



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 63, AVGUST 1994, str. 435-500, ŠT. 8

VSEBINA

NA MESTU UVODNIKA

Sklepi 131. redne letne skupščine Slovenskega zdravniškega društva, Laško, 20. maj 1994

435

STROKOVNI PRISPEVKI

Zdravljenje zlomov trohanternega predela stegenice - Lastne izkušnje, F. Kutnik, I. Ocepek, I. Dolenc

437

Suprakondilični prelomi humerusa pri otrocih - Urgentni operativni poseg v travmatologiji, M. Mikuž

443

Prikaz razvoja kazalnikov zdravstvenega stanja prebivalstva, M. Markota

445

Spremembe na ustni sluznici pri skupini prebivalcev Slovenije, starih več kot 55 let, M. Rode, V. Vrbič

451

Aspiracija kovanca - Prikaz primera, I. Koren, S. Kajba

455

PREGLEDNI PRISPEVKI

Monoklonska protitelesa, ki omogočajo opredelitev imunskega stanja, A. Ihan

457

Prispevek k diagnostiki in zdravljenju difuznih intersticijskih pljučnih bolezni, E. Mušič

461

PISMA UREDNIŠTVU

Postopnost prenatalne diagnostike v Sloveniji, A. Brezigar

467

Halucinacije po klonidinu, I. Koren

469

RAZGLEDI

Medikohistorična rubrika

471

Delo SZD

473

Stanovska tribuna

473

Aktualni pogovor

474

Nove knjige

476

V tej številki so sodelovali

450

Oglasi

442, 454, 470, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500

Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, T. Žgur

Tehnični urednik/Technical Editor:

P. Dolenc

Uredniški svet/Editorial Council:

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

Uredniški odbor/Editorial Board:

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

Tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanović

Lektor za slovenščino/Reader for Slovenian:

T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

J. Gubenšek

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

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

Tekoči račun pri/Current Account with

LB 50101-678-48620

UDK 61+614.258(061.1)=863=20

CODEN: ZDVEEB ISSN 1318-0347

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:

Biological Abstracts, Biomedicina Slovenica,
BIOSIS, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino,
ki znaša 5.200,00 SIT, za študente 1.300,00 SIT, za ustanove 40.000,00 SIT,
za tujino 300 US \$, posamezna številka stane 1.000,00 SIT.

To številko sta financirala:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo in
Ministrstvo za zdravstvo

- Tisk Tiskarna »Jože Moškrič«, Ljubljana - Naklada 4200 izvodov

The Journal appears regularly every month.

Yearly subscription for members of the Slovene Medical Society
is included in the membership amounting to 5.200,00 SIT,
for students 1.300,00 SIT, for institutions 40.000,00 SIT, for foreign
countries 300 US \$, single number costs 1.000,00 SIT.

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

Ministry for Health

- Printed by Tiskarna »Jože Moškrič«, Ljubljana - Printed in 4200 copies

Na mestu uvodnika/On the place of leading article

SKLEPI 131. REDNE LETNE SKUPŠČINE SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

Laško, 20. maj 1994

1. Skupščina je soglasno sprejela vsa poročila. Sklenjeno je bilo, da se govor predsednika objavi v prirejeni obliki.
2. Skupščina je potrdila zaključni račun za leto 1993 in sprejela plan prihodkov in odhodkov za SZD in Zdravniški vestnik za leto 1994.
3. Delegati skupščine so sprejeli poročilo nadzornega odbora.
4. Delegati so dali javno podporo sprejemu Zakona o omejitvi uporabe tobaknih izdelkov.
5. Uspeh prizadevanj za preprečevanje oziroma odpravljanje zdravju škodljivih vedenjskih vzorcev je v veliki meri odvisen od osebnega zgleda, ki ga daje zdravnik. Da bi vzpodbudili osebno zavezanost zdravnikov k tej aktivnosti, bomo začeli z akcijo podpisovanja častne izjave zdravnika, ki upošteva deklaracijo SZZ v zvezi s kajenjem.
6. S pomočjo strokovne sekcije SZD bo Svet za zdravje brez cigarete organiziral strokovni seminar o stanju in možnostih odpravljanja kadilskih razvad pri Slovencih.
7. Delegati skupščine so izvolili naslednje častne člane SZD: 1. prim. Janez Jenšterle, dr. med., 2. prim. Edo Lakner, dr. med., 3. mag. Jože Lavrič, dr. med., 4. Srečko Savernik, dr. stom., 5. prim. Marjan Veber, dr. med.
8. Skupščina je sprejela naslednja pravilnika:
Pravilnik za podelitev priznanja častni član Slovenskega zdravniškega društva.
Pravilnik za podelitev priznanja dr. Franca Derganca za medicinsko publicistiko.
9. V zvezi s strokovnimi sekcijami so delegati skupščine sprejeli naslednje sklepe:
 - ustanovitev Sekcije za endoskopsko kirurgijo SZD in Sekcije za kemoterapijo SZD,
 - preimenovanje Ortopedske travmatološke sekcije SZD v Ortopedsko sekcijo SZD.
10. Delegati skupščine so sprejeli oziroma potrdili nekatere temeljne usmeritve za delo Slovenskega zdravniškega društva v prihodnje:
 - 10.1. Jačanje dela v strokovnih sekcijah ter ohranjanje oziroma povečevanje njihovega strokovnega vpliva.
 - 10.2. Prek stalnih komisij, predvsem pa strokovnih sekcij ohraniti, predvsem pa kakovostno dopolniti vodilno vlogo na področju vseh vrst strokovnega podiplomskega izobraževanja, predvsem stalnega podiplomskega izobraževanja zdravnikov.
 - 10.3. Proučitev stanja in možnosti ter organizacija oziroma sodelovanje pri organizaciji interdisciplinarnega študija za upravne in vodstvene funkcije v zdravstvu.
 - 10.4. Ohranjanje doseženega in širitev dejavnosti društva na področju medicinskega založništva.
11. Delegati skupščine so podprli predlog za ustanovitev organiziranega delovanja zdravnikov raziskovalcev v okviru Slovenskega zdravniškega društva.
12. Sprejeta je bila pobuda, da se v delo oziroma članstvo SZD vključi tudi študente zadnjih letnikov Medicinske fakultete.
13. Skupščina je podprla nadaljnje koordinirano sodelovanje Slovenskega zdravniškega društva s FIDES-om – sindikatom slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov, ter Zdravniško zbornico Slovenije, izhajajoč iz dokumenta, ki so ga predstavniki vseh treh organizacij podpisali na skupnem sestanku v Cerknem 6. maja 1994.

Na tej osnovi je treba iskati nove, celovitejše oblike organiziranosti slovenskega zdravništva. Sprejeta je bila pobuda, da se poišče ustrezna prostovoljna in demokratična institucionalna povezanost vseh zdravniških organizacij. Obstoječe zdravniške organizacije svoje specifične cilje in naloge uresničujejo v okviru lastne organizacije, medtem ko je skupne interese vsega zdravništva treba usklajevati in sprejemati v okviru krovne asociacije vsega zdravništva.

Skupščina je podprla predstavljeno zamisel o Slovenskem zdravniškem društvu kot krovni organizaciji slovenskega zdravništva. Zamisel je potrebno razumeti kot pobudo, da naj bo Slovensko zdravniško društvo krovna organizacija za vse tiste oblike organiziranega delovanja slovenskih zdravnikov, predvsem na strokovnem področju, ki to same želijo.

Komisija za sklepe skupščine
(dopol. in popold. del):
Zlatko Fras, dr. med.
doc. dr. Marjan Premik, dr. stom.
Igor Praznik, dr. med.
prof. dr. Zvonimir Rudolf, dr. med.

Zaključki teme »Zdravstvena vzgoja otrok in mladine« s strokovnega dela 131. rednega letnega srečanja SZD

Zdravstvena vzgoja mladih ima v Sloveniji že dolgoletno tradicijo. Velik pomen pa ima ustanovitev posebne zdravniške službe za šolsko mladino pred natančno 85. leti, ker je zdravstvena vzgoja (ZV) tedaj postala uradno dejavnost šolskega zdravnika. Kasneje se je razvijala tako v smislu inter- ter multidisciplinarnosti kot metodološko in vsebinsko glede na spremembe patologije. Vrednotenje ZV dela je bilo v tem času zelo različno. Uspehi ZV dela pa so nedvomni.

Danes je ZV prisotna na vseh nivojih zdravstva: primarnem, sekundarnem in terciarnem. Živa je zaradi entuziazma izvajalcev, ne pa zaradi sistematične urejenosti in še manj zaradi njenega vrednotenja. Nezavidljiva je tako njena »cena« med samimi zdravniki, še posebej pa je kritično stanje s strani plačnika. To so bili bistveni razlogi za odločitve, da se o ZV na srečanju SZD pogovorimo zdravniki med seboj in s skupnim dogovorom ter podporo SZD poskušamo spremeniti stvari na bolje.

ZV je delo vseh zdravnikov v različnih oblikah: individualna, skupinska, posebni programi. Tako pa mora biti tudi ovrednotena. Le tako bomo tudi realizirali cilje SZO in plan zdravstvenega varstva Slovenije.

Takšne so bile osnovne ugotovitve sodelavcev okrogle mize, v katero so bili vključeni: zdravniki in zobozdravniki, vsi specialisti, predstavniki 6 sekcij SZD – za šolsko medicino, preventivne, pediatrične, pedontološke, ortodontske in stomatološke – ter istočasno vseh treh nivojev v zdravstvu, ki so predstavili načela, izhodišča, novosti do konkretnih dejavnosti ZV. Celotno predstavitve ter živa izvajanja diskutantov – žal časovno zelo omejena, ki

pa so popolnoma podpirala in dopolnjevala avtorje – lahko strnemo v naslednje

sklepe:

- ZV mora zajeti vse mlade – vendar na njihovem razvoju in stanju primeren način. Istočasno naj vključuje tudi starše, vzgojitelje in učitelje ter druge, ki se ukvarjajo z mladimi.
- ZV otrok in mladine mora ostati stalen proces, v interventni obliki naj potekajo le akcije zaradi posebnega pomena, poudarka ali oživljanja.
- ZV ostaja domena medicine zaradi nosilne vloge zdravnika. Zdravniki imajo v njej različne funkcije, obvezne pa so: pobuda in vsebina, evalvacija, znanstveno-raziskovalno in pedagoško delo.
- ZV mora postati redno delo vseh zdravnikov in kot taka tudi finančno ovrednotena posebej za individualno, skupinsko ZV ter posebne programe.
- Temu se morajo prilagoditi vsi normativi v zdravstvu: časovni, kadrovski in drugi.
- Zaradi realizacije uvodnega dela Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ciljev SZO »Zdravje za vse« ter plana zdravstvenega varstva Slovenije mora ZV postati usmerjena v zdravje, ne več v bolezen, ter prioritarno delo v zdravstvu, o čemer je treba sprejeti pismena zagotovila in eventualno dopolniti zakonodajo in predpise.
- ZV mora biti dolgoročno planirana in kompleksno urejena.
- Zagotovljen naj bo razvoj mreže ZV enot od države – Inštituta za varovanje zdravja RS, regije – zavodov za zdravstveno varstvo do zdravstvenovzgojnih referentov v zdravstvenih domovih občin.
- Zagotovljena mora biti tudi mreža ostalih zdravstvenih enot – predvsem na primarnem nivoju, z že določeno in razvito preven-

tivno dejavnostjo: šolski in otroški dispanzerji, šolsko zobozdravstvo. Povsod je treba negovati dispanzerski način dela. Podpirati je treba različne oblike specifične ZV na sekundarnem in terciarnem nivoju za kronične bolnike in njihove starše (npr. razne »šole«, tečaje, tabore itn.).

- Obe mreži naj bosta tesno povezani, koordinacija dela v njih mora biti jasno določena, stalna in usmerjana iz IVZ RS, kjer se zbirajo vse informacije o programih, gradivih in drugem za celo Slovenijo, izvaja redna evalvacija ZV dela ter razvija znanstveno-raziskovalno in pedagoško ZV delo.
- V vseh enotah mrež morajo delati številnejši usposobljeni kadri.
- ZV mora biti vključena v učne načrte vseh šol.
- Tako se pripravi program na dodiplomskem študiju Medicinske fakultete. Razširja in pogloblja naj se na podiplomskem študiju ter specializacijah – posebno preventivnih in v osnovni zdravstveni dejavnosti (šolska medicina, pediatrija, pedontologija in ostale). Zato je treba kadrovsko in materialno okrepiti katedro za socialno medicino MF.
- Hitreje in bolje je treba razvijati medresorsko sodelovanje – posebno med zdravstvom in šolstvom – in zagotoviti medsebojno zakonsko in institucionalno zvezo.
- ZV naj postane predmet na vseh tistih fakultetah, ki so kadrovske za pedagoško osebje.
- Programi ZV v šolah morajo biti strokovnomedicinsko preverjeni, za kar naj poskrbi IVZ RS.

Komisija za sklepe strokovnega dela:
prim. Urška Arko, dr. med.
prof. dr. Slavko Rakovec, dr. med.

Strokovni prispevek/Professional article

ZDRAVLJENJE ZLOMOV TROHANTERNEGA PREDELA STEGNENICE – LASTNE IZKUŠNJE

TREATMENT OF TROCHANTERIC AREA FEMUR FRACTURES – OWN EXPERIENCES

Ferdo Kutnik, Ivan Očepek, Igor Dolenc

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Kirurški oddelek – travmatološka enota, Gosposvetska 3, 62380 Slovenj Gradec

Prispelo 1993-01-22, sprejeto 1994-01-19; ZDRAV VESTN 1994; 63: 437-41

Ključne besede: različne operativne metode; dejavniki pri izbiri; prednosti in slabosti uporabljenih metod**Key words:** different operative methods; indicating factors; advantages and deficiencies of applied methods**Izvleček** – Izhodišča. Avtorji poročajo o izkušnjah pri zdravljenju zlomov trohanternega predela stegenice. Operacijo in vrsto notranje fiksacije so indicirali glede na splošno zdravstveno stanje bolnika, pri izbiri osteosintetičnega pripomočka pa so upoštevali značilnosti zloma. Operirane so spremljali tri mesece.**Abstract** – Background. The dispute about choosing an adequate treatment of fractured trochanteric area is presented. Depending on general condition of injured patient, the operation and mode of internal fixation is indicated, osteosintetic device was used according to the pattern of fracture. A postoperative follow-up was done for three months postoperatively.

Metode. Retrospektivno obravnavajo 163 bolnikov s trohanternimi zlomi, zdravljenih v letih 1983–1988. 136 bolnikov so zdravili operativno, od tega 81 z metodo kondilotrohanternega intramedularnega žebljanja stegenice, posebno pri starejših in oslabilih bolnikih. Žebljali so tako z ukrivljenim Küntscherjevim žebeljem kot z elastičnimi Enderjevimi žebli. Poškodovance v zadovoljivem splošnem stanju so oskrbeli s kotnimi ploščami. Dinamični kolčni vijak (DHS) so redko uporabili, čeprav se danes drugod pogosto uporablja. Večina bolnikov je bila operirana v regionalni (spinalni) anesteziji.

Methods. A group of unselected patients with the same number of trochanteric area fractures (treated between 1983–1988) is reviewed retrospectively. 136 fractures were treated operatively, 81 of them by intramedullary condylo-trochanteric nailing predominantly at elderly and weak patients, applied as a curved Küntscher nail or elastic Enders nails. Competing procedures like angled blade were performed at 55 patients in sufficient health condition. Sliding plate nailing (Dynamic Hip Screw) was applied only in some cases. Spinal anaesthesia was commonly used.

Rezultati in zaključki. Kondilotrohanterna fiksacija je zagotavljala dobro aksialno stabilizacijo zloma in dovoljevala zgodnje obremenjevanje uda, bolnik pa je bil manj ogrožen zaradi krajšega posega in manjše izgube krvi. Pooperativni zapleti na operiranem udu po osteosintezi s kotnimi ploščami so bili redkejši, vendar hujši kot po kondilotrohanternem žebljanju. Kondilotrohanterno žebljani bolniki so po operaciji šodili prej kot drugi, ud pa so lahko obremenjevali.

Results and conclusions. Intramedullary nailing ensures axial fixation and early weight bearing also. The nailing offers the advantages in terms of shorter operative time and minimised blood loss. The postoperative complications at angle plate operated legs were fewer but more disastrous like those fixed with condylo-trochanteric nails. More patients in condilotrochanteric nailed group were able earlier to walk after operation without restriction of weight-bearing than those nailed with plates.

Uvod

Problem izbire primerne načina zdravljenja zlomov trohanternega predela stegenice omenjajo številni avtorji v tuji in domači literaturi in poudarjajo, da ni vseeno, katero pot izberemo pri zdravljenju (1–4).

Danes zdravimo te zlome predvsem operativno. Njihova velika pogostnost v starosti in neugodne izkušnje z večjimi operativnimi posegi so sprožile iskanje enostavnejših notranjih fiksacij (4, 5). Pri osteosintezi teh prelomov že dalj časa uporabljamo kotne plošče, ki jih priporoča AO (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen) (6, 7).

Pred več kot desetimi leti smo pričeli v naši ustanovi uporabljati ukrivljen intramedularni žebelj po Küntscherju (5, 8). Kmalu smo ugotovili, da je njegova uporaba primerna le pri določenih zlomih in oblikah stegenice, zato smo začeli uporabljati tudi elastične žebelje po Enderju (9).

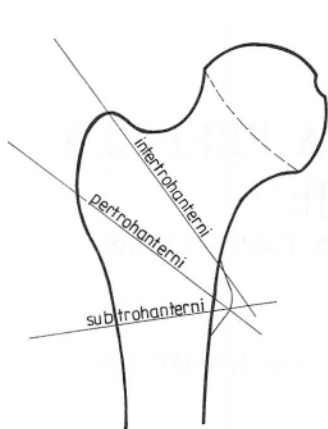
Zadnja leta se je uveljavila oskrba prelomov kolčnega dela

stegenice z drsečimi vijaki (7, 10). Pri nas uporabljamo DHS vijak (Dynamic Hip Screw – AO).

Pri našem delu smo zasledovali vpliv najpomembnejših dejavnikov za izbiro načina zdravljenja in uporabo posameznih vrst notranjih fiksacij. Prednosti in slabosti uporabljenih operativnih metod smo presojali po umrljivosti bolnikov, zapletih v področju zloma in uda in po pomicnosti bolnikov po operaciji. Bolnike smo spremljali do tri mesece po operaciji. Lastne podatke smo primerjali s podatki iz literature.

Bolniki

V obdobju od 1. 1. 1983 do 31. 12. 1988 smo na našem oddelku zdravili 163 bolnikov z zlomi trohanternega predela stegenice. V skupino nismo vključevali bolezenskih zlomov tujerodnega značaja. Vsi bolniki so imeli poškodovan trohanterni predel le na eni stegenici.



Sl. 1. Glavne smeri potekov zlomov trohanternega predela po Mattiju.

Fig. 1. Matti's classification of main fracture's courses at trochanteric area.



Sl. 2. Kranialna vlečna plošča, pritrjena na običajno kotno 130°, učinkoviteje premaguje upogibne sile v predelu zloma.

Fig. 2. Cranial tension plate screwing on standard angle plate 130 more efficiently overcomes bending forces at fractured area.



Sl. 3. Ukrivljeni Küntscherjev žebelj v frontalni projekciji, vstavljen po naravnavi intertrohanternega zloma in zapet nad kolonom s prečnim žebličcem, ki preprečuje drsenje žeblja.

Fig. 3. Curved Küntscher's nail in front view position, installed after reduction of intertrochanteric fracture and transfixed above knee by oblique tongue to prevent nail slipping.



Sl. 4. Intertrohanterni zlom, rebelj v frontalni projekciji, vstavljen po naravnavi intertrohanternega zloma in zapet nad kolonom s prečnim žebličcem, ki preprečuje drsenje žeblja.

Fig. 4. Intertrochanteric fracture, reduced in valgus position and fixed with fan-shaped Ender's nails.

Operirali smo 136 poškodovancev (83,4%). 27 bolnikov (16,6%) smo zdravili konzervativno: 20 jih ni bilo sposobnih za operacijo, sedem pa jih je operacijo odklonilo. Med operiranimi je bilo 93 žensk (68,4%), bolnikov, starejših od 50 let, pa 124 (91,2%). Najmlajši operiranec je bil star 14 let, najstarejši 92 let, povprečna starost vseh operiranih je bila 69,9 leta. Spremljajoči zlom na isti stegenici smo odkrili pri šestih bolnikih (4,4%), na drugih kosteh pa pri 20 poškodovancih (14,7%).

Bolnike je pred operacijo vedno pregledal anesteziolog. Njegovo oceno o sposobnosti za operacijo smo uporabili za razvrstitev bolnikov v tri skupine:

- skupina A: sposobni za operacijo v splošni anesteziji;
- skupina B: sposobni za operacijo v regionalni anesteziji;
- skupina C: sposobni za operacijo v regionalni anesteziji po poprejšnji pripravi. Bolniki v tej skupini so bili najbolj ogroženi in v slabem splošnem stanju.

Anesteziolog je kot regionalno anestezijo uporabil vedno spinalno. Ta vrsta anestezije daje popolno analgezijo pri posegih na kolku in spodnjih udih, bolnik pa je ves čas buden in brez bolečin še nekaj ur po operaciji (11).

Na osnovi anamnestičnih podatkov o pomičnosti bolnikov pred poškodbo smo poškodovance razdelili v dve skupini: pred poškodbo pomični bolniki in pred poškodbo nepomični.

Zlomi

Pri razdelitvi poteka zlomov smo uporabljali Mattijevo klasifikacijo (12) (sl. 1).

Stabilnost zlomov smo ocenjevali po Evansu (2, 13): zlomi, pri katerih mi mogoče obdržati primerne položaje odlomkov ne z naravnano in ne z zunanjim vlekom uda, so nestabilni.

Metode zdravljenja

Po sprejemu smo vsakemu poškodovancu namestili kožno ali skeletno trakcijo na Braunovi opornici in zlom ponovno rentgensko slikali. Šele ta kontrolni rentgenogram je pokazal pravo naravo zloma in nam dal napotek pri izbiri vrste notranje fiksacije.

Trakcijo smo pri konzervativnem načinu zdravljenja ohranili 7–9 tednov.

Pri operativnem zdravljenju smo uporabljali naslednje vrste notranjih fiksacij:

Notranja fiksacija (osteosinteza) s 95- ali 130-stopinjskimi ploščami AO (6, 7). V zadnjih letih smo pri nestabilnih, medialno posteriorno podrtih zlomih dodali 130-stopinjski plošči še kranialno vlečno ploščo z vijaki (14) (sl. 2). Kotne plošče ne sledijo posedanju v predelu zloma, zato bolnik uda ni smel obremenjevati, dokler se zlom ni zarastel. Kotne plošče smo uporabili pri 51 (37,5%) operiranih, v 42 primerih 95-stopinjsko in v devetih primerih kotno ploščo 130 stopinj.

Dinamično-kompresivna osteosinteza z DHS vijakom (AO). Poseg je podoben osteosintezi s kotnimi ploščami, le da funkcijo kline opravlja drseči vijak, ki sledi posedanju odlomkov (7). DHS vijak smo uporabili le pri štirih bolnikih (3%) z intertrohanternimi zlomi, kjer smo pričakovali posedanje odlomkov.

Kondilo-trohanterna fiksacija (KT). Skozi nekaj centimetrov dolg rez nad medialnim kondilom stegenice uvedemo kranialno skozi medularni kanal v trohanterni predel, vrat in glavico stegenice Küntscherjev ukrivljeni žebelj (premera 9 ali 10 mm) (8) ali pa Enderjeve elastične žebje. Obe metodi sta si tehnično zelo podobni. Vstavimo vsaj tri Enderjeve žebje, ki jih pred uporabo ustrezno ukrivimo (9) (sl. 3, 4). Fiksacija zloma sloni na skupnem učinku žebeljev, dobro vpetih v kondilarnem predelu in pahljačasto razporejenih v proksimalnem delu stegenice.

Intramedularne žebje smo uporabili skoraj pri vseh vrstah zlomov trohanternega področja stegenice, razen pri nestabilnih subtrohanternih. Zlomljeni predel ne fiksirajo anatomske, delno sledijo posedanju odlomkov, vendar biomehanično zagotavljajo zaraščanje zloma v primernem položaju. KT žebljanje omogoča zgodnje obremenjevanje uda, kar je še posebej ugodno pri starejših poškodovancih, za katere je znano, da uda ne znajo razbremenjevati pri hoji z berglami (3).

KT žebjlji smo 81 (59,5%) poškodovancev, 41-krat z Küntscherjevim žebeljem in 40-krat z Enderjevimi žebji. Zadnja leta smo pogosteje vstavljali Enderjeve žebje.

Pri vseh naštetih metodah smo operirali na ekstenzijski mizi in pod kontrolo rentgenskega ojačevalnika v anteroposteriorni in stranski projekciji.

Pri izbiri oziroma indiciranju posamezne vrste fiksacije smo se ravnali po naslednji shemi:

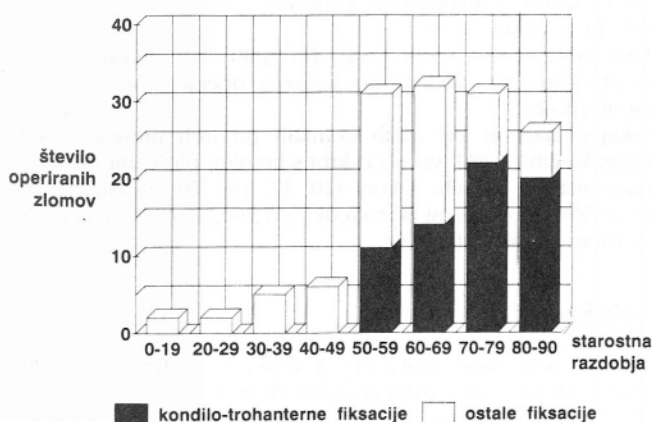
Vrsta fiksacije	Indikacije
1. s kotnimi ploščami	– Mlajši bolniki iz skupin A in B, vedno pri mlajših od 50 let. – Iz skupine C le izjemoma.
1.1. s 95-stopinjsko ploščo	Per- in subtrohanterni zlomi.
1.2. s 130-stopinjsko ploščo	Intertrohanterni zlomi.
1.3. s 130-stopinjsko ploščo in dodano kranialno vlečno ploščo	Pri medialno in posteriorno podprtih zlomih.
2. z drsečim vijakom (DHS)	Intertrohanterni zlomi.
3. kondilotrohanterna fiksacija	– Iz skupin A in B starejši in vedno nad 50 let, – večina bolnikov iz skupine C.
3.1. z ukrivljenim Küntscherjevim žebeljem	Zlomi, pri katerih je mogoče kolodiazizami kot toliko iztegniti, da jim krivina togega Küntscherjevega žebelja ustreza.
3.2. z Enderjevimi žebli	Vsi ostali inter- in pertrohanterni zlomi.

Naša opažanja

Pri operiranih bolnikih skupine C smo uporabili KT žebljanje precej pogosteje kot pri bolnikih skupine A. V skupini A prevladujejo operativni posegi s kotnimi ploščami in DHS vijaki (tab. 1). Povprečna starost KT žebljanj bolnikov je bila 78,2 leta (od 52 do 92 let), pri operiranih po ostalih metodah pa 61,7 leta (od 14 do 85 let). KT žebljanja pod 50 let starosti nismo uporabili, po 60. letu starosti pa vedno pogosteje (sl. 5).

V spinalni anesteziji smo operirali 125 poškodovancev (91,9%): vse KT žebljane (81) in 44 po ostalih metodah, le enajst (8,1%) poškodovancev je bilo operiranih v splošni anesteziji. Povprečni operativni čas (od začetne incizije do zaščite rane) je bil pri KT žebljanju 26 minut, pri ostalih metodah pa 77 minut.

Pri KT operativnih posegih je bilo potrebno nadomeščanje krvi v povprečju 98 ml na bolnika, pri ostalih operacijah pa povprečno 430 ml na bolnika.



Sl. 5. Prikaz deležev KT žebljanj in ostalih operacij po starostnih obdobjih (10 do 90 let).

Fig. 5. Portion presentation of condylotrochanteric nailings and rest operative modes at age decades (10–90 years).

Operirani bolniki so bili hospitalizirani povprečno 36,2 dneva, po KT žebljanju 33,2 dneva, po ostalih metodah pa 39,3 dneva.

V obdobju do tri mesece po operaciji nam je umrlo 17 bolnikov (12,5%): po KT žebljanju 12 (14,8%), po ostalih operacijah pa pet (9,1%). Bolnikov, preoperativno razporejenih v skupino C, je umrlo kar 11 (od 36), ostali (6 od 58) so bili iz skupine B (tab. 1). Zaradi odpovedi srca je umrlo enajst bolnikov, štirje po možganski kapi in dva zaradi pljučnice.

Tab. 1. Pogostnost uporabljenih operativnih metod in pooperativna umrljivost pri bolnikih, skupinjenih glede na operativno sposobnost. Skupina A: sposobni za operacijo v splošni anesteziji. Skupina B: sposobni za op. v spinalni anesteziji. Skupina C: sposobni za op. v spinalni anesteziji po poprejšnji pripravi.

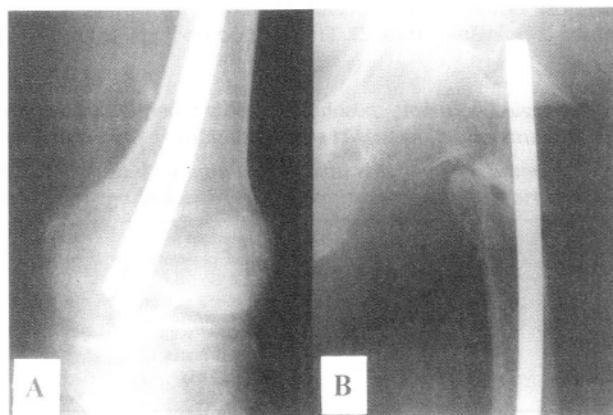
Tab. 1. The incidence of applied operative methods and postoperative mortality at patients, grouped according to their operative ability. Group A: operative able patients in general anaesthesia. Group B: op. able patients in spinal anaesthesia. Group C: op. able patients in spinal anaesthesia after medical preparation.

Bolniki glede na operativno sposobnost	Operirani s kotnimi ploščami in DHS vijaki	Operirani po KT metodah	Umrlijivost operiranih (%)
Patients according to operative ability	Operated with angled plates and DHS	Condylotrochanteric nailed patients	Mortality of operated patients (%)
Skupina A n=42 Group A n=42	23	19	0 (0%)
Skupina B n=58 Group B n=58	27	31	6 (10%)
Skupina C n=36 Group C n=36	3	33	11 (30,5%)

* tri mesece po operaciji.

*three months after operation.

Ponovno smo operirali devet bolnikov (6,6%) pri zapletih po nezadovoljivih fiksacijah: šest (7,4%) KT žebljanj in tri (5,4%) bolnike po ostalih operacijah. Intramedularne žeblje smo morali odstraniti v štirih primerih, ker so prodrli v kolenski sklep ali v obkolčje (sl. 6), dvakrat pa smo zamenjali prekratek Küntscherjev žebelj z Enderjevimi žebli. Odstranili smo tudi kotni plošči, katerih klini sta prerezali vrat stegenic (sl. 7), in nadomestili prelomljeno ploščo z drugo (sl. 8).



Sl. 6. Zapleti po žebljanju: drsenje Enderjevih žebeljev distalno (A), ukrivljeni Küntscherjev žebelj je perforiral vrat femorja in prodira v obkolčje (B).

Fig. 6. Failures after nailing: distal slipping of Ender's nails (A), curved Küntscher's nail perforated femur's neck, penetrating through hip area (B).



Sl. 7. Klina plošče je prerezala vrat in sili skozi glavico stegenice.

Fig. 7. Blade of plate cutting out femur's neck protrudes through head.



Sl. 8. Zaplet dva meseca po operaciji z odlomljeno klino plošče in varusnim posedanjem v predelu zloma.

Fiksacija samo s kotno ploščo 130° je bila nezadostna.

Fig. 8. Failure two months after operation with broken plate's blade and varus impaction of fracture.

Fixation with angle plate 130° only was probably insufficient.

Zunanja rotacija okončine za več kot 25 stopinj (merjeno leže na trebuhu) se je pojavila pri 19 operiranih (13,9%): po KT žebljanju pri 16 bolnikih (19%) in pri treh bolnikih (5,4%) po ostalih operacijah. Četrtni bolnikov po KT žebljanju smo namestili antirotacijsko longeto ali trakcijo za tri do štiri tedne po operaciji. Povečana zunanja rotacija okončine bolnikov ni motila, so jih pa motile bolečine v kolenu po KT žebljanju.

Skrajšavo okončine po operaciji (več kot 2 cm, merjeno od spinae iliacae ant. sup. do notranjega maleola) smo zasledili pri devetih bolnikih (6,6%), pri KT žebljanju v štirih primerih (4,9%) in v petih primerih (9,1%) po ostalih operacijah.

Osteitisa nismo zasledili, le vnetje mehkih delov v področju operativne rane pri osmih operiranih, po KT žebljanju v treh primerih in pri petih po ostalih operacijah.

Pomičnost bolnikov smo ocenili tri tedne po operaciji in ob odpustu iz bolnišnice (tab. 2). Tri tedne po operaciji je shodila na

Tab. 2. Pregled bolnikov, sposobnih za hojo z berglami po operacijah trohanternih zlomov. Vsi so bili pomični že pred poškodbo.

Tab. 2. Summary of patients able for walking with crutches after trochanteric fractures operations. All were mobile before injury.

Sposobni za hojo	KT operirani bolniki n=71	Operirani s kotnimi ploščami in DHS vijaki n=52	Skupno n=123
Walking able	Condylotrochanteric nailed patients n=71	Operated with angled plates and DHS n=52	All n=123
Tri tedne po operaciji Three weeks after operation	27 (38%)*	14 (26,9%)	41 (33,3%)
Ob odpustu At discharge	54 (76%)*	45 (86,5%)	99 (80,5%)

* bolniki so operirani ud obremenjevali.

* patients were bearing weight unrestricted by operated leg.

berglah tretjina bolnikov, večina teh je bila KT žebljana in operirani ud so lahko obremenjevali. Ob odpustu je bilo KT žebljanj bolnikov manj pomičnih kot po ostalih operacijah, vendar so ud lahko obremenjevali, kar ostalim operirancem nismo dovolili. Po treh mesecih smo pri treh bolnikih opazili, da se zlomi še niso zarasli. Vsi so imeli multifragmentarne zlome, oskrbljeni pa so bili s kotnimi ploščami 95 stopinj.

Razpravljanje

Podatki o umrljivosti prve tri mesece po operaciji po različnih avtorjih (4, 9, 10, 15–19) ne kažejo bistveno drugačnih vrednosti kot pri naših bolnikih (12,4%), umrljivost pa narašča do šest mesecev po operaciji, preden se umiri (10, 15). Nekateri opozarjajo na večjo umrljivost (do 20%) pri pretežni uporabi kotnih plošč (14, 18). Temu smo se izognili z vstavljanjem kotnih plošč predvsem manj ogroženim (skupini A, B) poškodovancem (povprečna starost 61,7 leta). Visoka umrljivost naših starostnikov v slabem splošnem stanju (30,5% v skupini C) (tab. 1) je nastala kljub pretežni uporabi KT žebeljev, vendar podobno umrljivost ne glede na uporabljeno operativno metodo omenjajo tudi drugi avtorji (14, 16).

Glede pomičnosti po operaciji več avtorjev navaja (3, 15, 18), da več KT žebljanj bolnikov po operaciji shodi prej kot operirani po drugih metodah. Take izkušnje imamo z bolniki le prve tri tedne po operaciji. Kasneje, ob odpustu iz bolnišnice, pa je bilo več pomičnih med bolniki z vstavljenimi kotnimi ploščami in DHS vijaki, vendar je večina KT žebljanj pri hoji lahko operirani ud obremenjevala.

Povečano zunanjo rotacijo uda štejejo nekateri avtorji (20–22) za poglavitno slabost KT žebljanja, kar smo opazili tudi pri naših operiranih. Nekateri avtorji (3, 5) pa menijo, da povečana zunanja rotacija celo izboljša stabilnost hoje. Poskušali smo jo zmanjšati z izboljšano tehniko žebljanja (ukrivityev žebeljev zaradi anteverzije vratu) in z namestitvijo antirotacijske longete pri nestabilnih zlomih.

Prikrajšava uda po operaciji nastane zaradi ponovno podrtga zloma in posedanja odlomkov po prehitrem obremenjevanju uda predvsem pri bolnikih, oskrbljenih s kotnimi ploščami, kot navajajo nekateri avtorji (15, 20). Pri naših operiranih smo jo zasledili redkeje po KT žebljanju. Podobno ugotavljajo tudi drugi avtorji (3, 10, 15, 20), nekateri (20, 22) pa dajejo prednost drseči fiksaciji.

Pogostejše ponovne operacije navajajo avtorji (15, 16, 21) po KT žebljanju, posebno z Enderjevimi žebli (do 30%). Te zaplete smo zmanjšali po Enderjevem žebljanju tako, da bolnikom nismo dovolili obremenjevanja 3–4 tedne po operaciji in s tem preprečili nezaželeno premikanje žebeljev in podiranje zloma. Takih zapletov smo opazili še manj po Küntscherjevem žebljanju, kar ugotavljajo tudi drugi avtorji (3, 5).

Ponovne operacije so bile po KT žebljanju sicer pogostejše, zato pa tehnično lažje izvedljive kot ponovne operacije po vstavljenih kotnih ploščah.

Nekaj zlomov je pri naših bolnikih po treh mesecih ostalo nezaraščenih (2,2%), vsi po oskrbi s kotnimi ploščami pri multifragmentarnih zlomih. Avtorji (10, 17, 19, 20) navajajo, da so nezaraščeni trohanterni zlomi redki (do 3%), manj pa jih je po KT žebljanju ali drseči fiksaciji.

Zaključki

Pri zdravljenju poškodovancev z zlomi trohanternega predela stegenice nam predstavlja uporaba 95- ali 130-stopinjskih kotnih plošč metodo izbora.

Pri višji starosti in slabšanju splošnega stanja bolnika dajemo prednost kondilotrohanternemu žebljanju stegenice. Ta poseg je enostaven, časovno krajši in z manjšo izgubo krvi. KT žebljanje dopušča zgodnje pooperativno obremenjevanje uda pri stabilnih prelomih, pri nestabilnih pa po 3–4 tednih. Po osteosintezah s

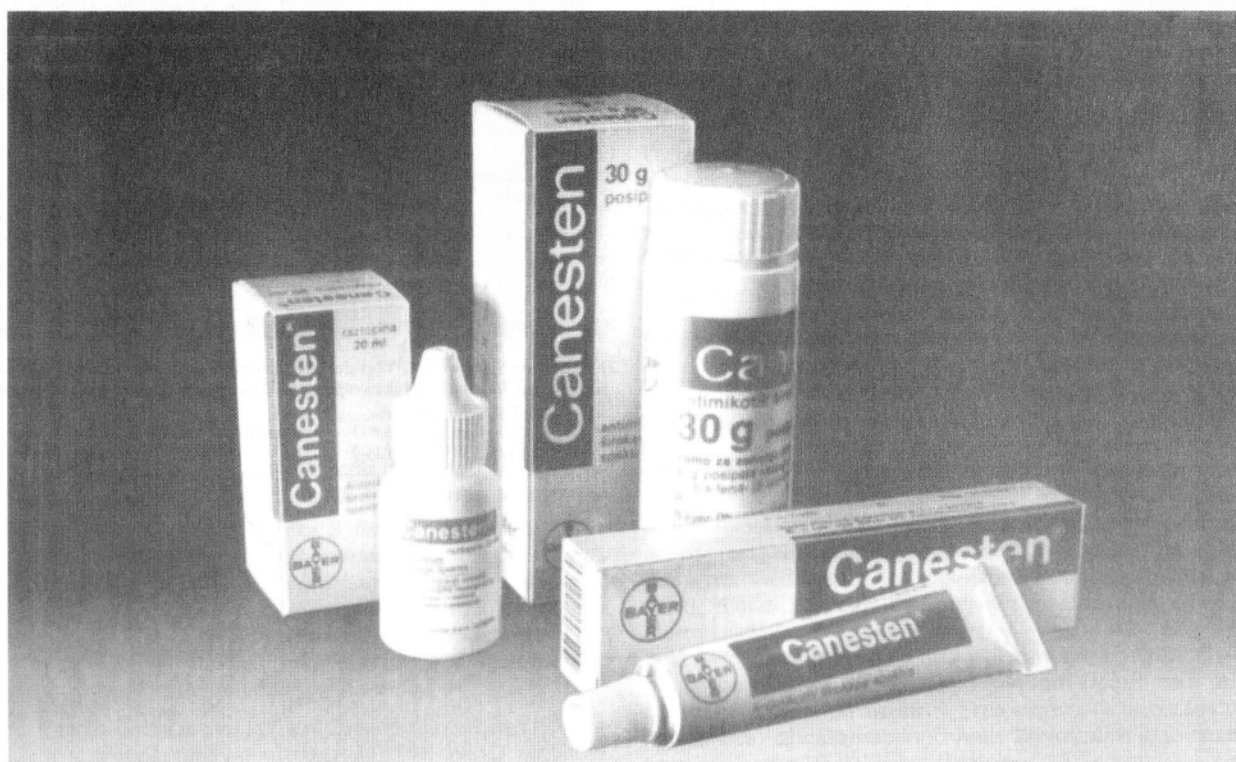
kotnimi ploščami so bolniki obremenjevali ud, ko se je prelom zarastel.

Umrljivost bolnikov v slabem splošnem stanju je visoka ne glede na uporabljeno operativno metodo.

Pooperativni zapleti v področju zloma po osteosintezah s kotnimi ploščami so redkejši, vendar težje obvladljivi kot po KT žebljanju.

Literatura

1. Heim U, Baltensweiler J. Checkliste Traumatologie. Stuttgart: Thieme, 1981: 307-15.
2. Uršič R. Operativno zdravljenje pertrohanternih fraktur. Zdrav Vestn 1968; 37: 371-3.
3. Bö O. Operative treatment of pertrochanteric fractures of the femur. Report of a three-year series. J Trauma 1979; 19: 253-8.
4. Wadel JP, Czitrom A, Simmons EH. Ender nailing of the proximal femur. J Trauma 1987; 27: 911-6.
5. Kutnik F. Nujnost in izbira notranje fiksacije pertrohanternih fraktur pri starih in onemoglih ljudeh. Acta Chir Jugoslav 1984; 31: Suppl 2: 295-6.
6. Mueller ME, Allgoewer M, Schneider R, Willenegger H. Manual of internal fixation. Berlin: Springer, 1979: 85-96.
7. Mueller ME, Allgoewer M, Schneider R, Willenegger H. Manual of internal fixation. Berlin: Springer, 1990: 528-34.
8. Küntscher G. Zur operativen Behandlung der pertrochanteren Frakturen. Zhl Chir 1966; 91: 281-92.
9. Kuderna H, Bohler N, Collon D. Treatment of intertrochanteric and subtrochanteric fractures of the hip by the Ender method. J Bone Joint Surg 1976; 58-A: 604-11.
10. Bonamo JJ, Accetola AB. Treatment of intertrochanteric fractures with a sliding nail-plate. J Trauma 1982; 22: 205-15.
11. Gray TC, Nunn JF, Utting JE. General anaesthesia. Vol. 2. London: Butterworths, 1980: 1171-9.
12. Hančević J, Davila S, Kusec R. Liječenje prijeloma vrata bedrene kosti i trohanterne regije. In: Traumatologija u suvremenoj medicini IV. Kontinuirana postdiplomska nastava na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Zagreb: Medicinska fakulteta, 1984: 19-26.
13. Smrkolj V. Zlomi zgornjega dela stegenice. Med Razgl 1989; 28: 395-406.
14. Hasselbach C, Witzel U. Die Schenkelhals-Zuggurtungsplatte. Chirurgische Praxis 1987; 328: 235-60.
15. Graham H, Ainscow D. Comparison of nail-plate fixation and Ender's nailing for intertrochanteric fractures. J Bone Joint Surg (Br) 1981; 63-B: 24-8.
16. Savvidis E, Loeer F, Barden B. Untersuchungen zum Festigkeitsverhalten pertrochanterer Frakturen. Z Ortop 1990; 128: 661-7.
17. Wynn-Jones C. A comparison of the treatment of trochanteric fractures of the femur by internal fixation with a nail-plate and the Ender technique. Injury (Br) 1977; 9: 35-42.
18. Vecsei V. Ender – Nagelung – Pro und kontra. Chirurg 1985; 56: 16-24.
19. Hunter GA. The results of operative treatment of trochanteric fractures of the femur. Injury 1975; 6: 202-5.
20. Steen-Jensen J, Sonne-Holm S, Tondevold E. Unstable trochanteric fractures. Acta Orthop Scand 1980; 51: 949-62.
21. Hoyward SJ, Lowe LW, Tzevelekos S. Intertrochanteric fractures: A comparison between fixation with a two-piece nail plate and Ender's nails. International Orthop 1983; 7: 153-8.
22. Cobelli N, Sadler A. Ender rod versus compression screw fixation of hip fractures. Clin Orthop 1985; 201: 123-9.



Canesten®

krema

Posebno primerna
za področja s
suhimi ali zmerno
vlažnimi mikozi.

Canesten®

raztopina

Posebno primerna
za dlakasta in težko
dostopna področja
(npr. uho) ter za
vlažne mikoze.

Canesten®

posip

Posebno primeren
za dodatno in
profilaktično
zdravljenje
pri uporabi kreme
oziroma raztopine.

Doziranje: Kremo Canesten oziroma raztopino Canesten nanesemo 2 do 3 krat na dan v tanki plasti in vtremo v obolelo področje. Posip Canesten podpira lokalno zdravljenje s kremo in raztopino Canesten, uporablja pa se tudi za dodatno poznejše zdravljenje glivičnih bolezni kože in kožnih gub. Obolenja področja posipavamo 1 do 2 krat na dan; v preprečevalne namene tudi obutev in oblačila.

Kontraindikacija: Preobčutljivost za klotrimazol.



Canesten®
stop za glivice



Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

Strokovni prispevek/Professional article

SUPRAKONDILIČNI PRELOMI HUMERUSA PRI OTROCIH – URGENTNI OPERATIVNI POSEG V TRAVMATOLOGIJI

SUPRACONDYLAR FRACTURE OF THE HUMERUS IN CHILDREN AS URGENT SURGERY IN TRAUMATOLOGY

Mitja Mikuž

Kirurški oddelek Splošne bolnišnice »dr. Franca Derganca« Nova Gorica, Padlih borcev 13, 65290 Šempeter pri Gorici

Prispelo 1993-01-22, sprejeto 1994-03-31; ZDRAV VESTN 1994; 63: 443-4

Ključne besede: suprakondilični prelomi humerusa; otroci; operativna terapija; rezultati

Key words: supracondylar fractures of the humerus; children; surgery; results

Izvleček – Izhodišča. Suprakondilični prelomi komolca pri otrocih so za konzervativno zdravljenje zelo težavni zaradi težke namestitve in zadržanja preloma v mavcu. Zato smo ocenili uspešnost operativnega zdravljenja teh zlomov v zgodnjem obdobju po poškodbi.

Abstract – Background. Supracondylar fractures of elbow in infants are difficult to manage by conservative methods due to difficulties in fracture reposition. Therefore we evaluated the success of operative treatment in such cases.

Metode in rezultati. Odprto repozicijo smo izvedli pri 37 suprakondilarnih prelomih otroških komolcev. Povprečna starost otrok ob nezgodi je bila sedem let (razpon od 4 do 12 let), 1/3 je bila deklic in 2/3 fantkov. V prvih šestih urah po poškodbi je bilo operiranih 31 bolnikov, 6 pa kasneje. Odlične funkcionalne rezultate smo dosegli v 87,5% analiziranih bolnikov, zadovoljive v 8,3%, nezadovoljive v 4,2%.

Methods and results. In the article we present the results of open reposition in 37 infants with supracondylar elbow fractures. The average age of injured children was 7 years (from 4 to 12 years). 35 patients were operated during the first 6 hours after injury, while 6 patients were operated later. Outstanding functional results in 87.5% of analyzed patients, have been obtained, satisfactory in 8.3%, and poor results in 4.2%.

Zaključki. Avtor v članku poudarja prednosti odprte repozicije pri suprakondilarnih prelomih, ki naj bo izvršena v 6 urah po poškodbi.

Conclusions. The advantages of open reposition in supracondylar fractures are emphasized in the article.

Uvod

Pri poškodbah otroškega komolca so suprakondilični prelomi najpogostejši (od 50–60%) (1).

Zaradi anatomskih posebnosti v predelu preloma so za konzervativno zdravljenje zelo težavni. Spodnja metafiza humerusa je zelo tanka v anteroposteriorni smeri, zato je prelom v tem delu težko točno namestiti. Še težje pa je to namestitev zadržati. Pogosto se zmakne tudi v mavcu, ko otekline splahni.

Zaradi slabih izkušenj pri zaprtjem nameščanju in neugodnih rezultatov ob končanem zdravljenju smo se odločili za operativno zdravljenje.

Bolniki in metode

Od 1974 do 1991 smo v naši bolnišnici zdravili 37 otrok s suprakondilarnim prelomom humerusa v starosti 4–12 let, s povprečno starostjo 7 let. Fantkov je bilo 25 (68%), deklic pa 12 (32%).

Pri desetih poškodovancih (27%) smo poskusili z zaprto repozicijo v splošni anesteziji. Pri nobenem ni uspela.

Ker smo te poškodovance operirali naknadno, je od poškodbe do operacije preteklo več kot šest ur. Vseh ostalih 31 pa smo operirali že v prvih šestih urah.

Analiza prelomov je pokazala, da je bilo 25 prelomov ekstenzijskih (67,5%) ter 12 fleksijskih (32,5%).

Glede stopnje zmaknitve smo prelome razdelili v tri skupine:

1. Angulacija dolomkov brez zmaknitve – 2 (5%)
2. Odlomki zmaknjeni – še v stiku – 15 (41%)
3. Odlomki zmaknjeni – brez stika – 20 (54%)

Pri odprti repoziciji smo pri 34 bolnikih (92%) napravili osteosintezo z dvema Kirschnerjevima žicama (KŽ) (ena na radialni in druga na ulnarni strani), z eno KŽ pa pri treh bolnikih (8%). Komolce smo imobilizirali z mavcem, povprečno za štiri tedne (od 3–12 tednov).

Po odstranitvi mavca je trajala fizioterapija povprečno šest tednov (od 3–12 tednov).

KŽ so bile odstranjene povprečno po šestih tednih (od 2 do 10 tednov) po operaciji.

Rezultate zdravljenja smo ocenili na podlagi analize podatkov, ki smo jih dobili ob kontrolnem pregledu, na katerega smo operirane bolnike povabili. Od 37 poklicanih je prišlo na pregled 24 (65%) bolnikov. Ob pregledu smo ocenili mnenje poškodovancev, klinično sliko in RTG sliko.

Čas od poškodbe do zadnjega kontrolnega pregleda je bil povprečno 10,2 leta (od najmanj 1 leto do 23 let).

Rezultati

1. Mnenje poškodovancev oziroma njihovih staršev v zvezi s subjektivnimi težavami, funkcionalno sposobnostjo in videzom komolca:

Noben od pregledanih ni imel nikakih bolečin ali drugih neprijetnosti pri gibanju in delu z operiranim komolcem. Starše



Sl. 1. Ekstenzijski suprakondilični prelom humerusa.
Fig. 1. Extension supracondylar fracture of the humerus.



Sl. 2. Prelom po krvavi repoziciji in fiksaciji z žicami.
Fig. 2. Fracture after cruel reposition and fixation by wires.



Sl. 3. Reponiran in fiksiran prelom z žicami v stranski projekciji.
Fig. 3. Reduced and fixed fracture by wires in lateral view.

dveh otrok je motil estetski videz zaradi varusne deformacije, sicer so bili vsi zadovoljni z doseženim rezultatom operativnega zdravljenja.

2. Podatke, dobljene s kliničnim pregledom (gibljivostjo komolca, videz uda glede vzdolžne osi), in RTG sliko:

Pri 17 otrocih (71%) je bila gibljivost komolca enaka zdravemu. Pri štirih otrocih (17%) je bila pri normalni gibljivosti varusna deformacija 5 stopinj ob istočasnem zmanjšanju normalnega diafizno-epifizarnega kota za 10 stopinj z RTG znaki okvare trohleje.

Pri enem otroku (5%) je bila fleksija komolca omejena za 30 stopinj ob istočasni hiperekstenziji za 10 stopinj in RTG zmanjšanjem diafizno-epifizarnem kotu za 20 stopinj.

Razen ene prehodne okvare radialnega živca, ki se je povsem popravila, ni bilo nobenih zapletov.

Zaključna ocena zdravljenja

- pri 21 operiranih otrocih je rezultat odličen (normalna gibljivost),
- pri dveh otrocih rezultat dober (funkcija normalna, varus moti samo estetsko),
- pri enem otroku rezultat slab (funkcija motena).

Razpravljanje

Naše poprejšnje izkušnje s konzervativnim zdravljenjem suprakondilarnih prelomov niso bile dobre. Uspešno smo lahko namestili prelome le v primerih, pri katerih so bili odlomki le angulirani in ni bilo popolne prekinitve zveze. V vseh drugih primerih pa smo imeli hude težave pri namestitvi prelomov, še hujše pa pri zadržanju odlomkov. Poleg zelo tanke kosti so namestitev in zadržanje dosežene namestitve ovirali mišični teg in oteklina, ki nista dovoljevala za zadržanjem potrebnega fleksijskega položaja v komolcu. Tak položaj pa lahko povzroči tudi prekinitve cirkulacije v arteriji brahialis (2).

Posledica slabe repozicije so bile predvsem varusne, rotacijske in hiperekstenzijske deformacije z zmanjšano gibljivostjo komolca. Za zdravljenje z ekstenzijo se nismo odločili, ker zahteva predolgo hospitalizacijo (3). Tudi metode perkutane osteosinteze nismo izvajali, ker je namestitev netočna, KŽ pa lahko poškoduje ulnarni živec.

Ob teh spoznanjih in razmišljanjih nam je odprto nameščanje odlomkov in osteosinteza s KŽ obetala boljše rezultate.

Ker oteklina otežuje tudi odprto nameščanje odlomkov, mora biti poškodovani čimprej po poškodbi operiran, vsekakor v prvih šestih urah.

Samo z enostranskim dostopom nismo bili zadovoljni, ker ne daje možnosti za natančno orientacijo o pravilnosti namestitve, poleg tega je samo enostranska osteosinteza nezadostna.

Z dostopom radialno in ulnarno je mogoče natančneje namestiti odlomke, si prikazati ulnarni živec, zašiti sklepno ovojnico in izvršiti dobro osteosintezo, KŽ pogosto uvedemo izven operativnega reza, da bo odstranitev enostavnejša.

Zaključek

Po naših izkušnjah je za zdravljenje suprakondilarnih prelomov pri otrocih najprimernejše odprto operativno zdravljenje. Operacija naj se opravi čimprej po poškodbi, ko oteklina še ni velika, vsekakor pa v prvih šestih urah.

Odprta metoda daje dober pregled in možnost natančne namestitve ter dobre osteosinteze z zelo redkimi zapleti.

Literatura

1. Webb AJ, Shermann FC. Supracondylar fractures of the humerus in children. J Pediatr Orthop 1989; 9: 315-25.
2. Magerl F, Zimmermann H. Supracondylare humerus fractures. In: Weber BG, Brunner Ch, Freuler F eds. Die Fracturen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 1978: 141-2.
3. Anderson LD. Fractures. In: Campbell S ed. Operative orthopedics. 5th ed. Vol 1. Saint Louis: C. V. Mosby Company, 1971: 652-4.

Strokovni prispevek/Professional article

PRIKAZ RAZVOJA KAZALNIKOV ZDRAVSTVENEGA STANJA PREBIVALSTVA

DEVELOPMENT OF HEALTH STATUS INDICATORS IN THE GENERAL POPULATION

Mladen Markota

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Trubarjeva 2, 61000 Ljubljana

Prispelo 1993-12-23, sprejeto 1994-03-23; ZDRAV VESTN 1994; 63: 445-50

Ključne besede: prebivalstvo; zdravstveno stanje; Svetovna zdravstvena organizacija; zdravstveno varstvo

Izvleček – Izhodišča. Prispevek prikazuje razvoj kazalnikov zdravstvenega stanja prebivalstva skozi štiri značilna obdobja. Prikazani so tudi kazalniki SZO, ki jih trenutno uporabljamo pri vrednotenju zastavljenih 38 ciljev evropske strategije »Zdravje za vse do leta 2000«.

Metode. Z deskriptivno metodo je prikazan razvoj kazalnikov zdravstvenega stanja prebivalstva.

Zaključki. Dobri podatki imajo velik pomen pri določanju globalnih usmeritev, izdelavi predlogov razvoja zdravstvenega varstva po prednostnih ciljih, podpori zdravstveni informatiki itn. Pomembno vlogo pri nastajanju in zbiranju podatkov imajo prav zdravniki.

Uvod

Pospoševanje zdravja zahteva nov pristop in novo zdravstveno razvojno politiko. To smo začeli uresničevati tudi v Sloveniji. Vloga države v tem procesu postaja drugačna in temu se morajo prilagoditi ustrezne institucije, pa tudi odnos posameznika do lastnega zdravja se mora spremeniti. Leta 1977 je svetovna zdravstvena organizacija (SZO) prvič predstavila strateški razvojni dokument »Zdravje za vse do leta 2000«. Vsi razvojni cilji tega dokumenta temeljijo na šestih osnovnih načelih:

1. zmanjševanje razlik v zdravju
2. pospeševanje zdravja
3. aktivno sodelovanje skupnosti
4. multisektorsko sodelovanje
5. poudarek na primarnem zdravstvenem varstvu
6. mednarodno sodelovanje.

Leta 1984 je Evropski urad SZO s sedežem v Kibenhavnu postavil 38 ciljev evropske strategije »Zdravje za vse do leta 2000«. Isti koncept so v Ottawi leta 1986 opredelili kot novo dejavnost v okviru t. i. novega javnega zdravstva. Vse cilje je možno kvantitativno opredeliti s kazalniki zdravstvenega stanja prebivalstva. Na ta način lahko primerjamo uspešnost dela posameznih nacionalnih zdravstvenih služb. Namen članka je prikazati zgodovinski razvoj kazalnikov, hkrati pa kazalnike SZO, ki jih danes uporabljamo pri vrednotenju vsakega od 38 ciljev strategije »Zdravje za vse do leta 2000«.

Key words: population; health status; World Health Organization; health protection

Abstract – Background. This article aims to account the development of health status indicators in the general population. The new indicators which are promoted by WHO with strategies health for all by the year 2000 are presented.

Methods. A description were used to present the development of health status indicators.

Conclusions. Data from health status indicators could be used for formal assessment of health status in the general population, use available resources more effectively, improve national health information system, propose priority actions for improving the health status of the population etc. The physicians should pay particular attention during the process of collecting of data.

Razvoj kazalnikov zdravstvenega stanja

Z zgodovinskega stališča se proces razvoja zdravstvenih kazalnikov lahko razdeli v štiri značilna obdobja (1). V prvem obdobju prevladujejo kazalniki o splošni umrljivosti in umrljivosti dojenčkov. To obdobje se je v nekaterih državah začelo že med 16. in 19. stoletjem in je trajalo do začetka druge svetovne vojne. Ker so bile večinoma vzrok smrti nalezljive bolezni, so bili to kazalniki o umrljivosti zaradi nalezljivih bolezni.

Bronwlee je leta 1922 uporabil stopnjo umrljivosti kot kazalnik higienskega stanja (2). Takrat je izraz higiensko stanje pomenilo približno to, kar danes imenujemo zdravstveno stanje.

Za drugo obdobje, ki se začne po drugi svetovni vojni, je značilna uporaba naslednjih kazalnikov: pričakovana življenjska doba, kazalniki zboleznosti in kazalniki trajne aličasne dela (ne)zmožnosti. Glede na to, da je potreba po raziskovanju zdravstvenega stanja prebivalstva postajala vse bolj aktualna, so leta 1953 v New Yorku na sestanku navidejših strokovnjakov (SZO, ILO, UNESCO, FAO) priporočili 11 meril življenjske ravni prebivalstva:

1. zdravje in demografsko stanje
2. prehrana in stanje prehranjenosti prebivalstva
3. prosvetne razmere in pismenost
4. pogoji dela
5. zaposlenost
6. poraba in varčevanje
7. prometne razmere

8. stanovanjske razmere

9. obleka in obutev

10. socialno varstvo

11. človeške pravice.

Zdravje in demografsko stanje sta na prvem mestu tega seznama. Na istem sestanku so strokovnjaki priporočili tudi kazalnike za vsako sestavino. Za zdravje in demografsko stanje so predlagali 5 kazalnikov:

- pričakovano trajanje življenja novorojenčkov
- umrljivost dojenčkov
- splošna umrljivost
- število bolniških postelj glede na prebivalstvo
- število zdravnikov v odnosu do prebivalstva.

Na tem sestanku so ugotovili, da ni niti eden od teh kazalnikov neposredno merilo zdravja. Poudarili so, da ne obstaja niti eno neposredno merilo zdravja, bodisi nacionalno bodisi internacionalno. Zato so SZO priporočili, da prouči možnost razvoja statističnih sistemov, ki bi ta problem raziskali.

Rezultat enoletnega dela skupine strokovnjakov (v letu 1955), ki jih je vodil Davidson, je izdelava klasifikacije kazalnikov zdravja. Na ta način so odstranili mnogo nesporazumov in zastavili pot k proučevanju in definiranju kazalnikov zdravstvenega stanja prebivalstva v prihodnosti (3). Kazalnike so razdelili v naslednje skupine:

1. Celostni kazalniki zdravstvenega stanja

- odstotek števila umrlih nad 50 let starosti
- pričakovana življenjska doba ob koncu prvega leta
- splošna umrljivost.

2. Specifični kazalniki zdravstvenega stanja

- umrljivost dojenčkov, razdeljena na neonatalno in postneonatalno umrljivost
- umrljivost zaradi nalezljivih bolezni
- kazalniki stanja zdravstvene službe in njene dejavnosti.

Poudarili so, da lahko vsaka država izbere še druge kazalnike zdravstvenega stanja, ki vsi izhajajo iz zdravstveno statističnih informacij, ki jih zbirajo zdravstvene organizacije. Vsi navedeni kazalniki so opredeljevali tako imenovano negativno zdravje. V tretjem obdobju se pojavljajo kazalniki, ki poskušajo opredeliti biološke, psihološke in socialne posledice »negativnega zdravja«. V strokovni literaturi tega obdobja se zelo pogosto uporablja t. i. kazalnik fizične kakovosti življenja (The Physical Index of Quality of life – PQL), ki ga je Morris predlagal leta 1979 (4). Predstavlja kombinacijo treh kazalnikov: stopnje umrljivosti dojenčkov, pričakovanega trajanja življenja in stopnje pismenosti. Ta kazalnik nekateri strokovnjaki še vedno uporabljajo pri regionalnih in mednarodnih raziskavah zdravstvenega stanja. Za to obdobje je značilen pojav velikega števila agregatnih kazalnikov zdravstvenega stanja, ki niso bili tako široko sprejeti kot PQL. Tako »The Pan American Health Organization« uporablja kazalnik prioritete (P) določene bolezni pri načrtovanju javnozdravstvenih programov:

$$P = \frac{MIV}{C}$$

kjer pomeni: P = prioriteta določene bolezni, M = razmerje specifična stopnja umrljivosti v odnosu do splošne stopnje umrljivosti (vsi vzroki), I = število umrlih zaradi določene bolezni, V = % smrti, ki se po oceni strokovnjakov lahko preprečijo, C = stroški realizacije določenega zdravstvenega programa.

V zadnjem (četrtm) obdobju, ki se začne v zgodnjih 80-ih letih, so si različne mednarodne organizacije (OECD in SZO) prizadevale standardizirati zdravstvene kazalnike. Leta 1981 je SZO na svoji 34. redni generalni skupščini sprejela dvanajst splošnih kazalnikov za vrednotenje »Zdravja za vse do leta 2000«. Istega leta je SZO izdala posebno knjigo o zdravstvenih kazalnikih: Development of Indicators for Monitoring Progress Toward Health for All by the Year 2000 (5). Prvo poglavje knjige vsebuje pregled in definicije osnovnih skupin zdravstvenih kazalnikov (6):

1. Kazalniki zdravstvene politike

- družbenopolitični sistem
- razdelitev sredstev za različne namene
- stopnja enakosti v razdelitvi
- vključevanje prebivalstva v zdravstveno varstvo
- organizacija uprave in način odločanja
- mednarodna politična opredelitev.

2. Družbeni in ekonomski kazalniki

- stopnja rasti prebivalstva
- družbeni proizvod in nacionalni dohodek
- razdelitev prihodka
- pogoji dela
- pismenost prebivalstva
- prehrana
- stanovanje.

3. Kazalniki zagotavljanja zdravstvenega varstva

- dosegljivost zdravstvenega varstva
- ekonomska in kulturna dosegljivost zdravstva
- uporaba zdravstvene službe
- kakovost zdravstvene službe.

4. Zajem prebivalstva z osnovnim zdravstvenim varstvom

- informacija o zdravstvu in zdravstveni vzgoji
- pravilna prehrana
- zdrava voda
- varstvo matere in otroka
- cepljenje
- zdravstveni delavci
- preskrba z zdravili.

5. Osnovni kazalniki zdravstvenega stanja

- porodna teža
- obseg roke
- umrljivost dojenčkov
- umrljivost otrok od 1–5 leta življenja
- pričakovano trajanje življenja v določeni dobi
- maternalna umrljivost
- splošna stopnja umrljivosti
- zbolewnost (stopnja incidence in prevalence)
- prevalenca trajne nezmožnosti za delo.

6. Ostali kazalniki zdravstvenega stanja

- specifična umrljivost po vzrokih
- kazalniki zbolewnosti
- delovna nesposobnost in invalidnost
- kazalniki socialne in psihične blaginje.

Na podlagi teh osnovnih kazalnikov SZO in seznama zdravstvenih kazalnikov OECD (Mc Whinnie, J. R. OECD, 1982) (7) je Evropski urad SZO s sedežem v Københavnu leta 1985 izdal 66 osnovnih in 43 dodatnih zdravstvenih kazalnikov – »Zdravje za vse do leta 2000« – Health of all Statistical Indicators (HFA) za vrednotenje nacionalnih in regionalnih (evropske) strategij (8) (tab. 1).

Marca leta 1992 je Evropski urad SZO seznamu kazalnikov, ki jih uporabljamo danes, dodal 143 novih (tab. 2), med katerimi je tudi 66 kazalnikov, ki imajo značilnost dodatnih informacij. S tem se je skupno število HFA kazalnikov povečalo na 275. Najnovejši seznam kazalnikov je rezultat mednarodnega multidisciplinarnega sodelovanja in so v njem zajeti vsi kazalniki, ki se danes praktično uporabljajo v posameznih evropskih nacionalnih zdravstvenih službah (9).

Tab. 1. *Kazalniki SZO – Zdravje za vse do leta 2000 (HFA kazalniki, podatki za Slovenijo za leto 1990).*Tab. 1. *Health For All Statistical Indicators, Slovenia, Data for year 1990.*

Leto – Year Populacija – Population	1990 1,998.912
– Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu, v letih	m 69,1
– Life expectancy at age	ž 76,8
– Pričakovano trajanje življenja v starosti 1 do 4 let	m 69,1
– Life expectancy at age 1–4 years	ž 76,8
– Pričakovano trajanje življenja v starosti 15 do 19 let	m 55,4
– Life expectancy at age 15–19 years	ž 63,1
– Pričakovano trajanje življenja v starosti 45 do 49 let	m 27,7
– Life expectancy at age 45–49 years	ž 34,0
– Pričakovano trajanje življenja v starosti 65 do 69 let	m 13,2
– Life expectancy at age 65–69 years	ž 16,7
– Število živoroj. otrok po spolu	m 11.454
– Live births	ž 10.914
– Odstotek živorojenih otrok materam, starim pod 20 let	5,6
– % of all live births to mothers under 20 years	
– Odstotek živorojenih otrok materam, starim 20 do 34 let	88,1
– % of all live births to mothers aged 20–34 years	
– Odstotek živorojenih otrok materam, starim 35 in več let	6,2
– % of all live births to mothers aged 35 + years	
– Število splavov na 1000 živorojenih otrok	651,1
– Ratio of abortions to 1000 live births, all ages	
– Odstotek novorojenčkov, težkih 500 g in več	91,2
– % neonates weighing 2500 g or more	
– Odstotek otrok, dojenih pri treh mesecih	50,0
– % infants breastfed at three months	
– Odstotek otrok, dojenih pri šestih mesecih	20,0
– % infants breastfed at six months	
– Umrljivost dojenčkov na 1000 živorojenih	8,4
– Infant mortality rate, per 1000 live births	
– Perinatalna umrljivost na 1000 porodov	8,6
– Perinatal mortality rate, per 1000 births	
– Neonatalna umrljivost na 1000 živorojenih	5,1
– Neonatal mortality rate, per 1000 live births	
– Zgodnja neonatalna umrljivost na 1000 živorojenih otrok	4,2
– Early neonatal mortality rate, per 1000 live births	
– Pozna neonatalna umrljivost na 1000 živorojenih otrok	1,0
– Late neonatal mortality rate, per 1000 live births	
– Postneonatalna umrljivost na 1000 živorojenih	3,2
– Postneonatal mortality rate, per 1000 live births	
– Mrtvorojenost na 1000 rojstev	4,4
– Mortinatality rate, per 1000 births	
– Umrljivost mater, vsi primeri, na 100.000 živor. otrok	8,4
– Maternal deaths, all causes, per 100.000 live births	
– Umrljivost mater, splav, na 100.000 živorojenih	0
– Maternal deaths, abortion, per 100.000 live births	
– Umrljivost mater, krvavitve, na 100.000 živor. otrok	0
– Maternal deaths, haemorrhage, per 100.000 live births	
– Umrljivost mater, nosečn. toks., na 100.000 živor. otrok	0
– Maternal deaths, toxemia of pregnancy, per 100.000 live births	
– Umrljivost mater, puerperij, na 100.000 živor. otrok	0
– Maternal deaths, puerperium, per 100.000 live births	
– Umrjl. mater, dir. porod. vzroki, na 100.000 živor. otrok	0
– Maternal deaths, other direct obstetric, per 100.000 live births	
– Umrjl. mater, indir. porod. vzroki, na 100.000 živor. otrok	8,4
– Maternal deaths, other indirect obstetric, per 100.000 live births	
– SU vsi vzroki, 0–64 let, na 100.000	340,9
– SDR all causes, 0–64, per 100.000	
– SU vsi vzroki, vse starosti, na 100.000	936,1
– SDR all causes, all ages, per 100.000	
– SU bolezni srca in ožilja, 0–64 let, na 100.000	82,7
– SDR diseases of circulatory system, 0–64, per 100.000	
– SU bolezni srca in ožilja, vse starosti, na 100.000	439,5
– SDR diseases of circulatory system, all ages, per 100.000	

Leto – Year Populacija – Population	1990 1,998.912
– SU ishemične bolezni srca, 0–64, na 100.000	
– SDR ischaemic heart disease, 0–64, per 100.000	32,1
– SU ishemične bolezni srca, vse starosti, na 100.000	1217,0
– SDR ischaemic heart disease, all ages, per 100.000	
– SU cerebrovaskularne bolezni, 0–64 let, na 100.000	22,8
– SDR cerebrovascular diseases, 0–64, per 100.000	
– SU cerebrovaskularne bolezni, vse starosti, na 100.000	126,2
– SDR cerebrovascular diseases, all ages, per 100.000	
– SU rak, 0–64 let, na 100.000	106,3
– SDR malignant neoplasms, 0–64, per 100.000	
– SU rak, vse starosti, na 100.000	211,3
– SDR malignant neoplasms, all ages, per 100.000	
– SU rak pljuč, 0–64 let, na 100.000	28,8
– SDR lung cancer, 0–64, per 100.000	
– SU rak pljuč, vse starosti, na 100.000	44,3
– SDR lung cancer, all ages, per 100.000	
– SU rak materničnega vratu, 0–64, na 100.000	3,5
– SDR cancer of the cervix, 0–64, per 100.000	
– SU rak materničnega vratu, vse starosti, na 100.000	4,7
– SDR cancer of the cervix, all ages, per 100.000	
– SU rak dojke, 0–64 let, na 100.000	18,2
– SDR malignant neoplasm female breast, 0–64, per 100.000	
– SU rak dojke, vse starosti, na 100.000	29,4
– SDR malign. neoplasm female breast, all ages, per 100.000	
– SU bolezni dihal, 0–64 let, na 100.000	11,3
– SDR diseases of respiratory system, 0–64, per 100.000	
– SU bolezni dihal, vse starosti, na 100.000	57,7
– SDR diseases of respiratory system, all ages, per 100.000	
– SU bronhitis, emfizem, astma, 0–64, na 100.000	5,5
– SDR bronchitis, emphysema, asthma, 0–64, per 100.000	
– SU bronhitis, emfizem, astma, vse starosti, na 100.000	28,5
– SDR bronchitis, emphysema, asthma, all ages, per 100.000	
– SU bolezni prebavil, 0–64 let, na 100.000	32,9
– SDR diseases of digestive system, 0–64, per 100.000	
– SU bolezni prebavil, vse starosti, na 100.000	54,9
– SDR diseases of digestive system, all ages, per 100.000	
– SU kronične bolezni jeter in ciroze, 0–64 let, na 100.000	27,2
– SDR chronic liver disease and cirrhosis, 0–64, per 100.000	
– SU kron. bolezni jeter in ciroze, vse starosti, na 100.000	34,0
– SDR chronic liver disease and cirrhosis, all ages, per 100.000	
– SU apendicitis, 0–64 let, na 100.000	0
– SDR appendicitis, 0–64, per 100.000	
– SU apendicitis, vse starosti, na 100.000	0,1
– SDR appendicitis, all ages, per 100.000	
– SU ingvinalna kila, 0–64 let, na 100.000	6,2
– SDR hernia, 0–64, per 100.000	
– SU ingvinalna kila, vse starosti, na 100.000	0,3
– SDR hernia, all ages, per 100.000	
– SU nalezljive in parazit. bolezni, 0–64 let, na 100.000	3,2
– SDR infectious and parasitic diseases, 0–64, per 100.000	
– SU nalezljive in parazit. bolezni, vse starosti, na 100.000	5,7
– SDR infectious and parasitic disease, all ages, per 100.000	
– SU stranski učinki zdravil, na 100.000	0
– SDR adverse effects of therap. agents, all ages, per 100.000	
– SU poškodbe in zastrupitve, 0–64 let, na 100.000	67,6
– SDR ext. causes of injury and poisoning, 0–64, per 100.000	
– SU samomori, na 100.000	25,1
– SDR suicide, per 100.000	
– SU prometne nesreče z mot. vozili, na 100.000	22,0
– SDR motor vehicle traffic accidents, per 100.000	
– Število prom. nesreč z mot. vozili, na 100.000	253,3
– Road traffic accidents per 100.000	
– Število poškod. v prom. nesrečah	310,9
– Persons injured in road traffic accidents, total, per 100.000	
– Število poškod. v nesrečah pri delu, na 100.000 preb.	1646,6
– Persons injured in work-related accidents, per 100.000	

Leto – Year Populacija – Population	1990 1,998.912	Leto – Year Populacija – Population	1990 1,998.912
– SU zaradi nesreč pri delu, na 100.000		– Povprečna dnevna poraba maščob, v gramih	114
– SDR work-related accident, per 100.000	2,7	– Average daily expenditure, fat, in grams	
– Incidenca tuberkuloze, na 100.000	32	– Odstotek energije, ki ga dobimo z vnosom maščob	36,6
– Incidence tuberculosis, per 100.000		– % of total energy available from fat	
– Incidenca hepatitisa, vsi	27,1	– Odstotek prebivalcev, ki imajo dostop do pitne vode	np
– Incidence hepatitis – total, per 100.000		– % of population with water supply in home, total	
– Incidenca oslovskega kašlja	3,5	– Odstotek preb., ki imajo dostop do pitne vode, mesto	np
– Incidence pertussis, per 100.000		– % of population with water supply in home, urban	
– Incidenca aidsa	0,1	– Odstotek preb., ki imajo dostop do pitne vode, podeželje	np
– Incidence AIDS, per 100.000		– % of population with water supply in home, rural	
– Ošpice, število bolnikov	92	– Število nepismenih, odrasli, v %	np
– Cases measles		– % of illiterate population	
– Incidenca ošpic na 100.000	4,6	– Letna poraba cigaret na osebo	np
– Incidence measles, cases per 100.000		– Annual cigarette consumption per person	
– Davica, število bolnikov	0	– Odstotek nekadilcev med prebival.	np
– Cases diphtheria		– % non-smokers in population	
– Incidenca davice, na 100.000	0	– Odstotek prebivalcev, ki niso nikoli kadili	np
– Incidence diphtheria, cases per 100.000		– % of population who have never smoked	
– Tetanus, število bolnikov	10	– Letna poraba čistega alkohola, litri na osebo	10,2
– Cases tetanus		– Annual pure alcohol consumption, litres per person	
– Incidenca tetanusa na 100.000	0,5	– Letna por. čist. alkoh., litri na osebo, starost 15 in več let	12,8
– Incidence tetanus, cases per 100.000		– Annual pure alcohol cons., litres per person, 15 + years	
– Neonatalni tetanus, število bolnikov	0	– Letna poraba vina na osebo, v litrih	46,4
– Cases neonatal tetanus		– Annual wine consumption, litres per person	
– Incidenca neonatalnega tetanusa	0	– Letna poraba piva na osebo, v litrih	60,0
– Incidence neonatal tetanus		– Annual beer consumptions, litres per person	
– Incidenca neonatal. tetanusa na 100.000 živoroj. otrok	0	– Število zdravnikov na 100.000	205,5
– Incidence neonatal tetanus, cases per live births 100.000		– Physicians, per 100.000	
– Otroška paraliza, število bolnikov	0	– Število medicinskih sester na 100.000	571,1
– Cases acute poliomyelitis		– Qualified nurses, per 100.000	
– Incidenca otroške paralize, na 100.000	0	– Število zobozdravnikov na 100.000	56,4
– Incidence acute poliomyelitis, cases per 100.000		– Dentists, per 100.000	
– Neendogena malarija, število bolnikov	9	– Število farmacevtov na 100.000	32,6
– Cases malaria		– Pharmacists, per 100.000	
– Incidenca neendogene malarije, na 100.000	0,5	– Število bolniških postelj na 100.000	594,1
– Incidence malaria, cases per 100.000		– Hospital beds, per 100.000	
– Zastrupitve s hrano, na 100.000	98,6	– Število diplomiranih zdravnikov na 100.000	7,3
– Food poisoning, per 100.000		– Physicians graduating, per 100.000	
– Odstotek otrok, cepljenih proti davici	97,8	– Število diplomiranih med. sester na 100.000	31,2
– % children immunized against diphtheria		– Nurses graduating, per 100.000	
– Odstotek otrok, cepljenih proti tetanusu	97,8	– Število diplomiranih farmacevtov na 100.000	3,0
– % children immunized against tetanus		– Pharmacists graduating per 100.000	
– Odstotek otrok, cepljenih proti oslovskemu kašlju	97,8	– Družbeni proizvod na prebivalca	7612,0
– % children immunized against pertussis		– Gross domestic product (GDP), US\$ per capita	
– Odstotek otrok, cepljenih proti ošpicam	92,3	– Odstotek družbenega proizvoda za zdravstvo	7,0
– % children immunized against measles		– Total health expenditure as % of gross domestic product	
– Odstotek otrok, cepljenih proti paraliz	96,8	Vir: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije Source: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia Opomba: SU = standardizirana stopnja umrljivosti – standardizirano na standardno evropsko populacijo SDR = standardized death rate np = ni podatkov np = indicators for which data is not released	
– % children immunized against poliomyelitis			
– Odstotek otrok, cepljenih proti tuberkulozi	94,3		
– % children immunized against tuberculosis			
– Povprečna dnevna poraba beljakovin, v gramih	89		
– Average daily expenditure, protein, in grams			

Tab. 2. Najnovejši HFA kazalniki.

Tab. 2. New Health For All Statistical Indicators.

Cilj 1–12: Zdravje za vse do leta 2000 – Doseganje boljšega zdravja
Targets 1–12: Health for All in Europe by the year 2000

- % oseb, ki ocenjujejo, da so zdravi
- % population with self-assessment of health as good
- % nezaposlenih oseb
- % unemployed persons
- Osebe, ki prejemajo socialno pomoč, indeks
- Assessment of social health, index
- Odstotek delovne invalidnosti
- % of disabled of working age with regular occupation

Cilj 1–12: Zdravje za vse do leta 2000 – Doseganje boljšega zdravja
Targets 1–12: Health for All in Europe by the year 2000

- Odstotek prebivalcev s trajno nesposobnostjo
- % of population with long-term disability
- Odstotek prebivalstva z maligno neoplazmo
- % of population with malignant neoplasms
- Odstotek prebivalstva z določeno kronično duševno motnjo
- % of population with selected chronic mental disorders
- Odstotek prebivalstva z boleznimi cirkulatornega sistema
- % of population with diseases of circulatory system
- Odstotek prebivalstva z določ. kroničnimi bol. kosti in gibal
- % of population with selected chronic diseases of musculoskeletal system

Cilj 1–12: Zdravje za vse do leta 2000 – Doseganje boljšega zdravja
Targets 1–12: Health for All in Europe by the year 2000

- Odstotek prebivalstva s kronično obstruktivno pljučno bol.
- % of population with chronic obstructive pulmonary disease
- Odstotek prebivalstva s sladkorno boleznijo
- % of population with diabetes mellitus
- Odstotek oseb, ki so brez zob, starostna skupina 65–74 let
- % of totally toothless persons in age-group 65–74 years
- Incidenca genetske okvare, vsi, na 100.000 živorojenih
- Incidence genetic disorders, total, per 100.000 live births
- Incidenca talasemia, na 100.000 živorojenih
- Incidence thalassaemia, per 100.000 live births
- Incidenca Down sindroma, na 100.000 živorojenih
- Incidence Down syndrome, per 100.000 live births
- Incidenca spina bifida, na 100.000 živorojenih
- Incidence spina bifida, per 100.000 live births
- Incidenca C6PD deficita, na 100.000 živorojenih
- Incidence C6PD deficiency, per 100.000 live births
- Incidenca fenilketonurija, na 100.000 živorojenih
- Incidence phenylketonuria, per 100.000 live births
- Incidenca anencefalija, na 100.000 živorojenih
- Incidence anencephaly, per 100.000 live births
- Incidenca cistične fibroze, na 100.000 živorojenih
- Incidence cystic fibrosis, per 100.000 live births
- Incidenca srpaste anemije, na 100.000 živorojenih
- Incidence sickle cell diseases, per 100.000 live births
- % prebivalcev s trajno nezmožnostjo za delo
- % of population with long-term work incapacity
- Okužbe kirurških poškodb, stopnja, vsi
- Surgical wound infection rates, total
- Stopnja obduciranih, umrli v bolnišnici
- Autopsy rates for hospital deaths
- Stopnja obduciranih, vsi umrli
- Autopsy rates for all deaths
- Komplikacije sladkorne bolezni, na 1000 sladkornih bolnikov
- Diabetic complication rates per 1000 diabetic patients
- RTG preiskave, na 1000 prebivalcev
- Ratio of radiodiagnostic investigations per 1000 population
- Enote krvi, uporabljene na 1000 prebivalcev
- Ratio of units of blood transfused per 1000 population
- Laboratorijske preiskave na 1000 prebivalcev
- Ratio of laboratory tests performed per 1000 population
- Hb alc nivo
- Hb alc levels

Cilj 13–17: Zdravje za vse do leta 2000 – Način življenja
Targets 13–17: Lifestyles conducive to Health

- Stopnja pismenosti v % prebivalstva, 15 in več let
- Adult literacy rate in % of population 15 +
- % prebivalstva z osnovno izobrazbo, 25 in več let
- % population 25 + with primary education only
- % prebivalstva s srednješolsko izobrazbo, 25 in več let
- % population 25 + with secondary education
- % prebivalstva z visokošolsko izobrazbo, 25 in več let
- % population 25 + with postsecondary education
- Letna poraba tobaka, na osebo v kg
- Annual tobacco consumption per person, in kg
- % prebivalstva, ki kadi 20 in več cigaret na dan
- % population smoking 20 + cigarettes per day
- % prebivalstva, ki je nehal s kajenjem v zadnjih dveh letih
- % population who have stopped smoking for past 2 years
- % prebivalstva, ki je zmanjšal kajenje v zadnjih dveh letih
- % population who have reduced smoking for past 2 years

Cilj 13–17: Zdravje za vse do leta 2000 – Način življenja
Targets 13–17: Lifestyles conducive to Health

- % živorojenih s telesno težo 2500 g in več
- % neonates weighting 2500 g or more
- Dnevna poraba energije v KJ, prosti čas
- Daily energy expenditure in KJ for leisure physical activities
- Dnevna poraba energije v KJ, intenzivna fizična aktivnost
- Daily energy expenditure in KJ for intensive physical activities
- % prebivalstva z indeksom telesne mase, višjim od 30 kg/m²
- % population with body mass index greater than 30 kg/m²
- % prebivalstva, ki ne pije alkoholnih pijač
- % non-drinkers in the population
- % prebivalstva, ki zaužije 50 in več g etanola na dan
- % of population consuming 50 + grams ethanol per day
- Poraba nedovoljenih drog, v gramih
- Consumption of principle narcotic drugs, in grams
- SU, umori in namerne poškodbe
- SDR, homicide and purposeful injury
- % prebivalstva, ki uživa psihotropne snovi
- % of population consuming pharmaceutical psychotropic substances
- % prebivalstva od 15 let, ki je uporabljal nedovoljene droge
- % population 15 years who have taken illicit drugs
- Letno število umrlih zaradi uporabe prevelikega odmerka nedovoljene droge
- Annual number of deaths from overdose of illicit drugs
- Letno število prvih prijav v centrih za zdravljenje odvisnikov
- Annual first admissions to illicit drug treatment centres

Cilj 18–25: Zdravje za vse do leta 2000 – Zdravo okolje
Targets 18–25: Healthy environment

- % prebivalstva z urejeno higiensko dispozicijo odpadkov, vsi
- % population with access to hygienic sewage disposal, total
- % prebivalstva z urejeno higiensko dispozicijo odpadkov, mesto
- % population with access to hygienic sewage disposal, urban
- % prebivalstva z urejeno higiensko dispoz. odpadkov, podeželje
- % population with access to hygienic sewage disposal, rural

Cilj 26–31: Zdravje za vse do leta 2000 – Ustrezno zdravstveno varstvo
Targets 26–31: Appropriate care

- Enot osnovnega zdravstvenega varstva
- Primary health care units, per 100.000
- Pomožno negovalno osebje
- Auxiliary nursing staff, per 100.000
- Število bolnišnic
- Number of hospitals, per 100.000
- % zdravnikov, zaposlenih v bolnišnicah
- % physicians working in hospitals
- % srednjega medicinskega kadra, zaposlenega v bolnišnicah
- % nurses working in hospitals
- Splavnost, na 1000 živorojenih, pod 20. letom
- Ratio of abortions to 1000 live births, all ages
- Splavnost, na 1000 živorojenih, 35 in več let
- Ratio of abortions to 1000 live births, 35 + years
- Splavnost, na 1000 živorojenih, 20–34 let
- Ratio of abortions to 1000 live births, 20–34 years

Cilj 32–38: Zdravje za vse do leta 2000 – Razvijanje zdravja za vse
Targets 32–38: Health development support

Za evalvacijo teh ciljev ni novih HFA kazalnikov.

Vir: World Health Organization, Health for All – List of Statistical Indicators. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, March 1993.
Source: World Health Organization, Health for All – List of Statistical Indicators. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, March 1993.

Zaključek

Svetovna zdravstvena organizacija definira kazalnike zdravstvenega stanja prebivalstva kot: »oznake (indikacije) določene situacije ali odražanja te situacije in kot variable, ki merijo spremembe».

Razvoj kazalnikov zdravstvenega stanja se je pojavljal zgodovinsko prej kot razvoj drugih družbenih kazalnikov. Skozi zgodovino so zdravstveni kazalniki vse manj zadostovali potrebam klinične prakse, javnozdravstvenim, raziskovalnim in potrebam zdravstvene politike in zato so se tudi spreminjali. Sodobne definicije

zdravja in bolezni vključujejo poleg biološke tudi druge dimenzije – mentalno, bihevioralno, socialno in zelo pogosto ekonomsko. Zato je problem določanja zdravstvenih kazalnikov še vedno aktualen. Strokovnjaki SZO že dvajset let poudarjajo, kako velik pomen imajo dobri podatki in informacije za razvoj zdravstva nekega naroda. Pri tem včasih pozabljamo, da prav mi sodelujemo v nastajanju in zbiranju podatkov (kazalnikov zdravstvenega stanja) in da smo v tem procesu najpomembnejši. V tem kontekstu je npr. šifriranje vzroka smrti, poškodb pri delu, bolezni na bolniško statističnem listu itn. izključno naloga in delo zdravnika.

Literatura

1. Letica S. Zdravstvena politika u doba krize. Zagreb: Medicinska biblioteka, 1989: 103–17.
2. Brownlee J. The use of death-rate as a measure of hygienic conditions. H. M. London: Stationary Office, 1922.
3. Pirc B, Milat D. Osnove istraživanja u zdravstvu. Zagreb: Informator, 1975: 246–9.
4. Morris MD. The physical index of quality life: Measuring the condition of the worlds poor. New York: Pergamon policy studies no. 42: 5–9.
5. World Health Organization. Development of indicators for monitoring progress toward health for all by the year 2000. Geneva, 1981: 24–7.
6. Jakšič Ž. Socialna medicina – praktikum I. Zagreb: Sveučilišna naklada Liber, 1985: 174–4.
7. McWhinnie JR. Measuring disability. Paris: OECD, 1982: 64–7.
8. World Health Organization. Targets for all. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1985: 160–201.
9. World Health Organization. Health for all – List of statistical indicators. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, March 1993: 1–7.

V tej številki so sodelovali:

prim. Urška Arko, dr. med., specialistka šolske medicine, Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana
 Anamarija Brezigar, dr. med., specialistka pediatrije, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 dr. France Cukjati, dr. med., ZD Vrhnika
 prof. dr. Anton Dolenc, dr. med., specialist sodne medicine in specialist patolog, Inštitut za sodno medicino, MF Ljubljana
 mag. Igor Dolenc, dr. med., specialist kirurg, SB Slovenj Gradec
 Slavenka Drakulić, novinarka in pisateljica, Dunaj
 prof. dr. Jože Drinovec, dr. med., specialist internist, Krka Ljubljana
 Zlatko Fras, dr. med., Klinika za žilne bolezni, KC Ljubljana
 asist. dr. Alojz Ihan, dr. med., Inštitut za mikrobiologijo, MF Ljubljana
 Stanislav Kajba, dr. med., specialist internist, ZD Celje
 mag. Igor Koren, dr. med., specialist internist, Bolnišnica Topolšica
 Jurij Kurillo, dr. med., specialist pediater, ZD Ljubljana
 Ferdo Kutnik, dr. med., specialist kirurg, SB Slovenj Gradec
 Mladen Markota, dr. med., specialist socialne medicine, Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana
 Mitja Mikuž, dr. med., specialist kirurg, SB dr. Franca Derganca, Šempeter pri Gorici
 prof. dr. Ema Mušič, dr. med., specialistka internistka, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik

doc. dr. Živa Novak-Antolič, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 Ivan Ocepek, dr. med., specialist kirurg, SB Slovenj Gradec
 Igor Praznik, dr. med., specialist splošne medicine, ZD Celje
 doc. dr. Marjan Premik, dr. stom., specialist socialne medicine z organizacijo zdravstvenega varstva, specialist ortodont, Inštitut za socialno medicino, MF Ljubljana
 prof. dr. Slavko Rakovec, dr. med., specialist kirurg, Kirurška klinika, KC Ljubljana
 prof. dr. Matjaž Rode, dr. stom., specialist za ustne in zobne bolezni, ZD Ljubljana
 Danica Rotar-Pavlič, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana
 prof. dr. Zvonimir Rudolf, dr. med., specialist radioterapevt, Onkološki inštitut Ljubljana
 mag. Andrej Šikovec, dr. med., specialist kirurg, SB Novo mesto
 prof. dr. Lučka Toš, dr. med., specialistka anesteziologinja, Inštitut za anesteziologijo, KC Ljubljana
 prof. dr. Vito Vrbič, dr. stom., specialist za zobne in ustne bolezni, Stomatološka klinika, KC Ljubljana
 mag. Zvonka Zupanič-Slavec, dr. med., Inštitut za zgodovino medicine, MF Ljubljana

132. REDNO LETNO SREČANJE SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

Bled, 12.–13. maj 1995

Petek, 12. maj 1995

132. redna letna skupščina Slovenskega zdravniškega društva

Protokolarni del

Otvoritev, izvolitev organov, poročila, razprava o poročilih, volitve častnih članov in druge zadeve

Stanovsko organizacijski del

Sobota, 13. maj 1995

Strokovni del: SPOLNO PRENOSLJIVE BOLEZNI

Matičič M.:	Spolno prenosljive bolezni danes v svetu in doma
Marolt-Gomišček M.:	Spolno prenosljive okužbe s klamidijami
Lunder M.:	Sifilis in gonoreja
Fettich M.:	Pelvične vnetne bolezni kot posledica spolno prenosljivih okužb
Radšel-Medvešček A.:	Spolno prenosljivi herpesvirusi
Rakar S.:	Humani papiloma virusi in onkogenost
Tomažič J.:	Aids kot spolno prenosljiva bolezen

SPOŠTOVANE KOLEGICE IN KOLEGI, ČLANI SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA!

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

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

Slovensko zdravniško društvo

Komenskega 4, 61001 Ljubljana

PODATKI O ČLANU

Ime in priimek _____

Nazivi (strokovni, znanstveni, akademski) _____

Datum in kraj rojstva _____

Leto včlanitve v SZD _____

Natančen naslov _____

SIMPOZIJ O PARKINSONIZMU IN DRUGIH EKSTRAPIRAMIDNIH MOTNJAH

in

10. spominsko predavanje Dr. Janez Faganel

Ljubljana, 8.–10. september 1994

Organizator: Univerzitetni inštitut za klinično nevrofiziologijo, Klinični center Ljubljana

V sodelovanju z Ministrstvom za znanost in tehnologijo RS, Fondacijo Vivian L. Smith za restavrativno nevrologijo, Houston, Texas, ZDA, Društvom mišično obolelih Slovenije in Društvom bolnikov s parkinsonizmom in drugimi ekstrapiramidnimi motnjami

Pod pokroviteljstvom Evropske zveze za nevrološke vede in Sekcije za klinično nevrofiziologijo Delovne skupnosti Alpe-Jadran

Spoštovana kolegica, cenjeni kolega,

z zadovoljstvom vam sporočam, da bosta letošnji jesenski simpozij in 10. spominsko predavanje Dr. Janez Faganel psvečena parkinsonizmu in drugim ekstrapiramidnim motnjam.

V zadnjih letih je to področje nevrologije izredno napredovalo. Bolje razumemo mehanizme motoričnih motenj, skoraj pozabljena vez med nevrologijo in psihiatrijo se znova vzpostavlja, zlasti po odkritju novih anatomskih poti med bazalnimi gangliji in možgansko skorjo. Natančno klinično opazovanje bolnika je še vedno nadvse pomembno, nove radiološke in nevrofiziološke metode pa nam bodo pokazale, da naš bolnik s sicer tipično sliko parkinsonizma morda vendarle nima Parkinsonove bolezni. To bomo lahko potrdili s farmakološkim testiranjem, ki nas bo usmerilo k bolj smiselnemu in učinkovitejšemu zdravljenju.

Vse to bodo prikazala pregledna predavanja v naslednjih tematskih sklopih:

- diferencialna diagnoza ekstrapiramidnih motenj
- patologija in slikovne tehnike
- kognitivni vidiki ekstrapiramidnih motenj
- zdraviško in kirurško zdravljenje

Srečali se bomo z vodilnimi nevrologi tega področja iz Amerike in Evrope (Gerald Stern, Joseph Jankovic, Niall Quinn, Bruno Dubois, Kurt Jellinger, Christopher Ostertag idr.), prisluhnili pa bomo tudi izkušnjam domačih strokovnjakov. Če vas te teme zanimajo s kakršnega koli vidika (kot splošnega zdravnika, nevrologa, internista, kirurga, psihiatra, psihologa, fiziatra...), vas prisrčno vabim k udeležbi. V program bomo z veseljem vključili tudi vaša opažanja, izkušnje, zanimive primere bolezni ipd., bodisi v obliki posterja, predstavitve z videom ali kratkega ustnega prispevka. Vabljeni predavanja in izbrane kratke prispevke bomo v angleščini objavili v zborniku, izvlečke vseh prispevkov pa v posebnem zvezku.

Nasvidenje jeseni.

Dr. Zvezdan Pirtošek,
predsednik organizacijskega odbora

Informacije: Univerzitetni inštitut za klinično nevrofiziologijo, Zaloška 7, 61105 Ljubljana. Tel.: (0)61 316-152, faks: (0)61 302 771.

Dr. Zvezdan Pirtošek

Klinični center Ljubljana

Univerzitetni inštitut za klinično nevrofiziologijo

Zaloška 7

61105 Ljubljana

PRIJAVNICA

Prosim, pošljite mi 2. obvestilo o

SIMPOZIJU O PARKINSONIZMU IN DRUGIH EKSTRAPIRAMIDNIH MOTNJAH

Ime in priimek _____

Naslov: _____

Tel./faks: _____

Datum: _____ Podpis: _____

**SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
KANCEROLOŠKA SEKCIJA
ZVEZA SLOVENSKEH DRUŠTEV ZA BOJ PROTI RAKU**

vabijo na

6. ONKOLOŠKI VIKEND

v Šmarješke Toplice, 21. in 22. oktobra 1994

Program sestanka
**KOLOREKTALNI RAK
SPREMLJANJE UMIRAJOČEGA BOLNIKA**

Pokrovitelj sestanka
**KRKA
Slovenija**

Petek, 21. oktober 1994

KOLOREKTALNI RAK

Moderatorji: **F. Lukič, I. Frkolj, R. Golouh**

16.00	Otvoritev srečanja
16.15 M. Pečar	Vloga anksiolitikov v zdravljenju onkoloških bolnikov
16.30 M. Mizerit, V. Pompe-Kirn	Epidemiološke značilnosti raka debelega črevesa in danke v Sloveniji
16.50 R. Golouh	Nastanek kolorektalnega karcinoma
17.10 I. Ferkolj	Novosti v diagnostiki raka debelega črevesa, danke in zadnika
17.30 F. Lukič	Kirurgija debelega črevesa, danke in zadnika
	Odmor za kavo
18.20 T. Benulič	Radioterapija raka debelega črevesa, danke in zadnika
18.40 B. Štabuc	Sistemsko zdravljenje črevesnega raka
19.00 D. Ažman	Zdravljenje bolečine pri perinealni ponovitvi bolezni raka danke in zadnika
19.20	Razprava
20.30	Skupna večerja

Sobota, 22. oktober

SPREMLJANJE UMIRAJOČEGA BOLNIKA

Moderatorji: **M. Klevišar, J. Lindtner, J. Ahčin**

9.00 A. Klemenčič	Pravni vidiki obravnave umirajočega bolnika in svojcev
9.40 M. Klevišar	Zdravnik ob umirajočem bolniku
10.00 J. Ahčin	Spremljanje umirajočega bolnika doma
10.20 K. Vratnar	Medicinska sestra ob umirajočem bolniku – Predstavitev hospica
	Odmor za kavo
11.10 D. Omerzu-Simič	Umirajoči bolnik in njegova družina
11.30	Pogovor sodelujočih in izmenjava izkušenj
14.00	Občni zbor Kancerološke sekcije

Namen onkološkega vikenda je, da slovenski zdravniki spoznajo ali obnovijo znanje o:

- sodobnih diagnostičnih postopkih odkrivanja raka debelega črevesa in danke
- racionalni stopenjski diagnostiki raka debelega črevesa
- sodobnih načinov in možnosti zdravljenja
- možnosti, zapletih in uspehih sodobnega zdravljenja ter rehabilitacijo bolnikov s kolorektalnim rakom.

Sobotni tematiki, »*Spremljanje umirajočega bolnika*« in »*Pravni vidiki obravnave umirajočega bolnika in svojcev*« pa sta namenjeni tako medicinskim sestram kot zdravnikom.

Vsi udeleženci bodo prejeli zbornik referatov.

Pisne prijave pošljite na naslov: KANCEROLOŠKA SEKCIJA SZD, Onkološki inštitut
Zaloška 2, 61105 Ljubljana

Vsi, ki se bodo prijavi do 15. oktobra 1994, prejmejo tiskana potrdila o udeležbi.

Zdravniška zbornica Slovenije priznava udeležbo za strokovno izobraževanje in ga upošteva pri podaljševanju licence. Kotizacijo 8.000 SIT boste plačali ob prevzemu zbornika in potrdila o udeležbi na strokovnem srečanju.

Prosimo, da si rezervirate prenočišča v Zdravilišču Šmarješke Toplice, tel. (068) 73-202 ali (068) 73-230.

VABILO NA XIII. TEK ZDRAVNIKOV »PO ROŽNIKU«

XIII. tek zdravnikov »Po Rožniku« bo v soboto, 2. 10. 1994

s štartom ob 11. uri v Tivoliju, Ljubljana, ob robu parkirišča v bližini kopališča Tivoli. Proga bo enaka kakor vsa leta: 6 km za ženske in 7,5 km za moške. Štartnina: 500 SIT.

Tekmovalci in tekmovalke bodo razporejeni v naslednje kategorije:

Ženske: A – letnik 1955 in mlajše
 B – letnik 1954 in starejše
Moški: A – letnik 1955 in mlajši
 B – letnik 1954 do 1945
 C – letnik 1944 do 1935
 D – letnik 1934 in starejši

Ekipno lahko sodelujejo zdravniška društva, bolnišnice, zdravstveni domovi itd.

Zmagovalna ekipa prejme prehodni pokal, najbolje uvrščeni v posamičnih kategorijah pa kolajne.

Letošnja strokovna tema pogovora: »Vloga in pomen vzdržljivostnega teka pri zdravljenju bolezni odvisnosti in psihosomatskih bolezni«. Referat in poročila rehabilitiranih bolnikov bo vodil dr. Janez Rugelj.

Prijave in štartnino bomo sprejemali uro pred štartom.

Tajnik organizacijskega odbora:
Dr. Anton Grad

INŠTITUT REPUBLIKE SLOVENIJE ZA REHABILITACIJO

61000 Ljubljana, Linhartova 51

vabi na

6. REHABILITACIJSKI DAN

KLINIČNA NEVROFIZIOLOGIJA IN KINEZIOLOGIJA V REHABILITACIJI

Ljubljana, 14. in 15. oktober 1994

Predavalnica Inštituta za rehabilitacijo

Strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom, ki jih zanima vsebina navedenega programa

PROGRAM

Petek, 14. oktober 1994

- 14.00–15.00 Registracija
15.00 Uvodni nagovor ob 40-letnici Inštituta
direktor IRSR Franc Hočevar, predstojnik IRSR prof. dr. Črt Marinček, dr. med.
Pomen klinične nevrofiziologije v rehabilitaciji
prof. dr. Milan Gregorič, dr. med.
Klinično elektrofiziološke korelacije v elektromiografiji
asist. mag. Janez Zidar, dr. med.
Nevrofiziološke preiskave križničnih funkcij
prof. dr. David B. Vodušek, dr. med.
Nevrofiziološke preiskave senzoričnih funkcij pri okvarah perifernega živčevja
dr. Milica Klopčič-Spevak, dr. med.
16.30–16.45 Odmor
16.45 EMG preiskave pri motnjah centralnega motoričnega nadzora
prof. dr. Miro Denišlič, dr. med.
Elektrofiziološki odzivi med funkcionalno električno stimulacijo
prof. dr. Martin Štefančič, dr. med.
Diagnostični in prognostični pomen somatosenzoričnih evociranih potencialov
mag. Nika Goljar, dr. med.
Diagnostični in prognostični pomen motoričnih evociranih potencialov
asist. dr. Tomaž Žgur, dr. med.
18.00 Razgovor

Sobota, 15. oktober 1994

- 8.30 Osnove elektrofiziološke kineziologije
prof. dr. Milan Gregorič, dr. med.
Dinamometrija
prof. dr. Milan Gregorič, dr. med.
Merjenje mišičnega tonusa
mag. Karmen Peterlin-Potisk, dr. med.
Ocenjevanje spastičnosti z nihajnim preizkusom
prof. dr. Tadej Bajd, dipl. ing.
10.00–10.20 Odmor
10.20 Posturografija in stabilometrija
prof. dr. Milan Gregorič, dr. med., mag. Janez Krajnik, dipl. ing., mag. Dušan Kaloper, dr. med.
Meritve hoje
mag. Janez Krajnik, dipl. ing.
Ocenjevanje gibalnih funkcij pri živčno mišičnih boleznih
doc. dr. Anton Zupan, dr. med.
11.20–11.30 Odmor
11.30–12.00 Razgovor
12.00 Ogled laboratorijev Službe za raziskave in diagnostiko

Udeležbo na 6. Rehabilitacijskem dnevu bo Zdravniška zbornica upoštevala pri podaljšanju zdravniške licence.

Informacije: prof. dr. Milan GREGORIČ
 Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo (IRSR)
 61000 Ljubljana, Linhartova 51
 telefon: (061) 13 72 136; (061) 13 75 188
 fax: (061) 13 72 070

Kotizacija je 7.000 SIT, lahko jo nakažete na žiro račun pri A banki, št. 50105-603-48428 s pripisom »za rehabilitacijski dan«, lahko pa jo plačate tudi pred začetkom na IRSR.

**6. REHABILITACIJSKI DAN
 KLINIČNA NEVROFIZIOLOGIJA IN KINEZILOGIJA V REHABILITACIJI**

Ljubljana, 14.–15. oktober 1994

Inštitut republike Slovenije za rehabilitacijo, 61000 Ljubljana, Linhartova 51

PRIJAVNICA

Ime in priimek _____

Ustanova _____

Naslov _____

Tel. _____ Fax _____

se prijavim za udeležbo na Rehabilitacijskem dnevu 14. in 15. oktobra 1994.

Kotizacijo bom poravnal (ustrezno podčrtaj): – osebno na Rehabilitacijskem dnevu
 – po položnici pred srečanjem

Datum _____ Podpis _____

23. junija smo s promocijo v Vili Podrožnik javnosti predstavili prvi slovenski učbenik ortopedije.

*Knjigo **Ortopedija** je napisal dolgoletni predstojnik katedre za ortopedijo prof. dr. France Srakar. Recenzirala sta jo prof. dr. Srečko Herman in prof. dr. Janko Popović. Uredila sta jo Mirč Petrovec in Tom Ploj, založila založba Sledi. Tisk: Tiskarna Ljudske pravice.*

Prodajajo jo v knjigarnah s strokovno literaturo (po ceni 5950 SIT), lahko pa se naroči tudi neposredno pri založbi Sledi, Medicinsko založništvo, p. p. 24, 61109 Ljubljana, tel./fax/modem: 314-597 (cena 4500 SIT, oz. 3950 SIT za študente). Po poletju bodo knjigo prodajali tudi v novi stavbi medicinske fakultete.

SLOVENSKO ZDRUŽENJE ZA INTENZIVNO MEDICINO (SZIM)

organizira

3. Mednarodni simpozij o intenzivni medicini

Bled, od 21. do 23. septembra 1994

Glavni temi sta oživljanje in šok. Letošnji simpozij poteka pod pokroviteljstvom Evropskega združenja za intenzivno medicino (ESICM), ker zaradi kakovostnega programa in predavateljev izpolnjuje vse zahteve tega strokovnega združenja. Simpozij je podprlo tudi Ministrstvo za znanost in tehnologijo Republike Slovenije. Slovenska zdravniška zbornica bo priznala udeležbo na simpoziju za strokovno izpopolnjevanje ob podaljševanju licence zdravnikom.

PROGRAM

Četrtek, 22. septembra – OŽIVLJANJE

Dopoldan

- Otvoritev
G. Voga (predsednik Slovenskega združenja za intenzivno medicino)
- Zgodovina oživljanja
M. H. Weil (ZDA)
- Novi pristopi k zdravljenju srčnega zastoja
R. J. Gazmuri (ZDA)
- Mehanično in električno zdravljenje ventrikularne fibrilacije izven bolnišnice
M. Baubin (Avstrija)
- Kako izboljšati perfuzijo srčne mišice med oživljanjem
R. J. Gazmuri (ZDA)
- Zdravila med oživljanjem
F. Kette (Italija)
- Ali je ventilacija med oživljanjem potrebna
M. Noč (Slovenija)
- Nadzor učinkovitosti oživljanja
W. Tang (ZDA)
- Nadaljevanje zdravljenja po uspešnem oživljanju
G. Trillo (Italija)
- Izhod in napoved izhoda oživljanja
N. J. Mutz (Avstrija)
- Posebnosti oživljanja pri otrocih
M. Derganc (Slovenija)
- Etični problem oživljanja
M. H. Weil (ZDA)

Popoldan

- Organizacija urgentne medicinske službe v Sloveniji
A. Bručan (Slovenija)
- Izobraževanje na področju podpore življenjskih funkcij v Sloveniji
P. Hribar (Slovenija)
- Potreba po oživljanju glede na telefonski klic
A. Žmavc (Slovenija)
- Urgentni sistem v Avstriji
M. Baubin (Avstrija)
- Posebni prispevek: Prehospitalno zdravljenje svežega srčnega infarkta
B. Čerček (ZDA)
- Proste teme
- Petek, 23. septembra
- Dopoldan
- Vloga črevesa v patogenezi šoka
U. Haglund (Švedska)
- Odgovor metabolizma pri poškodbi/sepsi
R. A. Little (Vel. Britanija)

Makro in mikrocirkulatorne spremembe pri šoku – vloga mediatorjev vnetja

L. G. Thijs (Nizozemska)

Razvoj odpovedi cirkulacije pri bolniku z multiplo travmo

N. J. Mutz (Avstrija)

Pristop k šokiranemu bolniku

M. Horvat (Slovenija)

VO₂DO₂ in šok

J. D. Edwards (Vel. Britanija)

Ocena volumskega stanja pri šokiranem

A. Stecher (Slovenija)

Ocena funkcije srca pri šokiranemu

G. Voga (Slovenija)

Ocena perfuzije tkiv pri šokiranemu

D. Bihari (Vel. Britanija)

Popoldan

Zdravila pri šoku: kaj sploh pomeni nizek arterijski tlak

M. H. Weil (ZDA)

Noradrenalin pri zdravljenju septičnega šoka

L. Kompan (Slovenija)

Povečevanje volumna pri šoku: kdaj, kaj, koliko?

J. D. Edwards (Vel. Britanija)

IA balonska črpalka pri kardiogenem šoku

B. Pohar (Slovenija)

Pomen mehanične ventilacije pri šoku

N. J. Mutz (Avstrija)

Nadzor pri šokiranemu: kaj je obvezno in kaj optimalno?

D. Bihari (Vel. Britanija)

Reperfuzija pri bolniku s kardiogenim šokom

B. Čerček (ZDA)

Novi načini zdravljenja septičnega šoka

L. G. Thijs (Nizozemska)

Šok pri akutnih zastrupitvah

M. Možina (Slovenija)

Zaključek simpozija

V četrtek bo ob 17.00 potekala tudi satelitska konferenca o organizaciji urgentne medicine.

Kotizacija je 240 DEM za člane SZIM in ESICM in 300 DEM za nečlane. 50 DEM je kotizacija za študente in medicinske sestre (plačljivo v SIT).

Nadaljnje informacije: mag. Hugon Možina, dr. med (tajnik SZIM),
Center za intenzivno interno medicino
Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 61105 Ljubljana
Tel./Fax 061 133 72 62

VABILO

Komisija za zamejstvo vabi slovenske zdravnike in ostale na

dvodnevni izlet v Benečijo, dne 17. in 18. septembra 1994.

Potovali bomo prek Opčin v Čedad, Neme-Černeu, Zavarh in nato v Tersko dolino. Ogledali si bomo etnografski muzej na Brdu in prenočili v Ravenci v Reziji.

V nedeljo, 18. 9. 1994, po ogledu Rezije, povratek skozi Kanalsko dolino in prek Rateč v Ljubljano.

Program izleta sta pripravila dr. Rafko Dolhar in prof. Pavle Merku iz Trsta.

Odhod izpred doma slovenskih zdravnikov v Ljubljani v soboto, 17. 9. 1994 ob 8. uri zjutraj.

Prijave sprejema tajništvo SZD, Ljubljana, Komenskega 4, telefon 061 323-649 do zasedbe mest v avtobusu.

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA BEGUNJE

pripravlja

28. in 29. oktobra 1994

strokovno srečanje zdravnikov z delovnim naslovom »Dileme ob neprostovoljni hospitalizaciji«.

Srečanje bo potekalo v obliki predavanj vabljenih predavateljev in z razpravo za okroglo mizo. Poteka dogovarjanje z Zdravniško zbornico Slovenije za upoštevanje udeležbe na srečanju pri podaljševanju licenc zdravnikov. Dodatne informacije bodo na voljo v septembru (Andrej Žmitek, dr. med., tel. 064 733-315).

PROGRAM



Medicinska fakulteta - Inštitut za zgodovino medicine
Medical Faculty - Institute for the History of Medicine



Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije
Slovenian Scientific Society for History of Health Culture



Medikohistorična sekcija Slovenskega zdravniškega društva
Slovene Medical Society – Medicohistorical Section



Revija SODOBNOST

SODOBNOST

1. PINTARJEVI DNEVI

Strokovno srečanje medikohistorikov v prostoru
Alpe-Adria
ob 60. obletnici ustanovitve predmeta Zgodovina medicine

SIMPOZIJ

MED MEDICINO IN LITERATURO

14.–15. oktobra 1994 na Medicinski fakulteti v Ljubljani

Program

I. del: *Slavnostna predstavitev dogajanj na področju zgodovine medicine v prehojenih šestdesetih letih*

- | | |
|-------------------|---|
| P. Borisov | Doc. dr. Ivan Pintar – predstavitev življenja in dela |
| E. Glaser | Medikohistorična sekcija SZD in Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, pogonski sili in arhivarja medicinske zgodovinske miselnosti v Sloveniji |
| M. Kocijančič | Strokovni, etični in nacionalni pomen predavanj iz zgodovine medicine v dobi ustvarjanja in uveljavljanja popolne Medicinske fakultete v Ljubljani |
| Z. Zupanič-Slavec | Pomen nacionalne osveščenosti na področju medicine in predstavitev vsebine v projektu slovenski medicinski muzej v ustanavljanju |
| F. Štolfa | Zbirka starih zobozdravstvenih instrumentov, pripomočkov in opreme v Celju, Muzeju novejšje zgodovine |
| B. Belicza | Prof. dr. Lujo Thaller i nastava iz povijesti medicine na Medicinskem fakultetu Sveučilišta u Zagrebu |
| J. Marolt | Medicina v antiki kot temelj oziroma prolog njenega nadaljnjega razvoja |

II. del: Med medicino in literaturo

J. Kos	Podobe sveta v delih literarnih ustvarjalcev medicincev
A. Rant	Zdravnik in umetnost
J. Zalokar	Zdravnik-pisatelj: preseganje, dopolnitev in potrditev poklica
T. Virk	Razvoj znanosti in literarni motiv
E. Glaser	Vpliv medicinske miselnosti Theophrastusa Bombastusa von Hohenheima – Paracelsusa na epohalno ustvarjalnost velikega pesnika in misleca J. W. Goetheja v njegovem Faustu
W. H. Jurak	Auden in medicina
M. Javornik	Motiv zdravnika v ustvarjalnosti Mihaila A. Bulgakova kot simptom preloma v kontinuiteti kulture
A. Dolenc	Inkvizicija in čarovniški procesi po Constitutio Criminalis Theresiana
A. Trstenjak	Primarij dr. Rihard Jug (1875–1949)
Z. Zupanič-Slavec	Dr. Lojz Kraigher – znani literat, manj znani zdravnik, zobozdravnik in vplivna osebnost v družbeno-političnem življenju
F. Pušnik	Medicinsko zgodovinski literarni pomen črtic iz fonda pok. prim. dr. E. Pertla, ki ga hrani pokrajinski arhiv v Mariboru
M. Kmecl	Preglejeve Zgodbe zdravnika Muznika
M. Breclj	Dr. Danilo Lokar – med življenjem in umetnostjo
M. Križnar	Cankarske slogovne prvine in motivika Zagreba v lirični, socialni prozi Bogomira Magajne
A. Ihan	Proti-telo
A. Prijatelj	Fran Goestl in Franc Derganc sen., zdravnika in pisatelja zdravnik in pisatelj
A. Rant	Dr. Polde Brenčič – zobozdravnik in pesnik
P. Jerina-Lah	Partizanski zdravniki – pisci sanitetnih enot NOV na Slovenskem
V. Vulikič	Prof. dr. Aleksander Gala in prim. dr. Božena Grosman – partizanska pisatelj
D. Valenti	Da ne gre v pozabo. Še nekaj starejših in mlajših zdravnikov v slovenski literaturi
B. M. Zupančič	Medicina in psihoanaliza
M. Lunaček	Prispevek Vladimirja Bartola k vpeljavi in popularizaciji psihoanalize
L. Milčinski	Obličja norosti
I. Grdina	Dr. Josip Ipavic – med medicino, glasbo in literaturo
Š. Predin	Ivan Hubad, magister farmacije, pesnik, prevajalec, urednik, poliglot, Minarikov nagrajenec
A. Krbavčič	Dr. med. in mr. ph. Rikard Karba, Šorlijev dr. Sever v Človeku in pol
B. Hartman	Josip Vošnjak, kulturni delavec in politik
A. Škrobonja	Dr. Ivan Dežman (1841–1873) u hrvatskoj medicini i književnosti 19. stoljeća i njegovo značenje danas
V. Dugački	Kirurg suptilne duše. Prof. dr. Miroslav Čačković
S. Ferencič-Fatović	Vladimir Jelovšek – liječnik – pjesnik i publicist (1879–1934)
A. Muzur	Pharmakopeia Krležiana
H. Gröger	»Ernst Freiherr von Feuchtersleben (1806–1849) – Poet, Essayist, Psychiatrist«
C. Bevilacqua iz Trsta	Giuseppe Fortunato Schmutz (Vipava 1811 – Trieste 1870), zdravnik in pisatelj
M. Jesenšek	Jezik v prvem slovenskem priročniku za babice

Spremljajoča dogajanja

**Razstava obnovljenih del medicincev-literatov v prostorih Medicinske fakultete.
Postavil jo bo NUK.**

Literarni večer

Zbornik

Strokovni prispevek/Professional article

SPREMEMBE NA USTNI SLUZNICI PRI SKUPINI PREBIVALCEV SLOVENIJE, STARIH VEČ KOT 55 LET

THE CHANGES IN ORAL MUCOUS MEMBRANE IN THE AGE GROUP OF OVER 55 YEARS IN SLOVENIA

Matjaž Rode¹, Vito Vrbič²¹ Zdravstveni dom Ljubljana-Moste, Prvomajska 5, 61000 Ljubljana² Stomatološka klinika, Klinični center, Zaloška 2, 61105 Ljubljana

Prispelo 1993-08-10, sprejeto 1994-04-06; ZDRAV VESTN 1994; 63: 451-3

Ključne besede: prebivalstvo; ustna votlina; bolezenske spremembe; beli madeži; tumorozno-eksofitične spremembe; preventivni pregledi

Key words: population; oral cavity; changes; white spots; tumorous exophytic changes; preventive examinations

Izvleček – Izhodišča. Odstotek prebivalcev, ki so stari več kot 55 let, v Evropi in tudi v Sloveniji neprestano narašča. V tej skupini prebivalstva se v ustni votlini pojavljajo nekatere bolezenske spremembe, ki, če jih ne odkrijemo in ne odstranimo ali pozdravimo, lahko ogrožajo človekovo življenje. Nekatere vodijo v raka ustne votline, ki v Sloveniji od vseh vrst raka najhitreje narašča.

Abstract – Background. The percentage of population aged over 55 is constantly increasing, in Slovenia as well as in other parts of Europe. In that same age group there is an increasing incidence of serious changes in the oral cavity; the changes which potentially lead to fatal diseases if not discovered soon enough and treated properly. Some of them can lead to a cancer of the oral cavity, the incidence of which is increasing in Slovenia, more rapidly than that of any other cancer.

Metode. Preiskava je zajela 731 naključno izbranih prebivalcev Slovenije obeh spolov, starih nad 55 let, in je del multinacionalne študije, ki jo usmerja kolaborativni center SZO za preventivo ustnih bolezni v Erfurtu. Ob pregledu se je uporabljal WHO Oral Health Assessment Form 1986. Statistična obdelava je bila izdelana na Inštitutu za biomedicinsko informatiko Medicinske fakultete Humboldtove univerze v Berlinu.

Methods. The study was focused on 731 randomly selected Slovenians of both sexes aged over 55, and is a part of a multinational study coordinated by WHO Collaborative Center for Oral Disease Prevention in Erfurt. The WHO Oral Health Assessment Form 1986 was used at the examination. Statistical processing was done at the Institute of Biomedical Informatics at the Medical Faculty of Humboldt University in Berlin.

Rezultati. Pri skupini pregledanih prebivalcev Slovenije, starih nad 55 let, smo ugotovili, da spremembe na ustni sluznici z naraščajočo starostjo naraščajo (od 42,5% do 97,9%). Pri 18,1% preiskovancev v skupini od 65–74 let smo ugotovili bele madeže v ustih, pri 17,9% starih nad 74 let, smo ugotovili tumorozno-eksofitične spremembe. Pri 7,2% smo odkrili nespecifične stomatitis. Angulus infektiosus oris smo odkrili pri 23,2%.

Results. For the examined group of Slovenians aged over 55 it was determined that the incidence of changes in oral mucous membrane was increasing with the age of the participants (from 42.5 to 97.9%). In 18.1% of the examinees aged 65–74 years, white spots were discovered in the mouth, and for 17.9% of the examinees aged over 74, tumorous exophytic changes were established. Non-specific stomatitis was discovered in 7.2% of the cases and angulus infektiosus oris in 23.2%.

Zaključki. Na podlagi klinične preiskave smatramo, da bi bilo smiselno uvesti enkrat na leto pregled ustne votline pri vseh, ki so dopolnili 55 let, z namenom, da poleg ostalih sprememb na zobeh in obzobnih tkivih odkrijemo spremembe ustne sluznice, in če je potrebno, ustrezno ukrepamo.

Conclusions. The results of the clinical study show that it would be beneficial to introduce a yearly examination of oral cavity for all population aged over 55; the aim of such examination should be early detection of changes not only in teeth and surrounding tissues but also in oral mucous membrane so that a proper treatment could be started in time.

Uvod

Predvideva se, da bo okrog leta 2000 več kot 60 milijonov prebivalcev Evrope starejših od 60 let. To bo v nekaterih evropskih državah predstavljalo okrog 20% celotne populacije (1). Ta skupina torej ne bo nikakršna nepomembna obrobna skupina prebivalstva, ampak pomemben duševni, gospodarski in politični potencial, ki bo zahteval polnovredno življenje, za katerega bo

morala jamčiti družba. Tudi Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je v svoji strategiji »Zdravje za vse« pripravila strateški koncept, v katerem je veliko ciljev namenila prav starajočim se in stari ljudem. Cilji niso namenjeni le splošnemu zdravju, ampak veljajo tudi ustnemu zdravju (2).

Sedanje vedenje v stomatologiji, preventivni ukrepi, ki so predvsem z uvedbo fluoridov močno skrbili incidenco zobne gnilobe, in še nekateri drugi preventivni ukrepi so postavili na laž trditev,

da je brezzobost sinonim za starost. Zobje se lahko ohranijo vse življenje, in to kljub temu, da se pričakovana doba življenja podaljšuje. Trda in mehka tkiva v ustni votlini so ogledalo zdravja. Res je, da je starost fiziološki proces, res pa je tudi, da je starost še vedno povezana z multimorbidnostjo in da je le zelo majhna skupina starih, ki nimajo vsaj ene od mnogih možnih bolezenskih sprememb tudi v ustni votlini. Nekatere, za starost značilne spremembe v ustni votlini so: koreninski karies, vznapredovani stadiji vnetne parodontalne bolezni, motnje v izločanju sline in spremembe na ustni sluznici, od katerih nekatere lahko prištevamo med prekancerozna stanja (3).

Ustna sluznica na starost doživlja spremembe, ki so posledica sprememb v žilju in posledičnih motenj v prehrani in presnovi tkiv. Poleg sklerozacije veziva nastopi tudi atrofija epitelija in kosti, pa tudi spremembe v žlezah slinavkah. Te spremembe povzročijo, da so vsa tkiva v ustni votlini bolj dovzetna za okužbo. Od bolezni ustne sluznice je v življenjskem obdobju nad 40 let pogost lichen planus mucosae oris, saj je več kot 80% vseh, ki imajo to bolezen v ustih, starih več kot 40 let (4, 5). Pri starih ljudeh pogosto vidimo erozivne oblike lichen ustne sluznice. Te uvrščamo med prekanceroze. Zelo pogoste so spremembe ustne sluznice zaradi glivičnih okužb, predvsem pri tistih, ki nosijo snemne protetične nadomestke. Kronični obliki okužbe s *Candido albicans* lahko opazimo pri okrog 17% tistih, ki nosijo zobne proteze. Tudi kronična levkoplakična kandida je prekanceroza (6). Pri starostni skupini 60 let in več so na ustni sluznici pogoste tudi spremembe, ki jih označujemo kot levkoplakije ali eritroplakije. SZO uporablja pojem levkoplakija kot izrazito klinični opis barvne spremembe ustne sluznice. Nekatere od teh belih madežev tudi uvrščamo v prekanceroze (7), to pomeni spremembe, kjer je tkivo morfološko spremenjeno tako, da iz sprememb prej nastane rak kot iz normalnega tkiva (5). Atrofične spremembe, ki jih pri tej skupini opazimo predvsem na hrbtu jezika in ki nastanejo največkrat zaradi motene presnove železa, tudi uvrščamo v te spremembe. V tej starostni skupini so med bolezenskimi spremembami ustne votline pomembne tudi rakaste spremembe, saj je rak ustne votline eden tistih rakov, ki tudi v Sloveniji od vseh rakov najhitreje narašča. Prognoze kažejo, da je tak trend pričakovati tudi v prihodnje (8). Poleg vseh teh sprememb je pri 10–20% vseh starih najti tudi polietiološki sindrom: angulus infektiosus oris in pri skoraj 80% žensk po menopavzi vsaj občasno sindrom pekočega jezika in pekočih ust. Tudi moški niso povsem izvzeti (9). Že te površne epidemiološke informacije kažejo na utemeljenost pregledovanja ustne sluznice pri starih ljudeh, in to predvsem zato, da spremembe pravočasno opazimo in lahko še pravočasno ukrepamo.

Namen naših raziskav

S preiskavami, ki smo jih naredili med populacijo, staro nad 55 let v Sloveniji, smo želeli ugotoviti, kakšno je stanje trdih in mehkih tkiv v ustni votlini. Raziskava je del večnacionalne študije, ki jo izvajamo v organizaciji kolaborativnega centra SZO v Erfurtu (Nemčija) pod vodstvom prof. dr. W. Künzla.

Metoda dela

Osnova za delo je vprašalnik SZO: Basic Oral Methods s formulirjem Oral Health Assessment Form iz leta 1986, ki je bil ustrezno dopolnjen in prirejen. Tej problematiki sta bila posvečena delovna sestanka projektne skupine 1988 v Erfurtu in 1989 v Brnu. Vzorec je potekalo po enotnem konceptu, ki zajame najmanj 0,1% ustrezne populacije v vsaki državi. Celotni vzorec Slovenije je obsegal 731 naključno izbranih oseb obeh spolov (294 moških in 437 žensk). Po starosti so bili preiskovanci razdeljeni v 3 skupine: 55–64, 65–74 in nad 74 let. Pri kliničnem pregledu so preiskovalci (B. Glad, I. Groznik, A. Gračner, M. Kocjan-Anžič, M.

Krušič, V. Vrbič, M. Rode) zabeležili stanje zobne gnilobe, parodontalne bolezni, ustne sluznice, čeljustnega sklepa, okluzije, fiksni in snemni protetični izdelki in potreb po zdravljenju. Spremembe na ustni sluznici smo označevali v skladu z mednarodno klasifikacijo bolezni (10). Preiskave je sofinancirala Stomatološka sekcija SZD.

Celotno računalniško in statistično obdelavo so opravili na Inštitutu za medicinsko informatiko Medicinske fakultete Humboldtove univerze v Berlinu.

Rezultati

Nekatere spremembe na ustni sluznici pri naši skupini preiskovancev prikazujemo v tabelah.

Tab. 1. *Spremembe na ustni sluznici, odstotna porazdelitev po skupinah.*

Tab. 1. *The percentage of changes in oral mucous membrane in different age and gender groups.*

Skupina (leta) Age group	Ženske Females	Moški Males	Skupno Total
55–64	42,1	43,0	42,5
65–74	64,4	69,2	65,6
nad 74 over 74	100,0	89,5	97,9

Tab. 2. *Odstotna porazdelitev najpogostejših sprememb.*

Tab. 2. *The percentage of most frequent changes in different age groups.*

Diagnoza ICD-DA kode Diagnosis ICD-DA codes	Starostne skupine v letih Age groups in years		
	55–64	65–74	nad 74 over 74
239.09 (nespecificirane tumorozne spremembe) (non-specific tumorous changes)	4,6	8,6	17,9
528.6X (levkoplakija) (leukoplakia)	12,5	18,1	8,4
686.82 (angulus inf. o.) (angulus. inf. o.)	3,8	5,2	23,2
528.0X (nespecificirani stomatitis) (non-specific stomatitis)	7,2	0,9	1,1

Tab. 3. *Odstotna porazdelitev sprememb glede na lokalizacijo.*

Tab. 3. *The percentage of changes in different locations.*

Lokalizacija Location	Starostne skupine v letih Age groups in years		
	55–64	65–74	nad 74 over 74
Jezik Tongue	30,3	27,6	29,0
Ustni kot Angulus oris	8,6	2,6	19,3
Ustno dno Floor of the mouth	4,0	5,2	1,0
Nebo Palate	3,6	1,3	2,1
Kombinacija Combination	19,4	23,6	27,9

Razpravljanje

Prve analize sprememb na ustni sluznici pri naših preiskovancih lahko strnemo v nekatere ugotovitve.

Odstotna pogostnost sprememb na ustni sluznici s starostjo narašča in le v najstarejši skupini so bolezenske spremembe

pogostejše pri ženskah (moški: 89,5, ženske: 100%). Z naraščajočo starostjo naraščajo predvsem beli madeži v ustih, ki jih je največ v skupini od 65–74 let, in to pri 18,1% pregledanih. Poudariti moramo, da so v skupino belih madežev uvrščene vse spremembe, ki jih na podlagi kliničnega pregleda lahko registriramo in zato vsebujejo veliko možnih vzrokov nastanka teh sprememb. S starostjo naraščajo tudi tumorske spremembe v ustih, in to od 4,6% v prvi skupini do 17,9% v skupini nad 74 let. Tudi tu moramo poudariti, da gre le za klinični opis tumorozno-eksofitičnih sprememb, ki smo jih opazovali pri kliničnem pregledu in ki so v tej starostni skupini zaradi različnih vzrokov nastanka zelo pogoste.

Glede na lokalizacijo smo največ sprememb odkrili na jeziku (30,3%) in v ustnem kotu (23,2%). Rezultate, ki smo jih dobili, težko primerjamo z rezultati drugih avtorjev (3, 4, 6, 9), ki so uporabljali drugačne metode pregledovanja in ocene sprememb v ustni sluznici, vendar pa iz njihovih rezultatov, ki so primerljivi z našo preiskavo, lahko vidimo, da so podobni.

Zaključek

Vnetne in nevnetne spremembe na ustni sluznici smo našli pri večini naših preiskovancev, zato menimo, da je še kako nujno, da to skupino vključimo v redno kontrolo. Pomembno je namreč, da se med temi spremembami nahajajo prekancerозна stanja in njihovo zgodnje odkrivanje in ustrezno ukrepanje bistveno zmanjša posledice, ki nastanejo ob poznem odkritju teh sprememb (11). Prav zgodnje odkrivanje prekanceroznih sprememb na ustni sluznici je ena od pomembnih nalog zobnih zdravnikov, kar mora zanimati tudi tiste, ki načrtujejo organizacijo in izvajanje

(zobo)zdravstvenega varstva v Sloveniji. Smiselno bi bilo v sklopu preventivnih pregledov enkrat na leto pripraviti pregled trdih in mehkih tkiv v ustih pri vseh, ki so stari 55 let in več, s posebnim poudarkom na ustnici in ustni sluznici. Prav tako pa bo potrebno, kot je že uspelo pri nekaterih ginekoloških rakih, voditi javno kampanjo samoosveščanja. Z ranim odkritjem nekaterih sprememb bomo bistveno prispevali k geslu SZO, ki pravi, da naj letom dodamo tudi kakovost življenja, in ustno zdravje k tej kakovosti pomembno prispeva.

Literatura

1. United Nations. Demographic indicators of countries: Estimates and projections as assessed in 1980. New York: United Nations, 1982.
2. World Health Organization. Protecting the health of the elderly: Public health in Europe 18. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1983.
3. Holm-Pedersen P, Løe H. Geriatric dentistry. Copenhagen: Munksgaard, 1986: 62-4.
4. Pindborg JJ. Krebs und Vorkrebs der Mundhöhle. Berlin: Quintessenz, 1982: 82-5.
5. Rode M. Lichen planus mucosae oris. Med Razgl 1986; 25: 263-9.
6. Ritchie GM. Die zahnärztliche Behandlung geriatrischer Patienten. Quintessenz 1978; 27: 111-6.
7. Pindborg JJ. Atlas of diseases of the oral mucosa. Copenhagen: Munksgaard, 1992: 208-20.
8. Pompe-Kirn V. Incidenca raka ustne votline, orofarinksa in hipofarinksa ter grla v Sloveniji močno narašča. Zdrav Vestn 1992; 61: 193-7.
9. Bouquot JE. Common oral lesion found during a mass screening examination. J Amer Dent Ass 1986; 112: 50-9.
10. World Health Organization. Application of the international classification of disease to dentistry and stomatology. Geneva: WHO, 1978: 1-150.
11. World Health Organization. WHO oral health assessment form. Geneva: WHO, 1986: 1-1.
12. Speight PM, Zakrzewska J, Downer MC. Screening of oral cancer and precancer. Oral Oncol 1992; 28: 45-8.



Betrion[®] mazilo mupirocin

Oprema

Tuba z 15 g mazila

Boljše sodelovanje bolnika
eradikacija patogenih povzročiteljev
terapija primarnih in sekundarnih okužb
razvoj navzkrižne rezistence ni možen
izključno lokalna uporaba
optimalen antibakterijski spekter
ni stranskih učinkov oziroma so izredno redki



PLIVA d.d. ZAGREB
PROGRAM FARMACEUTIKE



Podrobnejša pojasnila dobite v
PLIVA LJUBLJANA d.o.o.
Dunajska 51, Ljubljana

Strokovni prispevek/Professional article

ASPIRACIJA KOVANCA – PRIKAZ PRIMERA

ASPIRATION OF A COIN – CASE REPORT

Igor Koren¹, Stanislav Kajba²¹ Pljučni oddelek, Bolnišnica Topolšica, 63326 Topolšica² Dispanzer za pljučne bolezni in tuberkulozo, Javni zavod Zdravstveni dom Celje, Gregorčičeva 5, 63000 Celje

Prispelo 1994-01-26, sprejeto 1994-05-21; ZDRAV VESTN 1994; 63: 455-6

Ključne besede: tujek; kovanec; traheobronhialni sistem; bronhoskopija z upogljivim instrumentom

Izvleček – Izhodišča. Prikazan je primer bolnika, ki je v alkoholnem opoju aspiriral kovanec. Pojav hemoptiz tri mesece po aspiraciji je bil povod za rentgensko slikanje prsnih organov in odkritje tujka. Odstranjen je bil s pomočjo upogljivega bronhoskopa z običajnimi biopsičnimi kleščicami.

Zaključki. Bronhialne tujke ima do 0,05% bolnikov, sprejetih na pljučne oddelke. Najpogosteje se odstranijo s togim, občasno tudi z upogljivim bronhoskopom. Prednost togega bronhoskopa je predvsem širši delovni kanal, ki omogoča uporabo večjih in močnejših prijemalk, prednosti upogljivega pa so lažje uvajanje v trahejo ter uporaba lokalne anestezije namesto splošne.

Key words: foreign body; coin; tracheobronchial tree; fiberbronchoscopy

Abstract – Background. A case report of a patient, who aspirated a coin during drunkenness is reported. A chest roentgenogram was made because of haemoptysis three months later. The foreign body was eliminated with fiberbronchoscope with standard biopsy forceps.

Conclusions. Up to 0.05% of patients admitted to the pulmonary departments have foreign bodies. They are usually extracted with rigid or sometimes with fiberoptic bronchoscope. The advantage of rigid bronchoscopy is a broad working channel with bigger and stronger forceps, the advantages of fiberbronchoscopy are easier insertion and the usage of local anaesthesia instead of general anaesthesia.

Uvod

V primeru aspiracije se tujek običajno zagozdi distalno od bifurkacije traheje, pogosteje v desne bronhije kot v leve. Nenaden, silovit, mučen in dušеч kašelj, ki ga pogosto spremlja bruhanje in mu lahko kasneje sledi prost interval, nato pa pojav obstruktivnega pnevmonitisa s pljučno atelektazo ali brez nje, nas predvsem pri malih otrocih in pri bolnikih z moteno zavestjo opozorijo na možnost tujka v traheobronhialnem sistemu. Avskultatorno je lahko slišno monofono piskanje omejeno le na eno stran prsnega koša. Če je tujek dolgo zagozden, se lahko razvijejo komplikacije, kot so pljučni absces, kronična pljučnica, bronhiektazije in podobno (1).

Odstranitev tujkov iz traheobronhialnega sistema je med najpomembnejšimi in tudi najtežjimi postopki v bronhologiji (2-7). Najpogosteje se tujki odstranjujejo s togim, neredko tudi z upogljivim bronhoskopom. Ikeda je v poznih šestdesetih letih z uporabo upogljivega bronhoskopa izboljšal dostop do distalnih bronhov (4). Leta 1974 sta Zavala in Rhodes s poskusi na živalih razvila tehniko odstranjevanja tujkov z upogljivim bronhoskopom (8). Prednosti upogljivega instrumenta so v sami upogljivosti in s tem lažjem uvajanju v trahejo, možnosti uporabe lokalne anestezije namesto splošne, v večjem vidnem kotu ter lažjem vodenju instrumenta (9). Kljub vsemu je bronhoskopija s togim instrumentom ostala metoda izbora za odstranitev tujkov (2, 6, 9-12). Togemu instrumentu pripisujejo prednost zaradi večjega delovnega kanala pri odstranjevanju tujkov, lažje aspiracije večjih krvavitev ter boljše ventilacije in s tem tudi oksigenacije med posegom zlasti pri bolnikih z ozko trahejo (10, 11).

Prikaz primera

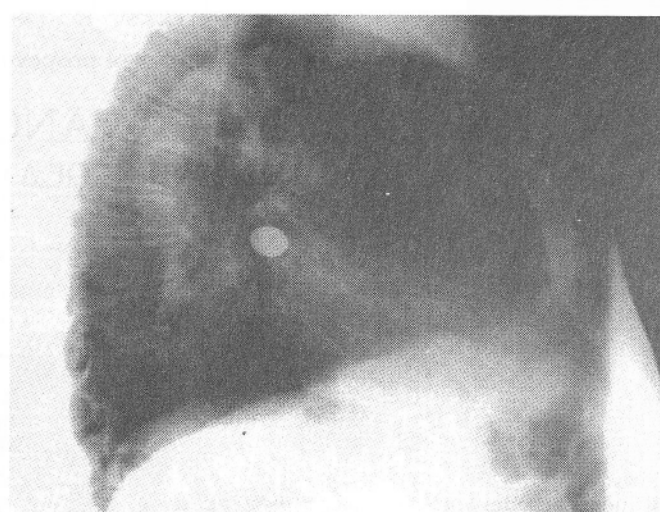
55-letni delavec je bil v začetku meseca aprila 1992 napoten v dispanzer za pljučne bolezni in tuberkulozo z diagnozo akutni respiratorni infekt. Bolnik je bil kadilec z večletno anamnezo produktivnega kašlja. Zadnje tri mesece je bil kašelj intenzivnejši, izmeček pa obilnejši. Povišane telesne temperature ni imel. Tri tedne pred pregledom so se pri bolniku pojavile bolečine na desni strani prsnega koša, odvisne od dihanja, zadnji teden pred pregledom pa je v izpljunku opazil kri. Šele krvav izpljunek je opozoril bolnika, da je iskal zdravniško pomoč.

Pri kliničnem pregledu bolnika je bilo desno nad pljuči slišati podaljšan ekspirij z monofonom piskanjem in struganjem, sicer je bil ostali somatski status brez posebnosti. Po ogledu rentgenogramov prsnih organov in usmerjenih vprašanjih o morebitni aspiraciji tujka se je bolnik spomnil, da je 3 mesece poprej v akutnem alkoholnem opoju tekmoval s prijatelji v lovljenju kovanca z usti. Drugih podrobnosti se od takrat ni spomnil. S pregledom rentgenogramov prsnih organov je bil odkrit okrogel tujek kovinske gostote v predelu intermediarnega bronha, manjše prevmonitične spremembe v desnem spodnjem pljučnem režnju (sl. 1, 2). Bolnik je bil napoten v regionalno pljučno bolnišnico. Tam so v lokalni anesteziji z lidokainom in premedikacijo z atropinom opravili bronhoskopijo z upogljivim instrumentom Olympus BF1T 10. Bronhoskopist je odkril bakreni kovanec, ki je bil v sagitalni smeri zagozden v distalnem delu intermediarnega bronha. Okolišna sluznica je bila pordela, nabrekla, gladke površine. Kovanec je zgrabil s klasičnimi biopsičnimi kleščicami, ga potegnil v trahejo, ga tu rotiral v sagitalno lego ter izvlekel do pričetka orotrahealnega tubusa in ga skupaj z njim potegnil ven. Šlo je za star bakreni jugoslovanski novc za 10 par. Zaradi



Sl. 1. Posteroanteriorni posnetek prsnih organov pri moškem s kovancem v intermediarnem bronhu.

Fig. 1. Posteroanterior view of the chest in a male with a coin in the intermediary bronchus.



Sl. 2. Stranski posnetek prsnih organov pri moškem s kovancem v intermediarnem bronhu.

Fig. 2. Lateral view of the chest in a male with a coin in the intermediary bronchus.

pnevmonitisa v področju desnega spodnjega režnja se je bolnik še nekaj dni zdravil na oddelku z antibiotikom. Po sedmih dneh je bila kontrolna bronhoskopija v mejah normale.

Razpravljanje

Bronhialne tujke ima do 0,05% bolnikov, sprejetih na pljučne oddelke (1). Prevalenca bolnikov z aspiriranimi tujki na pljučnih oddelkih je odvisna od organizacije zdravstvene službe in od napotitve bolnikov s sumom na aspirirani tujek v različne bolnišnice. Nekaj bolnikov s tujki v traheobronhialnem sistemu je hospitalizirano tudi na otorinolaringoloških oddelkih in na torakalni kirurgiji. Daleč največ aspiriranih tujkov je pri otrocih (1, 2, 6).

V letu 1991 so na pljučnem oddelku bolnišnice Topolšica zabeležili in odstranili tujke pri osmih bolnikih, to je pri 0,46% vseh hospitaliziranih v tem letu. Največ je bilo psihiatričnih in psihoorgansko spremenjenih bolnikov. Ti podatki veljajo samo za specializirane ustanove, kot je pljučni oddelek v Topolšici.

Prikazani bolnik je bil sicer duševno urejen, nenavadno pa je, da je do odkritja in odstranitve tujka preteklo več kot 3 mesece. Temu je po eni strani botrovala bolnikova neizobraženost, po drugi strani pa »negativna anamneza«. Šlo je za relativno inerten tujek, ki ni povzročil obstrukcije bronha niti atelektaze in šele po daljšem času le lažji pnevmonitis s hemoptizami. Izbrani zdravnik sicer ni posumil na aspirirani tujek, vendar je bolnika takoj usmeril v pljučni dispanzer.

Večina avtorjev navaja, da lahko potrdimo radiopacne tujke v traheobronhialnem sistemu radiološko v več kot 80% primerov (6, 7). Posebno mesto imajo v diagnostiki in terapiji dolgo zagozdeni tujki (13). Poleg zabrisane anamneze, produktivnega kašlja, nejasnih bolečin v prsnem košu, subfebrilnih temperatur so v več kot 50% prisotne tudi hemoptize (9, 13). Zaradi okolišne vnetne reakcije bronhialne sluznice samega tujka pogosto ni videti,

granulacijsko tkivo pa podaja sum na novotvorbo (5). Pato-morfološko gre iz biopsičnih vzorcev za skvamozno metaplazijo (13).

Po odstranitvi tujka je prognoza dobra, tudi če je tujek dolgo zagozden (5, 13). Redko ostane prisotne ireverzibilne bronhiektatične spremembe (13). Ne dolžina anamneze ne stopnja radioloških sprememb ne gost, gnojav izmeček niso kontraindikacija za poskus ekstrakcije tujka in rešitev pripadajočega pljučnega parenhima. Šele evidentne spremembe v smislu pljučnega abscesa in večjih bronhiektazij s fibrozo zahtevajo kirurško resekcijo pljuč (13).

Literatura

1. Debeljak A. Tujki v traheobronhialnem sistemu. In: Kocjančič A, Mrevlje F. Interna medicina. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1993: 261-2.
2. Šorli J. Specialne tehnike fiberbronhoskopije. In: Uvod u tehniku fiberbronhoskopije. Golnik: Inštitut za pljučne bolezni in TBC, 1984: 85-6.
3. Anderson HA, Faber LP. Diagnostic and therapeutic applications of the bronchoscope. Chest 1978; 73: 685-778.
4. Ikeda S. Atlas of bronchofiberscopy. Baltimore: University Park Press, 1974: 220-1.
5. Jackson C, Jackson CL. Bronchoesophagology. Philadelphia: Saunders, 1950: 68-109.
6. Weissberg D, Schwartz I. Foreign bodies in the tracheobronchial tree. Chest 1987; 91: 730-3.
7. Liancai M, Dequiang S, Ping H. Radiological diagnosis of aspirated foreign bodies in children: Review of 343 cases. J Laryng Otol 1990; 104: 778-82.
8. Zavala DC, Rhodes ML. Experimental removal of foreign bodies by fiberoptic bronchoscopy. Am Rev Respir Dis 1974; 110: 357-60.
9. Ray-Shee L, Cheng-Huei L, Ying-Chieh C, Wen-Jye W. Use of fiberoptic bronchoscopy to retrieve bronchial foreign bodies in adults. Am Rev Respir Dis 1989; 140: 1734-7.
10. Rees R. Massive hemoptysis associated with foreign body removal. Chest 1985; 88: 475-6.
11. Zavala D, Rhodes M, Richardson R, Bedell G. Fiberoptic and rigid bronchoscopy: The state of art. Chest 1974; 65: 605-6.
12. Cunanan O. The flexible fiberoptic bronchoscope in foreign body removal. Chest 1978; 73: 725-6.
13. Linton J. Long-standing intrabronchial foreign bodies. Thorax 1957; 12: 164-70.

Pregledni prispevek/Review article

MONOKLONSKA PROTITELESA, KI OMOGOČAJO OPREDELITEV IMUNSKEGA STANJA

MONOCLONAL ANTIBODIES FOR THE IMMUNE STATUS MONITORING

Alojz Ihan

Inštitut za mikrobiologijo, Korytkova 2, 61105 Ljubljana

Prispelo 1993-11-02, sprejeto 1994-03-07; ZDRAV VESTN 1994; 63: 457-60

Ključne besede: levkocitni antigeni; pretočna citometrija; limfocitne populacije; klinična diagnostika; imunsko stanje

Key words: leucocyte antigens; flow cytometry; lymphocyte subpopulations; clinical diagnostics; immune status

Izvleček – V članku so opisana monoklonska protitelesa, ki jih najbolj pogosto uporabljamo za prikazovanje posameznih vrst imunskih celic. Podrobneje so opredeljeni antigeni, ki jih našeta monoklonska protitelesa prepoznava. Opisana so tudi klinična stanja, pri katerih opažamo spremenjeno izražanje površinskih antigenov pri imunskih celicah.

Abstract – In the article some of the most useful antibodies for clinical immune function studies are described. Some molecular aspects of the immune cells antigens are mentioned. There is also a brief review of clinical situations, in which the expression of leucocyte surface antigens is changed from normal values.

CD antigeni

Bele krvne celice izražajo na svojih površinah vrsto molekul, ki jih je z uporabo monoklonskih protiteles, označenih s fluorescentnimi barvili, mogoče razmeroma preprosto in zanesljivo prikazovati. Mnoge od teh molekul so dobro opredeljene na biokemijskem in genskem nivoju, znana so njihova aminokislinska zaporedja in večinoma vsaj v grobem njihove funkcionalne lastnosti. Monoklonska protitelesa, ki omogočajo prikazovanje takih dobro opredeljenih levkocitnih antigenov, na rednih konferencah o levkocitih sistematizirajo v CD (Cluster of Differentiation) skupine. Vsa monoklonska protitelesa, ki imajo isto številko CD, so uporabna za prikazovanje istega, dobro opredeljenega antigena na površini belih krvnih celic (1).

Antigeni CD so proteini na površinah belih krvnih celic in kot taki opravljajo določene funkcije. Ker so podvrste belih krvnih celic funkcionalno specializirane, se med seboj razlikujejo glede izražanja proteinov (receptorjev, encimov), ki jim služijo za opravljanje njihovih nalog. Posamezne proteine izražajo samo celice z določeno funkcijo. Antigene na celicah, okuženih z virusi, lahko na primer prepoznajo samo receptorji, ki jih poseduje posebna vrsta belih krvnih celic – limfociti T. Proteinski kompleks, ki omogoča omenjeno receptorsko funkcijo, je mogoče prikazati z monoklonskimi protitelesi, ki so dobili oznako CD3. Zato vse celice, ki jih prikažemo z monoklonskimi protitelesi CD3, posedujejo opisane receptorske komplekse, in so torej limfociti T. Z drugačnimi monoklonskimi protitelesi prikazujemo druge antigene na celicah.

Antigene na celicah najpreprosteje prikažemo z metodo fluorescentne mikroskopije: s fluorescentnim barvilom označena monoklonska protitelesa pomešamo s celicami, nato pa skozi fluorescentni mikroskop opazujemo, kolikšen odstotek celic se je obarval z določenimi monoklonskimi protitelesi. Če na primer opazujemo limfocite, »barvane« z monoklonskimi protitelesi CD3, odstotek obarvanih limfocitov pomeni odstotek limfocitov T. Metoda pretočne citometrije je v osnovi enaka metodi fluorescentne mikroskopije, s to razliko, da je odčitavanje odstotka

obarvanih celic avtomatizirano, hitreje in objektivneje (2). Zaradi tehnoloških prednosti pri odčitavanju je mogoče analizirati celice, obarvane z več fluorescentnimi barvili hkrati. To pomeni, da lahko celice »barvamo« z dvema, tremi ali več različnimi vrstami monoklonskih protiteles in prikažemo, katere kombinacije antigenov izražajo posamezne celice. Če želimo na primer ugotoviti delež celic T zaviralke med limfociti, barvamo celice z monoklonskimi protitelesi CD3 in z monoklonskimi protitelesi CD8. Samo celice, ki se obarvajo s CD8 in obenem z monoklonskimi protitelesi CD3, so celice T zaviralke T. Celice, obarvane s CD8, ne pa z monoklonskimi protitelesi CD3, so celice naravne ubijalke (3).

Opredelitev monoklonskih protiteles proti levkocitnim antigenom, ki se najpogosteje uporabljajo za klinično opredelitev imunskega stanja

CD3

Oznako CD3 imajo monoklonska protitelesa, ki se specifično vežejo na gama, delta ali eta proteine T celičnih receptorjev. T celični receptorji so proteinski kompleksi, sestavljeni iz petih različnih proteinov. Alfa in beta proteini T celičnih receptorjev so močno variabilni, podobni imunoglobulinskim molekulam in omogočajo specifično prepoznavo antigenov. Gama, delta in eta proteini T celičnih receptorjev nimajo variabilne zgradbe, omogočajo pa prenos specifičnega signala ob aktivaciji alfa in beta proteinov v celico (aktivacija tirozin kinaze in fosfolipaze C). Ker protitelesa CD3 prepoznajo konstantne dele T celičnih receptorjev, so uporabna za prikaz zrelih celic T v krvi (4).

CD4

Monoklonska protitelesa CD4 specifično vežejo proteine, ki jih na svojih površinah izraža del limfocitov T. Omenjeni proteini skupaj s T celičnimi receptorji omogočajo prepoznavanje tujih antigenov,

ki jih v MHC 1 proteinskih kompleksih predstavljajo antigen-predstavitvene celice (celice RES, limfociti B). Celice T, ki izražajo antigen CD4 (celice T pomagalke, celice Th), ob aktivaciji izločajo različne citokine, s tem pa odločilno usmerjajo in uravnavajo imunske reakcije. Antigene CD4 poleg celic T pomagalk izražajo tudi monociti. Protitelesa CD4 (v kombinaciji s protitelesi CD3) omogočajo prikaz celic T pomagalk (4, 5).

CD8

Monoklonska protitelesa CD8 specifično prepoznavajo proteine, ki so receptorji za MHC 1 molekule. Omenjeni receptorji (antigeni CD8) skupaj s celičnimi receptorji T omogočajo citotoksičnim limfocitom T, da prepoznajo virusne antigene na površinah okuženih celic in take celice uničijo. Poleg celic T zaviralke izražajo antigene CD8 tudi celice naravne ubijalke. Protitelesa CD8 (v kombinaciji s protitelesi CD3) omogočajo prikaz celic T zaviralke (6).

CD16

Monoklonska protitelesa CD16 omogočajo prikaz šibko afinitetnih receptorjev za imunoglobulinske molekule G, ki so povezane v komplekse z antigeni. Te receptorje (antigene CD16) izražajo naravne celice ubijalke, makrofagi in nevtrofilci. Če se receptorji za IgG povežejo s svojimi ligandi, pri naravnih celicah ubijalkah aktivirajo njihove ubijalske mehanizme, pri makrofagih pa spodbudijo fagocitozo. Monoklonska protitelesa CD16 (v kombinaciji s protitelesi CD3) omogočajo prikaz celic naravnih ubijalk v krvi (7).

CD19

Monoklonska protitelesa CD19 prikažejo proteine na površinah limfocitov B, ki limfocitom B omogočajo prenos aktivacijskih signalov (z receptorjev za komplement 2, z membranskih imunoglobulinov) v celico. Ker antigen CD19 od krvnih celic izražajo samo limfociti B, so protitelesa CD19 uporabna za prikaz limfocitov B v krvi (8).

CD23

Monoklonska protitelesa CD23 prikažejo šibko afinitetne receptorje Fc za IgE. Ti receptorji so prisotni zlasti na aktiviranih limfocitih B, pa tudi na monocitih, aktiviranih makrofagih, eozinofilcih in trombocitih. Aktivacija teh receptorjev (če se nanje vežejo imunski kompleksi IgE) aktivira p59 tirozin kinazo in posledično poveča zmoglost limfocitov B, da predstavljajo antigene celicam T pomagalkam. Monoklonska protitelesa CD23 so uporabna za prikaz aktiviranih limfocitov B v krvi (9).

CD25

Monoklonska protitelesa CD25 omogočajo prikaz alfa verig receptorjev za interleukin 2. Antigene CD25 izražajo različne celice v aktiviranem stanju, med njimi limfociti T, limfociti B, naravne celice ubijalke, monociti. Zato nam monoklonska protitelesa CD25 (v kombinaciji s protitelesi, specifičnimi za posamezne vrste celic) omogočajo prikaz aktiviranih in neaktiviranih celic določene vrste. S kombinacijo protiteles CD3 in CD25 na primer prikažemo aktivirane in neaktivirane limfocite T v krvi (10).

CD45

Protitelesa CD45 prepoznavajo proteine, ki so na površinah vseh krvnih celic, razen eritrocitov. Antigeni CD45 so membranski encimi (fosfo-tirozin fosfataze), ki omogočajo prenos nekaterih receptorskih signalov (na primer signale s celičnimi receptorji T) v celice. Ker se mRNA za proteine CD45 sestavlja iz treh eksonov, prihaja pri nekaterih celicah (limfocitih T) do razlik pri sestavljanju

eksonov v končno obliko mRNA. Zato obstaja več oblik proteinov CD45. Posamezne od teh oblik prikažemo s podtipi monoklonskih protiteles CD45, to so protitelesa CD45RA, CD45RB, CD45RC in CD45RO. Limfociti T izražajo različne tipe antigenov CD45 v odvisnosti od njihovega stanja diferenciacije. »Naivni« limfociti T (taki, ki še niso bili senzibilizirani z ustreznim, specifičnim antigenom) izražajo antigene CD45, ki jih prikažemo s protitelesi CD45RA, CD45RB ali CD45RC, medtem ko pri aktiviranih in spominskih limfocitih T prikažemo antigene CD45 s protitelesi CD45RO (11).

CD54

Monoklonska protitelesa CD54 prikazujejo adhezijske molekule imunskih celic-1 (ICAM-1 – Immune Cells Adhesion Molecules). Molekule CD54 na površini celic se vežejo na integrinske molekule (LFA-1, Mac-1) drugih celic in s tem omogočajo medcelične stike. Antigeni CD54 med krvnimi celicami močno izražajo aktivirani limfociti T, limfociti B in monociti, medtem ko neaktivirane bele krvne celice CD54 molekul ne izražajo ali pa jih v zelo mali meri (12).

CD56

Monoklonska protitelesa CD56 prikazujejo NCAM (Neural Cell Adhesion Molecule) – to so proteini, ki jih med krvnimi celicami izražajo samo celice naravne ubijalke, sicer pa jih izražajo tudi živčne celice. Omenjeni proteini spadajo med adhezijske molekule in se pomembno vpletajo v celične interakcije pri razvoju osrednjega živčevja, pri naravnih celicah ubijalkah pa verjetno omogočajo povezavo med celicami naravnimi ubijalkami in tarčnimi celicami (tumorskimi celicami ali z virusi okuženimi celicami), kar v končni fazi privede do ubijanja tarčnih celic. Monoklonska protitelesa CD56 (v kombinaciji s protitelesi CD3) omogočajo prikaz celic naravnih ubijalk v krvi (7).

HLA-DR

Molekule HLA-DR spadajo med molekule pglavitnega kompleksa tkivne skladnosti razreda 2 (molekule MHC II.) pri človeku. To so molekule, ki v svoj molekularni kompleks vgradijo tuje fagocitirane antigene in jih v membranah antigenpredstavitvenih celic (limfocitov B, makrofagov in drugih celic RES) predstavljajo celicam T pomagalkam. Med krvnimi celicami izražajo molekule HLA-DR limfociti B, monociti in makrofagi. Ob aktivaciji začno izražati molekule HLA-DR tudi limfociti T (13).

Priporočena monoklonska protitelesa za prikaz limfocitov T

Z monoklonskimi protitelesi CD3 zanesljivo prikažemo limfocite T. Celice T pomagalk dobro prikažemo s kombinacijo monoklonskih protiteles CD3 in CD4 – samo celice, ki jih prikažemo s CD3 in obenem z monoklonskimi protitelesi CD4, lahko smatramo za celice T pomagalk. Celice T zaviralke prikažemo s kombinacijo monoklonskih protiteles CD3 in CD8 – samo celice, ki obenem izražajo antigene CD3 in CD8, lahko smatramo za celice T zaviralke. V preteklosti, ko še ni bilo običajno uporabljati metodo dvobarvne pretočne citometrije za rutinske preiskave, je delež obarvanih celic s protitelesi CD4 pomenil delež celic T pomagalk, podobno je delež obarvanih celic s protitelesi CD8 pomenil delež celic T zaviralke. Vendar protitelesa CD4 prepoznavajo tudi monocite, protitelesa CD8 pa celice naravne ubijalke. Zato delež obarvanih celic s protitelesi CD4 še zadovoljivo odraža delež celic T pomagalk le v primeru, ko je s pretočnim citometrom mogoče natančno razločiti med monociti in limfociti – pogoj za to je poleg pravilne priprave vzorca tudi razmeroma normalna bela krvna slika. Delež obarvanih celic s protitelesi CD8 pa še zadovoljivo

odraža delež celic T zaviralcev v primeru, ko je delež celic naravnih ubijalk razmeroma majhen (manj kot 15% med limfociti). Zato velja, da deleža obarvanih celic s protitelesi CD4 in CD8 zadovoljivo odražata deleža celic T pomagalk in zaviralcev v primerih, ko v vzorcu ugotovimo normalno belo krvno sliko in normalna razmerja med limfocitnimi populacijami. V primeru nenormalnih rezultatov pa je treba s kombinacijami protiteles CD3 in CD4 ter CD3 in CD8 natančneje prikazati celice T pomagalk in zaviralcev.

Primeri

– Pri bolniku MI je 81% celic izražalo antigene CD3, antigene CD4 je izražalo 46% celic, antigene CD8 37% celic, antigene CD19 8% celic in antigene CD56 11% celic. Z dvojnimi barvanjem smo med limfociti prikazali 42% celic T pomagalk in 33% celic T zaviralcev. Izvid preiskovanja MI kaže normalne deleže posameznih limfocitnih markerjev, deleža CD4 in CD8 pozitivnih celic tudi zadovoljivo predstavlja deleža celic T pomagalk in zaviralcev.

– Bolnik NM z avtoimunsko povzročeno limfopenijo je imel med limfociti 23% CD3 pozitivnih, 12% CD4 pozitivnih, 59% CD8 pozitivnih, 12% CD19 pozitivnih in 72% CD56 pozitivnih. Z dvojnimi barvanjem smo med limfociti prikazali 10% celic T pomagalk in 12% celic T zaviralcev. Celice, ki se barvajo s protitelesi CD8, so v tem primeru predvsem celice naravne ubijalke in zato marker CD8 sam zase neustrezno predstavlja delež celic T zaviralcev. Te smo lahko prikazali samo z dvojnimi barvanjem s protitelesi CD3 in CD8.

– Bolnik TF z virusnim encefalitisom je imel med limfociti 63% CD3 pozitivnih, 65% CD4 pozitivnih, 23% CD8 pozitivnih, 12% CD19 pozitivnih in 18% CD56 pozitivnih. Obenem je imel močno povečano koncentracijo nevtrofilcev in monocitov v krvi. Zaradi tega s pretočnim citometrom ni bilo mogoče prikazati dovolj čiste populacije limfocitov. Delež CD4 pozitivnih celic pa je seštevek celic T pomagalk in kontaminirajočih monocitov. Z dvojnimi barvanjem smo med limfociti prikazali 47% celic T pomagalk in 16% celic T zaviralcev.

Priporočena monoklonska protitelesa za prikaz limfocitov B in celic naravnih ubijalk

Limfocite B prikazujemo z monoklonskimi protitelesi CD19 ali CD20. Celice naravne ubijalke pa prikazujemo s kombinacijo monoklonskih protiteles CD3 in CD56 (namesto CD56 lahko uporabimo tudi protitelesa CD16). Pri tem so celice naravne ubijalke tiste celice, ki jih prikažemo s protitelesi CD56 (ali CD16), ne prikažemo pa jih s protitelesi CD3. Celice, ki jih prikažemo s protitelesi CD56 in obenem s CD3, pa so posebna podvrsta limfocitov T.

Monoklonska protitelesa, ki jih uporabljamo za podrobnejšo analizo posameznih populacij limfocitov

Limfociti T

V aktiviranem stanju limfociti T izražajo molekule HLA-DR in receptorje za interleukin 2. S kombinacijo monoklonskih protiteles CD3 in anti-HLA-DR ugotavljamo odstotek aktiviranih limfocitov T. Kombinacija protiteles CD8 in anti-HLA-DR nam omogoči prikaz aktiviranih citotoksičnih/supresorskih limfocitov T. S kombinacijo protiteles proti receptorjem za interleukin 2 (CD25) in protiteles CD3 prikažemo aktivirane limfocite T, ki izražajo receptorje za interleukin 2.

Limfociti B

Limfociti B na svojih površinah izražajo imunoglobulinske molekule. S protitelesi proti posameznim razredom imunoglobulinskih molekul lahko prikažemo, katere razrede imunoglobulinskih molekul izražajo posamezni limfociti B in kolikšen delež limfocitov B izraža imunoglobulinske molekule določenega razreda. Aktivirani limfociti B izražajo na svojih površinah Fc receptorje za antigene IgE (CD23) in CDw78. Zato lahko s kombinacijo protiteles CD19 in CD23 prikažemo delež aktiviranih limfocitov B, podoben prikaz dobimo tudi z uporabo kombinacije protiteles CD19 in CDw78.

Celice naravne ubijalke

Pri teh celicah podobno kot pri limfocitih T ugotavljamo izražanje aktivacijskih antigenov (CD25, HLA-DR, CD69). Poleg tega je danes že gotovo, da te celice niso enotna populacija celic, ampak jih sestavljajo funkcionalno različne subpopulacije. Obstajajo monoklonska protitelesa, s katerimi je mogoče razločevati posamezne populacije naravnih celic ubijalk, vendar se zaenkrat še redko uporabljajo v kliničnih študijah (14).

Klinična stanja, pri katerih opazamo odklone od normalnih vrednosti opisanih imunskih parametrov

Imunske pomanjkljivosti

Pri bolnikih s pomanjkljivo imunostjo je mogoče s pregledom posameznih populacij imunskih celic natančneje opredeliti vrsto imunske pomanjkljivosti. Bolniki z Brutonovo agamaglobulinemijo v krvi nimajo limfocitov B, koncentracija limfocitov T pa je normalna. Bolniki s SCID (severe combined immunodeficiency disease) imajo navadno normalno koncentracijo limfocitov B, močno zmanjšano pa koncentracijo limfocitov T. Podobno razmerje med limfocitnimi populacijami nahajamo tudi pri prirojeni aplaziji priželjca (DiGeorgejev sindrom) (3).

Okužba s HIV

Okužba s HIV spremlja manjšanje koncentracije celic T pomagalk (celice, ki izražajo antigene CD3 in obenem CD4) v krvi. Ko se njihova koncentracija zmanjša pod 400 na kubični milimeter, začne veliko bolnikov kazati bolezenske znake (generalizirana limfadenopatija, izguba teže, diareja). Koncentracija, manjša od 200 celic T pomagalk na kubični milimeter krvi, je običajno znak za začetek protivirusne terapije (3).

Avtoimunske bolezni

Pri bolnikih z revmatoidnim artritisom se poveča delež limfocitov T, ki izražajo molekule HLA-DR (aktivirani limfociti T). Poveča se tudi delež limfocitov B, ki izražajo antigene CD23 in CDw78 (aktivirani limfociti B). Pri bolnikih s SLE se poveča delež limfocitov T, ki izražajo molekule HLA-DR (aktivirani limfociti T). Pri poslabšanju bolezni se zmanjša koncentracija naravnih celic ubijalk v krvi. Celice T pomagalk pa v manjši meri izražajo adhezijske molekule, ki jih prikažemo s protitelesi CD45RA (15–19).

Pri bolnikih z multiplo sklerozo se poveča delež limfocitov T, ki izražajo receptorje za interleukin 2 (aktivirani limfociti T). Poveča se tudi delež limfocitov B, ki izražajo antigene CD23 in CDw78 (aktivirani limfociti B). Podobno kot pri SLE tudi pri multipli sklerози manjši delež celic T pomagalk izraža antigene CD45RA (19).

Transplantacija

Pri transplantacijah se v primeru zavrnitvene reakcije poveča delež limfocitov, ki izražajo receptorje za interleukin 2 (CD25). Obenem se zmanjša delež celic T pomagalk, ki izražajo antigene CD45RA («naivnih» celic T) (19, 20). Poveča se delež naravnih celic ubijalk, med njimi pa delež aktiviranih celic, ki izražajo molekule HLA-DR (21).

Interpretacija rezultatov

Ko ocenjujemo, kako verodostojno posamezni limfocitni markerji predstavljajo poglavitne populacije limfocitov, nam veliko pove že preprost račun, ki pravi, da limfocite sestavljajo celice T, celice B in celice naravne ubijalke. Seštevek deležev vseh treh vrst limfocitov ne sme pomembno odstopati od 100%. Prav tako seštevek deleža celic T pomagalk in deleža celic T zaviralk ne sme pomembno odstopati od deleža celic T, prikazanega s protitelesi CD3. Če ta preprosta matematika vzdrži, ni treba podrobneje preverjati rezultatov. Pri odstopanjih pa je treba navadno s premišljeno izbiro markerjev ter z dvojnimi ali trojnimi barvanjem nedvoumno opredeliti celice, ki so vzrok nenormalnim rezultatom.

Literatura

- Barcalay AN, Birkeland ML, Brown HM et al. The leucocyte antigen factsbook. London: Academic Press, 1993: 13-37.
- Žontar D, Černelč P. Uporaba pretočne citometrije v klinični hematologiji. Zdrav Vestn 1993; 62: 393-5.
- Goetzman EA. Flow cytometry: basic concepts and clinical applications in immunodiagnosics. Clin Lab Sci 1993; 6: 177-82.
- Reinherz EL, Schlossman SF. The differentiation and function of human T lymphocytes. Cell 1980; 19: 821-7.
- Reinherz EL, Meuer SC, Schlossman SF. The delineation of antigen receptors on human T lymphocytes. Immunol Today 1983; 4: 5-8.
- Morimoto C, Letvin NL, Distaso JA, Aldrich WR. The cellular basis for the induction of antigen-specific T8 suppressor cells. Eur J Immunol 1986; 16: 198-204.
- Robertson MJ, Ritz J. Biology and clinical relevance of human natural killer cells. Blood 1990; 76: 2421-38.
- Nadler LM, Anderson KC, Marti G, Barts M, Park E. B4, a human B lymphocyte associated antigen expressed on normal, mitogen activated and malignant B lymphocytes. J Immunol 1983; 131: 244-50.
- Barcalay AN, Birkeland ML, Brown HM et al. The leucocyte antigen factsbook. London: Academic Press, 1993: 150-1.
- Kroemer G, Andreu JL, Gonzalo JA, Ramos JCG, Martinez C. Interleukin-2, autotolerance, and autoimmunity. Advances in Immunology 1991; 50: 147-217.
- Barcalay AN, Birkeland ML, Brown HM et al. The leucocyte antigen factsbook. London: Academic Press, 1993: 202-4.
- Barcalay AN, Birkeland ML, Brown HM et al. The leucocyte antigen factsbook. London: Academic Press, 1993: 224-5.
- Kappes D, Strominger JL. Human class II major histocompatibility complex genes and proteins. Ann Rev Biochem 1988; 57: 991-1028.
- Ciccione E, Viale O, Pende D, Ihan A, Di Donato C, Morreta L. Involvement of HLA class I alleles in natural killer cell specific functions: expression of HLA-Cw3 confers selective protection from lysis by alloreactive NK clones displaying a defined specificity. J Exp Med 1992; 176: 963-3.
- Tsuchiya N, Mitamura T, Goto M. 2-dimensional flow cytometric analysis of peripheral blood lymphocytes by 2-dimensional flow cytometric analysis of peripheral blood T lymphocytes from patients with systemic lupus erythematosus: preferential expression of HLA-DR antigen on the surface of Leu 2a+ cells. J Rheumatology 1988; 15: 946-51.
- Goto M, Miyamoto T, Nishioka K, Okumura K. Selective loss of suppressor T cells in rheumatoid arthritis patients: analysis of peripheral blood lymphocytes by 2-dimensional flow cytometry. J Rheumatology 1986; 13: 853-7.
- Handwerger BS. T-cell and B-cell function in lupus. Curr Opin Rheumatol 1991; 3: 757-79.
- Via CS, Handwerger BS. T-cell and B-cell function in lupus. Curr Opin Rheumatol 1992; 4: 630-4.
- Becton Dickinson Immunocytometry Systems. Autoimmune disease monitoring. 1991: Rev. 2.
- Siegel DL. Discriminating rejection from CMV infection in renal allograft recipients using flowcytometry. Clinical Immunology and Immunopathology 1989; 51: 157-71.
- Toterman TH, Hanas E, Tufveson G. Rapids immunodiagnosis of kidney rejection. In: Reports from the third European cytometry users meeting. Ghent 1989: 146-54.

Pregledni prispevek/Review article

PRISPEVEK K DIAGNOSTIKI IN ZDRAVLJENJU DIFUZNIH INTERSTICIJSKIH PLJUČNIH BOLEZNI

CONTRIBUTION TO THE DIAGNOSTICS AND THERAPY OF DIFFUSE INTERSTITIAL LUNG DISEASES

Emu Mušič

Inštitut za pljučne bolezni in TBC, 64204 Golnik

Prispelo 1993-11-24, sprejeto 1994-05-17; ZDRAV VESTN 1994; 63: 461-6

Ključne besede: difuzna intersticijska pljučna bolezen; ekstrinzični alergijski bronhioloalveolitis; farmerska pljuča; medikamentni alveolitis; idiopatski fibrozirajoči alveolitis

Key words: diffuse interstitial lung disease; extrinsic allergic bronchioloalveolitis; Farmer's lung; medicamentous alveolitis; idiopathic fibrosing alveolitis

Izvleček – Izhodišča. Difuzne intersticijske pljučne bolezni so med drugimi pljučnimi boleznimi relativna redkost, zato je manj priložnosti, da bi si pridobili izkušnje pri njihovem razpoznavanju. Prepogosto jih odkrivamo šele v napredovalih stopnjah. Znano pa je, da je terapija uspešna le v zgodnjih stadijih bolezni. S prikazom želimo opozoriti na DIPB znane etiologije z relativno dobro prognozo in na idiopatski fibrozirajoči alveolitis s slabo prognozo, razen v primerih, ko ga odkrijemo v najzgodnejšem stadiju. Pri odkrivanju zgodnjih stopenj DIPB vidimo osrednjo vlogo splošnega zdravnika.

Abstract – Background. Among other pulmonary diseases the diffuse interstitial lung diseases are relatively rare so they are often not recognised due to the lack of experiences. Therefore they are most frequently detected only in the progressed stages while the therapy is successful in earlier stages of disease. By this review we'd like to call attention to DILD of known etiology with relatively good prognosis as well as to the idiopathic fibrosing alveolitis with bad prognosis except in cases being detected in the earliest stage. In detection of early stages of DILD the main role is given to the general practitioner.

Material in metode. Za ilustracijo prikazujemo en primer farmerskih pljuč, en primer medikamentoznega alveolitisa in en primer idiopatskega fibrozirajočega alveolitisa. Slednji je bil odkrit že v napredovali stopnji bolezni z difuzno pljučno fibrozo in kroničnim cor pulmonale. Ob teh primerih podajamo tudi principe diagnostike in terapije DIPB.

Material and methods. One case of Farmer's lungs, one case of medicamentous alveolitis as well as one case of idiopathic fibrosing alveolitis are presented in the paper. The later was detected in the progressed stage of disease with diffuse pulmonary fibrosis and chronic cor pulmonale. By three case reports the principles of diagnostics and therapy are presented.

Zaključki. Ob treh tipičnih primerih DIPB opozarjamo na razpoznavo zgodnjih stopenj, kjer v primerih znanih vzrokov po prenehanju ekspozicije dosegamo popolno regresijo bolezni, v primerih IFA pa z doktrinarno in obvezno vseživljenjsko terapijo v zgodnjih stopnjah bolezni napredovanje zaviramo in podaljšamo preživetje. Klinični znaki zgodnjih stopenj DIPB so: suhi kašelj, večja frekvenca dihanja, dispneja pri telesnem naporu, nejasne torakalne bolečine, pogosto tudi nastanek betičastih prstov.

Conclusions. By three typical cases of DILD an attention is called to the detection and recognition of early stages of DILD where in cases of known etiology after cessation of exposition a complete regression of disease is achieved, while in cases of IFA by doctrinary and lifelong therapy in early stages of disease the progression is slowed down and the survival is prolonged. Clinical signs of the early stages of DILD are: dry cough, tachypnea, dyspnea at exercise, unclear thoracic pain and often clubbing fingers.

Uvod

DIPB so imunološko odvisna vnetja pljučnega intersticija, to je alveolarnih sten in pregraj. Njihova skupna značilnost je precej podobna klinična slika: dispneja, tahipneja, suhi kašelj, bolečine v prsih, večkrat pojav betičastih prstov (1-5). Precej podobne so lahko tudi spremembe v RTG p. c. slik, ki se kažejo kot zadebelitev oz. razširitev alveolarnih sten in pregraj, kar daje retikularni ali retikulonodularni vzorec sprememb (6).

Njihova kritična značilnost je še ta, da so vnetni procesi le v zgodnjih stopnjah še reverzibilni, v napredovalih pa je navzoče fibroziranje alveolarnih sten, torej kopičenje kolagena (7, 8).

V pljučni funkciji se pri DIPB razvijejo restriktivne motnje ventilacije, motnje difuzije plinov ter hipoksemija v arterijski krvi, sprva le pri telesni obremenitvi, kasneje pa že pri mirovanju. Napredovanje bolezni je razlog za postopen razvoj kroničnega cor pulmonale. Danes opisujejo že okrog 200 bolezenskih entitet (7), ki spadajo med DIPB.

Klasifikacija DIPB

Med znanimi vzroki so bolezni, kjer je vzročni alergen inhaliran ali pa ga bolnik uživa kot zdravilo. To so ekstrinzični alergijski bronhialveolitis in med njimi najbolj znana farmarska pljuča, v primeru uživanja zdravil pa gre za medikamentni alveolitis. DIPB znanega vzroka lahko povzročajo tudi različne anorganske kemikalije, posamič tudi infekcije z atipičnimi bakterijami, kar se rado kombinira tudi z obstruktivnim bronhialitisom (1, 2, 4, 7).

DIPB neznanih vzrokov so idiopatski fibrozirajoči alveolitis tipa Hamman-Rich, z značilno svojo akutno obliko, ko je čas od začetnih simptomov do smrti tudi manj kot eno leto in njena bolj prolongirana kronična oblika s trajanjem bolezni od 4–8 let in le posamič nekaj več (2, 9, 10). V to skupino spadajo tudi DIPB, ki se pojavljajo v sklopu različnih sistemskih bolezni veziva in sistemskih vaskulitisov (11, 12). Neznanih vzrokov so tudi nekatere zelo redke DIPB (13).

V diferencialni diagnozi DIPB moramo pri bolnikih vsaj srednjega in višjega starostnega obdobja vselej dopuščati tudi možnost limfangiosis ali limfangitis carcinomatosa (14–16) pri pulmonalnem ali ekstrapulmonalnem malignomu, pa tudi zastojni ali permeabilnostni pljučni edem, zastojni pljučni edem pri levostranskem srčnem popuščanju ali pa permeabilnostni pljučni edem pri drugih vzrokih (17).

Zaradi sorodnosti v kliničnih manifestacijah različnih DIPB je za njihovo razpoznavo, kakor tudi za diferencialno diagnostiko in terapijo potreben skupinski pristop specialistov različnih internističnih smeri (18). Za njihovo zgodnje odkrivanje pa je največjega pomena pozornost splošnega zdravnika ob zgoraj omenjenih simptomih (7).

Skupina specialistov mora obvladati rentgensko diagnostiko, tudi CT pljučnega intersticija (19–21), biopsijske tehnike pljuč, bronhoalveolarno lavažo (22–24), teste pljučne funkcije, histološke in pri nekaterih tudi imunohistološke metode analiziranja tkiva (12), pa tudi citološka analiza celic v BAL in morebitna biokemična analiza supernatanta BAL pomaga pri okvirni diferencialni diagnozi, posamič pa tudi pri specifični diagnozi. Poleg vseh tehnik in skupine specialistov mora imeti koordinator skupine izkušnje in dolgoleten specifičen interes v odkrivanju in zdravljenju DIPB.

Podali bomo splošne in respiratorne znake DIPB, da bi jih splošni zdravnik čim zgodneje odkrival in usmerjal bolnika na preiskave. To bomo storili s prikazom treh ilustrativnih primerov, ki jih v praksi srečujemo tudi v našem okolju: farmarska pljuča, medikamentni alveolitis, IFA. Predstavili bomo določene značilnosti v poteku DIPB pri teh treh bolnikih, kako je potekala njihova diagnostika in kako smo jih zdravili.

Na DIPB pomislimo, kadar so navzoči ustrezni klinični znaki, v anamnezi pa dobimo podatke o vdihavanju škodljivosti, prejetju zdravil, znakih za morebitno sistemsko bolezen veziva. Kadar pa ni elementov naštetega, obstaja verjetnost IFA s karakterističnim nezadržnim fibroziranjem pljuč, krčenjem pljučnega volumna in razvojem v končni stadij skrčenih satastih pljuč.

Diagnostični postopki pri DIPB

Difuzno bolezen pljučnega intersticija (DIPB) opredelujeta že anamneza in klinični status (1, 2, 4, 7), ki praviloma vključujeta:

- suhi kašelj,
- nejasne bolečine v prsih,
- dispnejo pri telesnem naporu, kasneje že v mirovanju,
- v kliničnem statusu povišano frekvenco dihanja, avskultatorno drobno inspiratorno pokanje, intenzivnejše na koncu vdih,
- posamezne DIPB spremljajo tudi betičasti prsti, to velja predvsem za IFA.

V primerih DIPB v sklopu sistemskih bolezni veziva iščemo klinične znake osnovne sistemske bolezni (11, 30). Za opredelitev DIPB iščemo možne znane vzroke, kot so inhaliranje anorganskih ali organskih škodljivosti (8, 25), uživanje zdravil (26–29), v odsotnosti teh podatkov pa gre morda za DIPB neznanega vzroka

kot IFA ali pa za DIPB v sklopu kakšne od sistemskih bolezni veziva (SBV) (30). Četudi v tej skupini ni potrditve, moramo v širši dif. dg. iskati redkejše DIPB (13) in ne pozabiti na morebitne zastojne spremembe pljuč bolnika s srčno boleznijo, v srednji ter starejši življenjski dobi pa morebitno na limfangiosis karcinomatosa.

Tab. 1. *Laboratorijske in klinične preiskave pri DIPB.*

Tab. 1. *Laboratory and clinical examinations in DILD.*

1. Splošne
1. General
Sedimentacija eritrocitov
Erythrocyte sedimentation rate
Kompletna krvna slika in dif. bela krvna slika
Haemogram
Proteinogram
Proteinogram
Hepatogram, sečnina, kreatinin, jonogram
Hepatogram, urea, creatinin, ionogram
Angiotenzin konvertaza (ACE)
Angiotensin converting enzyme
C – reaktivni protein, fibrinogen, fibronektin
C – reactive protein, fibrinogen, fibronectin
Celotni IgE, IgG, IgM, IgA
Total IgE, IgG, IgM, IgA
2. Usmerjene
2. Differential
Precipitini, revmatoidni faktor
Precipitins, rheuma factor
Antinuklearna protitelesa (ANA)
Antinuclear antibodies (ANA)
Anti SCL-70
Anti SCL-70
Anti DNA
Anti DNA
ENA – anti RNP
ENA – anti RNP
– Ro/SSA, La/SSB
– Ro/SSA, La/SSB
– Anti Jo-1
– Anti Jo-1
CPK, aldolaza
CPK, aldolase
Fe, UIBC
Fe, UIBC
C ₃ , C ₄ , CH ₅₀
C ₃ , C ₄ , CH ₅₀
ANCA
ANCA
Anti BM
Anti BM
Tumorski markerji
Tumour markers
Protitelesa proti virusom, klamidijam, mikoplazmam, gljivam
Antibodies against viruses, chlamydia, mycoplasmae, fungi
3. Usmerjeni klinični testi
3. Directed clinical tests
Tuberkulinski test
Tuberculin test
Bronhialni provokacijski test
Bronchial provocation test
Provokacijski test z zdravilom
Drug provocation test

Preiskave pri DIPB

Laboratorijske preiskave delimo med splošne, potrebne pri večini DIPB, in usmerjene, potrebne za posamezno entiteto, kot jih navajamo v tabeli 1.

Rentgenske preiskave vključujejo pregledno in profilno sliko pljuč, v zadnjem času pa tudi CT in HRCT, ki omogočata natančnejšo interpretacijo patoloških sprememb alveolarne pljučne strukture oz. opredeljujeta razširjenost posameznih kompartmentov pljučnega intersticija (19–21).

V RTG sliki iščemo vidne znake razširitve pljučnega intersticija, kar se prikaže kot retikularni ali retikulonodularni vzorec sprememb, pri progresiji v difuzno fibroziranje pa tudi kot krčenje pljuč, zato tudi višje položeni preponi in kasneje nastajanje čebeljemu satju podobne risbe nad bazama in na periferiji pljučnih kril (18).

Preiskave pljučne funkcije so pri DIPB ključnega pomena, niso pa diagnostične. Pri vseh DIPB najdemo restrikcijo pljučnih volumnov, zmanjšanje tako statičnih kot dinamičnih pljučnih volumnov sorazmerno, predvsem pa je značilno znižanje difuzijske kapacitete pljuč za CO (DL_{CO}).

V plinski analizi arterijske krvi (PAAK) je znižan PO_2 pri telesni obremenitvi, ob normalnem ali znižanem PCO_2 , pri napredovali bolezni pa je to navzoče že pri mirovanju. Napredovalo DIPB spremljajo lahko pridružene obstruktivne motnje, ko spremembe zajamejo tudi najmanjša dihalna pota, bronhirole. Ni tipičnega funkcijskega izpada za posamezno DIPB, najtežje restriktivne motnje in najtežje difuzijske motnje najdemo pri IFA. Za fibro-

Tab. 2. Pomnožitev celic v BAL (%).

Tab. 2. Increased number of cells in BAL (%).

Limfocitov Lymphocytes
Ekstrinzični alergijski bronhoalveolitis Extrinsic allergic bronchioalveolitis
Sarkoidoza, berilioza Sarcoidosis, beriliosis
Tuberkuloza Tuberculosis
Zdravila Drugs
Alveolarna proteinoza Alveolar proteinosis
Limfangiozis karcinomatoza Lymphangiosis carcinomatosa
Azbestoza Asbestosis
Mb. Crohn Mb. Crohn
Nevtrofilcev Neutrophiles
Idiopatski fibrozirajoči alveolitis Idiopathic fibrosing alveolitis
Akutna dihalna stiska odraslih Adult respiratory distress syndrome
Sistemske bolezni veziva Systemic connective tissue diseases
Mb. Wegener Mb. Wegener
Azbestoza Asbestosis
Eozinofilcev Eosinophils
Eozinofilna pljučnica Eosinophilic pneumonia
Sy. Churg-Strauss Sy. Churg-Strauss
Alerg. bronhopulmonalna aspergiloza Allergic bronchopulmonary aspergillosis
Idiopatski fibrozirajoči alveolitis Idiopathic fibrosing alveolitis
Medikamentni alveolitis Drug alveolitis

Tab. 3. Pomnožitev limfocitov CD4 in CD8 v BAL.

Tab. 3. Increased number of CD4 and CD8 lymphocytes in BAL.

CD4
Sarkoidoza Sarcoidosis
Berilioza Beriliosis
Azbestoza Asbestosis
Mb. Crohn Mb. Crohn
CD4 and CD8
Tuberkuloza Tuberculosis
Limfangiozis karcinomatoza Lymphangiosis carcinomatosa
CD8
Ekstrinzični alergijski bronhoalveolitis Extrinsic allergic bronchioalveolitis
Silikoza Silicosis
Zdravila Drugs

zirajoči alveolitis v okviru sistemske skleroze je značilno, da so ob relativno malo znižanih pljučnih volumnih, torej ob normalnih ali malo patoloških spirometričnih vrednostih, že navzoče hujše difuzijske motnje, npr. volumni, znižani 10–20%, DL_{CO} pa že za 70%. Ugotavljanje pulmonalne hipertenzije pri DIPB nima diagnostičnega pomena, pač pa je v pomoč pri prognozi in vodenju bolnikov.

Bronhoalveolarna lavaža (BAL) je metoda, h kateri pristopimo tedaj, če se nismo mogli opredeliti za diagnozo že po drugih parametrih.

Razmerje celic v BAL je v pomoč pri tem, ali gre za pretežno limfocitni ali pa za nevtrocitni ali celo eozinofilni alveolitis. Med limfocitnimi alveolitisi so bolezni, ki jih spremlja predvsem pomnoženo število limfocitov CD4, ali spet druge, kjer se pomnoži število limfocitov CD8. Na tabelah 2 in 3 so našteje bolezni z značilnim razmerjem celic v BAL. Celični elementi v BAL so lahko diagnostični le pri limfangiozis karcinomatoza, redki histiocitosis x in prav tako redki alveolarni proteinozi (22–24).

Transbronhialna biopsija (TBB) pljuč, redkeje transtorakalna biopsija pljuč in še redkeje odprta kirurška biopsija pljuč, je zadnja stopnja diagnostike DIPB, če brez nje diagnoza ni bila mogoča. Histološki izvidi pri DIPB so večinoma nespecifični, kažejo vnetje alveolarnih sten, v pomoč pa so za opredelitev med vnetocelično infiltracijo z granulomatoznim vnetjem ali brez in zgodnjo ali že zrelo fibroplazijo. Več informacij kot histološka slika da imunohistologija pljučnega intersticija, zlasti pri sistemskih vaskulitidih s pulmonalno prizadetostjo in pri imunskih boleznih z alveolarnimi hemoragijami (11, 12).

Primer 1: Ekstrinzični alergijski alveolitis (EABA) – Farmarska pljuča

46 let stara bolnica je že nekaj jeseni nazaj po nekaj dni do nekaj tednov suho pokašljevala in bila občasno subfebrilna. Zadnje leto se ji že od avgusta vleče bolezen, podobna »gripi«. Mučen suhi kašelj je bil povezan z dušenjem, ponoči je občasno čutila mrzlico, hkrati jo je trgalo po velikih sklepih. Občasna dušenja so prešla v stalno dispnejo, ki ji ni dala več gibati se in z velikim naporom sedaj diha že tudi v mirovanju.

S pregledom so ji ugotovili verjetnost obojestranske pljučnice in hudo pomanjkanje kisika. Kljub dolgotrajni visoki telesni tempe-

raturi pa niso ugotovili znakov respiratorne okužbe. Zato so jo poslali na pulmološko kliniko hudo dispnoično, še vedno febrilno in v težki respiracijski insuficienci.

Poklicna anamneza: gospodinja na kmetiji, kjer se ukvarja s poljedelstvom in živinorejo, dela tako na polju kot tudi v hlevu. Iz kliničnega statusa: temperatura 39°C, frekv. dihanja 34/min. Huda dispneja in centralna cianoza, višje ležeči, slabo pomični preponi, pri avskultaciji gosto drobno inspiratorno pokanje, od baze do lopatic, pljučni poklep zvočen. RR 140/80, radialni pulz 100/min, srčna akcija ritmična, pospešena. V plinski analizi arterijske krvi (PAAK): pH 7,46, PO₂ 6,8 kPa, O₂ saturacija 86%, PCO₂ 4,1 kPa.

Preiskave pri bolnici z EABA: SR 56 mm/h, L 12,6 G/L, DKS je kazal pomik v levo, v proteinogramu so bili zvišani alfa 2, beta in minimalno globulini gama, ACE in ANA negativna, v krvi so bili navzoči precipitini proti antigenom plesnivega sena. V pljučni funkciji je bila VC zmanjšana za 47%, FEV₁ za 39%, DL_{CO} je 53% norme. Celotni upor v dihalnih poteh je bil normalen, v PAAK vrednosti, navedene v predstavitvi primera 1, torej znatna hipoksemija že v miru.

RTG p. c. slika: retrahirani preponi, bilateralno je pljučni intersticij nežno retikulonodularno zadebeljen, mestoma so področja homogenih alveolarnih zgostitev pljuč. Intenzivneje spremenjene sredine in spodnja pljučna področja.

BAL: alveolarni makrofagi (AM) 13%, limfociti 78%, nevtrofilci 5%, eozinofilci 4%. AM imajo penasto citoplazmo, so dvo- ali večjedni. Med limfociti tudi posamezne plazmatke.

Histološki izvid TBB: slika difuznega muralnega alveolitisa s prizadetostjo tudi terminalnih dihalnih poti. Slika ustreza ekstrinzičnemu alergijskemu bronhioloalveolitisu oz. farmarskim pljučem.

Splošni ukrepi zdravljenja: mirovanje v postelji, aplikacija 35% kisika z masko, pouk o vzrokih njene bolezni v plesnivem materialu v poljedelstvu, kot sta plesnivo seno in plesniva koruza. Zdravila: metilprednizolon 32 mg 14 dni, nato zniževanje do vzdrževalnega odmerka 8 mg dnevno tedaj, ko je bila DL_{CO} izboljšana na 66% norme. Vzdrževalni odmerek je bil ukinjen, ko je bila DL_{CO} 75% norme.

Primer 2: Medikamentni alveolitis po soleh zlata

45-letni bolnik je dve leti bolehal za revmatoidnim artritisom (RA) in zadnjih 10 mesecev prejemal poleg nesteroidnih antirevmatikov tudi natrij-aurotiomalat (Tauredon) injekcije po 50 mg 1-krat mesečno. Dobrih 6 tednov je bil dispnoičen pri naporu, zadnja dva tedna pa že v mirovanju. V tem času so se mu pojavljale tudi rdeče pikčaste spremembe po koži udov in telesa, hkrati s febrilnostjo. Ker so v RTG sliki pljuč opazili zadebelitve intersticija, so ga s sumom na revmatoidna pljuča napotili na pulmološko kliniko. Iz kliničnega statusa: bolnik je bil dispnoičen, imel je centralno cianozo, naznačene betičaste prste, simetrične spremembe malih sklepov na rokah in stopalih, otekle koleno, telesna temperatura 37,8°C, frekv. dihanja 24/min, radialni pulz 90/min, srčna akcija ritmična, normokardna, RR 130/80. Avskultatorno grobo inspiratorno pokanje nad pljučnima bazama, preponi sta bili na normalnem mestu in respiratorno gibljivi. V PAAK pH 7,45, PO₂ 7,4 kPa, PCO₂ 4,9 kPa, O₂ saturacija 88%.

Diferencialna diagnoza: revmatična pljuča ali pa alveolitis po soleh zlata.

Preiskave pri primeru 2: SR 36 mm/h, krvna slika je bila normalna, v proteinogramu zvišani gama globulini, ACE negativen, ANA 3. Med specialnimi preiskavami Waaler-Rose 1:32. Pljučna funkcija: VC zmanjšana za 33%, FEV₁ za 19%, DL_{CO} znaša 43% norme, rezistenca v dihalnih poteh normalna. PAAK opisana v predstavitvi primera 2, torej hipoksemija in hipokapnija.

RTG p. c.: precej iregularne grobe zadebelitve alveolarnega intersticija, intenzivnejše v zgornjih področjih in sredinah. Preponi nista bili retrahirani, pljučni volumen je ostajal normalno velik.

BAL I: AM 43%, limfociti 52%, nevtrofilci 4%, AM so tudi mladih oblik z bazofilno citoplazmo. Indeks CD4/CD8 limfocitov je bil 0,14, torej CD4 znižani, CD8 povišani.

Histologija TBB: muralni fibrozirajoči alveolitis s ponekod navzočim intraalveolnim vraščanjem mladega veziva. Zadebelitev alveolarnih sten, ki so bile tu in tam bogatejše z vezivom in v njih mononuklearne celice ter posameznimi nevtrofilnimi in eozinofilnimi granulociti. Prominentna kuboidalizacija alveolnega epitela. Mestoma vtis blagih endangitičnih sprememb.

Ker se nismo mogli natančneje odločiti med alveolitom zaradi zlata in revmatoidnimi pljuči, smo napravili provokacijski test z aplikacijo Tauredona 50 mg i. m. in 24 ur kasneje ponovili BAL. BAL II je pokazal akutno povečanje števila nevtrofilcev in eozinofilcev v lavatu na račun limfocitov.

Splošni ukrepi zdravljenja: ukinitev terapije z Tauredonom, mirovanje, inhaliranje 28% kisika z masko.

Zdravila: metilprednizolon v začetnem odmerku 40 mg dnevno, N-acetylcystein (Fluimukan) 3x400 mg dnevno, Ibuprofen 2x400 mg dnevno. D-penicilamin (Artamin) začetno 2x150 mg dnevno s stopnjevanjem odmerka za 150 mg vsakih 5 dni do odmerka 600 mg dnevno (vključen zaradi fibroplazije pljuč).

Spremembe v RTG sliki so popolnoma regredirale, ob koncu zdravljenja BAL III pokaže normalno razmerje celic, to je: AM 80%, limfocitov 17%, nevtrofilcev 1%, eozinofilcev 1%, alveolarni makrofagi normalnega videza.

Ocena delazmožnosti: skozi ves postopek zdravljenja ni bil bolnik delazmožen, kasneje ugotovljena III. kategorija invalidnosti zaradi revmatoidnega artritisa.

Primer 3: Idiopatski fibrozirajoči alveolitis

44-letni bolnik je pred dvema letoma več tednov preboleval gripi podobno stanje, bil subfebrilen, tedaj so ga bolele mišice in sklepi, zbadalo ga je v prsih, suho je kašljal. Občasno je imel 2–3 dni povišano temperaturo do 38,5°C. Ugotavljali so mu bilateralno intersticijsko pljučnico in ker le-ta ni dobro regredirala, so svetovali pulmološke kontrole. Na kontrolo je šel dve leti kasneje, zato ker je postajal vse huje dispnoičen, cianotičen, skoraj nezmožen telesnega gibanja. Občasno ga še vedno boljše posamezni sklepi. Prsti so se zadebelili, neproduktivno je kašljal, shujšal za nekaj kg, ni imel apetita, v prsih ga je zbadalo.

Iz kliničnega statusa: huda dispneja, frekv. dihanja 36/min, dihanje je bilo plitvo, izražena centralna in periferna cianoza, razviti so bili betičasti prsti, pljučni bazi višje položeni, komaj pomični. Nad vsemi pljuči slišni glasni, ostri endinspiratorni drobni poki. Srčna frekv. 112/min, nad pulmonalno arterijo cepljen 2. ton, vidne sinistropigastrične pulzacije. Psihično je bil nemiren, bori se za zrak. RR 110/70. Radialni pulz 112/min. Bolnik je bil afebrilen. V PAAK pH 7,42, PO₂ 6,4 kPa, O₂ saturacija 85%, PCO₂ 3,8 kPa. Preiskave: SR 48 mm/h, krvna slika je bila normalna, v proteinogramu lahko zvišani gama globulini, ACE negativen, ANA 1.

V pljučni funkciji: vitalna kapaciteta je bila zmanjšana za 65%, FEV₁ zmanjšana za 57%, DL_{CO} znižana na samo 29% norme. V PAAK kot navedeno v predstavitvi primera 3, torej huda hipoksemija in hipokapnija.

RTG p. c. slika: više položeni preponi, zmanjšan celotni pljučni volumen, pljučni intersticij grobo retikularno, v bazalnih področjih deloma retikularno zadebljen, deloma zadebljen tako, da so bili v mrežu vidni cistični prostori kot čebelje satje. Intersticijske zadebelitve so bile intenzivne, grobe, tako da je v pljučih videti deloma nakazan zračni bronhogram dihalnih poti.

BAL: AM 50%, limfocitov 24%, nevtrofilcev 12%, eozinofilcev 14%. AM so tudi mladih oblik dvo- do trojedni, nimajo penaste citoplazme.

Histologija TBB: intenzivno, difuzno neenakomerno izražen fibrozirajoč muralni alveolitis, kjer je med otočkasto do difuzno mononuklearnocelično infiltracijo dominirala tudi pomnožitev mladega veziva in zrelega kolagena, tudi kuboidalizacija alveol-

nega epitela. Vezivo je preraščalo tudi alveolne prostore, ki so se ponekod formirali v cistam podobne prostore.

Splošni ukrepi zdravljenja: mirovanje, aplikacija 40% kisika z masko, evidenca režima užitih in izločenih tekočin in spremljanje kardiovaskularnih funkcij, lahko prebavljiva, visoko kalorična hrana 6-krat dnevno.

Zdravila: metilprednizolon, v začetnem odmerku 60 mg, zniževanje pričnemo šele v tretjem mesecu zdravljenja, in to le do vzdrževalnega odmerka med 20 in 28 mg dnevno. Aplicirali smo še teofilin 250 mg na 6 ur i. v., furosemid sprva 1, kasneje 2 ampuli po 20 mg dnevno, Aldactone 100 mg dnevno ter Fluimukan oz. N-acetylcystein 3 × 600 mg dnevno.

Ciklofosfamid (Endoxan) smo aplicirali v odmerku 1400 mg v infuziji 500 ml fiziološke raztopine vsake tri tedne.

Principi zdravljenja DIPB

Splošni ukrepi

vključujejo v primerih znanih vzrokov DIPB predvsem odstranitev oz. prenehanje ekspozicije, prenehanje jemanja zdravila, natančno preučitev, kje vse je bil bolnik izpostavljen toksini.

– V primerih DIPB mora bolnik opustiti telesni napor ali pa kar absolutno mirovati.

– Ocenimo PAAK in po potrebi apliciramo kisik.

– Ocenimo hidracijo organizma in stanje srca, krvnega obtoka, elektrolitov, acidobaznega razmerja.

– Bolniku omogočamo pogoje, v katerih bo čim lažje zmožal naporno dihalno delo. To vključuje tudi lahko prebavljivo, a dovolj kalorično hrano v šestih obrokih.

Medikamentno zdravljenje

a) Obsežno difuzno vnetje pljuč je indikacija za protivnetna zdravila, kot so nesteroidni antirevmatiki, antioksidanti, predvsem N-acetilcistein, vitamin C. Vnetje v alveolarnem področju pljuč prizadene tudi najmanjše ožilje, pljučne kapilare, kjer se zaradi sprememb endotela ustvarijo pogoji za trombozacije, zato je indiciran heparin, ki zavira tudi aktivacijo nekaterih celic v vnetni kaskadi, ki so jo začeli vzburjeni alveolarni makrofagi.

b) Kortikosteroidi, med katerimi pri DIPB danes praviloma uporabljamo metilprednizolon (Medrol, Nirypan, Lemod, Urbason). Kortikosteroidi so najpogostejše uporabljeno zdravilo pri DIPB in so indicirani, kadar gre za intenzivno vnetno celično infiltracijo oz. za imunološko vnetje v tem področju (31). Pri EABA niso vselej nujni, saj je v akutnih oblikah dovolj že prenehanje ekspozicije. Enako velja za medikamentozne alveolitise. Vseeno pa tudi pri teh dveh entitetah intenzivno alveolarno vnetje indicira zavreti vzburjenje celic v alveolarnem intersticiju vsaj za kratek čas. S kortikosteroidi preprečimo sočasno ali posledično vzburjenje celic, ki so lahko producenti kolagena oz. fibroze. Odmerjanje kortikosteroidov je pri različnih DIPB različno in pri vsakem bolniku pravzaprav individualno, saj se ravnamo po ugotovitvah med spremljanjem bolezni in po začetnem odzivu na kortikosteroide.

c) Imunosupresivna in imunomodulirajoča zdravila, med katerimi največ uporabljamo ciklofosfamid (Endoxan) in azathioprin (Imuran), redkeje pa metotreksat in ciklosporin A (32, 33).

d) Zdravila, ki zavirajo fibroplazijo, med katerimi je v rabi pri nas D-penicilamin (Metalkaptaze, Artamin). Slednja so indicirana tedaj, kadar so v rentgenski sliki, natančneje pa v histološki sliki pljuč navzoči elementi mlade kolagenoplazije alveolarnega intersticija poleg vnetnocelične infiltracije (32, 34).

Spremljanje bolnika med zdravljenjem

V kliničnem statusu spremljamo stopnjo centralne cianoze, predvsem pa frekvenco dihanja in stopnjo dispneje oz. napornost dihalnega dela. Največ nam pove zmanjševanje frekvence dihanja,

ki kaže na izboljšanje. RTG p. c. kontrole pri DIPB niso smiselne pogosto in se zanje odločamo le ob posebnih mejnikih zdravljenja, npr. v terminu začetnega zniževanja kortikosteroidov in nato v začetku prehoda na vzdrževalni odmerek, ter morebitno še ob koncu zdravljenja.

Pogostejše spremljamo teste pljučne funkcije, in to spirometrijo, DL_{CO} in PAAK. Subtilnejše preiskave, kot so merjenje compliance pljuč, rutinsko ne delamo. Pri posebej neugodno potekajočih primerih nam nadaljnje določanje terapevtskih odmerkov zdravil in drugih ukrepov pomaga tudi kontrolna BAL. Zanj se skoraj ni potrebno odločati v primerih EABA, pač pa pri primerih nejasne DIPB, ko še ni zanesljiva diferencialna diagnoza in še ni določena definitivna terapija, potek bolezni pa neugoden. Še največkrat je spremljanje tudi z BAL potrebno pri IFA, kjer je zdravljenje celoživljenjsko. BAL je tudi del provokacijskih testov.

Kako dolgo bolnika zdravimo

Akutne oblike EABA zdravimo 2–3 mesece, subakutne oblike do pol leta, enako velja za medikamentne alveolitise. IFA zdravimo celo življenje, saj je neozdravljiva bolezen in vitium artis je z zdravljenjem prenehati.

Ocenjevanje delazmožnosti

Bolnik ni zmožen za delo oz. kakršenkoli telesni napor, dokler ima navzoče motnje difuzije plinov, torej zmanjšano difuzijsko kapaciteto, dokler je dispnoičen tudi subjektivno in dokler se pojavlja pri telesnem naporu hipoksemija v arterijski krvi.

Zaključki

1. Uporna dispneja pri telesnem naporu, hoji po stopnicah, spremljana s suhim kašljem, je suspektna za DIPB.
2. EABA ima med vsemi DIPB najboljšo prognozo takoj, ko spoznamo njen vzrok in odstranimo antigen. Enako velja za medikamentni alveolitis.
3. Progredientna DIPB z dispnejo, suhim kašljem pri bolniku, ki razvije tudi betičaste prste in nima znamenj za kakšno sistemsko bolezen veziva, je najverjetneje IFA.
4. IFA zahteva celoživljenjsko zdravljenje z zelo differentnimi zdravili pri specialistu pulmologu. Najpomembnejše je odrediti termin in odmerek zdravil vzdrževalnega zdravljenja. V ireverzibilni progresiji bolezni je indicirano trajno zdravljenje s kisikom na domu.
5. Različne sistemske bolezni veziva lahko spremlja DIPB, podobna je IFA v začetnih stopnjah. Vendar je pri bolnikih z znano SBV možen vzrok za DIPB tudi v prejetih zdravilih.

Literatura

1. DeRemee RA. Diffuse interstitial pulmonary disease from the perspective of the clinician. *Chest* 1987; 92: 1068-73.
2. Snider GL. Interstitial pulmonary fibrosis. Environmental or idiopathic? *Hosp Pract* 1985; June 15: 94C-94HH.
3. Loddenkemper R, Cegla UH, Costabel U et al. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie: Empfehlungen zum diagnostischen Vorgehen bei diffusen Lungenerkrankungen. *Pneumologie* 1993; 47: 473-8.
4. Meier-Sydow J. Recognition and differential diagnosis of cryptogenic interstitial lung diseases. *Eur J Respir Dis* 1983; 64: Suppl 126: 67-70.
5. Baerwald Ch, von Wichert P. Interstitielle Lungenerkrankungen. 1. Diagnostik. *Internist Prax* 1990; 30: 235-42.
6. Roos N, Diederich S, Auffermann, Vassallo P, Peters PE. Interstitielle Lungenerkrankungen: konventionelle Radiologie versus Computertomographie. *Atemw-Lungenkrh* 1992; 18: 204-10.
7. Du Bois R. Fibrosing alveolitis. *Practitioner* 1993; 237: 782-8.
8. Selman M, Chapela R, Raghu G. Hypersensitivity pneumonitis: clinical manifestations, pathogenesis, diagnosis, and therapeutic strategies. *Semin Respir Med* 1993; 14: 353-64.
9. King TE Jr. Idiopathic pulmonary fibrosis. In: Schwarz MI, King TE Jr. *Interstitial lung disease*. Toronto-Philadelphia: B. C. Dekker, 1988: 139-69.

10. Temmesfeld-Wollbrück B, Morr H, Suttrop N, Altmannsberger M, Seeger W. Drei Fälle von foudroyant verlaufender idiopathischer Lungenfibrose (Hamman-Rich-Syndrom). *Pneumologie* 1993; 47: 573-8.
11. Mušič E. Interstitial lung diseases in systemic connective tissue diseases (Collagenosis). In: *Pnevmologija '92. Interstitial lung diseases. International postgraduate course. Trieste: 1992: 137-61.*
12. Mušič E, Vizjak A, Ferluga D, Šorli J. Immunkomplexdeposite in der Diagnostik interstitieller Lungenerkrankungen. *Pneumologie* 1992; 46: 444-5.
13. Mušič E. Preprečevanje restriktivnih pljučnih bolezni. *Med Razgl* 1991; 30: Suppl 3: 123-33.
14. Munk PL, Müller NL, Miller RR, Ostrow DN. Pulmonary lymphangitic carcinomatosis: CT and pathologic findings. *Radiology* 1988; 166: 705-9.
15. Misera S, Torresi U, Menichetti ET et al. Lymphangitic carcinomas of the lung as presentation of prostatic cancer. A case report. *Tumori* 1991; 77: 86-9.
16. Johkoh T, Ikezoe J, Tomiyama N et al. CT findings in lymphangitic carcinomatosis of the lung: correlation with histologic findings and pulmonary function tests. *AJR* 1992; 158: 1217-22.
17. Mušič E. Bolezni pljučnega parenhima. In: Kocijančič A, Mrevlje F ur. *Interna medicina*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1993: 282-300.
18. Costabel U, Teschler H, Konietzko N. Differentialdiagnostik generalisierter Lungenparenchymerkrankungen: Klinische Synopsis. In: Konietzko N, Costabel U, Müller K-M hrg. *Generalisierte Lungenparenchymerkrankungen*. Darmstadt: Steinkopff Verlag, 1990: 83-105.
19. Mootosamy I, Reznick RH. Computed tomography scanning of the thorax. *Br J Hosp Med* 1993; 50: 95-104.
20. Müller NL, Miller RR. Computed tomography of chronic diffuse infiltrative lung disease. Part 1. *Am Rev Respir Dis* 1990; 142: 1206-15.
21. Müller NL, Miller RR. Computed tomography of chronic diffuse infiltrative lung disease. Part 2. *Am Rev Respir Dis* 1990; 142: 1440-8.
22. Teschler H, Costabel U. Lungenparenchymerkrankungen: Differenzierung mittels bronchoalveolärer Lavage. In: Konietzko N, Costabel U, Müller K-M hrg. *Generalisierte Lungenparenchymerkrankungen*. Darmstadt: Steinkopff Verlag, 1990: 48-74.
23. Mušič E, Šifrer F, Šorli J, Debeljak A, Mermolja M. Klinische Evaluation der Lungenkrankheiten mit mehr als 50% der Lymphozyten in BAL. *Atemw-Lungenkrkh* 1992; 18: 338-8.
24. Müller-Quernheim J. Die bronchoalveoläre Lavage: Ein Zugang zur Immunpathogenese interstitieller Lungenerkrankungen unbekannter Ätiologie. *Pneumologie* 1993; 47: 289-302.
25. Stankus RP, Deshazo RD. Hypersensitivity pneumonitis. In: Schwarz MI, King TE Jr. Hrg. *Interstitial lung disease*. Toronto-Philadelphia: B. C. Dekker, 1988: 111-21.
26. Rosenow EC, Martin WJ. Drug-induced interstitial lung disease. In: Schwarz MI, King TE Jr. Hrg. *Interstitial lung disease*. Ibid. 123-37.
27. Zitnik RJ, Cooper AD. Pulmonary disease due to antirheumatic agents. *Clin Chest Med* 1990; 11: 139-50.
28. Israel-Biet D, Labrune S, Huchon GJ. Drug-induced lung disease: 1990 review. *Eur Respir J* 1991; 4: 465-78.
29. Walker Smith GJ. The histopathology of pulmonary reactions to drugs. *Clin Chest Med* 1990; 11: 95-117.
30. Müller K-M, Theile A. Pathologie und Pathogenese der Rheumalunge. *Pneumologie* 1993; 47: 336-43.
31. Meier-Sydow J, Rust M. Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten bei Alveolitis/Lungenfibrose. In: Dorow P, Hetzer R Hrg. *Glukokortikosteroide in der Pneumologie. Herz-Lungen-Transplantation*. Berlin-New York: Walter de Gruyter, 1990: 53-65.
32. Du Bois RM. Management of fibrosing alveolitis. *Br J Hosp Med* 1992; 47: 680-3.
33. Bowman H, Lennard TWJ. Immunosuppressive drugs. *Br J Hosp Med* 1992; 48: 570-7.
34. Mivšek-Mušič E. Imunoserološka in imunohistopatološka diagnostika difuznih intersticijskih pljučnih bolezni. Disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1984.

Pismo uredništvu/Letter to the editor

DOSTOPNOST PRENATALNE DIAGNOSTIKE V SLOVENIJI

Anamarija Brezigar

Debevec in Canki-Klain sta v članku Prenatalna diagnostika kromosomskih anomalij v Sloveniji, objavljenem v februarški številki Zdravniškega vestnika, opozorili na velik pomen prenatalne diagnostike kromosomskih napak (1). V odličnem prikazu 1834 primerov prenatalne diagnostike sta opisali izkušnje in dileme, ki se odpirajo pri izvajanju takšne diagnostike. Na nekatere vidike iz njune razprave pa lahko pogledamo tudi iz drugih zornih kotov.

Z medicinskega stališča je prenatalna kariotipizacija visoko specifična, občutljiva in relativno varna preiskava, s katero ugotavljamo kromosomske napake ploda (2). Povezana je s tveganjem spontanega splava zaradi invazivne metode odvzema plodovnice. Prevenција koncepcije ploda s kromosomsko napako ni možna. Zgodnja diagnostika omogoči staršema, da se lahko odločita za prekinitev nosečnosti ali pa da se odgovorno pripravita za rojstvo prizadetega otroka.

Cilj medicinske genetike je preprečiti ali zmanjšati trpljenje zaradi genetskih bolezni ali napak (3). Novorojenčki z neuravnoteženo kromosomsko napako imajo razen v primeru anomalije spolnih kromosomov strukturne napake različnih organov in globalno okvarjeno možgansko funkcijo.

Genetiki in porodničarji se trudimo, da bi pacientke celovito in objektivno seznanili s tem problemom. Odločitev za ali proti prenatalni preiskavi pa sprejmeta starša, ki bosta otroka negovala in vzgajala. Sama tvegata rojstvo otroka s kromosomsko napako in tudi nosita breme možne izgube ploda. Spoštovanje in zaščita osebnih odločitev staršev v zvezi s reprodukcijo je že uveljavljen pristop genetskega svetovanja in bistvena sestavina predloga kodeksa medicinske genetike (3).

Izkušnje so pokazale, da se večina staršev s tveganjem, da se jim rodi bolan ali okvarjen otrok, odloči za prenatalno diagnostiko, če je ta možna, dostopna in če so z njo seznanjeni.

Najpogostejše ugotovljena kromosomska napaka je trisomija 21 ali Downov sindrom (DS), ki je najpogostejši posamezni vzrok duševne prizadetosti tudi pri nas. Incidenca je bila 1992. leta 1/724 rojstev. Pričakovana življenjska doba živorojenih otrok, med katero potrebujejo trajno nego, je 55–60 let, incidenca Alzheimerjeve bolezni pri njih je visoka (4).

V Sloveniji omogočamo prenatalne kromosomske preiskave (PKP) prenašalkam ali partnericam prenašalcev uravnoveženih kromosomskih preureditev, ženskam, ki so že rodile otroka s kromosomsko napako, nosečnicam, pri katerih so bile z UZ ugotovljene napake pri plodu, in nosečnicam, starejšim od 37 let. V tej starosti rojeva 3,2% naših nosečnic. Od 1987–1991 se je rodilo 92 otrok z DS, od teh 15 porodnicam, starim nad 37 let, sedmim materam, starim 35 in 36 let, in 70 mlajšim materam (5). S PKP so v službi za medicinsko genetiko Ginekološke klinike v Ljubljani diagnosticirali 14 plodov z DS. Vse matere so se odločile za prekinitev nosečnosti.

Na podlagi teh števil lahko ugotovimo, da smo v preteklem petletnem obdobju opravili preiskave pri manj kot polovici (33%) najbolj ogroženih žensk, starejših od 37 let, da so tudi 35 in 36 let stare nosečnice nedvomno ogrožene in da se številčno največ otrok z DS rodi mlajšim nosečnicam. Vzrok za to je veliko večja rodnost (95%) pri ženskah, mlajših od 35 let, sicer majhnim subjektivnim tveganjem.

Razveseljivo je, da so 1992. leta s PKP zajeli že 66% najbolj rizične skupine nosečnic, starih več kot 37 let. Seznanjenost z možnostjo preiskav se torej hitro povečuje.

Kako bi lahko takšno situacijo še izboljšali?

Številne evropske države, pa tudi ZDA so omogočile PKP približno 5% nosečnic, ki so stare več kot 35 let. Velik vpliv na njihove odločitve je imela evropska kolaborativna študija (6), ki je pokazala, da je verjetnost, da ugotovimo katerokoli kromosomsko anomalijo pri 35 let stari nosečnici ob amniocentezi 0,9% oziroma 1/110 (3). Številne stroškovne študije so pokazale upravičenost teh preiskav (7–9).

Pritisk nosečnic in zdravnikov na genetsko službo, da se starostna meja tudi pri nas zniža, kot ga opisujeta Debevec in Canki-Klain (1), je zato razumljiv, vendar obstoječe kapacitete zaenkrat edinega delujočega prenatalnega diagnostičnega centra pri nas na Ginekološki kliniki v Ljubljani tega žal ne omogočajo.

Avtorici se v razpravi sprašujeta, ali naj to preiskavo sploh predlagata ženskam, mlajšim od 37 let, saj so kromosomske napake pri njihovih otrocih redkejšje kot nekatere druge, npr. prirojene malformacije ob rojstvu in nevrološke okvare (1).

Mnenje številnih strokovnjakov (6, 10) in tudi moje je, da moramo vse nosečnice, starejše od 35 let, seznaniti z večjo možnostjo rojstva otroka s kromosomsko napako, ki se izraža s težko duševno prizadetostjo, in jim z ustreznimi razširitev kapacitet omogočiti prenatalno diagnostiko, če jo želijo.

Večina prirojenih okvar sicer res ne nastane zaradi genetskih vzrokov. Izvirajo iz revščine, slabe prehrane, škodljivih vplivov okolja in pomanjkljivega prenatalnega varstva. Zaradi njih so novorojenčki različno prizadeti. Nujno je, da družba posveti tem problemom največjo pozornost. Genetske službe so del razvitega prenatalnega varstva nosečnic (3).

Tudi perinatalne nevrološke okvare so samo deloma genetske (11). Diagnozo lahko postavimo šele po rojstvu, PKP pa omogočajo ugotovitev kromosomske napake pri otroku že v zgodnji nosečnosti in omogočijo staršem odločitev za prekinitev nosečnosti, če takšnega otroka ne morejo sprejeti. Primerjava nevroloških okvar s kromosomskimi napakami se mi zdi zato neustrezna.

V zadnjem obdobju v tujini pospešeno uvajajo biokemični screening na podlagi analize alfa fetoproteina (AFP), beta-horionskega gonadotropina (β hCG) in nekonjugiranega estriola (uE 3) iz seruma nosečnic za detekcijo DS. V primeru takšne nosečnosti sta AFP in uE 3 v drugem trimestru v serumu znižana, in sicer prvi na 0,72 multiple mediane (MoM), drugi na 0,73 MoM, β hCG pa je zvišan na 2,04 MoM, značilne za teden gestacije (12). Cilj biokemičnega presejalnega testa za Downov sindrom je učinkovitejša izbira skupine nosečnic vseh starosti z največjim tveganjem za rojstvo bolnega otroka, ki jim upravičeno ponudimo diagnostični test PKP, ne da bi povečali število opravljenih preiskav.

Različne študije kažejo, da ob uporabi teh programov ob enakem številu amniocentez odkrijejo najmanj dvojno število nosečnosti z DS (4). Uporaba UZ pri določitvi gestacijske starosti in upoštevanje starosti in teže pacientke poveča detekcijo na 67% (13). Detekcija je najbolj učinkovita pri starejših nosečnicah. Te se lahko ob ugotovitvi majhnega tveganja izognejo amniocentezi, saj najtežje nadomestijo možno izgubo ploda zaradi odvzema plodovnice. Z

boljšo detekcijo postane prenatalna diagnostika tudi cenejša, kot če izberemo rizično skupino samo na osnovi starosti nosečnice (4). Ker bi z uporabo takšnega presejevanja lahko bistveno izboljšali možnost sekundarne prevencije DS tudi pri nas, pripravljamo raziskavo, ki bo določila normale za AFP, uE 3 in hCG v drugem trimestru nosečnosti v naši populaciji nosečnic in ugotovila njihovo uporabnost za detekcijo DS.

Pri načrtovanju strategije prenatalne diagnostike moramo misliti seveda tudi na materialne možnosti naše družbe (1). Sredstva, namenjena za zdravstvene dejavnosti, so žal omejena, državo pa bremenijo tudi visoki stroški nege, zdravljenja in socializacije duševno prizadetih oseb. Izračunali so, da stane otrok z DS za časa življenja družbo povprečno 465.500 \$ (14).

V nasprotju z Nizozemsko, katere demografske trende analizirata Debevec in Canki-Klain (1), se Slovenija demografsko stara. V zadnjem desetletju povprečna starost porodnic opazno narašča (5). Trenutno pri nas še vedno deluje samo prenatalni diagnostični center na Ginekološki kliniki v Ljubljani. Ponaša se v visoko strokovnostjo prenatalne kromosomske diagnostike kljub kritični preobremenjenosti premajhnega števila zaposlenega osebja. Pričakujemo, da bo v kratkem pričel z delom tudi mariborski prenatalni diagnostični center. Preden pa bo učinkovito razbremenil ljubljansko Ginekološko kliniko, bo preteklo še nekaj časa.

Ali bomo morali do takrat tudi najbolj ogroženim nosečnicam odreči možnost prenatalnih kromosomskih preiskav?

Prav kmalu bodo morale na ti dve zastavljeni vprašanji poleg tistih, ki to diagnostiko izvajajo, odgovoriti tudi zdravstvene oblasti in odločiti, kakšno vlogo in obseg bodo v bodoče imele genetske službe pri nas, saj je ta dejavnost zelo koristna družinam in družbi v prevenciji najpogostejših genetskih bolezni.

Literatura

1. Debevec M, Canki-Klain N. Prenatalna diagnostika kromosomskih anomalij v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 1994; 63: 61-6.
2. Golbus MS. Prenatal diagnosis availability. *Am J Med Gen* 1992; 42: 800-0.
3. Wertz DC, Fletcher JC. Proposed: an international code for ethics for medical genetics. *Clin Genet* 1993; 44: 37-43.
4. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Report of the working party on biochemical markers and the detection of Down's syndrome. *RCOG Press* 1993; 7-60.
5. Pajtar M, Verdenik I. Slovenska perinatologija v številkah za obdobje 1987-1991. Ljubljana: Ginekološka klinika, 1992: 1-98.
6. Ferguson-Smith MA, Yates JRW. Maternal specific rates for chromosome aberrations and factors influencing them: Report of a collaborative European study on 52,965 amniocenteses. *Prenat Diagn* 1984; 4 Spec Iss.: 5-44.
7. Mikkelsen M, Nielsen G. In: Boue A ed. *Prenatal diagnosis/Diagnostic prenatal*. Paris: INSERM 1976; 61: 283-9.
8. Conley R, Milunsky A. The economics of prenatal diagnosis. In: Milunsky A ed. *The prevention of genetic disease and mental retardation*. London and Toronto: W. B. Saunders Co. 1975; 20; 442-5.
9. Goldstein H, Philip J. A cost benefit analysis of prenatal diagnosis by amniocentesis in Denmark. *Clin Genet* 1990; 37: 241-63.
10. Gardner RJM, Sutherland GR. In: *Chromosome abnormalities and Genetic counselling*. New York, Oxford: Oxford University Press 1989: 190-1.
11. Naeye RL, Peters EC, Bartolomew et al. Origins of cerebral palsy. *Am J Dis Child* 1989; 143: 1156-61.
12. Wald NJ, Cuckle HS, Densem JW et al. Maternal serum screening for Down's syndrome in early pregnancy. *BMJ* 1988; 297 (6653): 883-7.
13. Wald NJ, Cuckle HS, Densem JW et al. Maternal serum screening for Down's syndrome: the effect of routine ultrasound scan determination of gestational age and adjustment for maternal weight. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 144-9.
14. Seror V, Muller F, Moatti JP et al. Economic assessment of maternal serum screening for Down's syndrome using human chorionic gonadotropin. *Prenat Diagn* 1993; 92: 281-2.

Pismo uredništvu/Letter to the editor

HALUCINACIJE PO KLONIDINU

Igor Koren

Uvod

Klonidin je centralni alfa 2 adrenergični agonist, ki z nižanjem tonusa simpatikusa niža arterijski krvni tlak ter upočasnjuje srčno akcijo (1). Uporablja se za zdravljenje arterijske hipertenzije, v nižjih odmerkih pa za preprečevanje migrene, v sklopu odvajanja zasvojenosti od opiatov, kot stimulans izločanja ravnega hormona, kot feokromocitomski zaviralni test... (2-5). Ima relativno pogoste stranske učinke, med katerimi so najpogostejši vrtočlavičica, suha usta, glavobol, zaprtost, ortostatska hipotenzija, depresija, evforija, bradikardija, motnje v spanju z morečimi sanjami in izguba libida (6).

Prikaz primera

52-letna bolnica ima depresivno nevrozo, zaradi katere se zadnja leta zdravi s tetracikličnimi antidepresivi (maprotilin – Ladiomil 75 mg dnevno). Zaradi primarne arterijske hipertenzije in levostranskega popuščanja hipertonega srca jemlje dve leti enalaprilov maleat (Olivin) 40 mg dnevno ter furosemid 40 mg dnevno.

Na naš oddelek je bila sprejeta zaradi supraventrikularne tahikardije z odgovorom prekatov 208 na minuto in nemerljivim krvnim tlakom. Po uspešni elektrokonverziji srčnega ritma smo zaznali sinusni ritem ter postopni dvig krvnega tlaka v normotenzivno in kasneje hipertenzivno območje. Zaradi slednjega smo še isti dan uvedli doksazosin mesilat (Tonocardin) do končnega odmerka 8 mg dnevno, ki smo ga dosegli po osmih dneh zdravljenja. Že drugi dan hospitalizacije je bila bolnica hemodinamsko stabilna, psihično urejena, hvaležna za pomoč, ki jo je prejela dan poprej.

Tretji dan hospitalizacije je bolnica dobila ob ponovnem porastu krvnega tlaka še dodatno 0,15 mg klonidina (Catapresan, Boehringer Ingelheim).

Krvni tlak ji ni padel, ampak je po sedmih urah narasel. Po devetih urah je bolnica dobila slušne halucinacije, zagon depresivnega stanja ob bistri zavesti. Navajala je klevetanja osebja, da je noseča in da hoče splaviti. Uvedli smo ji nevroleptik (haloperidol – Haldol). Po 24 urah se je stanje popolnoma umirilo. Bolnica se vsega spominja in je do svojega obnašanja kritična.

Razpravljanje

Depresija je relativno pogost stranski učinek zdravljenja s klonidinom (1). V prikazu tega primera ugotavljamo dva stranska

učinka tega zdravila. Prvi je njegov antagonizem s tetracikličnimi antidepresivi, kjer ugotavljamo paradoksn dvig krvnega tlaka kot posledica centralne in periferne interakcije obeh zdravil (7, 8). Tudi pri naši bolnici je bil klonidin kot antihipertonik neučinkovit. Drugi stranski učinek je pojav slušnih halucinacij že po zaužitju 0,15 mg klonidina. Te so v literaturi zelo redko opisane.

Kljub računalniški poizvedbi na Inštitutu za Biomedicinsko informatiko v Ljubljani smo našli podoben primer le leta 1980 (9). Ta članek opisuje pojav halucinacij pri treh poprej duševno zdravih oseb. Vsem so po prenehanju terapije s klonidinom halucinacije prenehale. Dva sta jemala terapijo pred tem dolgo časa, le pri enem so se pojavile halucinacije že 48 ur po pričetku jemanja 0,1 mg klonidina dnevno.

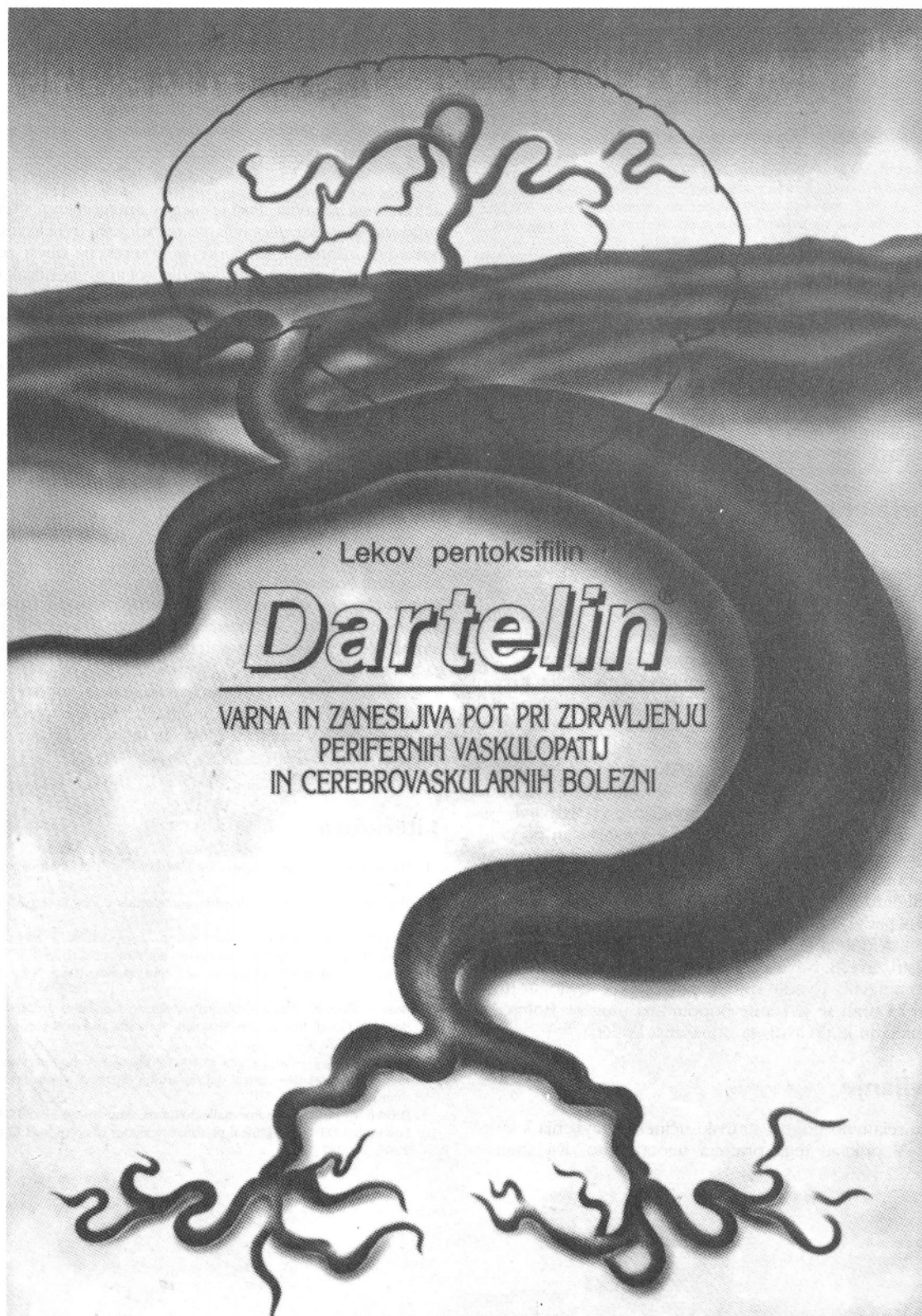
Pri naši bolnici je že ena tabletk 0,15 mg klonidina sprožila opisani potek! Zanimivo je tudi to, da so vključno z našo bolnico vsi bolniki ženskega spola. Te povezave si ne znamo razlagati.

Po peroralnem dajanju se klonidin dobro resorbira in doseže višek serumske koncentracije po 3-5 urah, razpolovna doba njegovega izločanja pa je 6-24 ur (10). Glede na opisano farmakokinetiko je razumljivo, zakaj so bolničine težave izzvenele po 24 urah. Vprašanje je, če so nevroleptiki kaj pripomogli k ugodnemu razpletu.

Naš zaključek je, da so halucinacije realen, vendar redek stranski učinek zdravljenja s klonidinom. Preden ga uvedemo, moramo bolnike skrbno izprašati glede halucinacij in depresij v njihovi preteklosti.

Literatura

1. Martindale. The extra pharmacopoeia. London: The Pharmaceutical Press, 1993: 348-52.
2. Migliore A et al. Diabetic diarrhea and clonidine. Ann Intern Med 1988; 109: 170-1.
3. Suri D et al. Clonidine for short stature. Lancet 1988; 1: 508-8.
4. Gold MS et al. Clonidine and opiate withdrawal. Lancet 1980; 11: 1078-9.
5. Bravo EL, Gifford RW. Diagnosis of pheochromocytoma. N Engl J Med 1985; 31: 724-5.
6. Bear R, Steer K. Pseudo-obstruction due to clonidine. Br Med J 1976; 1: 197-7.
7. Briant RH et al. Interaction between clonidine and desipramine in men. Br Med J 1973; 1: 522-3.
8. Gudert-Remy U et al. Lack of interaction between the tetracyclic antidepressant mepotiline and the central acting antihypertensive drug clonidine. Eur J Clin Pharmacol 1983; 25: 595-9.
9. Brown MJ et al. Clonidine hallucinations. Ann Intern Med 1980; 93: 456-7.
10. Lowenthal DT et al. Clinical pharmacokinetics of clonidine. Clin Pharmacokinet 1988; 14: 287-310.



· Lekov pentoksifilin ·

Dartelin[®]

VARNA IN ZANESLJIVA POT PRI ZDRAVLJENJU
PERIFERNIH VASKULOPATIJ
IN CEREBROVASKULARNIH BOLEZNI

Ⓢ lek tovarna farmacevtskih in
kemičnih izdelkov, d.d.
Ljubljana

Medikohistorična rubrika

UTRINKI S POTI PO SLEDEH ŽIVLJENJA IN DELA PROF. DR. K. J. STAROVASNIKA

Freiburg in Breisgau

Zvonka Zupanič-Slavce

Številne močne osebnosti slovenskega rodu skoraj do 20. stoletja niso našle možnosti za svoje univerzitetno delovanje na rodni grudi. Pota so jih običajno vodila do bližnjih vseučiliških mest srednje Evrope, kjer so na Dunaju, v Pragi, Padovi in drugod sprejemali nova znanja, nato pa so jih različne življenjske poti vodile tja, kjer jih je čakal kruh.

V časovni in prostorski odmaknjenosti so imena nekaterih zbledele, druga so zatonila v pozabo, dandanes pa, ko slovenski narod ob pridobitvi državnosti bolj kot kdajkoli prej išče svoje korenine, brska po zgodovini in poskuša iz anonimnosti potegniti vidna dejanja narodove preteklosti, je prav, da se tem poskusom pridružimo tudi medicini in osvetlimo like naših kolegov, ki so na tujem plodno delovali in častno zastopali svoj narod.

Zgodovinarji medicine se trudimo predstaviti Perlacha, Gerbca, Žagarja, Plenčiča, Starovasnika in druge pomembne slovensko govoreče zdravnike, ki so delovali kot profesorji na tujih medicinskih fakultetah, kot njihovi dekani, rektorji vseučilišč v tujini, protofiziki in zdravniki ob bolniških posteljah.

Kamničani in njihov Klub intelektualcev z doktorjem prava g. Svetozarjem Frantarjem in dr. Nikom Sadnikarjem na čelu so si zadali, da odstranijo tančice skrivnostnosti in neznanja z lika Karola Jurija Starovasnika, rojenega 9. aprila 1748 na Malem gradu (Klein Fest) nad Kamnikom. Nekaj let se je dr. Frantar trudil skrbno zbirati gradivo, iskal je po arhivih v Kamniku, Ljubljani, pa na Dunaju, v Innsbrucku in Freiburgu ter zbral toliko podatkov, da je lahko z veliko mero zanesljivosti poročal o njegovi življenjski poti in številnih pomembnih dejanjih v njej.

Njihova pobuda nas je pripeljala do ekskurzije, ki smo jo skupno organizirali Inštitut za zgodovino medicine in Sekcija upokojenih zdravnikov pri Slovenskem zdravniškem društvu s predsednico dr. Vrančičevo. Odpravili smo se v Freiburg in Breisgau v Nemčiji, kjer je prof. Starovasnik začel in zaključil svojo zdravniško kariero.

Muhasti mesec april (17.–19.) nas je s soncem in oblaki spremljal od Ljubljane prek Salzburga in Münchna, mimo Luthrovega Augsburga, kjer so bile tiskane prve slovenske knjige, in Stuttgarta vse do Freiburga. Obsežna pot prvega dne nam ni dovoljevala ravno dolgih postankov; ustavili smo se le v Münchnu in Dachauu.

Dr. Sadnikar je bil za vse udeležence ekskurzije pravi vodič: vso pot si je prizadeval približati nam tamkajšnje dežele, njihove kulturnozgodovinske, umetnostne, etnološke in medicinske posebnosti. Nas kratkočasil in vedril vzdušje v oblake zavitih predelih poti. Ob njegovem pripovedovanju so pred nami zaživele Otto der Grosse, ki je na Laškem polju pri Augsburgu premagal Madžare in leta 1255 ustanovil nemško državo, pa obdobje kneževin in francoske okupacije Nemčije, vse do nastanka nemškega Reicha, obeh svetovnih vojn, razdružitve in ponovne združitve obeh Nemčij leta 1990. Ob Chiemseeju, jezeru, slabih sto kilometrov pred glavnim mestom Bavarske, smo se spomnili na Ludwiga II., njegovo naklonjenost lepim umetnostim in pravljicno lepe gradove (Traumstein), ki jih je v svojih risankah napravil nesmrtni Walt Disney. Neredki avanturisti so po jezerskem dnu iskali zaklad, ki naj bi ga tja odvrgli Hitlerjevi privrženci po njegovem porazu. Ob postanku v Münchnu, nekdanjem Monakovem Ivane Kobilce in slovenskih impresionistov, pa so v nas zaživele arhitekturne stvaritve dveh bratov Asam (Egida Querina in Damiana) v cerkvah Sv. Johanna Nepomuka in Sv. Petra.

Nikoli več

V neposredni bližini Münchna, v le dvanajst kilometrov oddaljenem mestecu, ki so mu nekdaj vladali grofje von Dachau, se je med 1933 do 1945 zgodil zločin, eden najstrašnejših v zgodovini človeštva. Hitler in Himmler sta v prostore opuščene smodnišnice pričela voziti Žide, Cigane, ujetnike in kaznjence. Do končnega poraza Nemcev je bilo v tem taborišču smrti mučenih in pobitih okrog 32.000 ljudi. V Dachauu smo se ustavili, da bi se poklonili številnim tudi slovenskim žrtvam, ki so tam pretrpele veliko hudega in nekatere našle tudi svoj preuranjeni grob. Med slovenskimi zdravniki, so njegove grozote spoznali Ivan Pintar, Lojz Kraigher, Milan Cunder, Anton Mahkota, Lev Milčinski in drugi. Prof. B. Vargazon je bil interniran skupaj s hrvaškim kolegom L. Glesingerjem v bližini Berlina, Franc Čelešnik pa v Mauthausnu pri Lienzu. V Dachauu so za vedno ostali tudi takratni ljubljanski župan Dinko Puc, advokati Sket, Potokar, Fettich in Betetto. Grozljive zgodbe iz Dachaua so nam znane tudi iz osebnih izpovedi Igorja Torkarja. Napisal je spomeniku v Dachauu, izpisanega v številnih svetovnih jezikih, ne bi smeli pozabiti: »Nikoli več!« se glasi za vse večne čase.

Po skrbno obdelanih ravninah med Bavarsko in pokrajino Baden Württemberg smo se približali valovitemu jugozahodnemu delu Nemčije in našemu cilju. Schwarzwald, hribovit in poraščen z gozdovi, iz svojega osrčja pošilja na dolgo pot vse do Črnega morja reko Donavo, okoliški griči pa so zasajeni z žlahtno vinsko trto. Reko Ren, ki teče le dobrih 20 km zahodno od Freiburga, spremljajo po njenem porečju vse od Bodenskega jezera naprej tople sape. Vpliv teh že v zgodnjih pomladanskih dneh pomaga ozeleniti obširne zelenice »Svobodnega mesta«. Sredi aprila so magnolije že zdavnaj odcvetele, rododendroni, azaleje in glacinije so bile v polnem razcvetu, španski bezeg pa je širil svoj opojni vonj.

V zgodnjih večernih urah nas je okoli tisoč kilometrov ločilo od doma, na cilju pa nas je že čakal v Freiburgu živeči ljubljanski kolega dr. Peter Pintar.

Albert-Ludwigova univerza

Starovasnikovo mesto združuje prvine nemške natančnosti, čistoče in urejenosti na eni strani, ne manjka pa mu tudi francoskega šarma na drugi. Dom nudi skoraj dvestotisočim prebivalcem, pod univerzitetnim krovom pa se drenja že od leta 1457 naprej vse več študentov, sedaj že okoli dvajset tisoč letno. Poltisočletna tradicija Albert-Ludwigove univerze je dobra garancija za kakovosten študij. Pretekla vojaška in škofijska dogajanja v mestu je dandanes nadomestil turizem. Škofijska katedrala, zgrajena v romansko-gotskem slogu, s svojim visokim zvonikom dominira nad mestom. Imeniten portal, prefinjeno rezljani oltarji in Holbeinovi vitraži so atrakcija za obiskovalce. Hiša Gospodarske zbornice na trgu ob katedrali sodi med najlepše v mestu. Pred gotsko Mestno hišo pa je ovekovčen iznajditelj smodnika frančiškan Konstantin Andlich, imenovan Schwarz. Tudi zgradba stare univeze dokazuje, da je mesto staro: svoje mestne pravice je dobilo že leta 1091 za časa vojvode Bartola II. – Zeringerja, ki je pokopan v stolnici. Dobrih 30 let za tem je bil Freiburg proglašen za svobodno mesto, leta 1368 pa je prišel pod Habsburžane in vse do leta 1806 – razen dveh krajših obdobj pod Francozi – spadal pod avstrijsko krono. Skoro dve stoletji je Freiburg nemški; o tem pričajo pročelja stavb ob reki Dreisam, zgrajena v klasicističnem slogu.

Bistroumnost in plemenitost srca

Pa pojdemo spet k našemu Starovasniku. V okviru ljubljanskega Inštituta za zgodovino medicine smo se dogovorili za obisk analogne ustanove v Freiburgu. Ljubeznivo nas je sprejel njen

predstojnik prof. dr. Eduard Seidler in nam pripravil predstavitev našega rojaka, ki je bil po diplomi leta 1773 na dunajski medicinski fakulteti leto zatem napoten v Freiburg, najverjetneje z nalogo, da tam izvede podobno reformo, kot jo je flamski zdravnik van Swieten, osebni zdravnik cesarice Marije Terezije, na Dunaju in v bližnjih deželah, ki so bile združene pod avstrijsko krono.

Prof. Seidler je zbral gradiva o Starovasniku, dostopna v Freiburgu, nam jih predstavil in jih s svojim širokim znanjem in veličino svoje osebnosti komentiral ter vklapljal v kontekst Starovasnikovega prostora in časa. Kamničan dr. Frantar je v svojem dolgotrajnem in poglobljenem študiju zbral veliko avtentičnih dokumentov in podatkov o Starovasniku. Kar nekaj je bilo tudi takih, ki jih prof. Seidler ni poznal. Skupno smo ugotovili, da je v primeru Starovasnika še veliko odprtih vprašanj, da njegova dela premalo ali skorajda ne poznamo. Ponudili so nam pomoč pri pregledu objavljenih del našega zdravnika, mi pa upamo, da bomo med svojimi vrstami našli kolega, ki se bo pripravljen poglobiti v razgibano obdobje med letoma 1774 in 1792, ko je bil Kamničan Starovasnik profesor fiziologije in materiae medicae na freiburški medicinski fakulteti, hkrati pa njen štirikratni dekan in celo rektor celotne univerze. Žal nam čas ni dopuščal, da bi si ob tem obisku v arhivu Univerze Freiburg ogledali Starovasnikove razprave in njegov originalni portret v olju.

Na sestanku s prof. dr. Seidlerjem na Inštitutu za zgodovino medicine v Freiburgu je vse prisotne v imenu Društva slovenskih zdravnikov in njene Sekcije upokojenih zdravnikov pozdravil prof. dr. Milko Vargazon in povabil freiburške kolege, da se odzovejo povabilu Inštituta za zgodovino medicine v Ljubljani na ekskurzijo v Slovenijo, kjer bi jim bili pripravljeni predstaviti bogato zdravstveno zgodovino Idrije, lahko pa po želji tudi kaj drugega. V imenu občine Kamnik, Kluba intelektualcev ter vseh prebivalcev Kamnika pa je občinski podpredsednik dipl. iur. Dušan Žumer izrekel pozdravni govor in se gostiteljem zahvalil s kamniškim simbolom – majoliko in dvema slovenskima knjigama. Posebej se je zahvalil tudi dr. Petru Pintarju, sinu velikega slovenskega medikohistorika doc. dr. Ivana Pintarja. Slednji je med Slovenci največ pisal o Starovasniku, njegov sin dr. Peter Pintar pa že desetletje in pol živi in dela v Freiburgu in je bil naš vodič s srcem, kakor tudi s svojim poznavanjem mesta, v katerem živi.

Zdravniki smo v Freiburgu obiskali Starovasnikov grob. Z epitafa na njem lahko sklepamo, da je bil plemenit in človekoljuben, spoštovan in priljubljen med svojimi bolniki in študenti:

«Tukaj počiva mož plemeniti, ki polnih 18 je let bil nam vse: prijatelj, zdravnik, svetovalec in ljubljenec ljudstva, ki z bistrumnostjo je svojega uma povezal srca plemenitost. V dobroti le našel je srečo in grob svoj prerani.»

Relief na nagrobnem spomeniku prikazuje Starovasnika, kako pregleduje bolnika, z obraza katerega odseva bolečina. Na zdravnikov mizi so zdravila in vrč, na stolu klobuk. Omara je polna knjig in opremljena z zdravniškim znakom – Eskulapovo palico, ovito s kačo. Mislili smo, da je vihra druge svetovne vojne, ki je leta 1944 z bombardiranjem prizadela tudi Freiburg, poškodovala Starovasnikov nagrobnik. Povedali pa so nam, da je kisli dež tisti, ki iz leta v leto, predvsem pa iz stoletja v stoletje krade spomenikom in arhitekturi njihov prvotni videz. Park, poln visokih stoletnih dreves, znotraj obzidja cerkve Sv. Mihaela, je zadnje počivališče številnih velikih mož freiburške zgodovine. V hladu njihovih krošenj počiva Starovasnik. Podpredsednik Skupščine občine Kamnik g. Dušan Žumer, dipl. iur., in gospa Biserka Močnik sta na Starovasnikov grob položila lovorjev venec, ovit s tribarvnico, in prižgala svečo. Predstavnik kamniškega Društva intelektualcev dr. Frantar pa se je v kratkem govoru spomnil našega zdravnika in počastil njegov spomin. Vsi prisotni pa smo se rojaku poklonili z minuto molka.

Lesene čipke cerkva

Tudi okolica Freiburga je polna zanimivosti: Ren proti juhozhodu, Francija v isto smer, gričevje, zasajeno z vinsko trto. S hribov gledajo veličastne cerkve, okoli njih ležeča mesteca pa obdajajo visoka obzidja. Tako utrjeno mesto je Breisach. Majhno, a ne nepomembno za nemško-francosko zgodovino, saj so se zanj potegovali vojskovodje in vladarji ene in druge države, v svojem bogatem pripovedovanju razlaga dr. Peter Pintar. Trokrilni oltar Štefanove cerkve v Breisachu na Renu, delo Hansa Loia, iz obdobja okoli leta 1526, predstavlja imenitno renesančno delo: neobarvana lesena čipka s svojo lepoto in velikostjo se vtisne v naša srca.

In že je tukaj dan povratka, ko se prek Basla in Luzerna odpravimo čez alpski svet Švice in ravnice severne Italije domu naproti. Žal za ogled medicinskega muzeja v Baslu nimamo dovolj časa. V prehodu ob Vierwaldstätterseeju občudujemo Luzern, ob jezeru se nadihamo svežega zraka, pretegnemo ude in si ogledamo na novo postavljeni leseni most, ki poteka od starega mestnega jedra do neposredne bližine graciozne jezuitske cerkve. Stari most je pred nedavnim pogorel skupaj s številnimi slikami, obešenimi pod slemenom strehe. Na požar spominjajo le še posamezni, od ognjenih zubljev oblizani tramovi, ohranjeni na začetku in koncu mostu. Preostali del poti do Ljubljane se skorajda nismo ustavljali več; le z avtoceste smo pozdravili obrise Milana, Padove, Verone in Benetk. Ob kasni večerni uri smo prispeli v spečo Ljubljano.

Narod, ki ceni svoje korenine, ima prihodnost

Dr. Sadnikar si tudi na povratku ni privoščil počitka. Želel nam je osvetliti zdravstvene razmere v Evropi v 18. stoletju, govoril o leidenski šoli in njenih učiteljih Boerhaveju, van Haënu, Hallerju in velikem zdravniku, izšolanem v Leidnu, Gerhardu van Swietnu. Pomen slednjega v avstro-ogrski monarhiji je bil velik: bil je reformator zdravstva, na novo je osnoval študij na medicinski fakulteti na Dunaju in služil varovanju zdravja vladarske družine. Starovasnik je študiral v obdobju van Swietnovega delovanja na Dunaju. Ni pa bil njegov študent, saj veliki zdravstveni reformator ni na medicinski fakulteti nikoli predaval. Spraševali smo se tudi, kdo je poslal zelo uspešnega študenta in kasneje mladega zdravnika Starovasnika v Freiburg? Van Swieten to zagotovo ni mogel biti, saj je umrl dve leti pred promoviranjem takrat šestindvajsetletnega Kamničana. Ali so Starovasnika kot perspektivnega zdravnika poslali v Freiburg, da bi tam izvedel reformo zdravstva in medicinskega šolstva, podobno kot van Swieten na Dunaju? Bolj ko smo se poglobljali v razmišljanja, več vprašanj in dilem se nam je porajalo. Skupno smo razmišljali, da bi morali slovenski medikohistoriki osvetliti življenje in delo našega rojaka, zato ostaja pomembno sklep freiburške ekskurzije, najti kolega, ki bi se zastavljene naloge. Freiburški Inštitut za zgodovino medicine nam je pripravljen pri tem projektu stati ob strani in pomagati z razpoložljivimi viri, ki jih hrani njihovo mesto.

Klub intelektualcev iz Kamnika si je tudi zadal za nalogo postaviti v propilejo prominentnih Kamničanov pod Starim gradom tudi Starovasnikov doprni kip.

Iz nežno zastavljenih niti poznanstva bi radi stkali trdnjšo vez v prihodnosti. Zato smo povabili freiburške medikohistorike na recipročno ekskurzijo v Slovenijo: ponudili smo jim, da si ogledajo našo Idrijo, s svojo večstoletno medicinsko tradicijo, znanimi zdravniki, kot sta Scopoli in Hacquet, zanimivim rudniškim muzejem itd. Naše povabilo so z veseljem sprejeli.

Ekskurzije po poteh življenja in dela slovenskih zdravnikov bomo poskušali nadaljevati, saj vidimo iz tokratne izkušnje, da prinašajo nova spoznanja in dodajajo bisere v zakladnico narodnega ponaša.

Delo SZD

HUMANITARNA AKCIJA ZA BOLNIŠNICO V NOVI BILI

Danica Rotar-Pavlič

Komisija za informacije pri Slovenskem zdravniškem društvu je 29. marca letos pripravila tiskovno konferenco, na kateri so predsednik SZD, prof. dr. Anton Dolenc, kirurg prim. dr. Branimir Kuliš in prof. dr. Stane Repše predstavili slabe razmere v bolnišnici v Novi Bili v BiH ter dobrodelno akcijo »Bela pot«.

Akcijo »Bela pot«, tj. zbiranje humanitarne pomoči v obliki zdravil, kirurškega in sanitetnega materiala, pa tudi oblačil in hrane za prebivalce lašvanske doline v osrednji Bosni, je sprožil prof. dr. Slobodan Lang z Medicinske fakultete v Zagrebu. Prof. dr. Slobodan Lang je na tiskovni konferenci povedal, da se je v obroču, ki so ga zaprle muslimanske sile, znašlo 75 tisoč ljudi, od tega 12.500 otrok. Prav zasilna bolnišnica v Novi Bili je postala središče novega upanja in obrambe, hkrati pa tudi dokaz, kaj so sposobni narediti ljudje neomajne volje, požrtvovalnosti in izredne ljubezni do bližnjega.

Prim. dr. Branko Kuliš – nekdanji študent Medicinske fakultete v Ljubljani, sedaj pa kirurg v bolnišnici dr. fra Mate Nikolić – je povedal, da nameravajo v Novi Bili začeti z gradnjo nove bolnišnice, saj sedanja deluje v izredno težkih razmerah, uspehi pa so plod požrtvovalnega sodelovanja zdravnikov in frančiškanov v zasilno preurejenih prostorih župnišča in cerkve. To bo bolnišnica miru in sprave, saj bodo vanjo vgrajeni tudi kamni iz raznih porušeni svetišč. Organizatorja zbiranja pomoči, dr. Marko in dr. Josip Kuliš, sta dodala, da pomeni akcija poleg zbiranja materialne pomoči (približno 17 ton zdravil in sanitetnega materiala) tudi izraz moralne podpore prizadetim ljudem. S podpisi, ki so jih zbirali v preddverju Kliničnega centra, so podpisniki sporočili nesrečnim ljudem v Bosni, da jih svet ni pozabil in zapustil.

O človekoljubnem dejanju, pri katerem so sodelovali številni Slovenci, so spregovorili tudi predstavniki Zveze prijateljev mladine Slovenije, Škofijske Karitas Ljubljana in Rdečega križa. Zveza prijateljev mladine je v sodelovanju z RK Slovenije izročila prim. dr. Branimirju Kulišu prenosno EKG aparaturo v vrednosti 14.500 DEM.

Organizatorji so se na koncu tiskovne konference zahvalili vsem darovalcem in poudarili, da se humanitarna akcija nadaljuje. Kdor želi kaj prispevati in tako pomagati prizadetim ljudem lašvanske doline, naj se oglasi na naslov organizatorjev zbiranja pomoči v Sloveniji (dr. Marko in dr. Josip Kuliš, Dražgoška 34, 61000 Ljubljana), na slovensko Karitas, Rdeči križ ali na Zvezo prijateljev mladine – Komisija za delo z begunci, Miklošičeva 16, Ljubljana (št. žiro računa: 50101-678-45223 s pripisom »Za bolnišnico v Novi Bili«).

Stanovska tribuna

KOMUNIKE

Predstavniki slovenskih zdravniških organizacij: FIDES-a, Slovenskega zdravniškega društva in Zdravniške zbornice smo se zbrali na skupnem sestanku dne 6. 5. in 7. 5. 1994 v Cerknem zaradi nezadovoljstva in skrbi svojega članstva z materialnim položajem slovenskega zdravnika.

Po sprejemu Kolektivne pogodbe, Zakona o plačah v javnih zavodih in državni upravi ter Pravilnika o nagrajevanju ugotavljam, da smo zdravniki ponovno izigrani.

Zadnjo možnost za sodelovanje zdravnikov pri kreaciji slovenskega zdravstvenega varstva vidimo v Zakonu o zdravnikih, v katerem morata biti tudi jasno opredeljena status zdravnika in ovrednoteno njegovo delo.

Na tem srečanju smo se našteje zdravniške organizacije zavzele, da bomo v bodoče delo podredili temu temeljnemu cilju.

Zato smo sestavili skupni koordinacijski odbor, ki bo usklajeval delo vseh treh podpisnikov.

Cerkno, dne 7. 5. 1994.

Gen. sekretar ZZ
dr. Franc Cukjati
Predsednik SZD
dr. Anton Dolenc
Predsednik KES
dr. Andrej Šikovec

Dogovor

o medsebojem sodelovanju

1. Podpisniki tega sporazuma: FIDES, sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Slovensko zdravniško društvo in Zdravniška zbornica Slovenije, vsak z nalogami, opredeljenimi v svojih aktih, smo soglasni, da je medsebojno sodelovanje in koordiniranje dela v interesu slovenskih zdravnikov in s tem v skupnem interesu.
2. Podpisniki smo soglasni, da bo sodelovanje potekalo v medsebojnem obveščanju ter usklajevanju in dogovarjanju stališč do vprašanj, ki zadevajo zdravniški poklic in delo ter enotnem nastopanju za njihovo uresničitev.
3. Podpisniki ugotavljamo, da so aktualna vprašanja, ki zahtevajo takojšnji skupni nastop, zlasti:
 - zagotovitev pravic, ki gredo zdravnikom glede na zahtevnost in odgovornost njihovega dela;
 - vzpostavitev večjega vpliva podpisnikov na kreiranje zdravstvene politike in drugačen odnos zavoda za zdravstveno zavarovanje do zdravnikov – nosilcev zdravstvene dejavnosti;
 - strokovna, organizacijska in finančna ureditev podiplomskega izobraževanja, usposabljanja in stalnega izpopolnjevanja zdravnikov;
 - priprava osnutka zakona o zdravnikih in
 - koordinacija mednarodnega delovanja.
4. Aktivnosti po tem dogovoru usklajuje koordinacijski odbor, v katerega vsak podpisnik imenuje enega (1) člana in namestnika. Koordinacijski odbor se sestaja po potrebi, vendar najmanj enkrat na dva meseca. Predlog za njegov sestanek lahko da vsak podpisnik, ki tudi predlaga vsebino sestanka. Koordinacijski odbor sklepa s soglasjem.
5. Po potrebi koordinacijski odbor predlaga skupni sestanek vodstev podpisnikov.
6. Enako sodelovanje bodo podpisniki vzpostavili tudi na regijski ravni.
7. Stroški sodelovanja po tem dogovoru nosi vsak podpisnik za sebe.

V posebej dogovorjenih primerih se sredstva lahko tudi združujejo.

V Cerknem, 7. maja 1994. FIDES

Sindikat zdrav. in zobozdr. Slovenije:
Predsednik
mag. Andrej Šikovec, dr. med.
Slovensko zdravniško društvo:
Predsednik
prof. dr. Anton Dolenc
Zdravniška zbornica Slovenije:
Generalni tajnik
dr. France Cukjati

Aktualni pogovori

AKTUALNI POGOVOR S SLAVENKO DRAKULIĆ, NOVINARKO IN PISATELJICO

Slavenka Drakulić je bila rojena 1949 na Reki in živi, kot sama pravi, nekje med Zagrebom in Dunajem. Je hrvaška novinarka in pisateljica, feministka in ostra kritičarka družbenih dogajanj. Njeni članki se pojavljajo v več



svetovnih časopisih, njene knjige *Hologrami strahu*, *Marmorna koža*, *Kako smo preživeli komunizem* in *se celo smejali in Balkan ekspres* so prevedene v nekaj svetovnih jezikov.

ZV: *Živite na Dunaju, mnogo potujete, ste internacionalka. Po svojem bistvu in izvoru pa Hrvatica. Kaj je pomembnejše, korenine, delovno okolje ali intelektualni angažma in razgledanost? Ste izgnanka, begunka, neodvisna ali slučajno zašla na Dunaj za mesec, leto? Kaj Vas je prineslo ta hip ravno tja in kako se tam počutite?*

SD: Na Dunaju sem se znašla slučajno, če ljubezen lahko imenujemo slučajnost. Tu sem od septembra leta 1993, vendar Zagreba nisem zapustila. Živim nekako »vmes« in dobro mi je tako. Ne želim se popolnoma odseliti iz Hrvatske. Tam imam prijatelje, veže me hrvaški jezik, v katerem pišem romane. Pa tudi, če bi se zares izselila iz Hrvatske, ne bi nikdar opustila jezika. Nasprotno, mislim, da bom kaj kmalu lahko večji del časa preživela v Istri, kjer imam hišo. A Dunaj ... nisem si še ustvarila osebnega vtisa o tem mestu. Mislim, da nisem imela niti časa, da bi ga bolje spoznala. Pravzaprav mi ustreza biti tujka, da živim kot tujka, da od strani opazujem. Kot ženski in pisateljici se mi zdi obrobni (marginalni) položaj v družbi povsem naraven.

ZV: *Nekateri Vas imajo za feministko, drugi za drzno, celo predrčno žurnalistko in pisateljico. Ste bolj novinarka, publicistka ali pisateljica? Koliko feminizma priznavate v sebi?*

SD: Nisem še shizofrenik, od tega, kar ste našli, pa sem prvo in drugo pa tretje ter četrto in še marsikaj. Novinarka ne izključuje pisateljice in feministke. Seveda sem feministka. To je danes vsaka sodobna ženska, ki se zaveda položaja v družbi, čeprav tega javno ne prizna. Ni najvažnejše, da to javno prizna, važno je, da ne odstopa od svojih pravic. Ko me vprašate, koliko feminizma v sebi priznam, verjetno mislite na radikalni feminizem – kajti tudi feminizmi se danes razlikujejo – ampak nikdar se nisem počutila radikalna feministka. Sprašujem se, kdaj bodo moški končno spoznali, da jih ženska emancipacija ne ogroža drugače kot v njihovem občutku superiornosti. Morda je pa na koncu 20. stoletja le že čas, da doumejo, da sta ženska in moški dva različna spola z enakimi pravicami? Kaj je to tako zapleteno?

ZV: *Sam ne ločim feminističnega umetniškega dela, če je to res umetniško, vredno, močno, od moškega? Kaj pa Vi?*

SD: Dvomim da »feministično umetniško delo« sploh obstoji. Stvari se narobe razumejo. Torej, veliko je kritikov (posebno v Franciji), ki menijo, da obstoja »žensko pisanje« in da se to, že zaradi imena, razlikuje od moškega. To se mi zdi sprejemljivo iz preprostega razloga, ker se ženske in moške življenjske izkušnje ne prekrivajo povsem, pa se ta razlika verjetno lahko zazna v pisanju. Ali se to nanaša le na vsebino in stil, pa je že drugo vprašanje ... Zavedam se, da moje romane, še posebej »Marmorna koža«, nazivajo kot »žensko pisanje«, priznati pa moram, da sama romane raje pišem kot analiziram. Zanesljivo pa mi niti na pamet ne pade, da bi analizirala lastno pisanje.

ZV: *Ali so v Evropi in v ZDA, obe geografski in kulturni področji dovolj dobro poznate, ženske glede spoštovanja njihovega dela enakovredne moškim? Kako je to v Vaši domovini Hrvatski in Sloveniji, ki jo tudi kar dobro poznate?*

SD: Glejte, zelo moderno je razglabljati o feminizmu kot nekem gibanju, ki spada v preteklost. V tem smislu je v Ameriki že ustaljen pojem »postfeminizem«. Ker pa so ženske v Ameriki in zahodni Evropi za svoje delo še vedno plačane manj od moških, se po drugi strani zastavlja vprašanje, kaj je feminizem sploh dosegel. Po mojem mnenju feminizem ne pripada preteklosti, ker ne gre za gibanje, ampak za nekaj globjega, za kulturno evolucijo. V zadnjih tridesetih letih je feminizem dosegel splošno zavest o pravicah žensk. V mnogih državah so spremenili zakone v korist teh pravic. Vendar je kulturna evolucija v smislu postopne spremembe vrednot v neki družbi zelo počasen proces – prav zato, ker gre za proces, ne za dogodek. Prav zaradi tega lahko rečemo, da ženske na zahodu še niso uveljavile nekaterih svojih pravic, lahko govorimo o neofeminizmu in ne o postfeminizmu.

Kar zadeva Hrvatsko, so tam ženske v podobni situaciji kot v ostanku postkomunistične Evrope. Pravzaprav v teh državah poteka retrogradni proces odrekanja pravic ženskam, kot na primer na Poljskem odvzem pravice na splav. Bojim se, da se taki zakoni pripravljajo tudi v drugih državah, vključno s Hrvatsko. Problem je v tem, da se ženske niso naučile niti organizirati niti boriti za svoje pravice, ker jim jih je komunistična oblast podarila kot na krožniku. Razen tega so v ekonomski krizi, ki jo spremlja nezaposlenost, v taki situaciji pa skoraj vse postkomunistične države, ženske pogosto prve na udaru. V novih demokracijah so sedaj ženske mnogo manj zaščitene in že zaradi tega izgubljajo. Morda ne kot državljanke, kot socialna kategorija pa zagotovo. Seveda si bodo morale kot državljanke v demokratični družbi ponovno izboriti svoje pravice. Vprašanje je le, koliko časa bo preteklo do tedaj.

ZV: *Kaj Vam pomeni približevanje ali želja po približevanju Slovenije in Hrvatske Evropi oz. evropski skupnosti? Je to smiselno ali neumno?*

SD: Seveda bi svojo domovino rada videla razvito, bogato, s parlamentarno demokracijo, s predsednikom in vlado, ki delajo v interesu ljudstva, ne pa mu vladajo. Skratka, kot resnični del Evrope. Vendar se bojim, da so to še vedno balkanske sanje in bodo to ostale, dokler govorimo eno, mislimo drugo, tretje pa delamo. Ne morete govoriti o Evropi in ustvarjati nacionalno državo. Ne morete govoriti o Evropi, a vladati na način enopartijskega sistema. Ne morete govoriti o Evropi, a zanemarjati kršenje človekovih pravic ... Po drugi strani pa Evropa ni posebno željna naše družbe in jasno izkazuje namerno nerazumevanje in prezir. Zakaj pa bi bila? Zakaj bi nam verjela, da se bomo poboljšali? Evropa lahko čaka, mi smo tisti, ki ne moremo. Tako polni smo sebe in svoje državnosti, da si predstavljamo, da so nam vsa vrata odprta. V resnici pa je okrog nas vse več berlinskih zidov.

ZV: *Koliko se počutite Hrvatica, kaj je temelj Vašega patriotizma in koliko se s Hrvatsko in njeno usodo enačite, koliko pa distancirate od nekaterih aktualnih dogajanj? Na čem temelji patriotizem, na rojstnem kraju, zgodovini, mladosti, politični orientaciji, kulturnih vrednotah ali čem drugem?*

SD: Seveda sem Hrvatica. Ne samo ali izključno zato, ker sem to po narodnosti, prvenstveno zato, ker sem državljanka republike Hrvatske. Mislim, da me najbolj opredeljuje pripadnost jeziku. Seveda pojem patriotizem vsebuje nekaj rojstnega kraja, zgodovine, spominov in osvojenih vrednot. Sama opredeljujem patriotizem (za razliko od nacionalizma) kot svobodo, da lahko svojo domovino ljubim na način, kot najbolj znam. Meni to pomeni pisanje. Nacionalizem to svobodo izključuje, vključuje pa mržnjo do drugih, ker se vedno odraža po odnosu do drugih. Zato je to omejujoči, zožujoči pojem, ki me kot osebnost stisne na najmanjši možni skupni imenovalce, to je nacijo. Kot državljanko nove države me prvenstveno zanima demokratičnost njene oblasti, ker le v tem vidim prihodnost Hrvatske. To je istočasno odgovor, kako se kot državljanka poenačujem in koliko ograjujem od aktualnih dogodkov v moji domovini. Dovolj je, če rečem, da me zanimajo vsa prizadevanja, usmerjena k demokratizaciji družbe. Civilna družba ne nastaja čez noč in totalitaristične težnje na žalost še vedno prevladujejo.

ZV: Dopred 5 leti sem Vas imel za novinarko in publicistko, drzno, lucidno, inventivno. Zdaj Vas imam bolj za pisateljico. Holograme strahu imam za Vaše najboljše delo. Se z ocenjevanjem Vaše poti pisanja strinjate?

SD: Kot sem že rekla, biti pisateljica ne izključuje ukvarjanja z novinarstvom, vendar spremembo Vašega mnenja o meni jemljem kot kompliment. Z Vašo oceno, da so »Hologrami strahu« moja najboljša knjiga, se ne strinjam iz dveh razlogov. Prvič: če bi zbrali deset ljudi, ki so prebrali vse moje knjige, bi vsak od njih menil drugače. Tako je tudi prav. Bralec mora imeti možnost za lastni preudarek, katera knjiga mu je bolj všeč od druge – vključno tudi Vi. Drugi razlog je, da sama ne ocenjujem svojih del, o njih ne razmišljam na tak način. Seveda vem, koliko časa in naporov sem vložila v neko knjigo, zavedam se pomanjkljivosti in dejstva, da pri nekaterih ljudeh prednjači moja ..., pri drugih pa ... V mojih lastnih očeh pa to ne daje prednosti nobeni knjigi.

ZV: Še o Hologramih strahu. V knjigi precej naturalistično do bolečine razgrebate svojo osebno usodo, prvinski boj za neposredno življenje, ki je naduse prepričljiv. To ni branje za razvedrilo in užitek. Kaj Vam pomeni ta knjiga, izpoved, sprostitev? Vam je odleglo, ko je najbujša borba minila? Je tudi knjiga odsev tega?

SD: »Hologrami strahu« imajo v moji intimni kategorizaciji popolnoma drugačen pomen. Predvsem ta roman pomeni začetek mojega pisanja. Vse življenje sem si želela pisati roman, pa mi je za to vedno zmanjkalo časa. Saj veste, kako gre v življenju: zakon, otrok, služba, obveznosti... nato bolezen. Nikdar ne najdeš časa zase, torej za pisanje. Po presaditvi ledvice leta 1986 v Bostonu sem se naenkrat znašla v situaciji, da imam čas. Nisem delala, vezana sem bila za bolniško sobo. Pa tema? Enostavno se mi je znašla pri roki: strah pred boleznijo, strah pred smrtjo. Zame je najvažnejše to, da sem takrat, po operaciji prvič v življenju pričela razmišljati o času. Veste, ko ste na dializi, ne morete načrtovati nobene bodočnosti. Pisanje romana zahteva predvsem čas – leto, dve, tri. Dokler sem bila na dializi, sem čutila, da tega časa enostavno nimam na razpolago. Zazdelo se mi je, da sem s transplantacijo prvič po desetih letih dobila možnost, da mislim na bodočnost. Čudovit občutek, čudovita pridobitev! In prvi odziv je bil, da napišem roman. To je slučajno fikcionalizirana avtobiografija. »Holograme strahu« sem napisala takoj po operaciji, rabila pa sem še veliko časa, da sem se navadila na zavest, da je največja nevarnost mimo. Torej, če mislite, da mi je bilo pisanje neka oblika psihoterapije, se motite. Prav nasprotno, mislim, da sem končno prenehala svet doživljati kot bolnica in ga pričela doživljati kot pisateljica. Dokaz za to so knjige, ki sem jih kasneje napisala.

ZV: V Hologramih strahu ste v sodbah neprizanesljivi do sebe in okolice. Ste tudi v resničnem življenju takšni?

SD: To pripombo o neprizanesljivosti sem večkrat slišala. Vendar, življenje je eno, literatura pa drugo. Ker je knjiga pisana v prvi osebi in je avtobiografska, ljudje pogosto istovetijo vodilno osebo romana z avtorjem. To ni nikoli res, o tem Vam lahko jamči vsak pisatelj. Značaj v romanu je le delno Jaz. Po drugi strani pa menim, da pisatelj v romanu mora biti neprizanesljiv do sebe in svoje okolice. Pod tem razumem predvsem svobodo izražanja. Zame je umetnost edino področje človekove popolne svobode, zato si jemljem pravico biti neprizanesljiva in celo kruta.

ZV: Kasnejša dela so mnogo lahkotnejša, morda tudi manj poglabljena. Kaj ste želeli povedati s knjigo Kako smo preživeli komunizem in se celo smejali? Znosnost prejšnjega režima v zadnjih dveh desetletjih, užitek bitk z njim in občutek večvrednosti v primerjavi z oportunističnimi sopotniki sistema?

SD: Sovražim vprašanja kot »Kaj ste hoteli reči?« s to ali ono knjigo. Nič nisem hotela reči oziroma prav tisto, kar sem rekla, to je napisala. Knjiga »Kako smo preživeli komunizem in se celo smejali« nima nikakršnega skritega razloga, nikakršnega mističnega sporočila. Je poskus opisa življenja v komunizmu tako, kot sem ga videla in doživljala sama, torej povsem subjektivno. Ne trdim, da je opisano edino možno doživljanje ali da prav to ustreza Vašemu ali splošnemu doživljanju tega obdobja naše bližnje zgodovine. To je drugo vprašanje. Če se doživljanja pokrivajo – toliko bolje!

ZV: Ste mednarodno uspešna brvaška pisateljica in zelo osovražena v glasnem delu brvaške javnosti. Vam godi slava po svetu? Vas pri tem teži zavračanje domače »dopuščene« javnosti predvsem v Zagrebu?

SD: Seveda mi slava godi; bila bi neiskrena, če bi trdila nasprotno. Veseli me, da ljudje moje knjige berejo, da jim nekaj pomenijo. V nekem smislu, ko pišeš, pišeš za določeno, omejeno število ljudi, katerih mnenje ceniš. Ostala publika, pa naj bo velika, kolikor hoče, je abstraktna. Prav tako je abstrakten občutek, ko berem prikaz svoje knjige v New York Timesu. Konkretno je edino to, da lahko sedaj od svojega pisanja živim. To je najvažnejše, kar sem dosegla v zadnjih nekaj letih. Zanesljivo ne bom povedala nič novega, če rečem, da je slava relativna. Morda izgleda, kot da pretiravam, vendar ko enkrat od blizu spoznate to »mašinerijo« za proizvodnjo knjig in pisce na zahodu, romantične iluzije preprosto izginejo. Pisanje je obrt, poklic, proizvodnja knjig pa industrija. To je poklic, ki zahteva talent, pa je vendar poklic, ki ima svoje zakonitosti in pravila obnašanja. Ko enkrat postanete poklicni pisatelj, to je pisatelj, ki živi izključno od svojega dela, to je pisanja, pomeni slava možnost, da se preživi na ta način. Dejstvo, da so moje knjige prevedene v sedem ali osem jezikov, mi zagotavlja, da se mi jutri ne bo treba zaposliti v banki ali šoli. To je vse. Zame je to veliko!

Kar pa zadeva moj položaj v hrvaški javnosti, mi je žal, da niti »Kako smo preživeli komunizem« niti »Balkan ekspres« nista objavljena v lastni domovini. Ampak vse vemo še od prej. Ni prvič, da se pisatelj znajde v situaciji, da objavlja v tujini, medtem ko ga doma popolnoma preslišijo. Razlog je seveda dnevna politika in ta bo nekega dne kot taka izginila. Torej, upanje ostane!

ZV: Kako si razlagate uspeh hrvaških pisateljic – ženske v svetu, praviloma živčih v tujini, in pretežno molčečnost ubogljivih ali vsaj tihih moških pisateljev, živčih na Hrvaškem, nujno v Zagrebu? So moški večji oportunisti kot ženske?

SD: Ne bi rekla, da so moški pisatelji v Zagrebu neslišni! Nasprotno, zde se mi precej glasni, vendar v okviru politike. Ne vem, ali so oportunisti, ali jih direktni politični angažma bolj privlači. Vidno pa je, da so bolj ideologizirani, često glasniki sistema. Ženske morda niso pogumnejše, imajo pa manj za izgubiti. Ženskam politična kariera nikdar ni edini cilj v življenju, zato jim temu ni treba vsega žrtvovati. Nisem pa prepričana, da je razdelitev moški-ženske popolnoma umestna. Kolikor sama poznam kolegice in kolege, bi rekla, da gre za ljudi, ki bolj ali manj nagibajo h

kompromisu, se neposredno zanimajo za politiko, ki pa imajo ali nimajo volje in moči.

ZV: Ali zleze mednarodna slava v glavo, še posebej, če je povezana s finančnim uspehom? Kaj pomeni za pisateljico? Ali jo takšna slava (nujno) žene tudi v površnost in slabšo kvaliteto pisanja?

SD: Upam, da to Vaše vprašanje ni istočasno tudi ocena mojih knjig. Mislim, da imata površnost in slaba kvaliteta več opraviti s hiperprodukcijo kot s slavo. Še več, če ste finančno preskrbljeni, ne čutite prisile, da morate neprestano »proizvajati« tekste in vam to daje večjo svobodo.

ZV: Kako naj uspešni umetnik ali znanstvenik obrani človečnost, skromnost in druge osnovne človeške kvalitete potem, ko je uspel? Sami imate izkušnje, kot temu pravimo, od dna, ko je ogroženo neposredno življenje in eksistenca, do kar se da uspešne ženske srednjih let.

SD: Vseeno je, uspeh ali neuspeh. To je tako, kot v politiki. Človekovo obnašanje je odvisno od značaja. Npr.: ne morem si zamisliti, da bi se nekdo, ki je po naravi skromen, spremenil samo zato, ker je postal uspešen. Tega vprašanja si sploh ne postavljam, ker uspeha pri delu ne doživljam kot skušnjo. Takšna sem, kot sem, zanesljivo pa sem že prestara, da bi me kaj lahko spremenilo. Poleg tega, kot ste rekli, začela sem od tega, da je bilo moje življenje ogroženo. Malokaj lahko resneje vpliva na človeka, ki je zmagal v borbi za življenje. Če nič drugega, se pri takem človeku menja hierarhija vrednot, pa niti denar niti uspeh nimata tistega pomena, ki bi ga drugače morda imela. Najvažnejše je golo življenje.

ZV: Kako združujete zelo delovno in plodno življenje z vsakodnevnimi skrbjo za zdravje? Kako vpliva drugo na prvo? Ali drugače: bi Slavenka Drakulić pisala drugače, če bi ji njene lastne ledvice vedno delovale stoodstotno in bi bila zdrava kot dren?

SD: Že osem let imam presajeno ledvico in res je, da včasih zastanem in se vprašam: »Kaj, če...?« Vsi se moramo naučiti živeti s svojimi manjšimi ali večjimi strahovi in pri tem nisem nobena izjema. Neka moja prijateljica se res strašno boji raka na dojki. Druga se boji letenja. To jima močno komplicira življenje, morda bolj kot ga moj strah meni. Ali bi pisala drugače, če bi bila zdrava? Ne vem, to je hipotetično vprašanje. Zanesljivo je le to, da bi vse moje življenje bilo drugačno, če bi bila zdrava. Kdo ve, če bi bilo boljše?

ZV: Se Vam zdi, da s svojim delom in načinom življenja pomagata svoji domovini ali celo prispevata k razumevanju v svetu in tudi k umevanju vprašanja Hrvatske?

SD: Ko pišem, ne mislim na domovino.

ZV: Do leta 1991 smo bili v skupni domovini Jugoslaviji. Ali gledate name različno v letu 1994, kot ste gledali name kot Slovenca pred letom 1991? Če, pri čem?

SD: Doktor Drinovec, pozna se že najmanj deset let v dobrem in slabem. Nikoli nisem razmišljala o Vas kot o Slovencu, tudi sedaj ne. Ne vidim razloga, da bi razpad Jugoslavije bil razlog, da bi o Vas pričela misliti drugače. Najvažnejše mi je, ali ste se Vi ali kdorkoli drug zaradi tega spremenili kot človek. Lahko je tudi obratno. Da je Vam postalo važnejše biti Slovenec in da ste zato Vi spremenili svoj odnos do mene. Resnici na ljubo moram reči, da tega nisem občutila... Če nam politični dogodki lahko narekujejo prijateljstva, to tudi zaslužimo. Poznam pa recimo ljudi v Beogradu, ki so se pod pritiskom političnih dogodkov še kako spremenili. Zato ne morem reči, da je moj odnos do njih enak, kot je bil pred vojno.

ZV: Nekako od leta 1980–1994 se je razraščalo sovraštvo med ljudmi razpadajoče in razpadle Jugoslavije. Kako globoko je to sovraštvo? Kje so njegove korenine? Katere poti vodijo iz njega?

SD: Ne strinjam se z Vami. Ne mislim, da se je sovraštvo med narodi razvijalo več let in doseglo svoj višek v vojni. Ne mislim niti, da je sovraštvo globoko in nepremostljivo. Izkušnje in razumevanje stvari mi kažejo, da je v vsaki večnacionalni, multietnični skupnosti, v vsaki federalni državi, kot je bila Jugoslavija, prisoten latentni nacionalizem. Vendar je kot virus, in če ni ugodnih pogojev, se ne bo razvil in bo miro spal v organizmu. Če so na oblasti politične elite, ki predvsem želijo ostati na oblasti in pri tem uporabljajo vsa možna sredstva (kot je bil primer recimo v Srbiji), če se to dogaja vzporedno z razpadom vsega komunističnega sistema, če so pri tem prisotni odločnost, volja in moč (vojaška), da se nacionalizem namerno uporabi zato, da se en narod obrne proti drugemu, potem je tu vojna. Vendar bi rekla, da vojna ni vzniknila »spodaj«, to je, da nismo imeli dolgoletnih manjših konfliktov, ki bi prerasli v vojno. Vojna se je spustila na nas. Nihče je ni želel, nihče ni verjel, da se lahko prične, razen političnih elit. To je podtaknjena vojna, »vojna od zgoraj«. Vprašanje je, zakaj se ji nismo kot državljani uprli? Zato vendar, ker nismo bili državljani, ker nismo imeli te zavesti niti te moči niti te institucije niti sposobnosti organiziranja. Živeli v komunizmu ali nacionalizmu, bili smo in še vedno smo totalitarna družba, družba množice, ne posameznika. Zato smo bili in še vedno smo družba strahu. Edina razlika je v upanju na spremembo. Upanje je postalo legitimno.

Pogovor je v imenu uredništva vodil J. Drinovec.

Nove knjige

PRIKAZ

Pedriatrija

Werner P. Mayer, Georg Seter: *Computer-Kids*. Ravensburger Buchverlag Otto Maier GmbH. Ravensburg 1994. 106 strani. Več črno-belih fotografij.

Če so današnji mladi starši preživljali dolge ure svoje mladosti ob televizijskih sprejemnikih in bili pravi »TV-Kids« (glej Zdravniški vestnik 1993; 62: 543–4!), lahko že mnoge njihove potomce imenujemo kar »Computer-Kids«, torej »računalniške otroke«. Po razvitem svetu – in tako tudi pri nas – je računalnik zadnja leta tako rekoč osvojil domala vse človeške dejavnosti in prodril celo skozi zasebne stene domov. Ker so ga bile tam z navdušenjem prevzele tudi drobne roke mlajših in celo najmlajših članov družine, so se starši prej ali slej znašli pred usodnim vprašanjem: kaj storiti, da bi bila ta elektronska novost otrokom v korist, ne pa v škodo.

Pričujejoče delo prinaša na to vprašanje kar precej temeljitih odgovorov obeh nemških piscev, od katerih je prvi psiholog in sociolog s tovrstnimi izkušnjami iz Nemčije in ZDA, drugi pa svobodni publicist. V knjigi obravnava predvsem računalniške igre v najširšem pomenu besede, saj so prav te za otroške porabnike programske opreme najbolj privlačne. Zakaj? V nasprotju s pasivnostjo gledanja TV prizorov omogočajo računalniški programi aktivno vključevanje v dogajanje na zaslonu. Igralec namreč lahko prevzame katerokoli vplivno vlogo takšnega ali drugačnega junaka v svetu, ki je bolj ali manj resničen, lahko pa popolnoma izmišljen. V taki igri se ne odraža le tehnološko stanje današnje kulture, marveč tudi notranje življenje mladega igralca: bojazni, želje, čustva, vrednote, življenjska usmeritev. Ob tem gre tudi za preskus različnih sposobnosti, če že ne kar za »obdaritev« z najrazličnejšimi talenti, s katerimi je mogoče obvladati simulirani računalniški svet. To pa je pri nekaterih igrah te vrste mogoče doseči celo z nasiljem ob poniževanju človeških vrednot. Pisca knjige kajpada take – ponekod z zakonom prepovedane – programe odsvetujeta, priporočata pa igre, ki lahko otroku koris-

tijo: pustolovščine, ki so sicer napete, ne pa silne; miselne igre, ki povečujejo spretnost in logično mišljenje; športne ali strateške igre, kjer je mogoče spoznati pravila in potek posameznih dejavnosti; jezikovne in druge izobraževalne igre, ki dopolnjujejo šolsko znanje...

Kakor pri vseh vzgojnih težavah je tudi ob takih potrebna pristna povezanost staršev z otroki, saj bodo lahko le tako dosegli, da »digitalizirana potešitev želja prihajajočih generacij« vendarle ne bo izpodrinila resničnega življenja z njegovo sončno in senčno platjo. Navsezadnje v ZDA po eni strani že govorijo o »kompjutih«, ki so zašli v pravi »komputerautizem«, po drugi strani pa ugotavljajo, da je prav med »računalniškimi otroki« veliko manj kriminala in drogiranja kot med drugo mladino.

Starši, neuki v računalništvu, bodo bo koncu knjige našli koristen leksikon z razlago strokovnih izrazov, dodan pa je še seznam priporočljivih programskih iger. Za konec lahko rečemo, da gre za zelo koristno in aktualno delo, ki bi prevedeno bržkone našlo dober odmev tudi v našem slovenskem prostoru.

Jurij Kurillo

PRIKAZ

Anesteziologija

Podiplomsko izobraževanje iz anesteziologije – prvi tečaj. Glavni urednik: V. Paver-Eržen. Izdajatelj: Inštitut za anesteziologijo, OE Kirurške službe – Klinični center, Razred za anesteziologijo – Katedra za kirurgijo, Medicinska fakulteta, Ljubljana 1993, 236 strani. CIP, NUK 612.887 (082) 616–089.5 (082).

Fondation Europeenne d'enseignement en anesthesiologie (F. E. E. A.) je bila ustanovljena leta 1986 v Leidnu na Nizozemskem, da bi poenotila in izboljšala raven znanja iz anesteziologije v državah Evropske skupnosti.

Slovenija je bila leta 1992 sprejeta v F. E. E. A. kot pridružen član in prevzela predpisano in poenoteno obliko podiplomskega izobraževanja anesteziologov.

Pričujočo knjigo je napisalo 21 predavateljev z Medicinske fakultete in Kliničnega centra za prvi tečaj petletnega ciklusa s predpisano vsebino, namenjen prvenstveno specializantom anesteziologije.

Knjiga je po uvodnih besedah glavne urednice vsebinsko razdeljena v dva skoraj enako obsežna dela.

Prvi, teoretični del obsega osem poglavij s področja ventilacije (razdihtavanja) in se začne z izjemnim in celovitim opisom endotrahealne intubacije. Poglavje je posebej omembe vredno, ker je metodološko natančno in razumljivo napisano in je uporabno tudi za vse tiste zdravnike, ki se pri svojem delu soočajo s problemi dihanja in vzdrževanja proste dihalne poti.

Fiziologija in mehanska ventilacija je vsebina drugega poglavja in je nekaj teoretični uvod v temo večernega razgovora na tečaju: Smernice za zadovoljiv način ventilacije. Sledijo izbrana poglavja iz fizike plinov, načina uporabe in nadzora hlapnih anestetikov. Fiziologija in nadzor transporta kisika in ogljikovega dvokisa obravnavata dve obsežni poglavji.

Vsa poglavja so tematsko zaokrožena, pregledna in opremljena z dokaj obsežnim spiskom literature, kjer bralec lahko dobi še dodatne informacije o obravnavani temi in poglobi svoje znanje. Žal je v knjigi zaradi predpisanega obsega knjige premalo ilustracij. To pomanjkljivost nekoliko omili dejstvo, da je zahtevna snov predstavljena dovolj preprosto, a ne na račun nedopustnih poenostavitvev.

Drugi del knjige je klinični del in obravnava anestezijo in intenzivno terapijo pri bolnikih s pljučnimi boleznimi, dihalno stisko iz različnega vzroka in anestezije pri operacijah, pri katerih je problem nadzora ventilacije v ospredju.

Čeprav je omenjena poglavja napisalo več avtorjev, so vsebinsko precej usklajena, iz česar je moč razbrati, da predavatelji izhajajo iz enotnega študijskega okolja. Prav tako je večina poglavij poleg virov iz predvsem novejšje tuje literature obogatena tudi s praktičnimi izkušnjami, kar daje temu delu knjige lepo praktično vrednost.

Knjiga je obogatena tudi z zapisom iztočnic večernega razgovora s temo: »Poklicno tveganje, anestetiki v zraku operacijskih prostorov, izbira anestetikov glede na onesnaževanje okolja našega delovnega prostora«. Pripravile so ga tri avtorice. Izbor teme je hvalevreden, saj se mlad zdravnik že na začetku specializacije iz anesteziologije seznani z ekološkim problemom svoje stroke, poklicnim tveganjem in možnostjo preprečevanja onesnaževanja delovnega prostora s pravilno izbiro anestetikov in metod dela. Zapisane iztočnice dajo slutiti, da je bil večerni razgovor ploden in poučen.

Lektor se je zavedal, da terminologija ni popolnoma poenotena, ker stroka poenotenja nekaterih izrazov še ni sprejela. Če ta »odmik« ni motil razumevanja snovi, je lektor pustil presojo posameznim predavateljem. V bodoče pa bi kazalo to pomanjkljivost odpraviti.

Strokovni in medicinski odbor sta pri izbiri predavateljev (avtorjev) in tem v okviru predpisane vsebine imela srečno roko.

Pričujoča knjiga je z metodološko preureditvijo vrstnega reda poglavij lahko zametek celovitega učbenika anesteziologije v slovenščini, ki je nujen ne samo za specializante, ampak tudi za specialiste anesteziologe za osvežitev in dopolnitev svojega znanja in praktičnih izkušenj.

Lučka Toš

PRIKAZ

Ginekologija

Modern management of premenstrual syndrome. Edited by Samuel Smith and Isaac Schiff. Norton Medical Books, New York, London 1993, 205 pages.

Kako zelo so Američani seznanjeni s premenstrualnim sindromom (PMS), zvemo iz opazke igralca Dannyja DeVita, ki v filmu *Others* *People's Money* meni, da ima njegov računalnik »Carmen« PMS! In tako ni nič čudnega, da sta urednika napisala skupaj z 19 uglednimi soavtorji nadvse zanimivo knjigo o PMS.

Knjiga je razdeljena v tri dele: Diagnoza in fiziologija (7 poglavij), Postopki (8 poglavij) in Povzetek, v katerem so praktični napotki za diagnosticiranje in zdravljenje PMS.

PMS je opisal že Frank pred šestdesetimi leti, pa vendar ostaja ta motnja še vedno neznanka, čeprav naj bi bila izjemno razširjena: kar 30 odstotkov žensk naj bi imelo PMS, 2 do 10 odstotkov težko obliko. Seveda je nujno natančno postaviti diagnozo: motnja se pojavi (ne sme iti samo za poslabšanje obstoječe težave) v lutealni fazi menstrualnega ciklusa in kmalu po menstruaciji izgine. Najbolje je simptome beležiti prospektivno. Simptomi so telesni in emocionalni, lahko gre tudi za motnje obnašanja. Da postavimo diagnozo PMS, morajo biti simptomi izraženi tako, da motijo žensko pri psihosocialnem funkcioniranju in povzročajo telesni ali čustveni stres.

Simptomov je lahko več kot sto. Pogostejši so:

telesni: glavobol, migrena, napetost dojk, otekanje udov, napihnjenost, utrujenost, krči v trebuhu, povečanje telesne teže, težave s kožo, navali vročine, gastrointestinalne težave, palpitacije; čustveni: tesnoba, razdražljivost, nestanovitno razpoloženje, depresija, jeza, žalost, jokavost, napetost, preobčutljivost; vedenjski: želja po posebni hrani, povečan apetit, povečano pitje alkohola, nižja motivacija, nižja učinkovitost, izogibanje aktivno-

stim, ostajanje doma, spremembe spanja, spremembe libida, zmanjšana kognitivna funkcija, socialna izolacija, slaba koncentracija, pozabljivost.

Seveda ti simptomi niso značilni samo za PMS. Nujen ločevalno diagnostični kriterij je torej, da pri PMS ne gre za poslabšanje obstoječih simptomov, temveč za pojav novih v lutealni fazi ciklusa. Za postavitev diagnoze zahtevajo avtorji prospektivno beleženje simptomov v ciklusu.

To ni samo bolezen starejših, težave imajo tudi najstnice; pomoč pa običajno iščejo trideset- in štiridesetletnice.

Ker vzrok ni znan, je tudi klasifikacija bolezni med genitourinarne oziroma psihiatrične še vedno predmet razprav.

Natančno je opisano, kako je mogoče ločiti PMS od psihiatričnih bolezni.

Za pojavnost PMS je nujno ciklično ovarijsko delovanje, ni pa dovolj. Pri prizadetih ženskah je moten odgovor TSH, znižane so vrednosti serotonina in magnezija in endorfina beta. Zelo velike pa so individualne variacije predisponirajočih, precipitirajočih in dejavnikov, ki stanje vzdržujejo.

V knjigi je obilo prostora posvečenega fiziologiji in patofiziologiji menstrualnega ciklusa ter teorijam nastanka PMS, na kar se lepo naveže logika zdravljenja. Dokazano je, da dodajanje gestagenov večini žensk ne pomaga. Prav tako večini ne pomagajo kontracepcijske tablete.

Nekateri so menili, da je PMS simboličen izraz klasičnega konflikta ženske, od katere družba pričakuje, da je produktivna in reproductivna ter da je menstruacija kazalnik ženskosti; vendar, tudi

če ženski odstranijo maternico in tako nima več menstruacije, se PMS še pojavlja, če ovarijev ne odstranijo.

Poleg kirurške odstranitve jajčnikov obstaja možnost zdravljenja z GnRH analogi. Zdravljenje je učinkovito, ne more pa biti dolgotrajno. Razen tega je drago. Podobno velja za danazol.

Drastično zdravljenje potrebujejo le k samomoru nagnjene ženske s PMS. Običajno se težave zmanjšajo že po pogovoru, svetovanju, skupinski psihoterapiji, dodajanju vitaminov ali mineralov. Nato pridejo na vrsto zdravila za lajšanje telesnih težav (na primer bromergokriptin zoper napetost dojke) ter psihotropni agensi zoper čustvene simptome.

Nujno je, da ženska in njena okolica spoznata, da gre za reproduktivno endokrino motnjo neznane etiologije. PMS ne povzročajo »nori hormoni«, niti ni to nekaj v »glavi ženske«. Koncentracije hormonov niso različne od tistih pri ženskah brez PMS, temveč drugače vplivajo na nevrottransmiterje, prostaglandine in drugo. Veliko je načinov, kako pomagati in omogočiti ženskam, da jih PMS ne ovira; ko bo odkrit natančen vzrok, pa bo možna vzročna terapija.

Opazno je, da je knjigo pisalo 21 sodelavcev; nekatera dejstva se večkrat ponovijo, kar pa za bralca, ki prebere le poglavje, nemara niti ni tako slabo.

Sicer pa je knjiga razumljivo in prijetno napisana, s precej grafičnega materiala, razdeljena v mnogo podpoglavij in jo vsem zainteresiranim toplo priporočam.

Živa Novak-Antolič

KAKOVOSTNA GRAFIKA DOMAČIH IN TUJIH UMETNIKOV ZA ZDRAVNIKE

Uredništvo Zdravniškega vestnika in galerija Visconti Fine Art Kolizej iz Ljubljane sta za svoje bralce in slovenske zdravnike pripravila v naslednjih letih kakovostni izbor grafičnih listov priznanih slikarjev v omejeni nakladi.

Na vsake tri mesece skupaj izberemo po enega od domačih grafikov in enega iz tujine. V vernih barvah dela ponatiskujemo v Zdravniškem vestniku in ponatise praviloma ponovimo še v naslednjih dveh številkah. Okvirno predstavljamo vsakokratnega slikarja-grafika in tudi dimenzije ter tehniko grafičnega lista.

Za zdravnike nudi galerija znaten (galerijski) popust. Takšna ugodnost pa je pri vsakem listu omejena na 10 izvodov.

Pisne rezervacije za želeni grafični list pošljite na telefaks: 061 30 19 55, z zagotovilom, da boste list zagotovo tudi kupili. Razumljivo je, da imajo prednost zgodnje dospele rezervacije. Cene posameznega lista so dostopne po telefonu v uredništvu ZV. Če bo interesentov dovolj pred potekom treh mesecev, bomo z objavljanjem listov končali predčasno. Po sklenjeni objavi bomo vse naročnike povabili v prostore galerije Visconti Fine Art Kolizej, Ljubljana, Gosposvetska 13, II. nadstropje, kjer bodo interesenti grafične liste ob manjši slovesnosti in ogledu stalne zbirke tudi prevzeli. Nadaljnji izvodi predstavljenih listov in druga dela iz zbirke (brez posebnega popusta) so na voljo neposredno v galeriji.

Skupaj z galerijo smo prepričani, da je med slovenskimi zdravniki, stomatologi, pa morda tudi farmacevti veliko zavzetih ljubiteljev slikarstva, celo zbiralcev in poznavalcev. Če bo zanimanje preseglo začetna pričakovanja, se bomo skupaj z Vami lotili tudi podjetnejših akcij, morebitnih ogledov slikarskih del pred razstavami, tako v Sloveniji kot v drugih državah, s prednostjo pri nakupu, ogled posameznih grafičnih in slikarskih tehnik v največjih slikarskih delavnicah v Evropi in podobno.

Uredništvo

IRWIN

Skupino IRWIN, ustanovljeno v Ljubljani leta 1993, sestavljajo: Dušan Mandić (rojen v Ljubljani 1954), Miran Mohar (rojen v Novem mestu 1958), Andrej Savski (rojen v Ljubljani 1961), Roman Uranjek (rojen v Trbovljah 1961) in Borut Vogelc (rojen v Kranju 1959).

Vsi so študirali na Akademiji za likovno umetnost v Ljubljani, preden so se povezali v skupino, je samostojno razstavljal le Dušan Mandić (njegova dela iz tega časa nimajo nič skupnega s kasnejšo usmeritvijo IRWIN-a), medtem, ko se je Miran Mohar ukvarjal predvsem z grafičnim oblikovanjem (v ateljeju Matjaža Vipotnika). Aprila 1984 je IRWIN objavil svoj program, v katerem je poudaril tri principe delovanja: retrogardizem, potencialni eklekticizem in afirmacijo nacionalne kulture. Poleg kolektivizma je zelo izrazita intelektualizma polna vsebina likovnih del te skupine. Kot likovni segment gibanja NSK (Neue Slowenische Kunst) je začel javno nastopati s predstavitvijo v Disku FV in na Kersnikovi 4 v Ljubljani, v galerijskih prostorih pa prvič v galeriji ŠKUC v Ljubljani leta 1984. Sledile so številne razstave v slovenskih in jugoslovanskih galerijah, po projektu ob beneškem bienalu leta 1986 pa tudi v tujini – najprej v Veliki Britaniji (Edinburgh, London 1987), nato na Nizozemskem, v Nemčiji, Švici, Avstriji, Franciji, ZDA, Belgiji, Rusiji in Italiji. Prvo fazo ustvarjanja morda najizraziteje označuje tematska skupina del »Rdeči revirji«, drugo fazo »Slovenske Atene«, tretjo fazo pa »Država v času« – ruska v Moskvi in zadnja pekinška, ki je bila prikazana poleti 1994. Čeprav provokacija ni prvotni smoter skupine IRWIN, so njena dela zelo pogosto imela za posledico izrazito politično provokacijo z državno represijo, kot se je zgodilo s plakatом za dan mladosti in zadnjo realizirano štafeto v Jugoslaviji. Unikatna dela so praviloma razstavljeni in prodana z izvirnim, nenavadnim in neredko bogato reliefnim okvirjem. Skupina IRWIN je bistveno bolj znana v tujini (kjer je poleg Zorana Mušiča najbolj znana slikarska skupina, predstavljajoč Slovenijo, tudi z najvišjo ceno), kot doma. V Slovenijo se skupina ponovno vrača, tudi v novih, cenejših in nekoliko bolj množičnih oblikah.

Dela skupine IRWIN imajo bodisi značilen žig ali pa inventarski zapis. Njihovo razvojno umetniško pot so do leta 1991 najustrezneje predstavili v knjigi Neue Slowenische Kunst (Grafički zavod Hrvatske, Zagreb 1991).



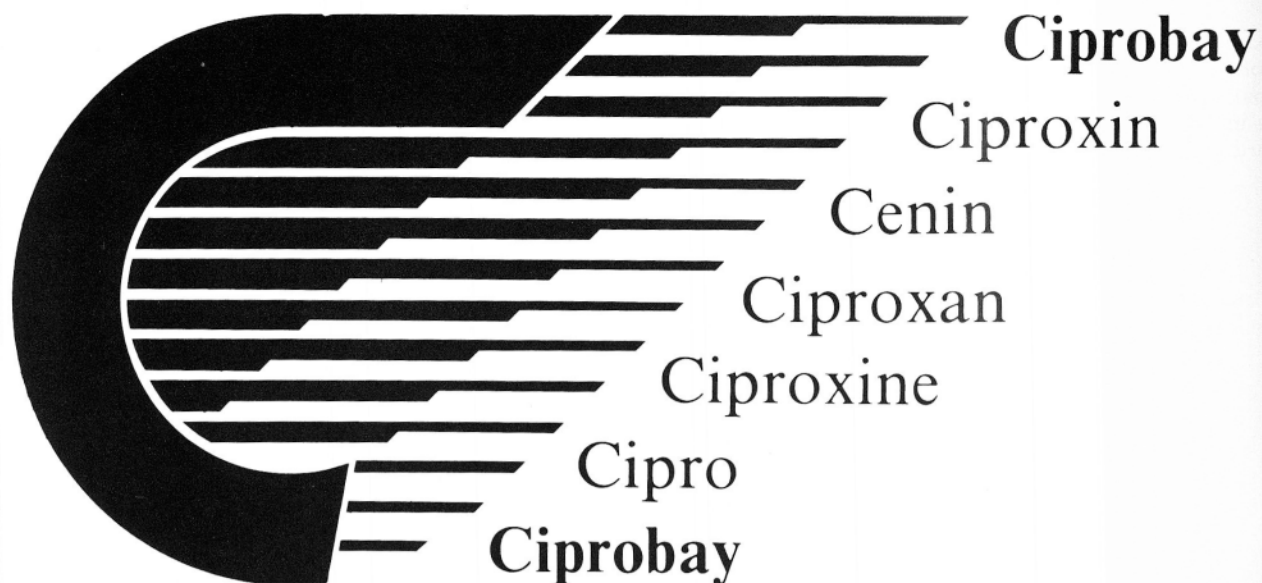
Barvna grafika »Rdeči revirji – Nova Evropa«, mešana tehnika, 40 × 30 cm, 1994.

EMILIO GRECO

je kipar in grafik. Rojen je bil leta 1913 v Cataniji, Italija. Študiral je na akademiji za likovno umetnost v Palermu. Kot formirana osebnost sodobnega italijanskega kiparstva je predaval po različnih akademijah likovnih umetnosti doma in v tujini, bil je tudi dekan akademije za kiparstvo v Rimu, kjer sedaj živi in dela. Je eno največjih imen sodobnega italijanskega kiparstva. Imel je neštevilne samostojne razstave doma in v tujini; realiziral je več javnih spomenikov, posvečen mu je muzej v Hakoneu, Japonska – »Vrt Greco«, ter stalne razstavne dvorane v muzeju Puškin v Moskvi in Ermitažu v St. Petersburgu.



Grafično delo »Deklica z golobi«, 1983, suha igla, 85 × 63 cm, tiskano na kolažiranem papirju China in 280 gr papirju Fabriano.



- Fluorirani kinolon, danes najuspešnejši v svoji skupini
- Zdravljenje, ki ustvarja zaupanje (preizkušen pri 100 milijonih bolnikov)
- Začetno parenteralno zdravljenje je moč učinkovito nadaljevati peroralno (doma)



Ciprobay®

ciprofloksacin — Bayerjeva kakovost

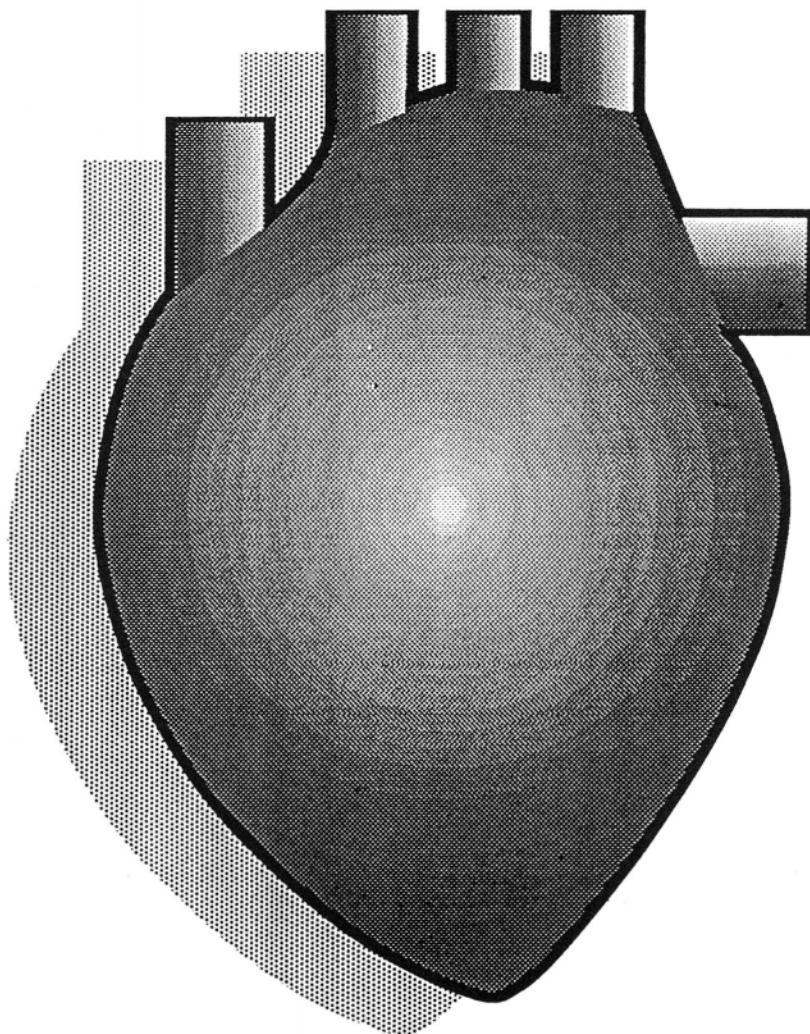
v 57 državah (tudi v ZDA, Veliki Britaniji, Japonski in Rusiji)

Ciprobay: ciprofloksacin: 10 tablet 250/500 mg; infuzijski raztopini (50 ml, 100 ml) 100/200 mg.
Doziranje: Peroralni odmerek Ciprobaya je 125—750 mg dvakrat na dan ali 100—400 mg (i.v.) dvakrat na dan. Polovični odmerek je priporočljiv kadar je očistek kreatinina manjši od 20 ml/min. **Kontraindikacije:** preobčutljivost za ciprofloksacin in druge kinolone; otroci in mladi v obdobju rasti, nosečnost, dojenje dokler ni dovolj izkušenj o možnih poškodbah sklepne hrustanca med rastjo, posebej previdno dajemo zdravilo starejšim bolnikom in pri tistih s poškodbami osrednjega živčevja.

Bayer

Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

Samo enkrat na dan



Tonocardin[®] *doksazosin*

za zdravljenje hipertenzije in preprečevanje koronarne bolezni srca

Oprema

20 tablet po 2 mg

20 tablet po 4 mg



PLIVA d.d. ZAGREB
PROGRAM FARMACEUTIKE

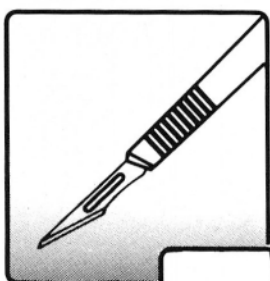
Podrobnejša pojasnila dobite v
PLIVA LJUBLJANA d.o.o.
Dunajska 51, LJUBLJANA

Tramal[®]

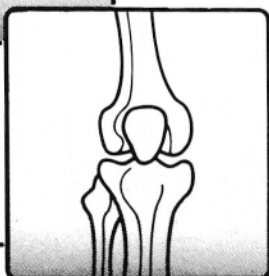
tramadol HCl

zanesljiv analgetik s centralnim delovanjem

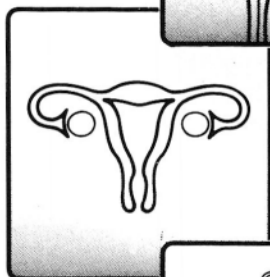
NOVO



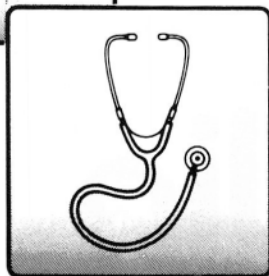
v kirurgiji



**v travmatologiji
in ortopediji**



**v ginekologiji
in porodništvu**



v interni medicini

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

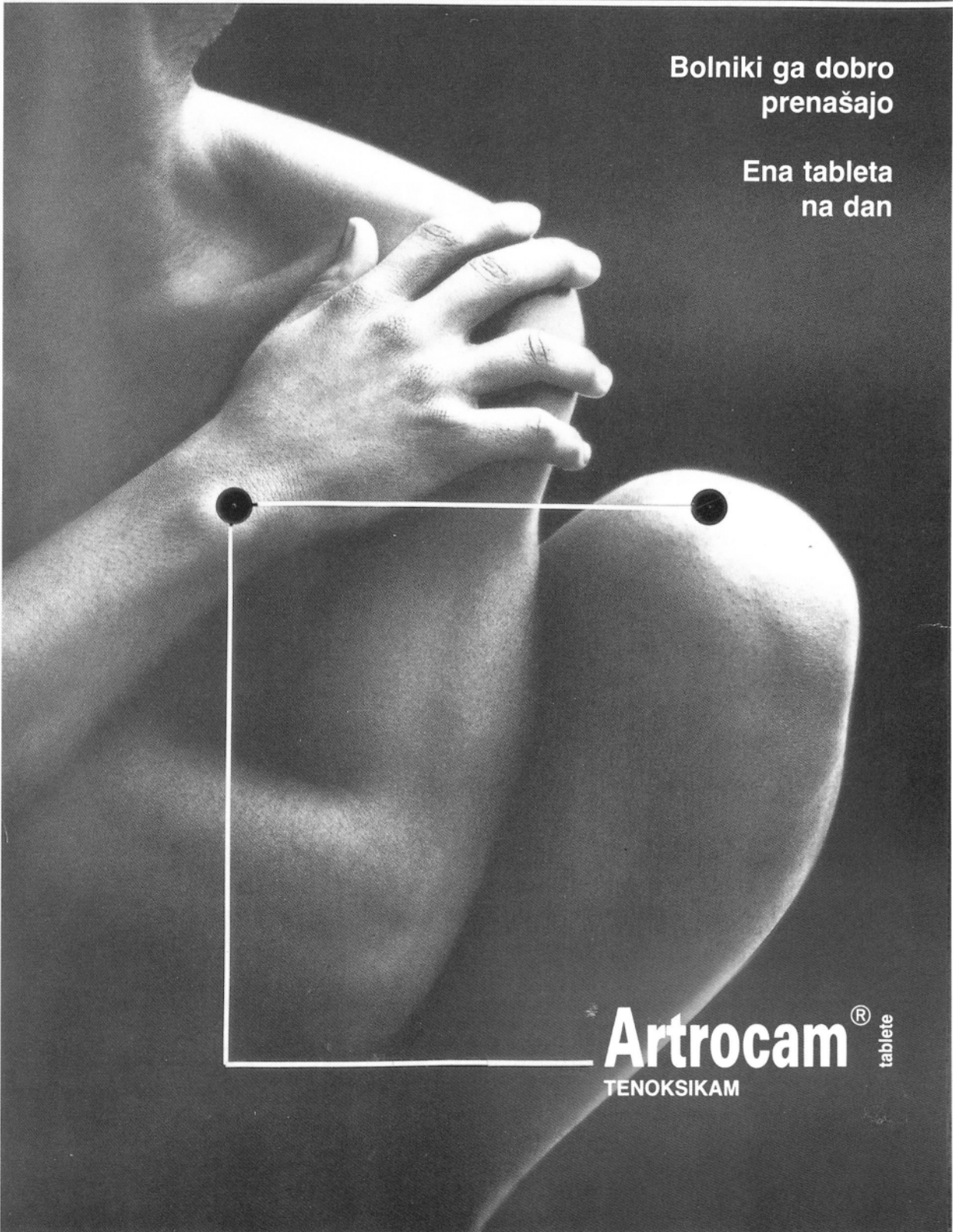
Izdeluje: Bayer Pharma d.o.o. Ljubljana
po licenci Grünenthal GmbH

**GRÜNENTHAL**

Hiter analgetski učinek

**Bolniki ga dobro
prenašajo**

**Ena tableta
na dan**



Artrocam[®] tablete
TENOKSIKAM

Oprema
10 tablet po 20 mg



PLIVA LJUBLJANA d.o.o
Dunajska 51, Ljubljana

Boljši, kot je, ne more biti.



Lahko pa je hitrejši.



NOVO: ASPIRIN DIREKT Turbo — hitro delujoča tableta proti glavobolu. Zaužijemo jo lahko brez vode.

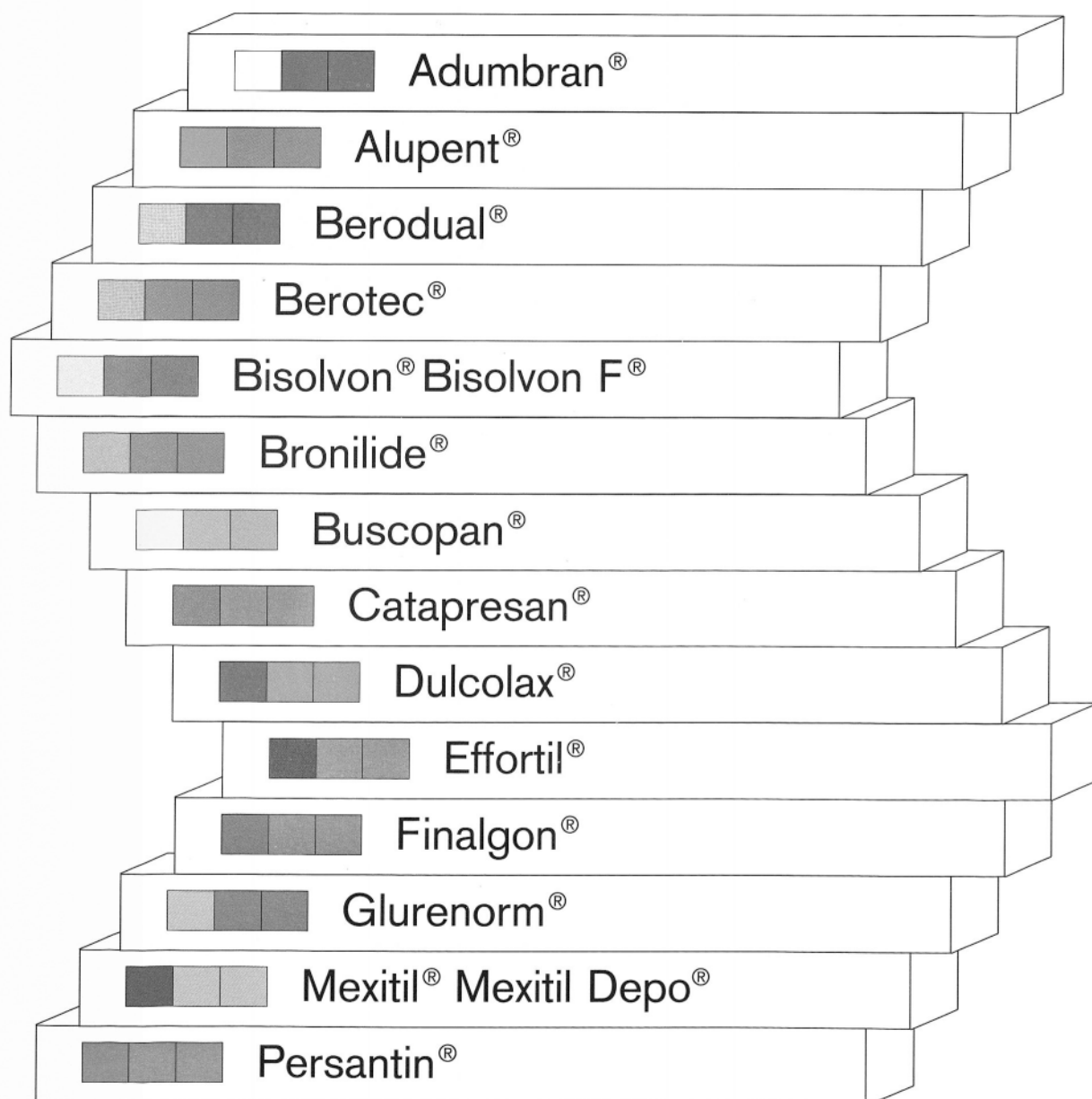
Sestava: Žvečilna tableta vsebuje 500 mg acetilsalicilne kisline. **Indikacije:** bolečine (npr. glavobol, zobobol, bolečine v sklepih in mišicah, nevralgije, bolečine zaradi vnetij), zvišana telesna temperatura pri prehladu, gripi in drugih boleznih. **Doziranje in uporaba:** Enkratni odmerek za odrasle je 1 do 2 tableti, največji dnevni odmerek pa do 6 tablet, razen če ni drugače predpisano. Tablete prežvečimo in pogoltnemo z vodo ali brez nje. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za salicilate, astma, ambulantno zdravljenje z antikoagulantni. **Oprema:** Škatlica z 10 tabletami.

Bayer 

Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

Boehringer Ingelheim v Sloveniji

Boehringer Ingelheim zavzema pomembno mesto med vodečimi farmacevtskimi firmami, ki se ukvarjajo z raziskavo in proizvodnjo zdravil. V njihovo učinkovitost in varnost ste se lahko prepričali skozi dolgoletno prisotnost na slovenskem tržišču. Upamo, da vam bodo naši proizvodi še vnaprej koristili v vaši vsakdanji praksi.

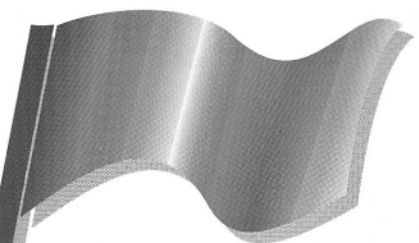


**Boehringer Ingelheim Pharma
v Sloveniji**

Mašera Spasičeva ul. 10
61 000 Ljubljana



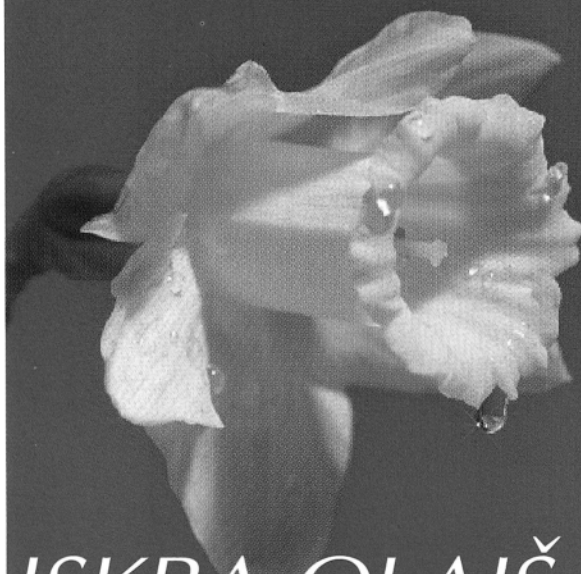
tel.: (061) 372 861, 1681 144
fax.: (061) 372 861



Helex[®]

tablete, 0,25 mg in 0,5 mg

alprazolam



ISKRA OLAJŠANJA

izjemno učinkovit benzodiazepin z anksiolitičnim, antidepresivnim in antipaničnim delovanjem

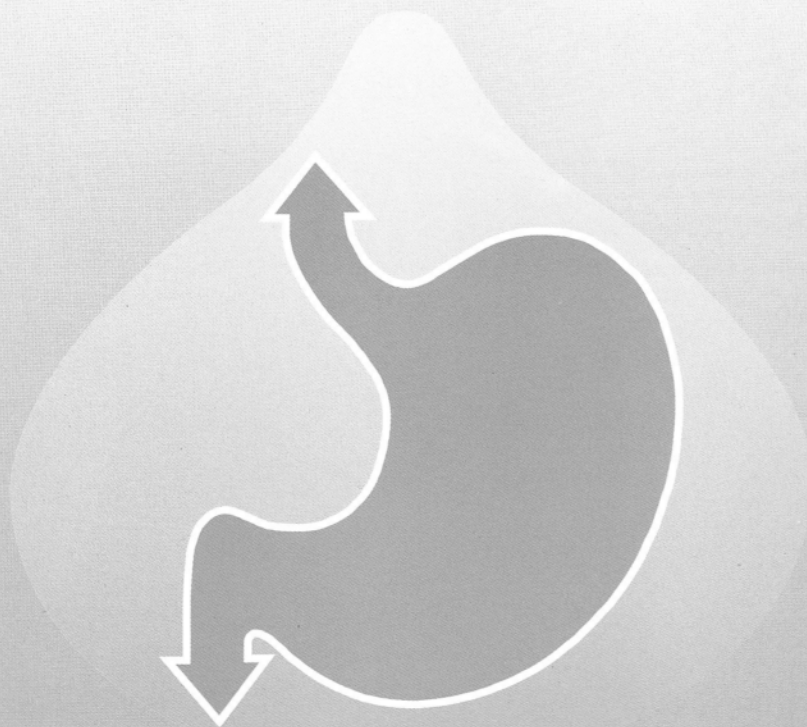
- **takojšen anksiolitični učinek**
- **ublažitev depresivne simptomatike že v prvih dveh tednih zdravljenja**
- **bolniki zdravilo dobro prenašajo**
- **spostitev duha, olajšanje težav vsakdanjega življenja**

Indikacije: Anksiozna stanja brez depresivnih simptomov ali z depresivnimi simptomi. Psihosomatska obolenja. Panične motnje. **Doziranje:** Prilagodimo ga bolniku in resnosti simptomov. Okvirno je med 0,5 mg do 4 mg na dan za anksiozne in depresivne simptome, za zdravljenje paničnih motenj so potrebne višje doze. Starejšim bolnikom doze zmanjšamo. **Oprema:** 30 tablet po 0,25 mg, 30 tablet po 0,5 mg.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

 **KRKA**
SLOVENIJA

v DANES v
NAJUČINKOVITEJŠE
PROTIULKUSNO ZDRAVILO



Ortanol[®]
omeprazol

zaviralec protonske črpalke v parietalni celici

**učinkovito ozdravi bolnike z refluksnim ezofagitisom,
razjedo na dvanajstniku in želodcu in bolnike s
Zollinger–Ellisonovim sindromom**

hitro olajša bolečino in izboljša kvaliteto življenja

Natančnejše navodilo o zdravilu lahko dobite pri proizvajalcu.



**lek tovarna farmaceutskih in
kemičnih izdelkov, d.d.
Ljubljana**

Da ne bi bolelo...

TADOL®

kapsule, kapljice, svečke, injekcije

tramadol

- ◆ centralno delujoči analgetik za lajšanje zmernih in hudih bolečin
- ◆ učinkovit ob sorazmerno malo stranskih učinkih

Indikacije: Srednje močne do močne akutne ali kronične bolečine. **Kontraindikacije:** Zdravila ne smemo dajati otrokom, mlajšim od 1 leta. Tramadola ne smemo uporabljati pri akutni zastrupitvi z alkoholom, uspavali, analgetiki in drugimi zdravili, ki delujejo na osrednje živčevje. Med nosečnostjo predpišemo tramadol le pri nujni indikaciji. Pri zdravljenju med dojenjem moramo upoštevati, da 0,1 % zdravila prehaja v materino mleko. Pri bolnikih z zvečano občutljivostjo za opiate moramo tramadol uporabljati zelo previdno. Bolnike s krči centralnega izvora moramo med zdravljenjem skrbno nadzorovati. **Interakcije:** Tramadola ne smemo uporabljati skupaj z inhibitorji MAO. Pri sočasni uporabi zdravil, ki delujejo na osrednje živčevje, je možno sinergistično delovanje v obliki povečane sedacije, pa tudi ugodnejšega analgetičnega delovanja. **Opozorila:** Pri predoziranju lahko pride do depresije dihanja. Previdnost je potrebna pri bolnikih, ki so preobčutljivi za opiate, pri starejših osebah, pri miksedomu in hipotiroidizmu. Pri okvari jeter in ledvic je potrebno odmerke zmanjšati. Bolniki med zdravljenjem ne smejo upravljati strojev in motornih vozil. **Doziranje in način uporabe:** Odrasli in otroci, starejši od 14 let: Injekcije: 50 do 100 mg i.v., i.m., s.c.; intravensko injiciramo počasi ali infundiramo razredčeno v infuzijski raztopini. Kapsule: 1 kapsula z malo tekočine. Kapljice: 20 kapljic z malo tekočine ali na kocki sladkorja; če ni zadovoljivega učinka, dozo ponovimo čez 30 do 60 minut. Svečke: 1 svečka; če ni učinka, dozo ponovimo po 3 do 5 urah. Otroci od 1 do 14 let: 1 do 2 mg na kg telesne mase. Dnevna doza pri vseh oblikah ne bi smela biti višja od 400 mg. **Stranski učinki:** Znojenje, vrtoglavica, slabost, bruhanje, suha usta in utrujenost. Redko lahko pride do palpitacij, ortostatske hipotenzije ali kardiovaskularnega kolapsa. Izjemoma se lahko pojavijo konvulzije. **Oprema:** 5 ampul po 1 ml (50 mg/ml), 10 ml raztopine (100 mg/ml), 20 kapsul po 50 mg, 5 svečk po 100 mg.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Otroci hitro opazijo razliko...

...čeprav starši marsikdaj menijo, da so vsi antibiotiki enaki.

KEFLEX cephalexin

Kapsule

blister 28 x 250 mg
blister 28 x 500 mg

Prašek za pripravo suspenzije

250 mg / 5 ml,
steklenička 60 ml

Ceclor cefactor

Kapsule

blister 15 x 250 mg
blister 15 x 500 mg

Prašek za pripravo suspenzije

125 mg / 5 ml, steklenička 60 ml
250 mg / 5 ml, steklenička 60 ml



Izbrali so Ceclor.

Vseh 377 otrok,¹ ki so si zdravili
vnetje srednjega ušesa, je v raziskavi
izbralo Ceclor za antibiotik z
najprijetnejšim okusom.

Tudi okus lahko olajša
otrokom jemanje zdravil in
pripomore k boljšemu sodelovanju
pri zdravljenju.



Ceclor® in Keflex® sta zaščiteni
blagovni znamki Eli Lilly.

¹ South Med J. 1990;83:1174-1177.

Eli Lilly, Predstavništvo Ljubljana
61000 Ljubljana, Parmova 53
Tel.: (061) 319-648, 131-7244 / int. 346
Telefaks: (061) 319-648





Berodual®

fenoterol hidrobromid + ipratropium bromid

Dvokomponentni bronhodilator za preprečevanje napadov in dolgotrajno zdravljenje bronhialne astme in kroničnega obstruktivnega bronhitisa

BERODUAL-osnova zdravljenja bronhoobstrukcije

- hitro začetno in nato dolgotrajno delovanje
- višja stopnja bronhodilatacije
- daljši učinek zdravljenja
- brez sistemskih učinkov
- uporaba nastavka za inhalacijo olajša uporabo aerosola, kar je zelo pomembno za otroke in starejše osebe

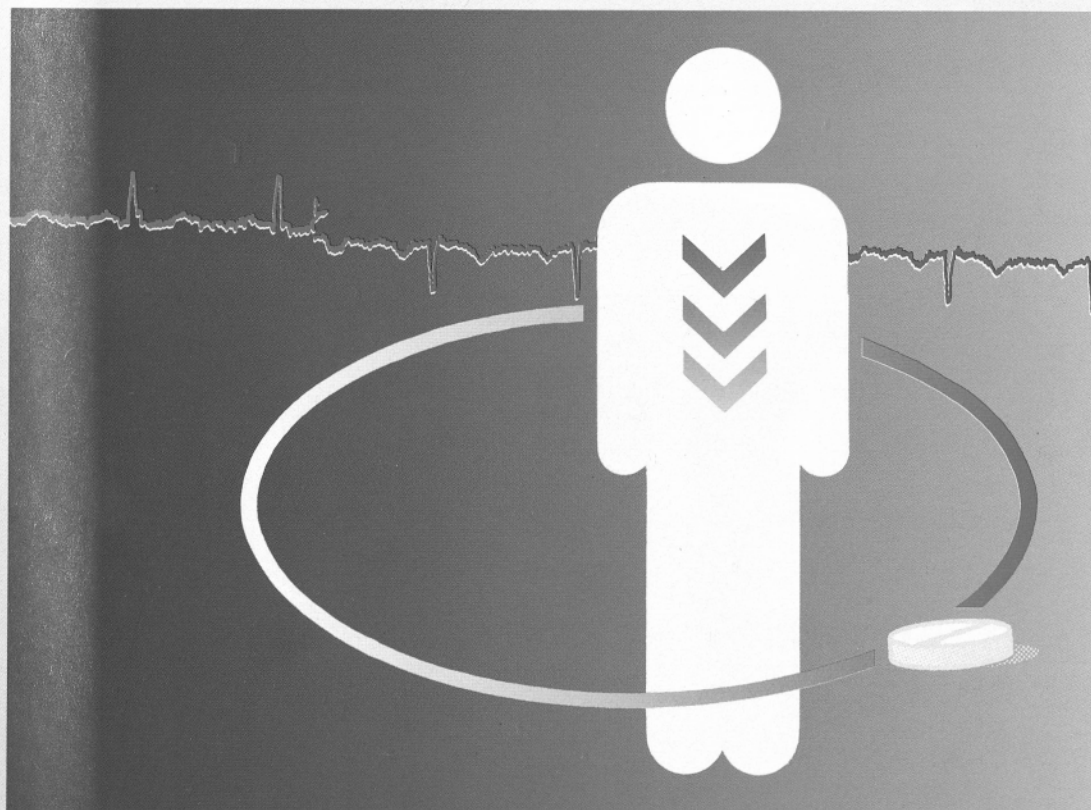
**Boehringer Ingelheim Pharma
v Sloveniji**

Mašera Spasičeva ul. 10
61 000 Ljubljana



tel.: (061) 372 861, 1681 144
fax.: (061) 372 861

**KALCIJEV ANTAGONIST DRUGE GENERACIJE
JE UČINKOVIT PRI ZDRAVLJENJU
HIPERTENZIJE
IN ANGINE PEKTORIS**



Amlopin[®]

amlodipin

V primerjavi z drugimi kalcijevimi antagonisti deluje Amlopin kot dobro znani dihidropiridini, hkrati pa omogoča še:

- **podaljšano delovanje** – 24 ur
- **bolniki ga zaradi postopnega začetka delovanja dobro prenašajo**
- **preprosto doziranje** in titiranje doze: ena tableta na dan, ne glede na – indikacijo – bolnikovo starost – spremljevalno bolezen (ledvična insuficienca, astma idr.)

Natančnejše navodilo o zdravlilu lahko dobite pri proizvajalcu.



**lek tovarna farmacevtskih in
kemičnih izdelkov, d.d.
Ljubljana**

Navoban®
antagonist 5-HT₃ receptorjev
razvit z mislijo na bolnika



1. Boljša kontrola akutne in zapoznele slabosti in bruhanja, ki ju povzroča kemoterapija
2. Varno zdravilo, ki ga bolniki dobro prenašajo
3. Enostavno doziranje - le 1-krat na dan


Navoban®
Vedno le 1-krat na dan. Vedno 5 mg.

Navoban®: antagonist 5-HT₃ receptorjev. **Sestava in oblika:** tropisetron HCl, kapsule 5,64 mg*, ampule (5 ml) 5,64 mg*. **Indikacije:** preprečevanje slabosti in bruhanja povzročenega s kemoterapijo rakavih obolenj. **Doziranje:** zdravljenje traja 6 dni. Prvi dan 1 ampula i.v.. Od drugega do šestega dne pa 1 kapsula p.o. na dan. Glej celotno navodilo. **Kontraindikacije:** preobčutljivost na zdravilo. **Nosečnost.** **Previdnost** je potrebna pri bolnikih z nekontrolirano hipertenzijo in pri materah, ki dojijo. **Interakcije:** rifampicin in druga zdravila, ki inducirajo encime. Glej celotno navodilo. **Stranski učinki:** glavobol, zaprtje, vrtoglavica, slabost, bolečine v trebuhu, diareja. *ekvivalentno 5 mg baze.



SANDOZ

SANDOZ PHARMA AG BASEL, Predstavništvo v Ljubljani, Dunajske 107/XI, L.J. Tel.: (061) 168 14 22 Fax: 34 00 96



tablete po 5, 10 in 20 mg enalapril maleata
injekcije po 1,25 mg/ml enalaprilata

- **učinkovito zmanjšuje krvni tlak z enkratno dnevno dozo pri večini bolnikov**
- **povzroča regresijo hipertrofičnega levega prekata in arterijske stene**
- **Enap-H - smotrna kombinacija s tiazidnim diuretikom, Enap-HL - manjša doza diuretika**

*Kar je dragoceno,
varujem.*

Enap-H

tablete z 10 mg enalapril maleata in
25 mg hidroklorotiazida

Enap-HL

tablete z 10 mg enalapril maleata in
12,5 mg hidroklorotiazida



Doziranje in način dajanja: Tablete Enap: *Esencialna hipertenzija:* Začetna doza znaša 10 mg na dan; običajna vzdrževalna doza je 20 mg na dan v enem ali razdeljeno na dva odmerka. *Renovaskularna hipertenzija:* Zdravljenje začnemo z dozami po 2,5 do 5 mg na dan in bolnika skrbno opazujemo. *Ledvična insuficienca:* (serumski kreatinin preko 350 µmol/L) priporočene so začetne doze 2,5 do 5 mg; podaljšati je potrebno presledek med posameznimi vzdrževalnimi dozami in/ali dozo znižati. *Kongestivna srčna odpoved:* Začetna doza znaša 2,5 do 5 mg; običajna vzdrževalna doza je 10 do 20 mg na dan v dveh odmerkih. *Progresivna kronična ledvična bolezen:* Bolnika z ledvično insuficienco v zgodnjem stadiju (serumski kreatinin = 200 µmol/L) zdravimo z dozami po 2,5 do 5 mg na dan, če sočasno nima hipertenzije. Pred zdravljenjem z Enapom priporočajo znižanje doze diuretikov in uravnavo hipovolemije in hiponatriemije. **Tablete Enap-H in Enap-HL:** 1 do 2 tableti enkrat na dan. **Injekcije Enap:** Uporabljajo se hospitalno za zdravljenje hude hipertenzije. Zdravljenje z enalaprilatom traja običajno do 48 ur. Enalaprilat dajemo intravensko pet minut, v dozi 1,25 mg na 6 ur. Pri bolnikih, ki se zdravijo z diuretiki in tistih, pri katerih je očistek kreatinina manjši od 30 ml/min (serumski kreatinin večji od 265 µmol/L), znaša začetna doza enalaprilata 0,625 mg (0,5 ml); dodatne doze po 1,25 mg (1 ml) dajemo nato na 6 ur. Pri prehodu z intravenskega na oralno zdravljenje, je priporočena začetna doza 2,5 mg do 5 mg enalaprilata enkrat na dan, nato jo po potrebi povečamo.

Stranski učinki: hipotenzija, glavobol, omotica, utrujenost, slabost, kašelj, izpuščaj, mišični krči. Enap redko povzroči zvišanje uree in kreatinina v serumu. Po prekinitvi zdravljenja se vrednosti normalizirajo. **Kontraindikacije:** preobčutljivost za zdravilo, nosečnost, dojenje, poznan angionevrotični edem; **pri tabletah Enap-H in Enap-HL** pa še anurija in hudo odpovedovanje ledvične funkcije (serumski kreatinin večji od 265 µmol/L). Uporaba Enapa-H in Enapa-HL pri otrocih še ni raziskana. **Interakcije:** Ob sočasnem jemanju Enapa in diuretikov, ki zadržujejo kalij, se lahko pojavi povečanje serumske koncentracije kalija. Pri sočasnem jemanju barbituratov, tricikličnih antidepresivov in fenotiazinov se lahko poveča diuretični, natriuretični in antihipertenzivni učinek hidroklorotiazidne sestavine Enapa-H in Enapa-HL, pri sočasnem jemanju nesteroidnih protivnetnih zdravil pa se lahko ta učinek zmanjša. **Oprema:** 20 tablet Enap po 5, 10 in 20 mg; 20 tablet Enap-H; 20 tablet Enap-HL; 5 ampul Enap po 1 ml.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

KRKA
SLOVENIJA



PROZAC[®]
fluoxetin hidroklorid

**Zdravilo, ki ga v
antidepresivni
farmakoterapiji
najpogosteje
predpisujejo
ameriški psihiatri***

- dokazano učinkovito zdravljenje depresivnih bolnikov
- 10 milijonov bolnikov v 58 deželah
- ugodno doziranje 20 mg enkrat dnevno
- prvi je terapevtski odmerek – titracija največkrat ni potrebna
- dokazano blagi profil stranskih učinkov, ki jih lahko nadzorujemo, zagotavlja bolnikom prednosti neprekinjenega zdravljenja
- razpolovni čas varuje pred sporadično nekomplianso
- širok varnostni faktor v primeru predoziranja

Lilly

* Podatki neodvisne tržne raziskave
od decembra 1988 do avgusta 1992.

podcenjevanje resne bolezni

Zdravilo proti depresiji Prozac® (fluoksetin hidroklorid) je bilo v zadnjih tednih deležno izjemno velike pozornosti medijev. Precej te pozornosti je poslabšalo obravnavanje te sicer zelo resne bolezni, za zdravljenje katere so Prozac posebej razvili, se pravi za *klinično depresijo*.

Gre za pogubno bolezen, ki terja velik davek: trpljenje in bolečine prizadetih in vseh, ki jih ljubijo. Cenijo, da ima samo v Združenih državah to resno bolezen več kot 12 milijonov odraslih.

Med novimi vrstami zdravil proti depresiji je Prozac revolucionarni rezultat tri desetletja trajajočega temeljitega metodičnega znanstvenega raziskovanja. Dejansko je eno od najbolj raziskanih zdravil na svetu. V kliničnih poskusih je sodelovalo več kot 32.000 bolnikov. Objavili so več kot 3.000 znanstvenih člankov o varnosti in uporabnosti tega zdravila. Uporabo Prozaca so odobrile ustrezne ustanove v več kot 60 državah po vsem svetu.

Tudi Prozac je tako kot vsa Lilly-eva zdravila namenjen samo tisti uporabi, kjer obstaja nedvoumna zdravstvena potreba in depresija je gotovo najpomembnejša med njimi.

Prozac omogoča inovativno zdravljenje in je praviloma le del v zdravljenju hude depresije. Zdravljenje klinične depresije naj bi vključevalo poleg zdravil, psihoterapije in/ali drugega svetovanja še stalen klinični nadzor ter skrb za bolnika po zdravljenju. To je mogoče doseči s pristnimi odnosi med bolniki in zdravstvenimi delavci, ki jih zdravijo. Med razlogi za pomembnost teh odnosov je dejstvo, da se vsi bolniki ne odzovejo na zdravljenje in da vsa predpisana zdravila lahko izzovejo stranske učinke. Ob Prozacu se lahko pojavijo: glavobol, slabost, zaspanost, nespečnost in bojazen. Prozaca ne smemo uporabljati hkrati ali kmalu po dajanju inhibitorjev MAO.

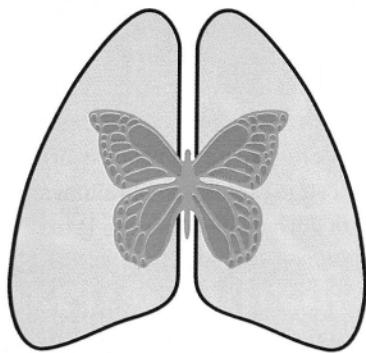
Doživljamo resnično plodno obdobje za biomedicinsko raziskovanje. Do novih in novih odkritij prihaja neverjetno hitro. Rezultat tega fenomena so vsekakor inovativna zdravila, ki nudijo upanje in ozdravljenje milijonom bolnih ljudi — vključno bolnikom s klinično depresijo.



Eli Lilly • Predstavništvo Ljubljana

61000 Ljubljana, Parmova 53

telefon (061) 319-648, (061) 131-7244 / int. 346; faks (061) 319-648



Novo:

Bronilide®

flunisolid

učinkovit lokalni kortikosteroid za inhalacijsko zdravljenje obstruktivnih obolenj dihal

Bronilide - sodobna učinkovina

- močan lokalni učinek v pljučih
- dobro prenašanje med dolgotrajnim zdravljenjem
- majhna sistemska raspoložljivost po inhalaciji
- zato v priporočenih dozah ne vpliva na sistem hipotalamus-hipofiza-skorja nadledvične žleze

Bronilide - izrazita učinkovitost

- zavira vnetje bronhialne sluznice
- zmanjša hiperreaktivnost
- ublaži simptome astme
- občutno zmanjša pogostnost napadov astme

Doziranje

Odrasli

Priporočena doza znaša 2 inhalaciji aerosola, 2-krat na dan (zjutraj in zvečer). Najvišja dnevna doza ne sme preseči 2-krat po 4 inhalacije aerosola (2 mg).

Otroci

Doza za otroke, starejše od šest let, znaša 2 inhalaciji-aerosola 2-krat na dan (1 mg). Višje doze niso preskušene.

Oprema

Pršilka s 120 dozami po 0,25 mg in nastavkom za inhaliranje

**Boehringer Ingelheim Pharma
v Sloveniji**

Mašera Spasičeva ul. 10
61 000 Ljubljana



tel.: (061) 372 861, 1681 144
fax: (061) 372 861

Lamisil®

Terbinafin

Tablete, krema

NOV PRISTOP K ZDRAVLJENJU GLIVIČNIH BOLENJ NOHTOV IN KOŽE

- ☞ *v kratkem času uspešno ozdravi glivična obolenja nohtov, kože in lasišča*
- ☞ *pri infekcijah z dermatofiti deluje fungicidno*
- ☞ *stranski učinki so redki*

Lamisil®, antimikotik za oralno in lokalno uporabo

Indikacije:

Glivične infekcije kože, nohtov in lasišča povzročene z dermatofiti rodov *Trychophyton*, *Microsporum* in *Epidermophyton*, ter kvasovkami rodu *Candida* in *Pityrosporum*.

Doziranje:

TABLETE LAMISIL	Doziranje (odrasli)*	Trajanje zdravljenja
Onihomikoza na nohtih rok	250 mg 1x dnevno	6 TEDNOV
Onihomikoza na nohtih nog	250 mg 1x dnevno	12 TEDNOV
<i>Tinea capitis</i>	250 mg 1x dnevno	4 TEDNE
<i>Kronična tinea pedis</i>	250 mg 1x dnevno	2 TEDNA
KREMA LAMISIL		
<i>Tinea pedis</i>	2x dnevno	1 TEDEN
<i>Tinea korporis/kruris</i>	1x dnevno	1 TEDEN
<i>Kutana kandidiaza</i>	1x dnevno	1 TEDEN

* Otroci - glej celotno navodilo!

Lamisil®
terbinafine

OSKRBA ZDRAVSTVA JE NAŠA NALOGA

SALUS

L J U B L J A N A d.d.

ZAUPAJO NAM NAŠI KUPCI IN DOBAVITELJI, ZNANI PROIZVAJALCI IZ
TUJINE PA SO NAM ZAUPALI TUDI ZASTOPSTVA IN KONSIGNACIJE:

**ZASTOPSTVA IN
KONSIGNACIJE:**

- BAXTER EXPORT CORPORATION
- BOEHRINGER INGELHEIM
- NOVO NORDISK
- ORTHO DIAGNOSTIC SYSTEMS
- SCHERING & PLOUGH
- ESSEX CHEMIE

KONSIGNACIJE:

- HOECHST AG
- HOFFMANN
- SANDOZ

**SALUS LJUBLJANA D. D. – 61000 LJUBLJANA,
MAŠERA SPASIĆEVA 10,
TELEFON: N.C. (061) 168 11 44,
TELEFAX: (061) 168 10 22**

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

Zdravniški vestnik (ZV) je glasilo Slovenskega zdravniškega društva. Naslov uredništva je Zdravniški vestnik, Komenskega 4, 61000 Ljubljana, tel. (061) 317-868.

Splošna načela

ZV objavlja le izvirna, še neobjavljena dela. Avtor je odgovoren za vse trditve, ki jih v prispevku navaja. Če ima članek več avtorjev, je treba navesti natančen naslov (s telefonsko številko) tistega avtorja, s katerim bo uredništvo kontaktiralo pri pripravi teksta za objavo, ter kateremu avtorju se pošiljajo zahteve za reprint.

Če prispevek obravnava raziskave na ljudeh, mora biti iz besedila razvidno, da so bile raziskave opravljene v skladu z načeli Kodeksa etike zdravstvenih delavcev SFRJ in Deklaracije iz Helsinkov/Tokia.

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

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

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

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

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

Članki so lahko dolgi največ 12 tipkanih strani (s tabelami, slikami in literaturo vred).

V besedilu se lahko uporabljajo le enote SI in tiste, ki jih dovoljuje Zakon o merskih enotah in merilih (Uradni list SFRJ št. 13/76).

Spremi dopis

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

Tipkopis

Prispevki morajo biti poslani v trojniku, tipkani na eni strani boljšega belega pisarniškega papirja formata A4. Med vrsticami mora biti dvojni razmik (po 27 vrstic na stran), na vseh straneh pa mora biti rob širok najmanj 30 mm. Avtorji, ki pišejo besedila s pomočjo PC kompatibilnega računalnika, jih lahko pošljejo uredništvu na 5 1/4 inčnih disketah, formatiranih na 360 Kb ali 1,2 Mb, kar bo pospešilo uredniški postopek. Ko bo le-ta končan, uredništvo diskete vrne. Besedila naj bodo napisana s programom Wordstar ali z drugim besedilnikom, ki hrani zapise v ASCII kodi. V besedilu so dovoljene kratice, ki pa jih je treba pri prvi navedbi razložiti. Že uveljavljenih okrajšav ni treba razlagati (npr. l za liter, mg za miligram itd.).

Naslovna stran članka naj vsebuje slovenski naslov dela, angleški naslov dela, ime in priimek avtorja z natančnim strokovnim in akademskim naslovom, popoln naslov ustanove, kjer je bilo delo opravljeno (če je delo skupinsko, naj bodo navedeni ustrezni podatki za soavtorje). Naslov dela naj jedrnatost zajame bistvo vsebine članka. Če je naslov z avtorjevim priimkom in imenom daljši od 90 znakov, je treba navesti še skrajšano verzijo naslova za tekoči naslov. Na naslovni strani naj bo navedenih tudi po pet ključnih besed (uporabljene naj bodo besede, ki natančneje opredeljujejo vsebino prispevka in ne nastopajo v naslovu; v slovenščini in angleščini) ter eventualni financierji raziskave (s številko pogodbe).

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabele

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

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

Slike

Risbe morajo biti risane s črnim tušem na bel trd papir. Pri velikosti je treba upoštevati, da bodo v ZV pomanjšane na širino stolpca (88 mm) ali kvečjemu na dva stolpca (180 mm). Morebitno besedilo na sliki mora biti izpisano z letraset črkami Helvetica Medium. Treba je upoštevati, da pri pomanjšanju slike za tisk velikost črke ne sme biti manjša od 2 mm. Grafikoni, diagrami in sheme naj bodo uokvirjeni.

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

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

Literatura

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

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

Primeri citiranja

– primer za knjigo:

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

– primer za poglavje iz knjige:

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

– primer za članek v reviji:

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

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

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

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

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

– primer za članek iz suplementa revije:

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

– primer za članek iz zbornika referatov:

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

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

Prispevke oddajte ali pošljite le na naslov: Uredništvo Zdravniškega vestnika, Komenskega 4, 61000 Ljubljana. Za prejete prispevke izda uredništvo potrdilo. V primeru nejasnosti so uredniki na voljo za posvet, najbolje po poprejšnjem telefonskem dogovoru [tel. (061) 317-868].

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

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

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

Dovoljenje za ponatis slik, objavljenih v ZV, je treba zaprositi od Uredništva Zdravniškega vestnika, Komenskega 4, 61000 Ljubljana.

Navodila za delo recenzentov

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

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

Če recenzent meni, da delo ni vredno objave v ZV, prosimo, da navede vse razloge, zaradi katerih delo zasluži negativno oceno. Negativno ocenjen članek po ustaljenem postopku skupaj z recenzijo (seveda anonimno) uredništvo pošlje še enemu recenzentu, kar se ne sme razumeti kot izraz nezaupanja prvemu recenzentu.

Prispevke pošiljajo tudi mladi avtorji, ki žele svoja zapažanja in izdelke prvič objaviti v ZV ter jim je treba pomagati z nasveti, če prispevek le formalno ne ustreza, vsebuje pa pomembna zapažanja in sporočila.

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

Ni treba, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem in korigiranjem, čeprav ni napak, če opozori na take pomanjkljivosti. Posebej prosimo, da je pozoren na to, ali je naslov dela jasen in koncizen in ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvene podatke članka; ali avtor citi isti številki kot ocenjevano delo.

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 63, AUGUST 1994, Page 435-500, Number 8

CONTENTS

ON THE PLACE OF LEADING ARTICLE

Decisions of 131st Annual Meeting of Slovene Medical Society, Laško, May 20, 1994 435

PROFESSIONAL ARTICLES

Treatment of trochanteric area femur fractures - Own experiences,
F. Kutnik, I. Ocepek, I. Dolenc 43

Supracondylar fracture of the humerus in children as urgent surgery in traumatology,
M. Mikuž 44

Development of health status indicators in the general population, M. Markota 45

The changes in oral mucous membrane in the age group of over 55 years in Slovenia,
M. Rode, V. Vrbič 45

Aspiration of a coin - Case report, I. Koren, S. Kajba 45

REVIEW ARTICLES

Monoclonal antibodies for the immune status monitoring, A. Ihan 45

Contribution to the diagnostics and therapy of diffuse interstitial lung diseases,
E. Mušič 46

LETTERS TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS