



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 65, MAREC 1996, str. 113–156, ŠT. 3

VSEBINA

RAZISKOVALNI PRISPEVKI

- C-reaktivni protein in hitrost sedimentacije eritrocitov pri erythema migrans,** 113
V. Maraspin-Čarman, F. Strle, J. Cimperman

STROKOVNI PRISPEVKI

- Azbestna telesca v bronhoalveolarnem izpirku in bronhoskopski biopsiji pljuč,** 115
A. Debeljak, M. Mermolja, T. Rott, Z. Remškar

- Preprečevanje izgube vida zaradi diabetične retinopatije,** D. Pahor, B. Gračner 119

- Uspešnost zdravljenja pljučnice s cefalosporini prve generacije,** M. Sočan, B. Beovič 123

PREGLEDNI PRISPEVKI

- Humana erlihoza,** S. Lotrič-Furlan, L. Vidmar 127

- Možnosti odkrivanja zgodnjih aterosklerotičnih sprememb arterijske stene,** 131
P. Poredoš, A. Kek

PISMA UREDNIŠTVU

- Nove metode zdravljenja moške neplodnosti na Ginekološki kliniki v Ljubljani,** 137
B. Zorn, I. Virant-Klun

RAZGLEDI

- Nekrologi** 139

- Strokovna srečanja** 140

- Delo SZD** 140

- Zanimivo je vedeti** 141

- Aktualni pogovori** 145

- Zdravniški vestnik** 148

- V tej številki so sodelovali** 121

- Oglasi**

118, 122, 126, 136, 150-156

Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, T. Žgur

Tehnični urednik/Technical Editor:

P. Dolenc

Uredniški svet/Editorial Council:

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

Uredniški odbor/Editorial Board:

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

Tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanovič

Lektor za slovenščino/Reader for Slovenian:

T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

J. Gubenšek

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

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

Tekoči račun pri/Current Account with

LB 50101-678-48620

UDK 61+614.258(061.1)=863=20

CODEN: ZDVEEB ISSN 1318-0347

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:

Biological Abstracts, Biomedicinska Slovenica,
BIOSIS, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino.

To številk so financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo in

Ministrstvo za zdravstvo, Zavod za zdravstveno zavarovanje R Slovenije.

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

steje Zdravniški vestnik med proizvode, za katere se plačuje

5% davek od prometa proizvodov.

- Tisk Tiskarna JOŽE MOŠKRIČ d. d., Ljubljana - Naklada 4200 izvodov

The Journal appears regularly every month.

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

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

- Printed by Tiskarna JOŽE MOŠKRIČ d. d., Ljubljana - Printed in 4200 copies

C-REACTIVE PROTEIN AND ERYTHROCYTE SEDIMENTATION RATE IN ERYTHEMA MIGRANS

C-REAKTIVNI PROTEIN IN HITROST SEDIMENTACIJE ERITROCITOV PRI ERYTHEMA MIGRANS

Vera Maraspin-Čarman, Franc Strle, Jože Cimperman

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

Arrived 1995-08-11, accepted 1996-02-29; ZDRAV VESTN 1996; 65: 113-4

Key words: acute-phase reactant; bacterial infection; Lyme borreliosis

Abstract – Background. The aim of our prospective study was to determine the value of C-reactive protein and erythrocyte sedimentation rate as markers of bacterial infection in patients with the early localised borrelial infection.

Methods. Serum concentrations of C-reactive protein and erythrocyte sedimentation rate were determined in 200 consecutive adult patients with a typical erythema migrans. Concentrations of serum C-reactive protein were determined by rate nephelometry, the reference value was lower than 5 mg/L. The erythrocyte sedimentation rate was measured by a modified Westergren method, the normal value was below 20 mm/h.

Introduction

C-reactive protein (CRP) is an acute-phase reactant which is synthesised in the liver. The normal level in healthy subjects is 0.8 mg/L (1, 2), usually less than 10 mg/L (2-4). It is found in all age groups and there is no difference in the mean serum concentrations between men and women.

In response to an acute clinical situation, such as infection, inflammation or tissue injury, the plasma concentration of CRP rapidly increases 10-1000 fold (3), reaching a peak level within 48 hours (2, 5). After an appropriate therapy or spontaneous recovery the CRP concentration decreases rapidly in an exponential manner (6).

Bacterial infection represents one of the most potent stimuli of the acute-phase response (3, 5, 7, 8). In mild inflammation and severe viral infection the typical serum value is 10-40 mg/L, in active inflammation and bacterial infection 40-200 mg/L, in severe bacterial infection and burns 200-400 mg/L (3). There is no absolute serum level of CRP that is diagnostic of bacterial infection. Although different studies have suggested the concentration of 40 mg/L as a screening limit of bacterial infection (3, 9), the level of 100 mg/L seems to be more likely associated with bacterial infection (10, 11).

The erythrocyte sedimentation rate (ESR) is a non-specific test, which is still widely used in clinical practice as an indicator of inflammation activity.

Lyme borreliosis is a multi system illness. It is caused by *Borrelia burgdorferi*, a bacterium in the family Spirochetaceae. It is transmitted by ixodid ticks (12, 13). The pathognomonic skin lesion in the early localised stage of Lyme borreliosis is erythema migrans, which is sometimes accompanied by flu-like symptoms (13-15).

Ključne besede: reaktant akutne faze; bakterijska okužba; lymfska borelioza

Results. In 174 patients (87%) the C-reactive protein concentrations were higher than 5 mg/L. Of 26 patients (13%) with elevated C-reactive protein only five (2.5%) had the C-reactive protein concentrations higher than 20 mg/L and only two patients (1%) higher than 40 mg/L. In 181 patients (90.5%) the erythrocyte sedimentation rate was below 20 mm/h.

Conclusions. Although Lyme borreliosis is a bacterial infection, the serum concentration of C-reactive protein usually remains within normal range and the erythrocyte sedimentation rate remains low.

We have performed a prospective study to investigate the value of CRP and ESR as markers of bacterial infection in patients with erythema migrans.

Material and methods

During a 9-week period (29 May – 2 August 1991) 200 consecutive adult patients with a typical erythema migrans were investigated at the Lyme Borreliosis Outpatients' Clinic, University Department of Infectious Diseases. In all these patients serum CRP concentration and ESR were determined.

There were 120 females (60%) and 80 males (40%). The patients ranged in age from 16-82 years, the mean age was 45 years. In 119 patients (59.5%) the duration of erythema migrans prior to the visit was seven days or less, in other patients it ranged from eight to more than 35 days. Of 200 patients with erythema migrans, 43 (21.5%) had received antibiotic therapy prior to the visit.

Serum CRP was measured by rate nephelometry, the reference value was less than 5 mg/L. We chose a discriminatory level for serum-CRP of 40 mg/L as a screening limit for bacterial infection. The ESR was measured by a modified Westergren method, the normal value was less than 20 mm/h.

Results

In 174 patients (87%) the CRP concentration was less than 5 mg/L. Out of 26 patients (13%) with elevated CRP level only five patients (2.5%) had the CRP concentration higher than 20 mg/L and only two patients (1%) higher than 40 mg/L (61 mg/L and 70 mg/L respectively).

In 181 patients (90.5%) the ESR was below 20 mm/h. In both patients with the CRP concentration higher than 40 mg/L, the ESR was within normal range.

Of 200 patients with erythema migrans, 43 (21.5%) had received antibiotics prior to the visit and only three out of these patients had the CRP concentration less than 5 mg/L, but not higher than 40 mg/L. Two out of these 43 patients had an elevated ESR.

Discussion

The value of CRP measurements in adult patients with Lyme borreliosis has not been established. It is known that CRP represents an important indicator of bacterial infection in which an elevated level is a common finding. Recently, normal value of CRP in patients with borreliosis have been described (16).

In our study only 1% of patients with erythema migrans had an elevated level of CRP and 9.5% an elevated ESR.

We can conclude that although Lyme borreliosis is a bacterial infection, CRP usually remains within normal range early in the course of this illness. In contrast with reports from the United States (14), we have found, similar to some European authors (17, 18), that also the ESR remains low. It seems that the acute-phase response is not an important finding in patients with erythema migrans.

Izvešček – Izhodišča. Znano je, da najdemo pri veliki večini bolnikov z bakterijsko okužbo tako povišano koncentracijo serumskega C-reaktivnega proteina kakor tudi pospešeno sedimentacijo eritrocitov. S prospektivno študijo smo želeli ugotoviti pomen C-reaktivnega proteina in hitrosti sedimentacije eritrocitov kot kazalnikov bakterijske okužbe pri bolnikih z zgodnjo lokalizirano borelijsko okužbo.

Metode. Pri 200 zaporednih, ambulantno pregledanih odraslih bolnikih s tipičnim erythema migrans smo določili koncentracijo C-reaktivnega proteina v serumu in hitrost sedimentacije eritrocitov ob prvem pregledu. Serumske koncentracije C-reaktivnega proteina so določali v proteinskem laboratoriju Inštituta za klinično kemijo in klinično biokemijo (KC IKKKB) z nefelometrično metodo. Hitrost sedimentacije eritrocitov smo določali po modi-

References

1. Shine B, de Beer FC, Pepys MB. Solid phase radioimmunoassays for C-reactive protein. Clin Chim Acta 1981; 117: 13–23.
2. Pepys MB. C-reactive protein 50 years on. Lancet 1981; i: 653–7.
3. Stuart J, Whicher JT. Tests for detecting and monitoring the acute phase response. Arch Dis Child 1988; 63: 115–7.
4. Kindmark CO. The concentration of C-reactive protein in sera from healthy individuals. Scand J Clin Lab Invest 1972; 29: 407–11.
5. Pepys MB, Baltz ML. Acute phase proteins with special reference to C-reactive protein and related proteins (pentaxins) and serum amyloid A protein. Adv Immunol 1983; 34: 141–212.
6. Gewurz H, Mold C, Siegal J, Fiedel B. C-reactive protein and the acute phase response. Adv Intern Med 1982; 27: 345–72.
7. Matson A, Soni N, Sheldon J. C-reactive protein as a diagnostic test of sepsis in the critically ill. Anaesth Intens Care 1991; 19: 182–6.
8. Rajter M, Marolt-Gomišček M, Joković Ž. Use of acute phase proteins in differentiating viral from bacterial infections. Zdrav Vestn 1994; 63: 57–60.
9. Korppi M, Kröger L. C-reactive protein in viral and bacterial respiratory infection in children. Scand J Infect Dis 1992; 163: 207–13.
10. Shaw AC. Use of serum C-reactive protein and neopterin concentrations in patients with viral or bacterial infection. J Clin Pathol 1991; 44: 596–9.
11. Young B, Gleeson M, Cripps AW. C-reactive protein: a critical review. Pathology 1991; 23: 118–24.
12. Burgdorfer W. Discovery of the Lyme disease spirochete and its relation to tick vectors. Yale J Biol Med 1984; 57: 515–20.
13. Steere AC. Lyme disease. N Engl J Med 1989; 321: 586–96.
14. Steere AC, Bartenhagen NH, Craft JE et al. The early clinical manifestation of Lyme disease. Ann Intern Med 1983; 99: 76–82.
15. Steere AC. Current understanding of Lyme disease. Hosp Pract 1993; 37–44.
16. Hansson LO, Axelsson G, Linné T, Aurelius E, Lindqvist L. Serum C-reactive protein in the differential diagnosis of acute meningitis. Scand J Infect Dis 1993; 25: 625–30.
17. Asbrink E, Olsson I, Hovmark A. Erythema chronicum migrans Afzelius in Sweden. A study on 231 patients. Zbl Bakt Hyg A 1986; 263: 229–36.
18. Weber K, Neubert U. Clinical features of early erythema migrans disease and related disorders. Zbl Bakt Hyg A 1986; 263: 209–28.

ficirani Westergrenovi metodi v laboratoriju na Kliniki za infektivne bolezni in vročinska stanja.

Rezultati. Pri 174 bolnikih (87%) je znašala koncentracija serumskega C-reaktivnega proteina pod 5 mg/L. Med 26 bolniki (13%) z zvišano koncentracijo C-reaktivnega proteina jih je imelo le pet (2,5%) vrednost nad 20 mg/L in le dva bolnika (1%) nad 40 mg/L. 181 bolnikov (90,5%) je imelo vrednosti sedimentacije eritrocitov pod 20 mm/h.

Zaključek. Čeprav sodi lymska borelioza med bakterijske okužbe, ostajata vrednosti serumske koncentracije C-reaktivnega proteina in hitrost sedimentacije eritrocitov praviloma v normalnem območju.

Strokovni prispevek/Professional article

AZBESTNA TELESKA V BRONHOALVEOLARNEM IZPIRKU IN BRONHOSKOPSKI BIOPSIJI PLJUČ

ASBESTOS BODIES IN BRONCHOALVEOLAR LAVAGE FLUID AND BRONCHOSCOPIC LUNG BIOPSY

Andrej Debeljak¹, Milivoj Mermolja¹, Tomaž Rott², Zlata Remškar¹

¹ Inštitut za pljučne bolezni in TBC, Klinični center, 4204 Golnik

² Inštitut za patologijo, Medicinska fakulteta, Korytkova 2, 1105 Ljubljana

Prispelo 1995-07-12, sprejeto 1996-02-29; ZDRAV VESTN 1996; 65: 115–7

Ključne besede: bronhoskopija; izpostavljenost azbestu; azbestoza

Key words: bronchoscopy; asbestos exposure; asbestosis

Izvleček – Izhodišča. Raziskali smo pomen citoloških značilnosti bronhoalveolarnega izpirka (BAI) in histološkega pregleda bronhoskopske pljučne biopsije (BPB) za ugotavljanje izpostavljenosti azbestu in diagnozo bolnikov z azbestnimi telesci (AT) v BAI.

Abstract – Background. The significance of cytological characteristics of bronchoalveolar lavage fluid (BALF) and histological analysis of bronchoscopic lung biopsy (BLB) in patients with asbestos bodies in BALF was investigated.

Metode. Študija je bila retrospektivna. BAI smo delali s 100 ml fiziološke raztopine. Preparate smo pripravili s citocentrifugo in jih barvali po May-Grünwald-Giemsi ter Perlsu. Tkivo, ki smo ga dobili s BPB, smo barvali z običajnimi barvili in na železo. Preparate smo pregledovali s svetlobnim mikroskopom. Za statistično obdelavo smo uporabili bi-kvadrat in t-test.

Methods. The study was retrospective. BAL was performed with 100 ml of saline. The slides were prepared by cytocentrifuge and stained according to May-Grünwald-Giemsa and Perls. Histological preparations were routine and iron stained. Light microscopy was applied. Chi-square and t-test were used for statistical work-up.

Rezultati. Od leta 1982 do leta 1994 smo naredili 1614 izpirkov. AT smo našli v BAI 99 bolnikov. Njihova izpostavljenost azbestu je bila 22,5±8 let. Petinosemdeset bolnikov je imelo azbestozo, trije plevritis, dva sarkoidozo, po eden žlezni rak pljuč ter pljučnico, pri sedmih smo ugotavljali samo azbestno zaprašeno pljuč. V BPB smo našli AT pri 76 in fibrozo pljuč pri 59 bolnikih. Fibroza pljuč je bila povezana s prisotnostjo AT v tkivu pljuč.

Results. From 1982–1994 1614 BAL were performed. AB were found in BALF of 99 patients. Their asbestos exposure was 22.5±8 yrs. Eighty-five patients had asbestosis, 3 pleuritis, 2 sarcoidosis, one adenocarcinoma of the lung, one pneumonia while in seven only asbestos dust deposition in the lung was observed. In BLB AB were found in 76 and fibrosis in 59 patients. The fibrosis of the lung was associated with the presence of AB in lung tissue.

Zaključek. Dokaz AT v BAI in BPB s svetlobno mikroskopijo je primerna metoda za potrditev težke izpostavljenosti azbestu ter senzitiiven, a nespecifičen test za azbestozo. Število celic in diferencialna slika BAI nam pri diagnozi azbestoze ne pomagata. BPB lahko potrdi tudi fibrozo ali kako drugo pljučno bolezen, kot sarkoidozo in malignom.

Conclusions. Confirmation of AB in BALF and BLB by light microscopy is a suitable method for diagnosis of heavy asbestos exposure and sensitive yet nonspecific test for asbestosis. Cell count and differential cell count of BALF are not helpful for the diagnosis of asbestosis. Lung fibrosis or some other lung diseases like sarcoidosis and cancer may also be established by BLB.

Uvod

Azbestna telesca (AT) so znak izpostavljenosti azbestu in niso že dokaz bolezni, ki jih pogosteje najdemo pri osebah, ki azbest vdihavajo (1). Tudi tip azbesta ni vedno povezan z določeno boleznijo. Vemo, da je največ azbesta v pljučih bolnikov z azbestozo – več kot 1000 AT/cm³ pljučnega tkiva (2), manj pri bolnikih z mezoteliomom plevre, pljučnim rakom, najmanj pa pri bolnikih z azbestnim plevritisom, plevralnimi plaki in okroglimi atelektazami. Posamezna AT do 35 AT/cm³ pljučnega tkiva pa so našli na obdukciji prebivalcev mest, ki so umrli zaradi bolezni, ki

niso posledica izpostavljenosti azbestu. Ker pa se število AT pri različnih boleznih prekriva, je tudi število AT v pljučnem tkivu neuporaben kriterij za diagnozo bolezni, ki so povezane z vdihavanjem azbestnih vlaken: azbestni plaki, plevritis, fibroza pljuč, rak bronhija in difuzni maligni plevralni mezoteliom (3). Število AT je vsaj desetkrat manjše kot število azbestnih vlaken. AT nastajajo pri fagocitiranju predvsem amfibolnih vlaken amozita in krocidolita (3), lahko pa tudi krizotila. Alveolarni makrofagi obdajo azbestna vlakna s kislimi mukopolisaharidi in feroproteini (4). Z analizo so dokazali, da ima 97% feruginoznih telesc azbestno jedro in da so torej prava AT.

Kadar najdemo 1 ali več AT/ml bronhoalveolarnega izpirka, jih je v pljučnem tkivu po navadi več kot 1000/cm³, torej količina, ki je običajna pri dolgotrajni poklicni ekspoziciji in pri azbestozi (3). Število celic/ml BAI preiskovancev, izpostavljenih azbestu ali bolnikov z azbestozo, je lahko normalno ali malo povišano (5), kar pomeni, da je alveolitis le blage stopnje (6). Limfocitozo nad 15% v BAI so našli pri preiskovancih, izpostavljenih azbestu, brez pljučne bolezni (7), bolnikih z azbestnim plevritisom in bolnikih z azbestozo (5). Nevtofiliya BAI je redka. Število polimorfonuklearnih levkocitov v BAI je običajno višje, kadar je v pljučnem tkivu več azbestnih vlaken (8). Povišano število eozinofilnih granulocitov v BAI je še redkejša (9).

Bronhoskopska biopsija pljuč (BPB) je uporabna metoda za potrjevanje nekaterih, posebno intersticijskih pljučnih bolezni (9). Težko izpostavljenost azbestu lahko potrdimo, če najdemo s svetlobno mikroskopsko preiskavo AT v koščkih BPB. Hkrati pa lahko BPB potrdi fibrozo pljuč (5). Za natančno oceno stopnje fibroze bolnikov z azbestozo pa so koščki, ki jih dobimo z BPB, premajhni (3).

Zanimalo nas je, kako pogosto smo pri rutinskih citoloških pregledih našli AT v BAI, kakšna je bila pri teh preiskovancih izpostavljenost azbestu in kakšne bolezni smo pri njih ugotovili. Skušali smo tudi ugotoviti morebitno povezanost med AT v BAI in BPB, številom ter diferencialno sliko celic v BAI in fibrozo pljuč. Oceniti smo želeli komplikacije bronhoskopije z BAI in BPB pri preiskanih bolnikih.

Material in metode

Od oktobra 1982 do decembra 1994 smo v Inštitutu za pljučne bolezni in tuberkulozo na Golniku pri 1484 bolnikih naredili 1614 BAI. Pri 99 bolnikih smo našli AT v BAI.

V skupini bolnikov z AT je bilo 82 moških in 17 žensk v starosti 51,6±7,4 leta. Podatke o bolnikih smo zbrali iz bolniške dokumentacije. Vrste azbesta, ki so mu bili bolniki izpostavljeni v tovarni Salonit, smo povzeli po podatkih tovarne. Kadilce smo opredelili kot osebe z zmnožkom zavojček/leto nad 20, bivši kadilci vsaj pol leta niso kadili.

Bronhoskopijo smo delali v lokalni anesteziji z lidokainom (kapalna ali pertrahealna metoda). Kot premedikacijo smo uporabljali atropin. Uporabljali smo upogljive bronhoskope Olympus 3R, 20D in 1T20. BAI smo napravili s petimi odmerki 20 ml sterilne, na telesno temperaturo ogrete fiziološke raztopine v bronhijih srednjega režnja in redkeje lingule. BPB smo napravili v bronhijih antero- in laterobazalnega segmenta desnega, redkeje levega spodnjega pljučnega režnja pod rentgensko kontrolo. Po bronhoskopiji smo bolnike diaskopirali, da bi ugotovili pnevmotoraks ali zalitost izpiranega dela pljuč.

Celotno aspirirano tekočino smo precedili skozi gazo. Celice smo prešteli v hemocitometru. Preparate smo pripravili s citocentrifugo. Uporabili smo 0,1 ali 0,2 ml izpirka za vsak preparat, ki smo jih obarvali po May-Grünwald-Giemsi in Perslu. Pri mikroskopskem pregledu smo uporabljali 400-kratno povečavo. Celice smo diferencialno, prešteli AT, opisali morfologijo in zaprašnost alveolarnih makrofagov.

Koščke pljuč, dobljene s BPB, smo fiksirali z 10% formalinom, preparate smo barvali s hematoksilin/eozinom in Persom. Za statistično obdelavo smo uporabili hi-kvadrat in t-test.

Rezultati

Med bolniki z AT v BAI smo 85-krat potrdili diagnozo azbestoze, sedemkrat smo ugotovili le izpostavljenost azbestnemu prahu, trikrat azbestni plevritis, dvakrat sarkoidozo, po enkrat pljučnico in žlezni rak pljuč. Bolniki z azbestozo so imeli bolezen potrjeno z dolgoletno izpostavljenostjo azbestu, rentgensko vidnimi intersticijskimi infiltrati, restriktcijsko ventilacijsko insuficienco ter histološko potrjeno pljučno intersticijsko fibrozo.

Dvainosemdeset preiskovancev (83%) je bilo delavcev različnih poklicev v tovarni azbestno-cementnih izdelkov Salonit iz Anho-vega. Štirje bolniki so delali v ladjedelnicah Split in Pula, dva sta bila livarja v železarni, dva v tovarni izolacijskih materialov Tesnilka Trebnje, eden v Metalflexu iz Tolmina, dva v Termiki iz Ljubljane, ena bolnica je delala v administraciji tovarne azbestno-cementnih izdelkov iz Splita. Za pet preiskovancev nismo dobili podatkov.

V tovarni Salonit so bili delavci izpostavljeni krizotilu 58–65%, krocidolitu 25–30% in amozitu 10–12%. Koncentracija azbestnih vlaken pod 5 mikronov dolžine je bila na različnih delovnih mestih od 175 do 2955 delcev v cm³ zraka.

Trajanje izpostavljenosti azbestnemu prahu je bilo 22,5±8 let (2 do 36 let). Enako dolgo izpostavljenost smo našli tudi pri bolnikih s fibrozo v BPB – 21,6±8,1 leta.

Od vbrižganih 100 ml fiziološke raztopine smo aspirirali 57±14 ml izpirka. V mikrolitru smo našli 262±175 celic, limfocitov je bilo 12±12%, nevtrofilnih granulocitov 2,9±4,5% ter eozinofilnih granulocitov 0,8±3,1%. V mililitru BAI smo našli od 3 do 1433 AT (197±263,4).

Med bolniki s povišanim odstotkom limfocitov nad 15%, nevtrofilnih granulocitov nad 2% ali eozinofilnih granulocitov nad 1% v BAI ni bila fibroza pljuč nič pogostejša.

Bivši kadilci so imeli v mikrolitru BAI manj celic (163±82) kot kadilci (312±205) in nekadilci (261±168). Odstotek nevtrofilnih granulocitov je bil enak v BAI kadilcev, nekadilcev in bivših kadilcev. Bolniki z azbestozo se v številu celic in diferencialni sliki BAI niso razlikovali od bolnikov, ki azbestoze niso imeli.

Pri 99 bolnikih smo naredili BPB. Odščitni smo 4,08±2,2 koščka tkiva (od 1 do 7). Pri dveh bolnikih nismo dobili primerne vzorca za pregled, pri šestih pa ni bilo podatkov.

V tkivu smo našli AT pri 76 bolnikih (83%), pri tridesetih (31%) tudi prosta azbestna vlakna.

Večje število AT smo našli pri istih bolnikih v BAI in BPB (tab. 1). Prav tako smo ugotovili, da so imeli bolniki z AT v BPB pogostejše pljučno fibrozo kot bolniki brez AT (tab. 2).

Sedem bolnikov (7%) je po BPB močnejše krvavelo. Krvavitev se je ustavila po adrenalinu in zagozditvi bronhoskopa. En bolnik je imel delni pnevmotoraks, ki smo ga eksuflirali. Pri 77 bolnikih (78%) smo našli zalit izpirani predel pljuč. Pri 10 bolnikih (10%) smo izmerili prehodno vročino zvečer po posegu.

Razpravljanje

Ker so avtorji našli več AT v spodnjih predelih pljuč (10), enako levo kot desno, je bila naša tehnika z bronhoskopskimi odvzemi v spodnjih režnjih, srednjem režnju in linguli primerna. Prav tako je svetlobno mikroskopski pregled BAI ustrezen pri dolgoletni ekspoziciji azbestu, saj se ujema z elektronsko mikroskopskimi pregledi (11). Za dokaz kratkotrajne izpostavljenosti azbestu pa svetlobna mikroskopija ni primerna (12). Ker so bili naši preiskovanci izpostavljeni azbestu vse do pregleda, proces odstranjevanja azbestnih vlaken iz pljuč v regionalne bezgavke (13) ni mogel bistveno vplivati na oceno obremenitve pljuč z azbestom. Po drugi strani pa je tudi res, da je ta proces počasen (14).

Strinjamo se z drugimi avtorji (6), da nam število in diferencialna slika celic BAI ne pomaga pri diagnozi azbestoze. Pri naših kadilcih tudi nismo našli višjega števila celic in nevtrocitoze v BAI, kot so opisovali pri sicer zdravih kadilcih drugi avtorji (15). Menimo, da je svetlobno mikroskopski pregled BAI primerljiv s pregledom BPB, saj smo kar v 83% pregledovancev našli AT tudi v BPB. Ujemanje so našli tudi avtorji, ki so za primerjanje uporabili elektronsko mikroskopijo (16). Ker smo le pri 31% pregledanih oseb našli s svetlobno mikroskopijo tudi prosta azbestna vlakna, se strinjamo z mnenjem avtorjev, ki menijo, da za ugotavljanje prostih azbestnih vlaken ta metoda ni dobra (17). Potrdili smo, da je fibroza pljuč tem verjetnejša, čim več je AT v pljučnem tkivu, kar so v poskusu potrdili drugi avtorji (18). Velja pa, da ne poznamo

Tab. 1. Primerjava bolnikov glede na število azbestnih telesc v bronhoalveolarnem izpirku in bronhoskopski pljučni biopsiji.

Tab. 1. Comparison of patients according to the number of asbestos bodies in bronchoalveolar lavage fluid and bronchoscopic lung biopsy.

	Azbestna telesca v histoloških preparatih Asbestos bodies in histological specimens			
	brez without	do 4 up to 4	5–19 5–19	nad 20 over 20
Azbestna telesca v ml izpirka do 19 Asbestos bodies per ml of fluid up to 19	9	12	4	1
20–99	5	17	5	3
nad 100 over 100	1	5	18	11

Bolniki, ki so imeli v izpirku več azbestnih telesc, so jih imeli več tudi v pljučnem tkivu ($p < 0,05$).

Patients with more numerous asbestos bodies in bronchoalveolar lavage fluid had more asbestos bodies in the lung tissue too ($p < 0,05$).

najmanjše obremenitve z azbestom, ki lahko že povzroči azbestozo, pa tudi največje ne, pri kateri je še vedno možno, da azbestoze ni (3). Menimo, da je histološki pregled pljučnega tkiva potreben, kadar sumimo tudi na druge intersticijske pljučne bolezni, azbestozo pa običajno potrjujemo z drugimi kliničnimi pokazatelji, kot inspiratorni poki, spremembe rentgenske slike in funkcije pljuč. Tudi v naši skupini bolnikov smo našli pljučnega raka, kar podpira domnevo, da je azbest, posebno krizotil in krocidolit, eden od kancerogenov (19).

Diagnoza sarkoidoze pri dveh naših bolnikih z epitelioidno-celičnimi granulomi in izključitvijo drugih granulomatoz še vedno ni povsem zanesljiva, poznana je granulomatozna reakcija v regionalnih bezgavkah zaradi vdihavanja azbesta (20).

BAI je velikokrat spremljala zalitost izpiranega segmenta in prehodna vročina. V prospektivni študiji so zalitost opazovali kar pri 90% bolnikov (21), pa tudi vročina je pogost spremljevalec tega posega (22). Resnejših komplikacij tudi pri BPB nismo imeli.

Zaključki

Ugotavljanje AT s svetlobnim mikroskopom v BAI in BPB je primerna metoda za dokaz težke izpostavljenosti azbestu. Pregled BAI in BPB na AT je senzitiven, a nespecifičen test za azbestozo. Število in diferencialna slika celic BAI nam pri diagnozi azbestoze ne pomagata. Število AT v BAI je v pozitivni povezanosti s številom AT v BPB in pljučno fibrozo. BPB lahko poleg fibroze potrdi tudi druge bolezni pljuč, kot sarkoidozo in pljučni rak. Bronhoskopija z BAI in BPB ni nevarna preiskava.

Literatura

- Churg A. Fiber counting and analysis in the diagnosis of asbestos related disease. Hum Pathol 1982; 13: 381–92.
- Teschler H, Hoheisel G, Fischer M, Müller KM, Konietzko N, Costabel U. Asbestkörperchengehalt der bronchoalveolaren Lavageflüssigkeit als Parameter

Tab. 2. Primerjava bolnikov glede na prisotnost azbestnih telesc v pljučnem tkivu in fibroze pljuč.

Tab. 2. Correlation of patients according to the asbestos bodies in lung tissue and pulmonary fibrosis.

		Azbestna telesca v pljučnem tkivu Asbestos bodies in lung tissue	
		prisotna present	brez without
Fibroza pljuč Lung fibrosis	Prisotna Present	55	4
	Brez Without	21	11

Pri bolnikih z azbestnimi telesci v pljučnem tkivu je bila fibroza pogostejša ($p < 0,05$). In patients with asbestos bodies in lung tissue, fibrosis was more frequently observed ($p < 0,05$).

- einer erhöhten Asbestbelastung der Lunge. Dtsch Med Wschr 1993; 118: 1749–54.
- Roggli VL. The pneumoconioses: Asbestosis. In: Saldana MJ ed. Pathology of pulmonary disease. Philadelphia: Lippincott, 1994: 395–410.
- Botham S, Holt P. The mechanism of formation of asbestos bodies. J Pathol Bacteriol 1968; 96: 443–52.
- Remškar Z. Zgodnje odkrivanje azbestoze in objektivno določanje stopnje delazmožnosti prizadetih bolnikov. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, 1990: 1–127.
- Costabel U, Donner CF, Haslam PL et al. Clinical role of BAL in occupational lung diseases due to mineral dust exposure. Eur Respir Rev 1992; 2: 89–96.
- Costabel U, Teschler H. Inflammation and immune reactions in interstitial lung disease associated with inorganic dust exposure. Eur Respir J 1990; 3: 363–4.
- Gellert AR, Kitajewska JY, Uthayakumar S, Kirkham JB, Rudd RM. Asbestos fibres in bronchoalveolar lavage fluid from asbestos workers: examination by electron microscopy. Br J Industr Med 1986; 43: 170–6.
- Debeljak A, Zupančič M, Remškar J et al. Transbronchial lung biopsy for diffuse pulmonary diseases. Atemw Lungenkrkh 1990; 16: 91–2.
- Teschler H, Konietzko N, Shoenfeld B, Ramin C, Schrapf T, Costabel U. Distribution of asbestos bodies in the human lung as determined by bronchoalveolar lavage. Am Rev Respir Dis 1993; 147: 1211–5.
- Gaensler EA, Jederlinic PJ, Churg A. Idiopathic pulmonary fibrosis in asbestos-exposed workers. Am Rev Respir Dis 1991; 144: 689–96.
- Kohyama N, Kyono H, Yokoyama K, Sera Y. Evaluation of low-level asbestos exposure by transbronchial lung biopsy with analytical electron microscopy. J Electr Micr 1993; 42: 315–27.
- Roggli VL, Bönning TL. Asbestos bodies in pulmonary hilar lymph nodes. Modern Path 1990; 3: 513–7.
- Dumortier P, De Vuyst P, Strauss P, Yernault JC. Asbestos bodies in bronchoalveolar lavage fluids of brake lining and asbestos cement workers. Br J Industr Med 1990; 47: 91–8.
- Holt PG. Immune and inflammatory function in cigarette smokers. Thorax 1987; 42: 241–9.
- Teschler H, Friedrichs KH, Hoheisel GB et al. Asbestos fibres in bronchoalveolar lavage and lung tissue of former asbestos workers. Am J Respir Crit Care Med 1994; 149: 641–5.
- Monso E, Tura JM, Pujadas J, Morell F, Ruiz J, Morera J. Lung dust content in idiopathic pulmonary fibrosis: a study with scanning electron microscopy and energy dispersive x ray analysis. Br J Industr Med 1991; 48: 327–31.
- Hiroshima K, Murai Y, Suzuki Y, Goldstein B, Webster I. Characterization of asbestos fibres in lungs and mesotheliomatous tissues of baboons following long-term inhalation. Am J Industr Med 1993; 23: 883–901.
- Kishimoto T, Okada K. The relationship between lung cancer and asbestos exposure. Chest 1988; 94: 486–90.
- Kido M, Kajiki A, Hiraoka K, Horie A. Sarcoid reaction observed in a worker with history of asbestos exposure. Sangyo Ika Daigaku Zasshi 1990; 12: 355–60.
- Gurney JW, Harrison WC, Sears K, Robbins RA, Dobvy CA, Rennard SI. Bronchoalveolar lavage: radiographic manifestations. Radiology 1987; 163: 71–4.
- Klech H, Pohl W, Hutter C. Safety and side-effects of bronchoalveolar lavage. Eur Respir Rev 1992; 2: 54–7.

Ponovno registriran v Sloveniji:

GEONISTIN®

nistatin + oksitettraciklin
vaginalete



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

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

Strokovni prispevek/Professional article

PREPREČEVANJE IZGUBE VIDA ZARADI DIABETIČNE RETINOPATIJE

PREVENTION OF VISUAL LOSS IN DIABETIC RETINOPATHY

Dušica Pabor, Bojan Gračner

Oddelek za očne bolezni, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska c. 5, 2000 Maribor

Prispelo 1995-09-22, sprejeto 1996-02-02; ZDRAV VESTN 1996; 65: 119–21

Ključne besede: sladkorna bolezen; oftalmološki pregledi; preprečevanje**Key words:** diabetes; ophthalmological examination; prevention

Izveček – Izhodišča. Diabetična retinopatija (DR) je glavni vzrok slepote in slabovidnosti v razvitem svetu. Pravočasno odkritje in ustrezno zdravljenje DR sta najpomembnejša za preprečevanje nastanka napredovalih oblik DR. Cilj našega proučevanja je bil ugotoviti, kakšna je seznanjenost sladkornih bolnikov z nevarnostjo sladkorne bolezni za oči in kakšen je časovni razmak med odkritjem sladkorne bolezni in prvim oftalmološkim pregledom.

Abstract – Background. Diabetic retinopathy (DR) is a principal cause of blindness in the modern world. Timely detection and adequate therapy of DR are very important for prevention of advanced diabetic eye disease. The aim of our study was to find out how aware are the diabetic patients about the risk of diabetic eye disease and the time interval between detection of diabetes and first ophthalmological examination.

Metode. Anketirali smo vse sladkorne bolnike v Očesni ambulanti za sladkorne bolnike Splošne bolnišnice Maribor v obdobju enega meseca na podlagi istega vprašalnika.

Methods. We interviewed all diabetic patients who were sent to our Diabetic Ophthalmological Unit within one month with the same questionnaire.

Rezultati. Od 145 sladkornih bolnikov jih je bilo le 33 (22,7%) seznanjenih z nevarnostjo sladkorne bolezni za oči. Le 60 sladkornih bolnikov (41,4%) je bilo oftalmološko pregledanih v obdobju manj kot eno leto po odkritju sladkorne bolezni, ostalih 85 bolnikov (58,6%) pa je bilo prvič oftalmološko pregledanih v povprečju 8,7 leta po odkritju bolezni.

Results. From 145 patients 33 (22.7%) were not aware about the risk of diabetic eye disease. Only 60 patients (41.4%) were ophthalmological examined in the time interval less than one year, while 85 patients (58.6%) were first examined in the mean time 8.7 years after detection of diabetes.

Zaključki. Rezultati ankete so pokazali, da je seznanjenost sladkornih bolnikov z nevarnostjo sladkorne bolezni za oči slaba. Priporočamo boljše sodelovanje med diabetologi, zdravniki splošne medicine ter oftalmologi pri preprečevanju DR.

Conclusions. The results indicate that diabetic patients are not sufficiently aware about the risk of diabetic eye disease. We recommend ordinary cooperation between diabetologists, general care physicians and ophthalmologists to prevent advanced diabetic retinopathy.

Uvod

Diabetična retinopatija (DR) je še vedno glavni vzrok slepote v razvitem svetu med 20. in 60. letom starosti. Velika večina te težke invalidnosti bi se lahko preprečila z rednimi oftalmološkimi pregledi in pravočasno lasersko terapijo (1–5). Pozne posledice sladkorne bolezni so številne in njihovo naštevande presega namen tega prispevka. Mednje sodijo tudi spremembe na očesnem ozadju, ki jih sladkorni bolniki ne zaznajo, saj niso boleče in postopoma vplivajo na vid. Takrat pa je uspešnost našega zdravljenja že vprašljiva. Pravočasno odkritje in ustrezna laserska terapija DR sta zato zelo pomembni s socialnega in medicinskega stališča. Spremembe na očesnem ozadju so lahko komaj opazne, kot so drobne mikroanevrizme pri začetni neproliferativni DR do srednje in težke slike neproliferativne DR s številnimi krvavitvami, spremembami v debelini mrežničnih ven, pojavu mikrovaskularnih abnormalnosti vse do razvoja proliferativne DR s proliferacijo žil in vezivnega tkiva. DR je mikroangiopatija, katere glavna lastnost je okluzija in propušcanje (1, 3–14).

Leta 1989 je bila v italijanskem mestu St. Vincent pod pokroviteljstvom Svetovne zdravstvene organizacije sprejeta deklaracija, katere cilj je bil za eno tretjino zmanjšati pojav vseh poznih zapletov sladkorne bolezni, med drugim tudi slepoto (7).

V Splošni bolnišnici Maribor že od leta 1977 deluje Očesna ambulanta za sladkorne bolnike, ki zajema širše mariborsko področje, kjer je registriranih 11.000 sladkornih bolnikov. Cilj naše raziskave je bil ugotoviti, kako so naši sladkorni bolniki seznanjeni z nevarnostjo svoje bolezni za vid in kakšen je bil časovni razmak med odkritjem bolezni in prvim oftalmološkim pregledom.

Bolniki in metode

Anketirali smo 145 bolnikov, ki so bili pregledani v Očesni ambulanti za sladkorne bolnike v obdobju enega meseca. Pri vseh bolnikih je bil opravljen popolni oftalmološki pregled, zlasti skrbno pregled očesnega ozadja pri razširjeni zenici. Vsi bolniki so

prostovoljno izpolnili enak vprašalnik. Zanimala nas je starost bolnikov, trajanje sladkorne bolezni, vrsta terapije, časovni razmak med odkritjem bolezni in prvim oftalmološkim pregledom. Predvsem pa nas je zanimalo, kaj mislijo o nevarnosti sladkorne bolezni za oči ter kaj je bil vzrok njihovega prvega obiska v očesni ambulanti.

Rezultati

Povprečno trajanje bolezni je bilo 12,8 leta (SD±9,4, min. 0, maks. 42).

37 bolnikov (25,5%) je imelo bolezen manj kot pet let, 58 bolnikov (40%) od 6 do 15 let in 50 bolnikov (34,5%) več kot 15 let.

Povprečna starost bolnikov je bila 56,2 leta (SD±8,0).

67 bolnikov (46,3%) je bilo odvisnih od inzulina, 78 bolnikov (53,7%) pa neodvisnih od inzulina.

Velika večina bolnikov (117 bolnikov ali 80,7%) je bila poslana na prvi pregled iz diabetične ambulante. Osební zdravniki so poslali le 24 bolnikov (16,5%). Samo štirje bolniki (2,8%) so prišli sami zaradi že obstoječih težav z vidom. Nihče od bolnikov pa ni prišel samo zato, ker bi se zavedal obstoječe nevarnosti svoje bolezni za vid (tab. 1).

Tab. 1. *Napotitev na prvi pregled v očesno ambulanto za sladkorne bolnike.*

Napotitev na prvi pregled	Število bolnikov (skupaj 145)
Diabetolog	117 (80,7%)
Osební zdravnik	24 (16,5%)
Sami zaradi težav z vidom	4 (2,8%)
Sami zaradi seznanjenosti o nevarnosti sladkorne bolezni za oči	0 (0%)

Od 114 bolnikov jih je bilo le 60 (41,4%) prvič pregledanih v manj kot enem letu po odkritju sladkorne bolezni. 85 ostalih bolnikov (58,6%) je bilo prvič pregledanih v očesni ambulanti v povprečju 8,7 leta (SD±6,4, min.<1, maks. 27) po odkritju sladkorne bolezni. 33 bolnikov (22,7%) ni vedelo o nevarnosti sladkorne bolezni za vid. 24 bolnikov (16,6%) je bilo mnenja, da bi lahko bila nevarna za vid, vendar niso bili gotovi. Tako, da je bilo 39,3% vseh bolnikov neseznanjenih ali slabo seznanjenih z nevarnostjo sladkorne bolezni za oči. Le 88 bolnikov (60,7%) je bilo seznanjenih z nevarnostjo sladkorne bolezni za vid, kar pa predstavlja manj kot 2/3 vseh anketiranih bolnikov (tab. 2).

Tab. 2. *Seznanjenost naših bolnikov z nevarnostjo sladkorne bolezni za vid.*

Seznanjenost o nevarnosti sladkorne bolezni za vid	Število bolnikov (skupaj 145)	
Niso bili seznanjeni	33 (22,7%)	= 39,3%
Lahko bi bila nevarna	24 (16,6%)	
Bili seznanjeni	88 (60,7%)	

Razpravljanje

Skupina za raziskavo DR (Diabetic Retinopathy Study Research Group) je potrdila uspešnost laserske terapije kot edine oblike zdravljenja DR ob dobro vodeni sladkorni bolezni. Ugotovili so, da se je že po enem laserskem posegu zmanjšalo napredovanje DR in incidenca težke izgube vida za 60%. Največ se danes uporablja argon modro-zelen laser (1, 15–20). Sodobno zdravljenje DR predstavljajo redne oftalmološke kontrole vsaj enkrat letno, če ni sprememb na očesnem ozadju. Če so te prisotne, pa najmanj na šest mesecev ali pogostejše, kadar imamo težje oblike DR, prizadetost makule ali pri nosečih sladkornih bolnicah. Le na ta način je možna pravočasna panretinalna ali fokalna laserska FKG ter v napredovalih oblikah DR vitrektomija (4, 5, 10, 16, 19, 21–26).

Le z rednimi oftalmološkimi pregledi v priporočenih časovnih razmakih lahko dosežemo boljše preprečevanje težkih izgub vida zaradi sladkorne bolezni. Teh priporočenih smernic se v naši Ambulanti za sladkorne bolnike držimo, kolikor je le mogoče. Kolikor nam je znano, je bila to prva tovrstna anketa v slovenskem prostoru. Rezultati te ankete so nas zelo presenetili. Seznanjenost naših bolnikov z nevarnostjo sladkorne bolezni za oči je slaba. Čeprav so rezultati naše ankete podobni kot v razvitem svetu, je vseeno zaskrbljujoče dejstvo, da skoraj 40% bolnikov ni vedelo ali pa je dvomilo o nevarnosti sladkorne bolezni za oči (17). To je verjetno tudi vzrok, zakaj jih skoraj 60% pride prvič na pregled povprečno 8,7 leta po odkritju bolezni. V tem obdobju pa je lahko za še uspešno lasersko terapijo ugoden čas že zamujen. Preseneča tudi skrb zdravnikov splošne medicine za to skupino bolnikov, kar je verjetno posledica slabše seznanjenosti o uspešnosti pravočasne laserske terapije.

Presejalnih (screening) metod za ugotavljanje DR je več: oftalmoskopiranje, slikanje očesnega ozadja s kamero pri ozki ali široki zenici. Katero bomo uporabljali, je odvisno od možnosti in naše odločitve, važno je le, da jo izvajamo (4, 21, 23–26). Glavni problem pri preprečevanju posledic DR je slaba seznanjenost bolnikov z nujnostjo rednih oftalmoloških kontrol. To ne sme biti prepuščeno posamezniku, ampak je dolžnost celotne družbe, predvsem pa zdravstvenih delavcev na vseh ravneh, da poskrbijo za boljšo prosvetljenost sladkornih bolnikov, aktivirajo njihova društva, delujejo prek sredstev javnega obveščanja in poskrbijo za boljše sodelovanje med posameznimi zdravstvenimi strokami.

Zaključki

Preprečevanje DR in njenih posledic bo uspešno le z rednimi oftalmološkimi kontrolnimi pregledi v priporočenih časovnih intervalih, saj se le tako lahko izvaja pravočasna laserska terapija, ki je za sedaj edina uspešna oblika zdravljenja DR.

Literatura

1. Ulbig MW, Kampik A, Hamilton AMP. Diabetische Retinopathy – Epidemiology. Risikofaktoren und Stadieneinteilung. Ophthalmologie 1993; 90: 197–209.
2. Olk RJ. Diabetic retinopathy. In: Supplement to Chibret International Journal of Ophthalmology. Philadelphia, 1989: 65–82.
3. Berger W. Ziele der Blutzuckerregulierung zur Prävention der diabetischen Retinopathie. Klin Monatsbl Augenheilkd 1993; 202: 437–42.
4. Lichter PR. Incentives for healthcare screening. Ophthalmology 1993; 100: 1435–6.
5. Brechner RJ, Cowie CC, Howie J, Herman WH, Will JC, Harris MI. Ophthalmic examination among adults with diagnosed diabetes mellitus. JAMA 1993; 270: 1714–8.
6. Ulbig MW, Kampik A. Stadienbezogene Therapie der diabetischen Retinopathie. Ophthalmologie 1993; 90: 395–414.
7. Diabetes Care and Research in Europe: The Saint Vincent Declaration. Workshop report. Diab Med 1990; 7: 360–0.
8. Bischoff P. Ophthalmologische Verlaufskontrollen bei der diabetischen Retinopathie. Klin Monatsbl Augenheilkd 1993; 202: 443–6.
9. Ducrey N. Prise en charge de la retinopathie diabetique. Klin Monatsbl Augenheilkd 1992; 200: 574–6.
10. American College of Physicians. American Diabetes Association and American Academy of Ophthalmology. Screening guidelines for diabetic retinopathy. Ann Int Med 1992; 116: 683–5.
11. Kostraba JN, Klein R, Dorman JS et al. The epidemiology of diabetes complications study. Am J Epidemiol 1991; 133: 381–91.
12. Lewis H, Abrams GW, Williams GA. Anterior hyaloidal fibrovascular proliferation after diabetic vitrectomy. Am J Ophthalmol 1987; 104: 607–13.
13. Brinchmann-Hansen O, Jørgensen-Dahl K, Sandvik L, Hanssen KF. Blood glucose concentration and progression of diabetic retinopathy: The seven year results of the Oslo study. BMJ 1992; 304: 19–22.
14. Ducrey N. Indications a la photocoagulation dans la retinopathie diabetique. Klin Monatsbl Augenheilkd 1993; 202: 447–9.
15. Blinkenship GW, Gerke E, Battle JF. Red krypton and blue-green argon laser diabetic panretinal photocoagulation. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 1989; 227: 364–8.
16. Diabetic Retinopathy Study Research Group. Preliminary report on effects of photocoagulation therapy. Am J Ophthalmol 1976; 81: 383–96.
17. Bischoff P. Augenärztliche Untersuchung bei diabetischer Retinopathie. Klin Monatsbl Augenheilkd 1989; 194: 393–5.

18. Aylward GW, Pearson RV, Jagger JD, Hamilton AM. Extensive argon laser photocoagulation in the treatment of proliferative diabetic retinopathy. *BJ Ophthalmol* 1989; 73: 197–201.
19. Ferris FL. How effective are treatments for diabetic retinopathy. *JAMA* 1993; 269: 1290–1.
20. Canning C, Polkinghorne P, Ariffin A, Gregor Z. Panretinal laser photocoagulation for proliferative diabetic retinopathy: the effect of laser wavelength on macular function. *BJ Ophthalmol* 1991; 75: 608–10.
21. Griffith SP, Freeman WL. Ophthalmic examination in diabetes mellitus. *JAMA* 1994; 271: 1745–5.
22. Seibert V, Alexandridis E. Function of the diabetic retina after panretinal argon laser photocoagulation. *Ophthalmologica* 1991; 202: 10–7.
23. Peters AL, Davidson MB, Ziel FH. Cost-effective screening for diabetic retinopathy using a nonmydriatic retinal camera in a prepaid health-care setting. *Diabetes Care* 1993; 16: 1193–5.
24. Chapman C, Blaydon S, Clement S, Skiba-Powell H, Hume RF Jr. Utility of routine ophthalmologic examination in patients with gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1993; 16: 1413–4.
25. Pugh JA, Jacobson JM, Van Heuven WAJ et al. Screening for diabetic retinopathy. *Diabetes Care* 1993; 16: 889–95.
26. Flanagan D. Screening for diabetic retinopathy. *Practitioner* 1994; 238: 37–42.

V tej številki so sodelovali:

asist. mag. Bojana Beovič, dr. med., specialistka infektologinja, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana

Jože Cimperman, dr. med., specialist internist, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana

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

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

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

Marija Fidler-Jenko, dr. med., specialistka internistka, Onkološki inštitut Ljubljana

prim. dr. Bojan Gračner, dr. med., specialist oftalmolog, SB Maribor

Milan Jesih, književnik, Ljubljana

Anita Kek, štud. med., MF Ljubljana

doc. dr. Nada Lavrač, Inštitut Jožef Stefan Ljubljana

prim. Bogdan Leskovic, dr. med., Ljubljana

Stanka Lotrič-Furlan, dr. med., specialistka infektologinja, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana

Vera Maraspin-Čarman, dr. med., specialistka internistka in specialistka infektologinja, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana

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

mag. Dušica Pahor, dr. med., specialistka oftalmologinja, SB Maribor

prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., specialist internist, Klinika za žilne bolezni, KC Ljubljana

Franc Porenta, dr. stom., ZD Kranj

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

dr. Zlata Remškar, dr. med., specialistka internistka, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik

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

prof. dr. Tomaž Rott, dr. med., specialist patolog, Inštitut za patologijo, MF Ljubljana

asist. mag. Maja Sočan, dr. med., specialistka infektologinja, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana

prof. dr. Franc Strle, dr. med., specialist internist in specialist infektolog, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana

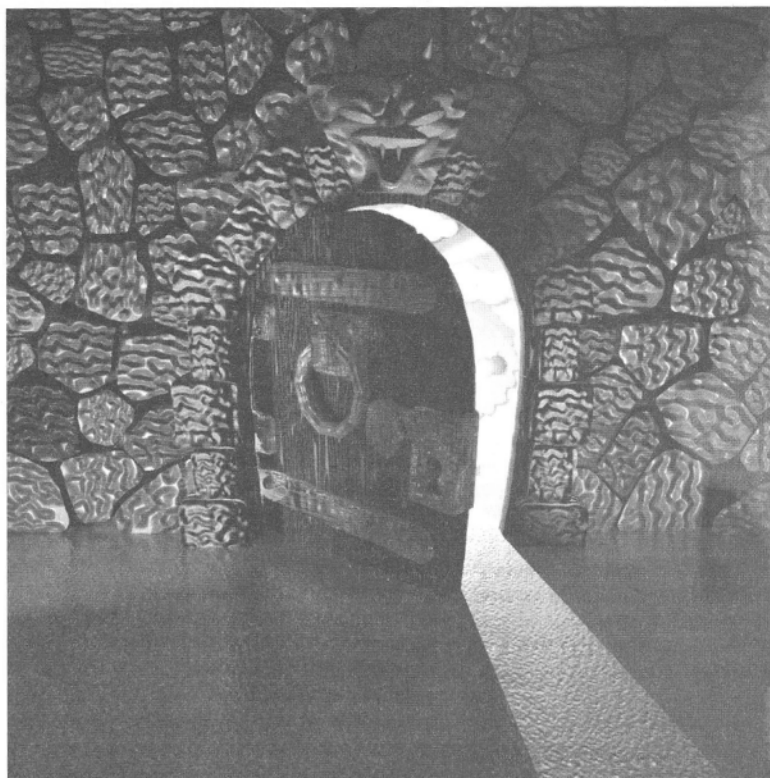
dr. Tanja Urbančič, Inštitut Jožef Stefan Ljubljana

asist. prim. Ludvik Vidmar, dr. med., specialist infektolog, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana

dr. Irma Virant-Klun, dipl. biol., Ginekološka klinika, KC Ljubljana

Branko Zorn, dipl. biol., Ginekološka klinika, KC Ljubljana

Izhod iz depresije...



Portal[®]
fluoksetin

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

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



lek

Natančno navodilo o zdravilu lahko dobite pri proizvajalcu

Strokovni prispevek/Professional article

USPEŠNOST ZDRAVLJENJA PLJUČNICE S CEFALOSPORINI PRVE GENERACIJE

THE EFFICACY OF FIRST GENERATION CEPHALOSPORINS IN TREATMENT OF PNEUMONIA

Maja Sočan, Bojana Beovič

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

Prispelo 1995-11-15, sprejeto 1996-03-01; ZDRAV VESTN 1996; 65: 123–5

Ključne besede: pljučnica, pridobljena v domačem okolju; empirična terapija; cefalosporini prve generacije**Key words:** community-acquired pneumonia; empirical treatment; first generation cephalosporins**Izvleček** – Izhodišča. Ocenili smo cefalosporine prve generacije kot izkustveno antibiotično terapijo pljučnice, pridobljene v domačem okolju, in primerjali z ostalimi empirično izbranimi antibiotiki.**Abstract** – Background. First generation cephalosporins were evaluated as empirical treatment of community-acquired pneumonia and compared to other empirically chosen antibiotics.**Metode.** V retrospektivno študijo smo vključili bolnike, starejše od 15 let, ki so bili hospitalizirani v letu 1988 in 1993 zaradi doma pridobljene pljučnice. Zbrali smo naslednje bolnikove podatke: starost, mesec hospitalizacije, vrsto empirično izbranega antibiotika, podatke o predhodnih kroničnih boleznih in izhod bolezni. Za statistično analizo smo uporabili test hi-kvadrat.**Methods.** In retrospective study, patients over 15 years of age, hospitalised in year 1988 and 1993, treated for community-acquired pneumonia were included. Age of patients, month of admission, empirically chosen antimicrobials, underlying conditions and treatment outcome of the patients were recorded. Statistical analysis was performed using the chi-square test.**Rezultati.** Empirična antibiotična terapija s cefalosporini prve generacije je bila uspešna pri 70% bolnikov v letu 1988 in 74% bolnikov pet let kasneje. Uspešnost zdravljenja ni bila statistično značilno drugačna, ko smo primerjali skupino bolnikov zdravljenih s cefalotinom oziroma cefazolinom in drugimi empirično izbranimi antibiotiki.**Results.** Empirical antimicrobial treatment of community-acquired pneumonia with first generation cephalosporins was successful in 70% of cases in year 1988 and 74% five years later. The success rate was not statistically significant different comparing the group of patients treated with cephalotin or cefazoline and the group treated with other empirically chosen antimicrobials.**Zaključki.** Cefalosporine prve generacije še naprej priporočamo kot možno empirično antibiotično terapijo pljučnice, pridobljene v domačem okolju, pri bolnikih, ki so starejši oziroma bolnikov s predhodnimi kroničnimi boleznimi.**Conclusions.** First generation cephalosporins are still recommended as possible empirical treatment of community-acquired pneumonia for older patients or patients with preexisting diseases.

Uvod

Okužbe dihal, posebno pljučnice, predstavljajo pomemben del zboleznosti in umrljivosti prebivalstva. Pljučnico povzročijo različni mikroorganizmi (1). V prvih 48 urah kljub različnim mikrobiološkim metodam le redko identificiramo povzročitelja pljučnice, čeprav so posebno za ogrožene bolnike pomembni prvi dnevi zdravljenja. Empirično izbrana antibiotična terapija mora pokriti največkrat izolirane bakterije v določenem okolju (2, 3). Pri izbiri antibiotika upoštevamo še: starost, stopnja okužbe in spremljajoče bolezni. Antibiotika oziroma skupine antibiotikov, ki bi jih lahko priporočili za vse vrste pljučnic, ni (4–7).

Priporočena empirična antibiotična terapija v naši bolnišnici za doma pridobljene pljučnice pri starejših bolnikih in bolnikih s predhodnimi kroničnimi boleznimi so cefalosporini prve generacije (8). Vprašali smo se, ali s cefalosporini prve generacije dovolj uspešno zdravimo doma pridobljeno pljučnico, da jih lahko še nadalje priporočamo, ali je morda treba predpisovati cefalosporine, ki boljše delujejo na nekatere gram negativne bakterije.

Zato smo se odločili, da bomo primerjali izhod bolezni pri bolnikih, zdravljenih s cefalosporini prve generacije, in bolnikih, ki so prejeli drug, empirično izbran antibiotik. Zanimalo nas je, ali je uspešnost zdravljenja s cefalosporini prve generacije v letih 1988 in 1993 ostala enaka.

Bolniki in metode

Bolniki: V retrospektivno študijo smo vključili odrasle bolnike (starejše od 15 let), hospitalizirane v letu 1988 in 1993 na Kliniki za infekcijske bolezni in vročinska stanja, ki so doma zboleli za pljučnico. Diagnoza pljučnice je bila postavljena na osnovi klinične slike (akutno zboleli z vročino, kašljem, gnojnim sputumom, plevritično bolečino), rezultatov laboratorijskih preiskav (levkocitoza ali levkopenija s pomikom v levo) in patološkega rentgenograma prsnih organov. Bolnikov, pri katerih je bila na osnovi poteka bolezni in rezultatov seroloških preiskav ugotovljena atipična pljučnica in so že ob sprejemu v bolnišnico prejeli

Tab. 1. Značilnosti bolnikov, empirično zdravljenih s cefalosporini prve generacije zaradi pljučnice, pridobljene v domačem okolju.

Tab. 1. Characteristics of patients treated empirically with first generation cephalosporins for community-acquired pneumonia.

	1988 Število/Number	1993 Število/Number
Število bolnikov Total number of patients	91	108
Moški Men	44 (48%)	53 (49%)
Ženske Women	47 (52%)	55 (51%)
Stari do 64 let Aged up to 64 years	29 (32%)	35 (32%)
Stari med 65–79 let Aged 65–79 years	24 (26%)	20 (19%)
Starejši od 80 let Aged over 80 years	38 (42%)	53 (49%)
Oskrbovanci doma Nursing home residents	17 (19%)	16 (15%)
Bolniki z eno osnovno boleznijo Patients with one underlying disease	40 (44%)	51 (47%)
Bolniki z dvema ali več osnovnimi boleznimi Patients with two or more underlying diseases	32 (35%)	29 (27%)

makrolidne antibiotike, nismo vključili. Izključili smo tudi bolnike z aspiracijsko, postobstruktivno in nozokomialno pljučnico ter bolnike, okužene z virusom HIV.

Zbrali smo naslednje bolnikove podatke: spol, starost, število in vrsta predhodnih kroničnih bolezni in predhodno antibiotično zdravljenje ter rezultate mikrobioloških preiskav.

Zdravljenje: Bolnike smo razdelili v dve skupini: prvo skupino so sestavljali bolniki, ki so prejeli cefalosporin prve generacije, v letu 1988 cefalotin (Keflin, Lek). Zaradi boljših farmakoloških lastnosti smo v naslednjih letih izbirali drug cefalosporin prve generacije, tako so bolniki v letu 1993 prejeli cefazolin (Cefamezin, Krka). Bolniki, ki so prejeli drug antibiotik kot empirično terapijo doma pridobljene pljučnice, so bili uvrščeni v drugo skupino. Bolnike, ki so bili zdravljeni s cefalosporini prve generacije, smo razvrstili še v tri starostne skupine (do 65 let, med 65 in 79 let in nad 80 let), ko smo ocenjevali uspešnost zdravljenja.

Ocena uspešnosti zdravljenja: Bolnike vsake skupine smo razdelili na tiste, ki so bili uspešno zdravljeni z empirično antibiotično terapijo (splošno izboljšanje stanja, padec povišane telesne temperature v 48–72 urah), in tiste, pri katerih je bila empirična terapija neuspešna in so zdravljenje zaključili z drugim antibiotikom. Posebej smo razčlenili podatke umrlih bolnikov. Zbrane podatke smo statistično obdelali s testom hi-kvadrat ($p < 0,05$).

Rezultati

Na Kliniki za infektivne bolezni in vročinska stanja je bilo hospitaliziranih v letu 1988 5453 bolnikov, zaradi pljučnice smo zdravili 230 (4,2%) odraslih bolnikov. Pet let kasneje, leta 1993, je bilo zaradi pljučnice zdravljenih 278 (5,1%) od skupaj 5449 hospitaliziranih bolnikov. V študijo smo vključili 175 bolnikov iz leta 1988 in 202 bolnika, hospitalizirani v letu 1993. Ostali bolniki, ki so bili zdravljeni zaradi atipične (47 bolnikov v letu 1988, 53 bolnikov v letu 1993), aspiracijske, postobstruktivne ali nozokomialne pljučnice, niso bili vključeni v študijo. Od 175 bolnikov je v letu 1988 91 bolnikov prejelo cefalotin. Cefazolin je v letu 1993 prejelo 108 bolnikov. Preostali bolniki, zdravljeni zaradi doma pridobljene pljučnice, so prejeli različne antibiotike (84 bolnikov v letu 1988 in 94 bolnikov v letu 1993). Demografski podatki o bolnikih, zdravljenih s cefalosporini prve generacije v letih 1988 in 1993, delež oskrbovancev domov za ostarele in

Tab. 2. Število bolnikov in uspešnost zdravljenja z različnimi, empirično izbranimi antibiotiki.

Tab. 2. The number of patients with community-acquired pneumonia, treated empirically with different antibiotics and the observed therapeutic success rate.

Antibiotik Antibiotic	1988		1993	
	Zdravljeni Treated	Ozdravljeni Cured	Zdravljeni Treated	Ozdravljeni Cured
Cefalosporini prve generacije First generation cephalosporins	91	64 (70%)	108	80 (74%)
Penicilin Penicillin	37	31 (84%)	9	8 (89%)
Makrolidi Macrolides	12	11 (92%)	10	9 (90%)
Cefalosporini z aminoglikozidi Cephalosporins with aminoglycosides	9	4 (44%)	18	9 (50%)
Aminopenicilin z inhibitorjem beta laktamaze Aminopenicillin with beta lactamase inhibitors	–	–	28	22 (79%)
Cefuroksim Cefuroxime	–	–	14	10 (71%)
Drugo Other	26	18 (69%)	15	8 (53%)

njihove osnovne bolezni so prikazane v tabeli 1. Bolniki, stari od 15 do 64 let, so imeli 0,48 osnovne bolezni, stari od 65 do 79 let in bolniki, stari nad 80 let, po 1,5 osnovne bolezni na bolnika.

Pogostost uporabe drugih antibiotikov in njihova uspešnost je prikazana v tabeli 2. Primerjava obeh skupin bolnikov glede spola, starosti, števila in vrste predhodnih kroničnih bolezni, števila bolnikov, ki so bili oskrbovanci doma starejših občanov, ni prikazala statistično pomembne razlike v letu 1993 (test hi-kvadrat, $p < 0,05$). V letu 1988 pa so bili bolniki, ki so prejeli drugo empirično antibiotično terapijo, mlajši v primerjavi z bolniki iz cefalosporinske skupine.

Empirična terapija s cefalosporini prve generacije je bila leta 1988 uspešna v 64 primerih od 91 (71%). Skupina bolnikov, ki je prejela druge antibiotike, je bila empirično uspešno zdravljena v 76%. Leta 1993 so bili cefalosporini prve generacije uspešni pri 74% bolnikov, drugi antibiotiki pa pri 72%. Uspešnost cefalosporinov prve generacije v letu 1988 in letu 1993 ni bila statistično značilno različna (test hi-kvadrat, $p < 0,05$). Uspešnost empirične terapije pljučnic s cefalosporini prve generacije po starostnih skupinah bolnikov je prikazana v tabeli 3.

Leta 1988 je umrlo 16 bolnikov, empirično zdravljenih s cefalotinom, in sedem bolnikov, empirično zdravljenih z drugimi antibiotiki. Leta 1993 je umrlo 17 oziroma 11 bolnikov. Razlika ni statistično značilna (test hi-kvadrat, $p < 0,05$). Največ umrlih bolnikov je bilo starejših od 80 let, v letu 1988 deset, pet let kasneje pa kar 14 bolnikov. Izhod doma pridobljene pljučnice pri bolnikih, ki so prejeli cefalosporine prve generacije v letih 1988 in 1993 v primerjavi z ostalimi bolniki, zdravljenimi z drugimi empirično izbranimi antibiotiki, ni prikazal statistično pomembne razlike, ko smo primerjali število uspešno zdravljenih in število umrlih bolnikov (test hi-kvadrat, $p < 0,05$).

Pred sprejemom v bolnišnico je prejelo antibiotično terapijo 27 (29,6%) od 91 bolnikov v letu 1988 in 20 (18%) bolnikov v letu 1993. Vzorce krvi za hemokulturo smo odvzeli leta 1988 49 bolnikom, od tega smo pri šestih bolnikih (12%) izolirali bakterije. Pri treh bolnikih je bil izoliran *Staphylococcus aureus*, pri dveh *Streptococcus pneumoniae* in pri enem bolniku *Enterobacter species*. Dva bolnika s stafilokokno pljučnico sta umrla. Vzrok smrti je bil pri obeh umrlih bolnikih pljučnica. V letu 1993 pa smo pri šestih (15%) od 39 bolnikov iz hemokulture osamili bakterijo: pri dveh bolnikih *Streptococcus pneumoniae*; pri drugih dveh bolnikih druge streptokoke in *E. coli* pri enem bolniku. Pri enem

Tab. 3. *Uspešnost cefalosporinov prve generacije v različnih starostnih skupinah pri zdravljenju pljučnice, pridobljene v domačem okolju.*

Tab. 3. *The efficacy of first generation cephalosporins in treating community-acquired pneumonia in different age groups.*

Starost bolnikov Age of patients	1988		1993	
	Zdravljeni Treated	Ozdravljeni Cured	Zdravljeni Treated	Ozdravljeni Cured
<65 let / years	29	23 (80%)	35	30 (86%)
65–79 let / years	24	18 (75%)	20	17 (85%)
≥ 80 let / years	38	23 (61%)	53	33 (62%)
Skupaj / Total	91	64	108	80

bolniku pa sta v hemokulturi porasli dve bakteriji: Klebsiella in E. coli. Nihče od le-teh bolnikov ni umrl.

Pri 60 od 64 bolnikov, ki so bili v letu 1988 uspešno zdravljeni, smo zdravljenje nadaljevali s peroralno antibiotično terapijo, v letu 1993 pa pri 72 (92%) uspešno zdravljenih bolnikih. Pri nobenem od teh bolnikov ni bila potrebna ponovna uvedba parenteralne antibiotične terapije.

Razpravljanje

Racionalna empirična terapija temelji na poznavanju povzročiteljev pljučnice in njihovi občutljivosti na antibiotike v določenem okolju. Uveljavljene antibiotike zamenjujejo vedno novi, ki naj bi imeli boljše antimikrobne in farmakokinetične lastnosti. Predpisovanje novih antibiotikov kot empirično antibiotično terapijo pljučnice lahko povzroči nepotrebno poviševanje stroškov zdravljenja, obenem pa omogoča razvoj rezistence bakterij in tako znižuje njihovo uporabnost.

Uspešnost zdravljenja doma pridobljene pljučnice s cefalosporini prve generacije je bila leta 1988 70%, pet let kasneje pa 74%. Skupina bolnikov, zdravljenih s cefalosporini prve generacije, se razen glede na starostno strukturo v letu 1988 ni razlikovala od skupine, zdravljenih z drugimi, empirično izbranimi antibiotiki. Mnenja smo, da sta se obe skupini oblikovali naključno. Zdravljenje s cefalosporini prve generacije se je izkazalo za uspešno pri bolnikih, starih do 65 let in v obdobju med 65 in 79 let. Mnogo manjša je uspešnost zdravljenja s cefalosporini prve generacije pri bolnikih, starejših od 80 let, čeprav število osnovnih bolezni v tej starostni skupini ni bistveno večje od števila osnovnih bolezni v starostnem obdobju med 65 in 79 let. Tudi smrtnost bolnikov,

starejših od 80 let, je bistveno večja. Naši podatki kažejo, da je starost sama po sebi pomembna za izhod doma pridobljene pljučnice.

Uspešnost cefalosporinov prve generacije pri zdravljenju okužb spodnjih dihal je po podatkih iz slovestva okoli 80%, vendar so študije razmeroma stare (6). Novejše študije obravnavajo različne antibiotike, zlasti cefuroksim. Njegova uspešnost se giblje od 81% do 90% (6, 7). Uspešnost amoksicilina, ampicilina/sulbaktama, cefamandola, amoksicilina/klavulanske kisline ali eritromicina je 85%, 97%, 81% oziroma 81,8% (9–11). Primerljivost študij je zaradi različnih obravnavanih skupin bolnikov in načina izvedbe študije seveda le orientacijska.

Glede na rezultate študije smo mnenja, da so cefalosporini prve generacije možna empirična antibiotična terapija doma pridobljene pljučnice pri bolnikih, mlajših od 80 let. Slaba uspešnost zdravljenja pri starejših bolnikih pa najverjetneje ni le odraz neustrezno izbrane empirične antibiotične terapije.

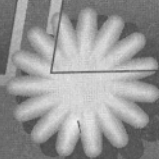
Literatura

1. Woodhead MA, Arrowsmith J, Chamberlain-Webber R, Wooding S, Williams I. The value of routine microbial investigation in community-acquired pneumonia. *Res Med* 1991; 85: 313–7.
2. British Thoracic Society and the Public Health Laboratory Service. Community-acquired pneumonia in adults in British hospitals in 1982–1983: a survey of aetiology, mortality, prognostic factors and outcome. *Quart J Med* 1987; 62: 195–220.
3. Fang GD, Fine M, Orloff J et al. RM. New and emerging etiologies of community-acquired pneumonia with implications for therapy. *Medicine* 1990; 69: 307–16.
4. American Thoracic Society. Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, and initial antimicrobial therapy. *Am Rev Respir Dis* 1993; 148: 1418–26.
5. Weber DJ, Calderwood SB, Karchmer AW, Pennington JE. Ampicillin versus cefamandole as initial therapy for community-acquired pneumonia. *Antimicrob Agents Chemother* 1987; 31: 876–82.
6. Finch R. Treatment of respiratory tract infections with cephalosporin antibiotics. *Drugs* 1987; 34: Suppl 2: 180–204.
7. Vogel F. Parenterale Cephalosporine in der Behandlung tiefer Atemwegsinfektionen. *Infection* 1993; 21: Suppl 1: 28–34.
8. Gajšek-Zima M, Strle F. Stopenjska obravnava akutnih vnetij dihal. *Zdrav Vestn* 1987; 56: 15–8.
9. Carbon C, Leophonte P, Petitpretz P, Chauvin JP, Hazebrucq J. Efficacy and safety of Temafloxacin versus those of Amoxicillin in hospitalized adults with community-acquired pneumonia. *Antimicrobial Agents Chemother* 1992; 36: 833–9.
10. Williams D, Perri M, Zervos MJ. Randomised comparative trial with Ampicillin/Sulbactam versus Cefamandole in the therapy of community-acquired pneumonia. *Eu J Clin Microbiol Infect Dis* 1994; 13: 293–8.
11. Mouton J, Beuscart C, Leroy O, Ajana F, Charell J. Evaluation de la ciprofloxacine versus amoxicilline plus acide clavulanique ou erythromycine pour le traitement empirique des pneumonies communautaires. *Path Biol* 1991; 39: 34–7.

S c e l a v ž i v l j e n j u

TERIDIN®

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



terfenadin

- preizkušen nesedativni antihistaminik za zdravljenje alergičnih manifestacij na zgornjih dihalih in urtikarije
- hiter začetek delovanja
- zadošča 1 tableta forte na dan

Skrajšano navodilo

Indikacije: Preprečevanje in zdravljenje alergijskih bolezni in bolezenskih stanj, ki jih sproža histamin v alergični reakciji tipa I.

Kontraindikacije: Preobčutljivost za zdravilo in huda jetrna okvara, sočasno jemanje ketokonazola, itraconazola, eritromicina, josamicina in troleandomicina.

Previdnostni ukrepi: Bolniki s prirojenim sindromom podaljšane intervale QT ali stanji, ki vodijo k podaljšanju intervala QT. Sočasno jemanje teridina in flukonazola, metronidazola, ciprofloksacina, verapamila, diltiazema, disulfirama, kinidina, disopiramida, prokainamida, amiodarona, sotalola, prenilamina, bepridila, tioridazina, prednizona ali furosemda. Bolniki z akutno porfirijo. Starejših bolnikov ne zdravimo z velikimi dozami terfenadina. **Nosečnost in dojenje:** Le pri hudih bolezenskih stanjih, ko je korist večja od tveganja.

Posebno opozorilo: Na začetku zdravljenja svetujemo previdnost pri upravljanju motornih vozil in strojev, ker zdravilo pri posameznikih povzroča zaspanost. **Doziranje:** Odraslim in otrokom, starejšim od 12 let, dajemo eno 120-miligramsko tableto ali dve 60-miligramski tableti na dan. Običajni dnevni odmerek za otroke, mlajše od 12 let, je 2 mg/kg telesne mase, razdeljeno v dva odmerka. **Stranski učinki:** Redko zaspanost, glavobol, utrujenost in slabost, prebavne motnje, suha usta, nos ali grlo, kožni izpuščaji, stranski učinki na srcu in ožilju. **Predoziranje:** Glavobol, slabost, bruhanje, zaspanost ali krči, zmedenost, sinkopa, zmeroma hipotenzija, motnje srčnega ritma, izjemoma srčni zastoj in smrt. Zdravimo simptomatično in nadzorujemo srce najmanj 24 ur, oz. dokler je podaljšan interval QT. **Oprema:** 20 tablet po 60 mg, 20 tablet po 120 mg, 100 ml suspenzije (30 mg/5 ml).

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Pregledni prispevek/Review article

HUMANA ERLIHIOZA

HUMAN EHRLICHIOSIS

Stanka Lotrič-Furlan, Ludvik Vidmar

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

Prispelo 1995-10-27, sprejeto 1996-01-26; ZDRAV VESTN 1996; 65: 127–30

Ključne besede: zoonoza; klopi; vročinska bolezen; monocitna; granulocitna; levkopenija

Izvešček – Izhodišča. Od leta 1935 je znano, da erlihije povzročajo bolezni pri živalih. Z opisom prvega bolnika leta 1987 v ZDA je postalo jasno, da lahko povzročajo okužbe tudi pri ljudeh.

Erlhije so gram-negativne obligatno intracelularne bakterije, ki jih uvrščamo v družino riketij. Najdemo jih v vakuolah v citoplazmi monocitov ali granulocitov. Za človeka so patogene le posamezne vrste erlihij. Prenašajo jih klopi.

Povzročajo nejasno vročinsko bolezen z levkopenijo, trombocitopenijo in povišanimi jetrnimi encimi.

Diagnozo postavimo na osnovi klinične slike ter retrogradno s serološkimi preiskavami. Zdravljenje s tetraciklini je zelo uspešno.

Zaključki. Avtorja želita opozoriti na novo bolezen, ki jo prenašajo klopi. Podana je epidemiologija, patogeneza, klinična slika in zdravljenje erlihioze.

Key words: zoonosis; ticks; febrile illness; monocytic; granulocytic; leukopenia

Abstract – Background. The genus *Ehrlichia* was known only as agents of veterinary disease from 1935 year. In 1986, the first human case was discovered in the United States and ehrlichiae were also proven as human pathogens. Ehrlichiae are gram-negative bacteria that are obligate intracellular parasites classified in the family Rickettsiaceae. They are found in the cytoplasmic vacuoles of monocytes or granulocytes. Only the some species of the genus *Ehrlichia* are known to be human pathogens. It is known to be transmitted by ticks.

Ehrlichiae cause undifferentiated fever with leukopenia, thrombocytopenia, and elevations in serum aminotransferase levels.

The diagnosis is confirmed on the base of clinical course and by serological tests during convalescence. Therapy with tetracycline is highly efficacious.

Conclusions. In this paper the authors want to draw attention to a newly recognised tick-born disease. The epidemiology, etiopathogenesis, clinical course and therapy of ehrlichiosis are presented.

Uvod

Donatien in Lestoquard sta leta 1935 prva odkrila erlihije v krvnih celicah – monocitih pri psih, ki so zboleli za vročinsko boleznijo, oslabeledostjo in anemijo. Imenovala sta jih *Rickettsia canis* (1). Pozneje so ugotovili, da je okužba z *Ehrlichia canis* (*E. canis*) precej razširjena pri psih v mediteranskih deželah, Indiji in Afriki (2). Desetletja so mislili, da je erlihioza bolezen živali, s katero so se ukvarjali veterinarji. Na Japonskem so leta 1953 pri bolniku s kliničnimi znaki infektivne mononukleoze izolirali iz krvi riketij podobne organizme (3). Ugotovili so, da je nova vrsta po obliki, razvojnem ciklusu in antigenih lastnostih zelo podobna *E. canis*. Okužbo z *E. sennetsu* so dokazali samo na Japonskem in Maleziji (2).

Z odkritjem prvega primera humane okužbe z *E. canis* ali njej zelo podobnega agensa leta 1986 na zahodni polobli v Arkansasu (4) so se začele intenzivne raziskave o razširjenosti erlihioze v ZDA. Nekaj let kasneje so z natančno analizo odsekov 16S rRNA fragmentov *E. chaffeensis* ugotovili, da je to nova vrsta erlihije (5, 6), ki so jo našli v monocitih v krvi bolnikov. Humana monocitna erlihioza (HME) povzroča vročinsko bolezen z glavobolom, bolečinami v mišicah ter levkopenijo, trombocitopenijo in patološkimi jetrnimi encimi (7).

Center za nadzor bolezni (CDC) v Atlanti je finančno podprl številne epidemiološke raziskave po svetu (8). Do sedaj je opisanih približno 400 bolnikov v ZDA. Letna incidenca je 3 do 5

primerov na 100.000 prebivalcev v endemičnih predelih (7). HME še ni bila dokazana v Evropi.

Leta 1991 so na Portugalskem ugotovili prvi primer okužbe z erlihijo (9), ki se razvojno ne razlikuje od novo odkrite granulocitne vrste erlihij v določenih predelih v ZDA (10, 11). Po antigenih lastnostih je podobna *E. phagocytophila*, ki so jo našli v granulocitih pri ovcah, govedu, jelenih in bizonih, in *E. equi* pri konjih (12). Humana granulocitna erlihioza (HGE) ima podobno klinično sliko kot HME (7, 13, 14).

Povzročitelj

Erlhije so majhne (0,5 µm) gram-negativne obligatne intracelularne bakterije, ki jih uvrščajo v družino Rickettsiaceae. Razvrstitev erlihij ni dokončna. Razdelili so jih na tri skupine (2, 6). V prvo skupino so uvrstili *E. canis*, *E. chaffeensis* in *E. ewingii*. V drugo skupino spadajo *E. phagocytophila*, *E. equi* in še neimenovana granulocitna vrsta erlihij ter v tretjo skupino *E. risticii*, *E. sennetsu* in *Neorickettsia helminthoeca*. Vse vrste erlihij niso patogene za človeka.

Osamitev iz kužnine na tkivni kulturi je pri erlihijah redka. Uspela je samo pri *E. sennetsu*, *E. canis* in *E. chaffeensis* (3, 5).

Erlhije se zadržujejo znotraj fagosomov celic gostitelja. Celična stena *E. chaffeensis* se razlikuje od celične stene riketij. Zunanja membrana je tanjša, notranja pa debelejša in ne vsebuje lipopolisaharidov. V periplazmatskem prostoru je peptidoglikan (2).

V citoplazmi monocitov, makrofagov in granulocitov, odvisno od vrste erlihij, so našli inkluzijska telesa – morule, ki tvorijo skupke erlihij. Morule so okrogle ali ovalne oblike, premera 2 do 5 µm. V morulah je lahko do 40 erlihij. Dobro se barvajo po metodi Giemsa ali Wrightu. Tako so *E. canis*, *E. sennetsu*, *E. risticii* in *E. chaffeensis* našli v monocitih ter *E. equi*, *E. phagocytophilo*, *E. ewingii* in še neimenovano vrsto erlihij v granulocitih (4, 9, 10, 12).

Epidemiološke značilnosti

Erlhioza je zoonoza. Pojavlja se v sporadični ali v epidemični obliki. Največ bolnikov so ugotovili od pozne pomladi do zgodnje jeseni. Moški pogosteje zbolijo kot ženske (80%) (7). Pogosteje zbolijo starejši ljudje. Okužbi so izpostavljene osebe, ki se zaradi poklicne dejavnosti (lovci, gozdarji, vojaki) ali rekreacije zadržujejo v gozdovih. Približno 90% bolnikov je imelo klope (11, 14–16). V ZDA je erlihioza razširjena v jugovzhodnem in centralnem delu. Prijavljena je bila v 30 državah v ZDA (7). Peterson in sod. (17) je s serološkimi preiskavami med vojaki, ki so imeli klope, dokazal, da so bile tri četrtnine preiskovancev asimptomatske. V New Jerseyu je imelo 11% rezervistov v serumu protitelesa za erlihije. Značilnosti posameznih vrst erlihij so prikazane v tabeli 1.

Živalski rezervoar, kakor tudi prenašalci za večino erlihij še niso znani. Razlikujejo se glede na geografska področja. Rezervoar okužbe za *E. chaffeensis* v ZDA bi bila lahko srnjad, ki pa ne zbolijo (2, 16). Možno je, da so psi, ki so lahko persistentno okuženi z *E. chaffeensis* (2).

Bolezen najverjetneje prenašajo klopi. 10% klopov *Ixodes dammini* je v Wisconsinu v ZDA okuženih z *E. chaffeensis* (10, 17). Klopi se najverjetneje okužijo z erlihijami v obdobju nimfe med hranjenjem. Nato se erlihije prenašajo prek larve do odraslega kropa. *E. canis* so našli v žlezah slinavkah pri klopah *Rhipicephalus sanguines*, ne pa v ovarijih (2).

V nekaterih evropskih državah so v klopah *Ixodes ricinus* našli *E. phagocytophilo*, ki povzroča klopno vročico (tickborne fever) pri ovcah in govedu (12). Brouqui in sod. (18) je pri 12 od 70 bolnikov v severnem delu Švice s posrednim imunofluorescenčnim testom v serumu dokazal titer protiteles za *E. equi* večji od 1:100. Pri teh bolnikih so v serumu dokazali tudi specifična protitelesa za *Borrelia burgdorferi*.

V ZDA so ugotovili, da so možne istočasne okužbe z *Borrelia burgdorferi* v endemskih področjih (19).

In kako je z erlihiozo v Sloveniji? Podatkov o okuženosti klopov z erlihijami pri nas še nimamo. Na Kliniki za infektivne bolezni in vročinska stanja v Ljubljani do sedaj še ni bilo serološko dokazane primera okužbe z erlihijami.

Patogeneza in patomorfološke spremembe

Patogeneza humane erlihioze še ni popolnoma jasna. Po vstopu kropa se erlihije z limfnim in krvnim obtokom razširijo v različne organe. Skupke erlihij so našli v periferni krvi, kostnem mozgu, bezgavkah, jetrnih celicah, vranici, ledvicah (20, 21) in možganski tekočini (22). Ni znano, ali erlihije neposredno poškodujejo celice in tako sprožijo vnetne in imunske procese. Vaskulitisa majhnih žil z limfocitnimi infiltrati, ki je osnovna patomorfološka sprememba pri riketsijskih okužbah, pri erlihiozi niso našli (20). Levkopenijo in trombocitopenijo razlagajo s hitrejšim razpadom celic v periferni krvi, vranici, jetnih in bezgavkah, manj pa z okvaro kostnega mozga (23).

Največ sprememb so našli v kostnem mozgu (24). Kostni mozeg je lahko normocelularen, hipo- ali hiperpelularen, odvisno od poteka bolezni. V njem so našli granulome, mieloidno hiperplazijo in megakariocitozo. Pri 80% bolnikov so v jetih ugotovili fokalno hepatocelularno nekrozo in granulome, podobne tistim, ki jih najdemo pri vročici Q. Perivaskularne infiltrate z mononuklearnimi celicami so ugotovili v pljučih, vranici, ledvicah, srcu, možganskih ovojnicah in bezgavkah (21).

Tab. 1. Značilnosti nekaterih vrst erlihij.

Tab. 1. The characteristics of the some species of *Ehrlichia*.

Povzročitelj Etiologic agent	Naravni gostitelj Natural host	Prenašalec Vector	Bolezen Disease	Razširjenost Geographic distribution
<i>E. canis</i> *	Psi Dogs	Klopi (<i>Rhipicephalus sanguines</i>) Ticks	Erlhioza psov, tropska pasja pancitopenija Canine ehrlichiosis, tropical canine pancytopenia	Po vsem svetu Worldwide
<i>E. chaffeensis</i> *	Ljudje Humans	Klopi (<i>Dermacentor variabilis</i> , <i>Amblyomma americanum</i>) Ticks	Vročinska bolezen z levkopenijo in trombocitopenijo Febrile illness with leukopenia and thrombocytopenia	ZDA United States
<i>E. equi</i> **	Konji Horses	Neznan Unknown	Konjska erlihioza Equine ehrlichiosis	ZDA, Evropa United States, Europe
<i>E. phagocytophila</i> **	Ovce, govedo, bizon Sheep, cattle, bison	Klopi (<i>Ixodes ricinus</i>) Ticks	Klopna vročica Tick-borne fever	Anglija, Evropa Great Britain, Europe
Neimeno- vana vrsta erlihij**	Ljudje Humans	Klopi (<i>Ixodes</i> spp.) Ticks	Vročinska bolezen z levkopenijo in trombocitopenijo Febrile illness with leukopenia and thrombocytopenia	ZDA, Evropa? United States, Europe?
<i>E. sennetsu</i> *	Ljudje Humans	Neznan Unknown	Sennetsu vročica Sennetsu fever	Japonska, Malezija Japan, Malaysia
<i>E. risticii</i> *	Konji Horses	Neznan Unknown	Potomac horse fever	ZDA, Kanada, Francija United States, Canada, France
<i>E. ewingii</i> **	Psi Dogs	Klopi (<i>Amblyomma americanum</i>) Ticks	Vročica, trombocitopenija, poliartritis (pri psih) Fever, thrombocyto- penia, polyarthritis	ZDA United States

* monocitna vrsta erlihij
monocytic *E. spp.*

** granulocitna vrsta erlihij
granulocytic *E. spp.*

Menijo, da limfociti T tvorijo interferon γ, ki stimulira makrofage, ki uničujejo erlihije. Interleukin-1 in tumor nekrotizirajoči faktor sta pomembna pri nastanku histiocitov, ki jih najdemo v granulomih. Vloga citokinov in limfokinov pri erlihiozi ni popolnoma jasna (cit. v 7, 13).

Malo je znanega o imunosti po preboleli okužbi. Postavlja se vprašanje persistentne okužbe, ki je bila opisana samo pri enem bolniku (25, 26). *E. canis* povzroča pri nezdravljenih psih kronično okužbo, kako je pri humanih vrstah erlihij, še ni znano (2). Izhod bolezni je odvisen od imunskega odziva bolnika. Pri imunsko oslabljenih bolnikih (bolniki z malignimi boleznimi, HIV pozitivni) so pogostejši zapleti in smrtnost (27).

Klinična slika

Klinični znaki okužbe pri monocitni in granulocitni erlihiozi so nespecifični. Poznamo asimptomatske oblike bolezni, lahke oblike ali pa težke s hudo multiorgansko prizadetostjo, ki se končajo tudi smrtno (11). V ZDA so 40% bolnikov zdravili v bolnišnicah (28). Inkubacija je približno sedem dni, lahko je daljša (13).

Najpogostejše bolezni nastopi nenadoma z visoko temperaturo, glavobolom, anoreksijo, mialgijo, slabostjo ali bruhanjem. Klinični znaki in simptomi pri humani erlihiozi so prikazani v tabeli 2.

Tab. 2. Pogostnost kliničnih simptomov ali znakov pri bolnikih s humano erlihiozo.

Tab. 2. Frequency of the clinical symptoms or signs in the patients with human ehrlichiosis.

Simptomi ali znaki Symptoms or signs	Monocitna erlihioza Monocytic ehrlichiosis	Granulocitna erlihioza Granulocytic ehrlichiosis
	(% bolnikov/Percent of patients)	
Temperatura Fever	97	100
Utrujenost Malaise	84	100
Bolečine v mišicah Myalgia	68	100
Glavobol Headache	81	100
Mrzlica Rigors	61	100
Slabost Nausea	48	50
Bruhanje Vomiting	37	50
Bolečine v sklepih Arthralgias	41	25
Kašelj Cough	26	25
Izpuščaj Rash	36	8
Zmedenost Confusion	20	42

Prirejeno po Ref. (10, 28)

V prvem tednu bolezni se pri eni tretjini bolnikov lahko pojavi izpuščaj, ki je makulozen ali papulozen in redko petehialen. Pojavi se lahko driska. Bolniki imajo lahko povečane bezgavke (30%), jetra (80%), redkeje pa vranico. Pri nekaterih bolnikih so na rentgenski sliki pljuč našli vnetne infiltrate (10, 16, 28).

Otroci se okužijo redkeje in potek bolezni je lažji. Pri otrocih je izpuščaj pogostejši kot pri odraslih. Imajo lahko otekle okončine in obraz (29).

Zaplete so opisali pri 15,9% bolnikov (7). Nastopijo po prvem tednu bolezni. Fichtenbaum in sod. (30) je opisal štiri bolnike s klinično sliko toksičnega šoka. Lahko nastane respiratorna stiska, odpoved ledvic, krvavitev v črevesje, holestaza, holangitis in motnja zavesti z meningitisom (31–33).

Nezdravljena bolezni traja od 14 do 21 dni. Ogroženi so starejši bolniki in imunske oslabiljeni. Možne so sekundarne okužbe. Pri HME je smrtnost 2–5%, nekoliko večja je pri granulocitni erlihiozi, 7–10% (7, 11).

Laboratorijske preiskave

Rezultati laboratorijskih testov niso značilni. Levkopenijo in trombocitopenijo so ugotovili v prvih 48 do 72 urah bolezni. Vrednosti jetrnih encimov in laktatne dehidrogenaze so povišane pri 75 do 90% bolnikov. V rekonvalescenci se pri večini bolnikov pojavi limfocitoza. Bolniki imajo lahko normocitno anemijo (10, 14, 28). Pri nekaterih bolnikih so našli povišane beljakovine v možganski tekočini in limfocitno pleocitozo (33, 34).

Diagnoza

Na erlihiozo posumimo pri bolniku z nejasno vročinsko boleznijo, glavobolom, levkopenijo in trombocitopenijo. Važni so epidemiološki podatki (sezona bolezni, vboj klopa).

V prvih dneh bolezni so dokazali morule v krvnih celicah z barvanjem vzorca periferne krvi po Giemsi ali Wrightu. Pogostejše so jih našli v granulocitih pri HGE (1–40%) kot pa v monocitih pri HME (7, 18). Metoda je dobro opisana, je pa nespecifična.

Z imunohistološkimi preiskavami so uspeli erlihije dokazati v krvi, kostnem mozgu, pljučih, vranici in možganski tekočini (20).

Diagnozo retrogradno potrdimo s serološkimi preiskavami. Z metodo posredne imunofluorescence (IFT) so dokazali protitelesa v serumu za *E. chaffeensis* (35). Na začetku so uporabljali antigen *E. canis* (36), dokler niso uspeli osamiti iz kužnine *E. chaffeensis* (5, 6). Po določilih CDC je za potrditev diagnoze potreben štirikratni porast titra protiteles v serumu (minimalni titer 1:64) ali enkratni titer, večji od 1:128 (16). Najvišji titer protiteles so ugotovili po četrtem tednu (10, 14). Pri še neimenovani vrsti granulocitne erlihije se lahko uporablja antigen *E. equi*, ki ga dobijo iz okuženih konjskih levkocitov (18).

Zelo obetavna je verižna reakcija s polimerazo (PCR), ki je mnogo bolj specifična in hitrejša metoda (24 do 48 ur). Vsekakor bo njena uporaba pripomogla k zgodnji diagnozi erlihioze in k zmanjšanju smrtnosti (37, 38).

Diferencialna diagnoza

V začetni fazi se bolezni ne razlikuje od drugih virusnih okužb. Če imajo bolniki izpuščaj, moramo pomisliti na infekcijsko mononukleozo, škrlatinko, rdečke, ošpice, vaskulitis zaradi imunskih kompleksov in trombocitopenično purpuro. Zelo pomembno je, da erlihiozo v endemskem področju ločijo od mrzlice Skalnega pogorja (13). Pri erlihiozi imajo bolniki izpuščaj redko. Če bolniki bruhaajo in imajo drisko, pridejo v diferencialni diagnozi v pošte enterokolitisi bakterijskega in virusnega izvora. Pri motnjah zavesti je treba pomisliti na sepsu, meningokokcemijo, lymsko boreliozo, klopni meningoencefalitis in druge virusne meningitise. Pri bolnikih, kjer se ugotovi večja okvara jeter, pridejo v diferencialni diagnozi v pošte virusni hepatitis, leptospiroza, babezioza in toksoplazmoza.

Zdravljenje

Kakor pri drugih riketsijskih okužbah je tudi pri erlihiozi izhod bolezni odvisen od čimprejšnjega zdravljenja. Prvega bolnika v ZDA so zdravili s kloramfenikolom (4). Brouqui in sod. (39) je ugotovil, da so *E. sennetsu*, *E. canis* in *E. chaffeensis* slabo občutljive za kloramfenikol.

Erlhiozo uspešno zdravijo s tetraciklini, ki so za erlihije baktericidni (7, 13). Odmerek tetraciklina je 25 do 50 mg/kg na dan, doksiciklina pa 100 mg 2-krat dnevno. Vprašljivo je zdravljenje otrok in nosečnic s tetraciklini. Pri otrocih, nosečnicah in bolnikih, ki so alergični na tetracikline, je uspešen rifampin. Uspeh zdravljenja se pokaže že po 24 do 48 urah. Zdravljenje naj traja 5 do 7 dni, kot priporočajo pri mrzlici Skalnega pogorja (13). Tako kot pri lymski boreliozii ne priporočajo preventivne uporabe antibiotikov po vbodu klopa v endemskem področju (14).

Zaključek

Zadnja desetletja so ugotovili, da klopi prenašajo številne bolezni, tudi bakterijske. Tako se je lymski boreliozii pridružila še erlihioza, za katero so menili, da je patogena samo za živali. Erlhioza pomeni velik izziv za številne raziskovalce v ZDA, posebno pa v Evropi, kjer so šele odkrili prve bolnike. Treba bo poiskati odgovore na številna vprašanja, ki so ostala nepojasnjena.

Slovenija je endemsko področje za klopni meningoencefalitis in lymsko boreliozo. Klop *Ixodes ricinus* je pri nas zelo razširjen. V Sloveniji serološko še ni dokazana okužba z erlihijami, klinični sum je bil pa že postavljen.

S tem prispevkom želimo opozoriti, da moramo v poletnih mesecih pri bolnikih z nejasnim vročinskim obolenjem z levkopenijo in trombocitopenijo, ki navajajo vboj klopa, tudi pri nas pomisliti na možnost okužbe z erlihijami.

Literatura

- Donatien A, Lestoquard F. Existence en Algerie d'une Rickettsia du chien. Bull Soc Pathol Exot 1935; 28: 418-9.
- Rikihisa Y. The tribe Ehrlichiae and ehrlichial diseases. Clin Microbiol Rev 1991; 4: 286-308.
- Fukuda T, Keida Y, Kitao T. Studies on causative agent of «Hyuganetsu» disease. Med Biol 1954; 32: 200-5.
- Maeda K, Markowitz N, Hawley RC, Ristic M, Cox D, McDade JE. Human infection with ehrlichia canis, a leukocytic rickettsia. New Engl J Med 1987; 316: 853-6.
- Dawson JE, Anderson BE, Fishbein DB et al. Isolation and characterization of an ehrlichia sp. from a patient diagnosed with human ehrlichiosis. J Clin Microbiol 1991; 29: 2741-5.
- Anderson BE, Dawson JE, Jones DC, Wilson KH. Ehrlichia chaffeensis, a new species associated with human ehrlichiosis. J Clin Microbiol 1991; 29: 2838-42.
- Dumler JS, Bakken JS. Ehrlichial diseases of humans: emerging tick-borne infections. Clin Infect Dis 1995; 20: 1102-10.
- Centers for Disease Control. Human ehrlichiosis - United States. MMWR 1988; 37: 270-7.
- Morais JD, Dawson JE, Greene C, Filipe AR, Galhards LC, Bacellar F. First European case of ehrlichiosis. Lancet 1991; 338: 633-4.
- Bakken JS, Dumler JS, Chen SM, Eckman MR, Van Etta LL, Walker DH. Human granulocytic ehrlichiosis in the upper Midwest United States. A new species emerging? JAMA 1994; 272: 212-8.
- Telford SR, Lepore TJ, Snow P, Warner CK, Dawson JE. Human granulocytic ehrlichiosis in Massachusetts. Ann Intern Med 1995; 123: 277-9.
- Sumption KJ, Nicoll S, Scott GR. Human ehrlichiosis: ancient pathogens and emergent problems (Abstract 1564). Program and abstracts of 7th European congress of clinical microbiology and infectious diseases. Vienna, Austria, European society of clinical microbiology and infectious diseases, 1995: 301-1.
- Walker DH, Dumler JS. Ehrlichia chaffeensis (human ehrlichiosis) and other ehrlichiae. In: Mandell GL, Douglas RG, Bennet JE eds. Principles and practice of infectious diseases. New York: Churchill Livingstone, 1995: 1747-52.
- Everett ED. Human ehrlichia infections. Curr Opin Infect Dis 1995; 8: 127-9.
- McDade JE. Ehrlichiosis - a disease of animals and humans. J Infect Dis 1990; 161: 609-17.
- Fishbein DB, Dawson JE, Robinson LE. Human ehrlichiosis in the United States, 1985 to 1990. Ann Intern Med 1994; 120: 736-43.
- Peterson LR, Sawyer LA, Fishbein DB et al. An outbreak of ehrlichiosis in members of an army reserve unit exposed to ticks. J Infect Dis 1989; 159: 562-8.
- Brouqui P, Raoult D. Human granulocytic ehrlichiosis in Europe. Lancet 1995; 346: 782-3.
- Barton LI, Dawson JE, Letson GW, Luisiri A, Scalzo JA. Simultaneous ehrlichiosis and Lyme disease. Pediatr Infect Dis J 1990; 9: 127-9.
- Dumler JS, Brouqui P, Aronson J, Taylor JP, Walker DH. Identification of ehrlichia in human tissue. N Engl J Med 1991; 325: 1109-10.
- Dumler JS, Dawson JE, Walker DH. Human Ehrlichiosis: hematopathology and immunohistologic detection of ehrlichia chaffeensis. Hum Pathol 1993; 24: 391-6.
- Dunn BE, Monson TP, Dumler JS et al. Identification of Ehrlichia chaffeensis morulae in cerebrospinal fluid mononuclear cells. J Clin Microbiol 1992; 30: 2207-10.
- Abbott KC, Vukelja SJ, Smith CE et al. Hemophagocytic syndrome: a cause of pancytopenia in human ehrlichiosis. Am J Hematol 1991; 38: 230-4.
- Pearce CJ, Conrad MJ, Nolan PE, Fishbein DB, Dawson JE. Ehrlichiosis: a cause of bone marrow hypoplasia in humans. Am J Hematol 1988; 28: 53-3.
- Dumler JS, Sutker WL, Walker DH. Persistent infection with Ehrlichia chaffeensis. Clin Infect Dis 1993; 17: 903-5.
- Roland WE, McDonald G, Caldwell CW, Everett ED. Ehrlichiosis - a cause of prolonged fever. Clin Infect Dis 1995; 20: 821-5.
- Paddock CD, Suchard DP, Grumbach KL et al. Brief report: fatal seronegative ehrlichiosis in a patient with HIV infection. N Engl J Med 1993; 329: 1164-7.
- Fishbein DB, Kemp A, Dawson JE, Greene NR, Redus MA, Fields DH. Human ehrlichiosis: prospective active surveillance in febrile hospitalized patients. J Infect Dis 1989; 160: 803-9.
- Edwards MS, Jones JJ, Leass DL, Whitmore JW, Dawson JE, Fishbein DB. Childhood infection caused by Ehrlichia canis or a closely related organism. Pediatr Infect Dis J 1988; 7: 651-4.
- Fichtenbaum CJ, Peterson LR, Weil GJ. Ehrlichiosis presenting as a life-threatening illness with features of the toxic shock syndrome. Am J Med 1993; 95: 351-7.
- Moskowitz M, Fadden R, Min T. Human ehrlichiosis: a rickettsial disease associated with severe cholestasis and multisystemic disease. J Clin Gastroenterol 1991; 13: 86-90.
- Golden SE. Aseptic meningitis associated with ehrlichia canis infection. Pediatr Infect Dis J 1989; 8: 335-7.
- Dimmitt DC, Fishbein DB, Dawson JE. Human ehrlichiosis associated with cerebrospinal fluid pleocytosis: a case report. Am J Med 1989; 87: 677-8.
- Harkess JR, Stucky D, Ewing SA. Neurologic abnormalities in a patient with human ehrlichiosis. South Med J 1990; 83: 1341-3.
- Dawson JE, Fishbein DB, Eng TR, Redus MA, Greene NR. Diagnosis of human ehrlichiosis with the indirect fluorescent antibody test: kinetics and specificity. J Infect Dis 1990; 162: 91-5.
- Dawson JE, Rikihisa Y, Ewing SA, Fishbein DB. Serologic diagnosis of human ehrlichiosis using two ehrlichia canis isolates. Clin Infect Dis 1991; 163: 564-7.
- Anderson BE, Sumner JW, Dawson JE et al. Detection of the etiologic agent of human ehrlichiosis by polymerase chain reaction. J Clin Microbiol 1992; 30: 775-80.
- Everett ED, Evans KA, Henry B, McDonald G. Human ehrlichiosis in adults after tick exposure. Diagnosis using polymerase chain reaction. Ann Intern Med 1994; 120: 730-5.
- Brouqui P, Raoult D. In vitro antibiotic susceptibility of the newly recognised agent of ehrlichiosis in humans, Ehrlichia chaffeensis. Antimicrob Agents Chemother 1992; 36: 2799-803.

Pregledni prispevek/Review article

MOŽNOSTI ODKRIVANJA ZGODNJIH ATEROSKLEROTIČNIH SPREMOMB ARTERIJSKE STENE

POSSIBILITIES OF DETECTION OF EARLY ATHEROSCLEROTIC CHANGES OF ARTERIAL WALL

Pavel Poredoš, Anita Kek

Interna klinika Trnovo, Klinični center, Riharjeva 24, 1000 Ljubljana

Prispelo 1995-12-14, 1996-02-18; ZDRAV VESTN 1996; 65: 131-5

Ključne besede: ultrazvočni prikaz arterije; debelina intime-medije (IMT); dilatacija arterije

Key words: ultrasound presentation of artery; intima-media thickness (IMT); dilatation of artery

Izvleček – Izhodišča in metode. V sestavku so predstavljene preiskavne metode, ki omogočajo odkrivanje najzgodnejših sprememb funkcije in sestave arterijske stene pri aterosklerozi. Opisane so ultrazvočne preiskavne metode, ki omogočajo pregled določenega žilnega odseka s predstavitvijo žilne svetline, sestave same žilne stene in hkrati tudi merjenje hitrosti toka krvi in njenega pretoka. Vse te značilnosti določenega območja krvnega obtoka lahko predstavimo s tako imenovanim dvojnimi prikazom preiskovane žile (duplex). Nadrobno so opisane metode merjenja notranjih plasti arterijske stene (intime-medije) (IMT), določanje velikosti in sestave aterosklerotičnih plakov in možnosti proučevanja funkcijskih sprememb arterijske stene. V procesu aterogeneze je najzgodnejša zaznavna morfološka sprememba arterijske stene zadebelitev intime-medije, ki jo s pomočjo ultrazvoka lahko zelo natančno izmerimo na korotidnih in femoralnih arterijah. Na debelino intime-medije, ki je še povsem reverzibilna sprememba, vplivajo različni dejavniki tveganja, zato merjenje IMT omogoča spremljanje vpliva in količinsko opredelitev vplivov posameznih dejavnikov tveganja na morfološke spremembe arterijske stene.

Tudi funkcijske spremembe perifernih arterij, ki se kažejo v ne sposobnosti razširitve arterije med reaktivno hiperemijo, lahko natančno določimo s pomočjo ultrazvočne preiskave tako, da izmerimo hitrost toka krvi in njen pretok ter od povečanja pretoka krvi odvisno dilatacijo preiskovane arterije, ki je pri bolnikih z aterosklerotičnimi spremembami na ožilju in ob prisotnosti dejavnikov tveganja zmanjšana.

Zaključki. Tako lahko danes na povsem neinvaziven način odkrivamo najzgodnejše aterosklerotične spremembe perifernih arterij, kar je pomembno s prognostičnega in preventivnega vidika, saj so opisane spremembe še povsem reverzibilne.

Abstract – Background and methods. The investigation methods which enable detection of the most earliest functional and morphologic changes of arterial wall in atherosclerosis are presented. Ultrasonographic methods for examination of certain vascular segment with presentation of vascular lumen, vascular wall morphology simultaneously with measurement of blood flow velocity and blood flow volume are described. All these characteristics of examined circulatory segment could be presented with duplex scanning of the vessel in question.

Methods for measurement of the thickness of internal layers of arterial wall (intima-media thickness) (IMT), atherosclerotic plaque size and morphology determination and possibilities of functional changes of arterial wall examination are presented in details. Thickening of intima-media is the earliest detectable morphologic change of arterial wall in atherogenesis. Using ultrasound it can be very exactly measured on carotid and femoral arteries. Intima-media thickening which is still completely reversible is influenced by different risk factors for atherosclerosis. Therefore measurement of IMT provides the possibility of follow-up of the influence and dose-response relation between risk factors and arterial wall morphology.

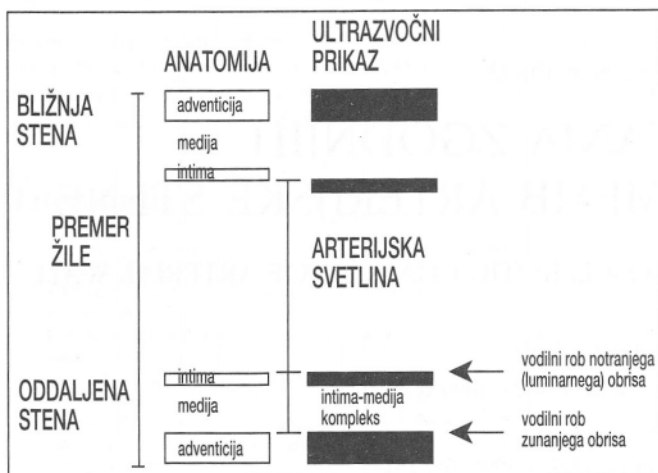
Ultrasonographic methods are also of great utility for precise assessment of functional changes in peripheral arteries which are manifested as reduced dilation response during reactive hyperemia. Such an assessment is based on blood flow velocity and blood volume flow measurement, and also flow dependent dilation of the examined arteries, which is reduced in patients with atherosclerotic vessel disease and in subjects with risk factors of atherosclerosis.

Conclusions. Therefore nowadays we can detect early atherosclerotic changes of peripheral arteries entirely noninvasively what is of great prognostic and preventive importance because these early changes are completely reversible.

Uvod

Ateroskleroza je bolezen arterijske stene, zato odkrivanje ateroskleroze temelji na prepoznavanju sprememb v njej. Pri tem pa je pomembno, da spremembe odkrijemo v čim zgodnejši fazi, kajti učinkovitega zdravljenja ateroskleroze še ne poznamo, možno je le preprečevanje bolezni. Preventivni ukrepi pa so najuspešnejši prav v najzgodnejših fazah bolezni. Raziskave zadnjih let so

pokazale, da je v tej fazi razvoja bolezni možno doseči tudi regresijo aterosklerotičnih sprememb. Za odkrivanje najzgodnejših aterosklerotičnih sprememb do nedavnega nismo imeli primernih preiskavnih metod, kajti vse so bile invazivne. Tudi arteriografije, ki sicer velja za zlati standard pri odkrivanju bolezenskih sprememb na arterijah, zaradi njene agresivnosti ne moremo uporabiti pri asimptomatskih posameznikih kot presejalne metode za odkrivanje aterosklerotičnih sprememb. Arteriografija



Sl. 1. Shematski prikaz ultrazvočne slike arterije v vzdolžnem prerezu v primerjavi z anatomsko zgradbo.

Fig. 1. Schematic presentation of ultrasonographic image of investigated artery in longitudinal transection in comparison to its anatomical structure.

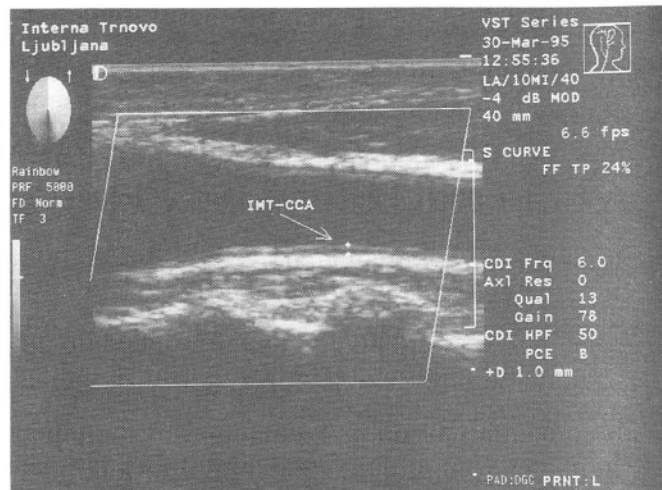
prav tako ne omogoča vpogleda v sestavo žilne stene, z njo lahko odkrivamo le spremembe v svetlini preiskovane arterije, ki pa se praviloma pojavijo pri že močno napredovalem aterosklerotičnem procesu. Spremembe v sestavi arterijske stene, ki ne zožujejo žilne svetline, pa se pojavijo že v najzgodnejših fazah aterogeneze (1). Kompenzatorna dilatacija aterosklerotično spremenjenega odseka žilne stene pa lahko tudi pri napredovalih oblikah ateroskleroze z zadebelitvijo žilne stene povzroči ohranitev prvotne žilne svetline, zato z endoluminalnimi preiskavnimi metodami take spremembe ne odkrijemo. V zadnjih letih pa je uspelo razviti metode, s pomočjo katerih lahko prikažemo morfološke spremembe v sami žilni steni (2). Novejše raziskave so tudi pokazale, da se v procesu aterogeneze pojavijo funkcijske spremembe arterijske stene, ki se praviloma pokažejo, še preden lahko zaznamo kakršnekoli morfološke spremembe (3). Tudi slednje je možno na razmeroma enostaven način odkriti in jim slediti s pomočjo ultrazvoka.

Odkrivanje morfoloških sprememb arterijske stene

Merjenje debeline intime-medije

Do nedavnega, ko še nismo mogli in vivo natančneje spremljati morfoloških sprememb arterijske stene, je veljalo, da je pri aterosklerozi najzgodnejša morfološka sprememba arterijske stene pojav aterosklerotičnega plaka. Toda patohistološke analize so pokazale, da aterosklerotični plak z ozirom na sestavo, kot tudi glede na možnost zapletov predstavlja že močno napredovali degenerativni proces arterijske stene (1, 4). Toda kasneje so ugotovili, da pri aterogenezi pride še pred pojavom aterosklerotičnih plakov v arterijski steni do morfoloških sprememb, ki jih lahko zaznamo z ultrazvočnimi preiskavami, sem sodi zlasti difuzna zadebelitev intime-medije (5).

Pignoli je leta 1986 s sodelavci prvi opisal možnost prikaza morfoloških značilnosti in sprememb žilne stene s pomočjo ultrazvočne tehnike B-scan (5). Ultrazvočne posnetke je primerjal s patohistološkimi analizami in ugotovil, da plast žilne stene z dvojnim obrisom in vmesnim hipoeohogenim pasom predstavlja notranji žilni plast: intimo in medijo (IM). Ločitev intime od medije s pomočjo ultrazvočne tehnike ni možna, zato obe plasti obravnavamo skupaj. Zaradi boljše ločljivosti je za meritve intime-medije bolj primerna oddaljena arterijska stena. Pri prehodu



Sl. 2. Ultrazvočni prikaz zadebeljene intime-medije (IMT = 1 mm) karotidne arterije pri sladkornem bolniku.

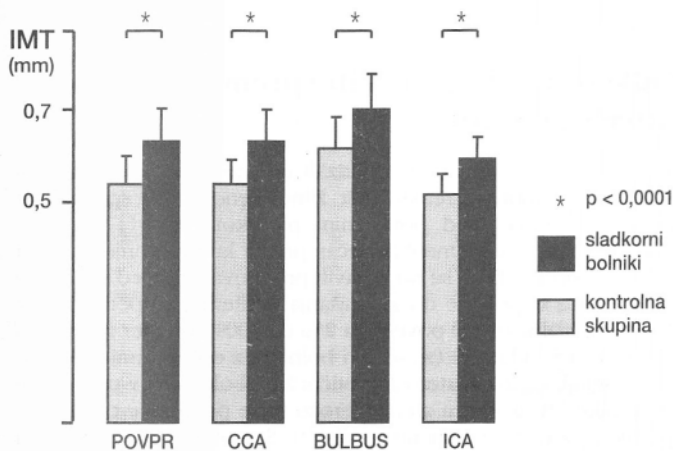
Fig. 2. Echo-image of carotid artery with increased intima-media thickness (IMT = 1 mm) in patient with diabetes mellitus.

ultrazvočnih valov skozi to steno nastane vodilni rob notranjega obrisa trakaste tvorbe zaradi odboja ultrazvočnih valov na meji med arterijsko svetlino in intimo, vodilni rob zunanega obrisa pa na meji med medijo in adventicijo. Razdalja med vodilnima robovoma teh obrisov predstavlja debelino intime-medije (IMT – intima-media thickness) (sl. 1, 2). Na ta način lahko preiskujemo tiste periferne arterije, ki ležijo dovolj blizu površini, da so dostopne ultrazvočni preiskavi.

Med perifernimi arterijami so preiskavi najlažje dostopne karotidne arterije. Te arterije predstavljajo tudi predilekcijsko mesto za razvoj ateroskleroze, prav zato so najpogostejše predmet proučevanja in odkrivanja aterosklerotičnih sprememb. Glede na tesno povezavo med pojavnostjo ateroskleroze na karotidnih in koronarnih arterijah predstavljajo karotidne arterije okno, ki omogoča vpogled v razširjenost ateroskleroze, zlasti pa kaže na prizadetost koronarnih arterij (6, 7).

Skupina raziskovalcev s Pignolijem na čelu je ugotovila, da je možno s pomočjo ultrazvočnih preiskav spremljati spremembe v debelini arterijske stene in ugotavljati vplive različnih dejavnikov na morfologijo arterijske stene (1, 5), kar so kasneje potrdile številne druge študije (7–9). Raziskave so tudi pokazale, da pri zdravi osebi srednjih let debelina intime-medije na skupni karotidni arteriji znaša okoli 0,7 mm. S starostjo se povečuje za približno 0,6% na leto in je pri starostnikih brez dejavnikov tveganja za 20–30% večja kot pri mlajših osebah (7). Debelina IM se na posameznih odsekih karotidnih arterij do neke mere razlikuje; največja je v področju bulbosa, v primeru bolezenskih sprememb pa se povsod zadebeli (6). Raziskave zadnjih let, ki so proučevale vplive različnih dejavnikov na IMT, so pripeljale do pomembnega spoznanja. Ugotovljeno je namreč bilo, da je pri osebah z določenimi dejavniki tveganja za aterosklerozo IMT karotidnih arterij pomembno povečana. Večjo IMT so našli pri osebah s povečanim LDL holesterolom (10), večjo koncentracijo fibrinogena in pri večjem sistoličnem krvnem tlaku (8, 11). Vpliv na IMT korotid pa ni bil dokazan za serumske trigliceride in apoprotein A-I (6). V eni od naših študij smo ugotovili, da k povečanju debeline IM karotidnih arterij pomembno prispeva tudi sladkorna bolezen, in to že nekaj let po njenem odkritju (sl. 3). Podobno kot imajo na različne lokalizacije ateroskleroze posamezni dejavniki tveganja različen vpliv, se zdi, da tudi na debelino IM različnih žilnih odsekov ti dejavniki različno delujejo. Za razliko od karotidnih arterij so namreč za debelino IM femoralnih arterij dokazali, da jo povečujejo naslednji dejavniki tveganja: kajenje, povečane serumske koncentracije trigliceridov, fibrinogena ter apoproteina A-I

(16). Ugotovili so tudi, da je debelina IM karotidnih arterij v tesni povezavi z nekaterimi manj znanimi dejavniki tveganja za aterosklerozo, kot so na primer: koncentracija fibrinogena, prosta



Sl. 3. Vrednosti debeline intime-medije (IMT) na posameznih odsekih karotidnih arterij ter povprečne vrednosti iz vseh preiskavnih mest pri sladkornih bolnikih in pri kontrolni skupini. POVPR – povprečje; CCA – skupna karotidna arterija; BULBUS – razcepšče; ICA – notranja karotidna arterija.

Fig. 3. Values of intima-media thickness of different segments of carotid arteries and mean values of all investigated segments in diabetics and controls. POVPR – average; CCA – common carotid artery; BULBUS – bulb; ICA – internal carotid artery.

vezalna kapaciteta za železo (TIBC), serumska koncentracija železa, indeks telesne teže (BMI) in fibrinolitični dejavniki krvi (konc. inhibitorja tkivnega aktivatorja plazminogena – PAI, konc. tkivnega aktivatorja plazminogena – t-PA) (10, 11).

Povezava med IMT in navedenimi dejavniki, za katere je bolj ali manj znano, da pospešujejo razvoj aterosklerotičnega procesa, kaže na to, da zadebelitev IM predstavlja predstopnjo aterosklerotičnega procesa ali morda celo eno od zgodnjih faz v aterogenezi. V prid tej domnevi govori tudi tesna povezava med debelino IM in številom aterosklerotičnih plakov na preiskovanih karotidnih arterijah (11). Novejše raziskave so pokazale, da z odstranjevanjem dejavnikov tveganja za aterosklerozo lahko dosežemo zmanjšanje debeline predhodno zadebeljene IM.

Merjenje IMT predstavlja možnost neposrednega spremljanja vpliva dejavnikov tveganja na spremembo arterijske stene in na razvoj arterijske bolezni, spremljanje napredovanja in nazadovanja teh sprememb (in to še preden se pojavijo v klinično zaznavni obliki) omogoča tudi količinsko opredelitev vpliva dejavnikov tveganja in iskanje povezav med zastopanostjo dejavnikov tveganja in obsegom žilne bolezni (12). Nadalje merjenje IMT perifernih arterij posredno omogoča tudi oceno stanja arterij notranjih organov, ki niso neposredno dostopne preiskavi. Tako lahko danes, ko še ne moremo neposredno meriti IMT venčnih (srčnih) arterij na osnovi rezultatov meritev morfoloških sprememb arterijske stene karotidnih arterij z veliko verjetnostjo sklepamo na stanje venčnih arterij. Craven je s sodelavci na velikem številu bolnikov s primerjanjem ultrazvočnih izvidov karotidnih arterij in rezultatov koronarografij dokazal, da so začetne spremembe v steni karotidnih arterij (ki še ne povzročajo hemodinamsko pomembnih motenj toka krvi) že močan in neodvisen kazalnik koronarne srčne bolezni. Pri vseh bolnikih z zadebeljeno steno karotidnih arterij so našli na venčnih arterijah eno ali več zožitev, večjih od 50% (13). Skupina finskih raziskovalcev pa je ugotovila, da povečanje IMT skupne karotidne arterije za 0,1 mm poveča tveganje za nastanek akutnega srčnega infarkta za 11% (6).

Razširjenost ateroskleroze na druge – zlasti vitalne – organe napovedujejo tudi morfološke spremembe arterij spodnjih udov.

Zadebelitev stene femoralne arterije, ki še ne povzroča kliničnih znakov, je združena s 4–5-krat večjo smrtnostjo, kot je značilna za tiste osebe, ki takih sprememb nimajo, to je v pretežni meri posledica sočasne prizadetosti koronarnih arterij (14).

Poleg možnosti napovedovanja poteka aterosklerotične bolezni in ocene ogroženosti za aterosklerozo pa se zdi, da smo z možnostjo določanja debeline žilne stene dobili metodo, s katero bomo v bodoče lahko ocenjevali uspešnost preventivnih ukrepov in učinkovitost različnih zdravilskih postopkov pri preprečevanju ateroskleroze.

Metoda merjenja IMT je razmeroma enostavna, povsem neinvazivna in jo odlikujeta visoka specifičnost in občutljivost. V nadzorovanih študijah so bili rezultati ponovljivi v več kot 95%. Primerjalne študije so tudi pokazale, da obstaja tesna povezanost med histološkimi ugotovitki in debelino IM, izmerjena z ultrazvokom ($r = 0,9$) (5). Zanesljivost rezultata preiskave pa zavisi od izkušenosti preiskovalca in od tehničnih zmogljivosti (ločljivosti) aparata.

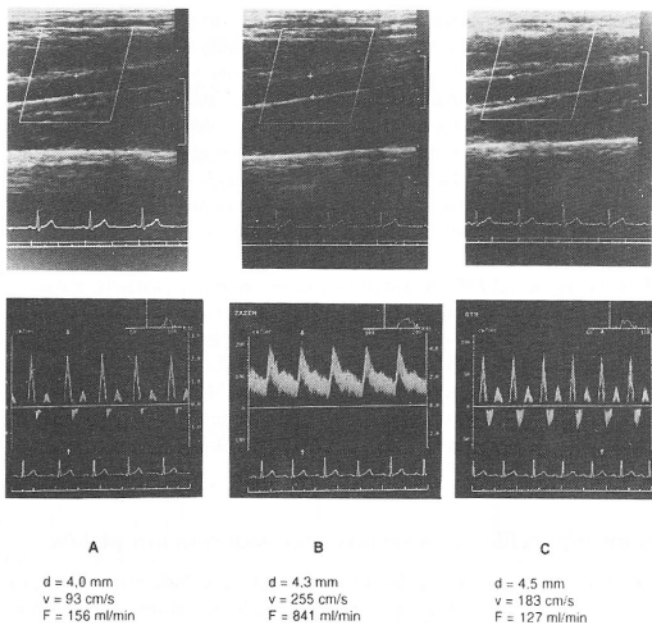
Določanje velikosti in sestave aterosklerotičnih plakov

Aterosklerotične lehe predstavljajo žariščno, bolj ali manj omejeno spremembo intime. Degenerativni proces je praviloma napredoval že do te mere, da pride do izgube funkcije endotelija in obstaja nevarnost zapletov, ki lahko pripeljejo tudi do zapore prizadetega žilnega segmenta. Hemodinamske posledice so odvisne od velikosti, zlasti pa od debeline plaka. Nevarnost zapletov pa je v pretežni meri pogojena s sestavo aterosklerotičnega plaka. V zadnjem času sestavi aterosklerotičnega plaka pripisujejo znatno večji pomen kot sami velikosti. S pomočjo ultrazvočnih preiskavnih metod (B-način) lahko danes in vivo proučujemo velikost in površino aterosklerotičnega plaka, pa tudi njegovo sestavo oziroma morfologijo.

Sodobna računalniška tehnologija, ki je neogibni sestavni del novejših ultrazvočnih aparatov, omogoča neposredno merjenje debeline in velikosti plakov. Lahko pa tudi dokaj natančno ugotovimo, do kolikšne mere aterosklerotična leha zožuje svetlino žile. Študije so pokazale, da z ultrazvokom določena debelina plaka dobro korelira z arteriografsko ugotovljeno stopnjo zožitve preiskovane arterije. Če aterosklerotični plak zožuje svetlino arterije za več kot 20%, govorimo o stenotičnem plaku (6). Še bolj kot velikost in oblika aterosklerotičnega plaka pa je pomembna njegova površina. Zlasti neravni obrisi, ki so posledica razjed na površini aterosklerotičnega plaka, so večkrat povod za nastanek krvnega strdka. Nastanek krvnega strdka lahko povzroči žilno zaporo ali pa je vzrok za distalne tromboembolije. Po drugi strani pa se manjši krvni strdek na površini plaka, ki ne zožuje žilne svetline in ne povzroča klinično zaznavnih posledic, postopoma vezivno organizira. Ponovljivi trombotični dogodki na isti lehi vodijo k povečevanju lehe vse do kritične zožitve ali zapore žile. Zato je določanje oblike, zlasti pa površine aterosklerotičnih plakov pomembno za prognozo žilne bolezni.

Prikaz sestave aterosklerotičnih plakov je ena od pomembnih možnosti proučevanja morfologije žilne stene. V procesu aterogeneze je najzgodnejša žariščna okvara žilne stene *maščobna leha*, ki jo ultrazvok prikaže kot lokalno ali pa bolj ali manj difuzno zadebeljeno intimo-medijo. Spremembo lahko prikažemo kot homogeni sivi trak (zadebeljena intima-medija) z nakazanim bočenjem v svetlino žile (12).

Naslednja stopnja v razvoju aterosklerotične lehe je nestenotični aterosklerotični plak, ki ima v primerjavi z okolico zadebeljeno intimo-medijo za več kot 50%. Z ozirom na sestavo in s tem pogojeno ultrazvočno optično gostoto so plaki lahko *neobogeni* (svetli) in *ebogeni* (temni). Svetlejši plaki so v pretežni meri sestavljeni iz lipidov. Njihova površina (kapa) je običajno tanjša in vsebuje manj vezivnega tkiva in gladkih mišičnih celic, hkrati pa veliko makrofagov, napolnjenih z lipidi, zato je bolj občutljiva na hemodinamske poškodbe. Taki plaki so bolj podvrženi razpokam in krvavitvam. Zlasti je ta nevarnost velika, če je lipidni vložek velik



Sl. 4. Prikaz merjenja premera brachialne arterije in hitrosti toka krvi: A – v mirovanju; B – med reaktivno hiperemijo (po zažemu podlakti); C – po aplikaciji nitroglicerina; d – premer; v – hitrost; F – pretok.

Fig. 4. Method for measurement of diameter of brachial artery and blood velocity: A – at rest; B – during reactive hyperemia (after forearm occlusion); C – after application of nitroglycerin; d – diameter; v – velocity; F – flow.

(več kot 40% prostornine lehe) in postavljen ekscentrično. Raztrganje ali poka takšnega plaka predstavlja največjo nevarnost za nastanek arterijske tromboze, zato take plake imenujemo tudi *zapleteni plaki* (15).

Temnejši plaki, ki so običajno tudi bolj strnjeni, pa so v pretežni meri sestavljeni iz vezivnega tkiva. Slednji so bolj odporni na hemodinamski stres, zato se zapleti pojavljajo redkeje. Zapletom pa so znatno bolj podvrženi tudi tako imenovani *heterogeni* ali *nehomogeni* plaki ali plaki z neenotnim ultrazvočnim videzom. V njih se med seboj prepletajo ehogena in neehogena področja. K nehomogenosti plaka lahko prispevajo vložki kalcija, skupki izvenselčnih lipidov, skupki holesteroloških kristalov in krvavitev v plak. Krvavitev v plak je pomemben zaplet, ki pogosto spremlja prav nehomogene plake in prisotnost krvi dodatno spremeni njihov ultrazvočni videz. Študije so pokazale, da pri nehomogenih plakih pride do krvavitve v več kot 90% in pri večini takih leh se na površini prej ali slej pojavijo razjede. Krvavitev v plak napovedujeta zlasti manjša optična gostota in heterogeni ultrazvočni videz aterosklerotične lehe (15, 16). Več študij je pokazalo, da je ultrazvočna preiskava žil z dvojnimi prikazom (dupleks) zanesljiva metoda za odkrivanje krvavitve v aterosklerotični plak, njena specifičnost znaša 82%, njena občutljivost pa je še večja (91%) (12).

Novejši preiskavni postopki, ki vključujejo različne računalniške programe, omogočajo tudi neposredno merjenje gostote aterosklerotičnih plakov. V manjših študijah so dokazali, da je možnost zapletov na aterosklerotičnih plakih tem večja, čim manjša je njihova optična gostota. Poskušali so tudi postaviti mejo, do katere zmanjšana optična gostota aterosklerotičnega plaka predstavlja povečano tveganje za zaplete.

Navedene ugotovitve podpirajo zaključek, da ultrazvočne preiskavne metode z veliko zanesljivostjo omogočajo odkrivanje velikosti in oblike, zlasti pa sestave aterosklerotičnih plakov. Zato te metode predstavljajo enkratno možnost proučevanja bolezni,

napovedovanja zapletov, ki so v pretežni meri odvisni od morfološke plakov (ulcerirani, kalcinirani, krvaveči), omogočajo pa tudi spremljanje vplivov dejavnikov tveganja na sestavo aterosklerotičnih lezij.

Odkrivanje funkcijskih sprememb arterijske stene

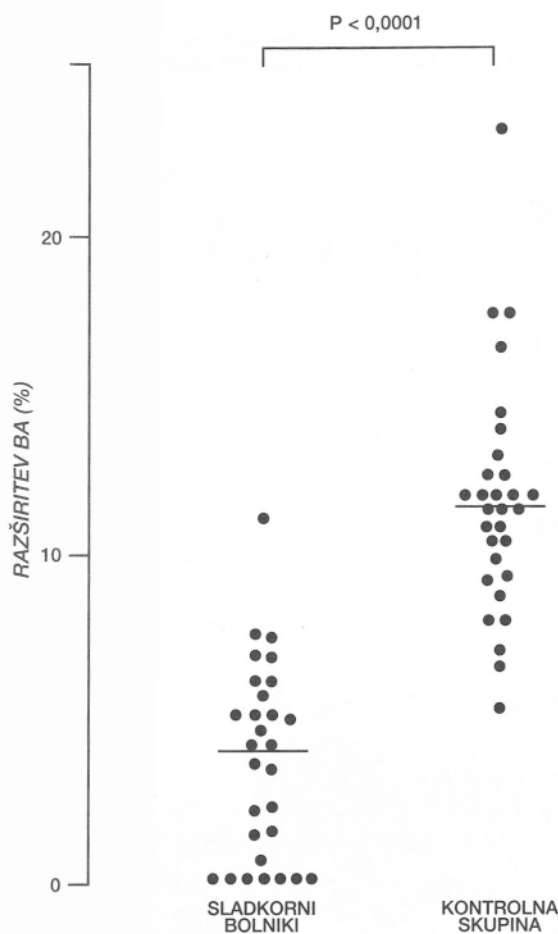
V številnih eksperimentih so dokazali, da je pri določenih bolezenskih stanjih motena reaktivnost žilne stene, zlasti sposobnost razširitve arterije med povečanim pretokom krvi (17, 18). V fizioloških pogojih namreč povečan pretok krvi v arteriji povzroči njeno razširitev. Tako se pri zdravih preiskovancih med reaktivno hiperemijo, ki pripelje do zmanjšanja perifernega upora, pretok krvi v brahialni arteriji poveča za 250 do 300%, premer arterije pa za 10 do 15% (11, 17) (sl. 4). Pri bolnikih z določenimi bolezenskimi stanji, zlasti pri aterosklerotični žilni bolezni in v prisotnosti dejavnikov tveganja za aterosklerozo pa je povečanje pretoka in premera pomembno manjše (17–19). S provokacijskimi testi in hkratnim določanjem relaksacijskih dejavnikov so dokazali, da je pri takih bolnikih širjenje perifernih arterij okrnjeno zaradi endotelne disfunkcije in da ne gre za mišično disfunkcijo (19). Dejavniki tveganja naj bi že v zelo zgodnji fazi aterogeneze pripeljali do motenj v funkciji endotelijskih celic. Zlasti naj bi bili moteni sinteza in izločanje dejavnikov, ki povzročijo žilno-mišično relaksacijo (EDRF). Normalno endotelijske celice ob povečanju pretoka sproščajo EDRF, ki povzroči vazodilatacijo. Pri poškodbah endotelija je zaradi pomanjkanja EDRF vazodilatacijski odgovor zmanjšan ali odsoten (17, 19). Pri napredovanju ateroskleroze, ko so že prisotne morfološke spremembe v arterijski steni, lahko zmanjšano dilatacijsko sposobnost razložimo tudi z zadebelitvijo in s tem večjo togostjo žilne stene (11). Zadebeljena intima pa predstavlja tudi oviro za dostop relaksacijskih snovi (EDRF, prostaglandin) iz endotelija do gladkih mišičnih celic v žilni steni, kjer njihova prisotnost izzove vazodilatacijo (18).

S pomočjo ultrazvočnih preiskav, ki omogočajo dvojni prikaz, lahko spremljamo navedene hemodinamske spremembe v perifernih arterijah. Žilo (običajno brahialno arterijo) prikažemo v vzdolžnem ali prečnem preseku, izmerimo premer in s pomočjo ultrazvoka določimo hitrost toka krvi. Iz dobljenih podatkov nam aparat sproti izračunava pretok krvi. Od provokacijskih testov za povečanje pretoka najpogosteje uporabljamo nekajminutni zažem preiskovane podlakti, podoben učinek dosežemo tudi s testom stiskanja pesti. Po sprostitvi manšete ali prekinitvi stiskanja pesti ponovno določimo hiperemični pretok in izmerimo premer preiskovane arterije. Iz teh podatkov izračunamo odstotek povečanja premera in pretoka krvi med hiperemijo, ki sta merila za funkcijsko sposobnost arterijske stene.

Danes lahko z uporabo različnih provokacijskih testov na dokaj enostaven način razločimo nesposobnost relaksacije periferne arterije, ki je posledica endotelne disfunkcije od tiste, ki je pogojena z mišično disfunkcijo oziroma z bolezenskimi spremembami mišičnih celic arterijske stene. Tako lahko od endotela odvisno sposobnost razširitve arterije dokažemo s testom reaktivne hiperemije, od funkcijske sposobnosti mišičnih celic odvisno dilatacijo pa s testom z nitroglicerinom.

Ugotovili so, da se pojavijo spremembe v relaksaciji perifernih arterij, ki so pogojene z endotelijsko disfunkcijo, še preden lahko zaznamo klinične znake ateroskleroze in tudi pred pojavom morfoloških sprememb arterijske stene. Tako so našli zmanjšano relaksacijsko sposobnost perifernih arterij že pri nekaj let starih otrocih z družinsko hiperholesterolemijo, dokazana pa je bila tudi pri sladkornih bolnikih, pri kadičih in pri bolnikih s povišanim krvnim tlakom (17, 21).

V naši študiji smo ugotovili, da je pri sladkornih bolnikih z boleznijo tipa I sposobnost razširitve brahialne arterije že nekaj let po odkritju bolezni pomembno manjša (sl. 5). Ugotovljeno je bilo



Sl. 5. Vrednosti razširitve brahialnih arterij med reaktivno hiperemijo (po zažemu podlakti) pri sladkornih bolnikih in pri zdravih preiskovancih.

Fig. 5. Values of brachial arteries dilatation during reactive hyperemia (after forearm occlusion) in diabetics and healthy volunteers.

tudi, da je okrnjena dilatacija pri sladkornih bolnikih v pretežni meri posledica endotelne in ne mišične disfunkcije.

Ugotavljanje od endotela odvisne sposobnosti relaksacije perifernih arterij je pomembno tudi pri obravnavi bolnikov s srčnim popuščanjem. Pri teh bolnikih pride do aktivacije nevroendokrinega sistema s povečanim izločanjem kateholaminov in angiotenzina II, kar vodi do povečanja perifernega upora in do sprememb v periferni hemodinamiki. Z določitvijo sposobnosti relaksacije brahialne arterije lahko na enostaven način ugotovimo, če je prišlo do aktivacije nervo-endotelne sistema, po drugi strani pa nam ta test omogoča tudi oceno uspešnosti različnih zdravljenj, zlasti še morebitnih pozitivnih učinkov številnih zdravil, ki jih uporabljamo pri zdravljenju srčnega popuščanja.

Zaključek

Novejše ultrazvočne preiskavne metode omogočajo odkrivanje zgodnjih morfoloških in funkcijskih sprememb arterijske stene pri aterosklerozi. Poleg odkrivanja sprememb svetline preiskovane arterije in ugotavljanja stopnje zožitve je danes možno odkrivati tudi zelo zgodnje morfološke spremembe v sami žilni steni. Le-te se na začetku kažejo kot zadebelitev intime-medije, kasneje pa kot

bolj ali manj omejene aterosklerotične lehe. Pomembno je, da lahko sledimo tudi morfologijo plakov, kajti dokazali so, da ima prav sestava aterosklerotičnega plaka zelo pomemben prognostični pomen.

Prepoznavanje funkcijskih sprememb arterijske stene v okviru ateroskleroze omogoča še zgodnejše odkrivanje kvarnih posledic ateroskleroze. Preiskava je zamudnejša in zahtevnejša kot ugotavljanje morfoloških sprememb žilne stene, toda predstavlja zelo zanimiv model za proučevanje mehanizmov delovanja dejavnikov tveganja. Pomen navedenih morfoloških in funkcijskih preiskavnih metod se kaže predvsem v možnosti študija vplivov dejavnikov tveganja na razvoj arterijske bolezni, saj omogočajo količinsko opredelitev vpliva teh dejavnikov in iskanje povezav med zastopanostjo dejavnikov tveganja in obsegom žilne bolezni. Ti preiskavni postopki zaenkrat še niso dosegli ravni širše klinične uporabnosti, menimo pa, da si bodo verjetno kmalu pridobili mesto v klinični praksi, zlasti pri odkrivanju za aterosklerozo ogroženih posameznikov.

Literatura

1. Stary HS. Changes of components and structure of atherosclerotic lesions developing from childhood to middle age in coronary arteries. *Basic Res Cardiol* 1994; 89: Suppl 1: 17–32.
2. Dawson DL, Strandness DE Jr. Arterial wall thickness with high-resolution B-mode imaging. In: Bernstein EF ed. *Vascular diagnosis*. Mosby, Chapter 46, 420–38.
3. Celermajer DS, Sorensen KE, Gooch VM, Spiegelhalter DJ, Miller OI, Sullivan ID, Lloyd JK, Deanfield JE. Non invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of atherosclerosis. *Lancet* 1992; 340: 1111–1.
4. Ross R. The pathogenesis of atherosclerosis – an update. *N Engl J Med* 1986; 314: 488–500.
5. Pignoli P, Tremoli E, Poli A, Padetti R. Intimal plus medial thickness of arterial wall: A direct measurement with ultrasound imaging. *Circulation* 1986; 74: 1399–406.
6. Salonen R, Salonen JT. Progression of carotid atherosclerosis and its determinants: A population based ultrasonography study. *Atherosclerosis* 1990; 81: 33–40.
7. Jukka T, Salonen JT, Salonen R. Ultrasound B-mode imaging in observational studies of atherosclerotic progression. *Circulation* 1993; 87: Suppl 2: 56–65.
8. Sosef MN, Bosch JG, van Oostayen J et al. Relation of plasma coagulation factor VII and fibrinogen to carotid artery intima-media thickness. *Thromb and Haemostas* 1994; 72: 250–4.
9. Heiss G, Sharrett AR, Barnes R et al. Carotid atherosclerosis measured by B-mode ultrasound in populations: associations with cardiovascular risk factors in the ARIC study. *Am J Epidemiol* 1991; 134: 250–6.
10. Keber I, Vrtovc B, Gadžijev A, Bardorfer I, Keber D. Increased carotid intima-media thickness in middle aged male survivors of myocardial infarction. *Europ Heart J* 1995; 77–7.
11. Poredoš P, Kek A, Verhovc R. Early morphologic and functional changes of arterial wall in subjects with risk for atherosclerosis. (*Angiology*, v tisku.)
12. Crouse JR, Thompson CJ. An evaluation of methods for imaging and quantifying coronary and carotid lumen stenosis and atherosclerosis. *Circulation* 1993; 87: Suppl II: 17–33.
13. Craven TE et al. Evaluation of the association between carotid artery atherosclerosis and coronary artery stenosis: a case-control study. *Circulation* 1990; 82: 1230–42.
14. Criqui M, Coughlen S, Fronek A. Non-invasively diagnosed peripheral arterial disease as a predictor of mortality: results from a prospective study. *Circulation* 1985; 72: 768–73.
15. Reilly LM. Importance of carotid plaque morphology. In: Bernstein EF ed. *Vascular diagnosis*. Mosby, Chapter 35: 333–40.
16. Widder B et al. Morphological characterization of carotid artery stenoses by ultrasound duplex scanning. *Ultrasound Med Biol* 1990; 16: 349–9.
17. Celermajer DS, Sonensen K, Ryalls M et al. Impaired endothelial function occurs in the systemic arteries of children with homozygous homocystinuria but not in their heterozygous parents. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22: 854–8.
18. Creager MA, Cooke JP, Mendelsohn ME, Gallagher SJ, Coleman SM, Loscalzo J, Dzau VJ. Impaired vasodilation of forearm resistance vessels in hypercholesterolemic humans. *J Clin Invest* 1990; 86: 228–34.
19. Pohl U, Holtz J, Busse R et al. Crucial role of endothelium in the vasodilator response to increased flow in vivo. *Hypertension* 1986; 8: 37–44.
20. Kamata K, Miyata N, Kasuya Y. Impairment of endothelium dependent relaxation and changes in levels of cyclic GMP in aorta from streptozotocin induced diabetic rats. *Br J Pharmacol* 1989; 97: 614–8.
21. Panza JA, Quyyumi AA, Brush JE, Epstein SE. Abnormal endothelium-dependent vascular relaxation in patients with essential hypertension. *N Engl J Med* 1990; 323 (1): 22–7.

ASPIRIN[®] PLUS C

šumeče tablete

proti prehladu, bolečini, gripi

hitro delovanje

dobra prenosljivost

dodatno delovanje
vitamina C



Uporaba: Šumeče tablete raztopimo v kozarcu vode in popijemo. **Opozorilo:** Pri bolnikih z ulkusom želodca in dvanajstnika je potreben skrben zdravniški nadzor. Pri otrocih in mladini s sumom na virusne infekcije se uporablja le po posebni odločitvi zdravnika. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za salicilate, astma, ambulantno zdravljenje z antikoagulanti, pomanjkanje glukoza-6-fosfatne dehidrogenaze.



Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

SPOŠTOVANE KOLEGICE IN KOLEGI, ČLANI SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA!

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

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

Slovensko zdravniško društvo
Komenskega 4, 61001 Ljubljana

PODATKI O ČLANU

Ime in priimek _____

Nazivi (strokovni, znanstveni, akademski) _____

Datum in kraj rojstva _____

Leto včlanitve v SZD _____

Natančen naslov _____



OBVESTILO

Stomatološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva obvešča vse zobozdravnike Slovenije, da prireja

II. KONGRES STOMATOLOGOV SLOVENIJE

Portorož, 31. 5. do 1. 6. 1996

Splošne informacije

Organizator:

Stomatološka sekcija SZD
Komenskega 4, 61000 Ljubljana
Telefon: 061 / 317-868
Telefaks: 061 / 301-955

Kraj srečanja:

AVDITORIJ Portorož

Rezervacije prenočišč:

KKC Avditorij
Senčna pot 10, Portorož
Telefon: 066 / 74 72 30
Telefaks: 066 / 74 70 92

Dentalna razstava:

Velika tradicionalna razstava dentalnih aparatov in materialov znanih domačih in evropskih proizvajalcev ob priliki II. kongresa stomatologov Slovenije
KKC Avditorij Portorož, že v četrtek, 30. maja 1996

Kotizacija:

12.000,00 SIT do 30. aprila 1996, po tem datumu 15.000,00 SIT na recepciji Avditorija v Portorožu.

Žiro račun: 50101-678-56666 Stomatološka sekcija SZD, Ljubljana - za II. kongres

Opozorilo: Potrdila o plačani kotizaciji predložite ob registraciji v kongresni recepciji.

Sprejemna pisarna:

V KKC Avditorij od 30. maja 1996 vsak dan od 8,00 do 18,00.

PROGRAM STROKOVNEGA DELA KONGRESA

Petek, 31. maj 1996

9.30	Otvoritev
10.00–12.30	Glavna tema kongresa Nove tehnologije v stomatologiji
15.00–18.30	Proste teme

Sobota, 1. junij 1996

8.30–12.30	Proste teme
------------	-------------

Vsa predavanja bodo v Avditoriju Portorož.

POZOR

Organizacijski odbor II. kongresa stomatologov Slovenije obvešča vse kolegice in kolege, da bo v petek, 31. maja 1996 in soboto, 1. junija 1996 dvorana Avditorija vaša za vaše prispevke v okviru prostih tem na glavno temo kongresa.

Vse zainteresirane vabimo, da svoje prispevke z naslovom predavanja in kratkim povzetkom pošljejo na izpolnjenem formularju, ki je priloga Priveska.

Vaš prispevek, ki naj bi trajal največ 15 minut s kratkim povzetkom pričakujemo najpozneje do 18. marca 1996 na naslov: Stomatološka sekcija SZD, Ljubljana, Komenskega 4 (za Portorož 1996) ali po telefaksu 061 / 301 955.

Organizacijski odbor vas bo do 1. aprila 1996 obvestil o razporedu vašega prispevka in z vam potrebnimi informacijami.

Zdravniška zbornica Slovenije prizna to strokovno srečanje ob podaljševanju licence zobozdravnikov v skladu z 71. in 85/II členom Zakona o zdravstveni dejavnosti ter 6. členom Pravilnika o podelejevanju, podaljševanju in odvzemanju dovoljenja za samostojno delo zdravnika oz. zobozdravnika.

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA BEGUNJE
vabi k sodelovanju na
UČNI DELAVNICI ZA ZDRAVNIKE SPLOŠNE MEDICINE
ZDRAVLJENJE Z ANTIDEPRESIVI

Tematski sklopi: – Prepoznavanje depresivnih stanj
– Osnovna načela zdravljenja z depresivi
– Stranski učinki interakcije antidepresivov
– Zdravljenje z antidepresivi pri starostnikih

Predavatelji so **Marga Kocmur, Blanka Kores-Plesničar, Janez Resman in Aleš Kogej**

Praktično delo bo potekalo po skupinah. Predstavljeni bodo posamezni klinični principi depresivnih stanj, udeleženci bodo ob sodelovanju moderatorjev poiskali optimalne načine življenja. Zaradi praktičnega dela je število udeležencev omejeno in so potrebne prijave. Udeleženci bodo predhodno prejeli material za praktično delo.

Delavnica bo potekala 7. 6. 1996 od 9. do predvidoma 15. ure v prostorih Psihiatrične bolnišnice Begunje. Kotizacije ni.

Dodatne informacije in prijave: **Andrej Žmitek**, Psihiatrična bolnišnica Begunje, 4275 Begunje
tel.: 064 / 733-315, fax: 064 / 733-019.

PRIJAVNICA

Prijavljam se za sodelovanje v učni delavnici
ZDRAVLJENJE Z ANTIDEPRESIVI

Ime in priimek: _____

Ustanova: _____

Naslov: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Datum: _____ Podpis: _____

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA BEGUNJE
Strokovno srečanje
ZDRAVLJENJE Z ANTIDEPRESIVI
25. in 26. oktober 1996

PRVO OBVESTILO

Srečanje bo potekalo v obliki predavanj vabljenih predavateljev in kot predstavitev posterjev. Predavanja bodo pokrila različne aspekte zdravljenja z antidepresivi (patofiziološke osnove, klinična farmakologija, indikacije, toksikologija interakcije z drugimi zdravili, stranski učinki, posebnosti zdravljenja posameznih skupin bolnikov).

Dobrodošli so prispevki, tematsko vezani na naslov srečanja in pripravljeni v obliki posterjev (50 × 120 cm, po dogovoru tudi drugačnih dimenzij). Povzetke v dolžini do 300 besed je treba poslati do 15. septembra 1996.

Dodatne informacije: **Andrej Žmitek**, Psihiatrična bolnišnica Begunje, tel.: 064 / 733-315, fax: 064 / 733-019

DERMATOVENEROLOŠKA KLINIKA, KLINIČNI CENTER LJUBLJANA
KATEDRA ZA DERMATOVENEROLOGIJU, MEDICINSKA FAKULTETA, UNIVERZA V LJUBLJANI
DERMATOVENEROLOŠKA SEKCIJA, SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO

prirejajo

IV. KOGOJEVE DNEVE

24. in 25. maj 1996

Ljubljana, Klinični center, predavalnica št. 2

Petek, 24. maj 1996

12.00–14.00
14.00

Registracija
Otvoritev

1. tematski sklop: Obravnava bolnika s spolno prenosljivo boleznijo

Moderator: M. Potočnik

14.20	A. Kansky, M. Potočnik	Epidemiologija spolno prenosljivih bolezni
14.40	M. Kristan	Genitalne okužbe z virusi herpes simpleksa (HSV)
14.55	M. Vok, R. Popovič	Genitalne okužbe s humanimi papilomavirusi (HPV)
15.10	J. Marin	Laboratorijska spoznava okužb s HSV in HPV
15.30	I. Bartenjev	Kožne spremembe pri bolnikih, okuženih s HIV
15.50	M. Rode	Bolnik z aidsom; spremembe v ustni votlini
16.10		Odmor za kavo
16.40	M. Potočnik, M. Barač	Sifilis
17.20	H. Hren-Vencelj, D. Golubovski	Laboratorijska spoznava sifilisa
17.40	A. Karas-Erklavec	Gonoreja
18.00	M. Rogl-Butina	Negonokokni uretritisi in cervicitisi
18.20	H. Hren-Vencelj	Spoznava povzročiteljev negonokoknih uretritisov
18.40	E. Bokal-Vrtačnik	Genitalna kandidoza

Sobota, 25. maj 1996

8.30–9.30

Demonstracije (fakultativno)

Skupina A **B. Zagoričnik** Svetlobna površinska mikroskopija kože
 Skupina B **M. Košiček** Sodobno zdravljenje golenje razjede

Demonstracije bodo potekale na Dermatovenerološki kliniki KCL. Število udeležencev je omejeno na 20 za vsako skupino (prijave bomo do zapolnitve prostih mest sprejemali ob registraciji 24. maja 1996).

2. tematski sklop: Obravnava bolnikov z alergijskimi boleznimi kože

Moderator T. Lunder

10.00	T. Lunder	Posebnosti v prepoznavi alergijskega kontaktnega dermatitisa na rokah
10.20	S. Vrečko	Posebnosti v prepoznavi alergijskega kontaktnega dermatitisa na obrazu
10.40	G. Weilguny	Fotoalergijski kontaktni dermatitis
11.00	T. Lunder, J. Korsika	Vrednotenje rezultatov epikutanega testiranja
11.20	K. Godina	Alergijske bolezni kože zaposlenih v zdravstvu
11.40		Odmor za kavo
12.00	J. Strojman	Idi kot diferencialno diagnostični problem
12.20	V. Dragoš, B. Podrumac	Posebnosti klinične slike atopijskega dermatitisa pri otrocih
12.40	E. Mušič	Vhodno kožno testiranje
13.00	B. Podrumac, B. Fakin	Program preventivnega in zdravstveno-vzgojnega dela pri otrocih z atopijskim dermatitisom
13.30		Kosilo

3. tematski sklop:

Moderator:

Novosti v diagnostiki in zdravljenju kožnih bolezni

B. Kralj

15.15	I. Bartenjev	Svetlobna površinska mikroskopija kože
15.35	V. Dragoš	Ciklosporin
15.55	M. Dolenc	Glivične infekcije
16.15	B. Kralj	Golenja razjeda
16.35	B. Zagoričnik	Kopelna PUVA
16.55	M. Kocijančič, B. Zagoričnik	Kalcipotriol in luskavica

SPLOŠNE INFORMACIJE

Informacije: g. **Majda Jerus**

Dermatovenerološka klinika, Klinični center Ljubljana
1000 Ljubljana, Zaloška 2
tel. 061 / 312 559, fax 061 / 312 559.

Kotizacija: 15.000 SIT, plačljiva na žiro račun: 50100-620-133-05-1016113-575/33 Dermatovenerološka sekcija SZD (z oznako: za Kogojeve dneve). V kotizacijo sta vključena zbornik in kosilo 25. maja 1996.

Prosimo, da prijavnice pošljete najkasneje do 15. maja 1996.

Zdravniška zbornica Slovenije priznava to strokovno srečanje ob podaljševanju licence zdravnikom v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti ter Pravilnikom o podeljevanju, podaljševanju in odvzemanju dovoljenja za samostojno opravljanje dela zdravnika oziroma zobozdravnika.

PRIJAVNICA

IV. KOGOJEVI DNEVI, 24. in 25. maj 1996

Ime in priimek: _____

Ustanova: _____

Naslov: _____ Tel.: _____

FORUM ZA PRAVICE OTROKA V BOLNIŠNICI PRI ZVEZI PRIJATELJEV MLADINE SLOVENIJE

prireja

FORUM ZA PRAVICE OTROKA V BOLNIŠNICI

v četrtek, 25. aprila 1996 ob 16. uri v Štihovi dvorani Cankarjevega doma v Ljubljani

Naloga Forumu je, da predlaga uresničitev leidenske »Magne charte« o pravicah otroka v bolnišnici. Uveljavljanje sodobnih načel humanizacije hospitalizacije otroka s posodobitvijo »hišnega reda« na bolnišničnih oddelkih, kjer se zdravijo otroci, sta priporočila Zdravstveni svet Slovenije in Pediatrična sekcija Slovenskega zdravniškega društva.

Uvodoma bo podan statistični pregled o številu bolniških postelj na oddelkih, kjer so hospitalizirani otroci (tako za »internistične« kot tudi za bolnike operativnih strok) – ločeno za otroke do 14. leta starosti in za mladostnike, o številu hospitaliziranih in o povprečni ležalni dobi za leto 1994. Podan bo pregled – na osnovi ankete – kaj smo storili za humanizacijo hospitalizacije otroka po prvem Forumu leta 1993. Posebej bo obravnavan pomen »dnevne bolnišnice«.

Sodelovali bodo:

- predstavnik Varuha človekovih pravic
- predstavnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje R Slovenije
- predstavnik Ministrstva za šolstvo in šport
- predstavnik Inštituta za varovanje zdravja
- naši vidni zdravniki in medicinske sestre
- starši hospitaliziranih otrok

Moderator srečanja: *prof. dr. Pavle Kornhauser*

**WHO KOLABORATIVNI CENTER ZA DUŠEVNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV
SVETOVALNI CENTER ZA OTROKE, MLADOSTNIKE IN STARŠE V LJUBLJANI
SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO – PEDIATRIČNA SEKCIJA
SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO – PEDOPSIHIATRIČNA SEKCIJA
ZDRUŽENJE SLOVENSKA FONDACIJA**

prirejajo 20. maja 1996

seminar

POTRAVMATSKE STRESNE MOTNJE V PEDIATRIJI

Dvorana Krke, Dunajska 65, od 10.00 do 18.00 ure

Vodja seminarja in glavni predavatelj bo prof. dr. W. Parry-Jones, profesor otroške in adolescentne psihiatrije, svetovalec UNICEFA. (Predavanja prof. dr. W. Parry-Jonesa bodo v angleščini in ne bodo prevajana.)

Seminar bo seznanil udeležence z reakcijami otrok na izjemno ogrožujoče dogodke kot so prometne nesreče, nasilje, zlorabe, ustrahovanje in grožnje v družini in zunaj družine, ulično nasilje, poškodbe, težke operacije, nenadne smrti, homicidi, nesreče. Predstavljene bodo oblike neposredne pomoči otroku in družini, ki jo lahko nudijo zdravstveni delavci. Zanimanim kolegom in kolegicam bomo poslali točen program.

Informacije: spec. klin. psih. Vera Slodnjak, telefon 061 / 1598-251.

Kotizacija znaša 6.000,00 SIT.

Prijavnico pošljite na naslov WHO Kolaborativni center – Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, Ljubljana, Gotska 18.

PRIJAVNICA

za seminar

POTRAVMATSKE STRESNE MOTNJE V PEDIATRIJI

Ime in priimek: _____

Ustanova: _____

Naslov: _____

Telefon: _____ Datum: _____

Podpis: _____

PRELIMINARNI PROGRAM SEMINARJA POTRAVMATSKE STRESNE MOTNJE V PEDIATRIJI

Prof. dr. W. Parry-Jones

10.00–11.30	W. Parry-Jones	Potravmatske stresne reakcije, potravmatske stresne motnje
11.45–12.00	Predstavitve slovenskih zdravnic	Predstavitve travmatskih situacij, s katerimi se srečujejo zdravstveni delavci v otroškem zdravstvu
12.00–13.00	W. Parry-Jones	Komentar k predstavitev
13.00–14.00		Možnosti preprečitve dolgotrajnih posledic travmatskih doživetij v okviru otroškega zdravstva
14.00–15.00		Kosilo
15.00–16.00	W. Parry-Jones	Terapevtski pristopi k potravmatskim stresnim motnjam v otroštvu in adolescenci
16.00–17.00		Predstavitve primerov potravmatskih stresnih motenj iz Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani
17.00–17.30	W. Parry-Jones	Komentar k predstavitvi
17.30–18.00		Zaključna razprava, smernice, dogovori

**UČNA BOLNIŠNICA MARIBOR
ZDRAVSTVENI DOM DR. ADOLFA DROLČA MARIBOR
SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
PEDIATRIČNA SEKCIJA**

vabijo na

IX. SREČANJE PEDIATROV V MARIBORU

z mednarodno udeležbo

ob 50-letnici Otroškega oddelka Splošne bolnišnice Maribor

Škofijska avla, Slomškov trg, 9.–11. maj 1996

PROGRAM

Četrtek, 9. maj 1996

10.30

Odprtje srečanja in akademija ob 50-letnici Otroškega oddelka Splošne bolnišnice Maribor, Kazinska dvorana, SNG Maribor

Cocktail

14.00–18.00

Škofijska avla

Moderator: K. Kancler

M. Coreiro (Lizbona)

K. Kancler

A. Macfarlane, S. Peckham

(Oxford, Southampton)

J. Grgurić (Zagreb)

T. Hutchinson (Bath)

K. Koražija, Seme-Ciglencečki

M. Premik

S. Burja, M. Todorovič-Guid,

A. Golob-Tekauc

M. Bigec, K. Kancler,

P. Seme-Ciglencečki

D. Podkrajšek

Socialna pediatrija – aktualni problemi

The evolution of natality rate in the last decades in Europe

Nizka rodnost v malem narodu

Health problems of young people in the new Europe

Social pediatrics in the war circumstances

Some aspects of the progress in revision of the international classification for impairment disability in the handicapped

Center za otroke z motnjami v razvoju: včeraj, danes, jutri

Prvine vrednotenja presejalnih programov

Preventivni vidiki oskrbe novorojencev v porodnišnici

Sistematski pregledi v dispanzerjih za predšolske otroke

Sistematski pregledi v dispanzerjih za šolske otroke in mladino

Gledališka predstava v SNG Maribor

20.00

Sprejem

Petek, 10. maj 1996

8.30–12.30

Škofijska avla

Moderator: A. Gregorič

K. Schärer (Heidelberg)

D. Keber

I. Keber

M. Cevc

N. Vene-Klun

N. Uršič-Bratina, I. Keber,

C. Kržišnik

E. Stergar

J. Maučec-Zakotnik,

N. Stanič-Stefan

Preprečevanje ateroskleroze in hipertenzije pri otrocih in mladostnikih

Prevention of atherosclerosis and hypertension in children and adolescents

Zgodnje aterosklerotične spremembe žilne stene in dejavniki tveganja

Dislipidemije v otroštvu

Odkrivanje dislipidemij pri otrocih in mladostnikih

Preprečevanje in zdravljenje dislipidemij pri otrocih in mladostnikih

Dejavniki tveganja za aterosklerozo pri otrocih staršev s prezgodnjo koronarno boleznijo

Razširjenost kajenja med slovenskimi mladostniki

Program CINDI v preprečevanju ateroskleroze

Odmor za kosilo

12.30–14.30

14.30–18.30 **M. J. Dillon** (London)

Škofijska avla **M. Soergel** (Marburg/Lahn)

J. Završnik, K. Kancler

C. Kržišnik

D. Pokorn

Hypertension as cardiovascular risk factor in children

Ambulatory blood pressure monitoring in children

Krvni tlak moramo izmeriti vsem otrokom

Debelost kot srčnožilni dejavnik tveganja pri otrocih

Prehrana v zgodnjem življenjskem obdobju v preventivi bolezni srca in ožilja

J. Strel
A. Gregorič, I. Schmidt

M. Gruntar-Činc
M. Bigec, K. Kancler

Telesna aktivnost v preprečevanju srčnožilnih bolezni
10-letno spremljanje nekaterih psihičnih značilnosti pri otrocih in mladostnikih z esencialno hipertenzijo
Zdrav vrtec – projekt krepitev zdravja za otroke, družine in vzgojitelje
Zdravstvena vzgoja, krepitev in vzdrževanje zdravja v otroškem zdravstvu – izkušnje za jutri

20.00

Družabno srečanje s plesom (Hotel Slavija)

Sobota, 11. maj 1996

8.30–12.30

Škofijska avla

Moderator: D. Mičetić-Turk

D. Mičetić-Turk (Maribor)

R. Zetterström (Stockholm)

E. Lebenthal (Jerusalem)

J. A. Walker-Smith (London)

D. Mičetić-Turk (Maribor)

M. Čizman (Ljubljana)

A. Kraigher (Ljubljana)

S. Kolaček (Zagreb)

G. Logar-Car (Ljubljana)

E. Lebenthal (Jerusalem)

Acute diarrhoea in childhood

Welcome

Overview of the world-wide problem of diarrhoea

Intestinal ion and nutrient transport in health and diarrhoeal diseases

Oral rehydration in treatment of acute diarrhoea in children: a European perspective

Evaluation of five oral rehydration solutions for children with diarrhoea

Causes of infectious diarrhoea and indications for the use of antibiotics

Epidemiology of acute infectious diarrhoea in pre-school children in Slovenia

The role of feeding in the treatment of acute diarrhoea in infants and small children

Necrotizing enterocolitis

Chronic diarrhoea as an outcome of acute diarrhoea

12.30–14.00

Kosilo

14.00–18.00

Škofijska avla

Pod pokroviteljstvom Pediatrične in Alergološke sekcije SZD

Moderator: A. Brunčko

E. Mušič

P. Brcar-Štrukelj

Uvodno predavanje

Epidemiološke značilnosti atopijskih bolezni v Sloveniji pri otrocih in mladostnikih

J. Furlan, A. Seliger, T. Berger Merjenje koncentracije peloda v ozračju in polinoza

Ž. Lovišen-Elerhardt (Zagreb) Polenske karte

J. Podboj

M. Kavalir, M. Homšak

Anatomija, fiziologija in patofiziologija nosnega organa pri otrocih

Anamneza in klinična slika sezonskega, perenialnega, vazomotornega in infekcijskega rinitisa

V. Kotnik

F. Horak (Dunaj)

D. Becner, R. Žic, T. Grošeta, B. Čizmarevič

B. Wrabel

A. Brunčko

M. Kuhar, V. Glavnik

Z. Krajina (Zagreb)

P. van Cauwenberge (Ghent)

Imunološki procesi pri alergijskem rinitisu in pri specifični imunoterapiji

Differential diagnosis: allergic, hyperreflexory (vasomotor) rhinitis

Rinološke preiskave pri alergijskem rinitisu

In vitro testi pri alergijskem rinitisu

In vivo testi pri alergijskem rinitisu

Zdravljenje alergijskega rinitisa v otroški dobi

Odnos alergije in kirurgije v eksperimentu in kliniki

The modern treatment of nasal organ allergy in children

18.00

Zaključek srečanja

V kotizacijo 20.000,00 SIT je vštet obisk predavanj, družabnih prireditev in Zbornik predavanj (Slovenska pediatrija). Srečanje šteje za priznavanje podaljšanja licence.

Žiro račun: 51800-678-81888 za: IX. srečanje pediatrov v Mariboru.

Rezervacija hotela: Venetus tel.: 062 / 222 557, faks: 062 / 222 279

Hotel Slavija tel.: 062 / 23 661, faks: 062 / 222 857

Prijava in informacije: Tajništvo Oddelka za otroške bolezni

Učna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor

Tel.: 062 / 37 221, int. 34 65; faks: 062 / 35 136

KLINIČNA HIPERBARIČNA MEDICINA

17.–20. junij 1996

Inštitut za fiziologijo, Zaloška 4, 1105 Ljubljana

Predavatelji & organizacijski odbor:

- Prof. dr. Eric P. Kindwall** Director, Hyperbaric Medicine
Department of Plastic & Reconstructive Surgery and
Department of Pharmacology and Toxicology,
Medical College of Wisconsin, U. S. A.
- Prof. dr. Primož Rode** Direktor Kliničnega centra v Ljubljani
- Prof. dr. Vito Starc** Predstojnik Inštituta za fiziologijo
- Dr. Žare Finderle** Laboratorij za baromedicino, Inštitut za fiziologijo
- Prof. dr. Igor B. Mekjavič** Laboratorij za baromedicino, Inštitut za fiziologijo
& School of Kinesiology, Simon Fraser University, British Columbia, Canada

INFORMACIJE

- Cilj tečaja:** Udeleženci bodo seznanjeni z osnovami hiperbarične fiziologije in tehnologije, z uporabo terapije s hiperbaričnim kisikom (hiperbarična oksigenacija) v klinični praksi in z upravljanjem hiperbarične komore.
- Akreditacija:** Zdravniška zbornica (za podaljšanje licence).
- Jezik:** Predavanja bodo v angleščini.
- Knjiga:** »Clinical Hyperbaric Medicine Practice«, Eric P. Kindwall
Cena (za udeležence): 15.000,00 SIT.
Prosimo, da označite na obrazcu, če želite kupiti knjigo.
- Kotizacija:** 30.000,00 SIT (brez knjige).
45.000,00 SIT (s knjigo).
- Način plačevanja:** Kotizacijo in knjigo lahko vplačate na žiro račun BIOMED d.o.o. 50104-603-53664.
Izpolnjeno prijavnico s potrdilom o vplačilu pošljite na naslov:
Tečaj »Klinične hiperbarične medicine«
Inštitut za fiziologijo, Zaloška 4, 1105 Ljubljana
- Dodatne informacije:** **Dr. Igor B. Mekjavič** ali **dr. Žare Finderle**
Telefon: 061 / 317-152, fax: 061 / 132-4181
- Opozorilo:** Prosimo, da pošljete prijavnico do 5. junija 1996 na naslov:
Tečaj »Klinične hiperbarične medicine«
Inštitut za fiziologijo
Zaloška 4
1105 Ljubljana

SPORED PREDAVANJ

17. junij 1996

- | | |
|--|---|
| 8.00 Registracija | 13.30 Načrtovanje in delovanje hiperbaričnega sistema |
| 8.15 Zgodovina hiperbarične oksigenacije (HBO) | 14.15 Pomožna oprema |
| 9.30 Fizika in fiziologija potapljanja (I. del) | 15.00 Transkutani PO_2 ($TcPO_2$) monitor |
| 10.30 Odmor | 15.30 Odmor |
| 10.45 Fizika in fiziologija potapljanja (II. del) | 15.45 Ocena zdravstvenega stanja bolnikov in spremljevalcev pred HBO terapijo |
| 11.15 Dekompresijska bolezen in dekompresijske tablete | 16.15 Ogled baromedicinskega laboratorija |
| 12.00 Kosilo | |

18. junij 1996

- | | |
|---|---|
| 8.00 Nevarnosti in stranski učinki HBO terapije | 13.30 Zračne embolije |
| 8.45 Nevarnosti požara v hiperbarični komori | 14.15 Zastrupitev s CO, cianidi, vodikovim sulfidom in ogljikovim tetrakloridom |
| 9.00 Zastrupitev s kisikom | 15.00 Odmor |
| 10.00 Odmor | 15.15 Osteomielitis |
| 10.15 Kontraindikacije za HBO terapijo | 16.15 Trauma, zmečkanine & »compartment sindrom« |
| 11.15 Barotrauma | |
| 12.00 Kosilo | |

19. junij 1996

8.00 Mehanizmi celjenja ran
 9.00 Infekcije ran in sepsa
 10.00 Odmor
 10.15 Kronične rane
 11.00 Plinska gangrena
 11.30 Zdravila in HBO

12.00 Kosilo
 13.30 Radionekroza mehkih tkiv in kosti
 14.30 Opekline
 15.15 Odmor
 15.30 Anemije in krvavitve
 16.15 Nezgode pri delu s hiperbarično komoro

20. junij 1996

8.00 Slovenske izkušnje s HBO terapijo
 9.00 Praktične demonstracije: hiperbarična komora & TcPO₂ monitor
 10.00 Odmor
 10.15 Praktične demonstracije; hiperbarična komora & TcPO₂ monitor (nadaljevanje)

11.15 Ekonomika poslovanja hiperbaričnega centra
 12.00 Kosilo
 13.00 Izpit (test s samoocenjevanjem)
 15.00 Pregled izpita

PRIJAVNICA

KLINIČNA HIPERBARIČNA MEDICINA
17.–20. junij 1996

Ime

Priimek

Naziv

Naslov:

Telefon / Fax:

Želim kupiti knjigo »Clinical Hyperbaric Medicine Practice«: DA ____ NE ____

1. SLOVENSKI KONGRES O HRANI IN PREHRANI

z mednarodno udeležbo
 in delovnim naslovom

TEHNOLOGIJA, HRANA, ZDRAVJE
NA POTI V TRETJE TISOČLETJE

bo 21.-25. aprila 1996 v Festivalni dvorani na Bledu

INFORMACIJE: Gospa **Darja Pitako**, dipl. inž.
 Biotehniška fakulteta, Oddelek za živilstvo
 1001 Ljubljana

tel. 061 / 123 11 61, faks 061 / 266 296

Pred kongresom – Ljubljana tel. 061 / 123 11 61, faks 061 / 266 296

Med kongresom – Bled tel. 064 / 741 831, faks 064 / 78 776

IPOKRATES
KLINIČNI SEMINAR
SCIENCE WRITING COURSE/CLASSIC

- Namen tečaja:** Učiti raziskovalce jasnega načina pisanja člankov za objavo v biomedicinskih revijah v angleškem jeziku. Tečaj sestavljajo predavanja, razprave ob primerih in vaje. Primeri za vaje so povzeti po knjigi (M. Zeiger, *Essentials of Writing Biomedical Research Papers*, McGraw-Hill, 1991).
- Organizacija:** **Saša Markovič**, Onkološki inštitut, Slovenija
- Predavateljica:** **Mimi Zeiger**, University of California, San Francisco
- Ciljna skupina:** Fakultetni učitelji in sodelavci, ki raziskujejo in so že napisali vsaj en članek v angleškem jeziku. Pogoji je aktivno znanje angleškega jezika.
- Število udeležencev:** Omejeno na 20.
- Kotizacija:** 600 DEM.
- Prvi tečaj:** 6.–10. oktober 1996, pričetek ob 9.00.
- Drugi tečaj:** 13.–18. oktober 1996, pričetek ob 9.00.
- Mesto tečajev:** Hotel Jelovica, Bled, Slovenija.
- Certifikati:** Diploma IPOKRATES iz Science Writing course/Classic.
- Informacije:** **Saša Markovič**, Onkološki inštitut, 1000 Ljubljana, Zaloška 2, tel. 61 / 302 828, fax 61 / 302 828, e mail: SMarkovic mail.onko-i.si
- Registracija:** Velja samo ob plačilu kotizacije na Hepato Biliary School Ljubljana, za IPOKRATES, ŽR 50100-603-43619-05-10395 v SIT ali na devizni račun Konto 2045, Creditanstalt-Nova Banka, Kotnikova 5, SLO – 1000, Ljubljana

IPOKRATES SEMINAR

IPOKRATES/ S. Markovič
 Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2
 1000 Ljubljana, Slovenia
 Tel. +386 61 302 828
 Fax +386 61 302 828

Priimek _____ Ime _____

Bolnišnica _____

Naslov _____

Kotizacijo v znesku 600 DEM v SIT protivrednosti sem nakazal(a) v Hepato Biliary School Ljubljana, za IPOKRATES, ŽR 50100-603-43619-05-10395

**MEDICINSKA FAKULTETA V LJUBLJANI
ONKOLOŠKI INŠTITUT
KLINIČNI CENTER LJUBLJANA
ZAVOD ZA ODPRTO DRUŽBO SLOVENIJE**

pod pokroviteljstvom

Ministrstva za znanost in tehnologijo R Slovenije
Ministrstva za zdravstvo R Slovenije
European Association for the Study of Liver (EASL)
International Hepato-pancreato-biliary Association (IHPBA)
prirejajo

4. HEPATOBILIARNO ŠOLO

24.–28. junija 1996 na Medicinski fakulteti v Ljubljani

PROGRAM

4. TEČAJA IZ HEPATOLOGIJE

Ponedeljek, 24. junij 1996

8.00–8.30	Otvoritev	14.30–16.00	Učne delavnice	Patologija jeter
8.30–13.00	Tema dneva: Virusni hepatitis			Portalna hipertenzija
13.00–14.30	Kosilo s profesorji			Interventna radiologija

Torek, 25. junij 1996

8.30–11.00	Alkoholna jetrna bolezen	14.30–16.00	Učne delavnice	Patologija jeter
11.00–13.00	Metabolne bolezni jeter			Portalna hipertenzija
13.00–14.30	Kosilo s profesorji			Interventna endoskopija

Sreda, 26. junij 1996

SKUPNI PROGRAM ZA UDELEŽENCE OBEH TEČAJEV

8.30–13.00	Primarni in sekundarni tumorji jeter	14.30–15.30	Predavanje Stiga Benckmarka
13.00–14.30	Kosilo s profesorji		Prosto popoldne

Četrtek, 27. junij 1996

SKUPNI PROGRAM ZA UDELEŽENCE OBEH TEČAJEV

8.30–10.30	Portalna hipertenzija	14.30–16.00	Učni delavnici	Patologija jeter
11.00–13.00	Žolčni kamni			Interventna endoskopija
13.00–14.30	Kosilo s profesorji			

Petek, 28. junij 1996

8.30–13.00	Holestaza	14.30–16.30	Presaditev jeter in Gensko zdravljenje
13.00–14.30	Kosilo z organizatorji	16.30–17.00	Zaključek tečaja

Predavatelji: *A. Alberti* (Italija), *J. Belghiti* (Francija), *S. Bellentani* (Italija), *P. Berden* (Slovenija), *A. Bernardi* (Italija), *E. Brenčič* (Slovenija), *V. Brinovec* (Slovenija), *P. Czygan* (Nemčija), *P. Ferenci* (Avstrija), *V. Ferlan-Marolt* (Slovenija), *E. Gadžijev* (Slovenija), *G. Grimm* (Avstrija), *J. Grkman* (Slovenija), *B. Kocijančič* (Slovenija), *R. Komel* (Slovenija), *G. Krejs* (Avstrija), *J. Lake* (ZDA), *S. Markovič* (Slovenija), *A. Mazziotti* (Italija), *V. Mlinarič* (Slovenija), *C. Müller* (Avstrija), *K. J. Paquet* (Nemčija), *V. Pegan* (Slovenija), *A. Pietrangello* (Italija), *F. Schaffner* (ZDA), *P. Scheuer* (Anglija), *R. Schmid* (ZDA), *A. Višnar-Perovič* (Slovenija), *W. Vogel* (Avstrija), *B. Vucelič* (Hrvaška), *C. Tiribelli* (Italija).

PROGRAM

4. TEČAJA IZ HEPATOBILIARNE KIRURGIJE

Ponedeljek, 24. junij 1996

- 8.00–13.00 **Tema dneva: Jetrne resekcije, poškodbe jeter**
 13.30–14.45 Kosilo s profesorji
 15.00–17.00 Učne delavnice Anatomija jeter in resekcija jeter
 Eksperimentalna kirurgija I, II
 Laparoskopska kirurgija I, II

Torek, 25. junij 1996

Tema dneva: Tumorji žolčnih poti

- 13.30–14.45 Kosilo s profesorji
 15.00–17.00 Učne delavnice Anatomija jeter in resekcije jeter
 Eksperimentalna kirurgija I, II
 Laparoskopska kirurgija I, II

Sreda, 26. junij 1996

SKUPNI PROGRAM ZA UDELEŽENCE OBEH TEČAJEV

Tema dneva: Portalna hipertenzija, žolčni kamni

- 13.30–14.45 Kosilo s profesorji
 Prosto popoldne

Četrtek, 27. junij 1996

SKUPNI PROGRAM ZA UDELEŽENCE OBEH TEČAJEV

Tema dneva: Primarni in sekundarni jetrni tumorji

- 13.00–14.30 Kosilo s profesorji
 15.00–17.00 Učne delavnice Anatomija jeter
 Eksperimentalna kirurgija I, II
 Laparoskopska kirurgija I, II

Petek, 28. junij 1996

Tema dopoldneva: Kirurško zdravljenje kroničnega pankreatitisa

- 13.00–14.30 Kosilo z organizatorji

SKUPNI PROGRAM ZA UDELEŽENCE OBEH TEČAJEV

Tema popoldneva: Presaditev jeter in gensko zdravljenje

Predavatelji: *A. Baraga* (Slovenija), *J. Belghiti* (Francija), *E. Gadžijev* (Slovenija), *Y. Kawarada* (Japonska), *B. Kremer* (Nemčija), *A. Mazziotti* (Italija), *K. J. Paquet* (Nemčija), *V. Pegan* (Slovenija), *L. Pleskovič* (Slovenija), *D. Ravnik* (Slovenija), *K. L. Wiesel* (Švedska).

Kotizacija: 600 USD, za udeležence mlajše od 35 let 450 USD v SIT protivrednosti vključuje udeležbo na tečaju, učne delavnice, zbornik, osvežitve med odmoori in kosila, izlet, sprejem in zaključni večer. Doplačilo 50 USD za učne delavnice iz interventne endoskopije, laparoskopske in eksperimentalne kirurgije. Kotizacijo nakažite na račun: Hepato Biliary School, Ljubljana, 4. podiplomski tečaj; ŽR 50100-603-43619.

Rok za prijave: 1. maj 1996. Število udeležencev je omejeno: Hepatologija 70, Kirurgija 40.

Informacije in prijave: *Dr. Valentin Sojar*, Klinični center, Gastroenterološka kirurška klinika, Zaloška 7, Ljubljana, tel. 061 / 322 282, fax 061 316 096.

INŠTITUT ZA ZGODOVINO MEDICINE
MEDICINSKE FAKULTETE V LJUBLJANI

PINTARJEVI DNEVI

Ljubljana, 18.–19. april 1996

PROFESOR DR. JOŽE RANT
ORGANIZATOR SLOVENSKEGA ZOBOZDRAVSTVA

Spominski simpozij ob stoletnici rojstva prof. dr. J. Ranta
z mednarodno udeležbo

SOORGANIZATORJI

DRUŠTVO ZOBOZDRAVSTVENIH DELAVCEV SLOVENIJE
STOMATOLOŠKA SEKCIJA SZD
ORTODONTSKA SEKCIJA SZD
MEDIKOHISTORIČNA SEKCIJA SZD
DRUŠTVO ORALNIH IN ČELJUSTNIH KIRURGOV SLOVENIJE
DRUŠTVO ZOBOZDRAVSTVENIH DELAVCEV CELJE
ZNANSTVENO DRUŠTVO ZA ZGODOVINO ZDRAVSTVENE KULTURE SLOVENIJE

PROGRAM

Četrtek, 18. april 1996

Klinični center, Zaloška 7, predavalnica 1

- 15.30–18.30 **Zvonka Zupanič-Slavce** Svečana otvoritev
Pozdravni govor dekana Medicinske fakultete
Podelitev priznanj prim. dr. Velimirju Vulikiću in prim. dr. Francu Štolfi za dolgoletno in plodno delovanje na področju zgodovine slovenskega zobozdravstva
Pozdravi gostov
Kratek kulturni program
Delovno predsedstvo: **Z. Zupanič-Slavce, I. Pavšič, Z. Kaič, M. Kocijančič**
I. Antolič Profesor dr. Jože Rant, življenje in delo
Predstavitev knjige Dr. Jože Rant – oče slovenskega zobozdravstva, avtorja prim. dr. V. Vulikića
A. Rant Prof. dr. Jože Rant in njegovo sodelovanje z evropskimi klinikami
J. Rant Nevtronska radiologija v biomedicinskih vedah
Ogled slavljenju posvečene razstave v avli Kliničnega centra
Svečano odkritje jubilarntovega doprsnega kipa v avli Stomatološke klinike, Zaloška 2

Petek, 19. april 1996

Klinični center, Zaloška 7, predavalnica 3

- 8.30–13.30 **Delovno predsedstvo:** **F. Štolfa, E. Glaser, V. Dugački**
V. Vulikić Dr. Jože Rant in zobozdravstvo na Slovenskem do leta 1945
I. Pavšič Stomatološka klinika in prvotna Zobotehnična šola – adaptacije in izgradnja
Z. Žajdela Prof. dr. Jože Rant kot čeljustni kirurg
D. Štular Etično sporočilo prof. Ranta
F. Štolfa Delo prof. dr. Jožeta Ranta v Društvu zobozdravstvenih delavcev Slovenije
A. Sterger Ustanovitev in delovanje Višje stomatološke šole v Mariboru
Z. Arnež Petindvajset let dispanzerskega dela v slovenskem otroškem in mladinskem zobozdravstvu
M. Premik, M. Bartenjev Nastanek, razvoj in uspehi mladinskega zobozdravstva
J. Fischinger Prof. dr. Rant – numizmatik in estet
R. Podobnik Fotografsko delo prof. dr. Ranta
Razprava
Odmor za kavo in ogled razstave
Delovno predsedstvo: **V. Vulikić, A. Rant, Z. Žajdela**
Z. Zupanič-Slavce Oralna higiena skozi zgodovino zobozdravstva
E. Glaser Raziskovalec žuželk, verigarjev, Harinih Zlak (Atomske vode), numizmatik, socialno čuteči humanist, darovalec zbirk, zdravnik, cenjen zobozdravnik dr. Evgen Jaeger

Z. Kaić
F. Pušnik

S. Fatović-Ferenčič

V. Dorn, V. Dugački
J. Zadavec
V. Vulikić

Slovenci – studenti i liječnici na Stomatološkom fakultetu u Zagrebu
Zobozdravstvo od prvih začetkov do samostojne stomatološke fakultete z vidika
splošne medicine
Odabrani primeri dentalne antropologije kao izvor za poznavanje patologije u
prošlosti
Sv. Apolonija u Hrvata – štovanje, ikonografija, pučka predanja
Ljudsko zobozdravstvo v severovzhodni Sloveniji
Ustanovitev in delo Dentistične šole v Ljubljani – prve na Balkanu
Razprava
Organiziran obisk rojstne hiše prof. Ranta v Godešiču pri Škofji Loki s kulturnim
programom

Zdravniška zbornica Slovenije prizna simpozij za podaljševanje licence.
Kotizacije ni.

Dodatne informacije: **Dr. Zvonka Županič-Slavec**

Inštitut za zgodovino medicine Medicinske fakultete
Zaloška 7a
1000 Ljubljana
Tel./fax 061 / 317 559, 13 13 113 int. 45-49

I. SKUPŠČINA DRUŠTVA »MEDICINCI 45«

bo 24. maja 1996 ob 10. uri v prostorih Splošne bolnišnice Maribor.

K udeležbi in razpravi o vsebini nadaljnjega dela so vabljeni vsi redni člani društva.

9. MEDNARODNI SIMPOZIJ O MEDICINSKI AVDIOLOGIJI

25.–28. maj 1997, Aalborg, Danska

Teme so: – Medicina in hrup
– Klinični pomen OAE
– Motnje ravnovesja pri otrocih z okvaro sluha

Za nadaljnja navodila se obrnite na: Aalborg Convention Bureau
Box 1862
Oesteraagade 8
DK – 9100 Aalborg
Denmark
Tel. +45-98126355, Fax +45-98166922

8. TEČAJ KLINIČNE NEVROFIZIOLOGIJE ZA SPECIALIZANTE

OSNOVE ELEKTROFIZIOLOŠKE DIAGNOSTIKE MIŠIC IN PERIFERNEGA ŽIVČEVJA

4.–29. november 1996
Koordinator asist. dr. Tomaž Žgur

PREDVIDENI PROGRAM

- 4. 11. Uvodne besede
Pot do diagnoze v periferni nevrologiji, očrt elektrofiziološke diagnostike živčno-mišičnega sistema
Metode klinične nevrofiziologije
Osnove fiziologije in patofiziologije živca in mišice
Priprava na seminar
Predstavitve UIKN
- 5. 11. Elektrofiziološke meritve – fizikalne osnove in instrumentarij
Osnove morfologije živca in mišice
Vrste okvar perifernega živčevja in njihov klinični pomen
- 11. 11. Meritve prevajanja v perifernem živčevju
Igelna elektromiografija
Pozni in refleksni mišični odzivi
Demonstracije: Meritve prevajanja, standardna EMG, pozni in refleksni odzivi
Kvantitativna EMG
- 12. 11. Motorični evocirani potenciali (MEP)
Somatosenzorični evocirani potenciali v (periferni) nevrologiji
Elektrofiziološka diagnostika motenj živčno-mišičnega prenosa
Uronevrološka diagnostika
Demonstracije: MEP
SEP
Mikro EMG
Uronevrologija
- 18. 11. Simpatični kožni odziv
Diagnostika kardiovaskularnega vegetativnega živčevja
Polielektromiografija
Elektrofiziološke meritve hoje pri bolnikih z nevrološkimi boleznimi
Demonstracije: Testiranje avtonomnega živčevja
PoliEMG
- 19. 11. Možnosti in omejitve elektrofiziološke diagnostike mišic in perifernega živčevja
Poškodbe perifernih živcev – osnove nevrokirurške terapije
Živčno-mišične bolezni
Genetska diagnostika pri živčno-mišičnih boleznih
Center za mišične in živčno-mišične bolezni
Nevrološke osnove rehabilitacije nevropatij in miopatij
- 25. 11. Bolečinski sindromi pri boleznih in okvarah živcev in mišic
Motnje senzibilnosti in bolečina
Seminar 1: EMG diagnostika radikulopatij
Seminar 2: EMG diagnostika utesnitvenih nevropatij
- 26. 11. Seminar 3: EMG diagnostika pridobljenih nevropatij in miopatij
Seminar 4: EMG diagnostika dednih živčno-mišičnih boleznih
Seminar 5: Regeneracija perifernih živcev in zdravljenje živčno-mišičnih boleznih
Pogovor pred testom
- 29. 11. Test
Ekstrapiramidne bolezni, distonija in diferencialna diagnostika v periferni nevrologiji
Rezultati testa, razprava in zaključek tečaja

Uspešno opravljen test je pogoj za pridobitev potrdila o opravljenem izpopolnjevanju iz Elektrofiziološke diagnostike mišic in perifernega živčevja.

Dodatne informacije: *asist. dr. Tomažu Žgur*
ali tajništvo UIKN, tel. 061 / 316-152.

Pismo uredništvu/Letter to the editor

NOVE METODE ZDRAVLJENJA MOŠKE NEPLODNOSTI NA GINEKOLOŠKI KLINIKI V LJUBLJANI

Branko Zorn, Irma Virant-Klun

Ginekološka klinika, Klinični center, Šlajmerjeva 3, 1525 Ljubljana

Z našim pismom bi vas radi seznanili z nekaterimi novimi metodami zdravljenja moške neplodnosti na Ginekološki kliniki v Ljubljani.

Metoda mikromanipulacije pomeni revolucijo v zdravljenju moške neplodnosti. Leta 1992 je Palermo s sodelavci (1) prvič objavil rezultate klinične uporabe metode neposrednega vnosa semenčice v jajčno celico (ICSI). Sledil je hiter razvoj metode, ki se danes izvaja že v mnogih centrih IVF po svetu. Bistvo mikromanipulacije je v neposrednem vnosu semenčice v citoplazmo jajčne celice s pomočjo mikroorodij pod invertnim svetlobnim mikroskopom. S tem je možna oploditve jajčnih celic tudi ob zelo majhnem številu semenčic, slabi morfologiji in gibljivosti semenčic ali ob prisotnosti protiteles proti semenčicam v izlivu.

V zadnjem času pa so se razvile tudi nove metode, ki v povezavi z mikromanipulacijo omogočajo odpravljanje neplodnosti pri bolnikih z azoospermijo – stanjem brez semenčic v izlivu.

Že pred letom 1990 v literaturi zasledimo poročila o prvih nosečnostih s semenčicami iz epididimisa (bodisi iz repa ali glave, kjer je bilo ugotovljeno, da je bila gibljivost semenčic boljša), pridobljenimi z mikrokirurškim postopkom (2). To je bil zametek metode mikrokirurške aspiracije semenčic iz epididimisa (MESA), ki se danes že uporablja v centrih IVF po svetu in daje dobre klinične rezultate (3). Schoysman s sodelavci (4) pa je bil prvi, ki je poročal o uspešni zunajtelesni oploditvi jajčnih celic s semenčicami iz testisa. Sledil je hiter razvoj ekstrakcije semenčic z biopsijo testisa (TESA) in oploditve jajčnih celic s semenčicami iz testisa s pomočjo mikromanipulacije. V novejšem času pa se razvijajo tudi metode perkutane aspiracije semenčic iz epididimisa (PESA) (5) in testisa (TESE) (6). S tem se odpirajo nove možnosti za bolnike z obstruktivno in neobstruktivno azoospermijo.

Od septembra 1995 do januarja 1996 smo na Ginekološki kliniki v Ljubljani opravili postopek MESA/PESA in TESE pri sedmih bolnikih z azoospermijo. Povprečna starost bolnikov je bila 35 let (od 27 do 42 let). Predhodna biopsija testisa pri petih bolnikih je pokazala le posamične semenčice v vzorcih tkiva. Pri treh bolnikih je bila ugotovljena neobstruktivna azoospermija; pri enem bolniku smo odkrili zastoj spermatogeneze in pri dveh bolnikih nezadostno spermatogenezo. Pri preostalih štirih bolnikih pa se je pojavljala obstruktivna azoospermija – v dveh primerih kot posledica epididimisa in v enem primeru kot posledica kongenitalne aplazije semenovodov.

Partnerice so bile tretirane glede na rezultate hormonskih testov, medicinsko preteklost, ginekološki pregled in ultrazvočni pregled. Povprečna starost partneric je bila 31 let (od 26 do 43 let).

Bolnik s kongenitalno aplazijo semenovodov in njegova partnerica sta bila poslana na genetsko svetovanje – izkazalo se je, da sta oba negativna za Delta F 508 gen.

Pri bolnikih z obstruktivno azoospermijo smo izvedli perkutano aspiracijo semenčic iz epididimisa (PESA), pri bolnikih z neobstruktivno azoospermijo pa biopsijo testisa (TESE). V vseh primerih smo dobili dovolj semenčic za izvedbo mikromanipulacije. Kakovost semenčic iz epididimisa in testisa je prikazana v tabeli 1. V tkivu testisa so se v vseh primerih pojavljale posamične

negibljive, a v veliki meri vitalne semenčice. V epididimisu bolnikov pa je bilo običajno večje število dobro gibljivih in vitalnih semenčic. Kot vidimo v tabeli 2, je bil postopek mikromanipulacije (ICSI) s semenčicami iz epididimisa ali testisa uspešen, saj je v vseh primerih prišlo do oploditve jajčnih celic in vnosa zarodkov v maternico. S semenčicami iz epididimisa smo dosegli nekoliko boljše oploditve jajčnih celic kot s semenčicami iz testisa. Po oploditvi jajčnih celic s semenčicami iz epididimisa, pridobljenimi z metodo PESA, smo že dosegli prvo nosečnost.

Tab. 1. Kakovost semenčic iz epididimisa in testisa.

Št. para	Metoda pridobivanja semenčic	Število semenčic/ml	Gibljivost semenčic (%)	Vitalnost semenčic (%)
1	MESA	0,5×10 ⁶	negibljive (0)	80
2	TESE	0,2×10 ⁶	negibljive (0)	70
3	TESA	0,8×10 ⁶	gibljive (2)	75
4	TESE	0,7×10 ⁶	negibljive (0)	85
5	PESA	60×10 ⁶	gibljive (80)	80
6	PESA	1×10 ⁶	gibljive (20)	75
7	PESA	10×10 ⁶	gibljive (70)	60

Tab. 2. Rezultat postopka asistiranega reprodukcije.

Št. para	Starost partnerice (leta)	Število jajčnih celic	Število z ICSI oplojenih jajčnih celic (%)	Nosečnost
1	33	5	2 (40)	ne
2	26	7	1 (14)	ne
3	28	5	1 (20)	ne
4	43	3	1 (33)	ne
5	34	1	1 (100)	da
6	37	3	2 (77)	ne
7	32	4	1 (25)	ne

Obstruktivno in neobstruktivno azoospermijo je pogosto težko diagnosticirati.

Metoda aspiracije semenčic iz epididimisa je primerna za bolnike z obstruktivno azoospermijo, če je kirurški poseg nemogoč (npr. ob kongenitalni aplaziji semenovodov) ali z njim ni možno ponovno vzpostaviti prehodnosti. Raje se odločamo za metodo PESA kot MESA, saj je za bolnike sprejemljivejša – izvedljiva je pod lokalno anestezijo, je manj agresivna in omogoča hitro okrevanje bolnika.

Pridobivanje semenčic iz testisa je bolj izvedljivo z odprto biopsijo kot z iglo. Menimo, da je aspiracija semenčic z iglo nevarnejša zaradi možnega nastanka hematoma in poleg tega rezultira v manjši količini tkiva.

Presenečeni smo nad dejstvom, da smo v dobljenih vzorcih vedno dobili dovolj semenčic in spermatid – celo v primerih, ko je poprejšnja biopsija testisa pokazala zastoj spermatogeneze. Rezultati nas opogumljajo k nadaljevanju dela v tej smeri. Poleg tega bi si radi z novimi testi, ki jih vpeljujemo, čim bolj razjasnili neplodnost naših bolnikov in izboljšali simultano tretiranje partneric.

Literatura

1. Palermo G, Joris H, Devroey P, Van Steirteghem A. Pregnancies after intracytoplasmic injection of single spermatozoon into an oocyte. *Lancet* 1992; 340: 17-8.
2. Temple-Smith PD, Southwick GJ, Yates CA, Trounson AD, deKretser DM. Human pregnancy by in vitro fertilization (IVF) using sperm aspirated from the epididymis. *J In Vitro Fert Embryo Transf* 1985; 2: 119-22.
3. Tournaye H, Devroey P, Liv J, Nagy Z, Lissens W, Van Steirteghem A. Microsurgical epididymal sperm aspiration and intracytoplasmic sperm injection: a new effective approach to infertility as a result of congenital bilateral absence of the vas deferens. *Fertil Steril* 1994; 62: 644-7.
4. Schoysman R, Wanderzwalmen P, Nijs M et al. Pregnancy after fertilization with human testicular spermatozoa. *Lancet* 1993; 342: 1237-7.
5. Schlegel PN, Berkeley AS, Goldstein M, Cohen J, Alikani M, Adler A. Epididymal micropuncture with in vitro fertilization and oocyte micromanipulation for the treatment of unreconstructable obstructive azoospermia. *Fertil Steril* 1994; 61: 895-901.
6. Craft I, Tsigotis M. Simplified recovery, preparation and cryopreservation of testicular spermatozoa. *Hum Reprod* 1995; 10: 1623-7.

Nekrologi

IN MEMORIAM
DR. TATJANA ŠUMI-KRIŽNIK*Marija Fidler-Jenko*

V maju 1995 smo se poslovili od dr. Tatjane Šumi-Križnik, prve internistke-onkologinje in nepozabne kolegice.

Leta 1955 je diplomirala na Medicinski fakulteti v Ljubljani, se zaposlila na Onkološkem inštitutu in opravila specializacijo anesteziologije leta 1962. Zaradi istočasno odkrite multiple skleroze ni izgubila glave, saj je bila tudi soproga in mati dveh sinov, ampak se je z vso vnemo lotila študija interne medicine, tudi zaradi želje po raziskovanju sistemske rakaste bolezni – limfomov. Specializacijo interne medicine je opravila leta 1969. Z velikim entuziazmom je sistematično in študijozno urejala in vodila področje



limfomov. Prva na inštitutu je pričela s skupinskim delom v diagnostiki in zdravljenju. Pridobila je vse potrebne sodelavce za dobro strokovno delo ter sproti uvajanje novosti v diagnostiko in zdravljenje. Glede na dobro preživetje po zdravljenju bolnikov s Hodgkinovo boleznijo je toliko bolj sistematično vodila strokovno linijo v skladu z lastnimi in izkušnjami znanih institucij razvitega sveta. Z velikim znanjem, potrebno strokovno distanco do eksplozije citostatčnih zdravil v začetku 70. let je na Onkološkem inštitutu z vso odgovornostjo in študijskim pristopom prva izvajala zdravljenje s kombinacijo več citostatikov na področju limfomov in razširjenega karcinoma dojke, kar je razvidno iz njene bibliografije.

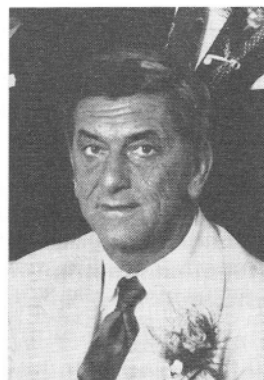
Skrbela je za redno in tudi tvorno sodelovanje na onkoloških in hematoloških sestankih in kongresih doma in v tujini. Kljub osebnim težavam z boleznijo, ki jo je vztrajno priklepala na stol, je s svojo izjemno organizacijsko sposobnostjo in nezmanjšano študijsko vnemo dajala vedno nov polet sodelavcem, kar se še danes odraža v dobrih rezultatih preživetja bolnikov z limfomi. Nepozabna je v svoji doslednosti za trdo natančno delo v izključno korist bolnikov. Prva v slovenskem prostoru je opozorila na pomen internista-onkologa v začetku 70. let, kar je v zadnjih letih izrazita potreba v obravnavi bolnikov z rakom tudi v razvitem svetu.

Žal se je zaradi bolezni morala upokojiti že leta 1980, vendar je zapustila dobro delovno skupino in oddelek za področje limfomov, saj je vsa leta sistematično vzgajala in učila predvsem zdravnike in sestre. Žal je ostala njena želja za hitrejši razmah klinične onkologije zaradi pomanjkanja kadrov neizpolnjena. Tisti, ki smo z njo sodelovali, se še naprej trudimo in vztrajamo na njeni poti. Upamo, da ne zaman.

IN MEMORIAM
DR. JOŽE REBOLJ*Franc Porenta*

Nerazumljiva so pota usode, da nam je v najbolj plodnih letih vzela kolega, sodelavca in prijatelja dr. Jožeta Rebolja. Vest, da ga ni več, je pretresla vse in nas spomnila na tragično usodo njegove družine. Prekratko življenje mu je usoda prekinila v okolju njegovih športnih prijateljev, kamor je od vsega začetka rad zahajal, tam se je tudi počutil najbolj sproščenega in si nabiral novo energijo za strokovno delo.

Dr. Jože Rebolj je bil rojen v Kranju 20. marca 1942. V mladih letih je bil med Kranjčani znan kot dober športnik. Kasneje, po končanem študiju na Stomatološki fakulteti, pa predvsem kot



odličen zobozdravnik z izjemnim poslušom za težave pacienta. V našem kolektivu Zobne poliklinike Kranj je pričel z delom 1. marca 1970. Njegovo delo je že takoj na začetku kazalo poudarjeno zanimanje za mladinsko zobozdravstvo. Zato je želel svoje znanje izpopolniti in je leta 1978 končal specializacijo iz mladinskega in preventivnega zobozdravstva. To mu je dalo nov polet za pionirsko uvajanje vzgojnega in preventivnega dela v mladinsko zobozdravstvo. Bil je eden od začetnikov izvajanja te dejavnosti v Sloveniji. Po njegovih zamislih in pod njegovim vodstvom je zrasel prvi preventivni center na Gorenjskem. Otvoritev tega izjemno pomembnega oddelka mladinskega zobozdravstva je bila pred 10. leti. Bil je odličen vodja ter mentor mladim zobozdravnikom, ki so prihajali v našo ustanovo kot začetniki, pa tudi starejšim je nudil oporo s svojim znanjem in predvsem poštenim značajem in razumevajočim srcem. Z veliko zavzetostjo in mnogo dobre volje je ustvarjal vedno boljše razmere za delo preventive ter z večjo prosvetljenostjo staršev in otrok dosegel izjemne uspehe.

Prav dr. Rebolj je bil pobudnik za nastajanje vedno novih zobozdravstvenih ambulant po kranjskih šolah. Kasneje je dejavnost preventive dopolnil z uvajanjem umivanja zob po razredih na vseh osnovnih šolah. S svojimi sodelavci je že več let vodil celoletna tekmovanja v umivanju zob in ustrezni ustni higieni ter pridobil donatorje za organizacijo zaključnih prireditev s podelitvijo nagrad in priznanj otrokom in razrednikom najboljših razredov.

Da, dr. Jože Rebolj je bil in bo ostal prvi človek preventivnega zobozdravstva v Kranju in na Gorenjskem. Z ogromnim znanjem ter ljubeznijo do najmlajših je uvedel preventivno delo tudi v kranjske vrtce. Na svoj prijazen način je znal ozaveščati tako zdravstvene ter prosvetne delavce kot tudi starše in otroke, da so sprejeli čiščenje zob in vzdrževanje ustne higieni kot prijetno in koristno opravilo.

S smrtjo dr. Jožeta Rebolja je v kranjskem zobozdravstvu nastala velika vrzel, ki jo bomo lahko dokončno ocenili šele postopoma. S tem, da bomo nadaljevali njegovo delo, bomo tudi v bodoče

sledili njegovemu načinu dela in s tem bo ostajal vedno med nami. Dr. Jožeta Rebolja je moral vsak imeti rad, saj je bil pošten in srčen človek. Sadovi njegovega dela pa se ne smejo izničiti, saj so edino upanje bodočih generacij.

Strokovna srečanja

DELAVNICA »RAČUNALNIŠKA ANALIZA MEDICINSKIH PODATKOV«

HOTEL VILA BLED, 27.–28. 11. 1995

Nada Lavrač, Tanja Urbančič

Na Bledu je 27.–28. 11. 1995 potekala delavnica »Računalniška analiza medicinskih podatkov« (Computer-Aided Data Analysis in Medicine CADAM-95). Delavnico smo organizirali z namenom, da bi zbrali slovenske raziskovalce, ki se ukvarjajo z razvojem in uporabo metod za računalniško analizo podatkov, ter uporabnike teh metod v medicini in farmakologiji.

Znanstveni program delavnice je obsegal štiri vabljenja predavanj in 22 referatov. Predstavljeni so bili referati s področja biomedicinske tehnike, ki prikazujejo aplikacije naslednjih računalniških metod: modeliranje, računalniški vid, ekspertni sistemi, informacijski sistemi, strojno učenje, statistična analiza podatkov, numerične metode in iskanje podatkov v podatkovnih bazah. Vabljeni predavatelji so bili prof. dr. Tadej Bajd (Modeliranje štirtočkovnega vzorca hoje, soavtorja M. Žefran in A. Kralj), doc. dr. Igor Kononenko (Machine learning for medical diagnosis, soavtor M. Kukar), dr. Janez Stare (Napovedna vrednost modelov odvisnosti dobe preživetja od napovednih dejavnikov) in prof. dr. Vojko Valenčič (Numerical calculation of electromagnetic fields within biological tissue based on anatomical data).

Na delavnici je sodelovalo okrog 50 udeležencev iz raziskovalnih institucij, medicinske prakse in podjetij, ki razvijajo informacijsko infrastrukturo za zdravstvo. Referate je ves čas spremljala živahna diskusija, v kateri so se konstruktivno dopolnjevali pogledi in izkušnje udeležencev iz različnih okolij. Tako je delavnica poleg svojega znanstvenega poslanstva uspela tudi v svojem namenu, da omogoči izmenjavo znanj, potrebnih za reševanje problemov iz vsakodnevne medicinske prakse. Hkrati smo raziskovalci in razvijalci računalniških metod dobili dragocene sugestije od prisotnih uporabnikov teh metod, kar bo gotovo vplivalo na naše nadaljnje delo.

Kot spremljevalni dogodek delavnice »Računalniška analiza medicinskih podatkov« smo 27. 11. 1995 dopoldne organizirali štiriurni seminar »Analiza podatkov in generiranje znanja iz medicinskih podatkovnih baz«. Glavna tema seminarja so bile metode in tehnike induktivnega strojnega učenja, to je področja umetne inteligence, ki se ukvarja z avtomatizirano izgradnjo klasifikacijskih pravil. Orodja induktivnega učenja se uporabljajo v praksi za analizo in razlago podatkov, izgradnjo baz znanja ekspertnih sistemov, omogočajo pa tudi odkrivanje zakonitosti in obstoječih podatkovnih bazah.

Seminar so izvajali raziskovalci z Inštituta Jožef Stefan in Fakultete za elektrotehniko in računalništvo Univerze v Ljubljani. Program seminarja je obsegal štiri predavanja: Analiza podatkov in sinteza medicinskega znanja (prof. dr. Ivan Bratko), Metode in orodja strojnega učenja (doc. dr. Igor Kononenko), Uporaba predznanja in relacijsko učenje (doc. dr. Nada Lavrač) in Pregled nekaterih medicinskih aplikacij v svetu (mag. Blaž Zupan).

Delavnico in seminar smo organizirali sodelavci raziskovalnega projekta »Analiza kliničnih baz in sinteza medicinskega znanja«, ki ga financira Ministrstvo za znanost in tehnologijo, in projekta

»Zasnova in zagon modela permanentnega izobraževanja s področja informacijskih tehnologij«, ki ga financira Inštitut Jožef Stefan. Organizacijo so podprli Slovensko društvo za umetno inteligenco, Slovensko društvo za medicinsko in biološko tehniko in Slovensko društvo za simulacijo in modeliranje.

Vabljenja predavanja in referati delavnice so izšli v zborniku CADAM-95, ki ga je izdal Inštitut Jožef Stefan (IJS Scientific Publishing IJS-95-1, ISBN 86-80023-X). Nekaj izvodov zbornika je še na voljo (tel. 061 177 34 87 ali 177 32 72).

Delo SZD

PREDSTAVITEV KNJIG

Bogdan Leskovic

Informacijska komisija pri SZD je na prvi letošnji predstavitvi knjig predstavila dve slovenski avtorski deli z medicinsko zgodovinskega področja:

Lev Milčinski: *Psibiatler Mihael Kamin*. Slovenska akademija znanosti in umetnosti. Ljubljana 1995. 192 strani.

Urednik se na začetku pod naslovom Pozni spomini na primarija Mihaela Kamina spominja na učitelja in znanstvenika. V poglavju Usoda popisuje pot takratne Bolnišnice za duševne bolezni na Poljanskem nasipu v Ljubljani, zaključuje pa s smrtjo dr. Kamina, ki je bil ustreljen kot talec 1. 1944.

Prof. dr. Aleksander Maklecov je v letih 1945/46 objavil dela dr. Kamina o forenzični psihopatologiji, ki jo je predaval na pravni fakulteti Univerze v Ljubljani. To je zdaj ponatisnjeno, sledi pa izvleček iz njegove bibliografije do konca 1940, kakor jo je pripravil Ivo Pirc.

V nadaljevanju sledijo druga dela dr. Kamina. Najprej sta razprava Razvoj in stanje sodobne psihiatrije ter predavanje Psihiatrično udejstvovanje v kriminologiji. Najobsežnejše delo pa je Učbenik kriminalne psihobiologije in forenzične psihopatologije, ki ima naslednja glavna poglavja: Kriminalna psihobiologija, Forenzična psihopatologija, Splošna forenzična psihopatologija, Specialna forenzična psihopatologija, Psihopatične osebnosti, Abnormne psihične reakcije, Simulacija duševnih motenj.

Knjigi je dodan angleški izvleček.

Velimir Vulikić, *Dr. Jože Rant, oče slovenskega zobozdravstva*. Samozaložba. Domžale 1995. 320 strani, 50 fotografij.

Knjiga je roman, ki sloni na zgodovinskih dejstvih in dogodkih iz življenja prof. dr. Ranta. Vzporedno je podan dober prikaz razmer v tedanjem času in v zobozdravstvu na Slovenskem. Avtor je že poznan po dveh delih iz zgodovine zobozdravstva ter po nekaj proznih.

To delo je razdeljeno na več smiselnih poglavij. Tako obravnava najprej otroštvo, mladost in šolanje z vsemi tegobami, ki so oblikovale dobrodušen in pronicljiv profesorjev značaj. Pri opisu študentskih let prikazuje tudi okolje in pogoje študija slovenskih študentov na avstrijskih univerzah s poudarkom na nacionalni zavesti. Čas prve svetovne vojne tudi profesorju Rantu ni prizanesel in ga je celo usmeril v medicino. Med obema vojnoma pa se je usmeril v zobozdravstvo in reševal njegove pereče probleme. V drugi svetovni vojni je sodeloval z NOB in s sodelavci že pripravljali temelje povojnemu slovenskemu zobozdravstvu in šolanju zobozdravstvenih delavcev. Poseben poudarek pa je na času najbolj tvornega delovanja profesorja Ranta, tj. njegovemu velikemu prispevku k ustanovitvi Stomatološke klinike in Stomatološke fakultete, ki se je kasneje integrirala v Medicinsko fakulteto.

Delo je pomembno pričevanje k ohranjanju spomina na naše pomembne može in na čase, v katerih so živeli.

Biografija ni pisana suhoparno, ampak je sestavljena kot mozaik iz posameznih življenjskih sličic, v katerih se kaže navzven sicer robat in trd, v notranjosti tako mehak in blag, pa tudi šegav značaj profesorja Ranta. Izid tega dela je primerna počastitev stoletnice njegovega rojstva.

Recenzijo sta podala prof. dr. Mitja Bartenjev in prof. dr. Ivo Antolič.

SLOVESNA PREDSTAVITEV UČBENIKA KIRURGIJA

Danica Rotar-Pavlič

V tradiciji zdravniškega poklica je, da so zdravniki v svojem sicer pičlem prostem času tudi pisci knjig, ki so ne le strokovno-medicinske vsebine, temveč tudi literarne, socialne, naravoslovne in zgodovinske. Da bi se ob strokovni tudi laična javnost seznanila s pomembnimi deli, katerih avtorji so slovenski zdravniki, je Komisija za informacije pri Slovenskem zdravniškem društvu tokrat pripravila predstavitev obsežne monografije z naslovom *Kirurgija*.

Po pozdravu generalnega sekretarja SZD dr. Matije Cevca je vsebino knjige predstavil njen glavni urednik prof. dr. Vladimir Smrkolj. Temeljna spodbuda za pisanje učbenika je bilo dejstvo, da slovenski študentje medicine in zdravniki po skoraj polstoletnem obstoju popolne medicinske fakultete in katedre za kirurgijo niso imeli ustreznega učbenika v slovenskem jeziku. Dela, ki so bila na voljo, so bila bodisi pisana za negovalno osebje ali pa so obravnavala ožja področja kirurgije, npr. Akutni abdomen, Praktikum ambulantne operativne kirurgije, Zborniki tečajev kirurgije za zdravnike splošne medicine.

Vsebinsko je učbenik zastavljen klasično; razdeljen je na splošni in specialni del. Prvi obravnava področja, ki so skupna vsem kirurškim strokam, s posebnim poudarkom na biologiji celjenja ran in presajanja tkiv, antiseptiki in aseptiki, kirurških tehnikah, možnih okužbah ter transplantaciji. Pomembno mesto zavzemajo tudi povsem praktična znanja sodobnih metod pregleda bolnika ter opisi kirurških instrumentov in materialov, dodana pa so tudi tista znanja, ki sicer niso izrecno kirurška, vendar sodobna kirurgija brez njih ne more več delovati (anesteziologija z reanimacijo, intenzivna nega in transfuziologija). Posebna dragocenost knjige je tudi v jedrnatem zgodovinskem pregledu kirurgije v svetu (prvi podatki o načrtih posegih v telo segajo v neolitik) in pri nas. Ob tem so navedene tudi letnice in imena avtorjev revolucionarnih kirurških posegov.

V specialnem delu so poglavja razdeljena po kirurških strokah: nevrokirurgija, kirurgija vratu, torakalna kirurgija, kirurgija srca in ožilja, abdominalna kirurgija, urologija, kirurgija malignih tumorjev, kirurgija okužb kože, podkožja, roke in stopala, opeklene, plastična kirurgija, kirurgija roke, travmatologija in kirurgija v izrednih razmerah. Praviloma ima vsaka od strok svoje področje razdeljeno na kirurško anatomijo, patofiziologijo in značilne diagnostične preiskave. Bolezni so razdeljene na razvojne motnje, vnetja, tumorje in poškodbe. Pri vsaki bolezni so opisane tudi anamneza, klinični znaki, epidemiologija, posebne preiskave, razlogi za operacijo ter vrsta zdravljenja s prognozo.

Učbenik *Kirurgija*, ki ga je decembra lani izdalo Medicinsko založništvo Sledi, je avtorsko delo 73 zdravnikov. Za slogovno enotnost besedila ter preglednost posameznih poglavij so poskrbeli glavni urednik in predstojnik Katedre za kirurgijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani prof. dr. Vladimir Smrkolj ter

področni uredniki: prof. dr. Zoran M. Arnež, akademik prof. dr. Vinko V. Dolenc, doc. dr. Boriana Kremžar, doc. dr. Ljubiša Lukič, prof. dr. Aleksander Manohin, prof. dr. Vladimir Pavčnik, asist. dr. Borut Pirc, doc. dr. Alojz Pleskovič, prof. dr. Janez Primožič, prof. dr. Janez Prinčič, prof. dr. Slavko Rakovec, prof. dr. Stane Repše, prof. dr. Janez Orel, doc. dr. Bojan Tršinar. Obsežno lektorsko delo je opravil prof. dr. Rudi Pavlin.

Na predstavitvi je v imenu področnih urednikov spregovoril prof. dr. Slavko Rakovec, ki je opozoril na velik obseg knjige. Tega so s prvotnih 900 tipkanih strani povečali na 1200. Šele med delom se je tudi pokazalo, da prispevki pogosto presegajo študentsko raven, zato so bralcu dodatna znanja posredovali v drobnejšem tisku. Čeprav se je ob tako obsežnem delu in hitremu razvoju kirurških strok porodilo vprašanje o možnem zastaranju strokovnih informacij, je rojstvu knjige botrovalo spoznanje, da zdravnik potrebuje sistematično strokovno delo, najnovejše strokovne vesti pa za svoje delo črpa iz revij in elektronskih medijev. Tehnična urednika dr. Mirč Petrovec in Tom Ploj sta se zahvalila vsem sodelujočim, posebej še recenzentom, mladim zdravnikom, ki so – neobremenjeni z večnimi kirurškimi resnicami – našli številne nejasnosti ter jih z avtorji ponovno preverili.

Vodstvu Slovenskega zdravniškega društva je bilo tistega decembrskega dne v veliko veselje in čast, da so lahko v dvorani s portreti, ki simbolizirajo zgodovino slovenske medicine, predstavili prvo strokovno delo, ki zajema celotno kirurgijo in hkrati prvi slovenski učbenik kirurgije za študente. Številno občinstvo, ki je avtorje knjige pozdravilo z dolгим aplavzom, se je z njimi po predstavitvi še dolgo zadržalo v sproščenem pogovoru.

Slovenski zdravniki in študentje medicine smo na svojih policah v ordinacijah in študijskih sobah resnično potrebovali tako obsežno in celovito delo, kot je *Kirurgija*.

Zanimivo je vedeti

SVETOVNO ZDRAVNIŠKO ZDRUŽENJE (WMA)

DEKLARACIJE IN SMERNICE, SPREJETE
NA 47. GENERALNI SKUPŠČINI V NUSA DUA

Nusa Dua, Bali, Indonezija, 4.–8. september
1995

Anton Dolenc

Predstavniki SZD na 47. letni skupščini WMA, doc. dr. M. Premik, je v *Zdrav Vestn* (1995, 64, 647–58) podrobno poročal o dogajanju na 47. letni skupščini. SZD, nacionalni član Združenja, si prizadeva, v skladu z dolžnostmi nacionalnega člana, da bi tekoče spremljalo dogajanje na teh skupščinah ter sprotno obveščalo slovensko zdravništvo o dokumentih, ki so vsakoletno obravnavana in sprejeta na skupščinah.

Etični ali socialnomedicinski odbor WMA, ki sprejema dokumente (stališča, priporočila in deklaracije), jih redno, kot predloge, posreduje skupščini.

Skupščina je sprejela tele dokumente, stališča in priporočila:

1. Deklaracijo o predpisovanju nadomestnih mamil pri ambulantnem zdravljenju zasvojenecv z opiaty;
2. Deklaracijo o etičnih vidikih embrionske redukcije;
3. Deklaracijo o prizadevanjih za zdravje;
4. Deklaracijo o etičnih vprašanjih pri duševnih bolnikih;
5. Deklaracijo o bolnikovih pravicah.

Na skupščini so obravnavali in sprejeli tudi:

1. Dodatek k Resoluciji o človekovih pravicah;
2. Dodatek k Deklaraciji o zlorabi in zanemarjanju otrok;
3. Resolucijo o preizkušanju jedrskega orožja;
4. Deklaracijo o pravici žensk do kontracepcije in načrtovanje družine. (Slednjo so preložili za obravnavo in sprejem za naslednjo skupščino.)

Slušatelje medicine in stomatologije na MF v Ljubljani smo na predavanjih iz Medicinske deontologije že seznanili, s postopnim objavljanjem v Zdrav Vestn pa bomo informirali tudi slovenske zdravnike o teh novih dokumentih WMA.

Deklaracijo o predpisovanju nadomestnih mamil pri ambulantnem zdravljenju zasvojenecv z opiatu pa smo že obravnavali v simpoziju »Narkomanija na Slovenskem« ob 50-letnici ISM in bo s komentarjem objavljena v posebnem zborniku tega srečanja. Menimo pa, da je potrebno, da jo objavi tudi naše glasilo.

Deklaracija SZZ o predpisovanju nadomestnih mamil pri ambulantnem zdravljenju zasvojenecv z opiatu

Uvod

Veliko predelov po vsem svetu se vedno pogostejše sooča s tragedijami, ki so posledica uživanja opiatov. Dogajajo se na teh področjih:

1. Zdravje: Telesno in duševno stanje zasvojenca; prenašanje virusnih okužb, na primer HIV ali hepatitisa B ali C, zaradi večkratne uporabe okuženih brizgalk ali zaradi spolnih odnosov brez zaščite.
2. Razpad družine, poklicnega in družbenega okolja.
3. Degeneracija posameznika: mamila vodijo zasvojence obeh spolov v prostitucijo, da bi si lahko nabavili mamila, pogostne so hospitalizacije, zaporne kazni itd.
4. Javna varnost: zasvojenci se zatekajo h kriminalnim dejanjem, da bi dobili bodisi mamila bodisi denar za nakup.

SZZ, ki je zaskrbljena zaradi tolikšnega razmaha zdravniško-psihološko-družbene nesreče, mora izoblikovati priporočila za zdravnike, ki sodelujejo pri zdravljenju zasvojenecv z opiatu. Na kratko to temo obravnava že izjava SZZ o uporabi in zlorabi psihotropnih zdravil (dokument 20.30), toda današnje stanje v svetu zahteva bolj natančne in temeljite smernice.

Stališče

Zasvojenec z mamili je polnopraven državljan s pravicami in dolžnostmi. Njegova odvisnost pomeni trpljenje, ki vodi v telesne, duševne in družbene težave; tudi daljše obdobje zasvojenosti z mamili moramo obravnavati kot trenutno stanje. Pri nujenju pomoči, ki jo je treba zagotoviti zasvojenecv, je treba spoštovati njihovo dostojanstvo. Zanje je treba skrbeti z enakim obzirom kot za kateregakoli drugega bolnika. Cilj zdravljenja bi moral vedno biti, vrnitev zasvojenca v svobodno in odgovorno življenje.

Zdravljenje zasvojenosti z opiatu je pogosto zelo težavno. Med mnogimi programi, ki jih predlagajo v različnih državah, ki so zaskrbljene zaradi naraščanja števila takih zasvojenecv, najdemo dva glavna: »terapevtske skupnosti (notranja zaščita) in predpisovanje nadomestnih mamil (zunanja zaščita)«.

Uporaba nadomestnih mamil v ambulantnem zdravljenju gotovo ni idealna rešitev za problem zasvojenosti z opiatu – rešitev je treba iskati v nadaljnjih znanstvenih raziskavah. Toda ta metoda obstaja kot terapevtski pripomoček v mnogih predelih sveta in lahko deloma pomaga – dokler ne najdemo boljše rešitve – pri obvladovanju problema. Običajni cilj je, da se bolnik odvaja mamila in se ponovno vključi v družinsko, poklicno in družbeno okolje, ne da bi pri tem ostal čezmerno odvisen. Zmanjšanje odmerka pa mora biti stalna težnja zdravnika, ki je nadomestno mamilo predpisal.

Karkoli že storimo, odvisnost od mamil je pojav, za katerega nimamo čudežne rešitve. Zdravniška uporaba nadomestnih izdelkov za heroin (diacilmorfin) in sintetičnih opiatov (zlasti metadon, ki ga poznamo že 50 let) povzroča osnovne probleme (odvajanje, farmakologija...), klinične probleme (programi zdravljenja, predpisovanje, jemanje, obvladovanje), pravne probleme (zakoni in predpisi) in etične probleme.

Zato bi morali za uporabo nadomestnih mamil, namenjenih za ambulantno zdravljenje začrtati smernice, ki bodo temeljile na izkušnjah, pridobljenih v zadnji četrtini tega stoletja pri zdravljenju zasvojenecv v Severni Ameriki in Evropi. Veliko držav je uvedlo pravne postopke za zdravljenje zasvojenecv z mamili. Nacionalna zdravniška združenja bi se morala zavzemati, kadar je to potrebno, za izboljšanje neustreznih pravnih aktov.

Priporočila

1. Kadar bolnikovo stanje ne zahteva droge, naj je zdravnik ne predpiše, čeprav bi jo bolnik zahteval.
2. Pri ambulantnem zdravljenju zasvojenecv z opiatu morajo zdravniki predpisovati nadomestna mamila v skladu s smernicami, ki temeljijo na izkušnjah.
3. Končni cilj zdravljenja mora biti bolnik, ki se je odvadil mamil, kar je mogoče doseči samo po daljšem času. Jemanje nadomestnih mamil bo pomagalo bolniku doseči telesno, duševno in družbeno ravnovesje, da se bo lahko nemudoma ponovno vključil v družinsko in poklicno okolje. Zmanjšalo se bo tudi tveganje okužbe z virusi HIV ali hepatitisa B ali C zaradi uporabe okuženih brizgalk. Poleg tega bo manj kriminala, v katerega vodi zasvojenost s heroinom.
4. Zdravnik lahko predpiše nadomestno mamilo šele, ko je ugotovljena točna diagnoza. Zdravljenje mora nadzirati kvalificiran in izšolan zdravnik s primerno pomožno ekipo.
5. Da se bo zdravnik lahko posvetil vsakemu zasvojenecv, ki ga bo zdravil, mora ostati število omejeno. V vsakem primeru pa mora vse v zvezi z zdravljenjem natančno zapisati v bolnikovo kartoteko in kontrolirati rezultate.
6. Predpisovanje in dajanje nadomestnih mamil mora biti dobro organizirano, da si bolnik ne bi delal zalog, jih ne preprodajal in jih ne izkoriščal na kak drug, nezakonit način.
7. Bolnik mora v skladu z zakoni svoje države – če hoče dobivati nadomestno mamilo – privoliti v redne, nenapovedane, nadzorovane biološke preiskave (na primer urina), da se zdravnik lahko prepriča, da ne jemlje istočasno še kakih drugih mamil in da ga v tem času ne zdravi še kak drug zdravnik, ne da bi zdravnika vedela drug za drugega.

Komentar

WMA je že sprejela Deklaracijo o uporabi in zlorabi psihotropnih zdravil (predložena na 29. skupščini, Tokio 1975, sprejeta na 35. skupščini, Benetke, oktober 1983), s katero je zdravništvo vsega sveta opozorilo, da naj predpisuje psihotropna zdravila s skrajno zadržanostjo, zavedajoč se nevarnosti napačne uporabe in zlorabe.

Pred leti smo se v slovenskem strokovnem prostoru srečali z vprašanjem ali celo soočanjem med psihiatri, ali uporabljati pri zasvojenecv z mamili metadonsko substitutivno terapijo ali ne.

WMA, ki uvodoma opozarja na tragedije, ki so posledice uživanja opiatov, in na zdravstvene posledice, ki izhajajo iz tega (prenašanje virusnih okužb – HIV, hepatitisa B ali C), in na sociopatologijo tega pojava (razpad družine, poklicnega in družbenega okolja ter degeneracijo posameznika), se čuti zaradi izjemnega razmaha v »zdravniško-psihološko družbene nesreče« dolžno, da pripravi ustrezna poročila za zdravnike. V navedenih stališčih poudarja enakost bolnikov-narkomanov z drugimi skupinami, priporoča pa terapevtske skupnosti in predpisovanje nadomestnih mamil (zunanja, notranja zaščita) kot metodo izbire za te izpostavljene bolnike.

WMA naroča nacionalnim zdravniškim združenjem, da se zavzamejo za izboljšanje neustreznih zakonskih predpisov, ki zadevajo to področje.

Priporočila vsebujejo sedem točk, ki precej natančno usmerjajo zdravnikovo ravnanje: predpisovanje droge, cilj, ki mora temeljiti na točni diagnozi, omejeno število obravnavanih bolnikov, ustrezno organiziranost in redne, nenapovedane, nadzorovane biološke preiskave bolnikov.

Iz priporočil sledi sočasno spoznanje, da je le dosledno upoštevanje njihove vsebine predpogoj, da bodo zdravniki uspešno pristopili k preprečevanju zla, ki je tako množično prizadelo sodobno človeštvo.

Deklaracija o etičnih vidikih embrionske redukcije

Z uporabo različnih tehnik asistiranega reprodukcije (AR) se je občutno povečalo število večplodnih nosečnosti.

Priznavamo, da pri nosečnosti z več kot tremi fetusi v več kot 50% primerov pride do odmiranja fetusov in zaostajanja v rasti in v razvoju, ki je povezano z možganskimi hribi.

Prav tako moramo priznati, da ima lahko rojevanje več otrok hkrati zelo škodljive posledice za telesno zdravje matere, pa tudi psihične in praktične posledice za oba starša.

Kar zadeva tehnike in vitro fertilizacije, je zaželeno, da bi vsadili dva in ne več kot tri zarodke hkrati.

V primerih, ko zdravnik samo stimulira ovulacijo in IVF ni potrebna, obstaja tveganje, da bo fetusov preveč, zato je treba ukreniti vse potrebno, da se to tveganje zmanjša, se pravi skrbno je treba spremljati zdravljenje, tudi s pomočjo ultrazvoka in hormonske determinacije.

V nekaterih primerih je lahko indicirana redukcija oocitov. To močno priporočamo, kadar je z zdravniškega stališča izvedljiva. Če se pojavi nosečnost z več kot tremi fetusi kljub zgoraj navedenim varnostnim ukrepom, je prognoza za fetuse tako neugodna, da je treba razmisлити o selektivnem splavu zarodkov, da bi tako izboljšali preživetje preostalih. O taki možnosti se je treba pogovoriti že med svetovanjem pred zdravljenjem.

Toda ker pri takih posegih tvegamo, da pride do zapletov in ker v bistvu pri tem odstranimo nekaj, kar bi lahko postalo človek, bi se jim morali zdravniki izogibati, če gre le za željo staršev, da bi raje imeli samo enega otroka namesto dveh.

Priporočila

1. Kadarkoli je mogoče, bi morali zdravniki ukreniti vse potrebno, da bi se izognili nosečnosti s prevelikim številom zarodkov.

2. Staršem je treba jasno povedati, kakšni so razlogi za embrionsko redukcijo in kakšno je tveganje, posegov pa ne bi smeli izvajati brez njihovega privoljenja.

Komentar

Zaradi kvernih posledic večplodne nosečnosti, do katerih prihaja pri asistiranem reprodukciji, kar vpliva tudi na telesno zdravje matere, WMA meni, da ne bi vsajevali več kot dva zarodka hkrati. Redukcijo oocitov WMA močno priporoča, če je to na podlagi zdravniških stališč izvedljivo, če gre samo za stimulirano ovulacijo, pa mora zdravnik tveganje zmanjšati na kar najmanjšo mero.

Nosečnost z več kot tremi plodovi pomeni medicinsko indicirani splav po deklaraciji. Pri želji staršev, da naj bi prišlo do rojstva enega otroka namesto dveh, pa deklaracija nalaga zdravnikom, da se takim željam ti ne podreajo. Iz tega sledi, da so zdravniki dolžni, da se izogibajo nosečnosti s prevelikim številom zarodkov; starši morajo biti obveščeni o tveganjih, posege pa bi ne smeli opravljati brez njihovega privoljenja.

Deklaracija je jasna, tako da imajo zdravniki, ki se ukvarjajo s to izpostavljenostjo dejavnostjo, možnost, da se medicinsko in moralno opredeljujejo, do kod lahko omejujejo pravice bolnikov, ne da bi istočasno prihajalo do večjih dvomov, do kod zdravnik sme in kdaj zdravnik mora odločati, ne da bi prišel v konflikt z medicinskimi

in etičnimi merili na tem občutljivem področju možnosti, ki jih je ustvarila sodobna medicina.

Deklaracija o prizadevanjih za zdravje

1. Etična dolžnost zahteva od zdravnikov in zdravstvenega osebja, da ob vsakem času ravna, kakor je najbolje za bolnika, in da to dolžnost združijo s širšo skrbjo in prizadevanjem za zdravje ljudi.

2. Po tradiciji je med programi in dejavnostmi, ki jih na vseh ravneh izvajajo vladni organi, ki se ukvarjajo z zdravstvom, tudi nekaj takih, ki so namenjeni ugotovljenim potrebam prebivalstva in načinom, kako te programe učinkovito izvajati. Med ključne funkcije zdravstvenih organov sodijo ocenjevanje zdravstvenih potreb skupnosti in zagotavljanje sredstev za zadovoljevanje teh potreb, razvijanje zdravstvene politike, ki ustreza določeni skupnosti in zdravstvenim potrebam v državi, in zagotavljanje pogojev, ki krepijo zdravje posameznika. Sem sodijo kakovostne zdravstvene storitve, preskrba z neoporečno vodo, dobra prehrana, neonesnažen zrak in okolje, ki omogoča telesno vadbo.

3. Programi in dejavnosti na posameznem območju bodo odvisni od ugotovljenih problemov in potreb, od organizacije zdravstvenega sistema in sredstev, ki so na voljo za zadovoljevanje teh potreb. Med te dejavnosti spadajo tudi:

a) varovanje zdravja skupnosti pred nalezljivimi boleznimi in strupenimi onesnaževalci okolja, poklicnimi tveganji, škodljivimi proizvodi in slabimi zdravstvenimi storitvami. Ta funkcija obsega tudi določanje prioritete, oblikovanje osnovnih programov, zagotavljanje nujnih sredstev in nujnih laboratorijskih pregledov;

b) ugotavljanje izbruhov nalezljivih bolezni kakor tudi vzorcev kroničnih bolezni in poškodb ter oblikovanje primernih nadzornih ali preventivnih programov;

c) sodelovanje z zdravstvenim osebjem pri obveščanju ljudi o njihovi vlogi pri preprečevanju in obvladovanju bolezni, o zdravih načinih življenja in primerni uporabi zdravstvenih storitev;

č) zagotavljanje nadstandardnih storitev, preiskav in drugih preventivnih posegov ter nege za osebe, ki se ne zdravijo pri zasebnikih;

d) razvijanje in testiranje novih posegov za preventivo in nadzorovanje zdravja prebivalstva;

e) sodelovanje z odgovornimi oblastmi, da bi ustvarili okolje, v katerem je zdravo vedenje najlažja izbira.

4. Zdravstvenim organom je v veliko pomoč tesno sodelovanje z zdravniki ter podpora le-teh in drugega zdravniškega osebja. Zdravje neke skupnosti ali naroda se meri po zdravju vseh članov skupnosti ali naroda, zato zdravstveni problemi, ki prizadevajo posameznika, a bi jih bilo mogoče preprečiti, vplivajo na zdravje skupnosti in njene vire. Učinkovitost mnogih programov za boljše zdravje je zato odvisna od aktivnega in usklajenega sodelovanja zdravstvenega osebja in zdravstvenih organov.

5. Primer dejavnosti, pri kateri učinkovito sodelujeta privatni in državni sektor, so programi za informiranje in vzgojo, ki propagirajo zdrave načine življenja in zmanjšujejo nevarnosti za zdravje, ki jih je moč preprečiti, vključno s tistimi, ki nastanejo zaradi: uživanja tobaka, alkohola in drugih mamil, spolnih odnosov, ki povečajo nevarnost prenosa HIV in drugih spolnih bolezni, slabe prehrane in telesne neaktivnosti ter nezadovoljive stopnje imunizacije v otroštvu. V mnogih državah je zdravstvena vzgoja eden od načinov, da se zmanjša zboleznost in umrljivost dojenčkov. Staršem priporočamo dojenje in jih obveščajo o nevarnostih, ki jih prinaša onesnažena voda ali neprimerna prehrana.

6. Druge vrste dejavnosti, kot so spremljanje, raziskovanje in nadzorovanje bolezni, so odgovornost predvsem zdravstvenih organov. Teh dejavnosti ne moremo učinkovito opravljati brez aktivnega sodelovanja in podpore splošnih zdravnikov, ki poznajo bolezenske vzorce pri posameznikih in v skupnosti in ki obveščajo oblasti o primerih, ki bi zahtevali nadaljnje raziskave in ukrepe. Sem bi spadalo ugotavljanje populacij, ki so posebej izpostavljene posameznim boleznim (primer bi bil tuberkuloza); prijavljanje primerov nalezljivih bolezni, kot so ošpice, oslovski

kašel ali infekcijsko diarejo, in prijavljanje primerov, pri katerih se sumi, da gre za zastrupitev s hrano ali s svinčom ali strupenimi kemikalijami ali snovmi v stanovanjskih zgradbah ali na delovnem mestu. Prijavljanje in sodelovanje pa je lahko uspešno samo, če se zdravstveni organi na informacije primerno odzovejo.

7. Ne glede na učinkovitost obstoječih programov za boljše zdravje na nekem območju imajo zdravniška združenja pomembno nalogo, da ugotovijo zdravstvene potrebe v svoji skupnosti oz. državi in da si javno prizadevajo za dejavnosti, programe in sredstva, ki bi tem potrebam zadostili. Na področju zdravstvene vzgoje in preventive spremljajo in nadzirajo nevarne snovi v okolju; objavljajo poročila o škodljivih učinkih, ki jih imajo na zdravje socialni problemi, na primer nasilje ali družbene navade, ki vplivajo na zdravje ljudi; ugotavljajo pomanjkljivosti storitev in prizadevanje za njihovo izboljšanje (na primer na področju pripravljenosti za nujno pomoč).

8. Kjer so osnovne zdravstvene razmere neprimerne, morajo zdravniška združenja sodelovati z zdravstvenimi organi in drugimi skupinami, ki si prizadevajo za zdravje, in določiti prioritete glede posredovanja in ukrepanja. Tako bi na primer v državi ali območju z omejenimi viri, kjer večina prebivalstva nima pitne vode in kanalizacije, morali dati tem vprašanjem prednost pred nakupi nove zdravniške opreme, ki bi služila le majhnemu številu ljudi.

9. Nekatera vprašanja v zvezi z zdravjem so zelo zapletena in zahtevajo ukrepe na več ravneh. Na primer družine in otroci, ki imajo veliko svinca v krvi, pogosto potrebujejo pomoč pri zagotavljanju primernih zdravstvenih storitev, ugotavljanju vira zastrupitve in izvajanju primernih ukrepov, da se nevarnost odstrani. Druga vprašanja, povezana z zdravjem, povzročajo zaskrbljenost zaradi gospodarskih učinkov ukrepov, ki si prizadevajo za zdravje ljudi. Na primer morebitni gospodarski učinek ukrepov za zmanjšanje porabe tobaka v območjih, ki dobivajo velik del dohodka od gojenja ali predelave tobaka, bo povzročil močno nasprotovanje programu za boljše zdravje. Vendar gospodarski interesi ne bi smeli ustaviti prizadevanja za zmanjšanje uporabe tobačnih izdelkov. Reklamiranju tobačnih izdelkov bi morali ostro nasprotovati in si še posebej vztrajno prizadevati, da bi zmanjšali porabo tobaka v državah v razvoju.

10. SZZ sprejema to izjavo z namenom, da bi bila vodilo nacionalnim zdravniškim združenjem, ko gre za vlogo zdravnikov in zdravstvenih organizacij pri prizadevanju za boljše zdravje prebivalstva.

Komentar

Definicijo zdravja po WHO je pričujoča deklaracija vsebinsko v celoti sprejela, saj »uzakonjuje« zdravnikovo širšo skrb za zdravje ljudi.

Deklaracija v 10 točkah razčlenjuje zdravnikove dolžnosti v prizadevanjih za zdravje, med drugim tudi zagotavljanje pogojev, ki krepijo zdravje posameznika: kakovostne zdravstvene storitve, preskrbo z neoporečno vodo, dobro prehrano, neosnaženi zrak in okolje, ki omogoča telesno kulturo. Ta program, lahko mu rečemo, da je v bistvu socialni, iz katerega izhajajo pozitivne zdravstvene posledice za posameznika in širšo skupnost.

Nadaljnji del komentarja je prispeval doc. dr. M. Premik, ki ga v celoti sprejemamo.

Leta 1977 je Skupščina Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) sprejela resolucijo, s katero je zadolžila države članice, da naj do leta 2000 zagotovijo za vse svoje prebivalce takšno zdravstveno raven, ki jim bo omogočila socialno in ekonomsko ustvarjalno življenje. Na tej osnovi so v številnih državah začeli pripravljati in izvajati strategijo SZO »Zdravje za vse«, ki je postala pomemben del nacionalnih razvojnih politik (38 ciljev evropske zdravstvene regije, ki jih je povzela tudi Slovenija) (1, 2). V ciljih in strategijah resolucije »Zdravje za vse« se uporablja pojem »Health Promotion«, ki so ga natančneje opredelili na mednarodni konferenci v Ottawi leta 1986. (Slovenski sinonimi za promocijo zdravja so: prizadevanje za zdravje, krepitev zdravja, utrjevanje zdravja, po-

speševanje zdravja, uveljavljanje zdravja, napredovanje zdravja) (3). Sprejeta je bila tako imenovana Ottawska listina o promociji zdravja (Ottawa Charter for Health Promotion) (4), ki je postala skupna idejna osnova za vse, ki sprejemajo zamisel, da je mogoče izboljšati zdravje s spremembo načina in pogojev življenja. Prizadevanje za zdravje je proces, ki naj omogoči ljudem povečanje nadzora nad lastnim zdravjem in njegovo izboljšanje. Ta zamisel temelji na spoznanju, da so ljudje sposobni uresničevati svoje težnje, zadovoljevati potrebe in oblikovati oziroma spreminjati svoje okolje toliko bolje, kolikor višja je raven njihovega zdravja (socioekološki model zdravja). V tej luči je zdravje bolj sredstvo za vsakdanje življenje kot pa cilj sam po sebi. Zdravje je torej pozitivna zamisel, ki poudarja osebne, socialne, institucionalne in fizične možnosti.

Načela prizadevanj za zdravje vključujejo:

- prebivalstvo kot celoto,
- usmerjenost aktivnosti na determinante zdravja,
- kombinacijo različnih komplementarnih metod,
- udeležbo javnosti ter
- vse družbene sektorje.

Strategija prizadevanj za zdravje se usmerja na izhodišča, kjer se ustvarja zdravje. Zdravje se ustvarja s tem, ko človek skrbi za svoje zdravje in zdravje drugih, da kot posameznik ali skupnost sprejema odločitve in obvladuje življenjske okoliščine ter soustvarja družbo, ki za vse svoje člane zagotavlja enake možnosti za zdravje. Vzpostavljane takih pogojev je možno le s procesom družbenih in političnih sprememb. Bistvene strategije v prizadevanjih za zdravje so torej:

- aktivno zagovarjanje in zastopanje (advocacy) zdravja
- omogočanje (enabling) razvoja najvišjih zdravstvenih zmogljivosti posameznikov in skupnosti ter
- posredovanje (mediating) med različnimi socialnimi strukturami zaradi vzpostavljanja skupnih, k zdravju usmerjenih aktivnosti.

V Ottawski listini so opredeljene naslednje med seboj povezane prednostne aktivnosti:

- oblikovanje politike zdravja (5)
- ustvarjanje vzpodbudnega okolja (6)
- okrepitev udeležbe javnosti
- razvoj osebnih sposobnosti in
- preusmeritev zdravstvene dejavnosti.

Prizadevanje za zdravje naj torej postane osrednji motiv vseh – tudi zdravnikov in zdravniških združenj. Med prvimi zdravniškimi asociacijami, ki so se odzvale na tako zastavljene pozive SZO in vlad posameznih držav, je bilo ameriško zdravniško združenje (American Medical Association), ki je Svetovnemu zdravniškemu združenju (World Medical Association – WMA) predlagalo, da sprejme svoje priporočilo o promociji zdravja, v katerem naj pojasni vlogo zdravnikov in njihovih društev v okviru širše zastavljenega gibanja za zdravje. WMA je takšno izjavo (resolucijo) sprejelo na svoji 47. skupščini, ki je bila od 4. do 8. septembra 1995 v Nusa Dua na otoku Bali – Indonezija (7).

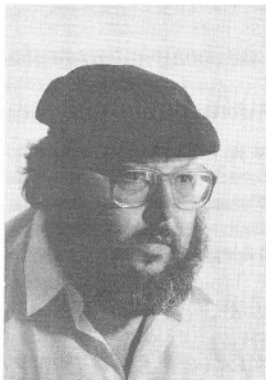
Literatura

1. WHO. Targets for health for all. WHO office for Europe. Copenhagen 1985.
2. Ministrstvo za zdravstvo. Plan zdravstvenega varstva Republike Slovenije do leta 2000. Ljubljana 1993.
3. Premik M. Promocija zdravja. Zbornik predavanj, Rantovi dnevi. Slovensko otodonsko društvo, Ljubljana 1994: 3–6.
4. WHO. Recommendations of an International Conference on Health Promotion (Ottawa Charter for Health Promotion). WHO Regional office for Europe 1986.
5. WHO. Recommendations of the 2nd International conference on Health Promotion, 5–9 April 1988 in Adelaide, Australia. WHO office for Europe 1988.
6. WHO. European Charter on Environment and Health. WHO regional office for Europe. Copenhagen 1990.
7. Premik M. Poročilo s 47. skupščine svetovnega zdravniškega združenja, Nusa Dua, Bali, Indonezija. Zdrav Vestn 1995; 64: 647–9.

Aktualni pogovori

POGOVOR UREDNIŠTVA ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA Z MILANOM JESIHOM

Milan Jesih se je rodil leta 1950 v Ljubljani. Na ljubljanski Filozofski fakulteti je poslušal primerjalno književnost in literarno teorijo in pridobil osnovne pojme, ne pa papirjev. Od leta 1973 je samostojen književnik.



V prvi vrsti se ima za pesnika: od osmih objavljenih knjig je šest zbirk pesmi: *Uran v urinu, gospodar!* – 1972, *Legende* – 1974, *Kobalt* – 1976, *Volfram* – 1980, *Usta* – 1985, *Soneti* – 1989, *Soneti drugi* – 1993. Hkrati ves čas piše igre za gledališče (*Grenki sadeži pravice* – 1974, *Brucka ali obdobje prilagajanja* – 1976, *Triko* – 1985, *En sam dotik* – 1990 in še deset drugih), televizijo (*Pepelnica* – 1985, *Nasmehi* – 1988 in dve drugi) in radio (*Ljubiti* – 1984, *Koloratura* – 1985, *Črepinje* – 1987, *Obnovitev postopka* – 1992 in še ducat drugih). Uveljavil se je tudi kot prevajalec gledaliških del (W. Shakespeare, A. P. Čehov, M. A. Bulgakov, skupaj več kot štirideset gledaliških besedil).

ZV: Kaj je pesem? V čem se razlikujeta prozno besedilo in pesem v prostem verz?

MJ: Vprašanje zadeva samo srčiko našega metjeja. Z definicijami je težko, poleg tega pa nisem kakšen mislec in nič kaj doma v najvišjih sferah estetike, kjer rastejo takšna temeljna vprašanja o ontologiji umetnosti. Rekel bi, če se reč kotrkolika, je približno okrogla. Za moje potrebe to zadošča, čeprav bi seveda tudi mene zanimala natančna, numerično izražena vrednost pija.

*Po vodi plava
lesena raca.
Poletje vene.
Iz vnučke, kako*

*rata babica?
Malo počakaš.*

(Iz knjige: *Usta*. 1985)

ZV: Kaj je bistveno za pesem: izbrušen stil, besedna virtuoznost ali poglobljena vsebina? Kakšna je povezava med vsebino in obliko?

MJ: Tudi zdaj bi bil krajši, pošten in natančen odgovor: Ne vem. Iz praktične, bralske rabe pa bi rekel, da pesmi – ali glasba ali ljudje ali avtorji – pač prepričajo vsak s svojo močno stranjo: ta je tako mehek, da nas očara; drugi tako drzen ali silovit; tretji tako nor; spet četrti kratko malo tako spretno suka svoje orodje... Tudi vprašanje o obliki in vsebini je stara mora in hkrati strast literarnih teoretikov. Meni kot praktiku se, če se, zastavlja šele post festum. Rečeni »Ne vem« me torej, da bi vedel, ne hendikepira.

ZV: Ali se pesnik res rodi, v kolikšni meri pa se oblikuje v času šolanja in kasneje, v kolikšni meri sam? Kakšen vpliv imajo življenjske izkušnje na pesnika in njegovo pesnjenje?

MJ: Tudi ne vem. Na vsakem izpitu bi že padel. – Dolga leta že rad citiram, po nekem viru, Mallarméja: »Pesmi se dela z besedami.« In vendar... Tu prestopam v izrazito prvo osebo. In vendar vidim, kako in s kakšno močjo prebijajo na plan – iz kupčka besed, ki sem jih organiziral v pesem – čisto realno, čisto realne, čisto moje, nezamenljive izkušnje. In spominjam se: šele ko sem začel tudi tovrstne izkušnje izpisovati brez sramu – a še zmeraj seveda naravnani v pesnjenje, izdelovanje pesmi, ne pa kakšno izpoved, in ta prestop je bil naporen – je reč resnično zafunkcionirala. Se zakotrkolikala.

*Roka v roki
in poljubovana,
tib, lah stisk, zunaj
za oknom pa že*

*senčnat večer –
mogoče, mogoče.*

(Iz knjige: *Usta*. 1985.)

ZV: Ali nastane dobra pesem kot izbruh vulkana, v enem zamahu, ali pa je začetni preblisk le torzo, ki ga pesnik nato dodeluje, pili, kleše?

MJ: Neki Poljak, Parandowski se je pisal, ima sijajno knjigo o tem, kako so pisatelji delali, polno vznesenih izjav avtorjev o prebliskih navdiha in bizarnih detajlov o nogah v lavorju mrzle vode pod mizo... Rekel bi, da so postopki precej individualni, glavne priče, avtorji sami, pa hudo nezanesljivi. Sam imam pri pesmih po navadi začetek, ki mi šine skoraj praviloma kje zunaj, na sprehodu, med vožnjo, in obsega od dveh besed do dveh verzov, potem pa doštrikavam.

ZV: Kaj je pesnik: mislec, umetnik s pretežno čustvenim nabojem, besedni stilist, filozof, prerok?

MJ: ... In še kaj, a čistih tipov na svetu ni. Pravijo knjige, da poezija izreka kolektivno nezavedno; ni dvoma. Zraven in vmes pa še individualno nezavedno, prinaša pa seveda tudi zavestne, pre-mišljene elemente. Zato tudi pogosta rojstva aforizmov, večnih citatnih mest, zato anticipacije, zato navsezadnje to še sploh kdo bere. Celo imperativ všečnosti, ki je eden od veljavnih naročnikov pesniških izdelkov, ne more biti zadosten cenzor izrekanju celote sveta. Te vrste človeškost poezije je enako samoumevna kot po človeškem, ne pa recimo željem telesu oblikovan bicikel.

Lakota

Ivu Svetini

*Za vsakim od nas je tisoč let ostre lepote!
pred vsakim veter! tkanje kovin!
biči! hčere ubeglih kupol v težkih dnevih prsi,*

*jadra kot posebno stanje zavesti, usojeno v smrt:
jadra, ki so jim najlepši mladi moški dali solze srca,
zaprli zanje svoje vroče sanje in napone v spanje brezdanje,
kamor bova, pesnika do dna, tudi midva svoje potovanje našla;*

*lahko je biti vandal, če si pesnik, otrok in vojak,
tedaj je na svetu najlažje plavati v konjih v škerjančjem cvetju.*

(Iz knjige: *Legende*. 1974.)

ZV: Ali živi pesnik na zemlji ali 10 cm nad njo?

MJ: Vsi drugi metjeji imajo zapovedan svoj objekt, umetniški pa ne; občasne takšne zapovedi se kaj hitro razblinijo. Drži, da obstaja

nekaj večnih tem, a vendar imamo obilo prepričljivih, veljavnih dokazov, da je v poeziji mogoče tematizirati prav vse. (Vse pa je v tem primeru toliko kot nič, zato je več kot domisljica trditve: pišem o ničemer.) Bo tudi držalo – žal slabo skup djano – reklo: Česar prepolno je srce, usta govore. Zato tematizacija intime, sanjarij, mehkob... pogosto najbrž tudi zavoljo kdo ve kakšnih kompenzacij – ampak ne psihologizirajmo. Sam se pri poeziji nič rad ne sprašujem po razlogih, zaradi katerih je nastala, čeprav verjamem, da utegnejo biti zanimivi in celo poučni, ampak jo raje spoznavam v njenih realnih, očitnih merah in notranjih razsežjih. Kako se izraža, ne pa zakaj. Mogoč je torej tudi odgovor: 10 cm plus minus neskončno.

ZV: Po čem se loči pravi pesnik od verzifikatorja?

MJ: Ni dognano, vendar klinična skušnja uči, da se verzifikator nikoli ne identificira z prvi osebi.

ZV: Zakaj je tako malo pesnic, čeprav ženske bolje ali pa vsaj enako dobro kot moški obvladujejo jezik?

MJ: Saj jih ni tako malo. V evropski tradiciji je prav pesnica najbrž prva po imenu znana in po delu slavna ženska – Sapfo, doma z otoka Lesbosa. Tudi je ženska v poeziji utegnila – tradicija, čas, številčnost – doseči veličino, kakršne recimo v glasbeni kompoziciji ni (ali še ni); če ne dantejevsko ali shakespearovsko, pa je tu vendarle velika Emily Dickinson. Ampak sama poezija nič ne ve, kdo jo piše... Pri nas je Svetlana Makarovič enaka med največjimi živimi pesniki.

* * *

Bosi sen! ki prisluškujem vanj, ko se prižge večer v tibi tuji sobi in se razkolje
v strah in up,
bosi sen, gotovost, prezir, mir in nepristrizeno vzpenjanje, da je moja volja
valujoče žito,
si sen? dobri neznani svet, kot v burleski kotalkar na stopnicah: žamet, ur
kukavk tenkoprsti trilčki,
razsvetljujoča se Ljubljana renči: »Ubijte bitje, ki se utrja v svojo misel,
ljubezen ali čudež!«

Moji koraki so ženski in topli, pod njimi se asfalt tali od ugodja; tudi plabost
je drobna in lahna
in radost v prsib – živa se oživljajoča perpetuacija – in izginevanje iz
človeških dni.
Nič mojega ni ničemur zavezano, kar je v meni, je samo med rečmi sveta.
Suboten sem od mira,
takšen zrem v nove obraze znanih biš in nove oči svojih ljudi – kam ne od
njih ne k njim bitim?

(Iz knjige: Volfram. 1980.)

ZV: Ali čutite, da je pesem dobra, da Vam je uspela, da bo ostala?

MJ: Pravkar končana pesem me rada osupi – »Da mi rata takale? A se mi zgoraj malo v mašincino vtikate?« – ampak se navdušenje tudi hitro poleže, češ sem po tolkerih letih pač malo spreten. Vendarle mislim, da imam kakšno dobro pesem, recimo tudi tri, v katerih čez vso spretnost sije neka luč Nedoumljivega... Ne upam pa si ugibati, katere so to.

ZV: Ali se imate za avantgardista zdaj, ali ste se imeli kdajkoli v Vašem ustvarjalnem obdobju? Ste se kdaj čutili aktualista, ali ste pretežno intimist? Ali se pesništvo tudi ravna po modi? Labko pa je tudi provokacija, upor, postavljanje? Kaj je z iskrenostjo v pesništvu?

MJ: Težnja, da bi bil za vsako ceno kontratradicionalen, hipermoderen, na špici, se me seveda mladeniča ni ognila. Vsaj s prvo knjigo sem plačal mitnino mladosti. Čeprav jo znam danes spoznati za neizprosno svojo. Aktualist, najbrž je mišljen angažiran stihoklepec, sem bil samo v nekaj verzih drobnjarijah, v študentovskem času nekaj zleht pamfletov, ampak tisto ni bila poezija. In če ne štejem kakšne improvizirane napitnice iz aktualne nuje. Moda, provokacija: provociral sem, ja, mislil sem, da gre to

zraven: širšo javnost z grdimi besedami, pesniško javnost z gladkimi rimami (takrat je komaj kdo rimal)... vse to, bil sem mlad in še sem... Potem pa človek prav počasi sprevidi, da to ni važno. Da je važno vložiti vse. Tudi intimne, najbolj skrite reči razgaliti. Ampak recite komu, naj vam zapoje nek poljubljen ton: a se ni z izbiro, z impostacijo, z nianso in jakostjo glasu izrazil in razgalil? A se ne razgalja recimo klovn: ta, ki ti pove, kaj ima za smešno? A se ne razgalja slednji od nas v slednjem kontaktu z drugimi? Zame je bolj šokantno, kako sem se razgaljal, preden sem to vedel in na takšno sploh kaj mislil, recimo v prvi knjigi, polni nekakšnih nonsens pesmic. – Seveda imam pri tem tudi težave. Recimo, ne vem, ali smem zapisati ime resničnega, recimo ljubega človeka v pesem? Še ne vem, čeprav sem enkrat že ravnal, kot bi vedel. Ne vem.

ZV: Ali so vaše pesniške oblike, na primer zelo kratki verzji v zbirki *Usta ali zelo dolgi v zbirki Kobalt in Volfram* rezultat eksperimentiranja, zgledovanja ali česa drugega?

MJ: V Kobaltu se mi je verz začel daljšati, v Volframu sem to še zavestno podpiral in nadziral, zrasti je smel na trideset ali približno zlogov; kar že ni več verz, zato recimo vrstica. Videl sem, da hkrati reči postajajo nenadzorovano bohotne, preveč pridevnikov, podredij, deležnikov, bil je čas za alarm, in krenil sem v čisto nasprotje, izrazilo lakoničnost, lapidarnost, skopost. Hkrati sem še malo študiral te kratke oblike, tudi vzhodnjaške, in klestil in z velikim trudom napisal kakšnih štirideset res kratkih pesmi – manj kot dvajset zlogov. Potem je prišel čas za pametno srednjo pot, in ker sem bil prišel prevajati Shakespearove igre, mi je v ušesih odzvanjal jamb, in je bilo najbližje k sonetu. Prvi se je zaredil sam, potem so se pa namnožili.

* * *

Sterilna noč vlakov. H, pomlad zgodnja, poldrug kilometer dolg mrlič se
prebujajo od šentvida proti šmarni gori.
Dva si v beli kuhnji pečeva brancine, s čistimi pogledi prijatelj se potrjujeva
majhne kubarske finte,
s pogledi prijatelj tebtava drug drugega bridkost, natakava si malvazije;
mraz je, da se vidi sapa.
Legla bova in se sanjala: bog Ganež na slonu, bog Šiva na pavu, nad njima
– nad nama – v temo zaboden kažipot

na pot v prispodobi kraj, kjer iz dveh rata eden, iz obeh seštet, imun pred
videzom reči;
iz dveh teles eno, iz dveh nravi ena: kaj trepetenja! prečutib ur! pritajevanib
radosti!
Noč? Skoz minuto so padla štir desetletja – kdo sva, mlahava, posrebrana
gospoda?
Najneznatnejša misel se v naju ne skorajži; nobene kretnje, nobene
grimase.

(Iz knjige: Kobalt. 1976.)

ZV: Katero pesniško zbirko ali skupino svojih pesmi imate za najbolj zrelo?

MJ: Vselej zadnjo.

ZV: Ali so rime, primerjave, prispodobе, nasprotja v pesnikovanju labko tudi vulgarne, izpete, izpraznjene? Se mora dober pesnik lotevati vedno lastnih, izvirnih, neponovljenih stilnih elementov?

MJ: Film z izjavo »Ljubim te« ni pometel in ne bo. Še upamo in pričakujemo slišati ta spraznjeni, večni kliše v novih situacijah in povezavah, in bo ali očarljivo ali ganljivo ali pretresljivo ali pa mogoče strašno in spet in spet uspešno. Načelno se nočem vnaprej odreči nobenemu sredstvu. Že tako je delo težko in umazano: kolikerkoli besedam se moram odreči, ko izberem eno.

ZV: Je sploh mogoča primerjava pesmi iz začetka 19. stoletja s pesmimi današnjega časa?

MJ: Kolikor je mogoča primerjava med pesmimi, je mogoča tudi takšna primerjava.

ZV: Ali so leta, ki jih živimo, leta pesnikov, ali so jim izrazito nenaklonjena?

MJ: Ne vem, in tudi ne vem, če niso najbolj nenaklonjena leta najbolj naklonjena.

ZV: Mora pesnik rojevati svoja dela v bolečini, trpljenju, pomanjkanju, ali nastajajo dobre in še boljše pesmi tudi v urejenem življenju, sreči, blagostanju?

MJ: Si ne upam reči; včasih mislim, da prihaja pri pisanju ogromno moči ravno iz nekakšne kompenzacije; zimskega večera vam ves puščoben naslikam vroč, žehteč mediteranski poldan; kot pes sam na svetu in suhega, praznega srca sem pisal nesramežljivo ljubezensko pesem; vse pisanje o vinu prihaja najbrž iz same večne žeje... Mislim, da govorijo izkušnje bolj iz ozadja, že nekako prekušene. In najbrž smo pri tem tudi različni. Se pravi, je na vprašanje ali ali odgovor ja.

* * *

*Kaj na cvetličnem trgu me zanima?
Kot sam le nekaj public skupaj denem
in jih ponudim v pušljcu cenenem
(za špargelj kakšna zimzelena rima) –*

*tako se v rokah stare cvetličarke
poiščejo v nekako znosnem skladju
pepelne nianse zraven najbolj jarko;
saj gre, kdor je zadosti pridno vadi:*

*kot ona barve, jaz pomene vagam,
ona cvetlice, jaz besede zlagam.
Če kdo Vseviden opazuje naju,*

*kak Connaissance – morda prav pride v raju,
da pušljec Rata, pa sama ne ve
starka ne kavalirji ne gospe.*

(Iz knjige: Soneti. 1989.)

ZV: Katere so razlike med hermetično in zlabka razumljivo pesmijo?

MJ: Hermetičnost je lastnost manj komunikativne moderne poezije. Ampak pri najboljših vendarle vse štima. Zraven pa je, tako kot v vseh dejavnostih, veliko blefa; in ne ena slepa kura verjame, da je mogoče našla zmo. Sam ne vem, zakaj govoriti, če ne tako, da bo imelo rep in glavo. Da pokažem: lejte, kako se da tehle trideset besed fino skupaj speti in organizirati v pesem. Seveda pa zaradi jasnosti ne popuščam pri zahtevnosti sintakse, podredjih, tujkah: ravno zato, ker mi gre za natančnost izraza. Oboje mora biti. Saj je natisnjeno, boste pa mogoče prebrali še enkrat. Petju namenjena pesem pa naj bo manj gosta.

* * *

*Bila je mojih let, zdaj je že stara,
manj mile njene roke najbrž mile,
oči nekdanji ogenj so zgubile
in govor njen ne blodi več v utvarah,*

*kot kadar se deklič je prerazvnela
zazirala v prihodnje – zdajšnje? – čase,
v veri, da med ljudmi vsega planeta
brez zla, krivice in vojn bratovstvo zraste.*

*Nikoli je ne bom objel tedanje
čez oblo zadnjico in čvrste boke,
češ, dajva, krub peciva iz te moke,*

*ljubim nedolžnost tvojo, tvoje sanje,
upanje silno in tvoj vonj po poljib. –
In ne pozabil je ne bom nikoli.*

(Iz knjige: Soneti drugi. 1993.)

ZV: Večina resnih slovenskih pesnikov se je poskusila tudi v eni najtežjih pesniških oblik, v sonetu. Kar dve Vaši pesniški zbirki, morda najboljši, prinašata samo sonete. Zakaj?

MJ: Naneslo je. Dober ducat sem jih napisal že dvajsetletnik, poznam obliko in, saj pravim, imel sem polno glavo jabskega ritma, prvih nekaj besed je dalo verz, verz potegne drugega, »in je videl, da je dobro« – in je rekel, bo ena objava v časopisu, nastala je knjiga in še ena in še nekaj komadov. Poleg tega imam rad vnaprej predviden format. Sonet gotovo ni po naključju najbolj pogosta stalna oblika evropske poezije. Po mojem se v njem ravno prav zaobrneta slika in misel, verjetno je pripraven zaradi zapomnljivosti in z njo povezanega dihanja (»sape«). Za naš čas je bližnjica k oživiljanju, via forma, večnih tem poezije... Ne en razlog, kar vse je še bolj jasno post festum. – O tem, koliko težek je kot forma, so se že preklali.

* * *

*Skobec je bil: negibna silhueta,
drseča v nebesu na pol globine...
in čas je bil, ki je in poletje mine;
zdaj ptič ne jadra več in več ne leta
in jaz sem človek malo star. Znam biti
bvaležen za večer in za tišino;
b krubu v majoliko natočim vino,
da bkerati se odžejam in nasitim,
in mi je dobro; če srce zasanja,
živi ga fundus slik nekdanjih ur –
bel prod, lapub, Nadiža, Matajur,
vržen kvišku navpik: ali je kanja
ali skobec kroži pred desetletji
nad dečkom – sonce peče, pozni julij –,
o, dobro mi je, prav mi je živeti.
In z mokrih kamnov pišejo metulji.*

(Prvič objavljena pesem.)

ZV: Površno so se mi zdele Vaše novejšje pesmi labkotne, svetle, optimistične. Ko pa sem hotel iz njih izluščiti odlomke za morebitno novoletno posvetilo, pa za to primernih verzov skoraj nisem našel. Kot v slikarstvu in v slovenskem pesništvu tudi pri Vas prevladujejo vsaj svetlosivi, če ne temnejši toni, ali ne?

MJ: Težavo ste imeli najbrž pri iskanju kakšne enovite, sklenjene bodre ali bodrilne povedi. V naravi te vrste pesmi je pač stalna dinamika; enako kakor v verzju tudi v čustvenem in miselnem naboju. Poskušal sem delati po modelu nekakšne renesančne ploskovitosti, pa se je izkazalo, da pesem, ki se v izteku ne zaviha, imeti vtis, da se zaviha slabo in da je pač spodletela... Očitno hoče imeti na koncu »poanto«. Drugače pa se nimam za temnega. Ne za jadikovalca ne za slavilca življenja.

* * *

*Ves dan so nizko letali oblaki –
če bi na zadnje noge vzpel se vol,
vanje zadel bi s kaveljni rogov,
a je samo spogibal glavo v tlaki;*

*do mraka kmet se je navzgor oziral,
tibo preklinjal in mu prigovarjal
s skrbjo in vebemenco gospodarja;
dež je prišel s predhodnico večera,*

*takrat, hvala Bogu, ko sta orača
že zblizu in z uso resnostjo, kot treba,
biša pozdravila in blev domača,*

*ergo seno in žganje in pol bleba. –
V dvorišču vendar bip še postojita,
preden gresta naprej sveže umita.*

(Iz knjige: Soneti drugi. 1993.)

ZV: Je dobra pesem enopomenska ali večpomenska?

MJ: Rad imam, da je pesem natančna. Ne maram ambiguitet.

ZV: Ali že napisana, starejša pesem nagovarja pesnika enako, kot ga je takrat, ko jo je napisal?

MJ: »Vse teče.«

ZV: Iz katerih jezikov prevajate? Kateri od teh Vam je najbližji?

MJ: Prevajal sem največ iz srbohrvaščine, ruščine in angleščine. Imam okoli štirideset prevodov gledaliških iger. Ne gre toliko za jezik kot za avtorja. Najlepše so se mi pretakale igre Čehova, pa tudi s Shakespearom imam pogosto dober občutek.

ZV: Kaj je prevod literarnega dela: tehnična predstavitev, postvarjanje ali na novo predstavljeno umetniško delo, skupno delo dveh ustvarjalcev?

MJ: Tudi vprašanje za misleca. Najbolj je reinterpretacija; idealna je, če se prevaja iz istega v isti jezik. Drugo so približki. Gre predvsem za omogočanje dobrega dela igralcu: jasni stavki, četudi pogosto v verzih, da lahko plasira misel... Če je zadovoljen igralec, smo lahko zadovoljni vsi. Držim se izvirnika, štejem zloge, rabim sodobno, precej diferencirano, dinamično slovenščino, ki jo edino znam.

ZV: Shakespeara so prevajali pred Vami Cankar, Župančič, Bor in drugi. Zakaj novi prevodi? V čem je Vaš prevod drugačen od Župančičevega?

MJ: Pred leti se je zdelo ljubljanski Drami prav poskusiti z menoj. Pobudo je dal tedanji ravnatelj Igor Lampret. Poskusil sem, prevedel Sen kresne noči in dobil nova naročila. Prevod je drugačen, ne gre za to, da bi bil boljši, drugačen je. Zdaj lahko gledališča izbirajo. To ni kot zakon, češ zdaj imamo nov kazenski zakonik, proč s prejšnjim. Najbrž je moj prevod sodobnejši v jeziku in ponekod bolj natančen. A upoštevajte, da moj prevod konzumira Župančičevega; on pa je vendar oral ledino: on je potokazec slovenskega prevajanja verzov za gledališče in mera tej deseterici, ki to delamo za njim.

* * *

Iz popevke »Lastovka«

*Spominjanje je trudno, današnji dan boleč,
misli, kaj še pride, je več ko odveč;
tesnoba je povsod, kjerkoli vase vdreš,
in najbrž si nikoli do konca ne prispeš,
in ibtiš ibtiš za tisoče ljudi
in ibtiš ibtiš in to še nisi ti,
vate prišla je drobna drobna ptica,
in ona bridko žalost zvabi ti na lica –
kaj jo je prignalo, od kod je le prišla
čisto noter vate jokati lastovka...
Morda zato izbrala ravno je srce,
ker tam je toplo toplo,
zato ker smo ljudje...*

ZV: Privlači Vas tudi dramatika, tako v gledališču kot pri radiu in televiziji. Kaj ustrezneje izrazite z dramo kot s pesmijo?

MJ: Bolj se mi posreči tisti tip igre, ki po obsegu ustreza nekako noveli. Za roman, se pravi celovečerno dramo velikega formata, nimam potrebne analitične glave. Zato delam kratke, komorne igrice, kjer se pogovarjajo kaj hecnega, neusodnega, in radijske igrice, ki jih imam še posebno rad. Pri igrh me vznemirja tekočnost dialoga, več med seboj komplementarnih govorcev, naglo spreminjanje vzdušja... Pesem je miniaturna, mogoče detalj, je lomljeni žarek v kaplji na listu po nalivu; v igri pa je že pejsaž z družino: jasa, na kateri so posedli gizdalini z grizetami – zdaj bomo pa videli.

ZV: Niso Vam tuje žanrske pesmi. Za klasično meščansko izobražene ljudi so se veliki pesniki lotevali le velikih eksistenčnih tem, bolečine in brepenenja. Je povezava ali prepad med žanrom in usodnostnimi temami?

MJ: Rad sebi in drugim pokažem, da obvladam metje. Dam si od kolegov prevajalcev naročiti kakšne verzice, citirane v proznem ali strokovnem delu; pa sonete za ne moje igre in filme; pa tekste za pete pesmi. Vendar sem malo izbirčen. Za cigo migu muzikontarje že ne pišem. Z resnimi skladatelji pa je veselje sodelovati. Človek mojih let tudi rad poskusi kaj novega: recimo pisati na že narejeno glasbo. Pač pa sem se po premisleku odločil, da se prevajanja opere ne lotim. Delam pa libreto za znanega skladatelja.

ZV: Pisali ste besedila za popevke, recimo Lastovka...

MJ: To je pesmica, ki so jo v geološki davnini vrteli med odmorom pri predstavi Naivne lastovke, da bi dišalo po Parizu... Ro-bežnikova melodija je prelepa, za svoj delež pa lahko rečem, da se je pokrompiril.

ZV: Usoda popevke je, da jih poslušamo, pojemo, si jih žvižgamo le kratek čas, morda pol leta, leto dni. Ali se ne izprazni tudi pesem, ki jo preprosto slišimo, recitiramo, pojemo, če se na primer spre-menti v nacionalno himno?

MJ: Pregovor pravi: »Vsaka pesem je samo en čas lepa.« Gotovo. Besede so iz krhkega železa. Še trši material se utruji.

Razgovor je v imenu uredništva ZV vodil J. Drinovec.

Zdravniški vestnik pred 60 leti

ŠTEVILKA 3/1936

Anton Prijatelj

Tretja številka Zdravniškega vestnika – strokovnega glasila zdravništva v Dravski banovini, je izšla 31. marca 1936. Uredništvo in administracija: dr. R. Neubauer – Golnik.

- Silna krvavitev iz pljuč; smrt radi popolne zamašitve sapnika in bronhijev brez atelektaze
Dr. F. Cardis in dr. A. Gilliard, Leysin – Švica
To delo znanega franko švicarskega fiziologa je prevedeno iz originalnega, še nikjer objavljenega francoskega rokopisa
- Vloga holesterina v človeški preosnovi in pri holesterinovi plevritidi
Doc. dr. Ivan Matko in dr. Božena Merljak
- Poskusi kemoterapije in biološke terapije rakastih obolenj
Dr. Josip Cholewa
- Kongenitalna fuzija kralježaka (Kongenitalna kifoza)
Dr. Miroslav Delić, Kraljevica
- O coeliakiji (coeliakia)
Dr. M. Kremžar – Domžale
- Prof. Paul Erlichovo odkritje pred 15 leti
Dr. Ernest Hammerschmidt – Ljubljana
- Organizacija bolnišnic in zdravniškega stanu na Angleškem (Vtis potovanja v London)
Dr. F. Minař
- Še o Knaus-Oginovi teoriji
Dr. M. Justin
- O Ljubljanski bolnici
Dr. Oton Bajc
- Nekaj jezikovnih in pravopisnih napak
Dr. Maks Kremžar – Domžale

– V lastni stvari
Dr. R. Neubauer

Organizacija bolnišnic in zdravniškega stanu na Angleškem

Dr. Franc Minař (30. 3. 1889 – 13. 11. 1950)

Dr. Franc Minař, zdravnik-ortoped, je bil rojen na Češkem, študiral v Pragi in na Dunaju, kjer je diplomiral leta 1914. Leta 1918 se je zaposlil v Ljubljani kot sekundarij na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice. Specializiral je ortopedijo v Bologni. Zavzemal se je za gradnjo ortopedskega oddelka v ljubljanski bolnišnici. V letu 1923 je bil ustanovljen ortopedski pododdelek na kirurškem oddelku. Dr. Minař je bil njegov vodja, od leta 1930 kot primarij do upokojitve leta 1938.

Dr. Minař je bil v letih 1928, 1930 in 1933 na obisku v Angliji, kjer si je ogledal organizacijo tamkajšnjih bolnišnic, zdravniškega stanu in študija medicine. Svoje izkušnje iz angleških bolnišnic in angleškega študija je zapisal v dveh poročilih v Zdravniškem vestniku leta 1936.

Zapisal je že uvodoma, da ni lahko poročati o angleških bolnišnicah, še posebej zato, ker so to privatne institucije s popolno avtonomijo. Poleg tega je razlika tudi v tem, ker jih ne vodi en sam zdravnik, pač pa je poleg zdravniške uprave še več zdravnikov. Ves angleški sistem sloni na starem angleškem tradicionalizmu in konzervativizmu.

Ob prvem obisku je bil prepričan, da bo videl mnogo modernih in novih bolnišnic. Namesto teh je videl stare zgodovinske stavbe, ki so stale že dolga stoletja. Najstarejša in najuglednejša bolnišnica sv. Bartolomeja z najboljšo medicinsko šolo je bila sezidana že leta 1123. Nenavadno je to, da ima bolnišnica približno 10.000 oskrbovancev letno. Svoje finančno stanje izboljšuje z ambulantnimi pregledi bolnikov, ki jih pregleda prek 120.000 letno.

V Angliji imajo dvoje vrst bolnišnic: državne bolnišnice, kjer nosi stroške zdravljenja država, deloma lokalne oblasti pa tudi bolnik sam, in dobrodelne bolnišnice. V teh pa zdravijo samo določene bolezni. Ker delujejo v večnem pomanjkanju denarja, si pomagajo tako, da za prezidente in protektorje izbirajo najodličnejše člane angleške družbe ali celo kraljeve družine. Lahko pa administracije apelirajo na posamezne bolnike, da podarijo bolnišnicam denar za zdravljenje revnejših bolnikov.

V dobrodelne bolnišnice prihajajo znameniti operaterji vsaj enkrat tedensko operirat. To delajo zastonj. Nameščen je le mlajši zdravnik, ki je na oddelku in skrbi za bolnike. S tem je nadzor nad bolniki slabši. Bolniki se vkljub temu odločijo za dobrodelne bolnišnice. Operaterji si navadno pomagajo drug drugemu. Zato pa je evidenca in statistika njihovega dela manj natančna.

Študij medicine v okviru univerze obstaja šele od leta 1921. Prej so ta študij vodile medicinske šole, ki so bile ob starih in uveljavljenih bolnišnicah. Študij, izpite in rigorozne nadzorujejo tri institucije: Kraljevi kolegij za medicino, Kraljevi kolegij za kirurgijo in Angleško zdravniško društvo.

Angleži sodijo, da je najvažnejši del študija praktično delo, zato je praktični del študija obvezen. Študij traja pet in pol do šest let. Po treh rigorozih dobi študent naziv kandidat medicine ali kirurgije. Za naziv doktorja medicine mora študirati še dve leti.

Ob koncu dr. Minař sodi, da je sistem angleških bolnišnic kompliciran in ni primeren za naše razmere. Znanstveno delo je otežkočeno, ker nimajo asistentov. Pač pa pohvali njihov sistem študija, ki daje velik poudarek praktičnemu delu. Zdi se mu izvrstna organizacija zdravniškega stanu, katerega vodijo tri samostojne organizacije, ki so bogate in kot prve odločajo v vseh važnih vprašanjih zdravniškega stanu.

Tako pred 60 leti. Morda prihajajo tudi k nam zopet taki časi?

® Estraderm TTS

estradiol 17 β

NAJBOLJE NADOMEŠČA FIZIOLOŠKO IZLOČANJE
ESTRADIOLA



Estraderm TTS 25
Estraderm TTS 50
Estraderm TTS 100



CIBA-GEIGY AG
Zastopnik za Hrvasko
Makedonijo in Slovenijo

PLIVA d.d. ZAGREB

Utrdimo obale življenja

*bifosfonat, preizkušen
v zdravljenju
in preprečevanju osteoporoze*

deluje antiresorpcijsko

zavira izgubo kostne mase

zmanjša število zlomov

*omogoča ciklično zdravljenje
in tako ne zavira
mineralizacije novonastale kosti*

bolniki ga dobro prenašajo



Pleostat®

tablete *etidronat*

Indikacije in doziranje: *Pomenopavzalna, senilna in s kortikosteroidi povzročena osteoporoza.* Dnevna doza je 400 mg Pleostata. Dajemo ga 14 dni, zdravljenje ponovimo vsake tri mesece. **Pagetova bolezen:** Dnevna doza je 5 do 10 mg/kg telesne mase. Dajemo ga šest mesecev. **Hiperkalcemije pri malignih obolenjih:** Dnevna doza je 20 mg/kg telesne mase. Dajemo ga 30 dni. **Heterotopične osifikacije:** Dnevna doza je 20 mg/kg telesne mase. Dajemo ga nekaj tednov. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za bifosfonate, osteolitične lezije dolgih kosti, huda vnetja v prebavilih, ledvična insuficienca, osteomalacija. **Oprema:** 14 tablet po 400 mg.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

MIACALCIC® POMAGA PREMAGATI OSTEOPOROZO

Nosno pršilo Miacalcic izroči kalcitonin v obliki nežne meglice na površino nosne sluznice, od tam pa hitro preide v kost. V kosti Miacalcic zavira razgradnjo kosti in poveča se gostota kostne mase.¹

Klinično je dokazano, da nosno pršilo Miacalcic zmanjša bolečino² in omogoči gibanje.

Vgrajeni števec odmeri dozo in registrira vsako uporabo nosnega pršila, kar je praktična pomoč bolniku pri rednem jemanju zdravila, preprečuje pa tudi predoziranje.

Ko imate pred seboj bolnika z osteoporozo, se spomnite na Miacalcic.



Literatura: 1. Christiansen C. Use of nasally administered salmon calcitonin in preventing bone loss. *Calcif Tissue Int.* 1991; 49 (suppl 2): S14-S15. 2. Gennari C et al. Use of calcitonin in the treatment of bone pain associated with osteoporosis. *Calcif Tissue Int.* 1991; 49 (suppl 2): S9-S13.

Miacalcic - za uravnavanje metabolizma kosti in mineralov. Sestava: aktivna učinkovina je sintetiziran lososov kalcitonin. **Indikacije:** osteoporozo, bolečine v kosteh povezane z osteolizo in/ali osteopenijo, Pagetova kostna bolezen, hiperkalcemična kriza, nevrodistrofične motnje (Sudeckova bolezen), akutni pankreatitis (glej celotno navodilo). **Doziranje:** odvisno od indikacije in načina uporabe (glej celotno navodilo). Kontraindikacije: preobčutljivost za Miacalcic. **Interakcije:** interakcije z drugimi zdravili niso znane. **Previdnostni ukrepi:** nosečnost in dojenje; pri bolnikih nagnjenih k preobčutljivostnim reakcijam priporočamo izvedbo kožnih testov. Uporaba pri otrocih je omejena na nekaj tednov. Nosno pršilo: intranazalna absorpcija kalcitonina se pri rinitisu lahko poveča. **Stranski učinki:** slabost in včasih bruhanje, občutek vročine v glavi z rahlo rdečico obraza. V redkih primerih se lahko pojavijo preobčutljivostne reakcije, vključno z lokalno reakcijo na mestu injiciranja ali generalizirano kožno reakcijo. Objavljeno je bilo nekaj anafilaktičnih reakcij, katerih znaki so bili tahikardija, hipotenzija in kolaps. Stranski učinki so redkejši pri uporabi pršila za nos (glej celotno navodilo). **Oprema:** Pršilo za nos: 2 ml raztopine Miacalcic Nasal 100 (1100 i. e./ml); 2 ml raztopine Miacalcic Nasal 50 (550 i. e./ml); Injekcije: 5 ampul po 1 ml (100 i. e./1ml). **Informacije in literatura so na voljo pri Sandoz Pharma Services Ltd. Basel, Predstavništvo v Sloveniji, Dunajska 107, 1000 Ljubljana, tel. 061/168 14 22, faks 061/34 00 96.**

MIACALCIC®

 **SANDOZ**

Nova zvezda

Novo zdravilo za zdravljenje blago in zmerno zvišanega krvnega pritiska

Cynt

moksonidin
selektivni agonist
imidazolskih
receptorjev

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

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

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

Indikacije: Esencialna arterijska hipertenzija.

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

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

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

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

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

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

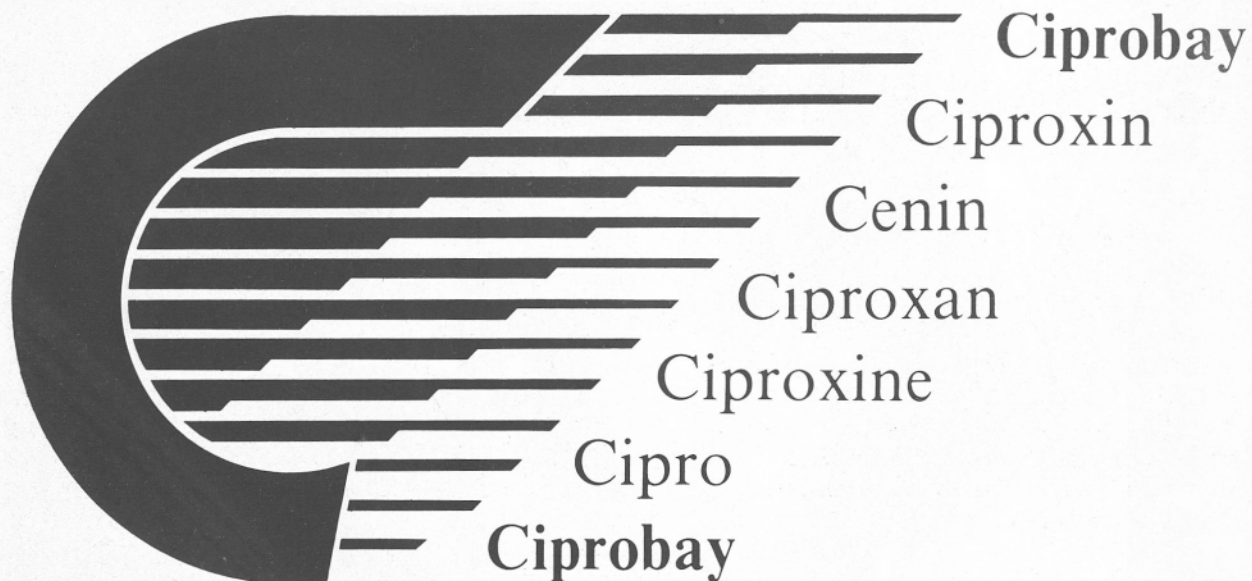
Oblika in pakiranje: 30 filmskih tablet po 0,2 mg moksonidina; 30 filmskih tablet po 0,3 mg moksonidina; 30 filmskih tablet po 0,4 mg moksonidina

Način izdajanja: Samo na zdravniški recept.

Izdeluje: Beiersdorf-Lilly GmbH, 20253 Hamburg.



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



- 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

SANDOZ

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

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



SANDOZ

vaš partner pri zdravljenju

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

V Sloveniji so na voljo registrirana zdravila:

Lamisil® (terbinafin)

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

Leponex® (klozapin)

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

Lescol® (fluvastatin)

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

Leucomax® (molgramostim)

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

Melleril® (tioridazin)

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

Miacalcic® (kalcitonin)

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

Navoban® (tropisetron)

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

Sandimmun Neoral® (ciklosporin)

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

Sandostatin® (oktreotid)

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

Sirdalud® (tizanidin)

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

Syntocinon® (oksitocin)

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

Tavegyl® (klemastin)

- intravenski antihistaminik prvega izbora

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

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

Splošna načela

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Spremeni 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 jedrnato zajame bistvo vsebine članka. Če je naslov z avtorjevim priimkom in imenom daljši od 90 znakov, je treba navesti še skrajšano verzijo naslova za tekoči naslov. Na naslovni strani naj bo navedenih tudi po pet ključnih besed (uporabljene naj bodo besede, ki natančneje opredeljujejo vsebino prispevka in ne nastopajo v naslovu; v slovenščini in angleščini) ter eventualni 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 hrbtni strani vsake slike naj bo s svinčnikom napisano ime in priimek avtorja, naslov članka in zaporedna številka slike. Če je treba, naj bo označeno, kaj je zgoraj in kaj spodaj.

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

Literatura

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

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

Primeri citiranja

– primer za knjigo:

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

– primer za poglavje iz knjige:

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

– primer za članek v reviji:

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

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

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

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

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

– primer za članek iz suplementa revije:

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

– primer za članek iz zbornika referatov:

7. Schneider W. Platelet metabolism and membrane function. In: Ulutin ON, Vinazzer H eds. Proceedings of 4th international meeting of Danubian league against thrombosis and haemorrhagic diseases. Istanbul: 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. Korektore je treba vrniti v treh dneh, sicer uredništvo meni, da avtor nima pripomb.

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

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

Navodila za delo recenzentov

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

Recenzentovo delo je zelo odgovorno in zahtevno, ker njegovo mnenje največkrat vodi odločitev uredništva o usodi prispevka. S svojimi ocenami in sugestivnimi recenzijami 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 izveček 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 65, MARCH 1996, Page 113–156, Number 3

CONTENTS

RESEARCH ARTICLES

- C-reactive protein and erythrocyte sedimentation rate in erythema migrans,**
V. Maraspin-Čarman, F. Strle, J. Cimperman 113

PROFESSIONAL ARTICLES

- Asbestos bodies in bronchoalveolar lavage fluid and bronchoscopic lung biopsy,**
A. Debeljak, M. Mermolja, T. Rott, Z. Remškar 115

- Prevention of visual loss in diabetic retinopathy,** D. Pahor, B. Gračner 119

- The efficiency of first generation cephalosporins in treatment of pneumonia,**
M. Sočan, B. Beovič 123

REVIEW ARTICLES

- Human erlichiosis,** S. Lotrič-Furlan, L. Vidmar 127

- Possibilities of detection of early atherosclerotic changes of arterial wall,**
P. Poredoš, A. Kek 131

LETTERS TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS