



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 63, JUNIJ-JULIJ 1994, str. 349-434, ŠT. 6-7

ŠTEVILKA SPLOŠNE BOLNIŠNICE V MARIBORU II

VSEBINA

UVODNIK

Mariborska bolnišnica skozi čas, E. Glaser 349

STROKOVNI PRISPEVKI

Preprečevanje poopeklinskih hipertrofičnih brazgotin s pomočjo kompresijskih oblačil, D. Čelan, Z. Turk, K. Šparaš, J. Barovič 357

Cenovni prihranek postoperativne tromboprolifakse pri ortopedskih bolnikih, V. Urlep-Šalinovič, B. Jelatancev 361

Preprečevanje pooperativnih zarastlin po mikrokirurški operaciji, I. Takač, V. Vlajsavljevič 365

Ambulantna kirurgija varic, V. Flis 369

Anti hepatitis C virus pozitivni rezultati v luči preverjanja s testom RIBA, E. Glaser 373

Vpliv kolidnega bizmutovega subcitrata in ranitidina na eradikacijo bakterije Heliobacter pylori pri bolniku z gastritisom in ulusno boleznijo, J. Gorišek, Ž. Pinter, M. Pocajt, R. Kavalari, D. Novak 377

Prospektivna študija trotirne antimikrobne terapije pacientov s Heliobacter pylori pozitivnim kroničnim duodenalnim ulkusom, B. Tepeš, B. Kavčič 381

Tranzioceularni karcinom ledvice pri bolniku s končno odpovedjo ledvic, zdravljenim s hemodializo, T. Gračner, R. Hojs, A. Požar 387

PREGLEDNI PRISPEVKI

Endoskopski ultrazvok - nova diagnostična smer v gastroenterologiji, M. Skalicky, P. Skok, M. Pocajt, C. Pernat 389

PISMA UREDNIŠTVU

V razmislek zdravnikom nevroloških ved, M. Stajanko, M. Lipovšek 393

RAZGLEDI

Nekrologi 395

Strokovno izpopolnjevanje 395

Strokovna srečanja 397

Delo SZD 400

Zdravniki v prostem času 410

Zdravniški vestnik pred 60 leti 411

Aktualni pogovor 413

Nove knjige 415

V tej številki so sodelovali 359

Oglasi 356, 360, 364, 368, 372, 380, 386, 392, 394, 418,

419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428,

429, 430, 431, 432, 433

Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, T. Žgur

Sourednik/Co-editor:

I. Krajnc

Tehnični urednik/Technical Editor:

P. Dolenc

Uredniški svet/Editorial Council:

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

Uredniški odbor/Editorial Board:

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

Tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanović

Lektor za slovenščino/Reader for Slovenian:

T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

J. Gubenšek

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

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

Tekoči račun pri/Current Account with

LB 50101-678-48620

UDK 61+614.258(061.1)=863=20

CODEN: ZDVEEB ISSN 1318-0347

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:

Biological Abstracts, Biomedicina Slovenica,

BIOSIS, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino.

ki znaša 5.200,00 SIT, za študente 1.300,00 SIT, za ustanove 40.000,00 SIT,

za tujino 300 US \$, posamezna številka stane 1.000,00 SIT.

To številko so financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo,

Ministrstvo za zdravstvo; Splošna bolnišnica Maribor

- Tisk Tiskarna "Jože Moškrič", Ljubljana - Naklada 4200 izvodov

The Journal appears regularly every month.

Yearly subscription for members of the Slovene Medical Society

is included in the membership amounting to 5.200,00 SIT,

for students 1.300,00 SIT, for institutions 40.000,00 SIT, for foreign

countries 300 US \$; single number costs 1.000,00 SIT.

The issue is subsidized by Ministry for Research and Technology,

Ministry for Health and Maribor General Hospital

- Printed by Tiskarna "Jože Moškrič", Ljubljana - Printed in 4200 copies

Uvodnik/Leading article

MARIBORSKA BOLNIŠNICA SKOZI ČAS

OD MEŠČANSKEGA ŠPITALA PREK JAVNE BOLNIŠNICE DO SPLOŠNE (UČEČE) BOLNIŠNICE MARIBOR

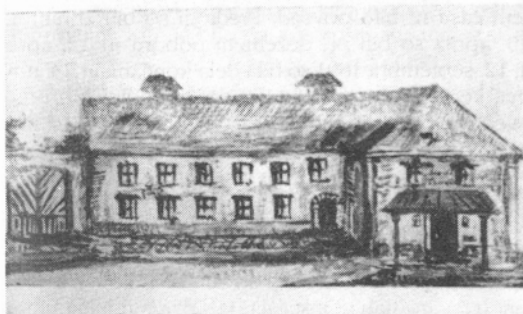
Edvard Glaser

Starejša zgodovina zdravstva v Mariboru

Predvidevamo, da je Maribor le starejši, saj so pred nedavnim pri izkopavanjih našli na še starejše ostanke gradenj od doslej znanih, ki so uvrščale Maribor nekako v 11. stoletje, prvič dokumentirano 1164, ko omenjajo trdnjavo na Piramidi kot castrum Marchburch. Verjetno je v tisti dobi tudi nastala naselbina pod trdnjavo. Kjerkoli so se naseljevali ljudje, se je kaj kmalu pojavljalo tudi zdravstvo. Verjetno so se posamezniki pojavljali že mnogo prej od časa, ko smo lahko zgodovinsko zajemali osebe časovno in poimensko, predvsem one, ki so že takrat bile priznane kot zdravstveni delavci. Vse to velja seveda tudi za mariborsko področje, kjer leta 1243 zasledimo židovskega ranocelnika Wolframa Chirurga in leta 1290 zdravnika Johanna, ki naj bi bil že diplomirani zdravnik. Od tega časa naprej najdemo vse več imen in letnic o osebnostih, ki so delovale kot ranocelniki, zdravniki ali padarji na tem območju. Prva dejanska zdravstvena ustanova v 13. stoletju bi naj bil leprozorij, ki je pozneje prešel v lazaret za kužne. Vse bolj se omenja medicina, ki je izhajala iz Minoritskega samostana na Lentu že okoli leta 1460, 400 let pozneje pa iz kapucinskega samostana, medtem ko se prva mariborska hiralnica omenja leta 1328.

Meščanski špital 1348

Leta 1348 zgodovinarji omenjajo prvi meščanski špital v Mariboru, ki je stal v Stolni ulici (današnji Poštni) vse do 19. stoletja. Dandanes stoji na tem mestu glavna pošta.



Sl. 1. Mariborski meščanski špital.

Meščanski špital je materialno kar dobro stal, saj so mnogi dobrotniki darovali zemljišča, polja, vrtove, vinograde, pa druge nepremičnine. Tako štejejo ta meščanski špital med najbogatejše na Štajerskem. V njem je bilo 9 oskrbovancev, s katerimi so kar dobro ravnali, saj so jih vsakih 14 dni kopali, zatem so prejeli pol merice vina, dobili so tudi hrano in obleko. Leta 1847 je bilo v meščanskem špitalu 20 oskrbovancev, vendar je do takrat skopnelo tudi bogastvo, kar so čutili tudi sami oskrbovanci, ki so dnevno

sprejemali le še 4 krajcarje ter za kurjavo letno klaftro drv. To stavbo so leta 1891 porušili.

Kljub temu, da se je takratna ustanova deklarirala kot hiralnica in ni imela redne zdravstvene oskrbe, mnogi vendarle vidijo v njej začetke današnje Splošne bolnišnice v Mariboru. Gerhard Van Swietenove reforme so blagodejno delovale tudi na našem območju. Vplivale so na izboljšanje zdravstva tudi v Mariboru.

Zgodovinska obdobja bolnišnice 1799–1994

Zgodovino mariborske bolnišnice lahko delimo v nekaj obdobjih tako od l. 1799 do 1837, kot obdobje mariborske mestne bolnišnice, v avstrijsko obdobje od leta 1857 do 1918, razdobje v prvi Jugoslaviji od leta 1919 do 1941, dobo nemške okupacije od 1941 do 1945 in dobo od leta 1945 naprej v povojni Jugoslaviji, ko je bolnišnica prehajala od družbenega razvoja, od proračunske v zdravstveno ustanovo z družbenim upravljanjem in samostojnim financiranjem in najnovejšo obdobje od leta 1991 naprej.

Bolnišnica je prevzemala vse več zahtevnih del na Štajerskem, Koroški in Prekmurju. Bolnišnica je bila do leta 1855 karitativna ustanova, potem je postala socialna ustanova za pomoč siromašnim bolnikom, po koncu prve svetovne vojne pa je postala narodna ustanova kot središče znanstveno medicinske oskrbe bolnikov. V povojni Jugoslaviji od leta 1945 naprej je več razdobjih, najnovejše se pa bistveno razlikuje od prejšnjih.

Mestna bolnišnica 1799

Leta 1799 dobi Maribor svojo bolnišnico. Marija Terezija in Jožef II. sta s svojimi reformami vnesla mnoge prvine tudi v zdravstvo. Leta 1776 je bil ustanovljen kirurški gremij, ki je bil stanovsko cehovsko društvo, katero pa je vendarle skušalo svoje člane pri strokovnem delu dopolnjevati. Leta 1873 je bil gremij ukinjen. 3. 1. 1876 pa je bilo ustanovljeno mariborsko zdravniško društvo. Njegovo delovanje je bilo dvakrat prekinjeno: po prvi svetovni vojni med leti 1918 in 1921 ter med leti 1941 in 1945. Z medicinskega vidika so se razmere na našem območju izboljšale predvsem z ustanovitvijo medicinsko kirurškega učnega zavoda v Gradcu, kjer se je 10 let pozneje začel medicinski študij za splošne zdravnike. Od tam so prihajali k nam zdravniki kirurgi in babice. Slednje so že leta 1808 dobivale svoj pouk v slovenskem jeziku. Po ustanovitvi največje štajerske bolnišnice v Gradcu so že leta 1789 predlagali na Dunaju ustanovitev javne bolnišnice v Mariboru, ki je bila odprta 1. decembra 1799 v stavbi poleg meščanskega špitala na današnjem Slomškovem trgu št. 11. Lastniki nove javne bolnišnice so bili mariborski meščani. Magistrat je bolnišnico zgradil iz špitalskega fonda, bila pa je pod nadzorstvom Okrožnega urada in Mestne uprave. Služila naj bi oskrbi hiravih, duševno zaostalim, bolnikom z neozdravljivimi boleznimi ali hibami, pohabljenim, sprejemala pa bi naj na zdravljenje tudi revne bolnike. Umobolnica je bila v Gradcu. Za hirave so plačevali njihovi okraji ali občine po 10 krajcarjev na dan. Oskrba bolnikov je bila dražja. Strokovno vodstvo je imel okrožni fizik, mesečna poročila o delu bolnišnice so pošiljali magistratu in okrožnemu uradu, letno pa deželni guberniji v Gradec. Kot ustanoviteljica je mariborska občina zase zadržala le osem postelj od štiriindvajsetih.

ostalo je bilo za celotno okrožje, četudi to ni ničesar prispevalo k izgradnji. Občine hiravcev in neozdravljivih niso pošiljale v bolnišnico, ampak so jih raje zadrževale doma, saj so bili stroški v bolnišnici visoki. Bolnišnica je prihajala v vse večje denarne težave. V taki denarni stiski je država leta 1811 razglasila hiralnice in bolnišnice za krajevne zavode, ki jih morajo vzdrževati občine same. Kmalu so uveljavili novi red z ugotovitvijo, da civilna bolnišnica povsem ustreza potrebam mesta in celega okrožja. Okrožni fizik dr. Anton Kuker v dvanajstih letih kot ordinarij v bolnišnici ni imel nikoli več kot 28 bolnikov, dasi je bilo na voljo osem sob za 40 bolnikov. Ker so bile mnoge postelje nezasedene, je bila bolnišnica pripravljena sprejeti bolnike ob izbruhu kakršnekoli epidemije. Bolnišnico naj vodi le en mestni uradnik. Sprejemajo le bolnike, za katere plačujejo bivanje v bolnišnici, vsaj za en mesec naprej. Okraj naj poravnava račune za sifilitične in obubožane. Mestni uradnik mora imeti večjo kontrolo nad bolnišnico, nadzor nad bolnišničnim strežnikom, kuharico in hrano. Za oba priporočajo višjo plačo. «Krankenhausvater» se mora dnevno pojavljati vsaj ob 11. uri in nadzorovati hrano, upoštevanje

prehod nekdanje bolnišnice v novo obliko bolnišnice v sedanjem smislu.

Selitev bolnišnice na Tržaško cesto 1855

Zaradi vse večjega navala bolnikov so počasi povečevali število postelj od 24 na 30, kmalu pa je bil sprejet predlog za 50 postelj. Gubernij je 13. 9. 1844 odobril razširitev bolnišnice in leta 1855 so odkupili Prosenjakovo (Prosenag) hišo v Magdalenskem predmestju, ki je takrat stala povsem zunaj mesta (na sedanjih lokaciji), daleč naokoli obdana s polji in vrtovi.

Novi bolnišnica je imela 28 sob, v njej naj bi namestili 150 postelj. Šele v letih 1869 in 1889 je bilo v njej prostora za 110 postelj. Že leta 1857 je bolnišnica dobila pravico javnega zavoda pod upravo Deželnega odbora z odborom: z upravnikom zavoda, zdravniki, županom občine in dvema občinskima odbornikoma. Leto dni pozneje je to vlogo prevzel upravnik bolnišnice in Deželni odbor, ki je vsak čas odločilno posegal v zdravstvena vprašanja. 1. novembra 1901 je bila ukinjena soudeležba občin, bolnišnica je postala deželni zavod.

Štajersko zdravniško društvo 1862

17. maja 1862 je bilo v Gradcu ustanovljeno «Štajersko zdravniško društvo», zdravniški časopis je izšel prvič leta 1865, to je že dve leti zatem, ko je leta 1863 v Gradcu bila ustanovljena medicinska fakulteta, ki je podeljevala naslov doktorja medicine. Kirurška šola je bila ukinjena, zato je primanjkovalo kirurgov: v štirinajstih letih se je v Mariboru z okolico pojavil samo en doktor medicine, število ranocelnikov je padlo za dvanajst. Leta 1887 je bilo v Mariboru osem doktorjev medicine, dva kirurga, osemnajst babic in trije lekarnarji.

Širjenje bolnišnice 1882

1869 so bolnišnico povečali, v njej je bilo prostora za 110 postelj. Leta 1882 so dozidali polovico današnjega internega bloka s štirimi dvoranami za bolnike, eno operacijsko dvorano in kuhinjo. 1. januarja 1884 je mestna občina Maribor prodala celotno bolnišnico bolniškemu fondu in pridržala 40 postelj za 20 let. Leta 1890 je deželni gradbeni urad v Gradcu predlagal graditev in dozidavo drugega dela medicinskega bloka s štirimi velikimi sobami za bolnike (po 12 postelj), s pritliklinami in modernizacijo, ki je v takratnem času ni bilo povsod. Predlogi so bili zbrani 8. aprila 1890, 10. aprila so bili pri deželnem odboru in 12. aprila 1890 sprejeti, 12. septembra 1891 so bila dela končana in 23. novembra naseljena, ko je bilo v zavodu 190 do 200 bolniških postelj, kar enkrat več od prejšnjih 110. Leto dni pozneje so službovali v bolnišnici upravnik, pomožni uradnik, sekundarij, trije strežniki, osem sester, dve sestri s poldnevno službo, strežnica, ena pomožna strežnica, dve dekli, hlapec in perici. Med leti 1895 do 1907 je bolnišnica odkupila nekaj sosednjih parcel, saj je stiska v bolnišnici postajala vse večja.

Leta 1896 je bilo v bolnišnici 250 do 260 bolnikov, med njimi 40% žensk in 60% moških. Obstajala sta dva oddelka, medicinski (interni) in kirurški. Na slednjem so zdravili tudi spolne, kožne in očesne bolezni.

Po sporih s sosedi so dogotovili in predali v uporabo med leti 1897–1898 izolirnico (infekcijski oddelek), mrtvašnico, gospodarsko poslopje in hišo za dezinfekcijo. Revizijski ogled je bil opravljen 1. oktobra 1900.

Velik korak v prihodnost je bil storjen z napeljavo telefona 3. avgusta 1901, vodovoda leta 1902 in plinske razsvetljave leta 1904. Gradbeni urad je leta 1901 predlagal zgraditev kirurškega paviljona, kuhinjskega poslopja in zvezni hodnik, ki bi povezal glavni vhod z internim in kirurškim oddelkom ter kuhinjo. Ta prepleti križni hodnik so žal pozneje podrli. Omenjeni objekti so bili zgrajeni med leti 1901 in 1905.



Sl. 2. Psihijatrija.

predpisane diete in terapije. Rjuhe in perilo je menjati 1. in 16. v mesecu, dnevno pa voditi inventar.

Iz poročila Okrožnega urada Deželnemu odboru z dne 2. julija 1842 je videti, da je bilo leta 1841 zdravljenih 177 bolnikov, 142 jih je bilo ozdravljenih, v bolnišnici je zaradi nadaljnega zdravljenja ostalo 13 bolnikov, 22 pa jih je umrlo.

Okrožni fizik in okrožni kirurg sta opravljala svoje delo brezplačno, za bolnike pa sta skrbela strežnik in strežnica. Kuharica je kuhala na obračun, mestni magistrat pa je skrbel za vse ostalo, predvsem za upravo. V istem poročilu se omenja, da bolne sprejema mariborska mestna bolnišnica, meščanski špital pa samo še hirave in neozdravljive. V mestni bolnišnici je bilo takrat 30 postelj, ki so bile le delno zasedene. V mestno bolnišnico so večkrat pošiljali svoje bolnike tudi iz kasarn, čeprav so v mestu bili lazareti, posebej za časa kuge, ki je tod pustošila v letih 1348, 1350, 1386, 1542, 1580, 1586 in 1624. Med kugo je v določenem času kot bolnišnica za kužne bolnike rabila tudi stavba, kjer domujejo gasilci na Koroški cesti 12.

Predloga za višje cene Okrožni urad ni sprejel, pač pa je predlagal nadzidavo bolnišnice v dvonadstropno. Zaradi pomanjkljive postrežbe bolnikov in drugih nevedčnosti je leta 1844 štajerski deželni gubernij mariborskemu magistratu, ki je vodil bolnišnico, odobril uporabo treh častnih sester. Bolnišnica je tedaj imela 29 postelj iz mehkega lesa, 20 vzglavnih tablic, 24 posteljnih omaric, nekaj kuhinjske posode in zelo slabo zalogo perila. Že takrat je tu sprožena misel, da si lahko boljše sobe omislijo oni, ki bodo tudi več plačevali za oskrbo, oni bodo povsem ločeni od bolnikov z nalezljivimi boleznimi. Prepovedano je sprejemati nosečnice, blazneže, hirave bolnike, kar mnogi ocenjujejo kot dejanski

Bolnišnica je v tem času lahko sprejela 315 bolnikov. Oddelka sta vodila dva ordinarija, trije sekundariji, en volonter, pravnik, ena pisarniška moč in dva pomožna uradnika.

Med vojno, leta 1915, so dozidali poleg izolirnice barako kot vojno izolirnico in epidemijsko bolnišnico in pa v sadovnjaku mariborske bolnišnice barako za bolnike s kolero. Personalna stiska v tej mariborski bolnišnici je bila v času vojne tako velika, da ni bilo niti enega kirurga. Pozneje so dobili kirurga, ki je opravljal svoje delo osem mesecev. Sicer pa so bili z mariborsko bolnišnico povezani vsi takrat v Mariboru ordinirajoči zdravniki.

Po prvi svetovni vojni 1918

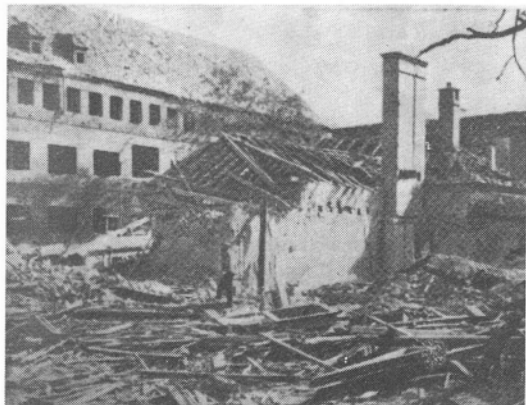
Po prvi svetovni vojni je bila Splošna bolnišnica v državni upravi, od leta 1926 do 1929 jo je prevzela mariborska oblastna samouprava, leta 1929 pa banovina.

Že takoj po prvi svetovni vojni se je mariborska bolnišnica reorganizirala, saj je imela štiri oddelke: interni z izolirnico, kirurški, otorinolaringološki in dermatološki oddelki. Leta 1919 je bolnišnica imela 410 bolniških postelj, bila je pod državno upravo, ki se je za bolnišnico slabo brigala. 1. 6. 1926 je prešla pod oblastno samoupravo mariborske oblasti. Leta 1927 je nastal na internem oddelku še pljučni odsek protituberkulozne lige v Mariboru in rentgenski zavod, leta 1928 pa porodniško-ginekološki oddelki. Do leta 1928 je imela bolnišnica 485 bolniških postelj. Leta 1929 je prevzela mariborsko bolnišnico banovinska uprava Dravske banovine.

Leta 1929 je bila v Splošni bolnišnici zgrajena zgradba za akutne infekcijske bolezni, leta 1930 prosekura in leta 1932 apoteka. Leta 1933 je bila ustanovljena strokovna medicinska knjižnica s čitalnico. V tem času je banovinska bolnišnica imela 565 bolniških postelj. Preživljala se je od socialnega zavarovanja takratnega okrožnega urada za socialno zavarovanje delavcev. Leta 1937 se je začela graditi tako zvana imenovana (danes bela) zgradba iz lastnih sredstev, dokončana je bila leta 1943. Vanjo so se preselili porodno-ginekološki, ušesni in očesni oddelki.

Med drugo svetovno vojno 1941–1945

Z nemško okupacijo leta 1941 nastopa nemška uprava. Bolnišnica je leta 1941 imela 610 postelj z 11.831 bolniki. Takrat so hoteli v Mariboru zgraditi veliko bolnišnico, kar pa ni uspelo zaradi vojaških porazov od leta 1943 naprej. Dogradili pa so črno zgradbo leta 1943, t.i. nemški blok, stanovanjska zgradba za uslužbence pa sta ostali nedograjeni. Maribor je bilo najbolj bombardirano mesto v bivši Jugoslaviji, zato je bilo dosti porušenega tudi v mariborski



Sl. 3. Zbombardirana bolnišnica 1944.

bolnišnici: zaradi tega so porodni oddelki premestili v Ormož, ginekološki oddelki pa delno v Černičev sanatorij in v poznejši otroški oddelki v Vinarski ulici. Infekcijski oddelki, ki je bil skorajda docela porušen, so preselili v šolo v Kamnico, kožni in

venerični oddelki je bil premeščen 15. 4. 1941 v barako pred infekcijskim oddelkom, maja 1941 zopet na kirurgijo, pa zaradi navala kirurških bolnikov junija 1941 v staro šolo na Magdalenškem trgu št. 5. Potem ko je bil nemški blok toliko dograjen, se je oddelki preselili vanj, prej pa je dalj časa gostoval na kirurškem oddelku.

Po drugi svetovni vojni 1945

Po končani vojni so uslužbenci mariborske bolnišnice leta 1945 aktivno sodelovali pri izgradnji porušene stavbe svoje bolnišnice. Leta 1946 dobi bolnišnica otroški oddelki, travmatologija pa je leta 1949 dobila svoje prostore v pritličju t.i. nemškega bloka. »Transfuzijska postaja« je bila ustanovljena leta 1948, delovati je začela leta 1949 na ušesnem in ginekološkem oddelku ter delno na kirurgiji. Šele 5. 2. 1953, ko je bil obnovljen tudi infekcijski oddelki, se je preselila v vzhodno krilo te stavbe; od takrat naprej datira tudi prostovoljno, anonimno in brezplačno krvodajalstvo. Preselitev v ta objekt je bila dejansko le začasna rešitev, saj se je že leta 1956 pokazala potreba po novih prostorih. Na nove prostore smo morali čakati celih 30 let. V nemški blok se je že leta 1950 vselil moderno urejen rentgenski zavod. Leta 1952 je nastal novi oddelki za pljučne bolezni na Slivniškem Pohorju v stavbi, ki so jo nemški vojni ujetniki zgradili v druge namene.

Leta 1953 je Splošna bolnišnica Maribor postala ustanova s samostojnim financiranjem, takrat je dobil svoje prostore tudi nevropsihiatrični oddelki, odsek za urologijo in plastično kirurgijo, ustanovljena sta bila dva laboratorija, na ginekološko-porodnem oddelku biološki, na internem oddelku pa centralni biokemijski laboratorij.

Leta 1954 sta formirana oddelki za ortopedijo ter oddelki za torakalno kirurgijo na kirurškem oddelku. Tega leta je Splošna bolnišnica Maribor imela 1921 bolniških postelj, v enem letu pa je sprejela 27.894 bolnikov.

Od takrat naprej je bolnišnica uvajala vse več modernih metod zdravljenja z antibiotiki, transfuzijo krvi, plazme, moderne anestezijske itn. ter z leti prešla v moderni zavod predvsem na podlagi prostovoljnih prispevkov mariborskih tovarn in drugih ustanov.



Sl. 4. Otroški oddelki 1946.

Dermatološko-venerološki oddelki se je februarja 1948 preselil v nemško stavbo, leta 1957 pa je dobil svojo prvo dvigalo. Leta 1956 in 1957 so odstopili nekaj sob na otroški hospitalni strani bolnikom z otroškega oddelka, ko se je otroški oddelki moral izseliti. Porušili so pediatrijo in nogometno igrišče NK Železničar, bolnišnici pa naprtili hrup in smrad izpušnih plinov zaradi ceste iz Šentilja skozi središče mesta.

Uslužbenci bolnišnice, ki so začasno stanovali na otroškem oddelku, so dobili nadomestna stanovanja v blokih ob Betnavski cesti. Otroški oddelki v Vinarski ulici ni bil takoj nared, ker so tam še vedno stanovali uslužbenci.

V tretjem nadstropju nemške stavbe na oddelku za dermatovenerologijo so preuredili dve bolniški sobi v medicinsko knjižnico, ki je ostala na tem mestu od leta 1955 do 1960.

Leta 1957 je bilo na dermatovenerološkem oddelku 127 bolniških postelj, ginekološko-porodniški oddelek v črni stavbi pa je imel 94 postelj, dve leti pozneje že 106, devet od njih je bilo v »šok« sobi. Leta 1955 je ginekološki oddelek dobil citološki laboratorij v delno preurejenem biološkem laboratoriju. V operacijskem delu oddelka so uredili drugo aseptično operacijsko dvorano in tudi drugo oddelčno pisarno.

Centralni bolnišnični laboratorij je bil ustanovljen 27. 6. 1954. Že leta 1959 se je laboratorij delno preselil v zahodni del kleti internega oddelka, kjer je dobil laboratorije in večje prostore za garderobo. Po letu 1955 se je bolnišnica v Mariboru organizacijsko hitro spreminjala, saj je samo na kirurgiji zrastle pet odsekov: odsek za splošno kirurgijo s 50 posteljami, odsek za torakalno kirurgijo z dvema sobama in 16 posteljami, odsek za plastično in rekonstruktivno kirurgijo s tremi bolniškimi sobami in tremi majhnimi funkcionalnimi prostori, odsek za travmatologijo in za urologijo. Ortopedski odsek z 12 posteljami za odrasle v dveh sobah in eno otroško je nastal na poškodbenem oddelku, odprla se je tudi ortopedska ambulanta. Kirurgija je leta 1958 imela 228 postelj s petimi odseki z 92% zasedenostjo.

25. 5. 1953 se je pljučni oddelek preselil iz Vinarske ulice na Slivniško Pohorje.

Leta 1955 je nastala samostojna anestezijska dežurna služba, na pljučnem oddelku pa je začeta gradnja samskega bloka s strojnico, čakalnice, kurilnice, šivalnico. Zgrajena je bila sindikalna dvorana. Od leta 1960 se je ogromno razpravljalo o novogradnjah v bolnišnici, leta 1962 pa že o bodočem razvoju Splošne bolnišnice v Mariboru. Bolnišnica je bila že prenatrpana, v bolniških sobah je bilo vse več zasilnih ležišč, funkcionalnih prostorov skoraj ni bilo, število prebivalstva Maribora in okolice pa se je silno povečalo.

Leta 1960 je bil zgrajen prizidek k dermatološki stavbi z dvema operacijskima sobama v prvem nadstropju, za splošno in žilno kirurgijo ter torakalni odsek in urologijo, ki sta bili odprti 16. 10. 1960. V zdravniški sobi je dežural anesteziist, poleg je bil še prostor za manjše posege in moderna sterilizacija.

»Reanimacija« je dobila v prvem nadstropju poleg nevrologije dve veliki bolniški sobi za reanimacijski center s posebnimi posteljami in majhno skladišče.

Število postelj v bolnišnici je kar skokoma naraščalo, saj je bolnišnica že leta 1961 imela 1409 postelj, od tega 979 standardnih in 430 pomožnih, zasedenost je bila 98% na 1391 posteljah. V tem času je bila na nekaterih oddelkih že 142% zasedenost, predvsem na račun zasilnih nosil.

Hospitalna stolpnica – skelet 1960–1961 in ostale dejavnosti

Izreden korak v bodočnost je Maribor zaznal v letih 1960–1961 z načrtovanjem nove stavbe, hospitalne stolpnice za interni, dermatološki in nevropsihiatrični oddelek ter centralni laboratorij. Že kar na začetku so izključili dermatološki oddelek, pravi val razburjenja pa je izzvala komisija Republiškega sekretariata za zdravstvo 26. 10. 1970, ko je celotno stolpnico namenila kirurgiji. Z zastopniki mariborskega okraja je bilo dogovorjeno, da bo novo stavbo financiral medobčinski zdravstveni investicijski sklad, Komunalni zavod za socialno zavarovanje Maribor, Komunalna banka Maribor in Splošna bolnišnica Maribor. Že oktobra 1964 je bilo izdano gradbeno dovoljenje. Zaradi gospodarske reforme leta 1965 se je gradnja hospitalne stolpnice v III. fazi ustavila.

Z nadzidavo dela kirurške stavbe je pridobil oddelek za plastično in rekonstruktivno kirurgijo celo dve operacijski dvorani, sterilizacija, preobvezovalnica, sobo za intenzivno nego in oddelčne prostore tako, da je oddelek imel 37 postelj.

Obnovili so tudi hospitalni del odseka za splošno kirurgijo in uredili fasado starega kirurškega poslopja, k pljučnemu oddelku na Pohorju pa je bila asfaltirana cesta.

Torakalni odsek se je leta 1960 preselil v bivše prostore nevrološkega oddelka v I. nadstropju dermatološke stavbe, kar poleg urologije, imel je 24 postelj, med obema oddelkoma pa sta bili, kot že prej omenjeno, dve sobi za reanimacijo z vmesnim prostorom



Sl. 5. Kirurška stolpnica 1993.

in komandnim pultom. Nevrološki oddelek se je preselil eno nadstropje višje. Dobil je tudi funkcionalne prostore, ambulante in eno bolniško posteljo več. Prav tako leta 1960 se je travmatologija preselila iz levega trakta stare kirurgije v pritličje, kjer je imela 89 postelj, od teh 25 za ortopedijo. Zavod za medicinsko rehabilitacijo s hospitalnim delom in s 25 posteljami je bil ustanovljen 29. 11. 1960. Leta 1961 se je osamosvojil ginekološki oddelek, ki je leta 1962 v kletnih prostorih ginekološke stavbe, tj. črne stavbe, opremil prostor za fizikalno terapijo bolnic, v operacijskem bloku pa je bil urejen higienski prostor. Novo opremljeni sta bili sobi za zdravnike in zdravnice, istega leta so se osamosvojili odsek za urologijo, torakalni odsek in odsek za plastično kirurgijo, ostala pa je še tako imenovana bazalna kirurgija. Na »polikliniki« v Sodni ulici so skupne specialistične ambulante ločili v ginekološko in porodniško smer. Ginekologija je ostala tam še do leta 1966, ko se je preselila v kletne prostore črne stavbe. Okrajni dispanzer za ženske, ki je tu deloval od leta 1957 do 1968, je dobil svoje prostore v kletnih prostorih, takrat pa je nastal tudi že prej omenjeni citološki laboratorij in laboratorij za citogenetske preiskave. Tudi za ginekologijo in porodništvo so načrtovali stolpnico že leta 1962 s 180 posteljami. Gradbeno obnovo stare kirurške stavbe so opravili med leti 1962 in 1966. Fotolaboratorij bolnišnice se je začasno preselil v gospodarsko stavbo internata pri magdalenski cerkvi, Magdalenski trg 5, kjer je imel dva prostora.

Leta 1963 so porušili staro stavbo patologije, patologijo pa so preselili v klet infekcijskega oddelka.

1. 8. 1964 je bila ustanovljena samostojna anestezijsko-reanimacijska služba in spirometrijska ambulanta, reanimacijski center je torej postal oddelek. Istega leta so preselili iz pritličja v III. nadstropje še preostali del dermatološkega oddelka. V letih 1964 do 1965 je centralni laboratorij dobil sobo v kleti internega oddelka, v naslednjih letih pa se je razširil po pritličju stare upravne zgradbe in prav v ta čas sega tudi pričetek gradnje hospitalne stolpnice, 26. 3. 1964.

V prvo fazo novogradnje posega tudi gradnja cest in parkirišč ter preložitev kablov: sem sodijo tudi gradnja kotlarne s cisternami in krematorijem, podzemnimi hodniki od kotlarne pod ginekološko zgradbo s priključki na posamezne objekte.

V drugo fazo izgradnje štejemo gradnjo pralnice, dograditev podzemnega hodnika od upravne zgradbe do hospitalne stolpnice, priključki za interni oddelek in oddelek za patološko morfologijo in gradnja postaje medicinskih plinov.

26. 10. 1970 je komisija zdravstvenega centra SR Slovenije sporočila spremembo namembnosti stolpnice v prid kirurgiji, ob stolpnici pa naj bi se zgradila še funkcionalna zgradba za operacijske bloke, centralno sterilizacijo za vse oddelke, anestezijo in reanimacijo, rentgen, fizioterapijo, kirurške ambulante z urgenco, centralni laboratorij in lekarna ter oddelek za transfuziologijo in imunohematologijo. Novogradnja je bila torej dokončno namenjena kirurgiji.

Po dolgotrajnih analizah in prikazovanju situacije in potrebe pri novogradnji na občini ter pri krajevnih skupnostih je vendarle Skupščina občine Maribor 29. 12. 1970 osnovala Odbor za izgradnjo Splošne bolnišnice Maribor. Že leta 1961 je bil ustanovljen Sklad za izgradnjo Splošne bolnišnice v Mariboru, ki je tiskal in prodajal večnamenske darilne bone, predvsem z motivi starega Maribora, mariborskih umetnikov, sprejemal prostovoljne prispevke tudi iz raznih prireditelj, od zbranega odpadnega papirja, prirejal je koncerte vidnih umetnikov, sprejemal tudi volila in zapuščine, sočasno pa je zbiral sredstva tudi za izgradnjo Splošne bolnišnice na Ptujju s tem, da bi pozneje tudi Ptuj zbiral za Maribor, kar pa nikoli ni bilo realizirano. Hud udarec je mariborska bolnišnica zadobila, ko je bila po dveh letih nadaljnja gradnja ustavljena. Ta zgradba je 10 let štrlela v nebo kot nedokončana stavba, ki jo je predsednik Sklada za izgradnjo Splošne bolnišnice Maribora dr. Edvard Glaser imenoval »skeleton«. Zgraditev hospitalne stolpnice bo izpolnila le prvo fazo izgradnje mariborske bolnišnice, ostal pa bo najzahtevnejši del gradnje funkcionalnih prostorov, gradnje operacijskih dvoran, intenzivne terapije, specialističnih ambulant, oddelka za transfuziologijo in imunohematologijo, centralni laboratorij, centralno terapijo, lekarno in prostorov za rentgensko službo.

Hospitalna stolpnica ima 12 tisoč m² površine, z dvema etažama v kleti in 16 nadstropji. Le otroška etaža se razlikuje funkcionalno gradbeno in po opremi enakih prostorov drugod. Vsaka etaža je funkcionalno zaokrožena, s takrat najsodobnejšo opremo in razporeditvijo. V vsaki etaži so tri šestposteljne, ena štiriposteljna in dve dvoposteljni sobi.



Sl. 6. Materinski dom na Tržaški cesti.

Kot že tolikokrat so tudi v letih 1964 do 1968 prenovili materinski dom v nekdanji Tomažičevi vili ob Tržaški cesti z deset posteljami, ki so ga pa že leta 1968 zaprli in pridobili za nekaj mesecev dve manjši sobi na očešnem oddelku, v nekdanji materinski dom so se naselili uslužbenci bolnišnice.

Patologija se je 14. 7. 1965 preselila iz kleti infekcijskega oddelka v novozgrajeno stavbo ob nekdanji Tržaški cesti. Obratovati je začela 11. 9. 1965. Tja se je vselil tudi fotolaboratorij.

Leta 1967 so zgradili tudi telefonsko centralo in preuredili skladišče v ambulanto internega oddelka. Zgrajena je bila dovozna cesta iz Ljubljanske ulice do vhoda v bolnišnico, delavnice na otroškem oddelku so preuredili v ambulantne prostore, preuredili so tudi skladišče za lekarno v kleti objekta III. »Poliklinika«, ki je bila ukinjena že 2. 4. 1960, je bila 1. 1. 1961 priključena bolnišnici.

Svoje diagnostične prostore je imela v zadnjem nadstropju Sodne ulice 13, opravljali so diagnostične preglede za zdravstveno komisijo, manjše kirurške posege, tam so hospitalizirali tudi bolnike iz oddaljenih krajev in one, ki so lahko opravljali fizioterapijo v kletnih prostorih Sodne ulice.

Leta 1967 so diagnostični oddelek zaprli, prostore preuredili v specialistične ambulante in za potrebe patronažne službe Zdravstvenega doma Maribor. Bolnišnična lekarna bi naj dobila svoje prostore v stavbi novogradnje ob Ljubljanski ulici, projekt pa ni bil realiziran zaradi pomanjkanja sredstev.

Obdobje 1970–1980 in MFT III

Med leti 1970 do 1971 se je ponovno selil centralni laboratorij.

L. 1972 je interni oddelek dobil sobo za intenzivno nego s šestimi posteljami. Preselili so tudi urološko endoskopijo s cistoskopijo, s tem so pa nevrokirurgi dobili začasni prostor z nekaj posteljami na travmatološkem oddelku in pa ambulanto. Operirali so v travmatološki operacijski dvorani, prav tam, kjer so operirali tudi ortopedi. Od jeseni naprej istega leta pa so nevrokirurgi operirali v operacijskem bloku, ki so ga uporabljali abdominalni in torakalni kirurgi od leta 1960 in kjer je imel oddelek za anestezijo in reanimacijo svoje funkcionalne prostore. Centralna sterilizacija je bila urejena v kletnih prostorih črne stavbe, psihiatrija pa se je 7. 8. 1972 preselila iz pritličja infekcijske stavbe v grad Pohorski dvor pri Hočah.

Zgradili so tudi kotlarno in transformatorsko postajo. Vgrajen je bil dieselski agregat, ki je lahko oskrboval najnujnejše delovne točke z električnim tokom ob morebitnem izpadu. Posebno važna je bila gradnja kanalizacije hospitalne stolpnice ob kolektorjih. Podzemni hodniki so bili nujno potrebni; izkopati so morali tudi do 9 m globoke izkope za kanalizacijo in hodnike in tako se je opravilo delo obenem. Kolektorje tudi rabijo za prevoz hrane, perila in transport bolnikov iz enega objekta v drugega, dolgi so prek 520 m. Podzemni hodniki so vertikalno povezani s stavbami.

Dograjena stolpnica je bila svečano predana svojemu namenu 25. 4. 1976. V kirurški stolpnici je ob otvoritvi bilo 481 postelj, maksimalno s pomožnimi posteljami 508 na 12 tisoč m² bruto površine. Skupno je bilo vloženo 96 milijonov 31 tisoč 76 dinarjev. Delo na medicinsko funkcionalnem traktu II pa je bilo v avgustu 1981 ustavljeno.

Druga faza gradnje je zajemala opeklinski center, operacijski blok, dislocirani radiološki oddelek s šestimi diagnostičnimi mesti, centralno sterilizacijo, endoskopski center, kirurške urgentne ambulante, oddelek za transfuziologijo in imunohematologijo ter centralni laboratorij.

Nevrološki oddelek se je vselil v izpraznjeni oddelek za plastično kirurgijo, prostore kirurškega oddelka pa naj bi dobil interni oddelek.

Predvidena je bila tudi gradnja druge stolpnice blizu prve za otroški oddelek. Na starem kirurškem oddelku je še ostala intenzivna terapija, operacijske sobe in kirurške ambulante.

Leta 1976 se je pričela gradnja pralnice v zadnjem nadstropju stanovanjskega bloka za Ljubljanski ulici 7a, 7b in 7c pa so bili razporejeni prostori uprave, finančno-računovodski oddelek in AOP, v pritličju pa investicijski biro. Slednje prostore je bolnišnica najela in so jih leta 1979 preselili v I. nadstropje bivše hiše dr. Stamola na Trgu revolucije št. 4, kjer so bile na voljo štiri sobe. Leta 1974 je bila končana gradnja kotlarne, kanalizacije, podzemnih hodnikov ob ginekološko-porodni stavbi do infekcijske in kirurške stavbe, transformatorske postaje in prizidek k oddelku za patološko morfologijo.

Leta 1976 so na žalost podrl tri četrtine zgodovinsko stare upravne stavbe, tj. Prosenjakove hiše, da gradnja vodnjakov za podzemni hodnik od kirurškega oddelka do hospitalne stolpnice ne bi bila predraga. Postavili so montažno hišo Marles za upravno zgradbo, zgradili priključek podzemnega hodnika na pralnico in kotlarno, cestišče in parkirišče. To dobo štejemo med hude čase, polne negotovosti, nestabilnosti z nedoločno prihodnostjo, odpovedo-

vala je solidnost dobaviteljev in izvajalcev. Načeto je bilo vprašanje finančnega kritja, pojavil se je pojem »medicinska funkcionala III« (MFT III). Gradnja oddelka za transfuziologijo in imunohematologijo, centralnega laboratorija, centralne lekarne, specialističnih ambulant in rekonstrukcije internega oddelka je bila zavrta. V to hudo dobo štejejo tudi napore, ki so jih vlagali uslužbenci bolnišnice, ki so naselili hospitalno stolpnico v oktobru 1976, ko so morali prevažati svoje bolnike na staro kirurgijo v operacijske sobe, na rentgen, na mavčenje in v intenzivno terapijo, tudi po 15.000-krat letno.

Leta 1977 so opravili prvo fazo adaptacije infekcijskega oddelka ter oddelek za dve leti preselili v staro kirurško stavbo v I. nadstropje. Šele 1. 5. 1979 se je infekcijski oddelek vrnil v svoje prejšnje, sedaj renovirane prostore.

Dne 26. 12. 1979 se je preselil oddelek za anestezijo in reanimacijo s 16 posteljami v medicinski center.

Kardiovaskularni kabinet, endoskopija, spirometrija, gastroskopi-ja, internistični ultrazvok, hematološka in žilna ambulanta je dobila jeseni leta 1979 svoje prostore v adaptiranem I. nadstropju stare kirurgije.

Rekonstrukcije in novogradnje 1980–1985 – skelet II

Že leta 1980 je bila nujna rekonstrukcija centralne kotlarne in pralnice. Psihatrija je leta 1980 dobila obnovljeni in sanirani gravitacijski vodovod ter vodni vzdrževalnik za gasilsko službo. Novembra leta 1982 so se preselili interna intenzivna terapija, revmatološki in nefrološki odsek z novo opremo in aparaturami v I. nadstropje dermatološke stavbe, kjer sta se izselila urologija in torakalna kirurgija. Na starem internem oddelku se je razširil sprejemno triažni blok internega oddelka za en prostor. V pritličje so se vselili hematologi, ko se je endokrinološki odsek preselil iz II. nadstropja internega oddelka. Obratovati je začela internistična urgentna ambulanta.

Novembra 1982 je bila dograjena postaja za medicinske pline, istega leta so začeli graditi prizidek k pljučnemu oddelku na Pohorju z veliko kuhinjo, januarja 1984 pa je bil prizidek z vertikalnim transportom končan. To je bil velik korak naprej, ki je razbremenil celotno osebje pri prenašanju težkih bolnikov več nadstropij visoko. Tudi okolje je bilo urejeno, z asfaltiranjem dvorišča, kanalizacijo in ureditvijo čistilne naprave.

Rekonstrukcijo internega oddelka, centralne kuhinje in nadaljnjo izgradnjo MFT III je leta 1982 zaustavila restrikcija investicijskih vlaganj.

Leta 1985 se je začela iz III. samoprispevka gradnja oddelka za otroške bolezni.

Dograjen je bil medicinsko funkcionalni trakt II pri hospitalni stolpnici: v tretji etaži je centralni operacijski blok z devetimi operacijskimi dvoranami za vse oddelke stolpnice, razen za plastiko in reparatorno kirurgijo, ki ima operacijsko sobo v opeklinskem centru, zgrajenim nad centralnim operacijskim blokom. Improvizirana operacijska soba za transuretralne operacije je ostala v tretji etaži. V pritličju v vstopni avli se nahaja informator z medicinsko sestro s sprejemnim pultom. Tam so tudi sanitarije za obiskovalce, centralna kopalnica, centralna mavčarna za hospitalne in ambulantne bolnike ter improvizirana urgentna kirurška ambulanta z mavčarno (tudi na stari kirurgiji so še ostale kirurške ambulante z mavčarno). V pritličju stolpnice je tudi rentgenski odsek s CT-jem in ultrazvočno diagnostiko. V prvi etaži (v kleti) je centralna sterilizacija, oddelek za fizioterapijo in medicinsko rehabilitacijo, administrativni prostori za transfuziologijo in imunohematologijo z garderobami, v II. kleti so strojni prostori, transformatorska postaja II, uparjalne naprave in naprave za izdelovanje demineralizirane vode, klimatske prezračevalne naprave, bazenska tehnika: ti prostori so povezani s podzemnim hodnikom in posteljnimi dvigalom ter centralnim stopniščem.

Gradnja medicinske funkcionalne III se je začela že leta 1978, ustavljena pa 1981. Ker so tudi tod štrleli stebri v nebo z golo fasado, je tudi ta zgradba dobila ime »skelet II«.

Medtem ko je imela bolnišnica leta 1955 768 zaposlenih, jih je bilo leta 1980 že 2265, med njimi 163 zdravnikov specialistov, 40 specializantov in 11 drugih, 506 je bilo medicinskih sester, bolniških strežnic 389, uslužbencev z visokošolsko izobrazbo pa 241. Leta 1985 je bilo skupaj 2499 uslužbencev, 185 je bilo zdravnikov specialistov, specializantov 28, 13 drugih, 192 je bilo višjih medicinskih sester, 697 srednjih medicinskih sester, 273 je bilo bolniških strežnic in 328 nekvalificiranih, nezdravstvenih ali pa polkvalificiranih delavcev

Samoprispevek

Samoprispevek se je zbiral od 1. 1. 1973 naprej in je znašal 0,75% bruto osebnega dohodka, po 31. 12. 1977 je bil podaljšan do leta 1980, vendar je Splošna bolnišnica Maribor sprejemala od zbranih sredstev le planirana. Od leta 1981 do 1985 so Mariborčani ponovno plačevali 0,21% bruto osebnega dohodka zavarovanih oseb na območju zdravstvene skupnosti podravske regije. Danes že teče peti samoprispevek.

Nadaljnji premiki 1986 – do danes

Leta 1986 je bila končana ureditev avtomatske elektronske telefonske centrale, od leta 1987 pa jo uporabljajo s 1019 notranjimi in 120 zunanji priključki in z nekaj javnimi PTT vodi, ob tem da naprava že sedaj izredno popušča, zato je telefonija v bolnišnici vse slabša. Celih 15 let, od leta 1970 do 1985, so postopno opuščali specialistične ambulante v Sodni ulici 13 in jih premeščali v bolnišnico. Mnogim nam je bilo kar težko, da so novo renovirano stavbo v Sodni ulici 13 prepustili Zdravstvenemu domu. Tudi celotno rentgensko službo Zdravstvenega doma so premestili v bolnišnico, iz Vinarske ulice pa otroški oddelek v novo zgradbo ob glavnem vhodu. S premestitvijo prej omenjenih ambulant v bolnišnico je bil bistveno narušen bivši ali bolje dosednji red, ki je vladal v bolnišnici. Bolnišnični red je postajal vse bolj nepregleden. Zadeli sta nas tudi gradnji obeh stanovanjskih blokov pred vhodom v bolnišnico na Ljubljanski cesti št. 1–3, na prekrasni lokaciji, kjer smo si predstavljali bodočo specialistično ambulantno dejavnost, s čimer bi bila odpravljena marsikatera nevšečnost, ki danes pesti bolnišnico zaradi prostorske utesnenosti, do parkirnega kaosa.

Septembra 1986 so nadzidali prizidek in del stavbe patologije ter jo sanirali. Izgradnja je bila končana marca 1987. Spomladi in poleti leta 1987 so preselili hemodializo iz patologije v nove prostore v pritličje, klet dermatološke zgradbe, potem ko so bili preurejeni in sanirani nekdanji prostori kirurških ambulant v kirurškem prizidku. Ob koncu leta 1986 je bila končana gradnja otroškega oddelka, ki je bila svečano odprta 6. marca 1987. V njem je na 4820 m² bruto površine 120 ležišč. V tem obdobju je osnovan tudi računalniški center.

Leta 1991 je bolnišnica oskrbela ranjence v osamosvojitveni vojni. V celotnem poslovanju je nesporno prisoten novi, sodobnejši način vodenja bolnišnice in dela.

Slovesna otvoritev medicinsko funkcionalnega trakta III in novega oddelka za porodništvo je bila 22. maja 1991. Svečani govorniki so pozdravili navzoče, mariborski škof je blagoslovil oba objekta, medicinsko funkcionalo III pa je v kratkem govoru odprl prof. dr. Edvard Glaser.

Selitev ambulant in oddelkov v medicinsko funkcionalo III se je odvijala tako: centralni laboratorij od 18. 6. do 21. 6. 1990, kirurške ambulante, žilna kirurgija, plastika, torakalna in protibolečinska ambulanta 18. 6. 1990, splošna kirurgija, urološka, ortopedska in travmatološka ambulanta v septembru 1990, oddelek za transfuziologijo in imunohematologijo od 29. 6. do 4. 7. 1990 in centralna lekarna od 16. 7. do 22. 7. 1990.

Ekonomija Pohorski dvor nad Hočami in Vrhov dol nad Limbušem sta bili leta 1945 nacionalizirani. Ekonomija obsega 441 ha, od tega 321 ha na Pohorskem dvoru, na Vrhovem dolu pa 120 ha. Od leta 1945 do 1970 je Ekonomija delovala v sestavi bivšega Sanatorija za

tuberkulozo, od 1. marca 1970 pa pri Splošni bolnišnici Maribor. Ekonomija Pohorski dvor je bila ves čas samostojna delovna ali organizacijska enota, od leta 1974 naprej pa kot TOZD bolnišnice. 20. aprila 1994 smo morali predati te vzorno urejene in za nas atraktivne površine Agronomski fakulteti v Mariboru.

Splošna (učna) bolnišnica Maribor

Splošna bolnišnica Maribor je druga največja bolnišnica v Sloveniji in je bila v prejšnji Jugoslaviji ter celo na Balkanu največja Splošna bolnišnica. Naša bolnišnica je ustanova, ki ima večjo vrednost, kot ji nekateri pripisujejo. Današnja Splošna (učna) bolnišnica Maribor je zdravstvena ustanova, ki posluje po najmodernejših načelih medicine, z vsemi specialnostmi in sodobno kakovostjo ter znanjem. Možganski potencial zdravnikov sega od profesorjev (6), docentov (8), doktorjev (17) in magistrov (23) znanosti (v letu 1993) do strokovno usposobljenega visokega, višjega, srednjega in ostalega zdravstvenega in nezdravstvenega kadra, sodobnih ureditev, ki omogočajo poslovanje na nivoju, s katerim zagotavljajo bolnikom in ponesrečencem največjo varnost. Njim ob boku so še druge dejavnosti za diagnostiko in terapijo.

Znanstveniki in drugi strokovni kadri so se uveljavili v svetu in mariborski bolnišnici ustvarili dobro ime in priznanje.

Ko smo se pred leti odrekli medicinski fakulteti, pričakujemo v bodoče večjo, priznavajočo in upoštevaajočo podporo za uvrščanje naše Splošne bolnišnice med učne. Ločitev učne od splošne bolnišnice v smislu prostorske izdvojitve na posameznih oddelkih bi vnašala še večje zagotovilo za doseg tega cilja.

Število postelj, storitve, ležalna doba, zaposleni

Število postelj v Splošni bolnišnici Maribor večkrat variira, na koncu leta 1993 je bilo v bolnišnici skupaj 1664 postelj. Največ postelj je imela psihiatrija 184, 120 sta imela otroški in pljučni oddelek, travmatologija 107, splošna kirurgija 105, ginekološki oddelek 104, porodniški oddelek 96, nevrološki oddelek 92, po 70 sta imela ortopedija in ušesni oddelek, 67 dermatologija, po 56 plastična kirurgija in očesni oddelek, 54 infekcijski oddelek, 53 urologija, 46 kardiološki oddelek in 35 gastroenterološki oddelek, torakalni 33, žilna kirurgija 32, dermatološki oddelek 30, po 29 imata revmatološki in nefrološki oddelek, 26 endokrinološki oddelek in nevrokirurgija, 12 imata interna intenzivna medicina in pa reanimacija, 10 ušesna intenzivna nega onkoloških bolnikov. V letu 1993 je bilo obdelanih 45.291 bolnikov v 488.135 oskrbnih dnevih, povprečna zasedenost postelj je bila 80,32%, povprečna ležalna doba 10,78 dneva, največje na nevrološkem oddelku 20,54, njemu sledita ušesna intenzivna nega onkoloških bolnikov 19,80 in pljučni oddelek 13,53. Najkrajša je bila ležalna doba na interni medicini s 3,82. V specialističnih ambulantah je bilo opravljenih 164.044 prvih pregledov in 158.902 ponovnih, skupaj 322.946, opravljeno pa je bilo 1.329.261 storitev, pri hospitaliziranih bolni-

kih pa je bilo opravljenih v specialističnih ambulantah 1.376.633 storitev, skupaj torej ambulantno in pri hospitaliziranih bolnikih 3.128.840 pregledov in storitev v 159.396 delovnih urah. Na dan 31. 12. 1993 je bilo v Splošni bolnišnici Maribor zaposlenih 218 zdravnikov specialistov, 53 zdravnikov specializantov, 19 ostalih zdravnikov, 8 farmacevtov, 5 biokemikov, 6 biologov, 6 psihologov, višjih medicinskih sester je bilo 186, instrumentark 15, rentgenskih tehnikov 38, fizioterapevtov 40, laboratorijskih tehnikov 9, sanitarni tehnik 1, inženirjev farmacije 2, socialnih delavcev 6, delovnih terapevtov 6, srednjih medicinskih sester je bilo 702, instrumentark s srednjo šolo 34, mavčarjev 7, laboratorijskih tehnikov 43, vzgojiteljev 9, farmacevtskih tehnikov 11, maserjev 2, bolničarjev 58, bolniških strežnic 93, nezdravstvenih delavcev je bilo skupaj 512. Skupaj je bilo dne 31. 12. 1993 v Splošni bolnišnici zaposleno 2105 ljudi, od njih 166 za določen čas in 67 pripravnikov.

Površine objektov novejšje dobe

Bruto etažna površina MFT III je 7547 m², porodnišnice 4006 m², ginekologije 4590 m² (od tega je od samoprispevka bilo plačano 3700 m², sami pa smo izgradili 890 m²), interni A oddelek (1993) 5200 m², trakt B, ki je bil zgrajen v letih 1992–1993, 1144 m², otroške bolnišnice iz III. samoprispevka 5078 m² z neto površino 4416 m². Vse skupaj 27.565 m². Iz amortizacije Splošne bolnišnice Maribor bodo prenovljeni ali dograjeni očesni, ušesni in nevrološki oddelek ter dermatologija, iz republiških sredstev pa psihiatrija.

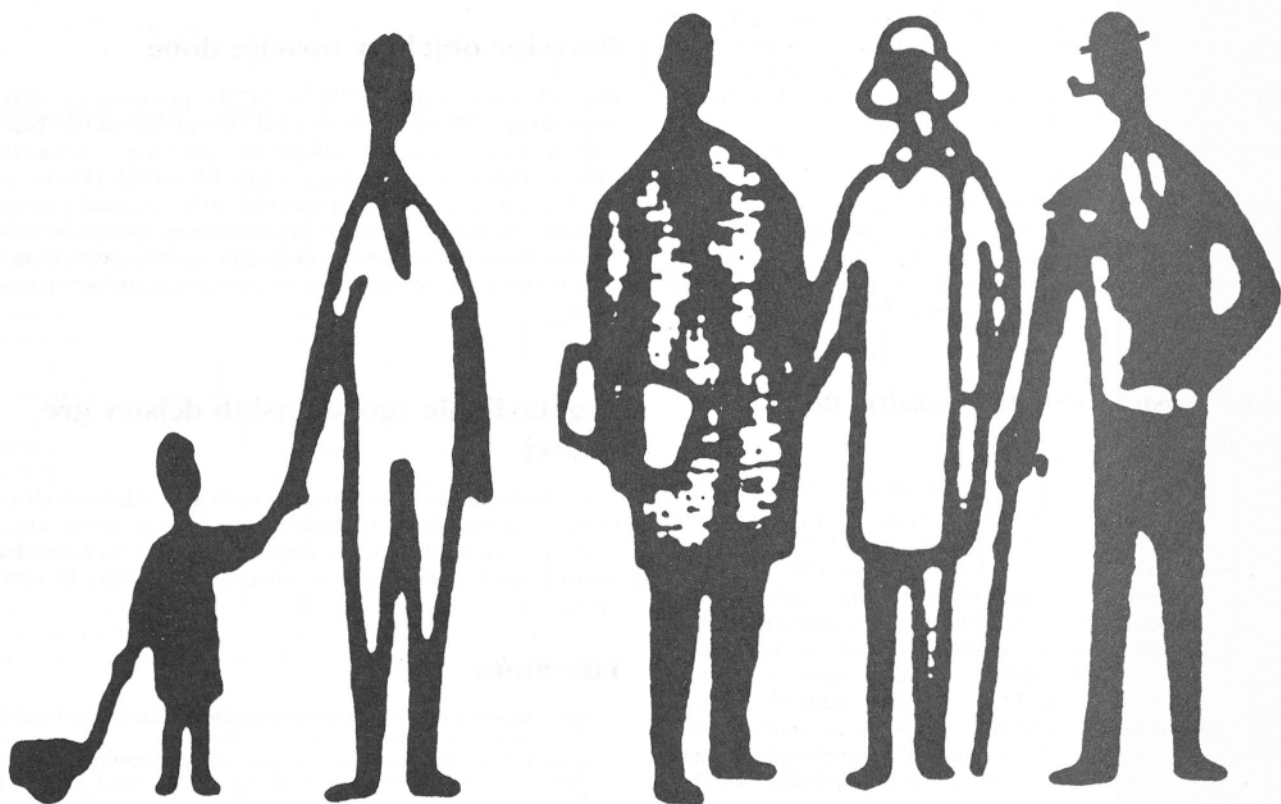
Zagotavljanje zgodovinskih dejstev gre naprej

V nekaterih publikacijah o bolnišnici (Zbornik, Almanah idr.) sem našel nekaj napak, ki se nanašajo na letnice, imena idr., kar zahteva korenito obdelavo in popravek. Tudi ta prispevek lahko skriva kakšno pomoto kot rezultat napak v virih, ki sem jih uporabljal.

Literatura

1. Baš F. Iz predzgodovine mariborske bolnišnice. Zbornik Splošne bolnišnice v Mariboru. Splošna bolnišnica v Mariboru 1959: 23–32.
2. Glaser E. Pregled razvoja celotne bolnišnice in njenih skupnih služb 1955–1985. Zbornik Splošne bolnišnice v Mariboru. Splošna bolnišnica v Mariboru 1991: 7–32.
3. Glaser E. Oddelek za transfuziologijo in imunohematologijo. Ibidem: 279–89.
4. Minařik F. Iz najstarejše in starejše dobe mariborske bolnišnice. Zbornik Splošne bolnišnice v Mariboru. Splošna bolnišnica v Mariboru 1959: 33–81.
5. Minařik F. Nekaj podatkov o zdravstvu starega Maribora. ZV 1934: 3–4: 57–61.
6. Pertl E. Oddelek za kožne in spolne bolezni, njegov nastanek in razvoj. Zbornik Splošne bolnišnice v Mariboru. Splošna bolnišnica v Mariboru 1959: 176–207.
7. Pertl E. Zgodovina mariborskega zdravstva. V Maribor skozi stoletja. Založba Obzorja. Maribor 1991: 565–81.
8. Puff GR. Marburg in Steiermark. Graz 1847.

PLIVINI VITAMINSKI PREPARATI ZA VSE GENERACIJE



od najzgodnejšega otroštva do visoke starosti

Cevit

Plibex

Plivit D 3

Plivit C

Efervit

Plivit A

Plivit B 1

Vitamin C

Fortevit

Plivit AD

Plivit B 6

Vitacitrol



PLIVA d.d. ZAGREB
Program farmaceutike

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

Strokovni prispevek/Professional article

PREPREČEVANJE POPEKLINSKIH HIPERTROFIČNIH BRAZGOTIN S POMOČJO KOMPRESIJSKIH OBLAČIL

PREDSTAVITEV PRIMERA

PREVENTION OF POSTBURN HYPERTROPHIC SCARS BY MEANS OF CUSTOM FITTED PRESSURE GARMENTS
CASE STUDY

Dušan Čelan,¹ Zmago Turk,¹ Karel Šparaš,² Jože Barovič¹

¹ Oddelek za medicinsko rehabilitacijo, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 62000 Maribor

² Oddelek za plastično in rekonstruktivno kirurgijo, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 62000 Maribor

Prispelo 1993-04-22, sprejeto 1993-08-21; ZDRAV VESTN 1994; 63: 357-9

Ključne besede: opeklina; celjenje rane; hipertrofična brazgotina; pritisk; fizikalna terapija

Izvleček – Izhodišče. Hipertrofična brazgotina in posledična kontraktura sta poglavita dejavnika, ki odločata o funkcionalnem in estetskem rezultatu rehabilitacije bolnika z opeklinsko poškodbo.

Metode. Uporaba zunanega pritiska je priznana metoda za spreminjanje rasti in sestave hipertrofične brazgotine. Avtorji prikazujejo pomen in uporabnost za bolnika po meri izdelanih kompresijskih oblačil, namenjenih dolgotrajnemu apliciranju zunanega pritiska.

Rezultati in zaključki. S prikazom uspešne funkcionalne in estetske rehabilitacije bolnika s 85% opeklino opozarjajo na uspešnost zgodnjega, agresivnega, dolgotrajnega in kontinuiranega postopka rehabilitacije, ki v navezi z bolnikovim aktivnim sodelovanjem doseže optimalni rezultat.

Uvod

Obsežna opeklina je huda poškodba, ki ogroža življenje poškodovanca. Napredek medicine v zadnjem stoletju je omogočil uspešen boj proti nevarnostim, ki neposredno ogrožajo opečenega poškodovanca: šok, izguba tekočine, elektrolitov, beljakovin, okužba. Številni bolniki danes preživijo tudi zelo obsežne opeklina. Pri njih se pojavlja problem uspešne rehabilitacije po zdravljenju, ki naj bolnika vrne v normalno življenje. Najbolj pogosta dejavnika, ki vplivata na kasnejšo nezmožnost za delo in na neugoden estetski videz bolnika, sta hipertrofične brazgotine in kontrakture. Zato se pozornost terapevtske skupine že zgodaj usmeri tudi na preprečevanje teh problemov, ki odločajo o stopnji funkcionalne in psihosocialne rehabilitacije poškodovanca.

Poepklinska brazgotina

Brazgotina se pojavlja pri celjenju globoke dermalne in subdermalne opeklina.

Key words: burns; wound healing; hypertrophic scar; pressure; physical therapy

Abstract – Background. The hypertrophic scar and resulting contracture are the decisive factors bearing an influence on the functional and esthetic outcome of postburn rehabilitation.

Methods. The use of external pressure is an acknowledged method for the modification of growth and structure of hypertrophic scars.

Results. The authors report on the role and applicability of custom fitted pressure garments for longterm application of external pressure. Optimal functional and esthetic results of rehabilitation are presented in the case report of rehabilitation of a patient suffering from an 85% body surface burn.

Conclusions. Optimal results can be achieved by early, aggressive, longlasting and continued use of rehabilitation procedures as well as by active patient cooperation.

Za razumevanje nastajanja brazgotine in možnega vpliva na njen razvoj je treba poznati dogajanja v zdravi koži. Dermalni fibroblasti so celice, ki tvorijo kolagen. Kolagenska vlakna so glavna sestavina, ki daje trdnost vezivnemu tkivu in predstavljajo tretjino beljakovinske mase telesa. Kolagensko vlakno po moči prekaša jekleno enakih dimenzij (1). V zdravi koži poteka uravnotežena sinteza in razgradnja kolagena; povezava majhnih vlakenc v večja kolagenska vlakna je urejena.

Pri celjenju opeklinske rane lahko že drugi dan po poškodbi v koži najdemo novo nastajajoči kolagen (2). Proces celjenja opeklinske rane je dinamičen in poteka neprekinjeno v zaporednih fazah: vnetje, tvorba granulacijskega tkiva, epitelizacija in zorenje. Klinično se to zaporedje kaže z nadomestitvijo poškodovane kože z ožiljenim brazgotinskim vezivnim tkivom in reepitelizacijo (3). V celotnem procesu celjenja pride pri tvorbi hipertrofične brazgotine do več motenj. Sinteza kolagena je pojačana, kolagenska vlakna se neurejeno povezujejo v snope, v hipertrofično tkivo se vraščajo novo nastajajoče kapilare. Proces je dolgotrajen. Tako lahko sprva gladka in mehka površina čez nekaj mesecev kaže vse znake hipertrofične brazgotine: rdečo, dvignjeno in rigidno površino (angleško 3 R: red, raised, rigid) (4).

Zunanji pritisk za preprečevanje hipertrofične brazgotine

Približno 20 let je staro spoznanje, da aplikacija zunanjega pritiska na opečeno površino zmanjšuje tvorbo hipertrofične brazgotine (5). Natančen mehanizem delovanja ni znan. Teoretično zunanji pritisk povzroča relativno ishemijo in zmanjšuje prekrvljenost tkiva, zmanjša sintezo kolagena ter sproži prerazporejanje kolagenskih vlaken (4).

Najbolj učinkoviti so srednje močni pritiski (10 do 20 mm Hg), ki se lahko aplicirajo že zgodaj – 5 do 7 dni po transplantaciji (6). Nižji pritiski ne zagotavljajo učinkovite kontrole brazgotine, višji pa lahko povzročajo periferne edeme ali poškodujejo brazgotinsko tkivo po transplantaciji. Posebna pozornost je potrebna v zgodnji fazi, pozneje pa se z dozorevanjem brazgotine lahko pritisk povečuje. Na prevelik pritisk opozarjajo klinični znaki:

- pomodritev brazgotine,
- periferni edem in
- bolečina.

Priporočila za uporabo zunanjega pritiska so leta 1982 izdelali Deitch in sod. (7), ki so pri tem razdelili bolnike glede na trajanje celjenja rane v 4 skupine:

1. Uporaba profilaktičnega pritiska ni potrebna pri bolnikih, katerih rane se zacelijo v manj kot 10 dneh.
2. Če se rane zacelijo v 10 do 14 dneh, je potrebna uporaba zunanjega pritiska pri temnopoltih bolnikih vseh starosti (pri njih je nagnjenost k hipertrofiji brazgotine večja) (8).
3. Pri bolnikih vseh ras in starosti, katerih rane se zacelijo v 14 do 21 dneh, je uporaba zunanjega pritiska priporočljiva.
4. Če se rana celi več kot 21 dni, je uporaba zunanjega pritiska nujna.

Danes so na voljo številni različni pripomočki za izvajanje pritiska na opečeno površino (9); njihovo izbiro narekuje reševanje problema vsakega opečenca posebej.

V zgodnji fazi je priporočljiva uporaba kompresijskih povojev, ki se z lahkoto namestijo čez obvezano rano, so poceni in lahko dostopni. Njihova prednost je tudi v tem, da ne povzročajo strižnih sil in se prilagajajo dnevnim spremembam potrebnega pritiska. Pomanjkljivosti kompresijskih povojev pa so okornost, zmanjšana gibljivost in nevarnost poškodbe zaradi prevelikega pritiska.

Uporaba po meri izdelanih kompresijskih oblačil

Uporaba kompresijskih oblačil omogoča izvajanje optimalnega pritiska na razvijajočo se brazgotino. Izdelava oblačila po meri bolnika omogoča prilagoditev posebnim zahtevam za vsakega opečenca posebej.

Pri izdelavi kompresijskega oblačila je treba upoštevati določena pravila, ki zadevajo uporabljeni material, velikosti oblačila, stopnje pritiska in tehnike izdelave oblačila.

Material za kompresijsko oblačilo ne sme dražiti kože. Omogočati mora izmenjavo temperature in perspiracijo tekočine ter imeti primerne prožnostne lastnosti. Vzdrževanje materiala mora biti enostavno, izbira različnih barv pa lahko izboljša psihično počutje bolnika.

Velikost kompresijskega oblačila upošteva dejstvo, da se optimalni pritisk doseže takrat, ko oblačilo sega vsaj 5 cm čez rob opekline. Stopnja pritiska se uravnava z izdelavo manjših mer oblačila, kot so obsegi udov ali trupa. V praksi se ravnamo po kliničnih znakih, ki govorijo o stopnji pritiska, in po občutku bolnika, ker ne moremo objektivno meriti pritiska na kožo.

Prvo oblačilo se običajno izdelava z zadrgo. Tako je zmanjšan negativen vpliv strižnih sil na poškodovano površino pri oblačenju in slačenju oblačila. Izdelava rokavic zahteva posebno pozornost; odprte konice prstov izboljšajo tip.

Kompresijsko oblačilo se po navadi aplicira neposredno na kožo. Če so še manjša nezaceljena področja, jih je treba prekriti s suho ali z vazelinom prepojeno gazo. Na občutljivih predelih, predvsem nad sklepi, se dodajo »prilagojevalci« iz nizkotemperaturnih materialov (silikon, elastomer, plastozot), ki zmanjšujejo trenje. Podložijo se prav tako tudi konkavni predeli, čez katere bi se samo oblačilo razpelo. Z uporabo »prilagojevalcev«, ki so za ta namen lahko tudi iz visokotemperaturnih materialov (termoplast, orfit), se doseže enakomerna porazdelitev pritiska.

Ves čas rehabilitacije je posebna pozornost namenjena omogočanju nemotene funkcije in preprečevanju polaganja udov v nefunkcionalne položaje. V ta namen se uporabljajo statične in dinamične opornice. Statične opornice vzdržujejo doseženi obseg gibljivosti, dinamične pa omogočajo trajen nežni nateg. Opornice se izdelujejo iz nizkotemperaturnih materialov in se kombinirajo s kompresijskimi oblačili. Tako se dosežeta obe glavni gibalni rehabilitacije: pravilni položaj in zunanji pritisk.

Rehabilitacija opekline poškodbe je dolgotrajna in zahteva aktivno sodelovanje bolnika, ki mora kompresijsko oblačilo uporabljati 24 ur na dan, eno do dve leti. Primerna edukacija in motivacija bolnika, ki mora razumeti namen dolgotrajne in kontinuirane rehabilitacije, sta odločilnega pomena za ugoden končni rezultat.

Prikaz primera

Bolnik: K. J., moški, 43 let.

Poškodba: 10. 08. 1991 opekline ob eksploziji plina.

Diagnoza: Combustio dermalis superficialis et profunda corporis 85% površine telesa.

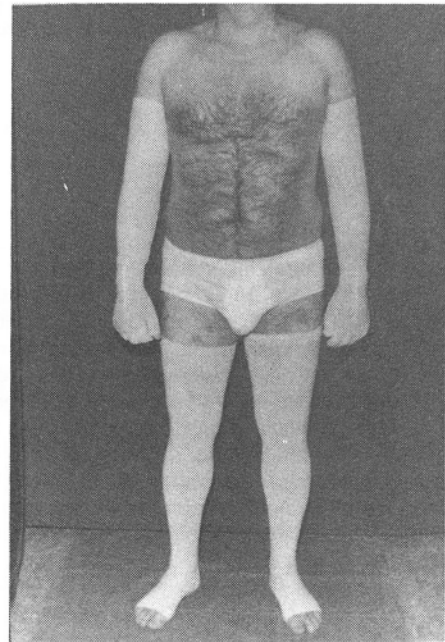
Operacija: 14. 08. 1991 nekrektomija 44% telesne površine in kritje z avto- in homotransplantati.

Rehabilitacija:

- kontinuirane vaje, korektivne in preventivne podpore in položaji vse od zgodnjega postoperativnega obdobja
- zgodnja aplikacija pritiska s kompresijskimi povoji
- od 10. 09. 1991 aplikacija po meri izdelanih kompresijskih oblačil z zadrgami
- oblačila aplicirana dan in noč eno leto (sl. 1).

Današnje stanje bolnika:

- mehke in voljne brazgotine, normalen obseg gibov vseh sklepov
- povratek v normalno življenje, opravlja enako delo kot pred poškodbo.



Sl. 1. Aplikacija kompresijskih oblačil, izdelanih po meri bolnika.

Fig. 1. Application of custom fitted pressure garments.

Zaključek

Sodobna rehabilitacija bolnika po opeklini je usmerjena v ohranjanje gibljivosti sklepov, moči in vzdržljivosti, preprečevanje edema in razvoja moteče hipertrofične brazgotine. V poteku rehabilitacije se kombinirano uporabljajo različni pristopi: zunanji pritisk, vaje, preventivne in korektivne podpore in pravilno nameščanje. Razvoj brazgotinskega tkiva ni mogoče preprečiti, vsekakor pa je mogoče rast in strukturo brazgotine kontrolirati in usmerjati z zgodnjo uporabo navedenih pristopov. Ugoden končni rezultat predstavlja gladka in mehka brazgotina, ki ne moti funkcije in ne vpliva moteče na bolnikov videz ter mu tako omogoča samostojno vrnitev v njegovo prejšnje socialno okolje.

Zahvala

Avtorji se zahvaljujejo sodelavkam v kabinetu za delovno terapijo Oddelka za medicinsko rehabilitacijo Splošne bolnišnice Maribor, še posebej delovni terapevtki Boženi Majcen za prijetno sodelovanje in predano

strokovno delo, ki predstavlja enega glavnih kakovostnih temeljev v rehabilitaciji naših bolnikov.

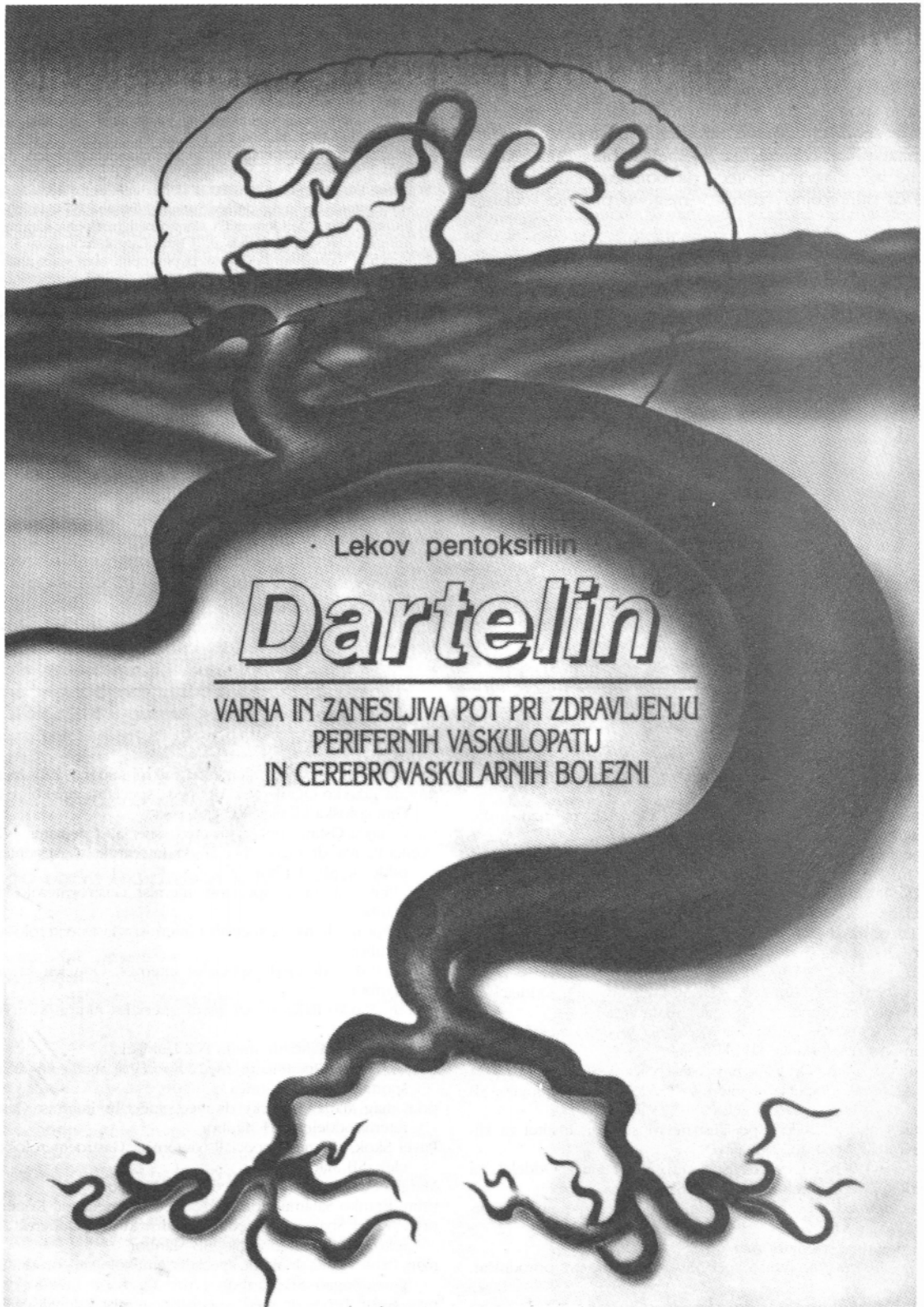
Literatura

1. Lehninger AL. Prinzipien der Biochemie. Berlin: Walter de Gruyter, 1987: 174-8.
2. Kurkinen M, Vaheri A, Roberts P. Sequential appearance of fibronectin and collagen in experimental granulation tissue. *Lab Invest* 1980; 43: 47-57.
3. Dziejwulski P. Burn wound healing: James Ellsworth Laing memorial essay for 1991. *Burns* 1992; 18: 466-78.
4. Johnson C. Physical therapists as scar modifiers. *Physical Therapy* 1984; 64: 1381-7.
5. Larson DL, Abston S, Evans EB et al. Techniques for decreasing scar formation and contractures in the burned patient. *J Trauma* 1971; 11: 807-23.
6. Judge JC, May R, DeClement FA. Control of hypertrophic scarring in burn patients using tubular support bandages. *J Burn Care Rehabil* 1984; 5: 221-4.
7. Deitch E, Wheelahan T, Rose M. Hypertrophic burn scars: analysis of variables. Abstract. Presented at 15th Annual Meeting of the American Burn Association, New Orleans, 1983.
8. Datubo-Brown DD. Keloids: a review of the literature. *Br J Plast Surg* 1990; 43: 70-7.
9. Carr-Collins JA. Pressure techniques for the prevention of hypertrophic scar. *Clinics in Plastic Surgery* 1992; 19: 733-42.

V tej številki so sodelovali:

prim. Jože Barovič, dr. med., specialist fiziater, Oddelek za medicinsko rehabilitacijo, SB Maribor
 Dušan Čelan, dr. med., specializant fizioterije, Oddelek za medicinsko rehabilitacijo, SB Maribor
 prof.dr. Anton Dolenc, dr. med., specialist sodne medicine in specialist patolog, Inštitut za sodno medicino, MF Ljubljana
 Aleksander Doplihar, dr. med., Kamnik
 prof.dr. Jože Drinovec, dr. med., specialist internist, Krka Ljubljana
 prim. Janko Držečnik, dr. med., specialist kirurg, Maribor
 asist. Vojko Flis, dr. med., specialist kirurg, Oddelek za žilno kirurgijo, SB Maribor
 prof.prim.dr. Edvard Glaser, dr. med., specialist transfuziolog, Oddelek za transfuziologijo in imunohematologijo, SB Maribor
 Jelka Gorišek, dr. med., specialistka infektologinja, Oddelek za infekcijske bolezni in vročinska stanja, SB Maribor
 Tomaž Gračner, dr. med., Oddelek za očne bolezni, SB Maribor
 Radovan Hojs, dr. med., specialist internist, Oddelek za nefrologijo, SB Maribor
 prof.dr. Martin Janko, dr. med., specialist nevropsihiater, Inštitut za klinično nevrofiziologijo, KC Ljubljana
 Biserka Jelantancev, dr. med., specialistka transfuziologinja, Oddelek za transfuziologijo in imunohematologijo, SB Maribor
 Rajko Kavalarič, dr. med., specialist patolog, Oddelek za patološko morfologijo, SB Maribor
 Boris Kavčič, dr. med., specialist patolog, SB Celje
 prof.dr. Marko Kolenc, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, Ankanan
 prim. Bogdan Leskovic, dr. med., specialist internist, Ljubljana
 prof.prim.dr. Gorazd Lešničar, specialist internist in specialist infektolog, SB Celje
 prof.prim.dr. Janko Lešničar, dr. med., specialist internist in specialist infektolog, Celje
 Matej Lipovšek, dr. med., specialist kirurg, Oddelek za nevrokirurgijo, SM Maribor


Dušan Novak, dr. med., Center za mikrobiologijo, ZZV Maribor
 prof.dr. Zlavko Ograjenšek, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 prim. Majda Ostan-Toplak, dr. med., specialist pediater, IVZ Ljubljana
 Cvetka Pernat, dr. med., specialistka internistka, Gastroenterološki interni oddelek, SB Maribor
 Žare Pinter, dr. med., specialist internist, Gastroenterološki oddelek, SB Maribor
 Milan Pocač, dr. med., specialist internist, Gastroenterološki oddelek, SB Maribor
 Andrej Požar, dr. med., specialist internist, Oddelek za nefrologijo, SB Maribor
 prof.dr. Slavko Rakovec, dr. med., specialist kirurg, Kirurška klinika, KC Ljubljana
 Danica Rotar-Pavlič, dr. med., IVZ Ljubljana
 doc.dr. Anton Prijatelj, dr. med., specialist medicine dela, prometa in športa, ZD Nova Gorica
 prim. mag. Marjan Skalicky, dr. med., specialist internist, Gastroenterološki interni oddelek, SB Maribor
 Pavel Skok, dr. med., specialist internist, Gastroenterološki interni oddelek, SB Maribor
 Margita Stanjko, prof. logopedije, SB Maribor
 prim. Branko Šalamun, dr. med., specialist pediater, Koper
 prim. Karel Šparaš, dr. med., specialist kirurg, Oddelek za plastično in rekonstruktivno kirurgijo, SB Maribor
 mag. Iztok Takač, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, Oddelek za ginekologijo, SB Maribor
 mag. Bojan Tepeš, dr. med., specialist internist, Zdravilišče Rogaška Slatina
 prim.spec.akad.st.mag. Zmago Turk, dr. med., specialist fiziater, Oddelek za medicinsko rehabilitacijo, SB Maribor
 Vera Urlep-Šalinović, dr. med., specialistka transfuziologinja, Oddelek za transfuziologijo in imunohematologijo, SB Maribor
 prof.dr. Veljko Vlaisavljevič, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, Oddelek za ginekologijo, SB Maribor



Lekov pentoksifilin

Dartelin

VARNA IN ZANESLJIVA POT PRI ZDRAVLJENJU
PERIFERNIH VASKULOPATIJ
IN CEREBROVASKULARNIH BOLEZNI

 Lek tovarna farmacevtskih in
kemičnih izdelkov, d.d.
Ljubljana

Strokovni prispevek/Professional article

CENOVNI PRIHRANEK POSTOPERATIVNE TROMBOPROFILAKSE PRI ORTOPEDSKIH BOLNIKI COST BENEFIT OF POSTOPERATIVE THROMBOPROPHYLAXIS IN ORTHOPEDIC PATIENTS

Vera Urlep-Šalinovič, Biserka Jelatancev

Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 62101 Maribor

Prispelo 1993-05-21, sprejeto 1993-10-26; ZDRAV VESTN 1994; 63: 361-3

Ključne besede: trombopofilaksa; tromboembolizmi; denarni prihranek

Izveček – Izhodišča. Tromboembolizmi so ne samo pomembni dejavniki v zbolewnosti in smrtnosti pri bolnikih z večjimi ortopedskimi operacijami, ampak imajo tudi velik socialno-ekonomski pomen. Z ustrezno fizikalno in farmakološko zaščito jih zmanjšamo za dve tretjini in s tem tudi stroške zdravljenja.

Metode. V prospektivno študijo smo vključili 421 visokorizičnih ortopedskih bolnikov, da bi primerjali učinek in ocenili denarni prihranek trombopofilakse z majhnimi odmerki heparina, heparin dihidroergotom in etilbiskumacetatom v primerjavi z nezaščitenimi bolniki.

Rezultati. Z vsemi tremi metodami trombopofilakse smo zmanjšali tromboembolične zaplete in ugotovili denarni prihranek v povprečju 162,3 DEM na bolnika. Najučinkovitejša je bila trombopofilaksa z etilbiskumacetatom.

Zaključki. Pri visokorizičnih ortopedskih bolnikih je trombopofilaksa nujna, ker ohranja življenja in zmanjšuje stroške zdravljenja.

Uvod

Globoke venske tromboze (GVT) in posledične pljučne embolije (PE) so pogosti zapleti pri ortopedskih operacijah kolena in kolka. Če ti bolniki ne dobivajo ustrezne trombopofilakse, se pri njih pojavljajo klinične in subklinične oblike GVT pri 45–70%, PE pri 10%, smrtne PE pa pri 1–3% (1–3). Več kot 90% PE izhaja iz GVT, večina smrtnih PE pa se razvije pri navidezno zdravih osebah brez kliničnih znakov GVT (4–6).

Visoka incidenca postoperativnih tromboembolij (TE) in njihovih poznih posledic ni samo velik zdravstveni problem, ampak ima vse večji socialno-ekonomski pomen ne samo zaradi neposrednih stroškov podaljšanega bolnišničnega zdravljenja, ampak tudi zaradi invalidnosti, ki je pozna posledica posttrombotičnega sindroma in pljučne hipertenzije (4, 7, 8).

S fizikalnimi (graduirane elastične nogavice, intermitentna pnevmatična kompresija, električna mišična stimulacija goleni) in farmakološkimi (majhni odmerki heparina – MOH, prilagojeni odmerki heparina, kombinacija heparina in dihidroergotamin mesilata – HDHE, dekstrani, nizkomolekularni heparini, hepa-

Key words: thromboprophylaxis; thromboembolisms; cost benefit

Abstract – Background. Thromboembolisms are not only important factors in morbidity and mortality of patients subjected to extensive orthopedic operations, they are also a great social and economic problem. With appropriate physical and pharmacological protection, thromboembolisms can be reduced by two thirds and cost of treatment is reduced as well.

Methods. A prospective study involving 421 high risk orthopedic patients was carried out in order to compare the effectiveness of low doses of heparin, heparin-dihydroergotom and ethylbiscoumatate and to assess their cost benefit in comparison to cases when no prophylaxis was used.

Results. Using all three methods thromboembolisms were diminished and an average a cost benefit of 162.3 DEM per patient was established. Ethylbiscoumatate prophylaxis was most effective and brought the greatest cost benefit.

Conclusions. Thromboprophylaxis in high risk orthopaedic patients is necessary, saves lives and reduces health care costs.

rinoidi in oralni antikoagulansi) merami ali z njihovo kombinacijo lahko zmanjšamo TE za dve tretjini (9–16). Čeprav je učinkovitost trombopofilakse dokazana, so številni zdravniki še vedno nezaupljivi do vseh oblik zaščite svojih bolnikov (12). Nezaupanje zdravnikov izhaja iz strahu pred krvavitvami, nasprotujočih rezultatov mnogih študij o kliničnem pomenu golenskih GVT, ki so najpogostejši tromboembolični zapleti, in navidezno visoke cene trombopofilakse (4, 16, 17).

Od januarja 1986 do novembra 1989 smo primerjali učinkovitost, varnost in denarni prihranek postoperativne trombopofilakse z MOH, HDHE in etilbiskumacetatom pri ortopedskih bolnikih. Rezultati študije o učinkovitosti in varnosti trombopofilakse so bili že objavljeni (8). Cene so računane po tečajnem kurzu decembra 1990.

Metode dela in bolniki

Pri 421 bolnikih, ki so bili operirani zaradi artroze ali poškodbe kolka ali kolena, smo primerjali učinkovitost in varnost trombopofilakse z MOH, HDHE in etilbiskumacetatom, MOH (Na-

heparin 5000 IE dvakrat dnevno v trebušno steno, s prvim odmerkom dve uri pred operacijo) je dobivalo 106 (25,2%) bolnikov, HDHE (heparin 5000 IE + 0,5 mg dihidroergotamin mesilata dvakrat dnevno v trebušno steno, s prvim odmerkom dve uri pred operacijo) je dobivalo 115 (27,3%) bolnikov, etilbiskumacetat – Pelentan (prvi odmerek 150–300 mg so bolniki dobili 12–16 ur pred operacijo, drugi odmerek, ki je bil enak prvemu, so dobili dvanajst ur po operaciji, naslednji odmerki so bili individualni in odvisni od vrednosti protrombinskega časa) je dobivalo 200 (47,5%) bolnikov. Vse tri skupine bolnikov so dobivale tromboprofilakso do pomicnosti (14 ± 7 dni). V TE smo zajeli flebografsko potrjene klinično sumljive GVT in scintigrafsko potrjene klinične PE in z avtopsijo dokazane smrtne PE. Stroške tromboembolične zaščite smo prikazali v tabeli 1. V stroške tromboembolične zaščite smo všteli ceno zdravila in potrebnih laboratorijskih preiskav, nismo pa všteli dela osebja, ker ni posebej ovrednoteno. Stroške diagnostike in zdravljenja smo prikazali v tabeli 2. Stroški zdravljenja TE obsegajo ceno zdravljen, diagnostičnih in laboratorijskih preiskav, ceno oskrbnega dne in povprečno podaljšanje hospitalizacije. Zaradi GVT oziroma PE se je trajanje bolnišničnega zdravljenja podaljšalo za deset oziroma petnajst dni.

Tab. 1. Stroški tromboembolične zaščite na enega bolnika.
Tab. 1. Cost of thromboembolic prophylaxis per patient.

	Porabljeni material Material used	Cena (DEM) Cost
Majhni odmerki heparina Low doses of heparin	28 odmerkov 28 doses	16,8
	28 brizgalk in igel syringes and needles	10
Skupaj Total		26,8
Heparin-dihidrgot Heparin-dihydroergot	28 odmerkov 28 doses	141,2
	28 brizgalk in igel syringes and needles	10
Skupaj Total		151,2
Etilbiskumacetat Ethylbisoumacetate	14 tablet 14 tablets	6
	8 × protrombinski čas prothrombin time	35
Skupaj Total		41,9

Tab. 2. Stroški zdravljenja (DEM).
Tab. 2. Cost of medical treatment.

	Globoka venska tromboza Deep vein thrombosis	Pljučne embolije Pulmonary embolisms
Dnevna oskrba Daily cost	132,15	370,3
Povprečno podaljšanje ležalne dobe (dni) Average prolongation of hospitalization (days)	10	15
Cena Cost	1321,5	5554,5

V naši študiji nismo imeli kontrolne skupine, retrospektivno pa smo lahko ugotovili le incidenco smrtnih PE. Po primerjavi rezultatov naše študije z rezultati mnogih drugih kontrolnih študij smo predpostavili, da smo z vsemi tremi uporabljenimi metodami v povprečju zmanjšali TE za dve tretjini (1–4, 9, 18–26). V naši analizi smo prikazali stroške tromboprofilakse, diagnostike in zdravljenja akutnih TE brez stroškov zdravljenja poznih posledic, kot sta posttrombotični sindrom in pljučna hipertenzija s posledično odpovedjo desnega srca.

Rezultati

Na osnovi rezultatov naše študije postoperativne tromboprofilakse pri ortopedskih bolnikih z velikim tveganjem tromboze, pri katerih smo primerjali učinek MOH, HDHE in etilbiskumacetata, smo izračunali denarni prihranek le-te. V tabeli 3 smo prikazali incidenco TE, stroške profilakse in stroške diagnostike in zdravljenja TE ter prihranek na bolnika. Incidenca GVT, PE in smrtnih PE smo preračunali na 1000 bolnikov brez zaščite in na enako število bolnikov, ki so dobivali MOH, HDHE in Pelentan.

Cena profilakse pri MOH znaša 26,8 DEM za enega bolnika, če profilaksa traja povprečno dva tedna. Cena profilakse s HDHE znaša 151,2 DEM za bolnika. Oralna tromboprofilaksa z etilbiskumacetatom in všteti laboratorijskimi kontrolami protrombinskega časa znaša 41,9 DEM. Diagnostične metode, zdravljenje GVT in PE ter podaljšano bolnišnično bivanje podražijo stroške za enega bolnika za 386,71 DEM, če je bolnik brez profilakse. Pri MDH profilaksi znašajo stroški zdravljenja in profilakse 243,43 DEM in prihranek na bolnika znaša 143,28 DEM. Profilaksa s HDHE je šestkrat dražja od MOH, učinkovitost pa ni pomembno večja, zato stroški profilakse in zdravljenja znašajo 365,5 DEM in je prihranek na bolnika le 21,21 DEM. Pri najučinkovitejši zaščiti z etilbiskumacetatom znašajo stroški profilakse in zdravljenja 61,7 DEM in je prihranek na bolnika 325,01 DEM, kar je statistično pomembno v primerjavi MOH ($p < 0,01$) in HDHE ($p < 0,001$). Zaradi strogih meril pri izbiri bolnikov za ustrezno tromboprofilakso se večje krvavitve, ki bi bistveno povečale stroške zdravljenja, niso pojavljale, zato jih v naši analizi nismo upoštevali (8).

Razpravljanje

Iz analize rezultatov naše študije, v kateri smo primerjali učinkovitost MOH, HDHE in etilbiskumacetata (Pelentan) v postoperativni tromboprofilaksi ortopedskih bolnikov, smo ugotovili, da so vse tri metode učinkovite za zmanjšanje GVT, PE in smrtnih PE, čeprav je med njimi bistvena razlika. Z vsemi metodami smo zmanjšali stroške zdravljenja akutnih TE; prav gotovo je ta prihranek mnogo večji, če bi upoštevali tudi pozne posledice. Tako pri dosledni tromboprofilaksi ne zmanjšamo samo števila TE in s tem tudi stroškov zdravljenja, ampak zmanjšamo tudi invalidnost, ki je posledica posttrombotičnega sindroma in pljučne hipertenzije z odpovedjo desnega srca.

Tromboprofilaksa ohranja življenja in kakovost življenja ter zmanjšuje stroške zdravljenja pri visokorizičnih ortopedskih bolnikih. Zavedamo se pomanjkljivosti naše metodologije, saj v študiji nismo imeli kontrolne skupine, vendar smo z analizo mnogih slepih kontrolnih študij tromboprofilakse z MOH pri ortopedskih bolnikih ugotovili zmanjšanje TE za tretjino (2, 3, 9, 18–21, 24, 25) in s HDHE za dve tretjini (26–31). Študije z oralnimi antikoagulansi (phenandion, warfarin) so opravljene na manjšem številu bolnikov zaradi nujnosti laboratorijskih kontrol, vendar kažejo na povprečno zmanjšanje TE za 75% (6, 8, 23, 32–38). Iz analiz vseh teh študij smo predpostavili, da smo z vsemi tremi metodami zmanjšali TE za dve tretjini. Prihranek na bolnika znaša povprečno 162,3 DEM. Največji prihranek 325,01 DEM na bolnika smo ugotovili pri najučinkovitejši oralni profilaksi z etilbiskumacetatom. V naši študiji so stroški tromboprofilakse in zdravljenja akutnih tromboemboličnih zapletov realni, saj so zajeti vsi stroški, s katerimi se srečujemo v dnevni klinični praksi. Ker smo po opravljeni študiji sprejeli oralno tromboprofilakso v rutino, je v naši ustanovi prihranek na enega bolnika še večji od izračunanega povprečja. Prav gotovo je prihranek pri bolnikih, ki so anamnestično že preboleli TE, še večji. Oster in sod. so analizirali denarni prihranek tromboprofilakse pri večjem številu visokorizičnih ortopedskih bolnikov iz različnih študij. Ugotovili so največji prihranek 181,60 S pri uporabi intermitentne pnevmatične kompresije, najmanjši pri uporabi MOH in elastičnih nogavic 19,40 S, pri MOH je bil prihranek 35,00 S, pri HDHE 134,50 S in pri warfarinu 122,40 S (4). Bergquist in sod. so v svoji študiji ekonom-

Tab. 3. Učinkovitost, cena in prihranek postoperativne trombo-profilakse pri ortopedskih bolnikih*.
 Tab. 3. Efficacy, price and cost benefit of postoperative thrombopro-phylaxis in orthopedic patients*.

Metoda profilakse	Globoka venska tromboza	Pljučna embolija	Smrtna PE	Cena profilakse in zdravljenja na enega bolnika v DEM			Prihranek na bolnika v DEM
				profilaksa	diagnostika+ zdravljenje	skupno	
				prophylaxis	diagnosis + treatment	total	
Brez profilakse	105	45	36	0	386.71	386.71	-
Without prophylaxis							
MOH (Na heparin) LDH	47	28	28	26.8	217.63	243.43	143.28
HDHE (Na-heparin + 0.5 mg dihidroergotamin)	43	17	8	151.2	214.3	365.50	21.21
Etilbiskumacetat Ethylbiscoumacetate	15	-	-	41.9	19.8	61.7	325.01

* Na 1000 bolnikov per 1000 patients

ske upravičenosti splošne tromboprofilakse ugotovili, da je le-ta upravičena pri ortopedskih in kirurških bolnikih in ne pri operaciji žolčnih kamnov (7).

Prav gotovo je z medicinskega in ekonomskega vidika trombo-profilaksa upravičena pri visoko in srednje rizičnih bolnikih, saj ohranja življenja, ki so neprecenljive vrednosti, in zmanjšuje invalidnost (39).

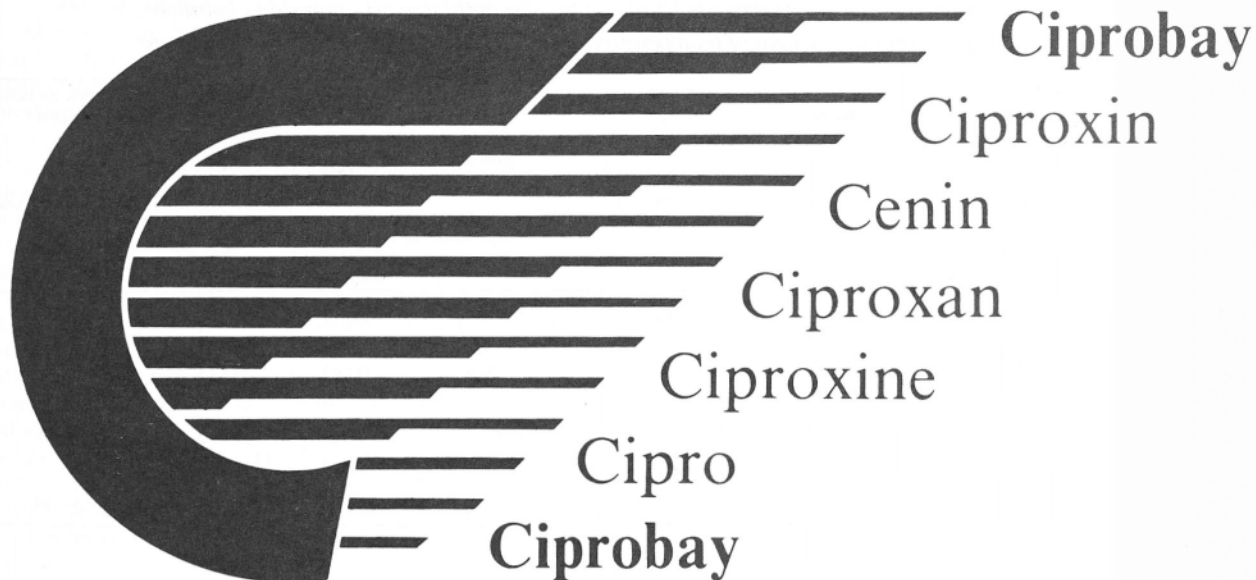
Zahvala

Za tehnično obdelavo prispevka se prisrčno zahvaljujeva viš. med. teh. Branku Peršuhu.

Literatura

- Hampson WGJ, Harris FC, Lucas HK, Roberts PH. Failure of low-dose heparin to prevent deep-vein thrombosis after hip-replacement arthroplasty. *Lancet* 1974; 2: 795-7.
- Mannucci PM, Citterio LE, Panajotopolous N. Low dose heparin and deep vein thrombosis after total hip replacement. *Thromb Haemostas* 1979; 36: 157-64.
- Sagar S, Naim D, Stamatakis JD. Efficacy of low-dose heparin in prevention of extensive deep vein thrombosis in patients undergoing total hip replacement. *Lancet* 1976; 1: 1151-5.
- Oster G, Tuden RL, Colditz GA. A cost effectiveness analysis of prophylaxis against deep-vein thrombosis in major orthopedic surgery. *Jama* 1987; 257: 203-8.
- Milić N. Hemostaza i tromboembolizam (Izveštaj o uskladenosti diskusiji). *Lij Vjes* 1979; 101: 105-13.
- Koržinek K. Rezultati tromboprofilakse u ortopediji i traumatologiji. *Lij Vjes* 1981; 103: 248-52.
- Bergquist D, Jendteg S, Lindgren B, Matsch T, Persson U. The economics of general thromboembolic prophylaxis. *World J Surg* 1988; 12: 349-55.
- Urlep-Šalinović V, Jelatancev B. Postoperativna tromboprofilaksa pri ortopedskih bolnikih. *Zdrav Vestn* 1992; 61: 275-9.
- Sevitt S, Gallagher NG. Prevention of venous thrombosis and pulmonary embolism in injured patients. *Lancet* 1959; 2: 981-9.
- Sherry S. Thrombosis prevention. *New Engl J Med* 1971; 284: 1324-6.
- Kakkar VV, Corrigan T, Spindler J. Efficacy of low doses of heparin in prevention after major surgery. *Lancet* 1972; 2: 101-6.
- Shamoff JG. Prevention of thromboembolism. *Bull NY Acad Med* 1973; 49: 655-60.
- Keber D. Preventiva globoke venske tromboze in pljučne embolije pri ležečih bolnikih in operiranih. *Zdrav Vestn* 1981; 50: 743-7.
- Ciko Z. Novija shvatanja prevencije i terapije tromboembolizma. *Vojno Sanit Pregl* 1978; 35: 439-44.
- Grgičević D, Kovačić M, Pistotnik M, Radej M. Prevention of venous thromboembolism with low doses of heparin in urologic patients. *Urology* 1977; 9: 260-2.
- Clagett GP, Reisch JJ. Prevention of venous thromboembolism in general surgical patients. *Ann Surg* 1988; 227-40.
- Van Ooijen B. Subcutaneous heparin and postoperative wound haematomas. *Arch Surg* 1986; 121: 937-40.
- Leyvraz PF, Richard J, Bachmann F, Melle VG, Treyvand JM, Livio JJ et al. Adjusted versus fixed-dose subcutaneous heparin in the prevention of deep vein thrombosis after total hip replacement. *N Engl J Med* 1983; 309: 954-8.

- Fasting H, Andersen K, Kraemmer Nielsen H, Husted IE, Koopmann HD, Simonsen O, Husegaard HC, Vestergaard Madsen J, Pedersen TK. Prevention of postoperative deep vein thrombosis. Low-dose heparin versus graded pressure stockings. *Acta Chir Scand* 1985; 151: 245-8.
- Kakkar VV, Stamatakis JD, Bentley PG, Lawrence D, de Haas HA, Ward WP. Die Prophylaxe der postoperativen venösen Thromboembolie bei Hüftgelenkersatz mit Heparin und Dihydroergotamin. *Munch med Wschr* 1979; 121: 1152-4.
- Lassen MR, Boris LC, Christiansen HM, Moller-Larsen F, Knudsen VE, Boris P. Heparin/dihydroergotamine for venous thrombosis prophylaxis: comparison of low-dose heparin and low molecular weight heparin in hip surgery. *Br J Surg* 1988; 75: 686-9.
- Voigt J, Lennert K, Hedderich J. Fünf Jahre generelle medikamentöse Thromboembolie-Prophylaxe in der Allgemeinchirurgie. *Fortschr Med* 1984; 102: 562-4.
- Bergquist D. Prevention of postoperative thromboembolism in Sweden - the development of practice during five years. *Thromb Haemost* 1985; 54: 239-44.
- Morris GK, Henry APJ, Preston BJ. Prevention of deep vein thrombosis by low-dose heparin in patients undergoing total hip replacement. *Lancet* 1974; 2: 797-800.
- Kiil J, Axelsen F, Kiil J, Andersen D. Prophylaxis against postoperative pulmonary embolism and deep vein thrombosis by low dose heparin. *Lancet* 1978; ii: 1115-6.
- Kakkar VV, Fok J, Djaazeri B, Ham R, Fletcher M. Prophylaxis against deep vein thrombosis following total hip replacement using a combination of heparin and dihydroergotamine. *Thromb Haemostas* 1981; 46: 378-8.
- Kuster B, Gruber UF. Wert von Heparin Dihydroergot zur Prophylaxe thromboembolischer Komplikationen. *Schweiz Med Wschr* 1984; 114: 322-32.
- Sasahara AA. Dihydroergotamin-heparin prophylaxis of postoperative deep vein thrombosis. *Jama* 1984; 251: 2960-86.
- Di Serio JF, Sasahara AA. United States trial of dihydroergotamine and heparin prophylaxis of postoperative deep vein thrombosis: proposed mechanism of action. *Am J Surg* 1985; 150: 25-32.
- Comerota AJ, Stewart GJ, White VJ. Combined dihydroergotamine and heparin prophylaxis of deep vein thrombosis. *Am J Surg* 1985; 150: 39-44.
- Rorbaek-Madsen M, Jakobsen BW, Pedersen J, Sorensen B. Dihydroergotamine and the thromboprophylactic effect of dextran 70 in emergency hip surgery. *Br J Surg* 1988; 75: 364-5.
- Morris GK, Mitchel JRA. Warfarin sodium in prevention of deep venous thrombosis and pulmonary embolism in patients with fractured neck of femur. *Lancet* 1976; 10: 869-72.
- Bergquist D. Oral anticoagulants for prophylaxis against postoperative thromboembolism. *Acta Chir Scand* 1988; 43: Suppl 5: 43-7.
- Francis CW, Marder VJ, McCollister Everts C, Yauhooolbi S. Two step warfarin therapy. Prevention of postoperative venous thrombosis without excessive bleeding. *Jama* 1983; 249: 374-8.
- Sevitt S, Innes D. Prothrombin time and thrombotest in injured patients on prophylactic anticoagulant therapy. *Lancet* 1964; 1: 124-9.
- Paton RC, McNicol GP. Medical prophylaxis of venous thromboembolism. V In: Van de Loo J, Prentice CRM, Beller FK. The thromboembolic disorders. Stuttgart: Schattauer. 1983; 295-309.
- Reilmann H, Bosch U, Barthels M. Thromboembolieprophylaxe in der Chirurgie. *Orthopädie* 1988; 17: 110-7.
- Urlep-Šalinović V, Jelatancev B, Nikolić T, Senčar M. Preprečevanje tromboembolij pri rizičnih skupinah. Poročilo raziskovalne naloge za leto 1989. PORS 09-3696-334/89. Maribor, december 1989: 66-121.
- Editorial. Prevention of venous thromboembolism. European Consensus Statement. 1-5 November 1991. *Int Angiol* 1992; 11: 151-9.



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



Ciprobay[®]

ciprofloksacin — Bayerjeva kakovost

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

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

Bayer

Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

Strokovni prispevek/Professional article

PREPREČEVANJE POOPERATIVNIH ZARASTLIN PO MIKROKIRURŠKI OPERACIJI

PREVENTION OF POSTOPERATIVE ADHESION FORMATION AFTER MICROSURGICAL OPERATION

Iztok Takač, Veljko Vlajsavljevič

Oddelek za ginekologijo, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 62101 Maribor

Prispelo 1993-04-22, sprejeto 1993-09-14; ZDRAV VESTN 1994; 63: 365-7

Ključne besede: mikrokirurgija; živalski model; zarastline; kortikosteroidi

Izveček – Izhodišča. Skušali smo ugotoviti uspešnost preprečevanja nastanka pooperativnih zarastlin s fiziološko raztopino in hidrokortizonom po mikrokirurški operaciji.

Metode. Rogove maternic 30 podgan smo resecirali in naredili mikrokirurško anastomozo proksimalnega in distalnega segmenta in izvršili poškodbo distalnega segmenta z bipolarno elektrokoagulacijo. Živali smo razdelili v tri enake skupine: skupino, ki smo ji intraperitonealno instalirali fiziološko raztopino, skupino, ki smo ji skupaj s fiziološko raztopino intraperitonealno instalirali hidrokortizon, ki so ga živali prejemale per os še tri dni po operaciji, ter kontrolno skupino brez perioperativne profilakse. Po dveh tednih smo ocenili jakost in razsežnost intraperitonealnih zarastlin z 0 do 3 točkami, posebej za mesto anastomoze in elektrokoagulacije.

Rezultati. Skupni seštevek točk nastalih zarastlin v kontrolni skupini je bil 71, v skupini s fiziološko raztopino 64 in v skupini s fiziološko raztopino in hidrokortizonom 52. V primerjavi s kontrolno skupino je nastalo v skupini, ki je prejela poleg fiziološke raztopine še hidrokortizon, značilno manj zarastlin ($p < 0,05$). Razlika med skupino, ki je prejela samo fiziološko raztopino, in kontrolno skupino ni bila statistično značilna.

Zaključki. Labko sklepamo, da perioperativna uporaba fiziološke raztopine in hidrokortizona, ki ga dajemo še pooperativno, značilno zmanjšuje nastanek pooperativnih zarastlin po mikrokirurški operaciji podganje maternice.

Uvod

Mikrokirurgija je v ginekologiji izpopolnjen način operiranja, ki poleg uporabe povečal zahteva nežnejše ravnanje s tkivi, natančno hemostazo in peritonizacijo, vlaženje seroznih površin ter uporabo posebnih šivalnih materialov in preciznih instrumentov (1). Pooperativne zarastline so eno ključnih vprašanj v kirurškem zdravljenju tuboperitonealne neplodnosti. Pomembni dejavniki nastanka pooperativnih zarastlin so poleg poškodbe tkiva še izsušitev seroznih površin, krvavitev, okužba in tkivna reakcija na tujke. Pooperativne zarastline preprečujemo predvsem z uporabo atravmatske kirurške tehnike, ki obsega tudi natančno hemostazo, preprečevanje izsušitve seroznih površin, zmanjševanje možnosti okužbe in vnosa tujkov. Pooperativne zarastline pogosto nastanejo kljub uporabi atravmatske kirurške tehnike. Zato obstaja velika potreba po učinkovitih in varnih snoveh, ki bi nastanek poope-

Key words: microsurgery; animal model; adhesions; corticosteroids

Abstract – Background. The efficacy of normal saline and hydrocortisone in the prevention of postoperative adhesions was examined.

Methods. The uterine horns of 30 rats were subjected to both division and microsurgical anastomosis of proximal segment and bipolar electrocoagulation of the distal segment. They were randomly divided into three equal groups: first group received normal saline perioperatively, second group received hydrocortisone in normal saline perioperatively and hydrocortisone postoperatively and third group was a control without medication. At repeat laparotomy 2 weeks later, the intraperitoneal adhesions were graded from 0 to 3 according to their severity. Separate adhesions scores were assigned to the areas of anastomosis and electrocoagulation.

Results. Total adhesion scores were 71 for control group, 64 for normal saline group and 52 for hydrocortisone group. The hydrocortisone group formed significantly fewer adhesions than control group ($p < 0,05$). Although the normal saline treated rats had less adhesions than the controls, the difference was not significant.

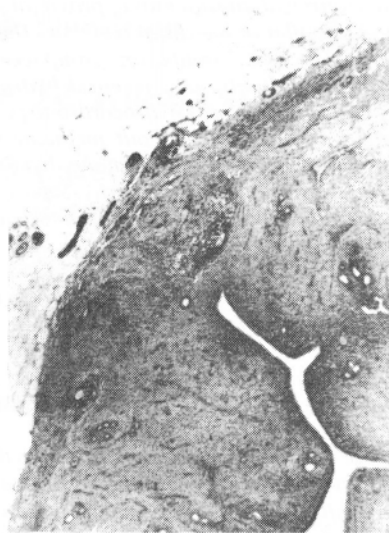
Conclusions. These results suggest that in this species the hydrocortisone given in normal saline perioperatively and as a single agent postoperatively is effective in preventing postoperative adhesions formation after microsurgical operation.

rativnih zarastlin zmanjšale ali preprečile. V ta namen se uporabljajo kortikosteroidi, antihistaminiki, antibiotiki, nesteroidni zaviralci vnetja, progestageni, kolhicin, dekstran ter prostaciklin. Mehanizmi, prek katerih te snovi delujejo, so: zmanjševanje vnetne reakcije in sproščanja eksudata, inhibicija koagulacije, stimulacija fibrinolize, mehanična separacija s fibrinom obloženih površin in inhibicija proliferacije fibroblastov. Glede profilaktične uporabe kortikosteroidov, antibiotikov, koloidnih in drugih snovi za zmanjševanje nastanka pooperativnih zarastlin so mnenja avtorjev deljena (2).

Material in metode

Trideset podganjih samic soja Wistar, težkih od 110 do 330 g (srednja vrednost 224 g, SD 56 g), smo razdelili v tri enake skupine.

Živali v prvi skupini niso prejemale nobene perioperativne ali pooperativne terapije. Živalim druge skupine smo ob zaključku mikrokirurškega posega intraperitonealno instalirali 5 ml fiziološke raztopine, tretji skupini pa hidrokortizon v odmerku 1 mg/kg telesne teže, raztopljen v 5 ml fiziološke raztopine, enako količino hidrokortizona pa so živali tretje skupine dobile tudi prve tri dni po operaciji v vodi za pitje. Operativni poseg smo izvedli s pomočjo uvodne inhalacijske anestezije z etrom, nakar smo anestezijo vzdrževali s ketamin hidrokloridom, ki smo ga dajali intramuskularno v odmerku 10 mg/kg telesne teže in dodajali po potrebi. Po pripravi operativnega polja smo s skalpelom prerezali trebušno steno v vzdolžni mediani liniji. Z uporabo mikrokirurške tehnike smo si prikazali oba rogova dvoroge maternice. Dva centimetra nad bifurkacijo smo izvršili elektrokoagulacijo levega roga z bipolarnim koagulatorjem. Nato smo s škarjami prerezali levi rog maternice 1 cm nad bifurkacijo (1 cm pod mestom elektrokoagulacije). Izvršili smo natančno hemostazo s pomočjo elektrod bipolarnega elektrokoagulatorja. Koagule smo izpirali s fiziološko raztopino, s katero smo tudi vlažili eksponirana tkiva med operativnim postopkom. S pomočjo operacijskega mikroskopa s 16-kratno povečavo smo spojili oba krna v smislu termino-terminalne anastomoze s posameznimi seromuskularnimi šivi (sl. 1). Uporabljali smo atravmatski neresorbirajoči monofilamentni šivalni material dermalon 10/0. Poseg smo ponovili še na drugi strani. Trebušno steno smo zašili v dveh plasteh z atravmatskim resorbirajočim šivalnim materialom dextron 5/0. Po posegu smo živali namestili v oštevilčene kletke. Štirinajst dni po operaciji smo naredili ponovno laparotomijo v splošni inhalacijski anesteziji z etrom, ki smo jo poglobili do depresije dihanja.



Sl. 1. Anastomoza s seromuskularnim šivom. HE, orig. pov. 32-krat.

Fig. 1. Anastomosis with seromuscular ligature. HE, orig. magn. 32x.

Intraperitonealne zarastline smo ocenjevali, ne da bi vedeli, kateri skupini živali pripadajo glede na perioperativno aplikacijo medikamentov. Stopnjo zarastlin smo določili makroskopsko za vsak rog maternice posebej po točkovnem sistemu, ki ga prikazuje tabela 1. Določili smo stopnjo zarastlin posebej za področje elektrokoagulacije in anastomoze leve in desne strani. Tako smo pri vsaki živali dobili štiri posamezne rezultate, kakor tudi skupni seštevek točk. Maternico smo skupaj z adneksi in zarastlinami ekscipirali in tkivo fiksirali v puferiranem formaldehidu za kasnejšo histološko obdelavo. Po ocenjevanju in zapisu stopenj zarastlin smo rezultate vnesli v poprej šifrirani protokol. Primerjali smo seštevke točk zarastlin med vsemi tremi skupinami, in sicer skupne seštevke vseh točk posamezne živali, kakor tudi posamezne seštevke točk z mesta anastomoze in elektrokoagulacije.

Tab. 1. Točkovanje pooperativnih zarastlin.

Tab. 1. Score for postoperative adhesions.

Točke Score	Zarastline Adhesions
0	ni zarastlin without adhesions
1	blage, avaskularne, lahko ločljive, omejene na uterus mild, avascular, easily separable, limited to uterus
2	zmerne, avaskularne, težko ločljive, omejene na uterus moderate, avascular, difficult separable, limited to uterus
3	hude, vaskularne, obsežne, zajemajo črevo ali mehur severe, vascular, extensive, involving intestine or bladder

Domnevo o razliki med povprečema dveh vzorcev smo preskusili s testom t, predhodno pa preverili predpostavko o enakih variancah s testom F. Izhajali smo iz hipoteze, da so razlike v nastanku pooperativnih zarastlin med posameznimi skupinami živali statistično značilne.

Rezultati

Kot je razvidno iz tabele 2, je v obeh skupinah živali, ki so dobile perioperativno ali pooperativno terapijo, nastalo manj pooperativnih zarastlin kot v kontrolni skupini. Najmanj zarastlin je nastalo v skupini živali, ki so prejemale hidrokortizon in fiziološko raztopino (mesto anastomoze: 34 točk, mesto elektrokoagulacije: 18 točk, skupni seštevek: 52 točk). V tej skupini vsaj na enem od štirih mest poškodbe tkiva ni bilo nikakršnih zarastlin v osmih primerih (20,0%), v nobenem primeru pa ni bilo hudih, vaskularnih in obsežnih zarastlin. Blage, avaskularne, lahko ločljive zarastline so bile v 12 primerih (30,0%), zmerne, avaskularne in težko ločljive pa v 20 primerih (50,0%).

Tab. 2. Učinek fiziološke raztopine in hidrokortizona na nastanek pooperativnih zarastlin. Anastom = mesto anastomoze, Koag. = mesto elektrokoagulacije.

Tab. 2. Effect of normal saline and hydrocortisone in postoperative adhesion formation. Anastom = site of anastomosis, Coag. = site of electrocoagulation.

Terapija Therapy	N	Zarastline Adhesions		
		Anastom. Anastom.	Koag. Coag.	Anastom. in Koag. Anastom. and Coag.
Brez terapije Without therapy	10	43	28	71
Fiziološka raztopina Normal saline	10	41	23	64
Hidrokortizon in fiziološka raztopina Hydrocortisone and normal saline	10	34	18	52

V skupini živali, ki so prejele ob koncu operacije samo fiziološko raztopino, je nastalo nekoliko več zarastlin (mesto anastomoze: 41 točk, mesto elektrokoagulacije: 23 točk, skupni seštevek: 64 točk). Vsaj na enem mestu poškodbe tkiva ni bilo zarastlin v štirih primerih (10,0%), hude, vaskularne in obsežne zarastline pa so se pojavile v treh primerih (7,5%). Blage, avaskularne, lahko ločljive zarastline so bile v 11 primerih (27,5%), zmerne, avaskularne in težko ločljive pa v 22 primerih (55,0%). Največ pooperativnih zarastlin se je pojavilo v kontrolni skupini, ki ni prejela nobene perioperativne profilakse (mesto anastomoze: 43 točk, mesto elektrokoagulacije: 28 točk, skupni seštevek: 71 točk). V tej skupini ni bilo zarastlin vsaj na enem mestu poškodbe tkiva v štirih primerih (10,0%), hude, vaskularne in obsežne zarastline pa so bile v petih primerih (12,5%). Blage, avaskularne, lahko ločljive

zarastline so se pojavile v šestih primerih (15,0%), zmerne, avaskularne in težko ločljive pa v 25 primerih (62,5%).

Medsebojna primerjava vseh treh skupin je pokazala značilno manjši nastanek pooperativnih zarastlin v skupini živali, ki so prejemale hidrokortizon in fiziološko raztopino, v primerjavi s kontrolno skupino brez profilakse ($p < 0,05$). Čeprav so imele živali, ki smo jim ob koncu operacije intraperitonealno instalirali samo fiziološko raztopino, manj zarastlin kot živali v kontrolni skupini, razlika med obema skupinama ni bila statistično značilna. Prav tako nismo našli statistično značilne razlike med skupino živali, ki so prejele samo fiziološko raztopino, in skupino živali, ki so zraven fiziološke raztopine dobile še hidrokortizon, čeprav je pri slednji skupini nastalo manj zarastlin in so bile tudi bolj blage. Prehodnost mesta anastomoze smo dosegli v 58 primerih (96,7%), v dveh primerih (3,3%) pa je nastala pooperativna obliteracija na mestu anastomoze krnov materničnih rogov. V obeh primerih je šlo za živali iz kontrolne skupine, ki niso prejemale perioperativne profilakse. Mesto koagulacije je ostalo prehodno v 50 primerih (83,3%), v 10 primerih (16,7%) pa ne. Pri tem je obliteracija nastopila pri treh primerih iz kontrolne skupine, dveh primerih iz skupine, ki je prejela samo fiziološko raztopino, in petih primerih iz skupine, ki je prejela ob fiziološki raztopini še hidrokortizon.

Razpravljanje

Čeprav smo v raziskavi dosegli visoko stopnjo prehodnosti mest anastomoze (96,7%), pri čemer je bil premer krnov, ki smo jih anastomozirali, 2 do 3 mm, kljub uporabi medikamentov nismo uspeli popolnoma preprečiti nastanka pooperativnih zarastlin. Pri intraperitonealni instalaciji fiziološke raztopine so zarastline nastale v manjšem obsegu kot v kontrolni skupini, vendar razlika ni bila statistično značilna. Mehanizem delovanja fiziološke raztopine je predvsem hidrofotacija in mehanična separacija poškodovanih površin peritoneja, zaradi česar se zmanjša možnost za adhezijo okvare mezotelija na druge poškodovane, kakor tudi nepoškodovane peritonealne površine. Ker se prične popravilo okvare mezotelija v roku dveh do treh dni po poškodbi in je končano šele okoli petega dneva, bi bila potrebna za preprečevanje nastanka zarastlin hidrofotacija vsaj toliko časa (3). Ugotovili smo ugoden učinek hidrokortizona v kombinaciji s fiziološko raztopino na preprečevanje nastanka pooperativnih zarastlin, saj je v skupini živali, ki smo jim ob koncu mikrokirurške operacije intraperitonealno instalirali hidrokortizon v fiziološki raztopini, nato pa dajali hidrokortizon še tri dni po operaciji per os, nastalo značilno manj zarastlin kot v kontrolni skupini. V skupini, ki je prejela hidrokortizon, so bile zarastline tudi manj izražene in obsežne kot v ostalih dveh skupinah, kar lahko razložimo z inhibitornim delovanjem kortikosteroidov na nastanek zarastlin po poškodbi peritoneja. Luciano in sod. so

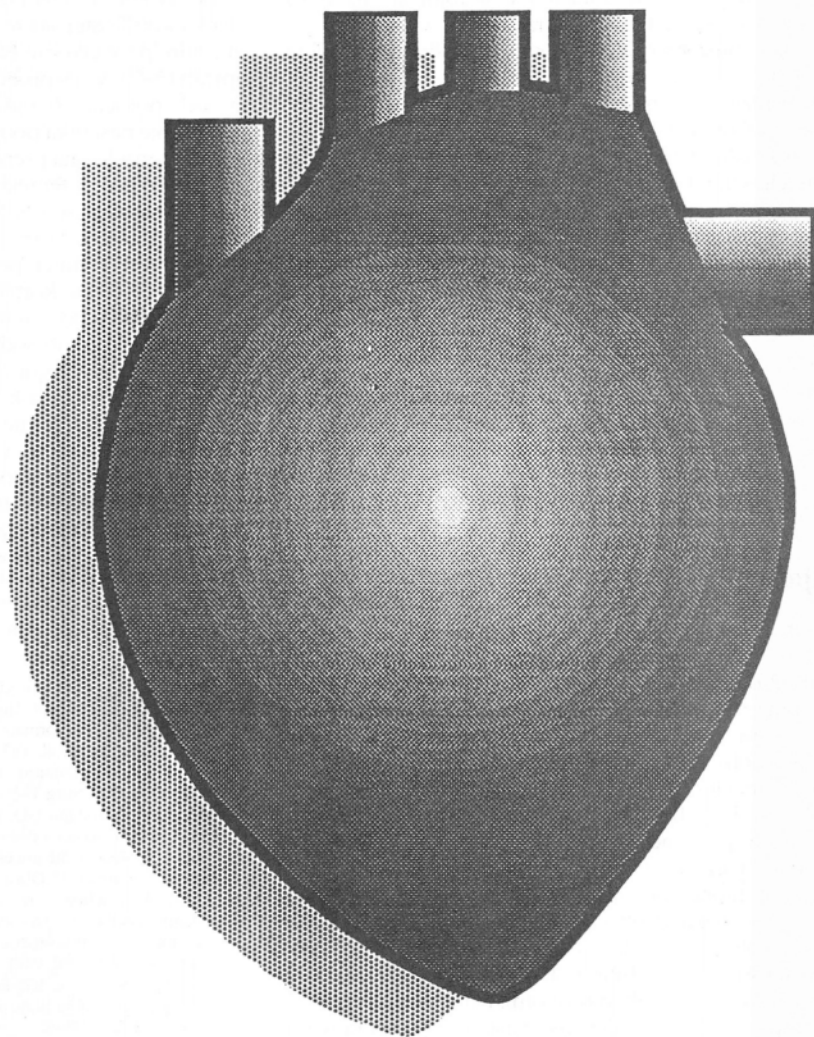
ugotovili značilno manjši nastanek zarastlin po uporabi deksametazona pri mikrokirurški operaciji podganje matrice, ki je bil še bolj izražen pri kombinaciji deksametazona in 32% dekstrana 70 (4). Gomel v svoji raziskavi na podganah ni potrdil ugodnega učinka kortikosteroidov v preprečevanju nastanka pooperativnih zarastlin, prav tako ne Pfeffer in sod. na zajcih ter Seitz in sod. na opicah (5–7). V nasprotju z njimi pa Scheinberg in sod. ter Swolin in sod. poročajo o ugodnem učinku kortikosteroidov na preprečevanje nastanka pooperativnih zarastlin (8, 9). Ugoden učinek kortikosteroidov na preprečevanje nastanka pooperativnih zarastlin najverjetneje temelji na inhibiciji migracije in proliferacije fibroblastov, kar so ugotovili na živalskih modelih (10). Rezultati naše raziskave govorijo za ugodni učinek hidrokortizona v preprečevanju nastanka pooperativnih zarastlin pri podganah. O ugodnem učinku kortikosteroidov na preprečevanje pooperativnih zarastlin po mikrokirurški operaciji pri človeku poročata Swolin ter Pfeffer in sod. (9, 6).

V raziskavi nismo ugotovili značilno povečane zbolewnosti živali, ki so prejemale hidrokortizon, čeprav nekateri poročajo o tem stranskem učinku kortikosteroidov (11). Prav tako nismo ugotovili motenj procesa celjenja v smislu slabega zaraščanja laparotomijske rane. Smatramo, da je odmerek hidrokortizona, ki smo ga uporabili (1 mg/kg telesne teže), učinkovit v preprečevanju nastanka zarastlin in še dovolj nizek, da ne pride do izrazitejših stranskih pojavov v smislu imunosupresije in zavrtega celjenja ran.

Literatura

1. Tomažević T. Mikrokirurgija pri zdravljenju ženske neplodnosti. In: Meden-Vitovec H. Neplodnost. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1989: 314–28.
2. Holtz G. Adhesion formation and prevention. In: Stangel JJ. Infertility surgery. London: Prentice Hall, 1990: 29–39.
3. Raftery AT. Regeneration of parietal and visceral peritoneum: a light microscopic study. Br J Surg 1973; 69: 293–3.
4. DiZerga GS, Hodgen GD. Prevention of postsurgical tubal adhesions: comparative study of commonly used agents. Am J Obstet Gynecol 1980; 136: 173–3.
5. Gomel V. Recent advances in surgical correction of tubal disease producing infertility. Curr Probl Obstet Gynecol 1978; 1: 10–10.
6. Pfeffer WH, Wheeler JE, Tschoepe R, Wrigth KH, Gizang E. The effect of dexamethasone and promethazine administration on adhesion formation, tubal function, and ultrastructure following microsurgical anastomosis of rabbit oviducts. Fertil Steril 1980; 34: 162–8.
7. Seitz HM, Schenker JG, Epstein S, Garcia CR. Postoperative intraperitoneal adhesions: a double blind assessment of their prevention in the monkey. Fertil Steril 1973; 24: 935–5.
8. Scheinberg SR, Saltzstein HC. Effect of cortisone and corticotrophine (ACTH) on intra-abdominal adhesions. Arch Surg 1951; 63: 413–3.
9. Swolin K. Die Einwirkung von Grossen, intraperitonealen Dosen Glukokortikoid auf die Bildung von postoperativen Adhaesionen. Acta Obstet Gynecol Scand 1967; 46: 204–4.
10. Holden M, Adams LB. Inhibitory effects of cortisone acetate and hydrocortisone on growth of fibroblasts. Proc Soc Exp Biol Med 1957; 95: 364–4.
11. Grosfeld JL, Berman IR, Schiller M, Morse T. Excessive morbidity resulting from the prevention of intestinal adhesions with steroids and antihistamines. J Pediatr Surg 1973; 8: 221–1.

Samo enkrat na dan



Tonocardin ^{*doksazosin*} [®]

za zdravljenje hipertenzije in preprečevanje koronarne bolezni srca

Oprema
20 tablet po 2 mg
20 tablet po 4 mg



PLIVA d.d. ZAGREB
PROGRAM FARMACEUTIKE

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

Strokovni prispevek/Professional article

AMBULANTNA KIRURGIJA VARIC

OUT-PATIENT SURGERY OF VARICOSE VEINS

Vojko Flis

Oddelek za žilno kirurgijo, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 62000 Maribor

Prispelo 1993-04-22, sprejeto 1993-09-14; ZDRAV VESTN 1994; 63: 369-71

Ključne besede: krotice; ambulantna kirurgija; komplikacije; indikacije za operacijo

Izvleček – Izhodišča. Zbolevnost za kroticami je med prebivalstvom sorazmerno velika. Obstaja več načinov zdravljenja. Kadar je indicirano kirurško zdravljenje, obstajajo različna mnenja o tem, ali napraviti klasično radikalno operacijo ali uporabiti tehniko mikroincizij.

Metode. Namen raziskave je bila primerjava dolgoročnih rezultatov in komplikacij pri bolnikih, operiranih po eni ali drugi metodi. Raziskava je trajala od 1983–1992. Bila je prospektivna in nerandomizirana. V prvi skupini (213 bolnikov, 160 žensk, povprečna starost 41 let, razpon 18–76) so bili bolniki operirani po klasični radikalni metodi. V drugi skupini (254 bolnikov, 240 žensk, 14 moških, povprečna starost 39 let, razpon 17–79) so bili bolniki, ki so bili operirani ambulantno s tehniko mikroincizij. Primerjali smo dolgoročne rezultate in komplikacije. Rezultate smo ocenjevali takole: ozdravljeni so bili tisti bolniki, kjer so simptomi izginili in ni bilo rezidualnih krotic, izboljšani so bili tisti brez simptomov, a z rezidualnimi kroticami, neuspeh pa je pomenil ponovitev simptomov in krotic.

Rezultati. V prvi skupini je bilo ozdravljenih 165, izboljšanih 19, neuspeh pa pri 29 bolnikih. V drugi skupini je bilo ozdravljenih 189, izboljšanih 34, neuspeh pa pri 31. Razlika ni statistično pomembna. V prvi skupini je 53 bolnikov imelo bolečine zaradi poškodbe n. saphenus (24,8%), dva pa sta imela trombozo globokih ven (0,98%). V drugi skupini omenjenih komplikacij ni bilo. Razlika je statistično pomembna.

Zaključki. Ambulantna kirurgija ima nekatere prednosti pred klasično radikalno operacijo: število komplikacij je manjše, bolnik se lahko zdravi ambulantno in ekonomsko je ugodnejša.

Uvod

Zbolevnost za kroticami je med prebivalstvom sorazmerno izredno velika. Po nekaterih podatkih znaša med našim prebivalstvom (1) 18,6 odstotka. Podobno sliko je moč videti tudi drugod (2). V ta odstotek so všteti samo bolniki s kliničnimi simptomi. Balzer (2) pa ocenjuje, da je skorajda vsak drugi odrasli »nosilec« krotic, torej bolnik s kroticami, a brez kliničnih znakov bolezni. Ob takšnem potencialnem, a tudi resničnem bremenu bolnikov se zastavlja vprašanje optimalne terapije vsaj z dveh zornih kotov: katera vrsta terapije daje optimalne rezultate in katera vrsta terapije je ob tem za bolnika (tudi stroškovno) najmanj obremenjujoča (3, 4).

Key words: varicose veins; surgery; out-patient treatment; complications; indications for surgery

Abstract – Background. Varicose veins and their complications are a common problem, yet there are diverging opinions as to whether radical stripping operation or incisional extraction is the primary surgical method of treatment when surgery is indicated.

Methods. The aim of this study was a comparison of long term results and complications between radical stripping operation and incisional extraction of varicose veins. The duration of study was ten years (1983–1992). Major criteria for inclusion were: involvement of the long or short saphenous vein with incompetence of junctions of perforators. It was a prospective and nonrandomized trial. In the first group there were 213 patients (160 female, average 41 years, range 18–76). They were treated by radical stripping operation. In the second group there were 254 patients (240 female, average 39 years, range 17–79). They were treated on dispensary basis by incisional extraction of varicose veins. At the end of follow up results were classified as cured, when there were no symptoms and residual veins; improved when the patient was symptom free and with some residual veins; failed, when there was recurrence of symptoms and obvious veins.

Results. In the first group there were 165 patients which were cured, 19 improved and 29 failures. In the second group there were 189 patients cured, 34 improved and 31 failures. The difference is statistically not significant. In the first group there were 53 patients (24,8%) with saphenous nerve damage and two patients with deep vein thrombosis. In the second group there were no such complications. The difference is statistically significant.

Conclusions. Incisional treatment of varicose veins has some advantages over radical stripping operation: the incidence of complications is lower and it is technically and economically justified for dispensary patients.

Zdravnik, ki se ukvarja z omenjenimi zagatami, lahko bolnikom s primarnimi kroticami in klinično jasno simptomatiko pomaga z eno izmed osnovnih terapevtskih metod: sklerozacijo in kompresijo (5), klasično kirurško »veliko operacijo«, tako imenovano radikalno operacijo stripping (6), minimalno invazivno kirurgijo (7, 8) ali kombinacijo omenjenih metod (3).

Doslej v strokovnem smislu (ob korektni rabi omenjenih metod) ni bilo moč potrditi ali ovreči prednosti ene ali druge metode pred ostalimi (4). Tako se je pričelo zastavljati vprašanje (3, 4, 9), katera izmed omenjenih metod ob optimalnih rezultatih najmanj obremenjuje bolnika? Katera metoda pomeni za bolnika manjše zdravstveno tveganje. Manjšo izgubo časa? Manjše stroške?

V pričujoči raziskavi nas je zanimalo ali je moč z minimalno invazivno kirurgijo doseči enake rezultate kot s klasično radikalno striping operacijo. Zanimala nas je primerjava med trajanjem zdravljenja, komplikacijami po posegu in dolgoročnimi rezultati. Skleroterapije v pričujočem članku nismo obravnavali.

Bolniki in metode

Raziskava je bila prospektivna in nerandomizirana. Trajala je od leta 1983 do 1992. Vanjo so bili vključeni bolniki z varikozno zajeto veliko ali malo safeno, z insuficienco safenofemoralnega ali poplitealnega ustja in/ali dodatnimi insuficientnimi perforantnimi venami. Po razdelitvi Holzgreveja in Pircherja (10) gre za skupino bolnikov, ki sodijo v II. in III. skupino po teži bolezni. Izključeni so bili bolniki iz I. skupine (brez znakov bolezni) in tisti iz IV. skupine (bolniki z venskimi ulkusom) (tab. 1.).

Tab. 1. *Klinični stadiji krotične bolezni po Holzgreveju in Pircherju (10).*

Tab. 1. *Clinical staging of varicose veins (prodified from Holzgreve and Pircher [10]).*

Stadij I	Brez simptomov, samo kozmetično moteče
Stage I	Without symptoms, only cosmetic disturbances
Stadij II	Občutek zastoja, nočni krči, parestezije
Stage II	Perception of flow barrier, night cramps, paraesthesiae
Stadij III	Otekanje nog, krči, induracije kože z ekstravazalno pigmentacijo
Stage III	Swollen legs, cramps, induration of skin with extravascular pigmentation
Stadij IV	Enako kot tretji stadij, toda z venskim ulkusom
Stage IV	Same as stage III with venous ulcer

Pred posegom je bila pri vseh bolnikih napravljena natančna klinična preiskava (11), kjer je bilo potrebno, pa tudi angiosonografska preiskava ali anterogradna rentgenska flebografija (12, 13).

Bolniki so se po natančni razlagi posega sami odločili za operacijo v splošni omami ali ambulantno operacijo.

Pri bolnikih, ki so bili operirani v splošni omami, je bila napravljena klasična radikalna operacija (tako imenovana striping operacija – [6]).

Pri bolnikih, ki so bili operirani ambulantno, smo uporabili lokalno omrtničenje z 2% xylocainom. Glede na vrsto in naravo krotic smo podvezali safenofemoralno ali poplitealno ustje, prekinili insuficientne perforantne vene in odstranili krotično spremenjene vene. Perforantne vene smo prekinili s tehniko incizij (14). V prvi skupini, skupina bolnikov, kjer je bila napravljena klasična radikalna operacija (6), je bilo 213 bolnikov. Od tega je bilo 160 žensk in 51 moških. Povprečna starost je bila 41 let (razpon 18–76 let).

V drugi skupini bolnikov so bili bolniki, operirani ambulantno; bilo jih je 254. Od tega je bilo 240 žensk in 14 moških. Povprečna starost je bila 39 let (17–79).

Pri obeh skupinah smo primerjali povprečno trajanje zdravljenja (samo hospitalni del oziroma število sej pri ambulantno operiranih), zaplete in dolgoročne rezultate.

Pri zapletih smo opazovali pojav globokega vnetja, pojav bolečin zaradi poškodbe živcev (predvsem n. saphenus) ter trombozo globokih ven.

Rezultate smo ocenjevali takole: kot ozdravljene smo označili bolnike, pri katerih so simptomi izginili in ni bilo rezidualnih krotic; izboljšanje je pomenilo izginotje simptomov z ostanki rezidualnih krotic; neuspeh je pomenil ponovitev simptomov in ponovitev krotic.

Statistično primerjavo smo opravili s testom hi kvadrat.

Rezultati

Povprečni čas hospitalizacije je bil pri bolnikih v prvi skupini (radikalna klasična operacija) štiri dni (razpon 2–9).

Povprečno število ambulantnih kirurških sej je bilo pri bolnikih v drugi skupini (ambulantna operacija) štiri (razpon 2–6).

Povprečno trajanje zdravljenja do končnega ambulantnega odpušta je bilo pri bolnikih v prvi skupini štiri tedne (razpon 3–9). V drugi skupini pa pet tednov (razpon 3–12).

V prvi skupini (klasična radikalna operacija – 213 bolnikov) so se pojavili naslednji zapleti: tromboza globokih ven 2, globoko vnetje 12, bolečine ali bolečine s parestezijami v področju, ki ga oskrbuje n. saphenus 53.

V drugi skupini tromboze globokih ven ni bilo, globoko vnetje se je pojavilo pri 14 bolnikih, bolečin ali parestezij zaradi poškodbe n. saphenus ni bilo.

Končni rezultati so bili v prvi skupini naslednji: ozdravljenih je bilo 165 bolnikov, izboljšanih 19, neuspešno pa je bilo zdravljenje pri 29 bolnikih.

V drugi skupini je bilo ozdravljenih 189 bolnikov, izboljšanih je bilo 34, zdravljenje pa je bilo neuspešno pri 31 bolnikih.

V statistični primerjavi končnih rezultatov med skupinama ni bilo pomembnih razlik. Prav tako ni bilo pomembnih razlik v trajanju zdravljenja.

Statistično pomembna pa je razlika pri primerjavi zapletov (hi kvadrat 466.64, $p < 0,01$, tab. 2). Razlika med skupinama je posledica precej velikega števila poškodb n. saphenus v prvi skupini (53 bolnikov, 24,8%) in dveh primerov tromboze globokih ven v prvi skupini (0,98%).

Tab. 2. *Primerjava števila zapletov med obema skupinama.*

Tab. 2. *Comparison of complications between both groups.*

Zapleti Complications	Klasično (radikalno) operirani bolniki Radical (classical) operation	Ambulantno operirani bolniki Ambulant surgery
Tromboza Thrombosis	2	0
Vnetje Inflammation	12	14
Poškodbe n. saphenus N. saphenous injury	53	0
Brez zapletov Without complications	146	240
Vsi All	213	254

Razpravljanje

Pojem ambulantna kirurgija krotic razumejo različni avtorji različno: Holzgreve in Pircher (10) govorita o ambulantni kirurgiji krotic takrat, ko bolnika za en dan sprejmeta v bolnišnico in ga operirata v splošni omami. Mueller govori o ambulantni kirurgiji varic samo pri bolnikih, ki so bili operirani v lokalni omami s posebno tehniko mikroincizij (15). Enako razmišljata tudi Belcaro in Christopoulos (3). V pričujoči raziskavi smo pojmovali in opravljali ambulantno kirurgijo krotic tako, kot jo opravlja Mueller (8, 15).

Muellerjeva tehnika je dobila tudi ime minimalna invazivna tehnika (7). Nekatero osnove te tehnike niso nove (16, 17), vendar so se v začetku uporabljale samo za lokalno spremenjene konvolute v povirju velike ali male safene.

Sedanja tehnika v modificirani obliki zajema vse osnovne elemente radikalne operacije (prekinitev insuficientnih ustij, perforantnih ven, odstranitev krotičnih konvolutov in delno odstranitev velike ali male safene) (7, 18), vendar se kljub vsemu bistveno razlikuje od radikalne operacije: pri minimalni invazivni tehniki nikoli ne odstranimo velike ali male safene v celoti, kožne incizije so manjše od 5 mm (7, 9).

Razlika navidezno morda ni videti pomembna, je pa opazna pri pregledu zapletov. Dolgoročni rezultati ene ali druge tehnike so si praviloma podobni (4). Enako je pokazala naša študija. Število

zapletov, predvsem poškodb n. saphenus, pa je pri radikalni operaciji zelo veliko. Praviloma se odstotek giblje okoli 30% (4). V skupini naših bolnikov je bil ta odstotek 24,8%.

Poškodba omenjenega živca je dolgotrajna in se kaže v obliki parestezij z bolečinami ali z zelo hudimi bolečinami v predelu, ki ga oskrbuje ta živec. Bolečine se lahko vlečejo leta in leta in so terapevtsko izredno rezistentne. Temu zapletu se pri radikalni operaciji ni mogoče izogniti zaradi same narave posega. Velika safena se pri omenjeni operaciji odstrani s posebno sondo, katere glava je ustrojena tako, da grabi tudi okoliško tkivo. Tako poškoduje tudi n. saphenus. Omenjeni poškodbi so se skušali izogniti z različnimi tehnikami (19), vendar so rezultati ostali enaki (4).

Prav tako ne preseneča pojavljanje nekaterih hudih zapletov pri radikalni operaciji (denimo tromboza globokih ven ali drugi zapleti [20]). Pri bolniku, ki je v splošni omami, pozornost kirurga včasih popusti (20). Pri bolnikih, ki so operirani v lokalnem omrtvičenju, je območje nebolečega polja majhno in zahteva zelo natančno in subtilno kirurško tehniko.

Zaradi omenjenih zapletov, ki se pojavljajo pri radikalni operaciji, velja danes priporočilo, da naj se velika safena s »stripingom« odstrani samo nad kolenom. Pod kolenom naj bi uporabljali samo minimalne invazivne tehnike (4).

Omenjeno priporočilo sloni na spoznanjih, da nastanek krotic samo v 64% povzroča oziroma spodbuja insuficienca safenofemoralnega ustja, v ostalih primerih pa izolirane insuficience perforantne vene (9). Novejše raziskave tudi kažejo, da v vsaj 50% vseh primerov pri radikalni operaciji odstranijo popolnoma zdravo veliko safeno, ki bi jo bilo moč uporabiti za različne premostitvene operacije (denimo arotokoronarna premostitev) (21). Rutinska odstranitev celotne velike safene pri radikalni klasični operaciji torej ni več sprejemljiva. Z rabo angiosonografije je moč natančno določiti insuficientna področja (22) in tako tudi načrtovati obseg in naravo kirurškega posega.

Naša raziskava je pokazala, da v primerjavi dolgoročnih rezultatov ene ali druge metode ni razlik. Enako ugotavljajo tudi drugi avtorji (4). Odstotek recidivov oziroma ponovitev je običajno težko določiti. Ni namreč vedno jasno, ali gre za rezidualne vene ali za pravi recidiv (23, 24). V obeh naših skupinah je bil odstotek bolnikov, pri katerih smo zdravljenje označili za neuspešno, enak in bistveno ne odstopa od rezultatov drugih avtorjev (24). Razlogi za pojavljanje recidivov še vedno niso dobro raziskani. Elbaz (25) sodi, da pglavlni razlogi ležijo v ne dovolj natančni diagnostiki pred posegom ali v ne dovolj natančni kirurški taktiki. Vendar je treba dodati, da tudi angiosonografija, kombinirana s flebografijo, ne pokaže vedno vseh insuficientnih točk (12).

Velike razlike med skupinama pa so pri pojavljanju zapletov. Število in naravo zapletov je treba pripisati rabi posebne sonde za odstranitev velike safene v enem potegu. Sodimo, da je tudi pri klasični operaciji v splošni omami možno uporabiti enake principe kot pri minimalni invazivni ambulanti kirurgiji krotic. Tako bi se bilo moč izogniti za bolnika najbolj neprijetnim dolgoročnim bolečinam v goleni. Ob tem bi bilo mogoče ohraniti zdrave segmente velike safene za morebitno kasnejšo premostitveno operacijo.

Sami se za operacijo v splošni omami odločamo predvsem takrat, kadar je treba napraviti poseg na obeh spodnjih udih hkrati, in takrat, ko bolnik odkloni poseg v lokalnem omrtvičenju. Vendarle pa kaže poudariti, da ima ambulanta kirurgija krotic svoje prednosti. Zaradi načina obračunavanja storitev pri nas sami nismo primerjali cen obeh posegov, vendar primerjave drugih avtorjev (2, 3) kažejo, da je ambulanta kirurgija cenejša. Bolnika tudi ni treba izpostaviti tveganju splošne omame, kar omogoča opravljanje posegov pri ljudeh v pozni starosti in pri tistih, ki

morda splošne omame ne bi prenesli. Ob tem je treba dodati, da številni bolniki, ki jih operiramo ambulantno, lahko naprej opravljajo svoje delo. Bolniški stalež pri njih ni potreben.

Toda takoj je treba navesti, da način obračunavanja storitev pri nas ne podpira ambulantnih posegov, saj se storitve še vedno obračunavajo glede na število bolniških oskrbnih dni (26). Ambulantna kirurgija zahteva od kirurga enako porabo časa in materiala kot tako imenovana radikalna operacija. Vendar pa omogoča sprejetje večjega števila bolnikov v obravnavo, saj je število bolniških postelj omejeno. To dejstvo ni zanemarljivo, če vemo, da nezdravljena kronična venska insuficienca lahko privede do hudih zapletov, ki jih ni več mogoče zadovoljivo zdraviti (2). Ti bolniki lahko predstavljajo kroničen pritisk na skupnost invalidskega in pokojninskega zavarovanja (27).

Literatura

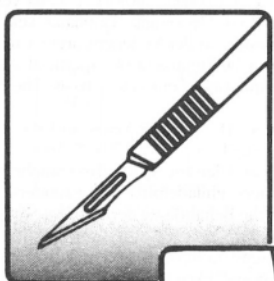
- Bunta S. Epidemiologija i ekologija patoloških stanja venske cirkulacije donjih ekstremiteta. V: Pavlin R ed. Flebologija. Ljubljana: Lek. 1976: 15–37.
- Balzer K. Die Tageschirurgie in der Venenchirurgie. Chirurg 1991; 62: 598–603.
- Belcaro G, Christopoulos D. Treatment of superficial venous incompetence with a hemodynamic technique on an outpatient basis: The SAVAS technique. Vasc Surgery 1992; 4: 32–6.
- Kitslaar PJEHM, Rutgers PH. Varicose veins and the vascular surgeon: from nuisance to challenge. Eur J Vasc Surg 1993; 7: 109–12.
- Goldman PL. Compression sclerotherapy and its complications. In: Bergan JJ, Yao STJ eds. Venous disorders. Philadelphia: WB Saunders, 1991: 233–49.
- Fischer R. Die chirurgische Behandlung der Varizen. Stuttgart: Hans Huber, 1976: 34–46.
- Fischer R. Eine neue Generation der Varizenchirurgie? VASA 1991; 20: 311–7.
- Flis V, Košir G. Incisional extraction of varices versus radical operation: prospective randomized trial. La chirurgia vascolare nella comunità economica europea. Aosta 1991, 163–3.
- Goren G. Primary varicose veins: hemodynamic principles of surgical care. VASA 1991; 20: 365–8.
- Holzgreve A, Pircher W. Ambulante Venenchirurgie. In: Brug E, Fritz K eds. Ambulantes Operieren in der Chirurgie. Koeln: Deutsche Aertze Verlag, 1985: 1–54.
- Sturm A, Reidemeister JC. Checkliste Gefaessystem. Stuttgart: Thieme, 1982: 38–41.
- Nicolaides AN, Christopoulos CD. Methods of quantitation of chronic venous insufficiency. In: Bergan JJ, Yao STJ eds. Venous disorders. Philadelphia: WB Saunders, 1991: 77–90.
- Thomas ML. Routine and special phlebography in the evaluation of venous problems. V: Bergan JJ, Yao STJ, eds. Venous disorders. Philadelphia: WB Saunders, 1991: 123–36.
- Bassi G. Perforanten Disrision mit der Hakenmethode: Technik, Indikation, Ergebnisse. In: May R, Partsch JH, Staubesand J eds. Venae perforantes. Muenchen: Urban und Schwarzenberg, 1981: 81–96.
- Mueller R. La phlebectomie ambulatoire. Helv Chir Acta 1987; 54: 555–8.
- Bunta S, Stefanović I. Gezielte Sklerotherapie und Diszision insuffizienter Venae perforantes. Z Hautkr 1982; 57: 1225–30.
- Bunta S, Stefanović I. Kirurško zdravljenje varikozitet spodnjih udov pri ambulantnih bolnikih – indikacije in lastne izkušnje. Zdrav Vestn 1985; 54: 153–6.
- Bergan JJ. Surgical procedures for varicose veins: axial stripping and stab avulsion. In: Bergan JJ, Kistner RL eds. Atlas of venous surgery. Philadelphia: WB Saunders 1992: 61–75.
- Schwilden ED. Neue Aspekte der Varichenchirurgie. Chirurg 1985; 56: 81–9.
- Bergentz SE, Bergquist D. Iatrogenic vascular injuries. Berlin: Springer Verlag, 1989: 157–9.
- MacFarlane R, Godwin RJ, Barabas AP. Are varicose veins and coronary artery bypass surgery compatible? Lancet 1985; 2: 859–9.
- Koyano K, Sakaguchi S. Selective stripping operation based on Doppler ultrasonic findings for primary varicose veins of the lower extremities. Surgery 1988; 103: 615–8.
- Hobbs JT. Surgery and sclerotherapy in the treatment of varicose veins. Arch Surg 1974; 109: 793–801.
- Hobbs JT. The management of varicose veins. Surg Annu 1980; 12: 184–93.
- Elbaz C. Recurrence of varicose veins following surgery. Vasc Surgery 1989; 3: 90–4.
- Petrič D. Spremembe v financiranju zdravstvene dejavnosti v letu 1993. ISIS 1993; 1–2: 14–20.
- Widmer LK. Venenkrankheiten. Haeufigkeit und sozialmedizinische Bedeutung. Bern: Huber, 1979: 1–94.

NOVO

Tramal[®]

tramadol HCl

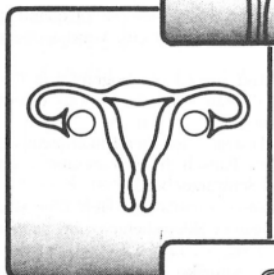
zanesljiv analgetik s centralnim delovanjem



v kirurgiji



**v travmatologiji
in ortopediji**



**v ginekologiji
in porodništvu**



v interni medicini

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

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

**GRÜNTHAL**

Strokovni prispevek/Professional article

ANTI HEPATITIS C VIRUS POZITIVNI REZULTATI V LUČI PREVERJANJA S TESTOM RIBA

ANTI HCV POSITIVE RESULTS IN THE LIGHT OF VERIFICATION WITH THE RIBA TEST

Edvard Glaser

Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 62101 Maribor

Prispelo 1993-05-15, sprejeto 1993-09-14; ZDRAV VESTN 1994; 63: 373-6

Ključne besede: *anti hepatitis C virus; ELISA test anti HCV 1. in 2. generacije; test RIBA 1. in 2. generacije; bolniki na bemedializi; darovalci krvi; nosečnice*

Izveček – Izhodišča. Na anti hepatitis C virus (HCV) smo testirali bolnike z različnimi boleznimi ali stanji iz različnih oddelkov Splošne bolnišnice Maribor, bolnike iz dializnih centrov v Sloveniji, darovalce krvi in nosečnice. Anti HCV pozitivne in suspektne izgotovke smo preverjali na specifičnost izvida.

Metode. Uporabljali smo ELISA testa anti HCV Ortho 1. in 2. generacije. Rezultate smo preverjali s Chiron RIBA HCV testom (Ortho) 1. in 2. generacije.

Rezultati. Pri 726 bolnikih z različnimi boleznimi in stanji smo z ELISA testi anti HCV 1. generacije našli 44 anti HCV pozitivnih, tj. 6,06%, in 10 suspektnih, tj. 1,37%.

Z RIBA 2 smo med 44 anti HCV pozitivnimi našli 41 RIBA 2 pozitivnih, tj. 93,18%, in 3 RIBA 2 negativne, tj. 6,82%. Vseh 10 anti HCV suspektnih (1. generacija) je bilo RIBA 2 negativnih.

Med 983 bolniki z različnimi boleznimi in stanji smo z ELISA anti HCV testi 2. generacije našli 65 anti HCV pozitivnih, tj. 6,61%, in 9, tj. 0,91% suspektnih. Med 65 anti HCV pozitivnimi smo z RIBA 2 našli 58 pozitivnih, tj. 89,23%, in 7, tj. 10,77%, negativnih. Med 9 suspektnimi smo z RIBA 2 našli 7 negativnih, tj. 77,77%, in 2, tj. 22,23%, pozitivna.

Med 228 slučajnimi darovalci krvi so bili 3 anti HCV pozitivni, tj. 1,31%. 1 suspektan je bil RIBA 2 negativen. Vseh 17 nosečnic je bilo anti HCV 2 negativnih.

Med 503 bolniki iz bemedialize je bilo 44 anti HCV 2 pozitivnih, tj. 8,74%, in 8 suspektnih, tj. 1,59%. Med 44 anti HCV 2 pozitivnimi je bilo 44 RIBA 2 pozitivnih, tj. 100%. Med 8 anti HCV 2 suspektnimi je bil 1 RIBA 2 pozitiven, tj. 12,5%, in 7 RIBA 2 negativnih, tj. 87,5%.

Zaključek. Test ELISA anti HCV 2 je po proizvajalcih senzitivnejši in specifičnejši. Test 1. generacije je uporabljal poleg drugega le proteine 5-1-1 in c 100-3, druga generacija pa še c 33 c in c 22-3, specifične za sredico HCV. Isto velja za test RIBA 2, kjer antigeni niso med seboj povezani, ampak ločeni, zato je po zatrtjevanju proizvajalca bolj občutljiv in specifičen ter nam odkriva lažno pozitivne rezultate. Realna slika dejanske pozitivnega rezultata anti HCV nam rabi v diagnostiki pri bolnikih in pri darovalcih krvi v krvodajalski službi ter drugod.

Anti HCV pozitivno kri zavračamo, prav tako tudi tisto, pri kateri je pozitivna samo ena sestavina v testu RIBA 2. Na pobodu so testi 3. generacije.

Key words: *anti hepatitis C virus; ELISA test anti HCV 1st and 2nd generation; haemodialysis patients; blood donors; pregnant women*

Abstract – Background. Patients from different departments of General Hospital Maribor, patients from haemodialysis centres in Slovenia, blood donors and pregnant women were tested for anti hepatitis C virus (HCV). In all anti HCV positive and suspect issues, the specificity of results was verified.

Methods. The ELISA tests anti HCV Ortho of the 1st and 2nd generation were applied. Results were verified with the Chiron RIBA HCV test (Ortho) of the 1st and 2nd generation.

Results. Out of 726 patients suffering from various diseases, by means of the ELISA test anti HCV of the 1st generation 44 (6.06%) patients were found to be anti HCV positive and 10 were (1.37%) suspect.

With RIBA 2, out of 44 anti HCV positive patients 41 (93.18%) were also RIBA 2 positive and 3 (6.82%) RIBA 2 negative. All 10 anti HCV suspect cases (1st generation) were RIBA 2 negative.

In 983 patients with various diseases, 65 (6.61%) were found to be anti HCV positive with the ELISA anti HCV test of the 2nd generation, and 9 (0.91%) were suspect. Out of 65 anti HCV positive cases, with RIBA 2 58 (89.23%) were still positive and 7 (10.77%) negative. Out of 9 suspect cases, RIBA 2 determined 7 (77.77%) negative and 2 (22.23%) positive ones.

Among 228 random blood donors, 3 (1.31%) were anti HCV positive, the one who was suspect was RIBA 2 negative. All 17 pregnant women were anti HCV 2 negative.

In 503 haemodialysis patients, 44 (8.74%) were anti HCV 2 positive and 8 (1.59%) were suspect. All 44 anti HCV 2 positive patients were also RIBA 2 positive (100%). One of 8 anti HCV 2 suspect cases (12.5%) was RIBA 2 positive and 7 (87.5%) were RIBA 2 negative.

Conclusions. According to its manufacturers, the ELISA anti HCV 2 test is more sensitive and more specific. Among other things, the first generation test contains only proteins 5-1-1 and c 100-3, whereas the 2nd generation contains in addition also c 33 c and c 22-3, specific of the HCV core. The same also applies to the RIBA 2 test, the antigens being unbound and separated, according to the manufacturers thus making it more sensitive and more specific, and capable of detecting false positive results. The actual reflection of true positive results of the anti HCV test is important as regards the patients, blood donors and elsewhere.

Statistično smo potrdili podobnost testiranih vzorcev bolnikov. Izgotovki, izraženi v odstotkih, tudi ko so razlike dobro vidne, zahtevajo, ko gre za potrditev značilnosti, statistično obdelavo, četudi večina raziskovalcev prikazuje svoje izgotovke na kongresih in v svojih delih enostavno v odstotkih. V tem delu gre predvsem za prikaz napredka industrije pri izgotavljanju novih testov za detekcijo anti HCV.

Uvod

Serološka diagnostika hepatitisa je v nekaj letih silno napredovala. Opredeljujemo vrsto hepatitisa, v določenih primerih aktivnost, pogostoma pa tudi prognozo bolezni (1). Testiranje na ne A ne B hepatitis (NANBH) s testom anti hepatitis C virus (HCV) smo v Mariboru uvedli že 29. 6. 1989 (2).

Po Uradnem listu R Slovenije št. 12 od 5. 3. 1993 moramo v Sloveniji obvezno testirati vse darovalce krvi na anti HCV.

Tudi pri ELISA testih anti HCV 2. generacije moramo pozitivne rezultate preverjati, saj so lahko nekateri nespecifično pozitivni (3, 4). Preverjanje opravljamo s Chiron RIBA HCV testom 2. generacije (RIBA 2).

Naš namen je predvsem prikazati napredek industrije pri izboljšanju testov za zagotavljanje zanesljivejših rezultatov testiranj, ki pa žal še niso pri testiranjih na anti HCV dosegli nivoja testov za druge znane markerje.

Preiskovanci in metode

Na anti HCV smo testirali vzorce krvi raznih bolnikov, ki so se zdravili v mariborski bolnišnici, v več hemodializnih centrih v Sloveniji, darovalcev krvi in nosečnic. Uporabili smo ELISA anti HCV test Ortho 1. in 2. generacije (celo 2,5 generacije). Pozitivne in suspektne vzorce krvi smo dodatno testirali z RIBA 1 in RIBA 2 testom. Testirali smo tudi z Abbottom, Sorinom, Behringom in drugimi (5).

Anti HCV ELISA test 2. generacije (anti HCV 2) zajema proteine C (core) s c 22-3, E1 in E2/NS1 (envelope = ovojnica), NS2 in NS4 (membrane binding function), slednji s c 100-3 in c 200, NS3 (protease function) z delom c 200 in c 100-3 ter NS5 (polymerase function). Saj c 22-3 in c 200 omogočata detekcijo več inficiranih HCV, kar je dokazano tudi s PCR (polymerase chain reaction). Število napačno reaktivnih je znatno manjše v razliko s testom 1. generacije. Testni antigeni so medsebojno kombinirani.

Tudi test RIBA 2 vsebuje C s c 22-3, E1, E2 (NS1), NS2, NS3 s c 33 c, NS4 s 5-1-1 in c 100-3 ter NS5. Testni antigeni so na traku prostorno ločeni, kar omogoča diferenciacijo razporejenosti protiteles; izgotovke lahko primerjamo z western blotom. Visoko občutljivost omogočajo dovolj velike molekule rekombinantnih antigenov.

Test RIBA dopolnjuje test ELISA anti HCV, četudi oba zajemata imunološko ista važna območja. Razlikujeta se po posameznih testnih antigenih in drugih važnih sestavinah. Čeprav test RIBA še ni priznan kot potrjevalni test, vrednotimo ujemanje obeh testov kot največjo verjetnost za pravilnost pozitivnega rezultata. Res pa je, da se pri približno 50% oseb, ki so okužene s HCV, javlja protitelo anti c 33 c pred ostalimi protitelesi, anti c 22 pa persistira najdlje.

Nekateri s HCV okuženi tvorijo le eno samo protitelo. Tudi pri teh je lahko PCR pozitiven. SOD nam je za kontrolo specifičnosti, četudi lahko pri testih ELISA anti HCV in RIBA prihaja do navzkrižne reakcije z delom antigena HCV.

All anti HCV positive blood, as well as blood with only one positive component in the RIBA 2 test, will be refused. Tests of the 3rd generation are advancing rapidly.

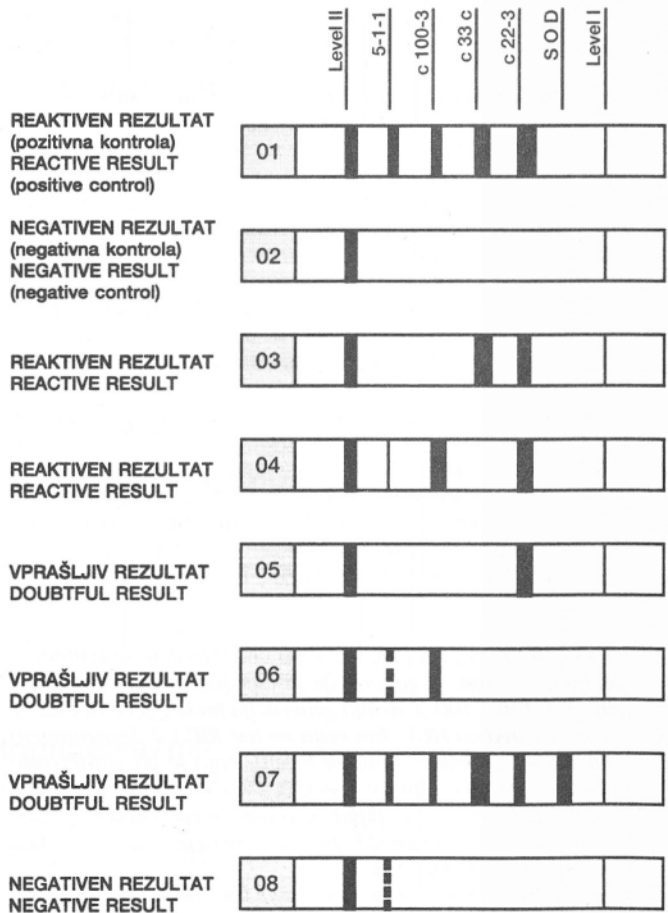
The resemblance of tested patient samples was confirmed statistically.

Even in cases when the differences are clearly visible, results expressed in per cent demand statistical processing when a confirmation of significance is required, although it is a fact that at congresses and in their papers most researchers present their results simply in per cent.

Above all, this paper is a presentation of industrial progress in the manufacturing of new tests designed for the detection of anti HCV.

Postopek dela

Test RIBA opravljamo pri sobni temperaturi na obračalniku z vsakokratnim pranjem po izteku inkubacije. V prvem postopku dodamo razredčilni medij in vzorec, ki ga testiramo. Inkubiramo 4 ure, pri drugem dodamo konjugat in inkubiramo 30 minut, pri tretjem pa substrat ter inkubiramo 15 minut in na koncu sušimo. Test RIBA 2 je po proizvajalcu bolj specifičen in občutljiv od ELISA testa na anti HCV. Intenzivnost ugotavljamo na podlagi primerjave z referenčnima IgG 2 in IgG 1 (sl. 2).

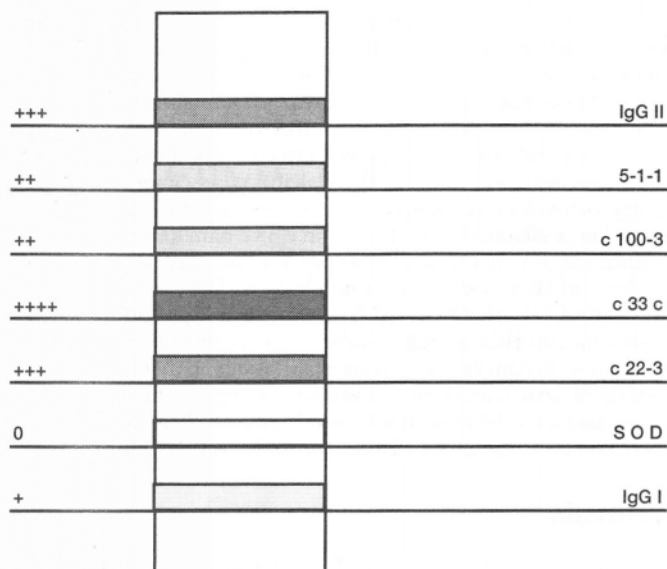


Sl. 1. Test RIBA.

Fig. 1. RIBA test.

Sl. 2. Primerjava intenzivnosti z referenčnima IgG2 in IgG1.

Fig. 2. Comparison of intensity with reference IgG2 and IgG1 gives.



Rezultati

Z EIA testom anti HCV 1. generacije (Ortho) smo testirali 726 raznih bolnikov in našli 44 (6,06%) pozitivnih ali suspektnih.

S testom EIA anti HCV 2. generacije smo testirali 983 raznih bolnikov, pri čemer smo našli 65 anti HCV pozitivnih in devet anti HCV suspektnih. Testirali smo tudi 228 darovalcev krvi, med katerimi so bili trije anti HCV pozitivni (1,31%) (vsi trije so bili RIBA 2 pozitivni, en sam anti HCV suspekten je bil RIBA 2 negativen). Vseh testiranih 17 nosečnic je bilo anti HCV negativnih. Skupaj je bilo za to delo testiranih 1954 ljudi.

S testom RIBA 1, ki vsebuje 5-1-1 in c 100-3 (6), smo pri petih anti HCV pozitivnih našli dva RIBA 1 negativna, dva pozitivna, eden pa je bil 5-1-1 pozitiven ter c 100-3 +/- (ki bi ga pod pogoji lahko celo šteli med negativne). Vse ostale anti HCV pozitivne in suspektne smo testirali s testom RIBA 2 z razporeditvijo proteinov 5-1-1, c 100-3, c 33 c in c 22-3.

Pri 44 anti HCV pozitivnih po testiranjih s testom ELISA anti HCV 1. generacije smo z RIBA 2 našli 41 pozitivnih in 3 negativne. Vseh deset suspektnih je bilo RIBA 2 negativnih. Posebno pozornost smo posvečali trem c 100-3 pozitivnim (z anti HCV testom 1. generacije), ki so vsi bili RIBA 2 negativni.

V tabeli 1 je bil RIBA 2 kar 37-krat pozitiven s c 33 c, 38-krat s c 22-3, 33-krat s c 100-3 in 31-krat s 5-1-1.

Po testiranjih 65 anti HCV pozitivnih in devet suspektnih z ELISA anti HCV 2. generacije je test RIBA 2 bil 58-krat pozitiven (55-krat c 33 c, 59-krat c 22-3, 37-krat pa c 100-3 in 5-1-1), 7-krat pa RIBA 2 negativen. Pri devetih suspektnih je bil RIBA 2 7-krat negativen, enkrat pa +/- s c 100-3 ter + s c 33 c, enkrat pa pozitiven s c 33 c in c 22-3, torej obakrat anti HCV pozitiven (tab. 2).

Med 503 bolniki iz hemodializnih enot Slovenije je bilo z anti HCV 2. generacije 44 pozitivnih in osem suspektnih. Vsi anti HCV pozitivni so bili RIBA 2 pozitivni, sedem od osmih anti HCV suspektnih je bilo RIBA 2 negativnih in eden RIBA 2 pozitiven. Posebno važno je, da so bili vsi anti HCV (2. generacija) tudi RIBA 2 negativni. Pri statističnem preverjanju smo ugotovili, da sta obe skupini bolnikov glede na populaciji podobni. Tudi suspektne pozitivni so si praktično podobni, kar bi govorilo tudi za podobno občutljivost in zanesljivost testov. Obe skupini statistično nista značilno različni ($hi^2 = 0,085$, $p > 0,05$), v drugi skupini je nekaj večji odstotek pozitivnih. S testom druge generacije smo našli nekaj višji odstotek pozitivnih (6,06:6,61).

Tab. 1. Rezultati preverjanja anti HCV (1. generacija) pozitivnih in suspektnih z RIBA 2.

Tab. 1. Results of verifying anti HCV (1st generation) positive and suspect with RIBA 2.

SOJ:	5-1-1	c 100-3	c 33 c	c 22-3	n	%
neg	neg	neg	neg	neg	10	18,51
+	+	+	+	+	30	55,55
neg	+	+	+	+	3	5,55
neg	neg	+	+	+	2	3,70
neg	neg	neg	+	+	2	3,70
+	neg	+	+	+	1	1,85
neg	neg	+	neg	neg	1	1,85
neg	+/-	neg	neg	neg	2	3,70
neg	neg	neg	neg	neg	3	5,55
Poz.:	31	33	37	38		Positive
%:	57,4%	61,1%	68,5%	70,4%		p.c.
+/-	-	2	-	-		+/-
%:	-	3,7%	-	-		p.c.
Neg.:	23	19	17	16		Negative
%:	42,6%	35,2%	31,5%	29,6		p.c.

Tab. 2. Rezultati preverjanja anti HCV (2. generacija) pozitivnih in suspektnih z RIBA 2.

Tab. 2. Results of verifying anti HCV (2nd generation) positive and suspect with RIBA 2.

	5-1-1	c 100-3	c 33 c	c 22-3	n	%
+	+	+	+	+	35	47,29
neg	neg	neg	neg	neg	14	18,91
neg	+/-	+	neg	+	1	1,35
neg	neg	+	+	+	15	20,27
neg	+	+	+	+	2	2,70
neg	neg	neg	+	+	5	6,75
+	neg	neg	+	+	2	2,70
Pozitivnih	37	37	55	59		Positive
%:	50%	50%	74,3%	79,7%		p.c.
+/-	-	1	-	-		+/-
%:	-	1,3%	-	-		p.c.
Negativnih	37	36	19	15		Negative
%:	50%	48,6%	25,6%	20%		p.c.

Razpravljanje

Medtem ko test RIBA 1 zajema le c 100-3 in 5-1-1, vsebuje RIBA 2 še c 33 c in c 22-3, torej tista proteina, ki zajemata sredico (core) in sta zato odgovorna za virus. Saj c 33 je ob drugih protitelesih najti v več kot 50% pri potransfuzijskem hepatitisu.

Z navzočnostjo sintetičnih peptidov c 22-3, c 100-3 ter rekombinantnih NS5 večamo specifičnost in senzitivnost testa, zmanjšujemo pa napačno pozitivne rezultate.

Po L. Overbyju je genom HCV sestavljen iz ene same pozitivne vijačnice RNK v dolžini okoli 9400 nukleotidov (7). S proteolitično cepitvijo teh poliproteinov dobimo proteine, ki so po lastnostih in funkciji podobni virusom flavi in pesti, podobne so pa tudi hidropatske lastnosti. Navzoči so strukturni proteini S in nestrukturni proteini NS. Po funkciji ustreza C (core) jedru, E1 in E2 ovojnicji. E2 je hipervariabilen, NS3 pripada helicazi, proteazi, NS5 pa replikazi.

Prvotni kloni HCV so izhajali iz redne NS4. Serološke preiskave rekombinantnih proteinov C, NS3 in NS4 so potrdile, da imajo najvišjo imunodominanco. Protitelesa proti tem proteinom je pri okužbi možno najti dosti zgodaj, pa tudi pozno. Protitelesa proti rekombinantnim proteinom ovojnice je možno najti le v približno 10% HCV infekcij.

Sedanji testi na anti HCV vsebujejo mešanico C/NS3 in NS4 antigenov. So neprimerno bolj občutljivi in specifični od doslej uporabljenih NS4 antigenov. Opaženo je, da se po ozdravljenem hepatitisu C pojavlja anti E1 protitelo, ki ga pa ni pri bolnikih s kroničnim hepatitisom. Ni pa ga tudi na trgu.

Ugotovljena sta najmanj dva, morda celo trije različni genomski tipi, poleg mnogih drugih variabilnosti genoma, predvsem v območju proteinov ovojnice E1 in E2.

Rezultati testov na anti HCV se različno ujemajo z izsledki PCR na HCV RNK (8, 9), vendar so v večini anti HCV pozitivni izsledki tudi HCV RNK pozitivni. PCR postaja pozitiven že med inkubacijo, v razliko od testa ELISA anti HCV 2. generacije, ki postaja pozitiven pri akutnem hepatitisu C šele pri pojavi kliničnih znakov, medtem ko lahko že tudi test anti HCV 1. generacije potrjuje navzočnost anti HCV pri kroničnem hepatitisu C. 5-1-1 je del c 100-3, c 22 c ustreza sredici, c 200 pa je fuzijski protein za c 33 c in c 100-3. Intenzivnost reakcije testa anti HCV, ki ga označujemo s tremi do štirimi plusi, korelira s PCR v 91% pozitivno, kar nam pove, da je RNK HCV dokazljiv in potemtakem zelo kužen. Pri dveh + je RNK HCV dokazljiv v 88%, pri enem + pa le v 19%, zato je rezultat vprašljiv. Saj c 33 c dokazuje okužbo s HCV. Za obstoj verige HCV mora biti navzoče določeno število aminokislin. Chiron Ortho uporablja rekombinantni antigen, ker sintetični ne more nagubati verige.

Pri statistični obdelavi naših rezultatov večji odstotek pozitivnih v drugem vzorcu populacije govori za nekaj dejansko več pozitivnih, ki bi jih morda lahko našli tudi s testom 1. generacije. Nujno je sočasno testiranje z obema generacijama testa »na slepo«, čeprav hipotetično ne pomeni, da 2. generacija testov ni boljša. Prav iz tega preudarka ne kaže v tem trenutku (poimensko) primerjati bolnikov na hemodializi, ki so bili testirani s 1. in 2. generacijo testov, ker bi primerjava potekala z zamikom, kar ni dopustno, saj bi bil isti hemodializiranec, ki je bil s testi 1. generacije negativen, z drugo pa pozitiven, lahko dejansko okužen pozneje, kar bi pa lahko vrednotili v korist boljše zaznave z drugo generacijo.

Odstotkovna razlika pri darovalcih krvi je minimalna in že na oko neznačilno različna. Tudi če v našem primeru ni dokazana značilna razlika, so testiranja dosegla svoj namen, saj moramo pri presoji vrednosti testa ravnati po statističnih pravilih, kar pa je prav pri testiranjih s tehniko EIA težko, ker firme iznenada prenehajo s proizvodnjo starega, v našem primeru 1. generacije, in nas oskrbujejo takoj z 2. generacijo. Uporabnost testov EIA je zaradi njihovega hitrega biološkega propadanja kratka; sočasna vzporedna testiranja so za dokazovanje specifičnosti in občutljivosti poleg že samo po sebi velike konkurence med firmami, ki pazijo ena na drugo, osnovni pogoj za pojav na trgu.

Glede hepatitisa C je še vedno marsikaj nejasnega. Tako za večjo varnost prejemnika krvi še vedno vrednotimo vsak pozitivni rezultat v paleti RIBA 2 testa kot pozitiven, četudi firma kot na sliki 1 deklarira določene izgotovke tudi med vprašljive rezultate. Novi ELISA test anti HCV 3. generacije, pa tudi RIBA 3, bo vseboval c 22-3 in c 200 s c 33 in NS5, s čimer bo navzoč ves spekter protiteles, ki se lahko pojavljajo pri okužbi s HCV. Inkubacija bo skrajšana na 3-krat 30 minut. Specifičnost bo povečana od 99,84% na 99,94%.

Zaključek

Test ELISA anti HCV 2. generacije in test RIBA 2 sta po zagotavljanju proizvajalca specifičnejša in bolj občutljiva od svoječasni testov 1. generacije. Četudi RIBA test še ni potrjen kot potrdilni, se uporablja prav zaradi prej omenjenih lastnosti, četudi bodo v bodoče potrebne izboljšave. Brez tega dodatnega testiranja ne bi imeli zanesljivosti, ki nam jo test RIBA vendarle daje. Nekaj anti HCV pozitivnih testov v diagnostiki bi lahko po krivem proglasili za pozitivne, enako tudi pri darovalcih krvi, s čimer bi izgubljali poleg darovalcev še njihovo kri in utrpeli gmotno škodo. Pozitivni sestavini anti HCV c 22 c in c 33 c nam kažeta na sredico virusa, kar je v diagnostiki silno pomembno. Zavračamo namreč vsako anti HCV pozitivno kri ne glede na komponento v paleti testa RIBA (sl. 1). Ob veliki in konkurenčni ponudbi različnih testov na anti HCV je nujno skrbeti za prisotnost tistih sestavin – antigenov, ki nam zanesljivo odkrivajo sredico HCV (10). Napačno negativni izvid zaradi nezadostnosti samega testa anti HCV je lahko usoden z daljnosežnimi posledicami, medtem ko nam prava nereaktivnost, kar zadeva HCV, zagotavlja varno transfuzijo krvi.

Zahvala

Zahvaljujem se g. višjemu med. tehniku Branku Peršuhu z našega oddelka za izredno vestno in zbrano delo pri testiranju anti HCV. Hvala gre tudi g. doc. dr. Valterju Keršiču iz Zavoda za zdravstveno varstvo Maribor in g. doc. dr. Tomažu Dogši s Tehniške fakultete v Mariboru za statistična testiranja.

Literatura

1. Glaser E. Preučevanje razširjenosti hepatitis B antigena in podtipov v zaprtih in polzaprtih kolektivih. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani – Medicinska fakulteta, 1975.
2. Glaser E. Vorläufige Resultate der Anti-HCV Testierungen in der Abteilung für Transfusiologie und Immunohaematologie in Maribor. Infusionstherapie, Transfusionsmedizin 1989; 16: Suppl 2: 61–1.
3. Glaser E. NANBH i davaoci krvi u svetlu anti HCV. Sažeci radova II. simpozija Moderna tehnologija u transfuziologiji. Zagreb, 1990: 1–1.
4. Glaser E. Pilotska studija testiranja anti hepatitis C virusa pri darovalcih krvi in drugih pacientih v ogroženih skupinah ljudi. Zdrav Vestn 1991; 60: 319–22.
5. Glaser E. Our screening policy in connection with viral marker detection in blood donors of Maribor. 3rd regional Congress European Region Prague. Abstr. Vol. 1, 1991: 42–2.
6. Roggendorf MC. Antibody response to hepatitis C virus in acute and chronic hepatitis C. Second international symposium on HCV 8th–10th Nov 1990. Los Angeles. Abstr. 8–8.
7. Houghton M, Weiner A, Hanu J, Kouou G, Choo QL. Heterogeneity of the HCV genome: importance for control of the disease. Third international symposium on HCV. Strasbourg 1991. Abstr. 3–3.
8. Brechot CB. Polymerase chain reaction for the detection of HCV RNA. Third international symposium on HCV. Strasbourg 1991. Abstr. 12–12.
9. Crawford RJ, Frame WD, Mitchell R. HCV confirmatory testing of blood donors. The Lancet 1992; 339: 928–8.
10. Follett EAC, Dow BC, McOmish F, Lee Yap P, Crawford RJ, Mitchell R, Simmonds P. HCV confirmatory testing of blood donors. The Lancet 1992; 339: 928–8.

Strokovni prispevek/Professional article

VPLIV KOLOIDNEGA BIZMUTOVEGA SUBCITRATA IN RANITIDINA NA ERADIKACIJO BAKTERIJE *HELICOBACTER PYLORI* PRI BOLNIKIHZ GASTRITISOM IN ULKUSNO BOLEZNIJO

THE EFFECT OF COLLOIDAL BISMUTH SUBCITRATE AND RANITIDIN ON ERADICATION OF THE BACTERIUM *HELICOBACTER PYLORI* IN PATIENTS WITH GASTRITIS AND PEPTIC ULCER

Jelka Gorišek¹, Žare Pinter², Milan Pocač², Rajko Kavalar³, Dušan Novak⁴

¹ Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za infekcijske bolezni in akutna vročinska stanja, Ljubljanska 5, 62000 Maribor

² Splošna bolnišnica Maribor, Gastroenterološki oddelek, Ljubljanska 5, 62000 Maribor

³ Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za patološko morfologijo, Ljubljanska 5, 62000 Maribor

⁴ Center za mikrobiologijo, Zavod za zdravstveno varstvo Maribor, Prvomajska 1, 62000 Maribor

Prispelo 1993-05-21, sprejeto 1994-03-06; ZDRAV VESTN 1994; 63: 377-9

Gljučne besede: gastritis; ulkusna bolezen; koloidni bizmutov subcitrát; ranitidin; *Helicobacter pylori*; eradikacija

Key words: gastritis; peptic ulcer; colloidal bismuth subcitrát; Ranitidin; *Helicobacter pylori*; eradication

Izveček – Izhodišča. *Helicobacter pylori* (HP) je gram negativna spiralna bakterija, ki ima nedvomno pomembno etiopatogenetsko vlogo pri nastanku kroničnega antralnega gastritisa ter razjede želodca in dvanajstnika. Z odkritjem HP in spoznavanjem občutljivosti te bakterije na številne antibiotike in bizmutove soli se pojavi možnost izkoreninjenja (eradikacije) te bakterije, s tem pa tudi možnost vpliva na potek bolezni. V članku želijo prikazati učinek koloidnega bizmutovega subcitrata (KBS) in ranitidina na eradikacijo bakterije HP.

Abstract – Background. *Helicobacter pylori* (HP) is a gram negative spiral bacterium doubtlessly playing an important etiopathogenetic role in the occurrence of chronic antrum gastritis, in gastric and duodenal ulcer. The detection of HP and knowledge of its sensitivity to numerous antibiotics and bismuthates offers the possibility of eradication of this bacterium, as well as the possibility of influencing the course of disease. In our article we wished to present the effect of colloid bismuth subcitrát (CBS) and Ranitidin on eradication of bacterium HP.

Metode. Pri 55 bolnikih, rutinsko napotenih na gastroduodenoskopijo zaradi suma na gastritis in ulkusno bolezen, smo s tremi metodami, mikrobiološko, patobistološko in z ureaznim testom iskali prisotnost HP v biopsičnih vzorcih antralne želodčne sluznice. Smatrali smo, da je HP prisoten, če sta bili dve od treh metod za ugotavljanje HP pozitivni. Ugotovili smo, da je imelo HP 43 bolnikov (78,1%). Od 43 bolnikov s HP ena bolnica ni želela nadalje sodelovati v študiji kljub prvotnemu pristanku, zato je pri nadaljevanju raziskave sodelovalo le 42 bolnikov. Pri 42 bolnikih s HP smo proučevali učinek delovanja ranitidina in KBS na eradikacijo HP. Bolnike smo razdelili v dve skupini, vsaka je štela po 21 bolnikov. Prva skupina je prejela ranitidin 2 × 1 tabl. po 150 mg dnevno osem tednov, druga skupina bolnikov je prejela ranitidin 2 × 1 tabl. po 150 mg dnevno in KBS 2 × 2 tabl. po 120 mg dnevno štiri tedne.

Methods. In 55 patients, referred for routine gastroduodenoscopy because of suspected gastritis and peptic ulcer, three methods were used to determine the presence of HP in biopsy specimens of the gastric antral mucosa: the microbiologic, the pathobistologic and the urease test. HP was considered present when the results of two out of three methods for the determination of HP were positive. The presence of HP was established in 43 patients (78.1%). In spite of her previous consent one female patient from among these 43 HP positive cases no longer wished to take part in the study, therefore it was continued with 42 patients. In 42 patients with positive findings, the effect of Ranitidin and colloid bismuth subcitrát (CBS) on eradication of HP was studied. The patients were divided into two groups of 21 patients each. The first group received 2 × 1 tab. of 150 mg Ranitidin through 8 weeks, the second 2 × 1 tab. of 150 mg Ranitidin and 2 × 2 tabs. of 120 mg CBS through 4 weeks. After termination of therapy, the tests were repeated in both groups according to the same procedure.

V obeh skupinah smo preiskave po zaključenem zdravljenju ponovili, in to po enakem postopku kot ob prvem pregledu.

Results. The authors established that with CBS it was possible to attain eradication of bacterium HP, although the percentage is not very high. In the group of patients receiving only Ranitidin there was no case of HP eradication, in the group receiving Ranitidin and CBS there was HP eradication in 4 patients (19.04%).

Rezultati. Avtorji so ugotovili, da je s KBS možno doseči eradikacijo bakterije HP, čeprav odstotek eradikacije ni zelo visok. V skupini, ki je prejela le ranitidin, ni prišlo pri nobenem bolniku do eradikacije HP, v skupini, ki je prejela ranitidin in KBS, pa je prišlo do eradikacije HP pri štirih bolnikih (19,04%).

Uvod

Helicobacter pylori (HP), s prejšnjima imenoma *Campylobacter pyloridis* ali *Campylobacter pylori*, je gram negativna spiralna bakterija, razširjena po celem svetu. Prav takšna bakterija je bila opisana že pred 100 leti, vendar je takrat niso povezovali z boleznijo želodca. S ponovnim odkritjem te bakterije leta 1982, kar je uspelo Marshallu in Warrenu (1, 2) iz bioptičnih vzorcev antralne želodčne sluznice pri bolnikih s kroničnim gastritisom, so začeli številni gastroenterologi po svetu opozarjati na pomembno etiološko vlogo HP pri nastanku vnetnih bolezni želodca in dvanajstnika, zlasti antralnega gastritisa tipa B in gastroduodenalne ulkusne bolezni (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Po podatkih nekaterih avtorjev (11, 12, 13) naj bi bil antralni gastritis B predhodnik karcinoma želodca.

Nadaljnje raziskave na tem področju kažejo na možnost, da se z eradikacijo HP lahko vpliva na potek ulkusne bolezni in zmanjšanje števila recidivov bolezni (14, 15). Kako doseči eradikacijo HP v čim višjem odstotku, je postala tema številnih raziskav po svetu (16, 17, 18, 19).

Sledili smo člankom s teh področij in leta 1988 pričeli v Mariboru s študijo *Campylobacter pylori* (CP) in ulkusna bolezen. Rezultat začetka te študije je bila v Mariboru uvedba metod za določanje CP (s kasnejšim imenom HP) v bioptičnih vzorcih želodčne sluznice s tremi metodami: mikrobiološko, patohistološko in komercialnim ureaznim testom CLO. V nadaljevanju študije pa smo skušali doseči tudi eradikacijo bakterije HP. Bakterija je občutljiva na več vrst antibiotikov in na bizmutove soli. Učinkovito delovanje bizmutovih preparatov pri gastritisu in ulkusni bolezni je bilo znano že pred odkritjem HP (20) in je ponovno prišlo do veljave po odkritju HP. Mehanizem delovanja bizmutovih soli je zelo širok in še ne v celoti pojasnjen. KBS deluje baktericidno na HP, verjetno pa tudi citoprotektivno na sluznico (18, 21).

Bolniki in metode

Od 15. marca 1990 do 1. marca 1992 smo pri 55 bolnikih, napoteni v endoskopsko enoto gastroenterološkega oddelka Splošne bolnišnice Maribor (SBM) zaradi dispeptičnih težav in z napotno diagnozo gastritis, ulkusna bolezen želodca in dvanajstnika, ob rutinskih preiskavah iskali tudi prisotnost bakterije HP. Bolniki so bili različne starosti (od 29 do 78 let), s povprečno starostjo 50,4 leta, različnih spolov (32 moških, 23 žensk) in so prihajali iz različnih krajev mariborske regije, ki šteje približno 200.000 prebivalcev. Kriteriji za izbor bolnikov v študijsko skupino so bili anamnestični podatki (nekaj let trajajoče in ponavljajoče se epigastrične težave, neuzivanje nesteroidnih antirevmatikov in antibiotikov mesec dni pred preiskavo) ter endoskopski izvid (gastritis, ulkusna bolezen dvanajstnika in želodca). Nosečnice v študijo niso bile zajete, prav tako ne bolniki z ledvično okvaro. Vse bolnike, ki smo jih izbrali po teh kriterijih, smo seznanili s ciljem študije in so se vključili le, če so se z njo strinjali. Študija je potekala po načelih Helsinške in Tokijske deklaracije.

Metode dela

Po anamnezi (osebni podatki, čas in pogostnost bolezenskih težav, uživanje nesteroidnih antirevmatikov in antibiotikov mesec dni pred preiskavo, podatki o morebitni bolezni ledvic, pri ženskah pa še podatek o morebitni nosečnosti) smo opravili esofagogastroduodenoskopijo z lokalno premedikacijo z razpršilcem xylocain. Endoskopske preiskave smo opravili z gastroskopi Olympus GIF Q 10 in Q 20, aparati so bili pred preiskavo mehanično očiščeni, nato pa še dezinficirani z raztopino Gigasept 10 (Schulke und Myr Norderstedt bei Hamburg).

Pregledu požiralnika, želodca in dvanajstnika je sledil odvzem bioptičnih vzorcev iz antruma za ureazni test, mikrobiološko in patohistološko preiskavo.

Ureazni test velja kot hitra in relativno zanesljiva metoda za dokaz prisotnosti HP v bioptičnem vzorcu (22). Dokaz ureaze v bioptičnem vzorcu je posreden dokaz HP.

Pri našem delu smo uporabljali komercialni CLO test (Delta West Pty Ltd., Western Australia). Pozitiven test temelji na spremembi barve na testni ploščici iz rumene v intenzivno rdečo. Bioptični vzorec za ureazni test smo takoj po odvzemu dali v sredino testne ploščice CLO in odčitavali spremembe barve po 20 minutah, eni, treh in 24 urah. Za pozitivne smo ovrednotili tiste, kjer se je obarvala ploščica intenzivno rdeče znotraj treh ur.

Mikrobiološke preiskave so bile narejene v Centru za mikrobiologijo Zavoda za zdravstveno varstvo Maribor. Bioptični vzorec je bil poslan v tekočem transportnem gojišču (Thioglycollate medium) v mikrobiološki center, kjer so s pomočjo kultiviranja in mikroskopskih preparatov ugotavljali prisotnost HP.

Vzorec so nanesti na gojišča (Columbia agar – Biolife z dodatkom 10% ovčje krvi) in intubirali v mikroaerofilnih pogojih 3–5 dni pri 37° C. Istočasno so pripravili preparate, barvane po Gramu, in z metilenskim modrilom za mikroskopiranje. Značilno za HP je, da raste v kulturi v obliki drobnih prosojnih kolonij, v mikroskopskih preparatih pa so vidne spiralne bakterije.

Vse patohistološke preiskave so bile narejene na oddelku za patološko morfologijo SBM. Odvzeti bioptični material je bil fiksiran v 10% nevtralnem formalinu. Histološke rezine so bile za oceno morfoloških sprememb obarvane po metodi hematoksilin – eozin in po Kreybergovi metodi, za dokaz HP pa še po metodi Giemsa in Warthin Starry. V vzorcih, kjer je bil najden HP, so ocenjevali gostoto in aktivnost HP v sorazmerju z gostoto granulocitne infiltracije v lamini proprijii in glede na spremembe površinskega in foveolarnega epitela.

Po zaključenih preiskavah smo ugotovili prisotnost HP v bioptičnih vzorcih pri 43 bolnikih. Za prisotnost HP smo se odločili, če sta bili pozitivni dve od treh metod, s katerimi smo iskali prisotnost HP. Od 43 bolnikov s HP je ena bolnica odklonila nadaljnje sodelovanje v študiji kljub prvotnemu pristanku in natančni obrazložitvi cilja študije. V nadaljevanju raziskave je nato sodelovalo 42 bolnikov s HP. Pri teh bolnikih smo proučevali učinek delovanja ranitidina in KBS na eradikacijo HP.

Oblikovali smo dve skupini, vsaka je štela 21 bolnikov. Prva skupina je prejela ranitidin 2 × 1 tabl. po 150 mg dnevno osem tednov, druga skupina bolnikov je prejela ranitidin 2 × 1 tabl. po 150 mg dnevno in KBS 2 × 2 tabl. po 120 mg dnevno štiri tedne. Bolnike druge skupine smo natančno seznanili z načinom uživanja tablet KBS in jih opozorili na možnost pojava stranskih učinkov. V takšnih primerih naj bi se takoj javili na pregled, imeli pa so tudi možnost telefonskih konzultacij. Pogovorom s temi bolniki smo namenili veliko časa in vsi so zdravljenje s KBS dokončali brez komplikacij.

Po zaključenem zdravljenju smo preiskave pri obeh skupinah ponovili, in to z enakimi metodami kot ob prvi preiskavi.

Smatrali smo, da je HP eradican, če so bile vse metode, s katerimi smo iskali prisotnost HP v bioptičnih vzorcih želodčne sluznice, po zaključenem zdravljenju negativne.

Rezultati

Pregledali smo 55 bolnikov v starosti od 29 do 78 let s povprečno starostjo 50,4 leta. Od teh je bilo 32 moških (58,1%) in 23 žensk (41,9%). Pri 43 bolnikih (78,1%) je bil v bioptičnih vzorcih želodčne sluznice prisoten HP, pri 12 bolnikih (21,9%) pa ne. Od 43 bolnikov s HP jih je v nadaljevanju raziskave sodelovalo 42, ker ena bolnica ni želela nadalje sodelovati. V skupini, ki je prejela ranitidin, ni prišlo pri nobenem bolniku do eradikacije HP, v skupini, ki je dobivala ranitidin in KBS, pa je prišlo do eradikacije HP pri štirih bolnikih (19,04%) (tabela 1). Pri nobenem bolniku nismo zasledili stranskih učinkov delovanja KBS.

Tab. 1. Prikaz HP pozitivnih bolnikov obeh skupin po številu, spolu, načinu zdravljenja, odmerkih zdravil, dnevni odmerku, dolžini zdravljenja in doseženem odstotku eradikacije HP.

Tab. 1. Presentation of HP positive patients from both groups according to number, sex, method of treatment, drug dosage, daily doses, duration of treatment and percentage of achieved HP eradication.

Število spol bolnikov Number sex of patients	Način zdravljenja Method of treatment	Odmerek zdravil Drug dosage	Dnevni odmerek Daily doses	Dolžina zdravljenja Duration of treatment	HP eradikacija HP eradication	
					Število bolnikov Number of patients	Odstotek (%) Percentage (%)
21 m. 14 ž. 7	Ranitidin	2 × 1 tabl. a 150 mg	300 mg	8 tednov weeks	0	0
21 m. 12 ž. 9 male female	Ranitidin + KBS	2 × 1 tabl. a 150mg + 2 × 2 tabl. a 120 mg	300 mg + 480 mg	4 tedne weeks	4	19,04
Skupaj Total 42 m. 26 ž. 16 male female						

Razpravljanje

V literaturi najdemo podatke, da je možno doseči eradikacijo HP s KBS v približno 20% (13, 15, 18, 21). Tudi naše izkušnje so podobne. Zdi se nam, da odstotek ni dovolj visok. V zadnjih letih lahko najdemo v literaturi podatke o znatno višjem odstotku eradikacije HP, če kombiniramo KBS z enim ali dvema antibiotikoma. V takšnih primerih je eradikacija HP uspela tudi do 96% (13, 15, 23, 24). Prav zaradi tega smo našo študijo zaključili, bolnike pa še nadalje spremljamo glede na pojav recidiva bolezni. Mislimo, da za eradikacijo HP uporaba samo KBS ni dovolj.

Literatura

1. Marshall BJ. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. *Lancet* 1983; i: 1273-5.

2. Warren JR. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. *Lancet* 1983; i: 1273-3.
3. Marshall BJ, McGeachie DB, Rogers PA, Glancy RJ. Pyloric *Campylobacter* infection and gastroduodenal disease. *Med J Aust* 1985; 142: 439-49.
4. Rathbone BJ, Wyatt JL, Heatley RV. *Campylobacter pyloridis* - a new factor in peptic ulcer disease? *Gut* 1986; 27: 635-41.
5. Price AB, Levi AJ, Dolby HM, Dunscombe PL, Smith AC, Clark J, Stephenson ML. *Campylobacter pyloridis* in peptic ulcer disease: micro biology, pathology and scanning electron microscopy. *Gut* 1985; 26: 1183-8.
6. Blaser MJ. Gastric *Campylobacter* like organisms, gastritis and peptic ulcer disease. *Gastroenterology* 1987; 93: 371-83.
7. Wyatt JL. *Campylobacter pylori*, duodenitis and duodenal ulceration. In: Rathbone BJ, Heathley RV eds. *Campylobacter pyloridis* and gastroduodenal disease. Oxford: Blackwell Scientific, 1989: 117-24.
8. Levi AJ, Beardshall K, Swift I, Foulkes W, Playford R, Ghosh P, Calam J. Antral *Helicobacter pylori*, hypergastrinaemia, and duodenal ulcers: Effect of eradicating the organism. *Brit Med J* 1989; 299: 1504-5.
9. Peterson WL. *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. *N Engl J Med* 1991; 324: 1043-8.
10. Maingnet P, Delmee M, Debognie JC. Omeprazole, *Campylobacter pylori* and duodenal ulcer. *Lancet* 1989; ii: 389-90.
11. Correa P. Is gastric carcinoma an infectious disease? *N Engl J Med* 1991; 325: 1170-1.
12. Nomura A, Stemmermann G, Chyou P-H, Kato I, Perez-Perez GI, Blaser MJ. *Helicobacter pylori* infection and gastric carcinoma among Japanese Americans in Hawaii. *N Engl J Med* 1991; 325: 1132-6.
13. Stolte M. *Helicobacter pylori* - Spectrum: von der Gastritis bis hin zum Malignom. *Leber Magen Darm* (Editorial) 1992; 3: 91-4.
14. Gorbach SL. Bismuth therapy in gastrointestinal disease. *Gastroenterology* 1990; 99: 863-75.
15. Rauws EAJ, Tytgat GNJ. Cure of duodenal ulcer associated with eradication of *Helicobacter pylori*. *Lancet* 1990; 335: 1233-5.
16. Borodiy T, Noonan S, Cole P et al. Recurrence of duodenal ulcer and *Campylobacter pylori* infection after eradication. *Med J Aust* 1989; 151: 431-5.
17. Chiba N, Rademaker JW, Rao BV, Hunt RH. Eradication of *Helicobacter pylori* - analysis to determine optimal therapy. *Gut* 1991; 32: A 1220-1.
18. Wagner S, Gebel M, Haruma K et al. Bismuth subsalicylate in the treatment of H2-blocker resistant duodenal ulcers: role of *Helicobacter pylori*. *Gut* 1992; 33: 179-83.
19. Axon ATR. *Helicobacter pylori* therapy: effect on peptic ulcer disease. *J Gastroenterol Hepatol* 1991; 6: 131-7.
20. Vantrappen G, Rutgerts P, Broeckert L, Janssens J. Randomized open controlled trial of colloidal bismuth subcitrate tablets and cimetidine in the treatment of duodenal ulcer. *Gut* 1980; 21: 329-32.
21. Raedsch R. Wismut-Therapie in der Gastroenterologie. *Dtsch Med Wschr* 1991; 116: 821-4.
22. Gubina M, Medvešček-Radšel A, Križman I, Juteršek A, Markovič S. Antralni gastritis in *Helicobacter pylori*. Znanstveno posvetovanje ob 45. obletnici ustanovitve Inštituta za mikrobiologijo MF v Ljubljani 1990: 98-108.
23. Graham DY, Ginger ML, Evans DG, Evans DJ Jr, Klein DP. Effect of triple therapy (antibiotics plus bismuth) on duodenal ulcer healing: a randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 1991; 115: 266-9.
24. Glupczynski Y, Burette A. Eradicating *Helicobacter pylori*. *Lancet* 1992; 339: 54-5.

Hiter analgetski učinek

Bolniki ga dobro
prenašajo

Ena tableta
na dan



Artrocam[®] tablete
TENOKSIKAM

Oprema
10 tablet po 20 mg



PLIVA LJUBLJANA d.o.o
Dunajska 51, Ljubljana

Strokovni prispevek/Professional article

PROSPEKTIVNA ŠTUDIJA TROJIRNE ANTIMIKROBNE TERAPIJE PACIENTOV S *HELICOBACTER PYLORI* POZITIVNIM KRONIČNIM DUODENALNIM ULKUSOM

PROSPECTIVE STUDY OF TRIPLE ANTIBACTERIAL THERAPY IN PATIENTS WITH *HELICOBACTER PYLORI* POSITIVE CHRONIC DUODENAL ULCER

Bojan Teps¹, Boris Kavčič²

¹ Zdravilišče Rogaška, Zdravstvo, d.o.o., Center za preprečevanje, nadaljevalno zdravljenje in rehabilitacijo gastroenteroloških in presnovnih bolezni, Zdraviliški trg 9, 63250 Rogaška Slatina

² Bolnišnica Celje, Oddelek za patologijo, Oblakova 5, 63000 Celje

Prispelo 1993-10-05, sprejeto 1994-02-14; ZDRAV VESTN 1994; 63: 381-5

Ključne besede: *Helicobacter pylori*; duodenalni ulkus; gastritis; trojna antibiotična terapija; prospektivna študija

Key words: *Helicobacter pylori*; duodenal ulcer; gastritis; triple antibiotic therapy; prospective study

Izvleček – Izhodišča. *Helicobacter pylori* (*H. p.*) je glavni povzročitelj gastritisa. Lahko pa povzroči tudi dvig gastrina po jedi in s tem večje izločanje kisline. Sluznica dvanajstnika se pred kislino »brani«¹ z želodčno metaplazijo, ki jo pri nekaterih bolnikih lahko naseli *H. p.* Aktivni kronični gastritis metaplastične sluznice postane mesto najmanjšega odpora in s tem mesto duodenalne razjede. Dolgotrajna ozdravitev ulkusne bolezni je možna le z uničenjem *H. p.*

Abstract – Background. *Helicobacter pylori* (*H. p.*) is the main etiological cause of chronic gastritis. It may also cause postprandial rise in serum gastrin what is followed with higher acid output. Acid production causes gastric metaplasia in duodenal bulb which is a defence reaction to hyperacidity. The gastric metaplasia in duodenal bulb can be colonized with *H. p.* This causes active chronic gastritis and is a place of the lowest resistance in duodenum. The result is duodenal ulcer which can not be definitely cured without eradication of *H. p.*

Metode. Od oktobra 1990 do aprila 1991 sem s terapijo: koloidni bizmut subcitrat (CBS) 4' 120 mg 28 dni, amoksisilin 3' 375 mg 28 dni in metronidazol 4' 250 mg 14 dni zdravil 12 bolnikov s kronično ulkusno boleznijo (povprečne starosti 47,3 leta, povprečnega trajanja ulkusne bolezni devet let), ki so imeli vsaj en letni recidiv ulkusne bolezni.

Methods. From October 1990 till April 1991 I treated with antimicrobial therapy (colloidal bismuth subsitrate [CBS] 120 mg QID, amoxycillin 375 mg TID for 4 weeks and metronidazole 250 mg QID for 2 weeks) 12 patients with chronic duodenal ulcer disease (mean age 47.3 years and average duration of duodenal ulcer disease 9 years). All of them had at least one ulcer relapse a year. The second group was treated from April 1991 with 2-weeks therapy regimen (CBS 120 mg QID, amoxycillin 500 mg QID, metronidazole 500 mg QID). 35 patients with mean age 43.2 years had average duration of duodenal ulcer disease 11.2 years with at least one relapse a year. All the patients in both groups had the diagnose made by histologic confirmation of *H. p.* with Warthin-Starry silver stains and rapid urease test. The success of eradication was proved with the control endoscopy and negative histology according to Sydney recommendations. 22 patients have come to a control endoscopy with biopsies after at least one year of follow-up.

Druga skupina je bila od aprila 1991 dalje zdravljena s 14-dnevno terapijo (CBS 4' 120 mg, amoksisilin 4' 500 mg in metronidazol 4' 500 mg). 35 bolnikov povprečne starosti 43,2 leta je imelo povprečno trajanje ulkusne bolezni 11,2 leta z vsaj enim recidivom letno. Bolniki obeh skupin so imeli histološko dokazan *H. p.* Uspeh odstranitve *H. p.* smo ugotavljali mesec dni po koncu zdravljenja s pregledom histoloških odzemkov po sydneyjski shemi. 22 bolnikov se je do sedaj javilo na kontrolno gastroskopijsko z biopsijami po več kot letu dni.

Results. The eradication rate in the first group is 11-12 patients (91.6%), in the second group 34-35 patients (97%). 49% of all patients had minor side-effects during the treatment. The reason for high eradication rate especially for the second group is in very high personal motivation for success of the treatment and higher dose of metronidazole than in similar studies.

Rezultati. V prvi skupini je bilo ozdravljenih 11 od 12 bolnikov (91,6%), v drugi skupini pa 34 od 35 bolnikov (97%). Blagi prehodni stranski pojavi so bili pri 49% bolnikov. Visok uspeh ozdravitve predusm druge skupine si razlagam z veliko motiviranostjo bolnikov in z višjimi odmerki metronidazola kot v podobnih študijah.

The result of *H. p.* eradication after a month was clearance of granulocytes in gastric mucouse histology. After one year (22 patients) there was almost complete disappearance of chronic inflammation, and lymphatic follicles from the gastric mucouse

Odrnitve *H. p.* je po mesecu dni povzročilo izginotje granulocitov v histoloških preparatih želodčne sluznice, po enem letu (22 bolnikov) pa izginotje tudi kronične vnetne infiltracije in limfatičnih pseudofoliklov. Povprečna doba spremljanja obeh skupin je 19 mesecev. Recidiva ulkusne bolezni dvanajstnika ni bilo. Po 17

mesečih je imel en bolnik akutni peptični bulbitis (indometacin), drugi bolnik pa po devetih mesecih ulkus antruma želodca. Prvi bolnik je imel histološko normalno sliko, drugi pa histološko sliko kroničnega gastritisa. Oba sta bila *H. p.* negativna.

Zaključki. Trotirna antimikrobna terapija je ob primerni motiviranosti bolnika visoko učinkovita metoda zdravljenja bolnikov s *H. p.* pozitivnim kroničnim duodenalnim ulkusom. Privede do reverzibilnosti gastritisa in možna je dolgotrajna ozdravitev ulkusne bolezni.

Uvod

Leta 1982 so kultivirali spiralni mikroaerofilni gram negativni bacil v človeškem želodcu (1, 2). Kmalu zatem so številne raziskave dokazale, da je ta bakterija – *Helicobacter pylori* (*H. p.*) – odgovorna za nastanek kroničnega gastritisa in da je glavni etiopatogenetski agens v razvoju ulkusne bolezni dvanajstnika (3). Naravni potek okužbe s *H. p.* je prikazan na sliki 1 (4). Okužba s *H. p.* privede do nastanka aktivnega kroničnega gastritisa, ki vedno v večji meri zajame antrum kot pa korpus želodca (5). Znano je, da je nivo gastrina pri pacientih z ulkusno boleznijo dvanajstnika normalen, po obroku pa je dosti višji kot pri zdravih kontrolah. Po odstranitvi *H. p.* se izločanje gastrina normalizira (6, 7). Kot obrambna reakcija pred čezmerno kislino v bulbosu dvanajstnika pride do nastanka gastrične metaplazije v dvanajstniku (8), ki jo naseli *H. p.* Temu sledi duodenitis, zmanjšana lokalna obramba in ob čezmerni kislini nastanek duodenalnega ulkusa (9). Vsi bolniki s *H. p.* pozitivnim gastritisom, kakor tudi vsi

histology. The average duration of follow-up for both groups is 19 months. There was no relapse of duodenal ulcer disease. After 17 months one patient had acute peptic bulbitis (indomethacin), the second patient had antral stomach ulcer after 9 months. The first patient had normal mucous histology, the second one had the picture of chronic gastritis. Both patients were without *H. p.*

Conclusions. Triple antimicrobial therapy is with good patient motivation highly effective way of *H. p.* eradication. This leads to complete reversibility of gastritis and to the possibility of long-term cure of chronic duodenal ulcer.

bolniki z želodčno metaplazijo ne razvijejo *H. p.* pozitivnega duodenitisa in duodenalnega ulkusa. Zakaj je tako in kaj vse na ta proces vpliva, so vprašanja, ki še nimajo dokončnega odgovora in bodo predmet naslednjih raziskav. Verjetno je tudi, da vsi sevi *H. p.* niso enako citopatogeni (4).

Okužba s *H. p.* je najdena na vseh celinah in v vseh državah, kjer so jo iskali. Prenos okužbe je fekalno-oralen, zato so razlike v prevalenci med razvitim svetom in državami v razvoju razumljive (4). V razvitem svetu je prevalenca okužbe v tretjem desetletju 20%, pri starosti 60 let pa med 50 in 60% (10, 11). V nerazvitem svetu je prevalenca v tretjem desetletju vsaj 40%, pri 60 letih pa tudi do 90% (4, 12). Prvi epidemiološki podatki za Slovenijo (13) govore o 50% pozitivnosti pri 30 letih in 70% pri 70 letih.

Podatki iz literature povedo, da je *H. p.* odgovoren za 80 do 99% nastanka kroničnega gastritisa (14–17). Po več desetletjih lahko slednji preide v atrofijo želodčne sluznice z razvojem intestinalne metaplazije. Ob prisotnosti še drugih karcinogenih dejavnikov v okolju lahko preide tudi v želodčni karcinom (18, 19).

Če naj bi zgoraj navedene trditve držale, bi morala uspešna odstranitev *H. p.* pripeljati od ozdravitve gastritisa in ob normalizaciji lokalne obrambe tudi do prekinitve ponovitve duodenalnega ulkusa (20). Definicija odstranitve pomeni, da mesec dni po koncu zdravljenja s priznanimi diagnostičnimi metodami (histologija, kultura, C 13 dihalni test) ne najdemo več *H. p.* (3). Monoterapija ni primerna, saj štiritedensko zdravljenje s koloidnim bizmutom subcitratom – CBS (De Nol, Gist Brocades) doseže uničenje *H. p.* do največ v 27% (21–23). Dvojna terapija v različnih kombinacijah (antibiotiki, CBS) doseže odstranitev *H. p.* do 65% (24). Za najuspešnejšo do sedaj se je pokazala trotirna terapija (CBS, amoksicilin ali tetraciklin, tinidazol ali metronidazol), ki je glede na študije oz. uporabljene odmerke dosegla odstranitev *H. p.* do 97% (21–23, 25–29). V zadnjem letu se pojavljajo tudi študije uspešnega uničenja *H. p.* do 82% pri kombinaciji omeprazole z amoksicilinom (30).

Problem trojne terapije je predvsem sodelovanje pacientov pri rednem jemanju zdravil (27) in rezistenca na metronidazol (31). Prav zaradi tega je bilo na svetovnem kongresu gastroenterologov v Sydneyu l. 1990 sprejeto priporočilo, naj se s trojno terapijo zdravijo predvsem bolniki s težko vodljivo kronično duodenalno ulkusno boleznijo in tisti s komplikacijami (krvavitve, perforacije). Ne smemo pozabiti tudi možnosti spontane reinfekcije, ki je približno 1% letno (3).

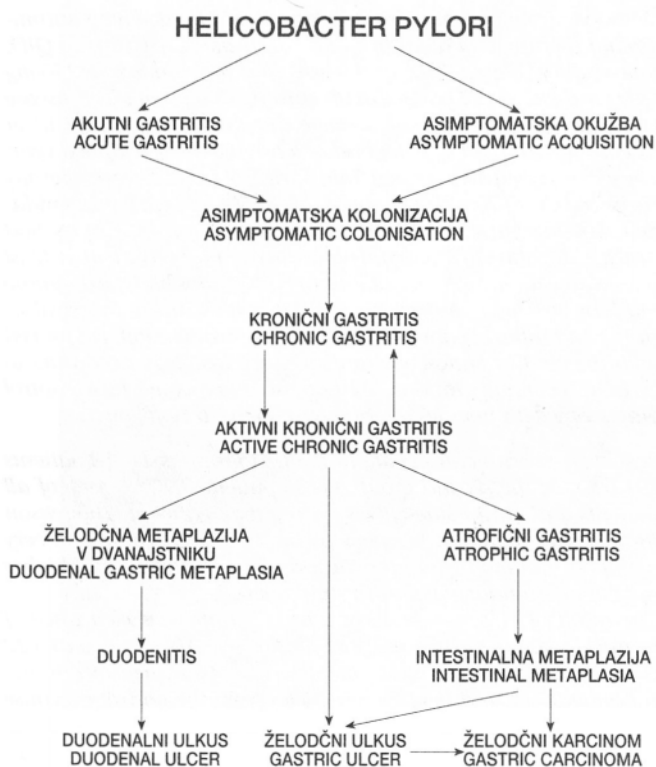
Tam, kjer je odstranitev *H. p.* uspešna, se letna ponovitev duodenalnega ulkusa zmanjša na 0–11%, za razliko od bolnikov, pri katerih se na *H. p.* ne vpliva s terapijo (H_2 blokatorji, omeprazol), kjer letna ponovitev doseže tudi do 80% (26, 32–34). Mnogo gastroenterologov je še vedno bolj naklonjenih vzdrževalni terapiji s H_2 blokatorji, vendar je tudi pri tej skupini bolnikov letna ponovitev ulkusa od 20% do 30% (35, 36).

V študiji, ki sem jo začel leta 1990, sem želel odgovoriti na nekaj vprašanj:

1. Uspešnost odstranitve *H. p.* s štiritedensko oz. štirinajstdnevno trotirno antimikrobno terapijo.

Sl. 1. Naravni potek okužbe s *Helicobacter pylori*.

Fig. 1. The natural history of *Helicobacter pylori* infection.



2. Posledice odstranitve H. p. spremembo histološke slike gastritisa.
3. Spremljanje letne ponovitve ulkusa glede na obdobje pred vključitvijo v študijo.
4. Stranski pojavi terapije in sodelovanje bolnikov pri zdravljenju.

Bolniki in metode

V prospektivno študijo sem vključil le bolnike, ki so izpolnjevali zahteve za zdravljenje po kriterijih svetovnega kongresa v Sydneyu 1990. Bolniki so bili seznanjeni z vsebino in so podali svoj pisni pristanek. Študijo je odobril tudi strokovni kolegij Gastroenterološke interne klinike v Ljubljani. Od oktobra 1990 do aprila 1991 je trotirno terapijo: koloidni bizmut subcitrat (CBS, Telen, Byk Gulden) 4 × 120 mg 1 uro pred jedjo 28 dni; amoksicilin 3 × 375 mg 1 uro po jedi 28 dni; metronidazol 4 × 250 mg 1 uro po jedi 14 dni prejelo 12 pacientov (7 žensk, 5 moških). Njihova povprečna starost je bila 47,3 leta, povprečno trajanje ulkusne bolezni devet let z vsaj enim recidivom letno. Bolniki so imeli v anamnezi podatke o šestih krvavitvah iz ulkusa dvanajstnika.

Drugo skupino sem zdravil od aprila 1991 dalje. Sestavljalo jo je 35 bolnikov (6 žensk, 29 moških) povprečne starosti 43,2 leta in povprečnega trajanja ulkusne bolezni 11,2 let. Letno so člani skupine imeli vsaj en recidiv ulkusne bolezni. V skupini je bilo 22 anamnestičnih podatkov za krvavitve iz ulkusa dvanajstnika in pet primerov perforacije dvanajstnika. Terapevtska shema druge skupine je bila 14-dnevna trotirna terapija s: CBS (Telen, Byk Gulden) 4 × 120 mg uro pred jedjo, amoksicilin 4 × 500 mg uro po jedi in metronidazol 4 × 500 mg uro po jedi. Vsi bolniki so imeli pred vključitvijo v študijo, mesec dni po koncu zdravljenja in v primeru kliničnega suma na recidiv narejeno gastroskopijo. Dvaindvajset bolnikov je imelo tudi kontrolno gastroskopijo po preteku več kot enega leta. Po priporočilu iz Sydneya je bilo bolnikom odvzetih po pet bioptičnih vzorcev – eden za ureazni test in štirje za histološko preiskavo ter srebrenje po metodi Warthin-Starry. Bioptični vzorci so bili fiksirani v 10% nevtralnem formalinu, prepajali smo jih s parafinom in histološke rezine barvali s hematoksilin eozinom oz. srebrili po metodi Warthin-Starry. Uporabljali smo ureazni test Yatrox (Rhöm Pharma, BRD). Kriterij za ugotavljanje prisotnosti H. p. je bilo srebrenje po metodi Warthin-Starry. Odstranitev H. p. je bila uspešna, če bakterije nismo dokazali s histološkim pregledom bioptičnih vzorcev en mesec po končanem zdravljenju.

Rezultati

V prvi skupini bolnikov je bila odstranitev H. p. dosežena pri 11 od 12 bolnikov (91,6%). Stranski učinki zdravljenja so prikazani v tabeli 1. Vsi so bili blage narave, prisotni v glavnem le v začetku jemanja terapije in niso zahtevali prekinitve terapije.

V drugi skupini je bilo ozdravljenih 34 od 35 bolnikov (97%). Stranski učinki jemanja terapije so prikazani v tabeli 2; bili so blagi, prehodni in niso zahtevali prekinitve terapije. Kot je razvidno iz tabel 1 in 2, so imeli nekateri bolniki več stranskih učinkov.

Vsi bolniki, ki so bili vključeni v študijo, so imeli histološko H. p. aktivni kronični pangastritis, predvsem antruma želodca. Histološke karakteristike slednjega so:

1. razen mononuklearne celične infiltracije še glede na stopnjo aktivnosti različno izrazita granulocitna infiltracija mukoze, tvorba limfoidnih agregatov;
2. edem, hiperemija in žariščne intramukozne krvavitve;
3. nabrekanje jeder, povečana stopnja mitoz, zmanjšana tvorba mucina;
4. na površini sluznice in v foveolah prisotnost H. p.

Mesec dni po končanem zdravljenju je nevtrofilna infiltracija izginila pri vseh bolnikih, pri katerih je bila dosežena odstranitev H. p. Pomembno je bilo tudi zmanjšanje intramukoznih krvavitvev in zmanjšanje limfoidnih agregatov. Mesec dni po končanem zdravljenju je imel en bolnik še vedno ulkus dvanajstnika (prva

Tab. 1. Stranski učinki med terapijo – skupina 1.

Tab. 1. Side effects during therapy – group 1.

Stranski učinki Side effects	Število bolnikov Number of patients
Ni imelo sopojavov Without side effects	6 (50%)
Bolečine v žlički Epigastric pain	1
Siljenje na bruhanje Nausea	1
Pekoč jezik Glossitis	2
Kovinski občutek v ustih Metallic taste	1
Nizek tlak (RR pod 100 mmHg) Low blood pressure (RR under 100 mmHg)	2
Prehodni kožni izpuščaj Temporal skin rash	1
Skupaj bolnikov Total	12

Tab. 2. Stranski učinki med terapijo – skupina 2.

Tab. 2. Side effects during therapy – group 2.

Vrsta sopojava Side effects	Število bolnikov Number of patients
Ni imelo sopojavov Without side effects	18 (51,4%)
Bolečine v žlički Epigastric pain	5
Siljenje na bruhanje Nausea	4
Pekoč jezik Glossitis	4
Kovinski občutek v ustih Metallic taste	3
Nizek tlak (RR pod 100 mmHg) Low blood pressure (RR under 100 mmHg)	2
Lažje driske Mild diarrhea	2
Glavobol Headache	2
Skupaj bolnikov Total	35

skupina), dva bolnika pa sta imela akutno solitarno erozijo antruma oz. bulbosa dvanajstnika (druga skupina). Vsi trije bolniki so bili brez H. p. in so ostali takšni tudi po enem letu.

Do sedaj se je na kontrolo po najmanj enem letu od uničenja H. p. odzvalo 22 bolnikov. 21 jih je še vedno brez H. p., le pri enem je prišlo do ponovne okužbe s H. p., histološko še brez izrazitih znakov aktivnega gastritisa. Preostalih 21 bolnikov pa je imelo pri histološki analizi bioptičnih vzorcev minimalno mononuklearno infiltracijo antruma želodca, medtem ko je bila sluznica korpusa želodca normalna.

En bolnik se je devet mesecev po uspešni odstranitvi H. p. oglasil na kontrolo zaradi bolečin v želodcu. Endoskopsko sem ugotovil ulkus antruma želodca. Histopatološki izvid je govoril za kronični gastritis brez prisotnosti H. p. Bolnik ni jemal aspirina ali nesteroidnih antirevmatikov in ni bil kadilec.

Druga bolnica je prišla zaradi suma na ponovitev ulkusne bolezni 17 mesecev po odstranitvi H. p. Pri endoskopiji sem ugotovil akutni peptični bulbitis, histopatološka slika bioptičnih vzorcev korpusa in antruma pa je bila brez prisotnosti H. p. in brez znakov aktivnega vnetja. Bolnica je pred nastopom težav uživala nesteroidne antirevmatike (indometacin); pri endoskopiji smo ugotovili, da je pH želodčnega soka 1.

V obe skupini je bilo od leta 1990 vključenih dodatnih osem bolnikov, ki pa niso pričeli jemati antimikrobne terapije ali pa se niso oglasili na kontrolno gastroskopijo mesec dni po končanem zdravljenju. Zato v študijo niso vključeni.

Razpravljanje

Uspešnost odstranitve *H. p.* je v skupini štiritedenske terapije 91,6%. V svetovni literaturi je za primerjalno terapijo (razlike so v odmerkih posameznih zdravil) uspešnost od 65% do 94% (37–39). Po letu 1990 so se pojavile študije, ki so ob štirinajstnevni terapiji ali celo ob samo sedemdnevni terapiji dosegale podobne stopnje uničenja *H. p.* – od 71% do 96% (31, 40). V naši drugi skupini je dosežena zelo visoka stopnja uničenja *H. p.* – 97%. Pri tem je treba poudariti, da je bila vključitev v skupino pogojena z veliko motivacijo bolnikov. Zelo pomembno pa se mi zdi poudariti, da so bolniki prejeli visoke odmerke metronidazola – 2 grama. Najnovejša poročila namreč kažejo, da sta za uspeh terapije najvažnejša dva dejavnika, in sicer sodelovanje bolnikov pri jemanju zdravil in rezistenca na metronidazol, ki se jo delno da preseči z zvišanjem odmerka.

Graham (40) je v svoji študiji dokazal, da je odstranitev *H. p.* dosežena pri 96% bolnikov (od 70 bolnikov), ki so jemali več kot 60% predpisanih tablet. Pri tistih, ki so jemali manj kot 60% tablet, pa le pri 69%.

Logan (31) je ugotovil, da je bila povprečna odstranitev *H. p.* z enotedensko terapijo le 72%; pri podskupini, ki je imela pred terapijo *H. p.* občutljiv na metronidazol, pa celo 93%. Temu so v pismu uredniku Lanceta (41) pritegnili tudi drugi avtorji, ki so uporabljali višje odmerke metronidazola (1,5 g dnevno).

Stranske učinke zdravljenja je imelo 23 (49%) od 47 bolnikov. Bili pa so brez izjeme zelo blagi, samo nekajdnevni, in niso zahtevali prekinitve terapije. V literaturi pri tretirni terapiji navajajo stranske učinke približno v 30% (3).

Najvažnejša posledica odstranitve *H. p.* je reverzibilnost gastritisa v želodcu oz. gastritisa metaplastične želodčne sluznice v dvanajstniku. Pri uspešni odstranitvi *H. p.* je pri vseh bolnikih v obeh študijah mesec dni po končanem zdravljenju izginil aktivni gastritis, leto dni po uspešnem uničenju *H. p.* pa se je popolnoma normalizirala tudi sluznica. Podobne spremembe je dokazalo več študij (42–45), od katerih je le študija J. Valle morfolometrična (45). Normalna želodčna sluznica se lahko uspešno upira agresivnim dejavnikom (kislina). Ozdravitev antralnega gastritisa pa privede tudi do normalizacije nivoja gastrina po hranjenju (6, 7).

Nekateri avtorji menijo, da je *H. p.* pomemben pri nastanku karcinoma in da bi uničenje *H. p.* lahko prispevalo k zmanjšanju števila karcinomov želodca in MALT limfomov (14, 45). Stolte (14) celo predlaga, da bi bila indikacija za uničenje *H. p.* celo prisotnost aktivnega kroničnega gastritisa z atrofijo in intestinalno metaplastijo pri bolnikih, mlajših od 30 let.

Zaključek

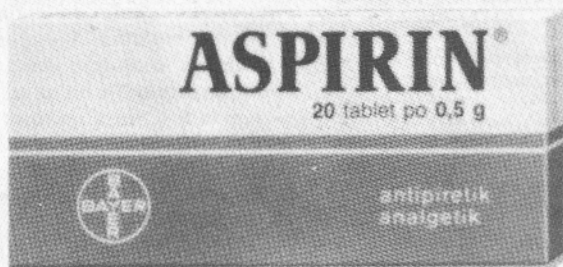
Rezultati naše študije potrjujejo podatke v literaturi, da odstranitev *H. p.* privede do reverzibilnosti gastritisa, normalizira se obrambna sposobnost sluznice in prepreči se ponovitev ulkusne bolezni dvanajstnika. Bolniki, ki so imeli pred vključitvijo vsaj en recidiv ulkusne bolezni letno, po odstranitvi *H. p.* niso več imeli ulkusa dvanajstnika pri povprečnem spremljanju bolnikov 19 mesecev. Blagi sopojava terapije so sicer pogosti, vendar ne zahtevajo prekinitve terapije. Vse našeto opravičuje uporabo trojitne anti-biotske terapije pri bolnikih s *H. p.* pozitivnim kroničnim duodenalnim ulkusom oz. pri tistih z zapleti (krvavitve, perforacije). Potrditev uspešnosti odstranitve *H. p.* tudi z omeprazolom in amoksicilinom bo verjetno kmalu zahtevala spremembo doktrine terapije pri nekaterih bolnikih z ulkusno boleznijo dvanajstnika in želodca.

Literatura

- Marshall BJ. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis (letter). *Lancet* 1983; 1: 1273–4.
- Warren JR. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis (letter). *Lancet* 1983; 1: 1273–4.
- Tytgat GNJ, Axon ATR, Dixon MF, Graham DY, Lee A, Marshall BJ. Helicobacter pylori: causal agent in peptic ulcer disease? Oxford: Blackwell Scientific Publications 1990: 36–45.
- Wyle FA. Helicobacter pylori: Current perspectives. *J Clin Gastroenterol* 1991; 13: Suppl 1: 5114–24.
- Dixon MF. Progress in the pathology of gastritis and duodenitis. In: Williams GT ed. Gastro-intestinal pathology. *Curr Top Pathol* 1990; 81: 1–4.
- Levi S, Beardshall K, Haddad G et al. Campylobacter pylori and duodenal ulcers, the gastrin link. *Lancet* 1989; i: 1167–8.
- Smith JTL, Pounder RE, Evans DJ et al. Inappropriate 24-hour hypergastrinemia in asymptomatic Campylobacter pylori infection. *Gastroenterology* 1989; 96: A 479–9.
- Wyatt JL, Rathbone BJ, Dixon MF, Heatley RU. Campylobacter pyloridis and acid induce gastric metaplasia in the pathogenesis of duodenitis. *J Clin Pathol* 1987; 40: 841–8.
- Axon ATR. Helicobacter pylori in the pathogenesis of peptic ulcer-evidence in favour. In: Malfertheiner P, Ditschuneit H eds. Helicobacter pylori, gastritis and peptic ulcer. Berlin: Springer Verlag, 1990: 345–9.
- Graham DY, Malaty HM, Evans DG, Evans DJ, Klein D, Adam E. Person-to-person transmission of Helicobacter pylori infection? *Proc Am Coll Gastroenterol* 1990; 98.
- Graham DY, Malaty HM, Evans DG, Evans DJ, Klein DD, Adam E. Epidemiology of Helicobacter pylori in an asymptomatic population in the United States. *Gastroenterology* 1991; 100: 1495–501.
- Gastrointestinal Physiology Working Group. Helicobacter pylori and gastritis in Peruvian patients: relationship to socioeconomic level, age and sex. *Am J Gastroenterol* 1990; 85: 819–23.
- Gubina M, Newell DG, Hawtin PR, Avšič-Zupanc, Krizman I. Helicobacter pylori Ig G antibodies in an asymptomatic Slovenian population. *Zdrav Vestn* 1991; 60: 449–52.
- Stolte M. Helicobacter pylori-Spektrum: von der Gastritis bis hin zum Malignom. *Leber Magen Darm* 1992; 3: 91–4.
- Hazell SL, Borody TJ, Gal A, Lee A. Campylobacter pyloridis gastritis: detection of urease as a marker of bacterial colonisation and gastritis. *Am J Gastroenterol* 1987; 4: 292–6.
- Gubina M, Medvešek-Radšel A, Krizman I, Juteršek A, Markovič S. Antralni gastritis in Helicobacter pylori. Znanstveno posvetovanje ob 45. obletnici ustanovitve Inštituta za mikrobiologijo MF v Ljubljani, Ljubljana: Medicinska fakulteta 1990: 98–108.
- Tepeš B, Kavčič B, Jurjec D. Pogostnost Helicobacter pozitivnega gastritisa pri rutinskih gastroskopijah. *Zdrav Vestn* 1993; 62: 97–9.
- Parsonet J, Friedman GD, Vandersteen DP et al. Helicobacter pylori infection and the risk of gastric carcinoma. *N Engl J Med* 1991; 325: 1127–31.
- Nomura A, Stemmerman GN, Chyan PH et al. Helicobacter pylori infection and gastric carcinoma among Japanese Americans in Hawaii. *N Engl J Med* 1991; 325: 1132–6.
- Goodwin CS. Duodenal ulcer. Campylobacter pylori and the 'leaking roof'-concept. *Lancet* 1988; ii: 1467–9.
- Marshall BJ, Warren JR, Blincow ED et al. Prospective double blind trial of duodenal ulcer relapse after eradication of Campylobacter pylori. *Lancet* 1988; 24: 1437–42.
- Tytgat GN, Rauws EAJ, Koster EH. Campylobacter pylori diagnosis and treatment. *J Clin Gastroenterol* 1989; 11: Suppl 1: 549–53.
- Bauerfeind P, Nicolet M, Schnegg JF et al. Peptische Laesionen: Fortschrittsbericht des Jahres 1989. *Therapiewoche* 1990; 40: 1107–29.
- Tytgat GN, Noach L, Rauws EAJ. Helicobacter pylori. *Scand J Gastroenterol* 1991; 26: Suppl 187: 1–8.
- Goodwin CS, Marshall BJ, Blincow ED et al. Prevention of nitroimidazole resistance in Campylobacter pyloridis by coadministration of colloidal bismuth subcitrate: clinical and in vitro studies. *J Clin Pathol* 1988; 41: 207–10.
- Rauws EA, Tytgat GNJ. Eradication of Helicobacter cures duodenal ulcer. *Lancet* 1990; 1: 1233–5.
- Graham DY, Lew GM, Malaty HM et al. Factors influencing the eradication of Helicobacter pylori with triple therapy. *Gastroenterology* 1992; 102: 493–6.
- Patchett S, Brattie S, Keane C, O'Morain C. Short report: short term triple therapy for Helicobacter pylori-associated duodenal ulcer disease. *Aliment-Pharmacol-Ther* 1992; 6: 113–7.
- Tepeš B, Kavčič B. Our experience in eradication of Helicobacter pylori in patients with chronic ulcer disease and preliminary results of more than one year follow-up. *Acta Gastroenterol Belgica* 1993; 56: Suppl: 154–4.
- Bayerdörffer E, Mannes GA, Sommer A et al. High dose omeprazol treatment combined with amoxicillin eradicates Helicobacter pylori. *European Journal of Gastroenterology Hepatology* 1992; 4: 697–702.
- Logan RPH, Gummert PA, Misiewicz JJ, Karim QN, Wolker HM, Baron JH. One week eradication regimen for Helicobacter pylori. *Lancet* 1991; 338: 1249–52.
- Marshall BJ, Goodwin CS, Warren J. Prospective double blind trial of duodenal ulcer relapse after eradication of Campylobacter pylori. *Lancet* 1988; ii: 1437–42.
- Blum AL, Armstrong D, Dammon H et al. The effect of Helicobacter on the healing and relapse of duodenal ulcer. *Gastroenterology* 1990; 98: 22–2.

34. Patchett S, Beattie S, Leen E, Keane C, O'Morain C. Helicobacter pylori and duodenal ulcer recurrence. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 24-7.
35. Stadelman O, Grah E. Famotidine in prevention of duodenal ulcer relapse. In: Simon B, Bianchi Porro G, Dammon HD eds. Famotidine. International Symposium. Berlin: Thieme Verlag, 1987: 67-76.
36. Brunner G. Roxatidine acetat in the long term maintenance of duodenal ulcers. *Drugs* 1988; 35: Suppl 3: 102-5.
37. McNulty CAM, Eyre-Brooke JA, Uff JS, Dent IC, Wilkinson SP. Triple therapy is not always 95% effective. In: The Vth International workshop on Campylobacter infections. Mexico: Puerto Vallarta, 1989: 2-73.
38. Borody T, Noonon S et al. Long-term Campylobacter pylori recurrence post-eradication. *Gastroenterology* 1988; 96: 143-94.
39. Rouws EAJ, Noach LA, Hechels AE, Brink ME, Tytgat GNJ. Short term regimens to eradicate Helicobacter pylori. Sydney: World Congress of Gastroenterology, 1990: 566-6.
40. Graham DY, Lew GM, Malaty HM et al. Factors influencing the eradication of Helicobacter pylori with triple therapy. *Gastroenterology* 1992; 102: 493-6.
41. Glupezynski Y, Burette A. Letter to the editor. *Lancet* 1992; 339: 54-5.
42. Hislop I, Glancy R, Armstrong J. Histological improvements of active chronic gastritis in patients treated with De-Nol. *Aust NZ J Med* 1984; 14: Suppl 4: 907-7.
43. Rauws EAJ, Langenber W, Houthoff HJ, Zanen HC, Tytgat GNJ. Campylobacter pyloridis associated chronic active antral gastritis. A prospective study of its prevalence and the effects of antibacterial and antiulcer treatment. *Gastroenterology* 1988; 94: 33-40.
44. Morgan D, Kraft W, Bender M, Pearson A. The gastrointestinal physiology working group of Cayetano Heredia and the Johns Hopkins Universities. Nitrofurans in the treatment of gastritis associated with Campylobacter pylori. *Gastroenterology* 1988; 95: 1178-84.
45. Valle J, Seppala K, Sipponen P, Kasunen T. Disappearance of gastritis after eradication of Helicobacter pylori. A morphometric study. *Scand J Gastroenterol* 1992; 26: 1057-65.
46. Sipponen P. Helicobacter pylori infection - a common worldwide environmental risk factor for gastric cancer? *Endoscopy* 1992; 24: 424-7.

Boljši, kot je, ne more biti.



Lahko pa je hitrejši.



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

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

Bayer 

Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

Strokovni prispevek/Professional article

TRANZICIOCELULARNI KARCINOM LEDVICE PRI BOLNIKU S KONČNO ODPOVEDJO LEDVIC, ZDRAVLJENIM S HEMODIALIZO

TRANSITIONAL-CELL CARCINOMA OF THE KIDNEY IN PATIENT WITH END-STAGE RENAL
DISEASE TREATED WITH HAEMODIALYSIS

Tomaž Gračner¹, Radovan Hojs², Andrej Požar²

¹ Zdravnik, Učna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 62000 Maribor

² Oddelek za nefrologijo in hemodializo, Učna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 62000 Maribor

Prispelo 1993-09-10, sprejeto 1994-01-05; ZDRAV VESTN 1994; 63: 387-8

Ključne besede: tranziciocelularni karcinom; pridobljena cistična bolezen ledvic; hemodializa; balkanska nefropatija

Izveček – Izhodišča. Pridobljena cistična bolezen ledvic je pogosta pri bolnikih na kronični hemodializi, njen najpomembnejši zaplet je možna maligna transformacija. Balkanska nefropatija je tubulointersticijska bolezen, ki vodi v kronično ledvično odpoved. Obstaja povezava med balkansko nefropatijo in tranziciocelularnim karcinomom sečil.

Metode. Avtorji prikazujejo primer bolnika s kronično ledvično odpovedjo zaradi balkanske nefropatije, zdravljenega s hemodializo.

Rezultati. Ugotovljajo intracistično solidno spremembo ledvice (suma na neoplazmo) ob pridobljeni cistični bolezni ledvic. Opisujejo diagnostični postopek v primeru suma na maligno transformacijo ledvic ob pridobljeni cistični bolezni ledvic.

Zaključki. Avtorji podajajo pregled literature o pridobljeni cistični bolezni ledvic in njenih komplikacijah ter povezavi med balkansko nefropatijo in tranziciocelularnim karcinomom sečil.

Key words: transitional-cell carcinoma; acquired cystic disease of the kidney; haemodialysis; Balkan nephropathy

Abstract – Background. Acquired cystic disease of the kidney is common in patients on maintenance haemodialysis and its major complication is possible malignant transformation. Balkan nephropathy is tubulointerstitial disease, leading to chronic renal failure. Association between Balkan nephropathy and transitional-cell carcinoma of the urinary tract is well known.

Methods. The patient with chronic renal failure because of Balkan nephropathy treated with haemodialysis is described.

Results. The intracystic solid lesion of the kidney (possible neoplasm) was found in this patient with acquired cystic disease of the kidney. Diagnostic procedure in suspected malignant transformation in acquired cystic disease of the kidney is presented.

Conclusions. Review of publications about acquired cystic disease of the kidney with its complications and association between Balkan nephropathy and transitional-cell carcinoma of the urinary tract is presented.

Uvod

Pridobljena cistična bolezen ledvic (PCBL) je dobro znan zaplet končne odpovedi ledvic (1, 2). Prevalenca in stopnja PCBL pri bolnikih, zdravljenih s hemodializo (HD), sta odvisni od trajanja dializnega zdravljenja (1-4). Sama PCBL nima velikega kliničnega pomena, pomembni pa so njeni zapleti, predvsem možna maligna transformacija (1-4). Najpogostejši tip tumorja pri PCBL je adenokarcinom (1, 4-9), zelo redko se pojavi tranziciocelularni karcinom (TK) ledvice (10).

Balkanska nefropatija (BN) je endemična, kronična tubulointersticijska bolezen, ki se pojavlja v relativno ostro omejenih žariščih nekdanje SFRJ, Bolgarije in Romunije ter vodi v kronično ledvično odpoved (11-14). Opisana je povečana incidenca TK ledvic pri družinskih članih bolnikov z BN na endemičnem področju (12, 14-16) in opisana je tudi velika frekvenca TK sečil pri bolnikih z BN (17).

Prikazujemo bolnika, ki se zdravi s hemodializo zaradi balkanske nefropatije in s prisotno PCBL, pri katerem smo odkrili TK ledvice.

Prikaz primera

54-letni bolnik se od leta 1987 zdravi s HD zaradi končne odpovedi ledvic kot posledice BN. Bolnik je imel deset dni krvav urin s strdki (2 dcl/dan) in dizurijo. V kliničnem statusu smo ugotovili boleč ledveni poklep levo, v ostalem je status ustrežal bolniku s kronično ledvično odpovedjo. Laboratorijski izvidi so ustrezali bolniku, zdravljenemu s HD. V urinu smo ugotovili proteinurijo 3 in zelo številne eritrocite v sedimentu. Citologija celic urinskega sedimenta ni pokazala znakov malignosti. Ultrazvočno smo ob že znani PCBL našli v srednji tretjini leve ledvice dobro omejeno intracistično kompleksno solidno tvorbo. S tem je bil podan sum na ledvično neoplazmo, zato je bila potrebna nadaljnja diagnostična obravnava. Za primerjavo smo imeli 14 mesecev star ultrazvočni posnetek iste ciste brez patologije. Cistoskopski izvid je izključil patologijo mehurja in sečnice. Računalniška tomografija trebuha je prikazala v obeh ledvicah številne ciste in podala sum na maligni proces v levem jetnem režnju. Z ultrazvokom in scintigrafijo jeter (Tc žveplov koloid in Tc 99m markirana HIDA) suma na maligni proces nismo potrdili. Laparoskopija je pokazala afunkcijski paralobus jeter. Opravili smo renalno angiografijo, ki je podala sum na neovaskularizacijo v spodnjem polu leve ledvice. Zaradi utemeljenega suma na ledvično neoplazmo smo se pri bolniku odločili za nefrektomijo

leve ledvice. Nefrektomirana ledvica je bila makroskopsko majhna, zbrzogotinjena in cistično spremenjena. Na prerezu je bila centralno prisotna cistična votlina z rdečkasto-rjavkasto vsebino. Mikroskopsko smo ugotovili intracistični hematomi v organizaciji. Sočasno je bil v ledvičnem mehu ugotovljen TK in situ.

Razpravljanje

Že Dunnill je leta 1977 opisal PCBL pri bolnikih na HD (5). Kasneje so opisali PCBL pri tretjini bolnikov s kronično ledvično odpovedjo še pred zdravljenjem s HD (6). PCBL je progresivna bolezen pri bolnikih na HD (1, 3, 4). Sama PCBL nima velikega kliničnega pomena, opisani so številni zapleti PCBL: krvavitev v cisto z makrohematurijo, ruptura ciste z retroperitonealno krvavitvijo in okužba ciste (1–3). Nekatere raziskave so nakazale večjo verjetnost maligne transformacije pri bolnikih s PCBL (1, 5, 7), druge pa tega niso potrdile (2, 4, 6, 8, 9). Najpogostejši tip tumorja pri PCBL je adenokarcinom, ki izvira iz atipične hiperplazije intracističnega epitelija (1, 4–9). Opisani so trije primeri sočasnega odkritja adenokarcinoma in TK ledvice pri bolnikih s PCBL ter en primer samo TK ledvice (10). Osnovna klinična manifestacija tumorjev je makrohematurija, ledvena bolečina, redkeje palpatorna masa, pogosto pa so bolniki asimptomatski. Zaradi možne maligne transformacije pri bolnikih s PCBL, in ker so bolniki z ledvičnim karcinomom pogosto asimptomatski, večina avtorjev priporoča redno ultrazvočno presejanje dializnih bolnikov (1, 3, 4, 8). Vse ultrazvočno ugotovljene solidne spremembe ledvic je treba diagnostično obravnavati kot ledvične neoplazme, dokler ne dokažemo nasprotnega (1–3, 7, 8, 18). Diagnostično nam pomaga računalniška tomografija, vendar rezultati le-te in ultrazvoka niso vedno v povezavi (19, 20). V dvomljivih primerih opravimo renalno angiografijo (18). Včasih je angiografski izvid neoplazme težko razlikovati od izvida abscesa in/ali kroničnega hematoma (21).

Pri našem bolniku z makrohematurijo smo ultrazvočno ugotovili intracistično solidno maso v levi ledvici, ki je prej ni bilo. Z računalniško tomografijo in renalno angiografijo nismo mogli ovreči suma na ledvično neoplazmo, zato smo se odločili za nefrektomijo. Histološko smo ugotovili intracistični hematomi v organizaciji (komplikacija PCBL) in nepričakovano še TK ledvičnega meha in situ.

BN je kronična tubulointersticijska bolezen ledvic, ki vodi v kronično ledvično odpoved (11–14). Etiologija BN kljub mnogim raziskavam različnih dejavnikov, povezanih z BN, še vedno ni znana (11–14). Splošno je sprejeto dejstvo, da je bolezen posledica vplivov iz okolja (13). Obstaja povezava med BN in TK sečil (11–16). Z retrospektivnimi raziskavami so ugotovili, da skupni vzročni dejavnik za BN in TK sečil persistira v endemičnem okolju (13).

Zaradi podaljšanja življenja bolnikov z BN, zdravljenih z dializo, se je povečala verjetnost za nastanek TK sečil (ledvičnega meha, sečevoda in sečnega mehurja) (14). Menimo, da gre tudi pri našem bolniku za TK ledvičnega meha v sklopu BN.

Literatura

1. Ishikawa I. Uremic acquired renal cystic disease. Natural history and complications. *Nephron* 1991; 58: 257–67.
2. Hojs R, Hojs J. Pridobljena cistična bolezen ledvic pri bolnikih na kronični hemodializi. *Zdrav Vestn* 1992; 61: 241–3.
3. Hojs R. Naravni potek pridobljene cistične bolezni ledvic pri bolnikih na kronični hemodializi: prospektivna raziskava. *Zdrav Vestn* 1993; 62: 191–3.
4. Jenkins DAS, Temple RM, Winney RJ, Allan PL, Notgy A, Wild SR. Effect of treatment mode on the natural history of acquired cystic disease of the kidney in patients on renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transpl* 1992; 7: 613–7.
5. Dunnill MS, Millard PR, Oliver D. Acquired cystic disease of the kidney: a hazard of long term intermittent maintenance haemodialysis. *J Clin Pathol* 1977; 30: 868–78.
6. Mickish O, Bommer J, Bachmann S, Waldherr R, Mann JFE, Ritz E. Multicystic transformation of kidneys in chronic renal failure. *Nephron* 1984; 38: 93–9.
7. Ishikawa I, Saito Y, Shikura N, Kitada H, Shinoda A, Suzuki S. Ten year prospective study on development of renal cell carcinoma in dialysis patients. *Am J Nephrol* 1990; 16: 452–8.
8. Thompson BJ, Jenkins DAS, Allan PL, Elton RA, Winney RJ. Acquired cystic disease of kidney in patients with end stage chronic renal failure: a study of prevalence and etiology. *Nephrol Dial Transpl* 1986; 1: 39–43.
9. Endreny R, Cronan J, Chazan JA. Acquired cystic disease. *Nephron* 1990; 55: 222–2.
10. Rahilly MA, Jenkins DAS, Carey FA. Urothelial neoplasia complicating acquired cystic kidney disease. *Nephrol Dial Transpl* 1992; 7: 1136–8.
11. Drinovec J. Endemijska bolezen ledvic. *Med Razgl* 1984; 23: 505–16.
12. Stefanović V, Polenaković MH. Balkan nephropathy. Kidney disease beyond the Balkan? *Am J Nephrol* 1991; 11: 1–11.
13. Hall PW. Balkan endemic nephropathy: more questions than answers. *Nephron* 1992; 62: 1–5.
14. Polenaković MH, Stefanović V. Balkan nephropathy. In: Cameron, Davison, Grunfeld, Kerr, Ritz E eds. *Oxford textbook of clinical nephrology*. Vol 2. Oxford: Oxford University Press 1992: 857–66.
15. Stefanović V, Doičinović D, Strahinić S, Touraine JL. Endemic nephropathy and urinary-tract tumours. Our cases with both urinary-tract tumour and endemic nephropathy leading to chronic renal failure. In: Strahinić S, Stefanović V eds. *Endemic (Balkan) nephropathy*. Niš: University Press 1979: 133–9.
16. Radovanović Z, Naumović T, Velimirović D. Clustering of the upper urothelial tumours in a family. *Oncology* 1984; 41: 396–8.
17. Petrinska-Venkova S. Morphological studies of endemic nephritis. In: Puchlev A, ed. *Endemic nephritis in Bulgaria*. Sofia: Medicina i fizikultura 1960: 72–90.
18. Noronha IL, Ritz E, Waldherr R, Stein G, Fassbinder W. Renal cell carcinoma in dialysis patients with acquired renal cysts. *Nephrol Dial Transpl* 1989; 4: 763–9.
19. Narasimhan N, Golper TA, Wolfson M, Rahatzad M, Bennett WM. Clinical characteristics and diagnostic considerations in acquired renal cystic disease. *Kidney Int* 1986; 30: 748–52.
20. Jabour BA, Ralls PW, Tang WW et al. Acquired cystic disease of the kidneys. Computed tomography and ultrasonography appraisal in patients on peritoneal and hemodialysis. *Invest Radiol* 1987; 22: 728–32.
21. Urrutia M. Renal cell carcinoma and other tumours. In: Cameron, Davison, Grunfeld, Kerr, Ritz E eds. *Oxford textbook of clinical nephrology*. Vol 3. Oxford: Oxford University Press 1992: 2237–53.

I

ZDRAVNIŠKA ZBORNICA ZA KOROŠKO
A-9020 Celovec, St. Veiter-Str. 34, telefon 0463/3856-0, fax: 0463/514222

IZJAVA ZA TISK

25. 6. 94

Ob srečanju predstavnikov Slovenskega Zdravniškega društva, koroške in štajerske Zdravniške zbornice v Eberndorfu je tekla razprava o nevarnostih jedrskih elektrarn za zdravje.

Vsi skupaj menimo, da so zlasti pomembne naslednje točke:

- Za radiacijske nesreče ne obstaja medicinska profilaksa niti terapija.
- Današnji Černobil, osem let po katastrofi, s svojimi desetstisočimi otroci, obolelimi za levkemijo, z neuporabnimi tlemi, uničeno pokrajino izpričuje včasih dovolj posledic nesreče v jedrski elektrarni. Toda Černobil še ni bila največja nesreča, ki si jo lahko predstavljamo (GAU).
- Možnosti zdravnikov pri nuklearni nesreči so dramatično majhne, omejujejo se le na lajšanje bolečin, odstranjevanje simptomov in nadzor. Iz izkušenj Černobila vemo, da celo najvišja medicinska intervencija tja do transplantacij kostnega mozga ne prinese veliko uspeha.
- Priprave na takšno, možno nesrečo ni mogoče financirati in organizirati.
- Nevarnosti, ki potencialno izvirajo iz JE Krško, tudi s povečanimi varnostnimi ukrepi ni moč zmanjšati. Kjer delajo ljudje, se dogajajo človeške napake.

prim. dr. Majda Toplak-Ostan
pred. OMR. dr. Embacher
dr. Karl Hellemann

doc. dr. Marjan Premik
dr. Dieter Schmidt

PRAVILNIK ZA PODELITEV PRIZNANJA »ČASTNI ČLAN« SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

1. člen

Priznanje častnega člana Slovenskega zdravniškega društva (SZD) se podeljuje članom SZD (v posebnih primerih za izjemno dobro sodelovanje pri uresničevanju ciljev SZD lahko tudi članom tujih zdravniških društev).

2. člen

Namen priznanja je pospeševanje in poudarjanje zaslug in organizacijskih dosežkov članov pri uresničevanju ciljev in programa SZD.

3. člen

Oblika priznanja je diploma, pisna utemeljitev in vpis v register častnega članstva SZD.

4. člen

Predlagatelji priznanja so lahko:

- strokovne sekcije SZD,
- zdravniška društva SZD,
- Upravni odbor SZD,
- druge zdravniške organizacije,
- posamezni člani SZD.

5. člen

Predlog za podelitev priznanj mora vsebovati podatke o kandidatu, podatke o aktivnostih kandidata v obdobju, ki je upoštevano v oceni za častno članstvo in utemeljitev.

Predlog se predloži v pisni obliki na Komisijo za nagrade in priznanja SZD, Ljubljana, Komenskega 4.

Pravilnik za podelitev priznanja »častni član« SZD je pripravila Komisija za nagrade in odlikovanja SZD v sestavi: doc. dr. Marjan Premik – predsednik komisije, prim. dr. Marija Vodnjov – namestnik in člani dr. Anton Munda, dr. Anton Mikac in dr. Tatjana Kolar.

Pravilnik je bil sprejet na 131. skupščini SZD v Laškem, 20. maja 1994.

Generalni sekretar SZD:
prof. dr. Zvonimir Rudolf

Predlogi morajo biti odposlani vsaj 30 dni pred začetkom redne letne skupščine SZD.

6. člen

Postopek za podelitev priznanja je naslednji:

Komisija za nagrade in priznanja pregleda prispele predloge in ugotovi skladnost utemeljitve z dejanskim stanjem in primerja aktivnosti predlaganega člana z naslednjimi merili:

- voljeni ali imenovani funkcionar v SZD (ne manj kot 4 leta);
- organizacija strokovnih ali društvenih sestankov (ne manj kot 6);
- korektno, strokovno in poklicno delo, ne manj kot 25 let;
- sodelovanje v humanitarnih in drugih z zdravstvom povezanih društvih, kjer uveljavljajo ime in vrednote SZD.

Med zbranimi predlogi komisija za tekoče leto izbere praviloma 3 kandidate in jih potem, ko o njih poda soglasje Upravni odbor SZD, predlaga skupščini SZD v sprejem. Utemeljitev na skupščini prebere predsednik Komisije za nagrade in priznanja, priznanje pa izroči predsednik SZD.

7. člen

Diploma častnega člana SZD mora vsebovati ime in znak SZD, ime in priimek nosilca priznanja, namen podelitve – častni član, datum in kraj podelitve, zaporedno številko častnega članstva, podpise predsednika SZD, generalnega sekretarja SZD in predsednika Komisije za nagrade in priznanja SZD.

Predsednik SZD:
prof. dr. Anton Dolenc

PRAVILNIK ZA PODELITEV PRIZNANJA DR. FRANCA DERGANCA ZA MEDICINSKO PUBLICISTIKO

Čl. 1

Je individualno priznanje zdravnikom, ki ga podeljuje Slovensko zdravniško društvo na področju medicinske publicistike v preteklem letu oz. v preteklih letih.

Čl. 2

Namen priznanja je pospeševati kakovostno medicinsko publicistiko v strokovno medicinskih revijah in tudi v javnih medijih, prispevati k medicinski kulturi, humanizmu in splošnim človeškim ter intelektualnim vrednotam.

Čl. 3

Oblika priznanja je:

- častna in javna,
- vsebuje plaketo, diplomu ter pisno utemeljitev.

Čl. 4

Priznanja ni možno podeliti ponovno istemu posamezniku prej kot v petih letih.

Čl. 5

Nagrajenca izbere med predlogi regionalnih društev, sekretariata, sekcij in uredništva ZV komisija v sestavi:

- generalni sekretar SZD,
- predsednik komisije za informacije in
- predstavnik uredništva Zdravniškega vestnika,

potrdi pa

- upravni odbor SZD.

Čl. 6

Priznanje podeli predsednik SZD na rednem letnem srečanju.

Predsednik SZD:
prof. dr. Anton Dolenc

Ta pravilnik je bil sprejet na 131. rednem letnem srečanju SZD 20. 5. 1994 v Laškem.

SLOVENSKO ZDRUŽENJE ZA KLINIČNO KEMIJO
PRI SLOVENSKEM FARMACEVTSKEM DRUŠTVU

in

HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH BIOHEMIČARA

prirejata

mednarodni simpozij

LABORATORIJSKA DIAGNOSTIKA SLADKORNE BOLEZNI

29. in 30. 9. 1994

BRDO PRI KRANJU
Hotel Kokra

PROGRAM

Četrtek, 29. 9. 1994

- 16.00 Otvoritev simpozija s kulturnim programom
17.00 Uvodna predavanja
Moderatorji: **J. Lukač-Bajalo, A. Stavljenič-Rukavina**
C. Kržišnik: Etiopatogenetski vidiki sladkorne bolezni
K. Lipovac: Biokemijske promjene i komplikacije u dijabetesu
F. Mrevlje: Algoritem laboratorijskih preiskav pri sladkorni bolezni
18.00 Koktajl
20.00 Skupna večerja

Petek, 30. 9. 1994

- Moderatorja: **I. Malešič, D. Juretić**
9.00–9.15 **D. Breyer, Ž. Metelko:** Racionalna dijagnostika šećerne bolesti
9.15–9.30 **M. Korman-Frangeš:** Vrednosti za koncentracijo glukoze pri odrasli slovenski populaciji
9.30–9.45 **Ž. Žemva, S. Kladnik:** Hormonska diagnostika sladkorne bolezni
9.45–10.00 **D. Juretić, I. Čepelak, O. Borčić:** Enzimi i glikozaminoglikani u otkrivanju i praćenju dijabetičkih komplikacija
10.00–10.20 Razprava
10.20–11.00 Odmor
Moderatorja: **C. Krk, K. Lipovac**
11.00–11.15 **B. Možina, M. Zupančič, Ž. Joković, M. Prezelj, J. Lukač-Bajalo:** Glikirani hemoglobin; validacija in primerjava postopkov
11.15–11.30 **I. Malešič:** Fruktozamin – parameter kontrole urejenosti sladkorne bolezni
11.30–11.45 **B. Salzer, J. Sertić, A. Stavljenič-Rukavina:** Povezanost polimorfizma apoproteina E i promjena serumskih lipoproteina u dijabetesu tip I
11.45–12.00 **M. Hadžija, M. Poljak-Blaži, M. Slijepčević:** Eksperimentalna šećerna bolest: laboratorijska procjena uspešnosti liječenja
12.00–12.20 Razprava
12.20–13.30 Predstavitev izbranega posterja in razprava o posterjih
13.30 Kosilo
15.00 Koktajl na gradu Strmol, po povratku ogled kompleksa Brdo

Posterje obesite 29. 9., najkasneje 30. 9. do 8.30.

Velikost posterjev: višina 100 cm
 širina 70 cm

Kotizacije ni.

Informacije: Matilda Korman-Frangeš, Zavod RS za varstvo pri delu, Ljubljana, Bohoričeva 22a, tel. 132 02 53.

Predavanja in povzetki posterjev bodo objavljeni v dodatku (suplementu) Farmacevtskega vestnika.

Doc. dr. Jana Lukač-Bajalo,
Pediatrična klinika
Vrazov trg 1, 61000 Ljubljana

PROSTA DELOVNA MESTA SVETOVNE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE

Podrobnejše informacije dobite v Uradu Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) v Ljubljani, Štefanova 5.

MESTA (naziv, zahtevana izobrazba, kraj):

Raziskovalec, P5, Ženeva, Švica

Tehnični častnik, P5, Ženeva, Švica

Koordinator (sanitarni inženir), P5, Aman, Jordanija

Svetovalec za razvoj urbanega okolja in javno zdravstvo, P5, Nancy, Francija

Raziskovalec, P5, Ženeva, Švica

Inženir (specialist za onesnaženje zraka), P5, Nancy, Francija

Administrativni častnik, P2, New Delhi, Indija

Medicinski častnik, P5, Brazzaville, Kongo

Pravnik, P5, Brazzaville, Kongo

Medicinski častnik, P5, Brazzaville, Kongo: 2 mesti

Direktor, Splošno zdravstvo in promocija, D1, Brazzaville, Kongo

Častnik za kadrovske zadeve, P4, Ženeva, Švica



PRELIMINARNO OBVESTILO

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



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



Medikohistorična sekcija Slovenskega zdravniškega društva
Slovene Medical Society – Medicohistorical Section



Revija SODOBNOST

SODOBNOST

prirejajo

1. PINTARJEVE DNEVE

14.–15. oktobra 1994 na Medicinski fakulteti v Ljubljani Ob 60. obletnici ustanovitve predmeta Zgodovina medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani in v spomin na ustanovitelja in dolgoletnega predavatelja doc. dr. Ivana Pintarja svečano strokovno srečanje medikohistoristov v prostoru Alpe–Jadran–Panonija.

Najprej bomo predstavili njegovo življenje in delo, pomen predmeta nekdanj in danes ter vlogo in naloge Inštituta za zgodovino medicine, nato pa bomo razpravljali na temo:

MED MEDICINO IN LITERATURO

Organizacijski odbor:

Predsednik: ZVONKA ZUPANIČ-SLAVEC

Tajnik: JELKA SEVER

Člani: ANTON DOLENC, EDVARD GLASER, ALOJZ IHAN, MATJAŽ KMECL, JANKO KOS, MARIO KOCIJANČIČ, ANTON PRIJATELJ, ANDREJ RANT, FRANČ ŠTOLFA, VELIMIR VULIKIČ, BOŠTJAN M. ZUPANČIČ

Pokrovitelji: Medicinska fakulteta v Ljubljani – Univerza v Ljubljani

Uradni jeziki: slovenski, hrvaški, angleški

Nadaljnje informacije:

Medicinska fakulteta – Inštitut za zgodovino medicine
(1. Pintarjevi dnevi – Med medicino in literaturo) 61105 Ljubljana, Zaloška 7a
Tel.: (061) 317-559, Fax: (061) 317-559

ORTOPEDSKA KLINIKA

in

KATEDRA ZA ORTOPEDIJO

Zaloška c. 9, Ljubljana

organizirata

XII. ORTOPEDSKE DNEVE

28. in 29. oktobra 1994

v predavalnici I. kliničnega centra s temo

BOLEZNI IN POŠKODBE KOLENA

PROGRAM

Petek, 28. 10. 1994 ob 15.30

S. Herman
V. Antolič
B. Koritnik
J. Breclj
L. Šimnic
R. Stok
V. Pavlovčič
M. Splihal
M. Kralj

Uvod
Anatomija in biomehanika
Klinični pregled kolena
Bolezni otroškega kolena in diferencialna diagnoza
Poškodbe meniskusov
Poškodbe kolenskih vezi
Sindrom sprednje bolečnosti kolena (anterior knee pain)
Konzervativno zdravljenje artroze kolena
Zdravljenje kolenske artroze s korektivnimi osteotomijami

Sobota, 29. 10. 1994 ob 18.00

F. Vrevc
J. Popovič
A. Tomažič
D. Radosavljevič
M. Ponikvar
M. Čuček-Pleničar, J. Kurnik, B. Bebler
S. Herman

Posttravmatske deformacije kolenskega sklepa
Endoprotetika kolenskega sklepa
Revmatoidni artritis in ostala vnetja kolenskega sklepa
Rehabilitacija
Aseptične nekroze v predelu kolena
Tumorji v predelu kolena
Ortopedske bolezni kolena in delazmožnost

Udeležbo na XII. Ortopedskih dnevih bo Zdravniška zbornica upoštevala pri podaljšanju zdravniške licence.

Kotizacija za dvodnevno srečanje je v predprijavi (do 15. 9. 1994) 90 DEM v tolaški protivrednosti po srednjem tečaju Banke Slovenije na dan vplačila, po 15. 9. 1994 pa 110 DEM.

Vsak udeleženec s plačano kotizacijo bo prejel zbornik predavanj - Ortopedska problematika kolenskega sklepa. Organizator bo iz zneska kotizacije poravnal takso Zdravniški zbornici za podaljšanje licence.

Kotizacijo nakažite na račun št. 50103-678-78144, Ortopedsko-travmatološka sekcija z oznako Ortopedski dnevi 1994.

Rezervacijo za nočitev sprejema Hotel Turist, tel. 061/1322-343, fax: 061/319-291.

SEKCIJA ZA SPLOŠNO MEDICINO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA
 MEDICINSKA FAKULTETA UNIVERZE V LJUBLJANI
 INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA REPUBLIKE SLOVENIJE

pripravljajo pod pokroviteljstvom Evropske akademije učiteljev splošne medicine

UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE SPLOŠNE MEDICINE
 za leto 1994

Gozd Martuljek, 6.-10. september 1994

Bovec, 6.-8. oktober 1994

Rogaška Slatina, 10.-12. november 1994

Moravske toplice, 9.-11. december 1994

ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI V SPLOŠNI MEDICINI

Vodje delavnic:	<i>Igor Švab</i>	Slovenija
	<i>Gianluigi Passarini</i>	Italija
	<i>Jaime Correia de Sousa</i>	Portugalska
	<i>Milica Katić</i>	Hrvaška
	<i>Adrian Wirther</i>	Švica

Namen delavnic

Namen delavnice je naučiti udeležence o dejavnostih, potrebnih za zagotavljanje kakovosti v splošni medicini. Udeleženci naj bi se naučili izdelati merila za kakovost in na njihovi osnovi praktično oceniti njihovo uporabnost v dejanski situaciji. Udeleženci delavnice v Gozd Martuljku bodo imeli možnost primerjati izkušnje z zagotavljanjem kakovosti v različnih evropskih državah.

Opis delavnic

Delavnica v Gozd Martuljku bo potekala v angleščini, ostale v slovenščini. Udeleženci se bodo učili ob uporabi na video posnetih problemov in igranju vlog ter praktičnega dela. Delavnice bodo potekale ob sodelovanju strokovnjakov, ob delu v skupinah. Pred začetkom delavnice bodo dobili pisno gradivo, na koncu pa potrdilo Evropske akademije učiteljev splošne medicine.

Splošne informacije

Udeležence delavnice prosimo, da izpolnijo priloženo prijavnico in jo do 1. avgusta pošljejo na naslov:

IGOR ŠVAB

INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA
 TRUBARJEVA 2, 61000 LJUBLJANA

Predvidena enotna kotizacija bo približno 12.000 SIT in bo vključevala delovno gradivo, organizacijo delavnice in sodelovanje v družabnem delu.

Udeleženci bodo o izboru pravočasno pisno obveščeni.

PRIJAVNICA

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Želel(a) bi se udeležiti delavnice v:

Datum: _____ Podpis: _____

Pregledni prispevek/Review article

ENDOSKOPSKI ULTRAZVOK – NOVA DIAGNOSTIČNA SMER V GASTROENTEROLOGIJU

ENDOSCOPIC ULTRASOUND – NEW DIAGNOSTIC COURSE IN GASTROENTEROLOGY

Marjan Skalicky, Pavel Skok, Milan Pocaajt, Cvetka Pernat

Gastroenterološki interni oddelek, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 62000 Maribor

Prispelo 1993-04-22, sprejeto 1994-02-10; ZDRAV VESTN 1994; 63: 389-91

Ključne besede: *endoskopski ultrazvok; gastrointestinalni tumorji; T (tumor) N (nodus) M (metastaze) klasifikacija*

Key words: *endoscopic ultrasound; gastrointestinal tumors; T (tumour) N (nodus) M (metastases) classification*

Izvleček – Izhodišča. *Endoskopski ultrazvok (EUZ) je diagnostična metoda, ki je bila vpeljana v gastroenterologijo pred desetimi leti. Združuje prednosti endoskopskega pregleda prebavnega trakta in ultrazvočne preiskave. Ta metoda je bila pri nas vpeljana pred nedavnim. Uporabljamo endoskopski instrument tipa Olympus EU M-20, ki ima 7,5 in 12 mHz ultrazvočno sondo, ki omogoča 360° pregled okolnih struktur. Visoka ločljivost sond omogoča odkrivanje sprememb v tkivu velikosti 1–2 mm, vendar le do omejene globine približno 5 cm.*

Abstract – Background. *Endoscopic ultrasound (EUS) was introduced as a gastroenterologic diagnostic method ten years ago. It combines the advantages of endoscopic investigation of the digestive tract with those of ultrasonic investigation. The method was introduced recently: we are using an Olympus EUM-20 endoscopic instrument with a 7.5 and 12 mHz ultrasonic probe respectively, making a 360° investigation of surrounding structures possible. The high resolution of the probe makes it possible to discover tissue changes sized 1–2 mm, but only up to a limited depth of 5 cm.*

Rezultati in sklepi. *EUZ je omogočil preiskavo stene prebavil v njeni slojevitosti in razločevanje med zunanjo impresijo ter submukoznimi tumorji. Indikacije za EUZ so zlasti lokalno določanje razširjenosti tumorjev gastrointestinalnega trakta, trebušne slinavke in biliarnega vejevja (TNM klasifikacija).*

Results and conclusions. *With EUS it is possible to investigate the wall of a digestive organ in all its layers and to discern between external impressions and submucosal tumours. Indications for EUS are above all the determination of local tumour spread in the gastrointestinal tract, pancreas and biliary tract (TNM classification).*

Sočasno daje ta metoda nove podatke, ki olajšajo izbor ustrezne kirurške ali nekirurške terapije teh tumorjev, kot tudi pri sledenju njenih uspehov.

Simultaneously, this method offers new data for the choice of adequate surgical or nonsurgical treatment of these tumours as well as for following of the success achieved.

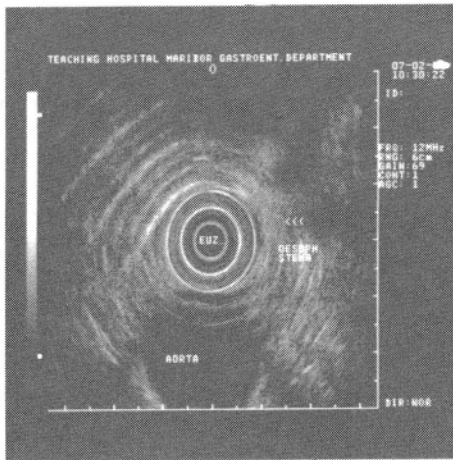
Uvod

Endoskopski ultrazvok (EUZ) je nova diagnostična metoda, ki se je uveljavila tudi v gastroenterologiji. Združuje dve temeljni preiskavni metodi te zvrsti medicine: endoskopijo in ultrazvok. Sinonimi za endoskopski ultrazvok (EUZ) so: Ehoendoskopija, endosonografija, Endoskopie Ultraschall, Endoscopy ultrasound. EUZ ima svoj zametek v intrakavitarnem ultrazvoku. V sedemdesetih in osemdesetih letih je bil uveden v ginekologijo, urologijo in kardiologijo in pred desetimi leti v gastroenterologijo v obliki transezofagealnega in transrektalnega pregleda s slepo sondo. V gastroenterologiji je postala metoda še zlasti pomembna spričo dejstva, da je omogočila tudi pregled plasti stene prebavil, sočasno pa je izboljšala ultrazvočni prikaz okolišnih organov. Tako lahko po uvedbi EUZ organe pregledamo najprej endoskopsko optično, nato pa na zelenem mestu opravimo še ultrazvočni pregled stene organa in njegove okolice (1, 2).

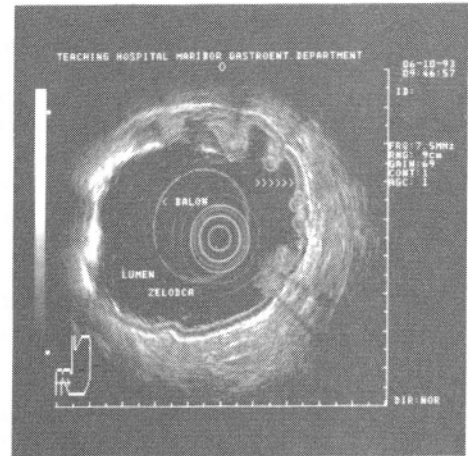
Naše delo

Pri preiskavah uporabljamo instrument za EUZ firme Olympus tipa EU M-20, ki združuje endoskopski aparat s progradno 80° optiko in ultrazvočni del aparata z vrtečo se sondo, ki opravi krog 360° okoli osi instrumenta.

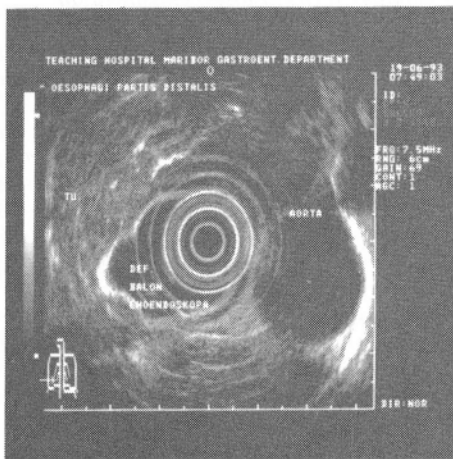
Primeren je le za preiskave zgornjih prebavil. Ima namreč omejen vidni kot in je večja možnost perforacije pri preiskavi debelega črevesa. Frekvenci ultrazvočne sonde sta 7,5 ali 12 mHz, ki spričo velike ločljivosti omogočata odkrivanje spremembe pregledovanega področja, velikosti 1–2 mm, vendar le do globine tkiva približno 5 cm (3, 4). Frekvenčni območji lahko med preiskavo spreminjamo, nižja frekvenca (7,5 mHz) omogoči večjo prodornost v tkivo ob manjši ločljivosti pregledovanega področja, višja frekvenca (12 mHz) pa omogoči boljšo ločljivost, vendar ob slabšem prodoru v pregledano tkivo. Za boljši stik s steno prebavil oziroma za kakovostnejši prikaz okolišnih organov uporabljamo ali metodo z destilirano vodo napolnjenega balona, ki je na konici instrumenta in obdaja vrtečo se ultrazvočno tipalo oziroma sondo, ali pa metodo »vodne kopeli«.



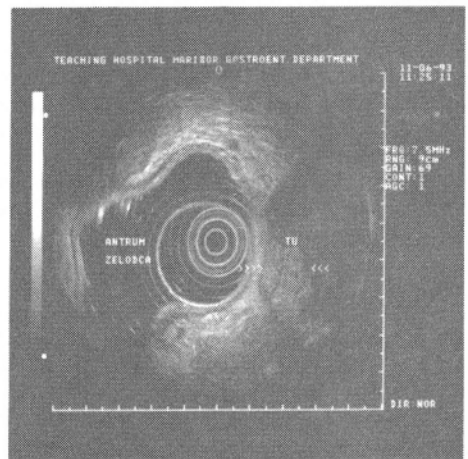
Sl. 1. EUZ – endoskopski ultrazvok plasti sluznice požiralnika



Sl. 3. EUZ prikaz plasti stene želodca.



Sl. 2. Napredovali tumor požiralnika, sluznične plasti so zabrisane.



Sl. 4. Ekstramuralni tumor želodca. sluznične plasti intaktne.

Balon, ki je pred optičnim delom instrumenta, ovira sočasno kakovostno endoskopsko preiskavo. Zato opravljamo detajlni endoskopski pregled, preden napolnimo in razširimo balon s tekočino. Po potrebi balon med pregledom polnimo in praznimo ter tako vplivamo na vidno polje.

Pri pregledovanju votlih organov (na primer želodca) preiskovanec pred preiskavo popije 200–400 ml destilirane vode, tako da ustvarimo vodno plast med instrumentom in pregledovanim področjem. Destilirana voda se uporablja zato, ker ne vsebuje mehurčkov zraka, ki sicer pomembno ovirajo preiskavo. Ultrazvočno se glede na različne histološke značilnosti stene prebavi in z njimi povezanih odbojev prikaže pet plasti. Prvi dve predstavljata mukozo, tretja submukozo, četrta muscularis proprio in peta serozo (sl. 1, 3).

Če uporabljamo sondo z višjo frekvenco (12 mHz), je možna razslojitev stene v devet plasti (5, 6, 7). Fizikalna razlaga razslojitve temelji na odboju ultrazvočnih žarkov na mejah različnih plasti. Spričo navedenih značilnosti in možnosti prikaza stene prebavi ter bližjih organov omogoča EUZ oceno procesov v sami steni oziroma infiltracij različnih plasti te stene, kar zlasti omogoči natančnejšo lokalno opredelitev razširjenosti tumorjev prebavi glede na TNM klasifikacijo (sl. 2, 4).

Tako dobimo podatke o lokalni razširjenosti (T), o infiltraciji v regionalne bezgavke (N), ne pa o zasevkih v oddaljene organe (M). Kriterij za opredeljevanje stadija T je infiltracija v različne plasti stene, kar se ultrazvočno prikaže kot prekinitev kontinuitete

plasti, zato je še toliko bolj pomembno, natančno prikazati meje med različnimi histološkimi plastmi. Za opredelitev stadija N se uporablja zlasti kriterij povečanja regionalnih bezgavk, saj še ni pravil za specifični sonogram bezgavk, na osnovi katerega bi opredelili vnetno spremenjene ali maligno infiltrirane bezgavke. Pri oceni spremenjenih bezgavk uporabljajo nekateri avtorji tudi kriterije oblike, obrise, deloma pa skušajo uporabiti tudi ultrazvočne vzorce tkiva, ki jih opredelijo kot homogene ali nehomogene. Nedvomno predstavlja eno od možnosti razvoja EUZ tudi ciljana citološka punkcija spremenjenih bezgavk (8, 9).

Metoda je omogočila tudi napredek pri natančnejši diagnostiki bolezni pankreasa. Uporabna je ne le pri opredeljevanju tumorjev tega organa, temveč še zlasti pri zgodnjem odkrivanju manjših lokaliziranih sprememb takega organa.

Glede na doslej dostopne podatke je za odkrivanje endokrinih tumorjev pankreasa, kot sta insulinom in gastrinom, ta metoda uspešnejša v primerjavi z doslej uporabljenimi diagnostičnimi postopki (10, 11).

Po sedaj veljavnih smernicah stopenjske diagnostike pankreatičnih bolezni naj bi EUZ nebitveno pripomogel k zgodnji diagnostiki tumorjev pankreasa, saj v bližnji bodočnosti ni pričakovati, da bo postala ta metoda uporabna za rutinsko presejevanje. Ob ciljani uporabi, še zlasti pa v povezavi z ERCP-jem (endoskopsko-retrogradno-holangiopankreatografijo), nudi pomemben napredek k natančnejši diagnostiki tega organa.

Glede na dodatne podatke, ki jih nudi EUZ s pravilno opredelitvijo razširjenosti tumorjev v prebavilih, olajša metoda tudi izbor različnih vrst zdravljenja, hkrati pa omogoča zasledovanje uspehov zdravljenja, pa naj bo že kirurško ali druge oblike nekirurškega (zdravljenja s citostatiki in obsevanje).

Številni avtorji so skušali opredeliti pomen in napovedno vrednost EUZ tudi pri benignih boleznih prebavil, kot so na primer vnetna bolezen črevesja, ulkusna bolezen in ostale (12).

Ocena prizadetosti stene prebavil omogoča natančnejše razlikovanje med Crohnovo boleznijo in ulceroznim kolitisom.

Kljub relativno skromnemu številu študij in uporabi EUZ pri benignih boleznih prebavil se v centrih, kjer se ta metoda uporablja že dalj časa, indikacijska področja nekoliko zožujejo. Eden od vzrokov je nedvomno ta, da izvid EUZ nikakor ne more nadomestiti histološkega izvida pregledanega tkiva.

Zaključek

Glede na smer razvoja te metode in njeno uporabo, še zlasti pri opredeljevanju razširjenosti tumorjev in s tem povezanega izbora ustrezne terapije, se metoda vse bolj uveljavlja. Nedvomno bo EUZ tudi na slovenskem prostoru našel svojo uporabnost ter pomen. Trenutno predstavlja največji problem pri izvajanju in vrednotenju EUZ izvidov zdravniki, ki bi bili enakovredno izobraženi v klinični medicini, endoskopiji in ultrazvoku.

Literatura

1. Rösch T, Classen M. Endosonographie. *Internist* 1992; 33: 802–10.
2. Rösch T, Classen M. Endosonography – What are the limits in gastroenterological diagnostic. *Endoscopy* 1991; 23: 144–6.
3. Rösch T, Classen M. Endosonographie in der Gastroenterologie – Eine Zwischenbilanz. *Z Gastroenterol* 1992; 30: 473–80.
4. Rösch T, Classen M. Richtlinien für endoskopische Untersuchungen in der Gastroenterologie. *Z Gastroenterol* 1992; 30: 167–70.
5. Natterman C, Dancygier H. Endoskopische Sonographie beim Oesophagus Carcinom. *Leber Magen Darm* 1992; 5: 177–82.
6. Aibe T, Fuji T, Okita K, Takemoto T. A fundamental study of normal layer structure of the gastrointestinal wall visualized by endoscopic ultrasonography. *Scand J Gastroenterol* 1986; 21: Suppl 123: 6–15.
7. Tio TL, Tytgat GNJ. Endoscopic ultrasonography of normal and pathologic upper gastrointestinal wall structure – Comparison of studies in vivo and in vitro with histology. *Scand J Gastroenterol* 1986; 21: Suppl 123: 27–33.
8. Grimm H, Hamper K, Binmoeller KF, Soehendra N. Enlarged lymph nodes – Malignant or nor. *Endoscopy* 1992; 24: Suppl 1: 320–3.
9. Aibe T, Fujimura H, Yanai H, Okita K, Takemoto T. Endosonographic diagnosis of metastatic lymph nodes in gastric carcinoma. *Endoscopy* 1992; 24: Suppl 1: 315–9.
10. Palazzo L, Rousseau G, Salmeron M. Endoscopic ultrasonography in the preoperative localisation of pancreatic endocrine tumors. *Endoscopy* 1992; 24: Suppl 1: 350–3.
11. Rösch T, Lorenz R, Braig C, Classen M. Endoscopic ultrasonography in diagnosis and staging of pancreatic and biliary tumors. *Endoscopy* 1992; 24: Suppl 1: 304–8.
12. Strohm VD, Classen M. Benign lesions of the upper gastrointestinal tract by means of endoscopic ultrasonography. *Scand J Gastroenterol* 1986; 21: Suppl 123: 41–6.

LEK d.d. Ljubljana

TO

JE

V
VAŠA

V
PRILOŽNOST !

ZDRAVNIKI,
SPECIALISTI MEDICINE DELA,
v Lek d.d. smo se ob privatizaciji podjetja
odločili, da skrb za zdravje naših uslužbencev
zaupamo privatni ambulanti.


Želimo, da bi v sicer naši, vendar privatizirani
ambulantni delal zdravnik, specialist medicine
dela, ki bi zagotovil našim uslužbencem
preventivni in kurativni zdravstveni program.
Prenovljene prostore obratne ambulante in
laboratorija v prostorih našega podjetja bo
izbrani zdravnik dobil v najem pod ugodnimi
pogoji.

Vemo, da je za vas delo v privatni ambulanti
nov izziv.

Zato vam ponujamo v premislek to našo željo.
Premislite, posvetujte se in lahko nas pokličete
po telefonu 061/ 348 963.

Če ste se pripravljene spoprijeti s tem izzivom,
se prijavite na naš javni razpis za oddajo
dejavnosti splošne ambulante. Objavili ga
bomo v dnevnem časopisju, predvidoma v
začetku septembra.

Lek d.d.

 lek ljubljana

ZNANJE TISOČLETIJ ZA
KVALITETO ŽIVLJENJA DANES

Pismo uredništvu/Letter to the editor

V RAZMISLEK ZDRAVNIKOM NEVROLOŠKIH VED

Margita Stajnko, Matej Lipovšek

Dragi gospod urednik!

Zavedajoč se resničnih potreb in pravih možnosti, ki jih logopedija kot končna veja defektoloških ved ima v medicini, pošiljava nekaj predlogov, o katerih bi kazalo premisliti, predvsem pa obvestiti slovenske zdravstvene kroge.

Na podlagi dolgoletnih izkušenj ugotovljamo, da je pri bolnišničnem zdravljenju bolnikov z možganskimi poškodbami pomembno sodelovanje zdravnika in defektologa-logopeda. To velja ne le za diagnostični postopek, ampak tudi za zgodnji pričetek kompleksne terapije pri popravljanju oziroma vzpostavljanju možganskih dejavnosti, ki se ne nanašajo zgolj na izgubo ali motnjo govora, temveč tudi na spremljajoče okvare drugih, višjih spoznavnih sposobnosti. Ker je treba torej zajeti v terapijo celo bolnikovo osebnost, kar izvira iz dognanja o celostnem delovanju možganov tudi pri parcialnih dejavnostih, je tudi zato uspeh terapije hitrejši in boljši. O celostni metodi dela in o posameznih individualnih postopkih v tem pismu ni primerno pisati, ker bi bilo preobširno. Želiva pa poudariti, da mora biti logoped za omenjeno delo ustrezno usposobljen. Študij logopedije se je pri nas večkrat levil in je prehajal iz diriganega modela v nov dirigirani model in so o njem odločali razgledanost, znanje in sposobnost vodilnih defektološko-pedagoških kadrov, kakor tudi splošen razvoj psihopedagoških in bioloških ved. Logopedija je dejansko vmesno strokovno področje med psihopedagoško skupino in medicinsko ustrezno skupino predmetov, kot so anatomija, fiziologija, nevrologija itn., ter patologijo teh področij.

Glede na to, da je študij logopedije v zadnjem času priključila ljubljanska univerza Pedagoški fakulteti in je pri zdajšnjem študiju večji poudarek na pedagoški smeri, bi bilo nujno omogočiti podiplomski študij logopedov pri Medicinski fakulteti in jih specializirati v nevrološki, kakor tudi v otološko-avdiološki smeri. Defektolog-logoped, ki je tako izobražen, lahko kot enakovereden člen tima v bolnišnici razvija koristno sodelovanje z ostalimi zdravstvenimi specialisti in je tudi ustvarjal pri terapiji s tem, da daje velik poudarek individualni specifičnosti posameznega bolnika.

Podiplomski študij pri medicinski fakulteti bo logopedu poglobil potrebno medicinsko znanje, obenem ga bo tudi seznanjal z najnovejšim razvojem na področju ustreznih medicinskih vej. Vendar podiplomski študij ne bi smel biti zgolj teoretiziranje, ampak bi se moral nanašati tudi na praktično uporabo in koristnost teoretičnih znanj pri terapevtskih postopkih. Naši terapevtski postopki so že hkrati rehabilitacija, kjer mora biti zagotovljeno sodelovanje bolnika. Za postopek vzbujanja podzavestnega, nato zavestnega sodelovanja in za preprečevanje nove patologije, ob tem pa vsekakor služijo logopedu psihopedagoška usposobljenost in z njo lingvistična, fonetska in druga potrebna znanja, ki jih je dobil na fakulteti in jih je v redni praksi že tudi preizkusil.

Ne ozirajmo se preveč po modelih usposabljanja defektologov-logopedov v drugih državah. Ponekod imajo to kolikor toliko zadovoljivo rešeno, večinoma pa ne. Naš model dela smo že

večkrat prikazali v tujini, najsi je bilo na zahodu ali vzhodu, povsod je bil sprejet z odobravanjem in so ga tudi posnemali, če so si za to uspeli ustvariti pogoje. Med obiski v tujini smo se srečali z različnimi vrstami in stopnjami študija. Vendar še tako visok in obsežen študij ni zadostno zagotovilo, da bo rehabilitacija v praksi zares učinkovita. Pomembni so namreč pogoji, ki jih zagotavlja in omogoča zadevna razgledanost širokih, predvsem medicinskih krogov. Zahteva po zgodnji, takojšnji korekciji oziroma rehabilitaciji ali celo preventivi, kjer je možno predvideti patologijo, mora narekovati organiziranost logopedске mreže. Kajti ko se na primer pri otroku že sistemizira razvoj na podlagi motnje, je že pozno in je njena odprava zelo težavna, dolgotrajna in veliko stane. Isto velja za našega bolnika z možgansko okvaro. Ne smemo pustiti, da se motnja utrdi oziroma da se prizadeta funkcija povsem izloči iz asociativnih področij (ki še vsa vedno niso znana, prav tako pa sta neznanki tudi strukturna individualnost posameznih možganov in njihovih dejavnikov). Zato mora biti tudi tu zagotovljen takojšnji pristop strokovnjaka. Prepričana sva, da je to nujno za uspešno in krajše zdravljenje, kar vsekakor vpliva na organiziranost dela. Če tega prepričanja ni, se majo osnova in tudi cilji se oddaljujejo, stroški pa se večkratno zvišajo, da o brezplodni humanitarnosti niti ne govorimo.

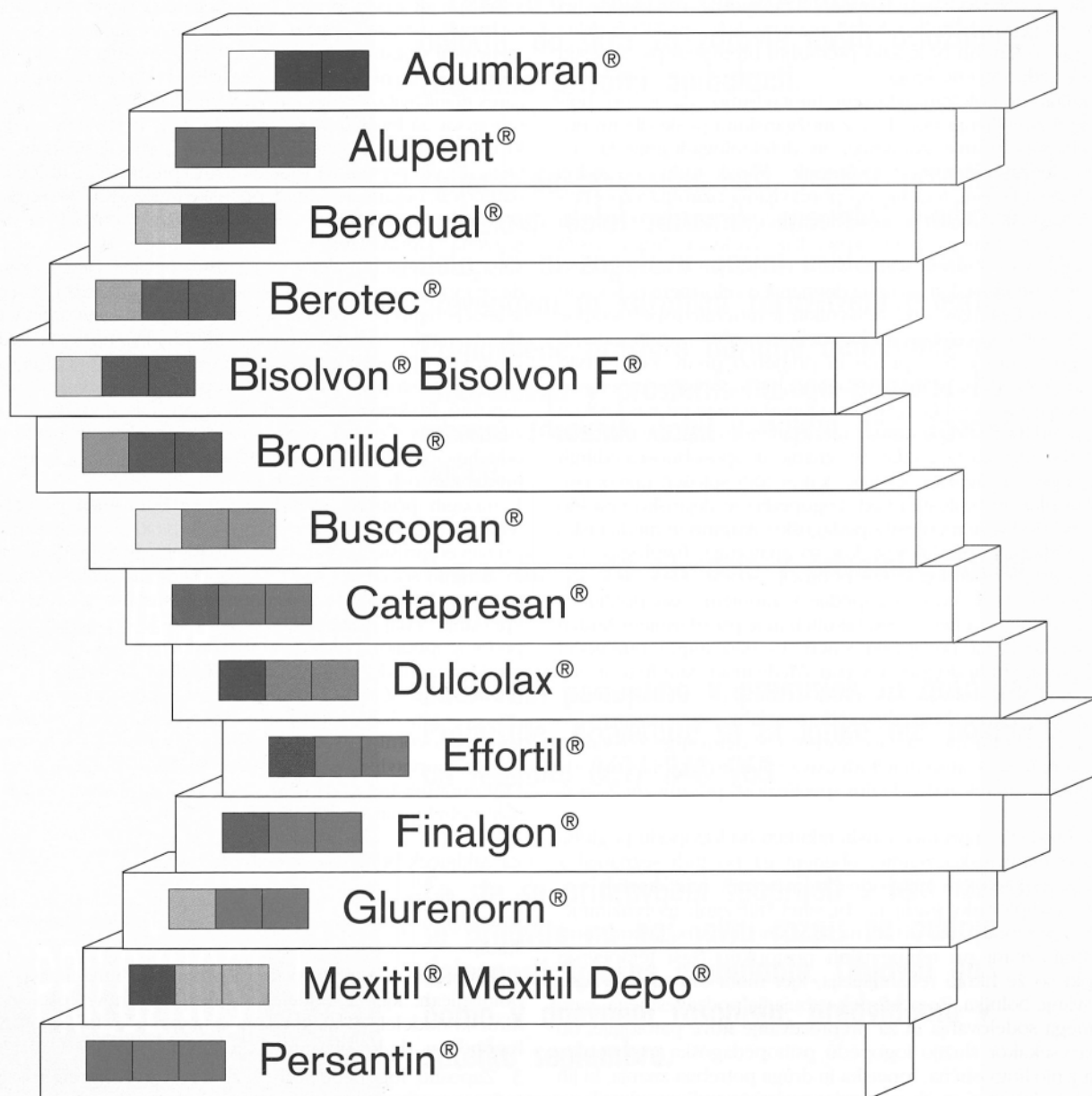
V mnogih primerih se s končanjem bolnišničnega zdravljenja rehabilitacija še ne konča povsem. Treba jo je nadaljevati. Vendar pri največjem številu varovancev to ni mogoče zaradi oddaljenosti in drugih socialnih ovir. Če bi bilo zadovoljivo število usposobljenih logopedov pri zdravstvenih ustanovah, bi rešili tudi to vprašanje. Zdaj nastavljeni logopedi so že čezmerno zaposleni s pedologopedijo, posvečajo se izključno otrokom, kakor tudi otrokom s hudo možgansko poškodbo, ki terjajo več časa in prizadevanja. Z drugimi bolniki se ne morejo ukvarjati, ker jih je preveč. Odrasli bolniki ostajajo izven bolnišnice prepuščeni sami sebi, odgovorni pa se zelo laično izgovarjajo na možnost sponzanskega popravljanja, ki se pojavlja le v določenih primerih. Pripomniti je treba, da celo v zdraviliščih, kamor pridejo mnogi naši bolniki, nimajo logopeda.

Za zaključek bi pisanje strnila v tri točke.

1. Urediti študij logopedije. Nikakor ni res, da logopedov v Sloveniji ne potrebujemo. Omogočiti je treba tudi podiplomski študij.
2. Zagotoviti logopedsko terapijo oziroma rehabilitacijo v vseh bolnišnicah, kjer je oddelek za nezgode, nevrološki in nevrokirurški oddelek. V vsaki takšni ustanovi je treba zaposliti dovolj logopedov, da bo delo mogoče dobro opraviti.
3. Zaposliti logopede tudi v zunanjih zdravstvenih ustanovah (zdravstvenih domovih) v zadostnem številu, da bodo deležni njihove pomoči tudi odrasli ljudje, ki jim je po možganskih poškodbah ta pomoč potrebna. Možna bi bila zasebna logopedska dejavnost, vendar ta le s koncesijo.

Boehringer Ingelheim v Sloveniji

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



**Boehringer Ingelheim Pharma
v Sloveniji**

Mašera Spasičeva ul. 10
61 000 Ljubljana



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

Nekrologi

DR. KURT SONNENSCHHEIN

Zdravko Ograjenšek

Četrtega decembra 1993 je po hudi in dolgotrajni bolezni sklenil svojo življenjsko pot ginekolog-specialist v Zdravstvenem domu Murska Sobota dr. Kurt Sonnenschhein.

Rodil se je 14. junija 1929 na Ptuju. Medicinsko fakulteto je končal leta 1954 v Zagrebu. Po stažu, ki ga je opravil v Zagrebu in Karlovcu, je leta 1958 opravil strokovni izpit v Sarajevu. Do aprila 1960 je kot splošni zdravnik delal v Gornjem Vakufu in v Prozoru. Nato je prišel v Slovenijo in se za kratek čas zaposlil v tovarni zdravil »Krka«. Delo v pisarni, čeprav strokovno pomembno, ga ni zadovoljilo. Želel si je delati z ljudmi. Še istega leta je nastopil službo v Zdravstvenem domu Murska Sobota. Leta 1964 je po opravljenem specialističnem izpitu iz ginekologije in porodništva v Ljubljani prevzel mesto vodje službe za varstvo žensk v tem domu in mu bil zvest več kot 33 let, do svoje prezgodnje smrti. Pomurje, dežela skromnih, pridnih in poštenih ljudi, je potrebovalo zdravnike, zlasti ginekologe, kot suha zemlja dežja. Poleg dispanzerskega ginekološkega dela se je ukvarjal še s citologijo. Izredno so ga privlačevali tudi problemi neplodnosti. Leta 1969 se je s štipendijo francoske vlade prav iz tega področja izpopolnjeval v Parizu pol leta. V Murski Soboti je organiziral zelo uspešno delujočo ordinacijo za neplodne pare, ki je delovala po sodobnih principih.



Bil je tudi organizator in vodja babiške službe za Pomurje. Bil je član Slovenskega zdravniškega društva, ginekološke in citološke sekcije, Slovenskega in Pomurskega društva za boj proti raku.

Petnajst let je s strokovnimi prispevki in kot prevajalec v nemščino in obratno sodeloval pri organizaciji Panonskih simpozijev, ki so jih vsako leto izmenično prirejali dve stični pokrajini iz Madžarske in Avstrije ter Pomurje.

Sodeloval je v raziskavi o pojavnosti Str. agalactiae v Pomurju. Rezultat tega dela je bil članek v Zdravstvenem vestniku leta 1987.

V različnih zdravstvenih in lokalnih časopisih je obravnaval probleme spolnosti in odnose med spoloma, antenatalno zaščito v Pomurju, raka dojke, odkrivanje raka na maternici itn.

Še posebej pa je bil znan kot predavatelj. Po šolah, krajevnih skupnostih, mestih in vaseh Prekmurja je s svojimi zbirkami diapozitivov govoril o spolni vzgoji mladostnikov, o načrtovanju družine in o boju proti raku. Te zbirke je skrbno dopolnjeval, tako da je cepil v ljudi najnovejša spoznanja s teh področij.

Čeprav stalno zaposlen, je ohranil živo zanimanje za strokovna dogajanja na kliniki in po svetu. Razen zadnjih nekaj let, ko je bil že hudo bolan, je v vsakem vremenu in času prihajal na strokovne sestanke v Ljubljano. Takrat se je tudi redno posvetoval, zlasti s svojimi prijatelji, o delu v ordinaciji ali o posameznih bolnikih. Svojim pacientom, ki jih je pošiljal na kliniko, je vedno dodal

obširno pisno dokumentacijo, ki je kazala, da jo je napisal bister opazovalec.

Razen plakete Zveze jugoslovanskih ginekologov in porodničarjev uradnih pohval in priznanj ni dobil. Pač pa so se mu doma kopičila zahvalna pisma, ki so mu veliko pomenila.

Čeprav je bil v življenju vedno obdan z ljudmi, ki so ga spoštovali in cenili, smo ga na njegovo lastno željo pokopali mrzlega decembrskega jutra na ljubljanskem pokopališču v ozkem krogu, ki ga je sam izbral.

Osebnostno skromen in skoraj brez zasebnega življenja je zapustil globoko sled v naši prekmurski deželi. Bil je zdravnik, ki ni opravljal službe, temveč poklic, ki mu je bil hkrati tudi konjiček in poleg družine edini smoter njegovega življenja.

Strokovno izpopolnjevanje

POROČILO Z OBISKA EVROTRANSPLANTA IN UČNE DELAVNICE V LEIDNU

Vojko Flis

Od 29. 11. do 5. 12. 1993 sva se s prim. dr. Jasno Vončina kot predstavnika Republiškega strokovnega kolegija za transplantacijo udeležila obiska Evrotransplanta v Leidnu. Poleg tega sva bila udeležena njihovega programa EDHEP (European Donor Hospital Education Programme) delavnice.

Obisk je bil namenoma urejen tako, da so se ga udeležili predvsem predstavniki tako imenovanih vzhodnoevropskih držav. V Leiden so prišli predstavniki Češke, Slovaške, Madžarske, Poljske, Slovenije in Hrvaške. Izven skupine omenjenih držav so se EDHEP delavnice udeležili še predstavniki Anglije, Švice, Belgije in Savdske Arabije.

Prva dva dneva sta bila namenjena predvsem pogovorom z obema direktorjema Evrotransplanta, prof. dr. Persijnom in prof. dr. Cohenom ter njihovo glavno koordinatorico gospo Celio Wight. Gospa Celia Wight je prišla v Leiden iz Oxforda, kjer je opravljala podobne naloge kot na Evrotransplantu. Razlika je v tem, da v Leidnu nadzoruje in koordinira celotno organizacijo koordinatorjev v državah članicah Evrotransplanta. Omogočila nama je srečanje z glavnim nizozemskim koordinatorjem presajanja organov. To je gospod Jan van Boer. Gospod van Boer nama je razložil pomen koordinacijske službe in njen ne tako zapleteni ustroj. Celotno Nizozemsko pokriva 11 regijskih koordinatorjev, centralo pa imajo kar na sedežu Evrotransplanta. Regijski koordinator je zadolžen za nadzor vseh postopkov v zvezi z umrlim dajalcem. Če je treba, daje tudi nasvete za vzdrževanje funkcij organov, ki bodo presajeni. Če se pojavi umrla dajalec v katerikoli regijski bolnišnici, koordinator običajno odpotuje tja in na mestu samem prevzame urejanje potrebnih stvari. Najprimernejšega prejemnika za vsak organ določi računalnik po tipizaciji tkiv.

Koordinator nato skrbi za stik s posameznimi centri, kamor bo darovani organ poslan. Nekatere organe odvzamejo kirurgi s transplantacijskih centrov. Običajno gre za srce, redkeje za jetra. Ledvici največkrat odvzamejo kirurške ekipe regijskih centrov. Ledvici potujeta v transplantacijski center z rednimi prometnimi povezavami. Včasih uporabijo enak način tudi za jetra. Za srce pa vedno uporabljajo hitre in izjemne prometne zveze – letalo ali helikopter.

Računalniški program, ki razporeja organe, ima več podprogramov. Najpomembnejša podprograma sta akutni program za srce in jetra. Oba podprograma samodejno vodita svojo listo najbolj nujnih čakajočih bolnikov. Bolniki so na tej listi največ 72 ur. Če v tem obdobju v Evropi ni moč dobiti zelenega organa, so

bolniki na teh dveh čakalnih listah izgubljeni. Vse države, članice Evrotransplanta, so prek terminalov povezane z glavnim računalnikom v Leidnu. Takoj, ko se pojavi darovalec organov in ga v katerikoli članici Evrotransplanta vpišejo v računalnik, le-ta določi najugodnejšega prejemnika ne glede na državo ali center. Javljanje umrlih dajalcev je obvezno. Izmenjava organov izven mreže ni dovoljena. Če si katerikoli transplantacijski center dovoli izmenjavo organov izven uradnih list in izven uradno določenih smernic, lahko proti njemu sprožijo preiskavo (takšen postopek teče trenutno proti Gradcu v Avstriji). Namen takšnih določil je preprečitev črnega trga z organi, ki je praviloma povezan s kriminalom in mednarodno povezano mafijo.

Prof. dr. Bernard Cohen je tehnični direktor Evrotransplanta. Hkrati je tudi prvi poročevalec v Svetu Evrope (Evropski uniji). Zadolžen je bil za pripravo kriterijev vključevanja novih držav v Evrotransplant. Kriterije bodo uporabili tudi pri preverjanju »zrelosti«¹ novih držav ob vključitvi v Evropsko unijo. Osnovna kriterija, ki ju bo morala izpolnjevati vsaka država, sta naslednja: ustanovitev lastne nacionalne transplantacijske mreže in ustanovitev lastnega (nacionalnega) referenčnega laboratorija za tipizacijo tkiv. Slednji kriterij Slovenija izpolnjuje, prvega pa ne. Ustanovitev javne transplantacijske mreže je po njihovem potrebna iz naslednjih razlogov: darovalci organov in prejemniki morajo biti registrirani. Prisojanje organov posameznim prejemnikom (gre za ledvici) mora biti javno preverljivo in v skladu z najboljšim ujemanjem glede na tipizacijo tkiv. Javni nadzor je potreben zato, da prepreči medicinsko neupravičeno pot prisojanja organov in da prepreči izmenjavo in trgovanje z organi nasploh, še posebej pa izmenjavo nepreverjenih organov, ki so lahko kotišča aidsa in drugih okužb. Poleg tega se lahko nepreverjeni organi pojavijo kot neposredna posledica umora. Zadeva je tako resna, da je postala v Evropi politikum prve vrste.

Evrotransplant (a tudi druge evropske transplantacijske mreže, ki na tem področju delujejo usklajeno z Evrotransplantom) bo sodeloval z drugimi državami samo na nacionalni ravni. Sodelovanja (unilateralnega sodelovanja, mimo državnih povezav) s posameznimi centri v državah članicah Evropske unije na tej ravni ne bo.

To zelo resno sporočilo je bilo namenjeno predvsem Sloveniji in Hrvaški (v Sloveniji ni javno nadzorovane transplantacijske mreže, kriteriji za razporejanje organov mrtvih dajalcev niso jasni in razvidni, poleg tega pa Slovenija skupaj z Grčijo vodi po odstotku presajenih ledvic živih dajalcev; Evropska unija zaradi možnih zlorab namreč ne spodbuja presajanja organov živih dajalcev)! Tako je samo od nas samih odvisno, ali se bomo znali vključiti v medevropsko sodelovanje na tem področju ali ne.

Program EDHEP je namenjen obvladovanju kriznih okoliščin. Smrt ljubljene osebe zanesljivo je takšna okoliščina. Program je načrtovan po načelu »učiti učitelje«. Večina držav Evropske unije (razen Francije in Belgije, morda tudi Italije) zahteva, da svojce prosimo za darovanje organov umrlega. Odklonitev darovanja običajno pomeni dokončno odločitev. Gre za hudo stresno situacijo, ki dela velike preglavice tako angleškimi, nizozemskimi, nemškimi in tudi našim zdravnikom ter tudi ostalemu zdravstvenemu osebju. Pogovor s svojci umrlega ni enostaven, s psihološkega zornega kota ni prijeten (dogodek).

V okviru programa EDHEP skušajo zdravnike, sestre in koordinatorje naučiti, kako se spoprijeti s čustveno krizno situacijo drugih ljudi nasploh, posebej pa tistih, ki se srečajo s smrtjo bližnjega. Središče programa predstavljajo različne oblike žalovanja za umrlim.

Program je zahteven in naporen. Poteka v dveh celodnevnikih krojih. Sestavljen je iz dveh delov, ki sta razporejena na dva dneva. Oba dneva sta programsko napolnjena dobesedno od jutra do večera (od devetih zjutraj, samo z eno petnajstminutno prekinitvijo, do šestih popoldan).

V prvem delu se udeleženci učijo spoznavati, prepoznavati in imenovati lastna čustva in čustvene reakcije drugih ljudi. Hkrati se učijo, kako takšne čustvene reakcije v povratnem transferju omiliti

ali ojačiti. Srž vseh predstavljenih tehnik sloni na izkušnjah, da se je v krizni situaciji najprej treba obrniti na človekova, v tistem trenutku najbolj boleča čustva; šele mnogo kasneje je možno obremeniti človekov razum. Vsa dobljena znanja skušajo nato aplicirati na žalovanje in duševno stisko ob smrti bližnjega.

V drugem delu programa EDHEP morajo udeleženci naučeno praktično preizkusiti. Delo poteka v majhnih skupinah. Ves potek dogodkov usmerjata in nadzorujeta zelo izkušena psihologa iz Univerze v Maastrichtu. Gre za Geke Blok in Jana van Dalena, ki sta celotni program tudi razvila. V razgovoru sta povedala, da je program zelo kočljiv in da v izjemnih situacijah tudi onadva težko usmerjata psihodinamiko skupine.

Nadzor izkušenih psihologov je tako videti nujen, saj gre za intenzivno preizkušanje lastnih čustvenih reakcij, ki lahko kaj hitro spolzijo v zelo različne smeri in ob takšni metodi pustijo hude čustvene posledice!

Del udeležencev se vedno izmenjuje v vlogi voditeljev, del v vlogi učencev. Vse naučene tehnike morajo ponoviti in med seboj obrniti in izmenjati. Po vsaki vaji poteka razgovor, kjer skušajo vsi sodelujoči poiskati šibke točke posamezne vaje. Tako je omogočen zadosten povratni pretok informacij, ki bistveno pripomore k pomnjenju naučenega. Vse vaje se snemajo na videokamero. Udeleženci lahko ob razpravljanju samem opazujejo svoje reakcije med simulirano vajo.

Končni del programa je najbolj naporen in med udeleženci najmanj priljubljen. Voditelja pripeljeta profesionalno igralko. Igralka igra vlogo matere, ki ji je umrl sin (umrl je možganske smrti). Udeleženci morajo (izmenjaje, določeni po parih) z materjo govoriti, ji sporočiti smrt otroka in jo povprašati, ali bi morda bila pripravljena darovati otrokove organe.

Igralka ima natančna navodila, kako se mora odzivati. Vendar to ne pomeni, da ima natančna navodila o tem, kakšen mora biti končni izhod pogovora. Odzivati se mora le na čustvene reakcije sogovornikov in ne na njihova hotenja (denimo hotenje po darovanju organov), njihove racionalizacije ali hladne tehnične razlage.

Igralka je tako izpopolnila svojo vlogo, da je celoten dogodek povsem blizu resničnim razmeram. Udeležence, ki se poskusijo v dialogu z »materjo možgansko umrlega otroka«, dejanje popolnoma izčrpa. Igralka se odziva samo na reakcije trenutnih sogovornikov, je zelo »resnična«, zahtevna, ostra in neodpušljiva. Res, v igri zelo resnična in izjemno čustveno kruta. Sama odloča, v katero smer bodo tekli dialogi. Če njeni sogovorniki v pogovoru zaidejo, se znajdejo v slepi ulici čustev, naprti z velikim bremenom krivde.

Samo na njihovem čustvenem odnosu do nje sloni končna odločitev: »mati«² lahko »privoli«³ ali »odkloni«⁴ darovanje »sinovih«⁵ organov. Igralka je svojim dodeljenim soigralcem že velikokrat odklonila darovanje organov »svojega«⁶ otroka!

Tudi to vajo snemajo na video kamero in jo na koncu vsi udeleženci komentirajo. Povedo, kaj se jim je zdelo dobro in kaj slabo. Igralka pove, kako se je odzivala na oba sogovornika. Vsak izmed sogovornikov pa skuša razložiti svoj način pristopa. Vaje ne priporočajo vsakomur, reakcijo skupine je treba znati prenesti, ves dogodek pa nikakor ni prijeten!

Poudarek celotnega programa sloni na dejstvu, da pogovor o morebitnem darovanju organov na poslabša krizne situacije (torej ne napravi žalovanja še hujšega). Želi poudariti, da je treba svojem razložiti, da morajo nositi breme svoje odločitve sami. Ni nujno, da je odgovor pozitiven. Toda svojci morajo vedeti, da se lahko odločijo tudi za darovanje. Zelo pomemben del psihološke strukture programa sloni na dejstvu, da svojem ne skušamo dopovedati, da lahko z organi umrlega pomagajo nekemu drugemu človeku.

Ta argument bi bil zelo šibak, saj žalujočemu daje vtis, da izpraševalca skrbi nekdo drug, ne pa svojec s svojo žalostjo in mrtvim bližnjim.

Prav zaradi slednjega je svobodna odločitev svojcev zelo pomembna. Daje jim občutek, da bi morda tako kot oni odločil tudi umrl.

Izključitev svojcev iz tega procesa (prošnje za darovanje organov umrlega) ima lahko katastrofalne čustvene in socialne posledice. EDHEP je zasnovan na spoznanju, da nobena izmed evropskih medicinskih fakultet ne posveča potrebne pozornosti srečanju medicincev (zdravnikov) s smrtjo. Zdravniki so običajno ob stiku s svojci umrlega precej nebolgli in se zatekajo v zelo enostavne, a nevarne vedenjske vzorce. EDHEP naj bi medicinskemu osebjem pomagal razumeti žalovanje in se nanj primerno odzvati. Primerna reakcija pa pomeni, da znamo tudi povprašati o darovanju organov in razumeti tako pritrdilen kot odklonilen odgovor svojcev.

EDHEP uporabljajo tudi v državah (Francija, Španija, Italija), kjer volje svojcev ob odvzemu organov umrlega načeloma ni treba upoštevati. Stik s svojci umrlega odklanjajo v Belgiji in Avstriji (zakon jim to omogoča). Enako ravnanje tudi v Poljski, Češki, Slovaški in Madžarski. V Sloveniji imamo zakonsko določeno načelo domnevne privolitve, vendar lahko svojci odvzemu nasprotujejo. Položaj je nekako podoben tistemu v Franciji, Španiji in Italiji. Psihologi sodijo, da je stik s svojci potreben ne glede na zakonsko ureditev.

Pogovor s svojci ohranja ugled stroke, hkrati pa zdravniku in sorodniku pomaga iti skozi obdobje žalovanja. To je zelo pomembno obdobje. Če ga zamudimo ali se mu skušamo namenoma izogniti, bodo ostale nepopravljive čustvene poškodbe na obeh straneh!

Ob tem je pomembno spoznanje, komu morebiti samoumevno, a odrinjeno daleč na stran, da je smrt redna spremljevalka življenja in zdravnikovega dela! Kljub vsem naporom se ne tako redko zdravniki srečajo s smrtjo. Ker jih na takšen dogodek med učno dobo na medicinski fakulteti ni nihče posebej pripravljaval, večina zdravnikov doživlja smrt kot hud poraz lastnih človeških in strokovnih prizadevanj ter naporov.

Na tej točki se pokaže tudi potreba po programih, kot je EDHEP. Stik z umirajočim lahko nepripravljenega zdravnika hudo zmede in požene ali v smer nihilizma (miselnost, oh, saj ne morem nič pomagati; takšen odnos je nevaren, saj bi morda bolniku še lahko pomagali) ali v smer pretirane zaverovanosti v tehnologijo (miselnost, oh, vse lahko storimo, pa četudi umirajočega še tako obremenjujemo). Zrele odločitve zahtevajo primerne izkušnje in primerno šolanje. Program EDHEP skuša pokazati, da tudi srečanje s smrtjo sodi v pahljačo zdravnikovih izkušenj.

Če zaključim: obisk v Leidnu je bil poučen. Bil je dobra, široko razmahnjena humanistična šola v njenem klasičnem pomenu besede. Veliko je bilo tudi politike. A v Evropo se ne bomo vključili s prosjačenjem in klečplazenjem. Brez zapletov se bomo stopili z njo, ko bomo civilizacijsko in humanistično na isti ali višji ravni. Takšne misli so se mi pletle po glavi, ko smo z letalom pristajali v Ljubljani. A zmotil me je naključni sopotnik iz Ljubljane. Spraševal se je, le kaj bi storili ob strmoglavljenju letala. Samodejno sem mu odgovoril, da nič pametnega, a da bi ob vsej nesreči vsaj padli na svojo zemljo. Začuden me je pogledal in se vprašal ali sodim, da kot »štajerc« na Brniku »padam« na »svojo« zemljo? Ljubljancan je dajal vtis zelo ravnega in resnega Slovenca. Ali bi mu lahko kdo sploh kaj zameril?

In vendar, nikakor se mu ni hotelo posvetiti, navkljub obotavljajočim namigom, da bi pač padli na slovensko zemljo. Ali smo torej ljudje izven Ljubljane sploh Slovenci? Ima to morda povezano z vedno manjšim številom darovanih organov v Sloveniji?

Gospa Vončinova ga je blagohotno opomnila, da najverjetneje živimo v isti državi; Slovenija da ji je ime. Hm, ni mu šlo v uho. In še pri carinski kontroli mu ni bilo dano slišati, da državljani te dežele živijo tudi izven Ljubljane.

Dogodek je resničen in zanimiv samo toliko, kolikor bi lahko imel nekaj skupnega z vedrim in širokim zamahom humanističnega razumevanja sveta. A ga kajpak nima. In misli so mi, naj mi bo oproščeno, v skritih koticah mladostnih zapisov in spominov iskale in našle gospoda očeta Milčinskega in njegove Butalce. Vseh njegovih zapisov kajpak ne pomnim z zanesljivostjo dacarja. A v spomin se mi vsiljujejo slike o zgodbah, ko se Butalci kupovali pamet. Slike so povsem jasne. Zdijo se mi poučne.

MEDICINA IN PRAVO

POSVET O ZDRAVNIKOVI POKLICNI ODGOVORNOSTI IN ZAVAROVANJU LE-TE

Vojko Flis

Letos je bilo 25. 3. 1994 v veliki predavalnici Tehnične fakultete v Mariboru že tretje zaporedno srečanje z delovnim naslovom *Medicina in pravo*. Gre za sedaj že tradicionalna srečanja, ki jih skupno organizirata Slovensko zdravniško društvo v Mariboru in Pravniško društvo v Mariboru. Tudi letos sta bila glavna motorja dogajanj podpredsednica Slovenskega zdravniškega društva dr. Jelka Goriškova in predavatelj na Visoki pravni šoli v Mariboru mag. Viki Planinšec.

Pri nas je dolgo časa veljalo prepričanje, da se medicinske zadeve, ki segajo na pravno področje, obravnavajo zgolj v okviru sodne medicine. Vendar pa sodna medicina obravnava čisto specifično področje, iz katerega pogosto izpadajo številne teme, ki jih po svetu obravnava poseben predmet – medicinsko pravo. Pri nas tega predmeta zaenkrat še ne predavajo na nobeni izmed fakultet. Med področja, ki jih sodna medicina ne pokriva neposredno, sodijo, denimo, zdravstvena zakonodaja, vprašanja o presajanju organov, vprašanja o načinu ravnanja z zarodki in genetskim materialom nasploh, številna vprašanja o kliničnih raziskavah in še bi lahko naštevali. V modernem obravnavanju medicinskega prava pa ima osrednje mesto zagotovo analiza zdravnikove odgovornosti, odgovornosti javnih zdravstvenih ustanov in vprašanje zavarovanja bolnikov, ustanov in zdravnikov. In prav tej temi, torej odgovornosti zdravnika in zavarovanju te odgovornosti, je bilo namenjeno letošnje skupno srečanje zdravnikov in pravnikov.

Predavanja so bila, kot že rečeno, v veliki predavalnici Tehnične fakultete v Mariboru. To dejstvo namenoma ponavljamo, saj Tehnična fakulteta vsako leto z veliko naklonjenostjo simpoziju odstopa prostor brezplačno. Tudi letos udeležencem predavanj, ki jih Zdravniška zbornica priznava za podaljšanje licence, ni bilo treba plačati kotizacije. To je bilo mogoče zgolj zaradi finančne podpore Zavarovalnice Adriatik in Zavarovalnice Maribor. Simpozija se je letos udeležilo okoli tristo slušateljev. Videti je, da udeležba z leti narašča.

Predavatelji so bili vabljeni in vabilu so se prijazno odzvali vsi razen enega. Manjkal je edino prof. Anton Dolenc, predstojnik Sodnomedicinskega inštituta v Ljubljani. Prof. Dolenc je bil nujno zadržan. Poslal pa je svoj prispevek o poklicni odgovornosti zdravnika, ki ga je prebrala dr. Goriškova. Naj naštejemo še ostale predavatelje: državna sekretarka za zdravstvo prim. dr. D. Piškur-Kosmač, prof. dr. A. Polajnar-Pavčnik s Pravne fakultete v Ljubljani, mag. Z. Dežman s Temeljnega sodišča v Mariboru, prof. dr. Šime Ivanjko s Pravne fakultete v Mariboru, prof. dr. Matjaž Rode kot predstavnik Zdravniške zbornice Slovenije, prof. dr. Jože Drinovec, glavni urednik Zdravniškega vestnika, mag. V. Planinšec z Višjega sodišča v Mariboru in asist. dr. Vojko Flis iz Splošne bolnišnice v Mariboru.

Po številnih pozdravnih govorih je srečanje pričela dr. Jelka Gorišek z uvodnimi mislimi. Mnogokrat pozabljamo, da je zdravnik kazensko, moralno, etično in civilnopravno odgovoren in da to seveda niso novi pojmi: »Zavezani smo po kodeksu in spremlja nas že od Hipokrata dalje«, je povedala dr. Goriškova in nadaljevala, »da je danes zdravnik bolj kot kdajkoli prej izpostavljen luči javnosti. Zdravnik se zaveda nevarnosti, odgovornosti in tveganosti pri vseh postopkih in načinih zdravljenja. S polno odgovornostjo in vestjo se mora odločati za ali proti, pri tem pa mu je vodilo tisto, kar pomeni večjo korist za bolnika. Nositi to breme odgovornosti ni vedno lahko.« je zaključila dr. Jelka Gorišek.

Predstavnica Ministrstva za zdravstvo, državna sekretarka prim. dr. D. Piškur-Kosmač, je govorila o organizaciji zdravstva v Sloveniji

in o poklicni odgovornosti zdravnika s stališča nekaterih določil Zakona o zdravstvenem varstvu in Zakona o zdravstveni dejavnosti v Republiki Sloveniji.

Prof. dr. A. Dolenc je v svojem referatu podčrtal vse breme odgovornosti, ki jo danes nosijo zdravstveni delavci nasploh in zdravniki posebej. Opozoril je na nekatere pomanjkljivosti nove slovenske kazenske zakonodaje, ki zna biti zelo stroga do zdravnika, mazaštva pa sploh ne obravnava. Tako se skorajda izkaže, da lahko človek brez diplome na področju zdravstva v Sloveniji počne resnično karkoli, zdravstveni delavci pa so ob številnih etičnih in pravnih normah postavljeni še v položaj sramotno plačanega mezdnege odnosa.

Prof. dr. A. Polajnar-Pavčnikova je razpravljala o odškodninski odgovornosti zdravnikov. Opozorila je na tako imenovano pojasnjevalno dolžnost zdravnika. Zakon o zdravstveni dejavnosti zdravniku sicer nalaga, da je dolžan bolniku razložiti potek in morebitne nevarnosti zdravljenja. Ničesar pa ne govori o obsegu in natančnosti razlage. Prof. Pavčnikova je zagovarjala stališče, da je zdravnik dolžan bolniku razložiti vse možne komplikacije in da so ustanove odgovorne za vse možne morebitne napake; prav tako je sodila, da naj pri odločitvah o zdravljenju odloča bolnikova volja. A kaj storiti, kadar je le-ta v nasprotju s pravili medicinske stroke? Kaj naj bo torej osnovno vodilo zdravniku? Zdravnik ne sme delovati v nasprotju s pravili svoje stroke in svoj poklic mora opravljati tako, da je za bolnika najboljše. To pa je lahko marsikdaj v nasprotju z bolnikovo voljo. In rešitev zagate? Univerzalne rešitve ni. Zdravnik se lahko in se mora odločati v vsakem primeru na novo.

Asist. dr. Vojko Flis in mag. Zlatko Dežman sta govorila o strokovni napaki in o kriterijih za presojanje odgovornosti pri kirurških posegih. Mag. Dežman je posebej govoril o kriterijih za presojanje odgovornosti pri kirurških in invazivnih posegih. Sodi namreč, da predstavljajo invazivni posegi v telo najgloblji terapevtski poseg v osebnostno integriteto bolnika. Mag. Dežman je razčlenjeval misel, ki se je nekoliko razlikovala od stališča prof. Pavčnikove: zagovarja namreč stališče, da se ustanove lahko zavežejo in odgovarjajo samo za znane in statistično najpogostejše napake. Dr. Flis je predstavil teoretično analizo pojma strokovne napake in tudi praktične aplikacije. Opozoril je, da je treba ločevati med nesrečo, komplikacijo in napako. Nesreča je nepričakovan in nehoten dogodek, ki lahko nastane tudi ob najbolj skrbnem in pazljivem ravnanju. Zanj zdravnik ni odgovoren. Komplikacija ni nesreča, a tudi napaka ne. Od nesreče jo loči dejstvo, da danes vemo, da zapleti (komplikacije) spremljajo skorajda vse načine zdravljenja in da se komplikacijam tudi ob najbolj vrhunskem zdravljenju ni mogoče izogniti. Komplikacije se pojavljajo naključno, so pa, četudi neželene, pričakovane. Tudi zanje zdravnik subjektivno, če je seveda ravnal v skladu s pravili svoje stroke in profesionalno skrbno, ni odgovoren. Za prave strokovne napake pa kajpak je odgovoren.

Prof. dr. Šime Ivanjko je načel zelo zanimivo temo: zavarovanje zdravnikove odškodninske odgovornosti. Opozoril je na številne pomanjkljivosti v sedanjih zavarovalnih pogodbah v Sloveniji in poudaril, da daleč zaostajamo za evropsko in svetovno prakso. Posebej je poudaril, da ni jasno, na kakšnih osnovah se pri nas določajo zavarovalne premije. Če se zavarovalne premije določajo na osnovi zdravnikove plače, potem bolnik dobi bore malo, manj kot denimo za zavarovanje avtomobila. Če pa želimo odškodnine v višinah odškodnin na zahodu, pa ni jasno, zakaj je zdravnikova velika (v internih aktih javnih zavodov papirnata) odgovornost nagrajena z znanimi dohodki zdravstvenih delavcev?

Prof. dr. Matjaž Rode je predstavil napore in aktivnosti Zdravniške zbornice Slovenije, da bi z zavarovanjem poklicne odgovornosti zdravnikov le-te zavarovala pred morebitnimi velikimi odškodninskimi zahtevki. Pričakovati je, da bo število tožb naraščalo in da bodo, tako kot na zahodu, naraščali tudi odškodninski zahtevki. Zato obstaja nujna, da so zdravniki za takšne primere zavarovani, saj iz svojih dohodkov morebitnih visokih odškodnin ne bi zmogli poravnati.

Mag. Viki Planinšec je govoril o pojmu objektivne odgovornosti zdravstvenih zavodov in opisal nekatere zanimive primere iz prakse. Povedal je, da je lahko zavod objektivno odgovoren, torej tudi odškodninsko, tudi za tiste nesreče in napake s posledicami, ki so se dogodile v zavodu, pa krivca ni mogoče natančno ugotoviti ali najti.

Glavni urednik Zdravniškega vestnika prof. dr. Jože Drinovec je predaval o medsebojni povezavi zdravniškega poklica in javne besede. Razčlenil je zgodovinski nastanek ugleda nekega poklica, odnos zdravnika z javnostjo ter posebej opozoril, da je izredno pomembna zdravnikova samostojna intelektualna drža. Nanjo naj ne bi vplivala ne dnevna politika niti morebitni drugi vplivi dvomljive vrednosti.

Razprava ob vseh vprašanjih je bila živahna in plodovita. Posebej vroča in bogata je bila ob vprašanju pojasnjevalne dolžnosti zdravnika. Zavlekla bi se lahko bila daleč v odhajanje dneva, če nas čas ne bi bil prisilil k zaključku. Odprta vprašanja pa bodo še dolgo spodbujala k natančnejšim analizam.

SIMPOZIJ O KLOPNEM MENINGOENCEFALITISU V ZDRAVILIŠČU DOBRNA, 25. septembra 1993

Janko Lešničar, Gorazd Lešničar

25. septembra 1993 je potekal v Zdravilišču Dobrna »Simpozij o klopnem meningoencefalitisu«, ki sta ga organizirala Infektološka sekcija SZD in Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja Splošne bolnišnice Celje. Pobudo za simpozij je dala obletnica, ki jo označuje naslov prvega referata »Štirideset let hospitalizacije bolnikov s klopnim meningoencefalitisom (KME) na Infekcijskem oddelku bolnišnice v Celju«.

Simpozija se je udeležilo 150 zdravnikov infektologov, epidemiologov, mikrobiologov in zdravnikov splošne medicine. Vsi referati so zbrani v Zborniku, ki so ga prejeli udeleženci simpozija. Ta sestavek pa obsega zaključke in sklepe simpozija, pripravljen je po referatih in razpravi.

Epidemiologija

K epidemiološkim značilnostim, ugotovljenim v prvih letih, ko smo zaznali bolezen v RS, skoraj ni mogoče kaj dodati. Vse podatke vsebujejo ustrezni referati, objavljeni od 1955 do danes v revijah in učbenikih infekcijskih bolezni. Skoraj vsa naša spoznanja o epidemiologiji klopnega meningoencefalitisa (KME), pridobljena v petdesetih letih, so nespremenjena: endemično območje je zemljepisno omejeno in se vse obdobje do danes ni spremenilo; bolezen se pojavlja sezonsko od meseca maja do meseca oktobra, največ zbolelih je v mesecu juliju; število zbolelih iz leta v leto niha; največ zbolelih je starih od 20–40 let, četrtnina zbolelih so otroci do 15. leta starosti; človek se pri nas najpogosteje okuži po vvodu z virusom okuženega klopa, redko z uživanjem kozjega ali ovčjega mleka, navajajo tudi laboratorijske okužbe. K epidemiološkim dognanjem dodajamo le to: neposrednega dokaza, da je laboratorijska okužba z virusom KME aerogena, ni. O tej trditvi (aerogena okužba) sklepamo le na osnovi podatkov iz literature. Poteka bolezni, ki ga navadno navajajo kot značilnega za aerogeno okužbo – monofazna težka oblika KME – in bi nastal kot posledica direktnega vstopa virusa KME v ČZS po fila olfactoria, v Sloveniji (pri naših treh primerih laboratorijske okužbe) nismo zasledili.

Glede ugotovitve celotnega števila KME v RS lahko služijo za orientacijo podatki Infekcijskega oddelka v Celju za obdobje 1952–1967. Celotno število letno zbolelih v RS lahko ugotovljamo šele po l. 1967, ko je postala prijava KME obvezna in ko temeljijo podatki o tej bolezni v vsej Sloveniji na serološki verifikaciji boleznih. Zadevni podatki, ki so razvidni iz biltenov Zavoda za zdravstveno varstvo RS, so v prvih letih še zelo pomanjkljivi. Za razliko pa slonijo celjski podatki od l. 1958 do danes na serološko potrjeni bolezni in so realnejši. Po podatkih Republiškega zavoda za varovanje zdravja Slovenije se pojavlja KME pri nas v zadnjih 45 letih z nihajočo frekvenco 150 do 250 zbolelih letno. Po podatkih istega zavoda se giblje zboleznost za KME v zadnjih 15 letih med 5–13 zbolelih/100.000 prebivalcev. Od tega pride na otroško obdobje 10–19% bolnikov. V istem obdobju je bilo na celjskem območju 10 zbolelih/100.000 prebivalcev. Od tega pride na otroško obdobje 23% bolnikov.

Republiški podatki kažejo, da je bila zboleznost v RS od l. 1978 do 1987 8–13/100.000 prebivalcev, od l. 1988 do l. 1992 pa 5,6–5,9/100.000 prebivalcev. Število prijavljenih otrok v skupnem številu prijavljenih bolnikov s KME v Sloveniji je padlo v zadnjih petih letih od 19% na 10–12%.

Podatki celjskega območja kažejo, da je bila zboleznost na Celjskem v letih 1978 do 1987 11,6/100.000 prebivalcev, v letih od 1988 do 1992 pa 3,4/100.000 prebivalcev. Število otrok pa je padlo od 25% na 19%.

Iz danih podatkov (tabele zbolelih na celjskem območju od l. 1952 do danes) nikakor ni mogoče sklepati, da gre za usihanje števila bolnikov. Podobno stanje, tj. izrazito nihanje, je mogoče zaslediti v vsakem od štirih desetletij, ker okužba na terenu ne more biti brezkončni proces. Žarišča lahko občasno tudi ugasnejo, ob ugodnejših razmerah pa spet vzplamtijo. Upadanja števila zbolelih v zadnjih petih letih ni pripisati 4169 cepljenim osebam v RS, ker za to ni nobenega raziskovalnega dokaza. Razen tega se je KME v letu 1993 zopet pojavil v večjem številu pri nas in v Avstriji.

Avstrijci lahko pripisujejo občuten padec letnega števila zbolelih v zadnjih letih masovni vakcinaciji prebivalstva na endemičnih območjih, kar so dokazali tudi z raziskavami.

Bioekološko preučevanje žarišč KME v Sloveniji

Preučevanje žarišč KME v Sloveniji je pokazalo, da je bolezen v vseh 40 letih, ko smo opazovali njeno razširjenost, locirana na istih geografskih območjih. Tovornikova (Virusni laboratorij Zavoda za varovanje zdravja R Slovenije) je l. 1983 izrisala dve karti s serološko razpoznavnimi bolniki v Sloveniji za obdobji 1960–1961 in 1976–1982. Na obeh kartah ni bistvenih razlik v geografski razširjenosti endemskega teritorija. Žarišča KME niso razširjena na endemičnem teritoriju strnjeno, temveč mozaično, ker so intimno in dolgotrajneje povezana predvsem z vlažnejšimi gozdnimi formacijami (jelša-jesen, hrast-gaber). Takšen gozd je namreč optimalno okolje za razvoj klopa *Ixodes ricinus* in gostiteljskih malih sesalcev, ki vzdržujejo nepretrgano kroženje virusa na terenu. Klop – *Ixodes ricinus* prenaša tudi *Borrelia burgdorferi*, bolezen Lyme borelioza pa je za razliko od KME razširjena povsod po Sloveniji. Pojav zadrževanja virusa KME na točno zarisanim območju Slovenije je posledica geobotaničnega razvoja zemeljske površine. Zakaj je *B. burgdorferi* razširjena na vsem slovenskem območju, ostaja zaenkrat še ne dovolj raziskana neznanka, ki je še toliko zanimivejša, ker obe bolezni prenaša klop *Ixodes ricinus*.

Klinika KME

Spoznanja o klinični sliki KME, pridobljena skozi 40 let, govorijo za to, da bolezen poteka v večini primerov (70%) kot serozni meningitis, torej le z meningitično simptomatiko, in traja približno 10 dni. Pri 25–30% bolnikov pa se pridružijo encefalitični znaki, redkeje tudi s komo ali prehodno bulbarno paralizo. Meningoencefalitisu se lahko pridruži še mielitis z ohlapanimi ohromitvami različnih mišičnih skupin (7%). V približno 1% se bolezen konča s smrtjo.

V primerjavi z večino drugih virusnih okužb osrednjega živčevja je klinični potek KME v povprečju hujši kot pri drugih virusnih okužbah. Pri bolnikih s KME so motnje zavesti in bulbarna paraliza reverzibilne, spinalna ohromelost pa se le nekoliko popravi. Fokalni encefalitis je redek. Kroničnih recidivantnih oblik ni. Prizadetost vegetativnega živčnega sistema je pomembna za izid bolezni, saj je eden glavnih vzrokov smrti pri bolnikih s težko obliko bolezni.

Klinična slika pri otrocih predstavlja v bistvu blago in kratkotrajno obliko KME. To je bolezen, ki se izraža s pretežno meningitično simptomatiko (90%) ali z meningitisom z lahko encefalitično soprizadetostjo (10%). Encefalitični znaki pri otrocih trajajo 3–4 dni, vendar prizadetost sensorija pri otrocih redko zasledimo. Ti podatki se nanašajo na 376 otrok, tj. 23% bolnikov do vključno 14. leta starosti, zdravljenih na Infekcijskem oddelku v Celju od l. 1952 do l. 1992.

Med 146 otroci do 15. leta starosti pa so na Infekcijski kliniki v Ljubljani v letih 1978 do l. 1992 zasledili 30% otrok z bolj ali manj izraženimi prehodnimi encefalitičnimi motnjami, 10% teh bolnikov pa je imelo težje motnje (trije epilepsijo, dva pareze oz. paralize, eden pa težje vedenjske motnje).

Med temi bolniki s težjim potekom bolezni v obeh ustanovah ni bil nobeden mlajši od 7 let. Zboleznost in resnost bolezni izrazito naraščata s starostjo otrok, tako da pride 3/4 otrok na šolsko obdobje.

Smrtnosti pri otrocih s KME doslej ni bilo.

Če izvzamemo redke bolnike s težjim potekom, je potek bolezni pri otrocih bistveno lažji kot pri odraslih. Večinoma bolezen poteka v zelo lahki obliki in brez poznejših zapletov.

KME – Lymška borelioza – podobnosti in razlike

Izmed bolezni pri ljudeh, ki jih v Sloveniji prenašajo klopi, sta najbolj pogosti Lymška borelioza in KME. Lymške borelioze je vsaj 10-krat več kot KME. Med obema boleznima je precej razlik, pa tudi številne podobnosti. Nevrološka prizadetost v času zgodnje diseminirane borelijske okužbe je lahko podobna KME, tako da klinično razločevanje ni vedno mogoče. Potrebna je laboratorijska potrditev etiologije. Možne so sočasne okužbe z *B. burgdorferi* in virusom KME.

Sodobna laboratorijska diagnostika KME

Skozi vse referate se nedvoumno in logično vleče rdeča nit laboratorijske diagnostike KME ob nujni povezanosti med klinikom, epidemiologom in laboratorijcem pri uspešnem delu s problematiko KME.

Laboratorijska diagnostika, ki je pojasnila KME, bolezen ČZ, je spremljala in spremlja delo zdravnika v preteklih desetletjih. KME je mogoče natančno potrditi le s pomočjo laboratorijskih metod, saj so klinična znamenja bolezni mnogokrat neznačilna in nezadostna za diagnozo.

Ta diagnostika je nujno potrebna pri otrocih in odraslih bolnikih s KME. Bolezen je mogoče opredeliti kot KME le s serološkimi preiskavami pri 10% odraslih bolnikov, v otroškem obdobju pa pri 30% bolnikov.

Za hitro diagnostiko KME so danes najprimernejše različne serološke metode.

Odperto je vprašanje uporabnosti posameznih metod: RVK, IH, ELISA.

Do nedavnega je serološka diagnostika KME temeljila na dokazovanju 4-kratnega porasta titra protiteles z metodami RVK ali IH, kjer sta si dva serumska vzorca sledila v časovnem intervalu dveh do štirih tednov. V novejšem času so uvedli encimsko imunsko metodo (ELISA), ki je hitrejša, občutljivejša in hkrati omogoča dokaz specifičnih IgM protiteles, ki se tvorijo v zgodnji fazi bolezni, kar pa z omenjenima metodama ni mogoče. Gotovo imata RVK in IH določeno prednost, ker sta zaradi uporabe antigena neposredno za območje izvora bolezni specifičnejši. Specifičnost pa gotovo pogojuje tip izbranega antigena. ELISA ima pred njima nedvoumno

marsikatero prednost, kot so senzitivnost, enostavnost in hitra izvedba. Neugodna pa je cena. Pomanjkljivost seroloških metod je ta, da le posredno dokazujejo okuženost s KME.

Poskus osamitve virusa iz kužnine je za prakso neuporaben, čeprav bi to bil najboljši dokaz na navzočnost in tipizacijo virusa. Sedaj mnogo obeta zanesljivejša metoda dokazovanja in tipizacije virusa KME z verižno reakcijo s polimerazo (polymerase chain reaction – PCR). To visoko občutljivo, specifično in hitro metodo za odkrivanje in tipiziranje virusa KME so sedaj razvili tudi na Inštitutu za mikrobiologijo v Ljubljani. Temelji na uporabi verižne reakcije s polimerazo. Ta metoda služi za neposredni dokaz virusa v kužnini brez predhodne osamitve, kot tudi za dokaz virusa v njegovih prenašalcih ali gostiteljih.

PCR je metoda, ki se danes v svetu v rutinski diagnostiki zaenkrat uporablja predvsem za diagnostiko okužbe z virusom HIV. Raziskovalno delo v Inštitutu za mikrobiologijo v Ljubljani je omogočilo uporabo PCR v diagnostiki KME. Verjetno bodo prve preiskave stekle konec aprila leta 1994. V rutinsko diagnostiko pa naj bi PCR vpeljali v začetku leta 1995.

Navodilo za pošiljanje materiala za dokazovanje in tipizacijo virusa KME s PCR

Pri bolnikih s sumom na prvo fazo KME je treba sterilno odvzeti 5 do 10 ml krvi brez antikoagulantov, jo takoj zamrzniti v tekočem dušiku in do preiskave hraniti na -70°C . Pri bolnikih v meningitični fazi bolezni (2. faza) je treba na preiskavo poslati vzorec likvorja, s katerim je treba ravnati enako kot s krvjo.

Material je treba poslati na Inštitut za mikrobiologijo v Ljubljano (Korytkova 2) v posodi s tekočim dušikom ali v posodi z globokim hlajenjem (najbolje z rešilcem, ne po pošti). Na vzorcih in spremni dokumentaciji je treba napisati podatek: »PCR za virus KME«.

Profilaksa

Ker je KME v Sloveniji v akutnem obdobju še vedno pogosta in resna bolezen, ki lahko zapušča trajno invalidnost, in ker je terapija še vedno le simptomatska, je treba pristopiti k njenemu sistematičnemu izkoreninjenju. To omogoča dobro poznavanje endemičnega območja in velik obseg učinkovitih profilaktičnih sredstev. To navaja predvsem na potrebo po cepljenju čim večjega števila prebivalstva endemičnega področja in preostalega ogroženega prebivalstva proti KME. Zmanjšanje števila zbolelih za KME po uvedbi obveznega cepljenja prebivalstva ogroženih predelov Avstrije je očitno.

Pasivno imunizacijo z imunoglobulini po klopovem vbodu v endemskem območju lahko priporočamo, če oseba prej ni bila cepljena. Indikacija je omejena na 4 dni (96 ur). Za dan vboda velja dan, ko je oseba bila v gozdu, ne pa, ko je na sebi našla klopa. Po poročilu Kunza (Inštitut za virologijo Univerze na Dunaju) pride v redkih primerih kljub temu ne le do izbruha bolezni, temveč je njen potek lahko celo zelo težak. To so opažali predvsem, če je bolnik dobil imunoglobuline pozneje kot v 4 dneh.

Zdravstvena prosveta na področju KME in lymške boreliozе

Pred Simpozijem o KME sept. 1993 smo se želeli prepričati o današnji poučenosti prebivalstva o KME in lymški boreliozī. Opravili smo obsežno anketo med starši predšolskih in šolskih otrok v dveh različnih predelih celjskega regijskega območja, ki je tudi endemično območje KME. Zlasti nas je zanimalo poznavanje KME in lymške boreliozе in nujno potrebnih preventivnih ukrepov, da bi se izognili vbodu klopa oz. da bi se prepričali o poznavanju preventivnih ukrepov po vbodu klopa. Čeprav smo lahko zadovoljni z dobrim poznavanjem KME in lymške boreliozе pri širokem krogu svojcev predšolskih in šolskih otrok celjske regije (70%), menimo, da je s tema boleznima treba seznaniti še širši krog prebivalstva, zlasti pa je treba poglobiti znanje na področju preventivnih ukrepov. Vsi ukrepi – razen cepljenja proti

KME – so preprosti in jih lahko osvoji vsak osveščen in previden človek. Na ta način bi KME lahko številčno omejili in zmanjšali število zbolelih za lymsko boreliozo. Pri pravočasnem zdravljenju lymške boreliozе pa bi lahko preprečili neprijetne zaplete, boleznī skleпов in živčevja.

Iz referatov je razvidno, da je KME tako po pogostosti pojavljanja kakor tudi po resnosti bolezni pomemben problem v slovenski patologiji. Zato je treba usmeriti naše prizadevanje predvsem v preprečevanje zbolevanja. Podatki opravičujejo zahtevo po popularizaciji cepljenja proti KME. Treba je pristopiti k načrtnemu propagiranju cepljenja proti KME. Cepiti je treba čim širši krog prebivalstva zlasti na endemičnem območju. Za izvedbo cepljenja so dana obširna navodila firme Immuno, ki izdeluje cepivo.

Delo SZD

ČASTNI ČLANI SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

Pregled od leta 1963 dalje

Bogdan Leskovic

Uvodoma naj spomnim, da so v Društvu zdravnikov na Kranjskem od leta 1863 dalje podeljevali častno članstvo onim zdravnikom, ki so obogatili medicinsko znanost ali pospeševali socialni dvig družbe oziroma so bili zaslužni za svojo stanovsko organizacijo. Do leta 1918 so tako imenovali 30 častnih članov. V dobi prve Jugoslavije (1918–1941) sta bila imenovana le dva častna člana, in to eden iz Prage, drugi iz Beograda, kar kaže na hudo krizo takratnega Slovenskega zdravniškega društva. Po drugi vojni – v dobi druge Jugoslavije – pa tudi 18 let (1945–1963) ni bilo podeljenega nobenega častnega članstva. (Po navedbah I. Logarja, Zdrav Vestn 1963; 32: 161-7.)

Ob priliki praznovanja 100-letnice Slovenskega zdravniškega društva, ki je sicer bila že 1961. leta, so 9. novembra 1963 v Ljubljani po premoru imenovali za častne člane društva naslednje zdravnike (vsi nazivi so navedeni po zapisu ob podelitvi):

akad. prof. dr. Bogdan Brecelj
prim. dr. Božena Grossman
prof. dr. Janez Kanoni
akad. prof. dr. Franjo Kogoj
akad. prof. dr. Alija Košir
prim. dr. Alojzij Kunst
dr. Janez Lovšin
prof. dr. Ivan Marinčič
mr. Fran Minašnik
dr. Drago Mušič
akad. prof. dr. Robert Neubauer
prof. dr. Franc Novak
dr. Maks Pohar
prof. dr. Joža Rant
prof. dr. Leo Šavnik
prim. dr. Drago Švajcer
akad. prof. dr. Igor Tavčar
prof. dr. Milica Valentinčič
prof. dr. Julij Budisavljevič
prim. dr. Vatroslav Florschütz
prim. dr. Avgust Forenbaher
akad. prof. dr. Milivoj Kostić
akad. prof. dr. Kosta Todorović

Po vnovičnem premoru so na II. kongresu slovenskih zdravnikov leta 1968 v Ljubljani začeli znova podeljevati častno članstvo. Odslej se je to zgodilo vsako leto na občnem zboru Slovenskega

zdravniškega društva oz. kasneje na letni skupščini predvsem iz vrst članov zdravnikov tistega območja, ki je organiziralo navedeno prireditev. Zaradi nepopolne dokumentacije je možno, da so navedeni podatki, zlasti za leto 1968 in leto 1969 pomanjkljivi.

Častno članstvo so od leta 1968 dalje prejeli:

20. 4. 1968 v Ljubljani

dr. Franc Ambrožič
dr. Ivan Bežek
prim. dr. Ivan Pavšič

11. 4. 1969 v Mariboru

dr. Ernest Berke
prim. dr. Franjo Brumen

3. 4. 1970 v Celju

dr. Franja Bidovec-Bojc
prof. dr. Franc Derganc
dr. Pavla Jerina-Lah
prim. dr. Mirko Karlin

13. 5. 1971 v Kopru

dr. Robert Hlavaty

17. 5. 1972 v Ljubljani

dr. Danilo Lokar
prim. dr. Miran Mal
dr. Karel Matko
prim. dr. Polde Hladnik
prim. dr. Valentin Kušar
prof. dr. Vito Lavrič

25. 4. 1973 v Novem mestu – Otočec

prof. dr. Oton Bajc
prim. dr. Feliks Kosec
dr. Julij Saje

4. 5. 1974 v Radencih

prof. dr. Milko Bedjanič
dr. Anton Bezjak
dr. Vladimir Breznik

15. 5. 1975 na Bledu

prof. dr. Mirko Derganc
dr. Milan Gregorčič
dr. Edvard Pohar
dr. Vela Tuma

5. 6. 1976 v Ljubljani

prof. dr. Ivan Lenart
prof. dr. Stanislav Mahkota
akad. prof. dr. Janez Milčinski
prof. dr. Slavko Rakovec
dr. Janez Schrott
prim. dr. Franjo Smerdu
doc. dr. Ruža Šegedin
prim. dr. Branko Zogovič

3. 6. 1977 v Novi Gorici

dr. Zoran Dietz
prim. dr. Marijan Rozman

10. 6. 1978 v Slovenj Gradcu

prim. dr. Stane Strnad

9. 6. 1979 na Ptujju

dr. Fran Brumen
dr. Jurij Čarf
prim. dr. Karel Praunseis
dr. Nada Pavličev

16. 5. 1980 v Čateških Toplicah – Brežice

prof. dr. Stjepan Bunta
prim. dr. Vladimir Berglez

prof. dr. Anton Dolenc

prim. dr. Anton Glušič

dr. Marija Jež

prof. dr. Valentina Kobe

prim. dr. Srečko Košuta

dr. Rudolf Malovašič

dr. Sonja Mejak

prof. dr. Vladimir Trampuž

24. 4. 1981 v Mariboru

dr. Davorin Cijan
dr. France Cundrič
dr. Adolf Drolc
dr. Vladimir Gulič
dr. Mila Kovač
dr. Boris Kristan
dr. Eva Lovše
prim. dr. Eman Pertl
dr. Ciril Porekar
dr. Franjo Radšel
dr. Davorin Valenti

9. 4. 1982 v Ankaranu pri Kopru

doc. dr. Marko Kolenc
prim. dr. Vojteh Pertot
prim. dr. Rihard Pestevšek
prim. dr. Vaclav Pišot
prim. dr. Branko Šalamun
dr. Vida Vadnov

13. 5. 1983 v Celju

prim. dr. Avgust Hribovšek
prim. dr. Ivan Kopač
prof. prim. dr. Janko Lešničar
prim. dr. Stanislava Štraus
prim. doc. dr. Zvonimir Šusteršič

25. 5. 1984 v Ljubljani

prof. dr. Marij Avčin
prof. dr. Martin Benedik
prim. dr. Rudolf Del Cott
asist. dr. Iztok Jakša
prof. dr. Miroslav Kališnik
prof. dr. Zora Konjajev
prof. dr. Ivan Krampač
dr. Jože Marolt
prof. dr. Leo Matajč
prof. dr. Stane Stergar
prof. dr. Herbert Zaveršnik

31. 5. 1985 na Bledu

dr. Karel Bernik
prim. dr. Franc Brandstetter
dr. Ivan Hribernik
prim. dr. Judita Mešič
prof. dr. Božena Ravnihar
prim. dr. Igor Veter
prim. dr. Tatjana Zalokar

10. 4. 1986 v Radencih

dr. Miloš Borovšak
dr. Jože Čakš
dr. Janos Palancsai
dr. Franc Starc
mag. dr. Lea Talany-Pfeifer
dr. Majda Toplak-Ostan
dr. Vilma Vljaj-Przybylska

29. 5. 1987 v Novi Gorici

dr. Vasja Klavora
dr. Franci Koglot
dr. Edmond Kovačič

dr. Cvetka Merlak-Šubic
doc. dr. Anton Prijatelj

26. 5. 1988 v Ljubljani

dr. Ivan Cibic
prim. dr. Bogdan Leskovic
dr. Hubert Puppis
prof. dr. Čedomir Ravnik

12. 5. 1989 na Otočcu – Novo mesto

dr. Suzana Furlan
prim. dr. Tone Šavelj
dr. Bogomir Vodnik

18. 5. 1990 v Velenju

prim. dr. Alojz Fijavž
dr. Zdenko Gams
dr. Samo Pečar
doc. prim. dr. Slavko Peterlin

17. 5. 1991 v Izoli

dr. Stanislav Koblar
dr. Jože Trstenjak
dr. Božena Žen-Boh

8. 5. 1992 v Mariboru

prim. dr. Darja Benčan-Treppo
prim. dr. Janko Držečnik
prim. prof. dr. Edvard Glaser
prim. prof. dr. Zora Janžekovič
prim. dr. Kurt Kancler
prof. dr. Janko Kostnapfel
prim. dr. Milan Kotnik
prim. dr. Jožefa Simonič
dr. Aleksander Velkov
mag. dr. Vesna Bosanac

7. 5. 1993 v Ljubljani

prim. dr. Marko Demšar
dr. Aleksander Doplihar
prof. dr. Marjan Jerše
prof. dr. Stanka Krajnc-Simoneti
doc. dr. Marjan Premik
prof. dr. Matjaž Rode
prof. dr. Bojan Varl

Častno članstvo je bilo v zadnjih 30 letih po stanju leta 1993 podeljeno skupno 163 zdravnikom, od teh jih živi 82.

Podatki so zbrani iz arhiva Slovenskega zdravniškega društva in objav v Zdravstvenem vestniku.

**POROČILA PREDSEDNIŠČEV KOMISIJ
SZD, PREDSEDNIKA ČASTNEGA
RAZSODIŠČA SZD, GOSPODARJA SZD,
UREDNIŠTVA ZDRAVNIŠKEGA
VESTNIKA ZA OBDOBJE 1993–94**

POROČILO STROKOVNE KOMISIJE SZD

Slavko Rakovec

V obdobju od pomladi 1993 do pomladi 1994 je bilo delovanje Strokovne komisije (SK) usmerjeno tako kot doslej, zlasti v reševanje strokovnih vprašanj, ki so se pojavljala pri delu SZD kot celote in tudi njegovih delov, predvsem strokovnih sekcij. Pri tem velja poudariti:

- sodelovanje pri delu sekretariata in upravnega odbora SZD;
- sodelovanje z drugimi komisijami SZD (npr. s Komisijo za informacije pri pripravi TV oddaj idr.);
- pripravljane in sodelovanje pri izvedbi strokovnega dela 131. rednega letnega srečanja SZD leta 1994. Za moderatorja teme z naslovom »Zdravstvena vzgoja otrok in mladine« je bila izbrana dr. U. Arko, ki je (delno s pomočjo SK SZD) določila osem sodelavcev. Opredeljena so bila področja, ki jih bodo obravnavali, in čas, ki ga bodo imeli na voljo za predstavitev svojih prispevkov. Ustrezna obravnava na »srečanju« je zagotovljena, težava pa je glede objave gradiv v posebni številki Zdravniškega vestnika (ZV). Uredniški odbor namreč ni ugodno ocenil člankov glede izpolnjevanja meril za njihovo objavo. Kljub prizadevanjem SK in urednikov ZV se zdi, da tudi letos posebna številka ZV ne bo izšla in da bodo tisti prispevki, ki bodo ustrezali merilom, postopoma objavljeni v letošnjih številkah. Čeprav se zavedamo, da bi izostanek posebne številke ZV pomembno osiromašil strokovni del »srečanja«, pa moramo razumeti uredniški odbor, ki ne more dovoliti zmanjšanja kakovosti revije. SK se je tudi povežala z Zdravniško zbornico Slovenije z željo, da bi se strokovni del »srečanja«, priznal za obvezno strokovno izpopolnjevanje, ki je pogoj za licenco;
- priprava za strokovno temo za 132. redno letno srečanje SZD, ki bo leta 1995, je v teku. Izbran je naslov »Spolno prenosljive bolezni« in nosilec: Infektološka sekcija SZD (predsednik prof. dr. F. Pikelj). Cilj zgodnje določitve teme in nosilca je, da bi bilo dovolj časa za priprave in zlasti za objavo gradiv;
- obravnavanje predlogov za ustanovitev novih strokovnih sekcij: po pisni in ustni predstavitvi namenov in predvidenega delovanja dveh novih sekcij je sprejet pogojni sklep o njihovi ustanovitvi, ki ga bo SK posredovala UO in Skupščini SZD. Gre za Sekcijo za endoskopsko kirurgijo in Sekcijo za kemoterapijo. Pogoj za nadaljnji postopek je predložitev 15 podpisov članov SZD za vsako sekcijo. Ni sprejet sklep o ustanovitvi Sekcije raziskovalcev medicinskih ved, ker predlog ni ustrezno utemeljen;
- obravnavanje predloga za preimenovanje Ortopedsko-travmatološke sekcije v Ortopedsko sekcijo. Po pisni in ustni predstavitvi razlogov je po razpravi sprejet sklep o preimenovanju, ki bo posredovan UO in Skupščini SZD;
- usklajevanje dela in organiziranosti strokovnih sekcij SZD: akcija za ugotavljanje dejavnosti in nedejavnosti sekcij je pokazala izredno bogato delovanje nekaterih, zadovoljivo drugih in komaj zadostno tretjih. Namen tega prizadevanja SK ni kontrola, temveč pomoč pri oživitvi dejavnosti, kjer je to le možno doseči. Čim bolj živahno delovanje sekcij je najvažnejša naloga SK in tudi SZD v celoti. Temu cilju gre vsa naša podpora in sekcije lahko z gotovostjo računajo na našo pomoč. Ponovno jim ponujamo brezplačno finančno poslovanje, ki ga zanje lahko opravlja računovodska služba SZD in ki ga v zadnjem času uporablja vse več sekcij. Čeprav so sekcije v svojem strokovnem, organizacijskem in materialnem poslovanju doma in v tujini povsem samostojne, pa je zanje gotovo koristna povezava z drugimi sekcijami neposredno ali posredno prek SK, pa tudi z regijskimi društvi in telesi SZD. Naše društvo jim zagotavlja tudi mednarodno priznanje in krovnost, saj je član Svetovnega zdravniškega združenja (WMA);
- nadaljevanje prizadevanja, da Ministrstvo za zdravstvo čim bolj nedvoumno opredeli in objavi merila za podeljevanje nazivov (primarij idr.) in jih uskladi s prakso v urejenih evropskih državah. Jasno določena merila in njihovo dosledno upoštevanje so najboljši odgovor morebitnim pomislekom o pristranskem podeljevanju.

POROČILO KOMISIJE ZA INFORMACIJE SZD

Danica Rotar-Pavlič

Komisija za informacije SZD se je v letu 1993 osredotočila na izvajanje kratkoročnega programa, tj. promocije strokovnih medicinskih knjig ter leposlovnih del, katerih avtorji so slovenski zdravniki. Predstavili smo tudi nekaj prevodne literature.

Tako smo 22. 2. 1993 v dvorani Slovenskega zdravniškega društva predstavili dve novosti. Pri ljubljanski založbi Tangram je izšla knjiga prof. dr. Antona Dolenca z naslovom *Medicinska etika in deontologija – dokumenti s komentarji*. V njej je zajet zgodovinski pregled vseh etičnih in deontoloških zapisov v slovenskem, evropskem in svetovnem prostoru. Tehniška založba Slovenije je ponatisnila Anatomski atlas v treh delih, ki sta ga pripravila Bertolini in Leutert, prevedla pa dr. Alenka Dekleva.

Ob Tednu Rdečega križa smo 4. 5. 1993 pripravili predstavitev knjige Ženevske konvencije, ki jo je uredil prof. dr. Anton Dolenc. Na predstavitvi, ki smo jo v Mariboru pripravili v sodelovanju z Mestno organizacijo Rdečega križa Maribor, je zdravnik in novinar Vladimir Auer ob diapozitivih spregovoril o svojih vtisih glede vojne v Bosni.

Tednu otroka je bilo posvečeno srečanje 1. 10. 1993, ko smo v prostorih SZD predstavili gibanje Zdrav vrtec, predsednik Sklada za zdravje otrok Slovenije, dr. Marjan Mramor, pa je opisal založniško dejavnost sklada ter izvil naslednje novejši knjižice: *Moj otrok na počitnicah*, *Moj otrok ima vročino*, *Prehrana zdravega dojenčka*, *Zdrav vrtec in CINDI za otroke*.

Knjigo *Preprečevanje infekcij v zdravniških ordinacijah*, ki je avtorsko delo prof. dr. Ane Zlate Dragaš, smo predstavili 20. 10. 1993. Vsebinska te v slovenskem prostoru edinstvene knjige zajema najnovejšo strokovno znanje s področja obvladovanja okužb, do katerih lahko pride v zdravniških ordinacijah. Predstavili smo tudi knjigo *Psihosomatski bolnik v splošni ambulanti in njegovo zdravljenje*, ki jo je prevedla dr. Zlata Kralj, strokovno jo je recenziral doc. dr. Miklavž Petelin, izšla pa je pri DZS.

Novembra smo predstavili dve knjigi priznanega stomatologa prim. dr. Velimira Vulikića: *Beg iz pekla (Iz življenja vojaškega zdravnika)* in *Senator s Sv. Trojice (Povest o dr. Valentinu Rožiču in njegovem času)*. Knjigi sta izšli v samozaložbi.

Zadnje predstavitev v letu 1993 smo pripravili 15. 12. Novost, ki je izšla pri radovljiški založbi Didakta, je delo dr. Dimitrija Zrimška: *Družinska medicina z deontologijo in medicina v informatiki*. Knjigi je priložena tudi disketa s programskim paketom *Družina (Svetovanje) Profil*.

Promocije, o katerih mediji obširno poročajo, pripravljamo tudi v letošnjem letu. Predstavili smo že šest knjig.

S pomočjo strokovnih sekcij smo pripravili koledar snemanja petdesetih 5–10-minutnih televizijskih oddaj *Zdravje – naše največje bogastvo*. Na sporedu so ob petkih na 2. programu, ob ponedeljkih pa jih ponovijo še na 1. programu. Oddaje obravnavajo teme, ki so jih predlagale posamezne sekcije. Skupaj z uredništvom omenjenih oddaj smo opravili anketo, ki je pokazala, da so doslej objavljene prispevke gledalci zelo dobro sprejeli. Kar se tiče priprave oddaj, se po novem v kolofonu poleg nosilcev prispevka pojavlja tudi znak oz. ime Slovenskega zdravniškega društva. Odločili smo se, da uredimo avtorske pravice vseh sodelujočih zdravnikov in potem posamezne oddaje (po izbiri oz. kjer sodelujeta tudi Strokovna komisija in TVS) prenesemo na VHS kasete, ki jih bo distribuirala Televizija Slovenija.

Sodelovanje pri pripravljanju oddaj s skupnim naslovom *Da ne bi bolelo* je za Komisijo za informacije že tradicionalno.

Komisija za informacije je februarja 1993 pripravila objavo skupnega mnenja SZD, Zdravniške zbornice in Sekcije za akupunkturo glede najavljenega Kongresa komplementarne medicine v Ljubljani. Ugotavljamo, da so nekateri mediji zaradi nam nerazumljivih razlogov precej bolj naklonjeni alternativni kot klasični medicini. Zaradi številnih reklamnih akcij ob ponatisu knjige *Zdravniško preizkušeno zdravljenje artritisa* je Komisija za informacije organizirala tudi objavo skupnega stališča članov SZD, Zdravniške zbornice Slovenije in Revmatološke sekcije SZD. Mnenje sta poleg dnevnega tiska objavila tudi Zdravniški vestnik in revija *ISIS*.

Člani Komisije za informacije redno poročajo o živahni dejavnosti regijskih društev, kjer se na srečanjih zbere tudi prek 100 članov. Ker je v Zdravniškem vestniku še vedno premalo poročil o teh dogodkih v regijah, so se člani KI na zadnjem sestanku znova

dogovorili, da bodo v prihodnje za Zdravniški vestnik napisali več prispevkov.

Ob koncu tega poročila se vsem, ki so v letu 1993 kakorkoli doprinesli k uspešnosti Komisije za informacije SZD, lepo zahvaljujem in jih tudi letos vabim k aktivnemu sodelovanju v informacijskih dejavnostih komisije, društva in stroke.

POROČILO ORGANIZACIJSKE KOMISIJE SZD

Zlatko Fras

Organizacijska komisija SZD je sprejela program dela kmalu po svojem formalnem konstituiranju, po imenovanju vodstva in njenih posameznih članov v tem mandatnem obdobju. V pričujočem zapisu kot predsednik komisije skušam podrobneje osvetliti nekatere pomembnejše programske vidike delovanja komisije. Ker je potrebno delovanje komisije, kot je Organizacijska, razumeti predvsem kot kontinuiteto, gre za skupek programskih usmeritev, nekaterih poročil o že izvedenih aktivnostih pa tudi lastnih gledanj in odnosa do določenih vprašanj, ki jih komisija obravnava in skuša nanje vplivati.

V svoj program smo zapisali, da so področja delovanja komisije konkretnije izpeljave (v smeri obravnave in iskanja primernih rešitev) nekaterih iz pravilnika o delovanju komisije izhajajočih temeljnih izhodišč. Tam je zapisano, da med drugim:

«Organizacijska komisija UO SZD obravnava: stanovsko organiziranost in povezovanje slovenskih zdravnikov...»

Ker je bilo že v začetku delovanja komisije dovolj jasno izraženo mnenje članov, predstavnikov regionalnih društev, da v okoljih iz katerih izhajajo, ni enotnega mnenja in še manj odnosa do raznih oblik organiziranosti slovenskega zdravništva, je komisija skušala ta vprašanja z vso resnostjo obravnavati že od vsega začetka. Vendarle v tem primeru nikakor ni bilo mogoče ostati pri verbalni obravnavi, ta bi lahko trajala v nedogled; po tem ko je bil problem na sejah vodstva SZD večkrat zelo jasno in kritično izpostavljen, je bilo pričakovati, da bo mogoče predvsem v pogovorih vodstev posameznih organizacij priti do konsenza o dejanskem obsegu in področjih delovanja, do česar pa do trenutka pisanja tega poročila ni prišlo.

Vprašanja poklicnega dela in poklicne demografije zdravnikov, odnose in pravice zdravnikov iz delovnega razmerja...

Tudi ob teh vprašanjih je pomembno razmejiti pristojnosti, morda reševanje tovrstnih vprašanj (predvsem na področju zasebne zdravstvene dejavnosti) prepustiti Zdravniški zbornici Slovenije. Ne bilo bi odveč vzpostaviti nekakšne kritične kontrole izvedenih aktivnosti. Dodaten vidik, predvsem ob točki 3, je nenehno vztrajanje na doslednem izvajanju in upoštevanju pravic, ki gredo iz delovnega razmerja tudi zdravnikom. Prav v istem smislu je bila organizirana na to temo prav na pobudo Organizacijske komisije posebna delovna skupina na lanski, 130. redni letni skupščini SZD. *Vsa organizacijska vprašanja, ki zadevajo zdravnike ob spremembi v organizaciji zdravstva in zdravstvenega zavarovanja, predloge in mnenja o vprašanjih organizacije zdravstva...*

Tudi na tem področju je, predvsem zaradi določenih zakonskih opredelitev, glavno vlogo prevzela Zdravniška zbornica Slovenije. Formalna in pogajalska vloga, pomen, pa tudi upoštevanje mnenj SZD ob teh vprašanjih so dokaj majhni oziroma znatno oslabljeni. Vendar pa bo treba v prihodnje najti nekatere rešitve prek delovanja v smeri spremembe zakonodaje, prvenstveno na področju reševanja vprašanj, ki se tičejo dela zdravnikov v javnih zdravstvenih ustanovah, predvsem bolnišnicah. Ne glede na takšno splošno usmeritev pa je treba nenehno opozarjati na trenutno nastajajoče nepravilnosti, ki so posledica izvedbenih aktivnosti sedaj veljavne zakonodaje.

Vprašanja socialne varnosti članov SZD ter pridobitev stanovskih bonitet.

Nekatere teh aktivnosti so bile že predstavljene na 130. redni letni skupščini, je pa delovanje na tem področju nekako po nepotrebnem zamrlo. Vendarle je treba priznati, da je pridobivanje sta-

novskih bonitet dandanašnji zelo odvisno od tega, kaj lahko zdravniki, kot organizirana stanovska skupina prek posameznika, člana, ponudimo v zameno tistim, ki nam take bonitete nudijo (primer slovenskih zdravilišč).

«Organizacijska komisija vodi priprave za volitve organov v SZD.»
Vlogo Organizacijske komisije na tem področju velja videti predvsem v koordinaciji aktivnosti, ki so potrebne ob vsakokratnih volitvah v različne organe SZD. Ker traja mandat vseh organov in funkcionarjev v SZD 4 leta, tj. celotno obdobje med obema kongresoma, je racionalno, da bo delovanje na tem področju pojačeno predvsem v letu pred organizacijo kongresa. V ta namen je treba ustanoviti komisijo za volitve in imenovanja, ki pa ne more biti sestavljena le iz članov Organizacijske komisije.

Sekretariat SZD je že na svoji seji v marcu 1993 zadolžil Organizacijsko in Strokovno komisijo SZD, da pripravita predlog za reorganizacijo oz. kakovostno dograjevanje delovanja strokovnih sekcij. Na to temo je bil pripravljen osnutek izhodišč, o katerih bi bilo treba po našem prepričanju še razpravljati, predvsem v okviru strokovnih sekcij samih in jih po potrebi spremeniti, dopolniti. Poudariti je treba, da je delovanje v strokovnih sekcijah SZD temeljnega in vitalnega pomena za SZD. Zdi se umestno spodbujati in pospešiti pripravo konsistentnih strokovnih programov podiplomskega usposabljanja in izpopolnjevanja ter dati večji pomen strokovnim sekcijam pri izoblikovanju doktrinarnih stališč v slovenski medicini. Vendarle pa je bil poskus Organizacijske komisije ob tem vprašanju kaj slabo sprejet. V posameznih strokovnih sekcijah so ga razumeli kot nepotrebno poseganje v njihova področja delovanja, kar pa ni bil namen. Slednje smo jim jasno povedali tudi na letni skupščini SZD. Želeli smo predvsem poskušati zagotoviti večjo preglednost delovanja in racionalnejšo organiziranost. Vendarle na takratne pobude odziva ni, tako da se zdi še najbolje prepustiti delovanje na tem področju izključno Strokovni komisiji SZD, v kateri se sekcije oz. njihovi predstavniki združujejo in tudi redno sestajajo.

Skušamo biti dejavni tudi pri sooblikovanju oziroma vplivanju na (seveda oboje le posredno) obliko in predvsem v stanovskem delu, vsebino Zdravniškega vestnika. Ni izključeno, da je morda prav zaradi teh pobud nastala nova rubrika, ki obeta in že kaže dokaj veliko, in sicer Vprašanja–dileme–rešitve–perspektive. Sklenjeno je bilo tudi, da bodo sprožene aktivnosti za ustanovitev medicinske založbe, kar pa bo zelo verjetno treba v celoti prepustiti zasebni iniciativi.

Za stanovski del 131. redne letne skupščine Slovenskega zdravniškega društva se zdi umestno predlagati organizacijo Foruma slovenskih zdravnikov, združenih v SZD, ki bi obravnaval temo Organiziranost slovenskega zdravništva.

Šlo naj bi za poskus opredelitve konkretne vloge in medsebojnih odnosov posameznih organizacij, v katere so v tem času organizirani slovenski zdravniki: Slovensko zdravniško društvo, Zdravniška zbornica Slovenije, FIDES – sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije ter posamezna strokovna združenja, ki so organizirana zunaj omenjenih organizacij. Napak bi bilo, če bi pobudo kdorkoli skušal razumeti kot ponoven poskus vsiljevanja nekakšnih novih oblik ali avtoritarnega pogleda na organiziranost. Vendarle pa menim, da je naše skupno prepričanje, da se moramo vsaj začetni konstruktivno pogovarjati o tem in da se bo treba že v bližnji prihodnosti opredeliti do krovnosti določene stanovske organizacije.

Podrobnejši program oziroma izhodišča bi pripravili znotraj komisije in nekaterih drugih organov SZD in ga predstavili Upravnemu odboru SZD.

POROČILO KOMISIJE ZA ZVEZE Z ZAMEJSTVOM IN INOZEMSTVOM SZD

Majda Toplak-Ostan

V enoletnem obdobju od 130.–131. letnega srečanja slovenskih zdravnikov se je Komisija za zveze z zamejstvom in inozemstvom ukvarjala z naslednjimi dejavnostmi:

– Koroška zdravniška zbornica nam je poslala pisni material avstrijske organizacije »Materie in zdravniki proti atomski energiji« s ponudbo in željo, da tudi slovenski zdravniki sodelujemo v njihovi akciji proti atomskim centralam v srednji Evropi. Želja gibanja je preurediti oz. zamenjati atomske reaktorje s plinskimi in tako odstraniti nevarnosti in strahove, ki jih doživljamo v zadnjem desetletju. Avstrija je pripravljena pomagati Sloveniji s finančnimi sredstvi za preobrazbo atomske centrale v Krškem. Upravni odbor Slovenskega zdravniškega društva (UO SZD) je akcijo o zamenjavi atomskega reaktorja podprl ter povabil predsednico iniciativne skupine na razgovor v Ljubljano.

– Komisija je priredila dva uspešna izleta zdravnikov po domovini. V lepem vremenu, v maju 1993 smo si ogledali manj znane kraje zelene Štajerske z njihovimi kulturnimi spomeniki ter znamenitostmi, ki jih na žalost pogosto spregledamo (rimske izkopanine v Šempetru v Savinjski dolini, Žička kartuzija itn.). Jeseni 1993 pa nas je drugi izlet popeljal v dolino Soče. V Bovcu nas je pričakal pisec knjige »Modri križ«, že ponatisnjen in preveden v nemščino ter italijanščino, prim. dr. Vasja Klavora. V dveh dneh nam je pokazal kraje, kjer so v prvi svetovni vojni potekali boji soške fronte, v ofenzivah pa umirali vojaki vseh narodnosti, vpleteni v nesmiselno vojno. Ogledali smo si tudi muzej v Kobaridu in polni globokih vtisov in zahvale, kobariškemu muzeju poklonili lasersko kazalo. O izletih smo poročali v Zdravniškem vestniku.

– Po formalnem konstituiranju komisije, ki je bilo 14. 7. 1992, je bilo treba na novo napisati Pravilnik o organizaciji in delovanju komisije, da bi na podlagi le-tega komisija napravila svoj delovni program. Novi Pravilnik je bil sprejet na seji UO SZD dne 4. 12. 1992 v Slovenj Gradcu brez zadržkov. Na seji UO z dne 16. 12. 1993 pa so člani odbora komisiji želeli zmanjšati pristojnosti, ki izvirajo iz Pravilnika in programa komisije ter s tem omejili delo komisije samo na stike s slovenskimi zdravniki, ki živijo v zamejstvu (Italija, Avstrija). Zaradi tega je verjetno treba napisati nov Pravilnik o delovanju in spremeniti program dela. Člani komisije smo s sklepom z dne 18. 12. 1993 prosili UO SZD za natančno opredelitev, kateri deli Pravilnika sedaj niso ustrezni, ob prvotnem sprejemu Pravilnika pa so bili in zakaj ne. Na sestanku komisije 18. 4. 1994 bomo to mnenje obravnavali in sprejeli ustrezen sklep, kako dalje.

– Slovenskemu zdravniškemu društvu v Trstu smo že ponudili predavatelje, ki bi jim predavali o temah, ki so za njih zanimive. Kot prva sta 15. 4. 1994 predavala prof. dr. J. Drinovec in doc. dr. A. Prijatelj na temo »Zdravniški vestnik nekoč in danes«.

POROČILO ČASTNEGA RAZSODIŠČA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

Marko Kolenc

Člani Častnega razsodišča Slovenskega zdravniškega društva (ČR SZD) so bili poleg predsednika prof. dr. Marka Kolenca (3), dr. Ivan Zupanc (3), dr. Andrej Drozg (2), prim. dr. Zmago Turk (1) in prim. dr. Jurij Pesjak (0).

Tožilka je bila prim. dr. Marjeta Macerol-Hiti (2) in njen namestnik dr. Aleš Breclj (2).

Namestniki članov ČR SZD, prim. dr. Vasja Klavora (0), prim. dr. Oto Herman (1), dr. Kamilo Lukanovič (0), prim. dr. Janez Vrbošek (0) in dr. Andreja Smukavec (0), so bili vabljeni na seje le v primeru, če so člani ČR SZD najavili svoj izostanek predhodno. Žal pa ti to store le izjemoma, tako da je bila 9. seja nesklepčna. (V oklepajih je podano število sej, na katerih je imenovan bil prisoten.)

ČR SZD je v zadnjem letu imelo 3 seje (7., 8., 9. sejo tega mandatnega obdobja).

Obravnavali smo 11 predloženih zadev. V dveh primerih je šlo za pritožbo zdravnika proti zdravniku(om), v osmih primerih bolnikov oz. njihovih zastopnikov proti zdravnikom in v enem primeru organizacije proti zdravniku.

V prijavi zdravnika proti zdravniku gre v enem primeru za večletno nasprotovanje posameznika proti delu večje skupine

kolegov po stroki, v drugem primeru pa za kritiko eminentne funkcionarke v zvezi z obelodanjenjem kritične presoje o določnem diagnostičnem postopku.

V tožbah bolnika ali njihovih zastopnikov proti zdravniku(om) gre le v dveh primerih za napačno ali malomarno zdravljenje. Najčesče (sedemkrat) gre v tej skupini za neprimerne, neetične postopke. To kaže na to, da bi morali ob delu bolj prislusniti težavam bolnikov in skušati krotiti nevoljo, povzročeno marsikdaj po obilici dela, preštevilnih bolnikih in drugih neugodnih zapletov. ČR SZD je v enem primeru predhodni predlog Upravnemu odboru SZD o trajni izključitvi člana iz SZD prekvalificiralo v izrek trajne izključitve zaradi spremenjenega Pravilnika o delu ČR SZD. Sicer pa je bila najhujša stopnja izreka le stališče, ki je najblažja oblika izreka in jo je ČR SZD uporabilo le enkrat. Zavrnilo je pet zadev, ustavilo zaradi pomanjkanja dejstev ali nesodelovanja strank dve zadevi, odložilo pa dve zadevi dokler se na drugih obravnavah ne dokaže morebitna krivda.

Zadnje čase se je ČR SZD ukvarjalo tudi s kolizijo dela ČR SZD in Rzsodišča ZZS. Pravilnika obeh rzsodišč v mnogih točkah določata isto področje delovanja. Zato smo v ČR SZD pričeli pripravljati »sporazum o delitvi dela obeh rzsodišč«, ki bi načelno razmejil njuno delovanje. Za sedaj je prišlo do mišljenj, da bi ČR SZD obravnavalo morebitna kršenja Medicinskega deontološkega kodeksa, kršenja Statuta in pravilnikov društva in skrbelo za spravo med člani. Rzsodišče ZZS pa naj bi obravnavalo strokovne napake zdravnikov, kazenske zadeve in kršenja Statuta in pravilnikov ZZS.

Žal razprav o stališčih do alternativnih vej medicine, za katere smo se v lanskem poročilu ogrevali, na SZD niti na ZZS ni bilo in tako ostaja to polje nedorečeno.

POROČILO GOSPODARJA SZD

Aleksander Doplibar

V preteklem enoletnem obdobju je bilo delo gospodarja usmerjeno predvsem v postopke denacionalizacije stavb Komenskega 4 in Dalmatinova 10 v Ljubljani in njih pospešitev.

Kljub naporom je postopek za denacionalizacijo stavbe Doma slovenskih zdravnikov na Komenskega 4 le neznatno napredoval. Ker je stavba pod spomeniškim varstvom, uvrščena je namreč med spomenike zaradi njene vloge v času med drugo svetovno vojno in predstavlja ponazoritev pomembne vloge, ki so jo imeli slovensko zdravstvo in zdravniki v tem obdobju, je celoten postopek prenesen na Ministrstvo za kulturo.

Dokumentaciji za denacionalizacijo smo dodali tudi oceno vlaganj v stavbo v času koriščenja, ki so močno presejala samo redno vzdrževanje in zato predstavljajo v finančni oceni več vrednosti stavbe. Z našo oceno in interpretacijo se družina Derganc, upravičenci do vrnitve, niso strinjali in so predlagali novo oceno, ki pa je še nismo prejeli. Čakanje na novo oceno pa pomeni mirovanje postopka.

Postopek za vrnitev stavbe na Dalmatinovi 10 pa bi bil lahko že zaključen, če zavezanec za vračilo Občina Ljubljana Center ne bi s postopkom zavlačeval in pri tem koristil predvsem formalno, čeprav pravno opravičljivo oviro, vztrajajoč na dejstvu, da stavbo lahko vrne le Slovenskemu zdravniškemu društvu v celoti in ne tako, kot predlaga naš zahtevek, da stavbo vrnejo v skupno last Slovenskemu zdravniškemu društvu in Zdravniški zbornici. Stavba je bila namreč pred ukinitvijo zbornice leta 1946 last obeh institucij in je ob ukinitvi zbornice prešla v last Slovenskega zdravniškega društva kot takratnega edinega lastnika. Zaradi tega naj bi tudi denacionalizacija vključevala kot edinega upravičenca za vrnitev le Slovensko zdravniško društvo. Zapletu smo se želeli izogniti z ustreznim dogovorom o prenosu lastnine med Slovenskim zdravniškim društvom in Zdravniško zbornico Slovenije, vendar nam to v celoti ni uspelo in zato postopek kljub številnim intervencam in dogovorom še vedno ni zaključen.

V letu 1993 smo opravljali redna vzdrževalna dela na obeh stavbah z omejitvijo na najnujnejše, predvsem zaradi nejasnosti v pogledu bodočega lastništva.

Na stavbi Doma slovenskih zdravnikov smo opravili popravilo strehe, ki je bilo nujno, saj je zaradi preperelega dimnika in zarjavele pločevine obrob prihajalo do zamakanja. Dela so bila opravljena v mesecu aprilu in maju 1993.

Zaradi nujnosti smo pristopili tudi k sanaciji vodovodne napeljave in opravili druga manjša vzdrževalna dela, kot so ureditev in zamenjava toplotne črpalke in števca ter podobno.

Prav tako smo opravili tudi vsa nujna vzdrževalna dela v stavbi na Dalmatinovi 10, ki so bila omejena predvsem na ureditev stopnišča in veže. Ureditev lastništva in prevzem stavbe v upravljanje bo v prihodnjih letih predstavljal veliko obveznost tako s finančnega kot tudi ureditvenega aspekta, saj je stavba zelo zanemarjena in v zadnjih letih zelo slabo vzdrževana, če ne upoštevamo vseh problemov in težav, ki so in bodo nastopile zaradi nekritične nadzidave, s katero je bila porušena statična stabilnost stavbe in bo k le-tej nujno pristopiti takoj.

V letu 1993 smo za potrebe računovodstva in pisarn nabavili le najnujnejše. V letu 1994 pa bo nujno razmišljati o preureditvi pisarniških prostorov za njihovo boljšo funkcionalnost in izgled, ki naj bo primeren ustanovi, ki jo predstavljajo.

POROČILO UREDNIŠTVA ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA ZA LETO 1993

Jože Drinovec, Martin Janko

V letu 1993 smo skupaj izdali 13 števil Zdravniškega vestnika, ena je bila dvojna, dva suplementa, sedem je bilo rednih števil, ena številka Kliničnega centra, ena Medicinske fakultete, pomurska, številka Hematološke klinike. Prvi suplement je obravnaval nevrofiziološke vidike vidnega sistema, drugi pa je vseboval dela Združenja kirurgov Slovenije.

Sumarično prikazujemo objavljeno gradivo v tabeli. Pomembno se povečuje število strani za pregledne članke, razglede, oglase in zelene strani, zmanjšuje pa se število strani, ki jih polnijo »pisma uredništvu«.

Pregled objavljenega gradiva v Zdravniškem vestniku v letu 1993 po številu člankov in straneh.

Rubrika	Število člankov	Število strani
Uvodniki	11	30
Raziskovalni prispevki	22	123
Strokovni prispevki	56	207
Pregledni prispevki	22	97
Pisma uredništvu	12	25
Razgledi		119
Oglasi		118
Zelene strani		60

Skupaj s Pomurskim zdravniškim društvom smo organizirali odmevno javno promocijo njihove številke. Ob tem se zanimanje za tematske, regijske in institucijske številke še naprej povečuje, prav tako organizacijska in tudi strokovna raven sorednikov in piscev teh števil.

V letu 1993 smo uvedli novo rubriko »Vprašanja–dileme–rešitve–predlogi« – to je široko zasnovano razpravo o vprašanjih, ki prizadevajo zdravništvo. V 12. številki ZV smo prvič uvedli barvne oglase, za katere se je pokazalo izjemno zanimanje.

Gmotno stanje v Zdravniškem vestniku je nespremenjeno, delež iz članarine SZD se naprej zmanjšuje. Ne dobivamo sredstev iz Ministrstva za izobraževanje, delež sredstev iz Ministrstva za zdravstvo je bil v enakem obsegu kot prej, delež sredstev od zdravstvenih zavarovalnic pa simboličen.

Izboljšanje kakovosti, inovativnost, potrebnost in profesionalnost ostajajo naši nikoli povsem uresničeni cilji tudi naprej.

GOVOR PREDSEDNIKA SZD V LAŠKEM NA 131. LETNI SKUPŠČINI

Anton Dolenc

Moto:

Narava zdravniškega dela je taka, da ga ni mogoče izčrpno predpisati z navodili in prav tako ne kontrolirati, kot lahko kontroliramo glede na količino in kakovost industrijski produkt. Zato je notranja etična kontrola toliko bolj potrebna in pomembna.

(J. Milčinski, 1965)

Uvod

Uvodoma citiramo zapis prim. dr. K. Kanclerja, predsednika ZZS (ISIS 1994): »Menim, da je nastopil čas, ko slovenski zdravniki povemo odločen, ne' dosedanjemu obravnavanju zdravnikov na Slovenskem. Plačati zdravnika po 21-ih letih šolanja (to je danes najkrajši čas, da postaneš zdravnik) s plačo pod 50.000 SIT je nesramnost, je ironija, je nadaljevanje politike zatiranja intelektualcev, še posebno zdravnikov iz polpretekle dobe. Danes imamo v Sloveniji več kot 5000 zdravnikov in zobozdravnikov, ki smo globoko užaljeni in hudo nezadovoljni. Mislim, da je nezadovoljen zdravnik slab zdravnik. In če odločujočim v naši vladi že ni do razpoložnja intelektualnega potenciala 5000 izobražencev, bi morala tako vlada kot tudi stranke misliti na 2 milijona ljudi, ki jih zdravniki zdravimo.«

SZD in WMA

Slovenski zdravniki se kot člani WMA zavedamo svoje odgovornosti do svetovne zdravniške organizacije. Svojo pripadnost tej organizaciji vidimo v doslednem izpolnjevanju njenih načel in njenega poslanstva. Iz posameznih, prek 70 deklaracij WMA navajamo: Zdravniki morajo poznati in varovati pravice bolnikov, posebno tistih, o katerih govori deklaracija SZZ iz Lizbone.

Da bi zdravniki lahko brez zunanje vplivanja zdravili svoje bolnike, morajo biti pri zdravljenju svojih bolnikov poklicno neodvisni: imeti morajo možnost strokovno presojati in sprejemati klinične in etične odločitve, ki so v zvezi z zdravljenjem bolnikov. *Da bi zdravniki lahko zastopali in branili zdravstvene potrebe svojih bolnikov pred vsemi, ki bi odklanjali ali ovirali zdravljenje bolnikov ali ranjencev, morajo biti poklicno neodvisni.*

Pri svojem poklicnem delu in pri oskrbi bolnikov zdravniki niso vezani na prednosti, ki so jih za razdeljevanje in porabo zdravil in medicinskih pripomočkov, ki so na voljo le v omejenih količinah, določila vlada ali družba. Če bi se zdravniki ravnali po teh prednostih, bi prišli v nasprotje s poklicnimi dolžnostmi do bolnikov in se s tem odpovedali poklicni neodvisnosti, ki jo bolnik pričakuje.

Čeprav se mora zdravnik zavedati stroškov zdravljenja in ravnati tako, da bodo čim manjši, je njegova prva dolžnost upoštevati potrebe bolnika ali ranjenca do mere, ko bi bila ogrožena zdravje ali celo življenje bolnika.

Če skupnost zagotavlja neodvisnost in poklicno svobodo zdravnikov pri opravljanju njihovega poklica, s tem zagotavlja tudi najkvalitetnejše zdravstveno varstvo svojim državljanom in s tem obstoj močne in trdne družbe (WMA, Rancho Mirage, 1986).

Iz deklaracije o poklicni samostojnosti in samonadzoru zdravnikov (WMA, Rancho Mirage, 1986) sledi: *Osrednji element strokovne samostojnosti je zagotovilo, da lahko vsak posamezni zdravnik svobodno sprejema strokovne odločitve v zdravstvenem varstvu in zdravljenju svojih bolnikov.*

Kot dopolnilo k pravici do strokovne samostojnosti ima zdravstvena stroka tudi stalno dolžnost, da sama skrbi za red v lastnih vrstah.

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

Kolektivno delovanje nacionalnega zdravniškega združenja bo pri prevzemanju odgovornosti za izvajanje sistema strokovnega samonadzora okrepilo in zagotovilo pravico posameznega zdravnika, da nihče ne bi posegal v njegovo strokovno presojo in molčečnost (WMA, Madrid, 1876)

V resoluciji 40. generalnega srečanja na Dunaju je bilo sprejeto: *SZZ najodločneje podpira ukrepe nacionalnih zdravniških združenj, ki naj zavarujejo zdravnikove strokovne odločitve pred vsakršnim vmešavanjem, ki bi lahko povzročile negativne posledice pri bolnikih, odgovoren zanje pa bi bil zdravnik.*

Svojo aktivno udeležbo v članstvu WMA bo SZD dokazalo tudi tako, da bo pripravilo poleg sugestij tudi temelje resolucij oziroma deklaracij v zvezi z vprašanji: zdravnik in izvedenstvo, zdravnik in zavarovalništvo, zdravnik in urgentna medicina ter GRS, zdravnik in krvodajalstvo ter transfuzija krvi idr.

Ker smo do zdaj že prevedli vse objavljene deklaracije WMA, pomeni, da se članstvo SZD lahko aktivno vključi v predloge, s katerimi dodatnimi deklaracijami naj WMA v bodoče še dopolni svoje poslanstvo. Kajti eno od temeljnih dolžnosti nacionalnih združenj je, da so pobudniki nadaljnjih usmeritev in dejavnosti te organizacije.

Zdravniški stan v današnjih razmerah v Sloveniji

Očitno so zdravniki, ki so bili prepričani, da se bo status zdravništva v državi Sloveniji brez zavlačevanja in sprenevedanja vrnil vsaj na izhodišča Versajske Jugoslavije in da se bo uveljavila zakonodaja, ki bo zdravnikom brez zadržkov vrnila tradicionalne pravice, ostali razočarani in v manjšini. Zdravniška zbornica je sicer nastala, toda pogajanja za zdravniški status so se zavlekla in odlašala, nezaupanje do oblasti pa se stopnjuje, nezadovoljenost zdravnika pa raste in je danes nedvomno pred vreliščem.

Odnos družbe do zdravnika v sedanjem času lahko opredelimo kot obdobje primitivizma, antikulture in antiintelektualizma. Za primer opozarjamo na Zakon o visokem šolstvu in predlog Zakona o šolski inšpekciji. Zakon o visokem šolstvu 60. člen, odst. 2, določa: *Redni profesor lahko ne glede na izpolnjevanje predpisanih pogojev za upokojitve zaseda delovno mesto (...) do doseženega 65. leta starosti.*

56. člen istega zakona: *Če Univerza izostri merila za izvolitev v naziv rednega profesorja in znanstvenega svetnika, lahko redni profesorji in znanstveni svetniki, izvoljeni po prejšnjih merilih, zabtevajo ponovno izvolitev v naziv po novih merilih.*

Pridobitev nazivov v skladu s prejšnjim odstavkom se posebej označi v evidenci ter upošteva pri izbiri kandidatov za najodgovornejše funkcije in pri določitvi plače.

Ali se bomo v skrajnosti vprašali pri takih »zakonitostih«, ki govorijo o nelegitimnosti habilitacij v preteklem času in se že pojavljajo posamezni klici po reviziji posameznih doktoratov znanosti in ali bomo verjeli, da rektor lahko upravlja s 25 fakultetami in prek 300 univerzitetnimi enotami in da bo tako upravljanje neposredno in učinkovito. Ali bo vladni svet za visoko šolstvo kaj boljši kot dosedanji svet univerze ne glede na ustanovitelja in družbeni interes navzlic ekspertnim komisijam, ki jih oblikuje prav ta svet, ne pa Univerza. Že samo s tega vidika se vidi, kako »podružbljena« bo univerza v bodoče. In ali potem ni vprašljivo, da se soočamo s predlogom za ureditev statusa Medicinske fakultete kot najvišje medicinske visokošolske raziskovalne in zdravstvene ustanove v Sloveniji (ki je bil nedavno tega odposlan vsem »merodajnim« v republiki). Ob takem stališču zakonodajalca do nacionalnih institucij v tej državi. MF in njene enote po naši oceni niso dolžne seznanjati »vladajočega razreda« o dejavnostih, kar že tradicionalno opravljajo in v kaj so usmerjene, ampak bi si ministri morali prek svojih strokovnih služb ustvariti objektiven vpogled v njihovo dejavnost in bodočnost.

Še hušje ponižanje intelektualcev izhaja iz predloga Zakona o šolski inšpekciji (člen 16), ki govori o suspenzu: *Če iz dejstev, ugotovljenih pri nadzoru, izbaja utemeljen sum, da je delavec, ravnatelj oziroma direktor, pomočnik ali vodja enote zasvojen z mamili oziroma alkoholom, da pridobiva predšolske otroke, učence in dijake za uživanje mamil in jim mamila prodaja, da izvaja fizično nasilje nad predšolskimi otroki, učenci in dijaki, da žali njihovo dostojanstvo, da izrablja vzgojo in izobraževanje za vzpodbujanje nestrpnosti do drugih in drugačnih s tem, da napepljuje k spolni zlorabi ali spolno zlorablja šolske otroke, učence oziroma dijake, labko inšpektor izreče suspenz in predlaga uvedbo disciplinskega postopka.*

(Nekaj podobnega so pred desetletjem poskušali v ZDA, od koder je verjetno tudi ta modrost, ki se je končala s hudimi posledicami za šolstvo, učence in starše.)

Slovenska Medicinska univerza (?)

Prihaja čas, ko bomo Slovenci morali začeti razmišljati, da ustanovimo Medicinsko univerzo z lastnim rektoratom in rektorjem, ki bi bila intenzivneje povezana kot najvišja zdravstvena šola z zdravstvom kot najvišja znanstvena institucija na zdravstvenem področju. Tako bi nastajala medicinska doktrina na MF, ne pa da se opiramo na razširjene strokovne kolegije. Visoka šola za zdravstvene delavce v Ljubljani poleg MF in zametkov enake fakultete v Mariboru bi že bili temelji Medicinske univerze – visokošolski programi za podiplomski študij, kot jih imamo, poleg magisterijev in doktoratov, pa že danes opravičujejo tako zamisel. SZD kot eden od ustanoviteljev Univerze in MF bi v tem prelomnem času moralo prispevati, da bi prišlo do uresničitve te zamisli.

Zdravstvena zakonodaja

Že leta 1932 smo v Versajski Sloveniji dobili »novo« zdravstveno zakonodajo, ki je glede na današnjo dosledno uredila razmerja v osrednji zdravstveni službi, v bolnišnicah, v zdravstvenih občinah in zadrugah, v zdravstvu in zaščiti učencev in učiteljev; pa tudi nadzorstvo nad živili, zatiranje nalezljivih bolezni, o lekarnah, drogah in strupih in zdravila. V 8. poglavju pa je obravnavala zdravnike, zdravnike-specialiste ter pomožno osebje v socialni in zdravstveni službi z ustreznimi zakoni, uredbami in pravilniki, ki so določali delokrog zdravstvene službe in njenih organov v bolnišnicah ter higienskih ustanovah in po deželi. Opredeljen je tudi bil zdravniški stan, ki je bil obvezno organiziran v zdravniških zbornicah, po odredbah zakona.

Bodoči zakon o zdravnikih, ki naj bi obljubljen in podrobneje združil vso vsebino, ki je do sedaj zajeta v Zakonu o zdravstveni dejavnosti, je treba pripraviti za sprejem še v tem letu. V njem je treba urediti status slovenskega zdravnika, ki mora vsebovati vse temeljne pravice in dolžnosti po merilih evropskega zdravništva. Zato SZD ne bo pristalo le na delne rešitve, kot bi si jih zamišljali državni uradniki, ki so že v sedanjem Zakonu o zdravstveni dejavnosti dokazali svojo razvojno slepoto. Zato bo zakon moral dokončno in perspektivno rešiti vprašanje zdravnikov-pripravnikov, zdravnikov-sekundarijev, zdravnikov v javni in privatni službi, zdravnikov specialistov in specializantov.

K vprašanju zdravnikov-pripravnikov

Dosedanja praksa je navzlic formalnim rešitvam še vedno tradicionalno realsocialistična, ko zdravniki-pripravniki dobivajo po 14.000 tolarjev mesečnih dohodkov (najbolj zaostreno je stanje v ljubljanski regiji). Na ta način ustvarja vlada socialni sloj, od katerega v bodoče ne bo mogla pričakovati sodelovanja in solidarnosti. Zdravništvo Slovenije bo v skrajnosti zahtevalo razpis notranje solidarnosti za pripravnike na račun drugih finančnih obveznosti zdravstvenih ustanov, celo do članarine skupnosti zdravstvenih zavodov Slovenije. Če država predpiše obveznost kot je npr. staž, sekundariat, ga je dolžna tudi financirati, če ne ostaja taka zakonska določba na ravni uzakonjenega prisilnega dela. Pri

tem pa je treba še posebej izdvojiti, da staž za zdravnike traja le 6 mesecev, za razliko od drugega zdravstvenega osebja, kjer je ostal v trajanju 12 mesecev. Ta logika ni z ničemer, pa tudi ne s sekundariatom, podprta.

Bodoča Združena zdravniška liga Slovenije ali Združeni zdravniški zbor Slovenije

V dneh 6. in 7. 5. 1994 je prišlo v Cerknem do usklajevalnega srečanja zdravniških organizacij Slovenije: Fides-a, ZZS in SZD, kjer je bil dosežen dogovor o bodočem medsebojnem sodelovanju, ki ga bo usklajeval poseben Koordinacijski odbor. Ta Združeni zdravniški zbor bo nastopal usklajeno, predvsem pa na podlagi ugotovitev podpisnikov, da so aktualna vprašanja do te mere zaostrena, da je takojšnji skupni nastop nujen zlasti: za zagotovitev pravic, ki gredo zdravnikom glede na zahtevnost in odgovornost njihovega dela, za vzpostavitev večjega vpliva podpisnikov na ustvarjanje zdravstvene politike in sodoben odnos Zavoda za zdravstveno zavarovanje do zdravnikov, nosilcev zdravstvene dejavnosti. Skupna zahteva je bila, da se nemudoma uredi strokovna, organizacijska in finančna stran podiplomskega izobraževanja, usposabljanja in stalnega izpopolnjevanja zdravnikov; da se pripravi osnutek zakona o zdravnikih in da se koordinira mednarodno delovanje zdravniških organizacij Slovenije.

Enaki koordinacijski odbori zdravniške lige se bodo po sklepu vseh treh zdravniških organizacij ustanovili tudi po regijah, s tem pa se bodo zdravniške organizacije povezale na celotni državni ravni.

Predstavniki slovenskih zdravniških organizacij so na navedenem sestanku ugotovili, da je do srečanja prišlo zaradi nezadovoljstva in skrbi članstva zaradi materialnega položaja slovenskega zdravnika. Po sprejemu kolektivne pogodbe, zakona o plačah v javnih zavodih in državni upravi ter pravilnika o nagrajevanju je bilo soglasno ugotovljeno, da so zdravnike ponovno izigrali.

Navedeno združevanje zdravniških organizacij nesporno dokazuje zakonsko (hoteno, nehoteno) neurejenost s strani države, ki očitno želi tudi v bodoče ravnati z zdravništvom po ustaljenih in utrjenih realsocialističnih merilih, ki so že doživela zgodovinsko katastrofo.

Na srečanju v Cerknem so vse tri organizacije izdale tudi komunique, ki potrjuje, da smo slovenski zdravniki po sprejemu prej navedenih dokumentov bili ponovno diskriminirani in izigrani. Med izigrane spadajo tudi zdravniki in stomatologi, ki so študij zaključili po avgustu 1993, ki še do danes niso uspeli pričeti z zakonsko določenim pripravništvom. To skrb država očitno prepušča starejšim diplomantom, Ministrstvo za zdravstvo pa ne upošteva 34. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki določa: Minister, pristojen za zdravstvo, predpiše v sodelovanju s pristojno zbornico pogoje, ki jih morajo za izvajanje pripravništva, sekundariata in specializacije izpolnjevati zdravstveni zavodi.

Zdravstveni zavodi, ki izpolnjujejo pogoje iz prejšnjega odstavka, so dolžni sprejeti na usposabljanje in zaposliti pripravnike in sekundarije oziroma sprejeti na usposabljanje specializante.

Zdravstveni zavod sprejme na usposabljanje sekundarije tudi, če ime že zasedena vsa z merili predvidena delovna mesta. Sredstva za plačilo osebnih dohodkov, prispevkov za pokojninsko in invalidsko zavarovanje ter zdravstveno zavarovanje zagotavlja proračun Republike Slovenije.

SZD zahteva javni odgovor ministra za zdravstvo, kako si lahko pod tako nedvomno določbo po svoje zamišlja uresničevanje 34. člena oziroma, s kakšno metodologijo poskuša financiranje pripravnikov znova podvaliti zdravstvenim organizacijam, kar je rešitev, ki jo poznamo iz polpreteklega, realsocialističnega obdobja.

Na vloge prizadetih mladih zdravnikov prej navedena institucija ni odgovarjala niti ni vlog prizadetih (po našem vedenju) posredovala z aferami preobremenjenemu parlamentu. Še za kaj lažjega v urejeni državi bi ministra »odstopili«, pri nas po načelu »minister Gregor pa nič« se ničesar ne zgodi, razen zagotovil nasprotne strani (poimensko), da bi lahko dobili še slabšega ministra.

Financiranje pripravnikov ne more postati solidarnostni odnos regij in zdravstvenih organizacij, da iz lastnih sredstev plačujejo pripravnike (najslabša je že tradicionalno ljubljanska). Kajti tako nizka »odpravnina«, kot je določena danes, ne more biti solidna osnova bodoče delavoljnosti, pripadnosti in morale slovenskih zdravnikov. Ne moremo ponavljati stanja izjemnih razmer po letu 1945, ko je slovenski zdravnik delal za tri, da je ustvaril mednarodno zavidljivo raven zdravstvenega varstva, sam pa je, razen izjem, postal socialni problem družbe. Menim, da bi ta država že vsaj do te mere morala biti pravno urejena, da izvoljeni, imenovani in odgovorni v državi ne bi mogli več prelagati perečega zdravniškega vprašanja kot žogo iz roke v roko kot udeleženci v rokometni igri najslabše vrste.

Ali bomo v tej državi še nadalje vztrajali pri tem, kar lahko povzamemo iz Pygmaliona B. Shawa, ko je lord očital nemoralo očetu, ki je za 5 funtov prodal svojo hčer, pa mu je ta odgovoril: »V stanu, od koder prihajam, smo tako revni, da si morale ne moremo privoščiti.«

Postopno ukinjanje dežurstva in hišnih obiskov

Ministrstvo za delo je pred kratkim sprejelo »humani« zakonski predpis, da zdravnik ne more opravljati več kot 40 nadur (dežurstva) na mesec. Ob znani kadrovske situaciji (predvsem na periferiji, pa tudi v nekaterih institucijah v medicinskih centrih), pomeni taka določba odpravo služb stalnega zdravstvenega varstva. Ob takem predpisu je mogoče rešiti to le z novimi nastavitvami (česar pa država ne sprejema), kršenjem teh določil, ali z odpravo stalnega dežurstva v celotnih regijah in nujnih medicinskih službah. S strani Ministrstva za zdravstvo ni bil doslej objavljen noben komunike, ki bi nasprotoval tovrstni zakonski odločitvi. Zdravniki ne moremo sprejemati odločitev izven naših vrst, za katere bi v končni obliki odgovarjali sami.

Problematika hišnih obiskov se zaostre. Zdravniki splošne medicine in zdravniški sindikat ugotavljata vedno večji nered. V 10 letih (1980–1990) je izkazan padec hišnih obiskov prek 37%; v nekaterih regijah (Celje, Novo mesto, Ljubljana) pa kar za 50%. Nagrajevanje v R Sloveniji je neenotno od –10 DEM (Avstrija 135 ATS, Nemčija 35–40 DEM).

Koliko vrednotijo človeka v naši stvarnosti, dokazuje tudi ovrednotenje zdravnikove storitve. Če je ocenjen veterinarski pregled npr. za psa na okoli 1400 tolarjev; pregled zavarovanca, ki se je zgrudil na cesti in je za diferencialno diagnostiko poleg splošnega pregleda potreben vsaj še EKG, pa na tretjino navedenega, potem take razmere ocenjujemo prej pasji eldorado kot pa urejeno državo. Potrditev tega nam je zadnja transplantacija srca, ki je stala državo nekaj dežurnih ur za ekipo, ki je operirala nepretrgano vso noč. Kdo jih je pohvalil in kdo nagradil?

Financiranje zdravstva

Tekoče financiranje zdravstva je samo popravljane prejšnje politike preteklega obdobja, ne pa kdo ve kakšno boga hvalevredno dejanje, še posebej, ko je še vedno ob kadrovske in materialni insuficijen (nekateri enote v zdravstvu so vendarle izjema) in se je prispevna stopnja večkrat zapovrstjo zniževala, denar pa se je namenjal v druge namene kot državno ali kakršnokoli drugo »namensko« posojilo.

Ob nam vsem tako vodeni politiki zavarovalnice postane vseeno, ali gre denar v celoti že v začetku v državni erar (Kopač in sod.) ali pa vladi zvest direktorij zadeve opravlja, kot misli vlada, da je treba. Na takšno politiko in druge prevare v zavarovalništvu (npr. t. im. dodatno prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje) mora v najkrajšem času kot nujno slediti ustanavljanje konkurenčnih, ne več t. im. »državnih zavarovalnic«, da država ne bo na enem mestu kopičila in odvajala denarja.

Privatizacija v zdravstvu

Če se zdravniki počasi in obotavljaje odločajo za privatizacijo, je nezaupanje v državo ali pa tudi v vsebino nedavno izglasovanega

obrnelega zakona. Enako bi se namreč lahko v bodoče pokazalo tudi pri vladni praksi za zdravništvo: nizka cena pogodbenih storitev zavarovalnice in visoke davčne dajatve, kar bi »državotvorna« zakonodaja selektivno urejala v bodoče.

V tem procesu privatizacije se pojavljajo vprašanja, katere dejavnosti ne bi mogle in smele iz javnega v privatno zdravstvo. Ob teh vprašanjih pa nastopajo v čudni luči posamezni razširjeni strokovni kolegiji, ki ocenjujejo zadeve s stališča državnega upravnega telesa s prepovedmi in zapovedmi, do katerih nimajo kot posvetovalna telesa kompetenc, ki si jih prilaščajo. Na ginekološkem področju je prišlo do razhajanj, h kateremu bodo naša delovna telesa (strokovna komisija SZD, pravno-etična komisija ZZS in drugi) dali ob sodelovanju pravnikov objektivno podprta mnenja.

Razširjeni strokovni kolegiji

Že prej navedeno kaže na to, da vedno bolj silijo v ospredje vprašanja o upravičenosti obstoja razširjenih strokovnih kolegijev, ob že obstoječih strokovnih sekcijah SZD in strokovnega parlamenta medicinskih dejavnosti (strokovna komisija SZD, ki združuje 60 sekcij SZD). Tako prihaja do podvajanja mnenj ali celo do nasprotnih mnenj v istih zdravstvenih specialnostih. Slovenski zdravniki ne čutimo aktivnosti Zdravstvenega sveta Slovenije, zato v bodoče pričakujemo, da bo vse, kar Svet predlaga in sprejema, objavljeno redno in v celoti v naših strokovnih glasilih. Zdravstveni informativni bilten prepogosto ostaja v predalih vodilnih struktur v zdravstvu, osebe pa je o tej aktivnosti premalo seznanjeno. Marsikateri nesporazumi bi lahko na ta način odpadli. Neinformiranost zaposlenih v zdravstveni dejavnosti je v predhodnem obdobju ob vsesplošni prisotnosti nezaupanja lahko občutna ovira pri nadaljnjem sodelovanju in razvoju zdravstvenega varstva, ki mu ne redki že danes očitajo katastrofalne razmere, drugi pa kar bolgarizacijo.

Računalništvo v zdravstvu

Na podlagi nakupa večjega števila računalnikov se je v Sloveniji začelo z uvajanjem računalništva v zdravstveno dejavnost. Po več brezuspešnih poskusih naj bi to izvajala firma, ki pa za to področje po naši oceni ni ustrezno specifično kvalificirana. ZZS pa tudi njena pravno-etična komisija sta opozorila na začetniške težave, ko ni bila dovolj varovana tajnost podatkov. Zato menimo, da mora obdelavo podatkov prevzeti ustrezni pooblaščen center za bioinformatiko, ki bi bil najbolj kredibilen, npr. pri Inštitutu za varovanje zdravja, nikakor pa ne pri ZZS, ki si že zdaj po svoje razlaga svoje pravice do ukrepanja z okrožnicami, ki niso šle predhodno v preverjanje oziroma v soglasje in potrditev vsaj republiškem upravnemu organu za zdravstvo. Tu gre za anarhično neuskkljenost, ki jo je treba nemudoma odpraviti.

Zakon o bolnišnicah

Očitno pri odgovornih v državi še vedno prevladuje mišljenje navzlic stalnim opozorilom, da je treba čimprej sprejeti zakon o bolnišnicah, da bi prenehali s samoupravnim odločanjem in z nekvalificiranim vodenjem teh enot in da bi dosegli kvalificirano sestavo svetov in da bi že enkrat bila v naši državi zakonsko določena verifikacija bolnišnic, ker bi tako zastavili bolj perspektivno in objektivnejše vrednotenje dela in vodenja stroke v teh enotah.

Naziv primarij

Po 30-letnih prizadevanjih SZD je uspelo v Sloveniji (v zadnji republiki bivše SFRJ) doseči vrnitev strokovnega naziva primarij. Zakonodajalec je strokovni naziv prekvalificiral v državno priznanje z zahtevami, ki presegajo merila za ta naziv v Evropi. SZD stoji na stališču, da je treba imenovanje primarija vrniti v strokovno področje, skladno z mrežo in potrebami zdravstvenih ustanov, da bi zagotovili strokovno vodenje zdravstvenih enot. Nujno je, da se

primarjem vrne njihov strokovni status, kar pa bo upravičeno skladno s tradicijo ustrezno uredil Zakon o zdravnikih. To vprašanje je v sosednji Avstriji že tradicionalno rešeno, skladno s strokovno vlogo – vodilnega zdravnika, ki »oskrbuje« 25 postelj in mu je podrejen en zdravnik. Zdravnik s tem dobi pravico, da kandidira za naziv primarj. To pa ima v Avstriji tudi ustrezno ekonomsko protivrednost. Enaka merila veljajo za prosekotorja ali vodjo laboratorjev.

Nov ZKP in KZ

Ker je slovenski ZKP in KZ še v pripravi, ne moremo predvidevati, kakšna bo v njih vloga zdravnika-izvedenca. V zadnjem času je v porastu število neustreznih zdravniških pregledov in kliničnih ocen alkoholiziranih udeležencev v prometu. Poudariti je treba, da je zdravnik v vlogi izvedenca in da mora odgovorno izpolniti zapisnik o odvzemu telesnih tekočin in oceniti kritično stanje preiskovanca. Menimo, da je slab odnos zdravnikov tudi posledica neurejenih razmer, ker se to delo avtomatično všteva v dežurno ali redno službo, ni pa kot izvedenstvo ustrezno nagrajeno. Zato je treba (da bi preprečili nadaljnjo škodo) čimprej prek ZZS in Fidesa urediti nagrajevanje izvedencev z državno upravo.

Iz govora predsednika SZD na 130. letni skupščini

Govor predsednika SZD na 130. letni skupščini v Ljubljani smo objavili v Zdravniškem vestniku s hoteno zakasnitvijo, da bi članstvo lahko primerjalo, kaj se je v enoletnem obdobju zgodilo in kaj smo predvidevali v SZD in zdravstvu.

Ker so medicinske akademije nastale že marsikje v Evropi, moramo tudi na Slovenskem ustanoviti tako telo, saj nas k temu zavezujejo predhodni kongresi SZD pred več kot 15 leti, kar nima nobene zveze s SAZU in njeno naravoslovno-medicinsko sekcijo. Zato je treba nemudoma ustanoviti iniciativni odbor, ki bo izpeljal zamisel, kot so jo že zdavnaj na našo sugestijo uresničili na Hrvaškem in v Srbiji.

Poudariti je tudi treba, da denacionalizacijo na Komenskega 4 in Dalmatinovi 10 zavlačujejo in še vedno ni uspešno zaključena. Ponovno zahtevamo, da se 57., 58. in 59. člen iz Zakona o zdravstveni dejavnosti brišejo, ker paramedicina ne spada v uradno medicino, dokazuje pa nizko zdravstveno prosvetljenost naše države.

Že na lanski skupščini smo zahtevali, da se ustanovi enotno delovno telo zaradi dopolnitve Zakona o zdravstveni dejavnosti, da ne bi ponavljali preteklih napak. ZZLS bo po novem bedela nad tem, da naše usode ne bi ponovno krojili brezdušni državni uradniki.

Iz govora predsednika na 130. skupščini nedvomno izhaja, da se na področju zdravstva, predvsem pa zdravništva, vse prepočasi premika in spreminja v smislu hitrejšega vstopa v Evropo. Ker je med zdravništvom prisotna visoka stopnja nestrpnosti in se zmanjšuje pripravljenost, da bi še nadalje sodelovali z vlado, ki ne vidi, niti ne sliši nič, dokler ne pride do splošnega pretresa. Kajti trojne opice (ne videti, ne slišati, ne govoriti) spadajo po našem v indijsko, ne v evropsko filozofijo.

Skupni nastopi za doseg zdravnikovih pravic

Obstaja velika verjetnost, da smo na obzorju generalnega štrajka celotnega zdravništva, z jasno opredeljenimi cilji, ki jih hočejo doseči SZD, Fides in Zbornica skupaj. Zaradi enotnega nastopa je nujno, da še preostali zdravniki izstopijo iz drugih sindikatov ter se pridružijo Fidesu, kot je to storilo več kot 1000 zdravnikov ob zadnji stavki, ki jo je organizirala ta asociacija.

Čas, ki ga je imela vlada na razpolago, da bi uredila vsaj temeljne in minimalne zahteve slovenskega zdravništva, je neminovno odšel v nepovrat, zdaj pa je prišlo obdobje maksimalnih zahtev, ko zdravniki ne bomo več pristajali na razmerje 1:3, ampak bo v plače treba vgraditi tudi 40-letno katastrofalno finančno ovrednotenje zdravnikovega dela kot odškodnino za skrajno slabo mezdno, to pa

bo moralo biti vgrajeno vsaj v starostne pokojnine, ki nekaterim zdravnikom danes ne zadoščajo za ustrezn standard v domu ostarelih. Kako pa so obogateli slovenski zdravniki v zadnjem pol stoletja, pa je vsesplošno znano ne samo pri nas, ampak tudi izven naših meja.

SZD v preteklem letu

SZD je v preteklem letu razširilo svojo dejavnost, kar izhaja iz poročil generalnega sekretarja, informacijske, organizacijske in strokovne komisije, za kar velja iskrena zahvala vsem funkcionarjem. Prosim, da poročil ne bi sprejemali brez tehtnih razprav, kar bo dalo dodatne smernice vodstvu SZD za bodoče obdobje. Prijeto smo presenečeni nad številom strokovnih in beletrističnih izdaj, ki jih redno promoviramo na sedežu društva. Izjemno bogat po vsebini in številu pa je letni koledar prireditev naših strokovnih sekcij, pa tudi podružnic.

Slovensko ZD danes daje v verifikacijo novih častnih članov ter Pravilnik o imenovanju častnih članov, Pravilnik o priznanju dr. F. Derganca. Ponovno bomo zahtevali v skladu s sprejetim sklepom kongresa v Mariboru nagrado dr. Jožeta Potrča. Kolikor pa Ministrstvo za zdravstvo našega predloga ne bo sprejelo, bo SZD sprejelo sklep o lastni nagradi dr. J. Potrča, ki bi jo podeljevali na 4 leta, ob kongresih SZD.

Naš svet za zdravje brez cigarete je prikazal dosedanja prizadevanja in sprejel program. V programu pa nismo vzpostavili dialoga s tobačno industrijo. Odklanjamo dialoge s tobačno industrijo na TV Slovenija. Svojo oceno o taki »antipropagandi« za nikotinske dneve bo SZD objavljalo v bodoče v posebnih polemičnih prispevkih.

V zadnjem letu smo v delovnih telesih precej razpravljali o SZD kot krovni organizaciji zdravništva. Srečanje v Cerknem, ko so vse tri organizacije slovenskega zdravništva spregovorile o skupnih vprašanih in interesih v okviru bodočega Združenega zdravniškega zbora na Slovenskem, dajejo temelje za bodočo organiziranost in nastope slovenskega zdravništva doma in po svetu. Tako bomo iz zdravniških vrst dokončno odpravili tradicionalni slovenski partikularizem.

Biomedicinske raziskave

Na področju biomedicinskih raziskav, kjer se celo na ravni ministrstev dogovarjajo s tujimi državami o sodelovanju na tem področju (npr. Poljska), ostanejo takšna sodelovanja mednarodno praprilljiva. Naenkrat smo se srečali z dvojnimi merili, ko se 20% raziskovalnih projektov financira po mednarodnih ustaljenih merilih, ostalo pa kot neki aplikativni projekti, ki so brez izbire sprejeti v neposredno financiranje. O tej praksi bo moralo v najkrajšem času priti do javne obravnave, ker se bo sicer promocija Slovenije usmerila na področja, kjer bo naša država moralno-etično odigrala vprašljivo vlogo. Tako prakso je nujno treba postaviti pod kontrolo, kakršno je mednarodna skupnost že sprejela v obliki nacionalnih etičnih komitejev, ob upoštevanju Helsinških deklaracij SZZ. Zato morajo biomedicinske raziskave ostati pod vodstvom zdravnika, pa naj si gre za testiranje zdravil ali biomedicinske raziskave na živalih. Nujno je, da se republiška etična komisija (ki je glede članstva že izoblikovana interdisciplinarno) še po formalni plati preimenuje v komite tudi zaradi našega nadaljnega sodelovanja v Evropi in na ravni WHO.

Slovenski zdravniki opozarjamo na krizo v naših nacionalnih institucijah, ki jih ponekod vodijo neustrezno kvalificirane osebe (NUK), kar bo pripeljalo do ogrožanja nacionalne identitete v bodoče. Zato združujemo svoje moči, da vsaj na področju zdravstva in zdravništva ne bomo žrtve, kaj šele nosilci vprašljivih usmeritev, ki se kažejo v odločitvah sedanje vlade.

Zaključek

Vloga in pomen strokovnih ter stanovskih organizacij sta v mnogočem odvisna od vizije njihovih vodstev in od projekcije v

prostor in čas ter pripravljenosti članstva za sodelovanje. Ker to niso od države pooblaščenene enote (korporacije), ampak so prostovoljne združbe (asociacije), je področje njihovega delovanja dosti širše, pa čeprav ne morejo vedno računati na to, da bodo njihovi predlogi neposredno sprejeti in obveljali. Zato so prizadevanja pogosto dolgoročna in dolgotrajna.

SZD, ki je bilo že od ustanovitve dalje stanovski predstavnik slovenskega zdravništva (ko je bila l. 1946 ukinjena zdravniška zbornica), se je sicer brez družbenih pooblastil prizadevalo za pravice zdravnikov na Slovenskem. Po letu 1990 so nastala številna predstavništva zdravstvenega osebja in zdravništva. Nastala je tudi Zdravniška zbornica ob SZD in zdravniški sindikati ter najrazličnejše organizacije drugega zdravstvenega osebja. Slednji s to posebnostjo, da so zdravniki člani več, ne samo zdravniških. Osrednji sindikat je vendarle Fides, ki danes združuje že prek 3500 zdravnikov. Posebno porast članstva pomeni zadnja, čeprav mila stavka.

Zavedajmo se, da se vlade in stranke menjavajo, pridejo in odhajajo (bolj ali manj učinkovite ali ponižane). Zdravnik in bolnik pa ostaneta. Obema pa je treba zagotoviti jutrišnji dan, ki sta temelj sleherne države.

Zavedati se moramo, da je za razliko od inženirja v gospodarstvu zdravnik oseba, ki načrtuje, izvaja in kontrolira delo tako glede na kakovost in kvantiteto. V tem pa je tudi posebnost zdravniškega poklica, ki ga razumejo in upoštevajo vse evropske države. To pa ne bi smelo biti odvisno, ali je na čelu države g. V. Havel ali kdo drug.

Diskriminacija zdravniškega stanu skozi pol stoletja na Slovenskem se bo nujno končala, pa čeprav (česar zdravniki nismo nikdar želeli) v skrajnostih, kar nam omogoča Zakon o zdravstveni dejavnosti in pozitivne tradicije, pa čeprav za ceno generalne stavke (ki je ponižujoča za zdravništvo in nemoralna za državo), ali z objavo posebnih seznamov oseb, sovražnih zdravilstvu in zdravstvu. Možnosti je obilo, kar potrjuje tudi mednarodna praksa v zaostrenih razmerah zdravnik-država. Zdravnik je in bo ostal opozicija vladam že zaradi zastopanja interesov bolnikov in njihovih pravic.

Vsi še vedno upamo, čeprav zadnjič, da do izjemnih razmer v zdravstvu ne bo prišlo, kar pa ne pomeni, da bomo zdravniki v Sloveniji odstopili od načel naše stare pravde.

Na koncu se iskreno zahvaljujem vsem, ki so kakorkoli podprli prizadevanja SZD v zadnjem obdobju. Predvsem pa sekcijam in regionalnim enotam SZD, ki so v preteklem letu izkazale izjemno dejavnost.

Hvala za pozornost!

Zdravniki v prostem času

ZDRAVNIŠKI KONCERT 10. 12. 1993 V NARODNI GALERIJ

Branko Šalamun

XXIV. memorialni sestanek profesorja Janeza Plečnika, na katerem je trideset sodelavcev iz petih inštitutov Medicinske fakultete v Ljubljani razpravljalo usklajeno o ščitnici in njenih boleznih, je 10. 12. 1993 svečano zaključil zdravniški koncert v razkošni dvorani Narodne galerije.

Štirje vrhunski izvajalci iz Maribora in dva iz Ljubljane, štirje pevski zbori s petimi solisti in zdravniški komorni orkester so uresničili v režiji Pavleta Kornhauserja spored, ki smo ga sprejeli hvaležno zbrani predstavniki zdravniškega poklica in stanu.

Votum Hippocratis

Tekst in melodija:
Jana de Janca Držečnik
harm. M. Feguš

Cum Hi-ppo-cra-te au-cto-re sa-cra-mento di-ci-mus, Aes cu-la pi-
Sa - crum vo - tum con - di - mus, sa - crum
- o di - vi - no i - dem vo - tum con - di - mus. Do - lor ut se - de - tur sae - nus,
vo - tum con - di - mus. Do - lor ut se - de - tur sae - nus
mor - bus ex pel - la - tur, cor - po - ri red - dantur vi - res, a - ni - mus tol -
mor - bus ex pel - la - tur, cor - po - ri red - dantur vi - res a - ni - mus tol -
- la - tur, Hunc in - ten - ta men - si - nem no - stra tem - pe - ra - tur, o - pus, o - ti -
la - tur. O - pus di - es de - di - ca - tur o - pus
- um et di - es quis que de - di - ca - tur. Mors et u - na i - ni - mi - ca
di - es de - di - ca - tur. Quae ser - ve - tur
lux et lu - men di - num vi - ta o - mnis di - gna, quae ser - ve - tur,
nec a - di - me - tur quae ser - ve - tur
nul - la um - quam a - di - me - tur co - gni - tum que ab ae - gro - tis
nec a - di - me - tur co - gni - tum que ab ae - gro - tis
clam ho - mi - ni - bus tu - e - bor ar - tis me - di - cae ma - gi - stros
clam ho - mi - ni - bus tu - e - bor ar - tis me - di - cae ma - gi - stros
pa - tri si - mi - les ve - re - bor. Dum pro - po - si - ta te - ne - bo,
pa - tri si - mi - les ve - re - bor. Dum pro - po - si - ta te - ne - bo,
iam ho - no - ris par - ti - ceps, lau - des ma - xi - mas me - re - bo,
iam ho - no - ris par - ti - ceps, lau - des ma - xi - mas me - re - bo,
gra - ti - as per - pe - tu - as.
gra - ti - as per - pe - tu - as

Po podelitvi »Plečnikove nagrade« študentu medicine Martinu Tretjak, letošnjemu nagrajencu, je mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč izvedel zdravniško himno *Votum Hippocratis*, ki jo je spesnil in uglasbil pred dvajsetimi leti prim. dr. Janko Držečnik, dolgoletni predstojnik kirurških oddelkov Splošne bolnišnice v Mariboru.*

* Glej: Zdravstveni vestnik - 1973. leta - str. 310.

Po posredovanju profesorja dr. Edvarda Glaserja, predsednika društva za zgodovino zdravstvene kulture in predstojnika oddelka za transfuziologijo v Mariboru, je M. Feguš zdravniško himno nedavno harmoniziral.

Originalni latinski tekst in slovenski prevod avtorja, ohranjen zanamcem, v glasilu slovenskih zdravnikov, 1994, v mednarodnem letu družine:

VOTUM HIPPOCRATICUM

*Cum Hippocrate auctore
sacramento dicimus,
Aesculapio divino
idem votum condimus:*

*Dolor ut sedetur saevus,
morbus expeliatur,
corpori reddantur vires,
animus tollatur,*

*hunc intenta mens in finem
nostra temperatur,
opus, otium et dies
quisque dedicatur.*

*Mors est una inimica,
lux et lumen divum vita,
omnis digna, quae servetur,
nulla umquam adimetur;*

*cognitumque ab aegrotis
clam hominibus tuebor,
artis medicae magistros
patri similes verebor.*

*Dum proposita tenebo,
tam honoris particeps
laudes maxumas merebo,
gratias perpetuos.*

HIPOKRATOVA ZAOBLJUBA

*S Hipokratom kot vzornikom
prisegamo,
božanskemu Asklepiju
isto zaobljubo dajemo:*

*da lajšamo hude bolečine,
izganjamo bolezni,
vračamo telesu moči,
dvigamo duba,*

*k temu cilju je usmerjen
in stremi naš um,
je delo, prosti čas
in vsak dan posvečen.*

*Smrt je edina sovražnica,
luč in božanski žarek življenje,
usako vredno, da ga čuvamo,
nobenega ne bomo uničili.*

*Kar bom zvedel od bolnikov,
bom skrivoma čuval pred ljudmi
učitelje zdravniške umetnosti
bom spoštoval kot očeta.*

*Dokler bom držal obljubo,
bom deležen časti,
si zaslužil veliko pobvalo
in večno zabvalo.*

Zgodovinski slavnostni koncert s praznovanjem naše himne in zaobljube je zaključil profesor dr. Miro Kališnik z zahvalo gospe Tretjakovi, srečni materi letošnjega nagrajenca.

PO IZLETU NA ŠTAJERSKO

Branko Šalamun

V soboto, 22. 5. 1993, je potovalo 20 kolegic in 11 kolegov »skozi zeleno Štajersko«, na pobudo dr. Jurija Usa iz Ljubljane. Izlet si je zamislil, kakor je sporočil komisiji za zvezo z zamejstvom pri SZD (»potem ko smo že prerajžali Rezijo, Koroško in Prekmurje«), »zato, ker Slovenci teh lepih krajev ne poznajo«. In še zato, ker je dr. Jurij Us zastavil delo, svoje »javnozdravstveno poslanstvo« na Štajerskem, v Vitanju.

Čeprav nam je med vožnjo do Šempetra v Savinjski dolini ponovil, »kam gremo in zakaj gremo«, naj naštejemo nekaj njegovih sodelavcev lepo po vrsti:

Kustosinja celjskega muzeja je predstavila večletno delo arheologov, ki so pričeli 1952. odkrivati rimsko grobišče iz tretjega stoletja – nekropolo v Šempetru, in nam približala obdobje romanizacije in asimilacije keltskega prebivalstva.

Skozi bližnji Pekel, nedavno odprto pravo kraško jamo v Savinjski dolini, nas je varno spremila simpatična mlada domačinka.

V Celju se nam je pridružil kustos Vladimir Šlibar in nas opozoril na vas Strmec (novo cerkev) pri Vojniku, kjer je zastavil duhovniško službo, svoje »javnoprosvetno poslanstvo«, Anton Martin Slomšek kot mlad kaplan.

Trg Vitanje je bilo nekoč mesto s kovnico celjskih grofov in škofijskim dvorcem. Vitanjski župnik, gospod Viljem Gumilar, Prekmurec z Goričkega, nas je pozdravil po latinsko v zgornji cerkvi. Za spodnjo cerkvijo, pred župniščem na prostem, je pa pripravil s celjskim opatom Friderikom Kolškom nekdanjemu vitanjskemu doktorju Usu presenečenje: z neprogramirano bogato pogostitvijo nas vseh. Jeziki so se razvezali, stara znanstva obnovila, nova sklenila. Ob slovesu se je gostoljubni župnik zahvalil za naš obisk, rekoč po domače: »Bog plati, pa Marija mati – da bi meli še drugič kaj dati!«

Skozi urbanistično skladno modernizirane Slovenske Konjice smo dospeli na programirano zakusko, s poskušino štajerskih vin s kmetijskega posestva »Zlati grič«, pod Roglo na Pohorju.

Solidno podprti smo si ogledali znameniti portal baročne cerkve v Špitaliču, kjer so imeli kartuzijanci vse do leta 1782 (Jožef II.!) svoj hospic. Sprehodili smo se med samostanskim obzidjem Žičke kartuzije iz 1160. leta – prve, ki je zbiralala ugledne predstavnike tedanje družbe izven matične dežele Francije.

Pred rojstno hišo Antona Martina Slomška na Slomu pri Ponikvi nas je pozdravil vnovič celjski opat Friderik – cerkveni diplomat – nam zaupal nekaj izkušenj iz Vatikana in nas napotil v župnijsko cerkev Sv. Martina na Ponikvi.

Anton Martin Slomšek se je rodil trdnemu in trdemu kmetu Marku Slomšku in Mariji Zorko, kot tretji otrok od osmih, leta 1800 (kakor France Prešeren).

Na spominski plošči v prezbiteriju cerkve Sv. Martina piše pod škofovskim portretom:

»...škof Lavantinski l. 1846, kinč Sv. Cerkve, čast domovine, apostol Slovencev – so umrli v Mariboru l. 1862. Slaven jim vsigdar spomin ostane za zemlji Slovenski.«

Po ogledu sobe šentjurskih zdravnikov in slovenskih skladateljev Ipacev so nam postregli z večerjo v domači gostilni gospodarja Salobirja v Dobjem.

Prim. dr. Ivan Mozer, ki je prišel 1960. kot prvi splošni zdravnik na terene Šentjurja, Podčetrta in Šmarja pri Jelšah (tam jih zdravnikuje danes 32!), je izrekel dobrodošlico in izgovoril svoje mnenje, da se obdobje starih zdravnikov končuje. »Bili smo preveč skromni, posvečali smo se bolnikom in stroki – in nič ekonomiki! Zato nimamo beneficirane delovne dobe, imeli bomo nizke penzije in za organizacijske grehe drugih odgovarjamo mi.« Mladim kolegicam in kolegom je svetoval, naj ne ponavljajo nekdanjih napak, naj se borijo odločno za ugled zdravniške stroke – vendar tudi za svoj ekonomski položaj. Kot privatnikom jim v prvih letih delo ne bo lahko. »Če samo pomislim na osebno odgovornost, ki je bila doslej marsikdaj kolektivna, na mnogo večjo časovno angažiranost, na drugačno zahtevnost pacientov in še na druge čeri privatne prakse, jim skoraj ne zavidam! Vendar moramo v bodoče predvsem zaradi privatizacije še tesneje strniti svoje zdravniške vrste!«

Tako smo zaključili bogato majsko soboto utile et dulce.

Zdravniški vestnik pred 60 leti

ŠTEVILKA 6/7/8

Anton Prijatelj

Šesta, sedma in osma številka Zdravniškega vestnika leta 1934 so izšle 31. julija 1934 na izredno velikem obsegu – kar 231 strani. Posvečene so bile te tri številke Prvemu jugoslovanskemu protituberkuloznemu kongresu, ki je bil od 10. do 13. maja 1934 v Zagrebu in Ljubljani z ogledi sanatorijev: Brestovac, Golnik in Topolšica.

Kongres je bil ne samo krajevno in časovno, ampak tudi vsebinsko razdeljen na dva dela:

1. Socialno higienski del.
2. Klinično medicinski del.

Otvoritveni govor je imel dr. Jordan Stajić, san. general v. p. Pozdravne besede je udeležencem kongresa namenil dr. J. Bohinjec, predsednik Narodne protituberkulozne lige.

I. Socialno higienska predavanja

- *Zakonodavne mere u borbi protivu tuberkuloze*
dr. Jordan Stajić – Beograd
- *Zakonodavne mere u borbi protivu tuberkuloze*
dr. Stevan Ivanić – Beograd
- *Socialno osiguranje u borbi protiv tuberkuloze*
dr. Željko Hahn – Zagreb
- *Poti in cilji v borbi proti tuberkulozi*
dr. Joža Bohinjec
- *Značaj i rad antituberkuloznih dispanzera u organizaciji borbe protiv tuberkuloze*
dr. M. Vračević – Beograd
- *Šola in tuberkuloza*
dr. Ivan Matko – Maribor
- *Tuberkuloza i škola*
dr. Vasa Savić – Topolšica
- *Šola in tuberkuloza*
Andrej Skulj
- *Protituberkulozni dispanzer v službi šolske higijene*
dr. J. Prodan – Ljubljana
- *Borba proti tuberkulozi s stališča higijentika*
dr. Petrić Karel
- *Socialno-profilaktički rad antituberkuloznog dispanzera*
dr. Rafo A. Ferri – Split
- *Propaganda i stvaranje sredstava za borbu protiv tuberkuloze*
dr. Škarić – Split
- *Resolucija*

II. Klinično medicinska predavanja

- *Princip savremenog liječenja tuberkuloze*
dr. Vladimir Čepulić – Zagreb
- *Terapija kaverne razpete u pneumotoraksu*
dr. P. Samarđija – Klenovik
- *Liječenje plućne tuberkuloze ambulantnim pneumotoraksom*
dr. Ibler-Sretić – Zagreb
- *Hirurško liječenje plućne tuberkuloze*
dr. Janko Komljenović – Zagreb
- *Značenje frenikoeksajzeze kod procesa u gornjim partijama pluća*
dr. Fran Sorić – Split
- *Pleuritične komplikacije pri umetnem pneumotoraksu*
dr. Tomaž Furlan – Golnik
- *Da li je plućna tuberkuloza izlečljiva?*
dr. Miloš Sekulić – Beograd
- *Teškoće in zapreke pri zdravljenju pljučne tuberkuloze*
dr. Oton Haus – Ljubljana
- *Naša izkustva u krizoterapiji*
dr. Jevrem Nedeljković i dr. Julka Popović – Beograd
- *Pokušaji terapije plućne tuberkuloze bolinskim preparatima*
dr. Miloš Murić – Beograd
- *Medikamentozno suzbijanje hemoptoe*
dr. Vjekoslav Kušan – Sarajevo
- *Terapija pljučne tuberkuloze s posebnim ozirom na specifično zdravljenje*
dr. Fr. Debevec – Ljubljana
- *O liječenju tuberkuloze na jugoslovenskom primorju*
dr. Djuro Orlić – Dubrovnik
- *Pozdravne besede*

Petnajst let po koncu prve svetovne vojne so v Ljubljani in Zagrebu organizirali Prvi jugoslovanski kongres proti tuberkulozi. Udeležili

so se ga takratni najmenitnejši strokovnjaki ftziologi iz vse Jugoslavije. Iz člankov izvemo, kje vse so bila takrat zdravilišča, kje bolnišnice in kakšni so bili načini zdravljenja. Vemo in vidimo, da so Slovenci dali ugleden delež k razumevanju in še posebej k preprečevanju te hude socialne bolezni. Iz vseh člankov veje tudi socialnomedicinski pomen te bolezni, ki so jo takrat nekateri šteli k ljudskim, kar danes razumemo kot socialna bolezen. Protituberkulozni dispanzerji, ki so že pred 60 leti igrali tako pomembno vlogo in je njih vloga bila po koncu druge svetovne vojne še kako pomembna, so danes dispanzerji za pljučne bolezni. Ali pa morda ne kažejo podatki, da se vrača kriza tako gospodarska kot socialna in da nam znova groze socialne bolezni, med njimi znova tuberkuloza?

Vodilni državniki in politiki hite podčrtavati in ugotavljati, da problem tuberkuloze spada med prve točke državne zdravstvene politike, k osnovnim zahtevam državne socialne politike, da problem tuberkuloze spada k velikemu programu telesne vzgoje in regeneracije naroda. Ta brezbriznost na najvišjih in odgovornih mestih je težko odpustljiva, ker je tudi težko razumljiva ... V borbi proti tuberkulozi ni glave, ni vsestransko dobrega in enotnega vodstva iz vrhovne uprave naše zdravstvene politike ... Na ustvaritvi vsedrjavne protituberkulozne organizacije še vedno boječe tipamo okrog, ker nam pač manjka inicijativne avtoritete državne oblasti... Če spada v vsako občino društvo Rdečega križa, spada v vsako vas celica organizacije borbi proti jetiki!

V naši protituberkulozni borbi nismo zgradili bojnih postojank, ki naj bi slonele na sistemu zasebne inicijative pod modrim državnim vodstvom in nadzorstvom. Pred močnim, skritim in zahrbtnim sovražnikom stojimo neoboroženi, nekam otopeli in brezbrizni, kakor da bi se prodiranje sovražnika ne začelo že na celi črti: v kmetске domove, v delavske hiše, v uradniška in nameščenska stanovanja – tudi v domove bogatašev je udrl sovražnik. Stika okoli predvsem po mladini, v borbi pa omagajo tudi starejši, očetje, matere ...

Jetika je v prvi vrsti nalezljiva bolezen, njeno zdravljenje je dolgotrajno, ona je v najjačji meri razširjena pri osebah in v družinah, ki žive v slabih socialnih razmerah: slaba prehrana, slabi dohodki, slaba stanovanja, mnogoštevilna družina, manjša inteligenca in s tem slabše razumevanje za bistro in pojav jetike in s tem slabša obramba pred jetiko. Omenjeni socialni razlogi povzročajo postanek tuberkuloze, pospešujejo razširitev in nalezenje, otežkočajo izvedbo varnostnih in preventivnih ukrepov ter zelo neugodno vplivajo na potek zdravljenja v kolikor slučajni sploh pridejo do zdravljenja. Vse to daje jetiki značaj strašne socialne in gospodarske šibe. V mnogoštevilnih družinah, katere so stisnjene v tesna kletna, nezdrava stanovanja, je infekcija po tuberkulozi neizbežna, ako niso pravočasno storjeni vsi potrebni protiukrepi. Uveljavljanje protiucrepov in zlasti še v pravem času pa je baš iz socialnih razlogov nemogoče ali – najmanj – združeno z velikimi ovirami. Mnogoštevilne so družine in tesna so stanovanja na kmetih in med delavstvom. Iz teh razlogov postaja tuberkuloza družinska bolezen, delavska bolezen, v nekaterih krajih tipična kmečka bolezen.

Zelo resnične so Rooseveltove besede, ko je rekel utemeljuječ l. 1933 zakon o obnovitvi in poživitvi gospodarstva: -Gospodarstvo, ki plačuje svojemu delavstvu nezadostne mezde, nima eksistenčne upravičenosti.- Resnica je, da industrija, ki čez noč spremeni socialno strukturo okolice in z nizkimi mezdami in s predolgim delovnim časom izkorišča delovno silo, povzroča narodni celoti mnogo več materialne in zdravstvene škode, kakor pa so navidezne -koristi-, ki jih prinaša. Cele panoge industrij imamo, ki bi brez težav prenesle ureditev starostnega, invalidnega in posmrtnega zavarovanja svojih delavcev. Ako naša naša nacionalna obramba in državna politika, še nimata poguma, da bi s takimi socialnimi ukrepi posegli v brezsčno zadržanje kapitalizma, je pa najmanj, kar se mora nujno izvesti: gotove panoge industrije morajo biti prisiljene, da na račun neobstoječega invalidnega, starostnega in posmrtnega zavarovanja v svojih podjetjih uvedejo soliden sistem zdravstveno-preventivnega skrbstva, zlasti v smeri zatiranja jetke. Žalostno je, ako tovarne producirajo jetičnike, pri tem pa nimajo na leto par tisoč dinarjev, da bi pomagali subvencionirati ustanovitev protituberkuloznih dispanzerjev!

Mnenja sem, če priznamo, da je tuberkuloza naša najopasnejša ljudska bolezen, specialno delavska in kmečka bolezen, da morajo imeti specialno izobrazbo iz ftziologije zlasti iz predmeta socialne diagnoze tuberkuloze, vsi sreski sanitetni referenti. Šolski zdravniki, komunalni zdravniki večjih mest in praktični zdravniki v vseh večjih delavskih središčih.

Vsa pota protituberkulozne borbe pa morajo biti posuta s cvetjem bodrega optimizma, da zlo jetike ni nepremagljivo. Ako hočemo biti apostoli zdravja, moramo v naše revne domačije prihajati z žarom vere in upanja, da je tudi tuberkuloza ozdravljiva. Nič več ni treba, da srce zastane, ko uho

zasliši besedo: *jetika*. In z ljubeznijo moramo hoditi okoli, po tem bo vsaka naša pot polna blagoslova in vsi, danes še v daljavi stoječi cilji bodo z vsakim dnem pomaknjeni bliže dosegljivosti.

Za zmago pa je eno potrebno: *hoteti zmagati*. Vsa naša velika zgodovina je en sam izraz neukročenega hotenja in zmag. Kdo je, ki tudi v bitki proti jetiki ne bi *hotel zmagati*?

Od vseh poročil, člankov, tako strokovnih kot socialno-medicinskih, sem izbral za razmišljanje po 60 letih, ravno tega! Govori o naporih, željah, stremljenjih, ki so bile pred nekaj leti tudi uresničene. Bolnišnice in sanatorije, ki so se ukvarjali s tuberkulozo, so zapirali, nekatere celo zaprli, z izgovorom ali ugotovitvijo, da tuberkuloze ni več. Dispanzerjev niso sicer ukinili, pač pa preimenovali. Avtorji člankov in razmišljanj na prvem Jugoslovanskem kongresu pred 60 leti bi bili srečni, če bi vedeli, da so stvari take, kot so. Da mnogi mladi ljudje sploh ne vedo, kaj je tuberkuloza (*jetika*), kaj je kaverna in jih ni strah besed, kot je bilo nas strah v mladih letih, saj smo se bali za življenje tistih, ki so jim postavili diagnozo *tuberkuloza*.

Članek je tipičen primer razmišljanja o socialnih boleznih. Tipičen tudi zato, ker velja še danes, čeprav sodimo in štejemo k socialnim boleznim druge, kot so jih šteli pred 60 leti. Socialne bolezni so še. V socializmu so bile plače nizke, zato pa so imeli delavci druge ugodnosti. Imeli smo dobro razvito preventivno zdravstveno dejavnost. Na poti v neokapitalizem pa je tudi preventivna dejavnost v upadanju. Kaj pa izkoriščanje delodajalcev danes, ko nekateri mislijo, da jim je vse dovoljeno, pozabljajo pa mednarodne konvencije o varovanju zdravja delavcev? Strah nas je, da se bodo ponovno vrnila socialne bolezni!

Aktualni pogovori

AKTUALNI POGOVOR S PRIM. DR. J. DRŽEČNIKOM

Prim. dr. Janko Držečnik je bil rojen 23. avgusta 1913 v Orlici. Leta 1933 je maturiral na mariborski klasični gimnaziji in bil promoviran za doktorja vsega zdravstva leta 1939 na Medicinski fakulteti v Zagrebu. Kot stažist in sekundarij je delal na kirurškem oddelku mariborske bolnišnice. Leta 1942 so ga Nemci preemestili v Rottenmann, od koder se je po končani II. sv. vojni ponovno vrnil v Splošno bolnišnico Maribor. Leta 1948 je opravil specialistični izpit iz kirurgije. Posebej ga je zanimala torakalna kirurgija. Strokovno se je izpopolnjeval v Zagrebu, Stockholmu, Parizu, Düsseldorfu in v Londonu. Leta 1953 je postal predstojnik Odseka za torakalno kirurgijo, leta 1965 predstojnik Kirurškega oddelka, leta 1978 pa strokovni vodja kirurških oddelkov Splošne bolnišnice v Mariboru. Leta 1984 je bil upokojen.

Vse življenje ga je zanimala glasba. Leta 1972 je v verzih zapisal -Hipokratovo prisego- in jo tudi uglasbil. Isto leto je uglasbil tudi himnično pesem -Naša pot-.

Bil je aktivni član sekcije kirurgov SZD in je organiziral več strokovnih srečanj. Za svoje delo je prejel precejšnje število priznanj, je tudi častni član SZD.



ZV: Kako ocenjujete kirurgijo v mariborski bolnišnici v času Vašega aktivnega kirurškega dela, pa tudi sedaj? Ali prenese primerjavo s kirurgijo v priznanih evropskih klinikah?

JD: Težko bi primerjal mariborsko kirurgijo z ljubljansko, zagrebško ali katerokoli drugo, razen s tisto, ki sem jo spoznal osebno. Prišlo je do intenzivnega razvoja na vseh področjih, še posebej v endoskopski kirurgiji, pa tudi torakalni. To pa ne velja samo za kirurgijo, ampak tudi za druge veje v medicini. Neka rdeča nit je vse manj invazivni pristop. V Mariboru smo v letih 1953/54 oblikovali oddelek za torakalno kirurgijo, ki sem ga vodil vse do upokojitve. Tedaj je torakalna kirurgija pomenila operacije na zgornjem delu želodca, požiralniku, kardiji, na pljučih, diafragmi, pa tudi zaprto kirurgijo srca. Na srcu smo delali to, kar so delali tudi v Ljubljani – digitalno komisuromotomijo. Menim, da smo delali na enaki ravni kot kirurški oddelki podobno velikih bolnišnic v Nemčiji. Zelo tesne, celo prijateljske stike smo imeli z graško kliniko, kjer sem sodeloval pri eksperimentalni kirurgiji. Delali smo praktično iste posege kot oni.



ZV: Kaj pa perikardiektomije?

JD: Tudi te, poleg tega pa poškodbe srca; vendar je bilo teh posegov zelo malo.

ZV: Kateri so bili najobsežnejši posegi v prsni votlini?

JD: Pnevmoniektomije pri pljučnem karcinomu. To je odstranitev celotnega pljučnega krila.

Zaradi tuberkuloze skoraj nismo več operirali. Večina posegov na pljučih je bila zaradi karcinoma. Celotno kirurgijo na pljučih smo delali v Mariboru sami.

ZV: Bili ste predstojnik celotnega kirurškega oddelka mariborske bolnišnice do leta 1984. Kaj je bil najboljši del mariborske kirurgije tedaj, kateri posegi so bili najkakovostnejši in najzabavnejši?

JD: Delikatno in težko vprašanje oz. odgovor na to vprašanje. Posamezni odseki so bili res zelo kakovostni. Morda je bil najboljši oddelek za plastično kirurgijo, ki ga je vodila prof.dr. Zora Janžekovič. Njeno delo je bilo znano v mednarodnem, celo svetovnem merilu.

ZV: Kaj pa vaskularna kirurgija?

JD: Ta se je nedvomno zelo razvila, morda nekoliko pozneje. Tudi sam sem je bil deležen. Številne in zelo kakovostne so vstavitve srčnih spodbujevalnikov, kar je razvil prim. mag. Kokalj.

ZV: Kirurgija je en del bolnišnične dejavnosti, ki nikoli ne živi izolirano. Tudi njeni rezultati so odvisni od drugih v ustanovi. Je bila razvitost oddelkov enakomerna?

JD: Kolikor sem imel stikov z drugimi oddelki in dejavnostmi, lahko rečem, da so delali na enaki višini kot kirurgija in kot v bolnišnicah drugod. To velja tako za laboratorij, rehabilitacijo, intenzivno dejavnost, interno medicino in druge.

ZV: Ves čas ste delali v zdravstvu, ki mu lahko rečemo socialistično, pa tudi povsem socializirano. Kako gledate na postopni, počasni in kleajoči razvoj zasebnega zdravstva?

JD: Mislim, da zasebnega zdravstva pri nas skoraj še ni. Nič ne bi bilo narobe, če bi ga razvili. Menim celo, da ga preveč ovirajo; upokojeni zdravnik npr. ne sme odpreti privatne ordinacije. Sin – urolog, ki dela v Nemčiji, ima v bližnji zasebni ordinaciji 80-letnega kolega kirurga. Ni mi jasno, zakaj tudi pri nas ne bi mogli po upokojitvi delati še tisti, ki si to žele, ali so si to želeli, in so za to tudi sposobni. Za številne je to krivica, od oblasti pa rigidnost in ozkosrčnost.



ZV: *Nimamo še kulture, ne znamo omogočiti gladkega prehoda, predajo dela mlajšim ekipam, sprejemati izkušnje od starejšega in od predhodnika prevzeti, kolikor se da koristnega. Do nedavnega so bile predaje oz. prevzemanje predstojništva od predhodnika zelo ostre. Ali ni poleg kulture oz. civiliziranosti in tradicije marsikdaj tudi materialna pogojenost?*



JD: Na pot, ki so jo prehodile zahodnoevropske družbe, bomo šele stopili.

Bilo mi je 5 ali 6 let, ko sem si izpahnil desni komolec. Peljali so me v Ribnico na Pohorju k upokojenemu zdravniku. Ta izkušeni praktik se je z mano prijateljsko pogovarjal, pokleknil in mi reponiral izpahnjeni komolec elegantno, brez bolečin. Njegova diagnostika je bila klinična, zdravljenje pa hitro in učinkovito. Sami lahko vidite, da je po tolikih desetletjih moja roka povsem v redu. Uspešno mi je služila pri vseh operacijah, pa tudi pri pisanju, čeprav sem levičar.

ZV: *Kaj je za kirurga pomembnejše: roka ali glava?*

JD: Oboje. Nikoli nisem bil posebno spreten človek, tudi kot pomočnik pri domačih opravilih v gospodinjstvu pri ženi sedaj ne veljam za hudo spretnega. Očitno sem bil kljub temu dovolj dober kirurg oz. tako so vsaj drugi ocenjevali.

ZV: *Sam sem gledal pri operacijah prof. dr. Vladimira Žaklja. Imel je debele prste, operiral je počasi in racionalno, vse je naredil samo enkrat, ni popravljal, ni se vračal.*

JD: Poznam njegovo delo, bila sva prijatelja, bil je izreden kirurg. Glede starosti in hitrosti pri operaciji pa tole: v Švici sem bil pri šefu kirurgije, ki je star več kot 70 let delal laparotomijo. Počasi, v vsako strukturo je zarezal samo enkrat, premišljeno, ampak operacija je bila gladka in se je končala relativno hitro.

ZV: *V katerih kirurških šolah ste se učili in po katerih kirurgih ste se osebno najbolj zgledovali?*



JD: Ne morem trditi, da sem imel kakega posebnega učitelja, enega, pri katerem bi največ pridobil. Vsi moji predstojniki in vse kirurške ustanove, na katerih sem bil, so me mnogo naučili. Nisem mnogo potoval, v Beogradu sem delal npr. s prof. Papom, v Zagrebu pri prof. Juzbašiču. Nisem imel izrazitega enega vzornika ali učitelja.

ZV: *Kje ste delali, preden ste prišli na torakalno kirurgijo v Mariboru?*

JD: Študij medicine sem končal leta 1939, kot stažist sem delal na ginekologiji in porodništvu v bivšem sanatoriju v parku pod Piramido. Nato sem prišel na kirurgijo k prim. Černiču, Nemci pa so me premestili za tri leta v Rotenmann. To je bila majhna podeželska bolnišnica, ki jo je vodil prim. Ascher, ki je bil hkrati moj učitelj in prijatelj.

ZV: *Se Vam zdi, da se kirurgija bistveno spreminja?*

JD: Prva sprememba je v diagnostičnih tehnikah. Od klasičnih kliničnih in rentgenskih, celo kontrastnih, so današnje, kot ultrazvok, računalniška tomografija in magnetna resonanca, bolj subtilne, eksaktnije. Celo med operacijo je mogoče marsikaj preveriti z njimi. Kirurg je tako bolj gotov.

Druga sprememba je v vedno manj mutilirajočih posegih, kirurgija je selektivnejša, še poseben napredek je endoskopska kirurgija, tako v prsnem košu, trebušni votlini, pa tudi pri ginekoloških boleznih. Če se pri endoskopskem posegu ugotovi drugo od pričakovanega, lahko kirurg odstopi od operacije z minimalno poškodbo tkiva.

ZV: *V Vašem obdobju je bila kirurgija do neke mere herojska stroka. Če nekoliko karikiram pri vprašanju – ali se je kirurg, in tudi Vi osebno, kdaj počutil kot na pol Bog?*

JD: Nikoli, vedno smo bili le zdravniki, ki smo poskušali narediti najboljše, kar smo mogli. Veseli smo bili, če je bilo zdravljenje

uspešno. Skoraj nobenega bolnika se ne spomnim. Na cesti pa me ustavljajo ljudje, češ da sem jih operiral, pa ne vem niti za njihova imena niti za vrsto posega. Nobenega herojskega dela ni bilo. Zelo redkih operacij se spomnim.

ZV: *Ste delali statistiko pri Vaših operacijah in posegih sodelavcev na kirurškem oddelku?*

JD: Nikoli. Kar se statistike tiče, sem analfabet, klinični kirurg, ne pa raziskovalec in znanstvenik.



ZV: *Ste pravi polibistor, ukvarjate se z glasbo, zanima Vas astronomija. Ali ni nenavadno, da kirurg komponira, igra na instrument in podobno?*

JD: Tudi prim. Pertl je vodil orkester in prof. Kornhauser je dober pianist. Osebnost imam klasično glasbo zelo rad. Nekaj znanja imam iz gimnazije.

Vedno mi je bilo neprijetno, da zdravniki nimamo svoje himne, da Hipokratove prispege ni nihče uglasbil. Pa sem se tega lotil sam ob velikih mukah svojih domačih.

ZV: *Morali ste obvladati tako glasbeni kot pesniški del.*



JD: Pesniškega ne morem oceniti, latinisti pa so ocenili, da je v redu.

ZV: *Ste klasik po izobrazbi, latinščino ste se učili skozi vso gimnazijo, grščino pa šest let. Zdravniško himno ste tudi uglasbili. Kdaj je bila prvič javno izvajana in kolikokrat do sedaj?*

JD: Pesem – zdravniška himna je bila prvič objavljena v Zdravstvenem vestniku leta 1972. Prof. Glaser mi je posredoval Maksimiljana Feguša, ki je harmoniziral himno po mojih intencijah. Skupno je bila izvajana 3-krat ali 5-krat, leta 1992 ob mojem

sprejemu v častno članstvo Slovenskega zdravniškega društva pa je bila sprejeta z navdušenjem.

ZV: *Druga skladba, ki ste jo napisali, je »Naša pot«. Kaj ste hoteli povedati s to glasbo?*

JD: Leta 1971 mi ni bila všeč Zdravljica kot možna slovenska himna. Menil sem, da ne more biti himna alegreto-alegro. Krajši čas sem vodil pevski zbor v mariborski bolnišnici in Zdravljico smo zapeli štiriglasno, počasi v slovesni preobleki. Vsi smo ocenili izvedbo kot uspešno, zato sem napisal svojo himno »Naša pot«, ki sem jo nekoliko dopolnil leta 1991. Tega leta je bila prvič tudi izvajana samo z moškim zborom, čeprav je pisana za mešani zbor, na katerega izvedbo še čaka.

ZV: *S čim ste se ukvarjali po upokojitvi?*

JD: Skonstruiral sem večni koledar. Ne gre za veliko astronomijo in matematiko, ampak izpeljavo koledarja v obliki tabele. Velja tako za gregorijanski kot za julijanski koledar oz. je napravljen za oba. Hkrati sem izdelal tudi tabelo premakljivih praznikov. Izračunal sem tudi natančni datum Kristusovega križanja. To je bilo objavljeno v koledarju Mohorjeve družbe od leta 1986–1990.

Pogovor je v imenu uredništva vodil Jože Drinovec, fotografije: Peter Vernik.

Nove knjige

PRIKAZ

Društveno življenje

Slovensko zdravniško društvo (Slovensko zdravniško društvo v Italiji). Izdalo Slovensko zdravniško društvo, Trst 1992, 24 strani.

Ob 10-letnici organiziranega dela Slovenskega zdravniškega društva v Trstu so izdali drobno knjižico, ki priča o živosti slovenskih zdravnikov, njihove misli, kulture, povezanosti, ne samo obstoja. To društvo je eno najbolj delavnih v našem zahodnem sosedstvu, urednik te knjižice, dolgoletni predsednik društva dr. Rafko Dolhar, pa njegova gonilna sila. Mnogi od nas, ki živimo in delamo v Sloveniji v Slovenskem zdravniškem društvu, smo bili predavatelji na sestankih našega zamejskega društva, vedno smo bili sprejeti človeško toplo, z zanimanjem. Še bolj kot stroka je naše kolege zanimalo, kako v Sloveniji živimo, kako doživljamo spremembe, kaj smo zdravniki prispevali za boljši svet in kako skrbimo za kulturne in sploh narodne vrednote. Prav za te so mnogo bolj občutljivi, kot smo izobraženci in zdravniki v t.i. matični domovini.

V knjižici je najprej kratko poročilo kolega Dolharja o delu Zdravniškega društva, najbolj zaslužnih članov, vrste njihovih dejavnosti in povezanosti s Slovenijo. V nadaljevanju pa je v telegrafskem slogu po letih prikazana dejavnost Slovenskega zdravniškega društva, seznam slovenskih zamejskih zdravnikov z njihovimi naslovi in telefonskimi številkami, farmacevtov in živinozdravnikov.

Iz neposrednih stikov vem, da se je po letu 1992 življenje društva in nekaterih družbenih spremembah v Italiji prehodno umirilo, sedaj pa je ponovno oživelo, na nekaterih drugačnih osnovah, predvsem materialnem samovzdrževanju in veliki osebni zagnanosti. Iz SZD in ZV kolegom iz zamejskega zdravniškega društva v Italiji nekaj prispevam, če spremljamo njihovo delo, jim pomagamo na enak način, na kakršen sami živijo in ne vsiljujemo naših shem mišljenja in dela tudi njim.

Nekaj izvodov prikazane knjižice je na voljo v uredništvu ZV.

Jože Drinovec

PRIKAZ

Medicina, pravo

Medicina in pravo. Izdala: Zdravniško društvo Maribor in Pravniško društvo Maribor leta 1993.

Knjižnice so bogatejše za knjigo, o kateri je prav, da napišemo nekaj besed, da ne bomo potrjevali tistega reka o kovačevi kobili. Zdravniško društvo Maribor in Pravniško društvo Maribor sta izdali konec decembra 1993 v 700 izvodih knjigo z naslovom *Medicina in pravo*, njena predstavitev 7. januarja letos v mariborski univerzitetni knjižnici pa je pomenila pravi strokovni in kulturni dogodek.

Če naj pred razčlenbo vsebine knjige povemo kaj tudi o njenem videzu, je to gotovo, da je zanimivo opremljena, da enakomerno sožitje belo-modrih platnic in ovitka simbolizira skupno delo obeh strok – medicine in prava. Urednika te prve (a zagotovo ne poslednje) knjige s tovrstnih posvetovanj sta bila asist. Vojko Flis, zdravnik v Splošni bolnišnici Maribor, ki je tudi najbolj zaslužen za njen izid, in mag. Viktor Planinšec, sodnik Višjega sodišča v Mariboru ter predavatelj Pravne fakultete v Mariboru, sourednika pa sta bila Jelka Gorišek, dr. med., podpredsednica SZD, in prof. dr. Šime Ivanjko, predsednik Pravniškega društva Maribor.

Vsebina te nadvse zanimive knjige je plod odmevnih strokovnih srečanj, ki sta jih društvi na temo medicina in pravo pripravili v letih 1992 in 1993. Medicina in pravo sta seveda različni stroki, a z veliko skupnimi problemi, kjer tesno sodelujeta. Prav prijateljske in strokovne razprave med kolegi obeh strok pa so rodile sklep, da je treba o teh skupnih problemih, ki po svoje zadevajo vsakogar med nami, tudi javno spregovoriti. Spregovorili smo javno, javno skresali mnenja, osvetlili razhajanja in zblíževanja iz vseh zornih kotov. Ali ne bi bila škoda, ko bi taka strokovna razmišljanja ostala nezapisana? Tako se je rodila knjiga *Medicina in pravo*.

V njej so zbrana mnenja strokovnjakov s pravnega in medicinskega področja o varovanju zasebnosti in podatkov v zdravstvu, o medicinskem izvedenstvu, morali, pravu in medicini, vprašanja presaditve organov ter nastanka življenja in njegovega konca.

Naj za predstavitev navedem nekaj uvodnih razmišljanj.

«S pravom so prežete vse postaje človeškega življenja, z medicino le nekatere. Na prenekaterih področjih se stroki srečujeta ali sta celo tesno speti. V ozadju medicine stojijo naravoslovne in humanistične vede, v ozadju prava predvsem humanistične. Etični pogledi obeh strok so lahko in pogosto tudi so zelo različni. Enako velja za nekatere strokovne poglede. V tej različnosti vidim izredno dragocenost. Srečanja strokovnjakov obeh strok so tako videti pomembna, predvsem v luči spoznanj specifičnih pogledov na posameznih področjih.» (Vojko Flis)

«Glede na to, da je temeljni cilj zdravniškega in pravniškega dela varovanje človeka, so tako zdravniški kot pravniški posegi v človekovo sfero povezani z vprašanjem odgovornosti zdravnika in pravnika do človeka in spoštovanje temeljnih moralnih načel, ki so bila oblikovana v človeškem razvoju. Pri delovanju zdravnikov in pravnikov veljata med seboj povezana aksioma, *bonum facere – non nocere*. Zdravniški poklic je poklican, da deluje v dobro človeka, pravniki pa naj bi varovali človeka pred oblastjo in nezakonitimi posegi v njegove dobrine in pravice.» (Šime Ivanjko)

«Že od Hipokrata dalje se zdravnik zaveda pomembnosti poklicne molčečnosti, ki jo je dolžan varovati. S svečano obljubo spoštovanja kodeksa medicinske deontologije začena mlad zdravnik svojo poklicno pot. Kodeks določa, kaj vse je poklicna skrivnost. Kljub najboljši volji doslednega spoštovanja kodeksa pa obstaja možnost, da prav na tem področju nehotе grešimo, in to kršenje je pogosto neopazno, ker se ga preprosto ne zavedamo. Narava podatkov je različna in meje, do kod sega zasebnost, včasih težko določljive. Dnevno si podajamo bolnikove podatke pri zdravniških pregledih, pri delu raznih komisij, izvedenstvu, znanstveno-raziskovalnem delu in pri posredovanju posameznih podatkov različnim institucijam. Številni podatki so tako dosegljivi tudi ljudem, ki jih ne zavezuje poklicna molčečnost. Uvedba raču-

nalnikov, pošiljanje faksov in še kaj neizmerno širijo krog ljudi, ki jim je omogočen dostop do podatkov. Naša naloga je, da se poleg dobrih strani zavedamo tudi nevarnosti, ki jih prinaša razvoj računalništva, zato se moramo danes, ko si računalniki utirajo pot tudi v zdravstvo, dogovoriti za nivoje zavarovanja podatkov. Hkrati se v meni poraja dvom in vsiljuje vprašanje, ali sploh vnašati v računalnik zelo občutljive podatke, zelo diskretne diagnoze.» (Jelka Gorišek)

V članku o varstvu zasebnosti in varstvu osebnih podatkov je Alenka Puklavec-Jelenc, sodnica Vrhovnega sodišča v Ljubljani, izbrala in predstavila dva širša problema, ki pomenita stično točko med medicinsko in pravno stroko: zdravnikovo poklicno skrivnost s področja varstva človekovih osebnostnih pravic in pravno varstvo informacijske zasebnosti s področja varstva osebnih podatkov.

Medicinskemu izvedenstvu je namenjenih največ člankov. O tem v pravnem postopku zanimivo razmišlja prof. dr. Boris Strohsack, predsednik Vrhovnega sodišča Slovenije, glede na aktualna odprta vprašanja pa se v članku omejuje le na vprašanje o vlogi medicinskega izvedenca v odškodninskih sporih s posebnim poudarkom na ugotavljanju obsega nepremoženjske škode.

Mag. Zlatko Dežman, sodnik Temeljnega sodišča v Mariboru, zanimivo razpravlja o psihiatričnem izvedenstvu, s Pripombami na Psihiatrično izvedenstvo pa mu odgovarja prof. dr. Jože Lokar z Medicinske fakultete v Ljubljani. Hkrati je objavljena v tej knjigi tudi njuna razprava s posveta o medicinskem izvedenstvu iz leta 1985.

Kazenskopravna ureditev medicinskega izvedenstva je vsebina referata predsednika Višjega sodišča v Mariboru dipl. iur. Petra Hauptmana. Probleme izvedenstva lokomotornega sistema v dnevni praksi je napisal prim. Miljan Senčar, predstojnik oddelka za ortopedijo v SBM, Nemerljive kategorije v izvedenstvu telesnih poškodb pa prof. dr. Vladimir Smrkolj, predstojnik katedre za kirurgijo Medicinske fakultete v Ljubljani. Tovrstnih dilem sta se analitično lotila tudi asist. Vojko Flis in prof. dr. Anton Dolenc, predstojnik Inštituta za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, prvi v razpravi oz. članku Zagate medicinske izvedenske prakse in natančnost medicinskega mnenja, drugi pa v članku Medicinsko izvedenstvo – odnos med zakonom in medicinsko etiko. V sklepu tega članka je zapisal: «Naše kazensko pravo in načela kodeksa medicinske deontologije zagotavljajo temeljna izhodišča. Bodoča zakonodaja in izpopolnjene smernice pa bodo nedvomno še dopolnile načela, ki so po našem prepričanju še vedno nedorečena, tako da dopuščajo še precej odprtih vprašanj pri vsakodnevnem delu zdravnika izvedenca.»

Zanimive in aktualne so razprave mag. Zlatka Dežmana O mejah družbeno dopustnega tveganja pri medicinskih posegih, mag. V. Planinšca na temo pravo in transplantacija, in asist. V. Flisa Etične in pravne vzporednice presajanja organov v Evropi.

Prof. dr. Miroslava Korošec-Geč in asist. mag. Vesna Rijavec s Pravne fakultete v Mariboru sta družno osvetlili problem zdravnikovega ugovora vesti in splava, prof. dr. Elko Borko z oddelka za ginekologijo v SBM pa pravno-etične probleme prekinitve nosečnosti in kontracepcije.

V knjigi so tudi tri razmišljanja prof. dr. Jožeta Trontlja z Inštituta za nevrofiziologijo v Ljubljani: Uvod k tezam za ugotavljanje možganske smrti, Ugotavljanje možganske smrti in Osnutek pravilnika o ugotavljanju možganske smrti.

Naj sklenem to listanje knjige *Medicina in pravo* z besedami prof. dr. Šimeta Ivanjka iz članka *Morala, pravo in medicina*: «Medicino in pravo povezuje morala. Pravo in medicina poskušata odgovoriti na vrsto zastavljenih vprašanj, ki se postavljajo pred nas, nosilce omenjenih strokovnih disciplin – pravnike in zdravnike – vendar pa eni in drugi pogosto nemočno strmimo pred vprašanjem, ki ni niti pravno niti medicinsko, je pa zelo ozko povezano z našim poklicnim delom in z določeno dobrino človeka. Praviloma ta vprašanja prenašamo v sfero morale in v njej iščemo odgovore, kadar nam jih stroka ne more dati. Vedno znova se služabniki

prava in medicine srečujemo na področju morale, kadar v svoji strokovni zagnanosti pozabimo na človeka. To pa je vedno takrat, kadar pravniki delujemo, kot da je pravo cilj našega delovanja, zdravniki pa, kadar menijo, da je cilj zdravljenja bolezen, ne pa človek, pri tem pa pozabljamo, da ni prava brez ljudi in ni medicine brez človeka.*

Medicina in pravo ni zbir vseh razprav na srečanjih zdravnikov in pravnikov, ampak le izbor s tistih, v katerih se pravo in medicina

neizogibno srečujeta. Ugledni strokovnjaki so skušali odgovoriti na številna vprašanja in marsikatero dilemo, so pa tudi vprašanja, ki so v knjigi le načeta in se bo treba v prihodnosti o njih še pogovarjati, kar je pa tudi srž naših že tradicionalnih srečanj. Vrednost knjige bo kajpa vsakdo ocenil po tem, koliko mu bo pomagala razmišljati o problemih pri poklicnem delu.

Jelka Gorišek

KAKOVOSTNA GRAFIKA DOMAČIH IN TUJIH UMETNIKOV ZA ZDRAVNIKE*

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

Na vsake tri mesece bomo skupaj izbrali po enega od domačih grafikov in enega iz tujine, praviloma od vsakega dve deli. V vernih barvah bomo dela ponatisnili v Zdravniškem vestniku in ponatise praviloma ponovili še v naslednjih dveh številkah. Okvirno bomo predstavili vsakokratnega slikarja-grafika in tudi dimenzije ter tehniko grafičnega lista.

Za zdravnike nudi galerija znaten (galerijski) popust. Takšna ugodnost pa je pri vsakem listu omejena na 10 izvodov. Grafične liste, ki jih predstavljamo, si lahko ogledate v uredništvu Zdravniškega vestnika.

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

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

Uredništvo

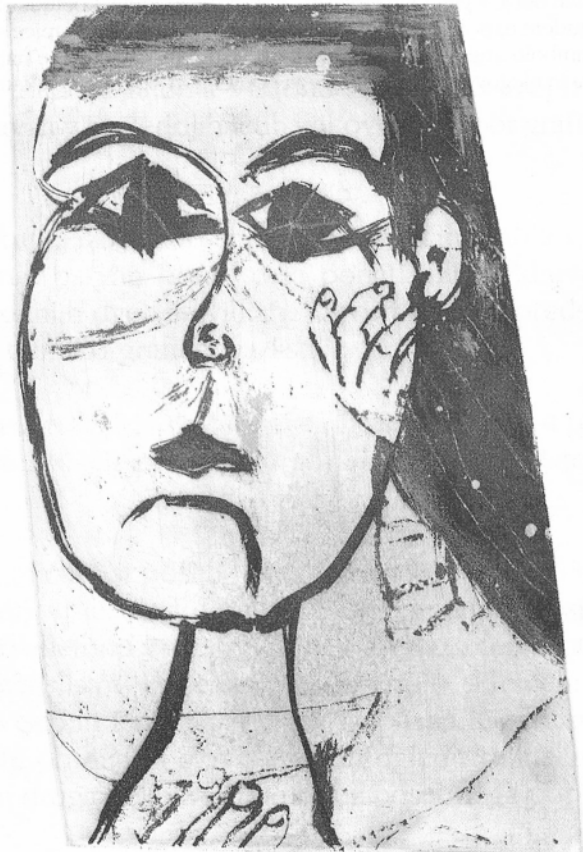
* Galerija je bila predstavljena v Zdrav Vestn 5/94.

Gabrijel Stupica

Rojen je bil leta 1913 v Dražgošah na Gorenjskem. V letu 1937 je diplomiral slikarstvo na Akademiji likovne umetnosti v Zagrebu, 1946 je bil imenovan za rednega profesorja slikarstva na ljubljanski Akademiji za likovno umetnost, kjer je delal do svoje upokojitve 1977; v letu 1983 je postal član slovenske Akademije znanosti in umetnosti, 1966 pa dopisni član jugoslovanske Akademije znanosti in umetnosti. Živel in delal je v Ljubljani, kjer je leta 1990 tudi umrl. Sodeloval je na številnih skupinskih in osebnih razstavah doma in v svetu, prejel je številna priznanja za svojo umetnost, nedavno pa je bila izdana tudi njegova druga, obširna monografija. Je začetnik modernizma na Slovenskem. Več njegovih del je v galerijah Hrvaške, Beograda in Rima, kot tudi v Sloveniji. Jure Mikuž je o njem zapisal: »Samoten mojster, brez velikih besed v hudem naporu čara najboljše slike.« Značilni motivi Stupice so deklice, včasih z naslovom »Hčerka«, »Lucija«, »Marija«, tudi »Flora«, včasih v simbolu angela, drugič nevestica. Drugi motiv, ki ga je največ študiral, je avtoportret v različnih okoljih in kombinacijah. Gabrijel Stupica in njegov opus je temeljnega pomena za slovensko slikarstvo in gotovo eden najkakovostnejših vrhov slovenske sodobne umetnosti.



AVTOPORTRET S HČERKO, 1985, barvna jedkanica in akvatinta, 62 × 45 in 54 × 41 cm, ročno delan papir Vevče, tiskano v nakladi 1/100, 10 E. A., 10 H. C.



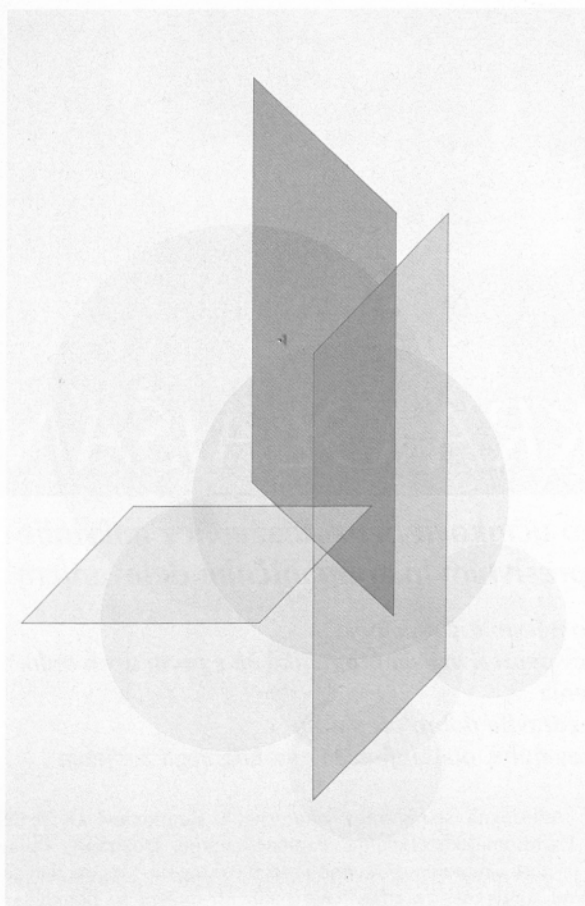
109/140

H. C. 1986

LUCIJA, 1986, jedkanica, 62 × 42 cm, ročno delan papir Vevče, tiskano v nakladi 1/140, 10 E. A.,
10 H. C.

Luigi Veronesi

Rojen 1908 v Milanu. Po študiju tehnike se je posvetil slikarstvu in fotografiji, v ateljeju slikarja Violanteja. V tridesetih letih je že formiral svojo slikarsko usmeritev in se v letu 1932 predstavil s prvo osebno razstavo v galeriji Milione v Milanu. Po daljšem bivanju v Parizu in druženju s slikarsko avantgardo tega časa je sodeloval s slikarji Robertom in Sonio Delaunay in Ferdinandom Légerjem ter Josefom Albersom. Postal je eden od najpomembnejših slikarjev konstruktivističnega gibanja in ob povratku v Italijo tudi osrednja osebnost v skupini italijanskih umetnikov »konkretne umetnosti« v štiridesetih letih. Postal je profesor na Akademiji Brera in po številnih priznanjih doma in v tujini aktivno deluje v raziskavah na različnih področjih likovne in glasbene umetnosti, designa in fotografije. Raziskuje kromatologijo, odnose barv in tonov, uporabe geometrije in matematike na najbolj kreativen in svoboden način v abstraktni umetnosti. Danes je še vedno poln energije in intelektualne moči, tako značilne za njegovo ustvarjanje.



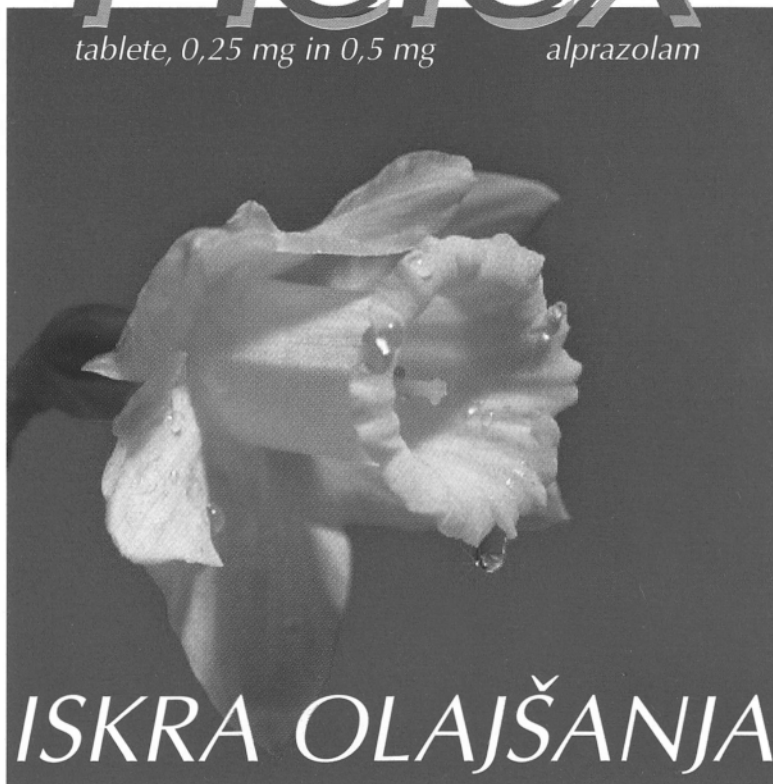
Iz mape šestih sitotiskov »Musiche, trasparenze«, 1992, 100 X 70 cm, barvni sitotisk, naklada 1/75, I./XXX., 10 E. A., 10 H. C., papir Fabriano Rosaspina 285 gr.



Helex[®]

tablete, 0,25 mg in 0,5 mg

alprazolam



ISKRA OLAJŠANJA

izjemno učinkovit benzodiazepin z anksiolitičnim, antidepresivnim in antipaničnim delovanjem

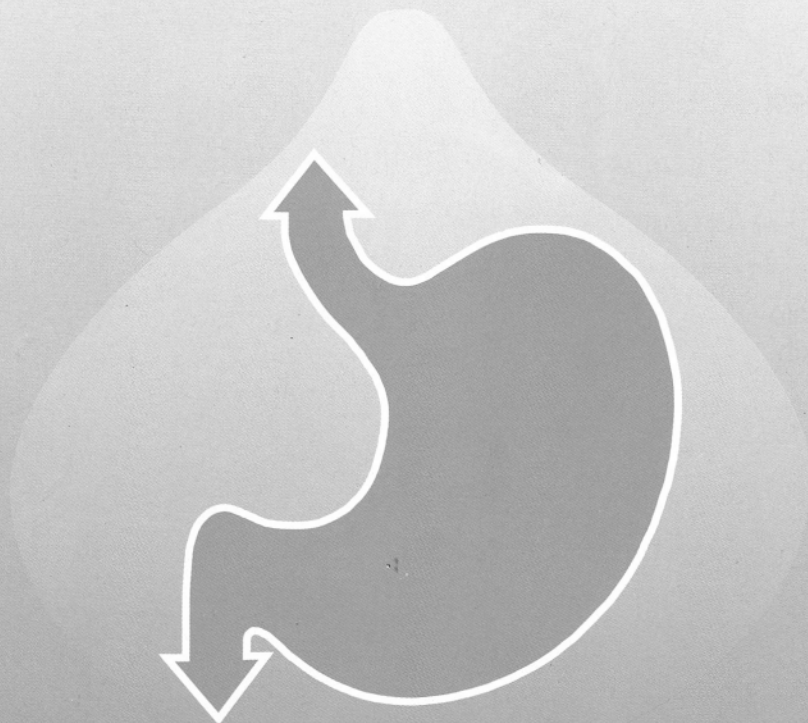
- **takojšen anksiolitični učinek**
- **ublažitev depresivne simptomatike že v prvih dveh tednih zdravljenja**
- **bolniki zdravilo dobro prenašajo**
- **sprostitev duha, olajšanje težav vsakdanjega življenja**

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

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

 **KRKA**
SLOVENIJA

v DANES
v
NAJUČINKOVITEJŠE
PROTIULKUSNO ZDRAVILO




Ortanol®
omeprazol

zaviralec protonske črpalke v parietalni celici

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

hitro olajša bolečino in izboljša kvaliteto življenja

Natančnejše navodilo o zdravilu lahko dobite pri proizvajalcu.

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

Da ne bi bolelo...

TADOL®

kapsule, kapljice, svečke, injekcije

tramadol

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

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

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Otroci hitro opazijo razliko...

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

KEFLEX cephalexin

Kapsule

blister 28 x 250 mg
blister 28 x 500 mg

**Prašek za
pripravo suspenzije**
250 mg / 5 ml,
steklenička 60 ml



Ceclor cefactor

Kapsule

blister 15 x 250 mg
blister 15 x 500 mg

Prašek za pripravo suspenzije
125 mg / 5 ml, steklenička 60 ml
250 mg / 5 ml, steklenička 60 ml



Izbrali so Ceclor.

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

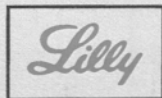
Tudi okus lahko olajša otrokom jemanje zdravil in pripomore k boljšemu sodelovanju pri zdravljenju.



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

¹ South Med J. 1990;83:1174-1177.

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





Berodual®

fenoterol hidrobromid + ipratropium bromid

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

BERODUAL-osnova zdravljenja bronhoobstrukcije

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

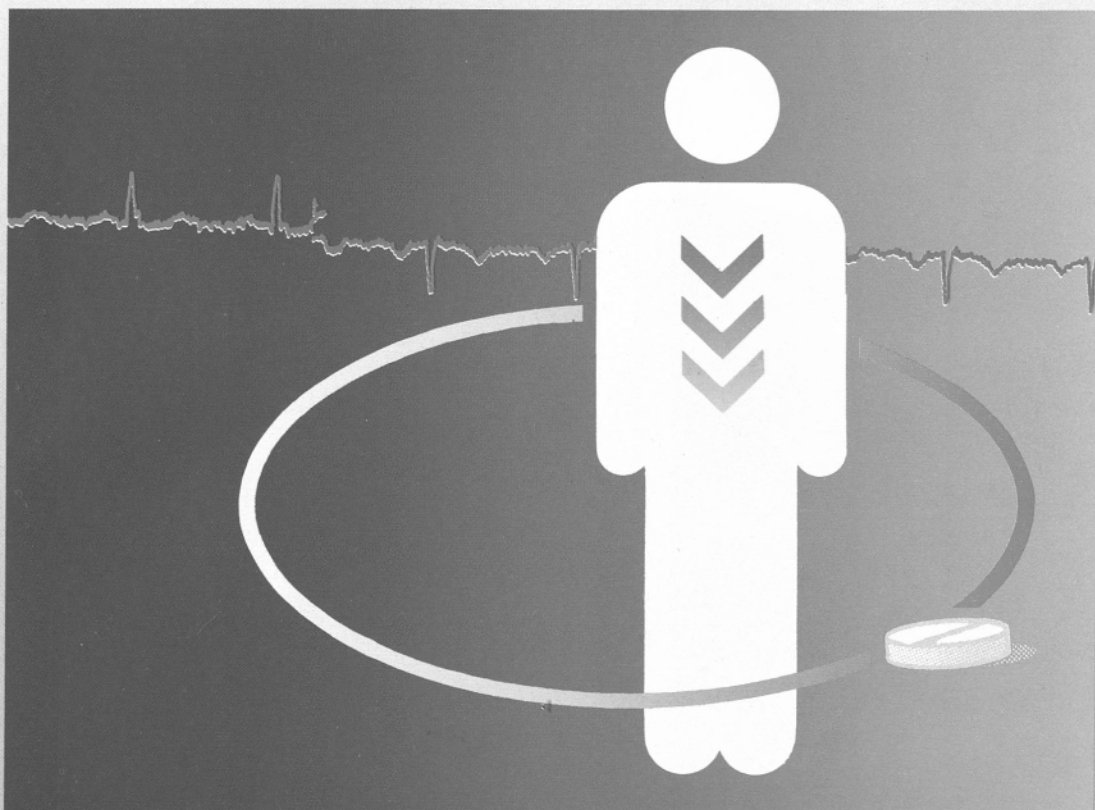
**Boehringer Ingelheim Pharma
v Sloveniji**

Mašera Spasičeva ul. 10
61 000 Ljubljana



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

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



Amlopin[®]

amlodipin

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

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

Natančnejše navodilo o zdravlilu lahko dobite pri proizvajalcu.

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



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


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

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

 **SANDOZ**

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

Enap®

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

Enap®-H Enap®-HL

tablete z 10 mg enalapril maleata in
25 mg hidroklorotiazida

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

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



Kar je dragoceno, varujem.

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

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

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

 **KRKA**
SLOVENIJA



PROZAC[®]
fluoxetin hidroklorid

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

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

Lilly

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

podcenjevanje resne bolezn

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

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

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

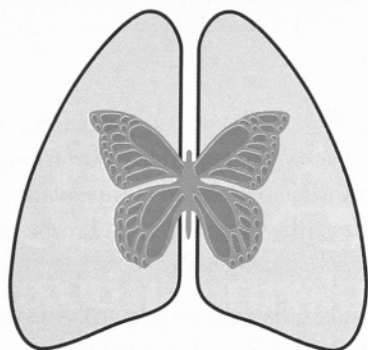
Tudi Prozac je tako kot vsa Lilly-eva zdravila namenjen samo tisti uporabi, kjer obstaja nedvoumna zdravstvena potreba in depresija je gotovo najpomembnejša med njimi.

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

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



Eli Lilly • Predstavništvo Ljubljana
61000 Ljubljana, Parmova 53
telefon (061) 319-648, (061) 131-7244 / int. 346; faks (061) 319-648



Novo:

Bronilide®

flunisolid

učinkovit lokalni kortikosteroid za inhalacijsko zdravljenje obstruktivnih obolenj dihal

Bronilide - sodobna učinkovina

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

Bronilide - izrazita učinkovitost

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

Doziranje

Odrasli

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

Otroci

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

Oprema

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

Boehringer Ingelheim Pharma v Sloveniji

Mašera Spasičeva ul. 10
61 000 Ljubljana



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

Lamisil®

Terbinafin

Tablete, krema

NOV PRISTOP K ZDRAVLJENJU GLIVIČNIH BOLENIJ NOHTOV IN KOŽE

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

Lamisil®, antimikotik za oralno in lokalno uporabo

Indikacije:

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

Doziranje:

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

* Otroci - glej celotno navodilo!



OSKRBA ZDRAVSTVA JE NAŠA NALOGA

SALUS

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

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

**ZASTOPSTVA IN
KONSIGNACIJE:**

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

KONSIGNACIJE:

- HOECHST AG
- HOFFMANN
- SANDOZ

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

Adalat: zdravilo s širokim obzorjem na voljo v več kot sto državah sveta



V pričakovanju kometa (fotograf M. Sennet)

Upanje

Srcu vpliva na vse človekovo delo, razvedrilo, smeh, veselje . . . , skratka na vse naše življenje.

Zato si srce zasluži posebno pozornost in zaščito.

Zavarujmo ga. Z Adalatom.



Adalat vpliva upanje srčnim bolnikom:

- zmanjšuje obremenjenost srca, ščiti pred napadi angine pektoris
- neposredno vpliva na koronarne arterije
 - zmanjša nevarnost nastanka ateroskleroze
- zelo učinkovit, bolniki ga tudi med dolgotrajnim zdravljenjem dobro prenašajo

za naše manjše bolnike

Adalat kapsule: (kapsula vsebuje 10 mg nifedipina). **Indikacije:** angina pektoris, arterijska hipertenzija, akutna hipertenzivna kriza. **Kontraindikacije:** Nosečnost. O uporabi med dojenjem ni podatkov. Pri izraziti hipotenziji je potrebna previdnost. Adalat se ne sme uporabljati pri kardiovaskularnem šoku.

Bayer 

Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

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

Splošna načela

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Spremni dopis

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

Tipkopis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabele

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

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

Slike

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

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

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

Literatura

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

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

Primeri citiranja

– primer za knjigo:

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

– primer za poglavje iz knjige:

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

– primer za članek v reviji:

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

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

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

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

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

– primer za članek iz suplementa revije:

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

– primer za članek iz zbornika referatov:

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

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

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

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

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

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

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

Navodila za delo recenzentov

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

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

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

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

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

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

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 63, JUNE-JULY 1994, Page 349-434, Number 6-7

ISSUE OF MARIBOR GENERAL HOSPITAL II

CONTENTS

LEADING ARTICLE

- Hospital at Marobor through the time**, E. Glaser 349

PROFESSIONAL ARTICLES

- Prevention of postburn hypertrophic scars by means of custom fitted pressure garments**, D. Čelan, Z. Turk, K. Šparaš, J. Barovič 357

- Cost benefit of postoperative thromboprophylaxis in ortopedic patients**, V. Urlep-Šalinovič, B. Jelatancev 361

- Prevention of postoperative adhesion formation after microsurgical operation**, I. Takač, V. Vlajsavljevič 365

- Aut-patient surgery of varicose veins**, V. Flis 369

- Anti HCV positive results in the light of verification with the RIBA test**, E. Glaser 373

- The effect of colloidal bismuth subcitrate and ranitidin on eradication of the bacterium Helicobacter pylori in patients with gastritis and peptic ulcer**, J. Gorišek, Ž. Pinter, M. Pocaajt, R. Kavalari, D. Novak 377

- Prospective study of triple antibacterial therapy in patients with Helicobacter pylori positive chronic duodenal ulcer**, B. Tepeš, B. Kavčič 381

- Transitional-cell carcinoma of the kidney in patient with endstage renal disease treated with haemodialysis**, T. Gračner, R. Hojs, A. Požar 387

REVIEW ARTICLES

- Endoscopic ultrasound - new diagnostic course in gastroenterology**, M. Skalicky, P. Skok, M. Pocaajt, C. Pernat 389

LETTERS TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS