVOST V ZDRAVSTVU

- Kakovost v zdravstvu: Predlog za razpravo o politiki kakovosti v zdravstvu, J. Kersnik, J. Šorli** 205

PISMA UREDNIŠTVU

- Spremembe na mehkih in trdih tkivih ustne votline pri distrofični hereditarni bulozni epidermolizi, M. Rode, Ž. Bobič, M. Kogoj-Rode** 209

- Program razumeti menopavzo - ali kako izboljšati compliance, D. Franič, L. Vrabič** 213

RAZGLEDI

- Nekrologi** 215

- Medikohistorična rubrika** 216

- Strokovna srečanja** 219

- Zdravniški vestnik pred 60 leti** 220

- Zanimivo je vedeti** 221

- Zdravniki v prostem času** 220

- Nove knjige** 222

- V tej številki so sodelovali** 211

- Oglasi** 178, 186, 190, 196, 200, 210, 223-231

Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, P. Dolenc

Uredniški svet/Editorial Council:

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

Uredniški odbor/Editorial Board:

B. R. Binder, Dunaj - Avstrija, V. Dolenc, D. Ferluga, S. Herman, S. Julius,
Ann Arbor - ZDA, M. Jung, Zürich - Švica, P. Kapš, D. Keber, M. Kordaš, M.
Kožuh, I. Krajnc, G. Lešničar, M. Likar, A. P. Monaco, Harvard - ZDA, D.
Pokorn, S. Primožič, M. Rode, J. Šorli, J. Trontelj, B. Žekš

Tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanovič

Lektorja za slovenščino/Readers for Slovenian:

J. Faganel, T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

J. Gubenšek

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

1000 Ljubljana, Komenskega 4, tel. (061) 317-868

Tekoči račun pri/Current Account with

LB 50101-678-48620

UDK 61+614.258(061.1)=863=20

CODEN: ZDVEEB ISSN 1318-0347

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:

Biological Abstracts, Biomedicina Slovenica,
BIOSIS, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino.

To številko so financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo in

Ministrstvo za zdravstvo in Zavod za zdravstveno zavarovanje R Slovenije

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

šteje Zdravniški vestnik med proizvode, za katere se plačuje

5% davek od prometa proizvodov.

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

The Journal appears regularly every month.

Yearly subscription for members of the Slovene Medical Society

is included in the membership amounting.

The issue is subsidized by Ministry for Research and Technology,

Ministry for Health

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

NALEZLJIVE BOLEZNI OGROŽAJO ČLOVEŠTVO – STALNA PRIPRAVLJENOST – NAGLO UKREPANJE

OB SVETOVNEM DNEVU ZDRAVJA 1997

Metka Macarol Hiti

Svetovni dan zdravja, 7. april, je bil letos ponovno posvečen nalezljivim boleznim. Geslo »Nalezljive bolezni ogrožajo človeštvo – stalna pripravljenost – naglo ukrepanje« v nekaj besedah povzema pomen obvladovanja nalezljivih boleznih po vsem svetu.

V prvi polovici 20. stoletja se je umrljivost zaradi nalezljivih boleznih stalno zniževala, predvsem na račun izboljšanja higienskih razmer in prehrane, cepljenja in učinkovitih antibiotikov. Nekatere bolezni, ki so bile v preteklosti vodilni vzroki umrljivosti, smo uspeli obvladati, koze pa izkoreniniti. Ti uspehi so privedli do mnenja, da nalezljive bolezni ne predstavljajo več posebno velikega problema in zato so v mnogih, tako bogatih kot revnih deželah začeli omejevati finančna sredstva za javno zdravstvo in jih preusmerjati v reševanje drugih problemov. Enako so preusmerjali tudi strokovnjake. Posledica je bila slaba javna zdravstvena služba, ki ne obvladuje več potreb prebivalstva.

Nezadostna pozornost in aktivnost pri zgodnjem odkrivanju nalezljivih boleznih, nezadostno izvajanje imunizacije, po drugi strani pa naraščajoče število ljudi na zemlji, prenaseljenost mest z neustreznimi sanitarnimi razmerami, dobre in hitre prometne povezave so botrovali pojavljanju in ponovnemu pojavljanju nalezljivih boleznih. K temu je pripomogla še odpornost bakterij proti antibiotikom kot posledica nediscipline pri jemanju le-teh, neustreznega predpisovanja in pomanjkljive kontrole razpoložljivosti antibiotikov. Stroški za razvoj novih antibiotikov so visoki, tveganje proizvajalcev pa veliko, zaradi hitro nastopajoče odpornosti, ki ogroža povračilo investicij.

Leta 1992 je bil v SZO sprožen alarm zaradi pojavljanja novih nalezljivih boleznih in ponovnega pojavljanja epidemij boleznih, ki so bile prej pod nadzorom in smo jih obvladovali. Skupščina SZO je z resolucijo pozvala vse države, naj okrepijo nadzor nad nalezljivimi boleznimi zaradi takojšnjega odkrivanja na novo pojavljajočih se boleznih in identificiranja novih nalezljivih boleznih. Uspeh resolucije je odvisen od hitrega pretoka informacij o nalezljivih boleznih zato so s to resolucijo ustanovili Oddelek za nadzor pojavljajočih se in drugih nalezljivih boleznih (EMC), katerega poslanstvo je krepitev nacionalne in mednarodne sposobnosti pri nadzoru nalezljivih boleznih.

V letu 1994 je bil vzpostavljen svetovni sistem obveščanja o pojavljanju nalezljivih boleznih po elektronskih medijih. Cilj je bil

takojšnje opozorilo o pojavu epidemij, da bi pravočasno zagotovili izvajanje ukrepov za preprečevanje širjenja nalezljivih boleznih.

V Sloveniji smo se na srečo nekaterim napakam izognili, čeprav so se tudi pri nas pojavljale težnje po zmanjševanju aktivnosti na področju preprečevanja oziroma obvladovanja nalezljivih boleznih. To področje sodi med redka področja, ki so zakonsko skoraj popolnoma urejena.

Zakon o nalezljivih boleznih določa obvezno spremljanje nalezljivih boleznih in izvajanje splošnih in posebnih ukrepov za njihovo preprečevanje in obvladovanje.

Za spremljanje nalezljivih boleznih in izvajanje obveznega cepljenja imamo v Sloveniji enoten, računalniško podprt zdravstveni informacijski sistem, ki je povezan tudi z laboratorijsko diagnostiko javno zdravstvenih mikrobioloških laboratorijev. Eden izmed najbolj uspešnih preventivnih ukrepov – cepljenje – je pri nas zakonsko urejen z letnimi programi imunizacije in kemoprofilakse. Analize izvajanja obveznega celjenja kažejo, da se cepljenju posveča dovolj velika pozornost. Precepljenost stalno tekoče spremljamo in pri ugotovljenih pomanjkljivostih sproti ukrepamo.

Slovenija je ena redkih držav, kjer za cepivo od nabave do končnega uporabnika skrbi ena institucija – Inštitut za varovanje zdravja RS. Inštitut za varovanje zdravja RS zagotavlja, da je v uporabi samo preverjena serija cepiva, skrbi za hladno verigo od centralne hladilne komore na Inštitutu do uporabnika.

Rezultati prizadevanj so relativno ugodna epidemiološka situacija nalezljivih boleznih. Koze smo izkoreninili takrat kot druge evropske države, v zaključni fazi je pridobitev certifikata o izkoreninjenju otroške paralize (od l. 1979 v Sloveniji ni bilo pojava otroške paralize), že od leta 1969 nimamo davice, enako tudi ne tetanusa pri mlajših od 50 let.

Zaradi uspešnega izvajanja cepilnega programa se iz leta v leto znižuje število zbolelih za ošpicami, mumpsom in rdečkami.

V programe cepljenja vključujemo tudi nova cepljenja (proti hepatitisu A in B, pnevmokoknim infekcijam, hemofilusnim infekcijam, noricam).

Menimo, da v Sloveniji lahko pozitivno ocenimo pripravljenost in sposobnost ukrepanja pri obvladovanju nalezljivih boleznih.



3. - 6. 6. 1997 V HANNOVRU

Kdor ne pride, bo zamudil največjo ponudbo bolnišnične opreme na svetu.

VZPODBUDE IN INOVACIJE
NA PODROČJU STACIONARNE IN
AMBULANTNE OSKRBE.

INTERHOSPITAL predstavlja enkratni prikaz bolnišnične in ambulantne opreme in je največji tovrstni sejem na svetu.

1800 razstavljalcev iz 40 držav bo prikazalo široko ponudbo opreme za bolnišnice, domove in rehabilitacijske centre – tako obsežno, kot na nobenem drugem sejmu na svetu.

Prisotni bodo vsi pomembni razstavljalci.

Dobrodošli na najpomembnejšem sejmu bolnišnične opreme.



ga. Senka Andrijanič, predstavništvo nemškega gospodarstva,
Trg republike 3, 1000 Ljubljana, Tel. +386-61/126 25 67, Fax +386-61/126 47 80

Internet: <http://www.interhospital.de>

DEUTSCHE MESSE AG, HANNOVER/GERMANY

3.- 6. 6. 97



HANNOVER

INTERHOSPITAL 97

skupaj z INTERFAB-om

20. DAN NEMŠKIH BOLNIŠNIC

Raziskovalni prispevek/Research article

EPIDEMIOLOGIJA INVAZIVNIH PNEVMOKOKNIH OKUŽB PRI OTROCIH V SLOVENIJI

EPIDEMIOLOGY OF INVASIVE PEDIATRIC INFECTIONS DUE TO STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE IN SLOVENIA

Milan Čižman¹, Metka Paragi², Marija Gubina³, Nadja Jovan-Kubar² in Slovenska skupina za proučevanje meningitisa (Alenka Kraigher, Jerneja Fišer, Jana Kolman, Dušan Novak, Bojan Drinovec, Tatjana Harlander, Davorin Sabotin, Vinko Božanič, Lučka Kunstelj, Ana Meštrovič, Janez Jazbec, Gorazd Lešničar, Janez Primožič, Milan Špegel)

¹ Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Klinični center, Japljeva 2, 1525 Ljubljana

² Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

³ Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Medicinska fakulteta, Zaloška 2, 1000 Ljubljana

Prispelo 1996-12-12, sprejeto 1997-02-21; ZDRAV VESTN 1997; 66: 179–82

Ključne besede: epidemiologija; *Streptococcus pneumoniae*; otroci

Key words: epidemiology; *Streptococcus pneumoniae*; children

Izveček – Izhodišča. *Streptococcus pneumoniae* je pogost vzrok zbolelosti in smrtnosti otrok in odraslih. Epidemiologija invazivnih pnevmokoknih bolezni pri otrocih v Sloveniji ni poznana, je pa zdaj pomembna, ker so razvili konjugirana pnevmokokna cepiva.

Abstract – Background. *Streptococcus pneumoniae* is a common cause of morbidity and mortality in pediatric and adult patients. Epidemiology of invasive pediatric infections due to *Streptococcus pneumoniae* in Slovenia is not known. Such data are now important since conjugate pneumococcal vaccines are being developed.

Bolniki in metode. V prospektivno triletno študijo, ki je zajela vso Slovenijo, smo vključili otroke, stare 0 do vključno 14 let v obdobju januar 1993 do december 1995, pri katerih smo izolirali *Streptococcus pneumoniae* iz krvi, možganske tekočine ali drugega normalno sterilnega mesta telesa.

Patients and the methods. In a prospective nationwide study children aged 0 to 14 years during 1993 through 1995 were included in whom *S. pneumoniae* was isolated from blood, cerebrospinal fluid or other normally sterile body site.

Rezultati. V triletnem obdobju smo dokazali 56 invazivnih okužb pri 55 bolnikih. Glede na klinično diagnozo smo ugotovili najpogostejše bakteriemijo ali sepso brez očitnega žarišča v 56%, pljučnico/empiem v 20%, meningitis v 16%, celulitis v 4% in druge žariščne okužbe prav tako v 4%. Letna zbolelost je bila pri otrocih pod 15 leti starosti 4,97/100.000 otrok, 11,9/100.000 otrok pod 5 let starosti in 23,9/100.000 pod 2 letoma starosti. Pnevmonoki skupin/tipov 14, 19, 23, 4, 6, 18 in 7 tvorijo 80% vseh invazivnih okužb. Smrtnost je bila 3,6% (2 otroka).

Results: During 1993–1995 fifty six invasive infections in fifty five children were diagnosed. Bacteremia/sepsis without apparent focus, pneumonia/empyema, meningitis, cellulitis and other focal infections were found in 56%, 20%, 16%, 4% and 4% respectively. The annual incidence rate was 4.97 per 100,000 children less than 15 years of age (11.9 per 100,000 children younger than 5 years, and 23.9 among those less than 2 years of age). Pneumococcal group/types 14, 19, 23, 4, 6, 18 and 7 compromised 80% of all invasive pneumococcal infections.

Zaključki. S študijo smo ugotovili nižjo zbolelost za invazivnimi pnevmokoknimi okužbami v primerjavi s študijami, ki so objavljene v literaturi. Da bi dobili bolj zanesljive podatke o zbolelosti, bi morali uporabljati bolj občutljive in praktične teste in/ali pogosteje iskati vzroke za invazivne okužbe z dosedanjimi metodami.

Conclusions. The study showed lower incidence of invasive pneumococcal infections as compared to the studies published to date. To found out realistic data on morbidity rates more sensitive and practical tests should be used and/or the present available method should be used more frequently.

Uvod

Streptococcus pneumoniae (SP) je pomemben vzrok zbolelosti in smrtnosti otrok in odraslih. Bakterija povzroča številne invazivne bolezni od bakteriemije/sepse do različnih žariščnih hemato-

geno nastalih okužb in številne sorazmerno benigne površinske okužbe (1).

Epidemiologija invazivnih bolezni še ni povsem poznana, je pa zdaj pomembna, ker so v razvoju konjugirana pnevmokokna cepiva, ki vsebujejo različne serotipe pnevmokokov (2). Dosedanje

študije v skandinavskih državah, Izraelu, nekaterih delih ZDA in Avstralije, vključno z avtohtonimi populacijami, so pokazale razlike v incidenci, distribuciji serotipov, pogostnosti pojavljanja kliničnih sindromov in smrtnosti (3–8).

V članku analiziramo rezultate 3-letne prospektivne nacionalne študije otrok z invazivnimi pnevmokoknimi okužbami.

Material in metode

Definicija primera

Okužbo smo smatrali kot invazivno, če smo izolirali SP pri otrocih, starih 0–14 let, iz krvi, likvorja ali druge normalno sterilne tekočine. Invazivne bolezni smo razvrstili glede na lokalizacijo. Bolniki, pri katerih smo izolirali SP iz krvi in klinično niso imeli znakov lokalne okužbe ali zgolj blage znake vnetja zgornjih dihal, vključno z vnetjem srednjega ušesa, smo uvrstili med bakteriemijo brez očitnega fokusa okužbe. Meningitis je bil opredeljen z izolacijo bakterij iz likvorja ali zvišanjem levkocitov v likvorju (več kot $10 \times 10^6/L$). Pnevmonija je bila prisotna, če je imel bolnik značilne simptome in znake bolezni in so bile vidne RTG spremembe na sliki pljuč. Celulitis je bil opredeljen kot lokalni vnetni proces v mehkem tkivu, sinusitis, če je bolnik imel ustrezne znake in simptome bolezni in značilne RTG spremembe, in gnojni otitis, če smo ugotovili značilne simptome in znake bolezni in prisotnost gnoja v srednjem ušesu z aspiracijo ali gnoj v zunanjem sluhovodu po perforaciji bobniča. Analizirali smo samo en izolat na posamezno epizodo bolezni.

Študija populacije

Število in distribucijo otrok, starih od 0–15 let, smo dobili iz letnega statističnega letopisa Slovenije v letih 1993–1995. V Sloveniji je bilo v tem obdobju od 1,990.623 do 1,983.012 prebivalcev, od tega mlajših od 15 let 1993. leta 379.419, 1994. leta 368.578, 1995. leta 356.862. Število rojstev se je zmanjšalo od leta 1993 od 19.793 na 19.463 v letu 1994 in v letu 1995 na 18.980.

Otroci se zdravijo na 19 otroških oddelkih v Sloveniji. Bakterije so izolirali v 8 mikrobioloških laboratorijih pristojnih Zavodov za zdravstveno varstvo in v mikrobiološkem laboratoriju Inštituta za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete v Ljubljani. Laboratoriji pokrivajo vso Slovenijo. V študiji so sodelovali vsi otroški in infekcijski oddelki in laboratoriji.

Zbiranje izolatov

Raziskava je trajala od 1. 1. 1992 do 31. 12. 1995. Mikrobiološki laboratoriji so izolirali SP po standardnem postopku (9). Vse izolate so poslali v transportnem gojišču na Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ) za potrditev in nadaljnjo analizo. Centralni laboratorij je poslal prijavo o izolirani bakteriji vodji projekta, ki je nato zahteval fotokopijo odpustnice oddelka, kjer se je bolnik zdravil. V že pripravljen protokol smo vnesli osnovne demografske podatke, kot so starost bolnika, mesec nastanka bolezni, spol, trajanje hospitalizacije, klinično diagnozo in izid bolezni. Vse klinične diagnoze smo preverili in uskladili z definicijo primera. Pred in med študijo smo obvestili vse otroške oddelke o študiji in o indikacijah za odvzem hemokultur. Imeli smo tudi več predavanj za pediatre, ki delajo v bolnišnicah, da bi spodbudili odzemanje hemokultur pri bolnikih z vročino. Na IVZ so seve SP reidentificirali in določili serotip/grupo s postopkom nabrekanja kapsule (Quellung reaction). Uporabljali smo tipno/grupno specifični antipnevmokokni serum (Statens Serum Institut, Kopenhagen, Denmark). Antimikrobna rezistenca je bila določena v vsakem mikrobiološkem laboratoriju z difuzijsko metodo in nato ponovljena v centralnem mikrobiološkem laboratoriju. Vsi sevi, ki so bili manj občutljivi na penicilin glede na presejalno metodo z 1 μ g oksacilin diskom, so bili testirani z E-testom na

rezistenco za penicilin, cefotaksim in cefriakson ter na vankomicin z disk metodo glede na standarde NCCLS (10). Seve smo opredelili za manj občutljive na penicilin, če je bila cona inhibicije \leq od 19 mm. Pnevkokoki so bili visoko odporni na penicilin, če je bila minimalna inhibitorna koncentracija (MIK) $>1 \mu$ g/mL, in srednje občutljivi, če je bila MIK med 0,12 in 1 μ g/mL (10).

Statistična analiza

Hi-kvadrat test smo uporabljali za statistično analizo. Vrednost $p < 0,05$ smo ocenjevali kot statistično značilno.

Rezultati

V triletnem obdobju smo izolirali 56 izolatov SP pri 55 otrocih. En otrok s hipogamaglobulinemijo je imel v enem letu dve ločeni epizodi bakteriemije. 21 bolnikov smo imeli v prvem letu, v drugem letu 11, v tretjem letu 22. SP je bil izoliran iz krvi pri 44/55 (80%), iz likvorja v 4/55 (7,2%), iz pleuralne tekočine 2/55 (3,6%) in iz likvorja in krvi 5/55 (9%) bolnikov. Razmerje dečki:deklice je bilo 36:19, 1,89 ($p < 0,05$).

Mesto okužbe

Informacije so bile dostopne za vse bolnike. Največ (31) jih je imelo bakteriemijo/sepsa brez očitnega žarišča okužbe (56,3%). Tem so sledili: pljučnica/empiem pri 11 bolnikih (20%), meningitis pri 9 (16,3%), celulitis pri dveh (3,6%), sinusitis 1 (1,8%) in gnojno vnetje srednjega ušesa z bakteriemijo je imel en bolnik (1,8%).

Incidenca in distribucija po starosti

Letna incidenca invazivnih pnevmokoknih bolezni je bila 4,97 (0,0–8,86) na 100.000 otrok, mlajših od 15 let, in 11,94 (0,0–19,6) oz. 23,96 (0,0–34,56), mlajših od 5 let oz. 2 leti, na 100.000 otrok. Geografsko je bila incidenca različna in je variirala od 0 izolatov v vseh starostnih skupinah v 3 letih pri populaciji 18.698 otrok, mlajših od 15 let, do 36 izolatov v 3 letih pri populaciji 148.652 otrok, mlajših od 15 let (regija Ljubljana in Kranj). Povprečna starost otrok je bila 41 mesecev (0 dni do 175 mesecev). Trije otroci so bili novorojenci. Mlajši otroci od 6 mesecev so bili štirje (7,2%), mlajših od 12 mesecev je bilo 10 (18%), mlajših do 18 mesecev 21 (38%), mlajših od 24 mesecev 28 (51%), mlajših od 5 let 40 (73%) in nad 5 let je bilo 15 otrok. Povprečna starost bolnikov z bakteriemijo/sepsa je bila 32,4 (0–101 mesec), s pljučnico/empiemom 43,3 (0–175 mescev) in z meningitisom 16,6 (4–165 mescev).

Geografska porazdelitev

Incidenca je bila različna v posameznih regijah. Tako smo dobili v dveh regijah incidenco med 8,06 in 8,86, v 4 regijah med 1,21 in 1,6/100.000 otrok, mlajših od 15 let, in le v eni regiji nismo dobili nobenega izolata v triletnem obdobju. Število hospitaliziranih otrok po posameznih oddelkih je v tabeli 1.

Sezonska porazdelitev

Najmanj zbolelih je bilo v mesecih junij in avgust, ko so zboleli 4 otroci (7,1%). V vseh ostalih mesecih pa smo imeli po 3 do 8 bolnikov na mesec. En bolnik je zbolel februarja in avgusta z bakteriemijo.

Izid bolezni

Dva otroka sta umrla. Smrtnost je 3,6%. Umrl je 9 dni star Rom, nedonošenček, gestacijska starost 32 tednov, rojen v ambulanti zdravstvenega doma, zaradi obsežne obojestranske pljučnice, in 23-mesečna deklica s pnevmokokno sepsa z odpovedjo več

Tab. 1. Število hospitaliziranih* otrok do starosti 15 let na infekcijskih in otroških oddelkih bolnišnic v Sloveniji z invazivnimi pneumokoknimi boleznimi v obdobju 1993–1995.

Tab. 1. Number of children younger than 15 years of age with invasive pneumococcal diseases during the period 1993–1995, hospitalized at infectious and paediatric departments in Slovenia.

Oddelek/Department	Število/No
Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja Department of infectious Diseases	19
Otroški oddelek SB Jesenice Division of Paediatrics Jesenice GH	10
Otroški oddelek SB Celje Division of Paediatrics GH Celje	6
Pediatrična klinika Children's Hospital Ljubljana	6
Infekcijski oddelek SB Celje Division of Infectious Diseases Celje GH	4
Otroški oddelek kirurških strok Division of Paediatrics Surgery Ljubljana	2
Otroški oddelek SB Slovenj Gradec Division of Paediatrics Slovenj Gradec	2
Mestna otroška bolnišnica Municipal Children's Hospital Ljubljana	1
Otroški oddelek SB Maribor Division of Paediatrics Maribor GH	1
Infekcijski oddelek SB Maribor Division of Infectious Diseases Maribor GH	1
Otroški oddelek SB Novo mesto Division of Paediatrics Novo mesto GH	1
Infekcijski oddelek SB Novo mesto Division of Infectious Diseases Novo mesto GH	1
Ginekološko porodniški oddelek SB Celje Division of Gynaecology and Maternity Celje GH	1
Otroški oddelek Bolnišnice Ptuj Division of Paediatrics Ptuj GH	1

* Oddelek, kjer so ugotovili diagnozo.
* The department, where diagnosis was made.

organov, ki je umrla v 48 urah po začetku bolezni. Pri njej je obstajal sum na prirjeno imunsko pomanjkljivost. Skupno sedem otrok (11%) je imelo osnovno bolezen, za katere je obstajalo večje tveganje za pneumokokno okužbo. Dva otroka sta imela akutno limfatično levkemijo, en 8,5-letni otrok hipogamaglobulinemijo, pri enem otroku je bil sum, da ima Louis-Barrov sindrom, en otrok je imel Mondinijev sindrom in je imel ponavljajoče se bakterijske meningitise, drugi otrok pa je zbolel za pneumokoknim meningitisom prvič po poškodbi glave, en otrok pa je imel zlom baze lobanje in likvorsko fistulo po poškodbi glave.

Trajanje bolnišničnega zdravljenja

Podatke smo dobili pri 55 hospitaliziranih otrocih. Hospitalizacija je trajala povprečno 15,1 dneva (1–151). Hospitalizacija sicer zdravih otrok brez osnovne bolezni z bakteriemijo/sepsa je trajala povprečno 11,6 (1–35) dni, pljučnico/empiemom 12,05 (3–25) dneva in meningitisom 15,0 (12–19) dneva.

Skupine in tipi

Skupno je bilo tipiziranih 49 od 56 sevov, kar je 87,9%, ostali niso bili poslani za tipizacijo (tab. 2).

Občutljivost izoliranih pneumokokov na antibiotike

Na penicilin je bilo manj občutljivih 19,2% (10/52) izolatov. Vsi sevi so bili srednje odporni, nihče ni bil visoko odporen. Na TMP/SMX je bilo odpornih 38% (19/50), kloramfenikol 3,9% (2/51),

Tab. 2. Serogrupe/tipi *Streptococcus pneumoniae* izoliranih iz krvi, likvorja in plevralne tekočine pri 49 otrocih z invazivno boleznijo v Sloveniji med letoma 1993 in 1995.

Tab. 2. Serotypes/groups of *Streptococcus pneumoniae* isolated from blood, CSF and pleural fluid in 49 children with invasive infection treated in Slovenia between 1993 and 1995.

Serotip/grupa Serotype/group	Število izolatov No. of isolates	%
14	11	22
23	7	14
19	6	12
4	5	10
6	5	10
7	3	6
18	3	6
1	2	4
12	2	4
19	1	2
15	1	2
20	1	2
24	1	2
33	1	2

Pnevmokoki skupin/tipov 14, 19, 23, 4, 6, 18 in 7 so povzročitelji 80% vseh invazivnih okužb.

cefaklor 3,8% (2/52) in eritromicin 1,9% (1/52) izoliranih sevov. Vsi (52) sevi so bili občutljivi na cefuroksim. Vsi sevi, ki so bili manj občutljivi na penicilin, pa so bili občutljivi na cefotaksim, ceftriakson in vankomicin.

Razpravljanje

Prospektivna nacionalna študija je pokazala nižjo incidenco v vseh starostnih skupinah v primerjavi z razvitimi državami (3, 5, 7, 8, 10, 11). Tako je nižja pri otrocih pod 15 leti, kot je bila pri otrocih pod 13 leti, ugotovljena v Izraelu, kjer je bila 19,9 in manj kot na Finskem pri otrocih pod 16 leti, kjer je bila 8,9 na 100.000 otrok (3, 8). Incidenca pod 5 leti (11,9/100.000 otrok) in pod 2 letoma (23,96/100.000 otrok) je bila do 2–7-krat nižja kot v drugih državah Evrope, Izraelu, Centralni Avstraliji in ZDA (3, 5, 7, 8, 11, 12). Neprimerno višja, kar 20- do 80-krat je višja incidenca pri nekaterih rasah, vključno z ameriškimi Indijanci, Eskimi na Aljaski in avstralskimi domorodci, v primerjavi z zbolevnostjo v ZDA in na Švedskem pri otrocih pod 2 letoma starosti (5, 7, 10, 12, 13). V dveh geografskih območjih se je celokupna incidenca približala incidenci otrok pod 16 leti, ki so jo ugotovili na Finskem v letih 1985–1989, in je bila 8,9 na 100.000 otrok. Razlike v incidenci v Sloveniji med posameznimi območji so verjetno posledica pre-majhnega števila odvzemov krvi za hemokulturo pri otrocih z vročino, brez lokalnih znakov okužbe (okultna pneumokokcemija) ali z žariščnimi okužbami, ki jih spremlja bakteriemija (npr. pljučnica). V Sloveniji ni prakse, da bi jemali kri za hemokulturo pri ambulantno zdravljenih bolnikih, kot je npr. v ZDA. Incidenca invazivnih pneumokoknih bolezni je zanesljivo podcenjena tudi v drugih državah, saj s hemokulturami ugotavljamo samo del invazivnih pneumokoknih okužb. Nedavna študija raziskovalcev s Finske je pokazala, da z dodatnimi preiskavami kot z metodo pomnoževanja nukleinske kisline (PCR) na pneumokoke, specifičnega pneumolizina, kapsularnih polisaharidnih specifičnih imunskih kompleksov in protiteles proti pneumolizinu ugotovimo za 5- do 6-krat višjo incidenco pneumokoknih okužb (14).

Okužba novorojencev s SP ni pogosta, je pa visoko smrtna (15). Najbolj dovzetni za invazivne pneumokokne okužbe so majhni otroci, predvsem v 1. in 2. letu starosti, kar smo ugotovili tudi z našo študijo. V nasprotju s študijo Dagana in sodelavcev je pri naših otrocih incidenca v prvih letih življenja nižja (17,0/100.000 otrok pod 1 letom) kot v 2. letu življenja (30,7/100.000 otrok). Podobno so opazovali tudi drugi avtorji (3, 8, 12). To je lahko posledica okoliščine, da so naši otroci leto dni po rojstvu doma in

se šele v drugem letu vključijo v vzgojno-varstvene kolektive, kjer se poveča možnost okužbe.

Povprečna starost naših otrok je bila 41 mesecev, kar je več, kot je bila na Finskem (2,7 leta) in Izraelu (15 mesecev) (3, 8). Do 2 let je zbolelo 51% otrok, kar je manj kot v teh dveh državah, kjer jih je zbolelo 62% oziroma 68% (3, 8). Naši bolniki z meningitisom so bili mlajši kot tisti z bakteriemijo/sepsa ali pljučnico. To je v skladu z drugimi študijami tako v Evropi kot ZDA (5, 6, 8, 11). Prevladovali so moški kot v vseh drugih študijah (3, 8, 11–13).

Bakteriemija brez žarišča je bila najpogostejša klinična entiteta, sledi pljučnica, meningitis in druge lokalne okužbe. V študiji Eskole in sodelavcev je bil vrstni red isti, medtem kot v drugih študijah opisujejo pljučnico kot najpogostejšo klinično entiteto, ki ji sledi bakteriemija/sepsa, meningitis in druge žariščne okužbe (3, 5, 7, 8). Meningitis je predstavljal 11–17% vseh invazivnih pnevmokoknih okužb v Izraelu in na Finskem. V tem območju so tudi naši rezultati. Če predpostavljamo, da zdravnik ne spregleda diagnoze bakterijskega meningitisa in da je odstotek bakterijskih izolacij podoben, potem so naši rezultati kar dobro primerljivi s podobnimi prospektivnimi študijami, ki so bile narejene v 80. letih (3, 8).

Dva bolnika sta imela celulitis, kar je redkejša in manj znana okužba s pnevmokokom in je do sedaj nismo opazovali v lastni klinični praksi. Po Bradleyu je SP vzrok 10% preseptalnega in v 5% fokalnega celulitisa (16). Oba naša bolnika sta zbolela v letu 1995 in sta imela periorbitalni celulitis.

Smrtnost je bila 3,6% (2/55). Umrli je novorojeni Rom, ki se je rodil doma, in deklica s sumom na imunsko pomanjkljivost zaradi sistemske okužbe. Smrtnost je podobna kot v bolj razvitih državah in tudi državah v razvoju, kjer je običajno pod 2% in je mnogo nižja kot pri odraslih, kjer je nad 60 leti 40% (3, 5, 7, 8).

11% otrok je imelo osnovno bolezen, ki tvori predispozicijo za invazivne okužbe s SP. Odstotek je podoben, kot so ga opazovali finski raziskovalci, in več kot 3-krat nižji, kot so opazovali pri otrocih v starosti pod dvema letoma pri Eskimih na Aljaski (3, 5). Najpogostejši vzroki povečanega tveganja za pnevmokokne bolezni so otroci s kongenitalnim ali pridobljenim pomanjkanjem protiteles, otroci s HIV-okužbo, motnjami komplemента (C3 – C9), prirojeno ali pridobljeno disfunkcijo vranice, malignimi boleznimi in nefrotičnim sindromom (1). Ponavljajoči se meningitis se pogosto pojavi pri osebah s prirojenimi ali pridobljenimi anatomskimi nepravilnostmi lobanje, s parameningealnimi žarišči okužbe in različnimi motnjami imunosti (17).

Hospitalizacija je trajala v povprečju 15,1 dneva, kar je skoraj dvakrat več kot v Izraelu, kjer traja povprečna hospitalizacija 8,1 dneva (8). Predvsem je močno podaljšana pri otrocih, ki prebolevalo nemeningitisne okužbe.

Serogrupe/tipi 14, 23, 19, 4, 6, 7 in 18 so najpogostejši serotipi v naši regiji in tvorijo 80% vseh izolatov. Ugotovljene skupine ali tipi niso povsem identični z nobeno študijo ne v ZDA ne v Evropi (3, 8, 18–21). Razen skupine 7 so vse skupine oziroma tipi vključeni v klinične študije s sedanji konjugiranimi pnevmokoknimi cepivi deloma ali povsem (2). Število izolatov je premajhno za izbor cepiva, saj je po mnenju Steinhoffa treba zbrati v 1 do 2 letih na enem mestu 200 izolatov, da bi dobili 5 do 7 najpogostejših serotipov. To predstavlja problem za manjše države, zato bo treba zbiranje vzorcev razširiti na daljše obdobje (22).

Rezistenca pnevmokokov v Sloveniji je glede na pogostnost rezistence v Evropi v sredini (23). Nismo izolirali sevov, ki bi bili visoko odporni na penicilin ali cefalosporine tretje generacije. Odpornost na ostale antibiotike je nizka, razen na TMP/SMX. Pogosto so rezistentni na TMP/SMX sevi pnevmokokov, ki so manj občutljivi na penicilin. To v praksi pomeni, da ob neuspelem zdravljenju pnevmokokne okužbe s penicilinom kot alternativni antibiotik ne priporočamo TMP/SMX.

V sklepu lahko rečemo, da je prospektivna nacionalna študija pokazala nižjo incidenco kot pri mnogih drugih doslej objavljenih študijah. Število je zanesljivo podcenjeno in je posledica klinične prakse naših zdravnikov, ki premalokrat iščejo etiologijo vročin-

skih stanj in različnih žariščnih okužb, ki jih lahko spremlja bakteriemija. Ob enaki klinični praksi brez uvedbe senzitivnejših in bolj praktičnih metod za ugotavljanje bakteriemije težko pričakujemo, da bi z nacionalno študijo ugotovili pravo zboleznost. Dokler pa nimamo takih metod, lahko le s pogostejšim jemanjem krvi za osamitev povzročiteljev ugotovimo pravo zboleznost. Podcenjeni rezultati so slaba osnova za nadaljnji izračun o upravičenosti uvedbe cepljenja proti pnevmokokom z novimi konjugiranimi cepivi v prihodnosti. Odpornost pnevmokokov na penicilin v Sloveniji namreč ni majhna in zahteva, da jo skrbno spremljamo.

Zahvala

Zahvaljujemo se zdravnikom vseh otroških oddelkov in vseh infekcijskih oddelkov v Sloveniji za posredovanje fotokopij odpustnic hospitaliziranih otrok in za sodelovanje pri študiji.

Literatura

- Musher DM. Infections caused by *Streptococcus pneumoniae*: clinical spectrum, pathogenesis, immunity and treatment. *Clin Infect Dis* 1992; 14: 801–9.
- Klein DL. Pneumococcal conjugate vaccines: review and update. *Microbiol Drug Resistance* 1995; 1: 49–58.
- Eskola J, Takala AK, Kela E, Pekkanen E, Kalliokoski R, Leinonen M. Epidemiology of invasive pneumococcal infections in children in Finland. *JAMA* 1992; 268: 3323–7.
- Hedlund J, Svenson SB, Kalin M et al. Incidence, capsular types and antibiotic susceptibility of invasive *Streptococcus pneumoniae* in Sweden. *Clin Infect Dis* 1995; 21: 948–53.
- Davidson M, Parkinson AJ, Bulkow JR, Fitzgerald MA, Peters HV, Parks DJ. The epidemiology of invasive pneumococcal diseases in Alaska: 1986–1990 Ethnic differences and opportunities for prevention. *J Infect Dis* 1994; 170: 368–76.
- Klein JO. The epidemiology of pneumococcal disease in infants and children. *Rev Infect Dis* 1981; 3: 246–53.
- Torzillo PJ, Hauna JN, Morey F, Gratten M, Dixon J, Erlich J. Invasive pneumococcal disease in central Australia. *Med J Austral* 1995; 162: 182–6.
- Dagan R, Engelhard D, Piccard E and the Israeli pediatric bacteriemia and meningitis group. *JAMA* 1992; 268: 3328–32.
- Isenberg HD. Medical microbiology-Laboratory manuals. American Society for Microbiology, 1992: 20–1.
- National Committee for clinical laboratories standards. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing. Villanova PA: National Committee for clinical laboratory standards, 1994; 14: No. 16.
- Burman LA, Norrby R, Trollfor B. Invasive pneumococcal infections: Incidence predisposing factors and prognosis. *Rev Infect Dis* 1995; 7: 133–42.
- Black S, Shinefeld H. Pneumococcal epidemiology global perspective on pathogenic serotypes and results of a case-control study of pneumococcal epidemiology. In: Pneumococcal infection. Management and prevention. The 19th annual meeting of European Society for Paediatric Infectious Diseases. Birmingham, England. April 19–21, 1995: 3–4.
- Breiman RF, Spika JS, Navaro VJ, Darden PM, Darby CM. Pneumococcal bacteriemia in Charleston County, South Carolina. A decade later. *Arch Intern Med* 1990; 150: 1401–5.
- Baer M, Leinonen M, Helminen M, Vento R, Vesikari T. Invasive pneumococcal infections in children. In: Abstract Book of the 14th annual meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases. Elsinore (Helsingor), Denmark, June 18–21, 1996: No. 127.
- Westh H, Skibsted L, Korner B. *Streptococcus pneumoniae* infections of the female genital tract and in the newborn child. *Rev Infect Dis* 1990; 12: 416–22.
- Bradley JS. Cellulitis. In: Jenson HB, Baltimore RS eds. *Pediatric infectious diseases. Principle and practice.* Appleton & Lange Norwalk 1995; 711–22.
- Sponsel C, Park WJ. Recurrent pneumococcal meningitis. Search for occult skull fracture. *Postgrad Med* 1994; 95: 109–97.
- Butler JC, Breiman RF, Lipman HB, Hofmann J, Facklam RR. Serotype distribution of *Streptococcus pneumoniae* infection among preschool children in the United States 1978–1994: Implications for development of a conjugate vaccine. *J Infect Dis* 1995; 171: 885–9.
- Verhagen J, Glubczynski Y, Verbist L et al. Capsular types and antibiotic susceptibility of pneumococci isolated from patients in Belgium with serious infections, 1980–1993. *Clin Infect Dis* 1995; 20: 1339–45.
- Orange M, Gray BM. Pneumococcal serotypes causing disease in children in Alabama. *Pediatr Infect Dis J* 1993; 12: 244–6.
- Shapiro ED, Austrian R. Serotypes for invasive *Streptococcus pneumoniae* infections among children in Connecticut. *J Infect Dis* 1994; 169: 212–4.
- Steinhoff MC. Developing and deploying pneumococcal and haemophilus vaccines. *Lancet* 1993; 342: 630–1.
- Baquero F. Pneumococcal resistance to betalactam antibiotics. *Microb Drug Resist* 1995; 1: 115–20.

Strokovni prispevek/Professional article

PERIKARDITIS – ZAPLET KRONIČNE VNETNE ČREVESNE BOLEZNI – PRIKAZ PRIMERA

PERICARDITIS – A COMPLICATION OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE – CASE REPORT

Nataša Smrekar, Matjaž Koželj, Andrej Ramovš

¹ Klinični oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, Klinični center, Japljeva 2, 1521 Ljubljana

² Center za bolezni srca in ožilja, Klinični center, Zaloška 7, 1521 Ljubljana

Prispelo 1996-07-15, sprejeto 1997-02-29; ZDRAV VESTN 1997; 66: 183-5

Ključne besede: kronična vnetna črevesna bolezen; perikarditis; plevralni izliv; tamponada srca; kortikosteroidi

Key words: inflammatory bowel disease; pericarditis; pleural effusion; cardiac tamponade; corticosteroids

Izleček – Izhodišča. Kronična vnetna črevesna bolezen je večstemska bolezen, saj ni omejena le na črevesje, ampak prizadane tudi druge organe in organske sisteme. Perikarditis s spremljajočim plevralnim izlivom ali brez je zelo redek zunajčrevesni pojav KVČB. V svetovni literaturi je opisanih le 24 primerov. Etiologija je neznana. Med perikarditisom se lahko razvije tamponada srca. Predstavljamo devetintridesetletno bolnico s prvim zagonom Crohnove bolezni in spremljajočim perikarditisom ter plevralnim izlivom. Zdravljenje s kortikosteroidi je bilo uspešno.

Abstract – Background. Inflammatory bowel disease (IBD) is a systemic disease rather than one localized to the bowel. Pericarditis with or without accompanying pleural effusion is an uncommon extraintestinal manifestation of IBD and has been reported in only 24 cases. The etiology is unknown. During pericarditis a cardiac tamponade can develop. We report an 39-years-old woman who developed acute pericarditis with pleural effusion during a first attack of Crohn's disease. IBD and associated pericarditis responded to corticosteroid drugs.

Zaključki. Pri vsakem bolniku s kronično vnetno črevesno boleznijo in bolečino v prsnem košu je treba pomisliti tudi na perikarditis, pa tudi obratno, ob vsakem perikarditisu neznane etiologije lahko pomislimo tudi na KVČB.

Conclusions. We recommend looking for pericarditis in patients with IBD and chest symptoms, and for IBD in obscure cases of these cardiac disorders.

Uvod

Pri bolnikih s kronično vnetno črevesno boleznijo (ulcerozni kolitis, Mb. Crohn) so zunajčrevesni pojavi dokaj pogosti. Velikokrat zapletejo samo zdravljenje ter hkrati vplivajo na umrljivost in umrljivost (1).

Etiologija KVČB je še vedno neznana, še bolj nepojasnjena pa je etiologija in patogeneza zunajčrevesnih pojavov. Čeprav v krvi bolnikov s KVČB velikokrat najdemo cirkulirajoče imunске komplekse, za katere vemo, da so povezani s tkivno poškodbo ter da njihova prisotnost sovpadajo z aktivnostjo črevesne bolezni in s prisotnostjo zunajčrevesnih pojavov, kot so artritis, iritis in kožne spremembe, pa vsi bolniki s cirkulirajočimi imunskimi kompleksi in KVČB ne razvijejo tudi zunajčrevesnih pojavov (1-4).

Zunajčrevesne manifestacije vključujejo vnetne spremembe na različnih organih: v 4-23% so prizadeti sklepi (artritis velikih sklepov, ankilozantni spondilitis, sakroileitis), v 5-10% koža in sluznice (pyoderma gangrenosum, erythema nodosum, afte), v 4-10% oči (konjunktivitis, iritis, episkleritis), v 5-10% hepatobiliarni sistem (steatoza jeter, hepatitis, sklerozantni holangitis), v 4-23% sečila (konkrementi, fistule) ter v manjšem odstotku kardiovaskularni, bronhopulmonalni in hemopoetski sistem (1, 5).

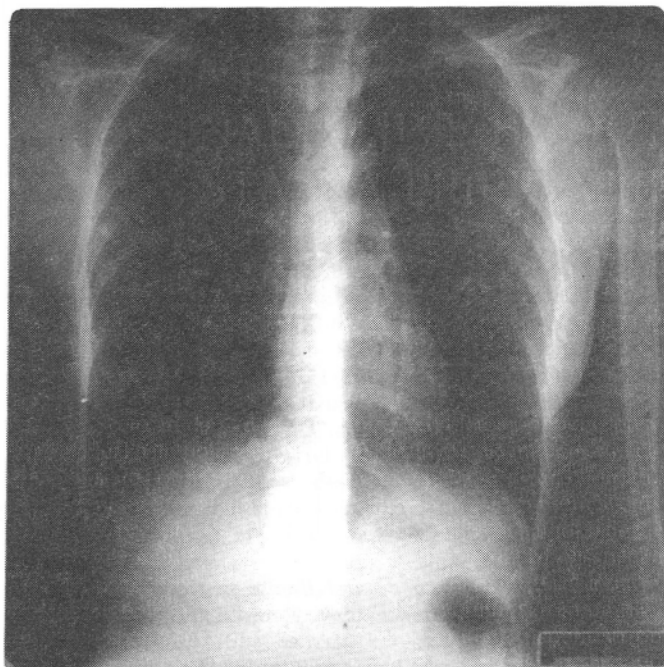
Pri bolnikih z eno od zunajčrevesnih manifestacij obstaja velika verjetnost, da se razvijejo še druge. Najpogosteje se zunajčrevesne manifestacije pojavijo v času aktivne oblike KVČB, v manjšem odstotku pa, ko je črevesna bolezen v neaktivni obliki.

Akutni perikarditis s spremljajočim plevralnim izlivom ali brez je izredno redek, vendar zelo pomemben zunajčrevesni pojav KVČB. Prizadetost srca v okviru KVČB je prvi opisal leta 1967 Young (6). Od tedaj pa do danes je v literaturi opisanih le 24 primerov. Po navadi vnetje prizadene perikard, lahko pa se razširi še na miokard. Tedaj govorimo o mioperikarditisu. Pogosto je ob perikarditisu prizadeta še plevra, tedaj gre za plevroperikarditis.

Na perikarditis posumimo na osnovi tipične bolečine v prsnem košu (ostra bolečina, omejena za prsnico, ki je pogosto odvisna od dihanja in spremembe lege telesa), fizikalnega izvida (perikardialno trenje) in EKG sprememb (konkavna elevacija ST spojnice v večini odvodov in pozitivni T valovi). Za dokaz morebitnega perikardialnega izliva pa je potrebna ultrazvočna preiskava srca (7).

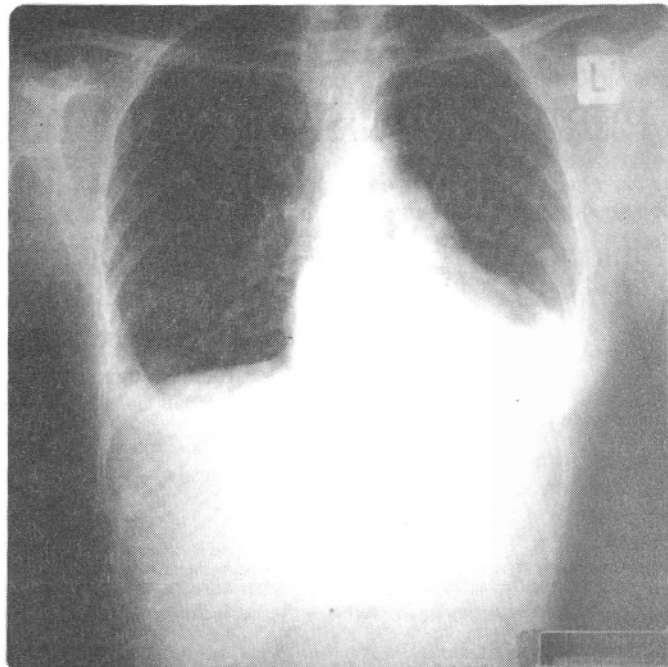
Prikaz primera

39-letna bolnica je bila sprejeta na Gastroenterološko interno kliniko v Ljubljani zaradi en mesec trajajočih bolečin v spodnjem delu trebuha ter



Sl. 1. Rentgenogram ob sprejemu.

Fig. 1. Chest roentgenogram before onset of pericarditis.



Sl. 2. Rentgenogram ob pojavu perikarditisa: Povečana srčna senca ter pleuralni izliv obojestransko bazalno.

Fig. 2. Chest roentgenogram at onset of pericarditis. Enlarged cardiac shadow and pleural effusion.

drisk s primesjo krvi in sluzi. V tem času so ji naredili rektoskopijo, patohistološki izvid pa je bil značilen za Crohnovo bolezen.

Ob sprejemu je bila bolnica zmerno prizadeta, shujšana, febrilna (39 °C), tahikardna (104/min), normotenzivna (120/70 mmHg).

Pri pregledu je bila izražena bolečnost v levem spodnjem kvadrantu trebuha, pri digitorektalnem pregledu pa je bila na izvlečeni rokavici vidna sveža kri. V beli krvni sliki je bila izražena levkocitoza ($14,9 \times 10^9/l$) s pomikom v levo. Vrednost hemoglobina je bila 119 g/l, povprečni volumen eritrocitov 88,6 fl, serumsko železo 1,0 $\mu\text{mol/l}$. C-reaktivni protein 83,4 in sedimentacija eritrocitov 35. Z elektroforezo serumskih proteinov smo ugotovili hipoalbuminemijo (23,8 g/l) ter zvišano koncentracijo α -globulinov (4,3 g/l). »Jetrni testi« so bili patološki (aspartat transaminaza 1,04 $\mu\text{kat/l}$ in alanin transaminaza 0,72 $\mu\text{kat/l}$). Koprokulture so bile negativne. S pomočjo scintigrafije z markiranimi levkociti smo dokazali vnetje descendnega kolona in sigme. Zdravljenje smo pričeli z mesalazinom 3 \times 750 mg, metronidazolom 3 \times 400 mg ter 20-odstotnimi albumini za korekcijo hipoalbuminemije (sl. 1 in 2).

Trinajstega dne zdravljenja je prišlo pri bolnici do poslabšanja osnovne bolezni (povečalo se je število iztrebljanj, blatu je bila ponovno primešana kri, telesna temperatura je bila do 40 °C), bolnica je postala dispneična, tožila je o ostri bolečini v prsnem košu, omejeni za prsnico. Bolečina je bila odvisna od dihanja. Slišno je bilo perikardialno trenje vzdolž levega roba prsnice. Na EKG posnetku je bila vidna sinusna tahikardija ter konkavna elevacija ST-spojnice v V_2 , V_3 in V_4 . V beli krvni sliki je bila še vedno izražena levkocitoza s pomikom v levo. Prišlo je do padca serumske vrednosti hemoglobina (92 g/l) ter do trombocitoze ($808 \times 10^9/l$), nismo pa opazili dinamike spreminjanja serumskih encimov (kreatinin kinaza, aspartat transaminaza, laktatna dehidrogenaza). Vrednosti elektrolitov in dušičnih rentenot so bile v mejah normale, ravno tako vrednosti tirotopina (TSH). Na rentgenogramu prsnega koša je bil obojestransko bazalno viden pleuralni izliv ter povečana srčna senca. Z ultrazvočno preiskavo srca smo ugotovili zmeren perikardialni izliv brez znakov za tamponado srca. Pri bolnici smo izključili virusni, bakterijski, glivični in parazitski vzrok za perikarditis. »Revmatološki testi« (ANA, ENA, antiENA, ANCA, AMA, PDH, RF, AST test, LE celice) so bili negativni.

Bolnici smo v zdravljenje poleg mesalazina uvedli še kortikosteroid metilprednisolon 32 mg dnevno, po katerem se je njeno klinično stanje hitro izboljšalo. Čez šest dni je bil na kontrolnem rentgenogramu levo bazalno viden le še manjši pleuralni izliv, ultrazvočno pa perikardialnega izliva nismo več videli.

Bolnica je doma po odpustu prejela še mesalazin 3 \times 750 mg, na kontrolnem rentgenogramu čez 1 mesec je bila srčna senca v mejah normale, oba frenikokostalna sinusa pa sta bila prosta.

Razpravljanje

KVČB je večsistemska bolezen, saj ne prizadane samo črevesja, ampak tudi ostale organe in organske sisteme (1, 8, 9). Prizadetost srca v sklopu KVČB je zelo redka. V našem primeru, pa tudi v večini opisanih, se je perikarditis pojavil med aktivno fazo KVČB. Opisani pa so tudi primeri, ko se je perikarditis pojavil dve leti pred prvim zagonom KVČB oz. po opravljeni totalni kolektomiji pri bolniku z ulceroznim kolitisom (10–13). Opisani so tudi primeri ponovitve perikarditisa. Da bi to preprečili, so bolniki potrebovali trajno zdravljenje s kortikosteroidi, čeprav je bila KVČB v neaktivni obliki (11–13).

V večini opisanih primerov sta se perikarditis in pleuralni izliv pojavila, ko je bilo prizadeto debelo črevo ali debelo in tanko črevo hkrati. Patwardhan s kolegi je opisal pojav perikarditisa pri bolniku s Crohnovo boleznijo, omejeno samo na tanko črevo (12). V vseh opisanih primerih sta imela perikardialni in pleuralni punktati značilnosti eksudata, ki je bil steril. Pleuralni izliv torej ni posledica zvišanega hidrostatskega tlaka v sistemske in pljučnem krvnem obtoku zaradi perikarditisa, ampak prizadetosti plevre zaradi vnetnega procesa v sklopu KVČB. V našem primeru pa pleuralna punkcija ni uspela, tako da ne moremo zanesljivo trditi, da je prišlo tudi do vnetja plevre v sklopu KVČB.

V našem in v večini opisanih primerov je bilo zdravljenje s kortikosteroidi uspešno. Patwardhan pa je imel uspehe tudi z indometacinom in acetilsalicilno kislino, vendar je eden od bolnikov kljub temu potreboval še zdravljenje s kortikosteroidi (14, 15).

Med perikarditisom lahko pride do življenjsko ogrožajoče tamponade srca. Če pa je hkrati prizadeta še prevodna srčna miškulatura, pa do kompletnega atrioventrikularnega bloka (16–18).

Zaključek

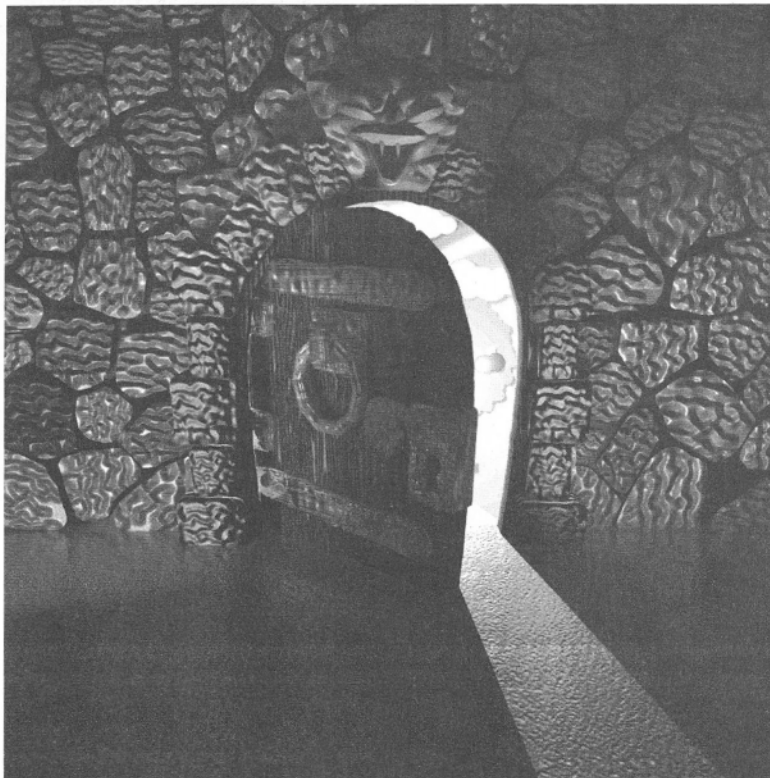
Perikarditis je zelo redek zunajčrevesni pojav KVČB. Ker med perikarditisom lahko pride do tamponade srca, če pa je hkrati

prizadeta še prevodna miškulatura srca, pa do popolnega atri-
oventrikularnega bloka, je izredno pomembno, da ta zaplet KVČB
pravočasno spoznamo. Na perikarditis moramo zato pomisliti pri
vsakem bolniku s KVČB, pri katerem se pojavi bolečina v prsnem
košu, in obratno, ob vsakem perikarditisu neznane etiologije lah-
ko pomislimo tudi na morebitno KVČB.

Literatura

- Rankin GB. Extraintestinal and systemic manifestations of inflammatory bowel disease. *Med Clin North Am* 1990; 74 (1): 39–50.
- Thompson DG, Lennard-Jones JE, Swarbrick ET, Bown R. Pericarditis and inflammatory bowel disease. *QJ Med* 1979; 48 (189): 93–7.
- Manomohan V, Subbuswamy SG, Willoughby CP. Crohn's disease and pericarditis. *Postgrad Med J* 1984; 60: 682–4.
- Farley JD, Thompson ABR, Dasgupta MK. Pericarditis and ulcerative colitis. *J Clin Gastroenterol* 1986; 8 (5): 567–8.
- Gould L, Patel C, Betzu R, Din I. Pericarditis and ulcerative colitis. *Am Heart J* 1986; 111 (4): 802–3.
- Young PC. Colonic and systemic manifestations of chronic ulcerative colitis. *Med Clin North Am* 1967; 57: 1011–3.
- Ružič-Medvešček N. Bolezni perikarda. In: Kocijančič A, Mrevlje F eds. *Interna medicina*. Ljubljana: EWO, 1993; 211–4.
- Pang JA. Acute pericarditis and unusual presentation of an exacerbation of ulcerative colitis. *Med J Australia* 1985; 143: 356–6.
- Mihas AA, Dasher CA. Pericarditis associated with granulomatous colitis. *Am J Gastroenterol* 1977; 68: 494–7.
- Becker SA, Wishnitzer R, Botwin S, Eliraz A, Bass DD. Myopericarditis associated with inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol* 1981; 3: 267–70.
- Mowat NAG, Bennett PN, Finlayson JK, Brunt PW, Lancaster WM. Myopericarditis complicating ulcerative colitis. *Br Heart J* 1974; 36: 724–7.
- Mukhopadhyay D, Nasr K, Grossman BJ, Kirsner JB. Pericarditis associated with inflammatory bowel disease. *J Am Med Assoc* 1970; 211 (9): 1540–2.
- Goodman MJ, Moir DJ, Holt JM, Truelove SC. Pericarditis associated with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Dig Dis* 1976; 21 (2): 98–102.
- Patwardhan RV, Heilepern J, Brewster AC, Darrah JJ. Pleuropericarditis: an extraintestinal complication of inflammatory bowel disease. *Arch Intern Med* 1983; 143: 94–6.
- Granot E, Rottem M, Rein AJJT. Carditis complicating inflammatory bowel disease in children. *Eur J Pediatr* 1988; 148: 203–5.
- Breitenstein RA, Salel AF, Watson DW. Chronic inflammatory bowel disease: acute pericarditis and pericardial tamponade. *Ann Intern Med* 1974; 81 (3): 406–6.
- Rheingold OJ. Inflammatory bowel disease and pericarditis. *Ann Intern Med* 1975; 82 (4): 592–2.
- Thuesen L, Sorensen J. Ulcerative colitis complicated by myopericarditis and complete atrioventricular block. *Ugeskr Laeger* 1979; 141: 2760–1.

Izhod iz depresije...



Portal[®]
fluoksetin

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

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



lek

Natančno navodilo o zdravilu lahko dobite pri proizvajalcu

Strokovni prispevek/Professional article

TROMBOTIČNA TROMBOCITOPENIČNA PURPURA – PRIKAZ KLINIČNEGA PRIMERA

THROMBOTIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA WITH CASE REPORT

Samo Zver¹, Marko Noč², Matija Horvat², Rafael Ponikvar³¹ Klinični oddelek za hematologijo, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana² Klinični oddelek za intenzivno interno medicino, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana³ Klinični oddelek za nefrologijo, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Prispelo 1996-10-18, sprejeto 1997-01-17; ZDRAV VESTN 1997; 66: 187-9

Ključne besede: trombocitopenija; mikroangiopatična hemolitična anemija; izmenjava plazme; prostaciklin

Izvleček—Izhodišča. Opisan je primer bolnika s trombocitopenično purpuro. Bolezen je prizadela vse organske sisteme, predvsem pa ledvici, pljuča in osrednje živčevje. Poleg razdibavanja (umetne ventilacije) in hemodialize smo bolnika zdravili z izmenjavo plazme, glukokortikoidi in prostaciklinom.

Zaključki. Zdravljenje je bilo uspešno in bolnik normalno živi že tri mesece. Povzet je tudi kratek pregled literature o tej sicer redki bolezni in vrstah zdravljenja.

Uvod

Trombotična trombocitopenična purpura (TTP) je redka bolezen, ki jo je pri 16-letnem dekletu prvi opisal Moschowitz (1). Njena incidenca v Združenih državah Amerike je 3,7/1.000.000 prebivalcev, zdi pa se, da je bolezen v porastu (2). Skoraj dvakrat pogostejše zbolevalo ženske, predvsem mlajše. Za bolezen so značilni nenadni porast telesne temperature, ledvična odpoved, prizadetost osrednjega živčevja (glavobol, zmedenost, pareze, motnje govora, epileptični napadi, postopno slabšanje zavesti vse do kome), trombocitopenija in mikroangiopatična hemolitična anemija. Vranica navadno ni povečana (3). Ker je zgodnji začetek zdravljenja zelo pomemben, za postavitev diagnoze zadoščata poleg klinične slike že samo mikroangiopatična hemolitična anemija in trombocitopenija (4). TTP lahko nastopi kot primarna oziroma idiopatična oblika ali pa kot sekundarna. Sekundarna TTP se lahko pojavi v nosečnosti, med zdravljenjem s citostatiki, ob presaditvi kostnega mozga ali ob okužbi z virusom HIV (5).

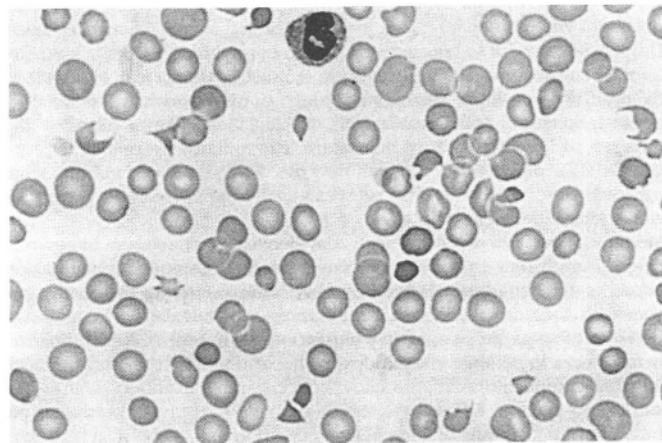
Med laboratorijskimi izvidi izstopata trombocitopenija in anemija. Anemija nastane zaradi intravaskularne hemolize, ki je posledica mikroangiopatije. Zato nastajajo fragmentirani eritrociti, ki jih imenujemo shizociti (sl. 1). Vedeti pa moramo, da je število shizocitov lahko tudi nizko ali pa so celo odsotni (6). Glede na stopnjo hemolize sta v serumu zvečani vrednosti indirektnega bilirubina in laktatne dehidrogenaze (LDH). Te so lahko zelo visoke. Neposredni Coombsov test je negativen. Število levkocitov je pri polovici bolnikov zvečano (7). V urinu pogosto ugotovimo mikroskopsko hematurijo in proteinurijo, zaradi ledvične odpovedi pa sta zvečana tudi sečnina in kreatinin v serumu.

Osnovno patofiziološko dogajanje pri TTP je na ravni mikrocirkulacije. V tem je TTP podobna hemolitično-uremičnemu sindromu

Key words: thrombocytopenia; microangiopathic hemolytic anemia; plasma exchange; prostacyclin

Abstract – Background. We present a patient with thrombotic thrombocytopenic purpura, which involved different organs and, especially kidneys, lung and central nervous system. In addition to mechanical ventilation and haemodialysis, he was treated with plasma exchange, glucocorticoids and prostacyclin.

Conclusions. The treatment was successful and the patient has been in good health for three months. A short review of the literature on thrombotic thrombocytopenic purpura and different treatment modalities is also provided.



Sl. 1. Fragmentirani eritrociti – shizociti.

Fig. 1. Red cell fragmentation – schizocytes.

(HUS) in danes nekateri menijo, da gre za dve različni obliki sicer istega bolezenskega procesa (7). V terminalnih arteriolah in kapilarah nastajajo številni majhni trombi, ki vsebujejo agregirane trombocite, veliko von Willebrandovega faktorja (vWF) in malo fibrinogena oziroma fibrina (8). Etiologija bolezni je nejasna. Opisani so primeri pojavljanja TTP v družini (9). Večkrat so TTP opazili pri bolnikih z revmatičnimi boleznimi, zato so sumili, da povzroča avtoimuni vaskulitis poškodbo žilja in posledično TTP (10). V zadnjem času so pri bolnikih s TTP odkrili nenavadno velike multimerne oblike vWF, kakršnih v plazmi zdravih ljudi ni (11).

Večje molekule vWF, ki imajo večjo agregacijsko in adhezivno aktivnost za trombocite, se lahko sproščajo v krvni obtok ob poškodbah žilnega endotelija in sprožijo TTP. Kot možni vzrok TTP opisujejo (12) tudi povečano razgradnjo prostaciklina (PGI 2). PGI 2 nastaja predvsem v intimi krvnih žil in je najmočnejši zaviralec agregacije trombocitov, poleg tega pa še močan vazodilatator. Možno je, da gre za pomanjkanje stabilizirajočega dejavnika za prostaciklin, apolipoproteina A-1 v plazmi bolnikov (13). Prav tako ni moč izključiti zavore sinteze prostaciklina v žilnem endoteliju (14).

Vse do začetka osemdesetih let je bilo zdravljenje TTP redko uspešno. Leta 1927 so opisali prve splenektomije, leta 1957 pa zdravljenje z glukokortikoidi (15). Kljub omenjenemu zdravljenju je bila smrtnost zaradi TTP sredi šestdesetih let še vedno okoli 90% (16). Konec sedemdesetih let se je začelo obdobje zdravljenja TTP s plazmaferezo in uporabo sveže zmrznjene plazme kot nadomestne tekočine. Takšno zdravljenje je danes uspešno pri 81% bolnikov (17). Če je zdravljenje s plazmaferezo uspešno, se TTP v večini primerov ne ponovi. 10 do 30% bolnikov pa kljub temu doživi ponovitev bolezni, kar imenujemo intermitentna TTP. Če se ponovitve bolezni ponavljajo v rednih časovnih obdobjih, lahko govorimo o kronični recidivantni TTP. Poleg plazmafereze z uporabo sveže zmrznjene plazme in infuzij sveže zmrznjene plazme danes za zdravljenje TTP uporabljamo še glukokortikoide in antitrombocitna zdravila. Splenektomija ima pomen le še pri rezistentnih oblikah TTP (18).

Prikaz kliničnega primera

40-letni bolnik, sicer vedno zdrav, je bil dva dni pred sprejemom v Center za intenzivno interno medicino (CIIM) pregledan na oddelku Internistične prve pomoči. Povedal je, da je približno osem ur pred pregledom dobil občutek hladnih in bolečih stopal. Tudi prstov na nogah ni več čutil. Ob pregledu sta bila spodnja uda pod kolenom hladnejša, stopala pa bleda, hladna in marmorirana. Kapilarna polnitev je bila upočasnjena, pulzi arterij na stopalih pa slabo tipni. Ostali klinični status je bil v mejah normalnega. Laboratorijske preiskave krvi in urina niso bile narejene.

Naslednji dan so ga napolili v ambulanto za žilne bolezni, od tam pa sprejeli na interni oddelek. Ob sprejemu je naknadno povedal, da ima že nekaj dni vročino nad 40 °C, da je večkrat bruhal in odvajal tekoče blato. Laboratorijski izvidi so bili naslednji: število eritrocitov $3,5 \times 10^{12}/L$; koncentracija hemoglobina 120 g/L; levkociti $9,5 \times 10^9/L$; trombociti $17 \times 10^9/L$; v diferencialni beli krvni sliki pomik v levo in 5% shizocitov; sečnina 42 mmol/L; kreatinin 660 $\mu\text{mol}/L$; LDH 87 $\mu\text{kat}/L$; celokupni bilirubin 24, nevezan pa 16 $\mu\text{mol}/L$. Testi hemostaze, elektrokardiogram srca in rentgenska slika pljuč so bili v mejah normalne. Z ultrazvokom trebuha smo ugotovili povečana, strukturno zgoščena jetra, normalno veliko vranico in znake akutne ledvične odpovedi.

Menili so, da gre za sepsis in začeli zdravljenje s ceftriaksonom in netilmicinom. Zaradi anurične oblike ledvične odpovedi je bolnik dobival visoke odmerke furosemda in dopamina v ledvičnem odmerku. Poleg tega so sumili na sočasno potekajočo diseminirano intravaskularno koagulacijo (DIK), zato so ga začeli zdraviti s heparinom iv. Ker sta se kmalu pojavili hematemeza in petehije v koži udov, so heparin ukinitili. Prejemati je začel transfuzije koncentriranih eritrocitov, koncentriranih trombocitov in svežo zmrznjeno plazmo. Ker se krvavitev iz prebavil ni ustavila, predvsem pa zaradi slabšanja akutne dihalne in ledvične odpovedi, so bolnika po enem dnevu premostili v CIIM.

Ob sprejemu v CIIM je bolnik poleg hematemeze krvavel še iz sluznic nosne in ustne votline. Na prstih nog je nastajala suha gangrena. Pri urgentni gastrokopiji smo sklerozirali krvaveče varice požiralnika in ugotovili še erozivno gastropatijo in bulbitis. Zaradi anurije smo začeli s hemodializo. Ker se je poglobljala tudi dihalna stiska, smo ga intubirali in začeli z razdihavanjem (umetno ventilacijo). Laboratorijski izvidi so bili naslednji: število trombocitov $79 \times 10^9/L$, 15% shizocitov v periferni krvi, LDH 163,7 $\mu\text{kat}/L$, celokupni bilirubin 47, nevezan pa 33 $\mu\text{mol}/L$. Protrombinski čas (PČ) in parcialni trombotoplastinski čas (PTČ) sta bila blago podaljšana, zvečani pa sta bili tudi koncentracija fibrinogena in razgradnih produktov fibrinogena (FDP). Ob pregledu vseh anamnestičnih podatkov in laboratorijskih preiskav smo postavili sum na TTP. Še isti dan smo opravili prvo plazmaferezo, med katero smo izmenjali 9000 ml plazme in jo nadomestili s svežo zmrznjeno plazmo. Naslednji dan se je vrednost LDH prepolovila na 84,1 $\mu\text{kat}/L$, delež shizocitov pa zmanjšal na 8%. Zaradi ugodnega

učinka smo nadaljevali z dnevnimi izmenjavami 3000 ml plazme. Deveti dan zdravljenja v CIIM-u, po šestih plazmaferezah, smo beležili že skoraj normalne vrednosti LDH, zmanjšanje koncentracije nevezanega bilirubina in le 1% shizocitov v periferni krvi. Število trombocitov je bilo še vedno močno zmanjšano, na okoli $20 \times 10^9/L$. Ustavile so se tudi krvavitve iz sluznic nosne in ustne votline ter prebavil.

Peti dan zdravljenja smo uvedli še intravensko infuzijo PGI 2 (preparat Flolan), sprva v odmerku 7 ng/kg/min, nato pa 10 ng/kg/min in metilprednizolon 40 mg dnevno iv. Izmed nezaželenih stranskih učinkov PGI 2 smo opažali le rdečico obraza, ne pa tudi arterijske hipotenzije, ki bi zahtevala znižanje odmerka ali celo ukinitve zdravila. Metilprednizolon je prejemal devet dni, PGI 2 pa petnajst dni. Štirinajsti dan so se vrednosti LDH in nevezanega bilirubina normalizirale, delež shizocitov pa zmanjšal pod 1%. Število trombocitov se je zvečalo na $40 \times 10^9/L$. Postopoma so se pojavile diureze, v naslednjih desetih dneh pa se je razvila poliurična faza ledvične odpovedi. Dvajseti dan bolnik ni več potreboval hemodialize. Glede na izboljšanje stanja smo plazmafereze izvajali vsak drugi dan, dobival pa je še infuzije SZP. Enaintrideseti dan se je število trombocitov prvič zvečalo nad $100 \times 10^9/L$, v naslednjih desetih dneh pa celo nad $400 \times 10^9/L$. Z izmenjavo plazme smo zato po sedemnajstih izmenjavah prenehali. Bolnika smo postopoma začeli odvajati od umetne ventilacije in ga štirintrideseti dan uspešno ekstubirali. Znaki zmedenosti, ki so bili sprva še prisotni, so postopoma povsem izzveneli, prav tako pa tudi za blaga hemipareza po levi strani telesa, ki se je nakazovala v začetku bolezni. Opravili smo tudi računalniško tomografijo glave, ki ni pokazala posebnosti. Osemintrideseti dan je imel bolnik epileptični napad vrste grand mal, ki pa se kasneje ni več ponovil.

Zanimivo je, da se je tudi EKG med zdravljenjem spreminjal. Prvi posnetek je bil povsem normalen, nato pa so se pojavili nizki zobci R in globoki zobci S v prekordialnih odvodih V1–V3, ki bi lahko nakazovali akutno ishemično poškodbo v področju sprednje stene. Kasneje so se že opisanim spremembam pridružili še obrnjeni T valovi v levih prekordialnih odvodih V4–V6. Prve dni zdravljenja je prišlo tudi do paroksizma atrijske fibrilacije, ki je izzvenel ob zdravljenju z amiodaronom.

Dvaintrideseti dan je bila zaradi suhe gangrene opravljena transmetatarsalna amputacija vseh prstov na desni nogi in četrtega prsta na levi nogi. Devetintrideseti dan je bil bolnik odpuščen v domačo oskrbo, klinično, kot tudi po laboratorijskih izvidih sodeč, brez znakov TTP. Tudi ob zadnjem pregledu v hematološki ambulanti, dva meseca po odpustu iz bolnišnice je bila TTP v remisiji.

Razpravljanje

40-letnega bolnika smo sprejeli s polno razvito TTP. Imel je visoko telesno temperaturo, krvavel je iz sluznic dihal in prebavil ter bil zaradi akutne ledvične odpovedi anuričen. Zmedenost, ki so jo sprva opredelili kot alkoholni delirij, in kasnejše slabšanje stanja zavesti vse do kome je moč pripisati prizadetosti osrednjega živčevja, ki je značilno za bolezen. Nenavadno huda in do sedaj v literaturi neopisana je bila razvijajoča se gangrena na prstih nog. Tudi izsledki laboratorijskih preiskav so ustrezali TTP. Poleg trombocitopenije so bili izraženi znaki intravaskularne hemolize oziroma mikroangiopatične hemolitične anemije. Ugotovili smo namreč visok delež shizocitov v periferni krvi, zvečane vrednosti nevezanega bilirubina in zelo visoke vrednosti LDH. V diferencialni diagnozi je na prvem mestu prihajala v poštev diseminirana intravaskularna koagulacija (DIK), vendar praktično normalni testi hemostaze tega niso potrjevali. TTP namreč navadno poteka z izolirano trombocitopenijo, brez drugih hudih motenj v hemostazi (19).

Poleg sindroma DIK s sepsis je treba v diferencialni diagnozi izključiti tudi Evansov sindrom (kombinacija avtoimune hemolitične anemije in avtoimune trombocitopenije) in paroksizmalno nočno hemoglobinurijo z trombotičnimi zapleti. Obe bolezni ne potekata z velikim številom shizocitov. Tudi direktni Coombsov test je bil negativen, trombocitnih protiteles pa prav tako nismo ugotovili. Treba je izključiti tudi okužbo z virusi Haantan, hepatitis A, B in C, HIV in leptospiro ter opraviti preiskave za sistemske bolezni veziva.

V zadnjih petnajstih letih je postala plazmafereza z uporabo sveže zmrznjene plazme kot nadomestne tekočine prvo in osnovno zdravljenje TTP. Priporočen volumen odvzete in hkrati nadomeščene

plazme je 40–80 ml/kg telesne teže (4, 10, 20, 21). Pri bolniku smo opravili prvo izmenjavo plazme z 9000 ml, preostalih šestnajst pa z 3000 ml plazme. Izmenjavo plazme opravljamo vsak dan in spremljamo število trombocitov, delež shizocitov in vrednosti LDH. Kazalniki uspešnosti zdravljenja je hitro zmanjšanje vrednosti LDH v serumu (21). Pri našem bolniku je LDH padla z izhodne vrednosti 163,7 na 84,1 že po prvi izmenjavi, po štirih na 35,2 in po sedmih na 8,7 μ kat/L. Tudi delež shizocitov se je hitro zmanjšal. Z 15% na 8% po prvi izmenjavi plazme, na 1,8% po štirih in na 0,5% po sedmih izmenjavah plazme. Število trombocitov je naraščalo počasneje. Po sedmi izmenjavi plazme je prvič naraslo čez 20×10^9 /L, po trinajsti izmenjavi čez 50×10^9 /L in po sedemnajsti, zadnji izmenjavi plazme prek 100×10^9 /L. Kot priporočajo, smo ob izboljšanju pogostnost izmenjav plazme zmanjšali, a z njimi nadaljevali v vse redkejših presledkih še deset dni. Na dneve brez izmenjav je bolnik dobival infuzije SZP. Sicer je zdravljenje samo z infuzijami SZP manj uspešno od izmenjave plazme (21). Mehanižem ugodnega delovanja izmenjave plazme pri bolnikih s TTP ni znan. Možno je, da z izmenjavo odstranimo škodljivo sestavino v plazmi bolnikov (npr. velike multimerne vWF) ali pa nadomestimo manjkajočo sestavino (npr. prostaciklin).

Druge vrste zdravljenja niso tako uspešne, kot je plazmafereza z uporabo sveže zmrznjene plazme. Še največ izkušenj je z glukokortikoidi. V eni izmed raziskav pred obdobjem izmenjave plazme so ugotovili 10% uspešnost zdravljenja (22). Priporočajo prednizolon v odmerku 1–2 mg/kg telesne teže dnevno. Danes ob zdravljenju z izmenjavo plazme glukokortikoidi verjetno nimajo pravega pomena (23). Kljub temu smo tudi našemu bolniku devet dni dajali metilprednizolon, katerega vpliv na izhod zdravljenja ni bil jasan.

Med zdravili, ki delujejo na trombocite, omenjajo aspirin, dipiridamol, dekstran in prostaciklin (12, 22, 24). Zaradi antiagregacijskega in vazodilatatornega učinka prostaciklina in podatkov o uspešnih zdravljenjih smo peti dan zdravljenja uvedli preparat prostaciklina Flolan (12). Po petnajstih dneh smo zdravljenje s prostaciklinom prekinili, ker nam je zdravila zmanjkalo. Uspešnost zdravljenja s prostaciklinom težko ocenjujemo, saj smo pri bolniku istočasno izvajali tudi izmenjave plazme. Vsekakor pa razen rdečice obraza, ki bi lahko bila tudi posledica zdravljenja z glukokortikoidi, nismo opazili klinično pomembnih nezaželenih stranskih učinkov zdravila, kot so padec krvnega tlaka, bradikardija, bruhanje ali krvavitve.

Če se TTP ne odzove na plazmaferezo, nekateri priporočajo splenektomijo (18), velike odmerke imunoglobulinov (25), vinkristin (26) in imunosupresivna zdravila (27, 28). Koncentrirane trombocite pri TTP odsvetujejo, razen če gre za življenjsko nevarne krvavitve, kot je na primer krvavitev v osrednje živčevje (23).

Akutni relapsi TTP se pojavijo večinoma že teden dni potem, ko s plazmaferezo prenehamo. Kasni relapsi, ki se pojavijo po vsaj mesec dni trajajoči remisiji TTP, so redkejši. Do njih pride pri 16–25% bolnikov (29). Zanesljivega kliničnega in laboratorijskega kazalnika, ki bi napovedoval relaps bolezni, ni. Morda bi to lahko bili veliki multimeri vWF, ki jih včasih še najdemo v plazmi bolnikov po uspešnem zdravljenju z izmenjavo plazme (11). Za določanje velikosti vWF pri nas ni laboratorijskih možnosti. Tudi pri kasnih relapsih je zdravljenje z izmenjavo plazme večinoma uspešno.

Trajne posledice TTP ostanejo le pri približno 10% preživelih bolnikov (23). Najpogosteje gre za kronično ledvično odpoved in neurološke motnje. Verjetnost trajnih posledic je večja, če z zdravljenjem začnemo pozno. Zato je hitra postavitve diagnoze zelo pomembna. Pri našem bolniku so posledice TTP izzvenele. Prišlo je le do izgube prstov na nogah. Glede na EKG in dinamiko encimov je sicer možno, da je prebolel tudi miokardni infarkt sprednje stene, katerega morebitnih zapletov nismo ugotavljali. Znaki blage hemipareze po levi strani telesa, ki so lahko bili posledica piramidne okvare osrednjega živčevja, so izginili, tako da je bil neurološki status ob odpustu normalen. Svoji po ozdravitvi niso opazili osebnostne spremenjenosti bolnika.

Sklep

Kljub dejstvu, da je TTP redka bolezen, jo moramo poznati kot diferencialno-diagnostično možnost predvsem pri sindromu DIK, sistemskih boleznih veziva in nekaterih okužbah. Verjetno postavimo diagnozo TTP precej bolj poredko, kot je njena dejanska incidenca. Hitra in pravilna postavitve diagnoze TTP nam omogoča takojšen začetek zdravljenja s plazmaferezo, s čimer dosežemo ozdravitev večine bolnikov in preprečimo kasne posledice bolezni.

Literatura

- Moschowitz E. An acute febrile pleiochromic anemia with hyaline thrombosis of the terminal arterioles and capillaries. *Arch Intern Med* 1925; 36: 89–9.
- Torok TJ, Holman RC, Chorba TL. Increasing mortality from TTP in the United States – analysis of national mortality data 1968–1991. *Am J Hematol* 1995; 50: 84–90.
- Saracco SM, Farhi DC. Splenic pathology in thrombotic thrombocytopenic purpura. *Am J Surg Pathol* 1990; 14: 223–3.
- Rock GA, Shamuk KH, Buskard NA et al. Comparison of plasma exchange with plasma infusion in the treatment of TTP. *N Engl J Med* 1991; 325: 393–3.
- Thomson CE, Damon LE, Ries CA, Linker CA. Thrombotic microangiopathies in the 1980's: clinical features, response to treatment and the impact of the human immunodeficiency virus epidemic. *Blood* 1992; 80: 1890–5.
- Salant DJ, Colvin RB. Case reports of the Massachusetts General Hospital. *N Engl J Med* 1990; 323: 1050–0.
- Streiff M, Bell WR. Thrombotic thrombocytopenic purpura-hemolytic uremic syndrome. *Curr Opin Hematol* 1993; 1: 274–4.
- Asada Y, Sumiyoshi A, Hayashi T, Suzamiya K, Kaketani K. Immunohistochemistry of vascular lesions in thrombotic thrombocytopenic purpura, with special reference to factor VIII related antigen. *Thrombosis Res* 1985; 38: 469–79.
- Norkin SA, Freedman HH, Evans GW. Thrombotic thrombocytopenic purpura in siblings. *Am J Med* 1967; 43: 294–4.
- Jan BE, Houtman PM, Kallenberg CGM et al. Thrombocytopenia and hemolytic anemia in a patient with mixed connective tissue disease due to thrombotic thrombocytopenic purpura. *J Rheumatol* 1988; 15: 1174–4.
- Moake JL, McPherson PD. Abnormalities of von Willebrand factor multimers in thrombotic thrombocytopenic purpura and haemolytic-uremic syndrome. *Am J Med* 1989; 87: 3–9N.
- Chen YC, Hall ER, McLeod B, Wu KK. Accelerated prostacyclin degradation in thrombotic thrombocytopenic purpura. *Lancet* 1981; 2: 267–9.
- Yui Y, Aoyama T, Morishita H et al. Serum prostacyclin stabilizing factor is identical to apolipoprotein A-1 (Apo A-1). *J Clin Invest* 1988; 82: 803–7.
- Alam AN, Abdal NM, Wahed MA et al. Prostacyclin concentrations in haemolytic-uremic syndrome after acute shigellosis in children. *Arch Dis Child* 1991; 66: 1231–1.
- Shapiro HD, Doktor D, Chung J. Thrombotic thrombocytopenic purpura: report of a case with remission after splenectomy and steroid therapy. *Ann Intern Med* 1957; 47: 582–5.
- Amorosi EL, Ultmann JE. Thrombotic thrombocytopenic purpura: Report of 16 cases and review of the literature. *Medicine* 1966; 45: 139–9.
- Hayward CPM, Sutton DM, Carter WH. Treatment outcomes in patients with adult thrombotic thrombocytopenic purpura-haemolytic uremic syndrome. *Arch Intern Med* 1995; 154: 982–7.
- Liu ET, Linker CA, Shuman MA. Management of treatment failures in thrombotic thrombocytopenic purpura. *Am J Hematol* 1986; 23: 347–7.
- Takahashi H, Takewaki W, Nakamura T et al. Coagulation studies in thrombotic thrombocytopenic purpura, with special reference to von Willebrand factor and protein S. *Am J Hematol* 1989; 30: 14–4.
- Blitzer JB, Granfortuna JM, Gottlieb AJ et al. Thrombotic thrombocytopenic purpura: Treatment with plasma exchange. *Am J Hematol* 1987; 24: 329–9.
- Taft EG. Advances in the treatment of TTP. *Prog Clin Biol Res* 1990; 337: 151–1.
- Bukowski RM, Hewlett JS, Reimer RR et al. Therapy of thrombotic thrombocytopenic purpura: An overview. *Semin Thromb Hemost* 1981; 7: 1–1.
- George JN, El-Harake M. Thrombocytopenia due to enhanced platelet destruction by nonimmunologic mechanisms. In: Beutler E, Lichtman MA, Coller BS, Kipps TJ AS eds. *Williams hematology*. 5th ed. New York: McGraw-Hill, 1995: 1295–8.
- Del Zuppo G. Antiplatelet therapy in thrombotic thrombocytopenic purpura. *Semin Hematol* 1987; 24: 130–0.
- Viero P, Cortellazzo S, Buelli M et al. Thrombotic thrombocytopenic purpura and high-dose immunoglobulin treatment. *Ann Intern Med* 1986; 104: 282–2.
- O'Connor NTJ, O'Shea MJ, Hill LF. Vincristine for thrombotic thrombocytopenic purpura. *Lancet* 1992; 340: 490–0.
- Kierdorf H, Maurin N, Heintz B. Cyclosporine for thrombotic thrombocytopenic purpura. *Ann Intern Med* 1993; 118: 987–7.
- Bird JM, Cummins D, Machin SJ. Cyclophosphamide for chronic relapsing TTP. *Lancet* 1990; 336: 565–5.
- Shumuk KH, Rock G. Long-term follow up of patients with TTP. *Blood* 1992; 80: 63a–3a.

SANDOZ

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

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



SANDOZ

vaš partner pri zdravljenju

Informacije in literatura so na voljo pri SANDOZ PHARMA Ltd.
Basel, Predstavništvo za Slovenijo, Dunajska 22, 1511 Ljubljana,
tel. 061/133 04 04, 131 62 65, faks 061/133 96 55

V Sloveniji so na voljo registrirana zdravila:

Lamisil[®] (terbinafin)

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

Leponex[®] (klozapin)

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

Lescol[®] (fluvastatin)

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

Leucomax[®] (molgramostim)

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

Melleril[®] (tioridazin)

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

Miacalcic[®] (kalcitonin)

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

Navoban[®] (tropisetron)

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

Sandimmun Neoral[®] (ciklosporin)

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

Sandostatin[®] (oktreotid)

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

Sirdalud[®] (tizanidin)

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

Syntocinon[®] (oksitocin)

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

Tavegil[®] (klemastin)

- intravenski antihistaminik prvega izbora

Strokovni prispevek/Professional article

ZDRAVLJENJE PSEUDOANEVRIZME FEMORALNE ARTERIJE Z ULTRAZVOČNO VODENIM ZUNANJIM PRITISKOM

TREATMENT OF FEMORAL ARTERY PSEUDOANEURYSM BY ULTRASONOGRAPHICALLY
GUIDED EXTERNAL COMPRESSION

Igor Kranjec¹, Andreja Černe¹, Mirta Koželj¹, Jadranka Buturovič-Ponikvar²

¹ Interna klinika, Klinični oddelek za kardiologijo, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

² Interna klinika, Klinični oddelek za nefrologijo, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Prispelo 1996-11-18, sprejeto 1997-02-20; ZDRAV VESTN 1997; 66: 191-5

Ključne besede: pseudoanevrizma femoralne arterije; zdravljenje z ultrazvočno vodenim zunanjim pritiskom; invazivne preiskave srca

Izvleček – Izhodišča. Pseudoanevrizma femoralne arterije je potencialno nestabilen žilni zaplet srčne kateterizacije. Za preprečitev kasnih posledic moramo pseudoanevrizmo zgodaj odkriti in zdraviti. Klasičen način zdravljenja pseudoanevrizme je kirurški. S študijo smo želeli predstaviti naše prve izkušnje z novim načinom zapiranja pseudoanevrizme s pomočjo ultrazvočno vodenega zunanjega pritiska (UVZP).

Metode. Ultrazvočni pregled femoralne arterije smo izvedli pri 75 bolnikih po srčni kateterizaciji, pri katerih smo s pomočjo kliničnega pregleda dimeljske kotanje sumili, da gre za lokalni zaplet. V študijo smo vključili 6 bolnikov, pri katerih smo pseudoanevrizmo femoralne arterije ugotovili ultrazvočno. Za zdravljenje z UVZP je bilo po ultrazvočnih merilih primernih 5 pseudoanevrizem. Nad vratom pseudoanevrizme smo z ultrazvočno sondo izvajali zunanji pritisk tako, da smo popolnoma prekinili pretok krvi skozi arterijsko okvaro v pseudoanevrizmo, bkrati pa smo ohranili primeren pretok krvi skozi arterijo.

Rezultati. Z UVZP smo uspeli zapreti tri pseudoanevrizme (3/5, 60 %): takojšno trombozo vratu pseudoanevrizme smo dosegli pri dveh bolnikih, zmanjšanje pseudoanevrizme s posledičnim zaprtjem po 12 urah pa pri eni bolnici. Poseg je pri vseh bolnikih potekal brez zapletov. Trajnost uspeha smo potrdili s ponovnim pregledom 24 ur po posegu. Neuspešni smo bili v primeru kasno odkrite velike pseudoanevrizme z dvojnimi vratom in v primeru pseudoanevrizme, ki se je širila proksimalno od ingvinalnega ligamenta v pelvično votlino. Oskrbeli smo ju kirurško.

Zaključki. Sodeč po izkušnjah menimo, da je metoda zapiranja ultrazvočno dostopnih pseudoanevrizem z UVZP enostavna, neinvazivna, komplementarna metoda zdravljenja, ki v izbranih primerih lahko varno nadomesti kirurško korekcijo.

Uvod

Pseudoanevrizma femoralne arterije je poleg hematoma in arteriovenske fistule drugi najpogostejši zaplet na vstopnem mestu pri

Key words: femoral artery pseudoaneurysm; management with ultrasonographically guided external compression; invasive cardiac procedures

Abstract – Background. Femoral artery pseudoaneurysm is potentially unstable complication following cardiac catheterization. The early recognition and prompt treatment of pseudoaneurysm are necessary to prevent further morbidity. Surgical repair is considered to be classical treatment modality. This study was undertaken to evaluate a new method of closing femoral pseudoaneurysms by using ultrasonographically guided external compression (UGEC).

Methods. Ultrasound examination was performed in 75 patients with clinical signs suggesting of vascular complications following cardiac catheterization. Six patients with ultrasonographically disclosed femoral pseudoaneurysm were enrolled in our study. Five pseudoaneurysm was ultrasonographically found to be favourable for UGEC. An external pressure was applied above pseudoaneurysm neck by an ultrasound transducer until extraluminal pseudoaneurysm flow was eliminated while intraluminal flow down the underlying artery was maintained.

Results. UGEC was successful in 3 pseudoaneurysms (3/5, 60%): immediate complete thrombosis was achieved in 2 patients while reduction of pseudoaneurysm with subsequent closure developed in 1 patient 12 hr afterward. No therapeutic complications were encountered. Follow-up ultrasound examination at 24 hr or later confirmed continued closure in all. UGEC failed in patient with pseudoaneurysm located proximal to the inguinal ligament and spreading into pelvic cavity, and in patient with large, double neck pseudoaneurysm discovered late after catheterization procedure.

Conclusions. According to our experience, we believed, the technique of manual obliteration of pseudoaneurysm with UGEC in ultrasonographically selected cases, provides a safe and effective complementary method to surgical intervention.

invazivnih perkutanah posegih na srcu (0,1–1,6% pri diagnostični srčni kateterizaciji, 0,2–6,5% pri PTCA) (1–6). Tveganje za nastanek pseudoanevrizme je večje pri uporabi žilnih katetrov širših premerov (premer katetra \geq 9 French; 1 French = 0,33 mm), pri

številnejših punkcijah arterije ob težavnem pristopu in pri agresivnejšem zdravljenju bolnikov z antikoagulantnimi ali fibrinolitičnimi zdravili (6, 7). Klinični dejavniki tveganja, ki prispevajo k nastanku psevdoanevrizme, so starost bolnika 65 let in več, debelost, nižja rast, arterijska hipertenzija in že obstoječa periferna obstrukcijska bolezen ožilja (5–8).

Psevdoanevrizma femoralne arterije nastane na mestu nezaceljene vnodne okvare žilne stene. Kri v podkožnem tkivu (»pulzirajoči hematomi«), ki se sčasoma omeji s fibrozno ovojnico, je preko vratu povezana z arterijsko svetlino (8). Velikost psevdoanevrizme določa razmerje med intraarterijskim tlakom in tlakom okolnega tkiva (8).

Psevdoanevrizmo lahko klinično zaznamo kot pulzirajočo oteklino v dimeljskem predelu in/ali kot novo nastali šum nad punkcijskim mestom (9). Vendar pa na podlagi kliničnega pregleda zaradi nizke občutljivosti in specifičnosti fizikalnih znakov ne moremo ločevati med posameznimi vrstami žilnih zapletov (hematom, psevdoanevrizma, arterio-venska fistula) (10). Končna diagnoza temelji na ultrazvočnem pregledu, ki je neinvazivna, visoko občutljiva (94%) in specifična (98%) metoda izbora za ugotavljanje, spremljanje in načrtovanje zdravljenja perifernih žilnih zapletov (10–13).

Psevdoanevrizma femoralne arterije je potencialno nevaren žilni zaplet, saj se lahko poveča in se spontano ali že ob minimalni dodatni poškodbi predre (15). Poleg tega lahko s pritiskom na okolne strukture povzroča kompresijski nevropatijo, arterijsko ishemijsko in moten venski odtok, ki lahko povzroči edem uda. Psevdoanevrizma lahko tudi trombozira, embolizira in se okuži (14, 15). Večanje ingvinalne mase in stopnjevanje lokalne bolečine sta prognostično slaba znaka (16).

Zaradi nepredvidljivosti poteka zahteva praviloma vsaka psevdoanevrizma femoralne arterije elektivno ali urgentno korekcijo. Klasičen način zdravljenja je kirurški (16, 17). V zadnjem času se poleg operativnega zdravljenja vse bolj uveljavlja tudi neinvazivno zdravljenje psevdoanevrizme z ultrazvočno vodenim zunanjim pritiskom (UVZP). Uspešnost te metode je po literaturi od 30 do 96 % (18–26).

Namen študije je bil predstaviti naše prve izkušnje z zdravljenjem femoralnih psevdoanevrizem z UVZP pri bolnikih po srčni kateterizaciji.

Bolniki in metode

Študija je potekala od oktobra 1995 do oktobra 1996 na Kliničnem oddelku za kardiologijo v Kliničnem centru v Ljubljani. V tem obdobju je bilo po Seldingerjevi metodi (27) opravljenih 1208 kateterizacijskih posegov (diagnostična srčna kateterizacija, PTCA) s pristopnim mestom v dimeljski kotanji. Ultrazvočni pregled femoralne arterije smo izvedli pri 75 bolnikih, pri katerih smo s pomočjo kliničnega pregleda sumili, da gre za lokalni zaplet. Pogostnost posameznega nenormalnega kliničnega znaka je bila naslednja: bolečina v predelu vbodnega mesta (60 bolnikov), parastezije v spodnji okončini (3 bolniki), podkožna krvavitev (34 bolnikov), oteklina v dimeljski kotanji (29 bolnikov), pulzacije nad vbodnim mestom (4 bolniki), nov šum (9 bolnikov).

Ultrazvočni pregled femoralne arterije smo izvedli vsaj 6 ur po odstranitvi žilnih katetrov. Preiskavo smo opravili z aparatom Acuson 128/X (Acuson Corporation, Mountain View, Canada) in z linearno sondo 7,5 MHz. Hkrati s črno-belo dvodimenzionalno sliko (2B mode) smo preučevali doplerski signal hitrosti in smeri krvnega toka s krivuljo frekvenčnega spektra (pulzni doplerski signal) ali v obliki barvno kodiranega signala (barvni doplerski signal). Ugotovili smo 6 psevdoanevrizem po naslednjih ultrazvočnih merilih (11): 1) prikaz pulzirajoče hipoehogene votline, povezane prek vratu z arterijsko svetlino, 2) prikaz sistoličnega toka krvi iz arterije v votlino psevdoanevrizme in obratnega diastoličnega toka krvi z barvnim doplerskim signalom in z značilnim »sem ter tja« spektralnim doplerskim signalom. Določili

smo lego psevdoanevrizme glede na prizadeto arterijsko steno (anteriorna/posteriorna žilna stena) ter izmerili velikost psevdoanevrizmatske vreče in vratu v dveh premerih. Podatki o bolnikih z ultrazvočno ugotovljeno psevdoanevrizmo femoralne arterije so razvidni v tabeli 1, fizikalni izvid nad vbodnim mestom pa v tabeli 2.

Tab. 1. *Klinični in kateterizacijski podatki pri bolnikih s psevdoanevrizmo femoralne arterije, nastalo po srčni kateterizaciji. PTCA – perkutana transluminalna koronarna angioplastika; F – french; I.U. – internacionalna enota.*

Tab. 1. *Clinical and procedural data in patients with femoral artery pseudoaneurysm resulting from cardiac catheterization. PTCA – percutaneous transluminal coronary angioplasty; F – french; I.U. – international unit.*

Zaporedna številka bolnika	Starost (leta)	Spol	Kateterizacijski poseg	Kateter (F)	Heparin med posegom (I.U.)	Heparin 12 ur po posegu (1000 I.U./h)
Patient's serial number	Age (years)	Sex	Catheterization procedure	Catheter (F)	Heparin during procedure (I.U.)	Heparin 12 hr after procedure (1000 I.U./h)
1	70	ž/f	diagnostika diagnostic	6	3.000	–
2	67	m/m	PTCA	9	10.000	+
3	59	ž/f	diagnostika diagnostic	6	3.000	–
4	63	ž/f	PTCA	9	10.000	+
5	60	ž/f	PTCA + stent	9	10.000	+
6	60	m/m	PTCA	9	10.000	+

Tab. 2. *Fizikalni izvid nad vbodnim mestom pri bolnikih z ultrazvočno ugotovljeno psevdoanevrizmo femoralne arterije po srčni kateterizaciji.*

Tab. 2. *Physical findings at the access site in patients with ultrasoundographically detected femoral artery pseudoaneurysm resulting from cardiac catheterization.*

Zaporedna št. bolnika	Podkožna krvavitev	Oteklina v dimeljski kotanji	Občutljivost	Pulzacije	Nov šum
Patient's serial number	Subcutaneous ecchymosis	Groin swelling	Tenderness	Pulsations	New bruit
1	+	+	+	+	+
2	+	–	+	–	+
3	–	+	+	+	+
4	+	+	+	+	+
5	–	+	+	+	–
6	+	–	+	–	–

Psevdoanevrizme smo zdravili z UVZP po Fellmethovi metodi (18). Nad vratom psevdoanevrizme smo z ultrazvočno sondo izvajali zunanji pritisk tako, da smo skušali popolnoma prekiniti krvni pretok skozi arterijsko okvaro v psevdoanevrizmo, hkrati pa smo ohranili primeren krvni pretok skozi arterijo. V naši študiji je bilo za zapiranje z UVZP primernih 5 psevdoanevrizem z ultrazvočno jasno opredeljenim vratom. Pri preostali sesilni psevdoanevrizmi ocena vratu ni bila mogoča, zato ta način zdravljenja ni bil izvedljiv.

UVZP smo opravili v 15–20-minutnih obdobjih, med katerimi smo sproti preverjali uspešnost posega. V primeru neuspešnega primarnega zdravljenja smo UVZP ponovili 24 ur po prvem poskusu. Najmanj 12 ur po doseženem zaprtju psevdoanevrizme so bolniki popolnoma mirovali, ingvinalni predel pa smo dodatno obremenili z obtežilno vrečko. Trajnost zaprtja psevdoanevrizme smo preverjali s ponovnim ultrazvočnim pregledom 24 ur po uspešnem posegu. Najmanj 2 uri pred UVZP smo pri bolnikih začasno ukiniteli intravensko infuzijo heparina.

Tab. 3. *Ultrazvočne značilnosti in uspešnost zdravljenja femoralnih pseudoanevrizem z UVZP. * – dvojna komunikacija; PA – pseudoanevrizma; AFC – a. femoralis communis; AFS – a. femoralis superficialis.*Tab. 3. *Ultrasound characteristics and outcome of treatment of femoral artery pseudoaneurysms with UGEC. * – double communication; PA – pseudoaneurysm; AFC – common femoral artery; AFS – superficial femoral artery.*

Zaporedna številka bolnika	Žilni pristop	Prizadetost žilne stene	Velikost votline (cm)	Dimenzije vratu (mm)	UVZP (dan/ura po posegu)	UVZP trajanje (min)	UVZP uspeh	Sledenje (dan/rezultat)	Kirurška korekcija
Patient's serial number	Access site	Vessel wall encountered	Cavity size (cm)	Neck dimensions (mm)	UGEC (days/hr after procedure)	UGEC time (min)	UGEC success	Follow-up (day/result)	Surgical correction
1	AFC	anteriorna anterior	1,3×3,6	2,6×2,3	1.	30	+	1,3/-	-
2	AFC	anteriorna anterior	1,1×0,4	1,5×2,1	8 ur 8 hr	45	+	1/-	-
3	AFS	anteriorna anterior	2,4×1,8	1,8×1,9	7.	50	+	1/-	-
4	AFS	anteriorna anterior	3,9×2,7	4,5×2,3 (1,2)*	23. + 25.	80	-	1, 3, 7/+	+
5	AFC	anteriorna anterior	2,6×2,9	2,0×1,7	1.	20	-	1/+	+
6	AFC	posteriorna posterior	0,5×0,8	sesilna PA sessile PA	3.	-	-	240/+	-

Rezultati

Ultrazvočna preiskava pseudoanevrizme femoralne arterije

Z ultrazvočno preiskavo smo ugotovili šest pseudoanevrizem femoralne arterije: pet pseudoanevrizem od 1. do 7. dne (povprečno 2,6 dneva) in eno pseudoanevrizmo 23. dne po srčni kateterizaciji (bolnica št. 4 je bila na Klinični oddelek za kardiologijo Kliničnega centra v Ljubljani premeščena 22. dan po kateterizaciji, ki je bila v drugi bolnišnici). Ultrazvočne značilnosti pseudoanevrizem prikazuje tabela 3. Pri štirih bolnikih smo ugotovili izvor pseudoanevrizme na a. femoralis communis in pri dveh bolnicah na a. femoralis superficialis. Aneurizemska vreča je izhajala iz anteriorne stene arterije pri petih bolnikih in iz posteriorne stene pri enem bolniku. Pet pseudoanevrizem smo zasledili distalno od ingvinalnega ligamenta, eno pseudoanevrizmo (št. 5) pa proksimalno od ingvinalnega ligamenta. Velikost pseudoanevrizem, ki smo jo ocenjevali z največjim vdolžnim ali prečnim premerom votline, je bila od 0,5 do 3,9 cm (povprečno 2,2 cm). Pri petih bolnikih smo izmerili premer vratu (vzdolžni premer 2,5±1,2 mm; prečni premer 2,1±0,5 mm). Pri bolniku s sesilno pseudoanevrizmo ocena vratu ni bila mogoča, pri eni bolnici pa smo ugotovili pseudoanevrizmo, ki je iz arterije izhajala z dvojnim vratom.

Zdravljenje pseudoanevrizme femoralne arterije z UVZP

Z UVZP smo v študiji poskusili zdraviti pet pseudoanevrizem femoralne arterije. S to metodo smo uspešno zaprli tri pseudoanevrizme (3/5 pseudoanevrizem, 60%). Z UVZP nismo uspeli zapreti dveh pseudoanevrizem (2/5 pseudoanevrizem, 40%).

UVZP smo izvajali na dan prvega ultrazvočnega pregleda. Zunanji pritisk je trajal od 20 do 80 min (povprečno 45 min). Poseg je potekal pri vseh bolnikih brez zapletov. Primarni uspeh, to je takojšnje zaprtje okvare žilne stene oziroma trombozo vratu pseudoanevrizme (sl. 1A, 1B), smo dosegli pri dveh pseudoanevrizmah (št. 2 in št. 3). Pri pseudoanevrizmi št. 1 smo z UVZP v prvem poskusu uspeli zmanjšati pretok krvi v vrečo pseudoanevrizme za 75%. Popolno zaprtje pseudoanevrizme smo ugotovili že 12 ur po prvem zdravljenju.

Veliko pseudoanevrizmo (3,9×2,7 cm), ki je iz arterije izhajala z dvojnim vratom (št. 4) in smo jo ultrazvočno ugotovili 23. dan po posegu, smo z UVZP zdravili dvakrat (na dan prvega pregleda 50 min in 2 dni kasneje 30 min). Med posegoma smo sicer uspeli povsem prekiniti pretok skozi obe komunikaciji, vendar je takoj ob popustitvi zunanjega pritiska prišlo do vzpostavitve prvotnega pretoka krvi. Z UVZP smo poskusili zdraviti tudi pseudoanevri-

zmo, ki je izhajala iz a. femoralis communis tik pod ingvinalnim ligamentom in se je širila navzgor in medialno v pelvično votlino (št. 5). Zaradi neugodne lege pseudoanevrizme smo menili, da so možnosti za uspeh izjemno majhne. UVZP smo prekinili po 20 min, ker s sprotim ultrazvočnim preverjanjem nismo opazili izboljšanja.

Ultrazvočno spremljanje pseudoanevrizme femoralne arterije

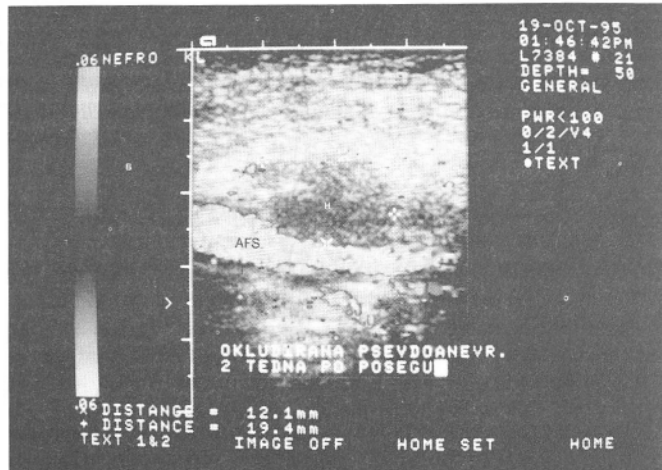
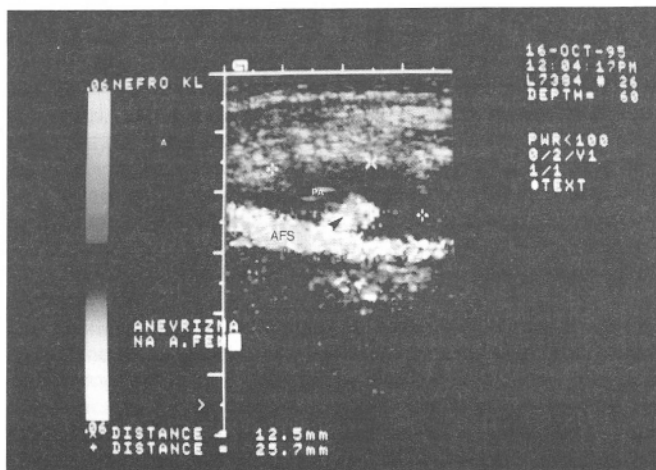
Pseudoanevrizme, ki smo jih s pomočjo UVZP zaprli, smo ponovno ultrazvočno pregledali 24 ur po primarnem uspehu. Pri nobenem izmed njih ni prišlo do recidiva s ponovno vzpostavitvijo pretoka krvi.

Pri dveh pseudoanevrizmah (št. 4 in št. 5), ki ju z UVZP nismo uspeli zapreti, smo s ponovnimi ultrazvočnimi pregledi opazili, da se postopno večata, zato smo se odločili za kirurški poseg. Pri eni izmed njiju je prišlo do okužbe kooperativne rane, ki je zahtevala antibiotično zdravljenje. Konservativno pa smo postopali v primeru manjše sesilne asimptomatske pseudoanevrizme (št. 6). Ultrazvočno smo jo sledili več mesecev po postavljeni diagnozi. Pseudoanevrizma je ostala enako velika.

Diskusija

Zaradi morebitnih nevarnih kasnih posledic moramo pseudoanevrizmo zgodaj odkriti in zdraviti. Urgentno zdravljenje zahtevajo simptomatske pseudoanevrizme (stopnjevanje bolečine in otekline v dimeljski kotanji, edem okončine, znaki kompresije femoralnega živca in arterijske obstrukcije), ki se večajo, ker je možnost rupture v teh primerih večja (13–15). Klasičen način zdravljenja je kirurški, ki pa ni brez tveganja. Zaradi pogostih okužb in slabega celjenja rane operativna korekcija podaljšuje bolnišnično zdravljenje in veča stroške (16, 17). Poleg tega pa zgodnja ukinitve sistemske antikoagulantne zaščite, ki jo kirurško zdravljenje pseudoanevrizme zahteva, lahko ogrozi uspešnost opravljenega posega na koronarnih arterijah (28).

V zadnjih petih letih se vse bolj uveljavlja nov način zdravljenja pseudoanevrizem z UVZP, ki je uspešnost od 30 do 96% (tab. 4). Večina študij o UVZP temelji na manjših skupinah bolnikov, kot je tudi naša (18–24). Če sklepamo po naših posameznih primerih, ugotovimo, da vsaka pseudoanevrizma ni primerna za UVZP. Menimo, da na uspešnost zapiranja vpliva več dejavnikov. Čim daljše je obdobje od nastanka pseudoanevrizme do zdravljenja z UVZP, tem manjša je možnost, da se bo pseudoanevrizma zaprla (št. 4).



Sl. 1. Pseudoanevrizma anteriorne stene a. femoralis superficialis pred zdravljenjem z UVZP (A) in po njem (B). AFS – a. femoralis superficialis; PA – pseudoanevrizma; H – hematoma; ↑ – sistolični tok krvi iz arterije v votlino pseudoanevrizme.

Fig. 1. Pseudoaneurysm at the anterior aspect of the superficial femoral artery before management with UGEC (A) and afterward (B). AFS – superficial femoral artery; PA – pseudoaneurysm; H – hematoma; ↑ – systolic flow of blood from artery into pseudoaneurysm cavity.

Notranja stena pseudoanevrizme se namreč endotelizira v približno mesecu dni, s tem pa se zmanjša trombogenost površine (19). Prav tako vpliva na uspešnost zapiranja jasna prisotnost vratu pseudoanevrizme, ki mora biti dostopen za kompresijo (18). V naši študiji tako ni bila primerna za zdravljenje z UVZP sesilna pseudoanevrizma (št. 6). Pomembna je tudi lega pseudoanevrizme glede na arterijsko steno. Pseudoanevrizme na posteriorni steni niso dostopne za UVZP, ker je z zunanjim pritiskom lahko ogrožujoče moten pretok skozi arterijo. Tudi drugi avtorji navajajo neuspešnost zapiranja pseudoanevrizem z UVZP v takih primerih (18–20, 29, 30). Neuspešni smo bili tudi pri zapiranju pseudoanevrizme proksimalno od ingvinalnega ligamenta (št. 5). Po podatkih iz literature je zdravljenje z UVZP v tem predelu težko izvedljivo, ker ni kostne podpore pri izvajanju pritiska, po drugi strani pa je lahko celo nevarno zaradi težke vzpostavitev hemostaze ob morebitni rupturi pseudoanevrizme med kompresijo (18, 26). Dober uspeh smo dosegli pri zgodaj odkritih pseudoanevrizmah na anteriorni strani arterije z jasno ultrazvočno opredeljivim vratom, ki so se nahajale distalno od ingvinalnega ligamenta. Uspešnost te metode je bila v naši študiji 60-odstotna (3/5 pseudoanevrizem). Poseg je potekal pri vseh bolnikih brez kliničnih zapletov. Glede na izsledke drugih avtorjev omenjamo še kontraindikacije za izvajanje UVZP: 1. okužba pseudoanevrizme, 2. utesnitveni sindrom ingvinalnega predela zaradi pridruženega hematoma in 3. z UVZP povzročena arterijska ishemija (nevarnost nastanka arterijske tromboze) (18, 29–31).

Tab. 4. Objavljeni uspehi zdravljenja pseudoanevrizme femoralne arterije z UVZP.

Tab. 4. Published success of femoral artery pseudoaneurysm treatment with UGEC.

Avtor, leto Author, year	Skupno število bolnikov Total number of patients	Uspeh Success
Fellmeth, 1991	27	26 (96%)
Dorfman, 1991	6	2 (30%)
Feld, 1992	14	8 (57%)
Diprete, 1992	20	12 (55%)
Schwend, 1993	28	20 (71%)
Currie, 1994	9	8 (88%)
Motte, 1994	14	10 (71%)
Cox, 1994	100	94 (94%)
Feng, 1996	29	26 (90%)

Trajnost uspeha smo potrdili s ponovnim pregledom 24 ur po posegu. Ker je verjetnost recidiva več kot 24 ur po UVZP izjemno

majhna (22, 24, 25), smo bolnike po tem času odpustili v domačo oskrbo.

Operativno je bilo potrebno oskrbeti dve arterijski pseudoanevrizmi, pri katerih nismo dosegli uspeha z UVZP. Za kirurški poseg smo se odločili zaradi velikosti, starosti in neustrezne lege pseudoanevrizem. Poseg je bil v obeh primerih uspešen, vendar je tudi v tej številčno skromni skupini bolnikov prišlo pri enem bolniku do najpogostejšega kirurškega zapleta, t.j. do okužbe operativne rane, ki je zahtevala sistemske antibiotično zdravljenje.

Sklep

Pri vseh bolnikih s kliničnimi znaki, ki kažejo na pseudoanevrizmo femoralne arterije, priporočamo rutinski ultrazvočni pregled ingvinalnega predela. Če se diagnoza potrdi, svetujemo takojšnje zdravljenje z UVZP, saj so možnosti za uspeh najboljše v prvih nekaj dneh po nastanku. Dober uspeh lahko pričakujemo pri zgodaj odkritih in zdravljenih pseudoanevrizmah, ki imajo ultrazvočno jasno opredeljen vrat in se nahajajo distalno od ingvinalnega ligamenta. Če dosežemo primarno zaprtje pseudoanevrizme, je verjetnost recidiva po prvih 24 urah izjemno majhna. Po izkušnjah sodeč sklepamo, da je zapiranje ultrazvočno dostopnih pseudoanevrizem z UVZP enostavna in neinvazivna metoda, ki v izbranih primerih lahko varno nadomesti kirurški poseg.

Literatura

1. Skillman JJ, Kim D, Baim DS. Vascular complications of percutaneous femoral cardiac interventions. Arch Surg 1988; 123: 1207–12.
2. Oweida SW, Roubin GS, Smith RB, Salam AA. Postcatheterization vascular complications associated with percutaneous transluminal coronary angioplasty. J Vasc Surg 1990; 12: 310–5.
3. Muller DWM, Shamir KJ, Ellis SG, Topol EJ. Peripheral vascular complications after conventional and complex percutaneous coronary interventional procedures. Am J Cardiol 1992; 69: 63–8.
4. Ricci MA, Trevisani GT, Pilcher DB. Vascular complications of catheterization. Am J Surg 1994; 167: 375–8.
5. Bogart DB, Bogart MA, Miller JT, Farrar MW, Barr WK, Montgomery MA. Femoral artery catheterization complications: A study of 503 consecutive patients. Cathet Cardiovasc Diagn 1995; 34: 8–13.
6. Babu SC, Piccorrelli GO, Shash PM, Stein JH, Clauss RH. Incidence and results of arterial complications among 16,350 patients undergoing cardiac catheterization. J Vasc Surg 1989; 10: 113–6.
7. Kranjec I, Koželj M, Černe A, Buturovič J. Femoral access site complications after percutaneous coronary interventions. Cor Europaeum 1996; 5 (4): 126–30.
8. Rapoport S, Sniderman KW, Morse SS, Proto MH, Ross GR. Pseudoaneurysm: a complication of faulty technique in femoral arterial puncture. Radiology 1985; 154: 529–30.

9. Cohen GI, Chan KL. Physical examination and echo Doppler study in the assessment of femoral artery complications following cardiac catheterization patients. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1990; 21: 137-43.
10. Helvie MA, Rubin JM, Silver TM. The distinction between femoral artery pseudoaneurysms and other causes of groin masses: Value of duplex Doppler sonography. *Am J Radiol* 1988; 150: 1179-82.
11. Mitchell DG et al. Femoral artery pseudoaneurysm: diagnosis with conventional duplex and color doppler US. *Radiol* 1987; 165: 687-90.
12. Coughlin BF, Pausther DM. Peripheral pseudoaneurysms: Evaluation with duplex US. *Radiology* 1988; 168: 339-42.
13. Graham ANJ, Wilson CM, Hood JM, Barros D'Sa AAB. Risk of rupture of postangiographic femoral false aneurysm. *Br J Surg* 1992; 79: 1022-5.
14. Mills JL, Wiedman JE, Robinson JG, Hallet JW. Minimizing mortality and morbidity from iatrogenic arterial injuries: the need for early recognition and prompt repair. *J Vasc Surg* 1986; 4: 22-7.
15. Kresowik TF, Khpur MD, Miller VB. A prospective study of the incidence and natural history of femoral vascular complications after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *J Vasc Surg* 1991; 13: 328-36.
16. Messina LM et al. Clinical characteristics and surgical management of vascular complications in patients undergoing cardiac catheterization. *J Vasc Surg* 1989; 13: 593-600.
17. Roberts SR, Main D, Pinkerton J. Surgical therapy of femoral artery pseudoaneurysm after angiography. *Am J Surg* 1987; 154: 676-80.
18. Fellmeth B et al. Post-angiographic femoral artery injuries: Nonsurgical repair with US-guided compression. *Radiology* 1991; 178: 761-1.
19. Dorfman GS, Cronan JJ. Postcatheterization femoral artery injuries: is there a role for non-surgical treatment? *Radiology* 1991; 178: 629-30.
20. Feld R, Patton GM, Carabasi A. Treatment of iatrogenic femoral artery injuries with ultrasound-guided compression. *J Vasc Surg* 1992; 16: 832-40.
21. Diprete DA et al. Compression US treatment for acute femoral artery pseudoaneurysms in selected cases. *J Ultrasound Med* 1992; 11: 489-92.
22. Schwend RB, Mambusch KP, Kwan KJ, Boyajian RA, Otis SM. Color duplex sonographically guided obliteration of pseudoaneurysm. *J Ultrasound Med* 1993; 12: 609-13.
23. Currie P, Turnbull CM, Shaw TRD. Pseudoaneurysm of the femoral artery after cardiac catheterization: diagnosis and treatment by manual compression guided by doppler colour flow imaging. *Br Heart J* 1994; 72: 80-4.
24. Motte DJ, Hilborn MD, Harris KA. Postarteriographic femoral artery pseudoaneurysms: treatment with ultrasound-guided compression. *Ann Vasc Surg* 1994; 90: 1861-4.
25. Cox GS, Young JR, Gray BR, Grubb MW, Hertzner NR. Ultrasound-guided compression of postcatheterization pseudoaneurysm and arterio-venous fistula complicating percutaneous transfemoral cardiac catheterization. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1994; 19: 683-6.
26. Feng YL, Truit RE, Coggins TR, Gura GM, Conn RD, Good TH. Nonsurgical repair of femoral artery pseudoaneurysm with color flow guided ultrasound transducer compression. *A Jnl. of CV Ultrasound & Allied Tech* 1996; 13 (3): 297-301.
27. Seldinger SI. Catheter placement of the needle in percutaneous arteriography, a new technique. *Acta Radiol* 1953; 139: 368-8.
28. Roubin GS, Agrawal S, Dean LD et al. What are the predictors of acute complications following coronary artery stenting? Single institutional experience. *J Am Coll Cardiol* 1991; 17: 281A-1A.
29. Allen BT, Munn JS, Stevens SL, Sicard GA, Anderson CB, Droste ML, Ludbrook PA. Selective non-operative management of pseudoaneurysms and arteriovenous fistulae complicating femoral artery catheterization. *J Cardiovasc Surg* 1992; 33: 440-7.
30. Oliver RM, Chinn RJS. Femoral artery pseudoaneurysms following catheterization: non-surgical management using ultrasound-guided compression. *Eur Heart J* 1993; 14: Suppl: 460-0.
31. Coley BD, Roberts AC, Fellmeth BD. Postangiographic femoral artery pseudoaneurysms: further experience with US-guided compression repair. *Radiology* 1995; 194: 307-10.

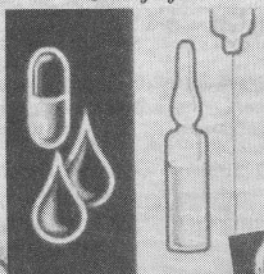
LAJŠANJE BOLEČINE

preprosto in zanesljivo

Akutna in kronična bolečina



Peroralno in parenteralno zdravljenje



Mlajši in starejši bolniki



Hospitalizirani in ambulantni bolniki



Zmerna in močna bolečina



zaupajte

Tramal[®]-u
tramadol HCl

*Oblike: Tramal 50 : 5 ampul po 50 mg tramadol HCl/ml
Tramal 100 : 5 ampul po 100 mg tramadol HCl/2 ml
Tramal kapljice: 10 ml raztopine (100 mg tramadol HCl/ml)
Tramal kapsule: 20 kapsul po 50 mg tramadol HCl
Tramal svečke: 5 svečk po 100 mg tramadol HCl*

Izdeluje: Bayer Pharma d.o.o., Ljubljana
po licenci Grünenthal GmbH



Strokovni prispevek/Professional article

ANALIZA AZBESTNE BOLEZNI V ANHOVEM 1995, 1996

ANALYSIS OF ASBESTOS DISEASE IN ANHOVO 1995, 1996

Zlata Remškar¹, Erika Brenčič²¹ Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Klinični center, 4204 Golnik² Inštitut za rentgenologijo, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Prispelo 1996-12-30, sprejeto 1997-01-29; ZDRAV VESTN 1997; 66: 197-9

Glavne besede: azbestno vlakno; azbestna bolezen**Key words:** asbestos fiber; asbestosis

Izvodilo – Izhodišča. Proučevani so rezultati diagnostične obravnave 244 sedanjih ali nekdanjih delavcev tovarne Anhovo, ki so bili napoteni v diagnostično obravnavo na Inštitut Golnik v razdobju od začetka l. 1995 do decembra 1996 s sumom na azbestno bolezen. Diagnostična obravnava na Inštitutu Golnik je obsegala: klinični pregled, vrednotenje rentgenograma prsnih organov v primerjavi s serijo rentgenogramov prsnih organov, narejenih ob predhodnih obdobjih pregledih delavcev v tovarni Anhovo, preiskavo pljučne funkcije v obsegu spirometrije in transfer faktorja pljuč za CO ter dodatno po potrebi pri posameznem bolniku še računalniško tomografijo prsnih organov visoke ločljivosti, ultrazvočni pregled srca, biopsijo rebrne mreže in transbronhialno biopsijo pljuč. Izvršena je bila tudi primerjava značilnosti novo odkritih bolnikov z azbestozo pljuč, ugotovljenih v razdobju zadnjih dveh let, s stanjem bolnikov z azbestozo, diagnosticiranih v osemdesetih letih.

Zaključki. Pri 193 od 244 napotnih smo potrdili napotni sum na obstoječo azbestno bolezen, in sicer smo pri 119 ugotovili azbestozo plevre, pri 70 azbestozo pljuč in pri štirih obravnavanih malignomsko bolezen pljuč ali rebrne mreže. Karakteristike bolnikov z azbestozo pljuč, ugotovljenih v zadnjih dveh letih, so bile podobne tistim, diagnosticiranim v osemdesetih letih. Nepričakovana je ugotovitev raziskave, da bi pri 106 proučevanih delavcih tovarne Anhovo lahko ugotovili bolezen v povprečju že pred 8,3±5,3 leta. Domnevamo je, da je ugotovljena zakasnitev v diagnosticiranju azbestne bolezni pri proučevanih delavcih tovarne Anhovo skupaj s povečanim številom napotitev v nadaljnjo diagnostično obravnavo na Inštitut Golnik v zadnjih dveh letih posledica spremembe kriterijev, upoštevanih pri napotovanju v nadaljnjo diagnostično obravnavo.

Uvod

Azbest učinkuje v pljučih in na rebrno mrežo fibrogeno in kancerogeno. Njegovi fibrogeni učinki se kažejo z nastankom plakov na parietalni plevri, adhezivnim in/ali eksudativnim plevritisom, azbestozo pljuč in malignomsko boleznijo predvsem rebrne mreže in pljuč. Poimenovanje azbestna bolezen skuša zajeti vsa našeta učinkovanja azbesta (1, 2) in se ne opredeljuje o podrobnejši klinični izraženosti bolezni ter nas še opozarja, da gre za napredujoč bolezenski proces z verjetnostjo napredovanja obstoječih in možnim razvojem novih kliničnih manifestacij bolezni, ki se do časa trenutne obravnave bolnika še niso izrazile. Plevralno prizadetost in malignomsko bolezen zaradi azbesta se je pri delavcih tovarne Anhovo pričelo odkrivati že v sedemdesetih letih. Azbestozo pljuč, to je vnetno intersticijsko bolezen pljuč

Abstract – Background. The results of the diagnostic procedure of 244 present and former workers of Anhovo factory who had been referred to the Institute Golnik with suspicion of having asbestos disease from January 1995 till December 1996 have been analysed. Diagnostic procedure included: clinical examination, evaluation of chest X-rays in comparison to the series of roentgenograms performed at previous examinations of the workers from Anhovo factory, lung function tests including spirometry and transfer factor for CO and additionally if needed high resolution computed tomography of the chest, ultrasound of the heart, biopsy of the pleura and transbronchial lung biopsy. The comparison of the characteristics of newly detected patients with pulmonary asbestosis found in the past 2 years in comparison with the patients with asbestosis diagnosed in 1980-1988 was made.

Conclusions. In 193 out of 244 referred to our Institute the suspicion of the existing asbestos disease was confirmed, i. e. in 119 the asbestosis of the pleura, in 70 asbestosis of the lung and in 4 the malignoma of the lung or pleura were found. The characteristics of the patients with pulmonary asbestosis found in the past two years have been similar to those diagnosed in 1980-1988. Unexpected finding of the study is the fact that the disease could have been diagnosed on average 8.3±5.3 years ago. We suppose the delay in the diagnostics of asbestosis in the patients together with the increased number of referring to the further diagnostic procedure to the Institute Golnik during the past two years, might be due to the change of criteria, considered for referring to the further diagnostic procedure.

zaradi azbesta s pogosto soprizadetostjo plevre, pa v osemdesetih letih. V razdobju od leta 1980 do leta 1988 se je azbestozo pljuč odkrilo pri 87 delavcih iz tovarne Anhovo, ki so bili nato zasledovani v povprečju še pet let. Karakteristike njihove bolezni in njena napredovanja skozi razdobje pet let so bili podrobneje analizirani (3). Citirana raziskava je pokazala, da je bila povprečna starost takrat obravnavanih bolnikov z ugotovljeno azbestozo pljuč 49,8±7,8 leta, ter njihova povprečna doba izpostavljenosti azbestu 21,3±8,1 leta. Dve tretjini bolnikov sta tožili zaradi dispoje v povprečju lahke stopnje ter pri slabi polovici bolnikov je bilo slišati sklerofonijo nad pljuči. V povprečju jim je bila ugotovljena restriktivna ventilatorna motnja lahke stopnje oziroma je bila izmerjena vitalna kapaciteta pljuč (VC) znižana za 23±16% od normale. Potrdila se je tudi odvisnost med rentgensko izraženostjo sprememb in izmerjeno funkcijsko okvaro pljuč. Študija je pokazala

tudi kancerogene učinke azbesta, saj je bil pri 3,8% obravnavanih bolnikov z azbestozo pljuč opazovan v razdobju petih let na novo pojav malignomske bolezni.

Po letu 1988 do vključno leta 1994 je bil dotok napotnih s sumom na azbestno bolezen iz prizadetega področja Anhovega na Inštitut Golnik stalen in se je gibal med 20 do 30 bolnikov na leto.

Vključno z letom 1995 pa se je število napotnih iz Anhovega z napotnim sumom na azbestno bolezen izrazilo stopnjevalo. V razdobju od začetka leta 1995 do decembra 1996 je bilo usmerjenih na Inštitut Golnik s sumom na azbestno bolezen 244 sedanjih ali nekdanjih delavcev iz tovarne Anhovo.

Tako povečano število napotitev v dodatno diagnostično obravnavo na Inštitut Golnik je bil vzrok za pristop k analizi omenjene skupine napotnih, ki jo prikazujemo v nadaljevanju.

Bolniki in rezultati analize

V analizo je bilo vključenih 244 sedanjih ali nekdanjih delavcev tovarne Anhovo, ki so bili v razdobju od začetka l. 1995 do decembra 1996 napoteni na Inštitut Golnik s sumom na azbestno bolezen. Načeloma so bili obravnavani ambulantno. Obseg diagnostičnih postopkov smo prilagajali potrebam potrditve oziroma izključitve napotnega suma na azbestno bolezen. Vsem napotnim smo opravili osnovne diagnostične postopke, ki so potrebni pri diagnosticiranju azbestne bolezni, kot so klinični pregled, rentgenogram prsnih organov v dveh projekcijah ter preiskavo pljučne funkcije v obsegu spirometrije (VC, FEV₁) in izmeritve transfer faktorja pljuč za CO (DLCO). Pri dveh tretjinah napotnih smo imeli na vpogled tudi serijo rentgenogramov prsnih organov, izvršenih ob predhodnih obdobjih pregledih delavcev v tovarni Anhovo. Pri posameznem bolniku smo se nato odločali o potrebnosti dodatnih diagnostičnih postopkov, kot so računalniška tomografija prsnih organov visoke ločljivosti, ultrazvočni pregled srca, biopsijo rebrne mreže in transbronhialno biopsijo pljuč. Z računalniško tomografijo visoke ločljivosti smo predvsem opredeljevali prisotnost oziroma odsotnost intersticijske prizadetosti pljuč, značilne za azbestozo, ki je bila na rentgenogramu prsnih organov neznačilno izražena (4).

Večina napotnih v diagnostično obravnavo na Inštitut Golnik je bila v času pregleda še v delovnem razmerju v tovarni Anhovo, le 61 (to je 25% napotnih) je bilo že upokojenih, in sicer v povprečju 12,91±4,1 leta, med njimi nekateri tudi invalidsko, vendar glede na anamnestične podatke ne zaradi bolezni pljuč. Šestinšestdeset oziroma 27% napotnih je bilo kadilcev. Enainšestdeset oziroma 25% napotnih je bilo žensk. Povprečna starost napotnih je bila 56,2±8,6 leta, povprečno trajanje delovne dobe v Anhovem pa 26,1±9,0 leta.

Šestinosemdeset oziroma 35,2% napotnih je bilo usmerjenih v dodatno diagnostično obravnavo na Inštitut Golnik po zadnjem obdobjem pregledu v tovarni Anhovo, eden je prišel kot samoplačnik, 25 oziroma 10,2% jih je usmerila delovna organizacija kot plačnik njihovega pregleda, preostalih 132 oziroma 54% napotnih je bilo usmerjenih zaradi simptomov, v zvezi s katerimi so sami poiskali zdravniško pomoč ali pa naključnem slikanju prsnih organov pri obravnavi drugih bolezenskih stanj.

Stotrije oziroma 42,2% napotnih je navajalo pri pregledu simptom dispoje praviloma lahke stopnje. Enainpetdeset oziroma 20,9% pregledanih je kašljalo z ekspektoracijo ali brez nje ter 13 oziroma 5,3% napotnih je občutilo seleče se bolečine v prsnem košu. Pri 50 oziroma 20,5% napotnih je bilo slišati inspiratorne pike nad pljučnimi bazami, pri dveh oziroma 0,8% pregledanih pa so bili ugotovljeni betičasti prsti.

Na rentgenogramu prsnih organov je bilo pri 189 oziroma 77,5% pregledanih videti plevralno prizadetost v smislu plevralnih plakov in/ali adhezivnega plevritisa ter v petih primerih eksudativnega plevritisa. Slednji je bil v treh primerih opredeljen za azbestnega in v dveh primerih za karcinomskega. V enem primeru je rentgenska podoba plevralnih sprememb vzbudila sum na mezo-

telium plevre, ki se ga zaradi splošnega stanja bolnika ni patohistološko potrjevalo.

Intersticijska prizadetost se je ugotovila na rentgenogramu prsnih organov pri 53 oziroma 21,7% napotnih. Pri rentgensko vidni intersticijski prizadetosti pljuč je bila glede na rentgensko podobo sprememb v ospredju diferencialnodagnostična dilema med spremenjenostjo pljučnega intersticija zaradi učinkovanja azbesta oziroma zastojnimi pljuči ter znatno redkeje z diferencialno diagnostično možnostjo drugih intersticijskih bolezni pljuč.

Pri dveh oziroma 0,8% proučevanih je bil diagnosticiran karcinom pljuč, in sicer v enem primeru epidermoidalni, v drugem pa adenokarcinom pljuč. Pri slednjem je bil ugotovljen tudi eden od dveh primerov že poprej omenjenega karcinomskega plevritisa. Pri 106 oziroma 43,4% obravnavanih bolnikov so bile vidne rentgenske spremembe prsnih organov, predvsem plevre, značilne za povzročene zaradi azbesta, na poprejšnjih rentgenogramih prsnih organov, in sicer v povprečju 8,3±5,3 leta pred sedanjim pregledom.

Preiskava pljučne funkcije pri celotni skupini 244 obravnavanih v povprečju ni odstopala od normale.

Računalniška tomografija prsnih organov visoke ločljivosti je bila narejena pri 127 oziroma 52% napotnih v obravnavo. Pri 116 oziroma 91,3% izvršenih CT preiskav je bila prikazana plevralna prizadetost, ki bi jo lahko pripisovali učinkom azbesta, pri 50 oziroma 39,4% izvršenih CT preiskav pa intersticijska prizadetost, značilna za povzročeno zaradi azbesta.

Transbronhialna biopsija pljuč je bila indicirana 18-krat oziroma pri 7,4% obravnavanih primerov. V treh primerih je odkrila sarkoidozo, v treh primerih zaprašnost pljuč z azbestom, v šestih primerih azbestozo pljuč ter šestkrat ugotovila neznačilne spremembe pljuč.

Na osnovi prikazanega diagnostičnega postopanja se je ugotovilo pri 70 oziroma 28,7% napotnih v diagnostično obravnavo na Inštitut Golnik azbestozo pljuč, pri 119 oziroma 48,8% obravnavanih azbestozo plevre ter pri štirih oziroma 1,6% napotnih malignom pljuč oziroma rebrne mreže. Pri preostalih 51 oziroma 20,9% napotnih ni bilo ugotovljenih kazalnikov za azbestno bolezen oziroma so bila ugotovljena druga bolezenska stanja.

Ob koncu analize je bila izvršena še primerjava karakteristik bolnikov z diagnosticirano azbestozo pljuč s skupino preostalih bolnikov brez diagnosticirane azbestoze pljuč, kar je prikazano v tabeli 1.

Tab. 1. Primerjava nekaterih kazalnikov med skupino bolnikov z diagnozo azbestoze in preostalimi bolniki.

Tab. 1. The comparison of some between group of patients with asbestosis disease and other patients.

Kazalniki Indexes	Bolniki z azbestozo Patients with asbestosis (n=70)	Preostali napotni Other (n=174)	p
Povprečna starost Average	55,61±8,1 leta/years	56,4±9,2 leta/years	
Spol Gender	16 žensk/female (22,85%)	45 žensk/female (25,86%)	
Kajenje Smoking	13 kadilcev/smokers (18,57%)	53 kadilcev/smokers (30,45%)	
Ekspozicija Exposition	24,3±7,2 leta/years	26,8±8,7 leta/years	
Dispnoe Dispnoe	44 (62,85%)	59 (33,9%)	0,003*
Inspiratorni piki Inspiratory crack	16 (22,85%)	24 (13,79%)	0,098
VC VC	-19,94±16,0%	-8,12±9,5%	0,028*
FEV ₁ FEV ₁	-18,7±19,8%	-8,84±10,6%	0,026*
DLCO DLCO	-17,3±16,7%	-9,22±10,2%	0,039*

Kot je razvidno iz tabele 1, se skupini značilno razlikujeta v pogostnosti izražene kliničnega kazalnika dispnoje ter stopnji ugotovljene okvare pljučne funkcije ($p < 0,05$). Bolniki z azbestozo pljuč so v povprečju večkrat opazovali dispnejo in imeli ugotovljeno tudi izrazitejšo stopnjo restriktivnih ventilatornih motenj v primerjavi s skupino preostalih bolnikov brez ugotovljene azbestoze pljuč.

Diskusija in zaključek

V zaključku lahko ugotovimo, da smo pri 193 oziroma 79% napotnih delavcev iz tovarne Anhovo na Inštitut Golnik v razdobju zadnjih dveh let s sumom na azbestno bolezen napotni sum potrdili. Pri 70 smo ugotovili azbestozo pljuč, pri 119 azbestozo plevre in pri štirih malignomsko bolezen. Petinsedemdeset odstotkov napotnih v diagnostično obravnavo je bilo v času pregleda še zaposlenih v tovarni Anhovo. 35,2% jih je bilo napotnih po zadnjem obdobjem pregledu v tovarni Anhovo.

Karakteristike 70 novo odkritih bolnikov z azbestozo pljuč se pomembno ne razlikujejo od stanja, ugotovljenega pri 87 bolnikih z azbestozo, diagnosticiranih v osemdesetih letih. V povprečju smo tudi tokrat pri bolnikih s pljučno azbestozo ugotovili le lažje restriktivne ventilatorne motnje, kar pa seveda ne izključuje pri posameznem primeru bolnika izmerjenih tudi težjih ventilatornih motenj.

Ponovno smo ugotovili tudi nove primere malignomske bolezni, ki bi jih lahko pripisovali učinkovanju azbesta, če upoštevamo stališče, da je vsak malignom pljuč ali plevre pri poklicno v tolikšni meri izpostavljenem, kot so bili delavci v tovarni Anhovo, ne glede na razvado kajenja, poklicne etiologije (3).

Nekoliko presenetljiva pa je ugotovitev raziskave, da bi pri slabi polovici bolnikov lahko bila azbestna bolezen ugotovljena poprej, to je v povprečju že pred $8,3 \pm 5,3$ leta.

Kako pojasniti ugotovljeno zakasnitev pri diagnosticiranju azbestne bolezni pri proučevanih bolnikih? Kako tudi pojasniti tako povečano usmerjanje bolnikov v dodatno diagnostično obravnavo na Inštitut Golnik v zadnjih dveh letih glede na predhodno razdobje?

Karakteristike diagnosticirane azbestne bolezni se, kot sledi iz prikaza opravljene analize napotnih 244 bolnikov, niso bistveno spremenile glede na osemdeseta leta.

So se spremenili kriteriji, ki so se upoštevali za usmeritev bolnikov v dodatno diagnostično obravnavo?

Bi bilo mogoče, da so bili kriteriji za usmeritev v dodatno diagnostično obravnavo povezani z v zadnjih letih spremenjeno družbeno klimo v Anhovem do problematike azbesta? Bi bilo mogoče, da obstaja povezava med povečanim napotovanjem v dodatno diagnostično obravnavo in prizadevanji, ki so se zaključila s sprejetjem zakona v letošnjem letu o prepovedi proizvodnje in prometa z azbestnimi izdelki ter o zagotovitvi sredstev za prestrukturiranje azbestne proizvodnje v neazbestno?


Dokončnega odgovora ne vemo. Verjetno ga bo razjasnilo nadaljnje spremljanje epidemije azbestne bolezni v Anhovem.

Če pa bi bila domneva vplivanja družbenih dogajanj na odkrivanje bolezni pravilna, bi morali postati zaskrbljeni, kajti le neodvisna zdravstvena služba zagotavlja varnost potencialnega bolnika.

Literatura

1. Beritič T, Kovač S, Kurajica L et al. Kriteriji za diagnozo azbestoze. *Arh Hig Rada* 1984; 35: 363–81.
2. Bateman ED, Benater SR. Asbestos-induced diseases: clinical perspectives. *QJ Med* 1987; 239: 183–94.
3. Remškar Z. Zgodnje odkrivanje azbestoze in objektivno določanje stopnje delazmožnosti prizadetih bolnikov. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1990.
4. Remškar Z, Brenčič E. Računalniška tomografija visoke ločljivosti v diagnostiki plevro-pulmonalne azbestoze. *Zdrav Vestn* 1996; 65: Suppl II: 5–8.

ASPIRIN®



Zdravilo,
ki je lajšalo
bolečine
pred sto leti.

Zdravilo,
ki lajša
bolečine
danes.

Zdravilo,
ki bo lajšalo
bolečine
v prihodnjem stoletju.

produkcija: Studio Moderna, oblikovanje: DVA

Bayer 

Bayer Pharma d.o.o.

1 
Stoletje Aspirina

PODROBNEIŠE INFORMACIJE O ZDRAVILU DOBITE PRI PROIZVAJALCU.

Predlog z dne 9. 4. 1997*

AMANDMAJI K PREDLOGU ZAKONA O ZDRAVNIKIH (ZZAH) – EPA 1433

Namen amandmajev

Zdravniške stanovske organizacije so že maja 1995 sklenile dogovor, po katerem naj bi regulativo zdravništva prevzela Zdravniška zbornica Slovenije, vsebine in programe podiplomskega usposabljanja in izpopolnjevanja ter vsebine specializacij pa naj bi določalo Slovensko zdravniško društvo prek svojih strokovnih sekcij, društev in združenj, sindikatu FIDES pa naj bi bila prepuščena skrb za socialno ekonomski del. Na temelju teh dogovorov je bil **10. maja 1995** predložen ministrstvu za zdravstvo skupen osnutek Zakona o zdravnikih, ki je ta dogovor operacionaliziral. S strani takratnega ministra za zdravstvo je bilo obljubljeni, da bo taka tropartitnost v osnutku Zakona o zdravnikih, ki ga bo v vladno proceduro vložil minister, ohranjena. Ponovno je bila soglasna podpora in obenem tudi zahteva po tropartitem uravnavanju zdravniške problematike potrjena tudi ob pripombah na osnutek Zakona o zdravnikih, ki so jih po prvih usklajevanjih v vladni proceduri oblikovale vse tri zdravniške organizacije ter jih posredovale ministrstvu za zdravstvo **22. marca 1996**. Žal pa je bil v nadaljnjih postopkih usklajevanja osnutek zakona v nekaterih temeljnih spremenjen tako, da je bila za Slovensko zdravniško društvo predvidena le opazovalna vloga pri snovanju podiplomskega izpopolnjevanja in usposabljanja zdravnikov (Poročevalec Državnega zbora RS, 10/96, str. 59–72).

Predstavniki zdravniških organizacij smo prepričani, da bi delitev dela, ki smo jo v skupnem osnutku predvideli, izboljšala delovanje zdravništva, verjetno omogočila pocenitev zdravstva in olajšala težave, s katerimi se le-to srečuje. Le dobro strokovno podkovan zdravnik se zna hitro in racionalno odločati. Da pa bi bil dobro podkovan, je potrebno zagotoviti ustrezno stalno usposabljanje in izpopolnjevanje zdravnikov, za kar je Slovensko zdravniško društvo, v katerega je **prostovoljno vključenih okoli 85% slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov**, vsekakor najboljše usposobljeno, saj ima vzpostavljeno dobro regionalno društveno mrežo, v sklopu katere že sedaj poteka stalno usposabljanje in izpopolnjevanje zdravnikov po regijskem principu, po drugi strani pa ima vzpostavljeno tudi strokovno nadgradnjo s svojimi strokovnimi sekcijami, društvi in združenji, ki povezujejo strokovnjake posameznih ožjih specialnosti v 65 strokovnih podenotah Slovenskega zdravniškega društva. Te strokovne asociacije so organizirane tako, da pokrivajo področja posameznih temeljnih specializacij, kar bo omogočilo vsebinsko reorganizacijo poteka specializacij v Sloveniji v skladu z zahtevami UEMS. Uskladitev programov specializacij z evropskimi normami je nujno zaradi približevanja Evropi. Tako je edino Slovensko zdravniško društvo trenutno usposobljeno, da zagotovi ustrezno stalno podiplomsko izpopolnjevanje in usposabljanje zdravnikov, kar je z dosedanjim 136-letnim delom tudi ves čas dokazovalo.

Primerjava z nekaterimi zahodnoevropskimi državami**

Opozoriti velja, da imajo podoben sistem organiziranja, kot ga predvidevajo ti amandmaji, tudi mnoge evropske države. Ločenost nadzorno upravne funkcije od funkcije strokovnega usposabljanja in izpopolnjevanja ima večina zahodnoevropskih držav. Večinoma opravljajo nadzorno-upravno funkcijo zbornice (ime-

novane v frankofonskih državah – Ordre, v Italiji – Ordini, v Veliki Britaniji in Španiji – Council, v nemških deželah – Ärztekammer), v katere se morajo večinoma zdravniki včlaniti obvezno, stalno strokovno podiplomsko usposabljanje in izpopolnjevanje ter strokovni del specializacij pa vodijo skoraj izključno prostovoljne zdravniške organizacije (društva / societies oz. združenja / associations).

Velika Britanija: Članstvo v British Medical Association je prostovoljno. Vanj je včlanjenih okoli 80% zdravnikov. **Pri svojih odločitvah v zvezi z zdravstvom se vlada s tem društvom predhodno vedno posvetuje.** Društvo je zadolženo za razvoj zdravstvenih in z zdravstvom povezanih znanosti, za stalno usposabljanje in izpopolnjevanje zdravnikov, izdajanje strokovne medicinske literature itd. **Upravne in nadzorne funkcije ne opravlja!** Upravno in nadzorno funkcijo opravlja General Medical Council.

Švica: Članstvo v Swiss Medical Association je prostovoljno. Vanjo je včlanjenih 94% zdravnikov. **Pri svojih odločitvah v zvezi z zdravstvom se vlada s tem društvom predhodno vedno posvetuje.** Ukvarja se s stalnim zdravniškim usposabljanjem in izpopolnjevanjem. **Upravne in nadzorne funkcije ne opravlja!**

Švedska: Obstajata dve organizaciji, ki sta obe prostovoljni. V The Swedish Society of Medicine je včlanjenih 70% zdravnikov. **Pri svojih odločitvah v zvezi z zdravstvom se vlada s tem društvom predhodno vedno posvetuje.** Ukvarja se s stalnim zdravniškim usposabljanjem in izpopolnjevanjem, medicinsko etiko, raziskovalno dejavnostjo v medicini in razvojem zdravstva na Švedskem. **Upravne in nadzorne funkcije ne opravlja!** Swedish Medical Association pa ima zadolžitve v zvezi z nadzorom in upravljanjem ter določene sindikalistične zadolžitve.

Norveška: Članstvo v Norwegian Medical Association je prostovoljno. Včlanjenih je 96% zdravnikov. **Pri svojih odločitvah v zvezi z zdravstvom se vlada s tem društvom predhodno vedno posvetuje.** Ukvarja se s specializacijami, stalnim strokovnim usposabljanjem in izpopolnjevanjem zdravnikov, zdravniško etiko, znanstveno dejavnostjo itd. **Upravne in nadzorne funkcije ne opravlja!**

Nizozemska: Članstvo v Royal Dutch Medical Association je prostovoljno. Združuje 47% zdravnikov. **Pri svojih odločitvah v zvezi z zdravstvom se vlada s tem društvom predhodno vedno posvetuje.** Ukvarja se s stalnim usposabljanjem in izpopolnjevanjem zdravnikov, medicinsko etiko, zagotavljanjem kakovosti in registracijami. **Upravne in nadzorne funkcije ne opravlja!**

Nemčija: Obstaja več organizacij, ki so vse prostovoljne (Hartmannbund – German Medical Association, včlanjenih 30% vseh zdravnikov; Virchowbund, včlanjenih okoli 30% zdravnikov; Marburgerbund – Verband der Angestellten und Beamtenen Ärzten und Ärzte Deutschlands (pretežno sindikalistično orientiran), včlanjenih 50% specialistov in 40% zdravnikov v javnem zdravstvu). **Pri svojih odločitvah v zvezi z zdravstvom se vlada s temi društvi predhodno vedno posvetuje.** Temeljne usmeritve teh združenj so stalno zdravniško usposabljanje in izpopolnjevanje, etična vprašanja, vplivanje na zdravstveno in zdravstvenozavarovalniško politiko itd. **Upravne in nadzorne funkcije ne opravljajo!**

* Po skupnem sestanku predstavnikov Slovenskega zdravniškega društva in Zdravniške zbornice Slovenije z ministrom za zdravstvo dr. Marjanom Jerebom, dne 22. 4. 1997, so bili amandmaji dopolnjeni, amandma na 55. člen pa umaknjen, ker je prišlo do bistvene spremembe člena.

** Vir podatkov: Haffner Jon, Vigen Terje: National Medical Associations in Europe. European Forum of Medical Associations and WHO, 1996.

Irska: Članstvo v Irish Medical Organisation je prostovoljno. Združuje 55–60% zdravnikov. **Pri svojih odločitvah v zvezi z zdravstvom se vlada s tem društvom predhodno vedno posvetuje.** Ukvarja se s stalnim zdravniškim usposabljanjem in izpopolnjevanjem, etičnimi vprašanji, zdravstveno politiko itd. **Upravne in nadzorne funkcije ne opravlja!**

Danska: Članstvo v Danish Medical Association je prostovoljno. **Pri svojih odločitvah v zvezi z zdravstvom se vlada s tem društvom predhodno vedno posvetuje.** Ukvarja se s stalnim usposabljanjem in izpopolnjevanjem zdravnikov, raziskovalno dejavnostjo, etičnimi vprašanji itd. **Deloma opravlja tudi upravne funkcije.**

Finančne posledice amandmajev

Predlagani amandmaji ne bodo povečali porabe javnih sredstev.

BESEDILO ČLENOV

17. člen

Doslej:

Vsebino specializacij določi Zbornica v sodelovanju z Medicinsko fakulteto in Slovenskim zdravniškim društvom.

Predlog:

Vsebino specializacij določi Slovensko zdravniško društvo v sodelovanju z Zbornico in Medicinsko fakulteto.

22. člen

Doslej:

Drugi odstavek:

Program dodatnega izpopolnjevanja določi organizator v sodelovanju s Slovenskim zdravniškim društvom. Program potrdi Zbornica.

Predlog:

Program dodatnega izpopolnjevanja določi organizator izobraževanja v soglasju in s sodelovanjem Slovenskega zdravniškega društva.

55. člen

Doslej:

Zdravnik se mora pri svojem delu ravnati po smernicah strokovno medicinske doktrine, ki jo v dodiplomskem in podiplomskem izobraževanju oblikuje Medicinska fakulteta, v podiplomskem usposabljanju in izpopolnjevanju zdravnikov pa ministrstvo, Zdravniška zbornica in Slovensko zdravniško društvo.

Predlog:

Zdravnik se mora pri svojem delu ravnati po smernicah strokovne medicinske doktrine, ki jo v dodiplomskem izobraževanju oblikuje Medicinska fakulteta v sodelovanju s Slovenskim zdravniškim društvom, v podiplomskem usposabljanju in izpopolnjevanju zdravnikov pa Slovensko zdravniško društvo v sodelovanju z Medicinsko fakulteto.

84. člen

Doslej:

Slovensko zdravniško društvo

- sodeluje pri določanju vsebine podiplomskega usposabljanja in izpopolnjevanja zdravnikov
- predstavlja in zastopa strokovne interese slovenskih zdravnikov v mednarodnih strokovnih združenjih.

Predlog:

Slovensko zdravniško društvo ima naslednja javna pooblastila:

- sodeluje pri oblikovanju dodiplomskega medicinskega izobraževanja
- sodeluje pri oblikovanju strokovne medicinske doktrine v diplomskem študiju
- oblikuje strokovno medicinsko doktrino v podiplomskem usposabljanju in izpopolnjevanju zdravnikov v sodelovanju z ustreznimi katedrami Medicinske fakultete
- določa vsebine specializacij ter podiplomskega usposabljanja in izpopolnjevanja zdravnikov
- predstavlja in zastopa strokovne interese slovenskih zdravnikov v mednarodnih strokovnih združenjih.

Statut regijskega društva, osnutek, usklajen s statutom SZD 3. 4. 1997

Temeljni akt društva (v nadaljevanju tudi: statut) z imenom:

ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO

uskklajen z Zakonom o društvih (Ur. l. R. Slovenije 95/60) in pogodbo o ustanovitvi krovne organizacije

Slovensko zdravniško društvo

Iniciativni odbor za uskladitev ustanovnega akta Društva je posamezno po svojih članih z overovitvijo pri notarju sprejel naslednje prečiščeno besedilo novega temeljnega akta **Društva z imenom:**

Zdravniško društvo.....

v nadaljevanju »društvo«.

I. Poglavje

Splošne določbe

Ime

1. člen

Polno ime društva se glasi:

Slovensko zdravniško društvo – Zdravniško društvo

.....

Skrajšano ime društva se glasi:

Zdravniško društvo

Za mednarodno sodelovanje se uporablja njegov prevod v angleščino skupaj s slovenskim izvirnikom, tako da se glasi:

Slovenian Medical Association, Slovensko zdravniško društvo

..... **Medical society**

Sedež

2. člen

Sedež društva je na naslovu:

.....

.....

Slovenija

Organizacijska oblika

3. člen

Pravno organizacijska oblika združevanja je društvo, ki se na državni ravni povezuje v zvezo z imenom Slovensko zdravniško društvo (v nadaljevanju SZD).

Njegovi člani so zdravniki, na omenjen način včlanjeni v SZD.

Ustanovitelji

4. člen

Ustanovitelji so poleg članov iniciativnega odbora tudi vsi drugi slovenski zdravniki **posamezne regije**, ki so kasneje s podpisom pristopili k temu statutu društva.

Na vseslovenskem kongresa SZD v Portorožu, na katerem so po svojih delegatih sodelovali vsi slovenski zdravniki je bil sprejet najvišji akt SZD kot krovne organizacije, ki določa, da morajo biti vsi akti **regijskih društev**, povezanih v zvezo društev SZD, med seboj usklajeni. Na podlagi tega določila, sprejetega po svojih članih, je dosedanje regijsko društvo z imenom

.....

.....

odločilo, da se uskladi z zakonodajo o društvih tako, da sprejme ta usklajen akt. Za zadostitev pravnih formalnosti potrebnih za registracijo prvih članov se je odločilo, da pooblasti svoje vodstvo razširjeno v iniciativni odbor s tolikimi člani, da se doseže zakonski minimum overjenih podpisov desetih članov.

Članska izkaznica

5. člen

Vsak član društva ima člansko izkaznico SZD.

Društvo ima lahko tudi svojo člansko izkaznico regijskega društva.

Čas trajanja delovanja društva

6. člen

Društvo je ustanovljeno za nedoločen čas.

Društvo kot naslednik prednika

7. člen

Društvo je pravni naslednik

.....(dosedanje ime)

Namen ustanovitve

8. člen

Splošni namen

Namen ustanovitve društva je prostovoljno, samostojno, strokovno, stanovsko, nestransko, neprofitno združevanje fizičnih oseb, to je **zdravnikov**, ki se združujejo zaradi skupnih interesov, opredeljenih v tem aktu v skladu z določbami zakona o društvih in Statuta SZD.

Strokovni namen

Strokovni namen ustanovitve določa 18. člen v III. poglavju tega statuta.

Javni interes

Društvo deluje v javnem interesu, kar dokazuje statusom podeljenim SZD.

Zaščitni znak

9. člen

Društvo ima poleg zaščitnega znaka SZD (*opis in grafična podoba – naknadno*) lahko tudi lasten posebni zaščitni znak (*opis in grafična podoba – naknadno*). Tak lasten znak se uporablja poleg skupnega zaščitnega znaka SZD v zvezi s poslovanjem, na žigu, v zvezi s celotno podobo društva, ter na vizitkah voljenih organov, kadar ti nastopajo v zvezi s poslovanjem društva.

II. Poglavje

Financiranje društva

10. člen

Društvo pridobiva sredstva za svoje delovanje:

- s članarino
- iz materialnih pravic in dejavnosti društva,
- iz prejetih nadomestil za izvajanje javnih pooblastil
- z darili in volili
- s prispevki donatorjev
- iz drugih virov zlasti iz javnih sredstev pridobljenih preko SZD

Presežek prihodkov nad odhodki se uporablja izključno za izvajanje dejavnosti, za katero je bilo društvo ustanovljeno.

Društvo lahko opravlja pridobitno dejavnost samo, ali pa tako kot tudi druge svoje naloge, organizacijsko poveri v izvajanje za to ustanovljeni družbi, (oziroma) fondaciji SZD ali drugemu subjektu v skladu z naravo posamezne naloge.

11. člen

Sredstva, ki jih pridobi društvo za svojo dejavnost, se lahko zbirajo na posebnem podračunu žiro računa Slovenskega zdravniškega društva.

S temi sredstvi razpolaga izključno društvo v skladu s sprejetim finančnim planom in drugimi veljavnimi akti društva in SZD.

Častni član, simpatizer, podporni član in donator

12. člen

V delu društva poleg rednih članov lahko sodelujejo oziroma nastopajo tudi **častni člani** in drugi simpatizerji, zlasti tudi **podporni člani in donatorji**.

13. člen

Naziv **častni član** društva je osebna pravica nosilca, ki jo sme skupaj z znakom društva uporabljati pri svojem predstavljanju (vizitka, memorandum, kuverta), če dobi predhodno soglasje tajnika na konkretno celotno podobo uporabe naziva z znakom. Grafična dokumentacija s soglasjem se arhivira.

14. člen

Pravni ali fizični osebi, državnemu organu ali funkcionarju lahko skupščina društva s posebno listino podeli častni naziv **podporni član** ali **donator** če presodi, da to opravičuje njen prispevek za ohranjanje ali razvoj dejavnosti društva. Ta naziv je lahko tudi omejen z dostavkom — za leto xxxx, če je prispevek tovrstnega značaja. Tovrstni naziv se isti pravni ali fizični osebi, organu ali funkcionarju lahko podeli tudi večkrat. Način pridobivanja naziva, pravice in dolžnosti so opredeljene s pravilnikom tega društva in veljavnimi akti.

15. člen

Naziv podporni član ali donator društva za leto ... (ali obdobje) je osebna pravica nosilca, ki jo sme skupaj z znakom društva uporabljati pri svojem predstavljanju (vizitka, memorandum, kuverta), če dobi predhodno soglasje tajnika na konkretno celotno podobo uporabe naziva z znakom. Grafična dokumentacija s soglasjem se arhivira.

Potrdilo o prispevku podpore društvu pravni ali fizični osebi

16. člen

Nosilcu tega častnega naziva, katerega prispevek je moč finančno ovrednotiti in se ga izkazuje v poslovnih knjigah, se izstavi tudi ustrezno potrdilo za davčni organ.

Potrdila iz prejšnjega odstavka je pristojen izdati tajnik že pred potrditvijo na skupščini. V kolikor skupščina odločitve tajnika ne potrdi, ostane potrdilo v veljavi zgolj kot računovodski izkaz.

Finančno poslovanje

17. člen

Finančno poslovanje društva se izkazuje v skladu z veljavnim računovodskim standardom za društva.

Poročila o poslovanju predhodno pripravi *blagajnik* društva, za tem pa ga sprejme skupščina društva.

Uskladitev s predlogom finančnega poročila SZD pripravi in predlaga v **potrditev** glavnemu odboru SZD generalni sekretar SZD.

Uskladitev se opravi na temelju statuta in posebnega pravilnika SZD.

III. Poglavje

Strokovni cilji, nameni in naloge

18. člen

Cilji so zlasti:

Ohranjanje vloge in pomena zdravniškega poklica, vloge zdravnikov kot intelektualcev v slovenski in mednarodni družbi ter s tem zagotavljanje največje kakovosti in etike nudenja zdravniških storitev zaupanim bolnikom.

Za doseganje ciljev, navedenih v prvem odstavku tega člena, društvo razvija zlasti naslednje naloge iz 18. člena statuta SZD, poleg tega pa samostojno še:

1. usklajuje, spodbuja in usmerja članstvo k stalnemu strokovnemu izobraževanju in usposabljanju,
2. spodbuja znanstveno raziskovalno delovanje svojih članov v okviru strokovnih sekcij, društev in združenj SZD,
3. skrbi za načrtno in usklajeno strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje članstva na področju svoje regije zlasti s tem, da:
 - organizira ali sodeluje pri izpeljavi podiplomskega strokovnega izpopolnjevanja,
 - vodi, organizira ali sodeluje pri izpeljavi stalnega medicinskega izobraževanja in usposabljanja,
 - sodeluje pri vodenju in usklajevanju koledarja podiplomskega zdravniškega /oziroma/ zobozdravniškega izobraževanja v R. Sloveniji, pred uradno objavo tega koledarja ali njegovega dela v uradnem glasilu društva Zdravniški vestnik,
 - skrbi za primerno strokovno raven programov podiplomskega izobraževanja ter
 - za zagotavljanje kakovosti programov in strokovni nadzor te kakovosti na področju svoje regije,
 - organizira ali sodeluje pri organizaciji strokovnih kongresov, simpozijev, tečajev, razstav in strokovnih sestankov,
4. zbira strokovne, statistične in druge podatke, ki so pomembni za regijo in so v interesu članstva
5. razvija metode in oblike dela na področju svoje regije, ki so v interesu članstva
6. ureja in sprejema predloge za priobivanje licenc za svoje člane,
7. posreduje priporočila za pridobivanje strokovnih in častnih nazivov,
8. sodeluje pri oblikovanju zdravstvene mreže na področju svoje regije,
9. vodi, podpira in omogoča založništvo in izdajanje strokovne in poljudnemedicinske literature v slovenskem jeziku ter tujih jezikih,
10. sooblikuje kodeks zdravniškega poklica v skladu s Kodeksom medicinske deontologije in usmeritvami Svetovnega zdravniškega društva (World Medical Association),
11. v skladu s statutom SZD sodeluje z Zdravniško zbornico Slovenije in drugimi zbornicami, državnimi organi ter drugimi organizacijami in organi,
12. sodeluje in se povezuje z mednarodnimi organizacijami v skladu s SZD,
13. v skladu s statutom SZD sodeluje z zbornicami in sindikati na področju ustreznega vrednotenja dela in njihovega statusa,
14. omogoča varstvo in pravno zaščito svojim članom,
15. v skladu s statutom SZD sodeluje pri usmerjanju in oblikovanju zdravstvene politike v R Sloveniji,
16. aktivno sodeluje pri ohranjanju in razvijanju kulturne in zgodovinske dediščine slovenskih zdravnikov,
17. skrbi za kulturno, stanovsko, socialno in športno udejstvovanje svojih članov.

IV. Poglavje

Organi društva

19. člen

Društvo ima naslednje organe:

- skupščino društva
- predsednika društva (lahko tudi enega ali več podpredsednikov)
- upravni odbor
- tajnika društva
- nadzorni odbor
- blagajnika društva

Društvo sodeluje v naslednjih organih SZD:

- glavni odbor (preko izvoljenega predstavnika)

Društvo lahko kandidira svojega člana tudi za naslednje organe SZD:

- predsednika SZD s podpredsednikoma
- generalnega sekretarja z izvršilnim sekretarjem
- sekretariat SZD
- nadzorni odbor
- častno razsodišče
- organe akademije slovenskih zdravnikov

V skladu s statutom SZD lahko imenuje predstavniški, gostovalni ali opazovalni organ pri drugih organizacija in organih v državi ali tujini.

Skupščina

20. člen

Skupščina je najvišji organ društva. Sestavljajo jo vsi člani.

Delo skupščine:

Redna skupščina:

Skupščina se sestaja najmanj 1 krat (enkrat) letno. Vabilo s predlaganim dnevnim redom morajo člani društva prejeti najmanj 14 dni pred predlaganim datumom zasedanja skupščine. Če ni posebej določeno, za sprejem posameznega sklepa zadostuje večina vseh navzočih članov društva. Skupščina je sklepčna, če je navzočih najmanj pol članov. Če skupščina ni sklepčna ob napovedani uri, se skliče ponovno, lahko tudi za isti dan (s istim vabilom). Če skupščina ob ponovnem sklicu ob napovedani uri ni sklepčna, prične z delom kot sklepčna pol ure po napovedani uri začetka po v vabilu predvidenem dnevnem redu. Sklepi so potrjeni z navadno večino glasov prisotnih članov. Vabilo na redno in v tem odstavku omenjeno nadomestno sejo se lahko pošilja hkrati, pri čemer sta lahko obe seji tudi istega dne.

Izredna skupščina:

Izredna skupščina se skliče, kadar to zahteva delovanje društva. O sklicu izredne skupščine odloča upravni odbor.

Upravni odbor je dolžan sklicati izredno skupščino na zahtevo najmanj ene četrtrine članov društva najkasneje v 45 dneh po dani zahtevi.

Vabilo s predlaganim dnevnim redom, datumom, uro in krajem zasedanja morajo člani prejeti najmanj 14 dni pred predlaganim datumom zasedanja izredne skupščine. Izredna skupščina je sklepčna, če je prisotnih najmanj pol članov. Če ni posebej določeno, za sprejem posameznega sklepa zadostuje večina vseh navzočih članov društva.

Dopisna skupščina:

V primeru, da obstajajo tehtni razlogi, se lahko skupščino skliče tudi po dopisni metodi, če so izpolnjeni naslednji pogoji:

- da se vsem članom hkrati pošlje pisno vabilo z izdelanim predlogom sklepov, glede katerih lahko glasuje samo za za, proti ali vzdržan.

Skupščina na dopisni seji odloča z absolutno večino vseh glasov

Skupščino veljavno sklicuje:

- upravni odbor ali tajnik
- štirje člani upravnega odbora ali
- predsednik društva

Skupščina voli:

- predsednika društva,
- podpredsednika društva
- člana glavnega odbora SZD, v kolikor to ni predsednik društva
- upravni odbor
- tajnika društva
- nadzorni odbor
- blagajnika društva
- eventualno člane in predsednika razsodišča ter eventualno tožilca
- kandidate društva za organe SZD

Skupščina obravnava in sprejema:

- program društva,
- spremembe tega akta,
- poročila organov društva
- predloge upravnega odbora
- društveni kratkoročni in dolgoročni finančni plan ter interne finančne obveznosti, v skladu s obveznostmi društva, v skladu z višino finančnih virov društva in v skladu z obveznostmi do SZD.

Poročilo za skupščino pismeno predlaga v sprejem vodja posameznega organa ali organizacijskega delovnega telesa oziroma tajnik.

Za posamezne naloge, kjer ni potrebno sodelovanje vseh članov, lahko skupščina organizira ožje odbore.

Zaradi operativnih nalog, lahko skupščina imenuje posebne komisije.

Upravni odbor**21. člen**

Upravnemu odboru predseduje predsednik društva.

V času med dvema zasedanjima skupščine izvršuje njeno funkcijo.

Upravni odbor sestavljajo predsednik društva, podpredsednik društva, tajnik društva, blagajnik in najmanj trije neposredno na skupščini izvoljeni člani (vsak član ima lahko nadomestnega člana).

Upravni odbor sklepa veljavno, če so bili na sejo vabljeni vsi njegovi člani in je od njih na seji prisotna najmanj polovica. Sklepi so potrjeni z navadno večino. Če je število glasov pri glasovanju izenačeno, velja glas predsednika društva kot odločujoči.

Upravni odbor sklicuje predsednik društva. Na zahtevo najmanj ene tretjine članov, je predsednik dolžan sklicati upravni odbor v roku 8 dni po prejemu zahtevka za sklic.

O sklepih upravnega odbora se vodi zapisnik, ki ga podpišeta predsednik društva in zapisnikar. Zapisnik je potrebno predložiti v potrditev na prvi naslednji seji upravnega odbora.

22. člen

Predsednik društva je častni in predstavniški organ društva. Voli ga skupščina za obdobje 4 let z možnostjo ponovne izvolitve. Po funkciji predseduje tudi upravnemu odboru društva.

V okviru njegove funkcije je v primeru neodločenega glasovanja njegov glas odločilen.

Podpredsednika se voli na enak način kot predsednika, da ga nadomešča po njenem dogovoru oziroma v primeru odsotnosti predsednika.

Tajnik društva**23. člen**

Tajnik je organizacijski izvršilni organ društva s pravico polnopravnega zastopanja društva na temelju statuta in drugih v društvu veljavnih aktov. Voli ga skupščina za obdobje 4 let z možnostjo ponovne izvolitve.

Tajnik je pooblaščen, da podeli posamezno ali generalno pooblastilo drugi osebi za posamezno operativno vrsto opravil. V kolikor da pooblastilo za nedoločen čas, o tem obvesti upravni odbor in nadzorni odbor.

Blagajnik društva**24. člen**

Blagajnik je odgovoren za finančno materialno poslovanje društva, ki ga vodi v sodelovanju z računovodjo SZD. Blagajnik je pooblaščen za podpisovanje računov. Voli ga skupščina za obdobje 4 let z možnostjo ponovne izvolitve.

Nadzorni odbor**25. člen**

Nadzorni odbor sestavljajo trije člani z mandatom 4 let in možnostjo ponovne izvolitve.

Predsednika nadzornega odbora izvoli neposredno skupščina društva. Nadzorni odbor nadzira finančno materialno poslovanje z uporabo ustreznih revizijskih oziroma računovodskih standardov. Nadzorni odbor deluje po posebnem poslovniku.

Razrešitev posameznega funkcionarja**26. člen**

Vsak funkcionar društva je izvoljen kot fizična oseba.

Funkcionarja razrešuje isti organ, ki ga je izvolil, če so za to utemeljeni razlogi.

Kot utemeljen razlog se šteje delovanje v nasprotju z interesi društva.

Funkcionarja se tudi lahko razreši, če za to zaprosi sam.

Razsodišče**27. člen**

V vseh sporih, ki nastanejo zaradi odnosov v društvu ali med posameznimi člani društva, odloča razsodišče.

Društvo lahko imenuje razsodišče ali pa to funkcijo opravi razsodišče na ravni SZD.

Razsodišče deluje na podlagi in izključno v okviru pobude disciplinskega tožilca.

Društvo lahko imenuje tožilca, ali pa to funkcijo opravi tožilec SZD.

V primeru, da je razsodišče izvoljeno, veljajo naslednja pravila: razsodišče sestavljajo 3 osebe. V kolikor je glasovanje neodločno, je odločilen glas predsednika.

Zoper sklep razsodišča se lahko stranka v sporu pritoži na skupščino društva. Sklep skupščine društva je dokončen.

Razsodišče izreka naslednje ukrepe:

- opomin
- opomin pred izključitvijo
- izključitev.

V. Poglavje

Priznanja društva

28. člen

Društvo podeljuje častno članstvo v društvu in priznanja za dosežene uspehe v stroki in za delo v društvu. Praviloma se podeljujejo na skupščini društva.

Pogoje za častno članstvo v društvu in za pridobitev priznanj, njihov namen in ostale podrobnosti urejajo posebni pravilniki v skladu s veljavnimi akti.

VI. Poglavje

Končne določbe

29. člen

Prehodne določbe

30. člen

.....

31. člen

Ta Statut Zdravniškega društva začne veljati z dnem sprejetja dne

Podpisi:

V Ljubljani dne:

KOLENDAR STROKOVNIH SREČANJ V LETU 1997

JANUAR

Nevrološka sekcija	6. januar 1997, Ljubljana	Sodobno zdravljenje cerebrovaskularnega insulta v svetu – Kako pri nas
Sekcija za klinično nevrofiziologijo	10. januar 1997, Ljubljana	Sodobno zdravljenje CVI v svetu in pri nas in Prikaz digitalne elektroencefalografije pri bolniku z epilepsijo
Sekcija za nuklearno medicino	10. januar 1997, Ljubljana	Sestanek sekcije in združenja
Sekcija za otroško in mladinsko psihiatrijo	10. januar 1997, Ljubljana	Psihološko nasilje v družini
Psihoterapevtska sekcija	10. januar 1997, Vojnik	Srečanje psihoterapevtov
Sekcija za klinično nevrofiziologijo	24. januar 1997, Ljubljana	Nizozemski center za motnje spanja in budnosti: organizacija in rezultati delovanja

FEBRUAR

Nevrološka sekcija	7. februar 1997, Ljubljana	Lažje poškodbe glave
Nevrološka sekcija	14. februar 1997, Maribor	Klinična nevrologija – promocija učbenika in predavanje – Sodobni principi kirurškega zdravljenja subarahnoidne krvavitve
Revmatološka sekcija	15. februar 1997, Strunjan	Strokovni sestanek
Sekcija za klinično nevrofiziologijo	21. februar 1997, Ljubljana	Gibalni vzorci normalnih in nevrološko ogroženih novorojenčkov
Sekcija za epileptologijo	27. do 28. februar 1997	Simpozij
Sekcija za citologijo in citodiagnostiko	februar 1997, Ljubljana	Strokovno srečanje

MAREC

Nevrološka sekcija	7. marec 1997, Ljubljana	Narkolepsija
Društvo nefrologov Slovenije	7.–8. marec 1997, Kranjska Gora	Strokovni sestanek
Sekcija za otroško in mladinsko psihiatrijo	14. marec 1997, Ljubljana	Psihoze v otroštvu, diagnostika in terapija
Sekcija za klinično nevrofiziologijo	21. marec 1997, Ljubljana	Možganska smrt
Zdravniško društvo Maribor v sodelovanju	26. marec 1997, Maribor	Medicina in pravo – Mazaštvo, Alternativna medicina
Alergološko-imunološka sekcija	marec 1997, Ljubljana	Strokovni sestanek

APRIL

Sekcija za anesteziologijo in intenzivno medicino	4. do 6. april 1997, Portorož	5. tečaj podiplomskega izobraževanja iz anesteziologije F. E. E. A.
Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino	5. april 1997, Celje	Komunikacija med šolskim zdravnikom in zasebnim zdravnikom
Ginekološka sekcija	9. april 1997, Ljubljana	Strokovni sestanek
Sekcija za otroško in mladinsko psihiatrijo	11. april 1997, Ljubljana	Čustvene in kognitivne posebnosti pri otrocih z epilepsijo
Pediatrična sekcija	11. april 1997, Šentvid pri Stični	Sestanek s svečanostjo ob 40. obletnici Zavoda dr. Marka Gerbca
Nevrološka sekcija	11. april 1997, Ljubljana	Okrogla miza o zdravljenju multiple skleroze z betaferonom
Sekcija za endoskopsko kirurgijo Slovenije	13. do 15. april 1997, Portorož	4. kongres endoskopske kirurgije Slovenije

Združenje za perinatalno medicino	17. do 19. april 1997, Portorož	Učna delavnica – Kardiotokografija in druge metode za nadzor plodovega stanja v nosečnosti in med porodom
Infektološka sekcija v sodelovanju	18. do 19. april 1997, Ljubljana	Strokovni sestanek
Kancerološka sekcija v sodelovanju	18. do 19. april 1997, Bled	11. onkološki vikend – Rak prebavi in lajšanje kr. bolečine
Združenje kardiologov Slovenije	18. do 19. april 1997, Radenci	Radenski dnevi
Sekcija za kemoterapijo v sodelovanju	18. do 19. april 1997, Ljubljana	Infektološki simpozij 1997
Društvo nefrologov Slovenije	18. do 20. april 1997, Kranjska G.	Mednarodno srečanje z nefrologi Makedonije
Sekcija za zobne bolezni in endodontijo	18. do 19. april 1997, Bled	9. Lekovi stomatološki dnevi in 7. simpozij iz zobnih bolezni in endodontije
Sekcija za citologijo in citodiagnostiko	april 1997, Ljubljana	Strokovno srečanje
Revmatološka sekcija	april 1997	Strokovni sestanek

MAJ

Sekcija za otroško in mladinsko psihiatrijo	9. maj 1997, Ljubljana	Psihoterapija pri spolnih zlorabah – teorija in praksa
Urološka sekcija	10. maj 1997, Grad Mokrice	Strokovni sestanek – Novi vidiki zdravljenja raka na prostati, zdravljenje z Androcurom
Sekcija za anesteziologijo in intenzivno medicino	15. do 16. maj 1997, Celovec	Simpozij anesteziologov Alpe-Adria
Sekcija za klinično nevroftiziologijo	16. maj 1997, Ljubljana	Klinična nevropsihologija in kognitivna nevrologija
Nevrološka sekcija	16. maj 1997, Ljubljana	Razmerje med učinkovitostjo in toleranco pri nesteroidnih antirevmatikih
Ginekološka sekcija	16. in 17. maj 1997, Mur. Sobota	Strokovni sestanek
Stomatološka sekcija	23. do 24. maj 1997, Portorož	Slovenski stomatološki dnevi in I. mednarodno srečanje stomatologov srednje Evrope
Endokrinološka sekcija	maj 1997, Bovec	Strokovni sestanek
Združenje otorinolaringologov Slovenije	maj 1997, Ljubljana	Strokovno srečanje
Društvo travmatologov Slovenije	maj 1997, Jesenice	Strokovni sestanek – Zlom vratu stegenice
Urološka sekcija v sodelovanju z Nefrološko sekcijo	maj, junij 1997	Tradicionalni nefrološko-urološki sestanek

JUNIJ

Sekcija za splošno medicino	1. do 3. junij 1997, Portorož	Kongres – Starost v zdravju in bolezni
Ginekološka sekcija	6. junij 1997, Sežana	Strokovni sestanek
Nevrološka sekcija	12. in 15. junij 1997, Ljubljana	Učne delavnice v okviru Svetovnega kongresa »Of the Treatment Concepts«
Društvo nefrologov Slovenije	13. do 14. junij 1997, Kranjska Gora	Strokovni sestanek
Pnevmološka sekcija	13. do 14. junij 1997, Portorož	Strokovno srečanje z mednarodno udeležbo
Sekcija za otroško in mladinsko psihiatrijo	13. junij 1997, Ljubljana	Predstavitve oddelka za mladostnike
Revmatološka sekcija	27. do 28. junij 1997, Portorož	I. evropski kongres
Nevrološka sekcija v sodelovanju s Sekcijo za klinično nevrofiziologijo	28. do 29. junij 1997, Kranjska Gora	Strokovno srečanje
Sekcija za citologijo in citodiagnostiko	junij 1997, Ljubljana	Strokovno srečanje
Infektološka sekcija	junij 1997, Ljubljana	Strokovni sestanek

JULIJ

Sekcija za gastroenterološko endoskopijo	3. do 5. julij 1997, Ljubljana	Tečaj o najmodernejših prijemih v gastroent. Endoskopiji
--	--------------------------------	--

SEPTEMBER

Sekcija za klinično nevrofiziologijo	5. september 1997, Ljubljana	Pomen magnetoencefalografije v nevrologiji
Sekcija za arterijsko hipertenzijo	19. do 20. september 1997, Nova Gorica	Zdravljenje hipertenzije z zdravili
Internistična sekcija	19. do 20. september 1997, Ljubljana	Simpozij – Najnovejša dognanja v interni medicini
Sekcija za citologijo in citodiagnostiko	21. do 24. september 1997, Ljubljana	24. evropski kongres citologov

OKTOBER

Sekcija za nuklearno medicino	3. do 4. oktober 1997, Dobrna oz. Rogaška Slatina	Letno strokovno srečanje z mednarodno udeležbo
Društvo travmatologov Slovenije	3. do 5. oktober 1997	Strokovni sestanek – Whiplash poškodbe vratu
Združenje medicine športa Slovenije v sodelovanju	4. do 5. oktober 1997, Celje	VII. dnevi športne medicine Slovenije
Psihiatrična sekcija	9. do 11. oktober 1997, Ljubljana	I. slovenski psihiatrični kongres z mednarodno udeležbo
Infektološka sekcija v sodelovanju	15. oktober 1997 do 15. januar 1998, Ljubljana	Podiplomsko izobraževanje: Infekt in nadzor okužb v zdravstvenih ustanovah
Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije	16. do 17. oktober 1997, Kranjska Gora	Akutne črevesne infekcije
Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino	16. do 18. oktober 1997, Brdo pri Kranju	II. kongres šolske in visokošolske medicine
Slovensko zdravniško društvo	17. do 18. oktober 1997, Novo mesto	134. skupščina slovenskih zdravnikov
Sekcija za anesteziologijo in intenzivno medicino	23. do 25. oktober 1997, Portorož	2. kongres slovenskih anesteziologov
Društvo nefrologov Slovenije	24. in 25. oktober 1997, Kranjska Gora	Strokovni sestanek
Urološka sekcija	Oktober 1997, Leoben	Tradicionalno slovensko-avstrijsko srečanje
Alergološko-imunološka sekcija	Oktober 96 do oktober 97, Golnik	Podiplomski študij klinične alergologije in imunologije
Endokrinološka sekcija	Oktober 1997	Strokovni sestanek
Hematološka sekcija	Oktober 1997, Ljubljana	Strokovni sestanek
Sekcija za preventivno medicino	Oktober 1997, Ljubljana	Redno letno strokovno srečanje
Revmatološka sekcija	Oktober 1997	Strokovni sestanek

NOVEMBER

Urološka sekcija v sodelovanju z Urološko kliniko	November 1997	Dvodnevni simpozij o karcinomu mehurja
Ginekološka sekcija	Predvidoma 8. in 9. november 1997, Bled	II. kongres Alpe-Adria Združenja za ginekologijo
Sekcija za klinično nevrofiziologijo	21. november 1997, Ljubljana	Elektrofiziološki aspekti amiotrofične lateralne skleroze
Infektološka sekcija	November 1997	Strokovni sestanek
Infektološka sekcija v sodelovanju	November 1997, Ljubljana	Simpozij o aidsu
Združenje kardiologov Slovenije	November 1997, Šmarješke Toplice	Kardiološki dnevi
Združenje ORL-ogov Slovenije	November 1997, Ljubljana	Strokovno srečanje

DECEMBER

Sekcija patologov	4. in 5. december 1997, Ljubljana	28. memorialni sestanek Janeza Plečnika
Sekcija za klinično nevrofiziologijo	19. december 1997, Ljubljana	Prognoza nevrološke okvare po težki poškodbi glave pri odraslih in otrocih
Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino	December 1997, Ljubljana	Spolna zloraba otrok in mladostnikov
Pediatrična sekcija	6. december 1997, Ljubljana	Strokovni sestanek – Cepljenje v otroštvu in nova spoznanja o antibiotični terapiji

Brez potrjenega datuma

Alergološko-imunološka sekcija	Leto 1997, Ljubljana	Občni zbor in 3 strokovni sestanki
Endokrinološka sekcija	V letu 1997	Kongres endokrinologov Slovenije
Pediatrična sekcija	Leto 1997, Slovenj Gradec	Občni zbor
Pediatrična sekcija v sodelovanju s Pulmološko sekcijo	Leto 1997	Simpozij – Strokovna in organizacijska obravnava tuberkuloze pri otrocih
Gorenjsko zdravniško društvo	Od februarja do oktobra 1997, Bled	Šest strokovnih sestankov, občni zbor, ples
Koroško zdravniško društvo	Skozi leto 1997	10 strokovnih sestankov in občni zbor
Zdravniško društvo Novo mesto	Skozi leto 1997	Šest strokovnih predavanj
Zdravniško društvo slovenske Istre in Krasa	Od januarja do junija 1997, Koper – Izola	Osem strokovnih sestankov

OBVESTILO

Zdravnike, zobozdravnike, medicinske sestre in druge zdravstvene delavce

vabimo na računalniški seminar

V. HIPOKRATOVI DNEVI

28. maja 1997

v prostorih Slovenskega zdravniškega društva v Ljubljani, Komenskega 4

Celodnevni seminar je namenjen zdravstvenim delavcem, ki pri svojem delu uporabljajo računalnik in se želijo na tem področju dodatno teoretično in praktično usposobiti.

Vabljeni predavatelji: K sodelovanju smo pritegnili dr. Darinko Klančar, direktorico ZD Cerknica, ki bo spregovorila o kakovosti v zdravstvu in ekonomista Nikito Primožiča, vodjo finančno računovodske službe iz ZD Idrija, ki nam bo približal uporabnost finančnih informacij. Obe predavanji bosta temeljili na dodatnih možnostih, ki jih ponuja program HIPOKRAT.

V računalniški delavnici bodo slušatelji spoznali poglobljeno delo s programom HIPOKRAT v različnih strokovnih okoljih (v ambulanti, na oddelku, v laboratoriju, na fizioterapiji, ...). Predstavili bomo zahteve in možnosti za uporabo programa v okolju Windows.

Zunanji sodelavci bodo predstavili nove tehnološke možnosti za varno in preprosto izmenjevanje podatkov v elektronski obliki in druge računalniške novosti, ki so pomembne tudi za zdravstvene delavce.

Za prijavo in informacije v zvezi s seminarjem pokličite firmo
LIST d.o.o. po telefonu 061 / 12 59 876

INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA REPUBLIKE SLOVENIJE
in
KLINIKA ZA INFEKCIJSKE BOLEZNI IN VROČINSKA STANJA V LJUBLJANI
organizirata
UČNO DELAVNICO:
SVETOVANJE GLEDE OKUŽBE Z VIRUSOM HIV
V ZDRAVSTVU

1.–3. oktober 1997, Ljubljana

Vodji učne delavnice: Prof. *Riva Miller*, the Royal Free Hospital, London
As. Mag. *Mojca Matičič*, dr. med., Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Klinični center, Ljubljana

Namen učne delavnice: – Izboljšati veščine svetovanja in znanje glede okužbe z virusom HIV ter vodenja oseb, okuženih z virusom HIV v akutni in kronični fazi bolezni.
– Na primeru okužbe z virusom HIV obravnavati različne vidike medicinske in socialne oskrbe, ki so pomembni tudi za druge bolezni.

Udeleženci: Zdravstveni delavci in drugi, ki pri svojem delu zdravijo in svetujejo bolnikom s spolno prenosljivimi boleznimi (dermato-venerologi, ginekologi, urologi, infektologi, epidemiologi, splošni zdravniki in drugi).

Učni cilji:

1. Opredeliti pomembna vprašanja na različne profile zdravstvenih delavcev ali drugih svetovalcev na različnih mestih za svetovanje.
2. Opredeliti obstoječe možnosti in strategijo preprečevanja okužbe z virusom HIV v zdravstvenih ustanovah na primarni in sekundarni ravni.
3. Seznaniti se z epidemiološkim stanjem okužbe z virusom HIV v Sloveniji in v svetu.
4. Seznaniti se z diagnostiko ter spremljanjem in zdravljenjem oseb, okuženih z virusom HIV.
5. Naučiti se hitrega in pravnega pristopa k pogovoru o okužbi z virusom HIV v preobremenjenih ambulantah.
6. Naučiti se načinov sporočanja »slabe« novice, vzdrževanja upanja, delitve skrivnosti in zaupnosti z bolnikom.

Metode dela: Kratka predavanja, razprave, praktično delo in predstavitev primerov.

Število udeležencev je omejeno na 35, kotizacije ni.

Udeležba na učni delavnici se bo upoštevala pri podaljšanju licenc zdravnikom.

Informacije in prijave: Asist. mag. *Irena Klavs*, dr. med. in
ga. *Zdenka Kastelic*, Inštitut za varovanje zdravja R Slovenije
Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana
tel.: 061 / 13 23 245, fax: 061 / 32 39 40
asist. *Mojca Matičič*, dr. med.
Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja
Japljeva 2, 1000 Ljubljana
tel.: 061 / 31 05 58; fax: 061 / 30 27 81

MEDICINSKA FAKULTETA, KATEDRA ZA PEDIATRIJO

bo organizirala

XV. DERČEVE DNEVE

Stalno podiplomsko izobraževanje iz pediatrije

6. do 7. 6. 1997, Velika predavalnica Medicinske fakultete v Ljubljani, Korytkova ul. 2

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

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

PRELIMINARNI PROGRAM

Petek, 6. 6. 1997

15.00	Ciril Kržišnik	Uvodne besede
15.10		Kratek kulturni program
		Izbor jazzovske in črnske duhovne glasbe
		Komorni zbor GAUDEAMUS – dirigent Marko Tiran
15.30		Odmor
15.35	Aktualnosti v pediatriji	
	Moderatorja: Ciril Kržišnik, Nataša Bratina-Uršič	
	Gordana Logar-Car	Akutna jetrna odpoved
15.50	Marjeta Sedmak	Akutna krvavitev iz prebavil
16.05	Rok Orel	Pilerostenozna
16.20	Uroš Mazič	Profilaksa infektivnega endokarditisa v pediatriji
16.40		Odmor – Uvodna otvoritev farmacevtske razstave
17.15	Intoksikacije	
	Moderatorja: Janez Primožič, Mojca Žerjav-Tanšek	
	Vlasta Porenta-Bešič,	
	Mojca Žerjav-Tanšek,	
	Ciril Kržišnik	Pregled akutnih zastupitev na Pediatrični kliniki v štiriletnem obdobju
17.25	Martin Možina	24-urna informativna konzultantska služba Centra za zastupitve KC Ljubljana
17.40	Janez Primožič, Andreja Gostiša	Zastupitve z organofosfati v Enoti za intenzivno terapijo
18.00	Marko Gričar, Martin Možina	Akutne zastupitve z drogami pri mladostnikih
18.15		Diskusija
20.00		Sprejem za udeležence Derčevih dnevov v gradu Fužine, Studenec 2A – ogled stalne Plečnikove razstave – kratek koncert flavtistke dr. Andreje Černe

Sobota, 7. 6. 1997

9.00	Hidrocefalus pri otrocih	
	Organizator teme: Štefan Grosek	
	Moderatorja: David Neubauer, Marjan Koršič	
	Boris Klun	Kratek zgodovinski pregled zdravljenja otrok s hidrocefalusom
9.20	Natalija Krajnc, Štefan Kopač	Hidrocefalus v otroškem obdobju
9.45	Marta Macedoni,	
	Neža Župančič	Možganski tumorji, povezani s hidrocefalusom
10.00		Odmor – Farmacevtska razstava
10.30	Moderatorja: Janez Babnik, Živa Župančič	
	Živa Župančič s sod.	Ultrazvočna diagnostika otrok s hidrocefalusom
10.45	Jernej Knjižič, Nuška Pečarič,	
	Martin Čerk	Nevroradiološka diagnostika otrok s hidrocefalusom
11.00	Silva Burja, Mirjam	
	Guid-Todorovič, Zlatka Kanič	Vloga ultrazvoka glave in transfontanelnega merjenja intrakranialnega tlaka pri odločanju o aktivnem zdravljenju posthemoragične ventrikularne dilatacije

- 11.20 Diskusija
11.30 Odmor
- 12.00 **Moderatorja: Matej Lipovšek, Štefan Grosek**
Metka Derganc, Štefan Kopač Nekirurško zdravljenje otrok s hidrocefalusom
- 12.10 *Marjan Koršič, Velimir Jankovič, Milena Kremesec* Kirurško zdravljenje otrok s hidrocefalusom
- 12.25 *Matej Lipovšek* Zadrega nevrokirurškega zdravljenja otrok s hidrocefalusom
- 12.35 *Janez Babnik, Maja Pestevesek, Marjan Koršič* Posthemoragični hidrocefalus – medicinski problem pri nedonošenčkih z nizko porodno težo.
- 13.00 Diskusija
13.15 Odmor – Kosilo
- 15.00 **Moderatorja: Štefan Grosek, Jana Frelih**
Marjan Koršič, Velimir Jankovič, Štefan Grosek, Igor Sterle, Milena Kremesec Kirurški zapleti in zdravljenje zapletov po operacijah otrok s hidrocefalusom
- 15.20 *Štefan Grosek, Marjan Koršič, Igor Sterle, Biserka Moder, Velimir Jankovič, Marjeta Škerl, Janez Primožič, Natalija Petrovič* Šantne okužbe otrok po operaciji hidrocefalusa
- 15.35 *Zvonka Rener-Primec, Štefan Kopač* Hidrocefalus in epilepsija
- 15.45 Diskusija
16.00 Odmor
- 16.15 **Moderatorja: Zvonka Rener-Primec, Marjan Koršič**
Mirjam Guid-Todorovič, Zlatka Kanič, Silva Burja, Ljubica Žic, Zdravko Rošker, Katarina Bračič, Matej Lipovšek Naše izkušnje v zdravljenju posthemoragičnega hidrocefalusa nedonošenčka
- 16.30 *Dianne Jones, Brigita Ahčin, Anka Fidler* Šoloobvezni otroci s hidrocefalusom in mielomeningokelo v Zavodu za usposabljanje invalidne mladine Kamnik
- 16.50 Diskusija
17.00 Anketa in zaključek strokovnega srečanja

Prijavnico pošljite na naslov: Ga. **Breda Stergar**
tajnica Katedre za pediatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani
Vrazov trg 1, 1000 Ljubljana
Tel.: 061 / 320-887, fax: 061 / 310-246

MEDICINSKA FAKULTETA V LJUBLJANI
KATEDRA ZA PEDIATRIJO
Vrazov trg 1, 1000 Ljubljana

PRIJAVNICA

XV. DERČEVI DNEVI
Stalno podiplomsko izobraževanje iz pediatrije
Ljubljana, 6. do 7. 6. 1997

Priimek in ime: _____

Naslov: _____

Zaposlen: _____

Telefon – fax: _____

Datum: _____ Podpis: _____

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
SEKCIJA ZA SPLOŠNO MEDICINO
Komenskega 4, 1000 Ljubljana

GERONTOLOŠKO DRUŠTVO SLOVENIJE
Teslova 17
1000 Ljubljana

STAROST V ZDRAVJU IN BOLEZNI

Bernardin, 1. do 3. 6. 1997

GLAVNI PROGRAM

Nedelja, 1. 6. 1997

9.00	Praznik	Pozdrav in uvod
9.10	Poredoš	Uvodno predavanje
9.30	Mencej	Uvodno predavanje
9.50	Markota	Demografija
10.10		Kava
10.40	Voljč	Starejša populacija in zdravstvena politika
11.00	Košir	Organizacija zdravstvenega varstva starih
11.20	Vojnovič	Socialno varstvo starih
11.40	Smolič	Starejši bolnik in patronažna sestra
12.00	F. Božiček	Stari v krogu družine
12.20		Kosilo
14.00	Kovač	Prehrana v starosti
14.15	Uлага	Šport in rekreacija v starosti
14.30	Zonik	Potovanja v starosti
14.45	Bilban	Stari v prometu
15.00	Košiček	Ljubezen in spolnost v starosti
15.15		Kava
15.45	Klevišar	Smrt in umiranje
16.00	Rotar	Sporazumevanje s starimi
16.15	Zupanc-Hojnik	Samopodoba starega
16.30	Kersnik	Hišni obisk pri starem
16.45		Diskusija
17.30		Sestanek IO SSM, volitve IO

Ponedeljek, 2. 6. 1997

8.30–10.30	Peternel, Dobovišek, Bulc, Guštin	Simpozij 1: Bolezni srca in ožilja
8.30–10.30	Gradišek, Mavrič, Brezigar-Burmasz, Stražar, Medmeš	Simpozij 2: Bolečina
10.30		Kava
10.30–12.30	Vobovnik, Smrkoj, Matoič	Simpozij 3: Poškodbe
10.30–12.30	Demšar, Grad, Goljar, Erjavec	Simpozij 4: Cerebrovaskularni inzult
12.30		Kosilo
14.00–16.00	Pentek, Kogoj, Mlakar, Jensterle, Kobentar	Simpozij 5: Demenca
14.00–16.00	Urlep, Stanonik, Kralj, Gruden	Simpozij 6: Inkontinenca
16.00–23.30		Družabni program

Torek, 3. 6. 1997

8.30–10.00	Plavc, Koselj, Urbančič, Prodnik	Simpozij 7: Sladkorna bolezen
10.00–11.00	Burger, Švab, Pentek	Simpozij 8: Raziskave
11.00		Kava
11.30	Švab	Zaključno predavanje
11.50	Zaletel	Zaključki okrogle mize
12.10	Pentek	Predlog nacionalne strategije za zdravo staranje
12.30		Zaključek

PARALELNI PROGRAM

Nedelja, 1. 6. 1997

14.00–17.00 **Gradišek** Učenje ORL pregledovanja
14.00–17.00 **Zaletel** Zdravstvena nega starih

Ponedeljek, 2. 6. 1997

14.00–16.00 **Kolšek** Sporazumevanje
14.00–16.00 **Košir** Ordinacije

Kotizacija za zdravnike v višini 20.000,00 SIT nakažite na žiro račun Sekcije za splošno medicino Slovenskega zdravniškega društva. **Kotizacija za medicinske sestre in ostale člane delovnih skupin** je 10.000,00 SIT. Številka žiro računa je 50101-678-48620. Na delavnico po možnosti prinesite potrdilo o plačilu. Kotizacijo pa boste lahko poravnali tudi tik pred začetkom srečanja.

GINEKOLOŠKA KLINIKA
Direktor: prof. dr. Božo Kralj, dr. med.

IV. TEČAJ ENDOSKOPSKE KIRURGIJE V GINEKOLOGIJI

Ljubljana, 11.–14. 6. 1997

Vodstvo tečaja: prof. dr. **Tomaž Tomaževič**, dr. med.
doc. dr. **Martina Ribič-Pucelj**, dr. med.

Teme: Tehnike endoskopske kirurgije
Preoperativni diagnostični postopki

Indikacije: Komplikacije
Anestezija pri endoskopskih posegih

Operacije: Na jajcevodu
Na jajčniku
Na maternici
Uroginekološke operacije

Kotizacija 70.000,00 SIT vključuje prisotnost na predavanjih, neposredni videoprenos operacij, praktično delo na modelih, zbornik predavanj, kosilo, kavo in skupno večerjo.

Tečaj je namenjen ginekologom-kirurgom in ostalim specialistom ginekologije.

Ker je število udeležencev omejeno (15) vljudno prosimo za predhodne **prijave do 1. 5. 1997**, da bomo tečaj lahko ustrezno organizirali.

Prijave sprejema: Ginekološka klinika
Katedra za ginekologijo in porodništvo
Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana
tel.: 061 / 13 14 355; fax: 061 / 14 01 110

DRUŠTVO NEFROLOGOV SLOVENIJE

organizira

II. STROKOVNI SESTANEK DRUŠTVA NEFROLOGOV SLOVENIJE

od 13. do 14. junija 1997 v hotelu Lek v Kranjski Gori

PROGRAM

Petek, 13. junij 1997

Tematski sklop: Glomerulopatije

Moderator: *Mira Koselj*

9.00–9.35	<i>D. Ferluga,</i> <i>A. Vizjak, A. Hvala</i>	Morfološka slika glomerulonefritisa IgA
9.35–10.05	<i>R. Kveder</i>	Patogeneza, klinika in diagnosticiranje glomerulonefritisa IgA
10.05–10.35	<i>R. Hojs</i>	Zdravljenje in prognoza glomerulonefritisa IgA
10.35–11.00		Odmor
11.00–11.20	<i>S. Kaplan-Pavlovčič</i>	Glomerulonefritis IgA in arterijska hipertenzija
11.20–11.35	<i>A. Suhadolnik-Ličina</i>	Glomerulonefritis IgA in nosečnost
11.35–11.50	<i>R. Ponikvar</i>	Pomen parenhimske mase ledvic pri glomerulopatijah
11.50–12.05	<i>N. Zidar</i>	Vpliv intrauterinega zastoja rasti na potek glomerulonefritisa IgA
12.05–12.20	<i>M. Kajtna-Koselj,</i> <i>T. Rott</i>	Potek neprepoznanega glomerulonefritisa IgA pri dajalcih ledvice
12.20–12.30		Zaključki

Tematski sklop: Kronična ambulantna peritonealna dializa (CAPD) – (Doktrina v skladu z novimi spoznanji)

Moderator: *Andrej Guček*

14.00–14.30	<i>A. Guček</i>	Preddializno obdobje, izbira nadomestnega zdravljenja, uvajanje peritonealne dialize
15.00–15.30	<i>A. Guček,</i> <i>J. Lindič, V. Premru</i>	Vrste peritonealne dialize, sistemi in raztopine, primerna izdializiranost, predpisovanje peritonealnega režima
15.30–15.45	<i>A. Bren, J. Kovač</i>	Peritonitis
15.45–16.00	<i>A. Guček, A. Aleš</i>	Zapleti peritonealnih katetrov
16.00–16.30		Odmor
16.30–16.45	<i>M. Koselj</i>	Peritonealna dializa pri diabetikih
16.45–17.30	<i>M. Benedik, J. Varl,</i> <i>V. Premru, B. Knap,</i> <i>A. Urbančič, D. Kovač</i>	Neinfektivni zapleti peritonealne dialize
17.30–17.45	<i>G. Novljan, R. Kenda</i>	Peritonealna dializa pri otrocih
17.45–18.00		Zaključki
18.15–19.30		Občni zbor Društva nefrologov Slovenije

Sobota, 14. junij 1997

Tematski sklop: Komplikacije po transplantaciji ledvice

Moderator: *Aljoša Kandus*

9.00–9.30	<i>J. Marin</i>	Pomen nekaterih viroloških preiskav pri bolnikih s presajeno ledvico
9.30–10.00	<i>J. Kovač, A. Kandus</i>	Diagnostični pristop k febrilnemu bolniku s presajeno ledvico
10.00–10.30	<i>M. Koselj-Kajtna</i>	Eritrocitoza po presaditvi ledvice
10.30–11.00		Odmor
11.00–11.30	<i>M. Benedik</i>	Prizadetost kosti po presaditvi ledvice
11.30–12.00	<i>A. Ličina</i>	Prikaz bolnika s presajeno ledvico in osteoporozo
12.00–12.30	<i>S. Kaplan-Pavlovčič</i>	Rekurenca bolezni na presajeni ledvici
12.30		Zaključek

Čas sestanka:	13. in 14. junij 1997
Organizator sestanka:	Društvo nefrologov Slovenije, predstavniki organizatorja je predsednik društva prim. dr. Marko Malovrh
Kraj sestanka:	Hotel Lek Kranjska Gora
Prenočišče:	Rezervacije direktno v hotel Lek, Kranjska Gora, tel. 064 / 881-520 (ga. Andreja Malenšek)
Kotizacija:	Za nečlane društva 20.000,00 SIT; žiro račun: 50101-678-48620 sklic 21900 SZD – Društvo nefrologov Slovenije
Licenca:	Sestanek je priznan s strani Zbornice za pridobitev licence
Dodatne informacije:	Prim. dr. Marko Malovrh , Center za dializo Leonišče, KC Ljubljana, Zaloška 13, tel. +386 61 31 57 90 ali +386 61 14 234 78

OBVESTILO

PREDSTOJNIKOM KATEDER IN INŠTITUTOV MF

Obveščamo vas, da so na podlagi Pravilnika za podelitev Lavričevih priznanj člani Senata MF na svoji 2. redni seji dne 1. 4. 1997 soglasno sprejeli **Sklep o razpisu Lavričevega priznanja učitelju in asistentu**, za najkvalitetnejše opravljanje predavanj, seminarjev in vaj za študente medicinske fakultete na dodiplomski in podiplomski stopnji.

V roku 90 dni od razpisa lahko katedre MF in strokovni kolegiji inštitutov MF ter Študentski svet MF pošljejo svoje predloge o kandidatih za Lavričeva priznanja, sprejete z večino glasov na tajnem glasovanju na tajništvu MF v zaprti kuverti z oznako »za Lavričeva priznanja«. Predlog mora biti obrazložen.

Lavričeva priznanja vsebujejo svečano listino in denarno nagrado.

Na podlagi 5. člena pravilnika se imenuje komisija v sestavi dekan MF, prodekan MF, ki ga določi dekan, dva študenta 6. letnika in, na podlagi sklepa senata MF, trije visokošolski učitelji – prof. Vito Starc, prof. Nenad Funduk in prof. Vladislav Pegan. Komisija v navedeni sestavi predlaga končen predlog kandidatov Senatu MF.

Lavričeva priznanja bodo podeljena na svečani seji senata ob koncu leta.

Dekan
Prof. dr. **Miha Žargi**, dr. med.

**ŠPLOŠNA BOLNIŠNICA MARIBOR
UČNA BOLNIŠNICA MF V LJUBLJANI
ODDELEK ZA NALEZLJIVE BOLEZNI IN VROČINSKA STANJA SBM
ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO MARIBOR
INFEKTOLOŠKA SEKCIJA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA**

organizirajo

BEDJANIČEV SIMPOZIJ – ČREVESNE OKUŽBE

Maribor, 6. in 7. junij 1997, Tehnična fakulteta, Smetanova 17

PROGRAM

Petek, 6. junij 1997

8.00–9.00			Registracija
9.00	J. Gorišek		Pozdrav organizatorjev
	J. Lešničar	Celje	Spomini na prof. dr. Milka Bedjaniča
	A. Kraigher, K. Turk,		
	A. Hočevar-Grom, A. Melink, N. Fišer	Ljubljana, Maribor	Akutne črevesne infekcije – prijavljanje in spremljanje
	E. C. Reisinger	Graz	Najnovejša dognanja v diagnostiki in patogenezi črevesnih okužb
	B. Drinovec, J. Marin	Ljubljana	Virusna diagnostika črevesnih okužb
	K. Pavelič, J. Pavelič, J. Goršek, Ž. Pinter	Zagreb, Maribor	PCR diagnostika <i>Helicobacter pylori</i> črevesne okužbe
	V. Kotnik	Ljubljana	Imunost pri črevesnih okužbah
13.00–15.00			Odmor za kosilo
			Možen tudi voden ogled turističnih znamenitosti Maribora
15.00	T. Remec	Novo mesto	Prikaz bolnikov, zdravljenih na infektivnem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto zaradi akutnih gastroenterokolitov v zadnjih 5 letih
	A. Beus, A. Topić	Zagreb	Črevesne infektivne bolezni tekom zadnjih 20 let po podatkih Klinike za infektivne bolezni »Dr. Fran Mihaljevič« Zagreb
	A. Maligoj, G. Lešničar	Celje	Okuženost otrok v celjskih vrtcih s črevesnimi paraziti
	T. Lejko-Zupanc, A. Radšel-Medvešček	Ljubljana	Okužbe z <i>E. coli</i> O ₁₅₇
	J. Gorišek, N. Orešič, D. Novak, K. Ekart	Maribor	Driske povzročene s <i>Clostridium difficile</i>
	G. Lešničar, M. Vlaovič,		
	Ž. Radič, E. M. Gadžijev	Celje, Ljubljana	Anafilaktični šok po travmatski rupturi jetrne ehinokokne ciste
	I. Francetić	Zagreb	Farmakokinetika antimikrobnih zdravil in njihov pomen pri zdravljenju črevesnih okužb
20.00			Družabno srečanje (zajeto v kotizaciji)

Sobota, 7. junij 1997

9.00	A. Z. Dragaš	Ljubljana	Bolnišnične črevesne okužbe
	I. Muzlovič	Ljubljana	Driske v intenzivni enoti
	A. Kraigher, K. Turk	Ljubljana, Maribor	»Traveller« diareja
	A. Trampuš	Ljubljana	Kronična driska po bivanju v tropih – case report
	D. Pokorn	Ljubljana	Prehrana in črevesne okužbe
	Predavatelj iz WHO	Kopenhagen	Cepljenje in črevesne okužbe
13.00			Zaključek simpozija

Kotizacija: 15.000,00 SIT.
Zdravniško društvo Maribor, sedež Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska c. 5.
Št. žiro računa 51800-678-81888 z oznako Bedjaničev simpozij.

Prijave in informacije: ga. **Majda Petek**
Oddelek za nalezljive bolezni SB Maribor
Ljubljanska c. 5, 2000 Maribor
Prosimo, če prijavnice pošljete do 31. 5. 1997 na ta naslov z oznako: Bedjaničev simpozij
Tel: 062 / 37-221 int. 26-57, fax: 062 / 35-136

Rezervacije: Hoteli:
Slavija – tel. 062 / 23-661
Piramida – tel. 062 / 25-971
Orel – tel. 062 26-171

Udeležbo na srečanju priznava Zdravniška zbornica Slovenije kot strokovno izpopolnjevanje in ga bo upoštevala pri podaljšanju licence infektologom, epidemiologom, mikrobiologom, internistom, splošnim zdravnikom in specialistom splošne medicine.

Predavanja bodo izšla v Zborniku Bedjaničev simpozij – Črevesne okužbe.

Na Kliničnem oddelku za nevrofiziologijo načrtujemo, da bomo v mesecu novembru letos izvedli tečaj z naslovom

OSNOVE NEVROFIZIOLOŠKE DIAGNOSTIKE OSREDNJEGA ŽIVČEVJA

Ta tečaj je obvezen za specializante nekaterih strok.

Za mesec december (od 1.–12. 12. 1997) pa pripravljamo

3. TEČAJ ELEKTROFIZIOLOŠKEGA VREDNOTENJA DELOVANJA VIDNEGA SISTEMA

za specializante oftalmologije.

Vse zainteresirane prosimo, da naj se do 1. septembra prijavijo na tajništvo našega Kliničnega oddelka, kjer bodo dobili tudi vse ostale informacije.

SLOVENSKO MENOPAVZNO DRUŠTVO

prireja

20. in 21. junija 1997 v Zdravilišču Dobrna

ŠOLO ZA MENOPAVZO

PROGRAM

Petek, 20. junija 1997

9.00–9.30		Dobrodošlica
9.30–9.50	L. Andolšek	Menopavza – začetek novega življenjskega obdobja
	Moderator: S. Peterlin	
10.00–10.30	H. Meden-Vrtovec	Ženska v perimenopavzi
10.35–11.00	M. Hren-Božič	Simptomatika v klimakteriju
		Razprava
		Odmor
11.45–12.10	B. Kralj	Urogenitalne težave
12.20–12.50	J. Mlakar	Psihične spremembe v klimakteriju
13.00–15.00		Kosilo
	Moderatorica: M. Hren-Božič	
15.00–15.30	H. Meden-Vrtovec	Hormonsko nadomestno zdravljenje
15.40–16.05	A. Pretnar-Darovec	Alternativno zdravljenje
16.15–17.00	I. Keber	Koronarne bolezni in nadomestno hormonsko zdravljenje
17.00–17.10	I. Kolbl	Hormonsko nadomestno zdravljenje in lipidi – naše štiriletne izkušnje
17.10–17.30		Razprava
		Predstavitvev preparata
		Večerja

Sobota, 21. junija 1997

	Moderatorica: H. Meden-Vrtovec	
9.00–9.30	M. Uršič-Vrščaj	Rak in hormonsko nadomestno zdravljenje
		Razprava
9.40–10.05	S. Peterlin	Obravnavna menopavze na različnih ravneh zdravstvenega varstva
		Razprava
	Skupina 1	Skupina 2
10.30–11.00	Vajalnica I	Vajalnica II
11.00–11.30	Vajalnica II	Vajalnica I
11.30–12.00	Vajalnica III	Vajalnica III
12.00–12.30	Vajalnica IV	Vajalnica IV
Vajalnica I:	Obravnavna peri- in pomenopavznih žensk v ordinaciji splošnega zdravnika	
	Voditelja: S. Peterlin in L. Andolšek	
Vajalnica II:	Zdravljenje v perimenopavzi (kdaj, kateri pripravki, kako dolgo itd.)	
	Voditeljice: H. Meden-Vrtovec, M. Hren-Božič, A. Pretnar-Darovec	
Vajalnica III:	Klinični primeri (internistični, onkološki)	
	Voditelji: I. Keber, M. Uršič-Vrščaj	
Vajalnica IV:	Telesna aktivnost	
	Voditelji: E. Gaber, VFT	
12.30	Preverjanje telesne pripravljenosti udeležencev (neobvezno)	
13.30	Kosilo	

Kotizacija za udeležbo v »Šoli za menopavzo« znaša 40.000,00 SIT in vključuje: predavanja, vajalnice, zbornik predavanj, ki ga bodo slušatelji prejeli ob prihodu v Šolo, in hotelske usluge (kosilo in večerja prvi dan, nočitev z zajtrkom in kosilo drugi dan). Potrdilo o udeležbi v »Šoli za menopavzo« bo veljalo za podaljšanje licence zdravnikom preko Zdravniške zbornice Slovenije.

Kotizacijo nakažite na žiro račun Ginekološke sekcije SZD, Ljubljana, Šlajmerjeva 3. Št. Žiro računa: 50101-678-70008 s pripisom »Menopavzna šola«.

Izpolnjeno prijavnico skupaj s kopijo potrdila o plačani kotizaciji pošljite tajniku Menopavznega društva Slovenije prim. dr. **Slavku Peterlinu**, Tavčarjeva 7, Celje najkasneje do 10. 4. 1997.

Dodatne informacije o Šoli lahko dobite pri tajniku Menopavznega društva Slovenije (tel.: 063 / 483-282) ali v tajništvu Ginekološke klinike (tel.: 061 / 140 11 51, tajnica **Božena Krušič**).

PRIJAVNICA

za ŠOLO ZA MENOPAVZO za splošne zdravnike v Dobrni 20. in 21. junija 1997

Podpisani(a) _____

(domači naslov)

(ustanova zaposlitve)

se bom udeležil(a) Šole za menopavzo za splošne zdravnike v Dobrni 18. in 19. aprila 1997.

Prosim za rezervacijo: – enoposteljne sobe
– dvoposteljne sobe, ki jo želim deliti s(z):
(obkrožite željeno)

Datum: _____ Podpis: _____

KLINIČNI ODDELEK ZA GASTROENTEROLOGIJU, SPS INTERNA KLINIKA, KLINIČNI CENTER V LJUBLJANI

in

EVROPSKO ZDRUŽENJE ZA GASTROINTESTINALNO ENDOSKOPIJO (ESGE)

organizirata
od 3. do 5. julija 1997

ENDOSKOPSKO DELAVNICO Z MEDNARODNO UDELEŽBO

Endoskopske posege bodo izvajali vrhunski evropski endoskopisti **J. M. Armengol-Miro** (Španija), **A. Kruse** (Danska), **A. Montori** (Italija), **F. Hagenmüller** in **F. Rösch** (Nemčija), **J. F. Rey** (Francija), **A. Nowak** (Poljska), **J. Papp** (Madžarska) in **B. Vucelić** (Hrvaška).

Endoskopska delavnica bo v prostorih Medicinske fakultete v Ljubljani z direktnim prenosom iz endoskopskih prostorov Kliničnega oddelka za gastroenterologijo. Uradni jezik je angleščina. Slušatelj prejme certifikat o udeležbi. Kotizacija je v tolarški protivrednosti 200 DEM. Zaradi zanimanja je **prijavni rok do 15. junija 1997**, prijave pošljite na tajništvo Kliničnega oddelka za gastroenterologijo, 1000 Ljubljana, Japljeva 2.



SLOVENSKO DRUŠTVO HOSPIC ENOTA MARIBOR

vabi na seminar

SPREMLJANJE HUDO BOLNIH IN UMIRAJOČIH

PROGRAM Moje izkušnje z umirajočimi
Kaj umirajoči najbolj potrebuje
Proces umiranja
Komunikacija
Kako ravnamo z »resnico« ob umirajočem bolniku
Kaj pomeni upati z umirajočim
Kje naj bi ljudje umirali
Pomoč družini umirajočega
Kako ravnamo ob smrti
Spremljanje žalujočih

Seminar je namenjen svojcem in prijateljem hudo bolnih in umirajočih, zdravstvenemu osebju in vsem, ki jih to zanima.

Seminar bo potekal **v soboto, 31. 5. 1997.**

od 9. do 14. ure v prostorih zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, Vošnjakova ul. 4 – II. vhod, 6. nadstropje.

Prispevek za seminar je 1.000,00 SIT.

Število udeležencev je omejeno, zato prosimo, da se prijavite pisno ali po telefonu na naslov:

Dispanzer za psihohigieno, za društvo Hospic, enota Maribor

Sodna ulica 13, I. nadstropje

tel. 062 / 27-572, 227-111 int. 239



GORENJSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO



vas vljudno vabi na

OBČNI ZBOR

Bela dvorana hotela Park na Bledu, četrtek, 29. maja 1997 ob 19.30

DNEVNI RED

- Društveni del**
1. Poročilo predsednika GZD
 2. Poročilo blagajnika GZD
 3. Poročilo predsednika nadzornega odbora GZD
 4. Sprejem spremenjenega statuta GZD
 5. Izvolitev podpredsednika GZD
 6. Določitev datuma za občni zbor GZD
 7. Poročilo predsednika komisije za priznanja GZD
 8. Imenovanje predstavnikov za kongres SZD
 9. Podelitev priznanj dr. Gregorja Voglarja in Zlatega prstana GZD

Strokovni del 10. Medikamentozno zdravljenje benigne hiperplazije prostate (prim. **Miloš Kralj**, dr. med.)

Sodeluje oktet LIP Bled.

Po končanem strokovnem delu vas vabimo na prigrizek v sodelovanju s tovarno zdravil »Pliva«.

Vabljeni: predstavnik SZD
člani GZD
predstavniki regionalnih zdravniških društev
predstavniki sekcij
Predsednik GZD

mag. sci. **Branko Lubej**, dr. med.

Pregledni prispevek/Review article

ULTRAZVOČNA PREISKAVA POŠKODOVANEGA OČESA

ULTRASOUND EXAMINATION OF THE TRAUMATIZED EYE

Dušica Pahor

Oddelek za očne bolezni, Učna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor

Prispelo 1996-11-06, sprejeto 1997-03-04; ZDRAV VESTN 1997; 66: 201-4

Ključne besede: ehografija; poškodba očesa

Izvleček – Izhodišča. Pri poškodbah očesa je pregled očesnega ozadja zaradi motnjav v lomilih dostikrat nemogoč, zato točna diagnostika poškodovanega očesa ni možna.

Zaključki. Odločilno vlogo pri poškodovanih očeh z zastrtim pogledom v njegovo notranjost ima danes ultrazvočna preiskovalna metoda, ki je dokaj zanesljiva in nas usmerja v nadaljnje terapijske postopke. Prikazane so najpogostejše ultrazvočno vidne spremembe pri poškodovanih očeh.

Key words: echography; eye-injury

Abstract – Background. Traumatized eye frequently presents large diagnostic problems because fundus visualization of traumatic eye can be obscured.

Conclusions. The decisive part in diagnose on these cases was taken by ultrasound examination, which is considerably reliable and direct us in further therapeutic proceeding. The most frequently changes detected by ultrasound examination following ocular trauma are presented.

Uvod

Poškodbe oči pogosto vodijo do težkih posledic s trajno prizadetostjo vida. Zato ne predstavljajo le velikega kliničnega problema, ampak tudi socialno-ekonomski (1-3). Razdelimo jih v dve veliki skupini: v tope ali kontuzijske poškodbe in prebojne ali penetrantne poškodbe s prisotnostjo intraokularnega tujka ali brez (4-15).

Posledice tope očesne poškodbe so številne. Posebno je pri topih poškodbah ranljiv sprednji del očesa. Najpogostejše okvare v tem področju so vidne na šarenici, očesnem zakotju, leči in lečnih zonulah. Najbolj vidna posledica tope poškodbe očesa je krvavitev v sprednji prekat ali hyphema, kar je pogosto povezano še z dvigom intraokularnega pritiska (4, 6-8, 10). Te posledice poškodb z UZ preiskavo težje ugotavljamo, so pa zato dobro vidne z drugimi preiskovalnimi metodami, predvsem z biomikroskopom. Na zadnjem očesnem segmentu lahko topa poškodba povzroči okvaro mrežnice, pigmentnega epitelija, žilnice ter vidnega živca, lahko pa pride do krvavitve v steklovino (12-14).

Pri penetrantnih poškodbah očesa so posledice odvisne od velikosti in mesta rane ter od prisotnosti tujka v očesu, vendar tudi od pravočasne in ustrezne kirurške oskrbe rane (1, 2, 6).

Pri poškodbah očesa so pogoste motnjave v lomilih. Vzrok za motnjave je lahko krvavitev v sprednji prekat, zamotnitev leče ali krvavitev v steklovino. V teh primerih je ocenitev notranjosti očesa z oftalmoskopsko preiskovalno metodo nemogoča. Dokaj natančno ocenitev posledic očesne poškodbe nam v takšnih primerih omogoča ultrazvočna (UZ) preiskovalna metoda, ki nas usmerja v nadaljnje diagnostične in terapijske postopke (16-25). Še posebno je pomembna pri prebojnih očesnih poškodbah s tujki, ki so povezane s težkimi okvarami notranjih struktur zrkla (23).

UZ diagnostična metoda se v oftalmologiji uporablja že od leta 1956 (Mundt in Huges) (24). Zaradi odbijanja UZ valov na mejnih ploskvah je možna diferencialna diagnoza in ocena okvare, nastale s poškodbo.

V prispevku želimo pokazati pomen UZ preiskovalne metode pri poškodbi očesa, kadar je pogled v njegovo notranjost zaradi motnjav v lomilih zastrt.

Bolniki in metode

V študijo je bilo zajetih 42 bolnikov s poškodbo očesa, ki so bili zaradi motnjav v lomilih poslani v Ambulanto za UZ diagnostiko v obdobju od marca 1994 do junija 1996.

Uporabljali smo metodo standardizirane ehografije. Preiskavo smo izvajali z aparatom Ophthascan S s pomočjo linearnega (8 MHz) in dvodimenzionalnega prikaza (10 MHz). Z linearnim prikazom se določi akustična struktura, notranja reflektivnost, zvočna atenuacija, konsistenca, prekrvitev. Omejitve spremembe in spremembo izmerimo. Z dvodimenzionalnim prikazom določimo lokalizacijo, obliko in akustično sestavo. S pomočjo reflektivnosti v linearnem zapisu ugotavljamo, za katero tkivo ali vrsto tujka pravzaprav gre. Zanesljivo vrednotenje posameznih sprememb je možno le s kombinacijo obeh metod. Aparat je bil standardiziran s pomočjo tkivnega modela. Omogoča primerjanje rezultatov posameznih preiskav.

Rezultati

Pregledanih je bilo 42 bolnikov s poškodbo očesa, ki so bili poslani na UZ preiskavo v Ambulanto za UZ diagnostiko. Povprečna starost bolnikov je bila 47,2 leta ($\pm 14,8$, min. 21, maks. 82 let). 35 bolnikov je bilo moških (83,3%) in le 7 žensk (17,7%). V 30 primerih (71,4%) je bilo poškodovano desno oko in v 12 primerih levo (28,4%).

Največ poškodovanih je pripadalo dvema starostnima obdobjema, in sicer od 50 do 55 let (19,1%) in od 35 do 40 let (11,9%). Več kot polovica vseh (52,4%) je bila mlajša od 50 let. Več kot 70% je bilo mlajših od 55 let (tab. 1).

Tab. 1. Starostna sestava bolnikov s poškodbo očesa.

Tab. 1. Age structure of patients with ocular trauma.

Leta Years	Kumulativa / Cumulative		Kumulativa / Cumulative	
	Štev. bolnikov No. of patients	%	Štev. bolnikov No. of patients	%
20-24	2	4,76	2	4,76
25-29	4	9,52	6	14,29
30-34	3	7,14	9	21,43
35-39	5	11,9	14	33,33
40-44	4	9,52	18	42,86
45-49	4	9,52	22	52,38
50-54	8	19,05	30	71,43
55-59	3	7,14	33	78,57
60-64	3	7,14	36	85,71
65-69	2	2,76	38	90,48
70-74	3	7,14	41	97,62
75-79	0	0	41	97,62
80-84	1	2,38	42	100

Od 42 primerov je bilo 16 penetrantnih poškodb očesa (38,1%) in 26 primerov topih poškodb očesa (61,9%). Vsi bolniki so bili poslani na UZ preiskavo zaradi motnjav v lomilih, ki so bile posledica poškodbe in se onemogočale ocenitev notranjosti očesa z običajnimi preiskovalnimi metodami.

Od 42 primerov UZ pregledanih poškodovanih oči je bila v 35 primerih ugotovljena krvavitev v steklovino, kar je 83,3% vseh primerov, v 12 primerih (28,6%) je bil ugotovljen odstop steklovine (sl. 1). V štirih primerih (9,5%) je bil z UZ preiskavo ugotovljen odstop mrežnice (sl. 2, 3), v štirih primerih (9,5%) tujek v očesu (sl. 4, 5), v dveh primerih (4,8%) podmrežnična krvavitev.

V dveh primerih (4,8%) je bilo odkrito preftizično stanje očesa oziroma začetno krčenje zrkla in v enem primeru ftiza očesa (2,4%)

(sl. 6). V obeh primerih je šlo za ugotavljanje stanja po stari poškodbi ter za porušeno notranjo strukturo. V teh primerih natančna ocena notranjih struktur ni več možna.

Razpravljanje

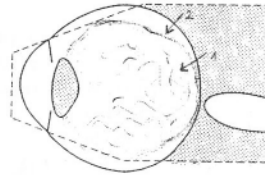
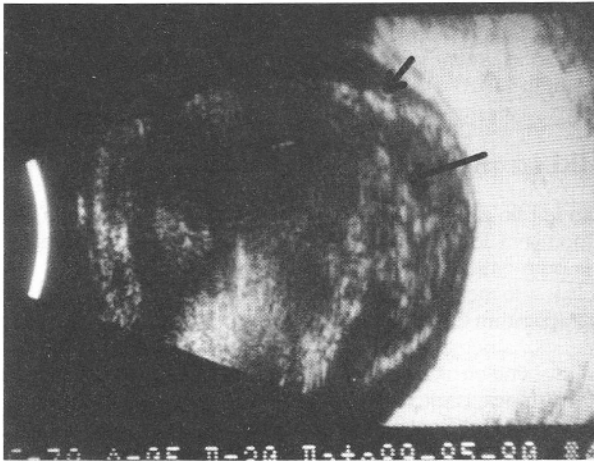
Motnjave v lomilih smo ugotovili v vseh UZ pregledanih poškodovanih očeh. V vseh primerih je bilo mogoče le z UZ preiskovalno metodo ugotoviti posledice poškodbe v notranjosti očesa, predvsem pa oceniti vrsto in obseg poškodbe v področju zadnjega segmenta.

Številne raziskave kažejo, da je UZ preiskovalna metoda pri poškodbah očesa odločilna, ker nam edina lahko daje takojšnje podatke o posledicah poškodbe (17, 18, 22-25). UZ preiskava je neškodljiva, neinvazivna in zanesljiva. UZ preiskava ima pomembno vlogo pri zastrti notranjosti očesa po poškodbi ne glede na vzrok. Njena vloga je še toliko večja, kadar gre za določitev lokalizacije tujkov v očesu (23).

Tudi kadar je očesno ozadje le delno zastrto, je ta preiskava potrebna, ker lahko le tako izključimo začetni odstop mrežnice in ugotovljamo tujke, ki se na rentgenski sliki ne vidijo. Čeprav smo se v tem članku omejili le na spremembe v notranjosti očesa po poškodbi, velja kljub temu omeniti še pomen UZ preiskave vidnega živca po poškodbi. S to preiskavo lahko izključimo edem ali krvavitev vidnega živca.

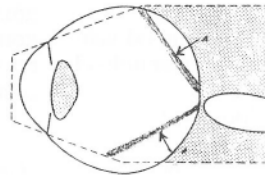
Ker je večina bolnikov mlajših od 50 let, je to pomembno ne le s terapevtskega in rehabilitacijskega stališča, ampak tudi s socialno-ekonomskega.

Zaradi nadaljnjega operativnega zdravljenja je potrebno preiskavo narediti čimprej po poškodbi, zlasti kadar je nemogoče oceniti



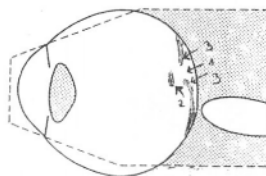
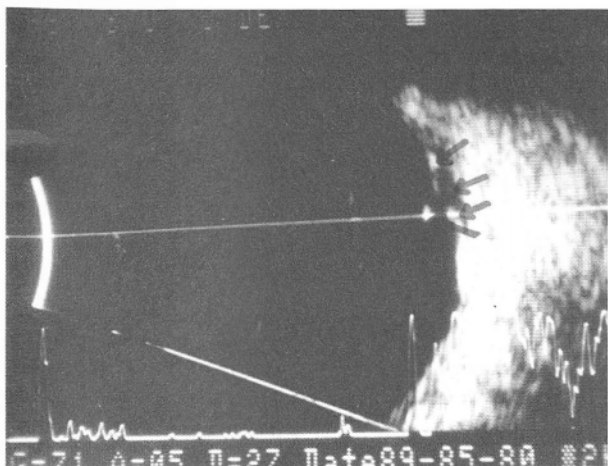
Sl. 1. Topa poškodba očesa: krvavitev v steklovino (1) skupaj z delnim odstopom steklovine (2).

Fig. 1. Blunt ocular trauma: vitreous hemorrhage (1) and partial posterior vitreous detachment (2).



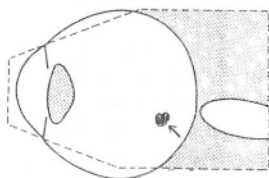
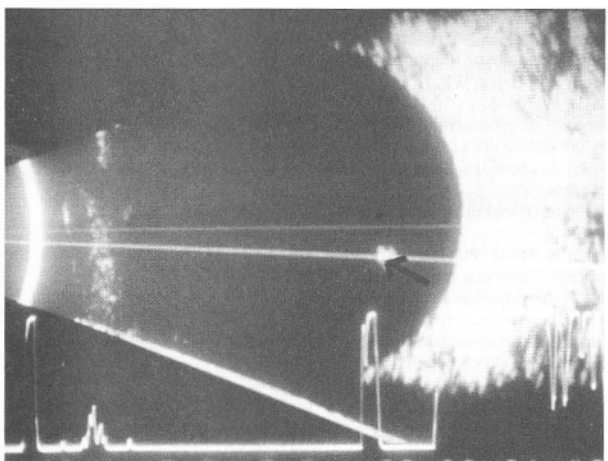
Sl. 2. Topa poškodba očesa: popolni odstop mrežnice (1).

Fig. 2. Blunt ocular trauma: total retinal detachment (1).



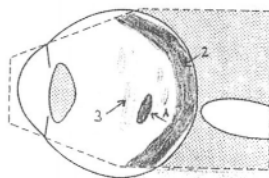
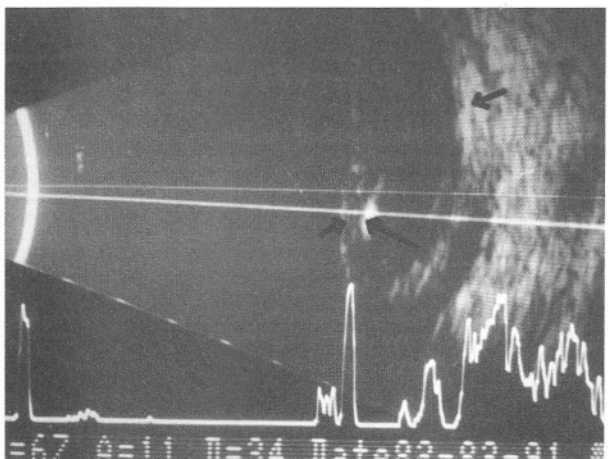
Sl. 3. Topa poškodba očesa: ruptura mrežnice (1) z vidnim poklopcem v steklovini (2) in začetnim odstopom mrežnice (3) po topi poškodbi očesa.

Fig. 3. Blunt ocular trauma: retinal rupture (1) with operculum in vitreous (2) and localized retinal detachment (3).



Sl. 4. Tujek v očesu (↑) po penetrantni poškodbi očesa.

Fig. 4. Intraocular foreign body (↑) following penetrant ocular trauma.



Sl. 5. Endoftalmitis po penetrantni poškodbi s tujkom v očesu (1) z zadebeljenimi očesnimi ovojnici (2) in vnetnimi celicami v steklovini (3).

Fig. 5. Endophthalmitis following penetrant ocular trauma with intraocular foreign body (1) with thickened ocular layers (2) and inflammatory cells in vitreous (3).

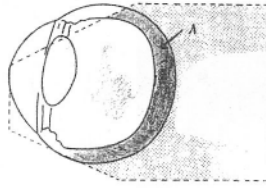
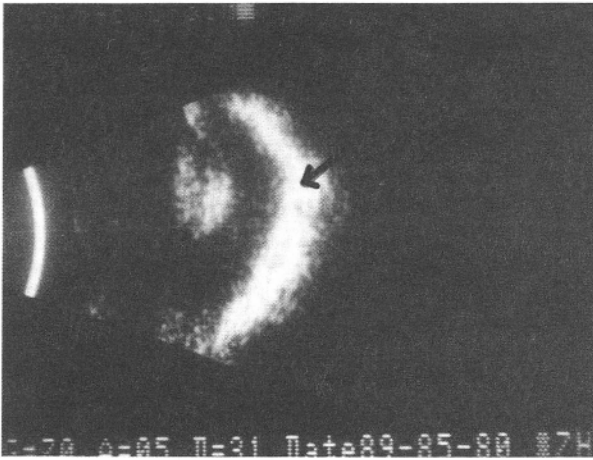
posledice poškodbe zaradi motnjav v lomilih. Preiskava je nujna takoj pri vsakem sumu na tujek v očesu, ki se na rentgenski sliki ne vidi. Zadnji odstop steklovine je kot posledico poškodbe težko oceniti, če ni hkrati prisotna še krvavitev v steklovino, ker je prisoten tudi pri nepoškodovanih očeh.

Za ocenitev poznih posledic poškodbe, kot je preftiza ali ftiza očesa, je UZ diagnostika manj pomembna. Preftizično stanje ali začetno krčenje zrkla lahko s ponavljanjem UZ preiskave dokažemo prej kot s kliničnim pregledom. Tako ocenimo, ali bo šlo oko v ftizo. Če jo potrdimo, gre za dokončno stanje po poškodbi in nadaljnji terapevtski postopki ne pridejo več v poštev.

Na koncu razprave velja poudariti omejitve UZ preiskovalne metode pri poškodbah zrkla, zlasti pri ugotavljanju tujkov v očesu. Napačno pozitivne najdbe so redke, pogosteje pa tujek zgrešimo, bodisi da je premajhen, če je manjši od 1 mm, ali pa da je v sami 2 mm debeli skleri.

Zaključek

S svojim prispevkom smo skušali poudariti pomen zgodnje UZ diagnostike poškodovanega očesa kot enostavne, neagresivne,



Sl. 6. Ftiza očesa po penetrantni poškodbi z zadebeljenimi in kalciniranimi očesnimi ovjnicami (1).

Fig. 6. Phthisis of the eye following penetrant trauma with thicked and calcificated ocular layers (1).

cenene in za bolnika ugodne preiskovalne metode, posebno pri zastrtem očesnem ozadju.

Menimo, da spada UZ preiskovalna metoda v sklop rutinskih preiskav poškodovanega očesa in bi jo moral v grobem obvladati vsak oftalmolog. Seveda pa gre pri poškodbah včasih za zelo zahtevne diagnostične probleme, ki jih lahko pravilno oceni le zelo izkušen specialist v UZ preiskavi očesa in orbite.

Literatura

- Zagelbaum BM, Tostanoski JR, Kremer DJ, Hursh PS. Urban eye trauma. A one-year prospective study. *Ophthalmology* 1993; 100 (6): 851-6.
- Dietrich TM, Kleinschmidt R, Meyer HJ. Veränderte Ursachen und Folgen schwerer Augenverletzungen. *Klin Mbl Augenheilk* 1992; 201: 216-20.
- Macewen CJ. Eye injuries: a prospective survey of 5671 cases. *Br J Ophthalmol* 1989; 73: 888-94.
- Kahle G, Dach TH, Wollensak J. Augenverletzungen beim Squash. *Klin Mbl Augenheilk* 1993; 203: 195-9.
- Gregory PTS. Sussex Eyes Hospital sports injuries. *Br J Ophthalmol* 1986; 70: 748-50.
- Macewen CJ. Sport associated eye injuries: a casualty department survey. *Br J Ophthalmol* 1987; 71: 701-5.
- Kreutzen PH. Verletzungsfolgen nach Augenprellungen. Ergebnisse einer Studie über 313 Fälle. *Klin Mbl Augenheilk* 1983; 182: 206-9.
- Schütten G, Reim M. Augenverletzungen durch Brillengläser. *Klin Mbl Augenheilk* 1987; 191: 237-7.
- Farber MD, Fiscella R, Goldberg MF. Aminocaproic acid versus prednisone for the treatment of traumatic hyphema. *Ophthalmology* 1991; 98 (3): 279-86.
- Gračner B, Kurelac Z. Gonioskopische Veränderungen durch stumpfe Augapfelverletzungen beim Sport. *Klin Mbl Augenheilk* 1985; 186: 128-30.
- Zenker HJ. Augeninnendruckverhalten nach Bulbuprellungen. *Ophthalmologie* 1993; 90: 631-4.
- Atmaca LS, Vilmaz M. Changes in the fundus caused by blunt ocular trauma. *Ann Ophthalmol* 1993; 25 (12): 447-52.
- Williams DF, Mieler WF, Williams GA. Posterior segment manifestation of ocular trauma. *Retina* 1990; 10: Suppl 1: S35-44.
- Mansour AM, Green WR, Hogge C. Histopathology of commotio retinae. *Retina* 1992; 12 (1): 24-8.
- Zenker HJ. Augeninnendruckverhalten nach Bulbuprellungen. *Ophthalmologie* 1993; 90: 631-4.
- Yap EY, Buettner H. Traumatic rupture of a persistent hyaloid artery. *Am J Ophthalmol* 1992; 114 (2): 225-7.
- Fielding JA. Imaging the eye with ultrasound. *Br J Hosp Med* 1992; 47 (11): 805-15.
- Kwong JS, Munk PL, Lin DT, Vellet AD, Levin M, Buckley AR. Real-time sonography in ocular trauma. *Am J Roentgenol* 1992; 158 (1): 179-82.
- Rossa V, Sundmacher R. Kontusionsbedingte traumatische Aniridie. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 1991; 199 (6): 444-5.
- Baumann HE. Schätzung des unfallbedingten Integritätsschaden am Sehorgan bei unfallfremdem Vorschaden. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 1991; 198 (5): 489-90.
- Reynolds MG, Haimovici R, Flynn HW Jr., DiBernardo C, Byrne SF, Feuer W. Suprachoroidal hemorrhage. Clinical features and results of secondary surgical management. *Ophthalmology* 1993; 100 (4): 460-5.
- Munk PL, Vellet AD, Lin DT, Levin MF, Downey D. Ultrasonographic findings in the anterior segment of the eye obtained with a nondedicated unit. *Can Assoc Radiol J* 1992; 43 (6): 425-30.
- Cascone G, Filippello M, Ferri R, Scimone G, Zagami A. B-scan echographic measurement of endobulbar foreign bodies. *Ophthalmologica* 1994; 208 (4): 192-4.
- Mundt GH, Hughes WS. Ultrasonics in ocular diagnosis. *Am J Ophthalmol* 1956; 41: 488-8.
- Rubsamen PE, Cousins SW, Winward KE, Byrne SF. Diagnostic ultrasound and pars plana vitrectomy in penetrating ocular trauma. *Ophthalmology* 1994; 101 (5): 809-14.
- McNicholas MM, Brophy DP, Power WJ, Griffin JF. Ocular trauma: evaluation with US. *Radiology* 1995; 195 (2): 423-7.

Kakovost v zdravstvu/Quality of health service

KAKOVOST V ZDRAVSTVU: PREDLOG ZA RAZPRAVO O POLITIKI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

Ministrstvo za zdravstvo Republike Slovenije, Komisija za kakovost v zdravstvu

Janko Kersnik, Jurij Šorli

Splošni uvod

Izboljševanje kakovosti je za zdravstveno službo nujen proces. Zajeto je v strategiji Svetovne zdravstvene organizacije: Zdravje za vse do leta 2000 in Planu zdravstvenega varstva do leta 2000. Država naj bi oblikovala lastno politiko dviga kakovosti zdravstvene oskrbe. Z njo poveže v mrežo dejavnosti, ki deloma že obstajajo in tiste, ki se morajo še oblikovati. Pri tem mora upoštevati specifične okoliščine v državi in potrebe svojih prebivalcev.

Načela izboljševanja kakovosti

1. Izboljševanje kakovosti je stalen in neprekinjen proces in vsebuje:
 - postavljanje ciljev kakovosti,
 - zbiranje in obdelavo podatkov,
 - ocenjevanje kakovosti oskrbe in odkrivanje najboljših izidov,
 - spremljanje (stalno ponavljanje procesa).
2. Upoštevati je treba izkušnje in stališča bolnikov.
3. Dejavnost na lokalni ravni je temelj izboljševanja kakovosti, ki mora postati sestavni del vsakdanjega dela vseh zaposlenih v zdravstvu.
4. Ključni dejavniki v procesu zdravstvene oskrbe so izvajalci zdravstvene oskrbe. Za kakovostno delo je odgovoren vsak posameznik, toda na vseh ravneh zdravstvene službe je končna odgovornost v rokah poslovoznikov zdravstvenih ustanov.
5. Uspeh procesa izboljševanja kakovosti je treba graditi predvsem na samoocenjevanju in samoregulaciji in manj na nadzoru in predpisih.

Za uspeh je treba na vsaki ravni opraviti določene naloge. Na vseh ravneh morajo upoštevati:

- vse stopnje procesa izboljševanja kakovosti,
- omogočiti vpliv bolnikov in javnosti,
- oblikovati primeren informacijski sistem,
- oblikovati nabor temeljnih podatkov za vsako specialnost,
- nuditi izobraževanje o zasnovi in metodah izboljševanja kakovosti,
- izbrati prednostne naloge za smotno izrabo virov, namenjenih izboljševanju kakovosti, in
- oblikovanje sistema spodbud.

Na državni ravni je Ministrstvo za zdravstvo, kot nosilec zdravstvene politike, odgovorno za oblikovanje in vpeljavo skupne politike kakovosti v zdravstvu.

Naloge so naslednje:

- postavljanje prednostnih nalog in ciljev kakovosti,
- osnovanje zbirke podatkov,
- ustrezne povratne informacije,
- raziskovanje,
- predpisi in povezave v državi.

Strokovna združenja se morajo zavedati svojih dolžnosti pri vpeljevanju izboljševanja kakovosti na lastnih področjih. Izbrati morajo prednostne naloge, cilje in opredeliti kazalnike kakovosti.

Na regionalni in območni ravni so naloge naslednje:

- postavljanje ciljev in strategije plana zdravstvenega varstva za svoje območje,
- oblikovanje sistema kakovosti za svoje območje,
- oblikovanje območnega nabora minimalnih temeljnih podatkov za podporo izboljševanja kakovosti,
- spremljanje dosežkov,
- sporočanje povratnih informacij izvajalcem oskrbe,
- spodbujanje sodelovanja na svojem področju,
- načrtovanje in izvajanje izobraževanja za kakovost,
- postavljanje prednostnih nalog pri uporabi razpoložljivih virov na svojem območju.

Na krajevni ravni so poslovozniki bolnišnic, zdravstvenih domov in drugih zdravstvenih ustanov odgovorni za vpeljavo izboljševanja kakovosti v vsakodnevno delo. Oblikovati morajo svojo politiko kakovosti in jo zapisati v poslovnik kakovosti. Najvišje vodstvo mora biti najbolj dejavno in pri tem prevzeti vodilno vlogo. V ta namen je treba:

- opredeliti odgovornost za kakovost na vseh ravneh vodenja,
- postaviti učinkovito organizacijo za kakovost,
- postaviti hiter in učinkovit informacijski sistem,
- pridobiti ustrezno usposobljene kadre,
- oblikovati sistem kakovosti v ustanovi.

Neposredni izvajalci oskrbe morajo biti seznanjeni s politiko kakovosti in cilji ustanove. Seznanjeni morajo biti z jasnimi in nedvoumnimi informacijami o doseganju kakovosti. Pri svojem delu uporabljajo metode izboljševanja kakovosti.

Predlog politike kakovosti v zdravstvu v Republiki Sloveniji

Oprelitev izboljševanja kakovosti

Izboljševanje kakovosti je dinamičen proces, s katerim odkrivamo najboljše izide zdravstvene oskrbe in izkušnje uporabljamo v vsakdanji praksi, da bi s tem pri svojem delu dosegli odličnost. Zajema zasnove in metode ocenjevanja, zagotavljanja, izboljšanja in nadzora kakovosti.

Besedo izboljšanje uporabljamo zato, da bi pokazali na naravo procesa, ki naj bi ne skrbel samo za obdržanje dosežene kakovosti, temveč tudi za stalno izboljševanje.

Izboljševanje kakovosti in zdravje za vse

Strategija Evropske regije Svetovne zdravstvene organizacije »Zdravje za vse do leta 2000« v svojem 31. cilju naroča:

„Do leta 2000 morajo v vseh državah članicah obstajati strukture in procesi, ki bodo zagotavljali stalno izboljševanje kakovosti zdravstvene oskrbe, primeren razvoj in uporabo zdravstvenih tehnologij.“

To je možno doseči z metodami in postopki sistematičnega spremljanja, ocenjevanja in pospeševanja kakovosti oskrbe. Izboljševanje kakovosti mora postati stalna sestavina vsakdanjega dela vseh zaposlenih v zdravstvu, ki jim je o tem treba zagotoviti ustrezno izobraževanje.

Ta cilj omogoča doseganje ciljev od 26. do 30., ki govorijo o primerni oskrbi in načinih izboljšanja zdravja prebivalcev. Osrednja snov teh ciljev je učinkovito vodenje človeških, finančnih in materialnih virov sistema zdravstvenega varstva, da bi izboljšali kakovost in obvladovali stroške oskrbe. 35. cilj spodbuja razvoj informacijskega sistema, ki bo omogočal doseganje ostalih ciljev. 38. cilj predvideva vključevanje javnosti v razprave o vseh vidikih zdravstvenega varstva.

Zakaj je potrebna državna politika izboljševanja kakovosti v zdravstvu?

O kakovosti v zdravstvu se v zadnjem času veliko govori tako po svetu kot pri nas. Vse države imajo nekaj skupnih točk:

1. Bolniki in javnost se vedno bolj zavedajo pomena kakovosti oskrbe, zahtevajo izboljšanje kakovosti vseh delov sistema zdravstvenega varstva in predvsem zdravstvene službe.
2. Politiki, snovalci zdravstvene politike, in upravljavec zdravstvenega zavarovanja zahtevajo natančno dokumentacijo o nudeni oskrbi, boljše kakovost in obvladovanje stroškov zdravstvene oskrbe.
3. Vsi profili izvajalcev želijo izboljšati svoje delo.
4. Razlike v izidih oskrbe in tudi v obsegu oskrbe sprožajo razprave o kakovosti. To postaja očitno predvsem zaradi pomanjkanja jasnih opredelitev zelenih izidov oskrbe in pomanjkanja zavedanja oziroma odgovornosti za izid vsakodnevnih postopkov.

Sredstva, namenjena sistemu zdravstvenega varstva, so omejena in dviga kakovosti ni več mogoče zagotavljati le s povečevanjem teh sredstev. Zato so postala pomembna druga sredstva, ki omogočajo kakovost oskrbe. Politika kakovosti v zdravstvu povezuje dejavnosti v zvezi z izboljševanjem kakovosti na državni, območni in krajevni ravni. S tem postaja izboljševanje kakovosti stalni sestavni del vsakdanjega dela vseh profilov izvajalcev. Povratne informacije, ki sežejo do vsakega posameznega izvajalca, so se pri tem izkazale za najbolj uspešen način postopnega stalnega izboljševanja kakovosti zdravstvene oskrbe.

Poleg neposrednih dejavnosti v zvezi z izboljševanjem kakovosti oskrbe so pomembne tudi naslednje dejavnosti, ki so tesno povezane s kakovostjo oskrbe:

- ocenjevanje novih in preverjanje obstoječih medicinskih tehnologij,
- oblikovanje priporočil za delo,
- pravična razporeditev zdravstvene službe med prebivalstvom,
- primerna razporeditev nalog in odgovornosti med različnimi profili in specialnostmi izvajalcev oskrbe,
- izobraževanje za kakovost in
- raziskave o metodah in dosežkih kakovosti.

Načela izboljševanja kakovosti v zdravstvu

Opredelitev kakovosti v zdravstvu

Sestavine kakovostne zdravstvene oskrbe so:

- visoka stopnja strokovnosti,
- učinkovita izraba (človeških, finančnih in materialnih) virov,
- čim manjše tveganje za bolnika,
- zadovoljstvo bolnika in
- vpliv na njegovo zdravstveno stanje.

Kakovostna zdravstvena oskrba dosega zahteve in v skladu z obstoječim znanjem izpolnjuje pričakovanja čim večje koristi ob najmanjših možnih tveganjih za zdravje in dobro počutje bolnika. Poleg strokovnega dela v zvezi z zdravljenjem se pri tem upoštevajo tudi nezdravstvene storitve. S tem je vpleteno celotno osebje zdravstvenih ustanov.

Glavne sestavine zdravstvene oskrbe

Nekatere dejavnosti v zvezi s kakovostjo so neposredno povezane z zdravljenjem (preventiva, diagnostika, zdravljenje in rehabilitacija) (*strokovna kakovost*), druge sodijo v okvir uslužnostnih (nezdravstvenih) storitev (*laična kakovost*) in v upravljanje oziroma vodenje ustanov ter sistema zdravstvenega varstva (*družbena kakovost*). Strokovna, družbena in laična kakovost skupaj tvorijo celokupno kakovost sistema zdravstvenega varstva.

Pri izboljševanju kakovosti zdravstvene oskrbe se navadno oziramo na tri vidike oskrbe: pogoje (structure), postopek (process) in izid (outcome).

- **Pogoje** dela sestavljajo organizacijska struktura oskrbe, ekonomski pogoji, vodenje, osebje, oprema, prostori, izobrazbena stopnja izvajalcev in informacijski sistem.
- **Postopek** se nanaša na izvedbo preventivnih, diagnostičnih, terapevtskih in rehabilitacijskih storitev vključno s seznanjanjem bolnika o teh storitvah.
- **Izid** je opredeljen z učinkom oskrbe na zdravstveno stanje in počutje bolnika ter na stopnjo njegovega zadovoljstva. Nanaša se tudi na uspešnost izrabe razpoložljivih virov.

Čeprav so pomembni vsi vidiki, je pozitiven izid najpomembnejši za posameznika in celotno družbo. Zato je treba odkriti dobre izide in nato preučiti pogoje in postopke, ki so pripeljali do njih. Te pogoje in postopke lahko uporabimo za svetovanje tistim, ki ne dosegajo tako dobrih izidov.

Bolnikovo zadovoljstvo je izid sam po sebi. Kljub temu ima večjo težo sprememba v zdravstvenem stanju, saj so bolniki lahko zadovoljni kljub slabim izidom.

Podatki o izidih, pogojih in postopkih morajo biti dostopni na vseh ravneh. Informacijski sistem mora zagotavljati zbiranje in obdelavo primernih podatkov.

Temeljna načela trajnega izboljševanja kakovosti

Izboljševanje kakovosti je dinamični proces z naslednjimi načeli:

- odkrivanje in uporaba najboljših izidov za doseganje odličnosti,
- eksplicitna opredelitev ciljev kakovosti,
- nepretrgano samoocenjevanje,
- nadzor znotraj stroke in
- naklonjeno vodstvo in vključevanje bolnikov.

Postopek izboljševanja kakovosti

Na razpolago je več načinov izboljševanja kakovosti (računalniško podprto zagotavljanje kakovosti, krožki zagotavljanja kakovosti, strokovni sestanki, strokovni nadzor idr.). Vsi morajo uporabljati zaporedje skupnih korakov:

1. izbira ciljev,
2. ocenjevanje kakovosti,
3. vpeljava sprememb in
4. spremljanje.

Z izbiro ciljev razumemo izbrane kazalnike kakovosti, ki jim določimo merila in izberemo smernice (standard), ki jih hočemo pri tem doseči. Z ocenjevanjem kakovosti razumemo zbiranje podatkov po posameznih kazalnikih, ki jih nato obdelamo in sporočimo povratno informacijo izvajalcem. Temu sledi vpeljava potrebnih sprememb in spremljanje učinka sprememb. Sam proces se lahko večkrat ponovi, da dosežemo želeno raven kakovosti.

sti. Končni cilj izboljševanja kakovosti je zagotoviti uporabo novih, v praksi preverjenih spoznanj v zdravstveni oskrbi.

Pravilo dobrih jabolk

Teoretično podlago stalnega izboljševanja kakovosti pogosto imenujejo tudi teorija dobrih jabolk. Cilj izboljševanja kakovosti je namreč prav v odkrivanju najboljših izidov oskrbe in njihovi uporabi pri izboljševanju celotne oskrbe, in ne toliko v odkrivanju in odpravljanju slabih izidov (slabih jabolk).

Ko opazujemo določeno področje oskrbe, se izidi teoretično razporedijo pod krivuljo, kjer je npr. 5% izidov odličnih, 90% dobrih in 5% slabih. V naslednjem koraku identificiramo najboljše izide in analiziramo postopek in pogoje, ki so pripeljali do tako dobrih izidov. Na osnovi analize lahko oblikujemo priporočila za delo, ki se lahko široko uporabljajo. Na ta način s stalnim postavljanjem in doseganjem vedno višjih ciljev premikamo krivuljo izidov proti odlični kakovosti.

Na podlagi kazalnikov in po primerjavi izidov najdemo ustanove, kjer zgledno delajo. Tam se lahko izvaja pouk in usposabljanje tistih, ki se zanimajo za izboljšanje svojega dela. Metodo lahko uporabljamo na vseh ravneh. Iz izkušenj je znano, da z izmenjavo izkušenj in pozitivno stimulacijo kakovost bolj uspešno izboljšamo kot s kaznovanjem slabih izidov. Kljub temu je treba odkrivati tudi slabe izide in jih po možnosti odpraviti ali vsaj približati povprečju.

Cilji kakovosti

Poleg poznavanja lastnih uspehov pri delu je nujno postavljanje ciljev, kakšno kakovost želimo doseči. Izvajalci se morajo med seboj dogovoriti, kaj je zaželena kakovost in pri tem upoštevati tudi izkušnje ter želje bolnikov. Cilje postavimo v dialogu med izvajalci oskrbe, zdravstvenimi politikami in upravljalci zdravstvenega sistema. Cilje kakovosti imenujemo tudi smernice (standardi). S smernicami potegnemo mejo med sprejemljivo in nesprejemljivo kakovostjo v določenih pogojih. Dogovorimo se, do katere mere bomo dosegali merila oskrbe, ki so znanstveno in strokovno opredeljena. Merila so merljivi deli oskrbe, ki nam služijo za primerjavo med posameznimi izvajalci. Med izidi moramo izbrati kazalnike, na osnovi katerih lahko primerjamo celotno zdravstveno oskrbo. Pojav zapletov ali sprememba zdravstvenega stanja so lahko kazalniki izida. Izvajalci oskrbe se morajo sami in prek svojih strokovnih združenj dejavno vključiti v izbiro in oblikovanje kazalnikov, če želimo, da bodo kazalniki veljavni, primerni in realni.

Vloga sooblikovalcev

Bolniki in skupnost

Bolnik in celotna skupnost imajo koristi od zdravstvene službe. Izkušnje bolnikov o pogojih, postopkih in izidih oskrbe lahko znatno prispevajo k izboljševanju kakovosti.

Izvajalci zdravstvene oskrbe

Temelj izboljševanja kakovosti je dejavnost izvajalcev zdravstvene oskrbe na krajevni ravni (v ustanovah, na oddelkih, pri vsakdanjem delu). Izboljševanje kakovosti mora biti sestavni del vsakdanjega dela vsega osebja. Vsi sodelujoči pri zdravstveni oskrbi morajo spoznati, da predstavlja izboljševanje kakovosti lastnega dela tudi večje zadovoljstvo s poklicem in ne samo delovno dolžnost.

Poslovodniki

Končna odgovornost za kakovost je v rokah poslovodnikov na vseh ravneh. Samo oni lahko zagotovijo, da postane izboljševanje kakovosti del vsakodnevnega dela. Pri tem imajo naslednje naloge:

- Oblikujejo politiko kakovosti v svoji ustanovi, ki opredeljuje pomembnost in odgovornost za kakovost v ustanovi.
- Vzpostavijo sistem kakovosti, s pomočjo katerega se načrtujejo, izvajajo, nadzirajo in dokumentirajo vse dejavnosti, ki vplivajo na kakovost zdravstvene oskrbe.
- V sodelovanju z neposrednimi izvajalci izbirajo splošne cilje in strategije za izvajanje postavljene politike kakovosti.
- Pospesujejo izbiranje konkretnih meril in postavljanje smernic (standardov) kakovosti.
- Zahtevajo opredelitev kazalnikov kakovosti.
- Izvajajo potrebne ukrepe za izboljšanje kakovosti.
- Izvajalcem dajejo povratne informacije.
- Ocenjujejo in spremljajo izide.
- Odločajo o izobraževanju in usposabljanju.

Pri zaposlenih morajo poslovodniki podpirati predanost in prizadevanja v zvezi z izboljševanjem kakovosti:

- Zagovarjati morajo načela izboljševanja kakovosti.
- Pripravijo učinkovite spodbude za sodelovanje.
- Spodbujajo sodelovanje med strokami in oddelki.

Ravni odgovornosti

Vse ravni sistema zdravstvenega varstva so odgovorne za izboljševanje kakovosti. Glavno odgovornost imajo upravljalci sistema na državni in območni ravni ter poslovodniki zdravstvenih ustanov in vodje oddelkov na krajevni ravni. Ključno vlogo pri izboljševanju kakovosti imajo izvajalci oskrbe in njihova strokovna združenja.

Skupne naloge

Podpora izboljševanju kakovosti

1. Izbira ciljev:
 - Odkrivanje odstopanj v kakovosti in s tem področij, kjer je izboljšanje kakovosti prednostna naloga.
 - Postavljanje realnih kratkoročnih in dolgoročnih ciljev na teh področjih.
2. Spremljanje:
 - Opredelitev kazalnikov kakovosti.
 - Zbiranje uporabnih podatkov za primerjave znotraj ustanove in med ustanovami.
 - Spremljanje rezultatov in samega postopka.
3. Obveščanje:
 - Obveščanje izvajalcev o rezultatih.
 - Izmenjava podatkov in izkušenj znotraj posamezne ravni in med ravnmi.

To predstavlja objavljanje in razpošiljanje poročil o praktičnih izkušnjah, ki vključujejo tako uspehe kot tudi težave.
4. Oblikovanje spodbud za izboljšanje kakovosti:
 - Sodelovanje pri izboljševanju kakovosti je treba povezati z zaposlenostjo in napredovanjem.
 - Sporazumeti se je treba o uporabi eventualnih prihrankov.
5. Ocena in spremljanje vpliva izboljševanja kakovosti:
 - Poročanje o rezultatih.
 - Objavljanje informacij.

Vključevanje bolnikov

Vpliv bolnikov na zdravstveno oskrbo je pomemben del izboljševanja kakovosti. Poslovodniki in izvajalci na vseh ravneh morajo zagotoviti možnost sodelovanja bolnikov, organizacij bolnikov in vsega prebivalstva. Prisluhniti morajo njihovim potrebam, težavam in pričakovanjem v zvezi s kakovostjo.

Informacijski sistem

Ker je za izboljševanje kakovosti nujno potrebno stalno zbiranje podatkov, predstavlja informacijski sistem neobhodno podlago.

Zbiranje podatkov je del vsakdanjega dela, ki naj ga podpira primerna programska oprema za olajšanje dela.

Oblikovati se morajo minimalni zbirni temeljni podatki za vsako specialnost, ki omogočajo primerjanje izidov skozi daljše obdobje in med posameznimi ustanovami.

Poiskati je treba že obstoječe baze podatkov. Kljub temu morajo večino podatkov za izboljševanje kakovosti zbrati izvajalci sami. Pri zbiranju podatkov je treba upoštevati popolnost zbranih podatkov, stroške zbiranja in pravnoetične razsežnosti.

Izobraževanje

Vsi izvajalci potrebujejo izobraževanje, da bi sprejeli zamisel o izboljševanju kakovosti, uspešno uporabljali povratne podatke in sodelovali pri samih dejavnostih v zvezi s tem. Pri tem so potrebni posebni tečajji in druge dejavnosti za vzdrževanje in razširjanje konceptov in metod. Na ta način se spodbuja osebje, da bo sprejelo izboljševanje kakovosti za svojo nalogo. Spodbujati je treba skupinsko delo in sodelovanje med posameznimi strokami. Izboljševanje kakovosti naj postane del vseh učnih načrtov za izvajalce zdravstvene oskrbe.

Zagotavljanje virov

Zagotoviti je treba čas za spoznavanje z načeli in metodami izboljševanja kakovosti. Za oblikovanje ustreznih baz podatkov so potrebna sredstva in čas. Izboljševanje kakovosti mora imeti svoj delež v sredstvih, namenjenih zdravstvenemu varstvu. Kljub eventualnim stroškom se moramo zavedati prihranka na račun tega, da se z boljšo kakovostjo izognemo nepotrebnim stroškom, ki bi nastali zaradi slabe kakovosti (nepotrebnih in neustreznih postopki ter zavrženje, napake, zapleti). Vodstvo in zaposleni se morajo vnaprej sporazumeti o porabi eventualnih prihrankov. Stroškovna zanimivost in zadovoljstvo bolnikov sta pomembna dejavnika, ki zanimata vse udeležence v zdravstvenem varstvu.

Odgovornost na posameznih ravneh

Državna raven

Prva naloga je oblikovanje in udejanjanje skupne politike v zvezi s kakovostjo v zdravstvu. Pri tem ima zdravstvenoupravna struktura naslednje naloge:

- Podpora raziskovanju in oblikovanju načel in metod za izboljševanje kakovosti vključno z ocenjevanjem medicinskih tehnologij ter oblikovanjem priporočil za delo.
- Spodbujanje območnih upravljalcev, krajevnih poslovođnikov in izvajalcev.
- Izbira prednostnih področij oskrbe v državi, podpora oblikovanju skupnih meril, standardov in kazalnikov kakovosti na teh področjih.
- Statistična in informacijska podpora.
- Državne baze podatkov.

- Enoten program ocenjevanja medicinskih tehnologij.
- Koordinacija državnega programa s področnimi in krajevnimi ravnimi.
- Svetovanje in usmerjanje področnih in krajevnih zdravstvenih oblasti.
- Sodelovanje na mednarodni ravni.
- Sodelovanje pri mednarodnih projektih.

Pri tem je smotno uporabiti že obstoječe ustanove (Inštitut za varovanje zdravja) in/ali ustanoviti nova telesa, ki dopolnijo obstoječo mrežo. Podpreti morajo pozitivno zakonodajo s tega področja.

Območna raven

Kljub slabo razvitim področnim povezavam je smiselno spodbujati dejavnosti na tej ravni. Omogoča lažje primerjave in sodelovanje med posameznimi izvajalci. Med posebnimi nalogami so:

- Zbiranje podatkov v zvezi s kazalniki kakovosti.
- Spremljanje uspešnosti posameznih ustanov.
- Sporočanje podatkov izvajalcem.

Lokalna raven

Poslovođniki ustanov so odgovorni za načrtovanje in uvajanje izboljševanja kakovosti. Zbirajo poročila o rezultatih teh dejavnosti in ustrezno ukrepajo. Omogočiti morajo sodelovanje med strokami in oddelki.

Izvajalci in strokovna združenja

Izvajalci so ključni člen izboljševanja kakovosti. Uspeh je odvisen od sodelovanja med posameznimi strokami in profili. Izvajalce je treba obveščati o kakovosti, da se zavedo svojega dela odgovornosti.

Strokovna združenja imajo strokovno in moralno dolžnost poskrbeti za uvajanje izboljševanja kakovosti vključno z ocenjevanjem medicinskih tehnologij in priporočil za delo. Znotraj strokovnih združenj morajo doseči tudi soglasje o kazalnikih kakovosti, ki jih je smotno spremljati in uporabiti kot merilo kakovosti izida oskrbe. Vsi se morajo strinjati s tistimi kazalniki kakovosti, ki se bodo zbirali na državni ravni.

Zbornice različnih profilov, zaposlenih v zdravstvu, igrajo pomembno vlogo pri izvajanju strokovnega nadzora, dodiplomskem in stalnem strokovnem izobraževanju kadrov.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in druge zdravstvene zavarovalnice

Zavod igra pomembno vlogo na dveh področjih:

- Z obsežno bazo podatkov omogoča primerjave na nekaterih področjih.
- Z določeno upravno vlogo prevzema del upravnih odgovornosti za izboljševanje kakovosti na državni in območni ravni.

Pismo uredništvu/Letter to the editor

SPREMEMBE NA MEHKIH IN TRDIH TKIVIH USTNE VOTLINE PRI DISTROFIČNI HEREDITARNI BULOZNI EPIDERMOLIZI

(Opis primera)

Matjaž Rode, Živo Bobič, Mirela Kogoj-Rode

Dedno bulozno epidermolizo – Epidermolysis bullosa hereditaria (EBH) prištevamo med genodermatoze. Za to redko bolezen je značilno, da so koža in sluznice pri bolnikih močno občutljive na mehanske dražljaje. Ob takih dražljajih se naredijo intraepidermalni in subepidermalni mehurčki. Zato poimenovanje bolezni ni povsem točno, je pa ustaljeno (1). Pri tem niso toliko nevarni dražljaji, ki so usmerjeni pravokotno na površino kože ali sluznice, kot tisti, ki so usmerjeni poševno.

Bolezen je porazdeljena na več podskupin. Najpomembnejše so: – avtosomalno-dominantna oblika (simplex Köbner); – avtosomalno-dominantna hiperplastična oblika (Cockayne-Touraine);

– recesivna distrofično polidisplastična oblika (Haloepau-Siemens); – dystrophia bullosa (Typus maculatus-Mendes da Costa, van der Valk). Za distrofično skupino je značilno, da tudi v remisijah bolezni ostajajo trajne poškodbe na mestih bolezenskih eflorescenc (2). Histološka značilnost prve skupine EBH so suprabazalno umeščeni mehurčki, pri drugih skupinah pa nastajajo subepidermalno. Pri avtosomalno-dominantni obliki, ki je najmilejša oblika bolezni, spremembe na ustni sluznici niso obvezne (3), nastopajo le v nekaj odstotkih (4).

Pri recesivno distrofični obliki pa so vedno prisotne spremembe tudi na sluznicah. Pri tej obliki bolezni se pojavijo mehurčki že v prvih dneh življenja po koži vsega telesa in zapuščajo brazgotine, ki lahko povzročijo spremembe na prstih (pseudosindaktilija). Opaziti je tudi anonihijo ali hiponihijo. Zaostal je fizični razvoj. Prizadete so vse sluznice: ustna, očesna, prebavna. Na očeh pri tej obliki bolezni lahko nastanejo spremembe na veznici, nastopi nespecifični blefaritis, konjunktivitis in keratitis z zamotnitvijo leče (4).

Od vseh sluznic je prav sluznica ustne votline najhujše prizadeta. To je lahko zelo resen zaplet bolezni. Največkrat je prizadet jezik, pogosto pa tudi sluznica neba ali lic. Faza mehurčkov je v ustni votlini kratkotrajna, kmalu nastanejo iz njih erozije ali pa ulceracije. Kot posledice lahko opazujemo brazgotinsko ali atrofično spremenjene predele. Predvsem so značilne spremembe na hrbtu jezika. Površina je atrofična, brez vseh papil, gladka in tanka kot cigaretni papir. Včasih je jezik pribrazgotinjen na ustno dno in je zato gibljivost jezika močno prizadeta (3). Na lični sluznici lahko pri nekaterih bolnikih vidimo bele madeže. Na teh mestih se pri odraslih bolnikih z EBH lahko razvije planocelularni karcinom.

Bolezniški znaki lahko nastanejo že med samim porodom. Dojenje je lahko povzroča tvorbo eflorescenc v ustni votlini. Požiranje povzroča bolečine. V prebavnem traktu nastopajo sinehije in stenozne. Bolniki so tudi hripavi (5).

Pri vseh oblikah bolezni, obvezno pa pri recesivni polidisplastični obliki lahko opazujemo spremembe na zobeh. Najbolj je prizadeta sklenina. Zobne krone so zato deformirane, sklenina je temno zabarvana (6). Zobje izraščajo v zobni vrsti nepravilno (4). Močno je izražena zobna gniloba, dentin pri zobeh teh bolnikov pa je normalen! Pomembno je vedeti, da že običajno ščetkanje zob lahko povzroči nastanek buloznih eflorescenc. Prav zaradi težav

pri vzdrževanju ustne higiene so običajno močno poškodovana tudi parodontalna tkiva. Zobozdravniški posegi so zelo oteženi, saj tudi ob pazljivem delu lahko nastopijo bule in vezikule (7). Ena od pomembnih nalog zobozdravnika pri teh bolnikih zato je, da jih prepriča o nujnosti vzdrževanja kar se le da optimalne ustne higiene (2).

Ob postavljanju diagnoze bolezni moramo pomisliti predvsem na lues connata, acrodermatitis enteropathica (močno primanjkuje cink), pemphigus vulgaris, lichen planus mucosae oris erosivus, dermatitis herpetiformis, multiformni eksudativni eritem (1, 8).

Prognoza bolezni je slaba (1).

Za zdravljenje se uporabljajo vitaminski preparati in preparati železa in kortikosteroidi (1, 9).

Opis našega primera

Bolnica U. K., rojena leta 1978, boluje za distrofično obliko dedne bulozne epidermolize. Pri njej gre za recesivno obliko te dedne bolezni. Bolezen je bila pri bolnici diagnosticirana na Dermatološki kliniki v Ljubljani v letu 1982. Starši so leta 1987 z deklico odšli v London, saj so bile možnosti zdravljenja v Ljubljani izčrpane. Sprejeta je bila na Oddelku za plastično in dermatološko kirurgijo v Lister Hospital. Za njo se je zavzela skupina strokovnjakov in iz priložene medicinske dokumentacije, ki nam jo je izročila bolnica, lahko povzamemo potek preiskav in zdravljenja.

Vse serumske vrednosti vitaminov so bile zmanjšane, še posebno vitamina E (3,9 mg/l). Izredno nizke so bile vrednosti encima glutation peroksidaza (47 U/gHb) (spodnja meja normalne vrednosti je 67 U/gHb). Vrednosti alkalne fosfataze so bile povišane. Izredno nizka je bila vrednost cinka (84 ppb; spodnja meja je 500 ppb) in železa (3,2 μmol/l). Od ostalih izvidov je bila izstopajoča visoka sedimentacija – 62 mm v 1 uri in povišana nivoja IgG in IgA.

Na podlagi vseh izvidov in posvetovanj so v Londonu izdelali načrt zdravljenja in kontrole pri bolnici. Predpisali so ji posebno prehranjevalno dieto, z zdravili so ji želeli popraviti pomanjkanje vitaminov in mineralov. Med popisom zdravil, ki jih je bolnica pričela jemati, so: tablete vitamina C in A + D, vitamin E, tablete cinka in selen in še druga zdravila.

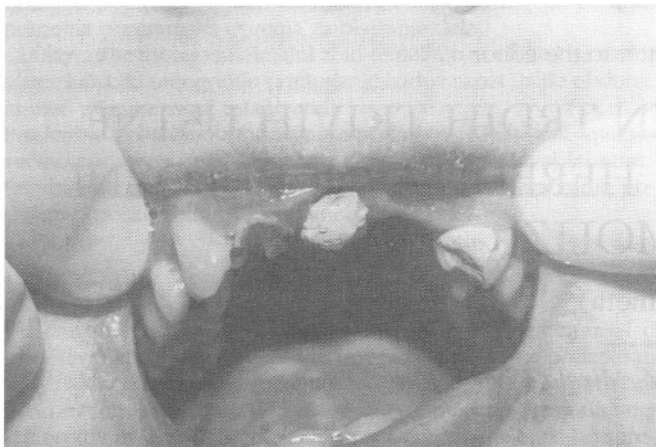
Laboratorijski izvidi, narejeni ob eni od kontrol v letu 1992, kažejo bistveno izboljšane vrednosti v primerjavi s tistimi, narejenimi v letu 1987!

Vsi funkcionalni testi B-vitaminov so v mejah normale, tudi aktivacija piridoksina (16 %). Nivoji magnezija, cinka in kalcija so normalni. Še vedno pa je ostala nizka, četudi v primerjavi s prvimi izvidi povišana vrednost železa (5,4 μmol/l).

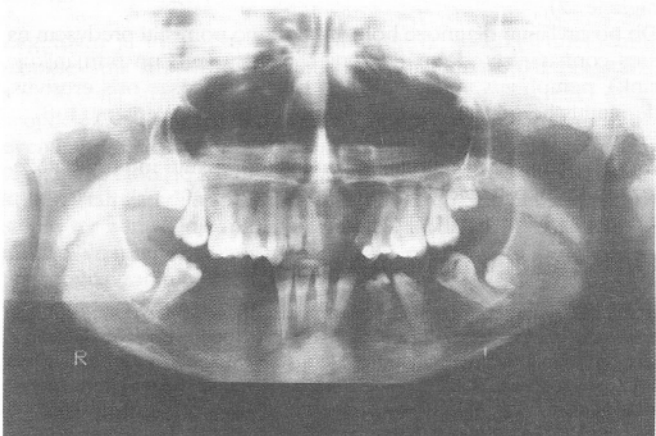
Vrednosti encima glutation peroksidaze so se povzpele iz izredno nizkih vrednosti v letu 1987 v meje normalnih vrednosti (76 U/gHb). Elektroforezna preiskava je pokazala močno povišane vrednosti serumskih globulinov (53 g/l), kar je za bulozno epidermolizo značilno. Vse ostale vrednosti so v mejah normale. Izvidi so spodbudni. Bolnica še vedno hodi na redne kontrolne preglede v London.

Oskrba zob pri bolnici

V mesecu juniju 1996 je bila bolnica napotena v specialistično ambulanto za zobne in ustne bolezni ZD Ljubljana. Lečeči zobo-



Sl. 1. Stanje zob, obzobnih tkiv in ustne sluznice pri bolnici ob pričetku zdravljenja in stomatoprotetične rehabilitacije. Vidno je kariozno zobovje in za bolezen značilne spremembe na jezikovem hrbtu.



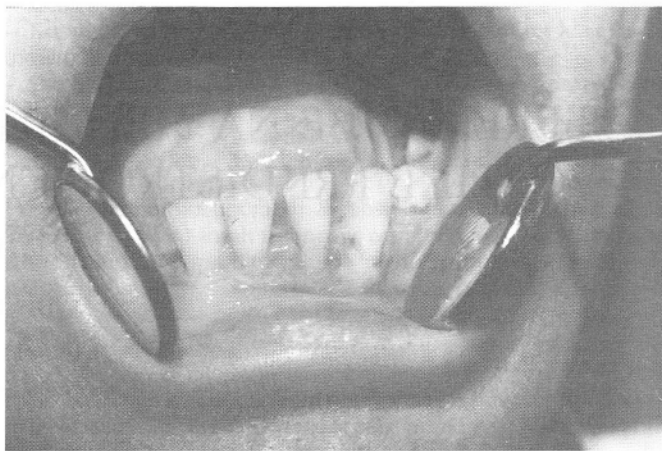
Sl. 2. RTG panoramski posnetek zobovja pri bolnici. V predelu vrška korenin zgornjih sekalcev in spodnjih levih ličnikov je opaziti periapikalne svetline, ki označujejo kronično vnetje.

zdravnik je želel dodatno mnenje o možnosti rehabilitacije močno kariozno okvarjenih zob pri bolnici. Ni se namreč povsem strinjal z mnenjem nekaterih, da je nujno ekstrahirati vse okvarjene zobe pri bolnici.

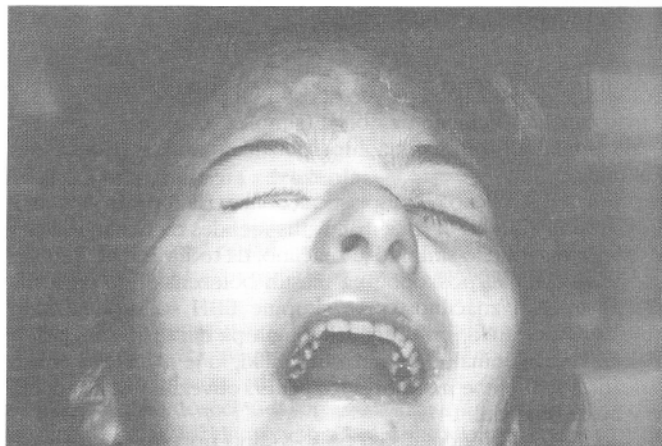
Bolnica je v ambulantno prišla v spremstvu svojega očeta, ki nam je tudi izročil vso medicinsko dokumentacijo in na kratko opisal vse postopke in pota, ki so jih imeli pri zdravljenju bolezni njegove hčerke. Bolnica je bila komunikativna in takoj pripravljena sodelovati, predvsem pa si je želela, da ne bi dobila zobne snemne proteze, kot ji je bilo svetovano.

Pri pregledu mehkih tkiv ustne votline so bile predvsem vidne spremembe na specializirani sluznici hrbtna jezika. Sluznica je močno atrofična, hrbet jezika je vidno brazgotinsko spremenjen, njegova gibljivost je močno omejena. V obeh zobnih vrstah manjka po več zob. Preostali zobje so kariozni in predvsem zgornja srednja sekalca sta kariozno destruirana do zobnih vratov (sl. 1). Obzobna tkiva so vnetja. Ob ščetkanju in na dotik s sondo dlesen zakrvavi. Na zobnih ploskvah posameznih zob so prisotne mehke in trde zobne obloge.

RTG panoramski posnetek, ki smo ga analizirali ob prvem pregledu, je pokazal periapikalne bolezenske spremembe na obeh zgornjih desnih sekalcih in drugem levem ličniku v spodnji zobni vrsti (sl. 2).



Sl. 3. Po zdravljenju se je gingivalno stanje pri bolnici izboljšalo. Gingivitis je še prisoten predvsem ob prvem levem spodnjem sekalcu. Spremembe na jezikovem hrbtu so ostale.



Sl. 4. Slika bolnice po končani stomatoprotetični rehabilitaciji. Način rehabilitacije je fiksni, in to je predpogoj za zadovoljivo vzdrževanje ustnega zdravja. Na koži čela so dobro vidne za bolezen značilne kožne spremembe.

Načrt stomatoprotetične rehabilitacije

Po kliničnem pregledu in analizi RTG posnetkov smo pripravili načrt stomatoprotetične rehabilitacije pri bolnici.

Ob prvem srečanju z njo smo jo skušali ponovno motivirati za izvajanje natančne in redne zobne nege. Predlagali smo ekstrakcijo drugega spodnjega levega ličnika in ji tudi ordinirali tetracikline. Na ponovni kontroli čez 7 dni smo lahko ugotovili izboljšanje. Gingivalno vnetje se je omililo, saj dlesen ob ščetkanju ne krvavi, ob dotiku s parodontalno sondo pa le na posameznih mestih (sl. 3). Po ekstrakciji ličnika in endodontskem zdravljenju gangrenozno zbolelih zgornjih sekalcev ter rekonstrukciji kariozno prizadetih zob smo vse manjkajoče zobe nadomestili z mostičkom (sl. 4). Bolnica hodi na redne kontrole. Dovolj učinkovito skrbi za svojo ustno higieno. S tem načinom zobne rehabilitacije je izredno zadovoljna. Tudi žvečna funkcija je bistveno izboljšana.

Zaključek

Pri bolnikih z eno od oblik bulozne epidermolize je izbira pravilnega načina stomatoprotetične rehabilitacije izrednega pomena. Zobozdravnik mora zato poznati naravo in glavne značilnosti te

redke bolezni, zdravnik pa mora vedeti, da je zobozdravnikova vloga pri zagotavljanju kakovosti življenja teh bolnikov zelo pomembna.

Literatura

- Jakac D ed. Dermatologija i venerologija. Zagreb: Medicinska knjiga, 1981: 379–81.
 - Strassburg M, Knolle G. Farbatlas und Lehrbuch der Mundschleimhautkrankungen. Berlin, Chicago, London: Quintessenz, 1991: 602–13.
 - Van der Waal I, Pindborg JJ. Diseases of the Tongue. Chicago–London: Quintessence, 1986: 104–5.
 - Gorlin RJ, Pindborg JJ, Cohen MM. Syndromes of the head and neck. New York: McGraw-Hill, 1976: 281–4.
 - Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A textbook of oral pathology. Philadelphia: Saunders, 1974: 282–3.
 - Betetto M, Fettich J. Mala dermatovenerologija. Ljubljana: Mihelač, 1993: 177–9.
 - Scully C, Cawson RA. Medical problems in dentistry. Bristol: Wright, 1982: 418–20.
 - Wood NK, Goaz PW. Differential diagnosis of oral lesions. St. Louis: Mosby, 1975: 198–211.
 - Schuermann H, Greither A, Hornstein O. Krankheiten der Mundschleimhaut und der Lippen. München: Urban & Schwarzenberg, 1966: 238–40.
- V tej številki so sodelovali:**
- Živo Bobič, dr. stom., Zasebna zobozdravniška ordinacija Ljubljana
 asist. dr. Erika Brenčič, dr. med., specialistka rentgenologinja, Klinični inštitut za radiologijo, KC Ljubljana
 doc. dr. Jadranka Buturovič-Ponikvar, dr. med., specialistka internistka, Klinični oddelek za nefrologijo, KC Ljubljana
 Andreja Černe, dr. med., Klinični oddelek za kardiologijo, KC Ljubljana
 prof. dr. Milan Čižman, dr. med., specialist pediater in specialist internist, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana
 mag. Damir Franič, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, Zdravstvena postaja Rogaška Slatina
 prof. dr. Edvard Glaser, dr. med., specialist transfuziolog, Splošna bolnišnica Maribor
 doc. dr. Alojz Gregorič, dr. med., specialist pediater, Splošna bolnišnica Maribor
 prof. dr. Marija Gubina, dr. med., specialistka mikrobiologinja, Inštitut za mikrobiologijo, MF Ljubljana
 prof. dr. Matija Horvat, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za intenzivno interno medicino, KC Ljubljana
 Nadja Jovan-Kuhar, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana
 Janko Kersnik, dr. med., specialist splošne medicine, nacionalni koordinator za kakovost v splošni medicini, ZP Kranjska gora
 prim. Franci Koglot, dr. med., specialist kirurg, Bolnišnica dr. Franca Derganca, Šempeter pri Gorici
 spec. akad. st. asist. Mirela Kogoj-Rode, dr. stom., specialistka za zobne, ustne bolezni in parodontopatije, Stomatološka klinika, KC Ljubljana
 doc. dr. Mira Koželj, dr. med., specialistka internistka, Klinični oddelek za kardiologijo, KC Ljubljana
 asist. dr. Matjaž Koželj, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za gastroenterologijo, KC Ljubljana
 prof. dr. Igor Kranjec, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za kardiologijo, KC Ljubljana
 prim. Bogdan Leskovic, dr. med., specialist internist, Ljubljana
 prim. Marjeta Macarol-Hiti, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana
 Ana Meštrovič, dr. med., specialistka pediatrija, Splošna bolnišnica Celje
 dr. Marko Noč, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za intenzivno interno medicino, KC Ljubljana
 mag. Dušica Pahor, dr. med., specialistka oftalmologinja, Splošna bolnišnica Maribor
 mag. Metka Paragi, dipl. ing., Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana
 doc. dr. Rafael Ponikvar, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za nefrologijo, KC Ljubljana
 doc. dr. Anton Prijatelj, dr. med., specialist medicine dela, Nova Gorica
 doc. dr. Andrej Ramovš, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za kardiologijo, KC Ljubljana
 Miran Rems, dr. med., specialist kirurg, Splošna bolnišnica Jesenice
 doc. dr. Zlata Remškar, dr. med., specialistka internistka, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergologijo KC, Golnik
 višji svetnik prof. dr. Matjaž Rode, dr. stom., specialist za zobne bolezni in parodontopatije, Zdravstveni dom Ljubljana
 Nataša Smrekar, dr. med., Klinični oddelek za gastroenterologijo, KC Ljubljana
 prof. dr. Jurij Šorli, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergologijo KC, Golnik
 Lucija Vrabič, dr. med., Novonordisk, Predstavništvo Ljubljana
 asist. mag. Zvonka Zupanič-Slavec, dr. med., Inštitut za zgodovino medicine, MF Ljubljana
 Samo Zver, dr. med., Klinični oddelek za hematologijo, KC Ljubljana

N a p o v r š i n i

fluval[®]

rešitev za depresivne bolnike

28 kapsul po 20 mg fluoksetin

- *antidepresiv, ki je osvojil svet*
- *vodilni predstavnik skupine selektivnih zaviralcev privzema serotonina*
- *dobro prenašanje in enostavno jemanje*

Indikacije

*depresivna stanja
obsesivno-kompulzivne motnje
bulimija nervoza*

Oprema

28 kapsul po 20 mg

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Pisma uredništvu/Letter to the editor

PROGRAM RAZUMETI MENOPAVZO – ALI KAKO IZBOLJŠATI COMPLIANCE

Damir Franič, Lucija Vrabič

Menopavza

Zakaj se danes o težavah menopavze govori več kot nekoč? V začetku tega stoletja so ženske živele približno 45 do 50 let. Umirale so že na koncu reproduktivnega obdobja in se s težavami, ki nastopijo v menopavzi, sploh niso srečevale. Danes živijo ženske po svetu povprečno 80 let, v Sloveniji pa 77 let. Demografski podatki kažejo, da je v Sloveniji živeło 1993. leta 840.111 žensk, od tega jih je bilo kar 46,2 odstotka (388.092) starejših od 45 let (1). Ženske zdaj kar tretjino svojega življenja preživijo v pomenopavzalnem obdobju. In resnično ni vseeno, kako ga bodo preživele. Prve zamisli o uporabi hormonov za preprečevanje klimakteričnih težav segajo v leto 1932, pravo revolucijo pa je izzvala knjiga »Feminine forever« R. Wilsona iz leta 1966 (2). Začetno navdušenje, po uporabi čistega estrogena kot nadomestne hormonske terapije, se je zaradi nenadzorovane hiperplazije endometrija in zvišane incidence endometrijskega karcinoma zmanjšalo. Kasnejše raziskave so rešile vprašanje hiperplazije endometrija z dodajanjem gestagenov. Sočasno so se pojavile nove indikacije (osteoporoza, bolezn srca in ožilja) za preventivno jemanje hormonov v menopavzi. Zato se je v osemdesetih in zlasti v devetdesetih letih ponovno uveljavilo hormonsko nadomestno zdravljenje (HNZ).

Ustanavljajo se menopavzni centri, posvetovalnice, organizirajo se šole za menopavzo, vse zato, da bi se izboljšalo znanje tako zdravnikov, ki so neposredno vključeni v ta program, torej ginekologov, kot tudi spodbudilo pripravljenost žensk za HNZ.

Compliance

Znano je, da uspeh zdravljenja ni odvisen samo od izbire pravega zdravila, temveč tudi od bolnika in njegovega upoštevanja navodil za zdravljenje. Že Hipokrat je zapisal: »Bodite pozorni na bolnikovo obnašanje, ker zelo pogosto govori resnico o jemanju zdravila, ki mu je predpisano« (3).

Šestdeseta leta so prinesla v medicino termin »compliance«, ki zajema pripravljenost bolnika za zdravljenje, sodelovanje z zdravnikom, upoštevanje zdravnikovih navodil, voljnost (4).

Statistični podatki po vsem svetu in tudi pri nas kažejo, da je najslabši compliance pri dolgotrajnem HNZ. Podatki iz Massachusetts Women's Survey kažejo, da jih je od 2500 žensk, starih od 45 do 55 let, 20 odstotkov prenehalo jemati hormonsko substitucijo po devetih mesecih in da jih več kot 30 odstotkov sploh ni začelo jemati terapije, ki jim jo je predpisal njihov ginekolog (5). Kar 70 odstotkov žensk spontano preneha HNZ po dveh letih (6). Razmere v Sloveniji so podobne ali še slabše.

Številne študije so nedvomno pokazale, da je HNZ za večino žensk v perimenopavzalnem obdobju koristno (7, 8). Tako je poglavitna naloga zdravnika izboljšati sprejemanje HNZ (9). To je močno povezano s količino informacij, ki jih ženske dobijo o HNZ. Zdravnik jih mora izčrpno poučiti o grozečih boleznih pomenopavzalnega obdobja in jih hkrati čim bolj motivirati z razlago o kratko in dolgoročnih prednostih HNZ.

Strah pred rakom je dejavnik, ki negativno vpliva na sodelovanje. Zato moramo ženskam razložiti, da je smrtnost zaradi rakastih

obolenj bistveno nižja pri tistih ženskah, ki HNZ sprejemajo in se odločijo zanj, kot pri tistih, ki vanj ne privolijo.

Tudi izbira najugodnejšega načina HNZ, npr. uporaba sekvenčnega kombiniranega zdravljenja namesto cikličnega zdravljenja, pri katerem ni vmesnih krvavitvev, bo izboljšala compliance.

Farmacevtska industrija se je močno prizadevala izboljšati ponudbo zdravil za HNZ (neprekinjeno jemanje, jemanje samo enkrat na dan ...) in tako prispevala k večjemu odločanju za zdravljenje.

Naša odločitev je bila stopenjsko izobraževanje zdravnikov, zdravstvenih delavcev, farmacevtov in žensk v občinah Rogaška Slatina, Šmarje pri Jelšah, Rogatec in Podčetrtek. S programom Razumeti menopavzo smo želeli izboljšati razumevanje menopavze in težav, ki nastopijo z njo.

Program razumeti menopavzo

Tri stopnje:

Organizacija programa

Izvajanje programa

Vrednotenje programa.

Organizacija programa

Organizacija je bila vsekakor najzahtevnejši del projekta. Razdeljena je bila na dva dela. Prvi del je bil namenjen zdravnikom, farmacevtom, medicinskim sestram in farmacevtskim tehnikom, drugi del pa je bil namenjen celotni ženski populaciji.

Zdravnike in farmacevte smo povabili na predavanje, ki je bilo organizirano izključno zanje. Vsi so prejeli pisno vabilo, v katerem so bili seznanjeni s terminom in s temami predavanj ter s predavatelji.

Medicinske sestre, tehnike in farmacevtske tehnike smo vabili posebej na predavanje, ustrezno njihovem znanju.

Drugi del je bil namenjen celotni ženski populaciji v nekdanji občini Šmarje pri Jelšah. Tu živi 32.268 prebivalcev (31. 12. 1991), od tega je 16.520 žensk.

Starejših od 15 let je 13.365. V rodnem obdobju (od 15 do 50 let) je 8020 žensk. Torej je okrog 5000 žensk v perimenopavzalnem obdobju. To je bila naša ciljna skupina.

Na predavanja smo jih vabili prek vseh medijev, ki smo jih imeli na voljo (Radio Šmarje pri Jelšah, občinski časopis »Rogaške Novice«, plakati, obvestila v cerkvi).

Izvajanje programa

Predavanja so bila organizirana na treh mestih, in sicer: v avli Kulturnega doma v Šmarju pri Jelšah 27. marca 1996, v Hotelu Atomske Toplice v Podčetrtku 3. aprila 1996 in v predavalnici v Hotelu Sava v Rogaški Slatini 5. aprila 1996.

Zaradi velikega zanimanja smo pripravili predavanje tudi v Rogatecu. Vsa predavanja je poslušalo skupaj 350 žensk. Na začetku predavanja, ki je trajalo približno 30 do 45 minut, smo razložili fiziologijo menopavze in predstavili simptome, ki se pojavljajo v tem obdobju. Podrobneje smo spregovorili o kratko- in dolgoročno-

nih posledicah menopavze in poslušalke seznanili z možnostmi za njihovo odpravo. Sledilo je predavanje o možnostih in oblikah hormonskega nadomestnega zdravljenja (HNZ).

Za boljše ponazoritev vsega smo uporabljali prosojnice in diapozitive. Na koncu smo prikazali kratek videofilm, ki je bil enostaven in razumljiv povzetek predavanj. V pogovoru po predavanju so ženske želele dobiti dodatna pojasnila. Postavljale so vprašanja o temah, ki jih zaradi pomanjkanja časa ni bilo mogoče zajeti v predavanjih. Na koncu so izpolnile še anonimno anketo.

Vrednotenje programa

Naš projekt bo ocenjen s pomočjo statistične obdelave podatkov, tj. števila udeleženk in rezultatov ankete, ki so jo izpolnile.

Z rezultati ankete bomo ugotovili, s kakšnim znanjem o menopavzi so prišle ženske na to predavanje, ali je bilo predavanje razumljivo in ali je vplivalo na spremembo njihovega mnenja o menopavzi in o hormonskem nadomestnem zdravljenju.

Zaključek

Pri organizaciji projekta so bili uporabljeni vsi mediji, ki so bili na voljo. Predavateljica sta bila vodja ginekološkega dispanzerja v Rogaški Slatini in medicinska svetovalka podružnice Novo Nordisk iz Ljubljane. Za uspeh projekta sta bila pomembna dobra motiviranost in dobro sodelovanje vseh udeležencev.

Naš projekt bi bil lahko model za vso Slovenijo. Podobno bi lahko reševali določeno problematiko in izobraževali populacijo posamezne regije. Menimo, da je mreža ginekoloških dispanzerjev in ginekoloških ordinacij primerna in da bi se z ustrežno motivacijo strokovnjakov lahko naredilo veliko na tem področju.

Literatura

1. Andolšek L. Menopavza – konec in začetek nekega obdobja. *Zdrav Vestn* 1994; 63: 585–6.
2. Meden-Vrtovec H. Obravnava žensk v klimakteriju. *Zdrav Vestn* 1994; 63: 587–94.
3. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DC. *Compliance in health care*. Baltimore, Maryland: John Hopkins University Press.
4. Čulig J. Bolesnikova suradljivost, Patient compliance. *Lij Vjes* 1983; 105 (4): 162–4.
5. Ravnikar V. Barriers for taking long-term hormone replacement therapy: Why do women not comply with therapy? In: *Proceedings Novo Nordisk Women's Healthcare Symposium*. Barcelona: 13–13 sept. 1996.
6. Lauritzen C. HRT prescribing guidelines: dream or reality? *Int J Gynecol Obstet* 1996; 52: Suppl 1: S3–S9.
7. Gelfand MM. Quality of life issues in the management of menopause In: *The Proceedings of the XIV World Congress of Gynecology and Obstetrics*. Montreal: September 1994: 271–6.
8. Speroff L. Mechanisms for estrogen's protection against cardiovascular disease. In: *The Proceedings of the XIV World Congress of Gynaecology and Obstetrics*. Montreal: September 1994, 277–290.
9. Graziattin A. HRT: the woman's perspective. *Int J Gynecol Obstet* 1996; 52: Suppl 1: S11–S6.

Nekrologi

TIHO NAS JE ZAPUSTILA...

Edvard Glaser

Primarij dr. Stanislava Štraus-Bračič nas je tiho zapustila.

Rodila se je 14. aprila 1909 v Cerknem, kjer je končala štiri razrede osnovne šole, gimnazijo pa v Ljubljani. Vpisala se je na Medicinsko fakulteto v Zagrebu, kmalu pa je nadaljevala študij v Gradcu, kjer je diplomirala leta 1939. Specialistični izpit iz transfuziologije je opravila kot prva ženska zdravnica v Sloveniji.

Že leta 1965 je dobila naziv »primarij«. V takratni javni bolnišnici v Celju je volontirala od leta 1939 do 1941, zaradi pomanjkanja zdravnikov pa je za krajši čas prevzela strokovno in pravno vodstvo celjske bolnišnice. Po prihodu Nemcev je odšla v Innsbruck na specializacijo iz interne medicine, kjer je živela od 1. 12. 1942 do 1. 11. 1944. Nato je nekaj časa službovala kot asistentka v Mayerhofnu (od 1. 11. 1944 do 19. 6. 1945 v Ziljski dolini).

Po vrnitvi v domovino je opravljala splošno prakso v Cerknem (od 14. 8. 1945 do 31. 12. 1946), od koder je ponovno stopila v službo v Splošno bolnišnico Celje (1. 1. 1947) z nalogo, da ustanovi laboratorijsko službo pri internem oz. pri kirurškem oddelku. Laboratorij je pozneje prerasel v centralni biokemijski laboratorij bolnišnice.



Z odločbo Ministrstva za ljudsko zdravstvo so maja 1949 ustanovili »Postajo za transfuzijo krvi«, poznejši Oddelek za transfuziologijo, ki ga je dr. Štrausova vodila vse do upokojitve 29. 6. 1986. Leta 1982 je kolegica dobila naziv »Znanstveni svetovalec« in leta 1986 prejela Šlandrovo nagrado.

Z ustanovitvijo transfuziološke službe v Splošni bolnišnici Celje se je prim. dr. Stanislava Štraus še bolj posvečala oz. predajala bolnim, ponesrečencem in novorojenčkom ter darovalcem krvi. Bolnišnica je z njo pridobila visoko izobraženega in strokovno usposobljenega zdravnika, ki se je žrtvoval za druge, največkrat neznanne ljudi, ki so bili potrebni krvi takrat, ko jim je bila transfuzija krvi zadnje upanje za preživetje.

Ustanovitev transfuzijske ustanove v Celju je bil velik izziv in veliko tveganje v tistem povojnem času. Izzivi, s katerimi se je dr. Štrausova soočala, so bili zahtevni. Prim. dr. Štrausova jih je rada sprejemala in bila v času svojega službovanja pogosto zelo izpostavljena.

Čim se je krvodajalstvo s takrat še plačanimi krvodajalci organizacijsko uredilo, se je že soočila s še večjimi zahtevami. Ko smo leta 1953 prešli na brezplačno, anonimno in prostovoljno darovanje krvi pod okriljem »Rdečega križa«, v času, ko so bili ljudje zaposleni predvsem sami s seboj po komaj prestani vojni. Ni se branila nobenih obremenitev, bila je vedno polna načrtov in nobeno delo ji ni bilo pretežno. Kjerkoli v Evropi je lahko bila sogovornica, ki je tudi v Celju bolnikom in ponesrečencem zagotavljala največjo varnost pri transfuzijah. V celjski bolnišnici ni nihče umrl zaradi pomanjkanja krvi. Uvedla je komponentno terapijo, znala si je

pridobivati nove dobre ljudi, darovalce krvi, ki so se zavedali, da si s svojo krvjo zagotavljajo pod enakimi pogoji enako mislečih varnost tudi sebi.

Bila je član komisije pri Ministrstvu za zdravstvo za specialistične izpite iz transfuziologije; in sicer dragoceni član, pobudnik in cenjen sogovornik pa tudi na transfuziološki sekciji Slovenije, Slovenskega zdravniškega društva.

S svojim delom in vzgajanjem kadra je s svojim velikim znanjem in strokovnostjo postala vzor mlajšim rodovom in ena vodilnih transfuziologinj v Sloveniji.

Strokovne in življenjske izkušnje so se ponovno obrestovale, ko je prim. dr. Štrausova s srečno roko pred upokojitvijo za svojo naslednico izbrala pravega človeka, pravega strokovnjaka, ki ne zna samo ceniti svojega učitelja. Izbrala si je tudi človeka, ki je vreden zaupanja, na katerega se je lahko zanesla tudi v tem, da bo njeno delo nadaljeval in dograjeval. Izbrala si je hvaležnega humanista, s čimer se je vpisala v zgodovino. S svojo naslednico si je zagotovila strokovno kontinuiteto v dobrih medčloveških odnosih in priznanje osebja.

Žal našega dragega »Johannesa«, tako smo jo nekateri smeli klicati, po Johannu Straussu, zaradi njenega priimka, ni več.

Odšla je velika strokovnjakinja, organizatorica in poštenjakinja, velika humanistka, velik človek, draga in spoštovana kolegica. Nismo je izgubili samo mi, ne samo darovalke in darovalci krvi, bolniki in ponesrečenci, ampak tudi Splošna bolnišnica v Celju in vsa Slovenija.

Odšel je zopet človek, za katerega lahko trdim, da se ni znal prepričati z nikomer, za katerega lahko trdim, da je bil plemenitega duha in dober, dragocen človek.

Ohranili jo bomo v spoštljivem in hvaležnem spominu.

V SPOMIN

PRIM. DR. SC. DR. MED.
KAREL SINKOVIČ

Alojz Gregorič

12. 2. 1997 smo se poslovili od preminulega primarija, dr. sc., dr. med. Karla Sinkoviča, ki je bil predstojnik oddelka za otroške bolezni Splošne bolnišnice Maribor v letih 1973–1991.



Prim. Sinkovič se je rodil 28. 5. 1921 v Hotinji vasi pri Mariboru. Klasično gimnazijo je končal leta 1940 v Mariboru. Medicino je pričel študirati leta 1940 v Ljubljani. Med vojno je študij prekinil in ga nadaljeval leta 1946 ter končal leta 1950. Specializacijo iz pediatrije je opravil leta 1957 v Zagrebu. Od leta 1953 do upokojitve (leta 1992) je delal na oddelku za otroške bolezni v Mariboru.

Bil je pionir na področju slovenske pediatrične revmatologije in kardiologije. Predvsem kot revmatolog je užival velik strokovni sloves v Sloveniji, pa tudi v tedanji Jugoslaviji in na tujem. Vabili so ga na številne mednarodne simpozije in kongrese. Svoje raziskovalno delo je okronal z disertacijo, ki jo je obranil leta 1979 v Ljubljani. Postal je prvi pediater v Sloveniji z disertacijo s področja pediatrične revmatologije.

Ko je leta 1973 prevzel predstojništvo oddelka, je bil ta, kar se tiče pediatričnega specialističnega kadra, povsem osiromašen. Primarij Sinkovič je z njemu lastno potrpežljivostjo in strpnostjo iz mladih in zaletavih specializantov pediatrije vzgojil številne specialiste. Mnogi med njimi so pozneje dosegli stopnjo primarija, magistra, doktorja znanosti in habilitiranega učitelja.

Pod njegovim vodstvom se je oddelek preselil v novo moderno zgradbo na drugo lokacijo sredi matične bolnišnice. To je dalo otroškemu oddelku nov strokovni, pedagoški in raziskovalni zagon. Tudi delo medicinskih sester, fizioterapevtk, medicinskih tehnikov in administrativnega osebja je doživelo nov polet.

Ko je pred nekaj meseci naš oddelek dobil naziv Kliničnega oddelka za pediatrijo, so bile vsaj delno uresničene sanje generacij mariborskih zdravnikov. Eno generacijo je k temu uspehu zagotovo vodil prim. dr. Karel Sinkovič.

Če se ozremo na njegov celotni življenjski opus, izstopajo poleg njegovih strokovno-medicinskih zaslug predvsem njegove človeške vrline, s katerimi je znal obdržati na gladini potapljaljoči se oddelek in ga dograditi do stopnje, iz katere se je razvil današnji klinični oddelek.

Ko se z žalostjo v srcu poslavljamo od našega primarija dr. Sinkoviča, nas tolaži misel, da se je zapisal v srca preštevilnih hvaležnih staršev, njihovih otrok in otrok njihovih otrok.

Osebjem otroškega oddelka in slovenski pediatri pa se ga bomo vedno spominjali kot dobrega človeka in plemenitega otroškega zdravnika, ki je svoje življenje posvetil bolnim otrokom.

Medikohistorična rubrika

50 LET OTROŠKEGA ODDELKA SPLOŠNE BOLNIŠNICE CELJE

Zvonka Zupanič-Slavec, Ana Meštrovič

Otroški oddelek v Celju praznuje letos srečanje z Abrahamom. Pol stoletja je gotovo pomemben mejnik, ob katerem se nam zastavi vprašanje, kaj se je v tem obdobju dogajalo in kakšna je današnja podoba Otroškega oddelka v Celju.

Zametke zdravstvenega varstva dojenčkov, predšolskih in šolskih otrok ter mladine na Celjskem zasledimo že v razširjeni »Stalni državni bakteriološki stanici« dr. Jakoba Rebrnika septembra 1927. leta, ko je pričela delovati Šolska poliklinika, ki je opravljala zdravstveno službo tudi v šolah širše okolice, dokler niso uvedli rednih občinskih zdravnikov. Otroške posvetovalnice so vodile medicinske sestre, ki so obiskovale dojenčke in otroke tudi na domu. Po drugi svetovni vojni je bila otroška posvetovalnica nekaj časa še del dejavnosti Šolske poliklinike.

Kot odziv na takratno veliko umrljivost otrok (1), je bil avgusta 1946 v Celju ustanovljen Otroški oddelek kot »provizorij« s 40–45 posteljami v bivši Westnovi vili, na srednje visokem gričku Golovec, po cesti oddaljen od mesta in javne bolnišnice 3 km (2). Stavba ni bila primerna za otroško bolnišnico. Sobe v vili so le prebelili in namestili postelje. Ves hospitalni del je imel le eno kopalnico in majhen prostor, ki je obenem služil za oddelčno ambulanto in laboratorij.

Prva predstojnica oddelka je bila dr. Valerija Valjavec. Oktobra 1947 je odšla v pokoj (3), nato je vodstvo oddelka prevzel prim.



Sl. 1. Kolektiv Otroškega oddelka Splošne bolnišnice v Celju.

dr. Marjan Stegnar (1913–1991) iz Otroške klinike v Ljubljani. Z njim sta prišli višja medicinska sestra Silva Stegnar kot glavna sestra oddelka ter otroška sestra, ki je prevzela vodstvo in organizacijo mlečne kuhinje. Otroških sester takrat še ni bilo, delo so opravljale praktikantke.

Prva leta je zaradi pomanjkanja kadrov delovnik trajal po 12 ur dnevno. Ob večerih so bili seminarji, na katerih so praktikantke in strežnice dobivale teoretično osnovo za svoje delo. Prim. dr. Marjan Stegnar je bil takrat edini pediater v Celju. Skupaj z ženo, višjo medicinsko sestro Silvo Stegnar, sta s požrtvovalnim in neprekinjenim delom postavila temelje celjski pediatriji. Stanovala sta v vili na Golovcu, vodila oddelek in vzgajala medicinske kadre. Dr. Marjan Stegnar je opravljal dnevne obiske tudi v Dečjem domu in jaslkih ter je 1948. leta prevzel posvetovalnico za dojenčke v specialistični ambulanti poliklinike. V takratni javni bolnišnici je opravljal konziliarne preglede in celo sam prevažal otroke na preglede v bolnišnico. Leta 1947 je oddelek dobil rentgenski aparat, leto za tem še eno kopalnico, sobo za matere in osebjem ter majhen laboratorij. Posteljna kapaciteta se je v letu 1948 povečala na 54 postelj v sedmih sobah, od tega je bilo 29 postelj za dojenčke. Zaradi pomanjkanja prostora ni bila možna izolacija otrok z nalezljivimi boleznimi. Na oddelek so sprejemali otroke s tuberkulozo, kožnimi in infekcijskimi ter lažjimi kirurškimi boleznimi. Med umrlimi sta bili dve tretjini takšnih, ki so jih prinesli v bolnišnico le še umreti. Polovica jih je umrla že prvi dan zdravljenja, ostali 2/3 pa do tretjega dne. Najpogostejši vzroki smrti so bile pnevmonije, bronhiolitisi in gastroenterokolitisi z dehidracijo. Velika večina umrlih je bila podhranjenih, slabokrvnih, imeli so prirojene srčne napake ali so bili mongoloidi (4). Leta 1946 je bila umrljivost 13%. Število sprejemov je presehalo zmogljivosti oddelka. Z ustanovitvijo rekonvalescentnega oddelka v Dečjem domu so za silo uspeli zadostiti povečanemu številu sprejemov.

V jeseni leta 1950 je prišel na oddelek prvi zdravnik specializant, leta 1952 drugi. Kljub težavam je oddelek dosegal lepe uspehe in pridobil na ugledu. V prvih desetih letih obstoja je uspelo zmanjšati umrljivost s 13 % na 2,3 %, ležalno dobo pa skrajšati z 19 na 12 dni (2). Leta 1957 je bil oddelek preseljen v prostore, kjer je še sedaj. Tudi ti prostori so bili neprimerni za potrebe pediatrije, ker so bili prvotno namenjeni okulistikim. Še vedno je primanjkovalo sester in zdravnikov. Po letu 1958 sta bila na oddelku samo dva zdravnika. Leta 1961 je bil Dečji dom z rekonvalescentnim oddelkom ukinjen ter je postal Otroški B oddelek, namenjen za sprejem lažjih bolnikov in rekonvalescentov. To so bili otroci z revmatičnimi in ledvičnimi boleznimi ter večji otroci s kroničnimi srčnimi boleznimi. Oba oddelka skupaj sta imela 110 postelj. Konec leta 1962 je bil B oddelek ukinjen. V letu 1967 je bil del pljučnega oddelka v Novem Celju preurejen v t. i. Otroški rekonvalescentni B oddelek. Število postelj se je zvečalo na 119, delovali pa so trije zdravniki in en



Sl. 2. Westnova vila na Golovcu 1946 – prva lokacija celjskega pediatričnega oddelka.

specializant. Leta 1967 se je upokojila glavna sestra oddelka Silva Stegnar. Njeno mesto je prevzela višja medicinska sestra Marjeta Dežnak, ki ga je uspešno opravljala do 3. 12. 1996.

Poleg hospitalne dejavnosti je Otroški oddelek opravljal tudi specialistično ambulantno dejavnost. Leta 1970 so že delovale splošna pediatrična ambulanta, kardiološko revmatološka ambulanta in alergološka ambulanta. Oddelek je bil tudi učna baza za specializante pediatrije in splošne medicine ter medicinske sestre. Organizirali so seminarje in posvetovanja o prehrani dojenčkov, namenjene zdravnikom in medicinskim sestram v osnovnem zdravstvenem varstvu.

Po upokojitvi prim. Marjana Stegnarja (1913–1991) leta 1974 je prevzel vodstvo Otroškega oddelka prim. dr. Vladimir Zalar. V istem letu je bil dograjen trakt za dojenčke z 32 posteljami; to je bila nadgradnja nad patologijo z 12 sobami. Štiri sobe so imele po dve postelji, osem sob je bilo s po tremi posteljami. V tem traktu je bila tudi soba za intervencije in čajna kuhinja. Oddelek je imel takrat 76 standardnih postelj in 82 obstoječih. Leta 1976 je zaradi nadgradnje terase v korist Srednje medicinske šole Otroški oddelek izgubil dve bolniški sobi. Število postelj se je zmanjšalo za osem. Od tega leta ima oddelek 70 bolniških postelj. Leta 1976 sta pričeli delovati še nefrološka ambulanta in ambulanta za dojenčke, ki slabo uspevajo. Leta 1980 je bila na pobudo prim. Zalarja urejena za bolnišnične otroke igralnica ter zaposlena vzgojiteljica. Spomladi leta 1981 je prim. Zalar (1923–1981) odstopil z mesta predstojnika. Zaradi bolezni je v jeseni istega leta tudi umrl. Predstojništvo je prevzela dr. Milena Žele (1929–1981), žal le za kratek čas, ker je v letalski nesreči na Korziki 29.11.1981 izgubila življenje. Nova predstojnica je postala dr. Ana Meštrovič.

Od leta 1978 do leta 1990 je Otroški oddelek doživljal velike kadrovske in organizacijske spremembe in pretrese. V treh letih je izgubil štiri izkušene pediatre. Dva sta odšla, dva umrla. Sprejeti so bili trije mladi pediatri in en specializant. Mladi sedemčlanski ekipi pediatrov ni manjkalo zagnanosti za stroko, manjkalo pa jim je izkušenj. Potrebno je bilo nadaljevati delo na oddelku in v specialističnih ambulantah, istočasno pa so se morali zaposleni strokovno izpopolnjevati. Vsaka odsotnost je pomenila obremenitev za ostale, vendar je bil to edini način strokovnega napredka. Pediatri so odhajali na usmerjeno izobraževanje na Pediatrično kliniko v Ljubljano, nekateri pa še na Pediatrični oddelek kirurških strok KC v Ljubljani, na Otroški oddelek v Maribor in v Zagreb. Uvajali so sodobne preiskave in terapijo ter prenašali znanje in izkušnje na svoje kolege. Posamezniki so se specializirali za različna subspecialistična področja. Mag. Lidija Vučajnk za otroško kardiologijo in leta 1991 pričela opravljati ultrazvočne preiskave srca na aparatu Internega oddelka bolnišnice Celje, od leta 1995 pa na novem aparatu Otroškega oddelka. Dr. Ana Meštrovič se je speci-

alizirala za otroško nefrologijo. Na ravni celjske bolnišnice se je postopoma izoblikovala skupina za obravnavo otrok z boleznimi sečil. V njej sodelujejo: neonatolog, pediater, urolog, radioizotopist in rentgenolog. Medicinske sestre na Otroškem oddelku in v nefrološki ambulanti tudi pravilno odvzemajo urin (srednji curek). Dr. Ivan Alif, ki je že v Otroškem dispanzerju Zdravstvenega doma Celje uspešno vodil ambulanto za ogrožene otroke, je po letu 1982 prevzel vodenje ambulante za nevrološke okvare na Otroškem oddelku. Za svoje bolnike odčitava tudi EEG posnetke, ki jih opravljajo na Nevrološkem oddelku celjske bolnišnice. Z otroško alergologijo se od leta 1979 ukvarja dr. Marija Božič-Vargazon. Uvedla je alergološko kožno testiranje po metodi Prick, izvaja hiposenzibilizacijo na cvetni prah, provokacijske teste na penicilin in amoksicilin ter frakcionirano cepljenje pri sumih na alergične reakcije. Uspešno vodi astmatike in otroke z ostalimi alergološkimi boleznimi. Dr. Manja Rojnik-Štrubelj je v Celju orala ledino na področju otroške gastroenterologije. V sodelovanju s prof. dr. Dušanko Mičetić-Turk z Otroškega oddelka v Mariboru, ki opravlja biopsije sluznice tankega črevesa, je dr. Rojnika odkrivala in vodila otroke s celiakio v celjski regiji. Žal je leta 1990 v največjem strokovnem vzponu v 44. letu starosti umrla. Zastavljeno delo nadaljuje dr. Lucija Gobov. Leta 1995 je v Celju ustanovila podružnico Društva za celiakio. Predsednica društva je s celjskega Otroškega oddelka višja medicinska sestra Mojca Pirš. Pri obravnavi otrok z gastroenterološkimi težavami dr. Gobova uporablja tudi ultrazvočno diagnostiko. Dr. Aca Mladenović deluje na področju otroške hematologije. Bil je na izpopolnjevanju na Pediatričnem oddelku kirurških strok KC v Ljubljani in od leta 1992 vodi sobo za intenzivno nego s štirimi posteljami in s stalno prisotnostjo medicinske sestre.

Leta 1982 je Otroški oddelek dobil tri prostore za specialistično ambulantno in montažni stavbi bolnišničnega laboratorija, nedaleč od oddelka. Čez pet let se je ambulanta preselila v nove prostore Poliklinike celjske bolnišnice. Istega leta (1982) je Otroški oddelek prevzel tudi prvo pomoč za otroke s hemofilijo. Pred tem so hemofilike iz celjske regije oskrbovali na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Leta 1988 so se pričela gradbena dela iz sredstev 4. samopripekva Občine Celje. Posodobitev oddelka je bila zaključena leta 1990. V vse bolniške sobe so napeljali vodo, sobo za matere so s podstrešja preselili na enoto za dojenčke, pridobili so prostor za obiske. Podstreho so uredili v prijetne funkcionalne prostore. Žal pa niso zgradili večjega dvigala; imajo le majhno, približno 1 x 1 m široko dvigalo. Nezavestne ali nepomične bolnike tako prenašajo na nosilih ali v naročju po stopnicah v drugo nadstropje.

Prvega novembra 1990 je Celje in celjsko bolnišnično prizadela poplava. Začasno je Otroški oddelek odstopil več prostorov oddelkom, ki so bili poplavljeni. Ambulanto na polikliniki je moral odstopiti urologiji in jo kljub obljubam še ni dobil nazaj. Otroške specialistične ambulante opravljajo kar na oddelku, kjer zanje nimajo primernih prostorov. Majhna čakalnica je prenatrpana, v njej se mešajo bolni in zdravi otroci. To pomeni za razvoj Otroškega oddelka velik korak nazaj, zato upajo, da jim bodo čimprej vrnjeni prostori za specialistične ambulante.

Na pobudo dr. Ane Meštrovič je bila 1991 ustanovljena bolnišnična šola, ki je priključena k I. celjski osnovni šoli. Razdeljena je na razredno in predmetno stopnjo. Na prvi uči gospa Alenka Lapoš, na drugi pa predmetni učitelj I. osnovne šole. Leta 1991 so bolniški vrtec z vzgojiteljico gospo Heleno Matjaž priključili k VVZ Zarja Celje. Obiski staršev so čez celi dan, staršem omogočajo tudi bivanje ob otroku. Tudi na tak način se celjski Otroški oddelek trudi za humanizacijo odnosa do otrok, ki so potrebni bolnišnične oskrbe, in vztrajno uresničuje pravice otrok, ki jih narekuje Magna Charta.

Prizadevni kolektiv Otroškega oddelka se je maja 1995 odločil za akcijo zbiranja sredstev (243.000 DEM!) za nakup prepotrebne ultrazvočnega aparata. Akcija se bliža koncu. Po dogovoru s proizvajalcem imajo ultrazvočni aparat že leto dni na preizkušnji. Ultrazvočne preiskave srca opravlja mag. Vučajnkova, trebuha in ledvic pa dr. Meštrovičeva, dr. Gobova in dr. Mladenović.

Otroški oddelek v Celju ima 70 postelj in je tretji največji oddelek te vrste v Sloveniji. Zajema gravitacijsko območje s 180.000 do 200.000 prebivalci. Zagotavlja hospitalno in specialistično ambulantno dejavnost za otroke od odpusta iz porodnišnice do končane srednje šole. V letu 1995 je bilo na oddelku 52 zaposlenih. Od tega šest specialistov pediatrov, en specializant, pet višjih medicinskih sester, 29 srednjih medicinskih sester, ena kvalificirana bolniška strežnica, šest strežnic in štirje administratorji. Na Otroškem oddelku in v specialističnih ambulantah v Celju zdravijo otroške internistične bolezni. Vsak pediater opravlja usmerjeno hospitalno in specialistično ambulantno dejavnost. Zaradi velikega števila specialističnih ambulant je potrebno predhodno naročilo. Neprekinjeno potekata sprejemna in urgentna ambulanta, ki jo opravlja dežurna ekipa (zdravnik, medicinska sestra, v dopoldanskem času pa tudi administrator). Pediatri Otroškega oddelka opravljajo tudi konzilarno službo na tistih oddelkih celjske bolnišnice, kjer se zdravijo otroci. V času dežurstva pa dežurni pediater oskrbi urgentne primere na Neonatalni enoti Ginekološko-porodniškega oddelka.

Tab. 1. Število sprejemov in umrljivost na Otroškem oddelku celjske bolnišnice v letih 1947–1995 (6).

Leto	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959
Število sprejetih	520	650	640	911	900	927	916		1145	1323	1246	1353	1376
Umrljivost v %	11,1	7,8	7,34	10,5	3,65	3,45	4,35		2,88	1,95	2,48	2,21	2,47
Leto	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972
Število sprejetih	1419	1360	1333	1308	1442	1559	1525	1406	1453	1296	1437	1452	1621
Umrljivost v %	2,89	1,5	1,1	1,61	0,88	2,03	0,97	1,19	0,67	0,89	0,84	0,81	0,6
Leto	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Število sprejetih	1444	1536	1469	1702	1781	1996	2088	2292	2423	2329	2441	2517	2321
Umrljivost v %	0,45	0,49	0,58	0,49	0,58	0,22	0,31	0,51	0,30	0,24	0,20	0,08	0,04
Leto	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995			
Število sprejetih	2119	2440	2205	2294	2168	2099	2329	2530	2692	2615			
Umrljivost v %	0,09	0,17	0,13	0,04	0,09	0,14	0,17	0,07	0,03	0,03			

Komentar k tabeli 1

Število sprejemov je od ustanovitve oddelka do danes iz leta v leto naraščalo. Leta 1995 je bilo štirikrat več sprejemov kot leta 1947. Zaradi vedno večjih potreb po hospitalizaciji se je moralo povečati število bolniških postelj. To se je reševalo z ustanavljanjem rekonvalescentnih oddelkov in s preselitvijo v večji objekt. Od leta 1976 dalje ima oddelek ustaljeno 70 bolniških postelj. Število sprejemov je še vedno polagoma naraščalo, krajšala pa se je povprečna ležalna doba, ki je bila leta 1995 najkrajša, in sicer 6,4 dneva. Grozljivo visoka umrljivost na Otroškem oddelku v letih po vojni pa do leta 1950 (med 7,3 in 11,1 %) se je na srečo stalno zniževala. Zadnja tri leta je umrljivost tako padla, da je njena vrednost izražena v stotinkah odstotka. Vzroki visoke umrljivosti so bili posledica takratnega slabega socialno-ekonomskega stanja, nepoučenosti staršev o prehrani in negi dojenčkov, nezaupanja do zdravstva in verovanja v nadnaravne sile. Ni bilo ustrezne preventive in zdravstvene vzgoje, tudi zdravljenosti in možnosti dobre diagnostike še ni bilo. Veliko otrok je bilo podhranjenih, slabokrvnih in rahitičnih. V poročilu Otroškega oddelka za leto 1956 je zapisano, da so med 26 umrli v 10 primerih ugotovili težek bronhitis, v 11 primerih atrofijo, šest pa je bilo nedonošenčkov. Po uvedbi kontinuirane profilakse rahitisa sredi 70. let je njegova pogostnost močno upadla. Zadnja tri leta so imeli le posamezne lažje primere rahitisa. Kot vzroki umrljivosti so na prvem mestu pljučnice. V povojnih letih je bilo znatno več bakterijskih okužb, takrat za terapevtske



Sl. 3. Nova zgradba celjskega otroškega oddelka iz leta 1990.

namene še niso imeli dovolj antibiotikov. Umirali so predvsem nedonošenčki ter podhranjeni in somatsko prizadeti dojenčki.

Tab. 2. Vzroki in število smrti na Otroškem oddelku bolnišnice Celje.

Leto 1947					
Intox. aliment.	5	Nephritis	1	Part. praemat.	2
Otitis med.	5	Morib. adlat	6	Nephrolithiasis	1
Meningitis	3	Encephalit.	2	Erythrodermia	1
Meningitis tbc	2	Dyspepsia	1	Tetanus neonat.	1
Pneumonia	11	Eczema	1	Haemorrh. intr.	1
Vitium coridis	3	Atrophia	3	Furunculosis	2
Leto 1994					
Processus expansivus trunci cerebri				1	

Komentar k tabeli 2

Za primerjavo smo vzeli vzroke in število smrtnih izidov na Otroškem oddelku leta 1947 in 1994. Istočasno je tabela zgovoren kazalnik zdravstvenega stanja otrok pred 50 leti in sedaj. Danes otroci ne umirajo več zaradi vnetij ušes, furunkuloz in zastropitev s hrano, ampak zaradi neozdravljivih bolezni, kot npr. ekspanzivnih možganskih procesov, zaradi katerega je umrl edini otrok leta 1994.

Zbolevnost otrok je na Otroškem oddelku v Celju podobna kot na drugih otroških oddelkih v Sloveniji. Na prvem mestu so bolezni dihal, nato prebavil in sečil. Ugotavljamo tudi, da se nekatere, sicer klasične otroške bolezni ne pojavljajo več, kot npr. revmatska vročica (leta 1988 zadnji primer) ali poststreptokokni glomerulonefritis, kar je zagotovo posledica pravočasne antibiotične terapije streptokoknih infektov. Žal pa je vedno več rezistenc na antibiotike. V porastu so alergične in psihosomatske bolezni šolskih otrok (glavoboli, bolečine v trebuhu). Pojavljajo se tudi posamezni primeri uživanja drog. Ti otroci so hospitalizirani na Otroški oddelku zaradi suma na intoksikacijo.

Zdravniki in osebe Otroškega oddelka v Celju se zavedajo, da se bo treba boriti še naprej s poznanimi in nepoznanimi boleznimi, ki pretijo otrokom. Dobro strokovno znanje je kategorični imperativ za najboljšo pomoč bolnemu hospitaliziranemu otroku, s sodobno opremo in humanim pristopom pa se približujemo maksimalnim možnostim.

Literatura

1. Fugger-Germadnik R. 100 let Splošne bolnišnice v Celju. Celje: Založba, 1987: 16.
2. Stegnar M. Deset let Otroškega oddelka celjske bolnišnice. Zdrav Vestn 1956; 25: 372–2.

3. Zbornik o razvoju zdravstva na Celjskem od leta 1953–1985. Celje: Unigrafika Štore, 1986: 235–5.
4. Zbornik o razvoju zdravstva na Celjskem od leta 1953–1985. Celje: Unigrafika Štore, 1986: 236–6.
5. Letno poročilo Splošne bolnišnice v Celju za leto 1960, stran 98.
6. Letna poročila Splošne bolnišnice Celje za leta 1947–1995.
7. Letna poročila Splošne bolnišnice Celje za leta 1949–1992.

Za sodelovanje se zahvaljujema prim. dr. Francu Štolfi, dr. stom.

Strokovna srečanja

4. MEDNARODNI PODDIPLOMSKI TEČAJ O HEPATOBILIARNIH, PANKREATIČNIH IN ŽELODČNIH BOLEZNIH

Atene, 5. do 7. december 1996

Miran Rems

Mednarodni klub gastrokirurgov IGSC (International Gastro Surgical Club) organizira mednarodne tečaje predvsem s področja boleznih »zgornjih prebavil«. IGSC združuje tako internistični kot kirurški način zdravljenja. Strokovna srečanja so organizirana pregledno in tematsko. Za 4. poddiplomski tečaj so izbrali glavno temo – rak želodca. Tečaj je bil organiziran v sodelovanju s kolaboracijskim centrom Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) za želodčni rak, ki ga vodi profesor Maruyama, vodja japonskega državnega centra za rak v Tokiu. Tečaj je bil zasnovan kot video simpozij in je bil glavni cilj moje udeležbe. Pri uresničitvi cilja sta mi finančno pomagali Fundacija doc. dr. Cholewa in predstavništvo Johnson&Johnson.

V dveh dneh in pol smo si tako ogledali 90 (!) video posnetkov operativnega zdravljenja želodčnega raka. Video simpozij je bil razdeljen na 12 delov. Vsak del je vodil komentator, ki je hkrati usmerjal razpravljanje in predstavljal začetne poudarke. Največkrat je bil komentator sam profesor Maruyama, ob njem pa še Yone-mura, Miwa in Matsumoto. Nasploh so prevladovali prispevki japonskih avtorjev, ki jih je bilo skoraj dve tretjini. Glede na rezultate zdravljenja raka želodca udeležba ni bila presenetljiva, kljub pikri pripombi angleškega kolega, da gre zgolj za japonski simpozij v Evropi. Celotna tema je bila razdeljena v 12 delih: omejitve razsežnosti bolezni, postopki ob spodnjem robu pankreasa, postopki ob zgornjem robu pankreasa, postopki okoli hepatoduodenalnega ligamenta in za pankreasom, postopki okoli repa pankreasa, postopki okoli trebušne aorte, postopki okoli diafragme in v mediastinumu, razširjeni postopki, postopki, ki upoštevajo kakovost življenja (omejeni postopki), dodatni medoperativni postopki, novi in priporočeni postopki in rekonstrukcija. V vsakem delu so prikazali šest do deset video posnetkov iz različnih klinik, o katerih je potem tekla skupna diskusija.

Od preiskovalnih metod za predoperativno omejitve tumorja so priporočili tako dvojno kontrastno slikanje kot endoskopske preglede, ki pa naj bi bili pri sumljivih spremembah vedno združeni s pršenjem barvila po sluznici. Mansfield (ZDA) je poudaril tudi pomen laparoskopije, ki velikokrat lažje odkrije manjše zasevke po peritoneju, predvsem v »skritih«
predelih za jetri in vranico. Pogosto teh majhnih metastaz ne vidimo pri predoperativni preiskavi z ultrazvokom ali računalniški tomografiji. Odvzem materiala za citologijo po laparotomiji naj bi bil obvezen predvsem zato, ker je dober napovedni dejavnik in pomaga pri odločitvi za kemoterapijo pri stanju N0. Večina japonskih kolegov se je strinjala, da je smiselna tudi limfografija, ki jo lahko naredimo že pred laparotomijo z gastrokopijo ali pa takoj po laparotomiji z vbrizga-

njem barvila v bezgavke (Miwa). Z limfografijo lahko jasno odkrije bezgavke predvsem tudi manj izkušeni operater.

Glede disekcije bezgavk ob spodnjem robu pankreasa se je razvil živahen pogovor o operativni tehniki. Polovica sodelujočih je prisegala na uporabo električnega noža, ker koagulira manjše žile in limfne poti, druga polovica pa klasično uporabo škarij. Vsekakor pa je večina posnetkov prikazala atravmatsko, blede operiranje, pri katerem načeloma ne potrebujemo transfuzije.

Po odstranitvi burze je potrebno popolno prepariranje celiakalnih žil. Delež prizadetih bezgavk za pankreasom (retropankreatične) je zelo nizek. Ker imajo prizadete bezgavke veliko prognostično vrednost, je postopek opravičljiv. Pri razširjenih disekcijah pa se retropankreatične bezgavke vedno odstranijo. Disekcija hepatoduodenalnega ligamenta je smiselna in potrebna. Ko pripravimo holedohus, je potrebna večja pozornost zaradi možnih prekrvitvenih motenj in posledic. Za doseganje radikalnosti paolecistektomija ni nujna.

Soglasni so bili sklepi o resekciji pankreasa pri gastrektomiji. Pankreatektomija je le redko potrebna. Praviloma naj se pankreas ohrani, saj je metastaziranje vanj izjemno (pancreas preserving gastrectomy). Omenili so problem pooperativnih pankreatitisov zaradi visoke smrtnosti. Nastanejo predvsem, če se odstrani preveč lienalne vene, zaradi česar pride do venskega zastoja. Pankreas se lahko prehranjuje preko arterije pankreatike posterior, vendar potrebuje ohranjeno lienalno veno do konca repa oziroma do hilusa vranice. Komentatorji in sodelujoči pa so enotno razmišljali, da je verjetno »japonski«
pankreas nekoliko nežnejši in bolj prožen, kar olajša kirurško delo in povzroči manj pooperativnih zapletov. Odstranjevanje vranice zviša obolevnost in pooperativne zaplete, zato naj se po možnosti ohrani (Sue-Ling, Velika Britanija). Odstranile naj bi se le bezgavke iz hilusa vranice brez splenektomije. Zaradi težke preparacije so tudi poizkusili vbrizgavati fiziološko raztopino v hilus, kar naj bi olajšalo disekcijo.

Disekcija ob aorti zajema predel do spodnje mezenterične arterije in vključuje tudi levo adrenalektomijo in odstranitve vsega tkiva ob levi ledvični veni. Obolevnost po teh posegih je visoka. Poseg je smiseln in nujen pri razširjenih disekcijah. V začetku naj operater odstranjuje le posamezne bezgavke iz tega predela (sampling), kasneje pa naj nadaljuje popolno disekcijo. Pri tem je nujno ohraniti veliko cisterno (cisterna chyli) in ganglije zaradi pooperativnih težav z ascitesom in/ali pasajo. Za pomoč pri odločanju o obsegu limfadenektomije profesor Maruyama razvija računalniški program, ki bi svetoval limfadenektomijo glede na lokalizacijo in biologijo tumorja. Prikazali so tudi operativne skrajnosti z evisceracijo zgornjega levega trebuha, pri katerih pa je smrtnost visoka predvsem zaradi pooperativnih pankreatitisov.

Radikalnost posega v zgornji tretjini želodca lahko zagotovimo z limfadenektomijo ob požiralniku. Diafragmo incidiramo na sredi hiatusa požiralnika. Tako omogočimo dostop do mediastinalnih bezgavk. Večina je menila, da torakotomija zaradi radikalnosti ni potrebna.

Predstavili so še nove metode s predoperativno kemoradioterapijo, mitomicinom C na aktiviranih delcih ogljika in peritonealno hipertermijo. Vse metode so še v fazi kliničnih testiranj.

Ob rekonstrukcijah po gastrektomiji najpogosteje uporabljajo rekonstrukcijo po Rouxu. Jejunalna interpozicija lahko zagotavlja nekoliko višjo toleranco za hrano, vendar ni splošno sprejeta in uporabljana.

Zaradi vsebinsko tako intenzivnega spremljanja terapevtskih dilem glede raka želodca mi je žal ostalo bore malo časa za spremljanje dogajanja v drugih dveh dvoranah. Uspel sem spremljati le še predstavitev o tveganju in koristih transfuzije pri onkoloških operacijah, ki jo je vodil profesor Jeekel (Nizozemska). Poudaril je prednost uporabe krvi brez levkocitov, saj naj bi bili le-ti glavni krivci za zvišano smrtnost pri rakavih bolnikih, umrlih zaradi drugega vzroka (non cancer related deaths). Za onkološke bolnike zato pri transfuziji priporočajo uporabo levkocitnih filtrov.

Na isti način so predstavili tudi probleme pri jetrni kirurgiji. V posameznih predavanjih pa so predstavili še teme: razvoj kemote-

rapije pri gastrointestinalnih boleznih, vloga *Helicobacter*ja pylori, kirurgija Klatskinovega tumorja, meje v biliarni bolezni, napredek pri zdravljenju jetrnih boleznih, peptična ulceracija, okužbe in antibiotiki v abdominalni kirurgiji, kirurgija raka trebušne slinavke, bolezni trebušne slinavke in hepatitis C.

Žal sem bil na tečaju edini udeleženec iz Slovenije. Prevladovali so domačini in udeleženci iz Evrope. Atene so nas, kljub koledarski zimi, sprejele s toplim vremenom, ki ni nič spominjalo na naše zmrzali. Zorele so pomaranče, domačinom pa se je kljub vsemu zdelo, da je kar močno mrzlo. Kljub temu sem v mestu srečal nekaj junakov, ki so hodili v kratkih rokavih.

Zdravniški vestnik pred 60 leti

ŠTEVILKA 4/1937

Anton Prijatelj

Četrta številka Zdravniškega vestnika – strokovnega glasila zdravništva v Dravski banovini, je izšla 30. aprila 1937. Uredništvo in uprava: dr. R. Neubauer – Golnik.

- Dr. Robert Neubauer,
- Dr. P. Černe
Pljučna tuberkuloza in nosečnost
- Dr. Tomaž Furlan
Dednost in konstitucija pri tuberkulozi
(Nadaljevanje in konec)
- Dr. Milič Grujić
Vprašanje vitaminov, posebno vitamina C, pri tuberkuloznih
- Dr. Joža Bohinjec
Zavarovanje delavcev za slučaj onemoglosti in protijetično skrbstvo
- Dr. M. Karlin – Golnik
»Domače« zdravljenje pljučnih boleznih
(Fitoterapevtski pomenki)
- Dr. Stjepan Ivčić – Celje
O zaprti tuberkulozi z ozirom na dispanzersko delo
Referat na 3 sestanku dispanzerskih zdravnikov v Ljubljani dne 21. III. 1937.
- Dr. Ignjat Singer, banov. lekar – Maribor
Kako bi se moglo što efikasneje, solidneje i jeftinije organizirati borbo protiv tuberkuloze u našoj zemlji.
Priznana je polovica nagrade dr. J. Matka za najboljšo delo o naslovnih temi.
- Rana diagnoza pljučne tuberkuloze
(Smernice za praktične zdravnike)
- Mr. Ph. Rado Damaška
Analiza urina v ordinaciji praktičnega zdravnika
- Dr. Kamin
Ob osemdesetletnici Wagner-Jauregga

Rana diagnoza pljučne tuberkuloze

(Smernice za praktične zdravnike)

Vsa četrta številka Zdravniškega vestnika v letu 1937 je bila posvečena problemu tuberkuloze. V tisti dobi je bila tuberkuloza izredno razširjena. Ob priliki protituberkuloznega tedna je jugoslovansko fitozoološko društvo izdalo smernice za praktične zdravnike, ki sta jih podpisala predsednik dr. R. Neubauer in tajnik dr. Furlan. V teh smernicah poudarjata pomembnost zgodnje diagnostike in pri tem svetujeta uporabo vseh takrat razpoložljivih sredstev: od natančne klinične preiskave do laboratorijskih preiskav in še posebej sedimentacije ter rentgenološko preiskavo in rentgenogram ter preiskavo izmečka.

Tako priporočata, da je treba brezpogojno preiskati:

1. usakogar, ki boleha delj časa (3–4 tedne) za boleznijo dibal (bronhitis, laryngitis, asthma itd.);
2. usakogar, ki se po »bripi« ali »pljučnici« v običajnem času popolnoma ne popravi in kaže še znake bolezni bodisi splošnega značaja bodisi s strani dibal;
3. usakogar, ki boleha ali je bolehal za vnetjem rebrne mreže, bodisi z eksudatom ali brez njega;
4. usakogar, ki pljuva kri, ako ni na prvi pogled jasno, da izbaja kri iz dlesen ali slično;
5. usakogar, ki ima delj časa povišane temperature nejasnega izvora;
6. usakega bolnika s tuberkulozo kakega drugega organa;
7. usakega bolnika z erythema nodosum, conjunctivitis eccematosa, scrophulosis, z anahnimi fistulami ali periproktitičnimi abscesi;
8. usakega bolnika z diabetesom;
9. usakogar, ki izvira iz s tuberkulozo težko obremenjene družine ali, ki je bil v ožjem kontaktu z jetičnim bolnikom (eksponiran);
10. usakogar, ki ga je treba preiskati v smislu zakona o zatiranju nalezljivih boleznih ali sličnih zakonskih predpisov.

Zdravniki v prostem času

19. IATROSSKI

Franci Koglot

200 zdravnikov dežel Alpe-Jadran se je zbralo 13. in 14. februarja 1997 v Kranjski Gori na tradicionalnem 19. posvetovanju športne medicine, združenim s smučarskim tekmovanjem – IATROSSKI. Na strokovnem srečanju je predaval dr. Jože Vidmar s Fakultete za šport o alimentarni regeneraciji športnikov in mestu farmacevtsko dietetičnih proizvodov. Zaradi poplave izdelkov in vsiljive reklame le-teh so bile ocene in napotki koristni tako za zdravniško prakso kot za zdravnike-športnike same. Predavatelj pa je bil posebej kritičen do nenadzorovane uporabe teh pripravkov. Drugo predavanje s področja travmatologije je imel dr. Matej Andoljšek, kirurg z Jesenic, ki je s sodelavci analiziral poškodbe s treh gorenjskih smučišč. Ugotovil je, da je, poleg značilnih smučarskih poškodb vse več poškodb pri deskanju na snegu in poškodb pri drugih obiskovalcih smučišč. Posvetovanje je vodil prim. dr. Tone Lah, ki je z bogatimi lastnimi izkušnjami izzval zanimivo razpravo. Zdravniki pa so se pomerili tudi v veleslalomu na progi svetovnega pokala v Podkorenu. Poudariti je treba, da je bila progga enako trda in ledena, kot je bila za svetovni pokal.

Rezultati:

I. Kratka progga veleslaloma – D ženske (1936–1945):

1. Mara Gostinčar	ZD Ljubljana Center	45.32
2. Majda Klinar	ZD Ljubljana Bežigrad	47.84
3. Milka Lušnic	Zasebnica	48.06

II. Kratka progga veleslaloma – C ženske (1946–1955):

1. Marija Pfeifer	Int. klinika	44.10
2. Lidija Stare	Zasebnica	49.20
3. Martina Zupančič	Gorenjska	51.42

III. Kratka progga veleslaloma – B ženske (1956–1965):

1. Romana Pintar-Hafner	Gorenjska	36.57
2. Tatjana Pintar	Kirurgija	42.36
3. Barbara Čokl	Zasebnica	42.39

IV. Kratka proga veleslaloma – A ženske (1966 in mlajše):

1. Sandra Tušar-Rakovec	Gorenjska	39.60
2. Barbara Ditner	Maribor	39.72
3. Jana Ambrožič	Int. klinika	46.58

V. Kratka proga veleslaloma – E moški (1935 in starejši):

1. Ciril Pleško	Gorenjska	44.71
2. Ivo Roth	Zagreb	44.74
3. Matija Horvat	Int. klinika	51.59

VI. Dolga proga veleslaloma – D moški (1936–1945):

1. Franci Koglot	Gorica	51.45
2. Vinko Pavlovčič	KC Ortopedija	53.25
3. Andrej Bručan	Int. klinika	55.12

VII. Dolga proga veleslaloma – C moški (1946–1955):

1. Albin Stritar	Kirurgija	49.20
2. Brane Gaber	Kirurgija	51.56
3. Andrej Možina	KC Ginekologija	52.97

VIII. Dolga proga veleslaloma – B moški (1956–1965):

1. Janez Benedik	Kirurgija	46.00
2. Marko Noč	Int. klinika	46.14
3. Jaka Bahun	Gorenjska	48.08

IX. Dolga proga veleslaloma – A moški (1966 in mlajši):

1. Sašo Marušič	Gorica	46.40
2. Simon Podnar	Nevrofiziologija	46.45
3. Rok Vengust	KC Ortopedija	51.12

Poseben pokal, darilo Steklarne Rogaška Slatina, je za najboljši čas dobil Janez Benedik, posebni priznanji pa sta dobila tudi najmlajši udeleženec Gregor Hočevar in najstarejši Ladislav Pirc. Najboljše udeležence bo organizator prijavil na svetovno smučarsko prvenstvo zdravnikov, ki bo v Les Gets v Franciji konec marca.

Izvirne pokale pa so dobile najboljše tri ekipe, in sicer:

– KC Kirurgija	133 točk
– Gorenjska	128 točk in
– Ekipa zdravnikov zasebnikov	108 točk

Sledijo: KC Interna, Ginekologija Maribor in KC Radiologija.

Organizacijski odbor v sestavi Franci Koglot (Gorica), Andrej Bručan (Ljubljana) in Tone Lah (Jesenice) je s simpatično voditeljico Evo Longyko in z generalnim sponzorjem Lekom pripravil izredno prijetno strokovno-rekreacijsko prireditev.

Zanimivo je vedeti

IZ ŽIVLJENJA IN DELA ANTONA MARTINA SLOMŠKA (IV)

Anton Prijatelj

Kako se za zdravje skerbi

(Slomšek o delu in počitku, jedi in pijači)

Anton Martin Slomšek je v knjigi Blaže in Nežica v nedeljski šoli pisal tudi o tem, kako se za zdravje skerbi.

Dro pridni ljudje – rečejo gospod kaplan – pa tudi zdravi morjo biti, in pa dobre volje kar je prav, Slavinčani so prav pridni, kar v vinogradih delajo, pa tudi veseli. Za rano slišim kopače v vinograde zvati, zvečer pa cele rajde ženakega spola iz gorc na dom od vinske terte prepévati, da krez hribe in doline slovi. Pa srčela sem

tudi pijanib možakov – clo neko pijano ženstvo sim za potam najdel. Pošten mož mi je tožil, da se v tim času po goricah slabo godi. Veliko jih zdravje, poštenje in tudi pamet zgubi. Potrebno vas je podučiti:

Kako se za zdravje skerbi.

1. **Ne zogibaj se dela**, ampak z veseljem posluj; ne toljko za časem kakor za večem dobiček. Železo rija sné, truplo pa lenoba.
2. **Ne preženi se z delom**, da bi se z drugim poskušal. Živinče, ki se prebitro zaletí, tudi bitro cafne, ali se clo preterga.
3. Si v **puti** in ti od čela kaple, **ne pij prenaglo**, **ne** prehladi se; put pod kožo vdari, kerv se v plučab steme – nedubo, sušico dobiš, alj si pa kerv skališ. Prej da piješ, si odebni, kaj prigrizni. Bolj po malem ko piješ, boljši bo.
4. **Ako te dež premoči, alj si v obuteli moker, prej ko mogoče se preobleci**, noge obriši, glavo oteri.
5. **Po leti vroč v vodo ne hodi**; prehladi se, preden se kopleš. Čedno se vmivaj in peri, da vmazan ne hodiš, snaga je bolj zdrava, kakor jed, ki v maši plava.
6. **Po zimi za toplo obutelo** skerbi, pekosmatih kap in čamrov na glavi se pa varji; boljša je gola glava, kakor gola noga. – Pretesna obutel in premala obleka je že pol bolezni.
7. Zjutraj in zvečer **si usta oplakni**, zobe s srednim perstom operi, za ubami posebno se skerbno pomij, tako te zobje ne bojo boleli.
8. **Skerbi za zdravo sapo**, zvetri pogosto prebivavnicco in spavnicco, sosebno po zimi. V zabutih dimnicah spati, se smrada in sopuha najesti, je sila škodljivo; tudi riba vmerje, ki čiste vode nima. **Imaš prosto (fraj) glavo, tople noge pa odpereto telo**, se ti bolezni bati ni.

Za kratek čas in počitek

Po storjenem delu – je sladko počivati; to da **pred polnoči dve uri spanja več zda, ko zjutranjih pet**. Mladi ljudje zvečer norijo, zjutraj pa dolgo ležijo kar pogosto duši in truplu škoduje.

1. **Ne kratkočasite se z nevarnimi bedarjiami**, pri katerih se lebbko kdo poškodje. V nekem kraju so noroglavci za mizoj sir prešali. Nekega slabega med se dobiyo in ga tako dolgo v sredo tišijo, da mu kašta pokne in se mu kerv iz ust in nosa vlije. To je prešanje!

2. **Po noči noretí** – se z drugim spolom vlačiti in metati, peklenski skušnjavec pomaga. Tako se v jesen na metvi godi, ker se moški in ženske nakopico děvajo. Veliko jih je od kopice na truplu – še več na duši zbolelo. Bog nas téga varji!

3. **Iz božjih darov strad za kratek čas delati**, je gerdo in greb. Preveztni kopači nekokrat štrukle, bob, podzemlice v eden drugega lučajo; radi bi jih kdaj jedli, pa jih imeli ne bojo.

4. **Ne pijani se za dobro voljo**; pij in jej le za potrebo. Prava mera je nar boljši dišava, pa tudi zdrav živež nar boljše bogastvo pri biši.

Za zdravo jed ino pijačo

1. **Za zdrav živež imajo gospodinje skerbeti**. Perva jed je **lju-bi krub**, za katerega prositi nas Jezus uči; pa mora biti dobro omesen in prav pečen. Vročega kruba jesti ni zdravo – pa tudi plesnovega ne. Moka zadubnela, iz zernja, ki zadubni, ne da zdravega kruba. Boljši zernje v plevah sbriniti, ako ga skerbno ne presušaš.

2. **Bolj zdravo je sočivje ko mesnina**. Meso, ki debne, je škodljivo, ribe opolzne so strupne. Pa tudi močnata jéd nwe sme na maši plavati; kar je premasnega rado zastoji.

3. **Živež soliti in večkrat premeniti, ste za zdravje dve potrebne reči**. Prenaglo jesti in s sitim trebubom letati ni pridno.

4. **Za pitje je studenčnica** nar bolj zdrava, ako ni mlaka, kakor po enib krajih, p: na Horvaškem. Vendar ne nektere jedi, kakor na kumare, slive i. t. d. prebitro vode ne pij, da se želodec ne prehladi; labko bi trešliko, kobilo alj merzlico dobil.

5. **Po letu je za delavce naj gorši pija med studenčnico nekoliko jesiba** djati; to bladi. Zdravo je tudi kislo alj vsedeno mleko, pa zrel sad.

6. **Vino za delavne ljudi po meri je zdravo**; ono moč daja. Vino premočno in preveč pito moč jemlje. Sladkano vino, kakor ga neki oštrji popravčajo je nevarnestrup.

7. Kjer vina ni, **ov ali pir kubajo**. Taka pija je zdrava, ako je dobro napravljena.

8. Kdor delavcem **žganja** daja, jim mišenco daja. Žganopivci naglo onemorejo, pri priči na delu pogosto vmerjeje, alj pa po malem v zemlo zlezejo in ne doživijo polovice svojih dni. Sveti Duba nas lepo uči: »**Kdor po pameti in po méri vživa, bo mirno in zadovoljno spal, je vselej prigoden in dobre volje.**«
– Kdor je pošten in zdrav, si lahko povsodi žvižga in poje. Zapijmo si še mi: **Zdravico za Slovence**. Taka pesem slíši kopačem.

Prenagla vožnja je posebno nevarna

(Anton Martin Slomšek o vožnji)

O Antonu Martinu Slomšku v zadnjem času precej pišemo. O njem je Franc Kramberger zapisal naslednje: »Slomšek, šolnik, pedagog, pisatelj in pesnik, življenjepisec in kritik, učitelj materinega jezika in borec za enakopravnost Slovencev, rodoljub in domoljub, predvsem pa dušni pastir in oznanjevalec božje besede, ekumenski delavec in teološki učitelj slovenskega ljudstva, škof in, če dodamo zadnji in najvišji naslov – svetnik – to so dimenzije njegove osebnosti.«

Nekateri menijo, da je njegovo najpomembnejše delo »Blaže in Nežica v nedeljski šoli«. Prav gotovo je to delo izrednega pomena za vzgojo Slovencev, saj je bil eden prvih učbenikov dolga desetletja. V bohoričici tiskana je ta Slomškova knjiga prvič izšla v Gradcu v drugi polovici leta 1842 v 4000 izvodih; v gajici je bila v 2000 izvodih natisnjena marca 1848 pri Blazniku v Ljubljani in tretjič je izšla 1857 pri Leonu v Celovcu.

V knjigi je poleg učenja pisanja, branja, računanja Slomšek učil tudi mnoge pomembne stvari za vsakdanje življenje, tako o snagi, o zdravem načinu življenja, obnašanju v cerkvi, pri vsakdanjem življenju, ob srečanju z gosposko in oblastjo. In celo o prometu. O prometu v takratnih časih je Slomšek takole pisal:

Boljša kratka sprava, kakor dolga pravda.

Prisemejali so se gospod kaplan v šolo rekoč: »Kaj smešnega si včeraj na veliki cesti srečal. Dva se nasproti pripeljeta, kakor bi se ne vidila, ter se nobeden ne zogne.

Kedar že prav tédno zadeneta, naglo iz vozov skočita, ter se skregata. Jurko: Zakaj se nisi zognil? Janko: Zakaj pa ti ne? Jurko: Mi ni bilo potreba. Janko: Meni tudi ne. Jurko: Ali si bil slep? Janko: Mislim da si le ti bil. Jurko: Ti bom zdaj pokazal! (seže po sekiro, in mu žuga kola posekati, rekoč): Boš ustran vozil? Janko: Pri moj dun, da ne. Jurko spet sekiro utekne rekoč: Bom pa jez. Caufi! Bistabor! – tako je bila pravda skončana.»

Vsi se Jurku smeji, ki se je Janku toljko grozil, po tem si pa tako lepo henjal. »Kateri je bolj moder?« barajo gospod kaplan. »Jurko, ki je odhenjal,« vsi odgovorijo. Tudi vi se zognite, in če ne morete, rajši odhenjajte, naj bo na cesti alj doma. – »Kdo pa se mora na cesti zogniti?« upraša Jarčev Peter.

1. Po cesarski postavi mora na cesti usaktér, srečaje se, **na pravo voziti**. Cesarska pošta se ponavadi ne zogne; za to posteljon od daleč v rožič zatrobi.

2. **Navzdol je potreba zevérati**, in pa s coklo, kjer je na dolgo. Na takih krajih kažejo table zverto kolo. Zaver je potreba predstavljati, da se šinja na kolesu ne vžgè in ne zgloda.

3. Na Horvaškem kaže kolo na kóli barmico alj **muto**, da se plača. Na tabli je pisano, koljko od glave. Dobro kdor pozna, in se ne da goljfat. Težki vozovi, ki široke šinje imajo jim **Parizarji** pravijo, le pol cestnine plačajo.

4. Po stranski poteh še **lése** najdemo, da so ravno ploti in meje povergane. Dolžnost je lese zaperati in ljudi škode varvati. Pregovor pravi: **Kdor navzdol ne zavéra, les na zaperi, pa mut ne plačuje, ne pride daleč po svetu.**

5. Živina, ki ima kosmata ušesa, se mora zvesto varvati, da se nesreča ne prigodi naj več pa konji. **Prenagla vožnja je posebno nevarna** in prepovedana. Lastnik, ki hlapcu preneglo voziti vkaže, plača po cesarski postavi od 50 do 100 gl. štrafe, kedar se kaka nesreča zgodi. Hlapec, ki sam po svoji glavi naglo vozi, je po 14 dni zapert. Kdor koga povozi, bo od 3 dni do 3 mescov v ječi.

Kdor konja brez varba pusti, vjidejo, naj si ravno škode ne storijo, jih dobi prvokrat po 10 na stolu; drugokrat, alj pa če se je škoda storila, bo po 1 mesec dni se v ječi potil, in bo tepen. Po zimi morjo konji v sankah kregule imeti.

Mladi kmetje radi redijo in na cesto bitijo; pa veliko jih svojo domačijo zavozijo. Vam bom povédal, česar se je vozarjem (furmanom) nar več varvati.

1. Potreba je **za živino skerbeti**; da se ne poškodje. Kdor živino preobloži, prežene alj pozabi, kmalo onemore. Tudi živina mora svojo pravico imeti. Konj pravi: **V breg (klanec) ne tiraj me – navzdol ne jezdi me – po ravnem goni me – v blevu ne pozabi me.**

2. **Varvati se igre**. Po oštarijah sleparji sedijo in na vozarje prežijo; kdor jim v šako pride, ga slečejo. Vozar, ki igro ljubi, konje hlapcu prepusti, cele noči pri kvartak presedi, po dné pa na vozi dremle, bo skoraj zvernil. Nima dnarjev več, mu jih kerčmar posodi, in kedar brez dnarjev nazaj memo pride, mu konje odpreže. Poznam jih, ki so se s parizarjem pa s 4 konji na cesto podali, domu pa pešec z golim bičm privlekli. Kedar igra nar bolj kaže, tistokrat se nar raj zlaže.

3. Varite se **godcov in pa ženskega spola**. Po litužih se najde najemnic, ki ptuje možake na limance vjemajo. Kdor se z njimi pečá, zapravi dnarje, zdravje in poštenje. Po oštarijah rajati, namesto konje napájati, je večí zguba, kakor sred ceste zverniti. Dobre volje mošne kolje, pa tudi kola polomi.

4. Potreba je vozarju znati **dobro rajtati**, da ga kelmarce ne podrajtajo. Tega naj vas gospod učitel dalej učijo.

Konec

Nove knjige

PREDSTAVITEV KNJIGE

Bogdan Leskovic

Na sedežu Rdečega križa Slovenije so 19. februarja t.l. predstavili novo knjigo.

Prof. dr. Marjan Jerše: *Preprečevanje bolezní srca in ožilja*. Založba Rdeči križ Slovenije, Ljubljana 1997, 112 strani. Barvne ilustracije Jože Trobec. Cena 1800 SIT.

Knjižica je izšla v okviru programa vzgojnozdravstvene oziroma preventivne dejavnosti založbe. Namenjena je vsem, ki bi se radi izognili srčnim in žilnim boleznim. Te so preplavile ves današnji, predvsem razviti svet in so tako po zbolewnosti in smrtnosti na prvem mestu. Literature, ki obravnava preprečevanje teh bolezní, pa pri nas še ni prav veliko.

Knjiga ima naslednja poglavja:

Uvod. Ateroskleroza. Ishemična bolezen srca. Visok krvni tlak. Bolezen srčnih zaklopk in notranje posrčnice. Bolezni srčne mišice. Bolezni osrčnika. Kronično pljučno srce. Motnje srčnega ritma. Srčno popuščanje. Prirojene srčne hibe. Bolezni velike telesne odvodnice. Bolezni perifernih odvodnic. Bolezni perifernih dovodnic.

Vsako poglavje ima dva dela. V prvem so nanizani znaki bolezní, v drugem pa nasveti za preprečevanje nastanka – primarna preventiva oziroma poslabšanja bolezní – sekundarna preventiva. V tem delu so vključeni tudi prehrana, telesna dejavnost in vse, kar sodi v zdrav življenjski slog. Niso pa zajete preiskave, posegi in zdravlila.

Knjižica ima prikupno obliko, odlikuje jo lep jezik s slovenskimi lahko razumljivimi strokovnimi izrazi, tisk je pregleden z dovolj velikimi črkami, vsebino pa popestre barvne ilustracije.

kapsule **FIDI KOENCIM 10**®

Mišična oslabeledost je pogosta težava pri staranju, pri ljudeh z bolnim ali oslabeledim srcem in po možganskih kapeh!



FIDI KOENCIM 10®

za novo psiho-fizično moč.

FIDI KOENCIM 10®

pravi orkester petih antioksidantov-ubikinona (koencim Q 10), betakarotena, vitaminov C in E ter selena.

namembnost kapsul FIDI KOENCIM 10®

- krepitev oslabeledenega miokarda
- reperfuzijski sindrom po srčnih operacijah (preprečevanje)
- preprečevanje presnovnih in hipoksemičnih okvar po srčni in možganski kapi
- zdravljenje skupine mitohondrijskih boleznin nevro-muskularnih distrofij
- krepitev mitohondrijev pri zdravljenju AIDS-a z zidovudinom (AZT)
- splošna mišična oslabeledost in utrudljivost
- preprečevanje oksidacije lipoproteinov in s tem začetka ateroskleroze
- zaviranje starostnih fizioloških pojavov (npr. zgubljanje kratkoročnega spomina)
- preprečevanje razvoja starostnih degenerativnih boleznin
- krepitev imunske odpornosti
- ohranjanje vitalnosti veziva (zlasti obzobnega)

pakiranje

20 mehkih želatinastih kapsul



V lekarnah. Brez recepta.

FIDIFARM Ljubljana in SWISSCAPS v sodelovanju

Ponovno registriran v Sloveniji:

GEONISTIN[®]

nistatin + oksitetraciklin
vaginalete



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

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

**FROMILID[®]**

tablete

klaritromicin

MOČ IN PAMET V ENEM.

Skrajšano navodilo

Klaritromicin je polsintetični antibiotik iz skupine makrolidov. **Protimikrobni spekter:** Znotrajcelični mikroorganizmi, po Gramu pozitivni mikroorganizmi, nekateri po Gramu negativni mikroorganizmi in anaerobi, *Toxoplasma gondii*, mikobakterije razen *M. tuberculosis*. **Indikacije:** Okužbe zgornjih dihal (tonzilofaringitis, okužba srednjega ušesa, akutni sinusitis), okužbe spodnjih dihal (akutni bronhitis, akutno poslabšanje kroničnega bronhitisa, doma pridobljena pljučnica ter atipična pljučnica), okužbe kože in podkožja, okužbe z mikobakterijami (*M. avium complex*, *M. kansasii*, *M. marinum*, *M. leprae*) in odstranitev bakterije *H. pylori* pri bolnikih z razjedo na dvanajstniku ali želodcu (vedno v kombinaciji z drugimi zdravili). **Doziranje:** *Odrasli in otroci, starejši od 12 let*, dvakrat na dan po 250 do 500 mg. Največja dnevna doza je 2 g. Za odstranitev bakterije *H. pylori* pri zdravljenju razjede na želodcu ali dvanajstniku dajemo 500 mg do 1500 mg na dan, večinoma v dveh odmerkih, običajno 7 do 14 dni. *Otroci, mlajši od 12 let*, dvakrat na dan po 7,5 mg/kg telesne mase, vendar ne več kot 500 mg na dan. **Tablet ne razpolavljamo.** **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za zdravilo ali za druge makrolidne antibiotike, zelo huda jetrna okvara. **Interakcije:** Varfarin in drugi peroralni antikoagulanti, karbamazepin, teofilin, terfenadin, astemizol, cisaprid, triazolam, midazolam, ciklosporin, takrolimus, digoksin in ergotni alkaloidi, zidovudin. **Nosečnost in dojenje:** Ni podatkov o škodljivih učinkih jemanja klaritromicina med nosečnostjo in dojenjem. V teh obdobjih ga dajemo samo po skrbni presoji o koristnosti zdravljenja glede na možno tveganje. **Stranski učinki:** Slabost, bruhanje, driska in bolečine v trebuhu, stomatitis, glositis, glavobol, preobčutljivostne reakcije, prehodno spremenjen okus, pri posameznih bolnikih vrtoglavica, zmedenost, občutek strahu, nespečnost, nočne more, izjemno redko povečana aktivnost jetrnih encimov in holestatična zlatenica. **Oprema:** 14 tablet po 250 mg ali 500 mg.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

 **KRKA**
SLOVENIJA



NOV PRISTOP K ZDRAVLJENJU GLIVIČNIH INFEKCIJ

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

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

Lamisil[®]
terbinafine

 **SANDOZ**

SAMO ENKRAT NA DAN S HITRIM TERAPEVTSKIM UČINKOM



FLONIDAN[®]

loratadin

**SODOBEN NESEDATIVNI SISTEMSKI
ANTIHISTAMINIK, KI UČINKOVITO
PREPREČUJE IN ODPRAVLJA ALERGIČNE
TEŽAVE**

tablete po 10 mg
suspenzija po 5 mg/5ml

Podrobnejše navodilo o zdravlilu lahko dobite pri proizvajalcu.



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

forte Pentilin®

**SAMO DVAKRAT
NA DAN!**

retardne tablete po 600 mg pentoksifilina

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

živahna misel in korak

Skrajšano navodilo

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

Doziranje in uporaba

PERORALNO

Pentilin, tablete po 400 mg	3-krat 1 tableta na dan
Pentilin forte, tablete po 600 mg	2-krat 1 tableta na dan

PARENTERALNO

i.v. infuzija	100–400 mg v 250–500 ml infuzijske raztopine	90–180 minut
i.v. injekcija	100 mg/dan	5 minut

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

Nova zvezda

Novo zdravilo
za zdravljenje
blago in zmerno
zvišanega krvnega pritiska

Cynt

moksonidin
selektivni agonist
imidazolinskih
receptorjev



CYNT® 0,2/0,3/0,4. Učinkovina: moksonidin

Sestava: Filmska tableta vsebuje 0,2, 0,3 ali 0,4 mg moksonidina – aktivne učinkovine. Ostale sestavine: laktoza, polividon, krospovidon, magnezijev stearat, metilhidroksipropilceluloza, etilceluloza, makrogol, talk, rdeči železov oksid, titanov dioksid.

Klinična farmakologija: Vezava moksonidina na 11-imidazolinske receptorje zavre aktivnost simpatičnega živčnega sistema. Zmanjšana simpatična aktivnost ima za posledico zmanjšanje perifernega žilnega upora. Zaradi tega se zniža krvni tlak. Moksonidin se razlikuje od drugih centralno delujočih antihipertenzivnih zdravil po manjši afiniteti do centralnih alfa-2 receptorjev in po visoki selektivnosti za 11-imidazolinske receptorje. Zato so neželeni učinki, kot sta med drugimi tudi utrujenost in suha usta, ki jih pripisujejo interakciji z alfa-2 receptorji, pri moksonidinu manj izraženi.

Indikacije: Esencialna arterijska hipertenzija.

Odmerjanje: Odmerjanje je individualno. Zdravljenje začnemo z 0,2 mg moksonidina dnevno, terapevtični odmerek pa največkrat znaša od 0,2 do 0,4 mg moksonidina dnevno. Cynt 0,2: če ni drugače predpisano, začnemo zdravljenje z najnižjim odmerkom moksonidina, in sicer z 0,2 mg moksonidina dnevno oz. 1 tableto Cynta 0,2 zjutraj. Če učinek ni zadovoljiv, lahko šele po treh tednih zvečamo odmerek na 0,4 mg moksonidina dnevno oz. na 2 tableti Cynta 0,2 zjutraj ali dvakrat po eno tableto dnevno (zjutraj in zvečer po eno tableto). Cynt 0,3: zdravljenje pričnemo z 0,3 mg moksonidina dnevno oz. 1 tableto Cynta 0,3 zjutraj. Če učinek ni zadovoljiv, lahko šele po treh tednih zvečamo odmerek na 0,6 mg moksonidina dnevno oz. na dvakrat po eno tableto dnevno (zjutraj in zvečer po eno tableto). Cynt 0,4: zdravljenje pričnemo z 0,4 mg moksonidina dnevno oz. 1 tableto Cynta 0,4 zjutraj. Ne priporočamo prekoračitve enkratnega odmerka 0,4 mg moksonidina in dnevnega odmerka 0,6 mg moksonidina. Pri bolnikih z zmerno prizadetim ledvičnim delovanjem (GFR nad 30 ml/min in pod 60 ml/min) ne bi smeli prekoračiti enkratnega odmerka 0,2 mg moksonidina in dnevne doze 0,4 mg moksonidina.

Kontraindikacije: bolezen sinusnega vozla; sinoatrialne prevodne motnje in AV-blok II. in III. stopnje; bradikardija v mirovanju s frekvenco pod 50 na minuto; maligne aritmije; hudo srčno popuščanje (NYHA IV); akutni miokardni infarkt in nestabilna angina pectoris; huda jetrna obolenja; zmanjšanje

ledvičnega delovanja v razvitem štadiju (GFR pod 30 ml/min, koncentracija kreatinina v serumu višja od 159,1 µmol/l); angioedem. Cynta zaradi pomanjkljivih terapevtičnih izkušenj ne priporočamo pri intermitentni klavdikaciji, Raynaudovi bolezni, Parkinsonovi bolezni, epilepsiji, glavkomu, duševni depresiji, nosečnicam, doječim materam, otrokom, mlajšim od 16 let.

Interakcije z drugimi zdravili: Sočasna uporaba drugih zdravil za zniževanje krvnega tlaka krepi delovanje Cynta. Če pri kombiniranem zdravljenju s Cyntom in blokatorji beta najprej prenehamo dajati Cynt, lahko pride do protiregulacije krvnega tlaka (rebound). Cynt okrepi delovanje alkohola, pomirjeval in uspaval.

Stranski učinki: Na začetku zdravljenja se pogosteje pojavljajo suha usta, utrujenost in glavobol, občasno pa omotice, motnje spanja ter občutek šibkih nog. Največkrat ti pojavi prenehajo že v prvem tednu zdravljenja. Redkokdaj prihaja do želodčnih in črevesnih motenj. Pri posameznikih so se pojavile kožne alergične reakcije. **Opozorilo:** Bolnikom z zmerno zmanjšanim ledvičnim delovanjem (GFR nad 30 ml/min in pod 60 ml/min, koncentracija kreatinina v serumu nad 106,1 µmol/l in pod 159,1 µmol/l) je treba zlasti na začetku zdravljenja pogosto kontrolirati krvni tlak. **Opozorila za udeležence v prometu:** Med zdravljenjem visokega krvnega tlaka z zdravilom Cynt je potrebna redna zdravniška kontrola. Zaradi različnih reakcij pri posameznikih lahko zdravilo vpliva na sposobnost aktivne udeležbe v cestnem prometu ali pri delu na strojih. To zlasti velja za začetek zdravljenja in za prehod na zdravljenje z drugim zdravilom ter v kombinaciji z alkoholom.

Način in trajanje zdravljenja: Priporočamo jemanje zdravila med obrokom ali po jedi z malo tekočine. Če se med kombiniranim zdravljenjem z blokatorjem beta pokaže potreba po prekinitvi jemanja, najprej prenehamo jemati blokator beta in šele nekaj dni kasneje Cynt. Čeprav doslej niso opazili prekomernega zviševanja krvnega tlaka po prekinitvi zdravljenja s Cyntom, ne priporočamo nagle prekinitve zdravljenja. Trajanje zdravljenja določa zdravnik.

Oblika in pakiranje: 30 filmskih tablet po 0,2 mg moksonidina; 30 filmskih tablet po 0,3 mg moksonidina; 30 filmskih tablet po 0,4 mg moksonidina

Način izdajanja: Samo na zdravniški recept.

Izdeluje: Beiersdorf-Lilly GmbH, 20253 Hamburg.



Eli Lilly (Suisse) S.A.
Podružnica v Ljubljani



ZDRAVITI
ALI NE ZDRAVITI

NADZOROVANO URAVNAVANJE HOLESTEROLA

Lescol®, sintetični inhibitor reduktaze HMG-CoA **Sestava:** 1 kapsula vsebuje 21,06 mg ali 42,12 mg fluvastatin natrija, kar ustreza 20 mg oziroma 40 mg fluvastatina kot proste kisline. **Indikacije:** Primarna hiperholesterolemija pri bolnikih, kjer dieta ni dovolj učinkovita.

Doziranje: Pred začetkom zdravljenja z Lescolom mora bolnik prejemati standardno dieto, ki znižuje nivo holesterola. Dieta se mora nadaljevati tudi med jemanjem zdravila. Priporočen dnevni odmerek je 20 do 40 mg 1x dnevno, med večernim obrokom. Če so vrednosti holesterola zelo visoke, lahko odmerek povečamo na 40 mg 2-krat dnevno. Glej celotno navodilo. **Kontraindikacije:** Znana preobčutljivost za fluvastatin ali katerokoli sestavino Lescola; bolniki z aktivnimi jetrnimi boleznimi, kjer vzrok povišanih serumskih transaminaz ni pojasnjen; nosečnost, dojenje, ženske v rodni dobi, ki ne prejemajo kontracepcijske zaščite. Glej celotno navodilo.

Previdnostni ukrepi: Previdnost je potrebna pri dajanju Lescola bolnikom z anamnezo o jetrni bolezni, hudim alkoholikom; pri bolnikih z nepojasnenimi bolečinami v mišicah, šibkostjo in občutljivostjo mišic z znatnim povišanjem kreatinin fosfokinaze; pri bolnikih s hudo ledvično insuficienco. Glej celotno navodilo. **Interakcije:** Izmenjevalci žolčnih kislin; cimetidin; ranitidin; omeprazol; rifampicin. Glej celotno navodilo. **Stranski učinki:** Dispepsija, slabost, nespečnost, bolečine v trebuhu, glavobol, blažji prebavni simptomi. Povečane vrednosti transaminaz. Glej celotno navodilo. **Oprema:** 28 kapsul po 20mg, 28 kapsul po 40mg.

Informacije in literatura so na voljo pri Sandoz Pharma Services Ltd. Basel,

Predstavništvo v Sloveniji, Dunajska 22, 1000 Ljubljana, tel. 061/133 04 04, 131 62 65, faks 061/133 96 55

LESCOL®
FLUVASTATIN

 **SANDOZ**

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

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

Splošna načela

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Spremni dopis

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

Tipkopis

Prispevki morajo biti poslani v trojniku, tipkani na eni strani boljšega belega pisarniškega papirja formata A4. Med vrsticami mora biti dvojni razmik (po 30 vrstic na stran), na vseh straneh pa mora biti rob širok najmanj 30 mm. Avtorji, ki pišejo besedila s pomočjo PC kompatibilnega računalnika, jih lahko pošljejo uredništvu v enem izpisu in na 5,25 ali 3,5 inčni disketi, formatirani na 360 KB ali 1,2 MB, kar bo olajšalo uredniški postopek. Ko je le-ta končan, uredništvo disketo vrne. Besedila naj bodo napisana z urejevalnikom Word for Windows ali z drugim besedilnikom, ki hrani zapise v ASCII kodi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabele

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

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

Slike

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

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

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

Literatura

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

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

Primeri citiranja

–primer za knjigo:

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

–primer za poglavje iz knjige:

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

–primer za članek v reviji:

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

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

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

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

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

–primer za članek iz suplementa revije:

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

–primer za članek iz zbornika referatov:

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

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

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

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

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

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

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

Navodila za delo recenzentov

Če zaprošeni recenzent prispevka ne more sprejeti v oceno, naj rokopis vrne. Hvaležni bomo, če v tem primeru predlaga drugega primernega recenzenta. Če meni, naj bi uredništvo poleg njega prosilo 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 opažanja in izdelke prvič objaviti v ZV; tem je treba pomagati z nasveti, če prispevek le formalno ne ustreza, vsebuje pa pomembna opažanja in sporočila.

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

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

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

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 66, APRIL 1997, Page 177-232, Number 4

CONTENTS

LEADING ARTICLE

- Emerging infectious diseases - Global response - Global alert,
On World Health Day 1997, M. Hiti** 177

RESEARCH ARTICLES

- Epidemiology of invasive pediatric infections due to Streptococcus pneumoniae
in Slovenia, M. Čizman, M. Paragi, M. Gubina, N. Jovan-Kuhar** 179

PROFESSIONAL ARTICLES

- Pericarditis - a complication of inflammatory bowel disease - Case report,
N. Smrekar, M. Koželj, A. Ramovš** 183

- Thrombotic thrombocytopenic purpura with case report,
S. Zver, M. Noč, M. Horvat, R. Ponikvar** 187

- Treatment of femoral artery pseudoaneurysm by ultrasonographically guided
external compression, I. Kranjec, A. Černe, Mirta Koželj, J. Buturovič-Ponikvar** 191

- Analysis of asbestos disease in Anhovo 1995, 1996, Z. Remškar, E. Brenčič** 197

REVIEW ARTICLES

- Ultrasound examination of the traumatized eye, D. Pahor** 201

QUALITY OF HEALTH SERVICE

LETTERS TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS