

zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

CELJSKA ŠTEVILKA

VSEBINA

PREDGOVOR

Ob osmi celjski številki Zdravniškega vestnika, J. Drinovec 529

RAZISKOVALNI PRISPEVEK

Vpliv intrauterinih vložkov na pelvična vnetja, D. Glušič 531

STROKOVNI PRISPEVKI

Ultrazvočni prikaz krvavitve v nadledvično žlezo novorojenca, Z. Felc, J. Tikvič-Barič, A. Ilijaš-Trofenik, S. Peterlin 535

Rezultati zdravljenja endometrijskega karcinoma na ginekološkoporođniškem oddelku v Celju, A. Peterlin, J. Kuhelj, S. Levak-Hozjan 537

Toksoplazemski limfadenitis – Citomorfološka slika in diferencialna diagnoza, A. Repše-Fokter, M. Us-Krašovec, R. Golouh, J. Logar 541

Mnenje bolnikov o zdravstveni službi, A. Žmavc, F. Velikanje 545

Vpliv operativne tehnike na endotelizacijo anastomoz in prehodnost venskega avtotransplantata, B. Fludernik, I. Jelić 551

Elektrofiziološke značilnosti simpatičnega kožnega odziva pri zdravih ljudeh, B. Šibanc 555

Rekonstrukcija spregledanih zlomov ličnice, D. Žerdoner 561

Strokovni nadzor s svetovanjem v splošni medicini, F. Urlep 563

Hepatitis ne A ne B v luči novih dognanj in rezultati testiranj antihepatitis C virusa na Infekcijskem oddelku v Celju, G. Lešničar 567

Zdravljenje velikih okvar čeljustnic po odstranitvi večjih cist, S. Fludernik, M. Bagatin 575


PREGLEDNI ČLANKI

Preliminarni rezultati študije akutnega hepatitisa ne A ne B (hepatitisa C), G. Lešničar 579

PISMA UREDNIŠTVU

Okvirni predlogi interdisciplinarne obdelave bolnikov z motnjami limfnega obtoka, J. Arzenšek . . . 585

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo: BIOLOGICAL ABSTRACTS, BIOMEDICINA SLOVENICA, CURRENT CONTENTS/CLINICAL MEDICINE, EXCERPTA MEDICA, MEDLARS

	Letnik 61	Št. 11	Str. 529–592	Ljubljana	November 1992
--	-----------	---------------	--------------	-----------	---------------

RAZGLEDI

Jubileji	587
Nekrologi	588
Strokovno izpopolnjevanje	549
Strokovna srečanja	587
Nove knjige	589
Zdravniki v prostem času	559
V tej številki so sodelovali	544
Oglasi	540, 550, 554, 578, 586, 590, 591, 592

Glavni urednik / Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik / Responsible Editor:

M. Janko

Uredniki / Editors:

M. Cevc, T. Žgur

Sourednik / Co-Editor:

G. Lešničar

Tehnični urednik / Technical Editor:

P. Dolenc

Uredniški svet / Editorial Council:

S. Herman (predsednik/president), F. Urlep (namestnik predsednika/vice-president), B. Baraga, J. Bedernjak, A. Gregorič, J. Jakša, J. Jeras, V. Kostevc-Zorko, T. Košir, A. Kovačič, I. Kralj, M. Lavrič, J. Lešničar, Ž. Ostojič, A. Planinšek, M. Porenta, A. Prijatelj, T. Ravnikar, M. Skulj, M. Strojman, B. Šalamun, T. Šiler, B. Šuštaršič, Z. Turk, T. Vahtar, M. Žitnik

Uredniški odbor / Editorial Board:

J. Bedernjak, A. Bren, S. Bunta, M. Cevc, J. Darovec, A. Dernikovič, D. Ferluga, D. Keber, E. Kovačič, G. Lešničar, L. Marion, J. Markež, J. Marolt, M. Marolt-Gomišček, L. Morela, E. Mušič, M. Pajntar, D. Pokorn, S. Repše, Z. Rudolf, J. Simoniti, J. Sketelj, K. Šparaš, L. Toš, R. Turk

Tajnica uredništva / Secretary of the Editorial Office: K. Jovanovič

Lektor za slovenščino / Readers for Slovenian: T. Korošec, **za angleščino / for English:** M. Davis

Naslov uredništva in uprave / Adress of the Editorial Office and Administration: 61000 Ljubljana, Komenskega 4, tel. (061) 317-868

Tekoči račun pri / Curent Account with LB 50101-678-48620

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec. Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino, ki znaša 2.600,00 SIT, za študente 650,00 SIT, za ustanove 20.000,00 SIT, za tujino 300 US \$, posamezna številka stane 400,00 SIT. To številko so sofinancirali: Ministrstvo za znanost in tehnologijo, Ministrstvo za zdravstvo, družino in socialno varstvo in Zdravstveni center Celje – Tisk ČGP DELO – Tiskarna, Ljubljana – Naklada 4300 izvodov

Zdravniški vestnik

LETNIK 61 – ŠTEVILKA 11

GLASILO SLOVENSKEGA
ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY



Za pisanje dobrega prispevka je treba zaprositi zelo zaposlenega pisca.

Takšen pisec je zagotovo uspešen, pisati mora za mnoge revije, zbornike in pripravljati predavanja. Manj spretnemu, začetniku, težko pišočemu pa je treba pomagati, ga potrpežljivo voditi, spodbujati in učiti, učiti... Tudi to je naloga Zdravniškega vestnika, ki se ji ne misli odreči.

Na 8. kongresu slovenskih zdravnikov v Mariboru 8. in 9. maja 1992 uredništvo Zdravniškega vestnika žal ni imelo priložnosti predstaviti dosežkov in zagat v preteklem uredniškem obdobju, kot tudi ne soočiti vedno znova vprašljivi koncept naše revije. V kar najbolj zgoščeni obliki so sadovi teh prizadevanj razvidni iz poročila glavnega in odgovornega urednika (1).

Regijske, tematske in institucijske številke Zdravniškega vestnika je kot urednik vpeljal S. Mahkota, v večjem obsegu pa razvijal M. Kališnik. Uredništvu te številke ne pomenijo vira finančnih sredstev za izhajanje revije (mimogrede povedano – zvesti bralci so to prav gotovo opazili – Zdravniški vestnik izhaja že tretji mesec redno v tekočem koledarskem mesecu) pomenijo pa nam vsestranski izziv, spoznavanje dosežkov, tako medicinskih kot organizacijskih, kulturnih, tudi konjičkov, med zdravniki znotraj celotne države. Praviloma je za uredništvo večji zalogaj pripraviti takšno številko kot redno. Kriteriji za objavo članka so povsem enaki, recenzenti niti ne vedo, da pregledujejo prispevek za regijsko številko. Souredniki regijskih števil delijo z uredništvom v različni meri odgovornost za zadostno število kakovostnih prispevkov, samo na njihovih plečih pa je pridobivanje sredstev za celotno pokritje tiskarskih stroškov. V zadnjih letih smo poskušali pri regijskih, institucijskih in tematskih številkah, kadar je bilo le mogoče, delo zaokrožiti še z vsebino povezanim uvodnikom in po možnosti z aktualnim pogovorom.

Ocenjujemo, da se kakovost in pisanost regijskih, institucijskih in tematskih števil izboljšuje. Pa vendar takšne številke ne odražajo popolnoma kakovosti medicine v regiji, ustanovi ali združenju. Ne uspe nam zagotoviti prispevkov najboljših strokovnjakov, najbolj prodornih piscev ali najbolj renomirane enote.

V tabeli so prikazane regijske, tematske in institucijske številke od leta 1988 dalje. Številke same zase govorijo dovolj zgovorno, kakšno težo namenja uredništvo in tudi pisci takšnim številkam Zdravniškega vestnika.

OB OSMI CELJSKI ŠTEVILKI ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

Tab. 1. Število strani (%) regijskih, institucijskih oz. tematskih števil ZV od 1988 do 1992.

Leto	Regijske številke	Tematske številke	Institucijske številke
1988	228 (35)	272 (42)	80 (12)
1989	0	46 (10)	64 (12)
1990	0	152 (23)	184 (27)
1991	52 (10)	172 (31)	148 (27)
1992*	96 (18)	64 (12)	108 (20)

* Do vključno 10. številke.

Prva celjska številka tedanjega Zdravstvenega je izšla leta 1955, druga 1956, tretja 1977, četrta 1982, peta 1984, šesta 1986 in sedma 1988. Od tretje številke dalje je bil sourednik J. Lešničar. V osmi je dobil vrednega naslednika v G. Lešničarju. Dosedanje plodno medicinsko publicistično delo je orisal v prejšnji celjski številki M. Kališnik (2). V zadnjem obdobju se je celjska medicina razvijala izredno pospešeno. Ima dve raziskovalni enoti, eno v Zdravstvenem centru Celje oz. v Bolnišnici, drugo pa v Zdravilišču Rogaška Slatina. Na področju z okrog 250.000 prebivalci dela 450 zdravnikov, v sami Bolnišnici Celje 153. V regiji so še naslednja zdravilišča: Rogaška Slatina, Podčetrtek, Laško, Dobrna, Topolšica, Zreče in Rimske Toplice. Dejavnost bolnišnice je za obdobje 1953 do 1985 podrobno opisana v Zborniku o razvoju zdravstva na Celjskem (3).

Osma celjska številka Zdravniškega vestnika zagotovo ne bo zadnja in deveta bo še boljša od te. Želimo spodbuditi tekmovanje v kakovosti v najširšem smislu!

Jože Drinovec, glavni urednik

Viri

1. Drinovec J, Janko M. Poročilo uredništva Zdravstvenega vestnika za obdobje 1988–1991. Zdrav Vestn 1992; 61: 320–1.
2. Kališnik M. Razmišljanje ob sedmi celjski številki. Zdrav Vestn 1988; 57: 289–9.
3. Hrušovar M, Četina J eds. Zbornik o razvoju zdravstva na Celjskem od leta 1953–1985. Celje: Zdravstveni center, 1991: 1–367.

THE INFLUENCE OF INTRAUTERINE DEVICES ON PELVIC INFLAMMATORY DISEASE AND ECTOPIC PREGNANCY

VPLIV INTRAUTERINIH VLOŽKOV NA PELVIČNA VNETJA IN EKTOPIČNO NOSEČNOST

Dušica GLUŠIČ

Ginekološko porodniški oddelek, Splošna bolnišnica, Javni zavod Zdravstveni center Celje, 63000 Celje

Prispelo 1990-11-18
Sprejeto 1992-05-27

Zdrav Vestn 1992; 61: 531-4

KEY WORDS: ectopic pregnancy; incidence; relative risk; *Chlamydia trachomatis*; *Neisseria gonorrhoe*

KLJUČNE BESEDE: ektoپیčna nosečnost; incidenca; relativno tveganje; *Chlamydia trachomatis*; *Neisseria gonorrhoe*

ABSTRACT – Background. From March 1, 1986 to December 31, 1988 179 women were operated on for ectopic pregnancy in the Gynaecological delivery ward of Celje Hospital. The ectopic pregnancy diagnosis was histologically confirmed in all the cases. The yearly incidence of ectopic pregnancy in the period mentioned was 0.07 ectopic pregnancies pro 100 women of productive age and 2.4 ectopic pregnancies pro 100 deliveries.

Methods. This study aimed to discover whether the use of intrauterine devices (IUD) is a risk factor for ectopic pregnancy occurrence. For this purpose 62 women with ectopic pregnancy who had had an IUD inserted and 117 women without an IUD were compared. As precise data were not available as regards the fertile population and IUD users in the region, the calculated relative risk for ectopic pregnancy is only a rough estimation.

Results. The relative risk for ectopic pregnancy is three times higher for IUD users than for women without an IUD. Among the factors which increase the probability of ectopic pregnancy in women without an IUD are their youth, separated life without deliveries, higher education level, and conservative and operative treatment of sterility.

Conclusions. Nearly one fourth of the women (24.6%) with ectopic pregnancy were infected with *Chlamydia trachomatis*. For those who had an IUD and were infected with *Chlamydia trachomatis*, the risk of ectopic pregnancy is 2.5 times higher than for the women without an IUD. One woman operated on for ectopic pregnancy, who did not use an IUD, was infected with *Neisseria gonorrhoe*.

IZVLEČEK – Izhodišča. Od 1. marca 1986 do 31. decembra 1988 je bilo zaradi ektoپیčne nosečnosti na Ginekološko-porodniškem oddelku bolnišnice Celje operiranih 179 žensk. Diagnoza ektoپیčna nosečnost je bila v vseh primerih histološko potrjena. Letna incidenca ektoپیčne nosečnosti v omenjenem obdobju je bila 0,07 ektoپیčne nosečnosti na 100 žensk v rodnem obdobju in 2,4 ektoپیčne nosečnosti na 100 porodov.

Metode. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali je intrauterini vložek (IUV) dejavnik tveganja za nastanek ektoپیčne nosečnosti. V ta namen smo primerjali 62 žensk z ektoپیčno nosečnostjo, ki so imele vložek IUV, in 117 žensk brez IUV. Ker nismo razpolagali s točnimi podatki o rodni populaciji in o nosilkah IUV v regiji, je izračunano relativno tveganje za ektoپیčno nosečnost groba ocena.

Rezultati. Relativno tveganje za ektoپیčno nosečnost je za ženske z IUV 3-krat večje kot za ženske brez IUV. Med dejavniki, ki povečujejo verjetnost ektoپیčne nosečnosti pri ženskah brez IUV, so še mladost, ločeno življenje brez porodov, višja izobraženost, konservativno in operativno zdravljenje neplodnosti.

Zaključki. Skoraj četrtina (24,6%) žensk z ektoپیčno nosečnostjo je bila okužena s *Chlamydia trachomatis*. Nosilke IUV, okužene s *Chlamydia trachomatis*, 2,5-krat bolj tvegajo za ektoپیčno nosečnost kot s *Chlamydia trachomatis* okužene ženske brez IUV. Z *Neisseria gonorrhoe* je bila okužena ena ženska, operirana zaradi ektoپیčne nosečnosti, ki ni uporabljala IUV.

Introduction

Pregnancy which is followed by implantation of a fertilized ovum outside the uterine cavity is called ectopic or extrauterine pregnancy (EP) (1). Why an embryo becomes embedded outside the uterus is not yet clear (2, 3).

Although there are many modern diagnostic means available, it is still difficult to make a diagnosis in cases of EP, especially in women using intrauterine devices who have problems with bleeding, uterine discharge and suffer from convulsions more frequently than other women. In the early diagnosis of EP, new methods have been gaining in importance in recent years: those which are less unpleasant for patients such as: radio-immunoassay for beta HCG in serum (4-10) and in urine (11), serum progesterone measurement (12, 13), determination of specific beta-glycoprotein (SP1) or pregnancy-associated placental protein A (PAPP-A) (14, 15), laparoscopy and ultrasound with vaginal sound. Not only typical

anamnesis and clinical features but also puncturing of Douglas' pouch, pregnancy tests and biopsy of the endometrium are still used for diagnosing EP in some regions.

In the last two decades the incidence of ectopic pregnancies in Europe and the USA has almost tripled (16, 17). Opinions on whether intrauterine devices have any effect on the increase of EP incidence or not are still divided (5, 17-19). Some researchers believe that there is a change in the motility of uterine tubes, which is supposed to be caused by IUD, and that there is also a change in the secretion of prostaglandines. Other researchers, on the other hand, believe that the increased incidence is a result of inflammation. The relative risk of EP (the percentage of EPs in all pregnancies) is 4 to 5 times higher for women who have used IUDs than for those who have not.

Pelvic inflammatory disease (PID) is a clinical syndrome caused by an acute, ascending invasion of bacteria from the vagina into the cervix of the uterus, the endometrium, uterine tubes and adjacent organs of the pelvis minor in women who are not pregnant and have had no surgical operation (23). In industrialized countries, the yearly incidence of this disease for women aged

IUD – intrauterine contraceptive device; EP – ectopic pregnancy; PID – pelvic inflammatory disease; RR – relative risk.

from 15 to 39 is 10 to 13 cases pro 1000 women, and in the age group of highest EP risk (15 to 24) there are as many as 20 cases pro 1000 women (24). In the developing countries there is no major research into PID but the prevalent data on sterility indicate that in these countries, too, PID is a serious problem (25).

Well-known risk factors for the development of PID are youth, promiscuity, infection with *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis*, IUD and surgical operations on the pelvic organs. Intrauterine contraception has not been widely used for the fear of PID and its consequences. Today there are several studies that aim to determine the connection between the use of IUDs and the development of PID (19, 24, 28-34).

The consequences of PID occur frequently. 15% of the women with PID become sterile after the first episode of inflammation, 30% after the second episode, 15% of the women suffer from chronic pain and they are at 6 to 10 times higher risk of EP than other women (35).

Women in the research

This case-control research examines 179 patients with EP who were operated on in the Gynaecological and Obstetrical Department of Celje Hospital between 1 March 1986 and 31 December 1988.

The case group includes 62 patients with EP who used IUD; on admission, 35 of them had IUD inserted or they had had the IUD removed up to two months before the operation (it is then presumed that the patient had the IUD in situ when she conceived), 27 patients had had the IUD removed three months or up to five years before the operation. The control group consists of 17 patients with EP who had never used IUD; among them are 34 women who were treated for sterility. 10 women from the control group also had an operation for EP (Fig. 1).

Methods of work

In addition to the anamnesis, gynaecological examination and clinical features, we used in diagnosing EP ultrasonic examinations, pregnancy tests, beta HCG determination in serum, laparoscopy, histological examination of the endometrium and puncturing of Douglas' pouch. The diagnosis was confirmed by histological examination of the tissues obtained during the operations; the tissues were sent to the Pathomorphological Department of Celje Hospital.

During the operation a smear was taken from the cervical canal and uterine tubes for detecting *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. The smear for detecting *Chlamydia trachomatis* was taken with a sterile swab, and immediately immersed into a transportive nutrient medium 2 SP (hypertonic solution of saccharose in phosphate buffer, enriched by calf foetal serum). The smear was transported at a temperature of 4 degrees Celsius and within 24 hours to the Microbiological Institute at the Medical Faculty of Ljubljana, where *Chlamydia trachomatis* was isolated and identified on a culture of McCoy cells treated by cycloheximide. If it was not possible to have it transported within 24 hours, the smear was frozen and transported to Ljubljana as soon as possible.

For establishing *Neisseria gonorrhoeae*, the smears from the cervical canal and uterine tubes were smeared onto a glass slide and put into chocolate agar. Both types were immediately transported to the Institute of Social Medicine at Celje Hospital, where they were tested for *Neisseria gonorrhoeae*.

For statistical research and for comparison of the patients from both groups, χ^2 and relative risk (RR) for individual cases were taken into account.

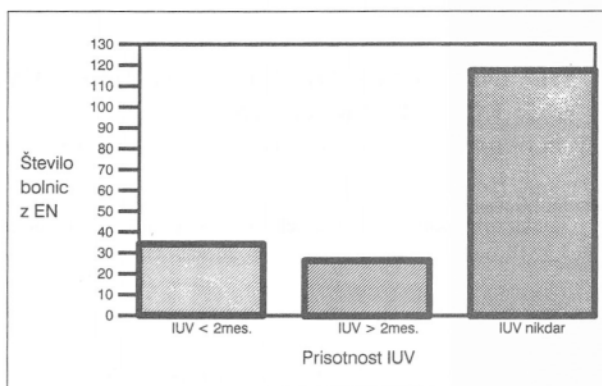


Fig. 1. Patients with EP and presence of an IUD.
Sl. 1. Bolnice z EN in navzočnost IUV.

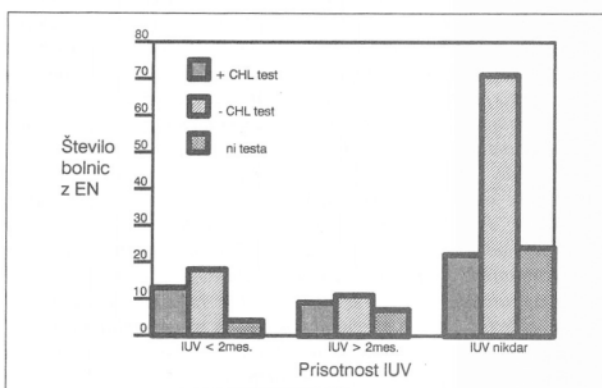


Fig. 2. EP with regard to infection with *Chlamydia trachomatis* and duration of IUD use.
Sl. 2. EN glede na okužbo s *Chlamydia trachomatis* in dolžino uporabe IUV.

Results

Between 1 March 1986 and 31 December 1988 at the Gynaecological and Obstetrical Department of Celje Hospital 179 women were operated on for ectopic pregnancies: 47 in 1986, 69 in 1987 and 63 in 1988.

With young users of IUD who had had their IUD inserted for less than 2 months, the probability of having an ectopic pregnancy is 2 times higher than with young users of IUD who had had their IUD removed more than two months before the occurrence of ectopic pregnancy: RR=1.94 (0.70, 5.37). The risk for married women with an IUD is statistically 4 to 6 times higher than for married women who have never had an IUD inserted. The majority of the women with IUD had secondary education (58.1%), the second strongest group were women with elementary education (32.4%), and only 9.5% had university education.

Neisseria gonorrhoeae was proved only in one woman from the control group.

Chlamydia trachomatis was proved in 44 women operated for ectopic pregnancies; in 100 women, on the other hand, *Chlamydia trachomatis* was proved not to be present.

Due to some basic problems in taking smears for *Chlamydia trachomatis* and in transporting the nutrient medium, it was impossible to cultivate *Chlamydia trachomatis* for 35 patients (Tab. 1, Fig. 2). For the IUD users infected by *Chlamydia trachomatis*, the risk of EP was 2.5 times higher than for the women from the

Tab. 1. EP with regard to infection with *Chlamydia trachomatis* and duration of IUD use.Tab. 1. EN glede na okužbo s *Chlamydia trachomatis* in dolžino uporabe IUV.

Chlamydia trachomatis	Cases		Controls Primerjalna skupina	Total Skupaj
	Študijska skupina			
	IUD 2 months IUV 2 mes.	IUD 2 months IUV 2 mes.		
No	18	11	71	100
Ne	18.0	11.0	71.0	100.0
	51.4	40.7	60.7	55.9
Yes	13	9	22	44
Da	29.5	20.5	50.0	100.0
	37.1	33.3	18.8	24.6
Without test	4	7	24	35
Ni testa	11.4	20.0	68.6	100.0
	11.4	25.9	20.5	19.5
Total Skupaj	35	27	117	179
	19.5	15.1	65.4	100.0
	100.0	100.0	100.0	100.0

control group: RR=2.45 (1.18, 5.09). The difference is statistically significant and occurs on account of the women who had IUD in situ when they conceived. For the infected women who had their IUD removed more than two months before the operation, the risk of EP was not higher: RR=0.88 (0.28, 2.47).

The conclusions could be influenced by the fact that in the control group the cultivating of *Chlamydia trachomatis* was 2 times less successful than with women who had an IUD in situ when they conceived: RR = 2.00 (0.64, 6.22). The difference is statistically insignificant.

Discussion

The phenomenon of increased incidence of ectopic pregnancy in the last two decades is well-known. There are various causes: among the most frequently mentioned in the studies are the pelvic inflammatory diseases, especially inflammation of the uterine tubes, the use of IUD, the increase in the number of abortions, and conservative and operative treatment of sterility (18, 36–39). A slow, but constant increase in IUD use is typical of the Celje region, as well as the mostly constant number of women of productive age: 88,000 (data from the Celje Health Centre). In Celje the insertion of IUD was started in 1971. Data on the number of IUD inserted every year in the Celje region, starting with the year 1983, was taken from the register on complications after the use of IUD, at the Working Unit for Reproduction at the University Gynaecology Clinic, Ljubljana. The number of insertions between 1971 and 1982 was also hypothetically estimated so that the number of women of productive age with IUD in the Celje region could be estimated. The assumed percentages are 14% in 1986, 14.7% in 1987 and 15.8% in 1988. This is, of course, only a rough estimation and there are probably more women with IUD in the Celje region, since as many as 22% of women in Slovenia use IUD (data by M. Kožuh, UZZV Ljubljana).

In the Celje region there are 0.07 cases of EP pro 100 women of productive age, and 2.4 cases pro 100 deliveries. These incidence rates differ from those calculated by other researchers. Meirik and Nygen (20), for example, have 1.53 cases of EP pro 100 deliveries and 0.11 cases pro 100 women of productive age, Hallat (4) 1.25 cases pro 100 deliveries, and Grizelj, Šimunić and Suchanek (4) 1 case pro 100 deliveries.

The risk of EP for women of the Celje region who use IUD is 3 times higher than for those who do not: RR=3.07 (1.83, 5.12). The difference is statistically significant.

Ory (41) found in his research that the risk of EP for women who have IUD inserted is the same as for those who do not, but lower than for women who do not use any contraception. At the University Gynaecology Clinic, Ljubljana (data from the Working Unit for Reproduction at the UGC) it was ascertained in 1986 that women who conceive with IUD are at 2 times higher risk of having an ectopic pregnancy. In this research, however, this risk was calculated to be 3 times higher, a result due probably to the hypothetical estimation of the number of IUD used in the Celje region. Some researchers have established that the EP incidence increases in proportion to the time period and segment of IUD use. This research could not confirm such conclusions. The only conclusion is that almost half the women with IUD had an ectopic pregnancy in the first two years after the insertion of the IUD and that 77% of the women that had an operation for EP had had their IUD inserted for the first time. Ory (41) says in his research that the RR for EP is higher for women who have IUD inserted for longer than 24 months. The conclusions of this research, on the other hand, are the same as those of Mrs. Andolšek and her colleagues (34): The relative risk of EP increases in the first 5 years of IUD use, afterwards it decreases.

44 (24.6%) out of 179 women operated on for EP were proved to be infected with *Chlamydia trachomatis*. It was also proved that in the case group (IUD users) more women were infected with *Chlamydia trachomatis* than in the control group ($\chi^2_{2sp}=6.48$, $p<0.05$). The risk of EP for IUD users infected with *Chlamydia trachomatis* is 2.5 times higher than for infected women who have never used IUD, but this could be an accidental result.

Taking into account the type of IUD, as well as the length and segment of its use, the IUD users with *Chlamydia* infection were statistically no different from the IUD users in whom *Chlamydia* could not be proved. Mrs. Andolšek and colleagues (34) found out that the risk for PID is higher after the insertion or reinsertion of IUD and that the length of its use lowers this risk, but it influences the degree of pelvic inflammation. The question as to how the type of IUD influences the PID is still much disputed. The expectations that there should be less PID with copper IUD, due to the lethal influence of copper ions upon gonococci, are still not confirmed (34).

The question of the frequency of *Neisseria gonorrhoe* infection in Slovenian couples of productive age is still unsolved. Sweet (42) succeeded in isolating the gonococcus in 50–90% of women with acute inflammation of the pelvic organs. Eschenbach (43) proved *Neisseria gonorrhoe* in 5–80% of women with PID, Kožuh and her colleagues succeeded in isolating the gonococcus in 0.5% of healthy women and in 5% of women with PID. The results of these studies are very diverse, since the criteria of case choosing were different and the diagnosis was not always accurate. The results of this study are also not comparable with those of other studies, because only the women with EP were tested for *Neisseria gonorrhoe*. It is worth mentioning, though, that we succeeded in proving *Neisseria gonorrhoe* in one woman operated on for ectopic pregnancy who had never used an IUD.

Conclusions

Based on the findings of this study, the following conclusions can be drawn:

1. The yearly incidence of EP at the Gynaecological and Obstetrical Department of the Celje Hospital for the year 1988 was 0.07 ectopic pregnancies pro 100 women of productive age and 2.4 ectopic pregnancies pro 100 deliveries.

2. The relative risk for EP for a woman with an IUD is 3 times higher than for one without it.

The number of EPs increases until the fifth year of IUD use.

3. Infection with *Chlamydia trachomatis* was proved in less than a quarter of the women with EPs (24.6%), but *Chlamydia*

trachomatis was more frequently present in women with IUD. The relative risk for EP for women who use IUD and are infected with Chlamydia trachomatis is 2.5 times higher than for women who do not use IUD.

Literature

- Weckstein LN, Boncher AR, Tucker H, Gibson D, Rettenmaier MA. Accurate diagnosis of early ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 393-7.
- Iffy L, Gasser RF. Letter: Tubal pregnancy. *Obstet Gynecol* 1976; 47: 380-1.
- Steptoe PC, Edwards RG. Reimplantation of a human embryo with subsequent tubal pregnancy. *Lancet* 1976; 1: 880-2.
- Grizelj V, Šimunić V, Suchanek E. Humani beta-korionski gonadotropin u ranoj dijagnozi vanmaternične trudnoće. *Jugoslav Ginek Obstet* 1981; 21: 17-21.
- Huges GI. The early diagnosis of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1980; 35: 497-8.
- Poljak B, Gabrić Ž, Jurić-Vitanović A. Uloga određivanja beta-HCG-a i ultrazvučnog pregleda u ranoj dijagnozi izvanmaternične trudnoće. *Jugosl Ginek Perinatol* 1988; 28: 150-0.
- Bryson SCP. Beta - subunit of human chorionic gonadotropin, ultrasound, and ectopic pregnancy: A prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146: 163-5.
- Cartwright PS, di Pietro DL. Ectopic pregnancy: Changes in serum human chorionic gonadotropin concentration. *Obstet Gynecol* 1984; 63: 76-80.
- Romero R, Kadar N, Jeanty P, Copel JA, Chervenak FA, DeCherney A, Hobbins JC. Diagnosis of ectopic pregnancy. Value of the discriminatory human chorionic gonadotropin zone. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 357-60.
- Steier JA, Sandrei R, Myking OL. Human chorionic gonadotropin in early normal and pathologic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154: 1091-4.
- Buck RH, Gihwala N, Rom L, Youbert SM, Norman RJ. Detection of urinary human chorionic gonadotropin by rapid immunoconcentration method is the first-line test for suspected ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1987; 48: 761-5.
- Matthews CP, Coulson PB, Wild RA. Serum progesterone levels an aid in the diagnosis of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1986; 68: 390-4.
- Yeko TR, Gorrill MJ, Huges LH, Rodi IA, Buster JE, Seuer MV. Timely diagnosis of early ectopic pregnancy using a single blood progesterone measurement. *Fertil Steril* 1987; 48: 1048-50.
- Sorensen S, Blaabjerg J. Clinical value of pregnancy - specific beta-glycoprotein (SP1) and beta-HCG determination in serum in suspected ectopic pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986; 65: 679-83.
- Stabile I, Grudzinskas JG, Chard T. Clinical applications of pregnancy protein estimations with particular reference of pregnancy - associated plasma protein A (PAPP-A). *Obstet Gynecol Surv* 1988; 43: 73-82.
- Taylor RN. Ectopic pregnancy and reproductive technology. *JAMA* 1988; 259: 1862-4.
- Marchbanks PA, Annegers JF, Coulam CD et al. Risk factors for ectopic pregnancy. A population-based study. *JAMA* 1988; 259: 1823-7.
- Tietze C. Report of the task force on utilisation and effectiveness. Report on IUDs. Advisory Committee on Obstetrics and Gynecology Food and Drug Administration, January 1968.
- Cramer DW, Schiff I, Schoenbaum SC et al. Tubal infertility and the intrauterine device. *N Engl J Med* 1985; 312: 941-7.
- Meirik O, Nygen GK. Ectopic pregnancy and IUDs. Incidence, risk rate and predisposing factors. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1980; 59: 425-7.
- Kjer JJ et al. Ovarian pregnancy in IUD users. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1981; 60: 337-9.
- Hagenfeldt K. The role of prostaglandins and allied substances in uterine haemostasis. *Contraception* 1987; 36: 23-32.
- Weström L, Mardh PA. Current views on the concept of pelvic inflammatory disease. *Aust NZJ Obstet Gynecol* 1984; 24: 98-105.
- Weström L. Incidence, prevalence, and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 138: 880-8.
- Kožuh-Novak M, Andolšek L in sod. Rizični dejavniki pri vnetju rodir. *Zdrav Vestn* 1988; 57: 37-40.
- Hare MJ. Pelvic inflammatory disease. *Br Med J* 1986; 293: 1225-8.
- Burnakis TG, Hildebrandt NB. Pelvic inflammatory disease: A review with emphasis on antimicrobial therapy. *Rev Infect Dis* 1986; 8: 86-116.
- Senanayake P, Kramer DG. Contraception and the etiology of pelvic inflammatory disease: New perspectives. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 38: 852-7.
- Wright EA, Aisien AO. Pelvic inflammatory disease and the intrauterine contraceptive device. *Int J Gynecol Obstet* 1989; 28: 133-6.
- Guderian AM, Trobough GE. Residues of pelvic inflammatory disease in intrauterine device users: A result of the intrauterine device or Chlamydia trachomatis infection? *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154: 497-503.
- Lee NC, Rubin GL, Borucki R. The intrauterine device and pelvic inflammatory disease revisited: New results from the Women's Health Study. *Obstet Gynecol* 1988; 72: 1-6.
- Paavonen J, Vesterinen E. Intrauterine contraceptive device use in patients with acute salpingitis. *Contraception* 1980; 22: 107-14.
- Kessel E. Pelvic inflammatory disease with intrauterine device use: a reassessment. *Fertil Steril* 1989; 51: 1-11.
- Andolšek L, Kožuh M, Balogh S. Long-term use of nonmedicated IUDs in women over forty. In: Zatulni GI, Goldsmith A, Sciarra JJ eds. *Intrauterine contraception, advances and future prospects*. Philadelphia: Harper and Row, 1985: 375-85.
- Weström L. Effect of acute pelvic inflammatory disease on fertility. *Am J Obstet Gynecol* 1975; 21: 707-12.
- Beral V. An epidemiological study of recent trends in ectopic pregnancy. *Br J Obstet Gynecol* 1975; 82: 775-82.
- Sivin I. IUDs and ectopic pregnancy. *Stud Fam Plann* 1983; 14: 57-63.
- Tatum JH et al. Management and outcome of pregnancies associated with the Cu-T IUDs. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 126: 869-79.
- Ribič-Pucelj M. Zunajmaternična nosečnost. V: *Meden-Vrtovec H. Neplodnost*. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1989; 195-206.
- Hallat JG. Ectopic pregnancy associated with the intrauterine device: A study of seventy cases. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 125: 754-8.
- Ory HW. The women's health study. Ectopic pregnancy and intrauterine contraceptive devices: new perspectives. *Obstet Gynecol* 1981; 57: 137-44.
- Sweet RL. Pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Dis* 1986; 13: 193-8.
- Eschenbach DA. Pelvic inflammatory disease. *IPPF Med Bull* 1985; 19: 1-3.

ULTRAZVOČNI PRIKAZ KRVAVITVE V NADLEDVIČNO ŽLEZO NOVOROJENCA

ULTRASOUND DIAGNOSIS OF NEONATAL ADRENAL HAEMORRHAGE

Zlata FELC, Jana TIKVIČ-BARIČ, Ana ILIJAŠ-TROFENIK, Slavko PETERLIN

Ginekološko-porodniški oddelek, Zdravstveni center Celje, Gregorčičeva 3, 63000 Celje

Prispelo 1990-04-05

Sprejeto 1991-03-18

Zdrav Vestn 1992; 61: 535-6

KLJUČNE BESEDE: ultrazvok; nadledvična žleza; krvavitev; novorojenec**KEY WORDS:** ultrasound; adrenal gland; haemorrhage; newborn

IZVLEČEK – Izhodišča. Ultrazvočna preiskava je neinvazivna diagnostična metoda za odkrivanje in spremljanje sprememb v abdomnu in retroperitoneju novorojenca.

Metode. V opisanih primerih je bila krvavitev v nadledvično žlezo diagnosticirana kot hipoehogena ostro omejena tvorba ob zgornjem polu ledvice.

Rezultati. Kontrolne preiskave so pokazale zmanjševanje hematoma.

Zaključki. Ultrazvok je idealen za prepoznavanje in spremljanje poteka krvavitve v nadledvično žlezo novorojenca.

ABSTRACT – Background. Ultrasound is noninvasive method for evaluation of abdominal and flank masses in the neonate.

Methods. In our cases, neonatal adrenal haemorrhages were diagnosed as an echofree mass superior to the kidney.

Results. Follow-up examinations showed resolution of adrenal haematoma.

Conclusions. Ultrasound is an ideal method to diagnose and follow-up neonatal haemorrhage.

Uvod

Krvavitev v nadledvično žlezo novorojenca ni tako redka. Natančna etiologija krvavitve še ni povsem znana, najpogostejši vzroki nastanka so zapleten porod, zlasti novorojencev z veliko porodno težo, hipoksija ploda, sepsa novorojenca in motnje v strjevanju krvi pri novorojencu (1, 2). Nadledvična žleza novorojenca je tudi zaradi svoje velikosti in izdatne prekrvitve izredno izpostavljena poškodbam (3). Hemoragični šok, zlatenica in tumorozna tvorba v ledjih so najznačilnejši klinični znaki krvavitve v nadledvično žlezo.

Za ultrazvočni prikaz nadledvične žleze se največkrat uporablja longitudinalni presek. Normalna nadledvična žleza pri novorojencu je trikotne oblike in hipoehogene strukture s hiperehogeno sredico trakastega videza (sl. 1). Meri petino do tretjino velikosti ledvice in leži medioanteriorno ob zgornjem polu ledvice. Ultrazvočni izvid pri krvavitvi v nadledvično žlezo je odvisen od časa, ki poteče med nastankom krvavitve in ultrazvočnim pregledom. V prvih urah je hematoma hiperehogen, kasneje hipoehogen z ehogenimi trakastimi koaguli. V poteku resorpcije se hematoma postopoma zmanjšuje, njegove meje postanejo ehogenejše, osrednji hipoehogeni predel se manjša. Včasih po krvavitvi v žlezi nastanejo kalcifikacije, ki se vidijo kot predeli z akustično senco in kasneje postopoma izginejo (4).

Prikaz primerov in način dela

V letih 1987, 1988, 1989 in 1990 smo na neonatalni enoti ginekološko-porodniškega oddelka ZC Celje, kjer imamo povprečno 2700 porodov letno, zdravili in spremljali sedem novorojencev s krvavitvijo v nadledvično žlezo. Vse krvavitve so bile enostranske. Novorojenca smo pregledovali z ultrazvočnim aparatom znamke Toshiba Sonolayer-L model SAL-35A s sivo živo sliko in linearnim tipalom frekvence 5 MHz. Izvide smo dokumentirali s polaroidno sliko. Med pregledom so novorojenci ležali na

hrbtu ali trebuhu, položaj tipala je bil skoraj vzdolžen na trebušni steni in vzdolžen na hrbtu.

Primer št. 1

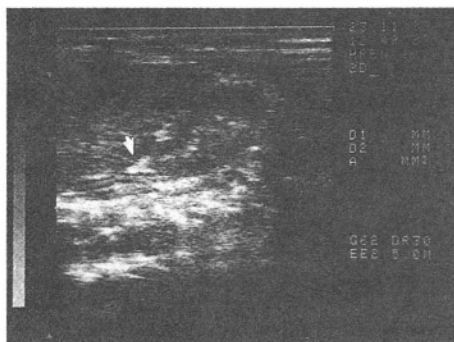
Deček Š. D., mat. št. popisa 1258/1990, je donošen prvorojenec zdrave matere. Razen le 35 cm dolge popkovine ni bilo obporodnih nepravilnosti. Zaradi nehemolitične hiperbilirubinemije je bil več dni obsevan. Sedmi dan je postal anemičen in je potreboval transfuzijo. Ultrazvočni pregled je pokazal značilno krvavitev v nadledvično žlezo: ob zgornjem polu desne ledvice je bila cistična, skoraj anehogena tvorba, ki je merila več kot polovico velikosti ledvice (sl. 2). Deček ni kazal znakov nepravilnega delovanja nadledvične žleze, krvavitev se ni povečevala (sl. 3), zato smo ga odpustili, ko je bil star dva tedna. Ponovni ultrazvočni izvid je pokazal zmanjšanje hematoma ob ohranjeni normalni obliki desne ledvice (sl. 4).

Primer št. 2

Deklica K. N., mat. št. popisa 644/1989, je donošena drugorojenka zdrave matere. Pri porodu je otekala mekonijska plodovnica. Deklica je prvi dan prebolevala lažjo dihalno stisko, nadaljnji potek je bil brez zapletov. Zaradi neugodnih perinatalnih dejavnikov smo deklico pred odpustom tudi ultrazvočno preiskali in ugotovili enostransko krvavitev v desno nadledvično žlezo. Kasneje smo opazovali zmanjšanje hematoma do normalizacije desne nadledvične žleze v starosti pet mesecev.

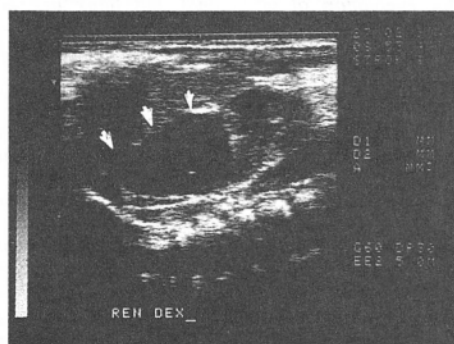
Primer št. 3

Deček C. M., mat. št. popisa 6212/1989, je donošen prvorojenec zdrave matere. Porod je bil dokončan z vakuumskim ekstraktorjem zaradi intrauterine asfiksije ploda in zastoja poroda na medeničnem dnu. Zaradi suma na krvavitev v obe nadledvični žlezi je bil takoj po rojstvu premeščen na Enoto za intenzivno terapijo Pediatričnega oddelka kirurških strok UKC Ljubljana, kjer so ugotovili le krvavitev v desno nadledvično žlezo. V starosti osem dni je bil premeščen nazaj na našo neonatalno enoto, kjer je zaradi anemije potreboval transfuzijo. V starosti 9 dni je bil še viden večji hematoma desne nadledvičnice, ki se je postopoma zmanjševal.



Sl. 1. Normalna nadledvična žleza novorojenca v obliki črke »V« ali »Y«.

Fig. 1. The wings of the neonatal adrenal gland, normally seen as »V« or »Y« configuration.



Sl. 2. Ultrazvočni prikaz krvavitve v nadledvično žlezo pri devet dni staremu novorojencu je pokazal delno utekočinjen hematoma kot hipoehogeno tvorbo z ehogenimi koagulati.

Fig. 2. Sonogram at 9 days of age showed the adrenal haematoma after liquefaction with low-level internal echoes.

Razpravljanje

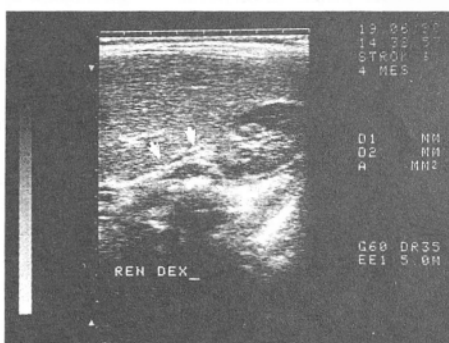
Obdukcijski izvidi novorojencev, umrlih v perinatalnem obdobju, so opozorili na pogostnost hemoragične nekroze nadledvične žleze, ki je 1,7 na 1000 rojstev (1). Resnične incidence krvavitve pa ne poznamo, ker nimamo podatkov o številu otrok, ki s krvavitvijo v suprarenalno žlezo preživijo. To potrjujejo naključno odkrite kalcinacije v področju nadledvične žleze pri rentgenskih preiskavah abdomna. Krvavitve v nadledvično žlezo povzročajo hipoglikemijo, hipovolemijo, anemijo in hiperbilirubinemijo, zato je zgodnja diagnoza pomembna (5). V neonatalnem obdobju je tehnika ultrazvočnega pregleda enostavna zaradi precejšnje velikosti nadledvične žleze in njene bližine površini telesa (6). Mnogokrat je krvavitve benigna, enostranska in omejena le na žlezo ter ne potrebuje kirurškega zdravljenja, podobno kot v prikazanih primerih. Pred vključitvijo ultrazvočne preiskave v diagnostiko so uporabljali različne invazivne preiskave, kot so intravenozna pielografija, retrogradna pielografija, angiografija.

Danes je ultrazvočna preiskava metoda izbora za odkrivanje in klinično spremljanje krvavitve v nadledvično žlezo. Včasih najdemo podoben ultrazvočni izvid pri nevroblastomu, neoplazmah



Sl. 3. Ultrazvočni izvid v starosti dveh tednov je prikazal manjšo lezijo trikotne oblike s hipoehogeno sredico in ehogenim korteksom.

Fig. 3. Sonography at 2 weeks of age revealed a small triangular lesion with echolucent medulla surrounded by an echogenic cortex.



Sl. 4. Pri ponovnem ultrazvočnem pregledu v starosti štirih mesecev je bilo vidno precejšnje zmanjšanje hematoma.

Fig. 4. On follow-up sonography at 4 months of age adrenal haemorrhage decreased significantly in size.

in abscesu v tem predelu (6), vendar najdemo pri ponovnih ultrazvočnih pregledih pri krvavitvah dokaj značilen ultrazvočni videz in potek.

Literatura

1. Lawson EE, Littlewood-Teele R. Diagnosis of adrenal hemorrhage by ultrasound. *J Pediatr* 1978; 92: 423-6.
2. Pery M, Kaftori JK, Bar-Maor JA. Sonography for diagnosis and follow-up of neonatal adrenal hemorrhage. *J Clin Ultrasound* 1981; 9: 397-401.
3. Yeh HS, Mitty HA, Rose J, Wolf BS, Gabrilove JL. Ultrasonography of adrenal masses: usual features. *Radiology* 1978; 127: 467-74.
4. Chan-Chu Wu. Sonographic spectrum of neonatal adrenal hemorrhage: Report of a Case simulating solid tumor. *J Clin Ultrasound* 1989; 17: 45-9.
5. Mineau DE, Koehler PR. Ultrasound diagnosis of neonatal adrenal hemorrhage. *AJR* 1979; 132: 443-4.
6. Garel L, Devred P, Laclare J. Retroperitoneal tumors. In: Kalifa G ed. *Pediatric ultrasonography*. Heidelberg: Springer-Verlag, 1986: 189-207.

REZULTATI ZDRAVLJENJA ENDOMETRIJSKEGA KARCINOMA NA GINEKOLOŠKO PORODNIŠKEM ODDELKU V CELJU

THE RESULTS OF ENDOMETRIAL CANCER TREATMENT AT THE CELJE DEPARTMENT FOR GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

Alojz PETERLIN¹, Janez KUHELJ², Sonja LEVAK-HOZJAN³

¹ Ginekološko porodniški oddelek, Zdravstveni center Celje, Kersnikova 1, 63000 Celje

² Onkološki inštitut, Zaloška 2, 61105 Ljubljana

³ Zdravstveni center Velenje, Vodnikova 2, 63320 Velenje

Prispelo 1991-03-26
Sprejeto 1991-10-10

Zdrav Vestn 1992; 61: 537-9

KLJUČNE BESEDE: stadij; invazija; diferenciranost; petletno preživetje

KEY WORDS: stage; invasion; histological grade; five years survival

IZVLEČEK – Izhodišča. Endometrijski karcinom je najpogostejši rak ženskih spolnih organov, ki ga najpogosteje odkrijemo v postmenopavzi. Uspehe svojega zdravljenja tega karcinoma avtorji primerjajo z uspehi drugih centrov.

Metode. Avtorji ocenjujejo rezultate zdravljenja 67 bolnic z endometrijskim karcinomom v letih 1980–1984. Obravnavo preživetja so zasnovali po kriterijih Annual Report 1986.

Rezultati. Petletno preživetje bolnic je povprečno 62%, v I. stadiju 72,1%, v II. stadiju 57,1%, v III. stadiju 42,9% in v IV. stadiju 16,7%. Štiri bolnice so izgubili iz kontrole. Petletno preživetje bolnic z dobro diferenciranim karcinomom je 90,5%, s srednje diferenciranim 66,7% in s slabo diferenciranim karcinomom 40,0%. Vse bolnice brez invazije tumorja v miometriji so preživele pet let. Bolnice z invazijo endometrijskega karcinoma v miometriji do ene tretjine so imele 82,6%, bolnice z globljo invazijo od ene tretjine pa 62,5% petletno preživetje. Od petintridesetih bolnic, operiranih po St. Wertheimu (34 od njih obsevanih po operativnem posegu), je preživel pet let 82,5%, od 11 bolnic po abdominalni histerektomiji in obojestranski adnektomiji (od katerih devet postoperativno obsevanih) je preživel pet let 63,6%, od 17 bolnic, ki niso bile operirane (od teh 12 obsevanih), pa je preživel pet let le 17,6%.

Zaključki. Zdravljenje je zelo uspešno pri bolnicah z nizko stopnjo malignosti, pri bolnicah z visoko stopnjo malignosti pa nekoliko slabše.

ABSTRACT – Background. Endometrial cancer is the most frequent carcinoma of women. Usual we recognise them in postmenopausis.

Methods. The results of treatment of 67 patients with endometrial cancer in the years 1980–1984 are evaluated.

Results. The 5 years survival rate was in average 62%, for the stage I – 72.1%, stage II – 57.1%, stage III – 42.9% and for the stage IV – 16.7%. Four patients were lost from the follow up. The 5 years survival rate of patients with G1 histological grade was 90.5%, with G2 66.7% and with grade 3 40.0%. All patients without myometrical invasion of tumor survived 5 years. Survival of patients with myometrical invasion up to one third was 82% and 62.5% of patients with invasion more than one third survived 5 years. Out of 35 patients with the classic Wertheim operation 82.5% survived for 5 years (34 patients also irradiated) after the operation. Out of 11 patients with abdominal hysterectomy and bilateral salpingoophorectomy 63.6% survived for 5 years (9 patients also irradiated after the operation) and from 17 patients without the operation 17.6% survived for 5 years (12 patients irradiated).

Conclusions. The treatment is successful in patients with low grade of malignancy and somewhat less successful in patients with high grade of malignancy.

Endometrijski karcinom (EK) predstavlja po podatkih Registra raka SR Slovenije za leto 1986 (1) 7% vseh rakavih bolezni žensk in je najpogostejši rak ženskih spolnih organov. Najpogosteje ga odkrijemo v postmenopavzi, čeprav nekateri avtorji (2) opozarjajo na porast EK pri ženskah, starih do 40 let. Navadno ga spoznamo zgodaj, zato so uspehi zdravljenja ugodni.

Zaradi različnih diagnostičnih in terapevtskih možnosti (3, 4) smo želeli primerjati uspehe našega zdravljenja EK z uspehi drugih avtorjev oziroma centrov, ki pošiljajo svoje podatke v Stockholm.

Značilnosti bolnic in metode dela

Analizirali smo 67 bolnic, pri katerih smo ugotovili EK v onkološki ordinaciji Ginekološko porodniškega oddelka celjske bolniš-

nice od januarja 1980 do decembra 1984. Štiri bolnice smo izgubili iz kontrole. Obravnavo preživetja bolnic smo zaradi lažje primerljivosti zasnovali po kriterijih Annual Report 1986 (2).

Pri vseh bolnicah smo zaradi nerednih krvavitvev naredili frakcionirano abrazijo in histološko verificirali EK. Pri izbiri načina zdravljenja smo upoštevali znane prognostične dejavnike (5, 6), stadij bolezni in splošno zdravstveno stanje bolnice. Če je bilo možno, smo se odločili za operativno zdravljenje (7). Postoperativno obsevanje (8–11) smo indicirali na podlagi razširjenosti EK in globine invazije v miometriji. Uspehe zdravljenja smo ocenjevali glede na petletno preživetje ob upoštevanju stadija bolezni, diferenciranosti karcinoma, globine invazije in načina zdravljenja.

Najmlajša bolnica je bila stara 47 let, najstarejša pa 84 let. Največ bolnic je bilo starih 51 do 60 let (37,3%) oziroma 61 do 70 let (32,8%).

EK – endometrijski karcinom.

Tab. 1. *Petletno preživetje bolnic z endometrijskim karcinomom glede na stadij bolezni, stopnjo diferenciranosti in globino invazije karcinoma v miometriju.*

Tab. 1. *Five years survival rate of patients with endometrial carcinoma regarding to staging, histological grading and depth of myometrical cancer invasion.*

Stadij Stage	Zdravljene bolnice Treated patients Število No.	Petletno preživetje Five years survival rate	
		Število No.	(%)
I	43	31	72,1
II	7	4	57,1
III	7	3	42,8
IV	6	2	16,7
Stopnja diferenciranosti Histological grade			
G1	21	19	90,5
G2	15	10	66,7
G3	25	10	40,0
Neznano Unknown	2	0	0,0
Globina invazije Depth of invasion			
Ni invazije No invasion	7	7	100,0
Manj od 1/3 Less than 1/3	23	19	82,6
Več od 1/3 More than 1/3	16	10	62,5
Neznano Unknown	17	3	17,6

Rezultati

Analizirali smo 67 bolnic z endometrijskim karcinomom. Uspešnost zdravljenja smo ugotavljali na podlagi petletnega preživetja ob upoštevanju stadija bolezni, diferenciranosti karcinoma, globine invazije karcinoma (tab. 1) in načina zdravljenja (tab. 2).

Razpravljanje

Z obravnavo bolnic z EK na Ginekološko porodniškem oddelku v Celju smo želeli ugotoviti uspeh našega zdravljenja in naše rezultate primerjati predvsem z rezultati Annual Report 1986 (2), Ginekološke klinike v Ljubljani (3) in drugih avtorjev (1, 5-9).

Na rezultate zdravljenja so pomembno vplivali naslednji dejavniki: splošno zdravstveno stanje bolnic, stadij bolezni (določen klinično), stopnja malignosti karcinoma, globina invazije in razširjenost karcinoma.

Odvisnost rezultatov zdravljenja od navedenih dejavnikov ter primerjavo naših rezultatov z rezultati Annual Report 1986 in Ginekološke klinike v Ljubljani prikazuje tabela 3.

Rezultati zdravljenja naših bolnic prvega in drugega stadija bolezni so enaki rezultatom Annual Report 1986 (2), medtem ko so rezultati zdravljenja bolnic teh stadijev Ginekološko porodniške klinike nekoliko boljši. Pri bolnicah s tretjim in četrtem stadijem EK pa smo imeli v Celju nekoliko boljše uspehe zdravljenja.

Pri bolnicah, razvrščenih po stopnji diferenciranosti in invaziji EK, ugotavljamo ugoden uspeh zdravljenja naših bolnic predvsem

Tab. 2. *Petletno preživetje bolnic z endometrijskim karcinomom glede na način zdravljenja.*

Tab. 2. *Five years survival rate of endometrial carcinoma patients regarding to the method of treatment.*

	Operativno Surgical	S postoperativnim obsevanjem With postoperative irradiation	Petletno preživetje Five years survival rate
St. Wertheim Classic Wertheim	35	34	29 82,8%
TELA	11	9	7 63,6%
Neznano Unknown	17	12	3 17,6%

Tab. 3. *Primerjava rezultatov (v odstotkih) petletnega preživetja naših bolnic z endometrijskim karcinomom z rezultati iz Annual report 1986 (2) in Ginekološke klinike (GK) v Ljubljani.*

Tab. 3. *The comparison of five years survival results obtained in our trial with the results of Annual report 1986 (2) and Ljubljana Department for Gynaecology (GK).*

	Celje	Annual report 1986	GK
Stadij Stage			
I	72,1	72,3	78,6
II	57,1	56,4	64,3
III	42,8	31,4	38,5
IV	16,7	10,5	-
Diferenciranost Grade			
G1	90,5	73,9	83,8
G2	66,7	67,8	57,9
G3	40,0	46,0	37,5
Neznano Unknown	0,0	-	50,0
Invazija Invasion			
Ni invazije No invasion	100,0	-	-
Manj od 1/3 Less than 1/3	82,6	76,7	-
Več od 1/3 More than 1/3	62,5	64,5	-
Neznano Unknown	17,6	-	-

pri dobro diferenciranih karcinomih in pri invaziji karcinoma do ene tretjine v miometriju. Pri visoko malignih tumorjih in tumorjih z vraščanjem v miometriju več kot ena tretjina pa je bila uspešnost zdravljenja naših bolnic nekoliko slabša. Poudariti pa moramo uspehe zdravljenja Kucere in sod. (8), ki so uspeli pri bolnicah z intenzivnim perkutanim obsevanjem izboljšati rezultate zdravljenja bolnic z globoko invazijo karcinoma tako, da so se rezultati skoraj izenačili z rezultati zdravljenja bolnic, ki so imele plitko invazijo karcinoma v miometriju.

Sicer pa je splošno zdravstveno stanje bolnic odločalo o operativnem zdravljenju in sodočlo o radikalnosti operativnega posega. Najboljši uspeh zdravljenja smo dosegli z operacijo po starem Wertheimu. Pri bolnicah, pri katerih zdravstveno stanje ni dovoljevalo radikalnega operativnega posega, smo naredili TELA. Poudariti je treba, da uspehi obeh operativnih tehnik niso primerljivi, ker izbor operacij ni bil naključen. Slabši uspehi zdravljenja so bili pri bolnicah, operiranih po TELA, verjetno povezani s slabim zdravstvenim stanjem bolnic, ki ni dovoljevalo radikalnejše operacije.

Na podlagi naših rezultatov tudi ne moremo zaključiti, ali je indicirano postoperativno perkutano ali intrakavitarno obsevanje po operaciji in histološkem pregledu operativnega preparata.

Za vložek v slepi konec vagine smo se odločili na podlagi podatkov Joslina in sod. (12), ki so ugotovili, da tako obsevanje zmanjša število recidivov v vagini. O nizkem odstotku recidivov v vagini govorijo tudi rezultati pri tako zdravljenih bolnicah na Ginekološki kliniki v Ljubljani (3). Ker je tako zdravljenje praktično brez posledic, smo tako obsevali praktično vse bolnice z invazijo EK do polovice miometrija in brez metastaz izven maternice brez kontrolne skupine bolnic. Za perkutano postoperativno obsevanje smo se odločili pri bolnicah z invazijo karcinoma globlje od polovice miometrija in pri razširitvi v okolne strukture izven maternice ali v področje bezgavk. Tudi pri teh bolnicah nismo imeli kontrolne skupine, zato ne moremo oceniti vrednosti perkutanega postoperativnega obsevanja.

Na podlagi primerjave dobljenih rezultatov lahko smatramo, da je bilo takšno obsevanje indicirano in uspešno. Posebno pozornost bomo morali posvetiti bolnicam z visoko stopnjo malignosti in globoko invazijo EK v miometriju.

Sklep

Perkutanemu obsevanju pred operacijo EK in po njej bo treba posvetiti v bodoče posebno pozornost predvsem pri bolnicah z globoko invazijo v miometriju in visoko stopnjo malignosti tumorja. Sicer pa lahko ugotovimo, da so uspehi našega zdravljenja primerljivi z uspehi drugih avtorjev. Še naprej bo treba paziti na čimbolj zgodnje odkrivanje boleznih in timsko individualno programirati zdravljenje bolnic z EK glede na ugotovljene patološke in klinične prognostične dejavnike.

Literatura

1. Incidenca raka v Sloveniji 1986. Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka za R Slovenijo, 1990.
2. Tomažević T, Omahen A, Čavič M, Rakar S, Kovačič J. Rezultati zdravljenja endometrijskega karcinoma. Jugosl Ginek Opstet 1978; 18: 207-17.
3. Pettersson F, Coppleson M, Creasman W, Ludwig H, Shepard J eds. Annual report on the results of treatment in gynecological cancer. 20. vol. Stockholm: International federation of gynecology and obstetrics. Radiumhemmet, 1988: 70-81.
4. Rakar S, Kovačič J. Prognostic factors in endometrial cancer. Eur J Gynecol Oncol 1990; 11: 233-5.
5. Vergote I, Kjorstad K, Abeler V, Kolstad P. A randomized trial of adjuvant progestagen in early endometrial cancer. Cancer 1989; 64: 1011-6.
6. Kleine W, Maier T, Geyer H, Peleiderer A. Estrogen and progesterone receptors in endometrial cancer and their prognostic relevance. Gynec Oncol 1990; 38: 59-65.
7. Lewandowski G, Torrisi J, Potkul RK et al. Hysterectomy with extended surgical staging and radiotherapy versus hysterectomy alone and radiotherapy in stage I endometrial cancer: a comparison of complication rates. Gynec Oncol 1990; 36: 401-4.
8. Kucera H, Vavra N, Weghaupt K. Benefit of external irradiation in pathologic stage I endometrial carcinoma: A prospective clinical trial of 605 patients who received postoperative vaginal irradiation and additional pelvic irradiation in the presence of unfavourable prognostic factors. Gynec Oncol 1990; 38: 99-104.
9. Meerwaldt JH, Hoekstra CJM, Putten van WLJ, Subandono-Tjokrowardojo AJ, Koper PCM. Endometrial adenocarcinoma, adjuvant radiotherapy tailored to prognostic factors. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1990; 18: 299-304.
10. Bokham JV, Gastev AY. Individualisation of indications for postoperative irradiation in stage I endometrial cancer. Eur J Gynaec Oncol 1990; 11: 27-32.
11. Pourquier H, Gely S, Dubois JB, Joyeux H, Solassol C, Pujol H. Endometrial carcinoma: a comparative analysis of the therapeutic results and causes of failure after treatment by radiation combined with surgery or radiation therapy alone. Radiother Oncol 1990; 17: 115-22.
12. Joslin CA, Vaishampayan GV, Mallik A. The treatment of early cancer of the corpus uteri. Br J Radiol 1977; 50: 38-45.

Radenska

ZDRAVILIŠČE

RADENCI

TERMOMINERALNE VODE V RADENSKI, V RADENCIH IN V BANOVCIH

Naravne zdravilne vode so se za zdravstvene namene izkoriščale že zelo dolgo. Že konec 19. stoletja se je pri nas organiziralo zdravljenje številnih kroničnih bolezni s pomočjo termomineralnih vod.

Dobre rezultate so dosegli pri preprečevanju, zdravljenju in rehabilitaciji s pitjem, kopanjem, tuširanjem, izpiranjem, z inhalacijami in oblogami na osnovi termomineralnih vod različne sestave. Mineralnim vodam so pričeli pripisovati zdravilnost v začetku 19. stoletja, ko so napravili prve kvantitativne kemijske analize. Zdravilnost termomineralnih vod so pripisovali tako različnim makroelementom, mikroelementom in elektrolitični disociaciji vod.

Pri kopalih v termomineralni vodi pride do različnih učinkov na organizem: mehanskih, termičnih in kemijskih.

Mehanski učinek je osnovan na vzgonu, kjer je potopljeno telo navidezno lažje zaradi teže izpodrinjene tekočine. (V navadni vodi za 88,6%, v mineralni srednje koncentracije pa za 91,0%). Zato je v vodi olajšano gibanje takšnih sklepov, ki so sicer zaradi bolezni zunaj vode le omejeno gibljivi. Poleg vzgona se pojavljajo še drugi učinki: zmanjševanje prsnega obsega za 1–3,6 cm, respiracijski volumen zraka se zmanjša za cca 20% pri enaki frekvenci dihanja, poveča se diureza itd.

Termični učinek je osnovan na veliki toplotni prevodnosti, kot tudi na majhni toplotni kapaciteti. V vodni kopeli s temperaturo 34 °C se minutni volumen srca poveča za 19%, v kopeli s temperaturo 38 °C pa za 29%, kar se očitno odraža predvsem na izboljšanjem krvnem obtoku na koži. Minutni volumen srca pri temperaturi kopeli 42 °C je 2× večji od normalnega.

Kemijski učinek je osnovan na zmožnostih resorpcije kemijskih sestavin vode skozi kožo. Beljakovine v koži imajo izoelektrično točko pri pH vrednosti 3,7, zato je koža prepustna na katione. Vode z večjo koncentracijo kationov naredijo kožo elektro pozitivno in zato prepustno za anione.

V Zdravilišču v Radencih in Banovcih razpolagamo z različnimi tipi termomineralnih vod, ki se medsebojno razlikujejo po kemijski sestavi, po različnih temperaturah na izvirih in po terapevtskih učinkih.

Vse naše termomineralne vode so bogato mineralizirane, količina netopnih snovi znaša v vodi, ki jo uporabljamo za CO₂ vsebujoče kopeli 3100 mg/l, pri vodi za terapevtsko-rekreativni bazen v Radencih (pretežno zdravilišče za stacionarne zdraviliške goste) je netopnih soli kar 11.000 mg/l, v kopalnišču v Banovcih pa ima voda 9.140 mg/l netopnih snovi.

Termomineralne vode in njihova sestava v zdraviliščih Radenske

Sestavine (mg/l)	Individualne CO ₂ vsebujoče kopeli Radenci	Terapevtsko-rekreativni bazen Radenci	Kopalnišče Banovci
Na ⁺	1820	2215	2699
K ⁺	224	520	19
Ca ⁺⁺	204	173	3,9
Mg ⁺⁺	74,5	142	1
Cl ⁻	202,3	160,1	747
HCO ₃ ⁻	5375	7527	5936
F ⁻	2,2	1,3	7,6
SO ₄ ⁻	379,4	179	1,6
CO ₂	1290	1160	-
Temperatura na izviru v °C	29,3	41	51

CO₂, ki ga je mnogo v delu naših termomineralnih vod se resorbira skozi kožo in pospešuje krvni obtok in resorpcijo soli skozi kožo. Resorpcija natrijevega klorida skozi kožo je lokalni dražljaj, ki povečuje temperaturo in zmanjšuje vnetno-eksudativne procese. Normalizira se reaktivnost vegetativnega živčevja, zmerno se pospešuje delovanje srca, zmanjšuje tlak, izboljšuje prekrvljenost periferije in zmanjšuje se vsebnost glukoze v krvi.

Glede na fizikalno-kemijsko sestavo, izkušnje in tudi izsledke lastnih raziskav, priporočamo kopeli in kopanje v naših termomineralnih vodah v Radencih in v Banovcih pri naslednjih stanjih po navodilih našega zdravnika:

- lažja in zmerna arterialna hipertenzija,
- kronične kompenzirane bolezni srca,
- pri rehabilitaciji po infarktu srčne mišice,
- nekatere bolezni perifernega krvnega obtoka,
- pri rehabilitaciji po operacijah srca in krvnega obtoka,
- degenerativne bolezni sklepov in hrbtenice,
- kontrakture sklepov in atrofija mišičja po zlomih,
- stanja rekonvalescence po hudih boleznih,
- kronična vnetja adneksov,
- vnetne bolezni sklepov in hrbtenice, revmatoidni artritis,
- nevrovegetativne motnje.

TOKSOPLAZEMSKI LIMFADENITIS**Citomorfološka slika in diferencialna diagnoza***

TOXOPLASMIC LYMPHADENITIS

The cytomorphic features and differential diagnosis

Alenka REPŠE-FOKTER¹, Marija US-KRAŠOVEC², Rastko GOLOUH², Jernej LOGAR³¹ Zdravstveni center Celje, Oddelek za patologijo in citologijo, Kersnikova 1, 63000 Celje² Onkološki inštitut Ljubljana, Vrazov trg 4, 61105 Ljubljana³ Medicinska fakulteta Ljubljana, Inštitut za mikrobiologijo, Zaloška 4, 61105 Ljubljana

Prispelo 1991-05-06

Sprejeto 1992-01-21

Zdrav Vestn 1992; 61: 541-4

KLJUČNE BESEDE: toksoplazmoza; limfadenitis; aspiracijska biopsija; diferencialna diagnoza**KEY WORDS:** toxoplasmosis; lymphadenitis; five needle aspiration; differential diagnosis

IZVLEČEK – Izhodišča. Opisana je citomorfološka in histološka slika toksoplazemskega limfadenitisa ter najpogostejši diferencialno diagnostični problemi.

Metode. Aspiracijsko biopsijo in citološki pregled vzorcev smo opravili pri 863 bolnikih s povečanimi bezgavkami na glavi in vratu. V 276 primerih (32%) smo odkrili reaktivno vnetje, od teh v dveh serološko potrjen toksoplazemski limfadenitis.

Zaključki. Prispevek opozarja na vlogo aspiracijske citologije v stopenjski diagnostiki benignih limfoproliferativnih bolezni, predvsem toksoplazemskega limfadenitisa ter na indikacije in pomen histološke preiskave in seroloških testov.

ABSTRACT – Background. The cytomorphic and histologic features of toxoplasmic lymphadenitis are described in detail. The similarities of cells and cell patterns that may present differential diagnostic problems are shown.

Methods. Reactive lymphadenopathies were cytologically diagnosed in 276 (32%) aspirates out of 863 cases with enlarged lymph nodes of the head and neck region. There were two cases of toxoplasmic lymphadenitis confirmed by serology.

Conclusions. This study emphasises the importance of fine needle aspiration cytology in the diagnosis of benign lymphoproliferative diseases, especially toxoplasmic lymphadenitis and the role of surgical biopsy and serologic tests.

Uvod

Povečane bezgavke, predvsem v predelu vratu in glave, so pri otrocih in pri odraslih razmeroma pogost pojav in so lahko posledica različnih procesov, od primarnih ali sekundarnih malignomov do benignih limfoproliferativnih bolezni. Eden izmed vzrokov je lahko tudi toksoplazmoza. Nanjo premalokrat pomislimo ali pa je ne potrdimo zaradi običajno asimptomatskega poteka ali zaradi nespecifičnih kliničnih znakov. Toksoplazmoza povzroča od 3% do 15% limfadenopatij (1, 2), Slovenija pa je s 15,6% na vrhu te lestvice (3).

Vse limfadenopatije, ki trajajo dalj časa, moramo diagnostično obdelati. Ena izmed metod, ki jih lahko uporabimo, je tudi aspiracijska biopsija povečanih bezgavk in mikroskopska preiskava vzorca.

Material in metode

V letu 1989 smo imeli v Citološkem laboratoriju Onkološkega inštituta 1405 punkcij pri 863 ambulantnih in hospitaliziranih bolnikih s povečanimi bezgavkami v predelu vratu in glave. Aspiracijsko biopsijo je opravil večinoma citopatolog. Po klinikovi ali po svoji presoji smo punktirali eno ali več povečanih bezgavk. Vzorce smo jemali s tanko iglo premera 0,7 mm. Iz aspiriranega materiala smo napravili razmaze, jih delno posušili na zraku, ostanek pa fiksirali v alkoholu. Barvali smo jih standardno po metodi Giemsa

in Papanicolaou. Vzorce je pregledal eden izmed citopatologov našega laboratorija.

Rezultati

Osnovni predpogoj za analizo patološkega procesa z aspiracijsko biopsijo je tehnično brezhiben, ustrezen vzorec, ki vsebuje zadosti celic.

Rezultati citološke preiskave pri 863 bolnikih so prikazani na tabeli 1 in sliki 1.

Diagnozo reaktivnega limfadenitisa smo postavili pri 276 bolnikih (32%). Pri 432 (50,1%) smo odkrili malignom – od tega so imeli 104 bolniki (12,1%) primarno maligno bolezen (maligni limfom, Hodgkinova bolezen), 328 (38%) pa limfogene zasevke.

Pri 67 bolnikih (7,7%) citološka slika ni imela vseh značilnosti malignoma, zato smo se odločili za suspektni izvid, pri 88 (10,2%) vzorcih pa nismo dobili dovolj materiala in smo jih zato opredelili kot neuporabne.

Rezultate citopatološke preiskave smo analizirali posebej pri bolnikih s povečanimi bezgavkami na vratu in glavi, ki so bili mlajši od 15 let (tab. 2 in sl. 2). Teh bolnikov je bilo 76 oziroma 8,8% vseh punktiranih zaradi limfadenopatije v predelu vratu in glave. Kar v 57 primerih (75%) smo našli reaktivni limfadenitis, šest bolnikov (8%) je imelo primarni maligni tumor, trije (3,9%) pa zasevke. Suspektnih izvidov je bilo sedem (9,2%), samo trije (3,9%) pa so bili neuporabni.

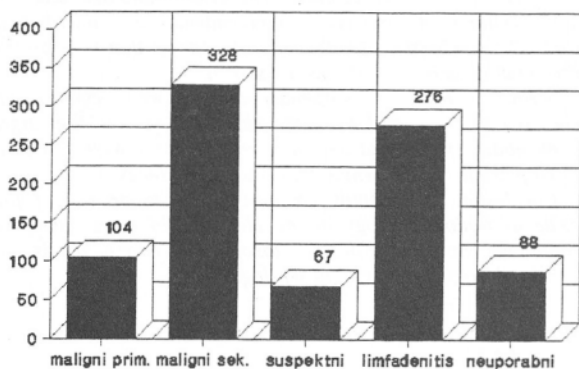
Serološki pregled bolnikov z diagnozo reaktivnega limfadenitisa so indicirali le pri 31 (11,2%) od skupno 276 naših bolnikov. Toksoplazmozo so potrdili v dveh primerih – pri 13-letnem dečku

* Delo je bilo opravljeno na Onkološkem inštitutu.

Tab. 1. Rezultati citopatološke preiskave pri bolnikih s povečanimi bezgavkami v predelu vratu in glave v letu 1989.

Tab. 1. Results of cytologic examination in patients with enlarged lymph nodes of head and neck in the year 1989.

Diagnoza Diagnosis	Bolniki Patients	
	N	%
Maligni primarni tumor Malignant primary tumor	104	12,1
Maligni sekundarni tumor Malignant secondary tumor	328	38,0
Reaktivni limfadenitis Reactive lymphadenitis	276	32,0
Suspektni izvidi Possible malignancy	67	7,7
Neuporabni vzorci Insufficient aspirate	88	10,2
Skupaj Total	863	100,0



Sl. 1. Rezultati citološke preiskave pri 863 bolnikih s povečanimi vratnimi bezgavkami v letu 1989.

Fig. 1. Results of cytological investigation at 863 patients with enlarged lymph node in the neck in the year 1989.

in pri 30-letni ženski. Oba sta imela približno mesec dni povečane bezgavke. Drugih simptomov nista imela.

V vzorcih smo našli izrazito proliferacijo celic limforetikularnega sistema od zrelih limfocitov, razmeroma številnih centrocitov in centroblastov do plazmatk in plazmatoidnih celic, posamezne imunoblaste, številni makrofagi s fagocitiranimi delci razpadlih jeter ter značilne skupke epiteloidnih celic z ovalnimi, vezikularnimi jedri, ponekod majhnimi nukleoli in obilno, svetlo, večinoma neostro omejeno citoplazmo (sl. 3-5).

Razpravljanje

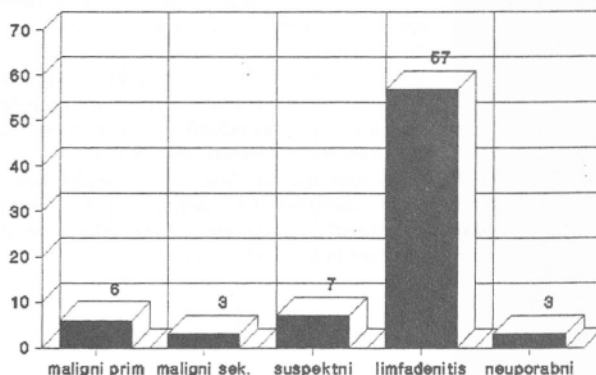
Toksoplazmoza je bolezen, ki je v latentni obliki ena najpogostejših in najbolj razširjenih parazitnih okužb v svetu. Odvisno od geografskega položaja, prehrabnih in higienskih navad je okuženih od 30 do 90% populacije (1, 2, 4, 5). V Sloveniji je po podatkih Inštituta za mikrobiologijo okuženega približno 50% prebivalstva, prav takšen pa je tudi odstotek serološko pozitivnih nosečnic. Pri teh gre večinoma za staro okužbo (6-8).

Prevalenca bolezni narašča s starostjo, aktivna oblika pa je pogostejša pri mlajših odraslih osebah. V Sloveniji je bolezen v obliki limfadenitisa najpogostejša med 17. in 26. letom starosti (3). Toksoplazemski limfadenitis je v odrasli dobi pogostejši pri ženskah, v otroški dobi pa pri dečkih (9). Na okužbo z toksoplaz-

Tab. 2. Rezultati citopatološke preiskave pri bolnikih s povečanimi bezgavkami v predelu vratu in glave, mlajših od 15 let, v letu 1989.

Tab. 2. Results of cytologic examination in patients younger than 15 years with enlarged lymph nodes in the year 1989.

Diagnoza Diagnosis	Bolniki Patients	
	N	%
Maligni primarni tumor Malignant primary tumor	6	8,0
Maligni sekundarni tumor Malignant secondary tumor	3	3,9
Reaktivni limfadenitis Reactive lymphadenitis	57	75,0
Suspektni izvidi Possible malignancy	7	9,2
Neuporabni vzorci Insufficient aspirate	3	3,9
Skupaj Total	76	100,0



Sl. 2. Rezultati citološke preiskave pri bolnikih, mlajših od 15 let, v letu 1989 (N = 76).

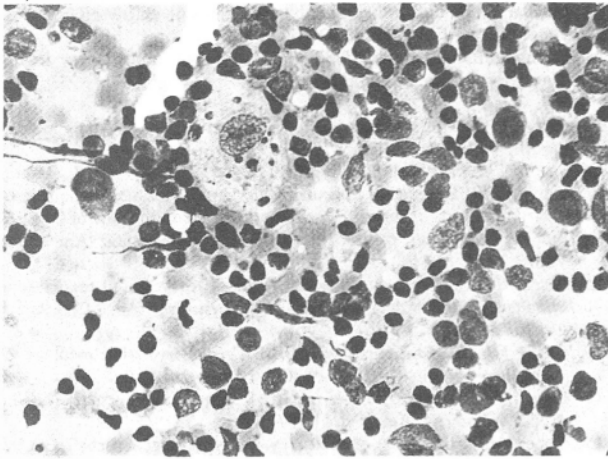
Fig. 2. Results of cytological investigation at patients younger of 15 years in 1989 (N = 76).

mozo so posebej občutljivi bolniki z oslabilno oziroma z zmanjšano sposobnostjo imunskega odgovora zaradi neoplastičnih procesov, predvsem limfomov, dlakasto-celične levkemije (1, 10), bolniki, ki prejemajo imunosupresivno terapijo (npr. pri limfoproliferativnih boleznih, pred presajanjem organov), ter bolniki z aidsom (11). Pri takih bolnikih sta v nasprotju z imunokompetentnimi osebami nekoliko pogostejši diseminirana oblika bolezni ter prizadetost vitalnih organov, predvsem srca in centralnega živčnega sistema (1, 10).

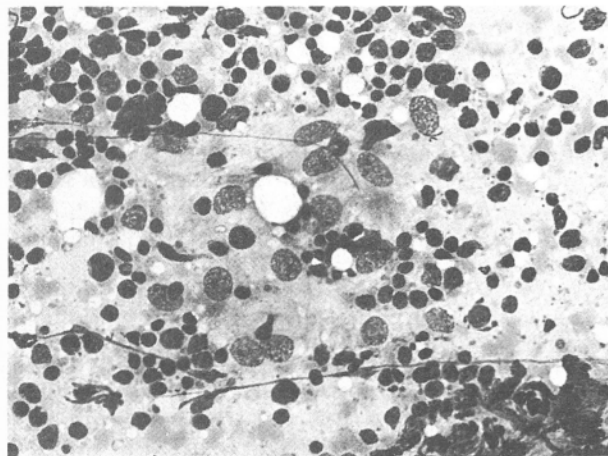
Povečane bezgavke, predvsem v predelu vratu in glave, so vodilni, često edini simptom. Limfadenopatija je lahko eno- ali obojestranska, zajame lahko eno ali več bezgavk hkrati. Bezgavke so okrogle, premakljive, po navadi neboleče in redko večje kot 3 cm v največjem premeru (1).

Toksoplazemski limfadenitis ima dokaj značilno, vendar ne specifično mikroskopsko sliko, na podlagi katere lahko posumimo na toksoplazmozo in priporočamo serološke teste, s katerimi jo dokončno potrdimo.

Histološka slika toksoplazemskega limfadenitisa, ponekod bolj znanega pod imenom limfadenitis Piringer-Kuchinka, je znana že več desetletij. Večina avtorjev ji na podlagi ujemanja s serološkimi testi priznava diagnostično vrednost (12-14). Značilna je folikularna hiperplazija, s številnimi mitozami, iregularni skupki epiteloidnih histocitov, ki se vriva v germinalne centre in v parakortikalna področja. V makrofagih pogosto najdemo fagocitirane ostanke



Sl. 3. Aktivirani limfociti. Podušesna bezgavka, aspiracijska biopsija, preparat št. 5051/89, Giemsa orig. povečava 125 ×.
Fig. 3. Activated lymphocytes. Submandibular lymph node, aspiration biopsy slide no. 5051/89, Giemsa orig. magn. 125 ×.

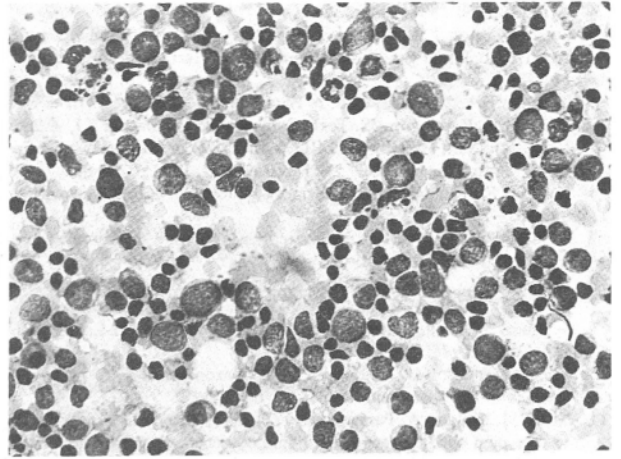


Sl. 4. Epiteloidne celice. Podušesna bezgavka, aspiracijska biopsija, preparat št. 5051/89, Giemsa orig. povečava 125 ×.
Fig. 4. Epithelioid cells. Submandibular lymph node, aspiration biopsy slide no. 5051/89, Giemsa orig. magn. 125 ×.

jeder (9). Opisane so tudi »monocitoidne celice« z izključno B limfocitno diferenciacijo (15). Morfološka diagnoza je povsem zanesljiva le v primeru, ko v vzorcih najdemo povzročitelja, kar pa je izjemno redko (14, 16).

Tudi v citopatologiji so opisani kriteriji, na podlagi katerih lahko posumimo na toksoplazmozo kot vzrok reaktivnega limfadenitisa (17–19). Število serološko potrjenih primerov, ki so opisani v literaturi, je še razmeroma majhno, saj je ta metoda precej mlajša od klasične histologije. V citoloških vzorcih primerov iz našega laboratorija smo našli vse citomorfološke značilnosti toksoplazemskega limfadenitisa, ki jih omenjajo v literaturi (17–19), od izrazito polimorfne celične populacije zrelih limfocitov, njihovih mlajših oblik, imunoblastov, plazmatk in plazmacitoidnih celic do skupkov epiteloidnih celic in celic s fagocitiranimi ostanki jeder. Mitoz v naših preparatih ni bilo.

Čeprav je celična slika toksoplazemskega limfadenitisa dokaj značilna, prihajajo diferencialno diagnostično v poštev tudi šte-



Sl. 5. Makrofag s fagocitiranimi delci. Podušesna bezgavka, aspiracijska biopsija, preparat št. 5051/89, Giemsa orig. povečava 125 ×.
Fig. 5. Macrophage with phagocytized particles. Submandibular lymph node, aspiration biopsy slide no. 5051/89, Giemsa orig. magn. 125 ×.

vilne druge bolezni bezgavk, od akutnih vnetij, kroničnih nespecifičnih in specifičnih vnetij, malignih limfomov do metastaz.

V prvi vrsti je treba izključiti vse vrste malignomov, zlasti Hodgkinovo bolezen, saj bi bil lažno negativen izvid lahko usoden za bolnika. Pri limfomih je celična populacija, ki jo dobimo z aspiracijsko biopsijo bezgavke, večinoma uniformna, pri Hodgkinovi bolezni pa najdemo v vzorcih Reed-Sternbergove velikanke, ki so značilne za to bolezen. Ne smemo pozabiti na možnost koincidence limfoma in toksoplazemskega limfadenitisa, čeprav morfološka slika limfoma po navadi prevlada in celo zakrije sliko toksoplazemskega limfadenitisa (14). Infiltracija bezgavke z metastatskimi tumorji navadno ne predstavlja večjega diferencialno diagnostičnega problema. Epiteloidne celice, ki so za toksoplazemski limfadenitis najbolj značilne, pa lahko najdemo tudi pri številnih drugih reaktivnih procesih v bezgavkah, na primer pri granulomskih limfadenitidih (tuberkuloza, sarkoidoza) ali pri bolezni mačje praske. Pri granulomskih limfadenitidih so navzoče tudi večjedrne velikanke s pogostimi nekrozami, pri bolezni mačje praske pa najdemo ob reaktivni hiperplaziji in ob skupkih epiteloidnih celic tudi značilne znake supurativnega vnetja s številnimi granulociti.

Zaključek

Članek opozarja na možnost diagnoze toksoplazemskega limfadenitisa s citopatološko preiskavo.

Citopatologija ima kot diagnostična metoda svoje prednosti in pomanjkljivosti. Pot do diagnoze je hitra, cenejša, neinvazivna in za bolnika malo boleča. Aspiracijska biopsija bezgavke s citološko preiskavo vzorca je upravičeno indicirana kot ena izmed prvih, še pred kirurško ekscizijo bezgavke in pred serološkimi testi. Zavedati pa se moramo svoje odgovornosti in omejitev ter v primerih, ko z aspiracijsko citologijo ne moremo opredeliti sprememb, in če sumimo na toksoplazmozo, predlagamo kirurško biopsijo bezgavke ter serološke teste.

Literatura

- McCabe RE. Current diagnosis and management of toxoplasmosis in cancer patients. *Oncology* 1990; 4: 81–90.
- Krick JA, Remington JS. Toxoplasmosis in the adult – An overview.

- N Engl J Med 1978; 298: 550-3.
3. Logar J, Marin J. Limfadenitis, pogosten pojav pri infekcijah s parazitom *Toxoplasma gondii* in virusom Epstein-Barr. Zdrav Vestn 1987; 56: 95-7.
 4. Feldman HA. Toxoplasmosis. N Engl J Med 1968; 279: 1370-5.
 5. McLeod R, Remington JS. Toxoplasmosis. In: Isselbacher KJ, Adams RD, Braunwald E, Petersdorf RG, Wilson JD eds. Harrison's principles of internal medicine. 9th ed. McGraw-Hill, 1981: 879-85.
 6. Logar J. Kongenitalna toksoplazmoza v Sloveniji. Zdrav Vestn 1985; 54: 369-73.
 7. Logar J. Prirojena toksoplazmoza in njeni programi za preprečevanje. Med Razgl 1985; 24: 341-5.
 8. Remington JS, Klein JO. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 3rd ed. W. B. Saunders, 1990: 112-2.
 9. Symmers WSC ed. Systemic pathology. 2nd ed. Churchill-Livingstone. Edinburgh, 1978: 653-8.
 10. Knecht H, Rhyner K, Streuli RA. Toxoplasmosis in hairy cell leukaemia. Br J Haematol 1986; 62: 65-73.
 11. Nistal M, Santana A, Paniaqua R, Palacios J. Testicular toxoplasmosis in two men with the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Arch Pathol Lab Med 1986; 110: 744-6.
 12. Puchar WGJ. Can toxoplasmic lymphadenitis be diagnosed histologically? N Engl J Med 1973; 289: 913-4.
 13. Dorfman RF, Remington JS. Value of lymph node biopsy in the diagnosis of acute acquired toxoplasmosis. N Engl J Med 1973; 289: 878-81.
 14. Gray GF, Kimball AC, Kean BH. The posterior cervical lymph node in toxoplasmosis. Am J Pathol 1972; 69: 349-58.
 15. Sheibani K, Fritz RM, Winberg CD, Burke JS, Rappaport H. »Monocytoid« cells in reactive follicular hyperplasia with and without multifocal histiocytic reactions: an immunohistochemical study of 21 cases including suspected cases of toxoplasmic lymphadenitis. Am J Clin Pathol 1984; 81: 453-8.
 16. Aisner SC, Aisner J, Moravec C, Arnett EN. Acquired toxoplasmic lymphadenitis with demonstration of the cyst form. Am J Clin Pathol 1983; 79: 125-7.
 17. Christ ML, Feltes-Kennedy M. Fine needle aspiration cytology of toxoplasmic lymphadenitis. Acta Cytol 1982; 26: 425-8.
 18. Stani J. Cytologic diagnosis of reactive lymphadenopathy in fine needle biopsy specimens. Acta Cytol 1987; 31: 8-13.
 19. Lopez Cardoso P. Atlas of clinical cytology. Hertogenbosch, Targa bv, 1975; 75-90.

V tej številki so sodelovali:

prim. dr. Jože Arzenšek, dr. med., specialist dermatovenerolog, SB Celje
 prof. dr. Marijo Bagatin, dr. stom., dr. med., specialist maksilofacialni kirurg, Klinika za kirurgiju lica, čeljusti i usta, KBC Zagreb
 prof. dr. Jože Drinovec, dr. med., specialist internist, Krka Ljubljana
 mag. Zlata Felc, dr. med., specialistka pediatrija, SB Celje
 mag. Bogdan Fludernik, dr. med., specialist kirurg, SB Celje
 asist. mag. Snežna Fludernik, dr. stom., specialistka oralna kirurginja, SB Celje
 mag. Dušica Glušič, dr. med., specialistka ginekologinja in porodničarka, SB Celje
 prof. dr. Rastko Golouh, dr. med., specialist radiolog, Onkološki inštitut Ljubljana
 Ana Ilijaš-Trofenik, dr. med., specialistka pediatrija, SB Celje
 prof. dr. Ivan Jelič, dr. med., specialist kirurg, Kirurška klinika »Rebro«, Zagreb
 prof. dr. Miroslav Kališnik, dr. med., Inštitut za histologijo in embriologijo, MF Ljubljana
 Andrej Kmetec, dr. med., specialist urolog, Urološka klinika, KC Ljubljana
 prof. dr. Pavle Kornhauser, dr. med., specialist pediater, Ljubljana
 prof. dr. Janez Kuhelj, dr. med., specialist radiolog, Onkološki inštitut Ljubljana
 Sonja Levak-Hozjan, dr. med., specialistka ginekologinja, ZC Velenje

prim. doc. dr. Gorazd Lešničar, dr. med., specialist internist in specialist infektolog, SB Celje
 doc. dr. Jernej Logar, dipl. biol., Inštitut za mikrobiologijo, MF Ljubljana
 prim. doc. dr. Alojz Peterlin, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, SB Celje
 prof. dr. Držigost Pokorn, dr. med., specialist higijene in socialne medicine, Inštitut za higieno, MF Ljubljana
 Alenka Repše-Fokter, dr. med., specialistka patologinja, SB Celje
 mag. Branko Šibanc, dr. med., SB Celje
 Jana Tikvič-Barič, dr. med., specialistka pediatrija, SB Celje
 prof. dr. Tomaž Tomažević, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 prim. mag. Franc Urlep, dr. med., specialist splošne medicine, ZP Gornji Grad
 prof. dr. Marija Us-Krašovec, dr. med., specialistka radiologinja, Onkološki inštitut Ljubljana
 Franjo Velikanje, dr. med., ZD Zalec
 prim. Janez Vrbošek, dr. stom., SZ Ljubljana-Bežigrad
 doc. dr. Daniel Žroner, dr. stom., specialist maksilofacialni in orofacialni kirurg, SB Celje
 Andrej Žmavc, dr. med., specialist internist, ZD Celje

MNENJE BOLNIKOV O ZDRAVSTVENI SLUŽBI

PATIENTS' SATISFACTION WITH HEALTH SERVICE

Andrej ŽMAVC¹, Franjo VELIKANJE²¹ Zdravstveni dom Celje, Gregorčičeva 5, 63000 Celje² Zdravstveni dom Žalec, 63310 Žalec

Prispelo 1992-02-13

Sprejeto 1992-03-26

Zdrav Vestn 1992; 61: 545-9

KLJUČNE BESEDE: zadovoljnost bolnikov; splošna medicina; kakovost zdravstvene službe

KEY WORDS: patients' satisfaction; general medicine; health service quality

IZVLEČEK – Izhodišča. Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšno mnenje imajo bolniki o zdravstveni službi, s poudarkom na splošni medicini.

Metode. V anketo, poslano po pošti, je bilo vključenih 486 naključno izbranih anketirancev, ki obiskujejo ambulante zdravstvenih domov v Celju in Žalcu, kjer živi 106.000 prebivalcev.

Rezultati. Večina anketirancev je s svojo zdravstveno službo zadovoljna. Negativno mnenje o zdravstveni službi ima le 14% vprašanih. Bolj zadovoljni so tisti, ki imajo svojega osebnega zdravnika, tisti, ki krajši čas čakajo na pregled, in starejši od 55 let. Na nezadovoljnost močno vpliva tudi neupoštevanje vrstnega reda v čakalnicah.

Zaključki. Ob spremembi zdravstvenega sistema pri nas in ob uvedbi privatne zdravniške prakse bi se za to obliko zdravstva odločilo 24%, 41% pa bi jih še naprej hodilo k istemu zdravniku ne glede na to, kje bi delal.

ABSTRACT – Background. The purpose of the survey was to find the patients' opinion about their health service with special accent on general medicine.

Methods. A questionnaires were send by mail in district Celje and Žalec with population of 106,000. A random sample of 486 patients were involved in this survey.

Results. Most of them were satisfied with their health service. Only 14% showed dissatisfaction. Greater level of satisfaction was found by those who had their own personal doctor, who spend less time waiting for consultation and by those aged over 55. The waiting order in surgery is found to act an important part at patients' satisfaction.

Conclusions. The reorganization of our national health system is putting up a private practice. 24% of respondents would visit such practice in future and 41% of them would stay by their present doctor wherever he would be.

Uvod

Zdravstveno službo (ZS) po navadi ocenjujemo z uspehi na področju diagnostike in terapije ter na podlagi števila opravljenih pregledov in storitev, njene dobre ali slabe opremljenosti in kadrovske zasedenosti ter s številnimi kazalniki morbiditetne in mortalitetne statistike. V zadnjem času pa postajajo navedeni kazalniki pri ocenjevanju uspešnosti zdravstva vedno bolj sporni, saj se količina dela ne odraža vedno tudi v boljšem zdravju ljudi. Ugotavljajo, da samo s širjenjem zdravstvenih zmogljivosti ne bo mogoče priti do želenega cilja, saj ima lahko zdravstvo tudi negativne učinke na zdravje ljudi – iatrogena (1, 2). Pri ocenjevanju ZS pridobivajo na veljavi zato tudi druga, do sedaj po krivici zapostavljena merila, med katerimi ima gotovo pomembno mesto mnenje uporabnika – bolnika. Njegov odnos do zdravstva je zelo pomemben pri zdravljenju. Bolnik, ki je zadovoljen s svojo ZS, bo veliko bolje sodeloval v procesu zdravljenja, zato bodo tudi rezultati boljši. Bolnik ne more ocenjevati strokovnosti dela, še posebej ne zdravnikovega, zelo dobro pa občuti organizacijske slabosti in odnos zdravstvenega osebja do njegovega problema. To je velikokrat lahko enako, včasih pa celo bolj pomembno kot samo zdravljenje v ožjem medicinskem pomenu. Tisti, ki bo že pri prvem stiku z zdravstveno ustanovo – po navadi kar pri sprejemnem okencu, naletel na neprimeren odnos in ki bo ure dolgo čakal v čakalnici, bo zelo težko imel dobro mnenje o tej ustanovi, čeprav bo deležen vrhunske medicinske storitve.

Realno ocenjevanje splošnega dobrega počutja (satisfakcije)

bolnikov je zelo vprašljivo (3). Njihova ocena ZS je odvisna od mnogih vplivov, pri čemer je sama kakovost medicinskega posega lahko manj pomembna. Pogosto bistveno vplivajo na mnenje bolnikov za medicinska povsem nepomembne stvari, važna pri tem pa je seveda tudi bolnikova osebnost in njegove zahteve ter pričakovanja.

Namen raziskave

Namen te raziskave je bil ugotoviti mnenje bolnikov o sedanjih osnovni ZS, kar bi bil upoštevanja vreden podatek pri načrtovanju izboljšav v zdravstvu. Potrditi smo želeli hipotezo, da so bolniki z osnovno ZS bolj zadovoljni, če imajo svojega izbranega zdravnika in če je zdravstvena služba urejena tako, da je v čakalnicah red, čakanje na pregled pa čim krajše. Pri tem smo skušali na najmanjšo možno mero zmanjšati neposredni vpliv odnosa bolnik-zdravnik. Zato podatkov nismo zbirali v ambulanti, kjer se bolnik zdravi, prav tako pa se nismo spuščali v raziskovanje pregleda oz. posveta pri zdravniku, ker bi to presleglo okvir ene raziskave. Anketa, ki je kot metoda zbiranja podatkov za te namene najbolj primerna, pa naj bi bila anonimna. Važna je tudi izbira tipa vprašalnika. Odgovore lahko že vnaprej določimo, anketirani pa jih samo obkrožuje (zaprti tip), lahko pa pustimo možnost samostojnega oblikovanja odgovorov (odprti tip). Ankete odprtega tipa dajo sicer bolj verno sliko o sami vsebini problema, so pa zelo problematične za kasnejšo obdelavo (4). V naši raziskavi smo se zato odločili za anketo zaprtega tipa, pustili pa smo možnost pisne pripombe ali pohvale. Ob ugotavljanju ustreznosti ali neustreznosti ZS z bolnikovega vidika smo skušali

ZS – zdravstvena služba; ZD – zdravstveni dom; OA – obratna ambulanta; DI – dispanzer.

ugotoviti, kateri so za bolnika najbolj moteči elementi našega vsakodnevnega dela. Omejili smo se predvsem na sam prihod v zdravstveno ustanovo – zdravstveni dom (ZD), čakanje v čakalnici in čas, ki ga zdravnik nameni bolniku. Čeprav je bil namen raziskave predvsem, da bi ugotovili mnenje bolnikov o njihovi osnovni ZS, pa smo zaradi primerjave v vprašalnik vključili še nekaj vprašanj s področja specialistično bolnišnične ZS. Anketo smo opravili na področju občin Celje in Žalec.

Odziv anketirancev je bil sorazmerno slab, kar si razlagamo predvsem z neugodno izbranim datumom. Anketne vprašalnike smo izbranim anketirancem poslali namreč 24. junija 1991, torej dva dni pred vojnim stanjem v Sloveniji. Ker je na poslane vprašalnike do septembra 1991 odgovorilo samo 41% anketirancev, je mogoče, da so odgovarjali samo tisti, ki so bili iz kakršnegakoli razloga za to posebej motivirani. Reprezentativnost odgovorov smo zato preverili z dodatno anketo, katere namen je bil zagotoviti čimvečjo odzivnost. To dodatno anketo smo opravili novembra istega leta neposredno po ambulantah.

Metoda

Iz kartotek ZD Celje in ZD Žalec smo po sistemu naključnega in proporcionalnega izbora po splošnih in obratnih ambulantah izbrali 1300 bolnikov, ki so bili v zadnjih petih letih vsaj enkrat pri zdravniku. Po podatkih zadnjega popisa prebivalcev (1991) živi v občini Celje 66.443, v občini Žalec pa 39.688 ljudi. To razmerje smo upoštevali tudi pri izbranim vzorcu. Vprašalnike smo skupaj z navodili poslali anketirancem po pošti. Zaradi netočnih naslovov in neznanega naslovnika je bilo skupno število poslanih anket 1240. Rezultate smo statistično obdelali s testom hi^2 in testom z.

Zaradi že omenjene slabe odzivnosti (41%) smo po petih mesecih izvedli dodatno anketo z istim vprašalnikom in sorazmerno manjšim vzorcem. To dodatno anketo smo opravili pri 203 bolnikih, ki so jih naključno izbrali v čakalnici.

Odzivnost te dodatne ankete je bila 98%.

Anketni vprašalnik je poleg splošnih podatkov o starosti, spolu, kraju bivanja, zaposlenosti in izobrazbi vseboval vprašanja za področje osnovne ZS in vprašanja za področje specialistične ZS.

Na področju osnovne ZS nas je zanimalo, če ima bolnik izbranega zdravnika, če je ta v splošni ambulanti (SA), obratni ambulanti (OA) ali dispanzerju (DI), kolikokrat je bil v zadnjih dveh letih pri zdravniku in kako bi ocenil svoje zdravje. Nato nas je še zanimalo, na kakšen način pride do zdravnika (z dvigom številke ob sprejemnem okencu, z oddajo zdravstvene izkaznice v čakalnici, s predhodnim dogovorom ali kako drugače), koliko časa po navadi čaka na pregled in ali ima po njegovi oceni zdravnik zanj dovolj, preveč ali premalo časa. Anketiraneec je nato moral oceniti ZS, imel pa je tudi možnost dati prosto pisno pripombo ali pohvalo.

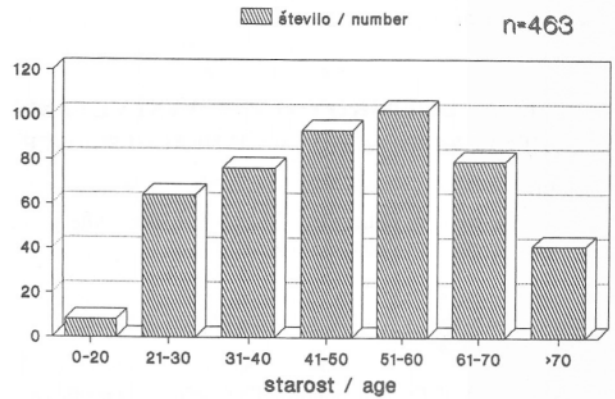
Na področju specialistične ZS nas je zanimalo, kolikokrat v zadnjih dveh letih je bil anketiraneec pri specialistu, kolikokrat v zadnjih petih letih se je zdravil v bolnišnici in koliko časa čaka na naročeni pregled pri specialistu. Anketiranci so morali v tem delu odgovoriti še na vprašanje, koliko časa ima specialist na razpolago pri pregledu in kakšna je po njihovi oceni specialistična ZS.

Zadnje vprašanje se je nanašalo na uvedbo privatne zdravniške prakse. Zanimalo nas je, kako bi se anketiranci odločili, če bi ob enakih zavarovalnih pogojih imeli možnost izbire med zdravnikom s privatno prakso in zdravnikom v javni ZS, ali pa bi še naprej hodili k svojemu sedanjemu zdravniku ne glede na to, kje bi ta v bodoče delal.

Anketa je bila anonimna.

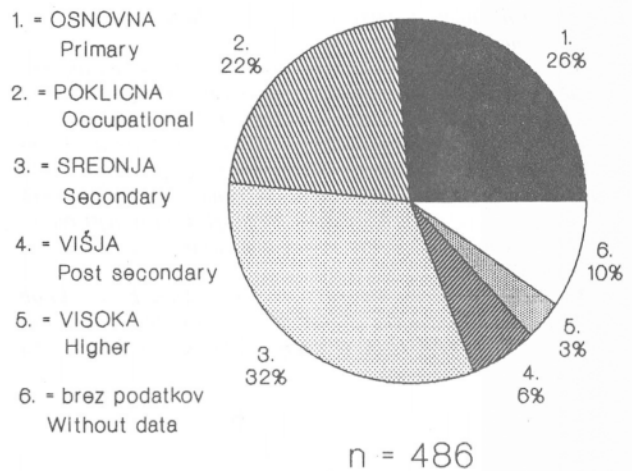
Rezultati

Na 1240 poslanih vprašalnikov smo v treh mesecih dobili 512 (41,3%) odgovorov. 26 je bilo neuporabnih, tako smo za nadaljnjo



Sl. 1. Starostna struktura bolnikov.

Fig. 1. Patients' structure by age.



Sl. 2. Izobrazba bolnikov.

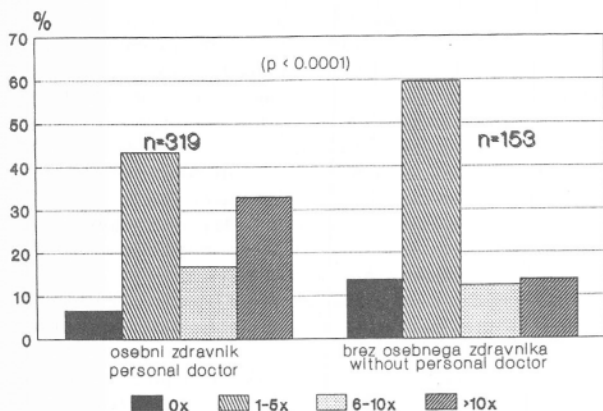
Fig. 2. Patients' education.

obdelavo upoštevali 486 (39,2%) anket. Struktura tistih, ki so odgovorili na anketo, se po spolu in starosti ne razlikuje od vseh, ki smo jim anketo poslali. Med 486 anketiranci jih je največ v starostni skupini 50–59 let (sl. 1). Povprečna starost anketirancev je 47,9 leta (s. d. = 15,7 leta). Moških je 185 (37,9%), žensk pa 281 (57,6%). 20 (4,1%) ni navedlo podatka o spolu. Zaposlenih je 230 (47,1%), nezaposlenih 213 (43,6%), brez tega podatka je 43 (8,8%) obravnavanih anket. Izobrazbeno strukturo kaže slika 2.

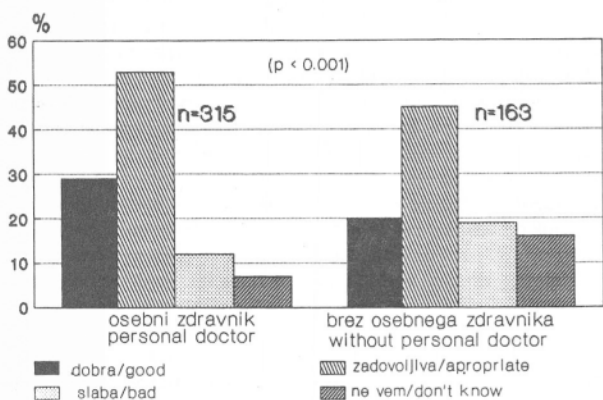
Svojega izbranega zdravnika ima 319 (65,4%) anketirancev, brez podatka jih je 14 (2,9%). V splošno ambulanto jih hodi 279 (57,4%), v obratno ambulanto 110 (22,6%), v dispanzer 21 (4,3%), 76 (15,6%) jih ni navedlo tega podatka. V splošnih ambulantah je 209 (74,9%) takih, ki imajo izbranega zdravnika, v obratnih ambulantah pa 86 (78,2%) – razlika statistično ni pomembna.

V zadnjih dveh letih jih 43 (8,8%) ni obiskalo zdravnika, do petkrat jih je bilo pri zdravniku 235 (48,4%), 76 (15,6%) jih je bilo do desetkrat, več kot desetkrat pa jih je bilo 126 (25,9%); šest odgovorov (1,2%) je brez podatka. Bolj pogosto obiskujejo zdravnika tisti, ki imajo svojega izbranega zdravnika. Ta povezanost je statistično visoko značilna ($hi^2 = 27,4$, $p < 0,0001$) (sl. 3).

Lastno zdravje je osem (1,6%) anketirancev ocenilo kot odlično, 123 (25,3%) kot dobro, 212 (43,6%) kot zadovoljivo in 124 (25,5%) kot slabo. Dvanajst (2,5%) jih svojega zdravja ni moglo oceniti in sedem (1,4%) jih na vprašanje ni odgovorilo. Delež bolnikov, ki svoje zdravje opredeljujejo kot slabo, je višji



Sl. 3. Število obiskov v zadnjih dveh letih.
Fig. 3. Number of visits in last 2 years.



Sl. 4. Vpliv osebnega zdravnika na oceno zdravstvene službe.
Fig. 4. Influence of a personal doctor on patients' opinion about quality of health service.

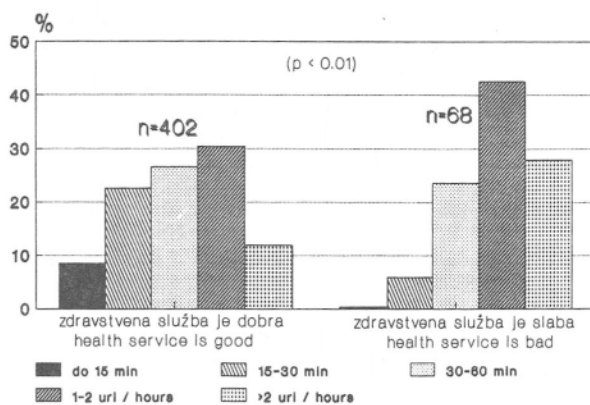
v skupini z izbranim zdravnikom – 96/319 (30%), v primerjavi s skupino, ki nima izbranega zdravnika – 27/153 (18%); ($hi^2 = 9,04, p = 0,01$).

247 (50,8%) jih pride do zdravnika tako, da odda zdravstveno knjižico medicinski sestri v ambulanti, 156 (32,1%) jih dobi številko za vrstni red v čakalnici na triažnem mestu, 32 (6,6%) se jih predhodno dogovori za pregled, 42 (8,6%) pa nima stalnega načina; devet (1,9%) jih na to vprašanje ni odgovorilo.

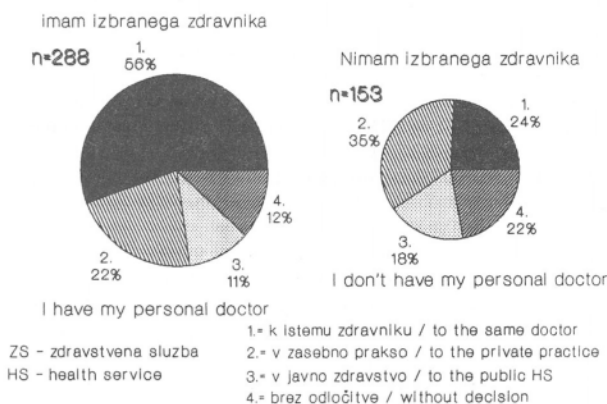
Manj kot povprečno 15 minut čakanja na pregled v čakalnici je navedlo 34 (7,0%) vprašanih, 95 (19,5%) jih meni, da čakajo v povprečju 15–30 minut, 123 (25,3%) 30–60 minut, 151 (31,1%) 1–2 uri in 67 (13,8%) več kot dve uri; brez podatka je bilo 16 (3,3%) odgovorov. Med SA in OA ni pomembnih razlik. Vendar anketiranci, ki imajo izbranega zdravnika, čakajo nekoliko manj. Od 310 anketirancev z izbranim zdravnikom jih 31% čaka manj kot pol ure, med 148 brez izbranega zdravnika pa je takih 26% ($p = 0,03$).

Na vprašanje, koliko časa ima po njihovem zdravnik za bolnika, jih 269 (55,3%) meni, da ima zdravnik dovolj časa, 173 (35,6%) jih misli, da ima zdravnik tega časa premalo, eden (0,2%) misli, da ima zdravnik preveč časa, in 33 (6,8%) se glede tega ne more opredeliti; deset (2,1%) jih ni odgovorilo na vprašanje.

Mnenje o osnovni ZS je naslednje: 122 (25,1%) jih meni, da je osnovna ZS dobra, 241 (49,6%) da je zadovoljliva, 68 (14,0%) da je slaba, 47 (9,7%) pa ne ve, kakšna je. Osem (1,6%) jih ni odgovorilo. Ta ocena ni odvisna od izobrazbe bolnikov ali od



Sl. 5. Čakanje na pregled in mnenje o zdravstveni službi.
Fig. 5. Waiting time and opinion about health service.



Sl. 6. Oblika zdravstvene službe, ki bi jo izbral v prihodnje.
Fig. 6. A type of HS, which I prefer in future.

spola, je pa zelo odvisna od tega, ali ima bolnik svojega izbranega zdravnika. Bolniki, ki imajo svojega zdravnika, imajo o osnovni ZS boljše mnenje (sl. 4). Na mnenje o osnovni ZS izrazito močno vpliva tudi dolžina čakanja v čakalnici. Tisti, ki čakajo v povprečju manj kot 30 minut, skoraj nimajo slabega mnenja o osnovni ZS (sl. 5). Mnenje anketirancev je odvisno tudi od starosti. Izmed 159, starejših od 55 let, jih le 8,9% meni, da je osnovna ZS slaba, medtem ko jih od 319, mlajših od 55 let, enako misli kar 21%; ($p = 0,01$).

V prosti rubriki ankete je dodatno pripombo dalo samo 262 (53,9%) anketirancev. 38% pripomb se nanaša na predolgo čakanje in vrstni red v čakalnici, 27% pripomb na površnost zdravnika pri pregledu, 12% pa na odnos zdravstvenega osebja do bolnikov.

Mnenja o specialistično-hospitalni ZS v tej raziskavi nismo podrobneje obdelali, ker jih kar 151 (31,1%) navaja, da v zadnjih dveh letih niso bili pri specialistu, takih, ki se v zadnjih petih letih niso zdravili v bolnišnici, pa je kar 254 (52,3%). Zanimiv pa je podatek, da jih na pregled pri specialistu čaka en mesec ali več kar 254 (52,3%).

Pod pogojem, da bi bili pogoji finančne participacije enaki za vse sektorje zdravstva, bi se jih za privatno prakso odločilo 116 (23,9%), za javno zdravstvo 60 (12,3%), kar 197 (40,5%) pa bi jih hodilo še naprej k svojemu sedanjemu zdravniku ne glede na to, kje bi ta delal. To je močno odvisno od tega, ali bolnik ima ali nima svojega osebnega zdravnika (sl. 6). Čakanje v čakalnici na to

Tab. 1. Statistično pomembne razlike med obema anketama.
Tab. 1. Statistically significant differences between main and control questionnaire.

Odgovor Answer	Glavna anketa Main questionnaire		Dodatna anketa Control questionnaire		
	n = 486 št./No.	%	n = 198 št./No.	%	
Imam izbranega zdravnika I have my own doctor	319	65,6	161	81,3	p < 0,001
Zdravnik ima dovolj časa Doctor has enough time for me	269	55,3	129	65,2	p < 0,05
Obiskoval bi zasebno prakso I would rather visit a private practice in future	116	23,9	27	13,6	p < 0,01

odločitev nima vpliva niti pri tistih, ki čakajo v povprečju več kot eno uro.

Ob primerjavi rezultatov ankete med obema skupinama anketirancev (ZD Celje in ZD Žalec) smo našli statistično pomembne razlike samo pri spolu, pri deležu tistih, ki imajo svojega izbranega zdravnika, in pri načinu prihoda k zdravniku. Med anketiranci ZD Celje je več žensk – 65% kot med anketiranci ZD Žalec – 54% ($hi^2 = 5,4$, $p = 0,02$).

V kartoteki bolnikov ZD Celje je 63% žensk.

Svojega izbranega zdravnika ima v ZD Celje 71% anketirancev, v ZD Žalec pa 58% anketirancev ($hi^2 = 8,7$, $p = 0,003$).

Pri načinu prihoda k zdravniku je razlika pri tistih, ki dobijo številko za vrstni red v čakalnici. Takih je v skupini ZD Celje 37%, v skupini ZD Žalec pa 24% ($hi^2 = 4,7$, $p = 0,03$). To je posledica razlik v organizaciji dela v obeh ZD.

Zaradi omenjene nizke odzivnosti na anketo, poslano po pošti, smo z dodatno anketo preverili reprezentativnost dobljenih podatkov. Dodatno anketo smo opravili pri 203 bolnikih v ambulantah oziroma čakalnicah med tem, ko so čakali na pregled. Ta dodatni vzorec smo izbrali po enakih kriterijih kot glavnega. Povprečna starost teh anketirancev je bila 43,5 leta (s. d. = 15,3), kar je štiri leta manj kot pri glavni anketi ($p < 0,01$). Na enak vprašalnik je odgovorilo 198 (98%) vprašanih. Razlike med anketama, ki so pomembne, so prikazane v tabeli 1, pri vseh ostalih vprašanih pa ni pomembnih razlik. V glavni anketi je bilo šest rubrik takih, ki so bile izpolnjene v več kot 95%, v dodatni anketi pa sta bili taki rubriki samo dve. Ocenjujemo, da so dodatno anketo izpolnjevali manj natančno.

Razpravljanje

Kot je bilo že omenjeno, je bil odziv na anketo slab (39%), vendar smo z dodatno anketo ugotovili, da razen v deležu bolnikov z izbranim zdravnikom (teh je v ambulantni anketi pomembno več) in nekoliko nižjo povprečno starostjo bolnikov drugih bistvenih razlik med obema anketama ni. Bolniki, ki imajo svojega izbranega zdravnika, po naših podatkih bolj pogosto hodijo k zdravniku, zato je ta razlika tudi pričakovana. Višji delež bolnikov v dodatni anketi, ki smatrajo, da ima zdravnik zanje dovolj časa, in bistveno nižji delež tistih, ki bi se odločili za privatno prakso, je samo posledica prve ugotovitve. To, da so bolniki v dodatni anketi v povprečju nekoliko mlajši, kaže na to, da so na anketne vprašalnike, poslano po pošti, v večji meri odgovarjali starejši bolniki.

Približno tri četrtine anketirancev ima svojega izbranega zdravnika, kar je veliko, če upoštevamo, da gre za mestni tip osnovne

ZS, kjer bolniki bolj pogosto menjajo zdravnika. Med anketiranci je le 9% takih, ki v zadnjih dveh letih niso bili pri zdravniku, kar je pomembno pri vrednotenju mnenja anketirancev. Nesmiselno je namreč spraševati o ZS tiste, ki z njo nimajo opravka. To, da bolniki, ki imajo svojega izbranega zdravnika, tudi bolj pogosto hodijo k zdravniku, je razumljivo in pričakovano. Vzrok je namreč ravno obraten. Tisti, ki pogosteje rabijo zdravnika, si le-tega tudi prej izberejo za svojega osebnega zdravnika. Zaradi tega je tudi razumljivo na prvi pogled čudno dejstvo, da je med bolniki z izbranim zdravnikom več takih, ki menijo, da so slabega zdravja, kot med tistimi, ki nimajo svojega zdravnika.

Način prihoda v ambulanto je različen, vendar se le slabih 7% bolnikov vnaprej dogovori za čas pregleda. Ugotavljamo, da ravno na tem področju organiziranost osnovne ZS zelo šepa. Z naročanjem namreč pomembno skrajšamo čakanje na pregled (5), s tem pa je močno povezano mnenje bolnikov o ZS, kar kažejo tudi naši podatki! Nesprejemljivo je, da kar 45% naših bolnikov čaka na pregled v povprečju več kot eno uro. Z urejenim sistemom naročanja lahko dosežemo, da le 19% bolnikov čaka več kot pol ure (5)!

36% naših bolnikov meni, da ima zdravnik v ambulanti premalo časa za bolnika. To je pogosta ugotovitev podobnih raziskav celo tam, kjer menimo, da ima zdravnik mnogo več časa za bolnika. V Veliki Britaniji je bil leta 1980 povprečni čas posveta 7,5 minute, vendar se zadnja leta podaljšuje (6). Pri obravnavi seveda ni bistvena samo dolžina posveta, temveč predvsem njena vsebina, vendar pa čas, ki ga zdravnik nameni bolniku, močno vpliva na bolnikovo zadovoljnost (7). Priporočajo, da naj bi bil povprečni čas posveta okrog 10 minut, kar bi bilo realno tudi za naše razmere. Pogoje za to namreč imamo, saj povprečni splošni zdravnik pri nas skrbi za približno 1500 do 2500 bolnikov, kar ni ne več in ne manj kot na Zahodu. Problem je predvsem v tem, da pri nas bolniki prihajajo vedno samo k zdravniku, medtem ko v tujini približno polovico obiskov v ambulanti obravnava usposobljena medicinska sestra (8)!

Ob vsem naštetem, še posebej, ker se v času reforme zdravstvenega sistema pri nas posebej naglašajo njegove slabosti, je presenetljivo, da je le 14% bolnikov mnenja, da je osnovna ZS slaba! Podatki so sicer težko primerljivi, vendar je bilo v podobni raziskavi v Veliki Britaniji kar 24% bolnikov nezadovoljnih s sistemom naročanja in čakanjem pri splošnem zdravniku (5).

Pri bolnikih, ki imajo svojega izbranega zdravnika, je odstotek nezadovoljnih še nižji (sl. 4). Po naših podatkih na mnenje bolnikov o osnovni ZS bistveno vpliva prav čakanje in red v čakalnicah, saj se kar dobra tretjina pripomb (38%) v prosti rubriki ankete nanaša na dolžino čakanja v čakalnicah in na vrstni red pri tem. Zelo moteče je sprejemanje bolnikov mimo vrste, še posebej pri stranskih vratih, ter neupoštevanje ordinacijskega časa. Zato bomo morali pri organizaciji osnovne ZS temu problemu posvetiti bistveno več pozornosti kot doslej.

Nova zdravstvena zakonodaja uvaja privatno zdravniško prakso, zato nas je zanimalo, kolikšen delež bolnikov bi se že zdaj odločil za to obliko ZS. Ker je bilo v anketi posebej poudarjeno, da bi veljali enaki pogoji zdravstvenega zavarovanja tudi v privatni praksi, se nam zdi 24% delež bolnikov, ki bi se odločil za privatno prakso, pravzaprav majhen. Na to odločitev pomembno vpliva izbrani zdravnik, saj je med tistimi, ki nimajo svojega zdravnika, kar 34% takih, ki bi se že vnaprej odločili za zdravnika s privatno prakso. Zanimivo je, da na to odločitev prav nič ne vpliva dolžina čakanja v čakalnici. Naši podatki kažejo, da bolniki večinoma ne želijo menjati izbranega zdravnika ne glede na to, ali bo ta delal še naprej v javnem zdravstvu ali pa kot zasebnik. S tem posredno potrjujemo mnogokrat poudarjeni in tudi dokazani pomen stalnega osebnega zdravnika (9).

Zaključek

Rezultati naše raziskave kažejo, da je mnenje bolnikov o osnovni ZS pri nas v glavnem pozitivno. Ker smo anketo opravili

na področju s pretežno mestnim tipom osnovne ZS, ugotovitev ne kaže posploševati prav na vso Slovenijo. Mnenje bolnikov je sicer samo eden od kriterijev uspešnosti ZS, ki pa bo imel v bolj tržno usmerjenem zdravstvu vedno večjo težo. Osnovna ZS bo morala posebno pozornost posvetiti predvsem redu v čakalnicah in bistveno skrajšati čakanje v njih. Vsakemu bolniku bomo morali omogočiti prosto izbiro osebnega zdravnika, kar bo ob strokovno neoporečnem delu pomembno prispevalo k zadovoljnosti bolnikov, s tem pa tudi k njihovem večjemu zaupanju v ZS in seveda k boljšim rezultatom zdravljenja! Medicina je v silovitem tehnološkem razvoju preveč zanemarila zdravnika in njegovo osebnost kot zdravilo. Ta lahko pride do izraza le ob tesnem sodelovanju z bolnikom, ki velikokrat traja do konca življenja.

Literatura

1. Diehr P, Richardson W, Shortelli S, LoGeforo J. Increased access to medical care. *Med Care* 1979; 17: 989–99.
2. Yergan J, LoGeforo J, Shortelli S, Bergner M, Diehr P, Richardson W. Health status as a measure of need for medical care: A critique. *Med Care* 1981; 19: 57–68.
3. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 487–90.
4. Žigić D, Janošević J, Ivanković D, Pertot V, Kostantinović D. Istraživanje u oblasti kvalitete rada. In: Metodologija naučno istraživačkog rada u opštoj medicini. Beograd–Zagreb: Medicinska knjiga, 1988: 309–17.
5. Allen D, Leavy R, Marks B. Survey of patients' satisfaction with access to general practitioners. *J R Coll Gen Pract* 1988; 38: 163–5.
6. Wilson A. Consultation length. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 119–22.
7. Bruhn JG. Time in therapeutic relationship: Myths and realities. *Southem Medical Journal* 1979; 3: 344–50.
8. Kosta E. Časovni dejavnik v splošni medicini. Zbornik 7. in 8. učne delavnice za mentorje v splošni medicini. Topolšica: Sekcija splošne medicine, 1988: 1–7.
9. Ettlinger P, Freeman G. General practice compliance study: is it worth being a personal doctor? *BMJ* 1981; 282: 1192–4.

strokovno izpopolnjevanje

DELAVNICA O PREHRANI VRHUNSKIH ŠPORTNIKOV Barcelona, 4. 8. 1992

»Mars Incorporated«, svetovno znana industrija za proizvodnjo slaščic, tudi edini prehrambeni sponzor 25. olimpijskih iger v Barceloni, je 4. 8. 1992 organizirala okroglo mizo o prehrani vrhunskih športnikov za prehrabene strokovnjake iz srednjeevropskih držav prav na mestu olimpijskih iger.

Znanstveno delavnico o prehrani vrhunskih športnikov sta vodila svetovno znana nutricionista prof. Williams iz Anglije in prof. Maughan iz Škotske; pri okrogli mizi pa so še sodelovali: prof. Biró, predstojnik inštituta za higieno prehrane iz Budimpešte; prof. Rogaz, predstojnik inštituta za športno medicino iz Petrograda; doc. Parizková, predstojnica biomedicinskega centra v Pragi; dr. Kaczmarekova, predstojnica fiziološkega inštituta iz Gdanska, in prof. Pokorn, predstojnik Inštituta za higieno iz Ljubljane.

Prof. Williams je najprej na kratko povzel zaključke mednarodnega sestanka o hrani, prehrani in športu v Lausanni februarja leta 1991, prof. Maughan, strokovnjak za tekočine, pa je govoril o vodnem razvnotežju pri vrhunskem športu.

Zaključki so bili jasni: pravilni izbor živil in režim prehrane, skupaj s pravilnimi treningi lahko očitno izboljšajo telesno pripravljenost oziroma kondicijo vrhunškega športnika.

Izredno visoka temperatura in nasičenost zraka z vlago, kot je to npr. bilo na olimpijskih igrah v Barceloni, pa zahteva še ustrezen režim pitja tekočin, ki preprečuje nast-

nek toplotnega zastoja in ohranja telesno sposobnost športnika.

Režim prehrane športnika

Dieta za vrhunškega športnika je ogljikohidratni tip prehrane z več kot 50% enostavnih ali kompleksnih ogljikovih hidratov v povprečni dnevni količini zaužite energije. Različni ogljikovi hidrati bistveno ne speminjajo hitrosti kopičenja glikogena v organizmu, čeprav dajemo danes prednost škrobnim živilom (kompleksnim ogljikovim hidratom).

Več ogljikovih hidratov v prehrani športnika gre lahko samo na račun maščob, ki jih lahko znižamo, v povprečju tudi na 20% glede na celodnevne energijske potrebe športnika (ne damo več kot 33–39 g maščob na 1000 kkal/dan, 4,2 MJ).

Dnevna prehrana vsebuje okrog 10 do 15% beljakovin glede na dnevne energijske potrebe športnika oziroma 1,2 do 1,5 g/kg/dan, pred telesnimi obremenitvami športnika in po njih.

Dodatek vitaminov in rudnin v dnevno prehrano športnika ni potreben, če je dnevni jedilnik sestavljen pestro oziroma vsebuje živila iz vseh pomembnih skupin živil.

Omenjeni osnovni režim prehrane je dejansko namenjen vsem športnikom in športnicam.

Režim pitja tekočin

Neprijemni klimatski pogoji (visoka temperatura in vlaga v zraku) in dolgotrajna ter-

naporna telesna aktivnost zahtevata še poseben poostren režim pitja tekočin.

Če treningi in tekmovanja trajajo več kot eno uro, mora športnik že piti tekočine, npr. na vsakih 10 do 15 minut okoli 100 do 200 ml vode ali različnih razredčenih pijač z okoli 200 do 250 mOsm/l (nekoliko hipotonična raztopina mešanice sladkorja in soli).

Ob izredno neugodnih klimatskih pogojih in dolgotrajnih tekmovanjih pa je tudi umestno, da športnik pred tekmo popije še nekaj tekočine (100 do 400 ml), čeprav ni žejen.

Navadna pitna voda – studenčnica, polnjena v 1/2l plastične steklenice, je bila na 25. olimpijskih igrah v Barceloni osnovna in najpomembnejša pijača za večino najboljših športnikov iz vsega sveta.

Tudi znanje je dieta za vrhunškega športnika

Firma »Mars Incorporated« je imela na 25. olimpijskih igrah v olimpijski vasi tudi svoj center za prehrano, ki ga je vodila izkušena angleška nutricionistka. Center je izvedel anketo med vrhunskimi športniki in trenerji, ki so se udeležili olimpijskih iger. Anketa je pokazala, da o prehrani najmanj vedo športniki iz manj razvitih držav.

Najbolj zahteven vzdržljivostni šport, maraton, je npr. prav na teh olimpijskih igrah pokazal, da lahko pritečejo med prvimi na cilj le tisti športniki, ki so vlagali svoje dolgoletne napore ne samo v treninge, temveč tudi v pravilno prehrano.

Lahko zaključimo, po mnenju vseh navzočih na okrogli mizi v Barceloni, da so olimpijske igre in težnje k vse boljšim športnim dosežkom tudi tesno povezane z napredkom znanosti v prehrani.

Visokoučinkovit, varen in preskušen oralni
cefalosporinski antibiotik druge generacije

TARACEF®

kapsule, suspenzija

cefaklor

Najboljši ostanejo ...

- Spekter Taracefa zajema večino po Gramu pozitivnih in po Gramu negativnih mikroorganizmov.
- Inhibicijsko delovanje na *Haemophilus influenzae* in druge povzročitelje dihalnih infekcij je močnejše v primerjavi z drugimi oralnimi cefalosporini.
- Hrana bistveno ne moti absorpcije Taracefa.
- Taracef dobro prodira v tkiva in telesne tekočine, kjer hitro doseže terapevtične koncentracije.
- Taracef zagotavlja uspešno zdravljenje dihalnih, urinarnih in kožnih infekcij.
- Varen in preskušen je tudi v pediatriji.
- Taracef je biološko ekvivalenten paralelnemu preparatu.
- Bolniki ga odlično prenašajo.

... vedno aktualni !

Podrobnejše informacije in literaturo dobite pri proizvajalcu.

 **KRKA**

tovarna zdravil, p.o., Novo mesto, Slovenija

VPLIV OPERATIVNE TEHNIKE NA ENDOTELIZACIJO ANASTOMOZ IN PREHODNOST VENSKEGA AVTOTRANSPLANTATA

THE INFLUENCE OF OPERATIVE TECHNIQUE ON ENDOTELIZATION OF ANASTOMOSES AND PASSING OF VENOUS AUTOTRANSPLANT

Bogdan FLUDERNIK¹, Ivan JELIĆ²

¹ Oddelek za kirurgijo notranjih organov, Bolnišnica Celje, Oblakova 5, 63000 Celje

² Oddelek za kardiovaskularno kirurgijo, Kirurška klinika »Rebro«, Kišpatičeva ulica 12, 41000 Zagreb

Prispelo 1991-06-11

Sprejeto 1992-05-28

Zdrav Vestn 1992; 61: 551-3

KLJUČNE BESEDE: operativna tehnika; venski avtotransplantat; arteriovenska anastomoza

KEY WORDS: operative technique; venous autotransplant; arteriovenous anastomosis

IZVLEČEK – Izhodišča. Za revaskularizacijo ishemičnih tkiv in organov se v žilni kirurgiji najpogosteje uporablja venski avtotransplantat. Zgodnja zapora transplantata je najpogosteje posledica tehničnih pomanjkljivosti pri izvedbi anastomoze med arterijo in veno.

Metode. Avtorja sta ugotavljala vpliv tekočega šiva in posameznih šivov na prehodnost in endotelizacijo anastomoz. Pri tem so bili postopki za pripravo venskega transplantata, oblika anastomoze in šivalni material za obe vrsti šivov enaki. Poizkusi so bili opravljeni na psih mešancih. Narejenih je bilo 32 anastomoz, razdeljenih v dve klinično in statistično primerljivi skupini. Povprečni premer arterije je bil 3,3 mm in vene 4,7 mm.

Rezultati. Anastomoze so bile opazovane od 2 do 33 dni. Pregledane so bile klinično, ultrazvočno, histološko in s pomočjo vrstičnega elektronskega mikroskopa.

Zaključki. Ugotovila sta, da traja šivanje s posameznimi šivi dlje kot s tekočim šivom, razlika v potrebnem času šivanja pa se z izkušnjami zmanjšuje. Prehodnost anastomoz, šivanih s posameznimi šivi, je nekoliko boljša od šivanih s tekočim šivom, vendar razlika statistično ni pomembna. Vrsta šivalne tehnike ne vpliva na histološke spremembe v anastomozah in pri obeh vrstah šiva ni razlike med začetkom in popolnostjo endotelizacije anastomoz.

ABSTRACT – Background. In vascular surgery, the venous autotransplant has been the most frequently used for revascularisation of ischemic tissue and organs. The early shut of transplant has been mostly result of technical inadequacy during creating of anastomoses between artery and vein.

Methods. The author studied the influence of running suture and single suture on passing of anastomoses and endothelization of them. The preparation of venous transplant, the shape of anastomosis and sutural material were the same for the both type of sewing. The experimental animals were mongrel dogs. Thirty two created anastomoses were divided in two clinically and statistically comparing groups. The mean diameter of artery was 3.3 mm and the vein 4.7 mm.

Results. The anastomoses were observed two days up to 33 days, and they were controlled clinically, ultrasonographically, histologically and by scan electron microscope.

Conclusions. The author concluded that the time needed for creating anastomoses using single suture technique was longer then using running one, but increased sewing experiences shortened time-difference. The passing of anastomoses created by single suture was better then by running suture but the difference was not statistically important. In conclusion, the type of sewing technique does not influence on histological changes of anastomosis and there is no difference between beginning and completing of endothelization of the both type of anastomoses.

Uvod

Ateroskleroza je najpogostejša bolezen modernega človeka. S podaljšanjem življenjske dobe ima vse več ljudi težave zaradi ishemije raznih organov. Čeprav bi bila preventiva najprimernejši način zdravljenja (1, 2), se zaenkrat poslužujemo pretežno medikamentoznega in operativnega zdravljenja. Operativno se revaskularizacija najpogosteje doseže z avtovenskim obodom, za transplantat pa je najprimernejša vena safena magna, odvzeta po modernih principih operativne tehnike (3).

Pri jemanju venskega transplantata so se izoblikovala naslednja stališča:

- premer vene mora biti čim bližji premeru arterije, na katero se transplantat anastomozira (4, 5);
- vena mora ostati med prepariranjem čim dalj časa v venskem obtoku (3);
- pri dilataciji vene tlak ne sme preseči 300 mm Hg (6);
- za dilatacijo je najboljša heparinizirana in topla kri;
- priporočljivo je najprej narediti proksimalno anastomozo, tako da se transplantat dilatira pod arterijskim tlakom (7).

Tako odvzeta in pripravljena vena je najmanj poškodovana in ostane dolgo prehodna. Zapora transplantata v prvih 24 urah je posledica hemodinamičnih motenj, ki nastanejo zaradi slabega odtoka krvi iz transplantata (8). Okluzije, ki nastanejo v 30 dneh po operaciji, so posledica tehničnih napak (9), kasnejše zapore pa so posledica napredovanja ateroskleroze ali intimalne hiperplazije venskega transplantata.

V veliki meri je prehodnost transplantata odvisna tudi od tehnike šivanja anastomoze. Običajna tehnika šivanja anastomoz na makro nivoju je s tekočim šivom (10), v mikrovaskularni tehniki pa prevladuje šivanje s posameznimi šivi (11, 12). Eksperimentalno smo želeli preveriti, katera tehnika je primernejša za anastomoze na žilah premera 3 do 5 mm. Teoretično ima tekoči šiv prednost pred posameznimi zaradi hitrosti šivanja, kar je zlasti pomembno pri aortokoronarnem obvodu, kjer mora biti kardiopulmonalni obvod čim krajši. Prednost posameznih šivov pa je v tem, da se po končanem šivanju, ko spazem arterije in vene popusti, bolje prilagodijo povečanemu premeru žile.

Ekperimentalno delo

Za ekperimentalno delo smo uporabili odrasle pse mešance. Skupno je bilo opravljeno 32 anastomoz, razdeljenih v dve skupini. V skupini A so bile anastomoze, šivane s tekočim šivom, v skupini B pa s posameznimi šivi.

Operirali smo v splošni anesteziji. Za premedikacijo smo uporabili phenothiazin fosfat (Combilene) 0,6 mg na kg telesne teže intramuskularno. Po vzpostavitvi intravenskega kanala smo aplicirali začetni odmerek anestetika ketaminhidroklorida (Ketanest) 4 mg na kg telesne teže. Intravensko anestezijo smo vzdrževali z 2 mg Ketanesta na kg telesne teže v razmakih 10 minut. Takšen način anestezije živali dobro prenašajo, antezija je dovolj globoka in lahko vodljiva.

Po pripravi operativnega polja smo naredili 7 do 10 cm dolgo incizijo ter si prikazali arterijo in veno femoralis. Izmerili smo premer žil, aplicirali 70 IE heparina na kg telesne teže intravensko in odvzeli venski transplantat. Z manometrom smo kontrolirali dilatacijo vene, tako da tlak ni presegel 300 mm Hg. Z obrnjenim venskim transplantatom smo naredili obvod povrhnje femoralne arterije. Proksimalno smo naredili latero-terminalno anastomozo kod kotom 60° tik pod odcepiščem globoke femoralne arterije, distalno smo naredili termino-terminalno anastomozo na poplitealno arterijo. Vmesni del femoralne arterije smo slepo zaprli. Merili smo čas od nastavitve držalnih šivov pa do zaščita anastomoze. V eni seji smo operirali na obeh zadnjih nogah, pri tem pa desni anastomoz zašili s tekočim šivom in levi s posameznimi. V naslednji seji smo operirali na sprednjih nogah, kjer pa sta bili proksimalni in distalni anastomoz termino-terminalni.

Ponovno smo eksplorirali anastomoze v splošni anesteziji po 2, 5, 7, 9, 16, 30 in 33 dneh. Prehodnost le-teh smo ocenili klinično, izmerili smo hitrost pretoka krvi skozi anastomozo in transplantat z ultrazvočno sondo in nato pripravili preparate za histološki pregled in pregled pod vrstičnim elektronskim mikroskopom.

Rezultati

Vse merljive rezultate smo statistično obdelali. Povprečen zunanji premer arterije je bil 3,3 mm ($s = 0,512$) in vene 4,7 mm ($s = 0,629$). Razlike v zunanjem premeru žil med skupino A in skupino B ni bilo. Za šivanje anastomoze s tekočim šivom smo povprečno potrebovali 14,69 minute, za šivanje s posameznimi šivi pa 17,12 minute. Razlika je statistično pomembna ($t = 3,833$, $P < 0,001$). Primerjali smo čas, potreben za zaščite anastomoze, v prvih dveh in zadnjih dveh sejah in ugotovili, da se čas za zaščite anastomoze s tekočim šivom ni skrajšal, medtem ko se je z izkušnjami bistveno skrajšal čas za zaščite s posameznimi šivi ($t = 3,283$, $P < 0,05$).

Od 32 anastomoz jih je okludiralo šest ali 18,75%. Pri vseh okludiranih anastomozah smo imeli težave s hemostazo po končanem šivanju in smo morali anastomozo oskrbeti z dodatnimi šivi. Okluzija je nastala po petih, sedmih in tridesetih dneh. Zaprte žile so bile izpolnjene s fibrinskim čepom.

Primerjali smo prehodnost anastomoz glede na vrsto šiva. Od 16 anastomoz, šivanih s tekočim šivom, je bilo 12 prehodnih, od enakega števila anastomoz, šivanih s posameznimi šivi, je bilo prehodnih 14; razlika statistično ni pomembna ($t = 0,918$, $P > 0,05$). Tudi oblika anastomoze ni vplivala na prehodnost, saj je bilo od 24 termino-terminalnih anastomoz prehodnih 20, od osem termino-lateralnih pa je bilo prehodnih šest anastomoz.

Z 8 MHz ultrazvočno sondo smo primerjali spremembo hitrosti pretoka krvi nad anastomozo, v venskem transplantatu in pod distalno anastomozo. Povprečno se je hitrost pretoka krvi v venskem transplantatu nekoliko zmanjšala, kar je pokazal nižji sistolični zobec na grafičnem zapisu, vendar razlika glede na vrsto šiva statistično ni pomembna.

Anastomoze smo opazovali tudi pod mikroskopom in z vrstičnim elektronskim mikroskopom. Po prvih dveh dneh sta arterija in vena med sabo zelo slabo povezani, brez endotela, anastomozo pokriva fibrin, v katerem so ujete krvne celice in trombociti. Endotel se pojavi šele med sedmim in šestnajstim dnevom. Nove endotelne celice so manjše od venskega endotela, prominirajo v lumen žile, razpored celic pa je neurejen. V tem času so šivi pokriti s fibrinom. Do 30. dne se celice uredijo z vzdolžno osjo v smeri krvnega toka, še vedno pa se razlikujejo od arterijskega in venskega endotela. Tudi šivi so pokriti z endotelom. Otekline tkiva, ki se vidi po razmakjenosti celičnih elementov, je močno prisotna v začetku, po sedmih do devetih dneh pa edem izgine. Razlike v histološki zgradbi in endotelizaciji glede na vrsto šiva nismo opazili.

Razpravljanje

Mnogi avtorji menijo, da je krajši čas, potreben za zaščite anastomoze s tekočim šivom, odločujoči dejavnik pri izbiri šivalne tehnike. Zaradi tega se tehnika tekočega šiva ekperimentalno seli tudi na področje mikrovaskularne kirurgije.

Little in sod. (13) navajajo razliko med tekočim in posameznim šivom pri anastomoziranju karotidne arterije pri podganah. Pri žilah s premerom od 1 do 1,5 mm so za posamezne šive porabili 55 minut, za tekočega pa le 20 minut. Chen s sod. (14) poleg tekočega in posameznih šivov uporabljata še spiralni tekoči šiv, ki je kombinacija obeh. Za šivanje femoralne arterije in vene pri podganah s tekočim šivom potrebuje šest do osem minut, za posamezne šive pa 17 do 18 minut. Moscona in sod. (15) primerjajo tekoči šiv, za katerega porabijo sedem minut, s posameznimi šivi, za katere potrebujejo 15 minut. S temi navedki se ujema naše meritve s povprečno 17 minutami za posamezne šive in s 15 minutami za tekoči šiv.

Glavno merilo za ovrednotenje operativne tehnike je prehodnost anastomoze po krajšem ali daljšem časovnem intervalu. Bishop in sod. (10) so primerjali prehodnost transplantatov na makro in mikro ravni. Avtovenski transplantati so ostali pri kozah prehodni v 88%, pri podganah pa v 75%. Pri 15 psih so Karlson in sod. (16) zamenjali del starega venskega transplantata s svežo veno safeno magno in ugotovili 86,6% prehodnost. Vpliv tekočega in posameznih šivov na prehodnost anastomoze pri ljudeh so opazovali Laskar in sod. (17), in sicer pri vžitju vene v arterijo pri AV fistuli. Po dveh letih je bila prehodnost 83% pri posameznih šivih in 87% pri tekočem šivu. Podobne rezultate smo dobili pri našem eksperimentu, saj je bila prehodnost anastomoz, šivanih s tekočim šivom 75%, prehodnost anastomoz, šivanih s posameznimi šivi pa 87,5%.

Lee in sod. (18) so merili hitrost pretoka krvi v anastomozah z 20 MHz sondo na arterijah s premerom 1 mm ter na AV anastomozah. Razlike med tekočim in posameznimi šivi niso opazili. V našem eksperimentu se je hitrost pretoka krvi v venskem transplantatu zmanjšala zaradi večjega premera vene, vendar vrsta šiva ni vplivala na to spremembo.

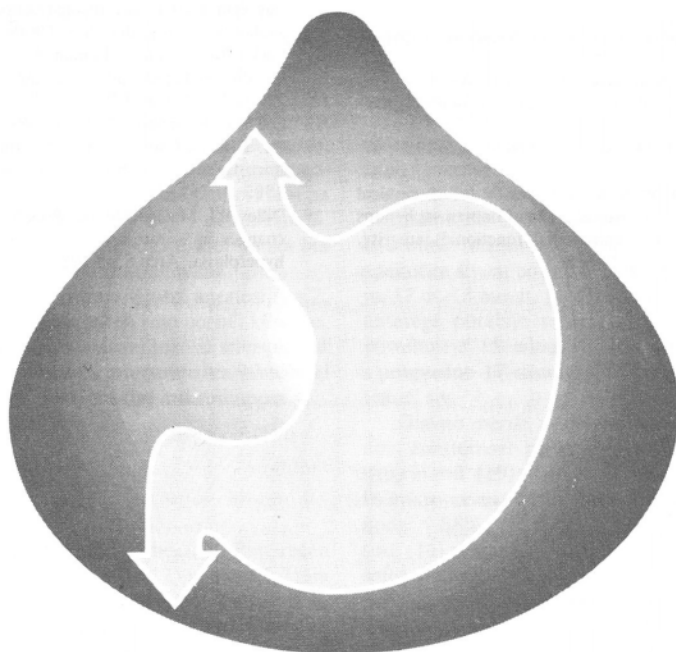
Številni avtorji opisujejo spremembe na anastomoz pod svetlobnim in vrstičnim elektronskim mikroskopom. Kruavit in sod. (11) so proučevali anastomoz med arterijo in venskim transplantatom pri zajcih. V enem tednu se anastomozna poka zapre z granulacijskim tkivom, granulacije so okrog šivov, kjer so vidni otočki nekroz. Lamina elastika interna in endotel ostanejo intaktni. Po 14 dneh granulacije nadomesti fibroza. Po štirih tednih opisujejo intimalno proliferacijo na arteriji in veni. Dilley in sod. (19) opisujejo spremembe na avtovenskem transplantatu pri človeku. V prvem tednu se po blagi denudaciji endotela na površini transplantata naberejo trombociti, fibrin in vnetne celice. V drugem tednu prične regeneracija. Endotel regenerira približno 1 cm na teden. Regenerat nastane od obstoječega endotela, iz endotela v prišiti arteriji, s preobrazbo gladkih mišičnih celic ali

s preobrazbo krvnih celic. Podobne spremembe smo opazili tudi v našem eksperimentu. Tako se po dveh dneh anastomozna poka izpolni s fibrinom, katerega kasneje nadomesti granulacijsko tkivo. Po 7 do 9 dneh se na anastomozni prične pojavljati endotel. Po 30 dneh je endotelizacija popolna, celice so usmerjene v smeri krvnega toka. Razlike v endotelizaciji in histološki zgradbi anastomoz, šivanih s tekočim in posameznimi šivi, nismo opazili.

Literatura

- Zorc M. Raziskava histoloških sprememb koronarnih arterij v primerjavi s presnovo lipidov, ogljikovih hidratov in dejavniki tveganja. Disertacija. Ljubljana, 1988.
- Žemva A. Histološke spremembe v aortokoronarnih premostitvah. Disertacija. Ljubljana, 1988.
- Jelić I. Peroperativne promjene na endotelu vеноznog auto-transplantata pripremljenog za revaskularizaciju miokarda. Disertacija. Zagreb, 1982.
- Behl PR. The preparation of saphenous veins for coronary artery bypass grafts. *Br J Hosp Med* 1985; 33: 210-5.
- Vanscheidt W, Eschenbruch E, Schmuziger M, Betz P. Welche Faktoren bestimmen der Frühverschluß aorto-coronarer Venentransplantate? *Chirurg* 1986; 67: 448-51.
- Paniszyn CC. Preparation of vein bypass grafts. *J Neurosurg* 1987; 67: 788-90.
- Angelini GD, Breckenridge IM, Williams HM, Newby AC. A surgical preparative technique for coronary bypass grafts of human saphenous vein which preserves medial and endothelial functional integrity. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1987; 93: 393-8.
- Lambert GE. Management alternatives of infrainguinal arteriosclerosis obliterans in the elderly. *Surg Clin North Am* 1986; 66: 293-303.
- Brewster DC, LaSalle AJ, Robinson JG, Strayhorn EC, Darling RC. Factors affecting patency of femoropopliteal bypass grafts. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 157: 437-42.
- Bishop AJ, Glasby MA, Houlton JE. A morphological assessment of vein allografts preserved in glycerol and used for arterial replacement. *J Cardiovasc Surg* 1987; 26: 491-7.
- Kruavit A, Fletcher CDM, McKee PH, Mayou B. Experimental microvascular autogenous vein grafts for arterial defects: A study of anastomotic sites. *Microsurgery* 1987; 8: 201-7.
- Reichel CA, Croll GH, Pugkett CL. A comparison of irrigation solutions for microanastomoses. *J Hand Surg* 1988; 13: 33-6.
- Little JR, Salerno TA. Continuous suturing for microvascular anastomosis. *J Neurosurg* 1987; 48: 1042-5.
- Chen L, Chiu DTW. Spiral interrupted suturing technique for microvascular anastomosis: A comparative study. *Microsurgery* 1986; 7: 72-8.
- Moscona AR, Owen ER. Continuous anastomotic technique in microsurgery. *Israel J Med Sci* 1987; 14: 979-83.
- Karlson KJ, Brescia R, Najafi H. The healing characteristic of autogenous vein used in the reconstruction of previously implanted arterial saphenous vein grafts. *Ann Thorac Surg* 1987; 43: 648-52.
- Laskar M, Cornu E, Leman A, Amat P, Cgristides C. Anastomoses vasculaires de petit calibre. Comparaison entre surjet et points separees. *Presse Med* 1988; 17: 1152-3.
- Lee BY, Brancato RF, Shaw WW, Browne S, Thoden WR, Madden JL. Effect of suture technique on blood velocity waveforms in the microvascular anastomosis of autogenous vein graft. *Microsurgery* 1983; 4: 151-6.
- Dilley RJ, McGeachie JK, Prendergast FJ. A review of the histologic changes in vein-to-artery grafts, with particular reference to intimal hyperplasia. *Arch Surg* 1988; 123: 691-6.

**v DANES
NAJUČINKOVITEJŠE
PROTIULKUSNO ZDRAVILO**




Ortanol[®]
omeprazol

zaviralec protonske črpalke v parietalni celici

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

hitro olajša bolečino in izboljša kvaliteto življenja

Natančnejše navodilo o zdravilu lahko dobite pri proizvajalcu.

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

ELEKTROFIZIOLOŠKE ZNAČILNOSTI SIMPATIČNEGA KOŽNEGA ODZIVA PRI ZDRAVIH LJUDEH

ELECTROPHYSIOLOGIC CHARACTERISTICS OF SYMPATHETIC SKIN RESPONSE IN HEALTHY PEOPLE

Branko ŠIBANC

Univerzitetni inštitut za klinično nevrofiziologijo, UKC, Zaloška 2, 61105 Ljubljana

Prispelo 1992-06-16

Sprejeto 1992-08-07

Zdrav Vestn 1992; 61: 555-9

KLJUČNE BESEDE: elektrodermalna aktivnost; sudomotorično nitje; metodologija; normativi

KEY WORDS: electrodermal activity; sudomotor fibers; methodology; norms

IZVLEČEK – Izhodišča. Proučevali smo elektrofiziološke značilnosti simpatičnega kožnega odziva (SKO), ki ga definiramo kot trenutno spremembo električnega potenciala kože dlani in podplatov.

Z modelom reabsorpcije natrijevih ionov v znojničnem izvodu smo skušali ponazoriti možni izvor pojava.

Metode. Normativne vrednosti smo določili po meritvah pri 40 zdravih prostovoljcih, ki so bili razdeljeni v dve starostni skupini. Merili smo latence in amplitude posamičnih komponent SKO in površino celotnega SKO.

Rezultati in zaključki. SKO smo izvabili pri vseh preiskovancih – ne glede na njihovo starost – na vseh štirih udih in ne glede na vrsto uporabljenega dražljaja. Udarec, ki je izvabil patelarni miotatični refleks, se je za izvabljanje SKO izkazal kot uspešen dražljaj, enakovreden električnemu.

Pri zdravih preiskovancih opisujemo štiri morfološke tipe SKO.

Amplitude SKO z rok so bile vedno večje od amplitud SKO z nog. Pokazalo se je, da s staranjem značilno upadajo. Amplitude in površine SKO so bile manjše, če je bil sečni mehur poln, zelo odvisne pa so se pokazale tudi od temperature uda. Opazili smo, da se amplitude SKO z jačanjem dražljaja večajo, latence pa zmanjšujejo.

Ugotovili smo, da posamične komponente SKO med habituacijo različno upadajo – P val SKO habituira hitreje kot ostale komponente SKO.

Ocenili smo hitrost prevajanja po sudomotoričnih vlaknih; na rokah je bila med 1,5 in 1,8 m/s, na nogah pa 0,7 do 0,95 m/s.

Občutljivost preiskave smo zvišali z odprtjem spodnjega filtra na ojačevalniku.

ABSTRACT – Background. Electrophysiologic characteristics of sympathetic skin response (SSR) were studied. SSR is defined as a minute change of palmar and plantar electric potential.

A hypothetical origin of SSR is shown on a model of sodium ion reabsorption in a sweat gland duct.

Methods. The aim of this study was to define limits of normal SSR values in the local population. They were collected in 40 healthy volunteers, separated into 2 age groups. Latencies and amplitudes of individual SSR components, as well as the area were measured.

Results and conclusions. SSRs were recorded in all subjects, regardless of age, on all the four limbs and with all stimulation procedures used. Tap to the patellar tendon sufficient to evoke a knee jerk was equally effective in eliciting the SSR as the electrical stimulus.

Four different morphological types of SSR are described.

Palmar SSR amplitudes were always higher than plantar ones, and they both show an age-related decay.

SSR amplitudes and areas were smaller with full urinary bladder and greatly depended on limb temperature. Stronger stimulation produced higher SSR amplitudes and shorter SSR latencies.

Different influence of habituation on individual SSR components was noticed – the P wave of SSR habituated more rapidly than other components.

Conduction velocity in sudomotor fibres was measured (hands: 1.5–1.8 m/s; legs: 0.7–0.95 m/s).

The sensitivity of the method was enhanced with the opening of lower high pass filters of the recording amplifier.

Uvod

Kratek pregled razvoja metod za proučevanje elektrodermalne aktivnosti

Odkritje pojava, da se ob psihičnem vzburjenju spremeni kožna upornost, pripisujejo Fereju, ki je prikazal, kako niha kožna upornost ob različnih psiholoških dražljajih (1).

Raziskavo je financiralo Ministrstvo za znanost in tehnologijo, št. pogodbe C3 – 0558/306.

Članek je povzet po istoimenskem magistrskem delu, ki je bilo obranjeno 13. 1. 1992 na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. V komisiji so bili: prof. dr. M. Janko, prof. dr. M. Kordaš, prof. dr. M. Štruel. Mentor: prof. dr. J. V. Trontelj.

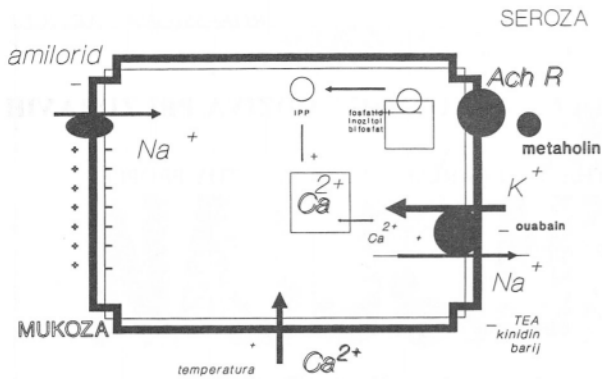
Magistrsko delo obsega 64 strani, ima 6 poglavij, 27 slik, 10 tabel in 115 referenc.

SKO – simpatični kožni odziv; EDA – elektrodermalna aktivnost; IPP – inozitol polifosfat; I_{35} – tok kratkega stika; SV – srednja vrednost; SD – standardna deviacija; EMG – elektromiografija; N – negativni val SKO; P – pozitivni val SKO; L – latenca.

Leta 1890 je Tarchanoff (2) prikazal spontano spremembo v potencialu med dvema površinskima elektrodama, prilepljenima na hrbtni in dlančni strani roke. Spremembo kožnega potenciala mu je uspelo izvabiti tudi s čustvenimi dražljaji in električnim tokom. Pojav si je razlagal z aktivnostjo znojnic in spremembami v selektivni prepustnosti membrane, ki naj bi se nahajala nekje v povrhnjici. S tem je postavil temelje sodobnega pogleda na fiziologijo elektrodermalne aktivnosti (EDA).

Oblikovala sta se dva tabora, ki sta zagovarjala vsak svojo hipotezo o izvoru EDA; prvi vaskularno, po kateri naj bi bile električne spremembe na koži posledica sprememb v tonusu kožnega žilja (1), drugi tabor pa je poudarjal pomen sekrecijske aktivnosti znojnic, ki naj bi bila neodvisna, torej ne v zvezi z vaskularnimi spremembami (2–4).

S farmakološko blokado so uspeli pri človeku prikazati oba pojava ločeno in dokazati njuno medsebojno neodvisnost, odkrili



Sl. 1. Model reabsorpcije Na^+ v epitelijski celici znojničnega izvodilca. Razlaga v besedilu pod sliko. IPP = inozitol polifosfat.

Fig. 1. Model of Na^+ reabsorption in sweat duct epithelial cell. Discussion in the text. IPP = inositol polyphosphate.

pa so tudi tesno povezanost predsekrecijske faze znojnic z EDA. Z lokalno aplikacijo atropina so zavrlji EDA; lokalna aplikacija bretiiluma je odpravila le vazokonstriktorski refleks, EDA pa ne (4).

Sodobne raziskave simpatičnega kožnega odziva

Elektrodermalna aktivnost je izraz, ki je generičen in vsebuje vse pojavnosti oblike proučevanja pojava.

Pomembno je razlikovati tonični, tj. bazalni nivo potenciala kože oz. njene upornosti, in fazični odziv, ki je superponiran nanj. V svoji raziskavi smo se omejili na proučevanje simpatičnega kožnega odziva (SKO), ki spada med fazične spremembe EDA in ga je enostavno posneti.

V zadnjem desetletju uporabljajo SKO predvsem v nevroloških raziskavah. Z njim so proučevali bolnike s periferno nevropatijo (5–12), Parkinsonovo boleznijo (13–14), multiplo sklerozo (15), disfunkcijami ejakulacije (16), možgansko kapjo (17) in prizadeto zavestjo (18).

Fiziologija sekrecije znoja

Celice znojničnih izvodil so vzgojili na dializni membrani na posebnih gojiščih. Takšne kolonije imajo enako zgradbo in delovanje, kot ju sicer opazujemo in vivo. Jasno je izražena polarizacija epitelijske celice, ki kaže negativnost na mukozni strani, transport ionov pa je enak kot v intaktnem tkivu (19).

Povezava apikalne in bazalne membrane epitelijskih celic izvodila povzroči tok električnih nabojev, t.i. tok kratkega stika ($I_{ks} = 45 \mu\text{A}/\text{cm}^2$), ki je posledica različnih potencialov med mukozno in serozno stranjo epitelijske celice.

I_{ks} v bistvu predstavlja reabsorpcijo natrijevih ionov skozi in amilorid občutljive kanalčke, ki se nahajajo v mukozni membrani (slika 1).

Vezava agonista (acetilholina, metaholina) na holinergerični receptor epitelijske celice reabsorpcijskega dela znojničnega izvodila povzroči hidrolizo fosfatidil-inozitol 4,5-bisfosfata na biološko aktivni inozitol polifosfat (IPP) in diacilglicerol. IPP povzroči znotrajcelično oscilacijo kalcijevih ionov (20).

Serozna membrana je v mirovanju malo prepustna za kalijeve ione. Prepustnost zanje se zelo poveča ob delovanju agonista na muskarinski receptor, ko se aktivira sistem IPP-kalcij, kalcijevi ioni pa naj bi v zadnji fazi aktivirali Na/K črpalko.

Natrijevi ioni prehajajo iz lumena izvodil prek mukozne membrane celice skozi t. i. na amilorid občutljive natrijeve kanalčke.

Gonilna sila tega procesa, ki je sicer pasiven (elektrokemični gradient), je aktivni transport natrijevih ionov iz celice prek Na/K na ouabain občutljive črpalke, ki se nahaja na serozni strani celice, kar povzroči hiperpolarizacijo mukozne membrane.

Zasedenost receptorjev s holinomimetiki določa značilnosti odziva, kot so latentca, amplituda, frekvenca in trajanje nihanja I_{ks} .

Model kaže tudi močno temperaturno odvisnost, saj je vtok zunajceličnega kalcija skozi celično membrano odvisen od zunanje temperature (21).

Specifični cilji raziskave

Beleženje SKO je metoda, s katero smo skušali zapolniti vrzel v nevrofiziološkem proučevanju simpatičnega živčevja. SKO je rezultat spremenjene električne odzivnosti kože, ki jo povzroči simpatična aktivnost avtonomnega živčevja (5). Gre torej za izraz funkcije nemieliniziranih živčnih vlaken, ki nadzorujejo delovanje znojnic.

Namen naloge je bil prikazati SKO pri vseh zdravih preiskovancih na vseh štirih okončinah in izdelati normative za latentne, amplitudne in površinske vrednosti SKO. Proučevali smo vpliv spola, starosti, dominancje možganske poloble in vpliv dolžine okončin na SKO, kot tudi vpliv dejavnikov, ki se med samo preiskavo spreminjajo in niso specifični za posameznika: temperatura kože, stanja budnosti, polnosti sečnega mehurja. Ne nazadnje smo želeli najti metodo snemanja SKO, ki bi omogočala kar največjo ponovljivost rezultatov ob čim manjšem neugodju za preiskovanca.

Preiskovanci in metode

Raziskava je bila narejena na 40 zdravih prostovoljcih (25 moških in 15 žensk), ki smo jih razdelili v starostno skupino mladih (20–59 let, 30 ljudi) in starih (65–88 let, 10 ljudi). Povprečna starost prve skupine je bila 35 ± 12 let ($SV \pm SD$), druge pa 72 ± 7 let. Upoštevali smo načela Kodeksa etike zdravstvenih delavcev SFRJ in Helsinško-tokijske deklaracije.

SKO in vse ostale meritve smo opravili na dvokanalnem aparatu MYSTRO, Medelec MS 20, podatke pa smo shranili v računalnik, ki je bil povezan z EMG aparatom oz. smo jih zapisali na fotopapir. Pri določanju normativov so bili filtri EMG aparata nastavljeni v območju 1 Hz do 200 Hz, slikovni prelet žarka pa na 10 s. Občutljivost aparata je bila nastavljena med $100 \mu\text{V}$ in $5 \mu\text{V}$. SKO smo odjemali s skledičastimi površinskimi Beckmanovimi elektrodami. Aktivne elektrode smo pritrdili z lepilnim trakom Micropor na sredino obeh dlani in obeh podplato, referenčne elektrode pa so bile nameščene na hrbtni strani rok oz. nog. Osnovna dražljaja sta bila pravokotni električni impulz na desnem zaplavitu, napetosti 150 V in trajanja 1 ms ter udarec z refleksnim kladivcem, s katerim smo izabili patelarni miotični refleks.

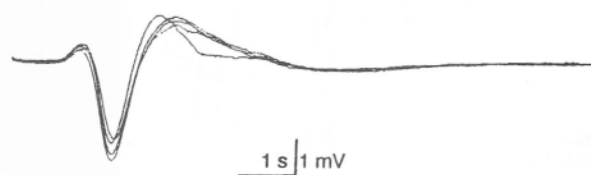
Razmik med sledečima si dražljajema je bil najmanj 15 s, razen pri preiskovancih, pri katerih smo študirali pojav habituacije, ko je bil interval med dražljajema 10 s. Temperaturo smo merili z električnim toplomerom. Upoštevali smo rezultate med 32°C in 37°C .

Rezultati

SKO smo izvalili pri vseh preiskovancih (100%) na vseh štirih okončinah ne glede na vrsto uporabljenega dražljaja.

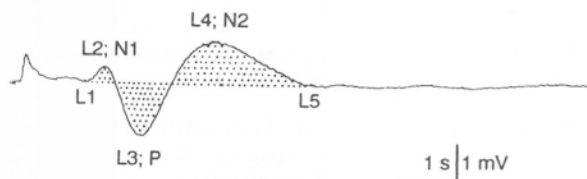
SKO je pojav, ki je ob pravilno uporabljeni tehniki lepo ponovljiv (sl. 2).

Slika 3 prikazuje značilni SKO. L1 je latentca SKO, tj. čas od dražljaja do prvega vala SKO, ki ni nujno N1. L2 je latentca prvega negativnega vrha, L3 latentca vrha pozitivnega vala, L4 pa latentca drugega negativnega vrha; L5 označuje konec odziva. Pri SKO opisujemo tri valove: prvi negativni val N1, nekoliko širši pozitivni val P in drugi negativni val N2, ki ima počasen descendentni krak, kar se še posebej izrazi, če znižamo nastavitev spodnjega filtra. Opisujemo lahko tudi površino odziva (povr) in amplitude med posameznimi vrhovi.



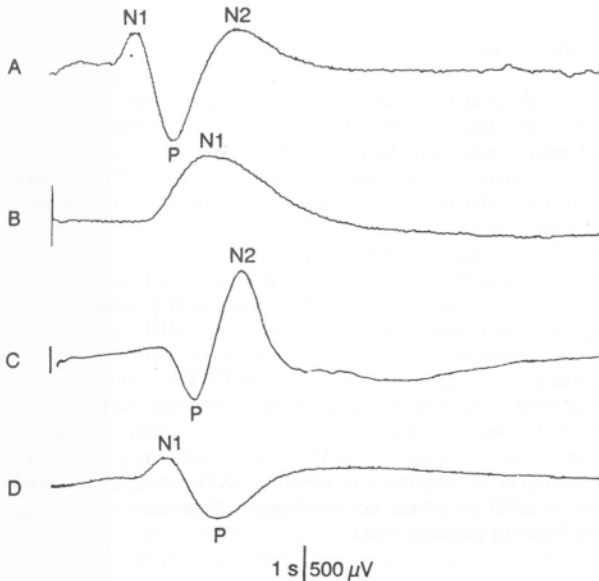
Sl. 2. SKO z desne roke, izzvan s štiri zaporednimi električnimi dražljaji v razmiku 15 s.

Fig. 2. SSR of the right hand evoked by four intermittent electrical impulses followed every 15 s.



Sl. 3. Simpatični kožni odziv (SKO): L1 – latenca SKO, L2 – latenca prvega negativnega vrha, L3 – latenca pozitivnega vrha, L4 – latenca drugega negativnega vrha, L5 – konec SKO, N1 – prvi negativni val, P – pozitivni val, A3 – drugi negativni val, pikasto polje – površina SKO.

Fig. 3. Sympathetic skin response (SSR): L1 – SSR latency, L2 – first negative peak latency, L3 – positive peak latency, L4 – second negative peak latency, L5 – end of SSR, N1 – first negative wave, P – positive wave, N2 – second negative wave, dotted zone – SSR area.



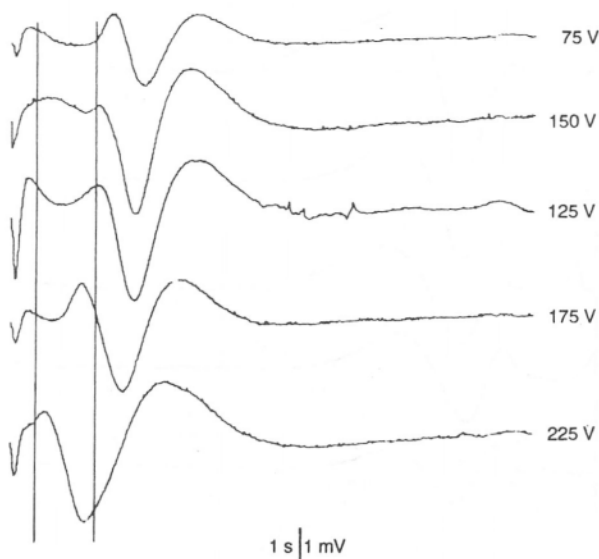
Sl. 4. Štirje tipi SKO: A) tip A iz valov N1, P, N2; B) tip B: le val N1; C) tip C iz valov P in N2; D) tip D iz valov N1 in P.

Fig. 4. Four types of SSR: A) Type A formed by N1, P, N2 waves; B) Type B: only N1 wave; C) Type C formed by P and N2 waves, D) Type D formed by N1 and P waves.

Zabeležili smo različne tipe SKO (sl. 4):

Tip A: najpogostejši, SKO trifazne oblike. Prvi val je negativen, val N1, sledita mu pozitivni val P in negativni val N2.

Tip B: SKO je monofazen in smo ga največkrat posneli na nogah. Ima le prvi negativni val N1. SKO tipa B smo opažali tudi



Sl. 5. Vpliv jakosti električnega dražljaja na amplitudo in latenco SKO.

Fig. 5. Influence of stimulus intensity upon SSR amplitude and latency.

proti koncu pojava habituacije, ko je primarno trifazni odziv postal monofazen.

Tip C: SKO je bifazen. Začne se s pozitivnim valom P, sledi mu negativni val N2, ki amplitudno in latenčno ustreza siceršnjemu drugemu negativnemu valu N2 tipa A.

Tip D: bifazen SKO s prvim negativnim valom N1, ki mu sledi pozitivni val P.

Nekajkrat smo zabeležili dvojni SKO: drugi SKO je bil istega tipa kot prvi, njegova latenca je bila okoli 6 s, amplituda pa vedno manjša kot pri prvem odzivu. Dvojni odzivi so se pojavljali sinhrono na vseh štirih udih. Vloga dihanja kot morebitnega generatorja drugega odziva je bila izključena, saj je preiskovanec nekaj trenutkov pred dražljajem in ves čas snemanja zadrževal dih.

Ob spreminjanju jakosti električnega dražljaja smo opazili spremembe v obliki, amplitudi in latenci SKO (sl. 5).

Če je bil interval med dvema dražljajema krajši kot 15 s, se je pojavila habituacija, kot jo prikazuje slika 6. Interval med dvema dražljajema je bil 10 s, čas, v katerem žarek preleti celoten ekran.

Hitrost prevajanja po sudomotoričnem nitju smo izračunali iz razlike razdalj med aktivnima elektrodama v pazduhi oziroma na roki, ki smo jo delili z razliko latenc SKO pri proksimalni in distalni detekciji odziva. Prevodna hitrost je bila pri obeh starostnih skupinah dokaj podobna: 1,58 m/s pri prvi in 1,52 m/s pri drugi skupini.

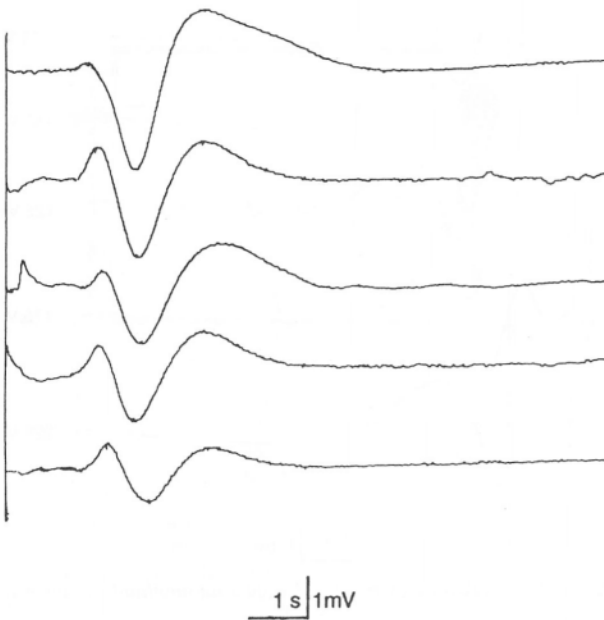
Iz slike 7 je razvidna linearna korelacija latenc SKO rok z dolžino udov. Iz naklonskega kota premice smo izračunali hitrost prevajanja po sudomotoričnih vlaknih, ki je obratna vrednost naklonskega koeficienta.

Sečišče premic z ordinato odraža čas aferentnega in centralnega prevajanja SKO.

Temperatura vpliva na amplitudo SKO. Da bi imeli kar se da stalne odzive, smo upoštevali le rezultate med 32°C in 37°C. Vendar pa smo tudi v tem območju videli, da že dvig za 1°C povzroči porast za 20% prvotne amplitude.

Razpravljanje

SKO je mogoče opredeliti kot trenutno spremembo električnega potenciala kože dlani in podplavov, ki jo povzroči notranji ali zunanji dražljaj (22). Za spremembo potenciala naj bi bila odgo-



Sl. 6. Habitucija SKO z leve roke na električni dražljaj, ki se je prožil na 10 s. Spodnji filter je nastavljen na 0,1 Hz. Vidno je hitro upadanje vala P in paradoksen porast vala N1.

Fig. 6. Left hand SSR habituation after electrical stimulation every 10 s. Lower high pass filter was 0.1 Hz. Quick decrease of P wave and paradoxical increase of N1 wave are seen.

vorna sinhrona aktivacija znojnic (23), ki jih oživčujejo nemielinizirana simpatična zaganglijska vlakna tipa C.

V refleksni lok SKO so vključeni periferni somatosenzorični nevron, ki ima vlogo aferentne poti, osrednje živčevje s centralno retikularno formacijo, ki je integracijsko-modifikacijski del zanke, eferentni del zanke pa tvorijo pred- in zaganglijska vlakna ter simpatični živčno-žlezni stik (24).

Latenca L1 SKO je čas prevajanja po omenjeni zanki in torej ni izključno odraz simpatičnega živčevja. Zato morebitno podaljšanje latence SKO še ne pomeni okvare simpatičnega kožnega nitja (24).

Številni avtorji so uporabljali električno draženje kot najuspešnejšo metodo izvajanja SKO (5–18).

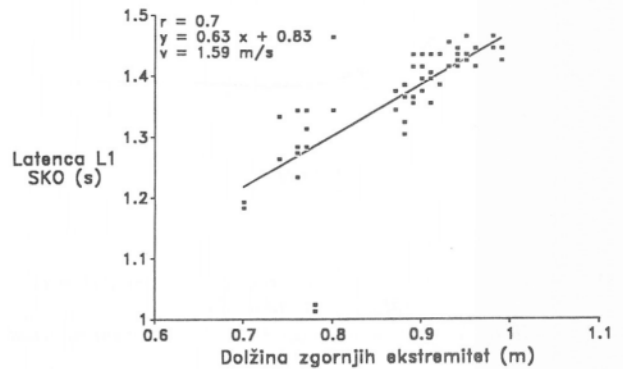
Kolikor poznamo literaturo, izvajanje SKO z udarcem klavdivca, s katerim izzovemo patelarni miotatični refleks, še ni bilo opisano.

Naša študija je pokazala, da z naraščajočo starostjo amplituda SKO progredientno upada, kar lahko pojasnimo z izginevanjem posamičnih refleksnih lokov, ki vodijo prek jeder sprednjega hipotalamusa (25), zmanjševanjem števila znojnic (26) ter s propadanjem celic intermedialateralnega stebrička (27).

Napetost vlaken v steni sečnega mehurja pomembno vpliva na avtonomne reflekse. Zaviralni vpliv polnega sečnega mehurja na vazokonstriktorski refleks in simpatični kožni odziv je znan iz poskusov na mačkah (28), da poln sečni mehur slabi SKO pri ljudeh, pa je prvi opisal Prout (3). Naši izsledki se skladajo z njegovimi.

Spreminjanje periferne telesne temperature povzroči znaten porast oz. padec amplitude SKO: v območju med 32°C in 37°C je dvig temperature za 1°C povzročil porast amplitude SKO za približno 20%.

S spreminjanjem jakosti dražljaja se spreminjajo amplitude SKO: ob močnejšem dražljaju smo posneli SKO višjih amplitud in obratno. Ob večanju amplitud so se krajšale latence (od 1,59 s do 470 ms), kar nas je opozorilo na pomembnost standardizacije metode.



Sl. 7. Korelacija L1 SKO z dolžino zgornjih okončin pri mladih.
Fig. 7. SSR L1 to arm length correlation in young people.

Ob ponavljanju istega dražljaja se izrazi habituacija nanj, zlasti če je manj intenziven in neboleč. Amplituda SKO stalno upada, vendar selektivno, saj habituacija ne prizadene v enaki meri vseh komponent SKO. Opazen je bil zlasti hiter upad vala P, ki v končni fazi popolnoma izgine, medtem ko negativni valovi, ki nikoli popolnoma ne izginejo, ob upadu pozitivnega vala celo paradoksnost porastejo.

Dobro je znano, da temperaturne spremembe vplivajo na prevodne hitrosti mieliniziranih vlaken. V svoji študiji nismo opazili sprememb v latencah SKO ob spreminjanju periferne temperature udov in s tem v zvezi se torej prevodna hitrost po vlaknih C ni mogla bistveno spremeniti.

Zaključki

Beleženje SKO je metoda, s pomočjo katere lahko objektivno ocenjujemo delovanje simpatičnega živčevja, predvsem njegovega sudomotoričnega dela. SKO je pojav, ki hitro habitura.

Neizvornost SKO je vedno abnormalni izvid. Neizvabljenost SKO ali njegovo odstopanje od normale še ne pomeni okvare simpatičnega nitja. SKO smo posneli na vsakem udu pri vsakem zdravem človeku. Latenca SKO ni občutljiv parameter. Izmerjene latence SKO so bile vedno manjše na zgornjih udih, kar je posledica krajše eferentne poti SKO na zgornjih kot na spodnjih udih. Latenca SKO se ni bistveno spremenila, če smo spremenili mesto draženja, saj je prevajanje po aferentnem delu zanke SKO hitro. Mesto detekcije ima velik vpliv na latenco SKO, ker je prevajanje po eferentnem delu zanke SKO počasno. Amplitude SKO z rok so bile vedno večje od amplitud SKO z nog. Močnejši dražljaj povzroči povečanje amplitud SKO in zmanjšanje njegovih latenc. S staranjem se amplituda in površina SKO bistveno zmanjšata, latenca SKO pa ostane nespremenjena. Poln sečni mehur zniža amplitudo in površino SKO.

Zahvala

Zahvaljujem se mentorju prof. dr. Jožetu V. Trontlju za usmerjanje, pomoč in podporo pri nastajanju raziskovalne naloge.

Za pomoč pri statistični analizi podatkov se zahvaljujem ing. Nacku Zidarju, pri tehnični izvedbi naloge pa sta mi veliko pomagala g. Tone Žakelj in g. Miloš Kogej, za kar se jima iskreno zahvaljujem.

Ne nazadnje se za razumevanje in spodbujanje zahvaljujem tudi predstojniku infekcijskega oddelka v Celju, doc. dr. Gorazdu Lešničarju, in sodelavcem Univerzitetnega inštituta za klinično nefrologijo.

Literatura

1. Féré C. Note sur les modifications de la résistance électrique sous l'influence des excitations sensorielles et des émotions. *C R Seanc Soc Biol* 1888; 40: 217-9.
2. Tarchanoff J. Über die galvanischen Erscheinungen an der Haut des Menschen bei Reizung der Sinnesorgane und bei verschiedenen Formen der physischen Tätigkeit. *Pflüger's Arch Ges Physiol* 1890; 46: 46-6.
3. Prout BJ. Independence of the galvanic skin reflex from the vasoconstrictor reflex in man. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1967; 30: 319-23.
4. Lader MH, Montagu JD. The psycho-galvanic reflex: A pharmacological study of the peripheral mechanism. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1962; 25: 126-33.
5. Shahani BT, Halperin JJ, Boulu P, Cohen J. Sympathetic skin response - a method of assessing unmyelinated axon dysfunction in peripheral neuropathies. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1984; 47: 536-42.
6. Shahani BT, Day TY, Cros D, Khalil N, Kneebone CS. RR interval variation and the sympathetic skin response in the assessment of autonomic function in peripheral neuropathy. *Arch Neurol* 1990; 47: 659-64.
7. Maselli RA, Jaspan JB, Soliven BC, Green AJ, Spire JP, Arnason BG. Comparison of sympathetic skin response with quantitative sudomotor axon reflex test in diabetic neuropathy. *Muscle Nerve* 1989; 12: 420-30.
8. Watahiki Y, Baba M, Matsunaga M, Takebe K, Onuma T. Sympathetic skin response in diabetic neuropathy. *Electromyogr Clin Neurophysiol* 1989; 29: 155-9.
9. Niakan E, Harati Y, Comstock JP. Diabetic autonomic neuropathy. *Metabolism* 1986; 35: 224-34.
10. Niakan E, Harati Y. Sympathetic skin response in diabetic peripheral neuropathy. *Muscle Nerve* 1988; 2: 261-4.
11. Soliven B, Maselli R, Jaspan J et al. Sympathetic skin response in diabetic neuropathy. *Muscle Nerve* 1987; 10: 711-6.
12. Montagna P, Salvi F, Liguori R. Sympathetic skin response in familial amyloid polynuropathy (letter). *Muscle Nerve* 1988; 11: 183-4.
13. Ishida G, Nakashima G, Takahashi K. Skin nerve sympathetic activity reflex latency in Parkinson's disease. *Acta Neurol Scand* 1990; 81: 121-4.
14. Turkka JT. Correlation of the severity of autonomic dysfunction to cardiovascular reflexes and to plasma noradrenalin levels in Parkinson's disease. *Eur Neurol* 1987; 26: 203-10.
15. Karaszewski JW, Reder AT, Maselli R, Brown M, Arnason BG. Sympathetic skin responses are decreased and lymphocyte beta-adrenergic receptors are increased in progressive multiple sclerosis. *Ann Neurol* 1990; 27: 366-72.
16. Park YC, Esa A, Sugiyama T, Kaneko S, Kurita T. Sympathetic skin response: a new test to diagnose ejaculatory dysfunction. *J Urol* 1988; 139: 539-41.
17. Morrow L, Vrtunski PB, Kim Y, Boller F. Arousal responses to emotional stimuli and laterality of lesion. *Neuropsychologia* 1981; 19: 65-71.
18. Schuri U, von Cramon D. Electrodermal responses to auditory stimuli with different significance in neurological patients. *Psychophysiology* 1981; 18: 237-9.
19. Quinton PM, Reddy MM. Cl⁻ Conductance and acid secretion in the human sweat duct. *Ann N Y Acad Sci* 1989; 574: 438-46.
20. Pedersen PS. Cholinergic-induced oscillating transepithelial short-circuit current in cultured human sweat duct cells. *Acta Physiol Scand* 1990; 138: 359-68.
21. Pedersen PS. Human sweat duct cells in primary culture. Basic bioelectric properties of cultures derived from normals and patients with cystic fibrosis. *In Vitro Cellular & Developmental Biology* 1989; 25: 342-52.
22. Fagius J, Wallin BG. Sympathetic reflex latencies and conduction velocities in normal man. *J Neurol Sci* 1980; 47: 433-48.
23. Schilf E, Schubert A. Über das sogenannte psychogalvanische Reflexphänomen beim Frosch und seine Beziehung zum vegetativen Nervensystem. *Pflüger's Arch Ges Physiol* 1922; 195: 75-5.
24. Uncini A, Pullman SL, Lovelace RE, Gambi D. The sympathetic skin response: Normal values, elucidation of afferent components and application limits. *J Neurol Sci* 1988; 87: 299-306.
25. Andrew W. Structural alterations with aging in the nervous system. *J Chron Dis* 1956; 3: 575-96.
26. Juniper K, Dykman RA. Skin resistance, sweat-gland counts, salivary flow, and gastric secretion: Age, race and sex differences, and intercorrelations. *Psychophysiology* 1967; 4: 231-43.
27. Low PA, Okazaki H, Dyck PJ. Morphometry of preganglionic citons. *Acta Neuropathol (Berl.)* 1977; 40: 55-61.
28. Downman CBB, Gogio AF, McSwiney BA, Young MHC. Reflex vasomotor responses of the paw of the cat. *J Physiol (Lond.)* 1943; 102: 216-27.

zdravniki v prostem času

KONCERT ZDRAVNIKOV

13. decembra 1991, velika dvorana Narodne galerije v Ljubljani

Postala je tradicija, da se ob Plečnikovem memorialu, ki ga prirreajo predklinični inštituti Medicinske fakultete že tretje desetletje, predstavijo sredi decembra zdravniki in študentje medicine na koncertu v veliki dvorani Narodne galerije. Gre za dogodek, ki ga je vredno zabeležiti, saj ne poznamo poklica, ki bi bil tako povezan z glasbenim ustvarjanjem, zlasti pa poustvarjanjem, kot je naš - zdravniški. Medicinci muzicirajo tudi v drugih središčih: tako je mednarodno uveljavljeni orkester pediatrov, ki ima svoj sedež na Dunaju, tudi zunaj domačih meja je znan odlični moški pevski zbor hrvaškega zdravniškega društva. Zdravniki pogosto sodelujemo v kulturnem programu ob kongre-

sih in drugih strokovnih srečanjih. V Ljubljani smo pred petnajstimi leti osnovali v kliničnem centru in na medicinski fakulteti kulturno-umetniško društvo ter ga poimenovali po dr. Lojzu Kraigherju, pisatelju in predlagatelju ustanovitve medicinske fakultete v Ljubljani. V KUDu jedro izvajalcev sestavljajo zdravniki. Nisem pa zasledil ne doma ne v tujini stalnih strokovnih srečanj, ki imajo za sklepno prireditev slavnostni zdravniški koncert.

Pred dvaindvajsetimi leti je bila to zamisel profesorja Ivana Lenarta, ki je združil ob prvem Plečnikovem memorialu zdravniškeglasbenike in jih predstavil javnosti. Spominjam se vseh koncertov, saj sem na večini

tudi nastopal, zadnja leta jih tudi pripravljaj in vodil. Posebno vzdušje veje ta večer v Narodni galeriji, ki je vedno polna do zadnjega sedeža: občinstvo s simpatijami in dobrohotno spremlja izvajanje glasbenega sporeda, saj se zaveda, da na odru ne nastopajo profesionalci, temveč »njihovi«, ki jim glasba pomeni več kot uveljavljanje navzven. Čeprav teža vseh izvajalnih del ni primerljiva, saj na teh koncertih slišimo glasbo, ki jo izvajajo vrhunski umetniki, in tudi vsebinsko in tehnično lažje skladbe, priprave za solistični ali komorni nastop pomenijo ure in ure trdega dela. Lahko zatrdimo, da na »zdravniških koncertih« ni bilo nikoli očitnih spodsrljavev, neresnega odnosa do prireditve in do poslušalcev.

Čeprav je minilo že več kot petnajst let, še danes nisem pozabil pianističnega nastopa pokojnega profesorja ortopedije Francija Derganca: čakal je v predprostoru velike dvorane, si ves čas brisal potno čelo in brez besed strmél v klavir na odru. Ko pa je

muzikalno odigral počasni stavek Adagio iz »Patetične sonate« L. v. Beethovna in doživel zaslužen ploskanje, je bil ves žareč, sproščen in zadovoljen, kot da bi uspešno dokončal dolgotrajen kirurški poseg.

Spored na Plečnikovem memorialu naj predstavi glasbeno dejavnost zdravnikov v preteklem letu. Obenem pa mora biti stilno uglašen in ne predolg. Zato je vsako leto več želja po nastopu, kot jih lahko uresničimo. Žal so bili izvajalci vsa ta leta skoraj brez izjeme iz Ljubljane (»prelomnico« bi pomenil nastop zdravniškega godalnega kvarteta iz Maribora na XXIII. Plečnikovem memorialu decembra 1992; saj so Mariborčani že pred vojno imeli zdravniški orkester, ki ga je vodil primarij Pertl!). Med profesionalci, zlasti pa med amaterji, se oblikujejo ansambli, ki postanejo uspešni, nepričakovano pa se razidejo. Zato sedaj pogrešamo na naših memorialih odlični ženski nonet ortopedske klinike, že dolgo ne nastopa več klavirski kvintet (z godali) Pro medico.

Zaživeli so in se uveljavili novi solisti, nove komorne skupine, novi zborovski ansambli. Med njimi, lahko zatrdim, je vodilni mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč, ki je lansko leto proslavljal desetletnico (tudi prvi nastop so imeli na Plečnikovem memorialu!). Že pred »umetniškim sporedom«, ob podelitvi spominskih diplom profesorja Janeza Plečnika študentom medicine (prejemniki za leto 1991 so bili Matija Gorjanc, Peter Kadiš in Matej Podbregar), je zbor zapel zdravniško himno zagrebške skladateljca R. Matza, ki jo je uglasbil za kongres združenja zdravnikov Jugoslavije pred 25 leti. (Ali se bo letos v Narodni galeriji uveljavila zdravniška himna primarija dr. Janka Držečnika, dolgoletnega predstojnika kirurgije v Mariboru? Prvo izvedbo te zelo uspešne, pevno in ritmično z besedilom usklaje-

ne skladbe smo poslušali v Mariboru, ob srečanju pediatrov junija 1992!) Po podelitvi diplom je imel zbor še enkrat krajši nastop in navdušil s skladbami Jacobusa Gallusa, Janka Šoupala in z Narodno v priredbi Slavka Mihelčiča. Za razvoj zboru ima velike zasluge njen dolgoletni dirigent Venčeslav Zadravec. Pediatrični kliniki v Ljubljani je treba dati priznanje, da od ustanovitve naprej gmotno in moralno podpira delovanje zboru. Presenečenje večera je bil solistični nastop profesorja Vita Starca, predstojnika Inštituta za fiziologijo MF, ki je muzikalno in tehnično brezhibno izvedel tri skladbe za klavir – kot jih je imenoval »v tonaliteti fis«: J. S. Bacha, Aleksandra Skrjabina in Claudea Debussyja. Na naših memorialih že dobro uveljavljen duo – Tadeja Fatur, flavta (ki je pravkar končala študij na MF) in Alenka Okorn, kitarica (ki je pred diplomom na MF), sta skupaj zaigrali tristavno skladbo Fernanda Carullija; flavtistka pa je doživela priznanje za krstno izvedbo skladbe Primoža Ramovša: Potoni. Sledil je Ludwig van Beethoven s Sonato za violino in klavir op. 24, imenovano »Spomladanska«, ki je ena njegovih najbolj izvajanih komornih skladb. Uvodni Allegro in duhoviti Scherzo – Trio sta izvedla Marko Zupan, violina, in Pavle Kornhauser, klavir. (Naj bom osebno: sem zelo zelo zadovoljen, da lahko igram skupaj s tako nadarjenim glasbenikom!) Medicinska vokalna skupina Vox medicorum (kot se je prvič tako imenovala prav za nastop na tem memorialu in jo sestavlja sedem pevcev in pevk, umetniško vodstvo pa ima mag. dr. Matjaž Vrtovec), pa je tako kot leto dni prej doživeto in s posebnim znanjem za izvajanje črnih duhovnih pesmi zapela skladbo Johna Lennona in Paula McCartneya It's only love ter Josepha Boneta La fanfare du printemps. Sklepno točko sporeda smo namenili prvemu nastopu v javnosti – nove

pomembne pridobitve kulturne dejavnosti med zdravniki – Medicinskemu komornemu ansamblu. (Tudi tega smo »krstili« na prireditvi, imenovali so se: Camerata medica labacensis.) Pediatr Igor-Ičo Ravnik je bil »promotor« za oblikovanje godalnega zdravniškega orkestra in mu lahko čestitam za ta uspeh. Pod vodstvom mladega dirigenta Andreja Ožbalta, še študenta Akademije za glasbo, so izvedli sprva Balletto à 4 predbaročnega slovenskega skladatelja Janeza Krstnika Dolarja, nato duhovito krajšo skladbo Janeza Strajnarja Polžek, Janija Goloba Bom šel na planince in ples Sotiš. Sledil je skupni nastop godalnega ansambla in pevskega Vox medicorum s pretresljivo Ave Verum W. A. Mozarta. Poslušalci so z dolgim aplavzom nagradili izvajalce za res umetniški doživljaj.

Žal na koncertu ni bilo vabljenih iz Zagreba: pričakovali smo nastop naših prijateljev, zagrebških zdravnikov pevcev. Vojna vihra jim je prihod preprečila.

Kaj naj še zapišem ob tem dogodku, o zdravniškem koncertu ob XXII. Plečnikovem memorialu leta 1991? Tradicija, ki jo je spodbudil profesor Ivan Lenart, nadaljeval dolga leta profesor Anton Dolenc in ki jo sedaj neguje profesor Dušan Ferluga, ko združujemo podiplomska srečanja, posvečena predklinični medicini, z umetnostjo, je dokaz široke humanistične usmeritve naših zdravnikov. Čeprav se nadaljuje vsakoletno že tretje desetletje, je prireditev ohranila svoj mik in smisel. Stremeti je treba k pridobivanju novih, mladih poudarjalcev in k razširitvi zaledja, od koder bodo prihajali nastopajoči. Na podlagi dosedanjih izkušenj nam ni treba biti v skrbeh ne za nov naraščaj zdravnikov – glasbenikov ne za umetniško kakovost »zdravniških koncertov«.

P. Kornhauser

Anatomski inštitut Medicinske fakultete ob sodelovanju Inštituta za histologijo in embriologijo, Inštituta za patologijo, Inštituta za sodno medicino, Inštituta za patološko fiziologijo Medicinske fakultete in Inštituta za klinično nevrofiziologijo KC

vabijo na

23. MEMORIALNI SESTANEK PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA

z mednarodno udeležbo

SKELETNA MIŠICA

10. in 11. decembra 1992

v veliki predavalnici Medicinske fakultete v Ljubljani,

Korytkova 2

Častna predsednica

prof. dr. Valentina Kobe

POKROVITELJI

Medicinska fakulteta v Ljubljani, Klinični center v Ljubljani, Slovensko zdravniško društvo, Ministrstvo za znanost in tehnologijo

PROGRAM

10. december 1992

8.00 Svečana otvoritev

Boris Šuštaršič: Napredujoča živčno-mišična obolenja in socialno življenje obolelih

MORFOLOŠKE, FIZIOLOŠKE IN BIOKEMIČNE ZNAČILNOSTI MIŠIČNIH VLAKEN (predavanja)

Moderatorja: Miroslav Brzin, Vito Turk

9.00 Stefano Schiaffino (Padova, Italija): Tipi miozina in mišičnih vlaken v skeletni mišici

9.45 Alenka Dekleva, Senja Mali-Brajovič: Razlikovanje tipov mišičnih vlaken z ultrastrukturnimi parametri

9.55 Ida Eržen, Miroslav Kališnik: Anizotropija – vir napak pri morfometrični analizi skeletne mišice

10.05 Franjo Pernuš, Ida Eržen: Računalniško podprta morfometrična analiza mišičnih vlaken

10.25 Ida Eržen, Marko Ambrož: Določitev histokemičnega profila skeletne mišice s pomočjo mikrodenzitometrije

ODMOR

11.00 Duška Meh, Vita Čebašek: Morfologija in fiziologija mišičnega vretena

11.10 Miroslav Brzin: Holinesteraza in motorična ploščica

11.40 Anton Koren: Presnova energije pri skeletnomišični kontrakciji

11.55 Jože Trontelj: Hitrost prevajanja po mišičnih vlaknih je odvisna od njihove dolžine

12.05 Vladimir Cotič: Razgradnja beljakovin v mišicah

12.20 Vito Turk: Mišična atrofija in za to odgovorne lizosomalne cisteinske proteinaze in njihovi endogeni proteinski inhibitorji

RAST, RAZVOJ IN REGENERACIJA (predavanja)

Moderatorja: Alenka Dekleva, Janez Sketelj

15.00 Erika Snoj-Cvetko: Histokemične in morfometrične značilnosti mišice vastus lateralis pri otrocih

15.10 Janez Sketelj: Regeneracija skeletnih mišic po poškodbi

11. december 1992

PLASTIČNOST SKELETNE MIŠICE (predavanja)

Moderatorja: Jože Trontelj, Blaž Rozman

8.00 Dirk Pette (Konstanz, Nemčija): Plastičnost skeletne mišice

9.00 Marko Munih, Alojz Kralj: Kriterij aktivacije skeletne mišice

9.10 Zoran Arnez: Uspešen prenos latissimus dorsi prostega režnja po 18 urah shranjevanja v hipotermiji

ODMOR

MIŠIČNE BOLEZNI

Moderatorja: Jože Trontelj, Blaž Rozman

10.00 Dušan Sket, Alenka Dekleva, Ivana Vreča, Dušanka Čuček, Miroslav Brzin: Mehanizmi miopatije pri zastrupitvi z organofosfati

10.15 Zoran Grubič, Martina Brank, Radovan Komel: Eksperimentalna glukokortikoidna miopatija

10.30 Vladimir Jevtič: Prikaz nevro-muskularnih bolezni z računalniško tomografijo

10.45 Anton Zupan, Dušan Šuput, Robert Frangež, Ana Sepe, Franci Demšar: Uporaba slikanja z magnetno resonanco pri diagnostiki živčno-mišičnih obolenj

11.00 Tanja Perkovič, Alenka Vizjak: Morfološke in imunohistološke spremembe mišic v sklopu avtoimunskih bolezni

11.15 Mija Meznarič-Petruša, Ida Eržen, Janez Zidar: Pomen distrofina za diagnostiko živčno-mišičnih bolezni

11.30 Zoran Rodi, Janez Zidar, Tomaž Žgur: Občutljivost kvantitativne elektromiografije za diagnosticiranje miopatij

11.45 Blaž Rozman, Tanja Kveder, Mojca Kos-Golja: Avtoproteleza pri sistemskih miozitisih

12.00 Borut Peterlin, Janez Zidar, Mija Meznarič-Petruša, Neža Zupančič: Pomen molekularne genetike pri obravnavi živčno-mišičnih bolezni

12.15 Martin Štefančič: Miofascialna bolečina

12.30 Janez Zidar, Mija Meznarič-Petruša, Alenka Dekleva: Mitohondrijske citopatije – analiza bolnikov s progresivno eksterno oftalmoparezo

12.45 Tomaž Rott: Rabdomioliza z akutno ledvično odpovedjo po alkoholnem deliriju

Odrpna vrata Inštituta za anatomijo

15.45 OGLED POSTROV

MORFOLOŠKE, FIZIOLOŠKE IN BIOKEMIČNE ZNAČILNOSTI MIŠIČNIH VLAKEN

Ludvik Travnik, Ida Eržen, Franjo Pernuš: Histokemična zgradba mišic vastus lateralis in vastus medialis

Bojan Vandot, Dean Ravnik: Histokemična analiza mišičnih vlaken v m. temporalis pri človeku

Zdenka Petrač, Anton Koren: Vpliv IAA in 2,4 DNFB na čas večanja izotonične tetanične kontrakcije izoliranih mišic soleus laboratorijskih podgan

Lidija Honzak, Milan Schara, Anton Koren: Respirometrija skeletnomišičnih mitohondrijev z metodo spinskega označevalca in spektrometrijo EPR

RAST, RAZVOJ IN REGENERACIJA

Dean Ravnik, Bojan Vandot: Regeneracija skeletne mišice ob zakasneni reinervaciji

Alenka Dekleva: Regeneracija mišičnih vlaken po zastrupitvi z organofosfatom

Vika Smerdu, Ida Eržen: Histokemične in morfometrične značilnosti nekaterih skeletnih mišic prašičev različnih starosti

Dejan Škorjanc, Ida Eržen, Silvester Žgur: Razlike v morfometričnih lastnostih vlaken in sestavi snopčev med različnimi pasmami prašičev

Miran Kastelic, Andrej Salehar, Milena Kovač: Prispevek k proučevanju diferencialne rasti z nelinearnimi statističnimi modeli

Silvester Žgur, Martina Henning, Erhardt Kallweit: Alometrična rast nekaterih mišic in njihovih sestavnih delov pri prašičih

16.30 Razprava o postrih

Moderatorja: Alenka Dekleva, Janez Sketelj

Odrpna vrata Inštituta za anatomijo

OB XXIII. PLEČNIKOVEM MEMORIALNEM SESTANKU
KULTURNO UMETNIŠKO DRUŠTVO UNIVERZITETNEGA KLINIČNEGA CENTRA IN MEDICINSKE FAKULTETE
DR. LOJZ KRAIGHER



vabi na tradicionalni
ZDRAVNIŠKI KONCERT

in

PODELITEV PLEČNIKOVEGA PRIZNANJA
v petek, 11. decembra 1992 ob 19. uri
v Veliki dvorani Narodne galerije, Ljubljana, Prežihova 1
Vstop prost

Pokrovitelji:

Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani
Klinični center v Ljubljani
Slovensko zdravniško društvo
Ministrstvo za znanost in tehnologijo

SPORED

Janko Držečnik: Votum Hippocratis

Prva izvedba zdravniške himne na Plečnikovem memorialu, ki jo je spesnil in uglasbil prim. dr. Janko Držečnik, dolgoletni predstojnik kirurgije v Mariboru

Podelitev Plečnikovega priznanja najboljšemu študentu na predkliničnih predmetih Medicinske fakultete v Ljubljani

Slavko Mihelčič: Roža na vrtu

Rado Simoniti: Debeli kum

Fran Venturini: Znamenje

Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč

Zborovodja Venčeslav Zadravec

N. Schmitz: Jazz parnass šte. 3 in 4

Barbara Novak, klavir

Aleksander Godič, klavir

J. Duarte: Mala jazz suita

Tadeja Fatur, flavta

Alenka Okorn, kitara

J. Haydn: Trio v G-duru, Hoboken XV: 25

Andante

Adagio

Finale – Rondo

Marko Zupan, violina

Zvonimir Rudolf, violončelo

Pavle Kornhauser, klavir

W. A. Mozart: Godalni kvartet v G-duru šte. 2

Presto

Adagio

Menuetto

Pavel Kosi, 1. violina

Antonija Hraš-Zabavnik, 2. violina

Dušan Pušelja, viola

Borut Trapečar, violončelo

L. van Beethoven: Sonata v A-duru op. 47 – »Kreutzerjeva« I. stavek

Marko Zupan, violina

Pavle Kornhauser, klavir

J. S. Bach: Bourrée iz Angleške suite šte. 2

J. S. Bach: Wie schön leuchtet der Morgenstern

J. G. Ebeling: Die guldne Sonne voll Freud und Sonne

G. Lafarge, P. Philippe: Les boîtes à musique

(odlomek iz operete Lepa Arabella)

Vokalna skupina Vox medicorum

Umetniški vodja Matjaž Vrtovec

Pri tč. 2 in 3 sodeluje Miha Benedik, violina

B. Britten: Simple Symphony

J. S. Bach: Concert za klavir in orkester v f-molu

Allegro

Adagio

Presto

Camerata medica Labacensis

Dirigent Andrej Ožbalt

Solist Pavle Kornhauser, klavir

Skozi spored vas vodi Pavle Kornhauser

PROGRAM XXIX. PODIPLOMSKEGA TEČAJA KIRURGIJE

ZA ZDRAVNIKE SPLOŠNE MEDICINE
10.–12. FEBRUAR 1993
Predavalnica Medicinske fakultete
Ljubljana, Korytkova 2

sreda, 10. februarja 1993
9.00–9.30

Otvoritev (V. Smrkolj)

TRAUMATOLOGIJA

(moderator J. Prinčič)

Predstavitel Travmatološke klinike (J. Prinčič)
Organizacija dela v travmatološki ambulanti (V. Smrkolj)
Odmor za kavo
Organizacija dela v travmatoloških ambulantah na Polikliniki (S. Grapar)
Predstavitev dela na oddelku za kostna vnetja Travmatološke klinike (A. Baraga)
Razprava
Odmor za kosilo
Koncept ambulante za športne poškodbe v okviru Travmatološke klinike (M. Tonin, M. Veselko)
Izkušnje s prehospitalno oskrbo težkih poškodovancev. Ambulanta za SNMP v Ljubljani (C. Armeni, P. Aplenc)
Razprava
Odmor za kavo
Kontrolni ambulantni pregledi in ambulantna rehabilitacija. Problemi, ki se s tem v zvezi pojavljajo na relaciji Zdravstveni dom – Specialistična ambulanta. Okrogla miza (J. Završnik, Grmek, Štrukelj)
Starejši poškodovanci po prenehanju v »Domove starejših občanov«. Zaplet, ki jih najpogosteje opažamo. Okrogla miza (D. Smrke, R. Angelski, I. Drenik)
Razprava

17.20–18.00

Četrtek, 11. februarja 1993

ENDOSKOPIJA V KIRURGIJI

(moderator S. Repše)

8.00–8.15
8.15–8.45
8.45–9.15
9.15–9.45
9.45–10.15
10.15–10.45
10.45–11.15
11.15–11.40
11.40–12.10
12.10–12.35
12.35–12.45
12.45–14.00
14.00–14.30
14.30–15.00
15.00–15.30
15.30–16.00
16.00–16.15
16.15–16.45
16.45–17.15
17.15–17.45
17.45–18.00

Uvod (S. Repše)
Endoskopski posegi v požiralniku (J. Jerman)
Skleroterapija krvavečih lezij požiralnika, želodca in dvanajstnika (B. Kocijančič, I. Ferkolj)
Endoskopski posegi v želodcu (F. Jelenc)
Operativni endoskopski posegi biliopankreatičnega sistema (V. Mlinarič)
Endoskopski posegi v debelem črevesu in danki (B. Žakelj, M. Čalič)
Odmor za kavo
Intraoperativna endoskopija (L. Pleskovič)
Laparoskopska minimalno invazivna kirurgija (V. Pegan)
Angioskopija (I. Kovačič)
Razprava
Odmor za kosilo
Artroskopija (M. Tonin)
Endoskopski posegi v traheji in bronhih (J. Erzen)
Mediastinoskopija in parasternalna mediastinotomija (B. Hrabar)
Torakoskopija in torakoskopska minimalno invazivna kirurgija (S. Vidmar)
Odmor za kavo
Endoskopske preiskave in posegi spodnjega dela sečil (M. Stanonik, B. Sedmak)
Endoskopske preiskave in posegi zgornjega dela sečil (A. Kmetec, C. Oblak)
Laparoskopske urološke preiskave in posegi (N. Vodopija)
Razprava

petek, 12. februarja 1993

TEMELJNI IN DODATNI POSTOPKI OŽIVLJANJA PRED SPREJEMOM V BOLNIŠNICO

(moderator M. Pečan)

8.00–8.20
8.20–8.40
8.40–8.55
8.55–9.10
9.10–9.25
9.25–9.40
9.40–9.55
9.55–10.10
10.10–10.25
10.25–10.35
10.35–11.15
11.15–11.30
11.30–11.45
11.45–12.00
12.00–12.15
12.15–12.30
12.30–12.40
12.40–13.00
13.00–13.05

Anestezioološki delež pri poučevanju temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja. Dodiplomski pouk in podiplomski pouk (M. Pečan)
Možnosti poučevanja med klinično anestezijo in intenzivnim zdravljenjem bolnikov (L. Toš)
Umetno dihanje med oživljanjem in transportom v bolnišnico (A. Manohin)
Dodatni travmatološki ukrepi oživljanja (ATLS) (V. Smrkolj)
Analgetiki v urgentni medicini (M. Petrun Ulaga)
Uporaba zdravil pri oživljanju (A. Bručan)
Infuzijska terapija pri predbolnišničnem zdravljenju (A. Bučar-Poljanec)
Dodatni postopki oživljanja pri poškodbah glave in vratu (M. Hribar-Habinc)
Nova priporočila in standardi pri oživljanju (P. Hribar)
Razprava
Odmor za kavo in demonstracijo nujnega reševalnega avtomobila. Reševalna služba g. Kmetec. Demonstrator zdravnik NMD
Epidemiologija smrtnosti na mestu nesreče, med transportom in ob sprejemu v bolnišnico (G. Žorž, M. Kožuh)
Pojavnost para-tetraplegije po poškodbah (G. Žorž, M. Rok-Simon, M. Dodič-Fikfak)
Usposobljenost zdravnikov za oživljanje v izvenbolnišničnih pogojih. Glavni problem je v praksi (D. Žmave)
Pouk NMP v Mariboru (Z. Zabavnik in B. Borovšak)
Šolanje zdravnikov splošne prakse v anestezijsko reanimacijskih znanjih za potrebe nujne medicinske pomoči. Načrt in realizacija (M. Pevec-Gašperin, M. Hribar-Habinc)
Pouk in prve izkušnje NMP v Ljubljani (M. Gašperin, D. Klančič in P. Aplenc)
Razprava
Sklepi

INFORMACIJE IN PRIJAVE: Kirurška služba Univerzitetnega kliničnega centra, Zaloška 7, 61105 Ljubljana; telefon tajništva: 061 316-268.
Kotizacija 6.000 SIT, za en dan 3.000 SIT (do 15. 1. 1993, po tem datumu pa 7.000 SIT in 3500 SIT, nakazati na žiro račun: UKC Ljubljana, Kirurška služba: št. 50103-603-51820 z oznako »podiplomski tečaj kirurgije«.

Vsak udeleženec dobi tiskan zbornik tega podiplomskega tečaja, v kotizaciji sta vračunana tudi topla prigrizka.

KRANJSKA GORA – ČETRTEK IN PETEK – 18. in 19. FEBRUAR 1993



*iatrosski
alpe-adria*

Posvetovanje športne medicine združeno s smučarskim tekmovanjem zdravnikov dežel ALPE-ADRIA.

četrtek, 18. 2. 1993 ob 18.00 uri:
Center Kranjske gore – otvoritev in koktajl.

petek, 19. 2. 1993 ob 12.00 uri:
Tekmovanje v veleslalomu – kategorije za moške in ženske:

- A – rojeni 1963 in mlajši
- B – 1962–1953
- C – 1952–1943
- D – 1942–1933
- E – 1932 in starejši

Tekmovanje šteje tudi za izbiro uradne Slovenske zdravniške reprezentance, katero bo organizator prijavil na Svetovno smučarsko prvenstvo zdravnikov, ki bo v Franciji (Tri doline) od 27. 3. do 3. 4. 1993.

- ob 16.00 uri
Hotel LEK
- Posvetovanje športne medicine
 - Slavnostna razglasitev rezultatov
 - Večerja

Kotizacija v višini 50 DEM (protivrednost v tolarjih) nakažite na račun: Goriško zdravniško društvo – 52000-678-80987.

Prijave pošljite skupaj z odrezkom o plačani kotizaciji na naslov dr. Franci Koglot – Bolnišnica Šempeter pri Gorici 65290, do 12. 2. 1993.

Kasnejše prijave niso možne!

V prijavi navedite spol, datum rojstva, delovno mesto oz. ustanovo ali društvo, za katero nastopate. Za ekipo štejejo trije najbolje točkovani moški in dve ženski.

Organizacijski odbor IATROSSKI pri Slovenskem zdravniškem društvu:

- dr. Franci Koglot – Nova Gorica
- dr. Andrej Bručan – Ljubljana
- dr. Tone Lah – Jesenice

POKROVITELJ: LEK

VABILO ZA ODDAJO IZVLEČKA
20. SREČANJE TIMOV V OSNOVNI ZDRAVSTVENI
DEJAVNOSTI
»DRUŽINSKI CIKLUS«
MARIBOR, 3.-5. JUNIJ 1993

Letošnje 20. jubilejno srečanje timov v osnovnem zdravstvenem varstvu ima temeljna cilja: seznanjanje s teoretskimi osnovami ter prikaz in ovrednotenje izkušenj vseh zdravstvenih delavcev, ki pri svojem delu že uporabljajo metode družinskega pristopa.

Srečanje bo potekalo v kongresni obliki. K sodelovanju vabimo vse avtorje, ki se ukvarjajo z družino, oz. pri svojem delu uporabljajo družinski pristop.

Celotno srečanje je razdeljeno na tri tematske sklope in sicer:

1. Nastajajoča družina
2. Družina v polni funkciji
3. Odmirajoča družina

Ad 1) V ta sklop bodo uvrščeni prispevki, ki obravnavajo zdravstveno varstvo mladih ljudi, varstvo nosečnic...

Ad 2) V ta sklop bodo uvrščeni prispevki s področja otroškega in šolskega varstva, medicine dela, zdravljenja odrasle populacije, prevenција kroničnih nenalezljivih bolezni...

Ad 3) Za to temo pričakujemo prispevke, ki obravnavajo oskrbo ostarelih ljudi, vodenje kroničnih nenalezljivih bolezni, problematiko domov za starejše občane.

Avtorji bodo lahko predstavili svoja dela v obliki:

1. zaokrožene skupine člankov (simpozij)
2. posameznih člankov
3. posterjev

Ad 1) Avtorji ki se bodo odločili za tako obliko, morajo vse članke oddati istočasno.

Na srečanju so možne tudi predstavitve v obliki demonstracij.

Ne glede na obliko predstavitve pričakujemo, da bo vsak avtor poslal izvleček svojega prispevka najkasneje do konca februarja. Izvleček ima lahko največ 250 besed, napisan naj bo na belem papirju (format A4) v polju velikosti 17 krat 13 cm. Ves izvleček naj bo napisan brez prostega robu.

V prvi vrstici (brez predhodnih praznih vrstic) naj bo naslov prispevka, napisan z velikimi črkami. Naslovu sledi prazna vrstica. V tretji vrstici naj bo ime in priimek avtorja, (brez akademskih naslovov), sledita mu institucija in kraj dela. Nato naj bodo navedeni eventualni ostali avtorji. Prosimo, da podčrtate podajalca prispevka.

Polje z izvlečkom ne sme biti prepognjeno, cel tekst naj bo napisan brez popravkov, ker bo kot tak uporabljen za zbornik izvlečkov. Na istem listu, vendar pod poljem, naj izvlečku sledi še podrobnejša predstavitev avtorja kot sledi:

Prvi avtor
Institucija
Delovno mesto
Ostali avtorji
Naslov
Pošta
Tel. Fax.

Oblika predstavitve prispevka (obkrožite odgovor):

Simpozij	DA
Članek	DA
Poster	DA
Demonstracija	DA

Pripravljalni odbor bo zainteresiranim avtorjem poslal standardiziran formular za oddajo izvlečka.

Avtorje ponovno opozarjamo, da je zadnji rok za oddajo izvlečkov **28. februar 1993.**

Za pripravljalni odbor:
Mag. GOJIMIR ŽORŽ, dr. med.
Univerzitetni zavod za
zdravstveno in socialno varstvo
Trubarjeva 2
61000 Ljubljana

PRVA POMOČ IN NUJNA MEDICINSKA POMOČ

Računalniški program »PP-NMP«

Program »PP-NMP« je, kot pove že njegovo ime, namenjen učenju in preverjanju znanja s področja prve pomoči in nujne medicinske pomoči. Ima tri težavnostne nivoje, zato ga lahko enakovredno uporabljajo vsi v tečajih prve pomoči, reševalci, medicinski tehniki oziroma sestre in seveda zdravniki.

V obliki strnjenih vprašanj, odgovorov ter razlag pravilnih odgovorov, je zajeto celotno področje urgentne medicine s posebnim poudarkom na delu v izvenbolnišničnih pogojih. Poleg najnovejših teoretičnih priporočil in dognanj v nujni medicinski pomoči, vsebujejo vprašanja tudi večletne praktične izkušnje avtorjev.

V podatkovni bazi programa je 580 vprašanj in 2900 možnih odgovorov z razlago!

Program sam je enostaven za uporabo, saj je prirejen tako, da bo tudi računalniškemu laiku vzel le nekaj minut časa za začetno uvajanje. Je dragocen pripomoček vsem tistim, ki se šele usposablja na tem področju, kot tudi tistim, ki se vsak dan srečujejo z urgentnim bolnikom.

Program »PP-NMP« je bil vključen v redni program prvega pan-evropskega kongresa za urgentno medicinsko dejavnost v začetku septembra letos, v Budimpešti.

Avtorja programa:

Andrej Žmavc, dr. med.,
mag. Gorazd Voga, dr. med.

Recenzenti:

za travmatologijo Božidar Buhaneč, dr. med.,
za pulmologijo prim. mag. Brane Mežnar, dr. med.,
za pediatrijo Matej Slivnik, dr. med.

Razvoj programa je podprla tovarna zdravil KRKA, Novo mesto.

Program dobite na disketi skupaj z navodili.

Za informacije kličite:

VIZIJA d.o.o.
Računalniško informacijski
inženiring
63000 CELJE
Škvarčeva 4
tel.: 063 28 116
fax.: 063 26 843

Univerzitetni zavod za rehabilitacijo – Soča organizira seminar z naslovom »Celovita rehabilitacijska obravnava otrok po hudi poškodbi glave«. Seminar bo od 17. do 18. decembra 1992 v Univerzitetnem zavodu za rehabilitacijo, Linhartova 51, namenjen pa bo vsem profilom timov, ki se ukvarjajo z rehabilitacijo otrok.

INTERNISTIČNA SEKCIJA
SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

VABI
na redni sestanek internistov
Slovenije

11. decembra 1992

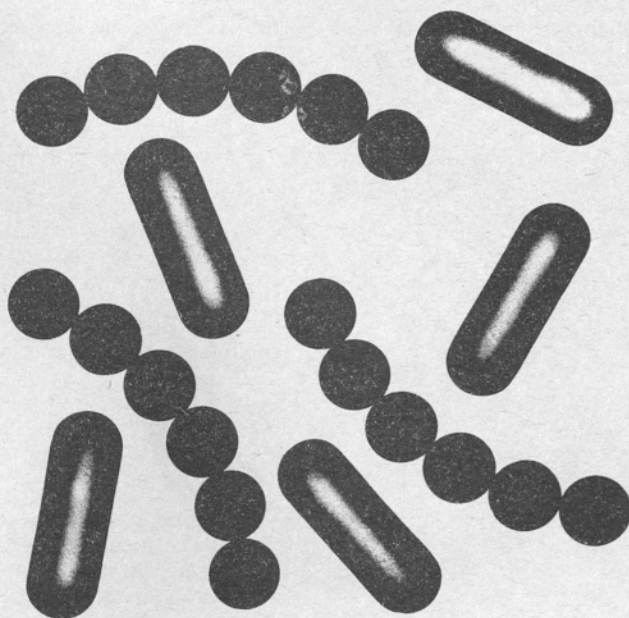
v veliki dvorani
Poslovno informacijskega centra
LEK Ljubljana

PROGRAM

P. Vidali	Uvodne misli o delu sekcije
J. Preželj	Problem debelosti – praktični pristop
J. Preželj	
M. Legat	Slučajno odkriti tumorji nadledvične žleze
A. Kandus	Transplatacija ledvic v Sloveniji
A. Ponikvar	Zdravljenje bolnikov s hemodializo in s hemodializi podobnimi metodami
B. Varl	Sindrom jodnega deficita
I. Križman	Stanje današnje gastroenterologije in hepatologije I.
S. Štepec	Stanje današnje gastroenterologije in hepatologije II.
I. Kranjec	Novosti v patofiziologiji in zdravljenju srčnega popuščanja
A. Bren	Pristop k bolniku z okužbo sečil
F. Pikelj	Začetno empirično zdravljenje bolnišničnih okužb
F. Sterle	Internist in borelioza
M. Gutnik	Lekova antibiotična paleta
	Društveni del

Kotizacija 1000 SIT

**NOVA v
MOZNOST
IZBIRE**




Tamicin[®]
cefpiramid

parenteralni cefalosporinski antibiotik 3. generacije s širokim protibakterijskim spektrom, ki poleg aerobnih mikroorganizmov vključuje tudi anaerobne

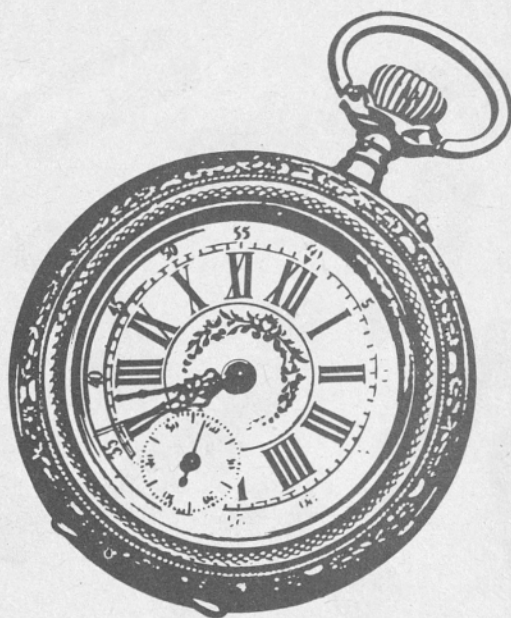
dobra farmakokinetika

racionalnost uporabe dvakrat na dan

Natančnejše navodilo o zdravlilu lahko dobite pri proizvajalcu.

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

SAMO ENKRAT NA DAN



Lendacin[®]

ceftriakson


cefalosporinski antibiotik za parenteralno uporabo

**poleg dobrih mikrobioloških lastnosti tudi ugodna
farmakokinetika:**

- dobro in hitro prodiranje v skoraj vsa tkiva in telesne tekočine
- dolga biološka razpolovna doba, ki zagotavlja
24-urni baktericidni učinek

možnost ambulantnega zdravljenja

Natančnejše navodilo o zdravlilu lahko dobite pri proizvajalcu.

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

REKONSTRUKCIJA PREZRTIH ZLOMOV LIČNICE RECONSTRUCTION OF THE OVERLOOKED ZIGOMA FRACTURE

Danijel ŽERDONER

Oddelek za čeljustno kirurgijo, Bolnišnica Celje, Kersnikova 1, 63000 Celje

Prispelo 1992-06-10
Sprejeto 1992-08-12

Zdrav Vestn 1992; 61: 561-2

KLJUČNE BESEDE: ličnica; prezrti zlomi; operativna
rekonstrukcija

KEY WORDS: zigoma; overlooked fractures; operative
reconstruction

IZVLEČEK – Izhodišča. Prispevek obravnava operativno zdravljenje prezrtih zlomov ličnice, ki jih ni veliko v primerjavi s skupnim številom. V terapiji pa predstavljajo zahtevno operativno nalogo.

Zaključki. Pri prezrtih zlomih ličnice uporabljamo metodo repozicije s predhodno osteotomijo ali metodo rekonstrukcije s tehniko onlay. Tehnika onlay s cialitno prepariranim hrustanecem je uporabna pri rekonstrukcijah, kjer poškodovanec nima nevroloških izpadov in ne dvojnih slik. Transplantatni material – hrustanec se da natančno oblikovati, rekonstrukcije so natančne in preproste.

ABSTRACT – Background. The following article deals with the operative treatment of the overlooked fractures of the zigoma which, if compared with the total number, are not so numerous but in therapy they demand an exacting operative task.

Conclusions. When treating an overlooked zigoma fracture a method of reposition with previous osteotomy or method of reconstruction with Onlay technique is applied. The Onlay technique with cyalite prepared cartilage can be used for reconstruction where there is no neurological cutting out or disturbances of the eye movement.

Transplantation material – cartilage can be precisely shaped so that the reconstructions are precise and simple.

Uvod

Poškodbe ličnice zapuščajo večje ali manjše estetske okvare lica, ki se največkrat izražajo v obliki sploščenosti ali udrtosti lica. Včasih je prizadeta tudi funkcija – motiliteta zrkla in dvojni vid, oteženo odpiranje ust in omrtvičenost v predelu podočesnega živca.

Poškodbe ličnice so v večini primerov samostojne, lahko pa so združene še s poškodbami ostalih delov telesa, tako da imamo opraviti s politravmatiziranim bolnikom. Takega bolnika oskrbujemo po pravilu nujnosti, tako pa nemalokrat prezremo zlom ličnice, posebno še, ker je navadno v akutni fazi obraz zatekel in podplut in se pravi klinični znaki zloma pokažejo kasneje. Iz tega vzroka oskrbimo lično kost takoj, kar je vsekakor najboljša rešitev. Če zlom prezremo, pa pride v poštev pozna oskrba.

Poškodovanci iz druge skupine poiščejo zdravniško pomoč zaradi motnje videza oziroma jih na to opozorijo znanci, to pa je najpogosteje takrat, ko je ličnica v nepravilnem položaju že popolnoma zaraščena.

V zadnjih treh letih smo v celjski bolnišnici na Oddelku za čeljustno kirurgijo izvršili sedem poznih rekonstrukcij in trideset primerov takojšnjih repozicij zloma ličnice. Takojšnje repozicije so bile izvršene najkasneje v enem tednu po poškodbi.

Metode dela

Pri rekonstrukciji prezrtih, zastarelih že zaraslih zlomov ličnice v nepravilnem položaju uporabljamo dve metodi.

1. Repozicijo s poprejšnjo osteotomijo v nepravilnem položaju zarasle lične kosti.

2. Rekonstrukcijo z izpolnitvijo poškodbe z avtolognim oziroma homolognim transplantatom – onlay.

Pri repoziciji moramo celotno lično kost osvoboditi z osteotomijami na zaraslih zlomnih mestih, takó mobilizirano kost pa postaviti v pravilni položaj. Tako reponirana ličnica zahteva na več mestih osteosintezo z žico ali ploščico. Poseg je za poškodovanca in operaterja zahteven. Pri obširni osteotomiji in ponovni mobilizaciji je velika nevarnost poškodb ožilja in regionalnih živcev (1, 2).

Tehnika onlay rekonstrukcije je starejša metoda, leta 1968 poroča Tessier (3), kasneje pa Obwegeser (4) o rekonstrukciji ličnice s pomočjo rebra.

V naši ustanovi smo pri tehniki onlay uporabljali cialitno konserviran homologni hrustančni transplantat (5, 6). Pri tej tehniki izprepariramo skozi infraorbitalni in lateralni orbitalni kožni rez mehke dele do kosti. Odlučimo tudi periost. Mehke dele odlučimo v celotnem obsegu kostne deformacije (manjka oziroma udrtja lica). Pred začetkom operacije, ko je obrazna deformacije še vidna, nastavimo cialitni hrustanec in ga grobo oblikujemo (sl. 1). Tako oblikovani hrustanec implantiramo v subperiostalni preparirani del nad kostno deformacijo. Po potrebi ga dodatno oblikujemo v smislu tanjšanja ali dodajanja toliko časa, da dobimo zaželeno obliko obraza. Implantat ima po skrbno prepariranem subperiostalnem tunelu navadno dobro in trdno ležišče, tako da dodatna utrditev z žičnim šivom ali osteosintezo s ploščico ni potrebna.

Po treh tednih se implantat čvrsto vezivno zraste z okoljskim tkivom.

Rezultati

Pri sedmih poznih rekonstrukcijah ličnice po poškodbi smo v naši ustanovi uporabili obe metodi. V štirih primerih smo uporabili osteotomijo, v treh pa tehniko onlay. Osteotomijo smo



Sl. 1. Bolnik s šablono v velikosti kostne okvare. Šablono uporabimo za pripravo hrustančnega transplantata.

Fig. 1. Patient with a mould in the size of the bone fracture. The mould is prepared for the preparation of the cartilage transplantat.

uporabili v primerih, kjer je bila prisotna intruzija celotne ličnice. Osteotomirali smo v predelu čelno-ličnega šiva in v predelu izstopišča podočesnega živca. Po osteotomiji smo mobilizirali celoten lični masiv, ga postavili v pravilni položaj in nato pritrdili z žico ali ploščico (osteosinteza). V vseh primerih, kjer je bila izvršena osteotomija, ličnica še ni bila popolnoma kostno zaraščena. V vseh primerih pa so bile tudi parestezije podočesnega živca.

Pri treh primerih, kjer smo za rekonstrukcijo uporabili tehniko onlay, so bile poškodbe stare več kot leto dni in je bila prizadeta le poškodovančeva zunanost in ni bilo nevroloških izpadov ter dvojnih slik. V enem primeru je bil izražen tudi enoftalmus. V tem primeru smo poleg rekonstrukcije ličnega masiva s hrustancem rekonstruirali tudi očesno dno (sl. 2, 3), ki smo ga prav tako podložili s cialitnim hrustancem. Rezultate smo ocenjevali tako, da smo ugotavljali prisotnost hiper oziroma hipokorekture. Obe metodi sta pokazali dobre rezultate. Pri onlayju smo imeli v enem primeru hipokorekturo. O hipokorekturi piše tudi Freihofer (7, 8).

Diskusija

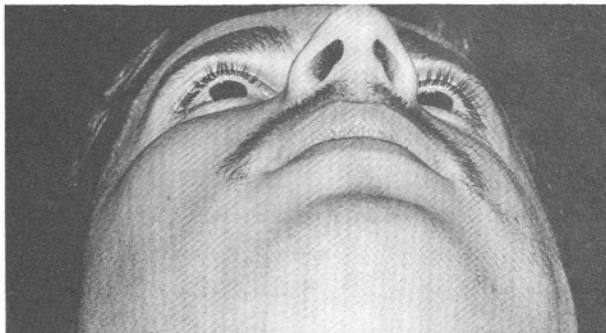
Pri rekonstrukciji prezrtih zlomov ličnice lahko uporabljamo obe metodi. Iz naših skromnih izkušenj sklepamo, da je metoda z osteotomijo primerna v primerih, kjer je bila poleg deformacije ličnega skeleta zaradi nepravilnega zrasta kostnih odlomkov še motnja senzibilitete oziroma motilitete in položaja zrkla. Prav tako je osteotomija primerna takrat, ko je pričakovati lahko imobilizacijo po osteotomiji in kjer zaradi poškodbe ni večjih kostnih manjkov, ki že sami po sebi zahtevajo nadomestitev z avtolognim ali homolognim presadkom.

Pri poškodbah, kjer ni nevroloških izpadov, prizadet pa je predvsem estetski videz obraza in so večje vdrtine ličnega masiva, pa menim, da je rekonstrukcija z metodo onlay dosti enostavnejša za operaterja, za poškodovanca pa predstavlja mnogo manj nevarnosti operativnih ali pooperativnih zapletov.

Cialitno konserviran rebri hrustanec se da natančno oblikovati, saj lahko odstanjemo ali dodajamo milimetre plasti, tako da je rekonstrukcija natančna (9).

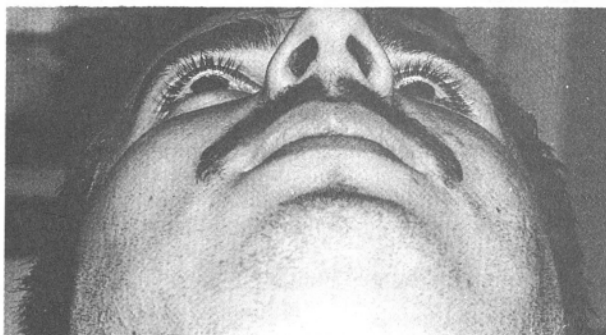
V primerjavi s tehniko onlay, kjer se za rekonstrukcijo uporablja rebro, spongioza lobanjskega pokrova ali spongioza iz črevnice, je rekonstrukcija s hrustancem enostavnejša in bolj natančna zaradi njegove dobre prilagodljivosti in enostavnega oblikovanja. Tudi resorpcije hrustanca so manjše kot pri kosti, zato so hipokorekture redkejše od rekonstrukcij s kostjo (10).

V naši ustanovi smo rekonstruirali izključno okvare ličnega predela po poškodbah. Omenil bi, da se omenjena metoda lahko uporabi tudi pri onkoloških okvarah in pri prirojenih anomalijah



Sl. 2. Bolnik, pri katerem je dobro vidna deformacija levega lica zaradi prezrtega zloma ličnice.

Fig. 2. Patient with a clearly visible deformation of the left cheek due to overlooked zygoma fracture.



Sl. 3. Stanje po operativni rekonstrukciji zloma ličnice s tehniko onlay.

Fig. 3. The situation after the operative reconstruction of the zygoma fracture by means of the Onlay technique.

obraza. Prav pri slednjih je metoda umestna, saj z osteotomijo ne dosežemo zadostne rekonstrukcije. Za rekonstrukcijo pri onkoloških okvarah, pa tudi pri prirojenih anomalijah ličnice je potrebna večinoma večja količina kostnega ali hrustančnega materiala.

Literatura

1. Wolfe AS. Application of craniofacial surgical precepts in orbital reconstruction following trauma and tumor. *J Max Fac Surg* 1982; 10: 212-6.
2. Wunderer S. Probleme der operativen Spätbehandlung von Jochbeinfrakturen. In: Schuchardt K. Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Bd. XII. Stuttgart: Thieme, 1967: 132-9.
3. Tessier P. Chirurgische Behandlung der genetisch verursachten palpebralen und orbito-fazialen Missbildungen. *Genetik. Beiheft Klin Wbl Augenheilk* 1968; 50: 82-6.
4. Obwegeser HL. Correction of skeletal anomalies of otoman dibular dysostosis. *J Max Surg* 1974; 2: 73-81.
5. Schmelze R. Konservierte Transplantate in der Kiefer- und Gesichtschirurgie. München, Wien. 1978: 81-9.
6. Žrdoner D. Modelacija alveolarnega grebena s konserviranim hrustancem. *Zdrav Vestn* 1986; 55: 453-5.
7. Freihofer HP, Wilfred A, Borstlap. Jochbeinrekonstruktion Onlay oder Osteotomie? *Fortsch Kiefer Gesichtschir* 1989; 34: 107-9.
8. Freihofer HP, Wilfred A, Borstlap. Reconstruction of the zygomatic area. *J Cranio Max Fac Surg* 1989; 17: 243-8.
9. Schwenzer N, Schmelze R. Die Anwendung der konservierten Knorpel- und Knorpelknochen transplantate zur Konturverbesserung des Gesichtes. *Fortsch Kiefer- u. Gesichtschr.* 1976: 54.-4.
10. Lentz W. Der biologische Wert homioplastischer Knochen transplantate. *Langenbecks Arch Klin Chir* 1954; 52: 279.-9.

STROKOVNI NADZOR S SVETOVANJEM V SPLOŠNI MEDICINI

MEDICAL SUPERVISION AND COUNSELING IN GENERAL PRACTICE

France URLEP

Zgornjesavinjski zdravstveni dom, Zdravstvena postaja Gornji Grad, 63342 Gornji Grad

Prispelo 1992-08-25

Sprejeto 1992-09-28

Zdrav Vestn 1992; 61: 563-6

KLJUČNE BESEDE: splošna medicina; strokovni nadzor; svetovanje; razvoj; izkušnje**KEY WORDS:** general practice; medical supervision; counseling; development; experiences

IZVLEČEK – Izhodišča. Z razvojem sodobnega osnovnega zdravstvenega varstva se vse bolj razvija tudi strokovno nadzorstvo. Dosedanje oblike nadzora v splošni medicini so v znatni meri dosegle svoj namen. Zastavlja se vprašanje, ali bi bilo mogoče skladno z razvojem in sodobnejšimi pogledi na stroko pripraviti tudi kakovostnejše oblike nadzora, a še posebej svetovanja.

Zaključki. Ob opisu in ocenjevanju nadzora v splošni medicini v Sloveniji, zlasti v zadnjih desetletjih, so v članku obravnavana tudi tista dejstva, ki so sprva uspešne oblike dejavnosti privedla do zelo splošnih, ozkih in manj učinkovitih sklepov. Na račun nadzorovanja je trpelo svetovanje. Po vzoru ocenjevanja zdravnikov splošne medicine v Veliki Britaniji avtor predlaga, da bi se v okviru Zdravniške zbornice Slovenije nadzor in svetovanje v splošni medicini prilagodila sodobnemu celostnemu pristopu v tej stroki. Širšemu in večplastnemu proučevanju zdravniškega dela naj bi sledilo predvsem bolj kakovostno svetovanje.

ABSTRACT – Background. With the advancement of contemporary primary health care, medical supervision is also undergoing development. The so far existing forms of supervision in general practice have to a substantial degree achieved their purpose. The question now is whether it would also be possible to prepare an even better form of supervision and particularly of counseling in accordance with the more modern view points of the profession.

Conclusions. Along with the description and evaluation of supervision in general practice in Slovenia especially during the last decades, the article deals with those facts which brought the initially successful forms of activities to very general, narrow and less effective resolutions. Counseling suffered on behalf of supervision. Following the model of evaluation of general practitioners in Great Britain, the author suggest that medical supervision and counseling in general practice should, with the frame of the Medical Chamber of Slovenia, conform to the contemporary holistic approach in the profession. Broader and multifaceted investigation of a doctor's work should above all be followed by qualitative counseling.

Uvod

Čeprav je bilo zdravnikovo delo v vseh obdobjih cenjeno in spoštovano, so si oblastniki vselej prisvajali pravico, da njegovo delo nadzorujejo in zdravnika za napake in nevestnost tudi kaznujejo. Težko je določiti, kdaj so zdravniki tudi sami pričeli nadzirati svoje delo in delo svojih kolegov na organiziran in strokoven način, brez poklicne zavisti in v dobro bolnikov. Leibnitz je leta 1680 izročil oblastem podroben načrt za reorganizacijo zdravstva, v katerem predlaga, da mora biti zdravnik odgovoren za kurativni, preventivni in nadzorstveni del zdravstvenega varstva na svojem področju, da mora skrbno voditi zdravstveno dokumentacijo in objavljati znanstvene izsledke v strokovnih časopisih (1). Z razvojem zdravstvenega zavarovanja v drugi polovici devetnajstega stoletja so v Prusiji utemeljili zakon o socialnem zavarovanju. Nekatere kategorije prebivalstva so dobile stalno in redno zdravniško pomoč. Praksa, ki so ji sledile tudi druge države, je imela za posledico tudi vse jasnejše oblike nadzorstva. Nadzorovala se je poraba sredstev, a tudi ustreznost posameznih zdravstvenih postopkov (2). Leta 1884 je bil v Avstriji sprejet Zakon o ureditvi sanitetne službe v občinah. Po tem zakonu so se urejevale nekatere zdravstvene razmere okvirno še v medvojni Jugoslaviji (3).

Razvoj in praksa strokovnega nadzorstva v Jugoslaviji

V tridesetih letih je bilo sprejetih precej predpisov s področja zdravstva in zdravstvenega zavarovanja. Velika pooblastila je imela Zdravniška zbornica. Zakon o zdravnikih je predpisoval obvezno članstvo v zbornici, ki je bila »samostojna ustanova javnopravnega značaja, s pristojnostjo oblasti do zdravnikov in zdravniških pripravnikov« (4). Čeprav je bilo v zakonu o zdravnikih namenjeno zdravniški zbornici 80 členov in od tega kar 46 redu in disciplini v zdravniškem stanu, pa zakon ni predvidel sistematičnega strokovnega nadzorstva. Komisijski pregledi dela pri zdravnikih so se opravljali samo v primerih, če so bile podane ovadbe o nepravilnostih in nevestnem delu. Tiste zdravnike, ki so delali v državnih ustanovah, so nadzorovali in ocenjevali na temelju posebne uredbe kot državne uradnike neposredno z ministrstva za socialno politiko in narodno zdravje. Posebne komisije so ocenjevale strokovnost pri delu, prizadevnost in marljivost, vestnost in zanesljivost, vedenje v službi in izven nje, po treh do štirih kriterijih za vsako ocenjevalno področje (5). Ocenjevani so dobivali ocene odlično, prav dobro, dobro in slabo, kar je omogočilo ali preprečevalo napredovanje v višje plačilne razrede.

Po drugi svetovni vojni je bila Zdravniška zbornica razpuščena,

njeno premoženje nacionalizirano, Slovensko zdravniško društvo pa naj bi prevzelo nekatera opravila razpuščene zbornice. Sčasoma se je izkazalo, da nova oblast ni pripravljena prepustiti nadzorstva nad zdravniškim delom društvu, nasprotno, ves čas se je trudila zmanjšati vpliv in pomen zdravniškega združenja, katerega je uvrščala na isto raven kot vsa ljubiteljska, kulturna in športna društva.

Strokovno nadzorstvo v zadnjih dvajsetih letih

Z razvojem samoupravljanja v zdravstveni službi se je kazala vedno večja potreba po učinkovitem strokovnem nadzorstvu. Samoupravljanje je dovoljevalo veliko mero samostojnih, a tudi samovoljnih odločitev. Te so bile tako na organizacijski kot na strokovni ravni v znatni meri odvisne od izobrazbe in izkušenosti odločujočih. Pomembne so bile politične odločitve samoupravnih organov. Razredno in družbeno je velikokrat prevladovalo nad strokovnim. V načelu so bile vse nadzorne aktivnosti nepriljubljene. Čim bolj so se oblikovale zaključene povezave med vodilnimi samoupravnimi in upravnimi strukturami, tem bolj neučinkovit je postal nadzor. Tak »mafijski sindrom« je bil značilen za mnoga družbena okolja.

Republiški sekretariat za zdravstvo in socialno varstvo je leta 1972 izdal Navodilo o strokovnem nadzorstvu v zdravstvenih delovnih organizacijah, ki je v dvaindvajsetih točkah opredeljevalo notranje strokovno nadzorstvo, strokovno inštrukcijsko nadzorstvo in strokovne preglede, ki jih je odredil republiški sekretariat za zdravstvo (6). Prvega so izvajale zdravstvene organizacije same, drugega klinične ustanove v posameznih regijah, tretjega posebne komisije, ki jih je imenoval republiški sekretariat, če so obstajala znamenja, da so se očitno kršila navodila o izvajanju zdravstvenega varstva.

Notranje strokovno nadzorstvo je bilo opredeljeno zelo na splošno in se je omejevalo na odgovornost vodij delovnih enot, na delo strokovnih kolegijev in organizacijo strokovnih sestankov. Strokovno inštrukcijsko nadzorstvo je bilo prvič podrobno opredeljeno kot oblika strokovne vzgoje in pomoči osnovnemu zdravstvu s strani kliničnih ustanov. Nadzor je obsegal vsa svojska strokovna vprašanja, ki so zadevala doktrino, delovne metode, strokovno tehnologijo, zdravstvene predpise, republiške in regionalne zdravstvene načrte in tudi druga vprašanja glede delovanja zdravstva. Ravno ta oblika strokovnega nadzora se je v zadnjih dvajsetih letih najbolj razvila. Nadzor po odredbi republiškega sekretariata za zdravstvo se je omejeval na tiste zdravstvene domove, od koder so prihajale pritožbe bolnikov ali zdravstvenih delavcev nad lokalnimi razmerami. Znane so nekatere afere, ki so se reševale zelo dolgo, enkrat bolj, drugič manj uspešno.

Po spremembi ustave leta 1976 je bil leta 1980 sprejet nov zakon o zdravstvenem varstvu, ki je doživel svoje dopolnitve leta 1982 in leta 1985 (7). Leta 1986 je republiški komite za zdravstvo in socialno varstvo sprejel Pravilnik o opravljanju strokovnih nadzorov (8). Ta je bil s formalnopravne vidika veliko bolj izdelan, sodil pa je v množico samoupravnih aktov, ki so jih v tistih časih izdelovali tako v najmanjših podjetjih kot v največjih ustanovah. Predstavljali so izrazito administrativno in normativistično odtujevanje od družbene realnosti. Komisije za interni strokovni nadzor so morale pregledovati medicinsko dokumentacijo, preverjati strokovnost dela in voditi razgovore z zdravstvenimi delavci. Strokovno-inštrukcijski nadzor so opravljale klinike najmanj enkrat v treh letih. Nadzorne komisije so imenovali razširjeni strokovni kolegiji posameznih kliničnih strok. Upravni nadzor se je vodil kot do tedaj po odredbi komiteja na temelju ovadb o nepravilnostih v zdravstveni službi.

Nadzor s svetovanjem v splošni medicini

Zdravnik splošne medicine čuti v svojem odnosu do poklica notranjo nujno, da izpopolnjuje znanje, spretnosti in načelna sta-

lišča. Solidno, času primerno strokovno znanje, ki je prilagojeno in uresničljivo v njegovem delovnem okolju, je dinamični pojem, ki kaže zdravnikov odgovorni odnos do stroke in ki zahteva tudi smiselni nadzor nad opravljenim delom (9). Zelo pomembno je, da se zdravnik od začetka nauči smotno beležiti svoje storitve. V učbenikih splošne medicine so naštet tisti podatki, ki jih velja točno beležiti in katerim naj bi bili prilagojeni obrazci in računalniški programi. Mnoge od teh podatkov bodo v bodoče zahtevale pri nadzoru zavarovalnice. Manj proučeni pa so tisti dejavniki, ki oblikujejo splošno podobo in mnenje o dobrem zdravniku tako v strokovnih krogih kot pri bolnikih. Zato še tako izdelani vzorci o poteku strokovnega nadzora s svetovanjem nikoli ne dosežejo svojega smotra v celoti.

Družba se je vselej čutila odgovorno za zdravje prebivalstva. Odgovornost za strokovnost dela zdravstvenih delavcev je bila vnesena tudi v zakonske in druge akte. V poročilih o delu smo lahko kontrolirali vrste in količine opravljenih zdravstvenih storitev. S tem pa nismo dobili podatkov o kakovosti dela in razmerah v zdravstvenih ustanovah. Zato se je rodila zamisel o obveznem strokovnem nadzorstvu v zdravstvenih zavodih (10). Po formalni plati je bil strokovni nadzor s svetovanjem v splošni medicini urejen do potankosti.

Po sprejetju pravilnika je Zdravstvena skupnost Slovenije julija 1987 imenovala pri Univerzitetnem zavodu za zdravstveno in socialno varstvo 13-članski razširjeni strokovni kolegij za splošno medicino, v katerem je bilo devet specialistov splošne medicine in štirje specialisti drugih strok. Kolegij je izdelal poslovnik o poteku strokovnih nadzorov s svetovanjem v zdravstvenih domovih. V letih 1987–1991 so bili opravljeni strokovni pregledi s svetovanjem v 29 zdravstvenih domovih v Sloveniji (leta 1987 trije, leta 1988 dva, leta 1989 pet, leta 1990 devet in leta 1991 deset).

Pregledovali so stanje zgradb in prostorov, higienske razmere, zasedbo delovnih mest, medicinsko opremo, delovni čas, strokovno izpopolnjevanje, preskrbljenost z zdravili in opravljanje internega nadzora. Pred najavljenim pregledom je bilo treba izpolniti vprašalnik s podatki, ki so podrobno opredeljevali zdravstveno organizacijo in razmere v njej. Pravilnik je podrobno predpisoval potek pregleda in vsebino zapisnika. Eno leto po pregledu je morala komisija preveriti, ali so bile najdene nepravilnosti odpravljene. Razširjeni strokovni kolegiji pa so morali enkrat letno poročati republiškemu komiteju o opravljenih pregledih.

Na temelju pregledov si je bilo mogoče ustvariti sliko delovanja splošne medicine v določenih družbenih okoljih. To je bilo vključno znotraj teoretičnim izhodiščem v vsakem okolju na moč različno. V znatni meri je bilo odvisno od zdravstvene politike in smotrov, ki so jih zasledovale vodilne strukture v zdravstvenih domovih. Komisije so prihajale do enotnega zaključka, da je zelo pomembno, kdo je bil direktor zdravstvenega doma. Usmeritve so bile v tistih zdravstvenih domovih, kjer je bil direktor zdravnik specialist splošne medicine, drugače kot tam, kjer je bil to specialist druge klinične stroke, in spet drugače tam, kjer direktor sploh ni imel medicinske izobrazbe. V zapisnikih pregledov so prevladovali ugotovitve o ureditvah organizacijskih vprašanj, kot so dežurna služba, opremljenost urgentnih ambulant, organizacija reševalnih postaj, opremljenost ordinacij, obvestila bolnikom o delovnem času, organizacija hišnih obiskov, patronažne službe in nege bolnikov na domu, udeležba na strokovnih seminarjih in podobno.

Pri pregledih v splošni medicini so bili pomembni elementi ocenjevanja: opremljenost ambulant, bolnikova kartoteka, bolniški stalež, vodenje raznih evidenc in podobno. Pripombe v zvezi z opremo ambulant so se najpogosteje nanašale na: pomanjkanje sodobne opreme, izrabljenost in neprimernost pohištva, nefunkcionalno ureditev prostorov. V kartotekah se je najpogosteje ugotavljalo pomanjkljivo izpolnjevanje posameznih rubrik, pomanjkljiva registracija vrste opravljenih storitev, slabo šifriranje diagnoz, nepopolno evidentiranje predpisanih zdravil, nenatančno vodenje staleža in netočno pošiljanje na preglede zdravniške komisije.

V zaključnih razgovorih po pregledih so bili strnjeni vtisi, zdravnikom pa so bila dana nekatera priporočila za izboljšanje dela. Ta se bila pretežno formalna in večinoma usmerjena v odpravo organizacijskih in tehničnih pomanjkljivosti, v manjši meri pa so se dotikala tudi strokovnih in doktrinarnih stališč. Delo se je tudi razlikovalo od komisije do komisije, saj je imela vsaka nekoliko drugačen pristop in svojska stališča do posameznih vprašanj. Povsod pa je bilo opaziti, da so se v zdravstvenih domovih na preglede temeljito pripravili in svoje poglede na lastno prakso tudi vztrajno zagovarjali. Komisije so svoje delo opravljale z veliko mero odgovornosti in razumevanja. Skoraj nihče pa ni pomislil, da bi bilo koristno poiskati in proučiti še druge dejavnike, ki vplivajo na kakovost in sprejemljivost zdravstvene službe v določenem okolju.

Strokovni nadzor po novem

Po novem Zakonu o zdravstveni dejavnosti, ki je bil sprejet februarja 1992, je nadzorstvo opredeljeno v posebnem poglavju (11). Sedaj razlikujemo štiri vrste nadzora. *Interni strokovni nadzor* izvajajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci s samonadzorom, v zdravstvenih zavodih pa tudi odgovorni za strokovnost dela v zavodu. Učinkovitemu samonadzoru nas zavezuje tudi Svetovna zdravstvena organizacija z Deklaracijo o poklicni samostojnosti in samonadzoru iz Madrida leta 1987. Deklaracijo je letos podpisala Slovenija ob sprejemu v to organizacijo. *Strokovni nadzor s svetovanjem* izvaja Zdravniška zbornica Slovenije v sodelovanju s klinikami, inštituti in drugimi zavodi. *Upravni nadzor* izvaja Ministrstvo za zdravstvo, družino in socialno varstvo, nadzor iz svojih pristojnosti pa izvaja tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Ker ves čas spremljamo strokovni nadzor s svetovanjem, vidimo, da prihaja do načelne spremembe pristojnosti pri tej obliki nadzorstva. Zdravniška zbornica po sedanjih zakonskih določilih izvaja strokovni nadzor po strokovnih in doktrinarnih izhodiščih, ki jih oblikujejo razširjeni strokovni kolegiji. Sam strokovni nadzor pa pripravlja zbornica v sodelovanju s klinikami, inštituti in zavodi.

Mnogim se zdi nadzorovanje s svetovanjem razmeroma preprosto. Strokovna izhodišča za nadzor so doktrinarna stališča, ki jih oblikujejo razširjeni strokovni kolegiji. V komisijah, ki opravljajo strokovni nadzor, sodelujejo tudi člani razširjenih strokovnih kolegijev, sam potek nadzornega pregleda ostaja tak kot doslej tudi zaradi relativne uspešnosti, utečenosti in neproblematičnosti. Velja prepričanje, da pregled ne more nikjer potekati bistveno drugače. Vendar mnoga vprašanja, ki so se do sedaj obravnavala na strokovnih nadzorih s svetovanjem, sodijo sedaj v pristojnost nadzora, ki ga izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje.

Nadzorovanje ali svetovanje?

Zdravniki so doslej svoje pomanjkljivosti najpogosteje opravičevali s prevelikim obiskom v ambulantah in z negodovanjem bolnikov, če so predolgo čakali na preglede. Po pregledih se je v razgovorih z zdravniki ugotavljala njihova strokovnost, razgledanost in izkušenos. Pomembne so bile ugotovitve, koliko je zdravnik poznal in v praksi izvajal sprejeta doktrinarna stališča razširjenih strokovnih kolegijev posameznih strok. Ti podatki pa so predstavljali v bistvu vse, kar je pričakovala klinična medicina od strokovnega nadzora v osnovni zdravstveni dejavnosti. Vsebinsko razgovorov z zdravniki po končanem pregledu in ugotovitve v zapisnikih bi lahko smatrali tudi kot svetovanje. Vse se je največkrat omejilo na predloge o odpravi zapaženih pomanjkljivo-

sti. Velikokrat pa je ostal po pregledu nelagodni občutek, da je bil pregled formalističen, v znatni meri brezoseben in skoraj nadležen, a predvsem na področju svetovanja nedorečen in pomanjkljiv. Res je, da je bilo veliko odvisno tudi od tega, v kolikšni meri je bila komisija kos svoji nalogi. Pregledi so se zato razlikovali od primera do primera in jih je bilo nemogoče ocenjevati po enotnih merilih. Zato je v zavesti članov komisij velikokrat ostajal trpek občutek, da pregled ne bo bistveno pripomogel k spreminjanju dela z bolniki in obnašanja v ambulantah.

S stališča celostnega pristopa k bolniku strokovni nadzor s svetovanjem ni posvečal nikakršne pozornosti odnosom med bolniki in zdravniki, odnosom, ki vladajo v zdravstvenih delovnih organizacijah, neposrednemu komuniciranju zdravnika z bolnikom in temu, kako sprejema družbeno okolje zdravnika in njegovo delovno skupino. Vendar ta in še vrsta podobnih vprašanj pomembno določajo uspešnost dela zdravnika in njegovih sodelavcev.

Svetovanje na drugačen način

Spoznanja dveh delovnih skupin, v katerih je sodelovalo 19 angleških zdravnikov splošne medicine, ki sta proučevali ta vprašanja med leti 1980–1984 in jih objavili v monografiji »Kakšen zdravnik« (10), so presenetljiva. Za področja proučevanja so izbrali tiste zdravnikove dejavnosti in lastnosti, ki kakovostno opredeljujejo dobrega zdravnika in ki jih je mogoče objektivno ocenjevati. Tako ocenjevanje ni nadzor v našem pomenu besede, je pa izhodišče za svetovanje, za dejavnost, ki jo v naši praksi kar naprej poimenujemo, a ostaja v zavesti največkrat le kot fraza.

Proučevani sklopi so bili: Poklicne vrednote, Dostopnost, Strokovne sposobnosti in Dosegljivost. Približno po deset trditev opredeljuje pozitivna stališča vsakega od teh sklopov. Tako ima dober zdravnik naslednje poklicne vrednote: Zdravstveno varstvo nudi bolnikom vestno, vsestransko in stalno. Delo v ordinaciji mu pomeni lastno korist in korist bolnikov. Pri tem upošteva krajevne koristi, širši družbeni interesi so mu manj pomembni. Pozornost posveča lastnemu telesnemu in duševnemu zdravju in dobrim medčloveškim odnosom. Svoje delo podreja samokontroli in kontroli kolegov. Sprejema obveznost, da izpopolnjuje svoje strokovno znanje in da razširja področje svoje dejavnosti skladno z novo nastalimi razmerami. Zaveda se potrebe znanstveno-raziškovalnega dela v stroki, poučevanje drugih pa smatra za svojo poklicno dolžnost. Sprejema tezo, da je del njegove poklicne dolžnosti skrb za neodvisnost; tako bolnike navaja na oblike samopomoči, sam pa kroti lastne težnje, da mora biti sam nujno povsod navzoč. Zdravnikove klinične odločitve v resnici odražajo bolnikove interese, zaupne podatke pa vestno varuje.

Za vsako proučevano trditev v posameznem sklopu so opisali značilne oblike ravnanja zdravnika, ki ima te lastnosti v največji meri, a tudi zdravnika, ki teh pozitivnih lastnosti nima. Za primer naj navedem nekaj takih opisov:

Poklicne vrednote: 1. teza: Sprejemanje vloge

Positivno izhodišče: Zdravnik smatra, da je v svoji ordinaciji skrbnik svojih varovancev, ki jih zdravi, a se čuti tudi odgovoren za varovanje, vračanje in izboljševanje zdravja posameznikom.

Negativno izhodišče: Zdravnik smatra svojo zdravniško prakso izključno kot pot do sredstev za preživetje in mesto, kjer se mu nudi priložnost, da srečuje zanimive klinične primere.

Poklicne vrednote: 3. teza: Skrb za ljudi

Positivno izhodišče: Prepričan je, da je kontinuirano zdravstveno varstvo, ki ga nudi v svoji ordinaciji, koristno in pomembno. Vsa vprašanja, ki se pojavljajo, skuša zajeti kar najbolj vsestransko.

Negativno izhodišče: O trajnem zdravstvenem varstvu prebivalcev svojega področja ne premišljuje. Nesorazmerno veliko število svojih bolnikov pošilja na višje zdravstvene ravni. V njegovih kliničnih interesih prevladuje eno ali nekaj kliničnih področij.

Dostopnost: 2. teza: Razporeditev ordinacijskega časa

Pozitivno izhodišče: Zdravnik prihaja v nujnih primerih zelo hitro k bolnikom, tudi med rednim delovnim časom. V neurgentnih primerih obišče bolnika najkasneje v dveh dneh. Z zdravnikom je v nujnih primerih možen takojšen stik.

Negativno izhodišče: V nujnih primerih zdravnik večkrat zamuja, zlasti med delom v ordinaciji. Bolniki, ki želijo svojega zdravnika na dom zaradi kroničnih bolezni, čakajo več dni. Z zdravnikom je zaradi velikega števila bolnikov ali drugih vzrokov zelo težko priti v stik.

Strokovne sposobnosti: 2. teza: Fizikalni pregled

Pozitivno izhodišče: Zdravnik opravlja klinične preglede tako, da dosledno sledi podatkom iz anamneze. Pregleduje večše in pazljivo, pri tem kaže očitno pozornost do bolnika. Pri pregledu ga predvsem zanima razrešitev kliničnega problema in ne ritualno vedenje med samim pregledom.

Negativno izhodišče: Podatkom iz anamneze pri pregledu ne sledi dosledno. Preiskuje površno in tehnično neustrezno. Izvaja »celotni klinični pregled«, ki večinoma ne predstavlja usmerjenega pristopa k rešitvi kliničnega problema.

Sposobnost komuniciranja: 1. teza: Komuniciranje z bolniki

Pozitivno izhodišče: Zdravnik ustvari v ordinaciji umirjeno in dovzetno vzdušje. Bolnike opogumlja, da sproščeno razlagajo svoje težave. V razgovoru posveča vso pozornost bolnikovem pripovedovanju. Zavzeto proučuje bolnikovo stališče do lastnih zdravstvenih težav in si prizadeva doseči kar največjo skladnost med svojimi in bolnikovimi pogledi. Zaveda se prevzetih obveznosti do bolnika sedaj in tudi v prihodnje. Skrbi, da so bolniku na voljo jasne informacije o storitvah, ki se opravljajo v ordinaciji. V razgovorih utemeljuje razloge, ki zahtevajo operativne posege, tolmači postopke zdravljenja, vzgaja bolnike, da bi odgovorno skrbeli za svoje zdravje in jih podpira v prizadevanjih, da bi kar najbolj zdravo živeli.

Negativno izhodišče: Zdravnik je večkrat nervozen in nerazpoložen. Ker z bolniki ne uspe vzpostaviti pravega stika, pogosto tudi ne uspeva zadostno utemeljiti potrebe po operativnih posegih. Zdravljenja običajno ne vodi najbolj uspešno in bolnikov ne more pripraviti do tega, da bi odgovorno skrbeli za svoje zdravje. V ordinaciji ni umirjene in dovzetne atmosfere, ki bi bolnike navajala na to, da bi o svojih težavah razpravljali sproščeno in odkrito. O storitvah v ambulanti dobijo bolniki le skope in površne informacije.

Tudi v Veliki Britaniji poteka klinični nadzor podobno kot pri nas. Ugotavljajo pravilno uporabljanje doktrinarnih kliničnih stališč v praksi. Tu ni kaj svetovati, ampak je treba napake samo odpraviti. Če pa hočemo ugotoviti, zakaj so nekatere prakse uspešnejše od drugih, je potreba posvetiti pozornost zgoraj naštetim vprašanjem. Med celodnevним pregledom dela v ambulanti lahko dobijo člani komisije odgovore na temelju testnih rezultatov, v pogovoru z zdravnikom, sestrami in bolniki ali pri neposrednem opazovanju poteka dela v ordinaciji. Ko proučijo ugotovitve pri vseh 33 tezah, ki jih oblikujejo štirje proučevani sklopi, se ustvari dovolj pregledna slika o poklicnem udejstvovanju splošnega zdravnika. Rezultati takega pregleda skupaj s komentarjem in predlogi za izboljšanje dela so na voljo samo zdravniku. Čeprav je tako

ocenjevanje dela videti na prvi pogled neprijetno, pa pomeni v resnici dobronamerno svetovanje izkušenih zdravnikov v komisiji svojemu kolegu. Ta se morda niti ne zaveda napak, ki jih dela, velikokrat tudi iz nevednosti ali nepozornosti. Vedenje pa zdravnika značilno opredeljuje tako v očeh kolegov kot bolnikov.

Zaključek

Pri nas se pojavlja ob ustanovitvi Zdravniške zbornice med zdravniki določeno nelagodje. Mnogi so prepričani, da ob visoki članarini, ki jo plačujejo, v bistvu sami vzdržujejo ustanovo, ki jih le gnjavi in obremenjuje. Izkušnje stare zdravniške zbornice so zdavnaj pozabljene, tiste pa, ki jih imajo te korporacije na tujem, večina ne pozna. Zakon o zdravstveni dejavnosti določa tako oblike strokovnega nadzora kot vlogo Zdravniške zbornice Slovenije. Strokovni nadzor s svetovanjem v splošni medicini bi morali zlasti ob uveljavljanju zasebne prakse zastaviti tako, da bi ga zdravniki sprejemali s razumevanjem, predvsem kot resnično strokovno in kolegialno pomoč. Vzorci, ki jih uporabljajo v Veliki Britaniji, bi lahko pripomogli, da bi oblikovali tak nadzor, ki bi upošteval svojske razmere zdravstva v Sloveniji in ob tem razvil zlasti sodobne oblike svetovanja.

Literatura

1. Borisov P. Zgodovina medicine. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1985: 217–8.
2. Borisov P. Zgodovina medicine. Ljubljana: Cankarjeva založba 1985: 309–9.
3. Jeršič M. Zdravje na Kranjskem v letih 1881–1890. V: Cvahte S, Kastelic I, Neubauer R, Odar Z eds. Zdravstveno stanje prebivalstva SR Slovenije. Ljubljana: Zavod SRS za zdravstveno varstvo, 1972: 141–2.
4. Dolžan J. Nova zdravstvena zakonodaja (zakoni, uredbe in pravilniki). Ljubljana: Jugoslovanska knjigarna 1931: 315–50.
5. Dolžan J. Nova zdravstvena zakonodaja (zakoni, uredbe in pravilniki). Ljubljana: Jugoslovanska knjigarna 1931: 42–6.
6. Navodilo o strokovnem nadzorstvu v zdravstvenih delovnih organizacijah. Ljubljana: Uradni list SRS 1970: št. 26.
7. Zakon o zdravstvenem varstvu. Ljubljana: Uradni list SRS 1980: št. 1, 1982: št. 45, 1985: št. 42.
8. Pravilnik o opravljanju strokovnih nadzorov v zdravstvenih organizacijah. Ljubljana: Uradni list SRS 1986: št. 51.
9. Voljč B. Spremljanje dela v splošni medicini. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. Splošna medicina. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD 1992: 236–7.
10. Košir T. Ugotavljanje strokovnosti dela v splošni medicini. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. Splošna medicina. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD 1992: 239–47.
11. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Ljubljana: Uradni list R Slovenije: 1992: št. 5.
12. Lawson JAR, Schofield TPC, Hasler JC et al. Report from general practice 23: What sort of doctor (Assessing quality of care in general practice). London: Royal college of general practice. London 1885: 1–27.

HEPATITIS NE A NE B V LUČI NOVIH DOGNANJ IN REZULTATI TESTIRANJ ANTI-HEPATITIS C VIRUSA NA INFEKCIJSKEM ODDELKU V CELJU

HEPATITIS NON A NON B IN THE LIGHT OF NEW FINDINGS AND RESULTS OF ANTI-HEPATITIS C VIRUS TESTINGS

Gorazd LEŠNIČAR

Oddelek za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Bolnišnica Celje, Kersnikova 1, 63000 Celje

Prispelo 1992-06-16
Sprejeto 1992-10-06

Zdrav Vestn 1992; 61: 567-74

KEY WORDS: Hepatitis non A, non B; diagnostic; risk groups; sequelae; prevention and therapy

KLJUČNE BESEDE: hepatitis ne A, ne B; diagnostika; ogrožene skupine; posledice; preprečitev in terapija

IZVLEČEK – Izhodišča. Članek opisuje razširjenost in pomen novo odkritih virusnih hepatitisov ne A, ne B (HNANB) – hepatitis C (HC) in hepatitis E (HE). Podrobneje je podan razvoj diagnostičnih metod za odkrivanje okužbe z virusom hepatitis C (HCV) in novejša spoznanja s področja epidemiologije, etiopatogeneze, preprečitve in terapije. Navedeni so izsledki testiranja na navzočnost protiteles proti virusu hepatitis C (anti HCV) na Infekcijskem oddelku bolnišnice v Celju.

Metode, rezultati in zaključki. HNANB je razširjen po vsem svetu in predstavlja 15–45% vseh sporadičnih akutnih virusnih hepatitisov. Povzročitelj je RNA virus, ki ga začasno uvrščajo med flavi viruse. HE predstavlja epidemično obliko HNANBH. Povzročitelj je RNA virus, ki ga začasno uvrščajo med viruse kalici. Ta bolezen se pojavlja le v nekaterih deželah Azije, Afrike in v Mehiki. Čeprav HCV še niso uspeli osamiti, so s kloniranjem njegovega genoma omogočili hiter razvoj diagnostičnih rekombinantnih imunskih testov. S testiranjem na navzočnost anti HCV pri bolnikih z jetrnimi boleznimi in med zdravimi osebami smo ugotovili, da so tudi pri nas ogrožene iste skupine prebivalstva kot v svetu. Priporočili smo testiranje krvodajalcev in ogroženih skupin na anti HCV tudi pri nas.

HC kljub svoji navidezni benignosti kar v 60% prehaja v kronično jetrno vnetje in od tega v 10–20% v jetrno cirozo. HCV je prav tako povezan z nastankom primarnega jetrnega raka. Terapija z rekombinantnim alfa interferonom se je pri tretjini bolnikov s kroničnim HC izkazala kot uspešna. Cepiva zaenkrat ni pričakovati, profilaksa z imunoglobulini ni posebno uspešna, zato so potrebni enaki splošni zaščitni ukrepi, kot so znani pri hepatitisu B (HB) in aidsu.

ABSTRACT – Background. The article describes the extend and importance of the new discovered hepatitis non A, non B (HNANB) – hepatitis C (HC) and hepatitis E (HE). A detailed development of diagnostic methods for detection of infection with hepatitis C virus (HCV) and the most recent findings concerning its epidemiology, etiopathogenesis, prevention and therapy is presented. We quote our results of testing anti-HCV antibodies (anti HCV) at the department for Infectious diseases at Celje.

Methods, results and conclusions. HNANB is extended all over the world and accounts for 15–45% of sporadic acute viral hepatitis. The causative agent is RNA virus, which is temporarily classified among the flavi viruses. The epidemic form – HE is caused by RNA virus, which has been up till now ranged among the calici viruses. This disease is appearing only in some countries of Asia, Africa and Mexico.

Although HCV hasn't yet been isolated a rapid development of diagnostic recombinant immunoassay tests has been enabled by means of cloning of its genome. By having tested anti HCV in patients with different liver diseases and in healthy persons we may conclude that there are the same risk groups of population in our country as in other parts of the world. In future we recommend a screening of blood donor and risk groups to anti HCV.

Despite its own apparent benignity HC passes in 60% cases into chronic liver inflammation and from this percentage 10–20% pass into cirrhosis.

HCV is also connected with an arise of hepatocellular carcinoma. The treatment with recombinant interferon alfa appears to be successful in about one third of patients with chronic HC. The vaccine is not to be expected soon. Prevention with immune serum globulin is not particularly efficient therefore we need to apply all common protective measures which are known in prevention of hepatitis B (HB) and AIDS.

Uvod

Leta 1974 so Prince s sod. (1), Alter s sod. (2) in Feinstone s sod. (3) za etiološko nepojasnjene hepatitis, ki so se pojavljali po transfuzijah krvi, uvedli naziv hepatitis ne A, ne B (HNANB). Vse do nedavnega so ta naziv uporabljali za skupino bolezni s kliničnimi in epidemiološkimi značilnostmi hepatotropne virusne

okužbe pri bolnikih z negativnimi serološkimi preiskavami na navzočnost sveže okužbe z virusom hepatitis A (HAV), virusom hepatitis B (HBV), virusom hepatitis D (HDV), virusom Epstein-Barr (EBV) in virusom citomegalije (CMV). Diagnoza HNANB je bila opredeljena, ko je bila po izključitvi omenjenih virusnih okužb izključena tudi alkoholna, medikamentozna, metabolična, avtoimunska in ishemična okvara jeter.

Neepidemična oblika HNANB, kamor prištevamo hepatitis C (HC), je razširjena po vsem svetu in predstavlja 15–45% vseh akutnih sporadičnih virusnih hepatitisov (4, 5). Najvišji odstotek HNANB, 46%, navajajo na Japonskem (6), v ZDA 20–40% (5,

ALT – alanin aminotransferaza; ELISA – Enzyme-Linked Immunosorbent Assay; RIBA – Recombinant Immunoblot Assay; AIDS – sindrom pridobljene imunske pomanjkljivosti.

7), v Severni Ameriki in Avstraliji 20–25% (8, 9). V deželah Evrope je te bolezni relativno manj, povprečno 15% (9): Belgija 13% (10), Avstrija 25% (11), Turčija 20,6% (12), Grčija 13,5% (13), Poljska 10,4% (14), Hrvaška le 3% (15). V Aziji in Afriki pa je po navedbi Cuthberta in sod. (9) ter Ellisa in sod. (16) tovrstnega hepatitisa največ med vsemi virusnimi hepatitisimi (nad 50%), verjetno tudi zaradi prišteti primerov epidemične oblike HNANB – hepatitisa E (HE).

Hepatitis C

Skoraj 15 let intenzivnega proučevanja znanstvenikov vsega sveta je bilo potrebno, da so konec l. 1988 M. Houghton in sod. kalifornijskega združenja Chiron v sodelovanju z D. Bradleyjem iz Centra za kontrolo bolezni v Atlanti (17–19) uspeli identificirati in klonirati genom virusa hepatitisa C (HCV), glavnega povzročitelja parenteralne, tj. klasične oblike HNANB (javlja se predvsem po transfuziji krvi in krvnih sestavin, pri i. v. uživalcih mamil, pri hemofilikih, pri bolnikih v dializnih centrih in bolniškem osebju) ter t. i. sporadične oblike HNANB, kjer epidemioloških okoliščin okužbe ni mogoče pojasniti in je možen tudi spolni način okužbe (community acquired infection). Kot možne poti okužbe štejejo pri teh bolnikih tesne stike v družinah, kjer je eden izmed družinskih članov vironosec, promiskuiteto, homoseksualnost, potovanja v endemične dežele, daljše hospitalizacije itd. (5).

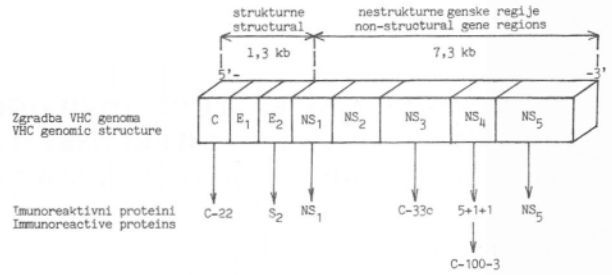
Čeprav so obstoj parenteralno prenosljivega agensa HNANB dokazali z inokulacijo šimpanzov s serumom bolnikov s kroničnim HNANB in s serijskimi prenosi tega povzročitelja na druge šimpanze (20), pa HCV še niso uspeli razmnoževati na tkivnih kulturah, niti ga niso uspeli osamiti in prikazati z elektronskim mikroskopom. S študijem na živalskem modelu (šimpanzih) so ugotovili v citoplazmi hepatocitov značilne tubularne strukture z dvojno membrano, ki so občutljive na kloroform in druga organska topila, spremembe endoplazmatskega retikuluma (21) in virusu podobne delce v serumu. Z metodo filtracije (22) so ugotovili, da je HCV velik 30–60 nm v premeru in obdan z lipidno ovojnico. Genom predstavlja enovijačna RNA z linearno polariteto, dolžine 8,6 kilobaze (kb). Začasno so HCV uvrstili med flavi viruse, ki spadajo v družino toga virusov, kamor spada tudi virus Arbo B, povzročitelj klopnega meningoencefalitisa pri nas (18, 23).

Hepatitis E

Prič so o enterično prenesenem HNANB poročali Khuroo l. 1980 (24) ter Balayan in sod. l. 1983 (25). Nadaljnje raziskave Bradleyja in sod. (26) so l. 1988 potrdile obstoj neparenteralne oblike HNANB, ki se pojavlja epidemično le v nekaterih predelih sveta (Indija, ZSR, južna Azija, Mehika, južna Afrika). Z elektronskim mikroskopom so ugotovili, da gre za 27–38 nm velik virus RNA, ki so ga imenovali virus hepatitisa E (HEV) in ga začasno uvrstili med viruse kalici (27, 28). Bolezen ima podoben klinični potek kot hepatitis A (HA), prizadene večinoma odraslo, s HA že prekuženo populacijo, in se pojavlja epidemično v obliki hidričnih epidemij, zlasti v času monsunov. Diagnoza je zaenkrat epidemiološko-klinična, komercialni serološki testi bodo kmalu na voljo (29). Bolezen sicer preide sama in ne pušča posledic, nevarna pa je za nosečnice, ki v visokem odstotku umirajo zaradi fulminantnega poteka (v 15–25%). HE v Evropi (in s tem tudi v Sloveniji) še ni bil dokazan.

Po letu 1988 sta bila torej odkrita dva nova hepatotropna virusa, povzročitelja HNANB:

- povzročitelj parenteralne in sporadične oblike HNANB – VHC ter
- povzročitelj enterične, epidemične oblike HNANB-VHE.



Sl. 1. Shematični prikaz molekularne zgradbe genoma HCV in imunoreaktivni proteinski genski produkti virusa.

Fig. 1. Schematic presentation of molecular HCVYB genomic structure and immunoreactive proteins genes products of virus.

Molekularno kloniranje genoma VHC

Značilnosti VHC so razkrili s kloniranjem povzročiteljevega genoma (18, 19, 30). Postopek je stekel, ko so uspeli ekstrahirati celotno nukleinsko kislino virusa iz velike količine visoko infekcijske plazme kronično okuženih šimpanzov. S pomočjo encima obratne transkriptaze so RNA spremenili v komplementarno DNA (c DNA). Slednjo so vključili v izrazni bakteriofagni vektor gt-11 in tako z genomom virusa HNANB (HNANBV) okužili *Escherichia coli*. Izražene proteine so testirali s plazmo bolnikov s kroničnim HNANB. Po številnih testiranjih so uspeli identificirati reaktivni klon, ki je izrazil specifični protein za HNANBV. Ta rekombinantni imunoreaktivni protein so imenovali 5-1-1 in predstavlja danes dominantni imunološki epitop. Originalni klon 5-1-1 so nato strnili še s tremi kloni 8, 36 in 32 in tako pridobili še večji in bolj specifični antigen. Imenovali so ga C-100 in pripada nestrukturnemu delu genoma HCV, regiji NS4. Po spojitvi C-100 s superoksidno dismutazo in izražanjem v rekombinantnem kvasu je nastal dominantni nestrukturni HCV epitop C-100-3, ki služi kot osnova za komercialne encimske in radioizotopne teste prve generacije za določitev poznih protiteles proti HCV (anti VHC). C-100-3 sestavlja okoli 500 amino-kislin.

Danes je znano celotno zaporedje genoma HCV, ki ga sestavlja blizu 10.000 nukleotidov. Znane so genske regije strukturalnih in nestrukturalnih genov: regije C in E kodirajo za proteine sredice in povrhnjice virusa, pet preostalnih NS regij pa kodira za nestrukturalne proteine virusa, katerih funkcije še niso povsem jasne (za encima proteazo in replikazo itd.) (sl. 1).

Genomska struktura HCV se v različnih predelih sveta nekoliko razlikuje zaradi spontanih mutacij virusa. Opisujejo vsaj tri genske variante HCV zaradi heterogenosti zaporedja nukleotidov zlasti v strukturalni regiji genoma NS 3. Ti genotipi, imenovani K-1, K-2, K-3, predstavljajo glavni problem za razvoj specifičnega in občutljivega diagnostičnega testa. Manj občutljivi testi (z epitopom za anti C-100-3) ne zaznajo tipa K-2 in K-3 HCV (31–34).

Testi za ugotavljanje anti HCV v krvi

V zadnjem času razvijajo nove, t. i. RIBA (Recombinant Immunoblot Assay) diagnostične teste s stopnjevano specifičnostjo za detekcijo protiteles proti domnevnim strukturalnim antigenom sredice HCV – anti C-22 in domnevnim antigenom povrhnjice – anti-S2, kakor tudi nestrukturalnim epitopom, kot so anti NS-1, anti NS-5 ter anti C-33c. Ta protitelesa se pojavijo pri akutni okužbi običajno bolj zgodaj kakor anti C-100-3 in omogočajo hitrejšo diagnozo bolezni. Z drugo generacijo standardiziranih RIBA testov lahko ugotavljamo navzočnost anti C-100-3, anti 5-1-1, anti C-33c in C-22 sočasno, kar zvišuje specifičnost in občutljivost razpoznavanja okužbe z VHC (17–19, 35–40). V zadnjem času pa so izdelani tudi testi, ki imajo antigensko osnovo v sintetičnih oligopeptidih, ki predstavljajo strukturalne (CP-9, CP-10),

kakor tudi nestrukturane produkte genoma HCV (iz C-100-3 antigena) (41, 42).

Detekcija anti HCV je najvišja med 3. in 6. mesecem, torej pozno po bolezn, zato niso primerna za diagnostiko akutne bolezn, so pa dober označevalec kronične okužbe s HCV oz. persistentne viremije. Protitelesa niso nevtralizacijska, zato ne dopuščajo zaključkov o infekcioznosti niti o prognozi (43).

Pomen ugotavljanja HCV-RNA

Z imunohistokemičnimi metodami je danes že mogoče ugotoviti navzočnost HCV v jetrih in krvi. Zaradi nizkih koncentracij virusa v jetrnem tkivu in krvi so s pomočjo molekularne hibridizacijske tehnike pomnožili (amplificirali) minimalne količine HCV-RNA z verižno reakcijo s polimerazo (PCR) (Polymerase Chain Reaction), ki je sicer znana že od l. 1985. Le redki laboratoriji po svetu so usposobljeni za ugotavljanje HCV-RNA, ki je danes gotovo najbolj specifični test za ugotavljanje okužbe HCV. Ta test je zlasti primeren za ugotavljanje okužbe v zgodnji akutni fazi bolezn, za ločevanje aktivne bolezn od bolezn iz preteklosti, za presojo infekcioznosti, kakor tudi za določevanje prognoze bolezn (44–48).

Imunski odgovor pri HC

S pomočjo PCR lahko ugotovimo viremijo pri akutni in kronični okužbi s HCV. Pri eksperimentalno okuženih šimpanzih ugotovimo HCV-RNA v serumu že en dan po inokulaciji, torej dosti pred pojavom kliničnih znakov bolezn oz. 12 tednov pred pojavom anti-HCV (49, 50). Pri polovici bolnikov so ugotovili HCV-RNA v prvem tednu bolezn, pri vseh pa do izteka tretjega tedna bolezn. Pri manjšem odstotku bolnikov z benignim potekom HC, pri katerih bolezen preide spontano (self limiting disease), viremija persistira 3–4 mesece. Izginotje HCV-RNA in anti-HCV napovedujeta regresijo jetrnega vnetja. Pri bolnikih s persistentnim fluktuirajočim oz. plato vzorcem zvišanja serumskih aminotferaz, pri katerih vnetje napreduje v kronični hepatitis (progressive disease), viremija vztraja vsaj 10–15 let (46, 49–51).

Anti-HCV se pojavijo 3–12 mesecev po okužbi in izginejo po 5–10 letih pri benignem poteku bolezn. Ni izključeno, da gre pri osebah z navzočnostjo anti-HCV in normalnimi klinično-bioemičnimi preiskavami tudi za t. i. »zdrave« nosilce HCV.

Pri napredovanju bolezn HCV-RNA vztraja v krvi in jetrih, kar pa ni vselej povezano z navzočnostjo anti-HCV v serumu. V takšnih primerih obstaja nevarnost asimptomatskega oz. subkliničnega napredovanja v kronično obliko hepatitisa. Za takšne bolnike s šibkim antigenskim odgovorom, brez serokonverzije v anti-HCV, bo v prihodnosti morda v pomoč preiskava in vitro, s katero ugotavljajo izločanje anti-HCV (C 100-3) iz perifernih limfocitov krvi inficiranih (52, 53).

Določanje VHC-RNA s PCR je pomembno tudi pri opredeljevanju bolnikov z lažno pozitivno navzočnostjo anti-HCV zaradi interference, oz. »epifenomena« pri avtoimunem hepatitisu tip-2 z navzočimi serumskimi protitelesi proti mikrosomom jeter in ledvic (tj. anti LKM-1) (54–58), pri mešani krioglobulinemiji tip-2 z navzočimi serumskimi krioglobulini (59–64), pri kroničnih napredovalih jetrnih boleznih, povzročenih z alkoholom, z visokimi serumskimi vrednostmi globulinov gama in imunoglobulinov IgG (65–70), kakor tudi pri bolnikih z revmatoidnim artritisom z navzočim revma faktorjem (RF) v krvi (71, 72). Potrditev okužbe s HCV z določitvijo navzočnosti VHC-RNA pa je pomembna pri bolnikih z mešano krioglobulinemijo zaradi možnosti specifične stimulacije HCV k tvorbi krioglobulinov, ker v 55–90% ugotavljajo v krvi sočasno navzočnost anti-HCV (73). Pri kroničnem HC obstaja možnost tvorbe protiteles proti specifičnemu avtoepitopu (anti-GOR) (73–75).

Dilema o številu povzročiteljev neepidemičnega HNANB

Že študije iz preteklosti – navzkrižne okužbe šimpanzov (76) in pojav hepatitisa po aplikacijah koncentriranih faktorjev (F) koagulacije pri hemofilikih, so opozorili na možnost vsaj še enega povzročitelja HNANB, ki ima kratko inkubacijsko dobo (3–31 dni), je rezistenten na kloroform in v citoplazmi hepatocitov ne povzroča tvorbe tubulov, temveč le vezikule in vakuole (18, 76).

Garson s sod. (44) je l. 1990 pri hemofilikih, ki so po transfuziji koncentriranih F koagulacije zboleli za HC s kratko inkubacijsko dobo, z metodo PCR dokazal navzočnost HCV v času viremije. Ta ugotovitev podpira domnevo o le enem parenteralnem povzročitelju HC.

V zadnjem času vse več avtorjev meni, da gre vendarle samo za enega povzročitelja HC. Različno trajanje inkubacijske dobe pri parenteralni obliki HNANB pa pojasnjujejo z različnim odmerkom inokuluma (kužnine) oz. z okužbami, povzročenimi z različnimi genotipskimi različicami HCV (9, 18, 49, 77).

PCR preiskava bo gotovo prispevala k razjasnitvi možnosti ev. obstoja še enega ali več neznanih povzročiteljev parenteralne in sporadične oblike HNANB. Alter (49) meni, da gre pri anti-HCV negativnih HNANB lahko tudi za nevirusno hepatocelularno prizadetost ali pa obstaja možnost jetrnega vnetja, ki je povzročeno z virusi, ki v splošnem niso znani kot hepatotropni. Klinično epidemiološke študije – zlasti potransfuzijskega HNANB (PT-HNANB) kažejo, da so ti agensi lahko odgovorni za največ 10–15% nepojasnjenih, klinično dobro opredeljenih HNANB, ki pa imajo večinoma lažji potek. Torej lahko VHC danes štejemo za glavnega povzročitelja parenteralne in sporadične oblike HNANB (78).

Epidemiološki podatki o sporadičnem in potransfuzijskem (PT) HNANB

Čeprav HNANB še danes pojmujejo kot pretežno potransfuzijsko bolezen, epidemiološki podatki Centra za kontrolo bolezn – oddelka za študij virusnega hepatitisa v Atlanti (ZDA) (23) iz l. 1988 – kažejo, da je največ primerov akutnega HC povzročenih s parenteralno uporabo mamil (večkratna uporaba nesterilnih igel) (46%), sledijo okužbe, povzročene s tesnim stikom (nespolnim ali spolnim) z bolnikom ali kroničnim nosilcem VHC v družini ter okužbe, povzročene s številnimi menjavanji spolnih partnerjev (10%), okužbe po transfuziji krvi (6%), okužbe, povzročene z medicinskimi posegi (2%), okužbe pri hemodializi (manj kot 1%) in kar 40% t. i. sporadičnih okužb, kjer vstopna pot virusa ni znana.

Navedeni podatki o zbolevnosti za akutnimi HC so razumljivi, saj ti bolniki izhajajo iz najbolj ogroženih skupin prebivalstva z najvišjo navzočnostjo anti-HCV. Pri parenteralnih uživalcih mamil in hemofilikih ugotavljajo navzočnost anti-HCV v 50–80%, pri osebah, ki pogosto menjujejo spolne partnerje, v 5–15%, pri bolnikih na hemodializi v 10–30%, najnižji odstotek anti-HCV (0,5–1,5%) pa so ugotovili med zdravimi krvodajalci in zdravstvenimi delavci (77, 79–82, 84–94).

Čeprav opisujejo prenos HCV med ožjimi družinskimi člani z neposrednim stikom oz. spolno, pa so epidemiološki podatki o neparenteralnem prenosu še skopi, vsekakor pa kažejo, da je takšen način okužbe v primerjavi s HBV zanemarljiv, zlasti še pri homoseksualcih. Večja pogostost prenosa HCV je vezana na osebe, ki so sočasno anti-HIV pozitivne (95). V zadnjem času je vse več epidemioloških študij, ki proučujejo način in pogostost širjenja okužbe. Velik pomen pripisujejo kroničnim nosilcem HCV v družinah, saj bi z njimi lahko razložili veliko število epidemiološko nepojasnjenih sporadičnih akutnih in kroničnih okužb s HCV (96, 97–102).

S PCR so ugotovili HCV-RNA in sicer nižjih titrih tudi v slini pri ca. polovici bolnikov z akutnim, kakor tudi s kroničnim HC (103–105). Prenos okužbe s slino so eksperimentalno dokazali pri

šimpanzih, opisan pa je tudi primer bolezni po človeškem ugrizu (106). Tudi med oralnimi kirurgi so dokazali dosti večje število nosilcev anti-HCV kot med stomatologi (107). Kljub temu pa epidemiološke študije temu načinu prenosa okužbe ne pripisujejo večjega pomena.

Podobno je tudi perinatalna okužba še slabo raziskana, kaže pa, da ni pogosta, če ni vezana na anti-HIV pozitivne osebe (107–110). Weistal in sod. (111) ter Thaler in sod. (112) ne izključujejo možnosti pogostejše asimptomatske kronične HCV okužbe z napredujočo jetrno boleznijo pri otrocih anti-HCV pozitivnih mater (vertikalni prenos okužbe).

Serološke študije neplačanih krvodajalcev kažejo, da so anti-HCV prisotna pri ca. 0,5–1% krvodajalcev v ZDA in Evropi ter pri 1,5% krvodajalcev na Japonskem. V Afriki pa je prevalenca anti-HCV tudi do 6% (5, 9, 49, 77).

Zbolevnost za PT-HNANB v zadnjih letih vztrajno pada, zlasti po letu 1986, ko so uvedli pomožne teste za izločitev krvodajalcev, nosilcev HCV. Ker so krvodajalci iz rizičnih skupin prebivalstva pogosto okuženi oz. prekuženi tako s HBV, HIV, kot s HCV, so z izločanjem oseb z navzočnostjo protiteles proti sredici HBV (anti HBs) in zvišano aktivnostjo alanin-aminotransferaze (ALT) v serumu neposredno preprečili prenos okužbe s HCV. To so dosegli tudi z izločanjem nekaj »plačanih« krvodajalcev, kakor tudi z uvedbo testiranja na navzočnost protiteles proti virusu človeške imunskve pomanjkljivosti (anti-HIV). Zbolevnost za PT-HNANB je v zadnjih 20 letih progresivno padala in se je z 20% znižala na manj kot 6%. Novi serološki encimski testi druge generacije, s katerimi v 80–90% potransfuzijskih hepatitisov (PTH) povprečno šest mesecev od bolezni dokažemo navzočnost anti-HCV, bodo gotovo prispevali k nadaljnjemu padcu incidence tega potransfuzijskega zapleta (5, 49).

Zanimiva je retrospektivna analiza Alterja in sod. (23), ki so testirali shranjene serume bolnikov s PTH še iz obdobja, ko ni bilo na voljo testov za ugotavljanje HBV. Rezultati so pokazali, da je tudi v preteklosti pri PTH v 75% prevladovala okužba s HCV (23).

Testiranje anti-HCV na Infekcijskem oddelku v Celju

V tabeli 1 navajamo izsledke testiranja serumov na anti-HCV bolnikov z akutnimi virusnimi hepatitisom in Infekcijskem oddelku v Celju od leta 1980 dalje, kroničnih nosilcev povrhnjičnega antigena HBV (HBsAg), bolnikov z različnimi hepatopatijami (toksičnimi, avtoimunimi, reaktivnimi, neopredeljenimi), krvodajalcev, kakor tudi nekaterih s HCV ogroženih skupin prebivalstva (hemofiliki, bolniki na hemodializi, prejemniki transfuzij, svojci bolnikov s HNANB, nosilci anti-HCV, zdravstveni delavci, zdravstveni delavci, ki so se naključno zbadli z uporabljeno injekcijsko iglo, in drugi bolniki z različnimi kužnimi boleznimi, ki so bili testirani iz diferencialno-diagnostičnih razlogov).

Testiranja so bila izvršena na oddelku za transfuziologijo in imunohematologijo v Mariboru in v biokemičnem laboratoriju v Celju s standardnim testom ELISA (Chiron Corporation and Ortho Diagnostic Systems) prve generacije, pri seropozitivnih pa še s testom RIBA, ki predstavlja rekombinantni imunski test druge generacije iste firme. Čeprav je bilo skupno število testiranih relativno majhno in zlasti pri ogroženih skupinah ne dopušča globalne ocene prevalence anti-HCV, pa vendar daje določeno predstavlo o stanju prekuženosti oz. tveganju okužbe s HCV pri nas.

Kakor je razvidno iz tabele 1, večina bolnikov z akutnimi HC spada med sporadične, tj. epidemiološko neopredeljene HNANB. Število anti-HCV seropozitivnih bolnikov bi bilo v tej skupini gotovo večje, če bi serumi ne bili odvzeti (in konzervirani) pri nekaterih le v akutnem obdobju bolezni, ko anti-HCV običajno še

Tab. 1. *Izsledki testov na navzočnost anti-HCV pri bolnikih in zdravih, s HCV ogroženih oseb, zdravljenih na Infekcijskem oddelku v Celju.*

Tab. 1. *Results of anti-HCV testings among patients and with HCV threatened groups of healthy persons treated at the Department for Infectious diseases at Celje.*

Skupina Group	Število Number	Pozitivni Positive
Bolniki z akutnim HA Acute hepatitis A patients	41	0
Bolniki z akutnim HB Acute hepatitis B patients	22	0
Bolniki z akutnim sporadičnim HNANB Acute sporadic non A, non B patients	29	7
Bolniki z akutnim potransfuzijskim HNANB Acute posttransfusion non A, non B patients	3	2
Bolniki z akutnim HNANB – i. v. narkomani Acute non A, non B patients – i. v. drug edicts	2	2
Nosilci HBsAg HBsAg carriers	38	2
Bolniki z različnimi jetrnimi obolenji Patients with undefined liver diseases	54	1
Krvodajalci Blood donors	28	1
Hemofiliki Haemophiliacs	3	2
Bolniki na hemodializi Hemodialysis patients	78	5
Prejemniki transfuzij krvi Blood receivers	5	1
Svojci nosilcev anti-VHC Relatives of HCV carriers	24	1
Zdravstveni delavci Health care workers	46	2
Naključni vbodi zdravstvenih delavcev z injekcijsko iglo Accident needlestick injuries of health care workers	8	0
Ostali Others	65	0
Skupaj Total	446	26

niso navzoči. Med 24 pregledanimi svojci, ki so bili v tesnem stiku s svojimi anti-HCV pozitivnimi družinskimi člani, smo le pri enem ugotovili asimptomatsko navzočnost anti-HCV. Šlo je za prenos okužbe HCV z matere na sina.

Tudi naši podatki kažejo, da med najbolj ogrožene spadajo osebe, ki so prejele večje količine krvi in krvnih sestavin, hemofiliki in dolgoletni bolniki na hemodializi in nosilci HBsAg.

Bolj kot zdrava populacija so ogroženi s HCV zdravstveni delavci, ki so v neposrednem stiku s krvjo. Med zdravstvenimi delavci smo pri dveh osebah od 46 pregledanih ugotovili navzočnost anti-HCV. Pri osmih medicinskih sestrah oz. strežnicah, ki so se naključno zbadle z uporabljeno injekcijsko iglo, nismo ugotovili pojava anti-HCV. Tudi pri bolnikih z kužnimi boleznimi brez jetrne prizadetosti nismo našli seropozitivnih oseb.

Vsi navedeni podatki vendar dovolj prepričljivo kažejo na potrebo po anti-HCV testiranju krvodajalcev in HCV ogroženih skupin prebivalstva tudi pri nas. Glaser (113) navaja v populaciji zdravih oseb – krvodajalcev pri nas navzočnost anti-HCV v 1,34%.

Bolezniški potek, histološka slika in posledice neepidemičnega HNANB (HC)

HNANB (HC) je v svetu pogost in resen zdravstveni problem. Inkubacijska doba hepatitisa C je povprečno sedem tednov (2–15 tednov). Klinični potek je običajno lažji od hepatitisa A in hepatitisa B, pogosto je asimptomatski in le v eni četrtini primerov opisujejo tudi ikterus. Za bolezen so značilna velika nihanja aktivnosti aminotransferaz in bolezen se lahko zavleče tudi več kot leto dni. Pri več kot polovici bolnikov (60%) jetrno vnetje lahko napreduje v kronično aktivni hepatitis in od tega v 20% v jetrno cirozo. Pri starejših in imunodeficitnih je potek progresivnejši in pri četrtini bolnikov s cirozo privede do jetrne odpovedi že v 5–10 letih. Smrtnost je zlasti visoka pri hemofilikih in prejemnikih ledvičnega presadka. Fulminantna oblika bolezni je redka, avtorji pogosteje opisujejo zunajjetrni zaplet – aplastično anemijo, še zlasti pri bolnikih, ki so jim presadili jetra zaradi fulminantnega NANB hepatitisa. Druge oblike zunajjetrnih zapletov (arthritis, glomerulonephritis, agranulocitoza, periarteritis nodosa) opisujejo zelo redko (5, 9, 23, 77).

Patohistološka slika HNANB ni tipična. Navadno ugotavljajo lažji kronični aktivni hepatitis s pridruženim lobularnim vnetjem. Razvoj mostičastih nekroz ob navzočnosti razdiralnih nekroz je glavni razlog za kasnejši razvoj jetrne ciroze. Poleg infiltracije portalnih polj so pogosto navzoča acidofilna telesa, večja ali manjša prizadetost žolčevodov in maščobne spremembe. Z jetrno biopsijo lahko ugotovimo obseg in aktivnost jetrnega vnetja in tip nekroz, navzočnost fibroze in ev. strukturne spremembe (114–116).

Kronična okužba s HCV je povezana tudi z razvojem primarne hepatocelularnega karcinoma (HCC) in je hkrati eden od pomembnih vzrokov, ki lahko prispevajo k razjasnitvi etiologije jetrnih ciroz neznanega izvora. Številni japonski in italijanski avtorji opisujejo pri bolnikih s HCC kar 60–80% navzočnost anti-HCV. Pri večini zbolelih gre za »zaplet« jetrne ciroze zaradi aktivnega regenerativnega procesa, ki ga je posredno ali neposredno sprožil HCV. Živahna in čezmerna mitotična aktivnost hepatocitov verjetno sproži onkogeno mutacijo in maligno preobrazbo. V manjšem odstotku opisujejo HCC tudi pri anti-HCV in HCV-RNA pozitivnih bolnikih brez jetrne ciroze. Po eni izmed hipotez naj bi kronična okužba hepatocitov s HCV povzročila večjo dovzetnost za kemične kancerogene v okolju (nitrozamin, alkohol, aflatoksin...). Za razliko od Japonske pa v deželah Afrike in jugozahodne Azije pri bolnikih s HCC pogosteje opisujejo navzočnost HBsAg. V teh deželah je okužba z virusom HB verjetno pomembnejši rizični kancerogeni dejavnik kot okužba s HCV (117–123).

Zdravljenje

Prvi terapevtski uspehi po neuspelem zdravljenju HC s kortikosteroidi in kasneje z aciklovirjem so nastopili po l. 1986, ko je Hoofnagle (124, 125) uvedel parenteralno terapijo z alfa-interferonom. Čeprav delovanje interferona še ni docela pojasnjeno, menijo, da zavira razmnoževanje HCV, vezavo na celične receptorje in z imunsko modulacijo pobudi celične, humoralne in nespecifične obrambne mehanizme. Danes uporabljajo komercialni rekombinantni interferon alfa-2b (INTRON A – firme Schering Corporation, Kenilworth, New Jersey, ZDA) v različnih shemah, najpogosteje pa 2–3 milijone enot (MU) s. c. ali i. v. 3-krat tedensko, nepretrgoma šest mesecev. Ozdravitev se kaže s klinično-biokemično-histološkim izboljšanjem, večkrat tudi z negativizacijo anti-HCV, pa tudi z izginotjem HCV-RNA. Na terapijo z interferonom sprva odgovori dobra polovica bolnikov s kroničnim HC, pri katerih pa se kasneje pogosto pojavi bolezenski recidiv. Ponovna terapija z interferonom žal ni vedno uspešna.

V celoti ocenjujejo uspeh zdravljenja z interferonom pri eni četrtini do eni tretjini bolnikov s kroničnim HC.

Pri nekaterih bolnikih, ki so bili na terapijo z interferonom rezistentni, se je izkazala kombinacija alfa-interferona s citokini (interleukin-2) oz. z nukleozidnimi analogi (zidovudin). V zadnjem času preizkušajo zdravljenje akutnih bolnikov s HC z beta naravnimi interferoni, pripravljenimi iz kultur fibroblastov, s katerimi želijo preprečiti razvoj kronične bolezni (124–130).

V terminalnih primerih virusne jetrne ciroze oz. pri fulminantnih hepatitisih je danes najprimernejša terapija jetrna transplantacija, ki pri nas zaenkrat še ni v rabi. Žal pa je prav okužba s HCV po presaditvi jeter (v 30–50%) in njen pogost neugodni zaplet – aplastična anemija (v približno 30%), pogosto razlog za neuspešnost posega, ki je pomembnejši od ogroženosti zaradi ev. zavrnitvene imunske reakcije (9, 23, 131–136).

Preprečevanje

Vakcine proti HCV zaenkrat še ni pričakovati, profilaksa z imunoglobulini pa ni posebno uspešna (9, 49, 77). Zato so potrebni vsi splošni zaščitni ukrepi, ki jih poznamo pri HB in aidsu (137, 138).

Z uporabo vročine (pasterizacija oz. segrevanje do 80°C 72 ur), ultravijolične svetlobe in različnih organskih topil so uspeli inaktivirati HCV v koncentratih F VIII in IX in tako v zadnjem času močno znižati možnost za okužbo s HCV pri hemofilikih (139–141).

Zaključek

HNANB je v svetu resen zdravstveni problem. Na HC med vsemi virusnimi hepatitisii v razvitih delih sveta odpade približno ena tretjina bolnikov, pri nas pa, kakor kažejo statistični podatki, komaj 1–2%. Obstaja nesorazmerje med oceno prevalence anti-HCV pri naši populaciji in številom novoodkritih akutnih bolnikov s HC. Razvoj specifičnih imunskih rekombinantnih testov bo gotovo prispeval k razkritju večjega števila akutnih in kroničnih bolnikov s HC, zlasti med ogroženimi skupinami prebivalstva. Vedno več je podatkov o odkrivanju navzočnosti anti-HCV pri bolnikih, pri katerih se po asimptomatskem oz. subkliničnem poteku razkrila jetrna ciroza, ki jo do nedavnega etiološko nismo znali pojasniti (t. i. kriptogene ciroze).

Kljub vsem pomanjkljivostim metod za razkrivanje okužbe s HCV (pomanjkanje občutljivih, zlasti IgM testov) pa je treba v najkrajšem času uvesti testiranje na anti-HCV pri krvodajalcih, prav tako pa tudi pri ogroženih hemofilikih, bolnikih na dializi in zdravstvenem osebju. Čeprav zaenkrat zaradi pomanjkljivega testiranja še nimamo vpogleda v razširjenost okužbe s HCV pri nas oz. beležimo nizko število klinično zbolelih, pa se moramo zavedati, da se pri vsakem drugem bolniku s HC razvije napredujoča kronična jetrna bolezen.

Uspehi pri zdravljenju kroničnih bolnikov in uspešni začetki terapije pri akutno zbolelih hrabrijajo in vlivajo upanje, saj je to hkrati tudi preprečevanje HCC. Ker moramo po prvih študijah pri nas računati z istim številom kroničnih nosilcev anti-HCV kakor v svetu, so v zdravstvu potrebni enako resni splošni preventivni ukrepi, kot jih uporabljamo pri zaščiti pred HB in aidsom, še zlasti ker proti HC še ni izdelane vakcine.

Zahvala

Za izvedbo laboratorijskih preiskav se zahvaljujem začetniku seroloških testiranj na anti-HCV pri nas, prof. dr. E. Glaserju, dr. med., prav tako pa tudi dr. C. Krkovi, dipl. pharm. Za strokovne nasvete in korekture se zahvaljujem prof. dr. Marku Matjašiču, dr. med.

Literatura

1. Prince AM, Brotman B, Grady GF et al. Long-incubation posttransfusion hepatitis without serological evidence of exposure to hepatitis B virus. *Lancet* 1974; 2: 241-6.
2. Alter HJ, Holland PV, Morrow AG, Purcell RH, Feinstone SM, Moritsugu Y. Clinical and serological analysis of transfusion associated hepatitis. *Lancet* 1975; 2: 838-41.
3. Feinstone SM, Kapikian AZ, Purcell RH, Alter HJ, Holland PV. Transfusion-associated hepatitis non due to viral hepatitis type A or B. *N Engl J Med* 1975; 292: 767-70.
4. Dienstag JL. Non A, non B hepatitis. I. Recognition, epidemiology and clinical features - *Gastroenterology* 1985; 85: 439-62.
5. Alter MJ. Hepatitis C: A sleeping giant? *Am J Med* 1991; 16: Suppl 35: 1123-53.
6. Nagata A, Kiyosawa K, Koike Y et al. Epidemiology of sporadic acute non A, non B hepatitis in Japan: a comparison with hepatitis A and B. *Am J Gastroenterol* 1985; 80: 298-302.
7. Sampliner RE, Woronow DI, Alter MJ. Community - acquired non A, non B hepatitis: clinical characteristics and chronicity. *J Med Virol* 1984; 13: 125-30.
8. McNeil M, Hoy JF, Richards MJ. Aetiology of fatal viral hepatitis in Melbourne. A retrospective study. *Med J Austr* 1984; 141: 637-40.
9. Cuthbert JA. Southwestern Internal Medicine Conference. Hepatitis C. *Am J Med Sci* 1990; 299: 346-55.
10. Vranckx R, Van Damme P. Hepatitis C in institutionalized children. *N Engl J Med* 1990; 323: 64-4.
11. Hoffman H, Kunz C. Test for hepatitis C. *Wien Klin Wochenschr* 1990; 102: 97-100.
12. Köksal I, Biberoglu K, Biberoglu S et al. Hepatitis C virus antibodies among risk groups in Turkey. *Infection* 1991; 19: 228-9.
13. Tassopoulos NC, Alikiotis M, Limotirakis F, Nicolakalou P, Mela P, Paralogou-Ioaniides M. Acute sporadic non A, non B hepatitis in Greece. *J Med Virol* 1988; 26: 71-7.
14. Laskus T, Lupa E, Cianciara J, Slusarczyk J. Acute non A, non B hepatitis in A hospital population in Warsaw, Poland: Clinical and epidemiological aspects. *Am J Gastroenterol* 1991; 86: 565-9.
15. Palmović D, Košutić Z. Akutni non A, non B hepatitis na području Zagreba - rezultati obrade 67 bolesnika. *Liječ Vjestn* 1985; 107: 327-32.
16. Ellis LA, Brown D, Conradie JD. Prevalence of hepatitis C in South Africa. *J Med Virol* 1990; 32: 249-51.
17. Kuo G, Choo QL, Alter HJ et al. An assay for circulating antibodies to a major etiologic virus of human non A, non B hepatitis. *Science* 1989; 244: 362-4.
18. Choo QL, Weiner AJ, Overby LR, Kuo G, Houghton M, Bradley DW. Hepatitis C virus: The major causative agent of viral non A, non B hepatitis. *Br Med Bull* 1990; 46: 423-41.
19. Alberti A. Diagnosis of hepatitis C. *J Hepatology* 1991; 12: 279-82.
20. Bradley DW, Maynard JE, McCaustland KA, Murphy BL, Cook EH, Ebert JW. Non A, non B hepatitis in chimpanzees. *J Med Virol* 1983; 11: 207-13.
21. Bradley DW, McCaustland KA, Cook EH, Schable CA, Ebert JW, Maynard JE. Posttransfusion non A, non B hepatitis in chimpanzees - physiological evidence the tubule - forming agent is a small enveloped virus. *Gastroenterology* 1985; 88: 773-82.
22. Shimizu YK, Feinstone SM, Purcell RH, Alter HJ, London WT. Non A, non B hepatitis: ultrastructural evidence for two agents in experimentally infected chimpanzees. *Science* 1979; 205: 197-200.
23. Alter HJ. Clinical, virological and epidemiological basis for the treatment of chronic non A, non B hepatitis. *J Hepatology* 1990; 11: 519-25.
24. Khuroo MS. Study of an epidemic of non A, non B hepatitis. *Am J Med* 1980; 68: 818-23.
25. Balayan MS, Andjaparidze AG, Savinskaya SS et al. Evidence for a virus in non A, non B hepatitis transmitted via the fecal-oral route. *Intervirology* 1983; 20: 23-31.
26. Bradley DW, Balayan MS. Virus of enterically transmitted non A, non B hepatitis. *Lancet* 1988; 1: 819-9.
27. Aranhalle VA, Sreenivasan MA, Popper H. Aetiological association of a virus-like particle with enterically transmitted non A, non B hepatitis. *Lancet* 1988; 12: 550-3.
28. Bradley DW, Purdy MA, Reyes GR. Hepatitis E genome. *J Hepatology* 1991; 13: Suppl 4: S152-S4.
29. Goldsmith R, Yarbough PO, Reyes GR et al. Enzyme-linked immunosorbent assay for diagnosis of acute sporadic hepatitis E in Egyptian children. *Lancet* 1992; 339: 328-31.
30. Weiner AJ, Christopherson C, Hall JE et al. Sequence variation in hepatitis C viral isolates. *J Hepatology* 1991; 13: Suppl 4: S6-S14.
31. Enomoto N, Takada A, Nakao T, Date T. There are two major types of hepatitis C virus in Japan. *Biochem Biophys Res Commun* 1990; 170: 1021-5.
32. Chan SW, Simmonds P, McOmish F et al. Serological responses to infection with three different type of hepatitis C virus. *Lancet* 1991; 338: 1391-1.
33. Ogata N, Alter HJ, Miller RH, Purcell RH. Nucleotide sequence and mutation rate of the H strain of hepatitis C virus. *Proc Natl Acad Sci* 1991; 88: 3392-6.
34. Takada N, Takase S, Enomoto N, Takada A, Date T. Clinical backgrounds of the patients having different types of hepatitis C virus genomes. *J Hepatology* 1992; 14: 35-40.
35. Mosley JW, Aach RD, Hollinger FB et al. Non A, non B hepatitis antibody of hepatitis C virus. *JAMA* 1990; 263: 77-8.
36. Weiner AJ, Kuo G, Bradley DW. Detection of hepatitis C viral sequences in non A, non B hepatitis. *Lancet* 1990; 335: 1-3.
37. Frösner GG. Sensitivity of second generation anti HCV test for diagnosis of acute hepatitis C. *Infection* 1991; 19: 434-4.
38. Lbon A, Canton R, Elia M, Mateos M. Second generation RIBA to confirm diagnosis of HCV infection. *Lancet* 1991; 337: 912-3.
39. Alter HJ. New kit on the block - evaluation of second generation assay for detection of antibody to the hepatitis C virus. *Hepatology* 1992; 15: 350-1.
40. Vallari DS, Jett BW, Alter HJ, Minns LT, Holzman R, Shih JWK. Serologic markers of posttransfusion hepatitis viral infection. *J Clin Microbiol* 1992; 30: 552-6.
41. Mattsson L, Gutierrez RA, Dawson GJ et al. Antibodies to recombinant and synthetic peptides derived from the hepatitis C virus genome in long term studied patients with posttransfusion hepatitis C. *Scand J Gastroenterol* 1991; 26: 1257-62.
42. Okamoto H, Tsuda F, Machida A et al. Antibodies against synthetic oligopeptides deduced from the putative core gene for the diagnosis of hepatitis C virus infection. *Hepatology* 1992; 15: 180-6.
43. Dodd RY. Hepatitis C virus, antibodies and infectivity, paradox, pragmatism and policy. *Am J Clin Pathol* 1992; 97: 4-6.
44. Garson JA, Tedder RS, Briggs M et al. Detection of hepatitis C viral sequences in blood donations by »nested« polymerase chain reaction and prediction of infectivity. *Lancet* 1990; 46: 1419-22.
45. Cuyper HTM, Winkel IN, Van der Poel CL et al. Analysis of genomic variability of hepatitis C virus. *J Hepatology* 1991; 13: Suppl 4: S15-S9.
46. Farci P, Alter HJ, Wong D et al. A long term study of hepatitis C virus replication in non A, non B hepatitis. *New Engl J Med* 1991; 325: 98-103.
47. Van der Poel CL, Cuyper HTM, Reesink HW. Confirmation of hepatitis C virus infection by new four-antigen recombinant immunoblot assay. *Lancet* 1991; 337: 317-9.
48. Windell A, Mansson AS, Sundstrom G, Hansson BG, Novdenfelt E. Hepatitis C viral RNA in blood donors sera detected by the polymerase chain reaction - comparison with supplementary hepatitis C antibody assay. *J Med Virol* 1991; 35: 253-8.
49. Alter HJ. The hepatitis C virus and its relationship to the clinical spectrum of NANB hepatitis. *J Gastroenterology and Hepatology* 1990; 11: Suppl 1: 78-94.
50. Dourakis S, Brown J, Kumar U et al. Serological response and detection viraemia in acute hepatitis C virus infection. *J Hepatology* 1992; 14: 370-6.
51. Prince AM, Brotman B, Huima T et al. Immunity in hepatitis C infection. *J Inf Dis* 1992; 165: 438-43.
52. Shimizu YK, Weiner AJ, Rosenblatt J et al. Early events in hepatitis C virus infection of chimpanzees. *Proc Natl Acad Sci* 1990; 87: 6441-4.
53. Löhr H, Fleischer B, Michel G et al. Hepatitis C virus antibody secretion in vitro by peripheral blood lymphocytes. *J Hepatology* 1992; 14: 112-7.
54. McFarlane IG, Smith HM, Johnson PJ et al. Hepatitis C antibodies in chronic active hepatitis: pathogenetic factor or false positive result? *Lancet* 1990; 335: 754-7.
55. Alvarez F, Martres P, Maggiore G, Bernard O, Dussaix E. False positive result of hepatitis C enzyme linked immunosorbent assay in children with autoimmune hepatitis. *J Pediatrics* 1991; 119: 57-77.
56. Garson JA, Lenzi M, Ring C. Hepatitis C viraemia in adults with type 2 autoimmune hepatitis. *J Med Virol* 1991; 34: 223-6.
57. Todros L, Touscoz G, Urso N et al. Hepatitis C virus - related chronic

- liver disease with autoantibodies to liver-kidney microsomes (LHM). *J Hepatology* 1991; 13: 128–31.
58. Nishigucki S, Kuroki T, Ueda T et al. Detection of hepatitis C virus antibody in the absence of viral RNA in patients with autoimmune hepatitis. *Ann Intern Med* 1992; 116: 21–5.
 59. Pascual M, Perin L, Giostra E, Schifferli JA. Hepatitis C virus in patients with cryoglobulinemia type II. *J Infect Dis* 1990; 162: 569–70.
 60. Albarracin C, Gomez JML, Campdera FJG. Essential mixed cryoglobulinemia and hepatitis C virus. *Nefrologia* 1991; 11: 444–7.
 61. Casato M, Pucillo LP, Lapane B. Cryoglobulinemia and hepatitis C virus. *Lancet* 1991; 337: 1047–8.
 62. Debandt M, Riband P, Meyer O et al. Type II IgM monoclonal cryoglobulinemia and hepatitis C virus infection. *Clin Exp Rheumatol* 1991; 9: 659–60.
 63. Ferri C, Greco F, Langombardo G et al. Antibodies against hepatitis C virus in mixed cryoglobulinemia patients. *Infection* 1991; 19: 417–20.
 64. Haddad J, Deny P, Gotheil MC et al. Lymphocytic sialadenitis of Sjögren's syndrome associated with chronic hepatitis C virus liver disease. *Lancet* 1992; 339: 321–3.
 65. Gray JJ, Wreighitt TG, Friend et al. Differentiation between specific and non specific hepatitis C antibodies in chronic liver disease. *Lancet* 1990; 335: 609–10.
 66. Wong DC, Diwan AR, Rosen L, Gerin JL, Johnson RG, Purcell RH. Non specific of anti HCV test for seroepidemiological analysis. *Lancet* 1990; 336: 750–1.
 67. Coldwell SH, Jeffers LJ, Ditomaso A et al. Antibody to hepatitis C is common among patients with alcoholic liver disease with and without risk factors. *Ann J Gastroenterol* 1991; 86: 1219–23.
 68. Lenzi M, Johnson PJ, McFarlane IG et al. Antibodies to hepatitis C virus in autoimmune liver disease: evidence for geographical heterogeneity. *Lancet* 1991; 338: 277–80.
 69. Viola L, Pimental E, Mogante P, Fernandez JL. Are hepatitis C virus antibodies involved in chronic liver diseases other than non A, non B hepatitis. *Hepatology* 1991; 4: 1303–3.
 70. Rosenthal P. False positive results of tests for hepatitis C in autoimmune hepatitis. *J Pediatrics* 1992; 120: 100–61.
 71. Bovque L, Elena A, Maside C, Rus A, Dlcura J. Rheumatoid arthritis and hepatitis C virus antibodies. *Clin Rheumatol* 1991; 9: 617–9.
 72. Colombo M, Rumi MG, Mannucci PM. False positive anti HCV tests in rheumatoid arthritis. *Lancet* 1990; 335: 1346–6.
 73. Michel G, Ritter A, Gerken G et al. Anti GOR and hepatitis C virus in autoimmune liver diseases. *Lancet* 1992; 339: 267–9.
 74. Mishiro S, Hoshi Y, Takada K. Non A, non B hepatitis specific antibodies directed at last-derived epitope: implication for an autoimmune process. *Lancet* 1990; 336: 1400–3.
 75. Watanabe J, Matumoto C, Nishioka K, Yoshizawa H. Anti GOR to screen HCV – positive blood donors. *Lancet* 1991; 338: 391–1.
 76. Hollinger FB. Non A, non B hepatitis viruse. In: Fields BN, Knipe DM eds. *Virology*. Second edition. New York: Raven Press, 1990; 2239–73.
 77. Shimizu YK, Purcell RH. Cytoplasmic antigen in hepatocytes of chimpanzees infected with non A, non B hepatitis virus or hepatitis delta virus: relationship to interferon. *Hepatology* 1989; 10: 764–8.
 78. Bartolotti F, Tagger A, Catrobbi et al. Antibodies to hepatitis C virus in community-acquired acute non A, non B hepatitis. *J Hepatology* 1991; 12: 176–80.
 79. Hopf U, Möller B, Küther D et al. Long term follow up of posttransfusion and sporadic chronic hepatitis non A, non B and frequency of circulating antibodies to hepatitis C virus. *J Hepatology* 1990; 10: 69–76.
 80. Aach RD, Stevens CE, Hollinger FB. Hepatitis C virus infection in post-transfusion hepatitis. *New Engl J Med* 1991; 325: 1325–9.
 81. Barrera JM, Broguera M, Guadalupe M et al. Incidence of non A, non B hepatitis C virus and surrogate markers. *Ann Intern Med* 1991; 115: 596–600.
 82. Elis GF, Magmani G, Balli L et al. Incidence of anti hepatitis C virus antibodies in non A, non B post-transfusion hepatitis in on area of north Italy. *Infection* 1991; 19: 336–9.
 83. Esteban JI, Lopez-Talavera JC, Genesca J et al. High rate of infectivity and liver disease in blood donors with antibodies to hepatitis C virus. *Am Intern Med* 1991; 115: 443–9.
 84. Mattsson L, Grillner L, Von Sydow M, Bergdahl S, Weiland O. Seroconversion to hepatitis C virus antibodies in patients with acute posttransfusion non A, non B hepatitis in Sweden. *Infection* 1991; 19: 309–12.
 85. Tremolada F, Casarin C, Tagger A et al. Antibody to hepatitis C virus in post-transfusion hepatitis. *Ann Intern Med* 1991; 114: 278–81.
 86. Tamura I, Kabayashi Y, Kada T et al. Hepatitis C virus antibodies in haemodialysis patients. *Lancet* 1990; 335: 1409–10.
 87. Almroth G, Ekermo B, Franzen L, Hed J. Antibody responses to hepatitis C virus and its modes of transmission in dialysis patients. *Nephron* 1991; 59: 232–5.
 88. Ayoola EA, Huraib S, Arif M et al. Prevalence and significance of antibodies to hepatitis C virus among Saudi haemodialysis patients. *J Med Virol* 1991; 35: 155–9.
 89. Hayashi J, Nakashima K, Kajingama et al. Prevalence of antibody to hepatitis C virus in haemodialysis patients. *Am J Epidemiol* 1991; 134: 651–8.
 90. Esteban JI, Viladomiu L, Gonzales A et al. Hepatitis C virus antibodies among risk groups in Spain. *Lancet* 1989; 1: 294–6.
 91. Alberti A, Chemallo L, Cavalletto D et al. Antibody to hepatitis C virus and liver disease in volunteer blood donors. *Ann Intern Med* 1991; 114: 1010–2.
 92. Polywka S, Laufs R. Hepatitis C virus antibodies among different groups at risk and patients with suspected non A non B hepatitis. *Infection* 1991; 19: 81–4.
 93. Rodriguez M, Riestra S, Roman FS et al. Prevalence of antibody to hepatitis C virus in prospectively followed acute non A, non B hepatitis from diferent epidemiological categories. *Liver* 1991; 11: 129–33.
 94. Dal-Re R, Aguilar L, Coronel P. Current prevalence of hepatitis B, A, C in a healthy Spanish population. A seroepidemiological study. *Infection* 1991; 19: 409–13.
 95. Alter MJ, Coleman PJ, Aleksander WJ et al. Importance of heterosexual activity in the transmission of hepatitis B and non A, non B hepatitis. *JAMA* 1989; 262: 1201–5.
 96. Kamitsukasa H, Haroda H, Yarada H et al. Intrafamiliae transmission of hepatitis C virus. *Lancet* 1989; 1: 987–7.
 97. Everhart JE, Di Bisceglie AM, Murray LM, Alter HJ. Risk for non A, non B (type C) hepatitis through sexual or household contact with chronic carriers. *Ann Intern Med* 1990; 112: 544–5.
 98. Ideo G, Belloti G, Pedraglio E et al. Intrafamiliae transmission of hepatitis C virus. *Lancet* 1990; 335: 353–3.
 99. Eyster ME, Alter HJ, Aledort LM. Heterosexual co-transmission of hepatitis C virus and human immunodeficiency virus. *Ann Intern Med* 1991; 115: 764–8.
 100. Kiyosawa K, Sodeyama T, Tanaka E et al. Intrafamilial transmission of hepatitis C virus in Japan. *J Med Virol* 1991; 33: 114–6.
 101. Menendez SR, Garcia MR, San Roman FS et al. Intrafamiliae spread of hepatitis C virus. *Infection* 1991; 19: 431–3.
 102. Tedder RS, Gilson RJ, Briggs M et al. Hepatitis C virus: evidence for sexual transmission. *Br Med J* 1991; 302: 1299–303.
 103. Abe K, Inchawspe G. Transmission of hepatitis C by salive. *Lancet* 1991; 337: 248–8.
 104. Kamiyama K, Moro I, Mastuda et al. HCV in saliva of chronic hepatitis patients having dental treatment. *Lancet* 1991; 338: 572–3.
 105. Wang JT, Wang TH, Lin JT et al. Hepatitis C virus RNA in saliva of patients with post-transfusion hepatitis C infection. *Lancet* 1991; I: 337–48.
 106. Dusheiko GM, Smith M, Scheuer PJ. Hepatitis C virus transmitted by human bite. *Lancet* 1990; 336: 503–4.
 107. Klein RS, Freeman K, Taylor PE, Stevens CE. Occupational risk for hepatitis C virus infection among New York city dentists. *Lancet* 1991; 338: 1539–42.
 108. Brotman B, Beohle W, Prince AM. Absence of perinatal transmission of blood-borne non A, non B hepatitis virus by chimpanzees with acute and chronic infection. *J Med Virol* 1989; 28: 13–5.
 109. Giovannini M, Tagger A, Ribero ML et al. Maternal-infant transmission of hepatitis C virus and HIV isolations: a possible interaction. *Lancet* 1990; 335: 1166–6.
 110. Reesink HW, Wang VCV, Ip HHH et al. Mother to infant transmission and hepatitis C virus. *Lancet* 1990; 335: 1216–7.
 111. Wejstal R, Hermodsson S, Iwarson S, Norkrans G. Mother to infant transmission hepatitis C virus infection. *J Med Virol* 1990; 30: 179–80.
 112. Thaler MM, Park CK, Landers DV et al. Vertical transmission of hepatitis C virus. *Lancet* 1991; 338: 17–8.
 113. Glaser E. Pilotska študija testiranja anti hepatitis C virusa pri darovalcih krvi in drugih potencialno ogroženih skupinah ljudi. *Zdrav Vestn* 1991; 60: 319–22.

114. Desmet DJ. Morphology of non A, non B hepatitis. *Hepatology* 1984; 14: 11-5.
115. Okuno T, Shindo M, Arai K, Matsumoto M, Takeda M. Clinical and histological features of acute post-transfusion non A, non B hepatitis: Histological diagnosis in acute stage and clinical outcome. *Jap J Gastroenterol* 1989; 86: 1661-3.
116. Scheuer PJ. Hepatitis C: Liver biopsy in diagnosis and control of therapy. *Practical Gastroenterol* 1990; 14: 16-24.
117. Ohkoshi S, Kojima H, Tawaraya H et al. Prevalence of antibody against non A, non B hepatitis virus in Japanese patients with hepatocellular carcinoma. *Jpn J Cancer Res* 1990; 81: 550-3.
118. Caporeso N, Romano M, Marmo R et al. Hepatitis C virus infection is an additive risk factor for development of hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis. *J Hepatology* 1991; 12: 367-71.
119. Colombo M, Rumi MG, Donato MF. Hepatitis C antibody in patients with chronic liver disease and hepatocellular carcinoma. *Dig Dis Sci* 1991; 36: 1130-3.
120. Kaklamani E, Trichopoulos D, Tzonov A et al. Hepatitis B and C viruses and their interaction in the origin of hepatocellular carcinoma. *JAMA* 1991; 265: 1974-6.
121. Levrero M, Tagger A, Balsano C et al. Antibodies to hepatitis C virus in patients with hepatocellular carcinoma. *J Hepatology* 1991; 12: 60-3.
122. Nalpas B, Driss F, Pol S et al. Association between HCV and HBV infection in hepatocellular carcinoma and alcoholic liver disease. *J Hepatology* 1991; 12: 70-4.
123. Simonetti RG, Camma C, Fiorello F et al. Hepatitis C virus infection as a risk factor for hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis. *Ann Intern Med* 1992; 116: 97-102.
124. Alter HJ. Clinical, virological and epidemiological basis for the treatment of chronic non A, non B hepatitis. *J Hepatology* 1990; 11: Suppl 1: S19-S25.
125. Dories GL, Balart LA, Schiff ER et al. Treatment of chronic hepatitis C with recombinant alfa interferon A multicentre randomized, controlled trial. *J Hepatology* 1990; 11: Suppl 1: S31-5.
126. Farrell GC. Treatment of chronic hepatitis C with alpha interferon. *J Gastroenterology and Hepatology* 1991; Suppl 1: 36-40.
127. Omata M, Yohosuka O, Takano S et al. Resolution of acute hepatitis C after therapy with natural beta interferon. *Lancet* 1991; 338: 914-5.
128. Satellite symposium in Sestriere, Italy. Viral hepatitis and treatment. *J Hepatology* 1991; 13: Suppl 4: S163-9.
129. Shindro M, Di Bisceglie AM, Cheung L et al. Decrease in serum hepatitis C viral RNA during alfa-interferon therapy for chronic hepatitis C. *Ann Intern Med* 1991; 115: 750-4.
130. Tine F, Magrin S, Craxi A, Pagliaro L. Interferon for non A, non B chronic hepatitis. *J Hepatology* 1991; 13: 192-9.
131. Lešničar G, Stantić-Pavlinić M, Andolšek D et al. Aplastična anemija po akutnem virusnem hepatitisu. *Zdrav Vestn* 1984; 53: 365-9.
132. Fagan EA, Williams R. Fulminant viral hepatitis. *Br Med Bul* 1990; 46: 462-80.
133. Van Dam J, Farraye FA, Gale RP, Zeldis JB. Fulminant hepatitis failure following bone marrow transplantation for hepatitis-associated aplastic anemia. *Bone Marrow Transpl* 1990; 5: 57-60.
134. Smedile A, Marzano A, Farci P et al. Liver transplantat for viral hepatitis. *J Hepatology* 1991; 13: Suppl 4: S134-S4.
135. Read A, Donegan E, Labe J et al. Hepatitis C in patients undergoing liver transplantation. *Ann Intern Med* 1991; 114: 282-4.
136. Pereira BJB, Milford EL, Kirman RL. Transmission of hepatitis C virus by organ transplantation. *New Engl J Med* 1991; 325: 454-60.
137. Lešničar G. Bolnišnična okužba z virusi hepatitis non A, non B. *Zdrav Vestn* 1988; 57: 329-32.
138. Iochen ABB. Occupationally acquired hepatitis C virus infection. *Lancet* 1992; 339-40.
139. Mannucci PM, Schimpf R, Brettler DB et al. Low risk of hepatitis C in hemophiliacs given a high-purity pasteurized faktor VIII concentrate. *Ann Intern Med* 1990; 113: 27-32.
140. Pasi KJ, Evans JA, Shidmore SJ, Hill FGH. Prevention of hepatitis C virus infection in haemophiliacs. *Lancet* 1990; 335: 1473-4.
141. Preston FE, Makris M, Triger DR, Underwood JCE. Prevention of hepatitis C virus infection in haemophiliacs. *Lancet* 1990; 336: 62-3.

ZDRAVLJENJE VELIKIH OKVAR ČELJUSTNIC PO ODSTRANITVI VEČJIH CIST TREATMENT OF THE LARGE DEFECTS OF THE JAWS AFTER THE REMOVAL THE LARGER CYSTS

Snežna FLUDERNIK¹, Marijo BAGATIN²

¹ Oddelek za čeljustno kirurgijo, Bolnišnica Celje, Oblakova 5, 63000 Celje

² Klinika za kirurgiju lica, čeljusti i usta, KBC Zagreb, Šalata 6, 41000 Zagreb

Prispelo 1992-05-28
Sprejeto 1992-10-15

Zdrav Vestn 1992; 61: 575-7

KLJUČNE BESEDE: odontogene ciste; kirurška terapija; polnilni materiali

KEY WORDS: odontogenic cysts; surgical treatment; filling materials

IZVLEČEK – Izhodišča. Z uporabo in ovrednotenjem treh različnih polnilnih materialov smo želeli skrajšati uspešno pooperativno celjenje velikih cističnih okvar v čeljustnicah.

Metode. Raziskava je bila opravljena v letih od 1982 do 1988 na Oddelku za čeljustno kirurgijo v Bolnišnici Celje. Operiranih je bilo 122 bolnikov z dentogenimi cistami v čeljustnicah s premerom od 2 do 5 cm. Marsupializiranih je bilo 20 cist, pri 102 pa je bila narejena enukleacija. Kostni defekti so bili polnjeni s tremi različnimi materiali: s homologno kostno spongiozo, z granuliranim hidroksilapatitom in s kombinacijo 2/3 homologne kostne spongioze in 1/3 hidroksilapatita, kar predstavlja originalno metodo. Operirana mesta so bila klinično in rentgensko ovrednotena po 6 in 12 mesecih.

Rezultati. Uspeh celjenja je bil klinično enakovreden pri vseh implantatih, rentgenski posnetki pa so pokazali po enem letu boljše kostno zaraščanost pri hidroksilapatitu in kombiniranem materialu.

Po enukleaciji je bila možna dokončna protetična oskrba zobovja že po dveh mesecih, po marsupializaciji pa šele po 12,5 meseca.

Zaključki. Zaradi nagnjenosti kostnega transplantata k resorpciji in visoke cene hidroksilapatita avtorja menita, da je kombinirani implantat priporočljiv.

ABSTRACT – Background. With the application and evaluation of the three different filling materials we wished to shorten successful pooperative healing of the large cystic defects of the jaws.

Methods. The study was done during the period 1982 through 1988 on the department of Maxillofacial surgery General Hospital Celje. The 122 patients were operated for dental cysts in the jaws with diameter 2–5 cm. Surgical treatment consisted of marsupialisation by 20 cysts and enucleation by 102 cases. Bone defects were filled up by three different materials: with the chips of homologous bone sponge, with granulous hydroxylapatite and with a combination of 2/3 homologous bone sponge and 1/3 hydroxylapatite which is represented as the original method. The operated places were evaluated clinically and radiographically after 6 and 12 months.

Results. Clinical successful results were equal among all the implants, but the radiological results after one year showed the better bone healing with hydroxylapatite and combined materials.

After the method of enucleation the definitive prosthetic treatment of the teeth, even after two months was done, and after marsupialisation not earlier than after 12.5 months.

Conclusions. Bone transplant alone has predisposition to resorption on other side hydroxylapatite is expensive, so the combined material is recommendable.

Uvod

Med cistami, ki se pojavljajo v zgornji in spodnji čeljustnici, so najpogostejše dentogene. Uspešno jih zdravimo le kirurško. Velikost ciste in njena lokalizacija sta odločujoča dejavnika pri izbiri med dvema klasičnima metodama, to je popolne ekstirpacije ali enukleacije in marsupializacije. Pri malih cistah ovojnico v celoti odstranimo, mukoperiostalno krpo pa zašijemo čez odprtino v kosti in celjenje rane poteka praviloma per primam intentionem. Velike ciste odstranimo v največji možni meri in jih odpiramo v ustno (marsupializacija), sinusno ali nosno votlino. Marsupializacija ciste zahteva daljše zdravljenje zaradi nošenja obturatorja, kadar pa grozi patološki prelom mandibule ali izostanek kostne regeneracije v maksili, je kontraindicirana.

Že od nekdaj se je pojavljala težnja, da bi tudi velike ciste operirali po metodi enukleacije. Večina meni, da je premer 2 cm meja med malimi in velikimi cistami (1). Kostna okvara se po odstranitvi ovojnice velike ciste izpolni s krvjo oziroma s krvnim strdkom, zaradi retrakcije le-tega pa pride do trganja mreže fibrin-

skih vlaken od kostne stene in do izolacijske plasti ob steni zaradi iztisnjenega seruma, s tem pa je preprečeno vraščanje angiofibroblastov, kar pogojuje uspešno kostno regeneracijo (2). Razpadli krvni strdek je idealno gojišče za inokulirano ustno floro. Stabilizacijo koaguluma dosežemo s primernim polnilom.

Pred sto leti je Dreesmann prvi uporabil »gipsplombo«, kasneje pa so velike cistične okvare polnili z avtologno spongiozo (2), s homologno spongiozo (3, 4), s fibrinskimi preparati (5), s kolagenskimi preparati (2) in želatinskimi gobicami (6). Zadnjih deset let vse pogosteje prihajajo v ospredje biokompatibilni materiali, ki imajo osteokondukcijski učinek. To so materiali na bazi kalcijevega fosfata: resorptivni trikalcijev fosfat (TCP) in neresorptivni hidroksilapatit (HA). Široko uporabo ima sintetični HA, ki je po kemični sestavi naravna mineralna sestavina trdih tkiv vretenčarjev: 60 do 70% v kosti in 98% v zobni sklenini (7). Uporablja se za dograditev atrofiranega alveolarnega grebena (8, 9), za reparacijo periodontalnih lezij (10), za polnjenje cističnih okvar (11) itd.

Naš namen je bil skrajšati pooperativno celjenje kostnih okvar po ekstirpaciji velikih cist v zgornji in spodnji čeljustnici. Za podporo krvnemu strdku smo uporabili tri različna polnilna sredstva: homologno kostno spongiozo (HKS), sintetični HA ter kombinacijo 2/3 HKS in 1/3 HA, kar predstavlja originalno metodo.

TCP – resorptivni trikalcijev fosfat; HA – neresorptivni hidroksilapatit; HKS – homologna kostna spongioza.

Naštete implantate smo klinično in rentgensko ovrednotili po 6 in 12 mesecih ter jih medsebojno primerjali.

Želeli smo prikazati, kolikšna je časovna prednost enukleacije v primerjavi z marsupializacijo glede na dokončno ozdravljenje.

Vzorec in metode

V raziskavo je bilo zajetih 122 bolnikov z velikimi cistami (premer 2 do 5 cm), ki so bili operirani na oddelku za čeljustno kirurgijo Bolnišnice Celje v času od 1982 do 1988. Moških je bilo 65, žensk pa 57, v starostni meji od 6 do 73 let. Razvrstili smo jih v štiri skupine: 45 cističnih okvar smo izpolnili s HKS (skupina A), 30 z granuliranim HA (skupina B), 27 z mešanico 2/3 HKS in 1/3 HA (skupina C), 20 cist pa smo operirali po metodi marsupializacije (skupina D). Homologno kost smo dobili iz kostne banke tako, da smo 3 do 5 mm velike spongiozne koščke pripravili iz zamrznjenih reseciranih glavnic stegenice, odvzetih pod strogo aseptičnimi pogoji med artroplastiko sicer zdravih bolnikov. Predhodno so bili narejeni serološki testi in testi na aerobne ter anaerobne klice. Sintetični HA je bil v granulirani obliki s premerom zrn od 1,4 do 5,6 mm s 60% volumnom por ter premerom le-teh od 200 do 800 mikronov. HA je na RTG posnetku kontrastno viden.

Kontrolni pregledi bolnikov so sloneli na kliničnih in rentgenskih preiskavah po 6 in 12 mesecih. Klinično smo opazovali videz sluznice nad izpolnjeno okvaro, pomicnost implantata, obliko in čvrstost alveolarnega grebena, videz fiksnih in snemnih protetičnih nadomestkov. Registrirali smo morebitne subjektivne motnje (občutek tiščanja, srbenja, bolečin, motnje v občutljivosti). Beležili smo akutne in kronične vnetne spremembe, delno ali kompletno izplavljanje polnil. Rentgensko smo primerjali lokalne intraoralne ali ortopantomogramske posnetke, analizirali velikost kostnih okvar, homogenost zaraščanja, spremembe transparence, resorpcijo polnila, možne recidive itd.

Pri marsupializiranih cistah smo po ustreznem času izdelali obturator in beležili čas nošenja le-tega oziroma hitrost kostne regeneracije in morebitne spremljajoče nevspečnosti (dekubitalni ulkusi, detritus, foeter ex ore, alergija na akrilat).

Cistične ovojnice so bile tudi patohistološko pregledane.

Za uspeha zdravljenja smo šteli tista, kjer je prišlo do trajne anatomске restitucije brez izplavitve polnilnih materialov ali recidiva ciste.

Rezultati

Na podlagi kliničnih preiskav je bilo v skupini A (HKS) šest ali 13,33% neuspešnih zapolnitev, v skupini B (HA) štiri ali 13,33% neuspešnih zdravljenj in v skupini C (2/3 HKS in 1/3 HA) štiri ali 14,81%. Števila in odstotki neuspešnih zdravljenj niso statistično značilni v primerjavi s stoddostno uspešnimi zdravljenji, zato ni bilo mogoče dokazati, da je katero izmed polnil uspešnejše. Na neuspeh celjenja je pomembno vplivalo vnetje cist. Kar 45,83% neuspešnih polnitev smo zasledili pri vnetih cistah, pri nevnetih pa le 3,85%.

Analiza rentgenskih slik po šestih mesecih je v skupini A pokazala homogeno zaraščenost okvar v 36 primerih (80%), v skupini B v 25 primerih (83,4%) in pri skupini C v 23 primerih (85,19%). Po 12 mesecih se je kostna pregraditev izboljšala v skupini B na 26 primerov (86,67%) in v skupini C na 24 primerov (88,89%), medtem ko se je v skupini A poslabšala na 33 primerov (73,34%).

Pri metodi marsupializacije ni bilo neuspehov (recidivov), vendar pa je bilo potrebno znatno daljše zdravljenje, saj smo obturator v mandibuli odstranili povprečno po šestih mesecih, v maksili pa šele po 15 mesecih, medtem ko je bila možna dokončna oskrba zobovja po ekstripciji že po dveh mesecih.

Razpravljanje

Veliko avtorjev (1, 2, 5, 12) zagovarja uporabo implantata pri vseh cistah s premerom nad 1,5 cm. V naši raziskavi je bilo 73 cist (59,83%) s premerom 2 cm, ostale so bile večje, največje so imele premer 5 cm (4 ali 3,28%). Enako velike okvare polnijo tudi Jacobs in sod. (13), Richter in sod. (4), Marble in sod. (12), Steegmann in Lang (11). Nasprotno pa Busch (14) ne priporoča nikakršnega polnila pri operativni obravnavi cist, zlasti ne pri dobri regeneracijski sposobnosti kosti. Navaja van Doorna in Sheara, ki sta enakega mnenja.

Uporaba kostnih transplantatov je v čeljustni kirurgiji pogosto indicirana. Z njimi dosežemo bistveno krajše pooperativne obravnave bolnikov, dobrodošli pa so tudi kot dobri hemostatiki, preprečujejo kolaps mehkega obraznega tkiva, proces celjenja kosti pa klinično in rentgensko poteka znatno hitreje. Nedvomno je sveža avtologna kost najboljši material za osteoplastiko (15), vendar pa njena uporaba izključuje ambulantno zdravljenje in podaljšuje morbiditeto bolnika z odpiranjem sekundarnega kirurškega polja. Zamrznjeno kost glavice stegenice sta uporabljala tudi Christian in Peterson (3) in dosegla odlične (91,67%) uspehe. Enak material je uporabljal Richter s sod. (4) pri cistah v spodnji čeljustnici. Poroča, da se je od 33 cist uspešno pozdravilo 25 (75,8%), delno uspešno z izplavljanjem kostnih delčkov pet cist (15,2%), v treh primerih (9,1%) pa so doživeli neuspeh. Podatki bazirajo na kliničnih in rentgenskih raziskavah.

Tako kot drugi avtorji smo tudi mi opažali delno ali popolno izplavljanje polnilnih sredstev v prvih 14 pooperativnih dnevih. Pri skupini A (HKS) smo na podlagi rentgenskih slik ugotovili zaradi resorpcije transplantata po enem letu slabše stanje. Nekateri avtorji (9, 16) navajajo, da se kostni transplantat resorbira že zelo zgodaj, tudi do 40% v prvih šestih mesecih, v naslednjih pa v 60 do 80%. V kasnejših letih nastopi tudi fiziološka resorpcija brezobnih alveolarnih odrastkov, kar ima s protetičnega stališča dodaten neugoden učinek.

V zadnjem desetletju so med intenzivnim iskanjem idealnega materiala, ki bi zamenjal avtologno kost, pričeli leta 1979 na živalih, leto kasneje pa klinično uporabljati korale (17), sedaj pa že sintetični neresorptivni HA.

Steggmann in Lang (11) poročata o rezultatih, ko sta v letih 1981–85 pri 20 bolnikih ciste v zgornji in spodnji čeljustnici (premer 2 do 7 cm) polnila z granuliranim HA. Podala sta klinične, rentgenske in patohistološke izsledke. V petih primerih (25%) sta opažala fistulacije, dehiscence in izgubo granulata ter občutek tiščanja. Po petih letih je prišlo v 90% do vgradnje granulata. V površinskem delu so bila zrnca HA vezivno vgrajena, v globljih delih pa obdana z vezivnimi vlakni in kostjo. Opazna je bila tudi kostna apozicija na zrnih. Avtorja zelo priporočata HA za polnjenje cističnih okvar.

Page in Laskin (18) sta pozitivno ovrednotila implantirani HA po desetih mesecih. Odkrila sta tvorbo nove kosti v centripetalni smeri, ki je popolnoma obdajala implantirana zrnca in je bila lamelarne zgradbe s Haversovimi kanali. Za dobro vraščanje gostiteljevega tkiva je pomembna velikost por HA, optimalna je 200 mikronov (19).

Tudi v naši raziskavi se je HA izkazal kot zelo dobro obstojno polnilno sredstvo, saj je do njegove izplavitve prišlo le pri vnetih cistah. Ker pa je material zelo drag, smo se odločili, da uporabimo za polnjenje cističnih okvar kombinacijo 2/3 HKS in 1/3 HA. Klinično uspešna zaraščenost je bila enaka kot pri HKS in HA, rentgenske slike pa so pokazale po 12 mesecih zelo dobro homogeno kostno pregraditev v 88,89%. V dosegljivi literaturi nismo našli podatkov o uporabi takega implantata, poročajo pa o kombinaciji granulata HA z avtologno kostjo (20). Ugotovili so, da je razmerje 50% : 50% optimalna kombinacija, enako dobre rezultate pa so po 18 mesecih našli tudi pri razmerju 25% HA in 75% kosti.

Enukleacija je vsekakor prednostna metoda, uporabna tudi pri velikih cistah zgornje in spodnje čeljustnice, kadar uporabimo za

podporo krvnemu strdku ustrezno polnilno sredstvo. Naši rezultati so potrdili, da je HA visoko biokompatibilno in neresorptivno polnilo. Zaradi visoke cene HA, nagnjenosti kostnega transplanta k resorpciji ter zaradi dobrih kliničnih in rentgenskih rezultatov pri kombiniranem materialu je uporaba naše metode zelo priporočljiva.

Literatura

- Horch HH, Köster K. Resorbierbare Kalziumphosphatkeramik zur Füllung enoralen Knochendefekte. Eine neue Methode der Behandlung grosser Kieferzysten? Dtsch Z Mund Kiefer GesichtsChir 1983; 7: 143-50.
- Buser D, Berthold H. Knochendefektfüllung im Kieferbereich mit Kollagenvlies. Dtsch Z Mund Kiefer GesichtsChir 1986; 10: 191-8.
- Christian JM, Peterson LJ. Frozen femoral head allogenic bone grafts for orthognathic surgery. J Oral Maxillofac Surg 1982; 40: 635-9.
- Richter M, Laurent F, Chausse JM. Homologous cancellous bone grafts for large jaw defects caused by bone cysts. J Oral Maxillofac Surg 1986; 44: 447-53.
- Dickmeiss B, Hauenstein H, Schettler D. Knochendefektfüllung mit Humanfibrinkonzentrat bei grossen Kieferzysten. Dtsch Zahnartzl Z 1985; 40: 653-6.
- Ehrenfeld M, Riediger D, Gartner HV, Tiletzek K. Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Implantation von Gelatine-Schwämmen zur Füllung von Knochendefekten. Dtsch Z Mund Kiefer GesichtsChir 1984; 8: 383-6.
- White E, Shors E. Biomaterial aspects of interpore-200 porous hydroxylapatite. Dent Clin North Am 1986; 30: 49-67.
- Lew D. A method for augmenting the severely atrophic maxilla using hydroxylapatite. J Oral Maxillofac Surg 1985; 43: 57-60.
- Mercier P, Zeltser C. Vizar osteotomy augmentation of the mandible with posterior onlay bone graft or with hydroxylapatite: A comparative study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1986; 62: 251-7.
- Frentzen M, Osborn JF, Nolden R. Filling up periodontal bone pockets with porous hydroxylapatite (Osprovit). Dtsch Zahnartzl Z 1986; 41: 983-5.
- Steeermann B, Lang H. Die Auffüllung grossvolumiger Zysten mit einer 65-vol%igen Hydroxylapatit-Keramik nach Zystektomie. Dtsch Z Mund Kiefer GesichtsChir 1988; 12: 415-7.
- Marble HB. Homografts of freeze-dried bone in cystic defects of the jaws. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1986; 26: 118-23.
- Jacobs HG, Luhr HG, Krause A, Überall H. Knochendefektfüllung mit granulärer Kalziumphosphat-Keramik. Dtsch Z Mund Kiefer GesichtsChir 1984; 8: 38-42.
- Busch HP. Kalziumsulfat - ein Knochenersatzmittel? Dtsch Zahnartzl Z 1985; 40: 678-80.
- Scheuermann HA. Osteoplasty and its application in oral surgery. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1965; 20 (4): 436-43.
- Frame JW, Browne RM. Ridge augmentation using solid and porous hydroxylapatite particles with and without autogenous bone or plaster. J Oral Maxillofac Surg 1987; 45: 771-7.
- Souyris F, Servera C, Payrot C. Experimental and first clinical results of the coral implantation. Dtsch Z Mund Kiefer GesichtsChir 1984; 8: 441-5.
- Page DG, Laskin DM. Tissue response at the bone-implant interface in a hydroxylapatite augmented mandibular ridge. J Oral Maxillofac Surg 1987; 45: 356-8.
- Holmes RE, Wandrop RW, Wolford LM. Hydroxylapatite as a bone graft substitute in orthognathic surgery: Histologic and histometric findings. J Oral Maxillofac Surg 1988; 46: 661-71.
- Cobb CM, Eick JD, Barker BF, Mosby EL, Hiatt WR. Restoration of mandibular continuity defects using combinations of hydroxylapatite and autogenous bone: Microscopic observations. J Oral Maxillofac Surg 1990; 48: 268-75.



sladilo brez kalorij



natreen

je dietetično sladilo brez kalorij in ogljikovih hidratov, ne redi in je prijetnega okusa.
Nadomešča sladkor v nizkokalorični in dietetični prehrani ter prehrani diabetikov.

natreen

tabletko uporabljamo za tople napitke,
tekočino pa za pripravo hladnih pijač, sadnih solat, sladic, vkuhanega sadja in marmelad.

natreen

se odlično obnese tudi pri kuhanju in pečenju.
Jedi, pripravljene z natreenom, lahko tudi zamrznemo, ne da bi spremenile okus.

natreen

je 100-krat slajši od sladkorja.
1 tabletko ali 8 kapljic natreen tekočine nadomesti 1 žličko sladkorja.

1 žlička sladkorja = 8 kapljic natreena
1 žlica sladkorja = 25 kapljic natreena
100 g sladkorja = 1,5 žličke natreena

		Nadomesti sladkor	Prihranek kalorij
1 tabletko natreen		4,4 g	17,5 kcal
žepna doza	120 tbl.	0,5 kg	2.100 kcal
namizna doza	600 tbl.	2,6 kg	10.500 kcal
strip	2 tbl.	8,8 g	35 kcal
8 kapljic tekočine natreen		4,4 g	17,5 kcal
tekočina	125 ml	1,6 kg	6.600 kcal
tekočina	1000 ml	13,2 kg	52.800 kcal

Natreen je v prodaji že več kot dve desetletji v številnih zahodnoevropskih državah.

Bayer

PRELIMINARNI REZULTATI IZ ŠTUDIJE AKUTNEGA HEPATITISA NE A NE B (HEPATITISA C)

PRELIMINARY RESULTS FROM THE STUDY OF ACUTE HEPATITIS NON A NON B (HEPATITIS C)

Gorazd LEŠNIČAR

Oddelek za infekcijske bolezni in vročinska stanja Bolnišnice Celje, Kersnikova 1, 63000 Celje

Prispelo 1992-09-09

Sprejeto 1992-10-16

Zdrav Vestn 1992; 61: 579-84

KLJUČNE BESEDE: hepatitis ne A ne B; akutni, fulminantni potek in aplastična anemija; anti HCV; posledice

KEY WORDS: hepatitis non A non B; acute, fulminant course and aplastic anemia; anti HCV; consequences

IZVLEČEK – Izhodišča. S prospektivno študijo smo želeli ugotoviti, kakšna je zbolevnost, epidemiološke značilnosti, bolezenski potek in posledice akutnega virusnega hepatitisa ne A ne B (HNANB) pri nas.

Metode. V študijo smo vključili 36 bolnikov (22 moških in 14 žensk), ki so se v obdobju 1980–1992 zdravili na Infekcijskem oddelku bolnišnice v Celju. Diagnozo smo postavili s serološko izključitvijo okužbe z virusi hepatitisa A, hepatitisa B, hepatitisa delta, okužbe z virusom Epstein-Barr, virusom citomegalije in izključitvijo toksičnih, avtoimunih, metabolnih in ishemičnih vzrokov za jetrno prizadetost. Serume bolnikov smo preiskali na navzočnost protiteles proti virusu hepatitisa C (anti HCV) s standardnim serološkim ELISA testom in RIBA testom druge generacije. Bolnike z relapsnim in kroničnim potekom smo jetrno biopsirali.

Rezultati. Pri 26 preiskovancih (77,8%) je šlo za sporadično okužbo ter je način okužbe ostal nepoznan. Bolezen je večinoma potekala z lahko klinično sliko. Od 36 bolnikov je bilo 14 oseb (38,9%) anti HCV pozitivnih. Zaradi fulminantnega poteka sta 2 bolnici umrli, pri 1 se je sočasno razvila aplastična anemija (a.a.). A.a. smo zasledili še pri enem bolniku, ki pa je zunajjetrni zaplet preživel. Pri 14 bolnikih (38,9%) je bolezen histološko prešla v kronični hepatitis (6 oseb kronični aktivni hepatitis, 8 oseb kronični persistentni hepatitis), med njimi je še 10 oseb anti HCV pozitivnih. Bolnike s kroničnim potekom bolezni še spremljamo.

ABSTRACT – Background. With a prospective study we wanted to find out the extent of the disease, epidemiologic characteristics, the course and consequences of acute viral hepatitis non A, non B (HNANB) on our territory.

Methods. The study is based on 36 patients (22 males and 14 females), who were treated in the Hospital for Infectious Diseases at Celje in the years 1980 to 1992.

The diagnosis was made by the serologic exclusion of the fresh infection by hepatitis viruses A, B and virus Epstein-Barr, cytomegalovirus and the exclusion of toxic, autoimmune, metabolic and ischemic causes for the liver damage. The sera from the patients were tested on the presence on hepatitic virus antibodies (anti HCV) by means of standard serologic ELISA and second generation RIBA test. Relapsed and chronic course of the disease a liver biopsy was performed.

Results. In 26 of patients (77.8%) we stated sporadic infection and the way of infection has remained unknown. The course of the disease was mostly mild. 14 from 36 patients (38.9%) were anti HCV positive. Because of a fulminant course 2 patients died, in one aplastic anemia (a.a.) developed simultaneously. A.a. was found in one more patient, who survived an extrahepatic liver complication. In 14 patients (38.9%) the disease passed over into chronic hepatitis (6 cases chronic active hepatitis, 8 cases chronic persistent hepatitis) among the number ten patients were anti HCV positive. The patients with chronic course of the disease are still being follow up.

Uvod

Čeprav je hepatitis ne A ne B (HNANB) še danes znan predvsem kot potransfuzijska bolezen, pa se večina zbolelih okuži po drugih poteh. Največje število zbolelih je med parenteralnimi uživalci mamil, hemofiliki, bolniki na hemodializi in pri bolnikih, ki so jim presadili različne organe. Pri skoraj polovici bolnikov s HNANB načina okužbe ne poznamo (1, 2).

V obdobju 1982–1989 je bila diagnostika HNANB le izključevalna. Epidemiološko-klinične študije v razvitih delih sveta, ki so v tem času zajele nekaj sto bolnikov z akutnim neparenteralnim sporadičnim HNANB, so pri 10–55% primerov ugotovljale razvoj v kronično jetrno bolezen (1, 3–9).

Po l. 1989, ko so na voljo serološki testi za ugotavljanje protiteles proti HC (anti HCV), številni avtorji proučujejo, kakšen je delež bolnikov z navzočnostjo anti HCV med bolniki z akutnim sporadičnim HNANB. Alter (1) je iz 8 tovrstnih prospektivnih študij povzel, da so anti HCV v serumu dokazali pri 15–60% bolnikov z akutnim HNANB večinoma 3–6 mesecev po zbolenju.

Le nekaj študij je prospektivno daljše obdobje spremljalo

bolnike z akutnim HNANB (2, 10–13). Avtorji teh študij navajajo prehod v kronično jetrno bolezen pri 30–60% bolnikov, ki so bili večinoma anti HCV pozitivni.

Epidemiološke študije pri skoraj polovici preiskovancev vstopne poti okužbe niso mogle pojasniti, zato v zadnjem času intenzivno proučujejo vlogo drugih nezaznavnih načinov okužbe (perkutanih, seksualnih) in pogostost prenosa okužbe z matere na plod oz. prenos z vektorji.

S prospektivno študijo, ki teče od l. 1980, smo na infekcijskem oddelku v Celju želeli ugotoviti incidenco HNANB pri nas, hkrati pa tudi značilnosti in posledice te bolezni.

Bolniki in metode

Preiskovance, ki smo jih uvrstili v našo študijo, smo izbrali iz skupine 1774 oseb, ki so bile v letih 1980–1992 napotene v bolnišnico za infekcijske bolezni v Celju zaradi suma na akutni virusni hepatitis. Celjska zdravstvena regija zajema nekaj manj kot 250.000, tj. 12% prebivalcev Slovenije. Pri 1471 osebah (82,9%)

smo ugotovili akutni virusni hepatitis A (HA), pri 243 osebah (13,7%) akutni virusni hepatitis B (HB), pri 36 osebah (2,0%) akutni virusni hepatitis ne A ne B (HNANB), pri 24 osebah (1,4%) pa je šlo za druge oblike jetrne prizadetosti.

V študijo smo uvrstili izključno bolnike, ki so bili predhodno zdravi, ki niso bili nosilci kroničnih, zlasti virusnih okužb in ki predhodno niso uživali hepatotoksičnih zdravil in alkohola. Biokemični testi so bili opravljeni s standardnimi metodami in so izraženi v SI enotah.

Diagnozo HNANB smo pri naših 36 preiskovancih (22 moških in 14 ženskah) postavili s pomočjo radioimmunske (Abbott Laboratories, Chicago) izključitve akutne infekcije z virusom A z ugotavljanjem protiteles proti virusu HA razreda IgM (anti HAV IgM), akutne infekcije z virusom HB (HBV) z ugotavljanjem navzočnosti antigena virusa HB (HBsAg) in antigena e HBV (HBeAg), protiteles proti povrhnjici HBV (anti HBs), protiteles proti sredici HBV (anti HBc) in protiteles proti antigenu e (anti HBe). Okužbo z virusom delta (HDV) smo izključili z ugotavljanjem antigena HDV in protiteles anti HDV. Z ugotavljanjem svežih protiteles po imunofluorescenčni metodi smo izključili okužbo z virusom Epstein-Barr (EBV), z ugotavljanjem protiteles proti CMV razreda IgM (anti CMV IgM) po encimski metodi (Behringwerke, Marburg) pa okužbo z virusom citomegalije. Končno smo izključili še druge hepatotropne agense ter toksične, avtoimune, metabolne in ishemične vzroke za jetrno prizadetost.

Večina bolnikov je bila srednjih let, nihče ni bil mlajši od 10 in starejši od 72 let. Število bolnikov po starostnih skupinah pa je naslednje: od 0 do 10 let – 0, od 11 do 20 let – 10, od 21 do 30 let – 6, od 31 do 40 let – 14, od 41 do 50 let – 3, od 51 do 60 let – 2, od 61 do 70 let – 0 in od 71 do 80 let – 1. Večina bolnikov (69%) je izhajala iz delavskih družin.

Kot biokemični kriterij za akutni virusni hepatitis smo postavili vsaj 25-kratno zvišanje encima alanin-aminotransferaze (ALT). Od drugih biokemičnih preiskav smo uporabili bilirubin, aspartat-aminotransferazo (AST), gama-glutamiltanspeptidazo (gama GT), alkalno fosfatazo (AF), amilazo, sečnino, celotne proteine, imunoglobuline, protrombinski čas, amoniak in sedimentacijo eritrocitov.

Klinično-biokemične preiskave smo opravljali vsak teden do normalizacije, nato vsakih 14 dni. Bolnike smo naročali na kontrolne preglede po 1, 3, 6 in 12 mesecih, nato pa enkrat letno. Pri bolnikih, pri katerih po 3 mesecih boleznini ni prišlo do izboljšanja, smo razširili obseg preiskav. Ugotavljali smo aktivnost komplemента, navzočnost protiteles proti DNA (anti DNA), proti jedrnim antigenom (ANA), proti gladkim mišičnim vlaknom (ASMA) in mitohondrijem (AMA), navzočnost lupus eritematodes celic (LE) in revmatoidnega faktorja (RF). Opravili smo scintigrafsko, ultrazvočno in izjemoma tudi računalniško tomografsko (CT) preiskavo trebušnih organov ter jetrno biopsijo oz. rebiopsijo, pri dveh preiskovancih pa avtopsijsko s histološkim pregledom jetrnega odjemka (po klasifikaciji De Grootejeve Internacionalne skupine strokovnjakov in Scheuerja) (14–17) na Patomorfološkem inštitutu v Ljubljani.

Pri bolnikih s fulminantnim potekom smo serološke preiskave razširili še na testiranje navzočnosti protiteles proti virusom herpesa, adenovirusom in enterovirusom. Bolnika z zunajjetrnim zapletom – aplastično anemijo (a.a.) smo testirali tudi na histološko skladnost z ožjimi svojci na oddelku za tipizacijo tkiv na Imunološkem inštitutu v Zagrebu.

Sveže in tudi konservirane serume bolnikov iz zgodnjega akutnega obdobja boleznini in iz obdobja od 1 do 2 let po zboljenju smo v letih 1990–1992 večkrat testirali na navzočnost anti HCV s standardnim ELISA testom (Chiron Corporation in Ortho Diagnostic Systems). Na anti HCV smo testirali konservirane serume 34 preiskovancev in večkrat tudi sveže serume vseh bolnikov, ki so preživelii akutno okužbo.

Pri anti HCV seropozitivnih osebah smo uporabili še kontrolni encimski test druge generacije, tj. RIBA test (Recombinant

Tab. 1. Prisotnost anti HCV in klinične značilnosti pri 36 preiskovancih z akutnim HNANB.

Tab. 1. Presence of HCV antibodies and clinical characteristics in 36 patients with acute non A, non B hepatitis.

	Anti HCV		
	Spol Sex	pozitiven positive	negativen negative
Število bolnikov Number of patients		14	22
Število žensk in moških Number of females and males	Ž/F M/M	6 8	8 14
Povprečna starost bolnikov (mediana) in starostni razpon Average age of patients (median) and the range of years	Ž/F M/M	33 (10–53) 29 (16–72)	26 (13–36) 30 (10–58)
Način prenosa okužbe: Route of transmission of infection:			
– parenteralni (uživalci mamil) parenteral (drug abuse)		2	0
– potransfuzijski posttransfusion		3	0
– nozokomialni (parenteralni posegi v bolnišnici) nosocomiale (parenteral procedures in hospital)		0	1
– seksualni (z žene na moža) sexual transmission (by wife to husband)		1	0
– familiarni (z matere na sina) familial transmission (by mother to son)		1	0
– ostalo (sporadični) other (sporadic)		7	28
Čas (meseci) po zboljenju, v katerem so se pojavi oz. izginili anti HCV Duration (months) from onset of symptoms to first positive or last negative serum		3–6	12–24
Napredovanje v kronično jetrno bolezen Progress into chronic liver disease		10 (6 CAH, 5 CPH)	3 (3 CPH)

Immunoblast Assay) iste firme, s katerim smo želeli izključiti možnost napačno pozitivnih rezultatov. Vsi preiskovanci so bili testirani tudi na navzočnost anti HIV z encimsko imunološko metodo.

V akutni fazi boleznini smo zdravili simptomatsko in z jetrno dieto, tri bolnike s kroničnim aktivnim hepatitisom pa tudi z alfa interferonom (INTRON A – Shering Corporation, ZDA). Študija je bila usklajena z načeli deklaracije iz Helsinkov.

Rezultati

Epidemiološka anketa pri naših 36 preiskovancih je le pri 8 osebah (22,2%) razkrila možen način okužbe: pri 3 bolnikih je šlo za prejemnike transfuzij krvi, pri 2 bolnikih za parenteralno uporabo mamil, pri dveh bolnikih za družinski kontakt z nosilcem anti HCV (seksualni prenos okužbe z žene na moža in neseksualni z matere na otroka), 1 bolnica pa je bila predhodno hospitalizirana zaradi operacije velike ciste jajčnika. Zanimiv je podatek, da je asimptomatska nosilka anti HCV okužila s HC svojega moža in kot krvodajalka še politravmatizirano bolnico, ki je prejela transfuzijo njene krvi. Okužbe pri ostalih bolnikih smo uvrstili med t. i. sporadične, pri katerih je verjeten način okužbe, oz. vstopna pot virusa ostala nepojasnjena (tab. 1). Med našimi bolniki ni bilo

Tab. 2. Histološka diagnoza pri naših 19 preiskovancih.

Stevilka bolnika NR of the patients	Starost Age	Spol Sex	Čas /meseci/ spremljanja pred jetrno biopsijo Follow up before the liver biopsy /in months/	Način prenosa infekcije Route of transmission of infection parenteralni parenteral	neparenteralni nonparenteral	Leto jetrne biopsije /rebiopsije/ in histološka diagnoza Year of liver biopsy /rebiopsy/ and histologic diagnosis	Navzočnost anti HCV Presence of anti HCV
1	72	M/M/	10	+		89	+
2	38	Z/F/	12		+	89	+
3	16	M/M/	10		+	91	+
4	30	M/M/	6		+	91	+
5	30	M/M/	6		+	82	+
6	34	M/M/	8		+	83	-
7	33	M/M/	6		+	87	-
8	44	Z/F/	0,5		+	90	-
9	18	Z/F/	12	+		88	+
10	22	M/M/	8	+		88	+
11	14	M/M/	9		+	88	-
12	45	M/M/	10		+	82	+
13	27	M/M/	6		+	88	+
14	29	M/M/	7		+	89	-
15	53	Z/F/	6		+	89	+
16	10	Z/F/	2,5		+	90	+
17	33	M/M/	7		+	91	+
18	33	M/M/	7		+	91	-
19	26	M/M/	6		+	92	+

Legenda:

Legend:

□ - nespecifični reaktivni hepatitis
nonspecific reactive hepatitis
▨ - kronični persistentni hepatitis
chronic persistent hepatitis

▨ - kronični aktivni hepatitis
chronic active hepatitis
▩ - akutni nekrotizantni hepatitis
acute necrotic hepatitis

nobenege zdravstvenega delavca, ki bi bil profesionalno ogrožen s HCV okužbo. Nihče od preiskovancev ni predhodno potoval v endemične dežele, pa tudi podatkov o pogostem menjavanju spolnih partnerjev in o homoseksualnosti nismo dobili.

Večina bolnikov je bila hospitalizirana ob koncu prvega tedna bolezni. Najpogostejša bolezenska simptoma sta bila utrujenost in temen urin, pri večini je bila prisotna zlatenica in zrna palpatorna hepatomegalija. Pri vseh bolnikih so bile serološke preiskave na navzočnost antigenov oz. svežih (IgM) protiteles proti HAV, HBV, HDV, EBV, CMV in HIV negativne. Izključili smo vplive drugih hepatotoksičnih, avtoimunih, metabolnih in ishemičnih vzrokov za jetrno prizadetost.

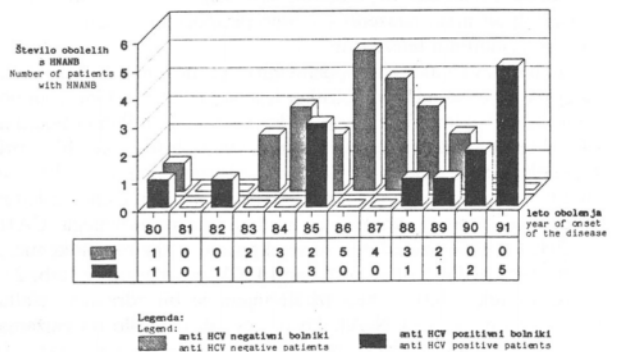
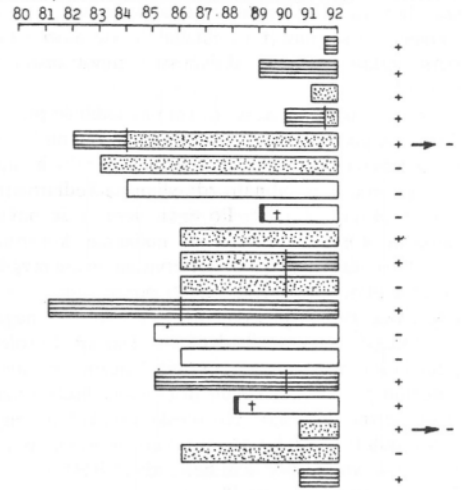
V letih 1990–1992 smo pregledali konservirane akutne in prebolevalniške serume preiskovancev na navzočnost anti HCV. Serumi 14, tj. 38,9% bolnikov (7 bolnikov s parenteralno oz. familiarno okužbo in 7 bolnikov s sporadično infekcijo), iz obdobja 3–6 mesece od zolenja so bili pozitivni (tab.1). Žal smo pri večini ostalih preiskovancev imeli shranjen le en do dva seruma iz zgodnjega obdobja bolezni in leto dni po zolenju.

V dveh primerih s sporadičnim načinom okužbe smo ugotovili anti HCV negativizacijo. Pri prvem bolniku, ki se je okužil l. 1982, je prišlo do anti HCV negativizacije po dveh letih, potem ko je bolezen klinično-biokemično-histološko prešla v regresijo. V drugem primeru je prišlo do anti HCV negativizacije po 12 mesecih od zolenja. V času poročanja je med preiskovanci še 11 anti HCV pozitivnih oseb. Pri vseh, z ELISA testom ugotovljenih anti HCV pozitivnih preiskovancih, smo pozitivni rezultat potrdili tudi s testom stopnjevanje specifičnosti (RIBA). Najintenzivnejše reakcije so bile s strukturnima antigenoma sredice HCV C–33c in C–22–3. Pri vseh anti HCV pozitivnih preiskovancih smo izključili možnost avtoimune hepatitisa: serološke preiskave na navzočnost anti DNA, ANA, ASMA in AMA, navzočnost LE celic in RF so bile negativne.

Graf 1 kaže leto zolenja pri naših 36 preiskovancih, ki smo jih spremljali povprečno 4 leta (1–11 let). V njem so označeni tudi anti HCV pozitivni preiskovanci.

Akutna faza bolezni je pri večini bolnikov potekala z lahko oz. srednje težko bolezensko sliko, 8 bolnikov pa je bilo anakteričnih. V dveh primerih (5,6%) je bil potek bolezni fulminanten oz.

Tab. 2. Histologic diagnosis in our 19 patients.



Graf 1. Leto zolenja pri naših 36 preiskovancih s HNANB v obdobju 1980–1992.

Graph 1. Onset of the disease in our 36 patients with HNANB in the period 1980–1992.

subakuten. 45-letna bolnica s fulminantnim potekom bolezni je umrla v 14 dneh od pojava ikterusa v jetrni komi, anti HCV v serumu je bil negativen. Avtopsijski histološki pregled jeter je pokazal nekrotizantni atrofični hepatitis. V drugem primeru smo spremljali subakutni potek hepatitisa pri 10-letni deklici. Od prvih znakov jetrne bolezni do pojava encefalopatije je minilo 9 tednov. Mesec dni od zolenja so se pridružili znaki a. a. s popuščanjem funkcije kostnega mozga in sepso. Anti HCV v serumu je bil pozitiven. Deklica ni imela histološko skladnega dajalca za presaditev kostnega mozga in je umrla z znaki sepse v jetrni komi v 10. tednu bolezni. Poleg številnih raztrošenih septičnih žarišč in krvavitve po organih je histološki pregled ob avtopsiji mikroskopsko pokazal akutni masivni nekrotizantni hepatitis. Obe bolnici sta se v zadnjem obdobju bolezni zdravili na Infekcijski oz. Pediatrični kliniki in Ljubljani.

V celotni skupini 36 preiskovancev je bila povprečna aktivnost encima ALT v serumu 45-krat višja od normalne referenčne vrednosti, povprečna aktivnost aminotransferaze AST 28-krat nad

normalno vrednostjo, encima gama GT 5,5-krat nad normalno vrednostjo in AF 2,6-krat nad normalno vrednostjo. Ostali biokemični jetrni testi niso bistveno odstopali od normalnih referenčnih vrednosti.

Pri 17 bolnikih (47,2%) s prolongiranim oz. kroničnim potekom hepatitisa smo zasledovali značilna epizodna nihanja aminotransferaz v serumu (t. i. polifazni fluktuirajoči vzorec), redkeje pa persistentno zvišanje aktivnosti aminotransferaz (t. i. plato vzorec).

Zunajjetrni zaplet, a. a., smo zasledili še pri 10-letnem dečku 2 meseca po zboljenju, ko je jetrna bolezen biokemično in klinično že pojema. Ugotovili smo pancitopenijo in aplastičen kostni mozeg. Bolnik je bil nato zdravljen na Pediatrični kliniki v Ljubljani z oksimetolonom. Po enem letu se je povsem vzpostavila funkcija kostnega mozga in nadaljnje kontrole so pokazale popolno ozdravitev (18). Konservirani serum iz zgodnjega obdobja boleznin in serum, odvzet 2 leti po zboljenju, sta bila anti HCV negativna. Bolnik je sedaj zdrav in anti HCV negativen.

Poleg že omenjenih dveh avtopsijskih histoloških pregledov jeter bolnic iz akutnega obdobja bolezni smo 6–12 mesecev po zboljenju pri 17 preiskovancih (11 anti HCV pozitivnih) opravili slepo jetrno biopsijo. Histološki pregled jetrnega tkiva je pri 3 bolnikih (vsi anti HCV negativni), tj. 8,3%, pokazal pojemajoč, blag reaktivni nespecifični hepatitis (NRH), pri 7 bolnikih (4 anti HCV pozitivnih), tj. 19,4%, je šlo za kronični persistentni hepatitis (CPH) in pri 7 bolnikih (vsi anti HCV pozitivni), tj. 19,4% za kronični aktivni hepatitis (CAH), ki je bil pri 3 bolnikih blag in je mejil na CPH, pri 4 bolnikih pa je šlo za srednje hudo obliko vnetne aktivnosti. V 6 primerih so bile opisane tudi eozinofilne in maščobne spremembe hepatocitov, aktivacija sinusoidalnih mejnih celic, bolj ali manj izraženo portalno-periportalno vnetje in navzočnost acidofilnih teles (tab. 2).

6 bolnikov (5 anti HCV pozitivnih) s kroničnim hepatitisom in patološkimi biokemičnimi jetrnimi testi smo jetrno rebiopsirali po 2–6 letih. Histomorfogeneza je prikazala pri 3 bolnikih (1 bolniku s CPH in 2 bolnikih s CAH) nespremenjeno histološko sliko, pri 1 preiskovancu, sicer parenteralnem uživalcu mamil s CPH, je vnetje napredovalo v CAH, pri 2 preiskovancih pa smo zasledili pojemanje jetrnega vnetja, tj. prehod blago aktivnega CAH v CPH. Pri enem izmed njih so se hkrati normalizirali biokemični jetrni testi, prišlo pa je tudi do anti HCV negativizacije (tab. 2). Drugi bolnik s histološkim izboljšanjem je bil zdravljen z alfa interferonom (INTRON A). Po 6 mesecih je prišlo do znižanja aktivnosti aminotransferaz, ostala pa je serumska navzočnost anti HCV.

V času poročanja ima še 14 preiskovancev s histološkimi znaki kroničnega vnetja zmerno patološke biokemične jetrne teste, med njimi je 10 oseb anti HCV pozitivnih. Vsi biopsirani anti HCV negativni bolniki imajo histološko sliko lažjega kroničnega jetrnega vnetja.

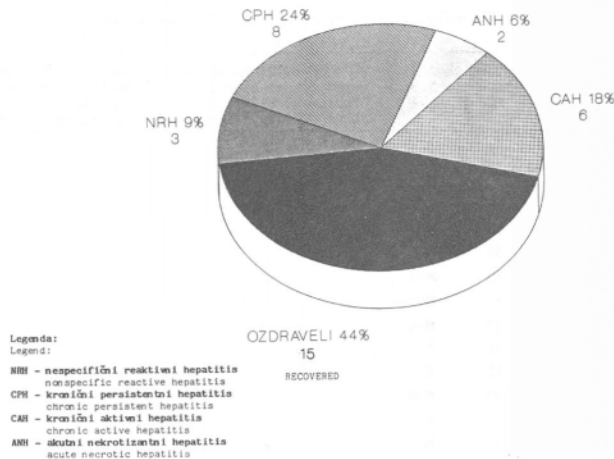
Dve anti HCV pozitivni preiskovanki (obe sta zboleli l. 1991 po transfuziji krvi) imata normalne biokemične preiskave, zato smo jetrno biopsijo odložili. Obe sta še anti HCV pozitivni. Izhod HNANB pri naših 36 preiskovancih kaže graf 2.

Zdravljenje z interferonom v dozi 3 MU i. v. 3-krat tedensko smo pred nedavnim uvedli še pri 3 anti HCV pozitivnih bolnikih s histološko ugotovljenim CAH. Zdravljenje do sedaj poteka uspešno.

Razpravljanje

V naši študiji 36 preiskovancev s HNANB pri večini nismo ugotovili načina infekcije. Le v nekaj primerih smo ugotovili iatrogeno okužbo s transfuzijo krvi, ekspozicijo v času hospitalizacije in parenteralno uživanje mamil.

Tudi v drugih epidemioloških študijah HNANB po svetu avtorji poročajo, da v 25–50% niso ugotovili načina okužbe in



Graf 2. Izhod HNANB pri 36 preiskovancih v letih 1980–1992.
 Graph 2. Issue of HNANB in 36 patients during the years 1980–1992.

zato vzpodbujajo k nadaljnemu proučevanju drugih možnosti prenosa okužbe z matere na plod, prenosa z vboodom žuželk, s prikritim perkutanim oz. seksualnim prenosom itd. (1, 2, 4, 5, 19).

V primerjavi z drugimi študijami akutnega HNANB je število anti HCV pozitivnih bolnikov (38,9%) med našimi preiskovanci relativno nizko. Različne študije po svetu poročajo, da pride do anti HCV pozitivizacije pri 30–80% bolnikov z akutnim HNANB. Zaradi pomanjkljivosti pri serološkem prepoznavanju HC (diagnosticiramo lahko le kasna anti HCV, razreda IgG) je uspešnost odkrivanja anti HCV pri bolnikih z akutnim HNANB odvisna od pravilno izbranega časovnega razmika od zboljenja, ki mora biti dolg vsaj 3–6 mesecev. Tako se podatki v literaturi močno razlikujejo: v 12 raziskavah avtorji navajajo navzočnost anti HCV pri bolnikih z akutnim HNANB v 10–40% (20–31), v 6 raziskavah pa opisujejo navzočnost anti HCV v 40–80% (2, 10, 11, 13, 32, 33).

Pri bolnikih, ki so zboleli za akutnim HNANB po transfuziji, so pogosteje zasledili pojav anti HCV, kot pri bolnikih s sporadično okužbo. Večina poročevalcev pri bolnikih s HNANB s parenteralno okužbo navaja prisotnost anti HCV pri več kot 60% (26, 30, 34–37). Tudi v naši študiji smo pri bolnikih s parenteralnim prenosom okužbe ugotavljali dosti višji odstotek anti HCV pozitivnih bolnikov, tj. 83,3% (5 od 6 bolnikov), kot pri sporadični okužbi, kjer je bil le-ta dosti nižji, tj. 25% (7 od 28 bolnikov). Vzrok za tako nizko število anti HCV pozitivnih bolnikov je tudi neustrezen čas odvzema serumskih vzorcev. V letih 1980–1990 smo konservirali le serume iz zelo zgodnjega akutnega in zelo poznega prebolevalniškega obdobja. Ker smo pri večini naših bolnikov ugotovili sporadično okužbo, ki često poteka v lažji obliki, ki sama stremi k ozdravljenju (self limiting disease), se anti HCV pojavijo navadno pozno po zboljenju, kratkotrajno in v nezadostni količini. Zelo verjetno, da smo pri določenem številu naših bolnikov opravili anti HCV testiranje prezgodaj in ev. prehodne anti HCV pozitivizacije eno leto in več po zboljenju nismo mogli več ugotoviti. Najverjetneje tudi ni mogoče iskati vzroka za nižje število anti HCV pozitivnih bolnikov v ev. propadu anti HCV protiteles zaradi dolge konservacije serumov (1–10 let) z globokim zamrzovanjem, ki sicer lahko uniči HCV RNA in s tem možnost dokazovanja navzočnosti VHC s polimerazno verižno reakcijo (37–39). V zadnjih letih naše študije smo konservirali zadostno število serumov bolnikov iz akutnega obdobja HNANB, tj. 1–6 mesecev po zboljenju in smo zelo verjetno tudi zato ugotovili večje število anti HCV pozitivnih bolnikov ne glede na njihov način okužbe. Ta naša ugotovitev potrjuje domnevo vodilnih strokovnjakov, da gre tako pri parenteralnih kakor tudi spora-

dičnih okužbah s HANANB večinoma vendarle za istega povzročitelja in je možen le majhen odstotek primerov HANANB, ki ga povzročajo drugi domnevni hepatotropni virusi HANANB ne C (1, 2, 6).

Med našimi 36 preiskovanci smo pri dveh bolnicah (5,6%) spremljali fulminantni oz. subakutni potek bolezni s smrtnim izidom. Pri 44-letni bolnici se anti HCV niso pojavila najverjetneje zaradi kratke bolezni. Vzrok je lahko tudi prikrit imunski defekt ali pa drugi hepatotropni povzročitelji HANANB ne C. Tudi pri 10-letni bolnici s subakutnim potekom smo ugotovili le mejno pozitivno navzočnost anti HCV v šestem tednu bolezni.

O dveh bolnikih s fulminantnim potekom HANANB med 24 preiskovanci poročajo tudi Krogsgaard in sod. (11) ter Tassoupolos in sod. (9), ki so med 74 preiskovanci zasledili dva primera s fulminantnim in dva primera s subakutnim potekom HANANB. Enako slabo prognozo fulminantnega hepatitisa HANANB, z umrljivostjo v 80–90%, navaja še vrsta drugih avtorjev (6, 40–44). Boljšo prognozo opisujejo le pri bolnikih, ki so mlajši od 25 let in pri katerih je interval od prvih znakov bolezni do pojava encefalopatije krajši od 14 dni. Vloga HCV kot povzročitelja okužbe pri fulminantnem HANANB še ni dognana. Nekateri avtorji navajajo, da je HCV zelo redko odgovoren za omenjeni bolezenski zaplet in domnevajo, da so povzročitelji HANANB s fulminantnim potekom najverjetneje drugi hepatotropni virusi HANANB ne C (39–41, 45).

V splošnem opisujejo fulminantni potek najpogosteje pri sporadičnih, neparenteralnih oblikah okužbe in pri parenteralnih uživalcih mamil, zelo redko pa pri potransfuzijskih (PT) HANANB. Muto in sod. (46) navajajo pogostejši pojav fulminantnega HANANB pri superinfekcijah oz. okužbi nosilcev HBV s HCV in pri imunsko nezadostnih osebah. Genesca in sod. (2) ter Cuthbert in sod. (6) menijo, da so med vsemi povzročitelji fulminantnega hepatitisa virusi HANANB v 40–45% odgovorni za nastanek bolezni.

Pri dveh otrocih (5,6%), starih 10 let, je prišlo do razvoja a. a. Bolezenski potek pri dečku smo opisali l. 1984 (18). V študiji je podrobno navedena domnevna patogeneza zapleta, ki je sprejemljiva še danes. Takšen primer, prav tako s smrtnim izidom, opisujejo v svoji študiji 67 bolnikov s HANANB 1985 Palmović in sod. (47). Dva primera a. a. (2,8%) opisujejo v prospektivni študiji HANANB tudi Tassoupolos in sod. (9). Hagler in sod. (48) ter Camitta in sod. (49) omenjajo, da je 5% vseh a. a. povzročenih z virusi hepatitisa. Van Dam (50) poudarja, da je pri bolnikih s HANANB tudi dosti lahkih, prehodnih in asimptomatskih oblik a. a. Tudi v zadnjem času avtorji v preglednih člankih (1, 2, 6) poudarjajo, da a. a. pri HANANB ni tako redka komplikacija. Prospektivne študije akutnega HANANB iz zadnjega obdobja ne opisujejo niti enega primera a. a. (7, 10–12). Zelo pogosto (v 30%) avtorji opisujejo a. a. po transplantaciji jeter, kadar je vzrok za presaditev fulminantni ali kronični HANANB z jetrno odpovedjo. Poll in sod. (51) navajajo kot možni vzrok za nastanek a. a. imunsko nezadostnost, vendar tega zapleta po transplantaciji jeter, ki so jo opravili zaradi drugih vzrokov, ki so pripeljali do jetrne odpovedi, niso zasledili. Cuthbert (6), Mathiesen in sod. (52), Hibbs in sod. (53) ter Wright in sod. (54) menijo, da so povzročitelji a. a. pri bolnikih s HANANB najpogosteje domnevni virusi HANANB ne C tudi zaradi dejstva, da RNA HCV doslej v kostnem mozgu v času zunajjetrnega zapleta HANANB še niso dokazali.

Študije akutnih in kroničnih primerov parenteralnih in neparenteralnih oblik okužbe s HANANB po svetu omenjajo prehod v kroniciteto v 10–70% (1–3, 5, 6). Prospektivne študije akutnega HANANB so v zadnjih letih zajele blizu 500 preiskovancev, med katerimi je bilo več kot 50% anti HCV pozitivnih oseb, pri katerih je bila v 50–70% ugotovljena parenteralna okužba (7, 9–13). Pri teh preiskovancih avtorji navajajo v povprečju 50% kroniciteto. Pri kroničnih bolnikih ugotavljajo do 20% prehod v jetrno cirozo z minimalno vnetno komponento. Za razvoj v CAH je bilo potrebno ca. 15 let, za razvoj v jetrno cirozo pa ca. 20 let. Prehod kroničnega vnetja v jetrni karcinom evropski avtorji redko ome-

njajo. Študije japonskih avtorjev navajajo, da se jetrni karcinom pri bolnikih s kroničnim HANANB razvije v 5–25 letih (1, 2, 6, 42).

Kakor ugotavljamo v naši študiji, tudi drugi avtorji navajajo razvoj kronične jetrne boleznin pogosteje pri anti HCV pozitivnih starejših bolnikih s parenteralnim načinom okužbe. Kljub slabostim serološkega testiranja v akutni fazi bolezni ugotavljamo, da dolg latenčni interval med zboljenjem in pojavom anti HCV v serumu lahko napoveduje kratko in le prehodno navzočnost protiteles ter s tem tudi benigni potek bolezni.

Kolikor pri akutnih bolnikih s HANANB tudi po 6 in več mesecih ne pride do anti HCV seropozitivizacije, je možno, da je bila navzočnost anti HCV le prehodna in je nismo uspeli ugotoviti. Vzrok je lahko tudi imunsko nezadostnost, hepatotropni povzročitelji HANANB ne C, ali pa gre za toksično oz. avtoimuno etiologijo bolezni. Pri anti HCV pozitivnih bolnikih pa je vselej potreben še RIBA test za izključitev možnosti lažno pozitivne reakcije, ki jo često zasledimo pri avtoimunih, pa tudi drugih vzrokih hepatitisa. Naša študija prispeva k ugotovitvi drugih avtorjev, da imajo anti HCV negativni bolniki s HANANB v primerjavi z anti HCV pozitivnimi boljšo prognozo, saj pri njih bolezni redko preide v kronično aktivno jetrno vnetje (domnevni povzročitelji HANANB ne C). Pri anti HCV pozitivnih osebah je persistentna ali fluktuirajoča aminotransferazemija često dober označevalec prehoda v kronično jetrno bolezen, ki jo po histološki opredelitvi že lahko uspešno zdravimo z alfa interferonom.

Zaključek

V prvi prospektivni študiji akutnega HANANB pri nas ugotavljamo v splošnem zelo nizko zboleznost za tovrstnim jetrnim vnetjem (2%), ki pa je nizka tudi v primerjavi z zboleznostjo za drugimi akutnimi virusnimi hepatitisimi. Naša študija dokazuje visok odstotek (38,9%) kroničnih posledic HANANB, in to vzbuja skrb, da okužbe, ki jih često spregledamo, neopazno preidejo v kronično jetrno vnetje in cirozo. Prvi epidemiološki podatki o številu nosilcev med našimi krvodajalci (55) in ogroženimi osebami (hemofiliiki, bolniki na dializi, bolnišnično osebe, kronični nosilci HBV itd.), ki so prikazani v naši letošnji študiji (59), kažejo enak odstotek anti HCV pozitivnih oseb kot v drugih evropskih deželah, kjer pa je število zbolelih za HANANB dosti višje. Ti podatki gotovo spodbujajo k skorajšnjemu anti HCV testiranju krvodajalcev in k bolj sistematičnem spremljanju ogroženih skupin prebivalstva. Le tako lahko v bodočnosti odkrijemo večje število asimptomatskih bolnikov s HANANB oz. HC, zlasti tistih s parenteralnim načinom prenosa okužbe. Obetajoče poskusno zdravljenje z interferonom že tudi v akutni fazi bolezni bi utegnilo pri marsikom preprečiti prehod v kronično jetrno bolezen (56, 57, 58).

Literatura

- Alter HJ. The hepatitis C virus and its relationship to the clinical spectrum of HANANB hepatitis. *J Gastroenterol and Hepatol* 1990; Suppl 1: 78–94.
- Genesca J, Esteban J, Alter HJ. Blood borne non A, non B hepatitis: hepatitis C. *Semin Liver Dis* 1991; 11: 147–64.
- Sampliner RE, Woronow DI, Alter MJ et al. Community-acquired non A, non B hepatitis: clinical characteristics and cronicity. *J Med Virol* 1984; 13: 125–30.
- Dienstag JL. Non A, non B hepatitis. I. Recognition, epidemiology and clinical features. *Gastroenterology* 1985; 85: 439–62.
- Nagata A, Kiyosawa K, Koike Y et al. Epidemiology of sporadic acute non A, non B hepatitis in Japan: a comparison with hepatitis A and B. *Am J Gastroenterol* 1985; 4: 298–302.
- Cuthbert JA. Southwestern-internal medicine conference. Hepatitis C. *Am Med Sci* 1990; 299: 346–55.
- Laskus T, Lupa E, Cianciara J, Slusarczyk J. Acute non A, non B hepatitis in a hospital population in Warsaw, Poland: Clinical and epidemiological aspects. *Am J Gastroenterol* 1991; 86: 565–9.

8. Alter MJ, Gerety RJ, Smallwood LA et al. Sporadic non A, non B hepatitis: frequency and epidemiology in an urban U. S. population. *J Infect Dis* 1982; 145: 886-93.
9. Tassoupoulos NC, Alikiotis M, Limotirakis F, Nicolakakus M, Mela P, Paralogou-Ioanudes M. Acute sporadic non A, non B in Greece. *J Med Virol* 1988; 26: 71-7.
10. Alter HJ. Chronic consequences of non A, non B hepatitis. In: Seff LB, Lewis JH eds. *Current perspectives in hepatology*. New York: Plenum Publishing, 1989; 83-97.
11. Krogsgaard K, Wantzin P, Mathiesen LR, Sonne J, Ring-Larsen H. Early appearance of antibodies to hepatitis C virus in community acquired acute non A, non B hepatitis is associated with progression to chronic liver disease. *Scand J Infect Dis* 1990; 22: 399-402.
12. Bortolotti F, Tagger A, Cadrobbi P. Antibodies to hepatitis C virus in community - acquired acute non A, non B hepatitis. *J Hepatol* 1991; 12: 176-80.
13. Wejstal R, Hermodsson S, Norkrans G. Long term follow up of chronic hepatitis non A, non B - with special reference to hepatitis C. *Liver* 1991; 11: 143-8.
14. De Grote J. A classification of chronic hepatitis. *Lancet* 1968; 2: 626-8.
15. Scheuer PJ. Hepatitis C: liver biopsy in diagnosis and control of therapy. *Pract Gastroenterol* 1990; 14: 16-24.
16. Scheuer PJ. Classification of chronic viral hepatitis: a need for reassessment. *J Hepatol* 1991; 13: 372-4.
17. Scheuer PJ, Ashrafzadek P, Sherlock S, Brown D, Dusheiko GM. The pathology of hepatitis C. *Hepatology* 1992; 15: 567-71.
18. Lešničar G, Stantić-Pavlinić M, Andolšek D et al. Aplastična anemija po akutnem virusnem hepatitisu. *Zdrav Vestn* 1984; 53: 365-9.
19. Tedder RS, Gilson RJ, Briggs M et al. Hepatitis C virus: evidence for sexual transmission. *Br Med J* 1991; 302: 1299-303.
20. Hofmann H, Kunz Ch. Test for hepatitis C. *Wien Klin Wochenschr* 1990; 102: 97-100.
21. Kuo G, Choo QL, Alter HJ et al. An assay for circulating antibodies to a major etiologic virus of human non A, non B hepatitis. *Science* 1989; 244: 362-4.
22. McHutchison JG, Kuo G, Houghton M, Choo QL, Redeker AG. Circulating antibodies to hepatitis C virus (HCV): A study of 160 cases acute and chronic NANB hepatitis. *Hepatology* 1989; 10: 645-5.
23. Köksal I, Biberoglu K, Biberoglu S et al. Hepatitis C virus antibodies among risk groups in Turkey. *Infection* 1991; 19: 228-9.
24. Vranckx R, Van Damme P. Hepatitis C in institutionalized children. *N Engl J Med* 1990; 323: 64-4.
25. Wang TH, Wang JT, Lin JT et al. A prospective study of posttransfusion hepatitis in Taiwan. *J Hepatol* 1991; 13: 38-43.
26. Rodriguez M, Riestra S, Romam FS et al. Prevalence of antibody to hepatitis C virus in prospectively followed acute non A, non B hepatitis from different epidemiological categories. *Liver* 1991; 11: 129-33.
27. Van der Poel CL, Cuyper HTM, Reesink HW. Confirmation of hepatitis C virus infection by new four antigen recombinant immunoblot assay. *Lancet* 1991; 337: 317-9.
28. Par A. Antibody to hepatitis C virus in Hungary. *Lancet* 1990; 336: 123-3.
29. Bartolotti F, Tagger A, Catrobbi et al. Antibodies to hepatitis C virus in community - acquired acute non A non B hepatitis. *J Hepatol* 1991; 12: 176-80.
30. Alberti A, Chemello L, Covalletto D et al. Antibody to hepatitis C and liver disease in volunteer blood donors. *Ann Intern Med* 1991; 114: 1010-2.
31. Zellweger U, Havelka J, Zala G et al. Hepatitis C antibodies in acute non A, non B hepatitis. *Schweiz Med Wschr* 1991; 121: 761-3.
32. Pizzigallo E, Mencarini P, Pallavicini F, Colozzi A, Vecchiet J, Ortona L. Serologic test on HCV Ab in patients with non A, non B hepatitis and other liver diseases. *Epat* 1990; 36: 49-57.
33. Hollinger FB. Non A, non B hepatitis viruses. In: Fields BN, Knipe DM eds. *Virology*. Second edition. New York: Raven Press, 1990: 2239-73.
34. Aach RD, Stevens CE, Hollinger FB et al. Hepatitis C virus infection in post-transfusion hepatitis. *New Engl J Med* 1991; 325: 1325-9.
35. Mattsson L, Grillner L, Von Sydow M, Bergdahl S, Weiland O. Seroconversion to hepatitis C virus antibodies in patients with acute posttransfusion non A, non B hepatitis in Sweden. *Infection* 1991; 19: 309-12.
36. Lee SD, Tsai YT, Hwang SJ et al. A prospective study of post-transfusion non A, non B (type C) hepatitis following cardiovascular surgery in Taiwan. *J Med Virol* 1991; 33: 188-92.
37. Sugg. Virus safety of fresh frozen plasma. *Beitr Infusionsther* 1989; 24: 56-9.
38. Wiese M, Stolle K, Ehrenberg M. Advances in the development of a test of detection of the parenteral non A, non B hepatitis. *Z Gesamtl Inn Med* 1990; 3: 80-3.
39. Mosley JW, Rakela J. Hepatitis C virus and fulminant hepatitis. *Inn Intern Med* 1991; 115: 983-4.
40. Wright TL, Hsu H, Donegan E et al. Hepatitis C virus not found in fulminant non A, non B hepatitis. *Ann Intern Med* 1991; 115: 111-2.
41. Wright TL, Hsu H. Hepatitis C virus and fulminant hepatitis. *Ann Intern Med* 1991; 115: 984-4.
42. Takahashi Y, Shimizu M. Aetiology and prognosis of fulminant viral hepatitis in Japan: a multicentre study. *J Gastroenterol and Hepatol* 1991; 6: 159-64.
43. Fagan EA, Williams R. Fulminant viral hepatitis. *Brit Med Bull* 1990; 46: 462-80.
44. Gimson AES, White YS, Eddleson ALWF, Williams R. Clinical and prognostic differences in fulminant hepatitis type A, B and non A, non B. *Gut* 1992; 24: 1194-8.
45. O'Grady JG, Williams R. Liver transplantation for viral hepatitis B. *Med Bull* 1990; 46: 481-91.
46. Muto Y, Sugihara J, Ohnishi H, Moriwahi H, Nishioka K. Anti hepatitis C virus antibody prevails in fulminant hepatic failure. *Gastroenterol Jap* 1990; 25: 32-5.
47. Palmović D, Košutić Z. Akutni non A, non B hepatitis na području Zagreba: rezultati obrade 67 bolesnika. *Liječ Vjesn* 1985; 107: 327-32.
48. Hagler L, Pastore RA, Bergin JJ. Aplastic anemia following viral hepatitis. *Medicine* 1975; 54: 139-64.
49. Camitta B, Stark R, Thomas D. Aplastic anemia. *N Engl J Med* 1982; 306: 645-718.
50. Van Dam J, Farrayl FD, Gale RP, Zeldis JR. Fulminant hepatitis failure following bone marrow transplantation for hepatitis-associated aplastic anemia. *Bone Marrow Transplant* 1990; 5: 57-60.
51. Pol S, Driss F, Devergie A et al. Is hepatitis C virus involved in hepatitis associated aplastic anemia. *Ann Intern Med* 1990; 113: 435-7.
52. Mathiesen LR, Skinoj P, Nielsen JO, Purcell RH, Wang D, Rench L. Hepatitis type A, B and non A, non B in fulminant hepatitis. *Gut* 1980; 21: 72-7.
53. Hibbs JR, Frickhofen W, Rosenfeld SJ et al. Aplastic anemia and viral hepatitis non A, non B, non C. *JAMA* 1992; 267: 2051-4.
54. Wright TL, Mamish D, Combs C et al. Hepatitis B virus and apparent fulminant non A, non B hepatitis. *Lancet* 1992; 339: 952-5.
55. Glaser E. Pilotska študija testiranja anti hepatitis C virusa pri darovalcih krvi in drugih potencialno ogroženih skupinah ljudi. *Zdrav Vestn* 1991; 60: 319-22.
56. Omata M, Yoshosuka O, Takano S et al. Resolution of acute hepatitis after therapy with natural beta interferon. *Lancet* 1991; 338: 914-5.
57. Farrel GC. Treatment of chronic hepatitis C with alpha interferon. *J Gastroenterol and Hepatol* 1991; Suppl 1: 36-40.
58. Katkov WN, Dienstag JL. Prevention and therapy of viral hepatitis. *Sem Liv Dis* 1991; 11: 165-74.
59. Lešničar G. Hepatitis ne A, ne B v luči novih doznanj in rezultati testiranja anti-hepatitis C virusa na infekcijskem oddelku v Celju. *Zdrav Vestn* 1992; 61: 567-74.

OKVIRNI PREDLOG INTERDISCIPLINARNE OBDELAVE BOLNIKOV Z MOTNJAMI LIMFNEGA OBTOKA

Motnje limfnega obtoka so relativno pogoste ne glede na etiopatogenezo.

Za primer navajamo: Jurij Us, dr. med. (Onkološki inštitut), ima v svoji seriji 107 limfedemov; od tega je le 9 sekundarnih. Podatki drugih avtorjev so drugačni. Ne more biti sporno, da so te motnje interdisciplinarnega značaja. Pojavljajo se pri različnih medicinskih strokah in zahtevajo enotno doktrinarno obravnavo od registracije, pojavljanja, diagnostike, terapije, kontrole stanja do ev. socialne obravnave itd.

Znana je ugotovitev, da je to področje neurejeno, kar je mogoče podpreti z mnogimi podatki. Dokazi za trditev so npr. pomanjkljivi epidemiološki podatki, različni – nepovezani pristopi v diagnostiki, pomanjkljivo izvajanje terapevtskih postopkov itd.

Določeni elementi obravnave teh bolnikov se izvajajo v eni ustanovi, drugi v drugi ustanovi na drugačen način. Ni strokovnega izpopolnjevanja in nadzora. Večkrat se začudimo, ko izvemo, da npr. eno od zdravilišč opravlja postopke ročne limfne drenaže, in vprašamo, kako itd. Skratka, ni medsebojne povezave, obravnave po enotnih načelih, izobraževanja in izpopolnjevanja, medsebojnega informiranja itd. Rezultati tega pa se *učinkovito* odražajo na bolnikih.

Po iniciativi treh zdravnikov, ki kakorkoli poznajo to problematiko, smo organizirali pred meseci interdisciplinarni posvetovalni sestanek zainteresiranih, kjer je bilo do neke mere ugotovljeno stanje tega področja patologije, iz razprave pa povzete nekatere možnosti ureditve te problematike.

Epidemiološki vidiki

Obvezno evidentiranje primerov na enotnih obrazcih, zbiranje in obdelava na enem mestu – za vso državo. Potrebne so epidemiološke aplikativne raziskave in obveščanje o rezultatih.

Diagnostika

Za ustrezno načrtovanje zdravljenja v pretežni večini primerov zadoščajo usmerjena anamneza, klinični pregled uda – Stemmerjev znak – in barvni test (t. i. barvna limfografija).

Dodatne informacije, pomembne za potrditev diagnoze limfedema in odločanje o nadaljnjem zdravljenju v posameznih primerih, so: izotopna limfografija, računalniška tomografija, kseroradiografija, drugo.

Pozor! V skladu s sedanjo klinično prakso standardna limfografija ni indicirana v diagnostiki limfedema udov – motenji limfnega obtoka (invazivnost, možnost poslabšanja stanja, zanemarljivost prispevka pri načrtovanju zdravljenja).

Klinični stadiji limfedema in terapevtske možnosti

Po italijanskem konceptu delimo edem na naslednje klinične stadije:

– I. Inicialni in iregularni edem. Terapija z zdravili, presoterapija, ročna limfna drenaža.

– II. Persistentni edem. Terapija z zdravili, presoterapija, mikrokirurgija, ročna limfna drenaža.

– III. Persistentni in slabo povratni (ingravescentni edem). Terapija z zdravili, intenzivna presoterapija, moderirana presoterapija (peristaltic pump), ročna limfna drenaža.

– IV. Fibrolimfedem (elephantiasis). Intenzivna in prolongirana presoterapija, mikrokirurgija, reduktivni posegi plastične kirurgije, ročna limfna drenaža.

Izkušnje

Najuspešnejša je pravilno strokovno izvajana ročna limfna drenaža, ki jo izvaja ustrezno strokovno usposobljena oseba v ustanovi, ki ima vse pogoje za izvajanje metode, ob sočasni izdelavi kompresivnih oblačil po meri, ki zagotavljajo kontinuiteto uspeha in kontrole stanja na šest mesecev. Izvajanje postopkov ročne limfne drenaže, obvezna nošnja – uporaba kompresivnih oblačil v nadaljevanju so porok za dober uspeh te terapije. V nasprotnem primeru je izvajanje omenjenega postopka uspešno le v času izvajanja – splošno vzeto pa strošek!

Primerno organizirana limfološka dejavnost mora biti prisotna na vseh ravneh organiziranega zdravstva s točno opredeljeno vsebino opravil, ki so v odvisnosti od elementov – značilnosti delovanja posameznih ravni in je uspešna, če so na vseh ravneh ustrezno strokovno seznanjeni z limfološko problematiko.

Zasnova osnovne organizacijske sheme

Osnovno zdravstvo – identifikacija tovrstnih bolnikov in usmerjanje le-teh na specialistično raven zaradi izvedbe diagnostike in terapije enostavnejših primerov s pogojem dodatno usposobljenih kadrov, ustreznih prostorov in opreme (npr. dermatološki oddelki za diagnostiko, oddelek za medicinsko rehabilitacijo – za terapijo. Sem sodijo pod določenimi pogoji tudi zdravilišča).

Zahtevnejši primeri sodijo v okvir dejavnosti kliničnih ustanov, ki zagotavljajo vse pogoje za interdisciplinarno obdelavo in terapijo, vodenje registra, kontrole zahtevnejših primerov itd.

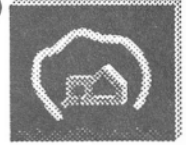
Da bi limfologiji omogočili strokovno izvajanje programa, nadzor in razvoj, mora v Sloveniji obstajati t. i. limfološki center, ki skrbi za razvoj stroke, nudenje pomoči, ustrezne metode dela, permanentno izobraževanje itd.

To sodi v organogram ali Dermatološke klinike ali Interne klinike ustrezne specialnosti ali Klinike za plastično kirurgijo; morda še kam drugam.

Limfologijo je treba vnesti v študijske programe in jo enakovredno obravnavati s flebologijo oz. drugimi področji – deli cirkulacije. Limfologija mora biti nujni sestavni del specializacij iz številnih strok – kirurgije, onkologije, dermatologije idr. Zagotoviti je treba informiranje strokovnih krogov, jih seznaniti s pomembnimi prvinami limfološke problematike itd. Možnosti takšnega stika so kirurški dnevi, Kogojevi dnevi itd.

Jože Arzenšek

PENACTAM[®]



injekcije im./iv., tablete, prašek za pripravo suspenzije

nov antibiotik širokega spektra, odporen proti delovanju beta laktamaz - rešitev problema bakterijske odpornosti

- ampicilin, zaščiten s sulbaktamom = ampicilin širokega spektra
- učinkovito preprečuje pooperativne infekcije
- dve oralni obliki zdravila: tablete in suspenzija
- visoko učinkovit v zdravljenju infekcij v vsakdanji praksi: infekcije dihal, kože in mehkih tkiv, sečil, v pediatriji, za nadaljevanje parenteralnega zdravljenja z injekcijami Penactam im./iv.
- penicilinska varnost zdravljenja

Oprema

1 steklenička po 1,5 g
1 steklenička po 750 mg
10 tablet
prašek za pripravo 60 ml suspenzije

Podrobnejše informacije in literaturo dobite pri proizvajalcu.



tovarna zdravil, p.o., Novo mesto, Slovenija
izdelan iz aktivnih učinkovin firme Pfizer

jubileji

OB SEDEMDESETI OBLETNICI PROF. DR. SREČKA RAINERJA

Ko se radi pohvalimo, da je naša po tradiciji kirurška ginekologija v zadnjih 30 letih dobila povsem nove evropske dimenzije, ne smemo pozabiti, da novemu razvoju ni botrovalo naključje, ampak čas in v veliki meri ogromno znanje, trdo delo in velika ljubezen našega slavljenca. Ob njegovi sedemdesetletnici – prof. Rainer se je rodil leta 1922 v Zg. Polskavi – se velja spomniti, da je imel komaj 40 let, ko je v skromnih razmerah leoniškega podstrešja zasnoval nov kli-



nični laboratorij ginekološke klinike.

Vedoč, da so v laboratoriju možgani stroke, je prof. Rainer s sodelavci razvijal laboratorije: za ginekološko patomorfologijo in citologijo, za humano genetiko, steroidni laboratorij in spermatološki laboratorij. In skupaj z njim se lahko danes veselimo, kako daleč je šel iz skromnih začetkov razvoj profilakse hemolitične bolezni novorojenca, razvoj zgodnjega odkrivanja in zdravljenja ženskega raka, endokrinologije, genetskega svetovanja, antenatalne diagnostike, zdravljenja neplodnosti in ne nazadnje tudi asisti-

rane reprodukcije, saj je vse tesno povezano z njegovim laboratorijem.

Nič se ni zgodilo čez noč. Odkar je leta 1962 prof. Rainer dokončno prišel na Ginekološko kliniko (pred tem je po specialističnem izpitu pet let soustvarjal kranjsko porodnišnico), se je izpopolnjeval v Gradcu, Homburgu, Liverpoolu in predvsem v Parizu; je iskal, si pridobival, vzgajal in vodil svoje sodelavce v laboratorijih, postal je doktor znanosti in redni profesor, bil je 15 let predstojnik katedre ter vzgajal študente in specializante, dokončaval številne mednarodne in domače raziskave, o svojem delu napisal 150 znanstvenih objav, predaval doma in na tujem – med drugim vsako leto med največjimi glavami z našega področja v Parizu – delal v uredništvih časopisov, bil velikokrat mentor magistrantom, doktorantom, specializantom, opravljal pomembne funkcije na fakulteti, univerzi, dolga leta vodil republiško komisijo za medicinskoetična vprašanja in ne nazadnje zdravil svoje bolnice in bil tudi nagradjen: z nagrado dr. F. Hribarja, z nagrado dr. F. Potrča in nagrado sklada Borisa Kidriča.

Ob vsej ustvarjalni silovitosti pa poznamo prof. Rainerja tudi kot pretanjenega poznavalca in častilca narave, prvovrstnega ribiča in občudovalca francoske kulture – vedno naklonjenega misli, da dobrih reči ne gre zametovati. Zato mu veselje, dobra družba in šala niso bili nikoli tuji. Ob prof. Rainerju res ni daleč misel, da pravi Pohorec po srečnem razvoju postane aristokrat.

Ko se mu ob sedemdesetletnici zahvaljujemo za vse, kar je storil za našo stroko, mu želimo vse najboljšo in trdnega zdravja in da bi se lahko še naprej posvečal dobrim stvarim, pa tudi svojemu mojstrstvu v stroki.

Dr. Tomaž Tomažević

javne zobozdravstvene službe v Sloveniji. Kako in na kakšen način je ta razvoj za bodočnost uzakonjen v novi zdravstveni zakonodaji in kakšna je pot, skupaj z izobraževalnim procesom (MF), zdravniško zbornico, SZD, zdravstvo zavarovalnico, skupnostjo zdravstvenih zavodov.

Tem osnovnim izhodiščem je sledil organizacijski odbor in po uskladitvi s strokovnim programom 9. stomatoloških dnevo Alpe-Jadran, ki so vsakoletna pod vodstvom Kontaktnega komiteja AA, pripravil celoten skupni program obeh srečanj.

Generalni pokrovitelj obeh srečanj je bila Skupščina občine Piran s predsednikom Frankom Fičurjem. Za člane izvršnega in organizacijskega odbora, goste in predavatelje je organiziral sprejem v občinski hiši.

Strokovni program obeh srečanj se je pričel 4. 6. 1992 dopoldan. Po pozdravnem nagovoru predsednika sekcije prim. dr. Janeza Vrboška so s krajšimi poročili nastopili: prof. dr. Marica Marolt-Gomišček z Ministrstva za zdravstvo, g. France Košir iz Zdravstvene zavarovalnice, gospa Irena Kappelj iz Skupnosti zdravstvenih zavodov in dr. France Cukjati, generalni sekretar Zdravniške zbornice, in predstavili trenutno stanje zobozdravstva v luči nove zdravstvene zakonodaje.

Sledila so obširna in bogato dokumentirana predavanja povabljenih predstavnikov osnovnega zobozdravstvenega varstva posameznih regij. Predavali so: dr. Anton Lovrec in prim. dr. Simoničeva iz Maribora, prim. dr. Danica Homan iz Celja, dr. Mitja Šircelj iz Domžal, dr. Franc Porenta iz Kranja in dr. Rafael Podobnik iz Nove Gorice.

Rezultati in uspehi zobozdravstva v osnovni zdravstveni dejavnosti so izredni in le redka področja v Sloveniji niso dosegla prikazanih rezultatov. Prof. dr. Vito Vrbič je predaval o oceni stanja ustnega zdravja v državi Sloveniji kot sadu večletne nacionalne raziskave; iz zornega kota socialne medicine pa je o isti temi predaval še doc. dr. Marjan Premik. Dopoldanski strokovni del je zaključil dekan MF prof. dr. Mitja Bartenjev, ki je obravnaval načela sodobne zobozdravstvene preventivne s kritičnim očesom izkušnega strokovnjaka.

Popoldanski del istega dne se je pričel s svečano otvoritvijo obeh prireditev. Po otvoritvenem nagovoru predsednika Stomatološke sekcije in predsednika organizacijskega odbora prim. dr. Janeza Vrboška so srečanje pozdravili: podpredsednik skupščine občine Piran g. Mitja Jančar, namestnica ministra za zdravstvo prof. dr. Marica Marolt-Gomišček, ga. Zvonka Pere z Ministrstva za znanost, dekan MF prof. dr. Mitja Bartenjev, predsednik SZD prof. dr. Anton Dolenc, predsednik Zdravniške zbornice prim. dr. Kurt Kancler, predsednik Stomatološke sekcije Hrvaške prof. dr. Jerolimov.

V okviru Alpe-Jadran so nas pozdravili: prof. dr. Matjaž Rode, predsednik Kontaktnega komiteja AA, prof. dr. Mario Silla,

strokovna srečanja

1. KONGRES STOMATOLOGOV SLOVENIJE IN 9. STOMATOLOŠKI DNEVI ALPE-JADRAN

Portorož, 4.–6. 6. 1992

Organizator obeh srečanj: 1. kongresa stomatologov Slovenije in 9. stomatoloških dnevo Alpe-Jadran je bila Stomatološka sekcija SZD.

Sklep o organizaciji 1. kongresa je sprejel Izvršni odbor Stomatološke sekcije, določil organizacijski odbor in pravočasno pričel

z vsemi organizacijskimi akcijami, ki so potrebne za tako veliko in zahtevno prireditev.

Kongres je bil sklican ob izrednem zgodovinskem dogodku – samostojnost države Slovenije – in to dejstvo je pogojevalo vsebino srečanja. Kritično, tako v pozitivnem kot negativnem smislu naj bi ocenili do sedaj prehojeno, silno aktivno obdobje razvoja

predstavnik Italije, prim. dr. Robert Fischer, predstavnik Avstrije, prof. dr. Janos Szabo, predstavnik Madžarske, prof. dr. Goran Knežević, predstavnik Hrvaške, dr. Adolf Schneider, predstavnik Nemčije, prof. dr. Maurizio Zanei, predsednik AMDI iz Trsta.

Posebej je bil pozdravljen prof. dr. Janez Milčinski, dosedanji predsednik SAZU in vsakoletni udeleženec naših srečanj.

Kulturni program je v dveh delih izvedel mešani pevski zbor dr. Tine Zajc iz ZD Domžale.

Na koncu svečanega dela sta bili po sklepu sekretariata Stomatološke sekcije izročeni dve priznanji: prof. dr. Amšlu iz Zagreba in prof. dr. Silli iz Trsta.

Predsednik prim. dr. J. Vrbošek je seznanil vse prisotne še z vsebino telegramov vabljenih gostov, ki se srečanja osebno niso mogli udeležiti, predsedniki vlad dežel AA, veleposlaniki v R Sloveniji in mnogi drugi.

Strokovni del AA je začel takoj po svečani otvoritvi s predavanji prof. dr. W. Künzla: Sprememba v strategiji preventive v 21. stol. in prim. dr. Roberta Fischerja: Menedžment v zobozdravstvu.

Na koncu celodnevne programa se je predstavila še firma Colgate Palmolive s prikazom videokasete o preventivi v zobozdravstvu.

Strokovni del srečanja v petek, 5. 6. 1992, se je odvijal po programu srečanja. Predavatelji prof. dr. Lenz, prof. dr. Dorigo s sod., dr. R. Matheis, prof. dr. Silla s sod., dr. P. Petrin, dr. P. Kobler. Razprave po teh predavanjih ni bilo, ker smo naprosili udeležence, da vprašanja napišejo in jih posredujejo organizatorju. Na okrogli mizi, ki je bila popoldan, so člani okrogle mize v sestavi: moderator prof. dr. Matjaž Rode, prof. dr. Silla, prof. dr. Dorigo, prof. dr. Künzel, dr. Schneider in prof. dr. Lenz odgovarjali na ta in še na mnoga druga vprašanja. Naslov okrogle mize je bil: Sodobni koncept dela v zobni ordinaciji.

Sobotni del predavanj je bil namenjen naši najvišji izobraževalni ustanovi Medicinski fakulteti in stomatološkemu odseku. Predstavile so se posamezne Katedre z izbranimi predavanji. Poročali so prof. dr. Vito Vrbič, doc. dr. Dušan Grošelj, doc. dr. Narcisa Košir, prof. dr. Ivo Pavšič in prof. dr. Peter Oblak.

Obe srečanja sta se zaključili z zaključnimi besedami predsednika sekcije prim. dr. J. Vrboška, ki se je zahvalil vsem aktivnim in sodelujočim udeležencem ter posebej poudaril: da je kongres potekal ob pravem in ustreznem času, da je predstavil novo zdravstveno zakonodajo v R Sloveniji, da je predstavil razvoj osnovne zdravstvene dejavnosti – zobozdravstvo po posameznih regijah, da je predstavil delo MF, stomatološki odsek, da smo prisluhnili kakovostnim strokovnim predavanjem domačih in tujih strokovnjakov ter da je srečanje Stomatološki dnevi AA doživelo ponovno mednarodno prizna-

nje, saj bomo že letos sprejeti kot enakopravni član v svetovno zobozdravstveno zvezo (FDI). Dodal je, da bodo zaključki kongresa in Stomatoloških dnevov objavljeni v domačih strokovnih revijah.

Posebej pa je poudaril pomen in vključevanje vseh strokovnih in državnih resorjev za priznavanje diplom MF v Ljubljani v drugih državah. Potrebujemo namreč novo podobo Evrope, Evropo prihodnosti, upanja in novih obzorij in v kateri naj najdejo svoje mesto tudi mali narodi.

Med predavanji v glavni dvorani je vzporedno potekal še strokovni program na plakatih, kjer je nad 30 referentov s sodelavci predstavilo svoje strokovne prispevke.

V predverju Avditorija je bila organizirana tudi dentalna razstava, ki je bila sodobno oblikovana in je predstavila najnovejši razvoj dentalne tehnologije in dentalnih preparatov v Evropi. Vsa predavanja so bila simultano prevajana v jezike dežel AA. Prevajanje je bilo v zadovoljstvo vseh udeležencev izredno kakovostno. Kongresni center Avditorij, ki je srečanje organizacijsko izvedel, je ob izdatni podpori našega organizacijskega odbora uspešno opravil svoje delo.

Celotno breme organizacije je vodil organizacijski odbor devetih članov, skupno z dvema članoma Kontaktnega komiteja. Vsi so opravili obsežno in zahtevno delo že skoraj profesionalno uspešno.

Dr. Janez Vrbošek

nekrologi

IN MEMORIAM PROF. DR. JANEZ JANEŽ

Ko se avgust izteka v zadnje počitniške dni, smo obstali ob nenadnem bolečem spoznanju, da med nami ni več dragega in spoštovanega predstojnika Univerzitetne urološke klinike in izrednega profesorja Medicinske fakultete dr. Janeza Janeža. Ob žalni komemoraciji na kliniki še nismo mogli dojeti bridke izgube, ki je ostro zarezala v celoten kolektiv urološke klinike in urologije v Sloveniji. Sklonjenih glav smo 27. avgusta z bolečino v srcu poslušali poslovilne besede.

Njegova življenjska pot ni bila dolga, bila pa je polna in plodovita. Rodil se je 18. novembra 1945 v Dolskem pri Ljubljani, majhnem naselju sredi lepe pokrajine, kamor se je vedno vračal in bil nanj navezan. Gimnazijo je obiskoval v Ljubljani, promoviral je na Medicinski fakulteti 1970. leta, 1976. je opravil specialistični izpit iz urologije. Potreba in želja po izpopolnjevanju in poglobljanju znanja ga je vodila v priznane svetovne centre, vodilne na področju urologije v Evropi. Tako je večkrat obiskal London oziroma Inštitut za urologijo in Guys Hospital, pa nemške in francoske urološke klinike, od koder je prinesel in uvajal doma najnovejša spoznanja in tehnike operativne, zlasti rekonstruktivne kirurgije urotakta. Prvi je pri nas izvedel vstavitve umetnega uretralnega sfinktra, penilnih protez, nadomestitve mehurja z detubulariziranim črevesom, kontinentno urinsko derivacijo in popolno rekonstrukcijo spodnjega dela sečil. To je nekaj od številnih operativnih metod, ki so vpeljale slovensko urologijo v tokove sodobne evropske medicine.

Njegovo glavno zanimanje na raziskovalnem področju je veljalo urodinamskim prei-

skavam in urinski inkontinenci. Rezultat teh raziskav je bil doktorat znanosti v letu 1982 z naslovom: Električna stimulacija pri zdravljenju urinske inkontinence – mehanizmi delovanja. Bil je glavni raziskovalec ali sodelavec še pri nekaj raziskovalnih projektih s tega področja. Sadovi teh raziskav so se pokazali v izboljšanju metod električne stimulacije pri urinski inkontinenci, natančnejših indikacijah in boljšem razumevanju delovanja. S sodelavci je razvil aparat za merjenje električne prevodnosti sečnice, ki je nova originalna metoda za ugotavljanje urinske inkontinence.

Ob vsem tem delu se je posvečal še pedagoški dejavnosti. Že kot mlad specializant urologije je poučeval kirurgijo na srednji zdravstveni šoli in si tako pridobil prve pedagoške izkušnje. V letu 1977 je bil izvoljen v asistenta na Medicinski fakulteti v Ljubljani, leta 1983 v docenta in leta 1988 v izrednega profesorja. Njegova predavanja so bila vedno skrbno pripravljena, znal jih je popestriti bodisi s primeri iz klinične prakse ali z diapozitivi. Med študenti je veljal za strogega, vendar za zelo pravičnega izpraševalca.

Dopust in prosti čas je namenil študiju in pisanju člankov, ki jih je objavil prek 150 v domačih in tujih strokovnih revijah. Dolga leta je bil član uredniškega odbora Zdravstvenega vestnika, član odbora glasila Urodinamica iz Italije in član odbora glasila združenja italijanskih urologov Urologia.

Profesor dr. Janež je nenehno skrbel za strokovni razvoj klinike, uvajal nove diagnostične metode in oblike zdravljenja. Pridobil si je številne znanke in prijatelje ne samo po republikah bivše Jugoslavije, temveč tudi po

vsem prostoru srednje Evrope. Navezal je številne stike z urologi sosednjih držav, s katerimi se srečujemo na krajših delovnih srečanjih. Bil je poln načrtov za prihodnost, saj samostojnost in ustanovitve lastne države zahteva nove načine dela. Te načrte je jemal kot svojo dolžnost in nalogo, saj mu je bila samoumevna povezava z evropsko urološko

znanostjo. Sam je bil vpet v evropsko urološko, ki zlasti poudarja samostojnost te stroge v kirurgiji in medicini.

Ob vsem tem strokovnem in pedagoškem delu ter vodenju klinike je ostal skromen človek. Svojih velikih uspehov ni poudarjal, saj je menil, da lahko dela govorijo sama. Vsakemu kolegu je uspel najti dober stro-

kovni nasvet, bolniku spodbudno besedo, vsakemu pa je podal optimističen pogled v svet. Njegovo odsotnost ne bomo mogli kmalu zapolniti, ostala nam je njegova bogata zapuščina, ki nas obvezuje in usmerja v prihodnost.

Dr. Andrej Kmetec

nove knjige

PRIKAZI

Zdravstvena vzgoja

Smith T. (ur.) in sod. *Družinska zdravstvena enciklopedija*. Državna založba Slovenije, 1992. Prevedli Likar M. in dr. Cena SIT 6950,00.

Britansko zdravniško združenje je angažiralo 152 strokovnjakov, 18 ilustratorjev, 25 ocenjevalcev in 4 strokovne urednike, ki so pripravili impozantno delo. V njem po krajšem uvodnem poglavju o načelih zdravega življenja, sodobni diagnostiki in terapiji sledi poglavni del, ki v krajših člankih jasno in poljudno razloži okrog 5000 medicinskih pojmov. Besedilo dopolnjujejo številne črno-bele in barvne fotografije, dvobarvne in večbarvne sheme, grafi, preglednice in tabele. V dodanem indeksu zdravil so predstavljene številne zdravilne učinkovine z njihovimi zaščitnimi in generičnimi imeni. Stvarno kazalo je skrbno in nadrobno izdelano.

Slovenski založnik se je lotil zahtevne in zapletene naloge, ki jo je opravila skupina strokovnih prevajalcev ob pomoči urednikov in lektorjev. Pohvalo zasluži ta skupina zato, ker se je trudila, da bi bili v prevodu uporabljeni ustrezni strokovni termini, ker so dodali indeksu angleških zdravil takšna, ki jih je mogoče dobiti pri nas, in ker so del podatkov, ki veljajo v glavnem za Veliko Britanijo in Združene države Amerike, nadomestili z domačimi podatki.

Potreben bi bil sistematičen in zamuden pregled te zajetne knjige, če bi hoteli pravično soditi o kvaliteti prevoda v celoti. Vendar nas že orientacijski pregled prepriča, da je delo prevajalcev v splošnem solidno opravljeno. Najdemo pa lahko tudi nekaj spodrsljajev, od katerih so nekateri najbrž povzročeni že v izvirniku. Navedimo nekaj primerov!

Pri plodu se hrustanec ne spreminja v kost, ampak hrustančevino nadomešča

kostnina. Branhialne nepravilnosti niso posledica nenormalnega razvoja samo škržnih lokov, ampak tudi brazd in žepov. Kolenski zgib bi moral biti dosledno kolenski sklep. Črevo je tanko in debelo, ne pa široko. Radioopačen je za sevanje neprehoden. Za »bypass« je ustaljen obvod in ne premostitev. Mastocit je tkivni bazofilec. Pri nas poznamo Gravesovo bolezen kot Basedowovo bolezen, notohorda pa je dorzalna horda. Raynaudev pišemo po veljavnem pravopisu Raynaudov (ali kvečjemu raynaudov) znak, Fallotova pa je Fallotova (ali kvečjemu fallotova) tetralogija, pri čemer se ne oziramo na izgovarjavo. Izvedenke iz tiroidea pišemo dosledno vse brez opuščene e, in sicer zaradi mednarodno sprejete anatomske terminologije, ne glede na grški etimon tireos, npr.: tiroiditis, tiroglosus, hipotiroidizem, hiperparatiroidizem, tako kot tiroidektomija, tirotoksikozna itd. Motijo zlasti tiste tiskovne napake, ki jih nestrokovnjak ne more sam popraviti, npr. »luteinizirajoči hormon, (sic!) sproščujoči hormon« namesto »luteinizirajoči hormon sproščujoči hormon« ali še bolje luteoliberin, prav tako motijo zamenjave označb v slikah.

Sklepno ocenjujem delo kot zelo koristno, tako za nestrokovnjake kot tudi za strokovnjake. Pri morebitni drugi izdaji bi bilo mogoče z nekaj skrbnosti in truda odpraviti tudi našete pomanjkljivosti, kar bi bilo delu v korist.

Miroslav Kališnik

Zgodovina zdravstva

Zbornik o razvoju zdravstva na Celjskem 1953–1985. Zdravstveni center Celje, 1991, 367 strani, 50 črno-belih slik, 27 tabel.

Zbornik je uredil 12-članski uredniški odbor, glavni urednik pa je bil mag. Marjan Hrušovar, dr. med. Nastajal je od pomladi leta 1983 in predstavlja tematsko nadaljevanje zbornika »Zdravstvo v Celju in okolici do l. 1952«.

Najprej je bilo predvideno, da bo zbornik prikazal razvoj zdravstva na Celjskem od l. 1953 do 1983. Prispevke, ki so bili zbrani do

l. 1985, je jezikovno uredil prof. Tine Orel (umrl l. 1985). Vendar se je pokazalo, da so zbrani prispevki popolnoma neuskkljeni in da ne pokrivajo vseh področij zdravstva na Celjskem. Zaradi tega se je uredniški odbor odločil, da zbornika ne pošlje v tisk, ampak odpravi pomanjkljivosti in napake ter razširi prikaz razvoja zdravstva do l. 1985. Usklajevanje prispevkov je trajalo do decembra 1988. Takrat je prevzel pripravo teksta za objavo prim. dr. Jože Četina, ki je bil dober poznavalec dogajanj v obdobju od l. 1953 do 1985. Zbornik je jezikovno in vsebinsko uredil ter prilagodil tekste glede na dana navodila.

Delo obsega opis dejavnosti celotnega področja, ki ga pokriva ZC Celje. Avtorji prispevkov so predstojniki bolnišnične in specialistične ambulantne dejavnosti, splošne medicine, medicine dela, ustanov za zdravstveno varstvo žensk ter zdravstveno varstvo predšolskih in šolskih otrok, zobozdravstva in lekarniške mreže. Zbornik vsebuje tudi opis dela Srednje zdravstvene šole, zdravilišča, Zavoda za socialno medicino in higieno, domov oskrbovancev na celjskem področju ter delovanja zdravniškega društva in raziskovalne dejavnosti na celjskem področju.

42 avtorjev je napisalo 46 prispevkov, ki opisujejo dejavnost in razvoj njihovih enot v obdobju 33 let. Prispevki so sestavljeni tako, da navajajo najprej splošne podatke o razvoju strok, nato splošne podatke o kadrovskega razvoju in zasedbi danes ter končno patologijo in razvoj strokovnega dela na posameznem oddelku.

Po pregledu snovi je mogoče soditi o razvoju in uspehih zdravstvene, socialne in pedagoške dejavnosti v zadnjih 33 letih. Čeprav ima knjiga nekaj tehničnih pomanjkljivosti (ni navedeno leto izdaje in izdajatelj, vezava je slaba), je vendarle dragocen prispevek sedanjim rodovom, da bodo lahko svoje delo in uspehe primerjali s preteklim obdobjem, predvsem pa spodbuda, da bodo tudi sami beležili pomembne dogodke v razvoju svoje dejavnosti ter tako nadaljevali z izdajanjem zbornika.

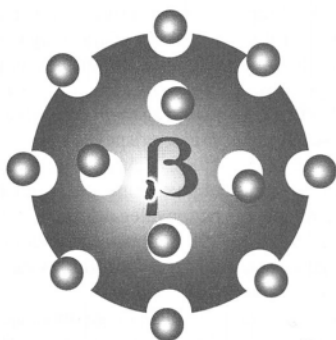
Prof. dr. Janko Lešničar, dr. med.

ANTIDIAB[®]

tablete

glipizid

**oralni antidiabetik z najhitrejšim delovanjem
in najmanjšo možnostjo povzročanja podaljšanih hipoglikemij**



- *optimalno spodbuja izločanje insulina*
- *zboljša učinek insulina na periferna tkiva*
- *znižuje koncentracijo lipidov v plazmi*
- *terapevtična učinkovitost je enaka tudi po večletnem jemanju*
- *varno zdravilo, zlasti primerno za starejše bolnike*

Ena doza Antidiaba omogoča pri večini bolnikov 24-urno učinkovito uravnavanje presnove glukoze.

Indikacije

Od insulina neodvisna sladkorna bolezen, ki je ne moremo učinkovito uravnavati samo z dieto.

Kontraindikacije

Kot vseh drugih pripravkov sulfoniluree tudi glipizida ne smemo uporabljati za zdravljenje od insulina odvisne sladkorne bolezni, med akutnim poslabšanjem sladkorne bolezni, nosečnostjo, pri bolnikih s hudo ledvično, jetrno ali adrenalno insuficienco in pri preobčutljivosti za preparate sulfoniluree.

Oprema

30 tablet po 5 mg

Podrobnejše informacije in literaturo dobite pri proizvajalcu.



KRKA

tovarna zdravil, p.o., Novo mesto, Slovenija

Creditanstalt - Nova banka d.d.



Smo sodobna, avstrijsko - slovenska bančna družba, ki nudi vse vrste bančnih storitev občanom, zasebnikom in seveda podjetjem in drugim pravnim osebam.

Creditanstalt - Nova banka je usposobljena in pripravljena opravljati paleto storitev, ki jih potrebuje tudi vi, ki delate v zdravstvu.

Nudimo vam:

- **finančno pomoč pri odpiranju in zagonu zasebne zdravniške prakse,**
- kreditno depozitne posle,
- posle mednarodnega plačilnega prometa,
- ekonomsko in finančno svetovanje,
- posle borznega posredovanja,
- odpiranje in vodenje tekočih računov,
- razne oblike tolarskega varčevanja,
- devizno varčevanje na kratki in dolgi rok,
- odkup in prodaja deviz ter
- vse druge običajne bančne storitve.

Ob tej priložnosti vam predstavljamo tudi novost v našem poslovanju - devizno hranilno knjižico, s katero lahko poslujete tudi v Avstriji.

Poiščite nas v naši centrali v Ljubljani, Šubičeva c. 3, tel.: 061/215-877 in 215-631, ali pa v eni od naših poslovnih enot: v Novi Gorici, v Mariboru, v Murski Soboti, na Ptuju ali v Zagorju.

Creditanstalt - Nova banka d.d.



Z nami do uspeha

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

Zdravniški vestnik (ZV) je glasilo Slovenskega zdravniškega društva. Naslov uredništva je Zdravstveni 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 je članek pisalo več soavtorjev, je potrebno 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/Tokija.

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 lektroja, 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 uporablja le enote SI in tiste, ki jih dovoljuje Zakon o merskih enotah in merilih (Uradni list SFRJ št. 13/76).

Spremni dopis

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

Tipkopis

Prispevki morajo biti poslani v trojniku, tipkani na eni strani boljšelega belega pisarniškega papirja formata A4. Med vrsticami mora biti dvojni razmik (po 27 vrstic na stran), na vseh straneh pa mora biti rob širok najmanj 30 mm. Avtorji, ki pišejo besedila s pomočjo PC kompatibilnega računalnika, jih lahko pošljejo uredništvu na 5 1/4 inčnih disketah, formatiranih na 360 Kb ali 1,2 Mb, kar bo pospešilo uredniški postopek. Ko bo le-ta končan, uredništvo diskete vrne. Besedila naj bodo napisana s programom Wordstar ali z drugim besedilnikom, ki hrani zapise v ASCII kodi. V besedilu so dovoljene kratice, ki pa jih je potrebno pri prvi navedbi razložiti. Že uveljavljenih okrajšav ni potrebno 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 potrebno navesti še skrajšano verzijo naslova za tekoči naslov. Na naslovni strani naj bo navedenih tudi po pet ključnih besed (uporabljene naj bodo besede, ki natančneje opredeljujejo vsebino prispevka in ne nastopajo v naslovu; v slovenščini in angleščini) ter eventualni financerji raziskave (s številko pogodbe).

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

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

Metode (Methods): Opisati je treba glavne značilnosti izvedbe raziskave (npr. trajanje) opisati vzorec, ki se ga proučuje (npr. randomizacija, dvojno slepi poizkuse, 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: 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 izvečka 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 izvečka.

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

Tabele

Natipkane naj bodo na posebnem listu. Vsaka tabela mora biti oštevilčena z zaporedno številko. Tabele morajo imeti najmanj dva stolpca. Vsebovati mora: naslov, (biti mora dovolj poveden, da razloži kaj tabela prikazuje, ne da bi bilo potrebno brati članek; če so v tabeli podatki v odstotkih, je potrebno v naslovu navesti bazo za računanje odstotka; potrebno 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 kritic v tabeli. Vsa polja tabele morajo biti izpolnjena in mora biti jasno označeno, če ev. manjkajo podatki.

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

Slike

Risbe morajo biti risane s črnim tušem na bel trd papir. Pri velikosti je potrebno upoštevati, da bodo v ZV pomanjšane na širino stolpca (81 mm) ali kvečjemu na dva stolpca (168 mm). Morebitno besedilo na sliki mora biti izpisano z letraset črkami Helvetica Medium. Pri velikosti črk je potrebno 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 potrebno označiti, kam spada posamična slika.

Literatura

Vsako trditev, dognanje ali misel drugih, je potrebno potrditi z referenco. Neobjavljeni podatki ali pa osebno sporočilo ne spada v seznam literature. Navedke v besedilu je potrebno 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 potrebno navesti prej. Vsi navedki iz besedila morajo biti vsebovani v seznamu literature.

Literatura naj bo zbrana na koncu članka po zaporednih številkah navedkov. Če je citiran članek napisalo 6 avtorjev ali manj, jih je potrebno 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 potrebno 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. Korekture je potrebno 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 potrebno zaprositi na Uredništvo Zdravniškega vestnika, Komenskega 4, 61000 Ljubljana.

Navodila za delo recenzentov

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

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

Če recenzent meni, da delo ni vredno objave v ZV, prosimo, da navede vse razloge, zaradi katerih delo zasluži negativno oceno. Negativno ocenjen članke 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 da jim je treba pomagati za 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 potrebno, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem in korigiranjem, čeprav ni napak, če opozori na take pomanjkljivosti. Posebej Vas prosimo, da ste pozorni na to, ali je naslov dela jasev in koncizen in ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvene podatke članka; ali avtor citira najnovejšo literaturo in ali omenja domače avtorje, ki so pisali o isti temi v domačih časopisih in v ZV; ali se avtor izogiba avtorjem, ki zagovarjajo drugačna mnenja, kot so njegova; ali navaja tuje misli brez citiranja; ali so literaturni citati točni. Preveriti je treba dostopne reference. Prav tako je treba oceniti, če so slike, tabele in grafi točni in da se v tabelah ne ponavlja tisto, kar je že navedeno v tekstu; da ne vsebujejo nepojasnjenih kratic, da so številčni podatki v tabelah ustrezni onim v tekstu ter da ni napak.

Če recenzent meni, da delo potrebuje dopolnilo (komentar) ali da bi ga sam lahko dopolnil (s podatki iz literature ali lastnimi izkušnjami), se lahko dogovori z urednikom, da se tak komentar objavi v isti številki kot ocenjevano delo.

Recenzij ne plačujemo.

zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY

CELJE ISSUE

PREFACE

On the occasion of eight Celje issue of Zdravniški vestnik, J. Drinovec 529

RESEARCH ARTICLE

The influence of intrauterine devices on pelvic inflammatory disease and ectopic pregnancy, D. Glušič 531

PROFESSIONAL ARTICLES

Ultrasound diagnosis of neonatal adrenal haemorrhage, Z. Felc, J. Tikvič-Barič, A. Ilijaš-Trofenik, S. Peterlin 535

The results of endometrial cancer treatment at the Celje Department for gynecology and obstetrics, A. Peterlin, J. Kuhelj, S. Levak-Hozjan 537

Toxoplasmic lymphadenitis – The cytomorphologic features and differential diagnosis, A. Repše-Fokter, M. Us-Krašovec, R. Golouh, J. Logar 541

Patient's satisfaction with health service, A. Žmavc, F. Velikanje 545

The influence of operative technique on endotelization of anastomoses and passing of venous autotransplant, B. Fludernik, I. Jelič 551

Electrophysiologic characteristics of symphatetic skin response in health people, B. Šibanc 555

Reconstruction of the overlooked zigoma fracture, D. Žerdoner 561

Medical supervision and counseling in general practice, F. Urlep 563

Hepatitis non A non B in the light of new findings and results of antihepatitis C virus testings in the Department of infectious disease at Celje, G. Lešničar 567

Treatment of the large defects of the jaws after the removal the larger cysts, S. Fludernik, M. Bagatin 575

GENERAL REVIEWS

Preliminary results from the study of acute hepatitis non A non B (hepatitis C), G. Lešničar 579

LETTERS TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS

The Journal appears regularly every month. Yearly subscription for members of the Slovene Medical Society is included in the membership amounting to 2.600,00 SIT, for students 650,00 SIT, for institutions 20.000,00 SIT, for foreign countries 300 US \$; single number costs 400,00 SIT. The issue is subsidized by Ministry for research and technology, Ministry for health, family and social service and Health center Celje – Printed by DELO – Printed in 4300 copies

Zdrav Vestn	Year 61	No. 11	Page 529–592	Ljubljana	November 1992
-------------	---------	---------------	--------------	-----------	---------------