



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 62, FEBRUAR 1993, str. 41–84, ŠT. 2

VSEBINA

RAZISKOVALNI PRISPEVEK

- Ocena bronhoskopskih metod pri bolnikih z negativnim razmazom izpljunka, I. Koren 41

STROKOVNI PRISPEVKI

- Okvare sluha in ravnovesja otrok, ki so bili na dolgotrajni mehanski ventilaciji, zaradi hude dihalne stiske, S. Černelč, J. Primožič, J. Vatovec, M. Žargi 45

- Uspešnost različnih oblik zdravstvenovzgojnega dela za hipertnike, A. Žalar 49

- Takojšnji in kasni rezultati perkutane transluminalne koronarne angioplastike – osebne izkušnje, B. Pust, M. Šurlan 53

PREGLEDNI PRISPEVEK

- Rehabilitacija otrok, poškodovanih v prometu, Z. Turk, B. Jesenšek-Papež 59

PISMA UREDNIŠTVU

- Angina pectoris pri bolniku z normalnimi koronarnimi arterijami – klinični seminar, A. Žemva, B. Pust, J. Fettich, M. Šinkovec 63

- Pisati strokovna dela v slovenščini ali v tujem jeziku, to zdaj ni več vprašanje, M. Kordaš 65

- Citiranje kot mera kakovosti znanstvene publikacije; njen doseg in omejitve, Š. Adamič 67

RAZGLEDI

- Strokovna srečanja 69
Delo SZD 69
Pogovori z bralci 70
Zanimivo je vedeti 70
Aktualni pogovori 71
Zdravniki v prostem času 75
Podlistek 76
Nove knjige 77
V tej številki so sodelovali 44
Oglasi 48, 58, 62, 78, 79, 80, 81, 82, 83



Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:
J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:
M. Janko

Urednika/Editors:
M. Cevc, T. Žgur

Tehnični urednik/Technical Editor:
P. Dolenc

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

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

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

Lektor za slovenščino/Reader for Slovene:
T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:
M. Davis

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: ZDVEA 7 ISSN 0350-0063

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:
Biological Abstracts, Biomedicina Slovenica,
Current Contents/Clinical Medicine, Excerpta Medica, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.
Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino,
ki znaša 4.800,00 SIT, za študente 1.200,00 SIT, za ustanove 30.000,00 SIT,
za tujino 300 US \$, posamezna številka stane 1.000,00 SIT.

To številko sta financirali:
Ministrstvo za znanost in tehnologijo
in Ministrstvo za zdravstvo
– Tisk ČGP Delo – Tiskarna, 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 4.800,00 SIT,
for students 1.200,00 SIT, for institutions 30.000,00 SIT, for foreign
countries 300 US \$; single number costs 1.000,00 SIT.
The issue is subsidized by Ministry for research and technology
and Ministry for health
– Printed by Delo – Tiskarna, Ljubljana – Printed in 4200 copies

Raziskovalni prispevek/Research article

THE VALUE OF FIBEROPTIC BRONCHOSCOPIC DIAGNOSTIC METHODS IN PATIENTS WITH NEGATIVE SPUTUM SMEAR

OCENA BRONHOSKOPSKIH METOD PRI BOLNIKI Z NEGATIVNIM RAZMAZOM IZPLJUNKA

Igor Koren

Topolšica, Hospital Topolšica, Department of pulmonology, 63326 Topolšica

Prispelo 1992-08-24, sprejeto 1992-11-25, ZDRAV VESTN 1993; 62: 41–4

Key Words: *fiberoptic bronchoscopy; tuberculosis; bronchial aspirate; bronchial brush; transbronchial lung biopsy*

Ključne besede: *bronhoskopija z upogljivim instrumentom; tuberkuloza; bronhialni aspirat; krtačenje bronha; transbronhialna biopsija pljuč*

Abstract — Background and methods. In prospective series we evaluated 52 patients for suspected pulmonary tuberculosis. The suspicion was based upon clinical features and chest roentgenogram abnormality. All patients had three consecutive negative results of sputum acid-fast bacilli smears, or could not produce sputum. All underwent fiberoptic bronchoscopy with bronchial aspirate, brush smear and transbronchial lung biopsy. 24 hours later postbronchoscopic sputum was collected for analysis.

Twenty-five patients were released from the hospital with final diagnosis of pulmonary tuberculosis. For 22 patients the diagnosis of tuberculosis was established either microbiologically and/or histologically.

Results. The most sensitive method for discovering pulmonary tuberculosis was transbronchial lung biopsy (19 positive results — 86%); other bronchoscopic procedures were less sensitive than comparable world series. Immediate diagnosis was obtained for 19 patients (86%).

Conclusions. Our conclusion is that fiberoptic bronchoscopy accompanied by transbronchial lung biopsy is useful method for improving the ability of documenting active pulmonary tuberculosis, and for detection of other diseases which manifest themselves in the same way.

Diagnostic yields of brush smear and bronchial aspirate are small compared to that of prebronchoscopic sputum smear culture. These procedures are relatively safe and easy to perform and they should always be done together with transbronchial lung biopsy.

Izvleček — Izhodišča. Za potrditev aktivne pljučne tuberkuloze je po navadi treba najti acido-rezistentne bacile v vzorcih izpljunga. Pogosto se srečujemo z bolniki, pri katerih je upravičen sum na aktivno pljučno tuberkulozo, so pa večkrat zapored negativni v razmazu izpljunga na acido-rezistentne bacile oziroma izmečka ne morejo dati. Če se hočemo izogniti negotovosti, ko čakamo na izvide kultur izmečkov na bacil tuberkuloze (6–8 tednov) in empiričnemu izvajanju anti-tuberkulozne terapije, se lahko odločimo za invazivno diagnostiko z upogljivim bronhoskopom in izvedbo bronhialnega aspirata, bronhialnega krtačenja ter transbronhialne biopsije pljuč.

Material in metode. V dveletni prospektivni študiji smo spremljali 52 bolnikov, pri katerih smo sumili na aktivno pljučno tuberkulozo. Vsi so imeli izpljunek trikrat zapored negativen v razmazu na acido-rezistentne bacile oziroma izpljunga niso mogli dati. Bolnikom smo izvedli bronhoskopijo z odvzemom bronhialnega aspirata, krtačenja bronha ter transbronhialno biopsijo pljuč. 24 ur po posegu smo ponovno pregledali izmeček na acido-rezistentne bacile.

Rezultati. Tuberkulozo smo potrdili pri 25 bolnikih; pri treh na podlagi dobrega odziva na terapijo, pri 22 pa mikrobiološko in/lali histološko. Le slednji so bili obravnavani v študiji.

Endoskopski izvid je bil pri aktivni pljučni tuberkulozi nespecifičen. S 86% senzitivnostjo je kot diagnostična metoda vodila TBB pljuč (19 pozitivnih rezultatov), senzitivnost ostalih pa se je gibala od 9–50%. Takojšnjo diagnozo smo potrdili pri 19 bolnikih (86%).

Zaključki. Upogljiva bronhoskopija ima pomembno mesto pri diagnostiki pljučne tuberkuloze. Če je le mogoče, mora biti v postopku izvedena transbronhialna biopsija pljuč, saj je njena senzitivnost značilno višja od ostalih diagnostičnih metod. Ker pa so slednje relativno varne in lahko izvedljive, so lahko rutinske v sklopu transbronhialne biopsije pljuč.

Introduction

The accurate diagnosis of active pulmonary tuberculosis is generally made by finding AFB in sputum samples.

Many patients with a lesion on chest x-ray, which presents a fibronodular infiltrate in upper lobe, had sputum smears negative for AFB, or were unable to produce sputum.

It is known that fiberoptic bronchoscopy is a useful method for obtaining lower respiratory tract secretions and lung tissue with little risk (1–6).

To avoid empirical anti-tuberculosis chemotherapy fiberoptic bronchoscopy with bronchial aspirate, bronchial brush and transbronchial lung biopsy under fluoroscopic control can provide a rapid diagnosis (5, 7).

Purpose of the work

We aimed to find the best diagnostic approach to suspected cases of pulmonary tuberculosis.

We were particularly interested in diagnostic yield of bronchial brush smear and bronchial aspirate, which on our opinion were over estimated by some authors (5, 8, 11, 13–15, 17).

Materials and methods

We report our own experience with 52 patients with suspected of having pulmonary tuberculosis, admitted to Department of Pulmology of Topolšica Hospital, Slovenia from November 1989 to March 1992. The research was prospective.

All patients had clinical features and chest x-rays which suggested pulmonary tuberculosis and three consecutive negative results of sputum AFB smears, or could not produce sputum. After written consent was obtained, all underwent fiberoptic bronchoscopy with Olympus fiberoptic bronchoscope (BF 1 10). Premedication was in a form of atropine sulphate 0.5 mg intramuscularly 15 minutes prior to the procedure. Lignocaine was used for topical anaesthesia. Since it is known to inhibit the growth of micobacteria tuberculosis, its dose was limited to 8 ml 2% solution (9, 10).

A soft, uncuffed rubber endotracheal tube was introduced into the trachea by the transoral route in the supine position. 10 ml of normal saline was instilled via the inner chanell of the bronchoscope down the bronchus draining the affected segment, and was aspirated back for analysis. Transbronchial biopsy was carried out under fluoroscopic control. Disposable brushes were used to make brush smears at the end of the procedure. 24 hours later postbronchoscopic sputum was collected for analysis. All microbiologic material was stained with Ziehl-Neelsen technique for AFB, and cultured on Löwenstein-Jensen medium after decontamination.

A biopsy result was considered positive when granuloma with or without caseation was visible.

Results

Pulmonary tuberculosis was confirmed for 22 patients, 5 females and 17 males with medium age $42,7 \pm 14,8$ years.

3 patients, who were released from hospital with the diagnosis of pulmonary tuberculosis based upon the clinical response to treatment, didn't enter the serie.

Tab. 1. Diagnostic patient evaluation.
Tab. 1. Diagnostična ocena obravnavanih bolnikov.

Diagnosis Diagnoza	Patients Bolniki	Number Število	%
Tuberculosis (histol. and/or microbiol.) Tuberkuloza (histol. in/ali bakteriološki.)		22	42
Tuberculosis (clinical response to treatment) Tuberkuloza (klinični odziv na terapijo)		3	6
Sarcoidosis Sarkoidoza		2	4
Postinflammatory fibrosis Postinflamacijska fibroza		7	13
Pneumonia Pljučnica		17	33
Adenocarcinoma Žlezni rak		1	2
Total Skupno		52	100

Endoscopic lesions, such as stenosis of segmental bronchus or plaques of caseous material were not established for our patients.

Tab. 2. Endoscopic appearance of bronchial tree in patients with tuberculosis.

Tab. 2. Endoskopski prikaz bronhialnega vejevja pri bolnikih s tuberkulozo.

Endobronchial lesions Endobronhialna poškodba	Patients Bolniki	Number Število	%
Localised hiperemic and swollen mucosa Omejena hiperemija in nabrekla sluznica		13	59
Segmental bleeding Segmentna krvavitev		1	4,5
Greyish pigmented mucosa Sivkasto pigmentirana sluznica		5	23
Diffuse purulent bronchitis Difuzni gnojni bronhitis		1	4,5
Normal mucosa Normalna sluznica		2	9
Total Skupno		22	100

Tab. 3. Diagnostic yield of pre- and postbronchoscopic sputum and bronchoscopic specimens.

Tab. 3. Diagnostična ocena izmečka pred in po bronhoskopiji ter bronhoskopskih vzorcev.

Specimens Vzorci	Positive results Pozitivni izvidi	Number Število	%
Prebronchoscopic sputum Izmeček pred bronhoskopijo	AFB ARB culture kulture	0/22 12/22	0 54,5
Bronchial aspirate Bronhialni aspirate	AFB ARB culture kulture	2/22 11/22	9 50
Bronchial brush Bronhialno krtačenje	AFB ARB	2/22	9
Transbronchial lung biopsy Transbronhialna biopsija pljuč		19/22	86
Postbronchoscopic sputum Izmeček po bronhoskopiji	AFB ARB culture kulture	1/22 5/22	4,5 23

1 positive culture was obtained also from peritoneal effusion (ascites).

1 pozitivna kultura je bila dobljena iz ascitesa.

Tab. 4. Diagnostic methods for proving tuberculosis.
Tab. 4. Diagnostične metode za dokaz tuberkuloze.

Prebronchoscopic sputum Izmeček pred bronhoskopijo	Bronchoscopic specimens and postbronchoscopic sputum Bronhoskopski vzorci in izmeček po bronhoskopiji	Patients Bolniki	
		Number Število	%
Positive Pozitivni	negative negativni	2/22	9
Positive Pozitivni	positive pozitivni	10/22	45,5
Negative Negativni	positive pozitivni	10/22	45,5

Immediate diagnosis was established for 19 patients (86%).
Takojsnja diagnoza je bila postavljena pri 19 bolnikih (86%).

Bacteriologic confirmation of tuberculosis was given for 17 patients (77%).

Tab. 5. Diagnostic confirmation of tuberculosis.
Tab. 5. Način potrditve tuberkuloze.

Diagnosis Diagnoza	Number Število	%
Histologic only Samo histološka	5/22	23
Bacteriologic only Samo bakteriološka	3/22	14
Histologic and bacteriologic Histološka in bakteriološka	14/22	63
Total Skupno	22/22	100

Discussion

Sputum smear-negative tuberculosis is a common diagnostic problem. All comparable world series, cited in our references, were retrospective.

Fiberoptic bronchoscopy provided an immediate diagnosis for 19 patients (86%). The results obtained by other authors are lower, ranging from 34 to 73% (3, 5, 8, 10–13). The relatively high sensitivity of this method in obtaining immediate diagnosis is important, because it shortens average hospitalization and because antituberculosis drugs could therefore be started soon and with confidence for the majority of patients.

A definitive diagnosis of pulmonary tuberculosis was established for 22 patients (42%).

The result is comparable with other series (3–5, 9, 11, 13, 14). Bacteriologically the diagnosis was confirmed in 17 cases (77%). In remaining 5 cases, where only histologic proof was obtained, the diagnosis was confirmed by clinical response to treatment; in 3 cases caseous granulomas were established histologically. Where granulomas without caseation were established, the difference between sarcoidosis and tuberculosis was determined according to history, clinics, chest roentgenogram, PPD test and lastly by specific and successful treatment.

If diagnostic reliance had been based solely upon prebronchoscopic sputum cultures for mycobacteria tuberculosis, a definite diagnosis would have been obtained only for 12 patients (54.5%). Thus the invasive procedures nearly doubled over-all diagnostic yield. For 2 patients (9%) positive prebronchoscopic sputum cultures were not confirmed by any bronchoscopic or postbronchoscopic specimen, but on the other hand, for 10 patients (45.5%) the diagnosis would never be confirmed, if bronchoscopy had not been performed. 10 patients (45.5%) were positive in prebronchoscopic and bronchoscopic material and fiberoptic bronchoscopy did not add any diagnostic yield to definite diagnosis.

We concluded that bronchoscopy and especially transbronchial lung biopsy can give better results on diagnosing tuberculosis, due to its very high diagnostic yield. Transbronchial lung biopsy sensitivity is 86% (19 histologic positive results), and is comparable of that of Chang SC, Lee PY, Perng RP (15) and Gorjup V (16). The sensitivities in other series are ranging from 11 to 41% (5, 8, 12–14).

The diagnostic yield of other bronchoscopic procedures is small. Since they are relatively safe for patients, they should always be performed along with transbronchial lung biopsy, otherwise they do not improve diagnostic yield of prebronchoscopic sputum cultures.

We do not agree with Bangman RP, Dohn MN, Loudon RG, Frame PT (9) that use of transbronchial lung biopsy significantly increase the risk of bronchoscopy, and that although it has a high diagnostic yield, it is usually not necessary not even for patients with miliary tuberculosis. We did not have any major complication.

The question is why the diagnostic yields of bronchial aspirates and bronchial brushes in world series are much higher than ours (5, 8, 11, 13–15, 17)?

The leading article was written by Chawla R, Pant K, Jaggi OP, Chandrashekhar S, Thukral SS (8), who estimate a 56% diagnostic yield for brush smears in diagnosis of tuberculosis. In our serie the yield is only 9%. We postulate that we saw patients at an earlier stage of their disease, probably because of better public education, better awareness of the disease and hence earlier presentation. Our patients were selected for the study on the basis of suspicion only and did not have a typical chest x-ray, or any cavitation as a sign of advanced tuberculosis. Therefore only for 22 patients out of 52 (42%) who entered the series the diagnosis of tuberculosis was confirmed.

Positive cultures of bronchoscopic specimens were relatively small (23% and 50% for postbronchoscopic sputum and bronchial aspirate respectively) of compared to prebronchoscopic sputum cultures (54.5%). This is probably due to inhibition of mycobacterial growth by lignocain. Many authors have obtained similar results (11, 13, 17–20).

The occurrence of bronchial mucosa did not contribute significant diagnostic information for the patients studied. Localised hyperemia and swollen mucosa were predominate features (60%). Samples of pulmonary parenchyma for bacteriologic examination were obtained only from a small number of patients with tuberculosis, therefore the results are incomplete and were not evaluated in our research.

References

- Zavala DC, Mitchell LR, Richardson RH, Bedell GN. Fiberoptic and rigid bronchoscopy: The state of art. *Chest* 1974; 65: 605–6.
- Šorli J. Bronhoskopija v diagnostiki bronhopulmonalnih bolezni. *Tavčarjevi dnevi. Med Razgl* 1977; 16: 247–53.
- Mehta J, Krish G, Berro E, Harvill L. Fiberoptic bronchoscopy in the diagnosis of pulmonary tuberculosis. *Southern Med J* 1990; 83: 753–8.
- Willcox PA, Potgieter PD, Bateman ED, Benetar SR. Rapid diagnosis of sputum negative miliary tuberculosis using flexible fiberoptic bronchoscope. *Thorax* 41: 681–4.
- So JS, Lam WK, Yu DYC. Rapid diagnosis of suspected pulmonary tuberculosis by fiberoptic bronchoscopy. *Tubercle* 1982; 63: 195–200.
- Khoo KK, Meadway J. Fiberoptic bronchoscopy in rapid diagnosis of sputum smear-negative pulmonary tuberculosis. *Respiratory Medicine* 1989; 83: 335–8.
- Debeljak A, Skarlovnik-Štern A, Maček V, Rus A, Mežnar B. Diagnostika tuberkuloze. *Zdrav Vestn* 1992; 61: 448–50.
- Chawla R, Pant K, Jaggi OP, Chandrashekhar S, Thukral SS. Fiberoptic bronchoscopy in smear negative pulmonary tuberculosis. *Eur Respir J* 1988; 1: 804–6.

9. Baughman RP, Dahn MN, Laudon RG, Frame PT. Bronchoscopy with bronchoalveolar lavage in tuberculosis and fungal infections. *Chest* 1991; 99: 92-7.
10. Russel MD, Kenneth GT, Michael GT. A ten year experience with fiberoptic bronchoscopy for mycobacterial isolation. *Am Rev Respir Dis* 1986; 133: 1069-71.
11. Sharkar SK, Sharma GS, Gupta PR, Sharma RK. Fiberoptic bronchoscopy in the diagnosis of pulmonary tuberculosis. *Tubercle* 1980; 61: 97-9.
12. Danek SY, Bower YS. Diagnosis of pulmonary tuberculosis by flexible fiberoptic bronchoscopy. *Am Rev Respir Dis* 1979; 119: 677-9.
13. Wallace JM, Deutsch AL, Harrell JH, Moser KM. Bronchoscopy and transbronchial bronchoscopy in evaluation of patients with suspected active tuberculosis. *Am J Med* 1981; 70: 1189-91.
14. All-Kassimi FA, Azhar M, Al-Majed S, Al-Wazzan AD, Al-Hajjaj MS, Malibary T. Diagnostic role of fiberoptic bronchoscopy in tuberculosis in the presence of typical x-ray pictures and adequate sputum. *Tubercle* 1991; 72: 145-8.
15. Chang SC, Lee PY, Perng RP. The value of roentgenographic and fiberbronchoscopic findings in predicting outcome of adults with lower lung field tuberculosis. *Arch Inter Med* 1991; 151: 1581-3.
16. Gorjup V. Uloga bronhoskopije fleksibilnim bronhoskopom u diagnozi plućne TBC. *Pluć Bol* 1990; 42: 109-12.
17. Chan CH, Sun AYM, Hoheisel GB. Bronchoscopic aspiration and bronchoalveolar lavage in the diagnosis of sputum smear negative pulmonary tuberculosis. *Lung* 1990; 168: 215-20.
18. Jett JR, Cortese DA, Dines DE. The value of bronchoscopy in the diagnosis of mycobacterial disease. *Chest* 1981; 80: 575-8.
19. Ip M, Chan PY, So SY, Lam WK. The value of routine bronchial aspirate culture at fiberoptic bronchoscopy for the diagnosis of tuberculosis. *Tubercle* 1989; 70: 281-5.
20. Willcox PA, Benatar SR, Potgieter PD. Use of the flexible bronchoscope in diagnosis of sputum-negative pulmonary tuberculosis. *Thorax* 1982; 37: 598-601.

V tej številki so sodelovali:

prof. dr. Štefan Adamič, dipl. vet., Inštitut za informatiko v biomedicini, MF Ljubljana
 prim. Smilja Černelč, dr. med., specialistka otorinolaringologinja, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, KC Ljubljana
 prof. dr. Anton Dolnec, dr. med., specialist patolog in specialist sodne medicine, Inštitut za sodno medicino, MF Ljubljana
 prof. dr. Jože Drinovec, dr. med., specialist internist, Krka Novo mesto
 asist. dr. Jure Fettich, dr. med., specialist internist, Klinika za nuklearno medicino, KC Ljubljana
 prof. dr. Bojan Fortič, dr. med., specialist internist, Golnik
 Breda Jesenšek-Papež, dr. med., specializantka fiziatrije, SB Maribor
 prof. dr. Miroslav Kališnik, dr. med., Inštitut za histologijo in embriologijo, MF Ljubljana
 prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., Inštitut za patofiziologijo, MF Ljubljana
 mag. Igor Koren, dr. med., specialist interne medicine, Bolnišnica Topolšica
 Mladen Markota, dr. med., specialist socialne medicine, Zavod za zdravstveno varstvo Novo mesto
 prof. France Mihelič, akademski slikar, Ljubljana

asist. spec. akad. st. Janez Primožič, dr. med., specialist pediater, Pediatrični oddelek kirurških strok, KC Ljubljana
 prof. dr. Borut Pust, dr. med., specialist internist, Klinika za bolezni srca in ožilja, KC Ljubljana
 mr. ph. Ivan Remškar, Lekarne Ljubljana
 Danica Rotar-Pavlič, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana
 prim. Branko Šalamun, dr. med., specialist pediater, Koper
 mag. Matjaž Šinkovec, dr. med., specialist internist, Klinika za bolezni srca in ožilja, KC Ljubljana
 doc. dr. Miloš Šurlan, dr. med., specialist rentgenolog, Inštitut za diagnostično in intervencijsko radiologijo, KC Ljubljana
 prim. mag. spec. akad. st. Zmago Turk, dr. med., specialist fiziater, revmatolog in akupunkturist, SB Maribor
 Jagoda Vatovec, dr. med., specialistka, otorinolaringologinja, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, KC Ljubljana
 prof. dr. Herbert Zaveršnik, dr. med., specialist internist, Celje
 mag. Aleksandra Žalar, dipl. org. dela., Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana
 prof. dr. Miha Žargi, dr. med., specialist otorinolaringolog, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, KC Ljubljana
 doc. dr. Aleš Žemva, dr. med., specialist internist, Klinika za hipertenzijo, Bolnišnica dr. Petra Držaja, KC Ljubljana

OKVARE SLUHA IN RAVNOVESJA OTROK, KI SO BILI NA DOLGOTRAJNI MEHANSKI VENTILACIJI ZARADI HUDE DIHALNE STISKE

VESTIBULAR AND AUDITORY DISABILITY OF CHILDREN WHO WERE ON MECHANICAL VENTILATION BECAUSE OF RESPIRATORY DISTRESS

Smilja Černelč,¹ Janez Primožič,² Jagoda Vatovec,¹ Miha Žargi¹

¹ Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Klinični center, Zaloška 2, 61105 Ljubljana

² Pediatrični oddelek kirurških strok, OE Kirurška služba, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 61105 Ljubljana

Prispelo 1992-04-10, sprejeto 1992-07-10, ZDRAV VESTN 1993; 62: 45-7

Ključne besede: rizični otroci; audiometrija, vestibulometrija; preprečevanje okvar; zgodnje odkrivanje okvar

Key Words: high-risk children; audiometry; vestibular evaluation; prevention of hearing disorders; early detection

Izvleček — Izhodišča. V zgodnjem otroštvu je sluh nepogrešljiv za razvoj govora v ožjem in širšem pomenu besede, za razvoj uma in čustev. Razširjenost hude prelingvalne okvare sluha je med ogroženimi otroki 20- do 50-krat večja kakor v celotni populaciji. Ravnovesni ustroj v povezavi z vidom in globoko senzibiliteto uravnava ravnotežje glave in telesa, položaj in premikanje oči ter mišični tonus. Te funkcije so potrebne za razvoj motoričnih spretnosti in tudi sposobnosti, kot sta branje in pisanje. Ker sta čutili za ravnovesje in sluh ontogenetsko in anatomske tesno povezani, na obe delujejo isti škodljivi dejavniki. Naš namen je bil ugotoviti pogostnost nepopravljivih okvar in vzrok za nastanek le-teh pri otrocih, ki so bili več kot 48 ur na mehanski ventilaciji zaradi hude dihalne stiske ob rojstvu.

Abstract — Background. During the early period of life hearing plays a basic role in language, speech, intellectual and emotional development. The prevalence of prelinguistic hearing impairment in high-risk children is 20 to 50 times higher than in general population. Vestibular system together with visual and proprioceptive systems participates in development of general motor skills, as well as complex abilities, such as reading and writing. Since the auditory and vestibular organs are, ontogenetically and anatomically connected, the same pathogenetic factors can cause the impairment of both. The aim of our study was to establish the incidence of incurable lesions and their etiology in children who were on mechanical ventilation for more than 48 hours immediately after birth.

Metode. Pregledali smo 142 otrok. V času audiološke obravnave so bili stari povprečno 3,3 leta. Za merjenje sluha in ravnovesja smo uporabljali tonsko audiometrijo, timpanometrijo, slušne potenciale možganskega debla in kalorično vestibulometrijo po Baranyju.

Methods. We examined 142 children. At the time of audiological assessment their mean age was 3.3 years. In examination of auditory and vestibular function we used audiometry, tympanometry, auditory brainstem response and Barany's caloric vestibulometry.

Rezultati in zaključki. Ugotovili smo, da imajo trije otroci hudo in dva lažjo zaznavno okvaro sluha, okvaro ravnovesja ima pet otrok. Ob rojstvu in kmalu za tem so bili izpostavljeni več dejavnikom ogrožanja, katerih škodljivo delovanje se je dopolnjevalo. Prizadete otroke je treba čimprej odkriti, ker zgodnja edukacija zagotovi razvoj komunikacije.

Results and conclusions. We established severe sensorineural hearing loss in 3 children, mild in 2, and vestibular impairment in 5 children. At delivery and shortly after they were exposed to several risk factors, all of which added to hearing and vestibular impairment. Disabled children should be identified as soon as possible since early education gives better results in development of communication skills.

Uvod

Otroke z okvarjenim sluhom želimo odkriti čimprej, najbolje kar ob rojstvu, in jih takoj vključiti v obravnavo (1, 2). Z rastjo osveščenosti o pomenu zgodnjega odkrivanja slušne prizadetosti ima že več držav program za predhodni izbor ogroženih otrok za

okvaro sluha in nato natančnejši pregled le-teh (3).

Pogostnost hude prizadetosti sluha je pri ogroženih otrocih 2,5 do 5% (4), pogostnost hude prelingvalne okvare sluha (nastale pred razvojem govora) pa je v celotni populaciji od 0,5 do 1% (5). Pogostnost hude slušne prizadetosti pri novorojenčkih,

zdravljenih v enoti za intenzivno terapijo (EIT), je 2 do 10%, pri nekaterih skupinah je še večja (6, 7). Zato je treba razširiti program za predhodni izbor ogroženih otrok za okvaro sluha iz leta 1982 (4) z novorojenci s persistirajočo pljučno hipertenzijo in zdravljenimi sočasno z aminoglikozidi in furosemidom (8). Ogroženi glede okvare sluha so tudi vsi umetno ventilirani otroci (9).

Prizadetost ravnovesnega ustroja v otroški dobi, ki jo pričakujemo pri otrocih s hudo slušno prizadetostjo, ima lahko pozneje resne posledice (10). Te okvare so pri otrocih, zdravljenih v EIT, razmeroma malo znane in redko opisane (11). Njihovo odkritje ima velik praktični pomen, saj zgodnja diagnoza omogoča rehabilitacijo.

Naš namen je bil ugotoviti pogostnost nepopravljive zaznavne okvare sluha in/ali okvare ravnotežja pri otrocih, ki so bili zaradi hude dihalne stiske ob rojstvu na dolgotrajni mehanski ventilaciji. Nadalje nas je zanimalo, ali je vzrok za okvare samo opisani način zdravljenja ali so nastale zaradi delovanja več vzrokov.

Preiskovanci in metode

V študijo smo vključili otroke, ki so bili zaradi hude življenjske ogroženosti zdravljeni v obdobju od 1. julija 1974 do 1. julija 1980 v EIT Pediatričnega oddelka kirurških strok Univerzitetnega kliničnega centra. Zajeli smo 142 (78%) od 182 preživelih novorojenčkov. Obravnavali smo 40 (28,2%) deklic in 102 (71,8%) dečka v starosti od 1 do 8 let; povprečno so bili stari 3,3 leta. Umetno so bili ventilirani od 2 do 72 dni (povprečno 14 dni).

Osnovne podatke o novorojenčkih, o njihovem zdravstvenem stanju in zdravljenju v EIT smo dobili iz popisov bolezni. Ob otorinolaringološkem pregledu smo napravili tudi usmerjeno anamnezo. Otroke smo avdiometričali na način, ki je bil prilagojen kronološki in mentalni starosti ter vrsti slušne prizadetosti. Pri vrednotenju rezultatov slušnih preiskav začetne zaznavne okvare nismo upoštevali.

Ravnovesje smo testirali s kalorično Baranyjevo metodo. Če z vodo 27°C nismo izzvali odgovora, smo nadaljevali preiskavo z vodo, ohlajeno na 18°C. Ker je rezultate težko vrednotiti pri majhnih nemirnih otrocih, smo kot okvaro šteli zgolj obojestransko ugaslo funkcijo. Če smo ugotovili ob ugasli funkciji enega labirinta zmanjšani odgovor drugega, smo tudi takšen rezultat šteli za patološkega.

Rezultati

116 (81,7%) od 142 pregledanih otrok je imelo normalen sluh, trije (2,1%) so imeli zaznavno naglušnost težke stopnje obojestransko, dva (1,4%) sta imela zaznavno naglušnost lažje stopnje obojestransko, 21 (14,8%) jih je imelo prevodno naglušnost vsaj na enem ušesu. 137 (96,5%) otrok je imelo normalen vestibularni odgovor, eden (0,7%) je imel ugaslo funkcijo obojestransko, štirje (2,8%) so imeli ugaslo funkcijo enega labirinta in zmanjšani odgovor drugega. Dva (1,4%) otroka sta imela kombinirano prizadetost: težko zaznavno naglušnost obojestransko ter ugaslo funkcijo enega ravnovesnega ustroja in zmanjšan odgovor drugega.

Pri otrocih z zaznavno naglušnostjo in/ali okvaro ravnotežja ni bilo anamnestičnih podatkov za poškodbo ali okužbo, ki bi

Tab. 1. Otroci z zaznavno naglušnostjo in/ali okvaro ravnovesja.
Tab. 1. Children with sensorineural hearing impairment and/or vestibular abnormalities.

Prizadeti otroci Disabled children	1	2	3	4	5	6	7	8
Avdiogram Audiogram	MSNB	MSNB	SSNB	SSNB	SSNB	N	N	N
Vestibulogram Vestibular test results	N	N	N	A	A	A	A	A
Gestacijska starost (tedni) Gestational age (weeks)	137,0	39,1	135,0	135,0	39,0	137,3	133,0	135,0
Zrelost Appropriateness for gestational age	AGA	AGA	AGA	AGA	!SGA	!SGA	AGA	AGA
Apgar (5 min) Apgar score (at 5 min)	8-10	15-7	ND	+0-4	+0-4	15-7	15-7	15-7
Najnižji pa O ₂ (kPa) Lowest pa O ₂ (kPa)	6,1	14,0	15,0	12,5	7,4	7,2	12,1	14,0
pH krvi Blood pH	7,32	7,32	17,13	7,28	17,18	17,24	17,23	7,25
Bolezen novorojenčka Disease of newborn	OA	+SE	+MTG	OA	+RA	IH	+PPHN	HMD
Prekoračena raven aminoglikozidov v serumu Exceeded blood level of aminoglycosides	NO	+YES	NO	NO	ND	ND	NO	NO
Furosemid z aminoglikozidi Furosemide with amino- glycosides	NO	NO	+YES	+YES	+YES	+YES	+YES	NO
MSNB – lažja zaznavna naglušnost obojestransko – mild sensorineural hearing loss bilateral								
SSNB – težka zaznavna naglušnost obojestransko – severe sensorineural hearing loss bilateral								
N – normalen – normal								
A – patološki – pathological								
AGA – primerno velik za gestacijsko starost – appropriate for gestational age								
SGA – zahiranček – small for gestational age								
ND – ni podatkov – no data								
OA – atrezija požiralnika – oesophageal atresia								
SE – sepsa – sepsis								
MTG – meningitis – meningitis								
RA – ponavljajoča se apnea – recurrent apnea								
IH – možganska krvavitev – intracranial haemorrhage								
PPHN – persistentna pljučna hipertenzija – persistent pulmonary hypertension								
HMD – bolezen hialnih membran – hyaline membrane disease								
NO – ne – no								
YES – da – yes								
+ – dejavniki tveganja za okvaro sluha – risk criteria for hearing impairment								
! – splošni dejavniki tveganja – other risk factors								

okvaro povzročili po odpustu iz EIT. Staršem ni bilo znano, da bi imel katerikoli od članov družine slab sluh. Pri pregledu nismo ugotovili očitnih razvojnih nepravilnosti glave, vratu in ušes.

Za vsakega tako prizadetega otroka smo primerjali vrsto in stopnjo okvare z osnovnimi podatki o novorojenčku, dejavniki ogrožanja in temeljno boleznijo, zaradi katere se je zdravil v EIT (tab. 1).

Razpravljanje

Raziskava je pokazala, da je bilo naglušnih 26 (18,3%) pregledanih otrok, zdravljenih po rojstvu v EIT. Prevodno naglušnost smo ugotovili pri 21 (80,8%) otrocih, po ustreznem zdravljenju se jim je sluh normaliziral.

Ugotovili smo, da je imelo 2,1% otrok težko zaznavno naglušnost, kar se ujema s podatki iz literature (6, 7). Ti otroci so bili v času obravnave že vključeni v rehabilitacijo. Okvaro ravnotežja je imelo pet otrok (3,5%), od katerih sta imela dva tudi težko zaznavno naglušnost, kar smo pričakovali glede na dosedanje ugotovitve raziskovalcev (10). Predvidevamo, da bi našli več nepopravljivih okvar z obravnavo vseh preživelih novorojenčkov.

Etiološke dejavnike smo opredelili potem, ko smo izključili dednost, očitne razvojne izmaličenosti in vzroke, ki bi okvaro povzročili po odpustu iz EIT.

V obravnavani EIT se zdravijo novorojenčki, ki so v večini primerov dobili okvaro zaradi hipoksije še pred samim sprejemom na zdravljenje.

Prizadeti otroci so bili umetno ventilirani v povprečju 14 dni. Trajanje ventilacije je odvisno od narave bolezni ter od pogostnosti in teže zapletov med zdravljenjem. Napačno bi bilo torej poškodbo pripisati samo dolgotrajni umetni ventilaciji. Z dolžino ventilacije seveda raste možnost zapletov, ki nosijo s seboj večjo pogostnost okvar (12).

V prikaz smo vključili dejavnike, ki so lahko bili po podatkih iz literature v etiološki povezavi z okvaro sluha in/ali ravnovesja (1, 4, 7, 8, 10) (tab. 1). Zaradi premajhnega števila prizadetih otrok izsledkov raziskave ni bilo mogoče prikazati v statističnih izračunih.

Večina okvarjenih otrok je imela torej še naslednje dejavnike ogrožanja za naglušnost: hudo asfiksijo še pet minut po rojstvu (Apgar 0–4), sepsa, meningitis, ponavljajočo se apnejo, persistentno pljučno hipertenzijo, prekoračeno varno koncentracijo aminoglikozidov v serumu, istočasno zdravljenje z aminoglikozidi in furosemidom.

Vrsta študij sicer ni pokazala pomembne razlike v pogostnosti okvar notranjega ušesa pri otrocih, ki so bili zdravljeni z aminoglikozidi in pri tistih, ki niso bili. Po drugi strani pa klinične izkušnje kažejo, da aminoglikozidi so ototoksični pri otrocih (13). Zabeležena je tudi družinska preobčutljivost za ototoksičnost aminoglikozidov (14).

Novorojenčki, ki rabijo ta zdravila za preživetje, so najbolj ranljivi za njihove stranske učinke. Ototoksični učinek aminoglikozidov povečajo hiperbilirubinemija, daljša hipoksemija in druga zdravila oziroma antibiotiki, ki jih istočasno uporabimo za zdravljenje (furosemid, indometacin, nekateri cefalosporini in vankomicin) (15).

Poleg že navedenih dejavnikov za okvaro notranjega ušesa so imeli okvarjeni otroci še enega ali več dodatnih dejavnikov ogrožanja: nedonošenost, zmerno asfiksijo še pet minut po rojstvu (Apgar 5–7), hipoksemijo in acidozo. Prizadetost sluha pri obporodni asfiksiji je posledica hipoksične okvare notranjega ušesa in možganov (16). Oskrba Cortijevega organa s krvjo, katere pH je nizek (<7,25), in hipoksemija (pa 02 <5,3 kPa) zgodaj v otroštvu sta pomembna znanilca slušne okvare (17). Pri prvem otroku, navedenem v razpredelnici, je med zdravljenjem prišlo do zastoja srca, kar je prav gotovo povzročilo hudo hipoksemijo in acidozo.

Skladno s trditvami drugih raziskovalcev smo ugotovili, da ni mogoče določiti samo enega vzroka za prizadetost pri otrocih, ki so bili izpostavljeni več dejavnikom ogrožanja (15). Kaže, da se njihovo škodljivo delovanje dopolnjuje. Dejavniki, ki okvarjajo sluh, okvarjajo tudi ravnotežje. Na otroke s kombinirano okvaro je delovalo povprečno enako število dejavnikov ogrožanja kot na tiste z izolirano okvaro sluha ali ravnotežja.

Zaključek

Možnost hude, nepopravljive slušne prizadetosti je veliko večja pri otrocih, zdravljenih v EIT, saj sodijo zaradi hude bolezni med najbolj ogroženo populacijo. Število okvar sluha in/ali ravnovesja bi se zmanjšalo s preventivo v času nosečnosti ter z ustreznim ukrepanjem med porodom in po njem. K preprečevanju okvar spada tudi preudarna uporaba furosemda in aminoglikozidov, ki so nepogrešljivi pri bolnikih v EIT. Uporabo vsakega dodatnega zdravila pri otroku, ki je že zdravljen z aminoglikozidi, je treba posebej pretehtati (16).

Vsem novorojenčkom, ogroženim glede okvare sluha, je treba napraviti avdiometrijo s pomočjo slušnih potencialov možganskega debla še pred odpustom iz bolnišnice. Če meritev ne uspe ali če ni napravljena, jih je treba vključiti v avdiološko obravnavo (18).

Literatura

1. Vatovec J, Veličkovič M, Černelč S, Žargi M. Rizični otroci in odkrivanje okvar sluha. In: Zbornik prispevkov 12. Derčevi pediatrični dnevi. Ljubljana: Univerzitetna pediatrična klinika, 1991: 509–14.
2. Černelč S, Vatovec-Robida J. Izkušnje pri odkrivanju slušne prizadetosti. Med Razgl 1983; 22: Suppl 1: 395–402.
3. Mahoney TM, Eichwald JG. The ups and »downs« of high-risk hearing screening: The Utah statewide program. Semin Hear 1987; 8: 155–63.
4. American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing. Position statement 1982. Pediatrics 1982; 70: 496–7.
5. Das VK. Etiology of bilateral sensorineural deafness in children. J Laringol Otol 1988; 102: 975–80.
6. Bergman I, Hirsch RP, Fria TJ et al. Cause of hearing loss in the high-risk premature infant. J Pediatr 1985; 106: 95–101.
7. Hendricks-Munoz KD, Walton JP. Hearing loss in infant with persistent fetal circulation. Pediatrics 1988; 81: 650–6.
8. Carter BS, Wilkening RB. Prevention of hearing disorders: neonatal causes of hearing loss. Semin Hear 1991; 12: 154–67.
9. Liden G, Kankkunen A. Methods of early identification of hearing impaired children. Adv Oto-Rhino-Laring 1983; 29: 183–93.
10. Vatovec J, Černelč S, Primožič J, Žargi M. Okvare ravnovesnega aparata otrok in mladostnikov. Symp Otorhinol Jug 1990; 25: 111–5.
11. Brookhouser PE, Cyr DG, Peters JE, Schulte LE. Correlates of vestibular evaluation results during the first year of life. Laryngoscope 1991; 101: 687–94.
12. Primožič J. Razvoj otrok, ki so bili na mehanski ventilaciji zaradi hude dihalne stiske. Akademsko specialistično delo. Ljubljana, 1985: 1–127.
13. McCracken GH. Aminoglycoside toxicity in infants and children. Am J Med 1986; 80: Suppl 6: 172B–8B.
14. Johnsonbaugh RE, Drexler HG, Light J, Sutherland JM. Familial occurrence of drug-induced hearing loss. Am J Dis Child 1974; 12: 245–7.
15. Salamy A, Eldredge L. Neonatal risk and hearing loss. Semin Hear 1991; 12: 146–52.
16. Allen MC, Schubert-Sudia SE. Prevention of prelingual hearing impairment. Semin Hear 1990; 11: 134–49.
17. Despland PA, Galambos R. The auditory brainstem response (ABR) is a useful diagnostic tool in the intensive care nursery. Pediatr Res 1980; 14: 154–9.
18. ASHA guidelines. Audiologic screening of newborn infants who are at risk for hearing impairment. ASHA 1989; 31: 89–92.

Visokoučinkovit, varen in preskušen oralni
cefalosporinski antibiotik druge generacije

TARACEF®

kapsule, suspenzija

cefaklor

Najboljši ostanejo ...

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

... vedno aktualni !

Podrobnejše informacije in literaturo dobite pri proizvajalcu.



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

Strokovni prispevek/Professional article

USPEŠNOST RAZLIČNIH OBLIK ZDRAVSTVENOVZGOJNEGA DELA ZA HIPERTONIKE

SUCCESS OF DIFFERENT KINDS OF HEALTH EDUCATION FOR HYPERTENSIVE PATIENTS

Aleksandra Žalar

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

Prispelo 1992-08-24, sprejeto 1992-10-30, ZDRAV VESTN 1993; 62: 49-52

Ključne besede: zdravstvena vzgoja; hipertenzija

Key Words: health education; hypertension

Izvleček — Izhodišča. Za bolnike s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi je pomembno, da se naučijo pravilno in kakovostno živeti z boleznijo. Zdravstvenovzgojno delo lahko izvajamo na različne načine. Naš glavni cilj je bil ugotoviti, katera skupina hipertonikov z različno predhodno zdravstveno vzgojo bolj zdravo in pravilno živi z boleznijo.

Metode. Tri skupine po 50 bolnikov smo anketirali z vprašalnikom o načinu življenja. Zajeli smo hipertonike, ki so bili deležni individualne oblike zdravstvene vzgoje od zdravnika ali sestre v ambulantni (skupina A); bolnike, ki so obiskovali tečaj za hipertonike (skupina B), in bolnike, ki so člani kluba zdravljenih hipertonikov (skupina C).

Rezultati. Med skupinama A in B so bile značilne razlike pri dveh od 18 vprašanj. Med povprečjem skupin A in B in med skupino C pa so bile značilne razlike pri 13 od 18 anketnih vprašanj.

Zaključki. Analiza anket je pokazala, da bolniki, ki so člani kluba zdravljenih hipertonikov (skupina C), bolj skrbijo za zdrav in pravičen način življenja z boleznijo kot bolniki v ostalih dveh skupinah.

Abstract — Background. For patients with chronic non-contagious diseases it is essential to learn the correct, healthy way of living with the disease. Health education can be provided on the different method. Our aim was to determine which group of hypertensive patients, receiving different primary health education, attempts to live with their disease in a healthy and correct way.

Methods. We surveyed three groups of 50 patients with questionnaire about way of living. We included patients who participated only in individual forms of health education, either from nursing staff or doctors in the clinics (group A); the second group of patients were attending courses for hypertensive patients (group B) and the third group were patients — members of hypertensive patients clubs (group C).

Results. The statistical differences among groups A and B were detected in 2 of 18 questions in the questionnaire. The statistical differences between average of groups A and B versus group C were detected in 13 of 18 questions in the questionnaire.

Conclusions. An analysis of the results showed that patients who are members of clubs for hypertensive patients (group C) pay more attention to have a healthy, correct way of living with their disease compared to those in the other two groups.

Uvod

Sprememba okolja ima velik vpliv na etiologijo bolezni in zdravja. Spreminjajo se značilnosti bolezni in njihovih povzročiteljev. Prav tako se spreminja tudi populacija. Močan vpliv na sodobno socialnomedicinsko problematiko imajo slabe razvade prebivalstva, kot so kajenje, nepravilna prehrana, vpliv stresov in podobno. Osrednji problem predstavljajo družbene spremembe, ki vplivajo na spremembe v načinu življenja (1). Sodobni pogoji življenja so privedli do sprememb v morbiditeti. Vse večja je razširjenost kroničnih množičnih nenalezljivih bolezni. Med njimi zavzemajo vidno mesto bolezni srca in ožilja. Posebno mesto v tej skupini bolezni zavzema visok krvni tlak, ki

je hkrati tudi dejavnik tveganja za druge bolezni srca in ožilja. Za bolnike s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi je pomembno, da se naučijo pravilnega in kakovostnega življenja z boleznijo. Nezdravi način življenja pri hipertoničnih razvrednoti še tako dobro individualno medikamentno zdravljenje. Stalno morajo skrbeti za pravilni odnos do bolezni in pravilni način življenja z njo. Seveda pa je treba bolnike za to tudi motivirati oziroma jih naučiti, kako živeti z boleznijo. Bolnike lahko zdravstveno vzgajamo na več načinov. Pri nas se še vedno največkrat uporablja individualna oblika dela z bolnikom. Ta oblika je precej draga in pogosto tudi manj uspešna kot nekatere druge oblike. V razvitem svetu vse bolj pridobivajo na pomenu in uspehu skupinske oblike dela, zlasti t. i. skupine za samopomoč.

Cilj in metode dela

Z namenom, da bi ugotovili, kakšen je odnos hipertnikov z različno predhodno zdravstveno vzgojo do same bolezni in dejavnikov, ki vplivajo na nastanek oziroma poslabšanje bolezni, smo anketirali tri skupine bolnikov. Anketiranje smo opravili s pomočjo vprašalnika Kako skrbim za svoje zdravje, odkar imam povišani krvni tlak. Vprašalnik sestavljajo splošna vprašanja, vprašanja, vezana na bolezen, vprašanja v zvezi s higiensko dietetskim režimom ter vprašanja, s katerimi smo skušali ugotoviti, kakšno je znanje bolnikov o hipertenziji in njenih posledicah. Na koncu vprašalnika smo zastavili test o občutljivosti na stres, psihologov Lyle H. Millerja in A. Dell Smitla z Medicinskega centra Bostonske univerze, ki je bil objavljen v knjigi Metodološka uputstva za rad klubova hipertoničara (2).

V raziskavo smo vključili tri skupine po 50 hipertnikov, in sicer:

- hipertnike, ki so bili deležni le individualne oblike zdravstvene vzgoje, bodisi od sestre ali zdravnika v ambulantni (skupina A);
- hipertnike, ki so obiskovali tečaj za hipertnike (skupina B);
- hipertnike, ki so člani kluba za hipertnike (skupina C).

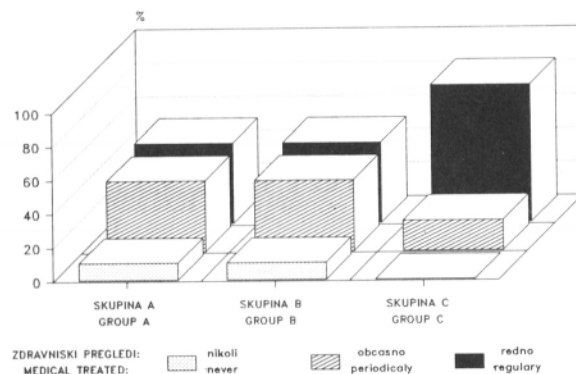
Anketiranje je bilo anonimno. Opravili smo ga pri 80 naključnih bolnikih iz posameznih skupin. Za analizo smo uporabili po 50 naključno izbranih anket iz vsake skupine. Podatke, ki smo jih dobili pri anketiranju, smo obdelali računalniško s statističnim programom SPSS – Statistical Package for Social Sciences.

Rezultati dela

Povprečna starost anketiranih hipertnikov je bila 59,6 leta. V skupini A je bila povprečna starost anketiranih 59,3 leta, v skupini B 57,2 in v skupini C 62,4 leta. Povprečna doba trajanja bolezni je bila 11,1 leta, in sicer v skupini A 10,9 leta, v skupini B 11,1 in v skupini C 11,3 leta (3).

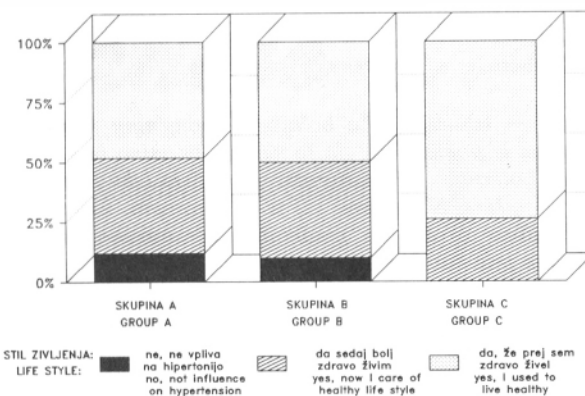
Analiza anket je pokazala, da v odnosu hipertnikov do bolezni med skupino A in skupino B ni bistvenih razlik. S testom hi-kvadrat smo ugotovili značilne razlike med skupino A in skupino B le v dveh od 18 odgovorov, iz katerih lahko ocenjujemo zdravstveno prosvetljenost. Odgovori skupine C pa nakazujejo na boljši odnos teh bolnikov do lastnega zdravja oziroma kakovostnega in pravilnega načina življenja z boleznijo. S testom hi-kvadrat smo med seboj primerjali povprečno število posameznih odgovorov v skupinah A in B s posameznimi odgovori v skupini C. V skupini C smo ugotovili večje število pravilnih odgovorov. Dobljeni rezultati so statistično značilni pri 13 od 18 odgovorov, iz katerih je možno ocenjevati zdravstveno prosvetljenost (3). Predstavili bomo le nekaj najbolj zanimivih rezultatov.

Zanimive rezultate smo dobili pri anketnem vprašanju o pogostnosti kontrolnih pregledov pri zdravniku. V skupini A 24 (48,0%) anketiranih navaja, da hodijo redno na kontrolne preglede; 21 (42,0%) jih gre na kontrolo le takrat, ko se slabše počutijo; pet (10,0%) pa jih je odgovorilo, da ne hodijo na kontrolne preglede. V skupini B 24 (48,0%) anketiranih navaja, da hodijo redno na kontrolne preglede; 21 (42,0%) jih gre na kontrolo le takrat, ko se slabše počutijo; pet (10,0%) pa jih je odgovorilo, da ne hodijo na kontrolne preglede. V skupini C 41 (82,0%) anketiranih navaja, da hodijo redno na kontrolne preglede; devet (18,0%) pa jih gre na kontrolo le takrat, ko se slabše počutijo (sl. 1). Večje število bolnikov v skupini C redno hodi na kontrolne preglede kot v ostalih dveh skupinah. Izračun testa hi-kvadrat kaže na to, da je razlika med povprečnim številom teh v skupinah A in B ter številom v skupini C statistično značilna ($\chi^2 = 11,25$, $p = 0,01$) (3).



Sl. 1. Pogostnost kontrolnih pregledov pri zdravniku po posameznih skupinah hipertnikov v odstotkih.

Fig. 1. Frequency of medical treatment, by groups of hypertensive patients, percentage.

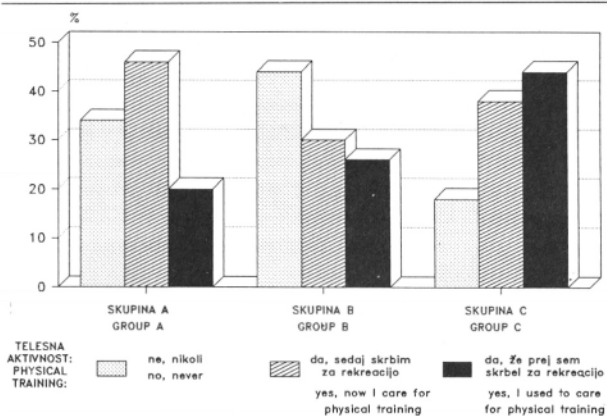


Sl. 2. Skrb za zdrav način življenja po posameznih skupinah hipertnikov v odstotkih.

Fig. 2. Care for healthy life style, by groups of hypertensive patients, percentage.

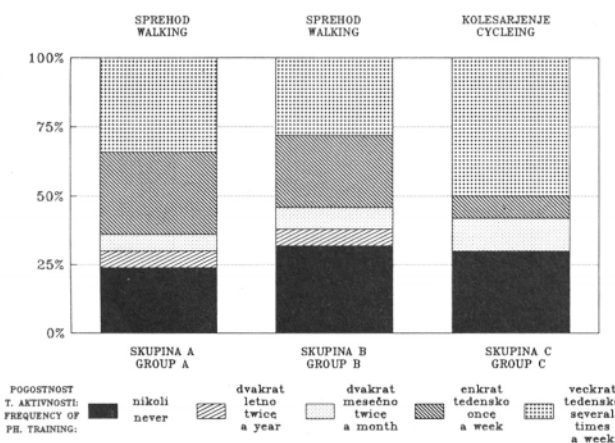
Večina vprašanj v anketi je bila v zvezi z načinom življenja hipertnikov. Med drugim nas je zanimalo, ali menijo, da na splošno živijo bolj zdravo, odkar so zboleli (npr. več se gibljejo na svežem zraku, skrbijo za pravilno prehrano, ne kadijo več ipd.). V skupini A je na to vprašanje 20 (40,0%) anketiranih odgovorilo, da so, že preden so zboleli, dovolj zdravo živeli; 24 (48,0%) jih je odgovorilo, da temu sedaj posvečajo več skrbi, ker je to tudi del njihovega zdravljenja; šest (12,0%) pa jih je odgovorilo, da zdravi način življenja ne vpliva na njihovo bolezen. V skupini B je 20 (40,0%) anketiranih odgovorilo, da so, že preden so zboleli, dovolj zdravo živeli; 25 (50,0%) jih je odgovorilo, da temu sedaj posvečajo več skrbi, ker je to tudi del njihovega zdravljenja; pet (10,0%) pa jih je odgovorilo, da zdravi način življenja ne vpliva na njihovo bolezen. V skupini C je 13 (26,0%) anketiranih odgovorilo, da so, že preden so zboleli, dovolj zdravo živeli; 37 (74,0%) pa je odgovorilo, da temu sedaj posvečajo več skrbi, ker je to tudi del njihovega zdravljenja (sl.2). Večje število bolnikov v skupini C skrbi za zdravi način življenja kot v ostalih dveh. Izračun testa hi-kvadrat kaže na to, da je razlika med povprečnim številom teh v skupinah A in B ter številom v skupini C statistično značilna ($\chi^2 = 5,58$, $p = 0,05$) (3).

Naslednja skupina anketnih vprašanj je bila v zvezi s telesno aktivnostjo hipertnikov v prostem času. Želeli smo ugotoviti, ali se anketiranci rekreirajo v prostem času in ali temu posvečajo več časa sedaj, ko so zboleli. V skupini A je 17 (34,0%) anketiranih



Sl. 3. Telesna aktivnost v prostem času po posameznih skupinah hipertonicov v odstotkih.

Fig. 3. Physical training in spare time, by groups of hypertensive patients, percentage.



Sl. 4. Najpogostejša vrsta telesne aktivnosti po posameznih skupinah hipertonicov in po pogostnosti v odstotkih.

Fig. 4. The most frequent kind of physical training, by groups of hypertensive patients and by frequency of training, percentage.

odgovorilo, da nikoli nimajo dovolj časa za rekreacijo; 23 (46,0%) jih je odgovorilo, da so se veliko gibali, že preden so zboleli; deset (20,0%) jih je odgovorilo, da odkar so zboleli, posvečajo telesni aktivnosti več časa kot prej oziroma so se začeli ukvarjati s športom. V skupini B je na vprašanje o telesni aktivnosti v prostem času 22 (44,0%) anketiranih odgovorilo, da nikoli nimajo dovolj časa za rekreacijo; 15 (30,0%) jih je odgovorilo, da so se veliko gibali, že preden so zboleli; 13 (26,0%) jih je odgovorilo, da odkar so zboleli, posvečajo telesni aktivnosti več časa kot prej oziroma so se začeli ukvarjati s športom. V skupini C je na vprašanje o telesni aktivnosti v prostem času 9 (18,0%) anketiranih odgovorilo, da nikoli nimajo dovolj časa za rekreacijo; 19 (38,0%) jih je odgovorilo, da so se veliko gibali, že preden so zboleli; 22 (44,0%) jih je odgovorilo, da odkar so zboleli, posvečajo telesni aktivnosti več časa kot prej oziroma so se začeli ukvarjati s športom (slika 3). Večje število bolnikov v skupini C skrbi za rekreacijo kot v ostalih dveh skupinah. Izračun testa hi-kvadrat kaže na to, da je razlika med povprečnim številom teh v skupini A in B ter številom v skupini C statistično značilna ($\chi^2 = 4,42$, $p = 0,01$) (3). Posebej smo zastavili vprašanje o tem, kako pogosto izvajajo posamezne aktivnosti, in sicer telovadbo, tek, hitro hojo, kolesarjenje in sprehode. V skupinah A in B se največ anketiranih, ki se v prostem času rekreirajo, ukvarja s sprehodom, v skupini C pa s kolesarjenjem (3) (sl. 4).

Razpravljanje in sklepi

Zdravstvena vzgoja ima prvenstveno dve nalogi, in sicer vzgojo zdravih za zdravje – za zdravi način življenja ter vzgojo bolnih kot sestavni del njihovega zdravljenja. Zlasti pri kroničnih nenezljivih boleznih dobi zdravstvena vzgoja pomembno vlogo v smislu vzgoje za kakovost življenja z boleznijo. V razvitem svetu vse bolj pridobivajo na pomenu in uspehu skupinske oblike dela, ki so zelo uspešne zlasti pri tovrstnih bolnikih. Skupine za samopomoč običajno tvorijo ljudje, ki pridejo skupaj zaradi medsebojne pomoči pri zadovoljevanju skupnih potreb, premagovanju skupnih ovir ali življenjskih problemov in skupnih želja po družbenih in osebnih spremembah. M. Stewart je zbrala obširen pregled literature in povzela teoretična razmišljanja o skupinah za samopomoč različnih avtorjev. Navajajo zlasti pomen povezanosti, sorodnosti, prilaščanja, prikrivanja, spremembe, odstopanja, pooblaščenja, osamljenosti, samospoštovanja, skupne ideologije, nagnjenje k razvrščanju v skupine, potrebe po osebnih in družbenih spremembah ter primerjava z drugimi. Zdi se, da skupine za samopomoč lahko pomenijo povečanje lastne skrbi in samo-učinkovitosti oseb po nekih življenjskih izkušnjah oziroma dogodkih. Samo-odkritje v spremembi je ena od prevladujočih oblik komuniciranja v skupinah za samopomoč (4). Ž. Kulčar navaja, da je v današnji družbi medsebojnega oddaljevanja ljudi, odtujevanja in v času uporabe modernih množičnih medijev bolj naravno, da samozaščitne skupine ljudi delajo v smislu ohranjanja in izboljšanja zdravja. Ljudem ustreza, da se srečajo in pogovorijo o svojih problemih – v skupini vsak lahko pove o svojih problemih in posluša druge (citira J. Kovačević) (5). Skupinske oblike dela so uspešne tudi s hipertonicimi. Pri nas po metodi skupin za samopomoč delujejo nekateri klubi. V klubu hipertonicov naj bi poleg samih bolnikov sodelovali tudi njihovi svojci, zdravstveni delavci pa bi morali strokovno pomagati. Namen teh klubov bi bil zlasti vzajemno vzgajanje in izobraževanje, kontroliranje in vzpodbujanje, kot sta zapisala tudi že leta 1972 Gershber in Stunkard (cit. Z. Lapanja) (6). V Sloveniji se je prvi takšen klub ustanovil leta 1983 v Križevcih pri Ljutomeru in je do danes ostal tudi skoraj edini. Na pozitivne rezultate skupinskega zdravljenja in dela v klubu hipertonicov opozarja tudi skupina strokovnjakov iz Karlovca, ki so primerjali sodelovanje bolnikov z zdravnikom, in sicer posebej tistih, ki so v klubu in bolnikov izven kluba. Ugotovili so, da je pri bolnikih, ki so v klubu, znatno boljši odnos zdravnik–bolnik, znatno boljše je tudi sodelovanje bolnik–zdravnik, večje število bolnikov redno jemlje zdravila, bolj se držijo dietetskih mer, bolniki redko prekinjajo zdravljenje, število zapletov je manjše, manj se obremenjujejo specialistične ambulante, boljša je edukacija bolnikov, zdravstveno varstvo teh bolnikov je racionalnejše in učinkovitejše (7). Vlogo skupinskega dela s hipertonicimi v okviru zdravnika splošne medicine ocenjuje v svojem magistrskem delu J. Kovačević. Pri bolnikih, ki so vključeni v skupinsko delo, je predvsem ugotovil večje število kontrolnih pregledov pri zdravniku zaradi merjenja krvnega tlaka, nižje vrednosti krvnega tlaka, manjši absenteizem zaposlenih delavcev, večje število družbenih dejavnosti, boljše znanje o bolezni, pravilnejši odnos do zdravil in zdravnika. Člani opazovane skupine so v času opazovanja zmanjšali telesno težo, sprejeli pravilnejši odnos do kajenja, pitja alkohola in načina prehranjevanja (8). Iz rezultatov naših anket, ki smo jih opravili med hipertonicimi, lahko s precejšnjo verjetnostjo sklepamo, da so bolniki, vključeni v klub, bolj zdravstveno osveščeni kot drugi. Med bolniki, ki so bili deležni le individualne zdravstvene vzgoje, in tistimi, ki so obiskovali tečaj, nismo ugotovili bistvenih razlik. Menimo, da je boljša osveščenost članov kluba za hipertonicke verjetno predvsem posledica drugačnega načina in kontinuirane zdravstvene

vzgoje v klubu. Ne moremo trditi, da bi bila to lahko posledica večjega zanimanja bolnikov za zdravje. Seveda pa verjetno kasneje aktivno vključevanje v klub pripomore k še boljši skrbi za svoje zdravje. To, da bolniki v ostalih dveh skupinah želijo biti vključeni tudi v druge oblike zdravstvene vzgoje, lahko pripisujemo njihovem zanimanju za svoje zdravje. Saj je v skupini hipertoničar, ki so obiskovali tečaj, kar 82,0% anketiranih odgovorilo, da bi se včlanili v klub, če bi bil organiziran v njihovi krajevni skupnosti. Med anketiranimi, ki so bili deležni le individualne oblike zdravstvene vzgoje, pa je 68,0% anketiranih odgovorilo, da bi se včlanili v klub in 74,0% je odgovorilo, da bi obiskovali tečaj za hipertoničnike, če bi bil organiziran v njihovi krajevni skupnosti (3). Pomembno pa je dejstvo, da vsi bolniki nimajo enakih možnosti. S pomočjo ankete o zdravstvenovzgojni dejavnosti v zvezi s hipertenzijo, v katero je bilo vključenih 90,8% vseh zdravstvenih organizacij v Sloveniji (brez lekarn), smo ugotovili, da se v Sloveniji tečaji za hipertoničnike odvijajo le v petih zdravstvenih organizacijah. Klubi zdravljenih bolnikov s povišanim krvnim tlakom pa so le trije (9). Menimo, da je individualna obravnava bolnikov dobra metoda le na začetku bolezni, kasneje pa je potrebna obsežnejša in temeljita zdravstvena vzgoja, ki jo lahko nudimo v obliki skupinskega dela. Slabi rezultati pri zdravstveni vzgoji v okviru tečajev so verjetno v veliki meri posledica pomanjkljive organizacije in izvedbe le-teh. Menimo, da bi tečaju za hipertoničnike morali posvetiti več pozornosti, zlasti v smislu same organizacije in metode dela v tečaju. Razmisliti bi morali tudi o tem, da bi pripravili obnovitvene tečaje. Sicer pa sami tečaji, kot jih imamo danes, pogosto ne dosežejo svojega pravega namena. Večinoma se odvijajo le v obliki predavanj, bolniki so pasivni poslušalci. Običajno tečaj traja le dva ali tri dni po nekaj ur, ki so pogosto preveč strnjene in dostikrat tudi časovno neprilagojene bolnikom. Bolnike na hitro seznanimo z vrsto vprašanj v zvezi s problematiko hipertenzije, kasneje pa so prepuščeni sami sebi. Zato pogosto dejstev, s katerimi smo jih seznanili v tečaju, niti prav ne razumejo, večino stvari pa tudi pozabijo. Bolniki, ki so vključeni v klub, pa lahko na strokovnih srečanjih kluba dobijo vsa potrebna znanja o problematiki hipertenzije. Še bolj pomembna pa je medsebojna pomoč, sodelovanje in izmenjava izkušenj med samimi bolniki. V klub so bolniki vključeni dalj časa. Pomembno je zlasti to, da bolniki v klubu aktivno sodelujejo. Poleg hipertoničar so lahko včlanjeni tudi svojci. Njihovo sodelovanje pa je nujno za uspešno zdravljenje bolnikov, ki se bodo morali držati ustreznih higiensko-dietetskih ukrepov celo življenje. Seveda pa je pri zdravstvenovzgojnem

delu s hipertoničniki nujno upoštevati dejstvo, da so bolniki različni. Tisti, ki so manj zainteresirani za svoje zdravje, namreč kmalu najdejo kak vzrok, da prenehajo sodelovati v klubu ali pa tudi v drugi obliki dela. Vsi tisti, ki so prenehali sodelovati v klubu, pa ni nujno, da niso zainteresirani za svoje zdravje, ampak jim ta oblika dela enostavno ne ustreza. Zato bi hipertoničnikom morali nuditi več različnih oblik zdravstvenovzgojnega dela. Predvsem tistih, ki so se pokazale kot najbolj uspešne pri obravnavi socialnomedicinskih problemov. To so različne oblike dela s skupino in seveda tudi po sodobnih metodah dela pripravljene tečaji za hipertoničnike. Seveda pa bi si zagotovili uspeh le, če bi bile vse oblike zdravstvenovzgojnega dela sodobne in ustrezno strokovno pripravljene. Bolniki pa bi se lahko vključevali v tiste oblike dela, ki bi jim ustrezale. Le tako bi lahko največ hipertoničnikov uspešno zdravstveno osveščali, kar pa je namen zdravstvenovzgojnega dela.

Zahvala

Najlepše se zahvaljujem dr. Ljubici Gašparac in sestri Anici Benkovič za pomoč pri anketiranju.

Literatura

1. Morris JN. Uses of epidemiology. Second edition. Edinburgh and London: E&S Livingstone Ltd, 1964: 1–33.
2. Kulčar Ž et al. Metodološka uputstva za rad klubova hipertoničara. Rijeka: Služba za proučavanje i suzbijanje kroničnih masovnih bolesti Zavoda za zaštitu zdravlja SR Hrvatske, Zagreb i Dom Zdravlja Rijeka, 1984: 32–2.
3. Žalar A. Problematika hipertenzije in zdravstvenovzgojno delo s hipertoničniki v Sloveniji. Magistrska naloga. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1990: 83–107.
4. Stewart MJ. Expanding theoretical conceptualizations of self-help groups. Soc Sci Med 1990; 31: 1057–66.
5. Kovačević J. Efekti grupnog rada s kroničnim bolesnicima u sklopu primarne zdravstvene zaštite (analiza mišljenja i ponašanja). Magisterij. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1982: 12–3.
6. Lapanja Z. Zdravljenje blage arterijske hipertenzije. In: Tavčarjevi dnevi. Ljubljana: Katedra za interno medicino, 1978: 189–96.
7. Novosel D ml., Kovačević D, Novosel D, Muhvić R. Utjecaj kluba hipertoničara na suradnju bolesnika. Zdravstvo 1989; 31: 60–8.
8. Kovačević J. Efekti grupnog rada s kroničnim bolesnicima u sklopu primarne zdravstvene zaštite (analiza mišljenja i ponašanja). Magisterij. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1982: 46–81.
9. Žalar A. Problematika hipertenzije in zdravstvenovzgojno delo s hipertoničniki v Sloveniji. Magistrska naloga. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1990: 50–82.

Strokovni prispevek/Professional article

TAKOJŠNJI IN KASNI REZULTATI PERKUTANE TRANSLUMINALNE KORONARNE ANGIOPLASTIKE – OSEBNE IZKUŠNJE

EARLY AND LATE RESULTS OF PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLASTY – PERSONAL EXPERIENCE

*Borut Pust,¹ Miloš Šurlan²*¹ Klinika za bolezni srca in ožilja, Klinični center, Zaloška 7, 61105 Ljubljana² Inštitut za diagnostično in intervencijsko radiologijo, Klinični center, Zaloška 7, 61105 Ljubljana

Prispelo 1992-10-23, sprejeto 1992-12-01, ZDRAV VESTN 1993, 62: 53-7

Ključne besede: PTKA; primarni uspeh; zapleti; ponovna zožitve; funkcija levega prekata

Key Words: PTCA; primary success; complications; restenosis; left ventricular function

Izvleček – Izhodišča. Perkutana transluminalna koronarna angioplastika se je po l. 1977 kot način zdravljenja koronarne bolezni v svetu zelo hitro razvijala. Primarni uspeh je porastel od 70% v sedemdesetih letih na 90% in več v zadnjih letih, pogostnost najhujših akutnih zapletov je padla od začetnih 10% pod 3%, le delež ponovnih zožitev je ves čas okrog 30%. Podatki o posledicah uspešne PTKA na krčenje levega prekata pri kroničnih bolnikih so v mednarodni kardiološki literaturi še zelo skromni.

Namen študije je bil spremljati primarni uspeh, delež hudih zapletov in delež ponovnih zožitev pri naših koronarnih bolnikih. Avtorje je zanimal učinek uspešne PTKA na krčenje miokarda levega prekata.

Metode. Semikvantitativna selektivna koronarna kinoangiografija in kvantitativna leva kinoventrikulografija (metoda polosli).

Rezultati. Primarni uspeh pri 89 koronarnih bolnikih (103 zožitve) je bil 90%, okluzivnih diskcij s trajno posledico ni bilo, šest mesecev po PTKA je bilo 27% ponovnih zožitev. Močno ($p < 0,0001$) se je šest mesecev po uspešni perkutani transluminalni koronarni angioplastiki izboljšalo krčenje poststenotičnih neinfarctiranih segmentov, manj pa ($p < 0,0005$) globalna funkcija levega prekata.

Zaključki. Avtorji so ugotovili, da je perkutana transluminalna koronarna angioplastika tudi v naših ne ravno dobrih pogojih lahko uspešna in zelo varna metoda zdravljenja napredovale koronarne bolezni. Pomembno izboljša krčenje poststenotičnih segmentov (hiberniranega) miokarda in s tem globalno zmogljivost levega prekata. Zaradi nesorazmerja med mnogo premajhno zmogljivostjo perkutane transluminalne koronarne angioplastike in velikim številom koronarnih bolnikov v Sloveniji, kot tudi zaradi le pogojno visoke uspešnosti tega načina zdravljenja, bi morala perkutana transluminalna koronarna angioplastika uživati večjo pozornost odgovornih v zdravstvu na etičnem področju ter večjo pomoč na gmočnem in organizacijskem področju.

Abstract – Background. Percutaneous transluminal coronary angioplasty was after 1977 developed worldwide very quickly. Primary success increased from 70% to 90% and more during last years, the rate of occlusive dissection of dilated artery with serious consequences fell from early 10% to less than 3% recently; only the rate of restenosis remained about 30%. The reports on the effects of successful percutaneous transluminal coronary angioplasty on left ventricular contraction are still very scarce.

The authors studied the primary success, the rate of most serious complications and of restenosis in angiographically documented coronary patients. It was intention of the study to follow-up the effects of successful percutaneous transluminal coronary angioplasty on the contraction of left ventricular poststenotic segments.

Methods. Repeat coronary cineangiography and left ventricular (l. v.) quantitative cineventriculography were used to achieve it.

Results. Primary success in 89 coronary patients (103 stenoses) was 90%. There were no occlusive arterial dissections with severe consequences in connection with percutaneous transluminal coronary angioplasty; in the group of 40 patients (48 stenoses) controlled 6 months after successful percutaneous transluminal coronary angioplasty, 27% with restenosis ($n = 13$) were found. During the same time highly significant improvement of contraction amplitude ($p < 0,0001$) of poststenotic, noninfarcted l. v. segments and of global l. v. function ($p < 0,0005$) was found.

Conclusions. Percutaneous transluminal coronary angioplasty can be even in our, not optimal conditions, successful and safe method for the treatment of severe coronary heart disease. It significantly improves contraction of poststenotic myocardial segments and consequently the global l. v. function. On account of its severely insufficient capacity in Slovenia and its potentially good success (being dependent on individual performers) it deserves more attention on the field of medical ethics and more material and organizational support.

Uvod

Andreasu Grünzigu je l. 1977 v Zürichu prvič uspelo razširiti zoženo koronarno arterijo pri človeku s perkutano uvedenim balonskim katetrom. S tem je sprožil hiter razvoj interventno kardioloških metod zdravljenja koronarne bolezni, ki je sicer najpogostejši vzrok umiranja in zbolevanja med prebivalstvom razvitih dežel. Prvo serijo ($n = 53$) tako zdravljenih bolnikov je objavil l. 1979 (1). Zadovoljiv primarni uspeh, to je zmanjšanje zožitve pod 50%, je dosegel pri 65% vseh zdravljenih. Delež akutnih zapletov je bil visok (10%), praviloma je to pomenilo okluzivno disekcijo s trombozo širjene arterije. Po uvedbi Simpsonovega (2) vodljivega balonskega katetra l. 1982 v ZDA sta varnost in upešnost metode hitro napredovali, tako da je bilo v tej državi v l. 1990 že okrog 1000 posegov na 1 milijon prebivalcev, v zahodni Evropi približno za polovico manj (v Sloveniji l. 1991 le 35 na 1 milijon). Metoda se že 10 let uspešno uporablja tudi pri bolnikih z več zožitvami na več koronarnih arterijah, pa tudi pri nestabilni angini pectoris in pri akutnem miokardnem infarktu. Nasploh je pri omenjenih akutnih stanjih primarni uspeh nekoliko nižji kot pri bolnikih s stabilno angino pectoris, delež okluzivnih disekcij širjene arterije pa je vsaj trikrat višji.

Že v l. 1985 je A. Grünzig pri seriji 1333 bolnikov dosegel odličen 92% primarni uspeh (3). Tudi delež zapletov, ki so posledica okluzivne disekcije arterije po PTKA, je pri izkušenih izvajalcih padel pod 3%, potreba po nujni premostitveni koronarni operaciji pod 1% (4), umrljivost pa pod 0,5% (5). Pogostnost restenoze, to je ponovne zožitve več kot 50% premera arterije po sicer uspešni PTKA, je že ves čas okrog 30% (6). Najnižji delež restenoze (tj. 13%) je dosegla skupina iz Frankfurt (7), ki je ta uspeh pripisala visokim odmerkom aspirina (1500 mg/dan), kakršne so prejeli njihovi bolniki več mesecev po uspešni PTKA.

Ob spremljanju večje skupine angiografsko opredeljenih koronarnih bolnikov, ki so v okviru naše študije imeli PTKA, smo ugotavljali primarni uspeh, delež okluzivnih disekcij širjene arterije s posledicami in delež ponovne zožitve (restenoze). Pri manjšem delu spremljanih bolnikov smo ugotovili tudi dolgoročni učinek uspešne PTKA na krčenje ogroženega miokarda.

Naše rezultate smo primerjali z rezultati bolj izkušenih in bolje opremljenih klinik v ZDA in zahodni Evropi.

Bolniki in metode

S PTKA smo v 52 mesecih v okviru te študije zdravili 89 bolnikov z angiografsko opredeljeno boleznijo koronarnih arterij (navzočnost vsaj ene $>70\%$ zožitve) in z dokazano ishemijo miokarda (s stres EKG, stres scintigrafijo miokarda s Tl-201 ali stres kinoventrikulografijo). Med njimi je bilo 79 moških in 10 žensk, starih 38 do 76 let. Star transmurálni infarkt (EKG) je imelo 26 bolnikov, subakutno obliko nestabilne angine pectoris 16 bolnikov, akutno nestabilno angino pa trije bolniki. Enožilno bolezen je imelo 58 bolnikov, dvožilno bolezen 23 bolnikov in trožilno bolezen trije bolniki.

PTKA smo izvajali z vodljivimi balonskimi katetri koaksialnega ali »monorail« tipa znamke Schneider, Scimed ali ACS, ki smo jih uvajali v ciljno arterijo skozi vodilne katetre po perkutani transfemoralni poti. Pri napihovanju balona smo zviševali tlak postopoma od 3 do največ 12 atm., premer balona ni nikoli presegal premera svetline ciljne arterije. Vsak bolnik je pred in po posegu prejemal aspirin 100 do 500 mg/dan, nifedipin 40 do 80 mg/dan, med posegom i. v. heparin 10.000 do 25.000 I. E. in

nitroglicerín 1 do 5 mg/60 min. Bolnike smo odpuščali v domačo oskrbo 24 do 48 ur po posegu.

Prvo angiografsko kontrolo prehodnosti širjene arterije smo naredili takoj po posegu; 40 bolnikov oz. 48 zožitev pa smo ponovno angiografsko kontrolirali šest mesecev po posegu.

Pri vseh bolnikih smo pred PTKA opravili diagnostično koronarografijo in kvantitativno kinoventrikulografijo. Stopnjo zožitve koronarnih arterij smo vsekakor določali kot relativno zmanjšanje premera svetline arterije na najožjem mestu glede na premer svetline najbližjega normalnega dela arterije. Poseg smo ocenili kot uspešen, kadar smo zožitev več kot 70% zmanjšali na manj kot 50%. Globalno funkcijo levega prekata oz. njegov iztisni delež (EF) smo izračunavali iz leve kvantitativne kinoventrikulografije z »area-length« metodo (8). Segmentno funkcijo levega prekata smo prav tako ocenjevali na osnovi kvantitativne kinoventrikulografije za sprednji, spodnji in apikalni segment z uporabo metode polosi (9). Statistično pomembnost sprememb po uspehi PTKA smo določali s Studentovim dvosmernim t-testom.

Rezultati

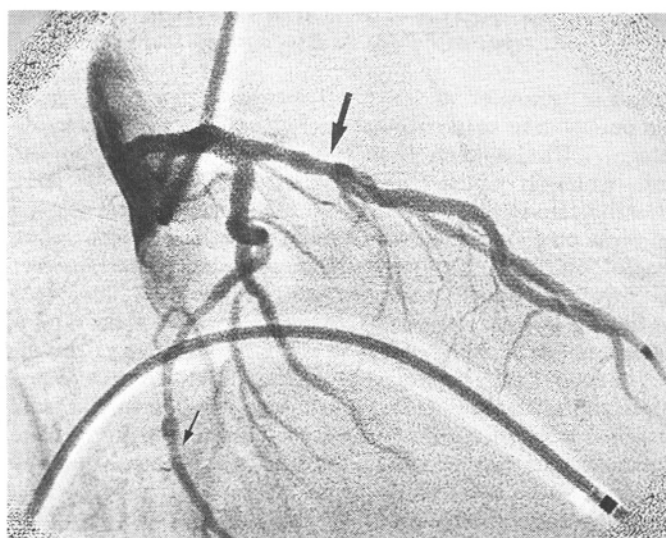
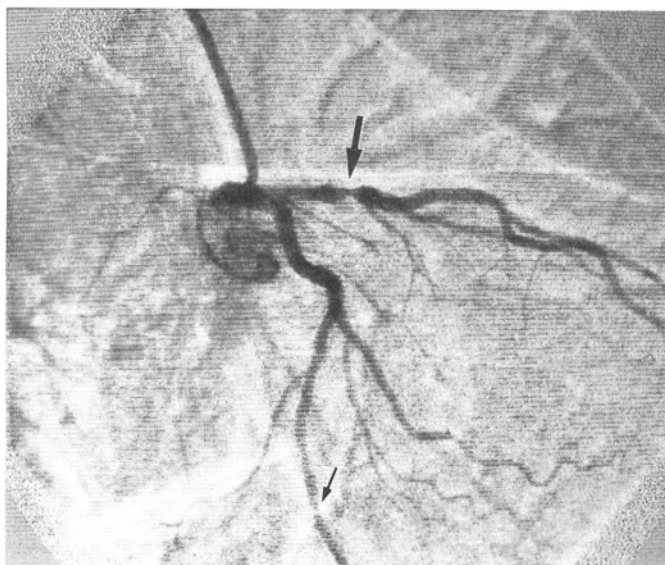
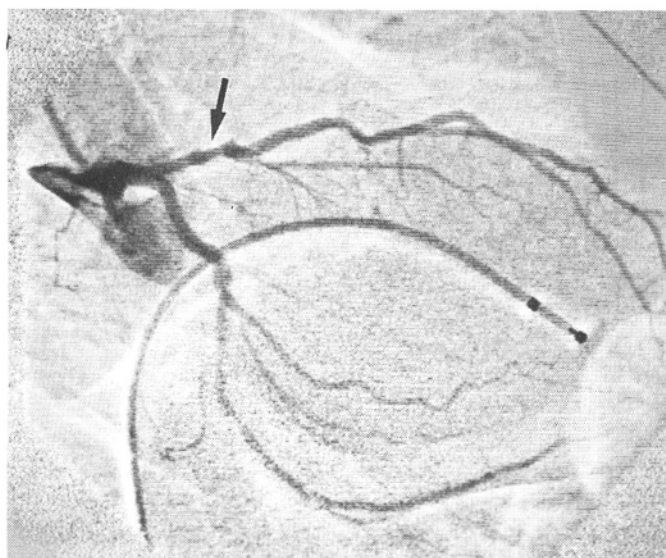
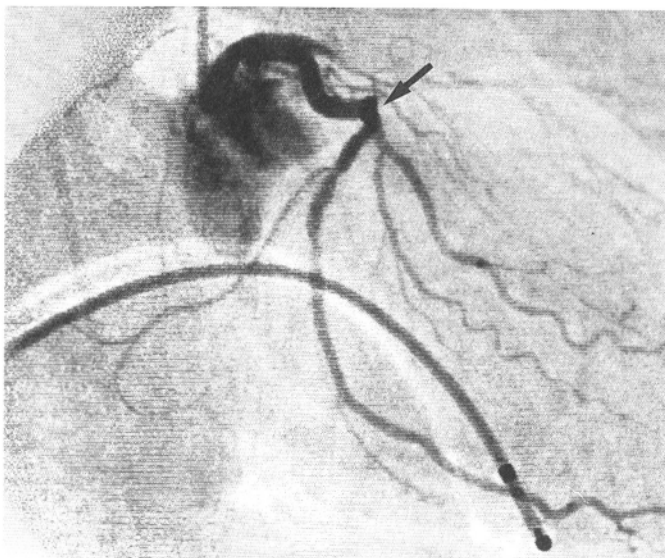
Od 89 bolnikov, pri katerih smo izvršili PTKA od začetka l. 1988 do avgusta 1992, jih je imelo pet popolno okluzijo prizadete koronarne arterije, starejšo kot šest mesecev. Le pri dveh od teh je rekanalizacija okludirane arterije uspela, šest mesecev kasneje je bila pri enem od dveh uspeših ob ponovni angini pectoris angiografsko ugotovljena ponovna zožitev 70% in opravljena ponovna uspešna PTKA LSD (leve sprednje descendentne) arterije (sl. 1a, b, c, d).

Pri ostalih 84 bolnikih (sl. 2) smo širili skupno 98 ($>70\%$) zožitev: pri enem tri zožitve na treh arterijah, pri petih dve zožitvi na dveh arterijah, pri sedmih dve zožitvi na eni arteriji, pri 71 bolnikih eno zožitev na eni arteriji. Primarni uspeh je bil 90%. Srednja vrednost zožitve pred PTKA je bila $83\% \pm 7\%$, takoj po PTKA pa $19\% \pm 6\%$; 10 neuspešnih poskusov je posledica hude tortuoznosti ali hude zožitve ciljne arterije.

Pri 40 bolnikih (48 zožitvah) z uspešno PTKA, ki so imeli vsaj blage prekordijalne težave po posegu, smo šest mesecev po PTKA (sl. 3) ugotovili restenozo (ponovno zožitev več kot 50%) pri 27% ($n = 13$) vseh kontroliranih zožitev. Od 13 restenoz smo pri osmih opravili ponovno uspešno PTKA, pri štirih so kirurgi izvršili uspešno elektivno premostitveno operacijo, enega smo uspešno zdravili internistično. Najhujših zapletov, ki so sicer znani pri PTKA, to je okluzivne disekcije širjene arterije z nujno premostitveno operacijo, smrtjo ali infarktom, pri tej skupini 89 bolnikov ni bilo. Edini resni zaplet je bila tamponada srca po perforaciji stene desnega prekata, ki jo je 10 minut po sicer uspešni PTKA LSD arterije povzročila kateterska elektroda. Po zašitju rupture je bolnica brez kakršnihkoli neugodnih posledic tega zapleta. Bilo je nekaj nepomembnih krvavitev ob katetru, vendar so bile te manjše težave praviloma lahko obvladljive. Izboljšanje krčenja je bilo šest mesecev po uspešni PTKA statistično značilno v skupini postenotičnih neinfarciranih segmentov, saj je prišlo do normalizacije relativne amplitude skrčenja teh hipokinetičnih segmentov ($\bar{x} \pm s$: $22 \pm 4\%$ $\rightarrow$ $35 \pm 8\%$; $p < 0,0001$). Šest mesecev po uspešni PTKA se je izboljšala tudi globalna funkcija levega prekata (EF: $60 \pm 11\%$ $\rightarrow$ $68 \pm 9\%$; $p < 0,0005$).

Razpravljanje

V UKC je bilo izvršenih do avgusta 1992 skupno 300 posegov. Rezultati, kot smo jih dosegli v skupini opisanih 89 bolnikov, so



Sl. 1. a) Okluzija LSD koronarne arterije ob ustju; b) preostala stenoza <30% takoj po uspešni PTKA LSD arterije; c) restenoza proksimalne LSD arterije 70% šest mesecev po prvi PTKA in nova stenoza 70% na cirkumfleksni arteriji (Lcx); d) odličen rezultat ponovne PTKA restenoze LSD arterije in dober rezultat prve PTKA nove stenoze Lcx arterije po šestih mesecih.

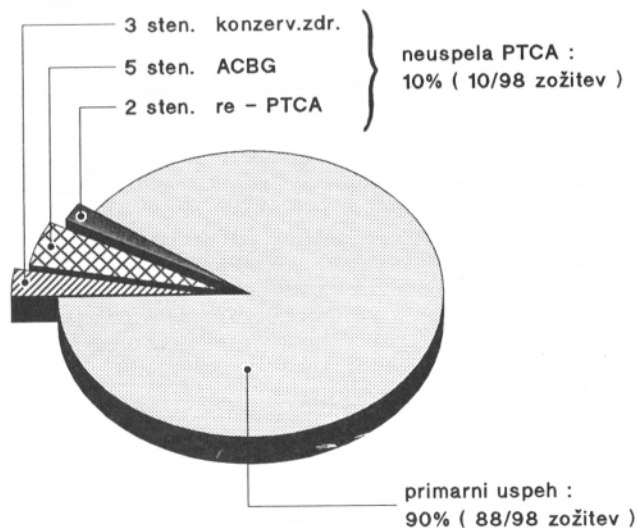
Fig. 1. a) Ostial occlusion of LAD coronary artery; b) restenosis <30% immediately after successful PTCA of LAD art.; c) restenosis of proximal LAD art. 70%, 6 months after successful PTCA and new stenosis 70% of circumflex art. (Lcx); d) excellent result of LAD art. restenosis PTCA and good result of new Lcx art. stenosis PTCA.

glede primarnega uspeha (90%) enakovredni, glede akutnih zapletov s posledicami (0%) pa celo boljši kot rezultati mnogo bolj izkušenih izvajalcev v ZDA in zahodni Evropi.

Ne smemo mimo ugotovitve, da je bilo v Sloveniji v 52 mesecih izvršenih le 300 posegov PTKA, kar pomeni, da je bila zmogljivost interventne kardiologije v Sloveniji v primerjavi z zahodno Evropo vsaj desetkrat (!) prenizka. Mogoče lahko to, za evropske razmere izredno nizko zmogljivost pripišemo dolgoletnemu pričakanju odgovornih, da bodo ukrepi proti dejavnikom tveganja pomembno zmanjšali najhujše posledice koronarne atero-

skleroze, ki je sicer glavni vzrok umiranja med prebivalstvom. Tega upanja velike mednarodne študije na žalost niso potrdile, saj »preprečevalni« ukrepi nimajo nobenega učinka na umrljivost prebivalstva (10, 11) in le majhen učinek na pogostnost najhujših pojavnih oblik te bolezni (12), tako da število posegov PTKA v razvitih deželah sveta še vedno strmo narašča.

Na podlagi izkušenj te študije menimo, da je primarni uspeh PTKA odvisen predvsem od anatomije in od stopnje zožitve prizadetih arterij, od primernosti izbranega instrumentarija in ne nazadnje od koronarografskih izkušenj izvajalca. Posebno razve-



Sl. 2. Rezultati PTKA 98 arterijskih zožitev pri 84 bolnikih; re-PTKA: ponovna PTKA; ACBG: aortokoronarna premostitev.

Fig. 2. Results of PTCA of 98 arterial stenoses in 84 patients; re-PTCA: repeated PTCA; ACBG: aortocoronary bypass.

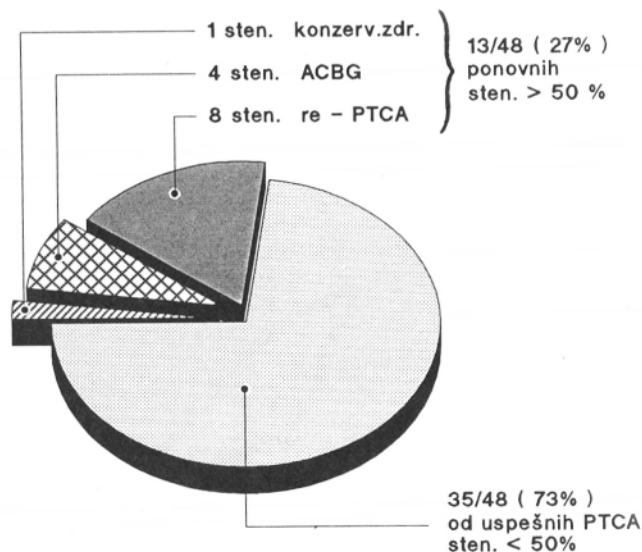
seljiva je ugotovitev, da smo kljub zastareli in izrabljeni radiološki opremini in ne ravno učinkoviti organizaciji interventne kardiologije v UKC opravili prvih 100 zaporednih posegov povsem brez najhujših zapletov na širjeni arteriji. Menimo, da je za tolikšno varnost pri izvajanju PTKA odločilna predvsem obsežna in varna predhodna izkušnja izvajalca s koronarno angiografijo. Pogostnost (27% ali 13 primerov) ponovne zožitve šest mesecev po uspešnem širjenju pri kontrolirani skupini 40 bolnikov (48 zožitev) je povsem zadovoljiva, če jo primerjamo s podatki (6) iz literature (okrog 30%). Treba je poudariti naše dobre izkušnje s ponovno PTKA restenoz, ki se prav tako dobro ujemajo s podatki iz literature (13). Pri osmih ponovnih poskusih je bil uspeh 100%, pri štirih bolnikih so kirurgi izvršili elektivno premostitveno operacijo zaradi hitrega napredovanja zožitev tudi na drugih delih koronarnega ožila.

Pomembno izboljšanje ($p < 0,0001$) amplitude skrčenja postenotičnih neinfarciranih hipokinetičnih segmentov levega prekata je očitno glavni vzrok izboljšanja globalne funkcije prekata šest mesecev po uspešni PTKA ustrezne arterije. Izboljšanje krčenja miokarda po normalizaciji prekrvitve ali po vazodilatatorjih je po Rahimtooli (14) značilno za hibernirani (uspavani) miokard. Ta pojem je v zadnjih letih predmet številnih raziskav (15, 16). Kaže, da antagonisti kalcija (17, 18) takoj in prehodno izboljšajo krčenje hiberniranega miokarda, medtem ko ponovna normalna prekrvitev po PTKA sicer dolgoročno, vendar verjetno šele po daljšem latentnem obdobju (19) izzove isti učinek.

Zaključki

PTKA je ob primerni indikaciji ter z izvajalci, ki imajo velike in varne izkušnje s koronarno angiografijo, možno izvajati tako rekoč brez najtežjih zapletov in s primarnim uspehom okrog 90%, pa čeprav imajo ti izvajalci še razmeroma skromne izkušnje s samo PTKA.

Pogostnosti restenoz po uspehi PTKA ob sedanjem poznavanju in preprečevanju vzrokov verjetno ni možno znižati pod 20%, kar kažejo tako naša kot tuje »follow up« študije. Opravičeni smo pričakovati skoraj 100% uspeh pri ponovni PTKA restenoz.



Sl. 3. Rezultati angiografske kontrole 48 od 88 stenoz šest mesecev po uspešni PTKA; re-PTKA: ponovna PTKA; ACBG: aortokoronarna premostitev.

Fig. 3. Results of coronary angiographic control of 48 among 88 stenoses 6 months after successful PTCA; re-PTCA: repeated PTCA; ACBG: aortocoronary bypass.

Po uspehi PTKA pričakujemo izrazito izboljšanje krčenja postenotičnih neinfarciranih hipokinetičnih (hiberniranih) segmentov, in če so ti dovolj obsežni, tudi globalne funkcije levega prekata.

Literatura

- Gruenzig AR, Senning A, Siegenthaler WE. Nonoperative dilatation of coronary artery stenosis. Percutaneous transluminal coronary angioplasty. *N Engl J Med* 1979; 301: 61-8.
- Simpson JB, Baim DS, Robert EW, Harrison DC. A new catheter system for coronary angioplasty. *Am J Cardiol* 1982; 49: 1216-22.
- Anderson HV, Roubin GS, Leimgruber PP, Douglas JS Jr, King SB III, Gruenzig AR. Primary angiographic success rates of percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Am J Cardiol* 1985; 56: 712-7.
- Kober G, Kadel C, Valbracht C, Kaltenbach M. Langzeitergebnisse nach Ballondilatation. *Z Kardiol* 1991; 80: Suppl 3: 135-5.
- Bredlau CE, Roubin GS, Leimgruber PP, Douglas JS, King SB, Gruenzig AR. In-hospital morbidity and mortality in elective coronary angioplasty. *Circulation* 1985; 72: 1044-51.
- Holmes DR Jr, Vlietstra RE, Smith HC, Vetrovec GW, Kent KM et al. Restenosis after percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA): a report from the PTCA registry of the National Heart Lung and Blood Institute. *Am J Cardiol* 1984; 53: 776-816.
- Kober G, Scherer D, Koch M, Dowinsky S, Kaltenbach M. Transluminale koronare Angioplastie. Früh- und Langzeitergebnisse bei 250 Eingriffen. *Herz Kreisl* 1982; 6: 309-18.
- Dodge HT, Sandler H, Baxley W, Hawley RR. Usefulness and limitations of radiographic methods for determining ventricular volume. *Am J Cardiol* 1966; 18: 10-6.
- Pachinger O. Quantitative Erfassung regionaler Störungen der Myokardfunktion bei koronarer Herzerkrankung. *Wiener Klin Wschr* 1978; 90: Suppl 85: 1-8.
- World Health Organization European Collaborative group. Multifactorial trial in the prevention of coronary heart disease: 3. Incidence and mortality results. *Eur Heart J* 1983; 4: 141-7.
- Committee of Principal Investigators. A cooperative trial in the primary prevention of ischemic heart disease using clofibrate. *Br Heart J* 1978; 40: 1069-118.
- Multiple Risk Factor Intervention Trial Research group. Multiple risk factor intervention trial. *JAMA* 1982; 248: 1645-77.
- Meier B, King SB, Gruenzig AR, Douglas JS, Hollman J, Ischinger T, Galan K, Tankersley R. Repeat coronary angioplasty. *J Am Coll Cardiol* 1984; 4: 463-6.

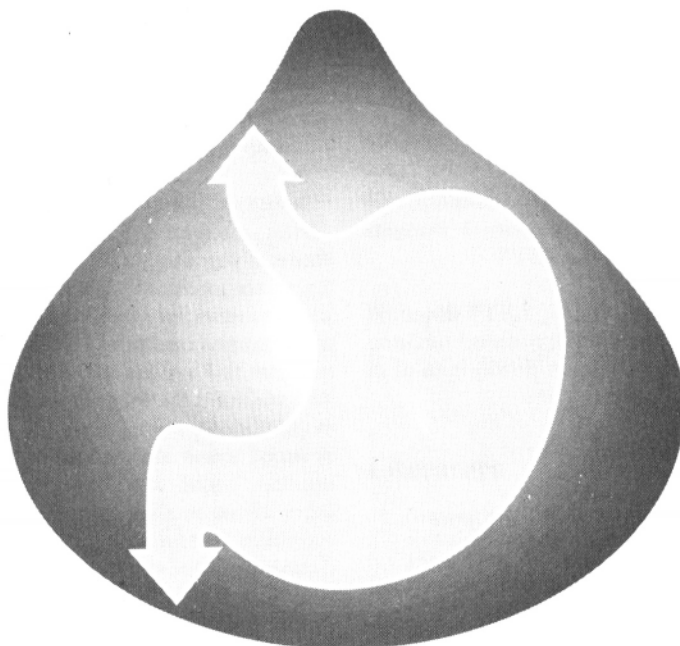
14. Rahimtoola SH. The hibernating myocardium. *Am Heart J* 1988; 117: 211–20.
15. Cohen M, Charney R, Hershman R, Fuster V, Gorlin R. Reversal of chronic ischemic myocardial dysfunction after transluminal coronary angioplasty. *JACC* 1988; 12: 1193–8.
16. Braunwald E, Rutherford JD. Reversible ischemic left ventricular dysfunction; evidence for »hibernating myocardium«. *J Am Col Cardiol* 1986; 8: 1467–71.
17. Pust B, Obrez I. Acute effects of sublingual nifedipine on segmental and global left ventricular function in coronary artery disease. *Z Kardiol* 1985; 74: 633–8.
18. Pust B, Šebenik M, Obrez I. Prevention of pacing induced silent myocardial ischemia by nifedipine in coronary heart disease. *Eur Heart J* 1988; 9: Suppl N: 151–7.
19. Pust B, Šebenik M. Pre-PTCA detection of chronic but reversible postschismic myocardial dysfunction by calcium antagonist. 25th Anniversary Cardiology Meeting, *Cardiologia Triveneta*, Slovenian Soc of Cardiol, 1992: 26–6.

Osebne vesti

Edi Berk, dipl. ing. arch., ki je izdelal tudi novo celostno podobo Zdravniškega vestnika, je prejel nagrado Prešernovega sklada za leto 1993.

Čestitkam se pridružuje tudi uredništvo.

✓ DANES ✓
NAJUČINKOVITEJŠE
PROTIULKUSNO ZDRAVILO



Ortanol®
omeprazol

zaviralec protonske črpalke v parietalni celici

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

hitro olajša bolečino in izboljša kvaliteto življenja

Natančnejše navodilo o zdravlilu lahko dobite pri proizvajalcu.

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

Pregledni članek/General review

REHABILITACIJA OTROK, POŠKODOVANIH V PROMETU*

REHABILITATION OF CHILDREN INJURED IN TRAFFIC ACCIDENTS

Zmago Turk, Breda Jesenšek-Papež

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

Prispelo 1992-01-20, sprejeto 1992-05-08, ZDRAV VESTN 1993; 62: 59-61

Ključne besede: *rehabilitacija; poškodba; otroci***Key Words:** *rehabilitation; injury; children*

Izvleček — Izhodišča. Avtorja v referatu analizirata posebnosti poškodb otrok. Glede na rast, spol in obdobje analizirata mesto poškodbe ter ugotavljata, da gre pri otrocih večinoma za politravmo in da so poškodovani vitalni organi, najpogosteje vrat in glava.

Zaključki. Avtorja opozarjata na socialnomedicinski problem poškodbe (pomanjkanje otroških igrišč) ter potrebnost po skupinskem pristopu rehabilitacije, v katero morajo biti vključeni tudi starši.

Abstract — Background. The article discusses the specificities of children's injuries. The areas where injuries occur are analysed according to the children's growth, sex and age. The most frequent occurrence with children is polytrauma, where vital organs such as neck and head are injured.

Conclusions. The authors point at the socio-medical aspects of injuries (shortage of playgrounds) and emphasize the need for team-work in rehabilitation in which parents should be included as well.

Uvod

Rehabilitacija otrok se glede strokovnega pristopa ne razlikuje od doktrinarnih zahtev pri obravnavi travmatiziranih bolnikov, vendar pa po posebnostih zajete populacije vsekakor zahteva posebno pozornost. Poškodbe otrok predstavljajo v prometnih nesrečah (še posebej, ker se le-te pogosto končajo s smrtjo) izredno veliko težav za zdravstvo in celotno družbo. Če hočemo razumeti posebnosti, ki nastajajo pri poškodbah otrok, moramo poznati somatske in psihološke razlike med odraslimi in otroki, udeleženi v prometnih nesrečah.

Bolniki in metode

Somatske razlike

1. Velikost: vozilo večinoma zadene (trči v) človeka v višini 50 do 100 cm. Pri odraslih gre (večinoma) za udarce v noge, otroci pa imajo na tej višini vitalne organe, vrat in glavo.
2. Starost: gre za poškodbe dveh starostnih skupin – otroci od 3 do 6 let in pubertetniki. V obeh starostnih skupinah so med ponesrečenci predvsem dečki, vendar pa ne gre za enake poškodbe. Med pubertetniki prihaja do nesreč zaradi nekritičnosti, tekmovanja in celo izzivanja, pogosto pa tudi zaradi prehitre vožnje (kolo, motorno kolo) in nepredvidena prečkanja ceste (1, 2). V prvi starostni skupini je približno 60% poškodovanih dečkov – pešcev, med pubertetniki pa njihovo število naraste celo na 80%

– gre predvsem za kolesarje in voznike motornih vozil. Predšolski otroci (3 do 6 let) še ne poznajo cestnoprometnih predpisov (ne upoštevajo prometnih znakov in ne znajo pravilno oceniti razdalje bližajočega se vozila), pogosto pa se ponesrečijo tudi zato, ker zaradi svoje velikosti (majhnosti) nimajo takšnega pregleda pri prečkanju ceste kot odrasli (pri tem jim pregled cestišča ali pločnika otežuje tudi skupina ljudi, v kateri se gibljejo) (3).

Socialnomedicinski pogled na poškodbe otrok

Otroci imajo med odraščanjem različno razvit čut za igro, vendar pa ga zlasti v mestih težko potešijo – še najlažje jih je nadzirati na otroških igriščih. Žal pa zlasti v gosto naseljenih krajih takih površin za igro primanjkuje. Posledice so dovolj zgovorne – največ nesreč je v urbanih naseljih, kjer je veliko otrok in za njihova urejena igrišča ni bilo ne denarja ne prostora. Otroci si za igrišče izberejo cesto ali rob pločnika, s tem pa ogrožajo sebe in druge udeležence v prometu, ki ne pričakujejo tako improviziranih igrišč.

Posebne poškodbe otrok

Najpogosteje so pri otrocih poškodovani zgornji deli telesa, predvsem glava in vrat. Razen tega prevladujejo poškodbe več organov ali organskih sistemov, ki zahtevajo nujen kirurški poseg (3).

* Prispevek je bil predstavljen na Mariborskem pediatričnem srečanju junija 1992.
EIT – enota intenzivne terapije.

Žal število poškodovanih otrok v prometu narašča sorazmerno z naraščajočo motorizacijo in porastom prometnih nesreč. Stopnja prizadetosti je določena z velikostjo, močjo in mestom poškodbe, to pa so tudi osnovne smernice za rehabilitacijo. Tako imamo:

1. rehabilitacijo otroka z različnimi poškodbami,
2. rehabilitacijo otroka z eno poškodbo,
3. psihosocialno rehabilitacijo otroka.

Glede na pristop pa rehabilitacijo delimo na:

- a) zgodnjo (oz. takojšnjo),
- b) pozno (oz. odloženo).

V študiji, ki jo je opravil Kraus s sodelavci (1), zasledimo, da je leta 1980 v ZDA zaradi poškodb umrla skoraj polovica (glede na smrtnost med otroki) otrok, starih do 14 let. Študija tudi ugotavlja, da so na prvem mestu poškodbe glave (35% jih nastane zaradi padcev, 29% zaradi rekreacijskih dejavnosti, 24% pa pri nesrečah z motornim kolesom ali kolesom). V ZDA zabeležijo letno 11.000 novih poškodb hrbtenjače (2) – pri tem je 10% poškodovanih otrok (50 do 65% vseh poškodb hrbtenjače nastane v prometnih nesrečah z motorjem oziroma motornim kolesom) (3, 4). Študija dokazuje, da je pri otrocih z različnimi poškodbami pri prometnih nesrečah na prvem mestu nevarnost poškodbe glave, sledi pa poškodba hrbtenjače.

Otroci z različnimi poškodbami

Vsi otroci z različnimi poškodbami so praviloma hospitalizirani v enoti intenzivne terapije (EIT). To pa je tudi mesto, kjer moramo začeti rehabilitirati poškodovanega otroka takoj, ko so opravljeni najnujnejši kirurški posegi in ostali nujni ukrepi (3). Zgodnja rehabilitacija v EIT obsega predvsem preventivne posege, ki morajo preprečiti mišično-skeletne zaplete. Program za preprečevanje vsebuje pravilno lego poškodovanega otroka in pravi položaj posameznega uda, gibalne vaje (pasivne, asistiranje in aktivne) in uporabo opornic. Rehabilitacija v EIT mora upoštevati tudi posebnosti posameznih poškodb, preprečevati pa mora tudi posamezne zaplete, ki so pri poškodbah glave in hrbtenjače zelo pogosti (okužba dihalnega in sečnega sistema, preležanine, periartikularna heterotopična osifikacija...) (4).

Že od vsega začetka mora potekati (če to dopušča patologija poškodbe) natančna, vztrajna in strokovno nadzorovana dihalna kineziterapija (sprostitvene vaje, drenažni položaj, dihalne vaje). Preležanine preprečujemo tako, da spreminjamo lego in otroka obračamo, masiramo izpostavljene dele in uporabljamo razne pripomočke (električne stimulatorje, zračne, vodne, želatinaste in druge blazine). Rehabilitacija otroka v EIT se mora izvajati ves čas tako intenzivno, kot to dopušča poškodba. Zgodnje rehabilitacije v EIT pri otroku nikakor ne smemo zamuditi, vendar pa le-ta ne sme biti preveč napeta. Upoštevati moramo posebnost prilagajanja, celjenja in rasti pri otroku in ta vedenja »cum grano salis« uporabiti za optimalno zgodnjo rehabilitacijo.

Rehabilitacija otroka z eno poškodbo

Pozna oziroma odložena rehabilitacija se izvaja bodisi še pri hospitaliziranem otroku ali pa v ambulantni obravnavi. Pri tem uporabljamo vse sodobne metode fizikalne medicine od kinezi- in hidroterapije (na prvem mestu) do (odvisno od specifičnosti primera) elektro-, magneto-, termoterapije, UZ ter laserja. Opozoriti pa je treba, da so nekateri značilni zlomi (in zapleti, ki pri tem nastajajo), ki jih poznamo pri odraslih poškodovancih, pri otrocih zelo redki. Tako so npr. sicer pogosti prelomi distalnega dela podlahti in kosti roke pri otrocih zelo redki (5).

Zlomi radiusa na tipičnem mestu ni značilen zlom otroške dobe, saj se otrok pogosto ne zna ujeti na roke, ampak pade na obraz oz. nos. Kasneje (zaradi prožnosti ligamentarnega aparata in radiusa v razvoju) srečamo zlome radiusa brez dislokacije. Taki otroci redko pridejo na rehabilitacijo, saj otrok zaradi aktivnega odnosa do življenja okončino kmalu po odstranitvi imobilizacije začne aktivno uporabljati in tako izvaja spontano rehabilitacijo sam in najučinkoviteje. Tipični zlomi otroške dobe so suprakondilarni zlomi humerusa, ki povzročajo trdovratne kontrakture v komolcu in omejitve supinacije in pronacije (5). Zanimivo je tudi, da pri otrocih zelo redko naletimo na Sudeckov sindrom (5, 6).

To spoznanje bi lahko pomagalo razjasniti etiologijo in patogenezo algodistrofičnega sindroma. Rehabilitacija monotravmatiziranega otroka je pri resnem strokovnem delu ob uspehi motivaciji otroka in edukaciji staršev skoraj stoddostno uspešna in v primerjavi z rehabilitacijo odraslih učinkovitejša, saj so pri otroku popolnoma odsotne negativne motivacije, ki zavlačujejo in zapletajo rehabilitacijo odraslega.

Psihosocialna rehabilitacija otroka

Vsaka poškodba (posebej pa še hospitalizacija, ki loči otroka od staršev, strah, bolečine, v najhujših primerih tudi trajna invalidnost) bolj ali manj ruši psihično celovitost otrokove osebnosti. Invalidnost, še zlasti pri pubertetnikih, povzroča razvoj psihične nezrelosti, manjvrednosti in degradacije osebnosti (7, 8). Samo dobro voden otrok, rehabilitiran tudi na psihosocialnem področju, se bo lahko razvil v zrelo osebnost tako, da se bo prilagodil in ustvarjalno zaživel kljub invalidnosti. Zato je prvo pravilo, ki ga moramo upoštevati v rehabilitaciji otroka, to, da je otrok že od rojstva psihosomatsko socialno bitje in le kot tako se lahko uspešno zdravi. Za medicinsko rehabilitacijo je treba poudariti (kakor za ostale medicinske veje), da je to skupinsko delo. Kako poteka, je lepo razvidno pri pozni rehabilitaciji otroka spastika, ki je po poškodbi vezan na invalidski voziček.

Cilji rehabilitacije (4)

1. izobraževanje otrok in družine o funkciji in poškodbah hrbtne mozga,
2. vaje lokomotorne aparata,
3. vaje v osebni negi in dnevni aktivnosti,
4. preprečevanje deformacij dekubitusov in renalnih zapletov,
5. uravnavanje praznjenja črevesja in mehurja,
6. kontrola vazomotornih disfunkcij (avtonomna hiperrefleksija, ortostatska hipotenzija),
7. izobraževanje o prehranjevanju – preprečevanje obesitasa,
8. kontrola bolečine,
9. spolna vzgoja adolescenta,
10. komunikacije z okolico,
11. emocionalni in socialni razvoj,
12. rekreacija in invalidski šport,
13. informiranje o finančni pomoči in podporah oz. olajšavah,
14. vrnitev v domače okolje in nadaljevanje šolanja.

Pri tem sodeluje skupina strokovnjakov, ki jo sestavljajo zdravniki različnih specialnosti, fizioterapevti, delovni terapevti, socialni delavec, psiholog, logoped, defektolog, protetiki in poklicni svetovalec; njihovo delo pa koordinira fizioterapevt.

Razpravljanje

Rehabilitacija invalidnega otroka je zahtevno in odgovorno delo. Ni večjega zla, kot narediti iz telesnega še duševnega invalida – do tega pa lahko pride zaradi nepravilnega pristopa, opuščanja kompleksne rehabilitacije otroka in njegove nenačrtovane integracije v »normalno življenje«. Neprijetne posledične izkušnje, poraz in razočaranja lahko za vselej zapečatijo otrokovo usodo. Zagotovo je na tem področju psihosocialne rehabilitacije še veliko vrzeli, ki bi jih morali zapolniti, da se v prihodnje ne bi več spraševali, ali smo res storili prav vse, ko vračamo invalidnega otroka v domačo okolico, družino, šolo oz. v »življenje zunaj«.

Zaključek

Rehabilitacija otrok je specifična glede na populacijo, ki jo zajema. Glede na naravo poškodbe je nujna že od same EIT, nadaljevati pa se mora do ponovnega vključenja otroka v njegovo okolje. Pri tem gre za skupinsko, večletno in odgovorno delo. Naj ne bo odveč na koncu poudariti, da je osnova rehabilitacije dobro izobraževanje vseh (otroka, staršev, šolskega in domačega okolja), za kar je seveda v osnovi potrebna ozaveščenost in razgledanost izvajalcev rehabilitacije. Ni torej naključje, če se v tej točki sklene krog: dobra rehabilitacija vodi v dobro izobraženost ljudi, ta pa je pogoj za dobro preventivo. Zato si moramo pri svojem delu nenehno prizadevati preventivno vzga-

jati otroke v prometu (opozarjati na nevarnost motornih koles v prometu in uporabo čelad ter varnostnih pasov; otroci ne smejo sedeti na sprednjem sedežu – navaditi se morajo na otroške sedeže v avtomobilih; graditi se morajo varna otroška igrišča...). Ni namreč boljše rehabilitacije, kot je uspešna preventiva. Trudimo se torej spreminjati naše slabe navade in okolje, da bi tako rehabilitacijo otrok, poškodovanih v prometu, lahko zmanjšali na minimum.

Literatura

1. Kraus JF. Incidence, severity and external causes of pediatric brain injury. *Am J Dis Child* 1986; 140: 687–7.
2. Kewalramani LS, Tori JA. Spinal cord trauma in children. *Spine* 1980; 5: 11–8.
3. Kewalramani LS, Kraus JF, Sterling HM. Acute spinal cord lesions in pediatric population: epidemiological and clinical features. *Paraplegia* 1980; 18: 206–18.
4. Perin JCS. Spinal cord injuries. In: Molnar GE ed. *Pediatric rehabilitation*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1985: 272–92.
5. Bilafer-Jurin N. Rehabilitacija šake djeteta. In: *Zbornik radova IV simpozija o bolestima i ozljedama šake*. Opatija, 1974: 297–8.
6. Turk Z, Flis I, Barović J. Vpliv magnetote na zdravljenje algodistorfičnega sindroma. Raziskovalna skupnost Maribor: Poročilo za leto 1990.
7. Kisić-Maravić. Lječenje, rehabilitacija i socialno ekonomski aspekti povreda i bolesti šake. In: *Zbornik radova IV simpozija o bolestima i ozljedama šake*. Opatija, 1974: 97–8.
8. Easton JKM, Gagnon R. Psychosocial issues. In: Molnar GE ed. *Pediatric rehabilitation*. Williams & Wilkins, 1985: 99–119.

Creditanstalt - Nova banka d.d.



Smo sodobna, avstrijsko - slovenska banka, ki nudi vse vrste bančnih storitev občanom, zasebnikom in seveda podjetjem in drugim pravnim osebam.

Pri Creditanstalt - Novi banki se s svojo ponudbo vključujemo v vzpodbujanje podjetništva, ki mora zajeti tudi naše zdravstvo. Tako vam lahko nudimo najrazličnejše bančne storitve od katerih bi še posebej omenili:

- različne oblike kreditiranja zagona zasebne zdravniške prakse in nakupa potrebne opreme,
- izdajanje garancij za najem različnih blagovnih kreditov ali nabave opreme preko leasinga, tako v domovini, kot tudi v tujini,
- posle mednarodnega plačilnega prometa in ne nazadnje
- vam nudimo ekonomsko in finančno svetovanje ob zagonu vaše dejavnosti, pa tudi ob nadaljnjem poslovanju.

Ob tej priložnosti vam želimo vesele božične praznike ter srečno in uspešno leto 1993.

Prosimo vas, da nas za vse informacije in želje pokličete po telefonu na številki 061/215-877 in 211-631, ali pa nas obiščete v naši centrali v Ljubljani, Šubičeva c. 3.

Potrebne informacije lahko dobite tudi v naših poslovnih enotah v Novi Gorici, v Mariboru, v Murski Soboti, na Ptuj in v Zagorju.

Creditanstalt - Nova banka d.d.

Z nami do uspeha



Pismo uredništvu/Letter to the editor

ANGINA PEKTORIS PRI BOLNIKU Z NORMALNIMI KORONARNIMI ARTERIJAMI

Klinični seminar

Aleš Žemva, Borut Pust, Jure Fettich, Matjaž Šinkovec

Prispelo 1992-06-11, sprejeto 1992-11-09

Prikaz primera

66-letni bolnik brez posebnosti v družinski anamnezi je bil prvič pregledan februarja 1991 zaradi napadov bolečin za prsnico in dušenja, ki so se pojavljale pri hoji navkreber. Bolečine so trajale nekaj minut in so po počitku in po nitroglicerinu popustile. Te težave je imel tri mesece. Napade je dobival skoraj vsak dan, odvisno od aktivnosti. Že od mladih let je bil bolnik strasten lovec. Njegovo lovišče je hribovito, zato so ga bolečine zelo ovirale pri hoji po lovišču. Bolnik je več let vedel za visok tlak in holesterol, vendar se ni zdravil.

Telesni pregled je pokazal, da gre za čezmerno prehranjeno osebo (telesna teža 80 kg, telesna višina 170 cm) brez znakov popuščanja srca. Krvni tlak je bil zvišan na 160/110. Na očesnem ozadju smo ugotovili križiščne znake. Srčna akcija je bila ritmična 70/minuto, drugi aortni ton je bil poudarjen. Srčni udar je bil razširjen, podaljšan in dvigajoč ter pomaknjen v levo. Sicer je bil somatski status v mejah normalnega.

Elektrokardiogram je pokazal redni sinusni ritem 70/minuto, vodoravno električno os, P sinistocardiale, hipertrofijo levega prekata ter neznatne motnje repolarizacije.

V lipidogramu je bil zvišan celotni holesterol na 7,6 mmol/l, od tega LDL holesterol 5,8 mmol/l, HDL holesterol 0,8 mmol/l.

Cikloergometrija je bila napravljena ob zdravljenju z nifedipinom in nitroglicerinskim obližem. Bolnik je zmozel 150 wattov brez objektivnih znakov koronarne insuficience. Ob tem je srčni utrip porastel na 140/minuto, tlak pa na 170/110. Preiskavo smo prekinili zaradi stenokardije.

24-urni EKG je pokazal kompleksno prekatno in nadprekatno ektopično aktivnost. Nismo pa opazili prehodnih epizod sprememb ST spojnice ishemičnega tipa.

Ehokardiogram je pokazal primerno velike srčne votline. Delovanje zaklopk je bilo normalno. Sistolična in diastolična funkcija levega prekata sta bili normalni.

Zadnja stena in septum sta bila zadebeljena na 12 mm. Šlo je za ekscentrično hipertrofijo levega prekata. Indeks mase levega prekata je bil 176 g/m².

Zaradi suma, da gre pri bolniku za koronarno srčno bolezen, smo opravili stresno scintigrafijo miokarda s talijem s cikloergometrično obremenitvijo. Med obremenitvijo smo ugotovili jasno znižanje perfuzije v inferoapikalnem področju ter v septumu. V mirovanju je prišlo do normalizacije prekrvitve v omenjenem področju. Izvid je govoril za ishemijo tega dela srca (sl. 1).

Da bi pojasnili naravo bolnikovih težav, smo napravili kateterizacijo levega srca. Končni diastolični tlak v levem prekatu je bil nekoliko zvišan (16 mm Hg) ob normalnem dp/dt (1900 mm Hg/s). Ni bilo pomembnega gradienta sistoličnega tlaka med levim prekatom in aorto. Z levo kineventrikulografijo smo ugotovili zmerno povečan levi prekat z izrazito hipertrofijo anterolateralne

stene. Izražena je bila blaga hipokinezija anterolateralnega segmenta, globalna iztisna frakcija je bila 50 do 60%. Ni bilo znakov mitralne regurgitacije.

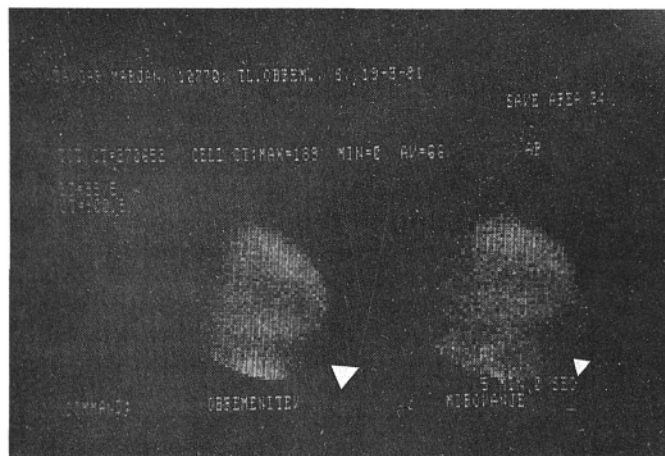
S selektivno angiografijo koronarnih arterij smo ugotovili široke arterije levega koronarnega sistema brez kakršnihkoli pomembnih zožitev. Robovi arterij so bili gladki. Na proksimalnem delu desne koronarne arterije je bila 40% zožitev. Premer žile na tem mestu je bil vsaj 3 mm. Koronarna cirkulacija je bila uravnotežena (sl. 2).

Klinično razpravljanje

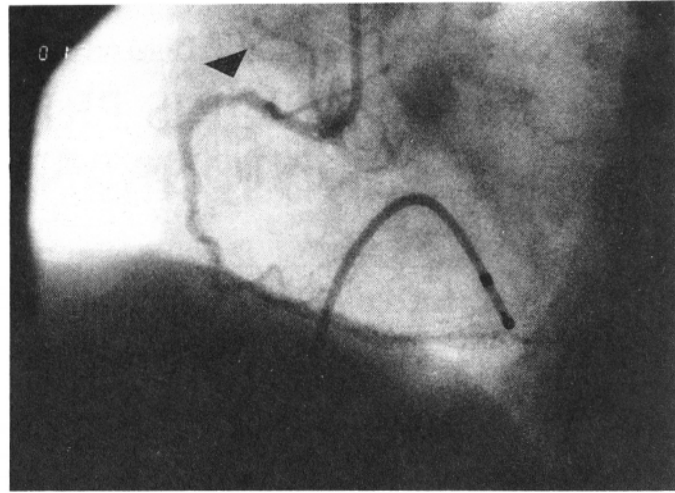
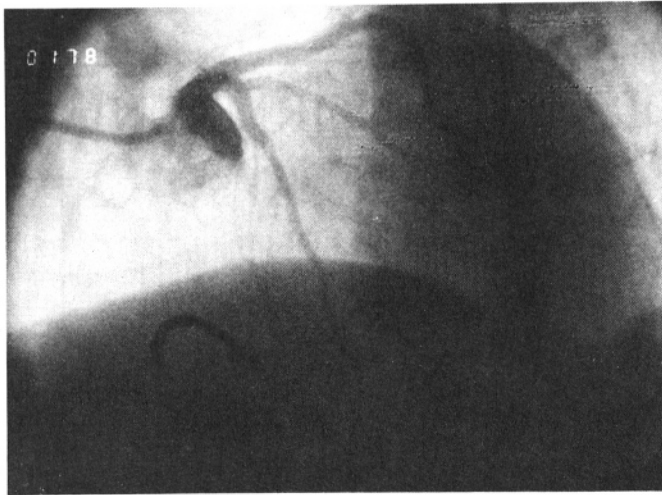
Gre za primer bolnika z dejavniki ogrožanja, kot so arterijska hipertenzija, hiperlipemija in kajenje ter tipično angino pektoris, s patološko obremenitveno scintigrafijo srca, ob tem pa so koronarne arterije normalne. Kako si lahko razložimo to nasprotje? V bistvu gre za problem specifičnosti in senzitivnosti posameznih presejalnih postopkov, ki jih uporabljamo za ugotavljanje koronarne bolezni. Ti postopki so:

anamneza,
EKG,
24-urni EKG,
cikloergometrična obremenitev,
stresna scintigrafija srca s talijem.

Sedaj pa podrobneje preglejmo, kako nas ti postopki lahko zavedejo. Če začnemo pri anamnezi, moramo ugotoviti, da se angina pektoris pojavlja pri mnogih boleznih brez prizadetosti



Sl. 1. Med obremenitvijo je viden defekt perfuzije v inferoapikalnem področju (velika puščica). Po petih minutah mirovanja je vidna reperfuzija v omenjenem področju (mala puščica).



Sl. 2. A (levo): Levi koronarni sistem je povsem normalen. B (desno): Na proksimalnem delu desne koronarne arterije je vidna 40% stenoza (puščica). Sicer je desna koronarna arterija normalna.

Tab. 1. Bolezni, pri katerih se pojavlja nekoronarna angina pectoris (1–11).

Aortna stenoza
Aortna insuficienca
Hipertrofična kardiomiopatija
Dilatativna kardiomiopatija
Restriktivna kardiomiopatija
Pljučna embolija
Disekantna anevrizma aorte
Aortitis
Septični endokarditis
Primarni tumorji srca
Stanje po vstavitvi umetne aortne zaklopke
Abstinenčni pojavi pri osebah, ki delajo z nitrati
Raynaudov fenomen na koronarnih žilah pri progresivni sistemski skleroz
Šokovna stanja
Tirotoksikoza
Prolaps mitralne zaklopke
Primarna pljučna hipertenzija
Zastrupitev z ogljikovim monoksidom
Anemija
Hipertoniki na kronični hemodializi
Motnje disociacije oksihemoglobina

koronark, kar je razvidno iz tabele 1.

Tudi za EKG je znano, da sta specifičnost in senzitivnost pri ugotavljanju ishemije sorazmerno nizki.

Senzitivnost in specifičnost 24-urnega EKG sta relativno nizki (12, 13), zanesljivih številčnih podatkov o tem pa v literaturi nismo zasledili.

Specifičnost obremenitve do nastopa simptomov je 64% (14), senzitivnost pa 75%. Naši avtorji (15) navajajo 61% občutljivost in 80% specifičnost obremenitvenega testiranja.

Perfuzijska scintigrafija srca ima 90% senzitivnost in 65% specifičnost (16). Vzroki za lažno negativni izvid so naštet v tabeli 2, vzroki za lažno pozitivni izvid pa v tabeli 3.

In kje je bil potemtakem vzrok za diagnostične težave pri našem bolniku? Kljub tipični anamnezi o angini pectoris nas je pustila na cedilu že prva preiskava, to je EKG. Pri hipertrofiji levega prekata je ocena ishemije nezanesljiva. 24-urna analiza EKG ni pokazala prepričljivih sprememb ST spojnice ishemičnega tipa. Vsekakor kaže na to, da celotno ishemično breme bolnika ni veliko. Tudi cikloergometrična obremenitev ni pokazala ishemičnih sprememb pri obremenitvi 150 wattov, kar govori proti koronarni bolezni. V prid koronarni bolezni pa govori podatek, da smo preiskavo prekinili zaradi stenokardije pri 150 wattih.

Tab. 2. Vzroki za lažno negativni izvid scintigrafije srca (16).

Nezadostna obremenitev
Hemodinamsko nepomembna stenoza
Stenoza v hipoplastični koronarni arteriji
Stenoza v diagonalni ali marginalni arteriji
Prisotnost kolateral, ki se odprejo med obremenitvijo
Bolezen malih arterij
Globalna ishemija miokarda
Netransmuralna ishemija
Izolirana kritična stenoza desne koronarne arterije

Tab. 3. Vzroki za lažno pozitivni scintigram srca (16–18).

Primarna kardiomiopatija
Prolaps mitralne zaklopke
Aortna stenoza
Hipertrofična kardiomiopatija
Infiltrativna kardiomiopatija (sarkoidoza, progresivna sistemska skleroza, amiloidoza, prizadetost srca pri sistemskem lupusu, primarni tumorji srca, metastaze v srčno mišico)
Dilatativna kardiomiopatija
Spazem koronarnih arterij
Bolezen malih arterij
Hipertrofija levega in desnega prekata
Mišični most miokardnega tkiva
Koronarna displazija
Poškodba prsnega koša
Miokarditis
Angina pectoris z normalnimi koronarnimi arterijami (sindrom X)
Levokračni blok
WPW sindrom
Absorpcijski artefakti (velike dojke, diafragma)

Scintigram srca je bil patološki že pri obremenitvi 30 wattov. Preiskava je bila prekinjena zaradi pojava levokračnega bloka. Izvid je pokazal jasno ishemijo. Ob levokračnem bloku in hipertrofiji levega prekata (ugotovljeno z EKG, ehokardiografijo in kinoventrikulografijo) pa ta diagnostična metoda ni povsem zanesljiva, saj lahko daje lažno pozitivni izvid.

Za prikaz tega bolnika smo se odločili, da bi pokazali, kako nas lahko anamneza, pa tudi presejalni testi, kot so EKG, cikloergometrija ter obremenitveni scintigram srca zavedejo. Na osnovi teh preiskav bi lahko sklepali, da je ishemija, ki je angino pectoris povzročila, posledica zožitev koronark. Šele koronografija je pokazala, da ishemija pri opisanem primeru ni posledica zoženih koronark, saj so spremembe na koronarkah neznatne. Domnevamo, da je ishemija posledica izrazite hipertrofije anterolateralne stene srca.

Literatura

- Oakley CM. Non-atheromatous ischemic heart disease. *Postgrad Med J* 1976; 52: 438–44.
- Braunwald E. Heart disease. Philadelphia: Saunders, 1984: 1338–8.
- Pasternac A, Noble J, Streulens Y, Elie R, Henschke C, Bourassa M. Pathophysiology of chest pain in patients with cardiomyopathies and normal coronary arteries. *Circulation* 1982; 65: 778–89.
- Bulkley BH. Angina pectoris, myocardial infarction and sudden cardiac death with normal coronary arteries: A clinicopathologic study of 9 patients with progressive systemic sclerosis. *Am Heart J* 1978; 95: 563–9.
- Resnikov L, Falicov RE. Thyrotoxicosis and lactate-producing angina pectoris with normal coronary arteries. *Br Heart J* 1977; 39: 1051–7.
- Ross RS. Right ventricular hypertension as a cause of precordial pain. *Am Heart J* 1961; 61: 134–5.
- Bohinjec J. Temelji klinične hematologije. Ljubljana: DDU Univerzum, 1983: 60–87.
- Aronow WS, Isbell MW. Carbon monoxide effect on exercise-induced angina pectoris. *Ann Intern Med* 1973; 79: 392–5.
- Herman MV, Cohn PF, Gorlin R. Angina like chest pain without identifiable cause. *Ann Intern Med* 1973; 79: 445–7.
- Awdeh M, Gholston DE. Mitral valve prolaps and coronary artery spasm. *Circulation* 1977; 56: 329–9.
- Kolšek B, Petrin J, Zemva A, Cibic B. Zdravljenje nekronarne angine pectoris. *Med Razgl* 1984; 24: Suppl 7: 305–14.
- American College of Physicians: Ambulatory electrocardiographic (Holter) monitoring. *Ann Intern Med* 1990; 133: 77–9.
- Dimarco JP, Philbrick JT. Use of ambulatory electrocardiographic (Holter) monitoring. *Ann Intern Med* 1990; 133: 53–68.
- Bobbio M, Detrano R, Schmid JJ, Janasi A, Righetti A et al. Exercise induced ST depression and ST/heart rate index to predict triple vessel or left main coronary disease: a multicenter analysis. *JACC* 1992; 19: 11–8.
- Ružič-Medvešek N, Šinkovec M, Fettich J, Janežič A. Obremenilno testiranje pri ishemični bolezni srca. *Med Razgl* 1984; 24: Suppl 7: 145–68.
- Hor G, Klepzig H. Myocardial scintigraphy with 201 Tl. *Nucl Med* 1987; 26: 155–8.
- Jazmati B, Sadaniantz A, Emaus S, Heller GV. Exercise thallium-201 imaging in complete left bundle branch block and the prevalence of septal perfusion defects. *Am J Cardiol* 1991; 67: 46–9.
- Archer S, Gornick C, Grund F, Shafer R, Weir K. Exercise testing in ventricular preexcitation. *Am J Cardiol* 1987; 59: 1103–6.

Pismo uredništvu/Letter to the editor

PISATI STROKOVNA DELA V SLOVENŠČINI ALI V TUJEM JEZIKU, TO ZDAJ NI VEČ VPRAŠANJE

Marijan Kordaš

Prispelo in sprejeto 1992-12-04

Ihr, die entsprossen aus dem Slawenstamme,
Die ihr, der eig'nen Mutter lang entzogen
Die Bildung nicht an ihrer Brust gesogen,
Die man, wie mich, vertraut der deutschen Amme;

Nicht glaubet, dass ich euch deshalb verdamme,
... (1)

Težavno je bilo dalje stališče glede načina, kako naj se uvede slovenščina v šole in urade. Nekaterim se je zdelo to neizvedljivo. Med odločne zagovornike narodne enakopravnosti spada *Ambrož*, ki se je tudi sam po tem ravnal. Več ali manj oprezni in zmerni so bili *dr. Ahačič*, *dr. Bleiweis*, *Majar* in *dr. Muršec*, a *Macun* je naravnost zahteval, da se uvede hrvaščina v šole in urade. Ni čuda, da jim je jezikovno vprašanje delalo preglavico, ko so se celo voditelji naroda med seboj pogovarjali nemški. *Peter Hitzinger* je npr. glede »Slovenskega društva« v Ljubljani opozarjal, naj bi se slovenščina, če ne že popolnoma, vsaj nekoliko več uporabljala pri društvenem poslovanju, kjer se je o slovenskih koristih razpravljalo skoro samo v nemškem jeziku (2).

medicine, se je poprej moral ustrezno izobraziti. Pred vpisom na beograjsko medicino je moral osvojiti znanja, ki so sodila v »četrti stopen stručne sprema«. Ta je obsegal znanja in veščine za poklice »ženski frizer tehničar«, »muški frizer tehničar« ter »scenski masker vlasuljar« (poudariti je treba, da so v izvirniku, v cirilici, ti izrazi še danes videti precej bolj tehtni, kot če so zapisani v nekakšni nepomembni latinici (3)).

V tistem zanimivem času Enverja Hoxhe, Leonida Brežnjeva in omejene suverenosti sem nekoč v časopisu prebral, da so na medicinski fakulteti v Prištini sklenili, da morajo biti vsi učbeniki napisani v albanščini. Tiste, ki jih ne bodo mogli pripraviti v Prištini, bodo uvozili iz Albanije. Ker sem nekaj dni kasneje imel predavanje za medicince, sem jim za začetek, za ogrevanje povedal tole:

»... in tisti, ki bodo šli v šolo, bodo uporabljali albanščino ne le v osnovni in srednji šoli, temveč tudi na medicinski fakulteti. Tako si bodo zajamčili ne le udobno življenje, temveč tudi usodno nujnost, da bodo po diplomi na medicinski fakulteti v Prištini za vedno ostali v – Albaniji. Zdaj čakam, da se bo tudi pri nas pojavila funkcionska pobuda, da je nujno za vse predmete na MF napisati učbenike v slovenščini. Če bo tako, in če boste to sprejeli, boste tudi vi, drage kolegice in kolegi, za vedno ostali v Albaniji.

Z izrazom »Albanija« in »Albanski« seveda nimam v mislih države, kulture in nacionalne identitete nekega naroda, temveč primitivizem, ki bo na svojem pohodu verjetno prej ali slej uničil vse, kar smo Slovenci ustvarili v preteklih nekaj sto letih.«

Spoštovani in dragi kolegi,
ali se še spominjamo značilnosti našega življenja kakih dvanajst do petnajst let nazaj? Vsekakor je to bila nadvse zanimiva doba, in dobro se spominjam cele vrste dogodkov. Tu bom opisal samo najbolj značilnega: kdor se je takrat v Beogradu odločil za študij

V naslednjih letih je primitivizem v Sloveniji sicer napredoval, vendar pa ni nikoli dosegel takšnih razsežnosti kot v albanskih delih Zemlje. Kljub hudim političnim pritiskom pri nas ni bil nikoli uresničen frizerski koncept srednje šole; kljub pritiskom ni bil uresničen usmerjeni koncept študija medicine po albanskem zaporedju perica → bolniški strežnik (maser) → zobotehnik → zdravstveni organizator → zdravnik → magister znanosti → doktor znanosti. Tragikomične zaplete ob poskusih takratnih oblasti, da bi albanizirala Slovenijo, sem opisal že pred leti (4). Zaradi odpora proti albanizaciji smo na MF dosegli razmeroma visoko intelektualno raven, ki velja še danes: študentu medicine lahko brez pomislekov dam v roke učbenik, napisan v angleščini ali nemščini. To, kar je bilo pri nas že v letu 1979 razumljivo samo po sebi, je bilo v albanskih delih Zemlje svetoskrunstvo malikovane materinščine.

Moj odnos do slovenščine temelji na dejstvu, da sem se kot otrok prej naučil brati cirilico kot latinico, in da sem največ bral slovensko literaturo prav v času, ko sem – kot otrok in pubertetnik – hodil v nemško šolo. Zato do tujih jezikov nimam predsodkov. Če v Sloveniji naletim na tujca, z velikim veseljem govorim s Srbom srbohrvaško, z Nemcem nemško in z Angležem angleško. Tujcu, npr. Hrvat ali Srbu, želim pokazati, da hočem narediti svoj korak njemu nasproti, hkrati pa mu želim tudi pokazati, da *znam* tisto, česar on *ne zna* zato, ker se ni hotel naučiti. Svojo pripravljenost in sposobnost za komunikacijo v tujem jeziku štejem ne za pomanjkljivost ali hlapčevstvo, temveč za prednost. Zato obžalujem svoje neznanje in nemoč, da z Italijanom ne morem govoriti italijansko.

Na temelju teh izkušenj sem se začel spraševati, kaj je vsebina slovenske nacionalne identitete. Je mar danes še vedno takšna kot v letih 1945, 1941, 1918, 1892 ali 1848?

Jernej Kopitar in Urban Jarnik – sicer oba Slovenca – sta si dopisovala v nemščini (5). Kasneje, v času Janeza Bleiweisa in Jakoba Aleševca so se Slovenci slovenščine šele učili (2), in slovensko kulturo je ogrožala nemška. Vsebina slovenske nacionalne identitete je bil očitno občutek ogroženosti in oklepanje jezika. Vendar pa se zdi, da je bila zavest o majhnosti naroda tako močna, da odnos do jezika ni nikoli prerastel v malikovanje slovenščine.

Zdaj, po znamenitem letu 1991, pa nas – razen naše lastne zanikarnosti do slovenščine in slovenske kulture – ne ogroža nihče več. In zdi se, da je vse več izobraženih Slovencev, ki obvladajo vsaj pasivno vsaj en svetovni jezik. Po drugi strani pa še vedno ostaja zavest o naši majhnosti. Ostaja spoznanje, da je strokovna knjiga, napisana v slovenščini (npr. 6), obsojena na albansko usodo: skoraj gotovo je, da bo *za vedno* ostala znotraj slovenskih meja. Bralci bodo izključno Slovenci, ki se bodo ob branju ali medsebojno slavili, ali – kar je bolj verjetno – medsebojno prepirali. Mar ne bi bilo za Slovence bolje, da bi to lično in odlično urejeno knjigo (6) napisali v angleščini, jo našli tudi v knjigarni Foyles v Londonu tako, da bi jo primerjali s sorodnimi (npr. 7)?

Kolikor lahko presodim, stojimo Slovenci pred velikanskim izzivom, da na novo opredelimo vsebino svoje nacionalne identitete. Osebnostno menim, da bo to odprtost do drugačnosti kultur in jezikov drugih narodov. Če bomo sprejeli ta izziv, bomo po eni strani odpravili vsakršno malikovanje jezikov, po drugi strani pa si bomo prizadevali uveljaviti koncept odličnosti: ko bomo govo-

rili ali pisali po slovensko, bo to bleščeča slovenščina; ko pa bomo govorili ali pisali po angleško, pa bo to bleščeča angleščina. Iztrebili bomo spakedranščino, pa naj bo to spakedrana slovenščina, angleščina ali nemščina. Jezik – slovenščino ali tuje jezike – bomo uporabljali modro: po eni strani bomo (s slovenščino) razvijali svojo enkratno kulturo majhnega naroda, po drugi strani pa bomo (z *znanjem* tujih jezikov) izkazovali svojo odprtost za povratno informacijo. Spoznali bomo, kako nas presoja drugi, ki *ne znajo* slovenščine. Če bo tako, bomo svojo majhnost, doslej pomanjkljivost, spremenili v prednost. Morda se bomo celo naučili modrosti, kako obvladovati in uporabljati *večjezičnost*, ne da bi ob tem prizadeli, temveč poglobili svojo kulturo. Kdor se te slovenske odprtosti boji, lahko svoj strah zelo dobro utemelji s številnimi zgledi, npr. *Jerneja Kopitarja*, *Dragotina Dežmana*, *Tomaža Košata* in *Staneta Broveta*. Vendar ko te ljudi primerjamo, vidimo zelo različne posledice njihove dvojezičnosti. *Kopitar*, *Deschmann* in *Koschat* so se pač odločali po svoje, za mnoge Slovence sporno, vendar so bistveno obogatili kulturo našega dela Evrope. Upam si trditi, da prav njihovo delo dokazuje, da smo bili Slovenci vedno del zahodnega kulturnega kroga. V nasprotju s temi ljudmi pa je *Brovet* žal razred za sebe: zaradi svoje dvojezičnosti, in iz nje izvirajoče miselnosti, je zagrešil zločin proti človeku.

Kdor pa se slovenske odprtosti ne boji, lahko svoj pogum podpre s prebiranjem Prešernovih nemških pesmi (1). Očitno je, da je bil Prešeren bilingvalec, ki je uporabljal *dva različna jezika* z namenom, da bi ljudem govoril isto, značilno prešernovsko govorico. Njegova dvojezičnost, prek katere je do kraja dosegel svojo govorico, je – kot je znano – Prešernovi nacionalni identiteti prej koristila kot pa škodovala.

Osebnostno menim, da se večjezičnost in vsebina nacionalne identitete ne izključujeta, temveč dopolnjujeta.

Slovenci imamo morda srečo, da nas je skozi vso našo zgodovino izzivala različnost dveh sosednjih narodov. Zaradi različnosti jezikov bomo morda nekoč v prihodnosti našli našo skupno pot, isto govorico.

Če bomo dosegli ta cilj, se bo naša usoda začela razlikovati od usode tistih treh tragičnih narodov v naši neposredni bližini, ki so sicer vedno govorili isti jezik, zato pa se niso nikoli naučili skupne govornice, temelja za človeško sporazumevanje.

Literatura

1. Prešeren F. Deutsche Gedichte. Dr. u. Verl. Ig. v. Kleinmayr & Fed. Bamberg, Laibach, 1901 (pesem »Die deutsche Amme« je bila objavljena v Illyrisches Blatt, April 1838, Nr. 14).
2. Lončar D. Politično življenje Slovencev (od 4. januarja 1797. do 6. januarja 1919. leta). Ljubljana: Slovenska Matica, 1921.
3. Milenković G, Nedeljković Č, Stanisavljević V. Šta, kuda i kako posle osnovne škole. Srednje usmereno obrazovanje i vaspitanje u SR Srbiji. Beograd: BIGZ, 1979.
4. Kordaš M. Če je dobro, to še ne pomeni, da ne more biti boljše. Če je slabo, to še ne pomeni, da ne more biti slabše. Nova revija 1985; 4: 919–31.
5. Baum W. Die Rezeption neuer philosophischer Strömungen in Kärnten in der Zeit des Vormärz am Beispiel von U. Jarnik, F. E. Pipitz und V. Rizzi. Klagenfurt: Carinthia I 1991; 181: 351–82.
6. Keber D ur. Zdravljenje notranjih bolezni. Algoritmi odločanja in ukrepanja. Ljubljana: Medicinski Razgledi, 1992.
7. Haley PM, Jacobson EJ. Common medical diagnoses: An algorithmic approach. Philadelphia: W. B. Saunders Comp., 1990.

Pismo uredništvu/Letter to the editor

CITIRANJE KOT MERA KAKOVOSTI ZNANSTVENE PUBLIKACIJE; NJEN DOSEG IN OMEJITVE

Štefan Adamič

Prispelo in sprejeto 1992-11-16

Analiza citiranja se opira na računalniške podatkovne zbirke oziroma sekundarne publikacije ameriškega Inštituta za znanstveno informiranje (ISI). Te zbirke, kot jih bomo na kratko imenovali, so Science Citation Index (SCI), Social Sciences Citation Index in Arts and Humanities Citation Index. Za medicino je relevantna predvsem zbirka SCI, ki pokriva celotno naravoslovje z medicino vred in obdeluje okrog 3200 periodičnih revij in okrog 150 serijskih monografij. Vse zbirke skupaj pokrivajo okrog 4500 revij, iz katerih zajemajo podatke o vseh člankih, objavljenih v teh revijah (citirni članki), in vseh člankih, ki jih leti citirajo (citirani članki). ISI ocenjuje, da zbirke vključujejo vse najpomembnejše znanstvene revije na svetu. Podatki so v tiskani verziji urejeni po citiranih člankih z navedbo, kdo jih citira. Prvotni namen zbirke je bil prek citiranja povezovati članke sorodne vsebine in omogočiti njihovo učinkovito iskanje (1). Vrednotenje uspešnosti raziskovalnega dela je njegova postranska raba, čeprav danes najbolj pogosta.

Analiza citiranja se je tudi pri nas uveljavila kot ena od bibliometričnih metod za vrednotenje raziskovalnih dosežkov, zlasti v medicini. Nekateri rezultati teh analiz so bili tudi objavljeni (2–3). Metoda se je pri nas uveljavila do te mere, da se danes nanjo opirajo ocene uspešnosti raziskovalnega dela pri odločanju ministrstva za znanost in tehnologijo o financiranju raziskovalnih projektov, pri odločanju o posameznikovi akademski karieri na fakulteti, pri odločanju o članstvu v SAZU ali pri dodeljevanju priznanj za raziskovalne dosežke. Postala je torej orodje za podporo pri odločanju o pomembnih stvareh. To po eni plati močno dviga njen pomen, po drugi pa terja njeno pravilno in nepristransko rabo ter kritično vrednotenje njenih rezultatov.

Z analizo citiranja pravzaprav ugotavljamo, kolikokrat je bil citiran posamezen avtor oziroma njegova publikacija v revijah, vključenih v SCI. Ob nekaterih omejitvah se te številke po navadi jemljejo kot mera za odmevnost publikacije in s tem tudi kot mera kakovosti ustreznih raziskav. Z analizo citiranja pa se lahko ugotovi tudi, kako pogosto je citirana posamezna revija. Tako določamo odmevnost revije.

Ker se revije močno razlikujejo po obsegu in številu člankov, ki v njih letno izhajajo, se po navadi število citiranj revije v obdobju dveh let po njenem izidu deli s številom člankov, ki so bili v tem obdobju v njej objavljeni. Tako dobimo povprečno citiranost člankov v kaki reviji, kar imenujemo tudi dejavnik vpliva (impact factor) te revije. Dejavnik vpliva je postal mera za odmevnost in kakovost posamezne revije. Ob tistem privzetku, da ima vsak članek, ki v tej reviji izide, verjetnost, da bo citiran enako pogosto, kot je povprečje citiranosti te revije, se je dejavnik vpliva (IF) začel uporabljati tudi kot nekakšna mera za oceno verjetnosti kakovosti članka, ki je v tej reviji izšel. Ta predpostavka pa ne drži, saj je porazdelitev citiranj izrazito neenakomerna, kar se kaže tudi v tem, da skoraj polovica medicinskih člankov v teh revijah ni nikoli citirana in da le 15% člankov v reviji prispeva kar 50% vseh njenih citiranj.

Analiza citiranja že od začetka ni bila sprejeta brez pomislekov. Sprva so se ti vrteli zlasti okrog problemov prvega avtorja, avtocitiranja in večavtorstva. Pristranosti, ki iz tega izhajajo, je bilo lahko odpraviti z ustreznimi popravki, ki jih analize v svetu, pa tudi naše (2, 3) že upoštevajo. Obenem pa so te razprave opozorile tudi na druge pomanjkljivosti, kot so pristranskost citiranja glede na jezik publikacije, večje citiranje ameriških avtorjev, slabo upoštevanje citiranja v knjigah, delež negativnega citiranja in zlasti neenakomernost citiranja med znanstvenimi področji. Tovrstne pristranskosti pa ni moč zlahka odpraviti, zlasti ne s preprostimi pravili, brez podrobne analize zakonitosti v citiranju. Ker je bila metoda kar dolgo namenjena predvsem raziskavam in ne odločanju v znanstveni politiki, je ta problem ostal bolj v ozadju. Vse širša raba pri odločanju v znanstveni politiki pa je v svetu ponovno sporožila razpravo o dosegu te metode in o njenih omejitvah, na katere njen avtor E. Garfield že ves čas opozarja.

Analize so predvsem potrdile stare domneve, da je citiranje odvisno od mnogih dejavnikov, kaže, da celo od tega, iz koliko držav so avtorji članka (4) oziroma koliko so rezultati popularizirani v dnevnem tisku (5). Obenem pa so jasno pokazale, da je najpomembnejši dejavnik vendarle specifičnost vede, discipline in celo subdiscipline. Ugotovili so namreč (6), da tudi v izbranih revijah, ki so vključene v podatkovne zbirke ISI, kar 55% objavljenih del sploh ni citiranih v obdobju petih let po objavi. Ta odstotek pa močno variira med vedami. Tako je v humanistiki (Arts and Humanities) kar 98% objavljenih del necitiranih, v družbenih vedah (Social Sciences) 75%, v tehniki (Engineering) 72%, v medicini 46%, v kemiji 39% in v fiziki 37%. Znotraj vsake teh ved pa so spet pomembne razlike med posameznimi disciplinami. Tako je znotraj humanistike na področju zgodovine in filozofije znanosti necitiranih le 29% del, na področju gledališča pa celo 99,9%. Zdi se, da razlika nastaja tudi zato, ker je v humanistiki manj člankov in več marginalnih del, kot so prikazi sestankov, uredniški članki, pisma in podobno. Vendar, ko so vzeli v poštev samo članke, so se ti odstotki sicer zmanjšali, razmerja med vedami pa se niso bistveno spremenila (7).

Kako pa je to v medicinskih vedah, ki nas najbolj zanimajo? O tem nam precej povedo podatki o dejavniku vpliva medicinskih revij različnih disciplin, vključenih v zbirke ISI. Iz obsežnejšega seznama (8) smo vzeli nekaj medicinskih disciplin oziroma področij, ki so po eni strani dokaj jasno opredeljena in ki po drugi strani skupaj oblikujejo celoten razpon disciplin, od tistih s številnimi revijami in najvišjimi dejavniki vpliva do tistih z maloštevilnimi revijami in nižjimi dejavniki vpliva. V tabeli smo poleg disciplin navedli še, koliko je vseh revij s tega področja v zbirkah ISI in koliko od teh ima IF večji kot 1, večji kot 2 in večji kot 3. Poleg tega smo v stolpcu 6 izračunali povprečni dejavnik vpliva (PIF), v stolpcu 7 pa vsoto dejavnikov vpliva vseh vključenih revij (tab. 1).

Področja se v vseh navedenih parametrih močno razlikujejo. Med prvim in zadnjim področjem v tabeli so razlike za enega do dveh redov velikosti. Največja je razlika v vsoti dejavnikov vpliva vseh revij s posameznega področja, ki predstavlja nekakšen citirni prostor tega področja. Med največjo in najmanjšo je razlika za dva reda velikosti. Celotno citiranje oziroma citirni prostor nekega področja pa je odvisen od obsega oziroma razvitosti tega področja po eni plati in od njegove specifičnosti citiranja po drugi. Celotno število revij nekega področja bi verjetno lahko vzeli kot mero za obseg oziroma razvitost tega področja, povprečni dejavnik vpliva revij pa mero za specifičnost citiranja v tem področju. Število revij se med področji razlikuje za sedemnajstkrat, povprečni dejavnik vpliva pa za osemkrat.

Zdi se, da bi navedeni podatki skupaj z analizami tega problema in številnimi replikami na te analize, ki so nas zasule v zadnjih letih, vendarle lahko povzeli v nekaj točkah, ki bi tudi nam lahko bile v oporo pri našem delu vnaprej.

Kljub nekaterim dvomom glede racionalnosti raziskovalnega dela (9) in zlasti glede primernosti analize citiranja pri vrednotenju njegove uspešnosti (10) večina meni, da je to dobra metoda za vrednotenje uspešnosti raziskovalnega dela, saj boljše ni. Mora pa se uporabljati v okvirih, ki jih dovoljujejo privzetki, na katerih metoda sloni. Previdnost je potrebna zlasti zato, ker kvantitativni izsledki te metode dajejo vtis večje natančnosti, objektivnosti in nepristranskosti, kot je to v resnici. Poleg tega je pomembno imeti stalno pred očmi, da citiranje lahko uporabljamo le za oceno kakovosti primarnih člankov. Prepogosto se namreč preslišijo opozorila (11), da raziskovalna sfera ni edina zainteresirana za znanstvene in tehnološke dosežke in da so zato pomembne tudi tiste revije in članki, katerih namen je postreči strokovnjake z informacijami, ki jih bodo le-ti uporabljali pri svojem delu in ne citirali. To prav gotovo velja tudi za pregledne članke v naših medicinskih revijah, zlasti v Medicinskih razgledih.

Zaradi velike razlike v citiranju člankov med posameznimi področji medicine nikakor ni na mestu primerjava citiranosti avtorjev, raziskovalnih skupin ali institucij iz različnih področij. Primerjati je mogoče le enako z enakim. Taka primerjava je praktično nemogoča v majhni državi, kot je naša, saj zlasti v medicini nimamo več raziskovalnih centrov, ki bi se ukvarjali z isto tematiko. Zdi se, da bi bile za kakovostno oceno uspešnosti naših raziskovalcev, njihovih skupin ali institucij najbolj na mestu mednarodne primerjave. Take primerjave so bile opravljene za Avstrijo (12), kjer je primerjana uspešnost posameznih ved, in za nordijske države (13), kjer je analiza zajela nekaj medicinskih področij. Take analize pa so precej zahtevne. Zato nekateri priporočajo, naj se frekvenca citiranja, ki mora biti preračunana na določeno obdobje, najbolje na dve leti, popravi tako, da se deli s povprečnim citiranjem člankov v istem časovnem obdobju in v istem področju ali celo v isti reviji, čeprav tudi tak popravek ni brezhiben (14). Indeks razmerja med citiranjem naših avtorjev in povprečnim citiranjem v svetu pa omogoča primerjavo med našimi raziskovalci ali skupinami, čeprav delajo na različnih področjih.

Ocenjevanje kakovosti članka z dejavnikom vpliva revije, v kateri je izšel, je še zlasti na šibkih nogah. Tudi pri tem pristopu veljajo vse prej navedene pomanjkljivosti, ki izhajajo iz neenakomernega citiranja med področji. Poleg tega pa, kot je bilo že povedano, predpostavka o enakomerni porazdelitvi citiranja med članki v isti reviji ne drži. To potrjuje tudi ugotovitev, da pri člankih istega avtorja niso našli nobene korelacije med dejavnikom vpliva revije in citiranjem članka (14). Zdi se, da bi bila ocena verjetnosti kakovosti članka z IF revije, v kateri je izšel,

Tab. 1. Prikaz števila revij nekaterih medicinskih disciplin

Disciplina 1	Število revij					
	vseh 2	IF>1 3	IF>2 4	IF>3 5	PIF 6	2×6 7
Biokem. in molekul. biol.	156	96	54	38	2,79	435
Farmakol. in farmacija	145	65	22	13	1,33	187
Medicina, spl. in interna	119	22	12	8	0,80	96
Imunologija	92	59	33	17	1,87	163
Fiziologija	52	23	12	10	1,75	89
Patologija	49	23	9	5	1,38	67
Hematologija	38	22	11	7	1,43	50
Gastroenterologija	33	15	6	3	1,18	39
Otorinolaringologija	19	0	0	0	0,45	9
Sodna medicina	9	1	0	0	0,36	3

smiselna le leto ali dve po izidu, pozneje pa bi oceno moral zamenjati podatek o citiranju članka samega, ki je takrat že znan. Pa tudi v takem primeru bi bilo treba dejavnik vpliva revije korigirati s povprečnim dejavnikom vpliva revij istega področja. Iz naše tabele vidimo, da so področja, ki nimajo niti ene revije z dejavnikom vpliva, večjim kot ena. Nekorigirani dejavnik vpliva bi gotovo škodoval nekaterim področjem znanosti in protežiral druge.

Analiza citiranja daje podatke, ki pomembno dopolnjujejo podatke o številu objavljenih del in lahko pripomorejo pri ocenjevanju uspešnosti raziskovalnega dela. Prav zaradi tega je treba upoštevati njene specifičnosti, pomanjkljivosti in omejitve. Njena nekritična raba bi namreč utegnila omajati zaupanje v njene rezultate tudi, kadar so dobri in uporabni. Citiranje torej ne sme biti glavni, kaj šele edini kriterij pri pomembnih odločitvah. Oživeti bi bilo vredno precej opuščene metode neposrednega ocenjevanja del. Pri tem pa bi bilo dobro uvesti načela ocenjevanja kakovosti in ne količinskosti s tem, da se močno omeji število del, ki jih avtor lahko predloži za recenzijo. Na to je bila naša javnost že opozorjena (15). Ta načela, če bi se enkrat povsod uveljavila, bi verjetno imela tudi druge pozitivne učinke, med katerimi je zaustavitev polucije publikacij gotovo ena od najpomembnejših.

Literatura

- Garfield E, Sher IH. New factors in the evaluation of scientific literature through citation indexing. *American Documentation* 1963; July: 195–201.
- Adamič Š. Publikacija kot rezultat raziskovalnega dela in sredstvo za njegovo vrednotenje: poskus analize citiranja publikacij Inštituta za patološko fiziologijo Medicinske fakultete. *Raziskovalec* 1980; 10: 241–3.
- Grubič Z, Stare J, Stegnar M et al. Mednarodna odmevnost raziskovalnega dela na biomedicinskem področju v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 1991; 60: 135–9.
- Lewison G. The advantages of dual nationality. *New Scientist* 1991; May 4: 50–1.
- Phillips DP, Kanter EJ, Bednarczyk B, Tastad PL. Importance of the lay press in the transmission of medical knowledge. *N Engl J Med* 1991; 325: 1180–3.
- Hamilton DP. Research papers: Who's uncited now? *Science* 1991; 251: 25–5.
- Pendlebury DA. Science, citation, and funding. *Science* 1991; 251: 1410–1.
- SCI Journal Citation Reports, Subject category listing. Philadelphia: Institute for Scientific Information, 1990.
- Hamilton DP. Publishing by- and for?- the numbers. *Science* 1990; 250: 1331–2.
- Tainer JA. Science, citation, and funding. *Science* 1991; 251: 1408–8.
- Nuhfer EB. Science, citation and funding. *Science* 1991; 251: 1409–10.
- Garfield E. A citation analysis of Austrian medical research and Wiener klinische Wochenschrift. *Wien Klin Wochenschr* 1991; 103: 318–25.
- Luukkonen T. Bibliometrics and evaluation of research performance. *Ann Med* 1990; 22: 145–50.
- Seglen PO. From bad to worse: evaluation by journal impact. *TIBS* 1989; 14: 326–8.
- Adamič Š. Misel k pripravi 4. knjige biografij in bibliografij UEK. *Vestnik Univ EK Lj* 1989; 18: 81–2.

Strokovna srečanja
**71. LETNA SKUPŠČINA NEMŠKEGA
 ZDRUŽENJA ZA PRAVNO
 MEDICINO**
 Berlin, 15. do 19. september 1992
Anton Dolenc

Združenje za pravno medicino Nemčije (Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin) je v Berlinu v dneh od 15. do 19. septembra 1992 organiziralo svoje 71. srečanje. Po združitvi Nemčije sta se tako sešli obe združenji sodnih medicincev bivše Vzhodne in Zahodne Nemčije, srečanje pa je bilo v Berlinu v prostorih tehnične univerze. Organizator srečanja sta bili svobodna univerza v Berlinu in Humboldtova univerza (zadrego okoli obstoja dveh univerz so Nemci v kratkem času uspešno rešili z »ustrezno delitvijo dela«, tako da ni prišlo do prevelikih »ukinitve fakultet oz. njihovega prestrukturiranja«).

Kot se za prvo srečanje v združenem mestu spodobi, se je odzvalo (po seznamu) kar 561 avtorjev s skupno rekordnim številom prispevkov (156) in 79 posterji – skupno 235 enot.

Na dlani je, da v dneh od 15. do 19. septembra ni bilo mogoče zvrstiti na plenarna zasedanja vseh dogajanj, zato je kongres potekal v treh dvorinah, posterji pa so zapolnili dolge hodnike univerzitetnega poslopja.

Kako si kultura oziroma zgodovina sicer počasi, toda vztrajno utira pot tudi na sodnomedicinska srečanja, dokazuje letošnja prireditev, saj so tej tematiki namenili kar ves dopoldan. Govorili so o pomenu židovskih zdravnikov za berlinsko medicino, o vpogledu v arhivske knjige inštituta Humboldtove univerze, prispevali so zgodovinski sprehod po pokopališčih Berlina in več »ideoloških« prispevkov o vlogi in pomenu pravne medicine v zgodovini in v današnjih dneh.

Sicer pa je bil spored tradicionalno razčlenjen po tematskih sklopih: nevrotravmatologija, nenadna otroška smrt, naravna smrt, forenzična patologija, tanatologija, analiza DNA, forenzična serologija, identifikacija, forenzična toksikologija, simpozij o drogah, vitalne reakcije, medicinsko pravo, zdravniška napaka, alkohol, forenzična psihopatologija, prometna medicina in proste teme. Že iz tega sledi, kako razvejana je pravna medicina v današnjem času in kako interdisciplinarno se uveljavlja.

Vsakoletni kongresi v Nemčiji pomenijo ne samo najbolj številčno strokovno srečanje s področja pravne medicine, ampak tudi že kar svetovni kongres, ker so redni udeleženci z vseh kontinentov. Najmočnejša zastopanost pa je iz izvenevropskih držav iz Azije, in to prvenstveno Japonske.

Zaradi številnih prijavljenih prispevkov je bil organizator prisiljen odstopiti od plenarnih zasedanj in poslušalstvo razdeliti po sklopih v kar tri dvorane, kar pa je, kot je pri takem načinu dela nujno, imelo za posledico »preseljevanje narodov« in individualno obiskovanje tem, ki so bile za posamezne udeležence najbolj zanimive.

Čeprav je Berlin združeno mesto, še vedno ni povsem enotno: v vzhodnem delu je zvečer manj razsvetljeno, tam pa je tudi precej vozil tipa trabant. Razgled s TV stolpa pokaže na razsežnost tega mesta, ki daje vtis »ogromne vasi« – ker je mesto kar utonilo v bogatih zelenicah, parkih, stoječih in tekočih vodah. Posamezni ostanki cesarske veličine Nemčije, ki jih je neuničene še zapustila druga svetovna vojna, to le še potrjujejo. Berlin se močno izgrajuje in izpopolnjuje, ker je spet postalo vladno mesto. Izredno dobro organiziran mestni promet pomaga tujcem ali izletniku, da lahko premeri izredne razdalje iz ene v drugo stran mesta.

Organizator je udeležencem dal na razpolago obisk številnih muzejev (Dahlemski muzej, muzej muzikalij, berlinsko galerijo, muzej R. Kocha, K. Kolwitz in patološki muzej R. Virhova – in še bi lahko naštevali).

Po želji je bila na razpolago tudi vožnja s tramvajem na konjsko vprego, Daimler Benzov vozni simulator, družabni večer na otoku Lindwerder, krožna vožnja po mestu z medicinsko zgodovinsko vsebino; skratka, organizator je pokazal izredno pripravljenost, da bi se gosti in udeleženci v nemškem glavnem mestu kar se da ugodno počutili.

Iz tako imenovanega bivšega vzhodnega bloka praktično ni bilo obiskovalcev (razen številnih bivših Vzhodnih Nemcev).

Slovenski prispevek k tej prireditvi: Balažič J, Lovšin J: poster – Samomor z etilnim alkoholom (Ein Selbstmord mit Ethylalkohol).

Naslednje redno 72. srečanje je predvideno v mesecu septembru naslednjega leta v Düsseldorfu.

Delo SZD
**USPELI PREDSTAVITVI DVEH
 NOVIH MEDICINSKIH KNJIG
 SLOVENSKE AVTORJEV**
Dr. Danica Rotar-Pavlič

Komisija za informacije pri stanovski organizaciji Slovenskega zdravniškega društva si je zadala hvalevredno nalogo, da bo v prihodnje organizirano obveščala javnost o prizadevanjih slovenskih zdravnikov – avtorjev medicinskih knjig in beletristike. Poleg javnih predstavitev na sedežu društva bo v javnih glasilih in redno tudi v Zdravniškem vestniku poslej bolj sistematično objavljala recenzije novih knjig, pomembnih za slovensko medicino in laično javnost; tako bo avtorjem dana vsaj moralna podpora in spodbuda za njihova nadaljnja prizadevanja.

Komisija za informacije je 20. oktobra 1992 v Domu slovenskih zdravnikov v Ljubljani organizirala predstavitev knjige prof. dr. Ludvika Tabora – Diagnostična radiologija v stomatologiji, ki pa ni avtorjev prvenec; v okviru svoje medicinske specialnosti je namreč izdal že štiri učbenike.

Na začetku je pomembne goste Medicinske fakultete, predstavnike klinik in navzoče novinarje pozdravila predsednica Komisije za informacije dr. Danica Rotar-Pavlič. Žal smo zadnji hip prejeli telegram prof. dr. Janeza Milčinskega, ki so mu nepričakovane okoliščine preprečile udeležbo na predstavitvi.

Uvodu je sledil oris zgodovine slovenske medicinske knjige, ki ga je pripravil predsednik SZD prof. dr. Anton Dolenc. Med drugim je poudaril, da je ena izmed primarnih nalog ljubljanske Medicinske fakultete prav izdajanje učbenikov. Poleg prevodov tujih prvcencev potrebujemo tudi nove svoje medicinske učbenike, ki so prav tako lahko ena izmed oblik slovenske samostojnosti. Predsednik SZD je v nadaljevanju predstavil prof. dr. Tabora, ki je spregovoril o nastajanju svojega dela. Na koncu se je zahvalil številnim sponzorjem (med njimi je kar nekaj zasebnikov) in se upravičeno vprašal po prispevku Ministrstva za šolstvo ter Ministrstva za znanost.

Uradni del predstavitve knjige se je nadaljeval s pogovorom navzočih, ki je dajal sliko pravega klubskega življenja v Domu slovenskih zdravnikov.

Predstavitev knjige prof. dr. Marice Marolt-Gomišček – Antibiotiki in kemoterapevtiki v vsakdanji praksi je potekala 30. oktobra 1992 v novi poslovni stavbi tovarne Lek. Ta organizacija je bila ob Ministrstvu za znanost in tehnologijo tudi sponzor knjige.

Avtorica je na njej lasten simpatični način predstavila prvi vzgib, ki jo je pred 30 leti usmeril v študij in spremljanje razvoja antibiotikov. Po njenih besedah je pravi zdravnik le tisti, ki veliko zna, poleg tega pa se še ves čas izpopolnjuje. Spomnila se je prof. Bedjaniča, ki jo je vsekoli usmerjal v področje antibiotikov in ji dajal tudi veliko možnosti za raziskave. Prof. dr. Žargi jo je pri tem še dodatno spodbujal.

Prvi zapisi, ki pomenijo nekakšen temelj sedanje knjige, so bili v obliki podatkov o antibiotikih in kemoterapevtikih; izšli so v Biltenu UKC. Študentje so profesorico – kot predstojnico klinike – prosili, naj nekaj podobnega pripravi tudi zanje, vendar naj bodo podatkom o antibiotikih in kemoterapevtikih dodani še podatki o sredstvih, ki delujejo na parazite in glive. Novi priročnik, namenjen zdravnikom, ki se pri vsakodnevnem delu srečujejo z okužbami, pa je nastal tudi zaradi želje, da bi v slovenski prostor vpeljali doktrino zdravljenja z antibiotiki in kemoterapevtiki.

Avtorica se je ob koncu predstavitve posebej zahvalila prof. dr. Stropnikovi, prof. dr. Čizmanu, vsem kolegom z Infekcijske klinike, Ministrstvu za znanost in tehnologijo, tovarni Lek ter založbi Tangram, ki so prispevali svoj delež pri nastajanju knjige. Zanimivi predstavitvi Lekovih protimikrobnih zdravil, ki jo je pripravila gospa Marjeta Gutnik, je sledilo kosilo, s katerim je navzoče pogostila tovarna Lek.

Potreba po takih strokovnih knjigah, kakršni so dobili slovenski zdravniki oktobra letos, je že precej stara, zato lahko le želimo, da ne bosta ostali osamljena primera.

Pogovori z bralci

NE VEM!?

Mladen Markota

Povod mojega razmišljanja je moj nedavni obisk tečaja v Hersbrucku (Nemčija), ki je posvečen organizaciji socialnega zavarovanja v tej razviti deželi.

Bili smo priče za nas zanimivih okoliščin, ko so nemški strokovnjaki z navedenega področja na naša vprašanja odgovarjali z iskrenim in brezskrbnim »ne vem«, pa naj bo to pri strokovnih predavanjih ali med nevezanim razgovorom.

Ali imamo prav, ko rečemo, da se je današnji človek-zdravnik oddaljil od narave in obveznosti v odnosu do samega sebe in svojega bližnjega?

Med te obveznosti vsekakor sodi tudi priznanje »ne vem«. Zdravniška superetičnost (nevtralnost) tako pogosto in izrecno vezana za specifični etični profil medicinske stroke, se v posameznih konkretnih empirijskih preizkusih pogosto pokaže kot nezanesljiv in deklarativni dejavnik imidža poklica. Ni pa aprioren. Ali smo pripravljeni iskreno reči »ne vem«?

Vprašajmo se, ali sprejemanje takšne izjave kot nekaj normalnega, obstaja tudi v naši zavesti ali smo apriori pripravljeni ovrednotiti osebo, ki je to izjavila, kot nestrokovno.

Na žalost je v večini primerov odgovor – da.

V vrednotah naše civilizacije lahko pomeni iskreno izrečeni »ne vem« uvod v strokovno ali moralno kompromitacijo. Očitno je, da zdravnik v povprečju ostaja podrejen istim biosocialnim mehanizmom kot vsi ostali člani socialnega okolja in da tako po navadi povprečno tudi reagira.

Formula sodobnega zdravniškega profesionalizma pri nas – enako kot v večini vzhodnih držav – se glasi: masovnost + siromaštvo. V tem kontekstu se specializacija, hospitalna orientacija in ostalo lahko ovrednotijo kot motnje v zdravniškem poklicu, ki hkrati tudi rezultirajo v takšnem stališču.

Ko analiziramo vzroke povprečnih reakcij na izjavo »ne vem«, prihajamo do sklepov, da je ta rezultat:

- nizke splošne kulture (siromašnost duha),
- prevlada čustvenega dejavnika v razsojevanju (neprofesionalnost),
- prikrivanje lastnega neznanja.

Verjetno, da reakcijo determinantno pogojuje nizka splošna kultura. Že površen vpogled na to problematiko nam pokaže, da gre tudi za deontološki problem znotraj stroke:

1. Moji kolegi bodo moji bratje... ženevska Konvencija 1948, 68.

2. Zdravnik se bo obnašal do kolega tako, kot bi želel, da se on obnaša do njega... Londonski deontološki zakon 1949.

Menim, da neznanje zelo hitro pripišemo in očitamo drugim, sebi zlepa ne. Kaj šele priznanje svojega neznanja drugim.

Čim večji je kompleks lastne pomanjkljive izobrazbe, tem bolj je ta karakteristika manifestna.

Zato je beseda »ne vem« privilegij ljudi obsežnejše izobrazbe in bogatejšega duha.

Zanimivo je vedeti

USTANOVLJENA JE LEKARNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE

Ivan Remškar

Na ustanovni skupščini so 11. novembra 1992 v Cankarjevem domu predstavniki lekarniških javnih zavodov, predstavniki bolnišničnih lekarn in zasebnih lekarnarjev – koncesionarji ter predstavniki farmacevtske industrije in veletrgojarij ustanovili Lekarniško zbornico Slovenije. Ta zbornica je za Zdravniško zbornico in Zbornico laboratorijske medicine že tretja, ki je organizirana na področju zdravstva.

Ustanovne skupščine se je udeležilo 99 predstavnikov lekarniških javnih zavodov in bolnišničnih lekarn, en predstavnik zasebnih lekarnarjev – koncesionarjev (do sedaj sta bili podeljeni šele dve koncesiji) ter osem predstavnikov farmacevtske industrije in veletrgojarij.

Skupščine so se udeležili tudi pomembni gostje: g. Viktor Žakelj, podpredsednik vlade RS, g. dr. Božidar Voljč, minister za zdravstvo, družino in socialno varstvo, g. Franc Košir, v. d. direktorja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, prof. dr. Aleš Mrhar, predstojnik Oddelka za farmacijo FNT ter predstavniki mesta Ljubljane, Zavoda za farmacijo in za preizkušanje zdravil, Poslovne skupnosti za zdravstvo, Zbornice laboratorijske medicine in Srednje šole za farmacijo in zdravstvo.

Priprave za ustanovitev zbornice je vodil iniciativni odbor, ki so ga sestavljali člani izvršilnega odbora Združenja lekarn Slovenije. To je razumljivo, saj lekarniška zbornica nadaljuje delo združenja lekarn, ki je z ustanovitvijo zbornice prenehalo delovati, prevzela pa je tudi njegovo premoženje.

Lekarniška zbornica je stanovska organizacija javnih lekarniških zavodov in zasebnih lekarnarjev, njen osnovni namen pa je zastopanje lekarniške dejavnosti in lekarniškega stanu. Za razliko od zdravniške zbornice in zbornice laboratorijske medicine, v katerih so člani posamezniki, so v lekarniški zbornici obvezni člani nosilci lekarniške dejavnosti, in to pravne in fizične osebe – javni lekarniški zavodi, bolnišnice za bolnišnično lekarno in zasebni lekarnarji, diplomirani farmacevti – koncesionarji. S statutom je dana možnost včlanjevanja v zbornico tudi pravnim osebam in zasebnikom, ki opravljajo dejavnost proizvodnje in prometa zdravil in sanitetnega materiala, kot tudi

posameznikom diplomiranim inženirjem farmacije, ki so zaposleni v zdravstveni dejavnosti, proizvodnji in prometu zdravil in dejavnosti vzgoje in izobraževanja.

Naloge zbornice določa že zakon o lekarniški dejavnosti, ki ji daje pravico podajati predloge in mnenja glede preskrbe z zdravili, izdaje zdravil, ureditve lekarn, vzgoje in usposabljanja farmacevtskih kadrov, pa tudi sodelovati pri pripravi zakonskih predpisov na teh področjih. Zbornica sodeluje pri določanju izhodišč za sklepanje pogodb z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, samostojno pa določa način oblikovanja cen zdravil in pomožnih zdravilnih sredstev, ki se ne določajo s pogodbami z ZZZS, in vrste izdelkov, ki se smejo prodajati v lekarnah. S tem pa je zbornici naložena tudi skrb za to, da lekarna ostane zdravstvena ustanova in se ne spremeni v drogerijo ameriškega tipa. Zakon nalaga zbornici tudi določena javna pooblastila, in sicer načrtovanje in spremljanje pripravištv, stalnega strokovnega izpopolnjevanja in specializacij ter izvajanje strokovnega nadzora s svetovanjem. Seveda pa daje zbornica tudi mnenja o izdaji koncesij ter dovoljenj za poslovanje podružnic in priročnih zalog zdravil.

Poleg zakonsko opredeljenih nalog pa bo zbornica tudi spremljala in analizirala pogoje poslovanja lekarn, predlagala ukrepe za izboljšanje njihovega položaja, skrbela za napredek poslovanja, pripravljala predloge za standardizacijo prostorov, opreme, tehnologije in embalaže, opravljala izdajateljsko dejavnost ter organizirala strokovna srečanja in seminarje. Torej ima zelo razvejano in široko dejavnost.

Organi zbornice so skupščina, upravni odbor, predsednik zbornice, nadzorni odbor, razsodišče zbornice, tožilec zbornice in komisije. Specifičnost članstva je zahtevala tudi posebno sestavo skupščine. Ker je osnovna enota lekarna, ima tako javni zavod toliko predstavnikov, kolikor ima lekarn v svojem sestavu, bolnišnična lekarna pa, kolikor ima oddelkov. Koncesionarji so neposredno člani skupščine. Pravne osebe, ki so prostovoljni člani, imajo v skupščini število glasov, ki zavisi od velikosti člana in njegovega prispevka zbornici, medtem ko posamezniki kot prostovoljni člani izvolijo v skupščino predstavnike. Statut pa omejuje število glasov prostovoljnih članov na največ 30% skupnega števila glasov v skupščini. Upravni odbor zbornice je sestavljen po regionalnem principu, zastopane pa morajo biti tudi bolnišnične lekarne in koncesionarji.

Zbornica se bo financirala iz prispevkov članov, iz proračuna, daryl in volil in drugih virov. Temeljni vir financiranja bodo prispevki članov, in sicer vpisnina ob pristopu v članstvo ter članarina. Vpisnina je namenjena oblikovanju trajnih virov sredstev zbornice, članarina pa za pokrivanje odhodkov redne dejavnosti. Višino članarine in vpisnine določa skupščina.

Lekarne so že v lanskem letu skupaj s svojimi partnerji združile sredstva za nakup prostorov za bodočo zbornico in za osnovno opremo, ta sredstva pa se jim vštejejo kot vpisnina. Tako ima zbornica že svoje poslovne prostore v Ljubljani, v Ulici stare pravde 11 v izmeri 118,50 m².

Strokovna, administrativna in tehnična opravila za zbornico bo opravljala profesionalna strokovna služba, ki jo vodi sekretar zbornice. Zbornica je prevzela bivšo strokovno službo Združenja lekarn, ki ima zaenkrat pet delavcev, od tega tri z visoko strokovno izobrazbo in dva s srednjo izobrazbo.

Lekarniška zbornica bo nadaljevala tradicijo bivših lekarniških gremijev in predvojne lekarniške zbornice. Kontinuiteta lekarniške organizacije je bila prekinjena leta 1941 in je trajala do leta 1963, ko so lekarnarji ponovno organizirali svojo samostojno organizacijo Skupnost lekarn Slovenije, ki se je leta 1974 preoblikovala v Združenje lekarn Slovenije. Čeprav je bilo v preteklosti družbeno in politično nezaželeno povezovanje v interesu zastopanja dejavnosti, sta skupnost in združenje opravili pomembno

nalogo povezovanja lekarn in njihovega strokovnega in organizacijskega napredka. V novih časih pa upamo, da bo zbornica oživila tudi stanovski ponos lekarnarjev.

Zanimivo je vedeti

IZJAVA EVROPSKEGA FORUMA ZDRAVNIŠKIH DRUŠTEV IN SZO ZA ZATIRANJE KAJENJA

Prevod je organiziral Bojan Fortič

Evropski forum zdravniških društev in Svetovne zdravstvene organizacije, ki sta zasedala v Baslu 30. in 31. januarja 1992, sta ugotovila:

– V nekaterih evropskih deželah je pogostnost zdravnikov, ki kadijo, le ena tretjina pogostnosti kadilcev med splošnim prebivalstvom. V drugih evropskih deželah pa je pogostnost kadilcev med zdravniki večja kot med ostalim prebivalstvom.

– Zdravniki morajo imeti dodatna znanja o posledicah kajenja in o metodah odvajanja od kajenja pri bolnikih.

– Znanstveno je dokazano, da pet odstotkov bolnikov kadilcev v roku enega leta preneha kaditi že zaradi resnih opozoril zdravnikov.

– Zdravniki veljajo v okolju kot zgled za zdravi način življenja.

– Forum z obžalovanjem ugotavlja, da so še vedno zdravstvene ustanove, ki niso sprejele smernic za prepoved kajenja niti pri bolnikih niti pri zdravstvenem osebju.

– Treba si je prizadevati, da bi imeli nezakajene prostore sodelavci na delovnih mestih in otroci doma.

– Znano je, da je pogostnost kajenja med mladino v mnogih deželah zelo visoka.

Zdravniška društva Evrope naj bi sprejela naslednje ukrepe:

1. Pozivati zdravnike, da prenehajo kaditi.
2. Poizkušajo naj doseči, da bo s predpisi prepovedano kajenje v zdravstvenih prostorih.
3. Spodbuditi zdravnike za življenje brez nikotina in se zavzemati tudi za bivalne prostore brez nikotina.
4. Zahtevajo naj od države in pomembnih mednarodnih in regionalnih organizacij za uvedbo prepovedi posrednega in neposrednega reklamiranja tobačnih izdelkov.
5. Do 31. maja 1993 naj se izoblikujejo jasna protitobačna politika z višjimi davki za tobak, zahteva naj se prepoved kajenja na delovnih mestih, v letalih, vlakih, avtobusih in javnih ustanovah, med mladino pa naj se spodbuja nekajenje.

Aktualni pogovori

POGOVOR UREDNIŠTVA ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA Z AKADEMIKOM FRANCETOM MIHELICEM

France Mihelič se je rodil 27. aprila 1907 v Virmašah pri Škofji Loki. Po končanem učiteljsku v Ljubljani je študiral na likovni akademiji v Zagrebu pri profesorjih J. Kljickoviću, M. Vanki, T. Krizmanu, V. Beciću in L. Babiću. Pred drugo svetovno vojno je bil profesor risanja v Kruševcu in na Ptuj. Jeseni leta 1943 je odšel k partizanom. Po vojni je bil vse do leta 1970 redni profesor na Akademiji za likovno umetnost v Ljubljani, v letih

1953 in 1961 do 1963 pa njen rektor. Že več kot dvajset let je redni član Slovenske akademije znanosti in umetnosti in član Accademie Fiorentina delle Arti del Disegno v Firencah. Ukvarja se s slikarstvom, grafiko, risbo in ilustracijo. Sodeloval je na številnih razstavah po Jugoslaviji in v tujini ter za svoje delo prejel mnoga nacionalna in mednarodna priznanja in nagrade.



ZV: *Vaše delo so opisovali in ocenjevali različni likovni kritiki, umetnostni zgodovinarji, kot npr. M. Komelj, Z. Kržišnik, M. Tršar. Do katere mere je mogoče z besedo opisati sliko, umetniško doživljanje in sporočilo? V kolikšni meri je mogoče soglasje med stvaritvijo ter njenim kritičnim opisom oz. razmislekom?*

FM: Likovni umetnik se izraža s sliko oz. s kipom ali kakorkoli. Slikanje, kiparstvo, grafika itd. so njegova izrazna sredstva. Seveda je v tej zvrsti umetnosti način izražanja svojstven, različen kot pri ostalih umetnostih.

Umetnostni zgodovinarji oz. tisti, ki pišejo o umetnosti, morajo biti poučeni o stroki, o načinu slikarskega izražanja. Sicer pa moram priznati, da niso zmeraj avtentični tistemu, o čemer pišejo. Včasih so tudi precej samovoljni oz. imajo svoje poglede, ki se ne strinjajo vedno s tistim, o čemer pišejo. Veliko je teh, ki pišejo o umetnosti. Pišejo različno kakovostno, kot povsod. Besedno izražanje je drugačno kot izražanje v sliki. S podobo izražate nekaj, kar je vizualno, se pravi, navezano pa pogled, na vtis, ki ga ima posameznik, ki to gleda, za razliko od tistega, ki to opisuje. Dva načina sta: eno je opisovanje slike kot take, recimo tega, kar je naslikano. Tudi, kakšen je način slikanja. Vzemimo npr. abstraktno slikarstvo, ki ga je težko razčleniti z besedo in povedati, kaj predstavlja, ker ne predstavlja pravzaprav ničesar drugega kot vtis za oči. V zgodovinskem slikarstvu imate cele scene, ki se dajo natančno opisati in je poudarek na opisnosti. Skoraj bi rekel, dostikrat bolj kot na samem načinu umetniškega upodabljanja. Kot veste, so razni stili oz. razni načini od realizma prek impresionizma, ekspresionizma, surrealizma itd. In načini izražanja so zelo različni. Dostikrat lahko razvidni, včasih pa tudi ne in so skrivnostni oz. so neke vizualno pogojeni bolj, kot bi se jih dalo z besedo obrazložiti.

ZV: *Kam bi Vi uvrstili sebe? Ali pretežno kot grafika, kot slikarja, celo kot risarja, ilustratorja; kaj je tisto, kjer mislite, da ste bili najmočnejši in kar je Vaše prvinsko?*

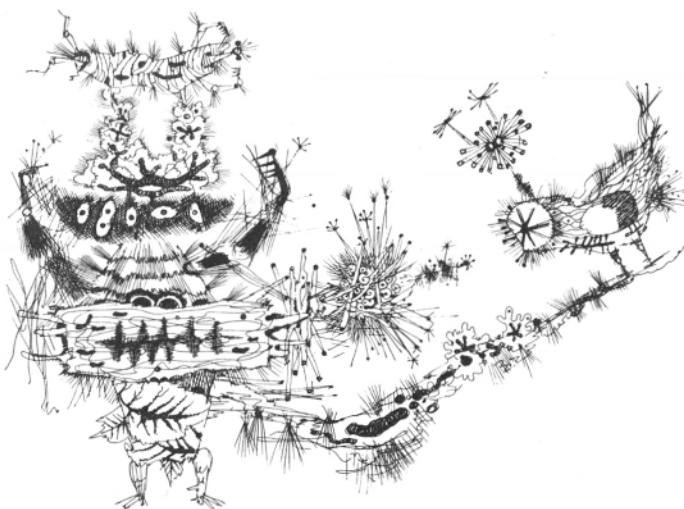
FM: Sem slikar in grafik. Grafiko sem razstavljal več kot slikarska dela. K temu so prispevale razmere. Prejel sem 7 mednarodnih nagrad za grafike. Paralelno pa se ukvarjam tudi s slikarstvom in sem sodeloval na vseh pomembnejših mednarodnih razstavah. Moja dela visijo v raznih galerijah, med njimi slika z naslovom »Ure« tudi v Muzeju moderne umetnosti v Parizu.

ZV: *Barve, predvsem temnejše, rjave, sive do črne, šele v zadnjem času okrasto rdeče, uporabljate izrazito ploskovito, z njihovimi odtenki ne označujete prostorske dimenzije.*

FM: Barv ne uporabljam toliko zaradi prostora, barva je elementarno izrazno sredstvo. Saj je cela teorija o barvah. Celo Goethe je pisal o barvah. Barve so lahko simbolične, se pravi, da je njihov izraz simboličen. Vzemimo V. van Gogha: če berete njegova pisma in njegova poročila o slikarstvu, vidite, kako je razlagal posamezne barve, kaj kakšna barva kot simbol pomeni. Brez ozira na sam predmet, ki ga realizira. Barva je pač element, kot je risba, kot je forma, plastičnost ali perspektiva ali globina ali svetloba. Svetloba in senca izrazito. V tem smislu svetlo-temnega slikarstva je recimo Rembrandt (R. H. van Rijn). Njegove stvari so v glavnem tonske. Osnovni ton je neka rjava barva, učinek je pa svetloben, se pravi osvetlitev predmeta, ki izraža tisto, kar on želi. Ta element svetlobe je pri njem bistven. So pa seveda tudi drugi, ki so delali podobno. Sam se s tonskim slikarstvom kot takim ne pečam izrazito, čeprav so nekatere stvari, recimo iz polpretekle dobe, podobe Daphne in nekatere druge, bolj tonsko rešene. V stanovanju imam dve tapiseriji, in sicer »Noč na Gorjancih« in »Kurenti«. Sta izrazito tonski, nista koloristični, medtem ko je na nasprotni steni slika »Mrtvi kurent«, ki je značilna zame, ta je barvno pogojena. Ta slika je zanimiva tudi zato, ker ima t.i. četrto dimenzijo, to je čas. Figure stojijo že dolgo na nekem mestu in to se vidi po tem, ker so zasnežene in ta zasneženost jim daje svojstvo časovne veljave.

ZV: *Vaše slikarstvo ocenjujejo in uvrščajo med najboljše fantastično oz. simbolično slikarstvo. Bi se strinjali s tem?*

FM: Ja, točno, to je fantastika. To je element, ki pri meni igra vlogo, čeprav izvirajo vse moje stvari v glavnem iz narave. Naravo kot tako uporabljam za svoje transpozicije, bi rekel fantastične oblike. Ampak elementi so iz narave. Nekateri govori o sanjskem slikarstvu itd., ampak moram poudariti, da to ni podzavest. Nisem slikal sanjskih prividov ali kaj takega.



ZV: *Sprehodiva se malo po tematiki Vašega slikarskega dela. Ena osnovnih tematik je pravzaprav gozd, od dreves, dupel, vej, lubja, delno obžrtega od lubadarja, nitk v pajčevini, hroščev, enodnevnih do neobstojećih sanjskih bitij, praproti, žilic razpadlih listov. V Vaših slikah se pojavljajo kurenti, himere, muzikanti, parke.*

FM: Prva mladostna leta sem preživel tam blizu Crngroba in v življenju sem veliko hodil po gozdu. Celo zbiral sem metulje, hrošče itd. Imel sem precejšnjo zbirko, ki sem jo poklonil šoli.

DRUGO OBVESTILO

Ljubljansko zdravniško društvo organizira

130. REDNO LETNO SKUPŠČINO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA
v Linhartovi dvorani Cankarjevega doma v Ljubljani, 7.–8. maja 1993

1. Protokolarni del – poročila o delu, nagrade, priznanja in imenovanja

2. Stanovsko organizacijski del (učne delavnice)

2.1. organiziranost slovenskega zdravništva

2.2. stanovske ugodnosti za slovenske zdravnike

2.3. obolevnost in smrtnost slovenskega zdravništva

3. Strokovni del – **ALERGOLOGIJA DANES**

4. Plenarno zasedanje – razprava in sklepi

Komisija za zveze z zamejstvom in inozemstvom Slovenskega zdravniškega društva vabi vse kolegice in kolege na enodnevni **IZLET PO ZELENi ŠTAJERSKI**.

Spoznali bomo lepote pokrajine in znamenitosti od rimske nekropole v Šempetru, prek Vitanja, Slovenskih konjic, Žičke kartuzije, Slomškove Ponikve do doma šentjurskih zdravnikov in skladateljev Ipavcev.

Izlet bo 22. maja 1993. Vse informacije: Slovensko zdravniško društvo tel.: 323-469.

Univerzitetni zavod za rehabilitacijo Ljubljana organizira

V. REHABILITACIJSKI DAN: CELOVITA REHABILITACIJA PACIENTOV S HEMIPLEGIJO PO ICV,

ki bo

27. marca 1993

v UZR Ljubljana, Linhartova 51. Namenjen je zdravnikom splošne prakse, specialistom in specializantom različnih medicinskih strok.

V organizaciji Inštituta za klinično nevrofiziologijo, ob sodelovanju Očesne klinike KC in Inštituta za fiziologijo MF bo 7. in 8. oktobra 1993 v Kliničnem centru simpozij z mednarodno udeležbo z naslovom

Nevrofiziološko vrednotenje delovanja vidnega sistema.

Imel bo tri dele: prvi bo posvečen vlogi dopamina v vidnem sistemu, drugi elektrofiziološkim preiskavam vidnega sistema, v tretjega pa bodo uvrščena poročila o raziskavah (elektrofiziologija vida in sorodna področja).

Tradicionalno, tokrat že 9. spominsko predavanje dr. Janez Faganel bo imela prof. Hisako Ikeda iz Londona.

Vabimo vse strokovnjake, da se simpozija udeležijo s prispevki ali kot poslušalci. Rok za prijavo naslovov prispevkov je 1. april 1993.

Dodatne informacije: Inštitut za klinično nevrofiziologijo, Zaloška 7, 61105 Ljubljana, telefon: 061 316-152 ali 113-206, faks: 061 302-771.

SVETOVNO ZDRAVNIŠKO ZDRUŽENJE

STATUT SVETOVNEGA ZDRAVNIŠKEGA ZDRUŽENJA

Ta statut je bil sprejet na 32. Skupščini Svetovnega zdravniškega združenja, novembra 1978

in dopolnjeni na

- 34. Skupščini, septembra/oktobra 1981,
- 35. Skupščini, oktobra 1983,
- 36. Skupščini, oktobra 1984,
- 38. Skupščini, oktobra 1986,
- 40. Skupščini, septembra 1988,
- 41. Skupščini, septembra 1989 in na
- 42. Skupščini, oktobra 1990.

SVETOVNO ZDRAVNIŠKO ZDRUŽENJE

DOLOČBE

1. IME: Ime združenja je SVETOVNO ZDRAVNIŠKO ZDRUŽENJE (WORLD MEDICAL ASSOCIATION).

2. CILJI: Namen Svetovnega zdravniškega združenja (SZZ) je služiti človeštvu, s prizadevanjem za najvišje mednarodne standarde v zdravniškem izobraževanju, zdravniški znanosti, zdravniški umetnosti in zdravniški etiki, ter v zdravstvenem varstvu za vse ljudi sveta.

3. ČLANSTVO: Članstvo v SZZ je omejeno na nacionalna, se pravi nevladna, zdravniška združenja, ki izpolnjujejo pogoje, določene v statutu SZZ.

4. SKUPŠČINA: Skupščino sestavljajo predstavniki nacionalnih zdravniških združenj, ki so člani SZZ. Predstavnike se voli, kot je določeno v statutu SZZ. Skupščina določi politiko SZZ in opravlja druge dolžnosti, določene v statutu.

5. SVET: Imetje, zadeve in posli SZZ so zaupani upravnemu odboru, ki se imenuje Svet (Svet = svet Svetovnega zdravniškega združenja). Člani Sveta se volijo glede na določbe v statutu SZZ.

6. FUNKCIONARJI: SZZ ima naslednje funkcionarje: predsednika, izvoljenega predsednika, predhodnega predsednika, predsednika in podpredsednika Sveta ter blagajnika. Način izbire funkcionarjev, trajanje njihovega mandata, njihove naloge, polnomočja in privilegiji se določijo s statutom SZZ.

7. RAZPUSTITEV: O razpustitvi SZZ odločata vsaj dve tretjini združenj-članov, sprejeta pa je lahko le na zasedanju Skupščine, posebej sklicanem v ta namen. Če sta na takem zasedanju zastopani manj kot dve tretjini združenj-članov, se izvede referendum o razpustitvi SZZ in načinu razpolaganja s premoženjem

SZZ v primeru razpustitve. V primeru razpustitve SZZ se njegovo čisto premoženje dodeli eni ali več davka oproščenim organizacijam, ki so bile ustanovljene in delujejo izključno za dobrodelne, znanstvene in izobraževalne namene, in katerih glavni cilji so podobni tistim, zaradi katerih je bilo ustanovljeno SZZ.

8. DOPOLNILA: Za vsako dopolnilo k tem določbam je potrebno soglasje dveh tretjin članov Skupščine, predlog za dopolnilo pa mora sekretariat prejeti vsaj 9 mesecev pred zasedanjem, na katerem naj bi o njem razpravljali.

STATUT

I. POGLAVJE – ČLANSTVO

1. člen

Redni člani

Nacionalna združenja zdravnikov (tukaj največkrat omenjena kot nacionalna zdravniška združenja) so lahko redni člani SZZ, če izpolnjujejo naslednje pogoje:

A) Takšno združenje mora široko zastopati zdravnike svoje dežele, potrdilo za to pa je številno članstvo.

B) Takšno združenje ne sme biti podrejeno niti ne sme biti pod nadzorom kakega ministrstva ali drugega vladnega organa.

C) Takšno združenje mora omejevati svoje članstvo s pravico do glasovanja na zdravnike in študente medicine.

i) Za potrebe tega člena je zdravnik definiran kot nekdo, ki se je sodobno izobraževal iz medicine, ima diplomu, ki jo priznava nacionalno zdravniško združenje njegove dežele, ter ima dovoljenje za opravljanje zdravniške prakse v svoji državi.

ii) Nacionalno zdravniško združenje, ki je bilo redni član Svetovnega zdravniškega združenja leta 1978 in je v tem letu vključilo zobozdravnike kot člane s pravico do glasovanja, ne bo izključeno iz članstva Svetovnega združenja po odstavku C) iz 1. člena.

iii) Nacionalno zdravniško združenje, ki vključuje zobozdravnike kot svoje člane, ne bo izključeno iz članstva Svetovnega zdravniškega združenja pod pogojema:

- a) da v tej državi ne obstaja posebno nacionalno združenje zobozdravnikov in
- b) da zobozdravniki-člani nacionalnega zdravniškega združenja, nimajo pravice do glasovanja o zadevah, ki zadevajo SZZ in do glasovanja o politiki znotraj nacionalnega zdravniškega združenja, ki bi se lahko uveljavila pred politiko SZZ.

D) Samo eno nacionalno zdravniško združenje neke države ima pravico do članstva v Svetovnem združenju.

2. člen

Druge oblike članstva

Po predlogu Sveta SZZ, lahko Skupščina uvede druge oblike članstva, za katere meni, da so primerne za SZZ in so v njegovem interesu. Pravice in privilegije ter članarino in prispevke za takšne druge oblike članstva bo prav tako določila Skupščina na predlog Sveta.

3. člen

Prošnja za sprejem v SZZ

Prošnje za vse vrste članstva morajo biti v pisni obliki oddane Svetu. Svet bo prošnje proučil in pripravil priporočilo za Skupščino. Za sprejem v SZZ je potrebna večina glasov prisotnih članov Skupščine.

4. člen

Obveznosti rednih članov

Razen vseh ostalih dolžnosti in obveznosti, ki jih določa ta statut, mora vsako združenje, ki je redni član:

A) storiti vse, kar je v njegovi moči, za širjenje vedenja in vzbujanje aktivnega zanimanja za cilje in delo SZZ,

B) odgovoriti na poizvedovanja in vprašalnike Sveta, kolikor hitro je mogoče ali v roku, ki ga določi Svet,

C) poročati Svetu o vseh primerih in dogajanju v svoji državi, ki so za SZZ zanimivi.

5. člen

Disciplina

Ob prejemu pritožbe združenja-člana, da vedenje ali politika nekega združenja-člana škodi časti ali interesom zdravniškega poklica, SZZ ali drugega združenja-člana, ali da je ta politika celo premišljeno zasnovana, da bi spravila zdravniški poklic na slab glas, mora Svet zahtevati od prizadetega združenja-člana pojasnilo ali možnost opazovanja. Pritožba in odgovor na to pritožbo se obravnavata na naslednjem zasedanju Sveta, kjer sta zaslišana tako predstavnik združenja-tožnika kot tudi predstavnik združenja-člana, ki je obtoženo neprimernega vedenja ali politike. Obe prizadeti stranki morata biti vsaj štiri mesece prej obveščeni, kdaj in kje bo zasedanje Sveta, na katerem se bo razpravljalo o pritožbi. Pravni postopek zasedanja se ne razvejljavi v primeru odsotnosti predstavnika obtoženega združenja, če je le-to bilo primerno obveščeno. Po temeljiti obravnavi vseh dejstev Svet sestavi poročilo za Skupščino, kjer mora biti podano mnenje, če je potreben disciplinski postopek. Če Skupščina odobri poročilo Sveta, lahko sproži disciplinski postopek proti združenju-članu, toda kazen ne sme biti večja od tiste, ki jo je predlagal Svet v svojem poročilu.

6. člen

Izključitev iz članstva

A) Svet lahko, potem ko je o tem obvestil prizadeto združenje-člana, kadarkoli obvesti Skupščino, da kak redni član ne izpolnjuje več pogojev, ki so določeni v statutu, in hkrati svetuje Skupščini, da bi bilo tega člana treba izključiti. Svet mora pri tem podrobno razložiti osnove za svojo trditev. Skupščina lahko predlog Sveta sprejme ali zavrne.

i) Če Skupščina zavrne predlog Sveta, je zadeva zaključena in prizadeto nacionalno zdravniško združenje obdrži svoje redno članstvo. Toda kljub zavrnitvi predloga lahko Svet kasneje spet da Skupščini predlog za izključitev istega člana.

ii) Če Skupščina prejme predlog Sveta, naroči prizadetemu nacionalnemu zdravniškemu združenju, naj na naslednjem zasedanju Skupščine odgovori na trditve Sveta, Skupščina pa mora na tem zasedanju poslušati pričevanja in dokaze, za katere bo sodil, da so primerni in nato z glasovanjem odločiti, ali nacionalno zdravniško združenje še izpolnjuje pogoje za redno članstvo ali ne. V nobenem primeru pa ne sme biti združenje-član izključeno pred naslednjim 31. decembrom.

B) V primeru, da redni član ni plačal članarine že dve zaporedni koledarski leti, ga generalni sekretar pisno obvesti, da bo avtomatsko izključen iz SZZ, če le-to ne bo prejelo članarine v 90 dneh. Svet je vsako leto na svojem prvem zasedanju obveščen, kateri redni člani so bili avtomatsko izključeni, ker niso plačali članarine dve zaporedni koledarski leti.

II. POGLAVJE – ČLANARINA

1. člen

Določanje višine članarine

Višino članarine za vse člane določa Svet, potrditi pa jo mora Skupščina.

2. člen

Redni člani

Višina članarine, določena za redne člane, bo enaka za vse take člane.

3. člen

Določanje višine članarine in rok

Višina vseh članarin se določi sproti za vsako koledarsko leto, plača pa se vnaprej – vsako leto je rok 1. januar.

4. člen

Prekrški

Redni člani, ki pred zasedanjem Sveta ali Skupščine SZZ ne poravnajo vseh obveznosti, nimajo pravice do udeležbe na zasedanju.

III. POGLAVJE – SKUPŠČINA

1. člen

Sestava

Skupščino sestavljajo:

A) Delegati, ki jih izberejo redni člani SZZ v skladu z določili iz tega poglavja. Takšni delegati so edini člani Skupščine s pravico do glasovanja.

B) Funkcionarji in člani sveta SZZ, ki imajo pravico govoriti na govorniškem odru Skupščine, nimajo pa pravice do glasovanja.

C) Drugi, ki se jim na priporočilo Sveta in s soglasjem Skupščine podeli pravica do govora na govorniškem odru Skupščine, ne pa tudi pravica do glasovanja.

2. člen

Delegati rednih članov

Vsako nacionalno združenje, ki je redni član SZZ, ima pravico imenovati enega delegata v Skupščino na vsakih 10.000 članov nacionalnega zdravniškega združenja ali njegovega dela, pod pogojem, da so bili prej plačani vsi prispevki za Svetovno zdravniško združenje, ki so bili določeni za redne člane. Vsako nacionalno zdravniško združenje pa lahko imenuje tudi enega ali več namestnikov delegatov, ki se lahko udeležijo zasedanj Skupščine in služijo kot delegati Skupščine, če so delegati odsotni.

3. člen

Kvalifikacije delegatov in namestnikov

Vsak delegat ali njegov namestnik, ki ga imenuje redni član, mora:

A) imeti diplomo iz medicine, ki jo priznava nacionalno zdravniško združenje njegove države,

B) imeti dovoljenje za opravljanje zdravniškega poklica v tej državi,

C) biti član nacionalnega zdravniškega združenja in

D) imeti stalno bivališče na ozemlju tega združenja.

4. člen

Potrditev delegatov

Vsak redni član mora sporočiti sekretariatu imena in naslove svojih delegatov ali namestnikov delegatov, imenovanih v skladu z 2. členom tega poglavja, vsaj 4 mesece pred začetkom zasedanja Skupščine, ali do roka ki ga določi Svet.

A) Redni člani morajo dati svojim delegatom in namestnikom delegatov primerno overjena pooblastila, ki bodo potrdila, da so bili imenovani za njihove predstavnike na zasedanju Skupščine.

B) Svet imenuje komisijo za pooblastila, sestavljeno iz treh delegatov, da preveri pooblastila delegatov in namestnikov delegatov rednih članov. Svet tudi določa pravila tej komisiji. Člani komisije morajo kot kolektiv obvladati uradne jezike SZZ.

5. člen

Glasovanje

Vsak redni član dobi glasovalno kartico, na kateri je izpisano število glasov, do katerih je upravičen. Redni član lahko da svoj glas z dvigom kartice, ko predsednik pozove h glasovanju. Ta metoda glasovanja se uporablja v Skupščini, razen v primeru, da bi Svet odobril drugo metodo glede na pravilo, sprejeto pred zasedanjem Skupščine. Delegat ali delegati vsakega prisotnega rednega člana lahko dajo vse glasove, do katerih je član po tem statutu upravičen. Torej ni potrebno, da bi bil vsak posamični delegat prisoten v Skupščini, da bi bilo možno oddati vse glasove združenja-člana. Vendar pa rednemu članu, ki ni prisoten na zasedanju, ni dovoljeno glasovati prek zastopnika.

6. člen

Sprejemanje etičnih izjav

Predlagane deklaracije, izjave ali resolucije SZZ, za katere Svet odloči, da so po naravi etične, morajo dobiti tri četrtine (3/4) glasov prisotnih in glasujočih delegatov, da se lahko sprejmejo.

7. člen

Kvorum

Oseba udeležba delegatov ali namestnikov vsaj devetih rednih članov s pravico do glasovanja je potrebna za sestavo kvoruma pri sprejemanju sklepov.

8. člen

Predsedujoči funkcionar

Predsednik Sveta, ali v primeru njegove odsotnosti podpredsednik Sveta, predseduje vsem delovnim zasedanjem Skupščine.

9. člen

Delo Skupščine

Delegati morajo na zasedanjih Skupščine izpolniti naslednje naloge:

A) izbrati predsednika SZZ glede na določbe teh predpisov,

B) določiti kraj in čas naslednjega zasedanja Skupščine,

C) razpravljati in odločiti glede prošenj za sprejem v SZZ,

D) razpravljati in odločiti višino letne članarine, ki jo prej predlaga Svet,

E) razpravljati o letnem finančnem poročilu in zaključnem računu, ki ju poda Svet in poskrbeti, da se v skladu s tem izvede postopek, ki se zdi najprimernejši,

F) razpravljati o poročilih Sveta in odborov in predlogih, ki se nanašajo na sprejetje takih poročil v celoti ali samo delno, ter poskrbeti, da se v skladu s tem izvede postopek, ki se zdi najprimernejši,

G) dati navodila Svetu glede raziskav, ki naj bi se izvedle, da bi se dosegli cilji SZZ,

H) razpravljati o resolucijah, ki so jih redni člani predložili v skladu s statutom, pod pogojem, da so te resolucije v okviru ciljev SZZ,

I) razpravljati in ukrepati v zvezi z drugimi zadevami, ki so bile po statutu predložene pred zasedanjem.

10. člen

Postopek

A) Dnevni red Skupščine pripravi Svet, ki ima polnomočje, da odloči, ali je neka resolucija, ki jo predloži kateri od rednih članov, v skladu s cilji SZZ ali ne. Če hoče redni član predložiti Skupščini resolucijo, ki zadeva denarne sklade SZZ ali njeno politiko, mora obvestilo o tem oddati sekretariatu vsaj štiri mesece pred zasedanjem, na katerem naj bi o tej resoluciji razpravljali. Vse druge zadeve, o katerih naj bi razpravljala Skupščina, morajo biti predložene sekretariatu vsaj dva meseca pred zasedanjem Skupščine, na katerem naj bi o njih razpravljali, razen v primeru, da določbe ali statut SZZ zahtevajo drugače. Svet lahko po svojem preudarku razveljavi rok za predložitev zadev, o katerih naj bi razpravljala Skupščina, ki ga zahtevajo določbe in ta statut. Vse zadeve morajo biti pred razpravo v Skupščini natisnjene v vseh uradnih jezikih SZZ in razdeljene delegatom.

B) Razprava pred Skupščino se mora odvijati v uradnih jezikih SZZ. Če delegat želi nagovoriti Skupščino v drugem jeziku, lahko to stori le, če je na voljo simultani prevod v uradne jezike SZZ.

C) Če ni v določenih ali statutu SZZ določeno drugače, se lahko vsi sklepi v Skupščini sprejmejo z absolutno večino glasov.

D) Svet lahko postavi druga pravila za postopek obravnave posamezne zadeve v Skupščini, če meni, da so bolj priporočljiva.

11. člen

Uradni jeziki

Uradni jeziki SZZ so angleščina, francoščina in španščina, v razpravi pa se lahko uporablja tudi nemščina.

12. člen

Zapisnik

Sekretariat mora narediti zapisnik o vsakem zasedanju Skupščine ter ga poslati članom Sveta in Skupščine v dveh mesecih po zasedanju. Zapisnik mora biti v vseh uradnih jezikih.

13. člen

Sestanki

A) Skupščina se mora sestati enkrat letno. Kraj in čas zasedanja določi Skupščina na priporočilo Sveta. Če je po mnenju Sveta to potrebno, lahko Svet sam spremeni kraj in čas zasedanja.

B) Svet lahko kadarkoli skliče izredno zasedanje Skupščine, lahko pa se tako zasedanje skliče tudi na zahtevo vsaj dvanajstih združenj-članov. Člani Skupščine morajo biti o izrednem zasedanju obveščeni vsaj tri mesece prej, v obvestilu pa morata biti navedena kraj in namen tega zasedanja. Na izrednem zasedanju Skupščin se ne sme razpravljati o nobeni drugi zadevi, razen o tisti, zaradi katere je bilo zasedanje sklicano.

C) Vsa zasedanja Skupščine so odprta za vse delegate rednih članov SZZ.

IV. POGLAVJE – SVET

1. člen

Regije

Zaradi lažjega določanja članstva v Svetu, pa tudi lažjega dela v upravnih zadevah SZZ, so člani SZZ razdeljeni po zemljepisnih regijah, navedenih spodaj. Redni člani SZZ iz držav, ki so vključene v posamezne regije, morajo sodelovati v dejavnostih SZZ v okviru regije, h kateri spadajo.

- A) Evropa
- B) Azija
- C) Pacifik
- D) Latinska Amerika
- E) Afrika
- F) Severna Amerika

2. člen

Člani Sveta

Člani Sveta se izbirajo na osnovi regij, po naslednjih pravilih:

A) Vsaka regija ima pravico do enega sedeža v Svetu za vsakih petdeset tisoč (50.000) članov nacionalnih zdravniških združenj, ki so redni člani SZZ znotraj regije, pod pogojem da so ta združenja v celoti plačala prispevke, ki so jih kot redni člani dolžna.

B) V vsaki regiji lahko vsak redni član SZZ, ki ima več kot 50.000 članov, imenuje enega člana v Svet za vsakih 50.000 članov, če je plačal vse prispevke, ki jih je kot redni član SZZ dolžan.

C) V vsaki regiji se sedeži v Svetu, ki niso bili zasedeni v skladu z določili podčlena B) zgoraj, zapolnijo z glasovanjem rednih članov znotraj regije. Vsak redni član ima toliko glasov, kolikor ima zdravniških članov, pod pogojem da je plačal vse prispevke, ki jih je kot član dolžan. Če pa je redni član že imenoval enega ali dva člana v Svet, v skladu z določili podčlena B) zgoraj, se število njegovih glasov glede na določbe tega podčlena (C) zmanjša za 50.000 za vsakega člana Sveta, ki ga je imenoval v skladu z določili podčlena B) zgoraj.

D) V vsaki regiji izvede glasovanje, ki ga zahteva člen C) zgoraj, regionalni ali generalni sekretariat. Generalni sekretar določi postopek glasovanja, ki pa ne sme biti v nasprotju z določili teh predpisov.

3. člen

Člani sveta po službeni dolžnosti

Predsednik, voljeni predsednik, in predhodni predsednik so člani Sveta po službeni dolžnosti, nimajo pa pravice do glasovanja.

4. člen

Pogoji za članstvo v Svetu

Člani Sveta morajo vedno biti zdravniški člani rednih članov, ki imajo v SZZ ugled. Člani Sveta ne morejo opravljati funkcije predsednika, izvoljenega predsednika ali predhodnega predsednika, medtem ko služijo kot člani Sveta.

A) Redni član lahko imenuje namestnika ali zamenjavo za katerega koli člana, ki ga je prej imenoval ali je bil izbran z glasovanjem za člana Sveta na regionalnih volitvah, pod pogojem da takšen namestnik ustreza pogojem, ki so podani v 4. členu, in da redni član o tem obvesti generalnega sekretarja vsaj trideset dni pred zasedanjem Sveta, na katerem bo sodeloval namestnik.

B) Vsak redni član lahko imenuje naslednika, da zapolni pristo mesto v Svetu v primeru smrti, odpovedi, nezmožnosti ali nespособnosti člana Sveta, ki ga je prej imenoval ali je bil izbran na regionalnih volitvah. Naslednik mora izpolnjevati pogoje, podane v 4. členu, redni član pa mora o prostem mestu, takoj, ko se le-to pojavi, obvestiti generalnega sekretarja. Druga možnost pa je, da generalni sekretar na zahtevo rednega člana izvede posebne regionalne volitve, da se izvoli naslednik za to pristo mesto.

5. člen

Mandat članov Sveta

Člani sveta imajo dvoletni mandat, lahko pa so ponovno imenovani ali ponovno izvoljeni, če to ustreza njihovim nacionalnim zdravniškim združenjem in če izpolnjujejo pogoje, podane v 4. členu tega poglavja.

Če redni član izstopi iz SZZ ali je izključen iz njega, je avtomatsko izključen iz Sveta tudi član, ki ga je ta član imenoval ali izvolil iz svojega članstva v skladu z 2. členom tega poglavja. V primeru izstopa ali izključitve generalni sekretar odloči, ali ima regija pravico, da zamenja člana Sveta glede na določbe iz 2. člena tega poglavja. Če regija ima pravico do zamenjave, izvede generalni sekretar volitve v regiji, da se izvoli drug član Sveta na mesto izključenega člana Sveta.

6. člen

Predsednik in podpredsednik Sveta

Svet izvoli predsednika in podpredsednika iz svojih vrst. Predsednik, ali v primeru njegove odsotnosti podpredsednik, predseduje zasedanju Sveta. Če bi bila odsotna oba, člani Sveta izberejo enega iz svojih vrst, da predseduje zasedanju.

7. člen

Glasovanje

Člani Sveta glasujejo z dvigom rok. Za sprejem resolucije je potrebna absolutna večina prisotnih in glasujočih članov.

8. člen

Kvorum

Svet ne more sprejeti nobenega sklepa, če ni prisotna vsaj večina članov.

9. člen

Postopek

Zadeve, o katerih naj bi razpravljaj Svet, morajo biti predstavljene v uradnih jezikih SZZ. Tudi razprava v Svetu mora potekati v uradnih jezikih SZZ. Uporaba katerikoli drugih jezikov se dovoli le, če je na voljo simultani prevod v uradne jezike SZZ. Uradni jeziki SZZ so navedeni v 10. členu III. poglavja teh predpisov. Svet lahko sprejme takšna pravila za postopek, kakršna se mu zdijo v obravnavi neke zadeve najbolj primerna.

10. člen

Zapisnik zasedanja sveta

Sekretariat mora narediti zapisnik poteka vsakega zasedanja Sveta v vseh uradnih jezikih SZZ in ga razposlati članom Sveta v dveh mesecih po zasedanju, na naslednjem zasedanju pa ga mora Svet potrditi.

11. člen

Sestanki sveta

A) Svet se mora sestati vsaj enkrat letno ali večkrat, kadar Svet meni, da je to potrebno. Kraj zasedanja določi Svet vsaj en mesec pred zasedanjem.

Če na zasedanju ni kvoruma, lahko večina prisotnih članov Sveta odloži zasedanje na drug čas in kraj, dokler kvorum ni dosežen.

B) Izredno zasedanje Sveta lahko skliče predsednik Sveta po posvetovanju z generalnim sekretarjem SZZ ali na zahtevo vsaj večine članov Sveta, ki morajo navesti namen izrednega zasedanja. Vsi člani Sveta morajo biti o času in kraju izrednega zasedanja obveščeni vsaj mesec dni prej. Namen izrednega zasedanja mora biti naveden na obvestilu.

Na izrednem zasedanju Sveta člani ne smejo sprejemati sklepov o nobeni drugi zadevi, razen o tisti, zaradi katere je bilo izredno zasedanje sklicano.

C) Vsa zasedanja Sveta so odprta vsem uradnim predstavnikom rednih članov SZZ, razen »zaprth« in »izvršilnih« sej na zasedanjih Sveta.

V. POGLAVJE – FUNKCIONARJI

1. člen

Predsednik

Predsednik SZZ se izvoli na letnem zasedanju Skupščine in začne opravljati svoje predsedniške dolžnosti na naslednjem letnem zasedanju Skupščine, do takrat pa nosi naslov izvoljenega predsednika.

Ko predsedniku poteče mandat, nosi naslov predhodnega predsednika do naslednjega letnega zasedanja Skupščine.

A) Pogoji za kandidaturo

Vsak zdravniški član rednega člana SZZ je lahko nominiran za kandidata za predsednika SZZ.

B) Način nominacije

i) Redni član SZZ lahko nominira kateregakoli svojega člana za predsednika SZZ, tako da predloži pisno nominacijo sekretariatu SZZ, skupaj s kandidatovim potrdilom, da sprejme nominacijo. Sekretariat mora prejeti nominacijo vsaj 3 tedne pred začetkom zasedanja Skupščine, na katerem bodo volitve.

ii) Na zasedanju Skupščine lahko delegat Skupščine nominira kateregakoli kandidata za predsednika SZZ na govorniškem odru Skupščine, ko je objavljen čas za nominacije, pod pogojem, da ima delegat kandidatov pisni pristanek, da sprejme nominacijo, ali pa je kandidat prisoten na zasedanju Skupščine, da lahko sprejme nominacijo.

C) Volitve

Predsednika Svetovnega zdravniškega združenja vsako leto izvolijo redni člani SZZ na letnem zasedanju Skupščine.

i) Ko je kandidat izbran za izvoljenega predsednika SZZ, mora odstopiti z vseh drugih položajev v SZZ in ne sme imeti v Zvezi nobene druge funkcije ali položaja, medtem ko opravlja funkcijo izvoljenega predsednika, predsednika ali predhodnega predsednika Svetovnega zdravniškega združenja.

ii) Član, ki je izvoljen v svet SZZ ali sprejme katerokoli drugo funkcijo ali položaj v okviru SZZ, medtem ko opravlja funkcijo izvoljenega predsednika, predsednika ali predhodnega predsednika, mora takoj odstopiti s položaja izvoljenega predsednika, predsednika ali predhodnega predsednika.

D) Dolžnosti in odgovornosti predsednika

i) Predsednik SZZ mora predsedovati pri vseh slovesnih sejah SZZ, pomagata pa mu voljeni predsednik in predhodni predsednik.

ii) Predsednik, izvoljeni predsednik in predhodni predsednik so člani Skupščine, nimajo pa pravice do glasovanja.

iii) Predsednik, izvoljeni predsednik in predhodni predsednik so po službeni dolžnosti člani Sveta, in nimajo pravice do glasovanja.

iv) V primeru smrti, nezmožnosti ali odstopa predsednika ali voljenega predsednika v času mandata, Svet imenuje koga drugega ali ukrene kar je potrebno, da bodo dolžnosti manjkajočega funkcionarja opravljene tudi v času do naslednjega zasedanja Skupščine.

2. člen

Predsednik Sveta

Predsednik Sveta predseduje delovnim zasedanjem Skupščine in sveta SZZa. Predsedniku Sveta traja mandat dve leti in je lahko ponovno izvoljen.

3. člen

Podpredsednik Sveta

Podpredsednik sveta pomaga predsedniku in predseduje delovnim zasedanjem Skupščine in Sveta, če je predsednik odsoten. Podpredsednikov mandat traja prav tako dve leti in je lahko ponovno izvoljen.

4. člen

Blagajnik

Blagajnik je član Sveta, ki ga le-ta izbere iz svojih vrst. Blagajnik poskrbi za potrdila za ves denar, ki je bil plačan SZZ, in poskrbi za plačilo vseh izdatkov SZZ po naročilu Sveta. Blagajnik poskrbi za knjigovodstvo in računovodstvo SZZ in mora podati Svetu na vsakem zasedanju popolno in natančno poročilo. Premoženje, ki je na voljo, mora blagajnik investirati v prvorazredne delnice. Blagajniku traja mandat dve leti in je lahko ponovno izvoljen.

VI. POGLAVJE – FINANCE

1. člen

Proračunsko leto

Proračunsko leto SZZ sovpada s koledarskim letom.

2. člen

Stroški članov Sveta

Stroške članov Sveta zaradi udeležbe zasedanj Sveta ali odborov krije SZZ.

3. člen

Stroški delegatov

Stroški delegatov in drugih zaradi udeležbe na zasedanjih Skupščine se ne krijejo iz fondov SZZ.

4. člen

Sekretarski in založniški stroški

Sekretarske in založniške stroške krije SZZ iz skupnih fondov, pri čemer je treba blagajniku v določenem času predložiti potrdilo o stroških.

5. člen

Računi

Računi SZZ se hranijo v pisarni blagajnika. Vsak redni član lahko račune preveri. Svet pooblasti blagajnika, da imenuje revizorja in določi njegov honorar.

6. člen

Letna in finančna poročila

Svet mora letno izdati in predložiti Skupščini, da ga le-ta sprejme in potrdi, poročilo o splošnem stanju in delovanju SZZ za preteklo leto, pripravljeno v skladu s 46. členom Zakona o članstvu v združenjih države New York. Svet mora izdati in predložiti Skupščini tudi zaključni račun in finančno poročilo za preteklo leto, ki ju je pregledal poklicni knjigovodja, ter oceno možnih dohodkov in izdatkov SZZ za prihodnje leto.

VII. POGLAVJE – SEKRETARIAT

1. člen

Generalni sekretar

SZZ ima sekretariat, ki ga vodi generalni sekretar, ki mora biti zdravnik, imenuje pa ga Svet. Trajanje mandata in pogoje opravljanja funkcije generalnega sekretarja določi Svet.

2. člen

Naslednik

V primeru smrti, nezmožnosti ali odstopa generalnega sekretarja, Svet imenuje naslednika in poskrbi, na način, ki se mu zdi primeren, da so naloge generalnega sekretarja opravljene, dokler naslednik ne začne opravljati svoje funkcije.

3. člen

Pisarna

Posli SZZ se vodijo iz pisarne sekretariata. Glavni sekretar lahko zaposli pomočnike, za katere sodi, da so nujni in primerni, da vodijo posle SZZ.

4. člen

Regionalni sekretariati

Redni člani SZZ v okviru neke regije lahko ustanovijo regionalni sekretariat, da uredi tiste zadeve znotraj regije, za katere redni člani sodijo, da je to potrebno.

A) Ustanovitev takih regionalnih sekretariatov je prostovoljna, zato stroškov njihovega delovanja ne poravnava SZZ.

B) Pogoje delovanja regionalnih sekretariatov določajo redni člani regije, ki so tudi odgovorni za njihovo delovanje.

C) Vsak regionalni sekretariat je odgovoren generalnemu sekretarju in mu mora poročati, če to zahteva.

VIII. POGLAVJE – RAZNO

1. člen

Denarna podpora

SZZ lahko sprejme denar za posebne projekte od ustanov, podjetij ali drugih zainteresiranih strank.

2. člen

Odbori

Odbore lahko imenuje Svet na zahtevo Skupščine.

3. člen

Regionaln zasedanja

Regionalna zasedanja članov Sveta, delegatov v Skupščini ali rednih članov so dovoljeni, toda ne smejo se odvijati v okviru zasedanj SZZ in ne morejo obvezovati SZZ, da sprejme katerokoli politično stališče, ki je bilo sprejeto na takem regionalnem zasedanju.

IX. POGLAVJE – DOPOLNILA

1. člen

Dopolnila k predpisom

Te predpise je možno dopolniti na kateremkoli zasedanju Skupščine z dvotretjinsko večino (2/3) prisotnih in glasujočih delegatov, pod pogojem, da je generalni sekretar prejel predlog dopolnila vsaj tri mesece pred zasedanjem, na katerem naj bi ga obravnavali. Predlog mora biti tudi preveden v vse uradne jezike SZZ in razdeljen delegatom pred zasedanjem.

Gozd me je s svojo fantastičnostjo prevzel. Elementi gozda, ki so name vplivali, so tudi v mojem slikarstvu nekako navzoči. To so bitja, ki so konstruirana iz elementov narave. Dal sem jim karakter, ki bolj izrazito poudarja tisto, kar je v naravi vidnega. V to sodi ves ciklus t.i. kresnih noči.

ZV: *Kresne noči in noči sploh dajejo Vašemu slikarstvu oz. Vašim slikam, vsaj nekaterim sklopom, neko temno ozadje, temočnost, morda strašljivost.*

FM: Da, neko tako svetlikanje iz noči. To so skrivnostna doživlja iz mladosti, ki so ostala v meni. Sedaj to izražam. V glavnem so vtisi, ki se jih je umetnik nabral kot mlad človek, tisto, kar daje ton njegovemu delu. Tisto, kar je najprej doživel, je bilo najbolj elementarno, to je zmeraj tudi najmočnejše. Ta gozd pa je element, ki je značilen tudi za moje poznejše slikarstvo, za ptujske kurente. Ti kurenti pri meni niso folklor.

ZV: *Koliko so kurenti posledica Vašega kratkotrajnega bivanja na Ptujju?*

FM: Pred vojno sem živel na Ptujju tri leta. To obdobje je imelo name velik vpliv, tako da je še vedno v mojem slikarstvu.

ZV: *Pravite, da kurent ni folklorna figura, ampak kaj?*

FM: V kurentih sem iskal prvobitnost. Nekaj, iz česar so ti kurenti nastali. So gozdna bitja, ki so nastala iz ljudske domišljije. Pri meni so se razvila čisto v druge elemente. Dostikrat niso več kurenti kot taki. Imajo sicer neke fantastične oblike, ki spominjajo na kurente, so pa fantastična bitja. Na Ptujju imam sedaj tudi stalno galerijo v nekem stolpu.



ZV: *O tem sem bral v Komeljevem zapisu. Zame so Vaši kurenti pravzaprav tudi precej tragične figure. Pogosto predstavljate smrt s kurentom.*

FM: Bolj bi rekel demonične. Niso ravno tragični. Resnično tragična kompozicija je »Mrtvi kurent«. Drugače pa so kurenti demonična, fantastična bitja, ki so lahko tudi sovražna. Nikakor pa niso le element tragične.

ZV: *Vrnimo se k sliki »Mrtvi kurent«. Ta slika je med najbolj slavnimi slovenskimi slikarskimi stvaritvami. Bodisi kot slika bodisi kot grafika. Kaj Vam ta slika predstavlja, kaj ste doživljali, ko ste jo delali?*

FM: Lahko vam povem zgodovino nastanka slike. Bil sem nastavljen v Kruševcu dve leti. Potem sem bil prestavljen na Ptuj in tam sem se spoznal z različnimi ljudmi, ki so bili kasneje moji prijatelji. Npr. F. Ingolič, I. Potrč itd., nekateri igralci. Skupaj

smo se pogovarjali, hodili okrog. Nekoč je bil pustni torek in sem šel s F. Ingoličem v Dornavo, kjer je bilo največ kurentov. Sicer so bili razsejani po vsem Ptujskem Polju. V mesto niso smeli prihajati, ker jim je to cerkvena oblast prepovedala, češ da je to poganski običaj. Slučajno sva bila v gostilni, ko je prišla truma različnih mask, ne le kurenti, tudi druge maske. Naenkrat je nekdo pridrvel v gostilno in povedal, da zunaj leži mrtev kurent. Da so ga ubili. Kurenti so hodili iz vasi v vas in so tam imeli tudi stike z ženskami itd. Navada je bila, da so ženskam jemali robce oz. da so jim te dajale robce in so jih privezovali okrog pasu. Bili so spori v sosednjih vaseh in kurenti so se dostikrat tudi pobili, potolkli med sabo. Vsako leto je bilo nekaj takih primerov. Šel sem tja, vsa gruča kurentov je šla, in tam je ležal mrtvi kurent, ki so mu že sneli masko. Gledal sem te maske, ki so strmele v mrtvega človeka. Takrat sem dobil idejo – maskirane družbe kurentov ob mrtvem človeku. Iz tega je nastalo več variant. Najprej je bila slika, ki je sedaj v Moderni galeriji, to je bila prva varianta. Potem sem delal grafiko dvakrat, ena je barvna. Upodobil sem ga tudi v olju.

ZV: *Razberemo lahko še druge figure, kot je vojak, muzikant.*

FM: Bili so pač oblečeni v razne maske. Prej sem že govoril o t.i. četrti dimenziji, ki je prisotna na tej sliki, o kateri se sicer ne ve, ampak resnično eksistira. Ta element časa, ki ga ponazarja sneg na vseh prisotnih. Zanimivo je, da je matematik prof. F. Križnarič na platnicah svoje knjige »Temelji realne matematične analize« dal natisniti sliko »Mrtvi kurent« in jo je komentiral »Protislovje in konec dokaza«.

ZV: *Naslednja zanimiva in nenavadna serija so pravzaprav Vaše ure. Kakšna simbolika je v teh urah?*



FM: Ura je sploh simbol časa, minevanja, rojstva, smrti itd. Element ure kot tak je element časa, ki je prisoten v človeškem življenju, s katerim se človek kar naprej sooča in so razni vidiki na čas kot tak. Čas življenja, smrti, rojstva itd., različnih dogodkov, veseljih, žalostnih. Čas je univerzalni element, ki je bil pri meni navzoč, ne vem od kod. Spomnim se otroštva. Rojen sem bil v leseni hiši in v lesu se je oglašal lesni črv, ki so mu rekli mrtvaška ura. Ta stvar mi je ostala v spominu. Ta mrtvaška ura je navzoča v nekaterih mojih grafikah.

ZV: *Dolgo časa ste pravzaprav obdelovali Daphne. Kaj je to Daphne, je simbol ženskosti?*

FM: Po antični zgodbi je Daphne zasledoval Apolon, umikala se mu je na ta način, da se je spremenila v lovorjev grm. To je simbolična figura, ki predstavlja lov z nečim. Za srečo, za nečim nedosegljivim. Prvič je ta Daphne tudi element, ki je povezan z gozdom. Spremenila se je v drevo. Nastal je cel ciklus lesorezov (10 lesorezov Daphne in gozd oz. Daphne v raznih variantah). Kot rečeno, ima fantastično povezavo z gozdom in s fantastiko gozda na kurentih. Antična zgodba je rešena na čisto svoj način. To ni kopija dotičnega, ampak ima le simbolični smisel, ki je zajet v tej anekdoti.

ZV: Tako ste našli povezavo, ki je med tem nedosegljivim ciljem in gozdom.

FM: Točno, kot simbol hrepenenja in nečesa, kar je nedosegljivo v življenju.

ZV: Vaša zadnja taka simbolično-fantastična figura je riba Faronika. Kaj pa je to?

FM: To je cel ciklus, 20 risb. Zgodba, ki jo je napisal I. Pregelj v Plebanusu Johanesu. Opisuje zgodbo nekoga, ki je napovedovalec, o ribi Faroniki. Na njenem hrbtu je ves svet nekako zgrajen oz. postavljen. Napovedovalec jo svari in opozarja, naj se ne premakne, kajti če se bo premaknila, se bo ves svet zrušil. Torej tak baladni karakter. Celo vika jo. I. Pregelj pravi: »Nikarte, nikarte, riba Faronika, zaradi nedolžnih otrok, zaradi porodnih



žena.« Svari jo, naj se ne premakne. Resnično ima zgodba baladni karakter, ki je povezan z današnjim časom. Ko sem prebral Plebanusa Johanesa, sem razmišljal o stvari. Podmorski svet je pravzaprav tudi fantastičen, ker ta riba je že milijone let pod morjem, obdana z raznimi fantastičnimi figurami in elementi.

ZV: Vašemu delu nasploh pripisujejo baladičnost. Ali ste po naravi bolj črnogledi?

FM: Bolj pesimističen sem, ker se to bolj spleča. Če ste optimist, je veliko možnosti, da ste razočarani. Pa sem kljub temu dostikrat razočaran. Ta črnogledost, ki je dostikrat res baladnega značaja, je pač najbrž prirojena ali pa je tak moj svetovni nazor, ki nastaja s časom v življenju. Nemara pa je človek že rojen tak, da je nagnjen v to smer.

ZV: Bi Vi izvzeli seriji kurentov in Daphne kot tisto, kar je najbolj Vaše?

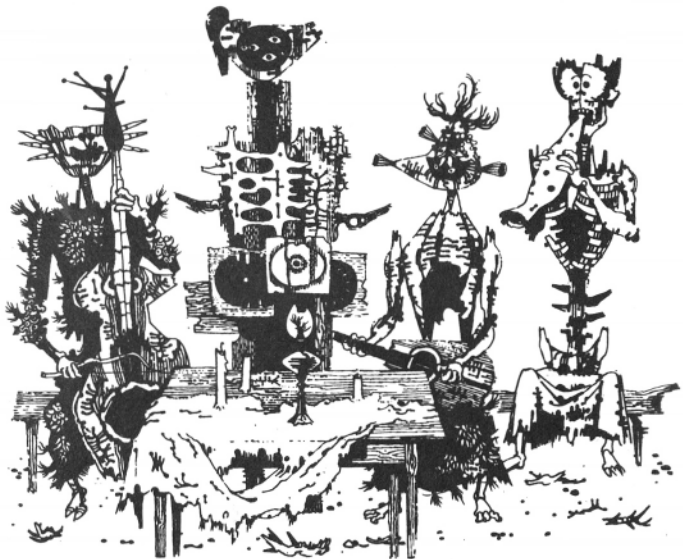
FM: Gotovo, so pa še druge stvari, ki so podobne oz. imajo elemente fantastike, ki je skupna kurentom in drugim mojim figuram.

ZV: Koliko je v Vašem delu intelekta, intelektualnega vložka, ali je pretežno čustveno in intuitivno doživljanje?

FM: Mislim, da je v vsakem delu nujen intelektualni element, ki ureja čustveni oz. imaginativni del doživljanja in ustvarja določeno podobo, ki ustreza Vašemu doživetju. Tu mora biti ureja-joči duh, ki ureja in daje podobo, ki jo podoživljate in je najbolj primerna temu doživetju. Mislim, da je to intelektualna sestavina.

ZV: Kateri sodobni, pa tudi starejši slikarji so Vam najbližji oz. so vplivali na Vas?

FM: Zelo blizu mi je bil od začetka P. Bruegel, znan nizozemski slikar, še bolj pa H. Bosch, to je bil fantastik. Blizu sta mi že od šolskih let, ko sem bil še na akademiji. Seveda nisem videl originalov. Tudi reprodukcije je bilo takrat težko videti v barvah, ker tega ni bilo. Danes imate vse te stvari reproducirane in razmnožene v knjigah itd. Od sodobnikov je J. Grünwald gotovo kot eden od odkrivateljev raznih načinov. Ni mi ravno blizu, ima pa veliko elementov, ki jih človek sprejema. Zelo blizu pa mi je angleški slikar F. Bacon, ki je umrl pred kratkim. Ta je bil zadnje čase v Angliji najboljši slikar. Krvav je in grozljive slike



ima. M. Ernst, nemški surrealist, mi je bil tudi všeč, pa še drugi. Predvsem surrealizem mi je bil blizu, čeprav nisem surrealizem v dobesednem smislu, ampak bolj je moja označitev lahko kot fantastična. Ta element fantastike ima tudi surrealizem oz. ustvarjanje situacij, ki so nerealne in dostikrat tudi skonstruirane. To so ti elementi.

ZV: Koliko je slikarstvo vezano na okolje? V vašem primeru na Slovenijo, slovenstvo, koliko pa je nadnacionalnega značaja?

FM: Primaren je moj odnos do gozda in okolice. Živimo pa v svetu, ki je navzoč. Nismo zaprti v majhen kraj, v Slovenijo, ampak človek gleda stvari, ki so nastale drugje, ki so dostikrat podobne ali imajo elemente, ki se strinjajo z Vašimi itd. Predvsem oblikovno. Način izražanja se je gotovo spremenil od takrat, ko sta slikala Rembrandt ali Rafael ali pa še starejši v votlinah.

ZV: Skupaj s pesnico Svetlano Makarovič sta leta 1987 pripravila knjigo, ona pesmi, Vi ilustracije. Zdi se mi edinstvena v našem slovstvu. Kako je prišlo do sozvočja med pesnico srednje generacije in slikarjem starejše generacije?

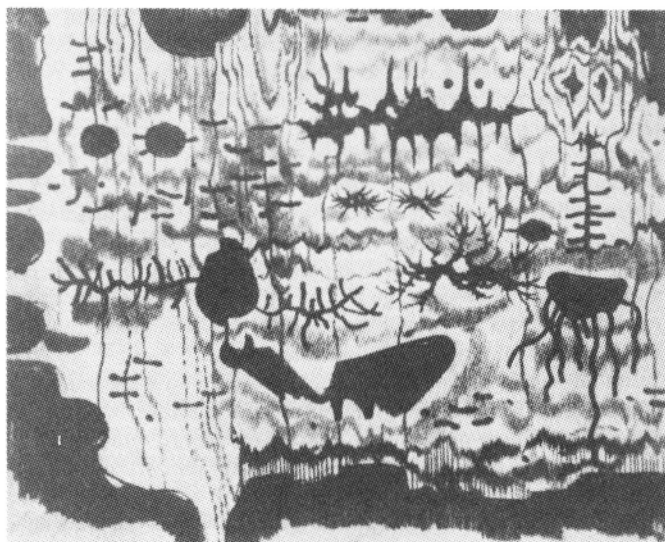
FM: Prvič to niso ilustracije. So grafične risbe. Ilustracija je povzetek pesmi, ki jo ilustrira. Te moje stvari so nastale popolnoma mimo njene poezije in njena poezija mimo mojih stvari. Makarovičeva sploh vedela ni za te moje stvari. Meni je bila njena poezija všeč in sem ob obisku T. Pavčka izrazil predlog, da bi izdali koprodukcijo pesmi in mojih risb. Bila je navdušena in knjiga je izšla. S pesnico nimava ničesar skupnega, razen da ima ta njena fantastika, ki je tudi navzoča, nekaj skupnega z elementi mojega slikarstva.

ZV: Čemu služi po Vašem mnenju slika v domu kakega slovenskega intelektualca? Dekoraciji, notranji potrebi po podoživljanju tistega, kar je umetnik napravil ali doživljal, prestižu ali pa je to trajna naložba?

FM: Vesel sem, kadar se kdo zanima za moje slike. Ne vem, kaj bi rekel. Pravi način je ta, da ima kdo veselje nad podobo oz. da ob njej uživa.

ZV: Kje prodajate svoje slike? Kakšen odnos imate do tapiserij, ki so napravljen po nekaterih Vaših delih?

FM: Slovim po tem, da ne maram prodajati svojih del. Od časa do časa pa le moram kaj prodati, od nečesa je pač treba živeti.



Najboljše tapiserije mi je napravila umetnica-specialistka (ime) iz Vojvodine. Najboljše so »Noč na Gorjancih«, »Kurenti« in »Ure«.

ZV: Kakšna je razlika za slikarja v času, ko je neznan, in v času, ko je slaven?

FM: Dokler si reven, želiš biti slaven. Mnogo lažje je delati in tudi uspešno ustvarjati, ko si slaven.

ZV: Skratka ostati v senci, reven slikar, je iluzija, bolj za slabe romane kot pa realno življenje?

FM: Dosti je odvisno tudi od inspiracije, nenadnega navdiha. To je sicer lahko za poezijo, ampak drugače človek živi stalno, tudi v podzavesti, s svojimi slikami. Človek pač živi v vzdušju svojega dela in je stalno navzoč, tudi takrat, ko ne dela.

ZV: Zakaj, menite, je med zdravniki toliko ljubiteljev, zbiralcev in nakupovalcev slik?

FM: Informacija me sicer preseneča. Menim pa, da imajo zdravniki, ki so pretežno orientirani na zdravljenje telesnih bolezni, potrebo po doživljanju umetniškega, tudi likovnega.

ZV: Za kaj se imate? Na Gorenjskem ste rojeni, na Ptujju ste živeli tri leta, največji del življenja ste preživeli v Ljubljani. Katero okolje Vas je najbolj označilo?

FM: Rodil sem se materi kot peti od enajstih otrok in sem prvo otroštvo preživel v Virmašah, v okolju gozdov in cerkva. Spomi-

njam se sv. Krištofa, ki je povsod na teh cerkvah upodobljen kot simbol. Govorili so, če sv. Krištofa vidiš, tisti dan ne umreš. Najbrž ga bom nekoč upodobil.

Potem sem preživel ljudsko šolo v Ribnici. Dolenjska je dala poseben pečat moji govorici. Nato sem šel v Ljubljano. Ljubljana me ni inspirirala, tudi Zagreb ne. Le Hegedušić je napravil name precejšen vtis, imel je celo nekaj malega vpliva na moje slike, predvsem v obdobju, ko sem bil v Kruševcu. Potem sem prišel na Ptuj, kjer sem zaživel s svojo umetnostjo.

ZV: Umetnik, kot ste Vi, je izrazit individualist. Kako ste združevali delo umetnika-individualista z delom profesorja na likovni akademiji?

FM: Normalno je, da je umetnik avtentičen. To je primerna in zaželena beseda za vsakega umetnika. Moje slikarstvo resnično nosi neke elemente, ki so lastni tem našim krajem.

Kot profesor na akademiji sem dopuščal precej samostojnosti. Učil sem risanje in slikanje, to je prve elemente, ki jih mora obvladati umetnik. Risba je element, ki se da najbolj naučiti. Ustvarjalnost pride kasneje.

ZV: Vaš opus je zelo velik. Po letu 1990 ste napravili grafične serije metamorfoz, ribe Faronike te vrsto oljnih slik, predvsem kurentov z vaškim ozadjem. Kot da Vaš delovni zagon ne popušča. Je dar narave, sreča, da pri 85 letih še vedno ustvarjate, še vedno pripravljate razstave novejših del, grafične mape itd.?

FM: Delam sicer malo težje, sem pa nesrečen, če ne delam, imam slab občutek izgube časa, da gre čas mimo. Seveda, s tem, kar človek ustvarja, si ustvarja iluzijo, da bo ohranjen po smrti. To je le fikcija, da nekaj delaš in opravičuješ svojo eksistenco na svetu. Imam ogromno načrtov in ne vem, če bom imel čas, da jih bom realiziral.

Pogovor z umetnikom je v imenu uredništva ZV vodil J. Drinovec v Ljubljani, 5. januarja 1993.

Zdravniki v prostem času IZLET ZDRAVNIKOV NA ŠTAJERSKO IN V PREKMURJE Dr. Branko Šalamun

V sedemdesetih letih smo »izleteli« zdravniki nekajkrat v zamejstvo. Od arhaične Rezijske, z »doturjem od pravca«, dr. Milkom Matičetovim, že 1972, pa do Landarske jame in Špetra Slovenov l. 1981. Po Koroški od Tinj (z Matejem Borom) do Kernjakove domačije in njegovih vnukov v Trebiji za dober začetek – pa do Franceta Goršeta v Svečah (s Korošcem dr. Ivanom Hribernikom) l. 1986. Pod Višarjami nas je zbral l. 1985 dr. Rafko Dolhar, domačin iz Kanalske doline. Pobuda za vsa ta, skoraj že pozabljena medsebojna srečanja slovenskih zdravnikov je potekla iz Kopra, Trsta, Kranja.

V devetdesetih letih je pobuda izšla iz Ljubljane. Predsednica komisije za zamejstvo prim. dr. Majda Toplak-Ostan je organizirala tri: l. 1990 v Rezijsko, l. 1991 dvodnevno po Koroški in l. 1992 na Štajersko in v Prekmurje. Tokrat se prvič nismo podali čez državno mejo. Skrbno pripravljeni program nam je želel približati kraje ob severovzhodni meji domovine, v prestolni Ljubljani premalo znane. In nam jih je odkrival, od Ptujске Gore do Moravskih Toplic, v jesenskem soncu 19. in 20. septembra 1992.

Pred »najpomembnejšo gotsko cerkvijo na Slovenskem«, kjer so se po (dokumentirani) sodbi Marijana Zadnikarja »arhitektura,

kiparstvo in slikarstvo izrazile z nenavadno visoko umetnostno kakovostjo ... ter dosegle na naših tleh in na enem samem kraju vsaka zase svoj nesporni vrh«, nas je sprejela kustosinja za kulturno zgodovino v ptujskem muzeju gospa Marjeta Ciglenički in nas spremljala od Ptujске Gore do Velike Nedelje.

Skupno z zgodovinarjem dr. Maksimilijanom Grothaussem iz Celovca je avtorica razstave o srečanju med Orientom in Okcidentom s turkerijami iz 17. stoletja na ptujskem gradu. S svojim solidnim strokovnim znanjem in razgledanostjo nas je seznanjala z zgodovino širjenja osmanskega imperija – in z bogastvom umetnin, ki so ga preživele.

V novi ptujski porodnišnici iz l. 1991 so razstavljene arheološke najdbe iz prvega stoletja, ko se je rodilo pod Rimljani najstarejše mesto na Slovenskem.

V 700 let stari ptujski kleti nas je haloški rojak, enolog g. Emeršič, seznanjal z vrhunskimi vini od haložana do sauvignona, nakar smo se v blagem večeru povzpeli skozi Slovenske Gorice, čez Jeruzalem in mimo Ljutomera čez Muro v Moravske Toplice. Prekmurski kolegi z dr. Arpadom Norčičem so poskrbeli, da smo se po doživetjih tistega lepega dne oddahnili, okrepcali, naspali in naslednje jutro okopali v bazenih luksuznega hotela Ajda. V panonski ravnici so v šestdesetih letih iskali nafto in navrtali termalno vodo za toplice, ki ne zaostajajo za zdravilišči, kakršno je radensko, ki nam ga je razkazal dr. Slavko Kramarič.

Še poprej nam je približal Plečnikovo cerkev v Bogojini njen župnik, domačin – podobno kot je poudaril pomen romarskega svetišča na Ptujski Gori njegov vrstnik, Haložan.

Lončarstvo, eno najstarejših obrti, je demonstrirala v Filovcih domačinka, predavateljica za likovni pouk v Radgoni. Sredi Radgone so nekaj dni po našem obisku odkrili ploščo Janezu Svetini, prvi žrtvi napada na Slovenijo v junijski vojni.

Z Janževega Vrha nad Radgono, iz zidanice z Maistrovo sobo, smo se javili častnemu gostu našega izleta, prleškemu rojaku, akademiku prof. dr. Antonu Trstenjaku. Njegova zdravnica ni dovolila, da bi preživeli dva nepozabna dneva skupaj z njim. Morda kdaj drugič, upa.

Podlistek

ŽEBLJANJE STEGNENIČNEGA VRATU

Herbet Zaveršnik

Pozoren bralec Zdravniškega vestnika in različnih podlistkov (sam začujem prebirati naš vestnik od zadnje strani naprej, tam so namreč osmrtnice, ki postajajo zame vedno bolj zanimive, različni jubileji od 50. do 80. leta, recenzije knjig in zbirna poročila iz različnih zdravstvenih kongresov) se bo spomnil članka »Velika operacija« (Zdrav Vestn 1988; 57), kjer nastopata dr. Voller in pisec tega članka. Ta dva nadebudna prijatelja sta skupaj doživela tudi to, o čemer bom poročal tukaj.

Januarja l. 1944, kmalu po Novem letu, je prišel k meni Kristl, češ da je v decembrski izdaji dunajskega kirurškega časopisa bral, da na Böhlerjevi kliniki žeblijo zlom stegnениčnega vratu. Pomislil, je nadaljeval, kakšen napredek je to, saj veš, da je zlom stegnениčnega vratu zelo pogost pri starejših ljudeh, ki že imajo osteoporozo: spotakne se, pade, pa je zlom tu, nato pa dva do trije meseci ležanja z natezanjem, sledi pljučnica in konec. Povej mi, ali ne bi bilo to čudovito, ko bi lahko človek z žebljanom stegnениco že po nekaj dneh stal in začel hoditi z opornico. Težava pa je v tem, da naš šef kirurgije o tem še ničesar ne ve, pri tem je mislil dr. Bouviera, ki je bil prepričan nacist, vendar

odličen kirurg. Vse bi morali preizkusiti na mrliču, mi je pojasnjeval zadevo, ki je nisem povsem dobro razumel, namreč, da je treba ugotoviti napako na rentgenski sliki, kajti fokus pošilja žarke v stožcu proti predmetu in razlika je tu lahko tudi en centimeter, kar pa je seveda dobro vedeti, zato da lahko točno zabijemo žebelj skozi vrat stegnениce prav do glavice. Bil je zelo prepričljiv, zato sem pristal, da postanem poleg usmiljenke sestre Henrike, ki je delala na oddelku za poškodbe, v tej »zaroti« pomočnik. Treba je bilo namreč najti mrliča, ga nato ponoči prenesti iz mrtvašnice najprej na RTG, potem pa v septično operacijsko sobo, kjer bi preizkusili žebljanje stegnениčnega vratu (UZ takrat še ni bilo, pa tudi premičnega RTG ne). Seveda mora biti vse strogo konspirativno, je rotill Kristl, gorje, če bi zvedel za to šef, oba se preseliva v Dachau.

Nekega popoldneva, bilo je sredi januarja, je prišel Kristl v naš interni oddelek in mi pošepetal, da je danes na kirurgiji umrl bolnik in tega si bomo izbrali za naš poizkus. Tiste noči je bil strupen mráz in polna luna. Kristl, jaz in sestra Henrika smo se okrog polnoči odpravili proti mrtvašnici, ki je bila oddaljena približno sto metrov od bolnišnice v smrekovem gozdičku. Sestra Henrika je šla naprej z baterijo v roki, ki je pa ni rabila, saj je polna luna osvetljevala okolico, da je bilo videti kot podnevi. Za Henrikom je korakal Kristl, ki je imel pod pazduho svežo rjuho, v katero bo mrliča zavil, zadaj pa sem stopal jaz. Kristl je pred tem že izmaknil ključ od mrtvašnice, odklenil je škripajoča vrata, stopil v notranjost, in ker je bilo mrličev več, si je svetil z baterijo in iskal tistega, ki je zjutraj umrl. Pogled je bil shrlljiv, saj so bili obrazi odkriti in mrličem je izpod rjuhe molel palec z listkom, na katerem je bilo napisano njegovo ime ter čas smrti. Kristl hitro najde pravega, ga odgrne, položi čezenj rjuho, ga obrne na trebuh, in ker je bil silak, ga z enim samim prijemom žadega čez rame. Takrat pa se je zgodilo to, česar ne bom nikoli pozabil. Mrlič je pri tem izpustil dolg glas haaaaaa.

Sestri Henriki je padla svetilka iz rok, v prostoru je nastala tema, le svetloba lune nas je osvetljevala skozi zgornji del oken, in opazil sem, da so postali naši obrazi prav dobro vidni – bleedi. Stal sem kakor prikovan, da ne bi mogel zbežati, četudi bi hotel. Nekaj hipov je bila prava mrtvaška tišina. V tem se oglasi Kristl: »Ti, Hari, kaj ni dal mrlič glas od sebe?« Ja, sem odvrnil, saj si čul, da je izpustil čuden glas. Spet tišina, nato Kristl mirno: »Ja, ta je umrl pri nas na kirurgiji in je gotovo mrtev.«

Kolona se nato premakne po isti poti nazaj, Henrika zaklene vrata in tedaj čujemo, da je mrlič pri vsakem Kristlovem koraku lahko zaječal. Tako je šlo kakih dvajset metrov, po tem pa je mrlič utihnil.

Ko smo ga prinesli na RTG oddelek, smo se sprva samo molče gledali, nato pa se je razvila razprava, kako da se je mrlič oglasil, ko pa je bil čisto mrtev. Zedinili smo se, da je sicer »izdihnil«, dejansko pa je pred smrtjo vdihnil, in sapa je ostala v prsnem košu zaradi mrliške otroplosti, kasneje je v mrtvašnici nastopila mrliška mlahavost, ko pa si je Kristl zavihtel truplo čez rame, je nesrečnikova teža s silo pritisnila na prsni koš, tako da je zrak, potisnjen v sapnik in skozi glasilke, povzročil te čudne glasove. Vse drugo je nato šlo gladko, napravili smo posnetke, prenesli mrliča v septično operacijsko sobo in se spravili k delu. Henrika pa je oprezovala, da nas ne bi kdo presenetil. Prvo žebljanje strokovno ni bilo na višku, žebelj ni prišel do glavice. Naslednji poizkus je bil uspešen in vsi smo bili zadovoljni.

Kako je to Kristl kasneje pojasnil svojemu šefu, mi še danes ni jasno. Kmalu zatem sem jo namreč pobrisal v partizane in kasneje Kristla nisem več srečal, samo slišal sem, da je pred dvema letoma umrl v inozemstvu. Vem pa, da so že konec l. 1944 v mariborski bolnišnici začeli žebljati stegnениčni vrat in s tem marsikomu pomagali, ga rešili dolgega ležanja in včasih tudi smrti.

Nove knjige

PRIKAZ

Zdravniška zbornica

Isis. Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije, Ljubljana, 1992, št. 1.

Ob koncu leta 1992 je zagledalo luč sveta glasilo Zdravniške zbornice Slovenije, katerega glavni urednik je prim. dr. Franc Urlep, namestnik predsednika sveta naše revije. Kot je obširno razloženo, je *Isis* boginja, simbol in zaščitnica ne le zdravja, ampak tudi domačega ognjišča, vdanosti in zvestobe. V tem je simbolika in pomen ne samo revije, ampak tudi naše Zbornice. Prva številka prvega letnika glasila, vsako leto naj bi izšlo 6 števil, vsebuje večinoma krajše prispevke, od pozdravov, razmišljanj o zasebni praksi, prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju, razmišljanje o zbornici, poročilo o sedanjem delu. Približno polovica revije je namenjena statutu zdravniške zbornice, pravilniku o finančnem poslovanju, poslovniku, pravilniku o vodenju registra zdravnikov in zobozdravnikov, postopku za pridobitev pozitivnega mnenja zbornice, pravilniku o enotah in regijah. Sledijo kratka poročila odborov ter še nekateri drugi pisani drobni prispevki. Na koncu je še novi pravilnik o podeljevanju naziva primarij.

Kakorkoli, glasilo Slovenske zdravniške zbornice *Isis* je zrcalo zdravniške zbornice same. Kot bolj razmišljujoči pisci posameznih besedil opažajo sami, je zaznati kar precej oklevanja, nedomišljenosti, ljubiteljstva, pa celo strankarskih pogledov. Zdravniki bomo ocenjevali delo zbornice in glasila po rezultatih dela za nas, koliko bo zbornica izborila pravic za nas, kakšen ugled bomo imeli v družbi, nujno se bo moral kazati tudi v našem gmotnem stanju. Kazalo se bo, s kako argumentiranimi stališči bo nastopala tudi v potrebnem soočanju z oblastjo, zavarovalnicami in delodajalci. Manj nas bo navduševala zlepljenost oz. prijateljstvo z omenjenimi institucijami. Izhajanje glasila na dva meseca bo težko zadostilo hrepeneči želji po sprotne informiranju.

Iz starejše revije želim novemu glasilu uspešno rast, od otroštva do zrelosti, nam vsem pa zdravo življenje zbornice, od katere bi morali imeti korist vsi in v katero so bila vložena naša velika pričakovanja.

Jože Drinovec

Alkoholologija

A. Prijatelj: *Pijem, torej sem?* Dolenjska založba, Novo mesto, 1992, 134 strani.

Barva platnic je rdeče-črna, rdeča po dolenjskem cvičku. Tam, kjer je ta doma, so knjigo izdali. Črna je najbrž zaradi usode številnih od alkohola zasvojenih.

Široki erudit doc. dr. Anton Prijatelj je ploden pisec, uspešen urednik, zagnan zgodovinar, nadvse dejaven v Zdravniškem društvu, predvsem pa dober in razgledan zdravnik. Tokrat se je lotil alkoholizma. Obdelal je na kratko fiziologijo uživanja alkohola, somatske posledice, največ prostora je namenil psihologiji alkoholika, težavam njegove družine, delovnega okolja, nekaj manj tudi zdravljenju, okoliščinam, ki vodijo v alkoholizem, preventivi.

Knjiga je sestavljena iz krajših prispevkov, ki so lahko samostojne črtice, razmišljanja ali kratki eseji. Pogosto se naslanja na ljudske reke, pisce, njihove opise in izkušnje. V svojem delu je do alkoholika izrazilo dobrohoten, a ne nekritičen. Knjiga je zanimiva za širok krog, na žalost jo predvsem od alkohola ogroženi najbrž ne bodo vzeli v roke.

Dodatno ob tej knjigi. Kot je pokazala zgodovina pri omejevanju kajenja, velja biti pragmatičen in se pomikati naprej z majhnimi koraki. Tudi Slovenci bi napravili že nekaj, če bi bistveno zmanjšali pitje žganih pijač. Kazalo bi razviti navado, da pokličemo taksi sebi, pa tudi našim otrokom, kadar popijemo kozarec ali dva vina. Prepričan sem, da to gmotno zmoremo. Zahtevnejša naloga je kultura pitja majhne, socialno in medicinsko sprejemljive količine alkohola v obliki kakovostnega vina pa tudi piva. Konec koncev je vino tudi božji dar, odraz življenjske radosti. Vino ne more napraviti dobre družbe, žlahtna kapljica v lepem kozarcu pa dobro družbo še požlahtni.

Iščem pisca naslednje knjige o kulturi pitja dobrih alkoholnih pijač. To bi bil lahko tudi kar doc. Prijatelj, katerega vedenje tudi na tem področju poznam.

Jože Drinovec

SAMO ENKRAT NA DAN



Lendacin[®]

ceftriakson

cefalosporinski antibiotik za parenteralno uporabo

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

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

možnost ambulantnega zdravljenja

Natančnejše navodilo o zdravlilu lahko dobite pri proizvajalcu.



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

UNIPRES® 10

tablete 10 mg

UNIPRES® 20

tablete 20 mg

nitrendipin

nov vazoselektivni antagonist kalcijevih ionov

- visokoučinkovit in varen v zdravljenju vseh oblik hipertenzije
- deluje zaščitno na srce in ledvice
- zmanjša hipertrofijo levega prekata in zboljša njegovo delovanje
- ne vpliva na metabolizem glukoze in lipidov in ne spreminja stanja elektrolitov
- ugodno doziranje, večinoma samo enkrat dnevno, omogoča boljše bolnikovo sodelovanje
- rezultat Krkinega lastnega raziskovalnega dela

Podrobnejše informacije in literaturo dobite pri proizvajalcu.



KRKA

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

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:

KONSIGNACIJE:

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

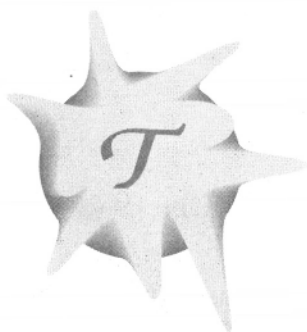
- HOECHST AG
- HOFFMANN LA ROCHE
- SANDOZ

SALUS LJUBLJANA d. d. – 61000 LJUBLJANA,
MAŠERA SPASIĆEVA 10, TELEFON: N.C.
(061) 181-144, TELEFAX: (061) 181-022

TAGREN®

tablete

tiklopidin



- ◇ specifično, učinkovito, novo antiagregacijsko zdravilo
- ◇ nova možnost v preprečevanju posledic aterosklerotičnih žilnih bolezni
- ◇ preprečuje arterijsko trombozo in trombembolične zaplete
- ◇ uspešno varuje pred možgansko kapjo in ponovno možgansko kapjo, srčnim infarktom in umrljivostjo zaradi žilnih bolezni
- ◇ preprečuje ponovno zaporo žile po rekanalizacijskih posegih
- ◇ preprečuje trombozo v dializnih spojih in umetnih dializnih membranah

Doziranje

Običajna doza Tagrena za vse indikacije je 2-krat 1 tableta po 250 mg dnevno med jedjo.

Oprema

30 tablet po 250 mg

Podrobnejše informacije in literaturo dobite pri proizvajalcu.



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



ZDRAVILIŠČE

RADENCI

TERMOMINERALNE VODE V RADENSKI, V RADENCIH IN V BANOVCIH

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

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

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

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

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

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

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

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

Termomineralne vode in njihova sestava v zdraviliščih Radenske

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

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

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

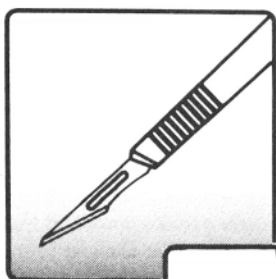
- lažja in zmerna arterialna hipertenzija,
- kronične kompenzirane bolezni srca,
- pri rehabilitaciji po infarktu srčne mišice,
- nekatere bolezni perifernega krvnega obtoka,
- pri rehabilitaciji po operacijah srca in krvnega obtoka,
- degenerativne bolezni sklepov in hrbtenice,
- kontrakture sklepov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

Tramal[®]

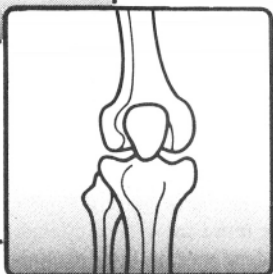
tramadol HCl

NOVO

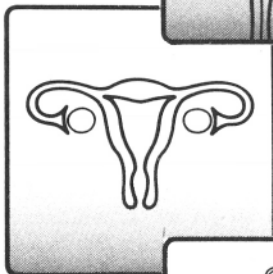
zanesljiv analgetik s centralnim delovanjem



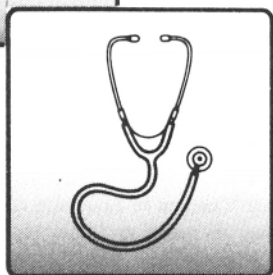
v kirurgiji



**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

**GRÜNENTHAL**

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

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

Splošna načela

ZV objavlja le izvirna, še neobjavljena dela. Avtor je odgovoren za vse trditve, ki jih v prispevku navaja. Če je članek pisalo več soavtorjev, 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 uporablja le enote SI in tiste, ki jih dovoljuje Zakon o merskih enotah in merilih (Uradni list SFRJ št. 13/76).

Spremni dopis

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

Tipkopis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabele

Natipkane naj bodo na posebnem listu. Vsaka tabela mora biti oštevilčena z zaporedno številko. Tabele morajo imeti najmanj dva stolpca. Vsebovati mora: naslov, (biti mora dovolj poveden, da razloži, kaj tabela prikazuje, ne da bi bilo treba brati članek; če so v tabeli podatki v odstotkih, je treba v naslovu navesti bazo za računanje odstotka; 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 tabele 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. Pri velikosti črk je treba upoštevati, da pri pomanjšanju slike za tisk velikost črke ne sme biti manjša od 2 mm. Grafikoni, diagrami in sheme naj bodo uokvirjeni.

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

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

Literatura

Vsako trditev, dognanje ali misel drugih je treba potrditi z referenco. Neobjavljeni podatki ali 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 vsebovani v seznamu literature.

Literatura naj bo zbrana na koncu članka po zaporednih številkah navedkov. Če je citiran članek napisalo 6 avtorjev ali manj, jih je 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: Dopisna delavska univerza Univerzum, 1983: 182–3.

– primer za poglavje iz knjige:

2. Garnick MB, Brenner BM. Tumors of the urinary tract. In: Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Wilson JD, 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 Zdravstvenega vestnika, Komenskega 4, 61000 Ljubljana. Za prejete prispevke izda uredništvo potrdilo. V primeru nejasnosti so uredniki na voljo za posvet, najbolje po poprejšnjem telefonskem dogovoru [tel. (061) 317-868].

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

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

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

Dovoljenje za ponatis slik, objavljenih v ZV, je treba zaprositi na Uredništvo Zdravstvenega vestnika, Komenskega 4, 61000 Ljubljana.

Navodila za delo recenzentov

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

Recenzentovo delo je zelo odgovorno in zahtevno, ker njegovo mnenje največkrat vodi odločitev uredništva o usodi prispevka. S svojimi ocenami in sugestijami recenzenti prispevajo k izbolšanju 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 da 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 Vas prosimo, da ste pozorni na to, ali je naslov dela jassen in koncizen in ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvene podatke članka; ali avtor citira najnovejšo literaturo in ali omenja domače avtorje, ki so pisali o isti temi v domačih časopisih in v ZV; ali se avtor izogiba avtorjem, ki zagovarjajo drugačna mnenja, kot so njegova; ali navaja tuje misli brez citiranja; ali so literaturni citati točni. Preveriti je treba dostopne reference. Prav tako je treba oceniti, če so slike, tabele in grafi točni in da se v tabelah ne ponavlja tisto, kar je že navedeno v tekstu; da ne vsebujejo nepojasnjenih kratic, da so številčni podatki v tabelah ustrezni onim v tekstu ter da ni napak.

Če recenzent meni, da delo potrebuje dopolnilo (komentar) ali da bi ga sam lahko dopolnil (s podatki iz literature ali lastnimi izkušnjami), se lahko dogovori z urednikom, da se tak komentar objavi v isti številki kot ocenjevano delo.

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 62, FEBRUARY 1993, Page 41-84, Number 2

CONTENTS

RESEARCH ARTICLE

- The value of fiberoptic bronchoscopic diagnostic methods in patients with negative sputum smear, I. Koren 41

PROFESSIONAL ARTICLES

- Vestibular and auditory disability of children who were on mechanical ventilation because of respiratory distress, S. Černelč, J. Primožič, J. Vatovec, M. Žargi 45

- Success of different kinds of health education for hypertensive patients, A. Žalar 49

- Early and late results of percutaneous transluminal coronary angioplasty – Personal experience, B. Pust, M. Šurlan 53

REVIEW ARTICLE

- Rehabilitation of children injured in traffic accident, Z. Turk, B. Jesenšek-Papež 59

LETTERS TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS