



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA, LJUBLJANA, LETNIK 68, Oktober 1999, str. 539-630, ŠT. 10

136. REDNA SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA Nova Gorica, 22. in 23. oktober 1999

JAVNO IN ZASEBNO V ZDRAVSTVU

Vizija razvoja zdravstva v Sloveniji , J. Zajec	539
Usmeritve razvoja zdravstvenega varstva v državah kandidatkah za pridružitve v Evropsko unijo, glede na direktive UE (Slovenija) , Z. M. Arnež	541
Odnosi med zasebnim in javnim - stanje in perspektive , M. Bitenc	543
Zasebno zdravstvo na severnem Primorskem , H. Bernhardt, B. Roš	545

VSEBINA

RAZISKOVALNI PRISPEVKI

Sestavljena (modulirana) analgezija po endoskopsko odstranjenem žolčniku , M. Cesar-Komar, N. Vodopija, M. Zajec	549
---	-----

STROKOVNI PRISPEVKI

Stabilizacijski odmerki metadona in obstanek v obravnavi oseb, odvisnih od heroina s pridruženno motnjo razpoloženja , M. Lovrečič, S. Canoniero, M. Aglietti, I. Maremmani	555
Holoprozencefalija - Prikaz primera , D. Paro-Panjan, D. Neubauer, N. Pečar-Meglič, B. Bratanič, M. Novosel-Sever	559
Prirojene arteriovenske koronarne fistule , A. Cijan	563

KAKOVOST V ZDRAVSTVU

Perkutana transluminalna koronarna angioplastika v luči EBM (Evidence Based Medicine) , B. Pust	569
--	-----

PISMA UREDNIŠTVU

Obvladovanje napak v medicini , J. Kersnik	575
PubMed Central ali nova doba v medicinskem znanstvenem informiranju , Š. Adamič	583

RAZGLEDI

Aktualni pogovori	585
Zdravniški vestnik pred 60 leti	589
Zdravniki v prostem času	589
Nove knjige	591
V tej številki so sodelovali	584
Aktualna ovestila	593



Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, P. Dolenc

Izdajatelj/Publisher:

© Slovensko zdravniško društvo

Uredniški svet/Editorial Council:

P. Kapš (predsednik/president),
I. Švab - Ljubljana (namestnik predsednika/vice-president),
J. Bedernjak - Murska Sobota, F. Dolšek - Novo mesto, J. Drinovec - Ljubljana,
M. Janko - Ljubljana, M. Jereb - Ljubljana, I. Kapelj - Ljubljana, I. Kariž - Koper, V. Kostevc-Zorko - Brežice,
F. Košir - Ljubljana, M. F. Kenda - Ljubljana, S. Levak-Hozjan - Velenje, V. Petrič - Kranj, A. Prijatelj - Nova Gorica,
P. Rode - Ljubljana, Z. Turk - Maribor, F. Urlep - Gornji Grad, T. Vahtar - Trbovlje,
F. Verovnik - Slovenj Gradec, G. Voga - Celje, M. Žargi - Ljubljana

Uredniški odbor/Editorial Board:

B. R. Binder, Dunaj - Avstrija, B. Brinkmann, Münster - Nemčija, V. Dolenc,
D. Ferluga, S. Herman, S. Julius, Ann Arbor - ZDA, M. Jung, Zürich - Švica,
P. Kapš, D. Keber, M. Kordaš, I. Krajnc, G. J. Krejs, Graz - Avstrija, G. Lešničar, M. Likar,
J. Manfreda, Winnipeg - Kanada, J. Milič, Montreal - Kanada, A. P. Monaco, Harvard - ZDA,
D. Pokorn, S. Primožič, M. Rode, E. Ståhlberg, Uppsala - Švedska,
J. Šorli, J. Trontelj, B. Vrhovac, Zagreb - Hrvaška, B. Žeks

Poslovna tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanovič

E-mail: katarina.jovanovic@guest.arnes.si

Lektorja za slovenščino/Readers for Slovenian:

J. Faganel, T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

A. Snedec

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

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

Domača stran na Internetu/ Internet Home Page:

<http://vestnik.szdz.si/>

Tekoči račun pri/Current Account with

LB 50101-678-48620

UDK 61+614.258(061.1)=863=20

CODEN: ZDVEEB ISSN 1318-0347

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:

Biological Abstracts, Biomedicina Slovenica, BIOSIS, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino.

To število so financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo in

Ministrstvo za zdravstvo, Zavod za zdravstveno zavarovanje R Slovenije.

Po mnenju Urada vlade RS za informiranje št. 4/3-12-1388/95-23/294 šteje Zdravniški vestnik med proizvode, za katere se plačuje 6,5% davek od prometa proizvodov.

- Tisk Tiskarna JOŽE MOŠKRIČ d.d., Ljubljana - Naklada 4100 izvodov

The Journal appears regularly every month.

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

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

- Printed by Tiskarna JOŽE MOŠKRIČ d.d., Ljubljana - Printed in 4100 copies

136. LETNA SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA JAVNO IN ZASEBNO V ZDRAVSTVU

VIZIJA RAZVOJA ZDRAVSTVA V SLOVENIJI

Janez Zajec

Ministrstvo za zdravstvo, Štefanova 5, 1000 Ljubljana

Leta 1991-1992 smo v Sloveniji nadomestili prejšnjo zdravstveno zakonodajo s tremi novimi zakoni s področja zdravstva: z Zakonom o zdravstveni dejavnosti, Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Zakonom o lekarniški dejavnosti. Z njimi smo uzakonili najpomembnejšo reformo: denar, ki ga namenjajo prebivalci Slovenije oz. zaposleni v Sloveniji, smo oddvojili od integralnega državnega proračuna in ustanovili Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki na enem mestu zbira sredstva državljanov, namenjena za zdravstveno varstvo. S to zakonodajo smo tudi razmejili odnos med obveznim zdravstvenim zavarovanjem in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem. Od tedaj se natančno ve, koliko se v Sloveniji vsako leto nateče denarja za zdravstveno varstvo. Lahko zagotovimo, da se ves ta denar tudi vrača v zdravstvo.

Zakon o zdravstveni dejavnosti je tudi uzakonil možnost zasebnega dela v zdravstvu, ki od leta 1954 dalje ni bilo možno, saj je bilo s starim jugoslovanskim zakonom prepovedano.

Po sedmih letih delovanja teh zakonov se vse bolj kaže potreba, da se zakoni ponovno pregledajo, natančno ocenijo in dopolnijo.

Sam vidim možnosti dopolnjevanja v naslednjem:

1. Podrobno je treba analizirati vse tri omenjene zakone in na podlagi analize predlagati spremembe zdravstvene zakonodaje. Upoštevati je treba, da so novi diagnostični postopki in nova terapevtska sredstva bistveno dražja kot v preteklosti, kar pomeni, da je nujno uskladiti finančna sredstva s pravicami, ki jih imajo zavarovanci. Ne govorimo o ukinjanju posameznih pravic, ampak o uravnoteženju med razpoložljivimi finančnimi sredstvi in pravicami.

Da bomo to pravilno uskladili, je treba napraviti natančno mrežo na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Predvsem je treba paziti na cilj, ki ga želimo doseči: da s to mrežo omogočimo vsem prebivalcem Slovenije čim bolj enakomerno možnost dostopa do zdravstvenih storitev.

Ko bomo pripravili celotno mrežo zdravstva v Sloveniji, bo v njej treba natančno določiti odstotek zasebnega dela in po posameznih strokah tudi določiti, kaj še lahko prevzame zasebna dejavnost. Od veljavnosti sedanje zakonodaje smo v Sloveniji izdali že več kot osemsto dovoljenj za zasebno delo zdravnikom in zobozdravnikom tako na področju primarne kot sekundarne dejavnosti. V veliki večini izstopajo zdravniki primarne ravni in zobozdravniki, medtem ko se je zasebno delo na področju specialistične ambulantne dejavnosti pravzaprav šele začelo. Prav pri teh vprašanih prihaja vsako leto do večjih spornih situacij, zato se mora Slovenija odločiti, kaj in koliko bo še dala v zasebne roke.

Jasno bo treba določiti, kaj si Slovenija lahko privošči na področju zasebnega dela na sekundarni ravni. Ali bo možno usta-

navljati zasebne sanatorije in bolnišnice in če da, v kakšnem odstotku bo v teh bolnišnicah oz. sanatorijih možno delati tudi za javna sredstva? O tem so mnenja med strokovnjaki zelo različna in še vedno odvisna od osebnega interesa zdravstvenega menedžmenta, zdravnikov in zobozdravnikov, ki želijo oditi v zasebno dejavnost.

Zelo natančno je treba določiti, kaj od ambulantnega dela pri bolnišnicah mora ostati v njihovi pristojnosti in kaj se lahko odda zasebniku. Na vsak način morajo ostati pri bolnišnici t. i. sprejemne ambulate, ni pa potrebno, da ostajajo dejavnosti, kot so pisanje izvidov za invalidsko komisijo, raznih potrdil itd.

Resno se bomo morali dogovoriti, kaj od zobozdravstva bo ostalo pod »državnim« zdravstvom. Ali ne bi bilo primerno razmisliti, da bi po zgledu Evrope celotno zobozdravstveno dejavnost, razen otroškega preventivnega zobozdravstva, dali zasebnikom? Isto razmišljanje velja tudi za osnovno zdravstveno varstvo, pri čemer bi se morali z letnimi plani dogovoriti, koliko splošne službe ostane v lasti zdravstvenega doma, koliko pa bi je lahko opravljali zasebniki.

2. Menim, da bo treba na novo določiti oz. dograditi tudi pogoje in dogovarjanje o obsegu programov za delitev finančnih sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Sedanji način je zelo dolgotrajen in neučinkovit.

Predvsem bo treba določiti partnerje, način njihovega predstavljanja v pogajanjih ter skrajšati sprejemanje splošnih in področnih dogovorov. Pogosto se dogaja, da se na pogajanjih za delitev finančne mase več let zapored pojavljajo ista vprašanja, o katerih mora na koncu odločati vlada.

3. V vseh dosedanjih letih po osamosvojitvi ugotavljamo potrebo bistveno več napraviti na področju prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja oz. krepiti zavarovalništvo. Z muko smo v zadnjih dveh letih konec letošnjega leta ustanovili vzajemno zavarovalnico, vendar bi morali težiti k cilju, da bi se v Sloveniji pojavilo več vzajemnih zavarovalnic, da bi se med njimi vzpostavila konkurenčnost in tekmovalnost. Cilj, ki bi mu morali slediti, je večanje odstotka prostovoljnega zavarovanja proti obveznemu. Končni cilj bi bil nekeje med petnajstimi in dvajsetimi odstotki prostovoljnega zavarovanja. Le na ta način bi v bodoče lahko realizirali pričakovanja naših uporabnikov in izvajalcev po kritju vseh zdravstvenih storitev. Ob tem je treba preučiti tudi možnost delne participacije za zdravstvene storitve in zdravila, kar se je v preteklosti izkazalo za uspešno. Na ta način bi verjetno končno lahko prilagodili pravice razpoložljivim finančnim sredstvom.

4. Racionalizacija bolniških postelj je potrebna v tistih dejavnostih, ki v zadnjih letih glede na zdravstveno statistiko upa-

dajo oz. se zmanjšujejo (porodništvo, pediatrija). Hkrati je potrebno povečanje števila bolnišniških postelj v tistih dejavnostih, ki nagibajo k povečevanju, kot npr. bolezni starostnikov, bolezni srca, ortopedske bolezni itd. Predvsem bi morali stremiti k vpeljavi in večanju števila postelj za dnevno oskrbo (dnevni hospital), saj je sodobna medicina že vrsto posegov sposobna opraviti v enem dnevu. To ne pomeni zmanjševanja števila zdravstvenih delavcev, saj bi bila intenzivnost dela s takimi bolniki kvečjemu večja. Neobhodno pa bi bilo zmanjšati število nemedicinskega kadra, ki v primerjavi z razvito Evropo izkazuje prevelik odstotek zaposlenosti glede na število zdravstvenega kadra.

5. Nosilci zdravstvene dejavnosti – zdravniki bi morali sklepati delovno razmerje za določen čas (štiri ali pet let) in ga nato obnavljati. Šele po petdesetem letu starosti bi lahko sklepali delovna razmerja za nedoločen čas.

6. Privatizacija se v slovenskem zdravstvu sploh še ni pričela. Imam pa že kar nekaj zahtevkov, zlasti na področju lekarniške dejavnosti, ko bi bili zaposleni in drugi vlagatelji pripravljeni v celoti privatizirati to dejavnost. Seveda je treba razmišljati tudi o ostalem zdravstvu, vendar se moramo tega lotiti zelo previdno, da ne bi podirali tistega, kar je dobro (zdravstvena domskost, organizacija bolnišnic) in ne bi napravili večje škode kot koristi.

7. Zelo jasno bi bilo treba opredeliti, koliko bolnišnišč potrebuje Slovenija. Trenutno jih je 26 in glede na število prebivalcev je nujna resna racionalizacija tudi v tem pogledu. Zato bi Ministrstvo za zdravstvo moralo imeti možnost (tudi zakonsko), da predpiše vsebino in obseg posameznih dejavnosti v zdravstvenih zavodih. Da bi se v bolnišnici lahko vzpostavila nova dejavnost ali kakšna opustila, bi moralo biti izključno v pristojnosti Ministrstva za zdravstvo. S tem bi tudi zelo jasno opredelili stopenjsko diagnostiko in terapijo, ki bi jo bilo treba uveljaviti na vseh treh ravneh – primarni, sekundarni in terciarni.

8. Zelo pomembno je vpeljati stroškovno zavest pri vseh nosilcih zdravstvene dejavnosti, predvsem pa izobraziti kader za zdravstveni menedžment. Zahteve gospodarnega poslovanja so vse ostrejšje, zato mora biti kader, ki upravlja z velikimi finančnimi sredstvi (bolnišnice, inštituti, javni zavod), skrbno izbran in ne more biti vodenje take institucije le hobi ali nekaj, kar se lahko opravlja poleg svojega poklica. Menim, da bi bilo

nujno celotni menedžment javnih zavodov zaposliti neposredno pri ustanovitelju – pri Ministrstvu za zdravstvo.

9. S tem v zvezi bi bilo nujno razmisliti, ali ne bi bilo bolj smiselno, da se tudi ustanoviteljske pravice zdravstvenih domov prenesejo na Ministrstvo za zdravstvo in ne na občino, kot je to sedaj. Danes doživljamo, da je ob kopici novih občin tudi kopica zahtevkov po novih zdravstvenih postajah ali celo zdravstvenih domovih, kar pa seveda podira celotni sistem zdravstvenega varstva, ki je trenutno v veljavi.

10. Sistem financiranja je treba dograjevati. Upoštevati mora vse posebnosti posameznih področij. Osvojiti moramo koncept, da denar sledi bolniku, kar pomeni, da ga bo dobil tisti, ki bo bolnika zdravil in ne regija, iz katere je bolnik. Na ta način bi tudi opravili plačevanje po BOD, kar se je v zadnjih dveh letih že pričelo spreminjati.

11. Nujno je določiti odstotek bruto domačega proizvoda (BDP), ki naj bi ga državljani namenjali za zdravstvo. Ta bi se moral stabilizirati med 7 in 7,3%. Prispevne stopnje za zdravstvo ne bi smeli spreminjati vsaj pet do šest let, ker je sicer način spreminjanja stopenj destimulativen in ne vodi in ne sili zdravstvenih institucij v racionalizacijo. Zakaj? Čim ugotovimo, da ima zdravstvo določene presežke, že se pojavijo razprave o zniževanju prispevne stopnje in tako prihranjenega denarja ni možno vlagati v opremo, kadre, predvsem pa v izobraževanje. Prav zato bi morali vpeljati tak sistem, ki bi zdravstvene institucije in zasebnike primoral v čim večjo racionalizacijo na račun dviga kakovosti zdravstvenih storitev.

12. Zdravstvo je treba povsem depolitizirati, da se ne bi ob vsakem dogodku v zdravstvu takoj aktiviralo politične dejavnike od občin do parlamenta. Nesprejemljivo je, da se s popolnoma strokovnimi vprašanji (kot je priprava strokovnih zakonov) angažira civilno družbo in politične dejavnike in vsak od njih uveljavlja svoje poglede. V večini primerov pa gre za visoko strokovna vprašanja, o katerih bi morala odločati izključno stroka.

To je le nekaj pogledov, za katere sem prepričan, da bi se ob njihovi uresničitvi sama organiziranost pa tudi raven zdravstvenega varstva v Sloveniji še bolj dvignila in nas postavila na prva mesta v Evropi. Upam, da bomo zmogli toliko samokritike in spoštovanja drug do drugega, da se bomo s temi vprašanji v prihodnje tudi resno ukvarjali.

136. LETNA SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA JAVNO IN ZASEBNO V ZDRAVSTVU

USMERITVE RAZVOJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V DRŽAVAH KANDIDATKAH ZA PRIDRUŽITEV V EVROPSKO UNIJO GLEDE NA DIREKTIVE EU (SLOVENIJA)

Zoran M. Arnež

Zdravstveni svet, Ministrstvo za zdravstvo RS, Štefanova 5, 1000 Ljubljana

Evropska unija (EU) je 18. 5. 1999 izdelala in objavila delovno gradivo z naslovom »O zdravju in širitvi« z namenom pokazati na težave, povezane z zdravstvom in z vključevanjem v EU, dvigniti vzajemno skrb med članicami EU in deželami kandidatki ter pomagati določiti potrebne ukrepe pred in med prenosom ter implementacijo »Državnega programa za prevzem pravnega reda Evropske unije« (*Acquis communautaire*) glede bodoče širitve EU.

Gradivo uvodoma ugotavlja, da je raven zdravstva v večini dežel kandidatk kljub izboljšanju v zadnjem času nižja kot v EU, ob tem pa naraščajo tudi nekatere nevarnosti zdravju (dejavniki tveganja).

Statistično najbolj zanesljivi kazalniki zdravja (pričakovana življenjska doba in umrljivost novorojenčkov) kažejo, da večina držav kandidatk zaostaja za EU. Umrljivost dojenčkov je prav tako višja kot v Evropski uniji, čeprav se razlike manjšajo.

Višja incidenca nekaterih kroničnih bolezni je povezana s povečano prevalenco dejavnikov tveganja, kot so kajenje, neuravnotežene prehrabne navade, način življenja in onesnaževanje okolja. Narašča tudi zloraba dovoljenih in nedovoljenih drog.

Denarni viri za zdravstvo so pičli, saj države kandidatke zdravstvu namenjajo povprečno 4,5% BDP, države članice Evropske unije pa 8,5% BDP. K temu je treba prišteti še zmanjševanje BDP v državah kandidatkah ter večjo pozornost drugim prioritetam v fazi tranzicije v teh državah, kar dodatno zmanjšuje količino denarja za zdravstveno varstvo in zdravje.

V državah kandidatkah napredujejo reforme zdravstvenega varstva s pomočjo cele vrste programov sodelovanja s strani EU, mednarodnih organizacij držav članic in tretjih držav. Nekateri od programov skupnosti so odprti državam kandidatkam, ki v njih že sodelujejo.

Nujno se je zavedati prioritete zdravstvene politike v posamezni državi kandidatki in v EU. Skrbeti je treba za definiranje in implementiranje strategij priključevanja na področju zdravstva. Pri tem je treba izkoristiti tudi znanje in izkušnje, ki so si jih nabrale države kandidatke v preteklih nekaj letih, in jih razširiti znotraj skupnosti.

Posebno pozornost je treba med vključevanjem nameniti naslednjim ključnim problemom zdravstva:

1. pomanjkanju jasne sodobne zdravstvene politike, ki se bo sposobna upreti nevarnostim, ki čakajo zdravstveni sistem ter relativno nizki stopnji pomembnosti, ki jo vlade namenja-jo temu sektorju;

2. povečanju števila prenosljivih bolezni ter zmanjšanju precepljenosti;

3. povečanju uporabe drog;

4. potrebi po boljši organizaciji urgentne medicine;

5. nizkemu socialnemu in ekonomskemu statusu zaposlenih v zdravstvu, ki ima za posledico večjo migracijo, kar lahko sproži onesposablajoč odhod ali pa nenadzorovan priliv strokovnjakov;

6. relativnemu pomanjkanju ustreznega in dovolj velikega sodelovanja civilne družbe pri zadevah, ki se tičejo zdravja, ter majhnemu številu takih ustanov in združenj;

7. trajnemu negativnemu učinku neustreznega okolja na zdravje.

Da bi zagotovili ustrezne pogoje, ki omogočajo gladek prehod v razširjeno EU, morajo države kandidatke razmisliti o naslednjih možnih ukrepih:

1. opogumljati države kandidatke k sodelovanju pri vseh programih javnega zdravstva;

2. ugotoviti stanje in spodbujati izboljšanje znanja v ustanovah, povezanih z nadzorom prenosljivih bolezni, ter opogumljati zgodnjo vključevanje v osnovno mrežo za spremljanje in nadzor bolezni;

3. organizirati redna srečanja o posameznih vprašanih priključitve na področju zdravstva med državami članicami in posameznimi državami kandidatkami, ki naj ugotovijo prioritete pri sodelovanju in zagotovijo izmenjavo informacij o ugotavljanju prioritet, povezanih z dodeljevanjem sredstev in investicijami;

4. pospeševati udeležbo ekspertov iz držav kandidatk v ekspertnih skupinah EU;

5. pospeševati čezmejno sodelovanje;

6. pričeti z raziskavami problemov, povezanih z vključevanjem, ter izmenjavati izkušnje pri uporabi informacijskih sistemov in tehnologije na področju zdravstva;

7. podpirati udeležbo ekspertov iz držav kandidatk v programih zdravstva in zdravstvenega varstva predvsem na področjih zagotavljanja boljše kakovosti življenja ter ustvarjanja informacijske družbe;

8. pospeševati sodelovanje z nevladnimi organizacijami v državah članicah in državah kandidatkah na področju zdravstva.

Slovenija je dejavna na vseh omenjenih področjih in upošteva ter udejanja našeta priporočila. EU Slovenijo večkrat omeni kot državo, ki je najbližje ravni zdravstvenega varstva v dr-

žvah članicah in nekatere članice na številnih področjih celo presega. Seveda to ne more biti razlog za preveliko zadovoljstvo, saj pozoren opazovalec hitro zazna področja, kjer zaostajamo ali zaostanke prepočasi odpravljamo. Poglejmo, kakšno je stanje na področju sedmih priporočil državam kandidatkam v Sloveniji in kaj načrtujemo v procesu priključevanja.

1. Pomanjkanje jasne sodobne zdravstvene politike, ki se bo sposobna upreti nevarnostim, ki čakajo zdravstveni sistem, ter relativno nizki stopnji pomembnosti, ki jo vlade namenja temu sektorju

Na tem področju Slovenija zaostaja. Temeljni strateški dokument zdravstvene politike »Zdravje za vse do leta 2000« je iz različnih razlogov nastajal skoraj osem let, a do danes še ni bil sprejet v Državnem zboru. Zaradi zamude dokument v prvotnem besedilu po mnenju stroke ni več sodoben in ne nudi ustreznih rešitev za zdravstvo v prvem desetletju tretjega tisočletja. Zato je pripravljen za drugo obravnavo v Državnem zboru posodobljen strateški dokument »Zdravje za vse do leta 2004«, ki prinaša ustrežnejše rešitve za to obdobje, upošteva naloge, ki jih more na področju zdravstva Slovenija opraviti med procesom vključevanja v EU. Do leta 2003 bo Slovenija pripravila novo zdravstveno zakonodajo in dokumentom Svetovne zdravstvene organizacije (WHO): »Zdravje za vse v 21. stoletju« ter jo uskladila z EU ter v skladu z novo zakonodajo pripravila nov, dolgoročen strateški dokument razvoja zdravstvene politike.

Največja grožnja vsakemu zdravstvenemu sistemu je prenehanje stabilnega zagotavljanja sredstev, namenjenih zdravstvu (oziroma ZZSZ za obvezno zavarovanje državljanov) iz državnega proračuna. Evropska unija opozarja, da države članice namenja v povprečju za zdravstvo 8,5% BDP, medtem ko države, ki se včlanjujejo, v povprečju komaj 4,5% BDP. Slovenija ima za sedaj zagotovljeno stabilno financiranje zdravstva in zdravstvenega varstva, vendar obstajajo tendence, ki so podobne tendencam v drugih tranzicijskih državah k postopnemu zniževanju odstotka BDP proti 6% BDP. V dokumentu »Zdravje za vse do leta 2004« predlaga predlagatelj sedanjih 7,5% BDP tudi vnaprej, v primeru potenciranja sedanjih trendov (staranje prebivalstva, dražnje zdravljenja, naraščanje kroničnih nenalezljivih bolezni in travmatizma) pa ne izključuje morebitnega povečanja. Samo na ta način bo Slovenija lahko ostala socialna država.

2. Povečanje števila prenosljivih bolezni ter zmanjšanje precepljenosti

V Sloveniji se še naprej vztrajno zmanjšuje število prenosljivih bolezni, tako da glede tega naša država ni problematična. V zadnjem času pa je tudi pri nas problem zmanjševanje precepljenosti in v nekaterih primerih tudi izogibanje cepljenju.

3. Povečanje uporabe drog

Čeprav tudi v Sloveniji opažamo povečanje uporabe tako mehkih kot trdih drog in spremljajoče zdravstvene in socialne problematike, vključno s prenosljivimi boleznimi, ta porast ni tako zaskrbljujoč, kot je v drugih tranzicijskih državah in državah EU. Da bi se izognili akutizaciji tega problema, bo treba predvsem okrepiti medresorsko sodelovanje pod vodstvom Sveta za zdravje, ki bo utemljilo celostni pristop k reševanju tega predvsem socialnega in v manjši meri zdravstvenega vprašanja.

4. Potreba po boljših ustanovah urgentne medicine

V Sloveniji vsi državljani trenutno nimajo enake dostopnosti do storitev urgentne medicine. Opazne so tudi prevelike razlike v kakovosti storitev in celo v doktrinah zdravljenja.

Z boljšo cestno mrežo se razlike v dostopnosti manjšajo. Ko bo zgrajen cestni križ, načrtujemo nacionalno mrežo sodobno opremljenih in usposobljenih urgentnih centrov, kjer bo na enem mestu združena urgenca vseh operativnih in neoperativnih strok in ki bodo dosegljivi v kratkem časovnem obdobju. V takih centrih bi neprekinjeno delali najboljši strokovnjaki iz vseh slovenskih bolnišnic z najsodobnejšimi aparati po enotnih doktrinah. Ta koncept je sodobnejši in cenejši kot sedanji, ki razpršuje sredstva in kadre in ima zaradi tega manjši učinek.

5. Nizek socialni in ekonomski status zaposlenih v zdravstvu, ki ima za posledico večjo migracijo, kar lahko sproži onesposabljač odhod strokovnjakov ali pa nenadzorovan priliv

Kljub temu da so se osebni dohodki zdravstvenih delavcev v zadnjem letu izboljšali, še vedno obstaja, podobno kot v prejšnjem sistemu, glavno merilo pavšalno enačenje vseh (različnih) del in opravil, kar pomeni, da zdravstveni delavci dobivajo enako plačilo za različno delo. Slediti bi morali enakemu temeljnemu načelu kot povsod drugod v svetu: »samo bolnik prinaša denar« in »denar naj sledi bolniku«. To pomeni, da bo nujna diferenciacija glede osebnih dohodkov znotraj vrst zdravstvenih delavcev (zdravnikov in medicinskih sester), ki bo temeljila predvsem na količini in kakovosti opravljenega dela in različnem osnovnem vrednotenju različnih strok. Samo to bo preprečilo migracije zdravstvenih delavcev iz zdravstvenih v druge poklice ter iz Slovenije v tujino in obenem nadomeščanje takšnih odhodov s kadri iz drugih, zdravstveno manj razvitih, predvsem tranzicijskih držav z vsemi škodljivimi posledicami.

6. Relativno pomanjkanje ustreznega in dovolj velikega sodelovanja civilne družbe pri zadevah, ki se tičejo zdravja, ter majhno število takih ustanov in združenj

V novo zdravstveno zakonodajo, ki bo nastala do leta 2002, bo treba vnesti na vseh ravneh kontrolo in sodelovanje tako imenovane civilne družbe, ki bo garant transparentnosti zdravstvenega sistema ter javnosti dela v njem. Tak nadzor bo izboljšal kakovost opravljenih zdravstvenih storitev in bolje varoval bolnika.

7. Trajni negativni učinek neustreznega okolja na zdravje

Tudi v Sloveniji se vse bolj srečujemo s posledicami neustreznega (onesnaženega) okolja in njegovim neugodnim vplivom na zdravje. Tudi ob tej priložnosti je treba poudariti pomembnost pojmovanja zdravja kot splošne dobrine, ki jo varujemo in izboljšujemo z ukrepi v številnih resorjih, ki neposredno nimajo povezave z zdravstvom (kmetijstvo, industrija, okolje in prostor, promet in zveze, šolstvo, delo in sociala). To bo mogoče samo, če bo zaživel Svet za zdravje v vseh funkcijah, ki jih načrtujemo v strateškem dokumentu »Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – Zdravje za vse do leta 2004« in ob uresničevanju nacionalnega programa za zdravo življenjsko okolje.

Viri

1. Commission staff working paper on health and enlargement. Commission of the European Communities, Brussels, 18. 5. 1999.
2. »Health for all in the 21st century«. WHO – World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.
3. Nacionalni program zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji – »Zdravje za vse do leta 2004«. Ministrstvo za zdravstvo RS in Državni zbor RS (delovno gradivo).
4. Healthcare Europe, 4th quarter 1998, Healthcare Industry. The Economist Intelligence Unit, United Kingdom.

136. LETNA SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

JAVNO IN ZASEBNO V ZDRAVSTVU

ODNOSI MED ZASEBNIM IN JAVNIM – STANJE IN PERSPEKTIVE

Marko Bitenc

Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana

Ker si naslova prispevka nisem določil sam, želim na začetku pojasniti pravilno terminologijo organizacije zdravstva. Javno zdravstvo je praviloma tisto, ki se financira na javni način, to pomeni iz javno zbranih sredstev. V naši državi za zdravstvo to pomeni, da se financira prek Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Tako so pri nas izvajalci javne zdravstvene službe javni zdravstveni zavodi in zasebni zdravniški koncesionarji. Razlika med prvimi in drugimi je le način izvajanja dejavnosti, po vseh ostalih elementih in tudi glede na zdravstveno zakonodajo so enaki. Pravih zasebnih izvajalcev je v naši državi zanemarljivo malo. To so tisti zasebniki, ki zdravstveno dejavnost izvajajo brez koncesije in brez pogodbe z ZZZS in storitve prosto tržijo. V tem prispevku se bom posvetil odnosom med zasebnim in državnim (občinskim) delom javnega zdravstva.

Ko smo se zdravniki v prejšnji družbeni ureditvi in v prejšnji državi sprehajali po ulicah naših krajev, smo nekako z zavistjo opazovali lepe table na hišah, ki so označevale odvetniške pisarne. Odvetniški poklic je bil med intelektualnimi svetla izjema, kateremu so tudi v prejšnji družbeni ureditvi dopuščali opravljanje poklica na zaseben način. Po osamosvojitvi in spremembi družbene ureditve smo zdravniki nestrpnost pričakovali ponovno legalizacijo zasebne zdravniške prakse. To smo dočakali leta 1992 s sprejetjem novega Zakona o zdravstveni dejavnosti. Prvo leto se je za zasebno dejavnost odločilo le nekaj najpogumnejših kolegov, v naslednjih letih je število počasi naraščalo in danes na zasebni način svoj poklic opravlja 523 zdravnikov in 405 zobozdravnikov.

Zakon o zdravstveni dejavnosti je opredelil pogoje za zasebno zdravniško in zobozdravniško dejavnost. V praksi pa je ostajalo odprtih kar precej vprašanj. In prav ta pogojujejo odnose med zasebniki in javnimi zdravstvenimi zavodi.

Pravih razlogov za to, da bi se odnosi med zdravniki, ki delajo v mreži javne zdravstvene službe, zaradi uvedbe zasebne dejavnosti spremenili, ne vidim in prepričan sem, da jih ni.

Vsekakor lahko rečem, da je zasebna zdravniška dejavnost vzpostavila poslovno konkurenco med izvajalci javne zdravstvene službe. S tem ne mislim na konkurenco med zasebnimi in zaposlenimi zdravniki, temveč na konkurenco med zasebnimi zdravniki in zobozdravniki in javnimi zdravstvenimi zavodi.

Ob uvajanju zasebne zdravniške dejavnosti država vzporedno ni predvidela niti predlagala sistemskih rešitev, ki bi enotno in sistematično zagotavljale, da bi zasebnik-koncesionar zasebno dejavnost opravljal v zmogljivostih javnih zdravstvenih za-

vodov, v istih prostorih, kjer je opravljal zdravniško službo kot zaposleni zdravnik. Večina zasebnikov je tako kupovala ali najemala ambulate izven zmogljivosti javne zdravstvene službe. Zaradi tega se je določen del zdravstvene dejavnosti prenesel na nove lokacije.

Zlasti to in pa prenos vrednosti posameznih programov v nove zmogljivosti je pogojevalo odnose med izvajalci javne zdravstvene službe. Odnosi izvirajo iz organizacijskih, kadrovskih in finančnih dejavnikov. Probleme smo skušali reševati sproti in v zadovoljstvo vseh in lahko trdim, da jih je vsako leto manj. To kažejo tudi poslovni rezultati zdravstvenih zavodov osnovnega zdravstva in tudi zasebnikov za leto 1998, ki kažejo dobro poslovanje.

Glavne razloge za težave v odnosih skušam povzeti v naslednjih točkah:

1. Tehnološki viški v zdravstvenih zavodih po odhodu zdravnika v zasebnništvo.
2. Organizacija in financiranje dežurne službe, nujne medicinske pomoči in stalnega zdravstvenega varstva: vsak izvajalec javne zdravstvene službe se je dolžan vključevati v dežurno službo in svoji populaciji zagotavljati 24-urno zdravstveno varstvo. S preselitvijo zasebnika na novo lokacijo so se pojavili določeni organizacijski problemi, ki pa so vsekakor rešljivi. Do zapletov je prihajalo in čedalje manj pogosto prihaja v glavnem zaradi individualnih vzrokov.
3. Izkoriščenost prostorov: ob odhodu zdravnika v zasebnništvo ta prevzame tudi določen del programa, ovrednotenega po standardih Splošnega dogovora. Če odide zasebnik na drugo lokacijo, zavod od ZZZS ne more dobiti novega oz. nadomestnega programa, ki bi financiral izpraznjene prostore.
4. Izkoriščenost medicinske opreme: če zasebnik opravlja dejavnost na novi lokaciji in ne dobi konkurenčne ponudbe zavoda za opravljanje določenih preiskav (laboratorij), naroča te storitve drugje oziroma sam investira v novo medicinsko opremo.

Na srečo je zapletenih odnosov čedalje manj. Še manj pa jih bo, ko bomo z ustrezno podzakonsko regulativo zagotavljali, da bodo tudi zasebniki opravljali svojo dejavnost v glavnem v zmogljivostih javnih zdravstvenih zavodov in se tudi kot zasebniki bolj integrirano vključevali v določene dejavnosti v zavodih: dežurna služba na sekundarni in terciarni ravni, izvajanje določenih storitev za zavod, naročanje storitev v zavodih po konkurenčnih pogojih.

Numerus Cordis Numerus Vitae est

AMIOKORDIN®

AMIODARON
TABLETE PO 200 MG

Zdaj v Krki
z novim imenom

Nova, sodobna
sestava

Najučinkovitejši
antiaritmik za
preprečevanje in
zdravljenje nevarnih
aritmij

Izboljša preživetje
bolnikov po akutnem
miokardnem infarktu
in bolnikov s srčnim
popuščanjem, če
imajo prekatne
aritmije

Numerus Cordis Numerus Vitae est

Skrajšano navodilo

Indikacije

Nadprekatne in prekatne tahiaritmije, sindrom preekscitacije (Wolff-Parkinson-Whitov sindrom).

Kontraindikacije

Znana preobčutljivost za sestavine zdravila in za jod; sinusna bradikardija in sinoatrijski blok; bolezen sinusnega vozla in hude prevodne motnje (razen če ima bolnik srčni spodbujevalnik); sočasno zdravljenje z zdravili, ki lahko povzročijo polimorfno prekatno tahikardijo tipa torsade de pointes; bolezn

Odmerjanje in uporaba

Začetno zdravljenje: Običajni odmerek je 600 mg do 1000 mg na dan v enem odmerku ali razdeljeno na dva oz. tri odmerke.
Vzdrževalno zdravljenje: Običajno dajemo 100 mg do 400 mg na dan v enem odmerku ali dveh odmerkih. Možno je tudi zdravljenje z dvojnimi dnevnimi odmerkom vsak drugi dan ali s terapevtičnim odmerkom 5 dni v tednu.

Stranski učinki

Glavni stranski učinki so srčno-žilni (bradikardija, poslabšanje aritmije, srčno popuščanje), živčno-mišične in prebavne motnje, motnje v delovanju jeter in ščitnice, mikrodepoziti v roženici, obarvanost kože, pnevmonitis in pljučna fibroza.

Način izdajanja

Zdravilo izdajamo samo na zdravniški recept.
Oprema
Zloženka s 60 tabletami v pretisnem omotu. 9/99.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Krka, d. d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, www.krka.si

136. LETNA SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

JAVNO IN ZASEBNO V ZDRAVSTVU

ZASEBNO ZDRAVSTVO NA SEVERNEM PRIMORSKEM

Herbert Bernhardt,¹ Bojan Roš²

¹ Kardiološka ambulanta, Cankarjeva ul. 60, 5000 Nova Gorica

² Internistična - pulmološka ambulanta, Prešernova 6/a, 5220 Tolmin

Izveleček – Avtorja sta s pomočjo vprašalnika zbrala pomembnejše podatke o zasebnem zdravstvu na severnem Primorskem. Določene podatke sta dobila od Zdravniške zbornice in od ZZS

OE Nova Gorica. Prikazala sta delež zasebnih zdravnikov v celotnem zdravstvenem varstvu tega področja. Navedla sta probleme zasebnih zdravnikov in njihove želje in načrte.

Ko smo odprli vrata zasebnemu zdravstvu, se je večina ljudi s tem strinjala. Če zasebno zdravstvo normalno deluje v razvitih evropskih državah, bo tudi pri nas. To je sicer res, prenekateri pa je pozabil, da to zahteva:

- poznavanje delovanja zdravstvenih sistemov v teh državah;
- analitsko primerjavo teh sistemov z našim;
- ugotovitev bistvenih razlik;
- ovrednotenje razlik po strokovni, ekonomski, organizacijski in civilizacijski plati;
- izbiro rešitev, ki bi bile za nas najboljše.

Kdo je lahko to delo opravil pri nas? Vemo, da bi moralo biti nosilec in promotor tega dela Ministrstvo za zdravstvo. Kdo pa ga je dejansko opravil? Tisti, ki je imel za to področje zbranih največ uporabnih podatkov. To je bil ZZS. Začetek je bil pogumen, saj so nedvomno manjkale poglobljene analize, ki bi zagotavljale uspeh. Kljub neizkušeni smo se katastrofalnim napakam uspeli izogniti.

Da bi lahko prikazala razvoj in problematiko zasebnega zdravstva pri nas, to je na področju občin Ajdovščina, Nova Gorica in Tolmin, sva izdelala vprašalnik, ki je zajemal tri ravni:

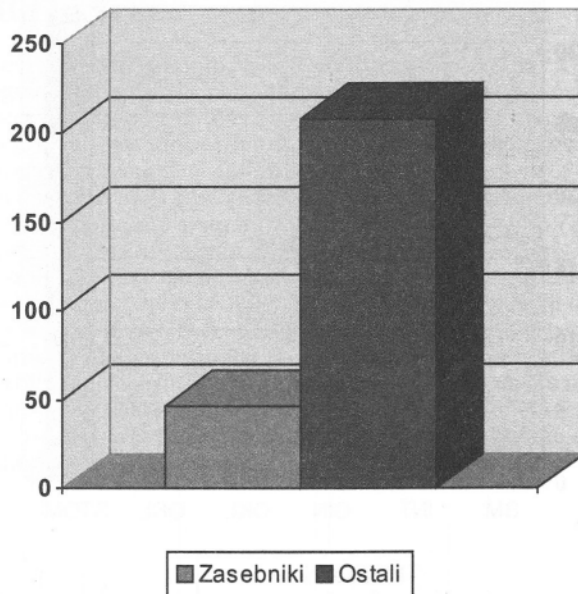
- prerez trenutnega stanja,
- težave v sistemu zasebnosti,
- cilje in želje zasebnih zdravnikov.

Prejete vprašalnike sva obdelala. Dodatne podatke sva dobila pri Zdravniški zbornici in ZZS OE Nova Gorica.

Prikaz sedanjega stanja

Ko so bili leta 1992 znani pogoji za zasebno zdravstveno dejavnost, so se pri nas zanjo odločili trije zdravniki: internist-pulmolog, ginekolog in splošna zdravnica. Ostali zdravniki so odšli v zasebno dejavnost po letu 1992. Sedanje stanje je naslednje: na severnem Primorskem dela v državnih zavodih 208 zdravnikov (zdravstveni domovi 114, bolnišnica 94), v zasebnem sektorju pa 46 zdravnikov. Od teh je 32 stomatologov (sl. 1).

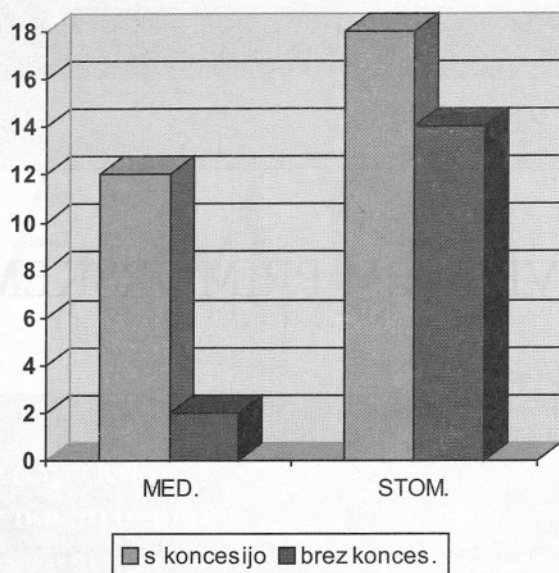
Velika večina zdravnikov je zaprosila in sklenila pogodbo z ZZS za določen del zdravstvenega programa. 30 zasebnih zdravnikov ima sklenjene pogodbe z zavarovalnico, 16 zasebnih zdravnikov pa ne. Stomatologi so v primerjavi z ostalimi zdravniki samostojnejši in se v večji meri odločajo za svobodno ponudbo svojih storitev na trgu kot ostali zdravniki (sl. 2).



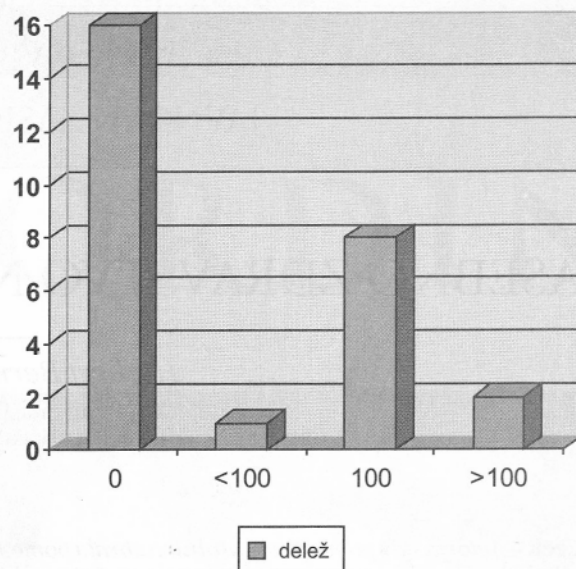
Sl. 1. Razmerje med zasebnimi in državnimi zdravniki.

Med zasebnimi zdravniki prevladujejo specialisti. Internistov je pet, ginekologi so trije, okulisti eden, otologi eden. Splošni zdravniki so trije. Med stomatologi pa so v večini primerov splošni stomatologi za odrasle, eden za mladino in dva specialisti (protetik, oralni kirurg) (sl. 3).

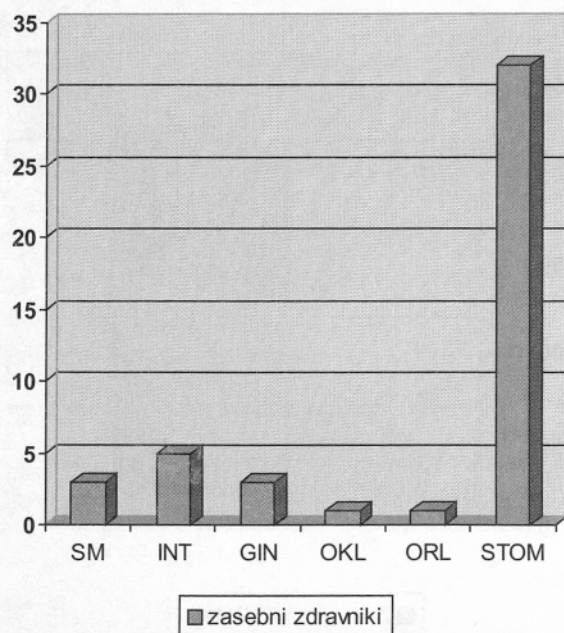
Določene razlike obstajajo med obsegom programov, ki jih posamezni koncesionarji sklenejo pogodbeno z ZZS. Če odštejemo 14 stomatologov, enega internista in enega splošnega zdravnika, ki nimajo pogodb z ZZS, ostane 11 ostalih zdravnikov, večina specialistov. Od teh ima eden manjši program od 100% (50%) in dva večji program od 100% (111% in 115%). Te razlike so posledica potreb, ki jih ZZS priznava (sl. 4). Če ocenimo participacijo zasebnikov v celotnem programu regije, je ZZS zasebnim stomatologom oddala 35% programa te dejavnosti, zasebnim specialistom (interna, ginekologija, okulistika, otorinolaringologija) 16% in zasebnikom splošne medicine 3,7%. Upoštevati je treba še ostale zasebne zdravnike.



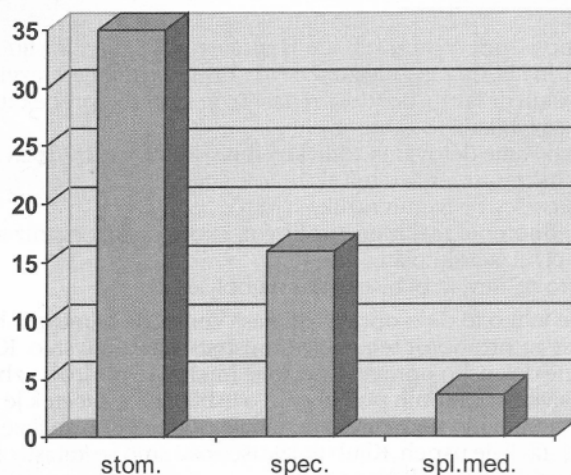
Sl. 2. Zasebniki in pogodba z ZZS.



Sl. 4. Plačani program ZZS.



Sl. 3. Zasebniki po specialnostih.



Sl. 5. Delež (%) celotnega programa, ki ga opravijo zdravniki za ZZS OE Nova Gorica.

ke, predvsem stomatologe, ki verjetno v svojih ambulantah realizirajo podoben delež, ki si ga bolniki sami financirajo (sl. 5). Kader, ki ga imajo zasebniki, večinoma ustreza priznanim normativom.

Opremo, ki omogoča zdravstveno dejavnost, je večina zdravnikov kupila s pomočjo posojil. V določeni meri so odkupili opremo, s katero so delali dotlej. Večina opreme je nove, kupljene po letu 1992, le majhen delež odkupljene uporabljane opreme ima letnico 1988. Posamezniki so se odločili tudi za delen najem opreme v zdravstvenih domovih.

Večina zasebnih zdravnikov, ki imajo sklenjene pogodbe z ZZS, je ostala v prostorih, ki so jih uporabljali poprej. Najemnine za prostore v javnih zavodih so ugodne, neprofitne, približno 13 DEM za m². Lastne poslovne prostore imajo v večji meri tisti zdravniki, ki nimajo sklenjene pogodbe z ZZS - 16 zdravnikov (14 stomatologov, en internist, en splošni zdravnik) in šest zdravnikov s pogodbo z ZZS.

Poslovno komuniciranje z ZZS je možno le z uporabo računalniške tehnologije. Večina jih ima zato po več računalnikov, le štirje uporabljajo mrežo in ustrezno izrabljajo baze. Strokovno medicinska dokumentacija je v manjši meri ustrezno spravljena na elektronskem mediju, ostali uporabljajo kartone in druge zapise na papirju. Trije imajo ustrezno varovane podatke na elektronskem mediju.

Težave v sistemu zasebne medicine

Pri prehodu v zasebno dejavnost je imel en zdravnik večje težave s pridobitvijo koncesije. Zavod je nasprotoval odhodu, Ministrstvo za zdravstvo je v začetku bolj upoštevalo zavodova stališča. Kasneje je na osnovi argumentov dalo soglasje za koncesijo tudi temu zdravniku. En zdravnik je imel manjše težave pri določitvi deleža koncesije. Ostali zdravniki pa s pridobitvijo koncesije niso imeli nobenih težav.

Dva zdravnika sta imela začetne težave v zavodu, kjer sta bila zaposlena, z najemom prostorov, v katerih sta ostala.

Štirje zdravniki so imeli, posamezni še imajo težave zaradi nekolonialnih postopkov zdravnikov, ki so zaposleni v državnih

ustanovah. Ne gre za večja in javna nasprotovanja, temveč za subtilno delovanje, ki si zasluži kritiko skozi prizmo »fair play«, kolegijskih odnosov, ki smo si jih obljubili s Hipokratovo prisego in zaveznanosti za nesebično oskrbo bolnikov. Če upoštevamo te kriterije, potem ni prav, da je napotni zdravnik nenadoma nehal pošiljati bolnike na preglede k zdravniku, ki je postal zasebnik. Ali pa je drugi zdravnik, z napisom na napotnici bolnika, ki si je izbral pred leti določenega specialista in želel k njemu na ponoven pregled, usmeril k drugemu specialistu v državnem zavodu. Z dvoumnimi pripombami so redki zdravniki pri posameznih bolnikih izzvali dvom o primerni opremljenosti zasebnega zdravnika. Nekateri bolniki so dobili vtis, da pregled pri zasebnem zdravniku ni zaželen. Posamezne bolnike je postalo strah, da ne bodo sprejeti na zdravljenje v bolnišnico, ko bo to potrebno, če se bodo zdravili pri zasebnem zdravniku. Redki posamezniki pa so potožili, da so bili deležni manjše pozornosti med zdravljenjem v bolnišnici, ker so se sicer zdravili pri zasebnem zdravniku.

Kljub temu pa je na splošno sodelovanje zasebnih in ostalih zdravnikov dobro. Sama delitev bolnikom ne prinaša škode, možne napake pri delu zdravnikov pa imajo povsem določljive vzroke.

Vsi zasebni zdravniki, ki so imeli tako imenovani nadzor – obisk zavarovalničnega pooblaščenega zdravnika, so bili z njim nezadovoljni. Nadzorni zdravnik je ugotavljal predvsem pravilnost uporabe tako imenovane »Zelene knjige«. Razumljivo je, da je ta nadzor zelo pomemben, saj se pogodba med ZZZS in zdravnikom zasebnikom sklepa na osnovi veljavnih normativov. Edini napisani in veljavni storitveni normativni dokument je »Zelena knjiga«. Vsi poznavalci vemo, kako je nastala in kako se uporablja. Gotovo ima veliko slabosti, najpomembnejša med njimi je njena starost – 17 let. Medicina je napravila v tem času pomemben razvoj. Uvedli smo nove diagnostične in terapevtske metode z novimi aparati. Zdravljenje in diagnostika sta postala zahtevnejša, pa tudi uspešnejša. Ob tem pa je ostal normativni dokument za oceno zdravnikovega dela neizpremenjen in seveda zastarel.

Do uvedbe zasebne prakse so morali Zeleno knjigo poznati predvsem vodstveni zdravniki, ostali pa le toliko, kot jih je to osebno zanimalo.

Zato je razumljivo, da je bilo opisano nepoznavanje velikokrat krivo za negativno oceno, ki jo je podal nadzornik in so ji sledile ustrezne sankcije. Nezadovoljstvo pa je vzbudilo tudi spreminjanje Zelene knjige, ki se ga je lotila ZZZS.

Navedemo lahko primer, ki se že štiri leta rešuje. Ob nadzoru v ambulantni zasebnega zdravnika je pooblaščen zdravnik ugotovil, da je opis določene storitve zastarel. Zdravnika je opozoril, da mora od tistega dne dalje obračunavati storitev skladno z novimi zaključki ZZZS. Z »modernizacijo« opis se je storitev pocenila za 42%. Do spremembe je prišlo pri storitvi, ki se je v zadnjih letih na tistem področju res najbolj spremenila. Tehnološko je postala zahtevnejša, za izvajanje so bili potrebni dražji aparati nove generacije, treba je bilo osvojiti nova znanja, uporabnost se je razširila na večje število bolnikov, postala je še bolj odločujoča v diagnostiki in terapiji bolnikov s srčnožilnimi obolenji.

Zasebni zdravniki, ki so to storitev opravljali, so bili mnenja, da se ZZZS s takim načinom loteva določanja meril strokovnega dela. Takih pooblastil pa zavarovalnica nima. Zato so skušali v stikih z odgovornimi ljudmi iz ZZZS problem rešiti na skupno sprejemljiv način. Dosegli so le to, da jih je ZZZS usmerila na formalno veljavno pot spreminjanja opisa in vrednosti storitev. Stroka naj izdela nov opis storitve, ki bo skladen z razvojem. Strokovni kolegij ustrezne stroke mora opis sprejeti, Republiški medicinski svet pa potrditi. Pooblaščen strokovna delovna skupina je opis pripravila, povsem pa je odpovedal strokovni kolegij, ki ga v treh letih ni imel časa obravnavati.

Cilji in želje

Večina zdravnikov, ki sklepa pogodbo z ZZZS, želi imeti jasne pogoje svojega dela za daljši čas. Zato predlagajo sklenitev pogodb za dobo petih let. Normativni del, to je »Zelena knjiga« je treba posodobiti in jo v zakonsko določenih intervalih obvezno prilagajati razvojnim spremembam.

Številni zdravniki bi želeli sodelovati pri edukaciji zdravnikov, vendar na primerno organiziran in ovrednoten način. Večina je pripravljena investirati v opremo in znanje.

Zato se tudi večina nagiba k stalnosti koncesije in njeni prenosljivosti na zdravnika, pri katerega izbiri in edukaciji naj bi sodeloval lastnik koncesije. Za uresničitev teh želja je potrebna sprememba zakonodaje. Pobudnika za spremembe bi morala biti zbornica in zdravniško društvo. Pri oblikovanju novih odnosov morajo sodelovati vsi, ki so s svojim delom dokazali, da so strokovno in organizacijsko kos izzivom sedanjosti in prihodnosti.

Vijte srcu moč in voljo!



STIMOKAL[®]

NIKORANDIL

V PRIPOROČENEM TERAPEVTSKEM ODMERKU
10–20 mg 2-KRAT NA DAN
NUDI 24-URNO ZAŠČITO
PREZ RAZVOJA TOLERANCE

NOVOST V ZDRAVLJENJU ANGINE PEKTORIS!

Skrajšano navodilo za predpisovanje

INDIKACIJE: stabilna, nestabilna in Prinzmetalova angina pectoris.
KONTRAINDIKACIJE: Znana preobčutljivost za nikorandil, nikotinamid ali nikotinsko kislino. Uporaba nikorandila je kontraindicirana pri bolnikih s kardiogenim šokom, levostransko prekatno insuficienco z majhnim polnitvenim tlakom in hipotenzijo. **PREVIDNOSTNI UKREPI IN OPOZORILO:** Uporabe nikorandila pri otrocih ne priporočamo. Uporabi nikorandila se izogibamo ali pa ga dajemo še posebej previdno bolnikom s hipovolemijo, hipotenzijo, akutnim ali pred kratkim prebolelim miokardnim infarktom ali akutnim pljučnim edemom. Nikorandil je treba previdno dajati bolnikom z možgansko krvavitvijo ali nedavno poškodbo glave. **Med nosečnostjo in dojenjem** se uporabi nikorandila izogibamo, razen če ni varnejšega alternativnega zdravila. Dokler ni potrjeno, da nikorandil ne vpliva na telesne in duševne sposobnosti, naj bolniki, zdravljeni z nikorandilom, ne vozijo ali upravljajo strojev. **MEDEBOJNA UČINKOVANJA Z DRUGIMI ZDRAVILI:** Doslej niso odkrili medsebojnega delovanja z drugimi zdravili. **ODMERJANJE IN UPORABA:** Pri odraslih je običajen **terapevtski odmerek 10 do 20 mg dvakrat na dan**. Največji odmerek je 30 mg dvakrat na dan. Z manjšimi začetnimi odmerki (5 mg dvakrat na dan) lahko zmanjšamo pogostost in hudost glavobola. **Odmerek pri starostnikih, bolnikih z zmanjšanim delovanjem ledvic in pri bolnikih z jetrno boleznijo ni treba zmanjšati.** Hrana pomembno zmanjša hitrost nikorandilove resorpcije, ne pa tudi njenega obsega. Klinični pomen tega ni znan. **STRANSKI UČINKI:** Najpogostejši neželeni učinek nikorandila je glavobol, ki je prehodni in se mu izognemo z začetnim zmanjšanjem odmerka (5 mg dvakrat na dan). Manj pogosto se pojavijo: ortostatska hipotenzija, palpitacije, utrujenost, tinitus, motnje spanja, navzeja, bruhanje, trebušne bolečine, neješčnost in driska. Dolgotrajno zdravljenje z nikorandilom ne povzroča pomembnih sprememb krvnega tlaka ali srčne frekvenca in ne vpliva na krčljivost srčne mišice. **PREVELIKO ODMERJANJE:** Znaki sistemske zastrupitve so periferna vazodilatacija, hipotenzija in refleksna tahikardija. Zdravljenje je simptomatsko. Zelo pomembno je nadomeščanje tekočin. Pri smrtno nevarnih primerih uporabimo vazopresorjne snovi. **IZDAJANJE ZDRAVILA:** Zdravilo se sme izdati samo na zdravniški recept. **OPREMA:** škatlice s 30 tabletami po 10 mg in škatlice s 30 tabletami po 20 mg. **IZDELUJE:** Lek d.d. Dovoljenje za promet z zdravilom je bilo izdano 2. 4. 1998.



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

Verovškova 57
1526 Ljubljana

Podrobnejše informacije o zdravilu dobite pri proizvajalcu.

Research article/Raziskovalni prispevek

MULTIMODAL COMPOUND ANALGESIA AFTER THE LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

SESTAVLJENA (MODULIRANA) ANALGEZIJA PO ENDOSKOPSKO ODSTRANJENEM ŽOLČNIKU

Marija Cesar-Komar,¹ Nado Vodopija,² Miha Zajec³

¹ Department of anaesthesiology and intensive medicine, General hospital in Slovenj Gradec, Gosposvetska 1, 2380 Slovenj Gradec

² Department of urology, General hospital in Slovenj Gradec, Gosposvetska 1, 2380 Slovenj Gradec

³ Department of surgery, General hospital in Slovenj Gradec, Gosposvetska 1, 2380 Slovenj Gradec

Arrived 1999-08-16, accepted 1999-09-01; ZDRAV VESTN 1999; 68: 549-54

Key words: infiltration of the cholecyst bedding; postoperative pain; multimodal analgesia; local anaesthetic; laparoscopic cholecystectomy

Ključne besede: infiltracija ležišča žolčnika; pooperativna bolečina; multimodalna analgezija; lokalni anestetik; laparoscopska holecistektomija

Abstract – Background. The pain after the cholecystectomy is multifactorial and as well somatic as visceral (1). The damage of tissues and cells is accompanied by released tissue pain mediators which sensitize or excite the nociceptors. The inflammation components also activate the cascading pain transmission and pain modulation. The pneumoperitoneum also causes many pain impulses. The intense and very long lasting excitation causes alterations within the central nervous system, because of the plasticity of the nervous system with peripheral and central (hypersensitisation) hyperalgesia.

The aim of our study is to achieve the multimodal, compound analgesia around (pre and postoperatively) the endoscopic cholecystectomy, with minimal side effects. It is a combination of infiltration of surgical ports with local anaesthetic for laparoscopic instruments before the surgery, and the infiltration of the bed of the cholecyst but after its removal by local anaesthetic (bupivacain) in a combination of continuous infusion of minimal doses of the medium strong opioid analgesic tramadol after the operation.

Izvleček – Izhodišča. Bolečina po odstranitvi žolčnika je somatska in visceralna. Poškodba tkiva in celic ima za posledico sproščanje bolečinskih mediatorjev, ki dražijo nociceptorje. Vnetna komponenta prav tako aktivira kaskadno bolečinsko dogajanje s prevajanjem in bolečinsko modulacijo. Intenzivno in zelo dolgo trajajoče draženje povzroča spremembe v centralnem živčnem sistemu, zaradi plastičnosti le-tega, kar ima za posledico periferno in centralno hipersenzitizacijo oz. hiperanalgezijo.

Cilj naše študije je doseči dobro analgezijo po laparoscopski odstranitvi žolčnika in sicer multimodalno in sestavljeno iz različnih postopkov in analgetikov, z minimalnimi stranskimi efekti. Sestavljena je iz kombinacije splošne anestezije, infiltracije kirurških ran za laparoscopske instrumente pred ustitvijo le-teh in infiltracije ležišča žolčnika po njegovi odstranitvi. Po operaciji se terapija bolečine nadaljuje s kontinuirano infuzijo minimalnih doz srednje močnega opiatnega analgetika tramadola.

Materials and methods. The study was accepted by the Republic Medical Ethic Commission. The study design has been randomized, prospective, double blind case-control, with the use of the local anaesthetic (0,125% bupivacain) or placebo (0,9% NaCl).

In this study patients for the elective endoscopic cholecystectomy were included, all from the surgical and urological department of the general hospital in Slovenj Gradec, in the period from April till December 1998. They were only female patients (because of the sex differences in the pain perception).

Before the operation the surgeon has infiltrated ports for endoscopic instruments with local anaesthetic, and after the removal of cholecyst also its bed. In the postoperative period the patients received also minimal doses of the medium potent opioid analgetic tramadol in continuous intravenous infusion in both groups. During the operation we have been taking notes of the size of the cholecyst bed and the duration of the operation. Already after the discharge from the hospital patients were classified into two groups, A and B, according to the

Material in metode. Študijo je odobrila Etična komisija Republike Slovenije. Zasnovana je bila randomizirano, prospektivno, dvojno slepo, primer – kontrola, z uporabo lokalnega anestetika (0,125% bupivacain) ali placeba (0,9% NaCl).

V študijo so bile vključene bolnice, predvidene za programsko – elektivno odstranitev žolčnika na urološkem in kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Slovenj Gradec, v obdobju od aprila do decembra 1998. Zaradi razlik v občutenju in interpretiranju bolečin, med moškimi in ženskami, smo se odločili samo za ženske bolnice.

Po indukciji v splošno anestezijo, preden so pričeli z operacijo, je kirurg infiltriral predvidene vstopne rane za endoskopske instrumente z lokalnim anestetikom, po odstranitvi žolčnika je infiltriral skozi trebušno steno, tudi ležišče le-tega. V pooperativnem obdobju so bolniki dobivali minimalne doze srednje močnega opiatnega analgetika tramadola v kontinuirani i.v. infuziji v obeh skupinah. Med operacijo smo izmerili velikost ležišča žolčnika in zabeležili dolžino operacije. Po odpustu bolnic iz bolnišnice smo šele formirali skupini A in B, glede na infiltrirano substanco; v skupini A so bile bolnice, ki

infiltrated substance; in the group A local anaesthetic was infiltrated and in the group B placebo was used. Each group consisted of 15 patients of comparable weight, age and physical status. According to the VAS values the patients were given extra tramadol or piritramid. The success of this pain therapy was evaluated with the visual analogous scale (VAS) and with systemical, clinical indicators of pain, saturation, blood pressure and pulse, and the total amount of consumed analgetics in the postoperative period.

The data were processed with SPSS computer program. As statistically significant we took the values with $p < 0,05$.

Results. The obtained results have shown statistically lower values of VAS in the group A. Especially great differences were stated at the first measurement in the recovery room, all further measured values were significantly lower too. Neither weight, age nor duration of the operation and the size of the cholecyst bed, have had any influence on these values in the group A. In the group B the pain was greater in the beginning, especially connected with longer operations and bigger sizes of the cholecyst bedding. Throughout further treatment the pain feelings diminished in the group B accompanied with constant medical therapy.

The consumption of the whole amount of analgesics on the day of the operation, the first and the second postoperative day was significantly higher within the group B. At the dismissal from the hospital all the patients from the group A were very satisfied with the postoperative pain therapy, on the contrary to the patients from the group B. Also the appearance of side effects was greater in the placebo group than in the study group, what is connected with the dose of analgetics.

Conclusion. The results of our study have estimated that the local anaesthetic infiltrated into the wound before the operation has lowered and the infiltration of the bedding of the surgically removed cholecyst after the operation, shortened the pain existence in the spine and in the higher centres of the central nervous system. Obviously the analgesic method consisting of the preemptive and after the operation continuing pain therapy lowers the postoperative pain and its duration to a great extent.

Our research method of multimodal postoperative analgesia assures an efficient analgesia, doesn't represent extra risks for the patients, increases their satisfaction and lowers the used quantity and the side effects of the opiate analgetics a great deal.

Introduction

Analgesia is the state when we deliver analgesics to assure a painless state, after operations or trauma. The standardized manner is the delivery of analgesics, but there exist many other physical and psychological methods, too.

In our study we compounded two different analgetic methods after endoscopic cholecystectomy, for effective pain treatment.

Postoperative pain (PP) is the pain which always occurs after operations (OP), because of surgical traumatization of the tissues. PP is expected acute, intensive and in most cases disappears after the wound healing (2).

Dependant upon the kind of surgery and the tissues which are involved in the OP, as well as the manner of operating the pain after the OP is more or less intense (3).

smo jim infiltrirali lokalni anestetik in v skupini B so bile boljnice, ki jim je bil infiltriran placebo. V vsaki skupini je bilo po 15 bolnic, ki so bile primerljive po teži, starosti in fizikalnem statusu. Glede na vrednosti VAS smo bolnicam dodajali dodatni analgetik (tramadol oz. piritramid) po dogovoru. Učinkovitost naše bolečinske terapije smo ocenjevali z vizualno analogno skalo (VAS) in s spremljanjem sistemskih kliničnih znakov bolečinskega dogajanja – periferno saturacijo Hb s kisikom, krvni pritisk in srčni utrip in seveda tudi s količino porabljenih analgetikov v pooperativnem obdobju.

Rezultate smo statistično obdelali z računalniškim programom SPSS, izračunali srednje vrednosti numeričnih spremenljivk, uporabili Student T test za dva neodvisna vzorca. Opravili smo korelacijo po Spermanu in Pearsonu za ugotavljanje povezanosti velikosti ležišča in dolžine operacije z jakostjo bolečine. Kot statistično signifikantno smo vzeli vse vrednosti, ki so bile $p < 0,05$.

Rezultati. Pričujoči rezultati so pokazali statistično signifikantno nižje vrednosti VAS v skupini A. Največja je bila razlika pri prvem merjenju bolečine v zbujevalnici, vendar so tudi vse naslednje vrednosti kazale nižje vrednosti, kot v skupini B. Niti teža, starost, dolžina operiranja ali velikost ležišča žolčnika niso vplivale na te vrednosti v skupini A. V skupini B je bila bolečina največja na začetku, povezana z večjimi površinami ležišča žolčnika in z daljšim trajanjem operacije. Po dodatnih analgetikih, glede na vrednosti VAS, se je tudi bolečina v skupini B, znižala. Poraba celotne količine analgetikov na dan operacije, prvi in drugi pooperativni dan, je bila signifikantno višja v skupini B. Po odpustu bolnic iz bolnišnice so bile bolnice iz skupine A veliko bolj zadovoljne z zdravljenjem pooperativne bolečine, kar je bilo v nasprotju z bolnicami iz skupine B. Tudi pojav stranskih učinkov je bil večji v placebo skupini kot v preiskovani skupini, kar je seveda povezano z večjimi odmerki analgetikov.

Zaključek. Rezultati naše študije so potrdili, da je infiltrirani lokalni anestetik v rane pred ustavitvijo endoskopskih aparatov znižalo, infiltracija ležišča žolčnika po kirurški odstranitvi le tega, po operaciji, pa skrajšalo bolečinsko dogajanje na samem mestu operiranja, v meduli spinalis in v višjih centrih centralnega živčnega sistema. Potrdili smo, da je analgetična metoda, ki se sestoji iz infiltracije pred operacijo, med operacijo in nadaljevana z analgetiki po operaciji, zelo učinkovita in da zmanjša bolečinsko dogajanje v veliki meri. Naša preiskovana metoda multimodalne pooperativne analgezije zagotavlja učinkovito analgezijo po endoskopski odstranitvi žolčnika, ne predstavlja dodatnih tveganj za bolnike, povečuje pa njihovo zadovoljstvo, znižuje celotno količino porabljenih analgetikov in s tem povezanih stranskih učinkov.

Like any other pain, PP is very individual, sensitive and a psychological experience, the consequence of the tissues damage depending on previous experiences and rational comprehension (4). Because of great individual variations PP is very difficult to define also for clinical treating (5).

Receptors for pain at the periphery are called nociceptors, which are activated by mechanical thermal or chemical impulses. Pain impulses are conducted via A delta myelinated (thermal and chemical), and C nonmyelinated (polimodal – strong mechanical, thermal, chemical and cold impulses) afferents (5, 6).

PP is nociceptor's pain, somatic as well as visceral (7). With surgical trauma many tissues mediators are released from the tissues and by binding to nociceptors cascading mechanisms begin to conduct pain impulses and modulate them within the central nervous system (CNS) and this leads to the consciousness of pain (8–10).

Responses of the organism are vegetative and neurohumoral. We can observe this in patient's physiological mechanisms which can at a definite stage turn to pathological ones. To prevent pathological mechanisms and the formation of a chronic pain stage, the PP must be cured efficiently (11, 12). The effective therapy of PP is very important in the early post operative period. If so it influences on a good operative outcome and shortens the time of hospitalisation (13, 14).

Somatic pain

OP represents a mechanical and chemical impuls for the patient. Wounded cells release some substances that irritate nociceptors: potassium, prostaglandines, leucotriens, serotonin, bradycinin, ... When they are bound to the nociceptors the electrical potencial changes. The formed action potencial (AP) in the afferent part of the nerv is conducted to the spinal cord and to the upper centers of CNS, there it is modulated and conducted to the somatosensory cortex of the brain (15).

Visceral pain

When visceral organs are operated » sleeping« or »silent« visceral nociceptors, being inactive in normal conditions are excited (16). These nociceptors are responsible for abnormal spinal reflexes and for the appearance of the chronic pain. They have a very high threshold, but a long term excitation with very intense impulses can lower this threshold (17). In the spinal cord a convergence of somatic and visceral impulses happens and this is then the cause for referred pain (18, 19).

Materials and methods

Our study was approved by the Professional Commission for Medical Ethics of the Republic of Slovenia (Number 10/2/1998). The study design is randomized, double blind, case - control with the use of placebo.

Patients

In our study we took female patients for elective endoscopic cholecystectomy in the period from 21. 4. 1998 till 1. 12. 1998. The operations took place at the surgical and urological ward of General hospital in Slovenj Gradec. Because of the differences in the feeling of pain between the sexes, we chose women (20, 21). Patients admittance to the hospital was randomized, as well as the attendance of the anaesthesiologist in the operating room. The operations were made by two different surgeons, who were both well experience in operating technics and of comparable skills.

The groups of patients were formed after the discharge from the hospital when it was already known what substance was infiltrated in the patient. In the group A there were patients with the local anaesthetic (0,125% bupivacain) - the study group, in the group B there were patients with placebo (0,9% NaCl) - the control group.

On the day before the operation all the patients were preanaesthesiologically examined. We took good history dates about previous illnesses and possible allergic reactions. From the laboratory examinations we have got hemogram, blood group, urea creatinine and thyreologic hormones according to the anamnestic dates. All the patient have also had a ECG record. We explained them all about the PP and the manner of measuring it with visual analogue scale (VAS) and with the manner of the therapy of PP in our case.

The patients were asked to participate in the study and if so they signed the informed agreement.

Anaesthesia and operation

Premedication at the ward with 15 mg tablets of dormicum 30 minutes before the OP.

Anaesthesia was induced with barbiturate - Nesdonal in the dosage of 2-4 mg/kgpf body weight, and nondepolarisation muscle relaxant Tracrium 25-30 mg, intubation and ventilation with O₂:N₂O=1:1. Anaesthesia was maintained with Sevoflurane from 1.5-2.5%. During anaesthesia ECG, peripheral saturation of hemoglobin with O₂, automatical measurement of blood pressure and concentration of Sevoflurane in the inspired and expired part were monitored.

At the beginning of the procedure, the surgeon infiltrated the ports for endoscopic instruments with local anaesthetic (LA) or placebo. When the preparation of the cholecyst began every patient got 100 mg tramadol and antiemetic intravenously. After the removal of the cholecyst the surgeon installed a needle through the abdominal wall and through direct vision he infiltrated the bed of the cholecyst by 25 ml of the same fluid as he did before with the ports - namely LA or placebo.

Postoperative treatment

The patients were removed into PARR (Post Anaesthesia Recovery Room), with minimal iv. continous infusion of tramadol. According to the values of VAS the patients got additional analgetic - VAS 0-3; nothing, VAS 4-6; 50 mg tramadol, VAS 7-10; 15 mg piritramid.

During this period oxygen saturation, blood pressure, pulse rate, frequency of respiration were measured. All these dates were noticed on the protocol.

Solutions for the infiltration were prepared in the hospital pharmacy; the bottles were at random filled with LA (0,125% bupivacain), or placebo (0,9% NaCl). The bottles were documented with numbers, and these were deposited in the pharmacy. It was only at the discharge from the hospital, when we came to know what the patient had received - LA or placebo.

At the discharge the patients were asked to describe their experiences, and their satisfaction with the pain therapy after the OP. They could choose the following marks - excellent good or bad.

Statistics

All data were statistically analysed and computerized with the SPSS program. The average values with standard deviation of numerical statistics were compared with Student T test for two independent groups. For significance we took the values with $p < 0,05$.

Pearson's and Spearman's correlation tests were used to estimate correlation with pain (VAS), and duration of the OP and the size of cholecyst bed. Both correlations we made for the group B.

Purpose of the study

Intention of the study was to get answers on these two questions:

- 1) Is it possible to achieve good postoperative analgesia with the combination of infiltration by local anaesthetic and minimal doses of medium strong opioid analgesic (tramadol) in continous intravenous infusion after laparoscopic cholecystectomy?
- 2) Is it the pain occurrence at the place of the operation and in the central nerve system lowered by the infiltration of the bed of the operated cholecyst?

Results

The characteristics of patients and previous OP are shown on the table 1.

Tab. 1. Patient's characteristics.

Tab. 1. Bolnikove karakteristike.

	Group / Skupina	
	A	B
Number of patients (n)	15	15
Število bolnikov (n)		
Body weight (kg)	79 ± 20	73 ± 10
Telesna masa (kg)	(54-113)	(56-90)
Age (years)	44 ± 14	45 ± 8
Starost (leta)	(26-66)	(35-59)
Previous operations	5	5
Prejšnje operacije		

We can see that the body weight, age and previous OP were statistically comparable within both groups. ASA of the patients were comparable in both groups (I-III). The duration of the OP and the size of the cholecyst bed are shown in the table 2, and are statistically comparable.

Tab. 2. Data about operation.

Tab. 2. Podatki o operaciji.

	Group / Skupina	
	A	B
Duration of operation (min)	31 ± 6	30 ± 6
trajanje operacije (min)	(20-40)	(25-50)
Size of the bed of cholecyst (cm ²)	17 ± 4	19 ± 6
Velikost žolčnika (cm ²)	(7-27)	(8-33)

Measured values : saturation of hemoglobin with oxygen in peripheral blood at the admittance to and discharge from the PARR are seen on the table 3.

Tab. 3. Saturation of hemoglobin at the admittance and at discharge from the PARR.

Tab. 3. Zasičenost hemoglobina s kisikom ob sprejemu in ob odpustu iz sobe za prebujanje po anesteziji.

Group of patients Skupina bolnikov	Admittance Sprejem	Discharge Odpust	Medium value Srednja vrednost
A	96 (94-99)	99 (97-100)	98 (96-99)
B	95 (94-98)	96 (94-100)	95 (94-98)

Blood pressure in both groups in the period of hospitalisation (3 days) was stated in physiological ranges (Fig. 1), also the values of heart rate (Fig. 2).

Measurement of pain with VAS showed great differences between the groups in the first and 3 hours after OP. The values in the group A were significantly lower than in the group B (Fig. 3). All following values were also higher in the group B. The whole quantity of consumed analgesics-tramadol was higher in the group B, at the day of OP (Tab. 4), and in the whole period of hospitalisation (3 days), (Tab. 5).

Tab. 4. Consumed tramadol at the day of operation.

Tab. 4. Porabljeni tramadol na dan operacije.

Group of patients Skupina bolnikov	Whole amount Celotna količina (mg/kg/24 ^h)	Average amount Povprečna količina (mg/kg/1 ^h)
A	3,80 ± 0,93	0,15 ± 0,04
B	5,40 ± 0,80	0,22 ± 0,03

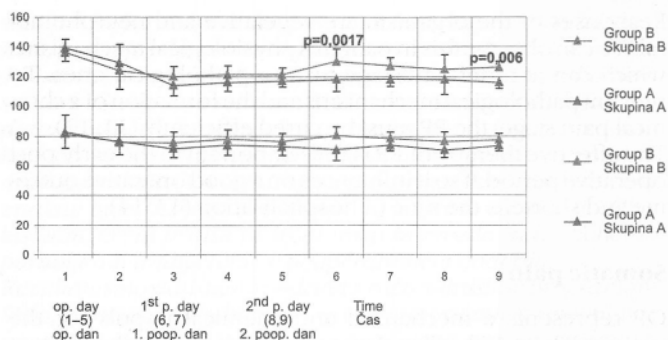


Fig. 1. Values of blood pressure after the operations (3 days).

Sl. 1. Krvni tlak v času po operaciji (3 dni).

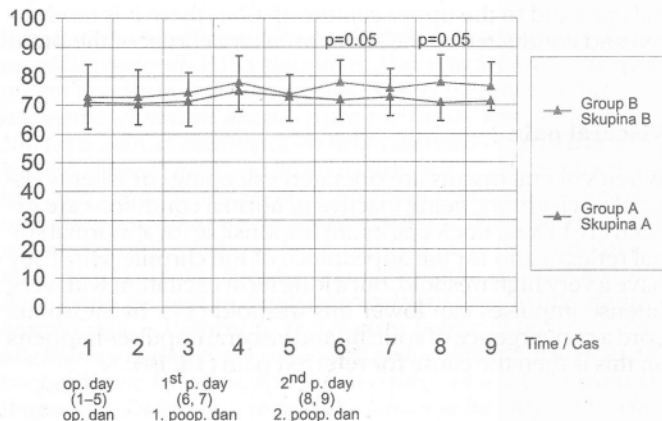


Fig. 2. Average values of puls rate through the observing time (3 days).

Sl. 2. Povprečne vrednosti srčnega utripa v opazovanem obdobju (3 dni).

Tab. 5. The whole amount of tramadol in the observed period (3 days), $p = 0.001$.

Tab. 5. Celotna količina tramadola v opazovanem času (3 dni), $p = 0,001$.

Group of patients Skupina bolnikov	Tramadol (IV + OR) mg/kg - bw/3 days / mg/kg - bw/3 dni
A	4,03 ± 1,08
B	6,32 ± 2,06

In the group B there were five patients who additionally needed piritramid but in the group A there was only one. According to the amount of analgesics side effects were more frequent in the group B (Tab. 6).

Tab. 6. Side effects.

Tab. 6. Sopojava.

Side effect / Sopojava	Group / Skupina	
	A	B
Nausea / Navzea	0	5
Vomiting / Bruhanje	2	3
Vertigo / Vrtoglavica	2	0
Total number of patients (n) Število vseh bolnikov (n)	15	15

At the discharge from the hospital the satisfaction with the pain therapy was higher in the group A than in the group B (Tab. 7).

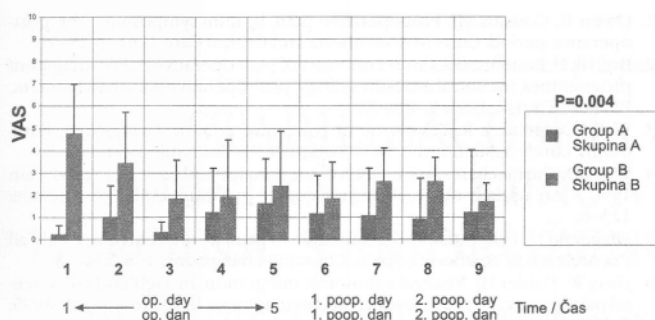


Fig. 3. Pain sensation after the operation (3 days).

Sl. 3. Bolečina v opazovanem obdobju (3 dni).

At the figure 3 the medium values of VAS for each group are shown.

Tab. 7. The satisfaction with efficiency of pain therapy after the operation.

Tab. 7. Ocena uspešnosti protibolečinske terapije po operaciji.

	Group / Skupina	
	A	B
Excellent / Odlično	10	0
Good / Dobro	5	10
Bad / Slabo	0	5
Total / Skupaj	15	15

Discussion

The results of our study have shown that the combination of the infiltration of surgical wounds and the infiltration of the bed of the removed cholecyst by LA, and the continuation with small doses of a medium strong opioid analgesic – tramadol, in continuous intravenous infusions is a very good method for lowering the PP after the laparoscopic cholecystectomy. The amount of the whole analgetic and the side effects are smaller than with other kinds of analgesic delivery. The tendency of modern medicine is to be as minimal and aggressive as it is possible and urgent, and not more. By PP therapy we can act less – minimal invasion with combination of different procedures before, during and after the OP (22).

With opioid premedication the consumption of postoperative analgesics can be lowered (23–25).

We decided to infiltrate the bed of the cholecyst by LA, because the pain and the inflammation mediators are released also after the OP. The pharmacologic effects of LA last less than 6 hours, but in our study the pain sensation was lowered for the whole period after the OP. From these facts we can conclude that the effect of LA by nociceptor's occurrence at the side of the OP has been diminished. There was no central sensitisation in the spinal cord, and no peripheral and central hyperalgesia (7, 26).

All our patients received 100 mg of tramadol iv. during the operation in the sense of preemptive analgesia which has had no effect. The pain was noticed in the placebo group (B), at the first measuring by VAS in the PARR. The value of preemptive analgesics is very controversial in many studies. These are the results of different study designs and different interpretations of the results (27, 28).

Our pilot study of the infiltration of the bed of the cholecyst has shown that the consumption of the whole amount of analgesics is lowered, when the bed is infiltrated by LA (29).

It is important that the area of the infiltration is great enough and that the volume of LA is sufficiently large. We could see that the pain sensation is greater with the bigger size of the

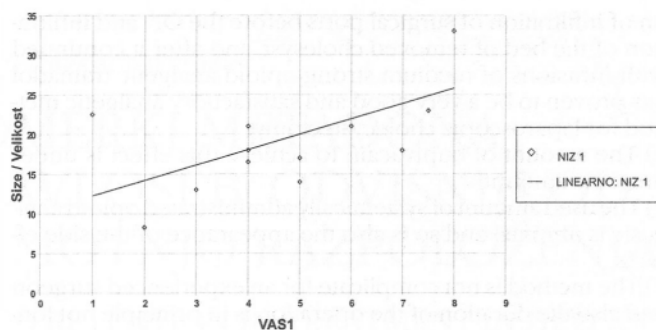


Fig. 4a. Spearman's correlation for the size of the bed of cholecyst and pain (VAS1).

Sl. 4a. Spermanova korelacija med velikostjo ležišča in prvim merjenjem bolečine (VAS1).

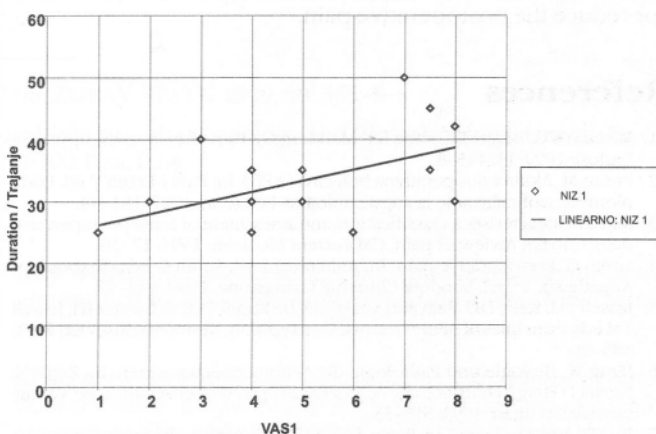


Fig. 4b. Spearman's correlation for the duration of operation and first measured pain (VAS1).

Sl. 4b. Spermanova korelacija med dolžino operacije in prvo izmerjeno bolečino (VAS1).

bed of cholecyst and longer duration of the operation in the group B (Fig. 4a, 4b).

With the infiltration of 3 mg bupivacain in the palate during the operation of the shise in small children the amount of consumed analgesics was lowered, but the time of the first administrated analgesic was shorter (29). When they used the amount of 7 mg of bupivacaine in the same operation the time for the first administrated analgesic was longer and the comfort of the children was greater (30).

Installation of LA in the peritoneal space before the laparoscopic cholecystectomy has had effects on lowering of the PP for the first six hours, but not on the amount of the consumed analgesics, and not on the lowering or even reducing the side effects (vomiting nausea and shoulder pain) (31).

The results of our study are similar to those of Wittel's and Faure's randomized, double blind prospective study. They had infiltrated the surgical wound, tubes and mesosalphinx with 0,5% bupivacaine or with the 0,9% NaCl and found out that the pain measured by VAS was significantly lower in the LA group. The analgesic consumption was lower in the same group, and the satisfaction of the patients in that group was also greater than in the placebo group (32).

Conclusion

Infiltration by the local anaesthetic into the bed of the operatively laparoscopic removed cholecyst is a completely new method of analgesia in these kinds of operations. The combinati-

on of infiltration of surgical ports before the OP, and infiltration of the bed of removed cholesty, and after it continued with infusions of medium strong opioid analgetic tramadol has proven to be a very good and satisfactory analgetic method for laparoscopic cholecystectomy.

1) The amount of bupivacain to achieve this effect is under the toxic amount.

2) The used amount of systemically administrated opioid analgesic is minimal and so is also the appearance of the side effects.

3) The method is not complicate for an experienced surgeon and also the duration of the operation is in principle not longer because of that reason.

Clinical implication

This method can also be applied to classical cholecystectomy for reduce the postoperative pain.

References

- Mouton WG, Bessel JR, Otten KT, Maddern GJ. Pain after laparoscopy. *Surg Endosc* 1999; 13: 445-8.
- Pečan M. Akutna pooperativna bolečina (APB). In: Paver-Eržen V ed. *Podiplomsko izobraževanje iz anesteziologije*. Peti tečaj, 1997: 181-94.
- Raj PP. Characteristics, classification, and assessment of acute postoperative pain. *Current review of pain. CM current Medicine* 1994; 17-36.
- Smith G. Postoperative pain. In: Aitkenhead AR, Smith G eds. *Textbook of Anaesthesia*. 2nd ed. London: Churchill Livingstone, 1990: 449-57.
- Jessell TM, Kelly DD. Pain and analgesia. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM eds. *Principles of neural science*, third edition. New York: Elsevier, 1991: 385-99.
- Jänig W. Biologie und Pathologie der Schmerzmechanismen. In: Zenz M, Jurina I (Hrsg). *Lehrbuch der Schmerztherapie*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 1993: S15-33.
- Ilias W. Vrste bolečine. In: Paver-Eržen V ed. *Podiplomsko izobraževanje iz anesteziologije*, Peti tečaj, 1997: 218-37.
- Woolf CJ. A new strategy for the treatment of inflammatory pain. Prevention or elimination of central sensitization. *Drugs* 1994; Suppl 5: 1-9.
- Vodušek BD. Živčne poti za zaznavanje bolečine. In: Paver-Eržen V ed. *Podiplomsko izobraževanje iz anesteziologije*, Peti tečaj, 1997: 19-30.
- Cesar-Komar M. Anatomija, mehanizmi prevajanja in moduliranja bolečinskih impulzov na nivoju medule spinalis in 1 Seminar o bolečini, SZZB, 1997: 38-5.
- Owen H, Cousins MJ. Post-operative pain, in mini-symposium: The post-operative period. *Current Anaesthesia and Critical Care* 1991; 2: 25-31.
- Breivik H. Benefits, risks and economics of post-operative pain management programmes, in *clinical anaesthesiology, post-operative pain management*. Bailliere Tindall, 1995; 9: 403-22.
- Wall PD, Melzack R. *Textbook of pain* third edition. Livingstone, Edinburgh, London; Melbourne, New York, Tokyo: Churchill, 1994: 102-5.
- Wall PD. The mechanisms by which tissue damage and pain are related. *Pain* 1996 - An update review, refresher course syllabus. IASP Press Seattle: 123-6.
- Fitzgerald M. The course and termination of primary afferent fibres. In: Wall PD, Melzack R. *Textbook of pain*. Churchill Livingstone, 1984: 34-48.
- Jänig W, Habler HJ. Visceral autonomic integration. In: Gebhard GF. *Visceral pain, progress in pain research and management*. IASP press Seattle 1995; 5: 311-48.
- Cervero F, Laird JM, Pozo MA. Selective changes of receptive field properties of spinal nociceptive neurons induced by noxious visceral stimulation in the cat. *Pain*, 1992; 51: 335-42.
- Cervero F. Sensory innervation of the viscera: peripheral basis of visceral pain. *Physiol Rev* 1994; 75: 95-138.
- Ruch TC. Visceral sensation and referred pain. In: Fulton JF ed. *Howell's Textbook of Physiology*, 15th ed. Philadelphia: Saunders, 1946: 385-401.
- Cervero F, Laird JM, Pozo MA. Selective changes of receptive field properties of spinal nociceptive neurons induced by noxious visceral stimulation in the cat. *Pain* 1992; 51: 335-42.
- Robinson ME, Riley JL, Brown FF, Gremillion H. Sex differences in response to cutaneous anesthesia: a double blind randomized study. *Pain* 1998; 77: 143-9.
- Kehlet H, Dahl JB. The value of multimodal or balanced analgesia in postoperative pain treatment. *Anesth Analg* 1993; 77: 1048-56.
- McQuay HJ. Pre-emptive analgesia. *British Journal of Anaesthesia* 1992; 69: 1-3 (editorial).
- Kiss IE, Killian M. Does opiate premedication influence postoperative review. Seattle: IASP press, 1996: 173-88.
- Cesar-Komar M, Zajec M. Analgesia after minimal invasive surgery. Management of Pain, a world perspective II, Raj P, Erdine S, Niv D. From selected free papers and posters presentation from 7-th International Symposium The Pain Clinic Istanbul, Turkey 1996; Volume I, Monduzzi Editore: 143-6.
- Pečan M et al. Perioperative analgesia in pediatric cleft lip and palate surgery. 24th Central European Congress of Anaesth. Vienna, Monduzzi Editore, Bologna, 1995; Vol 1 of free communications: 479-83.
- Pečan M, Kozelj V, Kozelj G, Marn-Skok S. Local preincisional infiltration with bupivacaine and peri-operative analgesic consumption in cleft palate children. In: Lee ST., *Transactions 8th international Congress on Cleft Palate and Related Craniofacial Anomalies*, Singapore, 1998: 820-5.
- Szem JW, Hydo L, Barie PS. A double-blinded evaluation of intraperitoneal bupivacain vs saline for the reduction of postoperative pain and nausea after laparoscopic cholecystectomy. *Surgical Endoscopy*, 1996; 10, 1: 44-8.
- Wittels B, Faure EA et al. Effective analgesia after bilateral tubal ligation. *Anaesthe and Analg* 1998; 820-5.

Strokovni prispevek/Professional article

STABILIZACIJSKI ODMERKI METADONA IN OBSTANEK V OBRAVNAVI OSEB, ODVISNIH OD HEROINA, S PRIDRUŽENO MOTNJO RAZPOLOŽENJA

METHADONE STABILIZATION DOSAGES AND RETENTION IN TREATMENT IN HEROIN
ADDICTS WITH AXIS I PSYCHIATRIC COMORBIDITY FOR MOOD DISORDERS

Mercedes Louvrecić, Stefania Canoniero, Mirella Aglietti, Icro Maremmani

Addiction-Psychiatry Unit, Department of Psychiatry - Neurobiology - Pharmacology and Biotechnology, University of Pisa,
Italy

Prispelo 1999-03-17, sprejeto 1999-07-05; ZDRAV VESTN 1999; 68: 555-8

Separati: Icro Maremmani MD, Department of Psychiatry - Neurobiology - Pharmacology and Biotechnology, University of
Pisa, Via Roma 67, 56100 Pisa, Italy

Ključne besede: odvisnost od heroina; metadonski vzdrževalni program; pridružene duševne motnje; motnje razpoloženja; stabilizacijski odmerki; obstanek v obravnavi

Izvleček – Izhodišča. Osebe, odvisne od heroina, s pridruženo motnjo razpoloženja imajo v obstoječih programih obravnave slabšo prognozo. Med skupino odvisnih od heroina s pridruženo motnjo razpoloženja in skupino odvisnih brez pridružene motnje smo želeli ugotoviti razlike med odmerki metadona, potrebnega za klinično stabilizacijo, in obstankom v programu.

Bolniki in metode. Vključili smo odvisne od heroina s pridruženo motnjo razpoloženja in odvisne brez nje. Bolnike smo spremljali 990 dni in beležili odmerke metadona ter obstanek v obravnavi. Uporabili smo analizo preživetja.

Rezultati. Raziskava je zajela 76 odvisnih od heroina, od katerih jih je 24 imelo pridruženo motnjo razpoloženja. Ostalih 52 odvisnih je bilo brez druge duševne motnje. Odvisni z motnjami razpoloženja so potrebovali višje stabilizacijske odmerke metadona v času obravnave (povprečno 135 mg metadona dnevno) v primerjavi z odvisnimi brez pridruženih motenj (povprečno 99 mg metadona dnevno). V opazovanem 990-dnevem obdobju razlik v obstanku v programu med skupinama ni bilo.

Zaključki. Odvisni od heroina s pridruženimi motnjami razpoloženja imajo večjo možnost, da obstanejo v opisanem metadonskem programu, če jim prilagodimo odmerke metadona.

Key words: heroin addiction; methadone maintenance treatment; psychiatric comorbidity; mood disorders; stabilization dosage; treatment retention rate

Abstract – Background. Heroin addicts with comorbid mood disorder have less favorable prognosis in present treatment programmes. The aim of our study was to find out the differences between group of heroin addicts with comorbid mood disorder and group of heroin addicts without psychiatry comorbidity.

Patients and methods. Opioid-dependent subjects with comorbid mood disorder and subject without comorbidity were included. They were followed up 990 days and doses of methadone and retention in treatment were recorded. The life table statistical method was used.

Results. We studied 76 opioid-dependent subjects, 24 with comorbid mood disorder. There were statistically significant differences between these two groups regarding the methadone dose required for clinical stabilization. Patients with comorbid mood disorders required higher average stabilization dose during methadone maintenance treatment (135 mg/day) compared to subject without comorbidity (99 mg/day). During the study period there was no difference in retention in treatment between the two groups of patients.

Conclusions. Heroin addicts with comorbid mood disorder had better retention rate in metadone treatment programme whether the stabilization methadone dosage is adjusted.

Uvod

Zdi se, da so opiat vpleteni v potek, nastanek in zdravljenje številnih duševnih motenj (1). Opiati bi celo lahko s svojim farmakološkim učinkom ublažili duševne motnje in ne povzročali. Opravljene raziskave, pri katerih so predpisali opiate bolnikom s shizofrenijo ali depresijo, so to hipotezo potrdile (2-5), čeprav ne manjka nasprotujočih dognanj (6).

Znanstvena literatura je skopa glede uporabe metadona pri osebah s pridruženimi duševnimi motnjami, čeprav so te pogoste in jih po nekaterih avtorjih najdemo pri polovici odvisnikov (7). Najpogostejše naj bi bile motnje razpoloženja in tesnoba (8). V Združenih državah Amerike je bila prisotnost pridružene duševne motnje do nedavnega celo izključitveno merilo za vključitev v metadonski program (9).

Glavni razlogi take odločitve so bili pomanjkanje zdravstvenega osebja (en zdravnik na 500–1000 bolnikov) in odsotnost psihiatrov v metadonskih klinikah do druge polovice 80. let. Urad za hrano in zdravila (Food and Drug Administration) je omejil odmerek metadona, za katerega ni bila potrebna posebna državna odobritev. Vse to je preprečilo poskuse, da bi ugotovili, ali bi morda bolniki s pridruženimi duševnimi motnjami potrebovali drugačne oblike pomoči, tako glede odmerkov kot tudi glede trajanja obravnave.

Dejstvo je, da večina bolnikov zapusti program v prvih treh mesecih (10). Med temi je pomembno število oseb s pridruženimi duševnimi motnjami. Glede na to, da v običajnih terapevtskih programih, tudi kadar ni težav glede trajanja obravnave, odmerki večinoma ne presežejo 120 mg na dan (11), ni moč ugotoviti, kakšen vpliv bi lahko imel višji odmerek metadona. Odvisni s pridruženimi duševnimi motnjami potrebujejo posebno pozornost, so zahtevnejši pri vodenju, nagibajo k impulzivnemu reagiranju (npr. acting out), avtoagresiji in heteroagresiji. V ZDA so odvisni od heroina včasih zaupani osebju brez potrebnega medicinskega znanja za vodenje takšnih bolnikov (12).

V Italiji so programi za zdravljenje odvisnosti od heroina v okviru Raziskovalnega centra s področja odvisnosti univerz v Sieni, Cagliariju in Pisi drugačni od prej opisanih ameriških in omogočajo vodenje zahtevnejših bolnikov in prilagajanje njihovim potrebam. Osebe šestih enot je sestavljeno izključno iz specialistov psihiatrov (doktorjev in doktorandov znanosti s področja odvisnosti). Psihiatri dnevno v povprečju štiri ure namenijo neposrednemu delu z bolniki. Za bolnike ni izključitvenih meril. Največje število sočasno obravnavanih bolnikov v centru je 50. Metadon razdeljujejo med vsakodnevnimi kontrolnimi pregledi zdravnikov. Prav tako tudi ni omejitev glede višine odmerkov zdravila in trajanja zdravljenja. Razdeljevanje metadona za samostojno jemanje doma zdravnik presoja na klinični podlagi in brez omejitve višine odmerka. Svečevanje se izvaja med razdeljevanjem metadona.

Opisani program je v Italiji edinstven, raziskovalno usmerjen in namenjen samo najzahtevnejšim bolnikom, od katerih imajo vsi še druge pridružene duševne motnje in so bili prej neuspešno obravnavani v drugih programih tako zaradi odvisnosti kot tudi zaradi pridružene duševne motnje (na primer bolnišnično psihiatrično zdravljenje). Opisani program ni primerljiv s trenutno obstoječimi programi obravnave v Sloveniji. Številni ostali italijanski programi za obrnavo odvisnosti pa so podobni slovenskim in nudijo različne vrste pomoči od svetovanja, psihoterapije, psihosocialne rehabilitacije, terapevtske skupnosti, detoksikacije in vzdrževalnega prejemanja metadona. Za prejemanje metadona veljajo pravila, podobna našim. Cilj raziskave je oceniti povezave med pridruženimi motnjami razpoloženja, stabilizacijskimi odmerki metadona ter obstankom v procesu obravnave.

Poseben poudarek je bil na ugotavljanju, ali se bolniki s pridruženimi motnjami razpoloženja razlikujejo od bolnikov brez pridružene duševne motnje glede odmerka metadona, potrebnega za klinično stabilizacijo in obstanka v procesu obravnave.

Preiskovanci in metode

Preiskovanci

Vključeni so bili vsi bolniki, odvisni od heroina, po merilih DSM-III (Diagnostic and statistical manual of mental disorders-third edition) (13) (ta klasifikacija je prevedena v italijanščino in je bila v uporabi v času raziskave kot obvezen diagnostični pripomoček), ki so se zdravili v Enoti za odvisnost pri Raziskovalnem centru s področja odvisnosti Univerz Siena, Pisa in Cagliari ter Psihiatrične klinike Univerze v Pisi. Izključene so bile osebe s hudimi kroničnimi boleznimi in osebe, ki na raziskavo niso pristale.

Ocena odvisnosti in posledic

Za oceno odvisnosti smo uporabili vprašalnik AbSo (14), ki je sestavljen iz devetih delov in ocenjuje: somatski status (jetrne bolezni, bolezni ožilja, limfadenopatije, gastroenterološke težave, spolne bolezni, bolezni zob); psihični status (uvid v bolezen, motnje spomina, anksioznost, motnje razpoloženja, agresivnost, motnje mišljenja, motnje zaznav); socialno-ekonomski položaj (zaposlenost, družina, spolnost, socializiranost in prosti čas, težave z zakonom); uživanje psihoaktivnih substanc (alkohol, opiat, drugi depresorji in stimulatorji centralnega živčnega sistema, halucinogeni, fenciklidin, kanabis, plini in topila, politoksikomanija); klinično sliko zlorabe substanc (način uživanja, navade, vzorec uporabe, faza uživanja, vrsta odvisnosti); opravljena zdravljenja, trenutno zdravljenje, odmerek metadona, seropozitivnost na HIV. Dobljeni podatki dajo vpogled v naslednjih deset področjih, ki so povezana z odvisnostjo: fizične in psihične težave, zloraba več snovi, predhodna zdravljenja, kombinirana zdravljenja, zaposlitveni status, družinsko situacijo, težave s spolnostjo, socializacijo in prosti čas, težave z zakonom.

Diagnoza pridružene duševne motnje

Diagnozo duševne motnje so postavili trije specialisti psihiatri, po merilih DSM-III, potem ko so opravili najmanj dve ločeni eksploraciji, trajajoči vsaka približno eno uro. Diagnozo je potrdil psihiater supervizor. Med seboj so se morale diagnoze ujemati. Možna je bila več kot ena diagnoza pridružene duševne motnje.

Ocena abstinence in ugotavljanje zlorabe drugih psihoaktivnih snovi

Morebitno uživanje halucinogenov, plinov in topil so bolniki navedli sami, vendar ta podatek ni povzročil izključitve iz zdravljenja. Abstinenco ali uživanje alkohola smo preverili tudi s pomočjo svojcev. V primeru zanikanja zlorabe alkohola, jetrni encimi in hematološki izvidi (MCV) niso smeli odstopati od normalnih vrednosti. Uživanje drog smo ugotavljali tudi z radioimunološko analizo urina, s katero smo določali metadon, heroin, metabolite kokaina in stimulansov, amfetaminov, kanabisa in benzodiazepinov.

Ocena izida obravnave

Izid obravnave smo ocenjevali glede na sodelovanje v procesu obravnave in izboljšanje prilagojenosti in delovanja, ocenjeno z lestvico Global Assessment of Functioning (GAF), ki je sestavni del diagnostike v okviru DSM-III in obsega oceno od 0 do 100.

Kot ugoden – pozitiven izid obravnave smo ocenili, če je bolnik upošteval pravila programa in se je njegovo delovanje in socialna prilagojenost pokazala z oceno več kot 70 točk po GAF in je imel v zadnjem mesecu v urinu znake zlorabe drugih drog največ enkrat.

Neugoden – negativen izid obravnave smo ocenili, če je bolnik slabo sodeloval v programu, ni sprejel povišanja odmerka metadona kljub pozitivnim urinskim testom na opiate (razlaga v naslednjem odstavku) ali je najmanj dvakrat ali večkrat zaporedoma neopravičeno izostal pri razdeljevanju metadona, se je nasilno vedel do osebja ali pa ponovno zapadel v vedenjske vzorce odvisnih.

Povišanje odmerka metadona se namreč izvaja tudi v času obravnave in ne samo na začetku, ko iščemo pravi odmerek. Osnovni cilj obravnave z metadonom je, da ublaži oziroma odstrani simptome in znake abstinence sindroma (substicijski odmerek) in zmanjša oziroma odstrani neustavljivo željo po heroinu (craving) (stabilizacijski odmerek). V času obravnave upoštevamo prej navedena dejstva in odmerek hitro ali počasi manjšamo, kar pomeni možnost ambulantne de-

toksikacije. Odmerek višamo na začetku ob vstopu v program, ko iščemo primeren odmerek. Kasneje med obravnavo odmerke prilagajamo glede na klinično sliko, dodatno predpisano medikamentno zdravljenje (interakcije z antibiotiki, psihotropnimi zdravili) in nezmožnost abstinence od heroina ali drugih psihoaktivnih snovi. Slednje pomeni, da je lahko odmerek metadona prenizek. Ob upoštevanju navedenega smo v raziskavi ocenili kot znak nesodelovanja in s tem neugoden izid zdravljenja, ko je oseba odklonila predlagano povišanje odmerka metadona.

Statistična obdelava podatkov

Vse statistične analize so bile opravljene s SPSS programskim orodjem. Izračunali smo frekvence kategorij za atributivne podatke in povprečje s standardno deviacijo, modus in mediano za numerične.

Pri atributivnih spremenljivkah smo primerjave med skupinama bolnikov z ali brez pridružene motnje pri atributivnih spremenljivkah izvedli s testom χ^2 , pri numeričnih pa z dvo-smernim t-testom za neparne vzorce.

Za oceno obstanka v obravnavi smo uporabili analizo preživetja v obliki tabel (15). Kot dogodek smo smatrali negativen izid obravnave, kot je opisano zgoraj. Bolnike, ki so izpadli iz raziskave zaradi drugih razlogov in ne zaradi negativnega izida obravnave, smo označili kot izpadle (angl. »censored«).

Rezultati in razpravljanje

Vzorec je sestavljalo 76 oseb, odvisnih od heroina, od teh je bilo 52 brez pridružene duševne motnje, 24 pa je imelo pridruženo motnjo razpoloženja (19 jih je imelo bipolarno motnjo tipa I in 5 distimijo).

Med bolniki je bila večina moških (75,6%). Povprečna starost je bila 29 let (standardna deviacija [SD] 5, območje vrednosti 19–46, modus 24, mediana 29). Večina je bila samskih (68,9%), z nizko stopnjo izobrazbe (70,1% z manj kot 13 let šolanja) in nezaposlenih (61,4%). Največ bolnikov (71,1%) je imelo jetrno bolezen, 13,8% je bilo seropozitivnih za HIV in 5,7% je imelo AIDS. Polovica (50,0%) je bilo že aretiranih, 26,7% je bilo trenutno v sodnem postopku. Ob vključitvi v obravnavo je 84,8% bolnikov uživalo heroin vsak dan, 86,7% jih je bilo v fazi »vrtljivih vrat«, kar pomeni, da so večkrat vstopali in naglo zapuščali programe zdravljenja. Starost ob prvem uživanju heroina je bila 19 let (SD 3), starost ob začetku vsakodnevne uporabe 22 let (SD 10). Doba odvisnosti je bila v povprečju 120 mesecev (SD 60) in 83,3% se jih je že neuspešno pozdravilo.

Tabela 1 prikazuje pomembne razlike v sociodemografskih in kliničnih značilnostih med bolniki s pridruženo motnjo razpoloženja in bolniki brez nje.

V našem vzorcu so imeli bolniki s pridruženo motnjo razpoloženja višjo stopnjo izobrazbe, tisti brez pridružene motnje pa so imeli boljši ekonomski položaj. Bolniki s pridruženo motnjo razpoloženja so imeli krajšo dobo odvisnosti od heroina, kar je verjetno vzrok za manj somatskih motenj in posledic. Bolniki s pridruženo motnjo razpoloženja so bolj pogosto uživali alkohol in uspavala, ki jih ni predpisal zdravnik. Tudi nelegalno pridobljen metadon so ti bolniki uporabljali pogosteje. Tako, kot je večkrat opisano v literaturi (16, 17), so tudi naši bolniki s pridruženo motnjo razpoloženja prej prosili za pomoč in po krajši dobi odvisnosti prišli na zdravljenje.

Stabilizacijski odmerek metadona je bil pri bolnikih brez pridružene motnje razpoloženja 99 mg dnevno (SD 49, območje vrednosti 20–240, mediana 80, modus 90). Odvisni od heroina s pridruženo motnjo razpoloženja so za stabilizacijo potrebovali 135 mg dnevno (SD 71, območje vrednosti 50–320, mediana 80, modus 120). Razlika med skupinama je statistično značilna ($t = -2,26$, $p = 0,030$).

Tab. 1. Razlika med odvisniki od heroina (HO) brez pridružene motnje razpoloženja in tistimi z motnjo razpoloženja (MR) v sociodemografskih in bolezenskih dejavnikih.

Tab. 1. Differences in sociodemographic and addiction related factors between uncomplicated (HA) and mood disorders complicated heroin addicts (MD).

Spremenljivke Variables	HO HA n = 52 x±SD, %	MR MD n = 24 x±SD, %	χ^2/t	p
Trajanje odvisnosti (mesece) Length of dependence (months)	124±74	77±63	284	0,006
Starost ob prvi uporabi droge (leta) Age first use of drug (years)	28,69±7,0	25,20±5,9	222	0,030
Telesni zapleti Physical related problems	3,07±1,9	2,20±1,5	208	0,042
Psihopatološki simptomi Psychopathological symptoms	2,94±1,8	4,70±2,0	-362	0,001
Število poprejšnjih zdravljenj Number of previous treatments	0,42±0,5	0,95±0,7	-310	0,004
Zloraba alkohola Alcohol abuse	23 (44,2%)	17 (70,8%)	466	0,03
Uporaba nepredpisanih hipnotikov Unprescribed hypnotic use	12 (23,1%)	12 (50,0%)	550	0,01
Nelegalna uporaba metadona Illegal methadone use	2 (3,8%)	4 (16,7%)	371	0,05
Že zdravljeni Previously treated	46 (88,5%)	17 (70,8%)	359	0,05
Že zdravljeni v programu z metadonom* MMPs* previously treated	27 (51,9%)	6 (25,0%)	484	0,02
Okuženi s HIV HIV infected	11 (21,2%)	0 (0,0%)	570	0,01
Ekonomski status - aktivni Economic status - aktive	2,72±1,1	2,04±0,9	263	0,01
Višja/visokošolska izobrazba High educational level	11 (22,4%)	13 (54,2%)	734	0,006

* vzdrževalni metadonski program / methadone maintenance treatment program

V tabeli 2 prikazujemo obstanek v zdravljenju za obe skupini bolnikov.

Pri bolnikih brez pridružene motnje razpoloženja do petega meseca zdravljenja ni bilo izpadov zaradi neugodnega izida obravnave. Tri osebe so zapustile program (negativni izid) med petim in šestim mesecem. To obdobje je tudi sicer obdobje največjega tveganja za negativni izid obravnave (relativno tveganje 0,029, standardna napaka [SN] 0,002). Eden od bolnikov je zapustil obravnavo med šestim in sedmim mesecem (stopnja tveganja 0,011, SN 0,001) in eden med sedmim in osmim mesecem (stopnja tveganja 0,012, SN 0,001). Število bolnikov z negativnim izidom obravnave je torej 5/52 v opazovalnem obdobju 32 mesecev. Večina (47) bolnikov je bila medtem premeščenih v druge ustanove (terapevtske skupnosti, detoksikacija, zapor, drugo) v dobrem psihofizičnem stanju. Po osmem mesecu ni bilo več izstopov iz obravnave. V 32-mesečni obravnavi je obstalo 85% bolnikov.

Med bolniki s pridruženo motnjo razpoloženja sta bila v prvem mesecu obravnave dva izpada (stopnja tveganja 0,029, SN 0,002). Med četrtnim in petim mesecem je izstopil še eden (stopnja tveganja 0,019, SN 0,002). V obdobju 21 mesecev so imeli trije bolniki (12,5%) negativen izid obravnave. Ostalih 21 bolnikov je bilo v dobrem psihofizičnem stanju premeščenih v druge ustanove. Po petem mesecu ni bilo več izstopov oziroma drugih dogodkov, po katerih smo ocenili negativen izid obravnave. Odstotek obstanka v obravnavi je 86% v 21 mesecih.

Pri obeh skupinah je bil obstanek v obravnavi verjetno zaradi intenzivne in prilagojene obravnave zelo dober v primerjavi z

Tab. 2. *Obstaneke v zdravljenju (HO = odvisniki od heroína, MR = odvisniki od heroína s pridruženno motnjo razpoloženja).*

Tab. 2. *Retention rate in treatment (HA = heroin addicts, MD = heroin addicts with comorbid mood disorder).*

Dnevi zdravljenja (intervali)	Število bolnikov na začetku intervala		Število izpadlih		Dogodek		Kumulativni odstotek preživelih	
Interval start time (days)	Number of patients entering the interval		Censored		Event		Cumulative proportion of survivals	
	HO	MR	HO	MR	HO	MR	HO	MR
	HA	MD	HA	MD	HA	MD	HA	MD
0	52	24	0	0	0	2	1	0,91
30	52	22	1	0	0	0	1	0,91
60	51	22	7	2	0	0	1	0,91
90	44	20	6	1	0	0	1	0,91
120	38	19	2	2	0	1	1	0,86
150	36	16	1	2	3	0	0,91	0,86
180	32	14	2	2	1	0	0,88	0,86
210	29	12	1	1	1	0	0,85	0,86
240	27	11	1	2	0	0	0,85	0,86
270	26	9	3	0	0	0	0,85	0,86
300	23	9	0	0	0	0	0,85	0,86
330	23	9	1	0	0	0	0,85	0,86
360	22	9	2	1	0	0	0,85	0,86
390	20	8	1	0	0	0	0,85	0,86
420	19	8	1	2	0	0	0,85	0,86
450	18	6	1	0	0	0	0,85	0,86
480	17	6	3	0	0	0	0,85	0,86
510	14	6	5	2	0	0	0,85	0,86
540	9	4	2	2	0	0	0,85	0,86
570	7	2	1	1	0	0	0,85	0,86
600	6	1	2	0	0	0	0,85	0,86
630	4	1	1	1	0	0	0,85	0,86
660	3		0				0,85	
690	3		0				0,85	
720	3		0				0,85	
750	3		2				0,85	
780	1		0				0,85	
810	1		0				0,85	
840	1		0				0,85	
870	1		0				0,85	
900	1		0				0,85	
930	1		0				0,85	
960	1		0				0,85	
990	1		1		0		0,85	

drugimi raziskavami, kjer je obstalo približno 50 do 75% odvisnikov v podobnem obdobju opazovanja (18, 19).

Potek obravnave v dveh skupinah se zdi različen. V začetku so bolniki s pridruženno motnjo razpoloženja težje obstali v programu, zapuščali so ga v prvem mesecu. Osebe brez pridružene motnje razpoloženja pa so dobro sodelovale do petega meseca. V šestem mesecu so imeli bolniki obeh skupin enako možnost obstanka v obravnavi. Od osmega meseca dalje pa so imeli večjo možnost obstanka tisti s pridruženno motnjo razpoloženja. Te razlike niso statistično značilne.

V nasprotju z dosedanjim mnenjem in nekaterimi raziskavami (20) smo ugotovili, da odvisniki s pridruženno motnjo razpoloženja lahko obstanejo v zdravljenju enako kot osebe brez pridruženih motenj, če je program obravnave ustrezno prilagojen. Odvisniki, obravnavani v predstavljenem programu, so imeli zelo dobro in intenzivno oskrbo tima strokovnjakov. Podatki naše raziskave kažejo, da je odmerek metadona pri teh bolnikih višji kot v podobnih raziskavah (19, 20). Ker so bili ostali pogoji obravnave pri obeh skupinah enaki, lahko sklepamo, da je višji stabilizacijski odmerek metadona v skupini bolnikov s pridruženno motnjo razpoloženja prispeval k dobremu obstanku teh oseb v zdravljenju, saj je bil prilagojen njihovim potrebam. Glede na dinamiko pojavljanja negativnih izidov zdravljenja lahko ocenimo, da bolniki brez pridruženih motenj hitreje pridobijo sposobnost dobrega psihosocialnega delovanja in se poskušajo detoksicirati ter zapustijo

program. Pridružena duševna motnja razpoloženja pa bolnike dodatno ovira, zato želijo dlje časa ostati v tem intenzivnem programu.

Zaključki

Pri odvisnikih od heroína s pridruženno motnjo razpoloženja, vključenih v metadonski program, naj bi bili največji stabilizacijski odmerki metadona za doseg popolne abstinence od ilegalnih opiatov, prenehanje odvisniškega vedenja, neustavljive želje po drogi in psihopatoloških znakov višji od običajnih (po naših izkušnjah do 400 mg dnevno). V takem primeru se, v nasprotju z dosedanjim prepričanjem, čas obstanka v zdravljenju teh bolnikov ne razlikuje od odvisnih brez pridruženih motenj. Še več, dolgotrajno (triletno) opazovanje je pokazalo, da taki bolniki bolj pogosto ostajajo v zdravljenju kot odvisniki brez pridruženih duševnih motenj razpoloženja.

Zahvala

Avtorji se zahvaljujejo dr. Mojci Z. Dernovšek, dr. med., in asist. dr. Roku Tavčarju, dr. med., za pomoč pri pripravi članka.

Literatura

1. Verebey K. Opioids in mental illness: theories, clinical observations and treatment possibilities. Ann. N.Y. Acad. Vol. 398. New York: The New York Academy of Sciences, 1982: 3-8.
2. Kline NS, Li CH, Lehmann E, Lajtha A, Laski E, Cooper T. Beta-endorphin-induced changes in schizophrenic and depressed patients. Arch Gen Psychiatry 1977; 34: 111-3.
3. Gerner RH, Catlin DH, Gorelick DA, Hui KK, Li CH. Beta-endorphin. Intravenous infusion causes behavioral change in psychiatric inpatients. Arch Gen Psychiatry 1980; 37: 642-7.
4. Pickard D, Davis GC, Schulz SC et al. Behavioral and biological effects of acute beta-endorphin injection in schizophrenic and depressed patients. Am J Psychiatry 1981; 138: 160-6.
5. Extein I, Pickard D, Gold MS et al. Methadone and morphine in depression. Pharmacol Bull 1981; 17: 29-33.
6. Emrich HM, Vogt P, Herz A. Possible antidepressive effects of opioids: action of buprenorphine. In: Verebey K ed. Opioids in mental illness: theories, clinical observations and treatment possibilities. Ann. N.Y. Acad. Vol. 398. New York: The New York Academy of Sciences, 1982: 145-9.
7. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW Jr., Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. Arch-Gen-Psychiatry 1997; 54: 71-80.
8. Milby JB, Sims MK, Khuder S et al. Psychiatric comorbidity: prevalence in methadone maintenance treatment. Am J Drug Alcohol Abuse 1996; 22: 95-107.
9. Brady KT, Sonne SC. The relationship between substance abuse and bipolar disorder. J Clin Psychiatry 1995; 56: 19-24.
10. Simpson DD, Joe GW, Rowan Szal GA, Greener JM. Drug abuse treatment process components that improve retention. J Subst Abuse Treat 1997; 14: 565-72.
11. Joe GW, Simpson DD, Sells SB. Treatment process and relapse to opioid use during methadone maintenance. Am J Drug Alcohol Abuse 1994; 20: 173-97.
12. Grella CE, Hser YI. A county survey of mental health services in drug treatment programs. Psychiatr Serv 1997; 48: 950-2.
13. American Psychiatric Association. Diagnostical and statistical manual of mental disorders - DSM IIIR. Washington: American Psychiatric Association, 1987: 273-96.
14. Maremmani I, Castrogiovanni P. AbSo: Scheda per la rilevazione dell'abuso di sostanze. University of Pisa: Institute of Psychiatry Press, 1989.
15. Matthews DE, Farewell VT. Using and understanding medical statistics. Basel: Karger, 1990: 67-157.
16. DeLeon D, Jainchill N. Male and female drug abusers: Social and psychological status 2 years after treatment in a therapeutic community. Amer J Drug Alcohol Abuse 1981; 4: 382-8.
17. Rounsaville BJ, Kosten TR, Weissman MM, Kleber HD. Evaluating and treating depressive disorders in opiate addicts. Rockville, Maryland: NIDA National Institute on Drug Abuse, 1985: 211-29.
18. MacGowan RJ, Swanson NM, Brackbill RM, Rugg DL, Barker T, Molde S. Retention in methadone maintenance treatment programs. Connecticut and Massachusetts, 1990-1993. J Psychoactive Drugs 1996; 28: 259-65.
19. Torrens M, Castillo C, Perez Sola V. Retention in a low-threshold methadone maintenance program. Drug Alcohol Depend 1996; 41: 55-9.
20. Alterman AI, Rutherford MJ, Cacciola JS, McKay JR, Woody GE. Response to methadone maintenance and counseling in antisocial patients with and without major depression. J Nerv Ment Dis 1996; 184: 695-702.

Strokovni prispevek/Professional article

HOLOPROZENCEFALIJA – PRIKAZ PRIMERA

HOLOPROSENCEPHALY – A CASE REPORT

Darja Paro-Panjan,¹ David Neubauer,² Nuška Pečarič-Meglič,³ Borut Bratanič,¹ Marjeta Novosel-Sever¹

¹ Služba za neonatologijo, Pediatrična klinika, Klinični center, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana

² Klinični oddelek za nevrologijo, Pediatrična klinika, Klinični center, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana

³ Klinični inštitut za radiologijo, Klinični center, Zaloška 2, 1525 Ljubljana

Prispelo 1999-04-15, sprejeto 1999-07-13; ZDRAV VESTN 1999; 68: 559-61

Ključne besede: novorojenček; možganske nepravilnosti; obrazne nepravilnosti

Key words: newborn; brain anomalies; facial anomalies

Izvleček – Izhodišča. Holoprozencefalija je motnja v embrionalnem razvoju prehordalnega mezoderma, katere posledica je nepopolna razcepitev prozencefalona in srednjih struktur obraza. Večinoma se pojavlja sporadično, opisani pa so tudi primeri družinskega pojavljanja. Lahko je del fenotipa v sklopu kromosomskih nepravilnosti ali monogeničnih sindromov.

Abstract – Background. Holoprosencephaly is the result of an embryologic defect of prechordal mesoderm which leads to incomplete morphogenesis of the forebrain and midline facial structures. Usually it is a sporadic condition but familial cases are also reported. It may be associated with chromosomal aberrations and monogenic syndromes.

Metode. V prispevku opisujemo novorojenčka z alobarno obliko holoprozencefalije, razpravljamo o različnih oblikah holoprozencefalije ter podajamo pregled stanj, v sklopu katerih se pojavlja ta oblika razvojne nepravilnosti osrednjega živčevja.

Methods. This paper is a case report of the newborn with alobar holoprosencephaly. Clinical variability and causal heterogeneity of holoprosencephaly are discussed.

Zaključki. Na možnost nepravilnosti v razvoju osrednjega živčevja je treba pomisliti, kadar ob kliničnem pregledu otroka ugotovimo nepopoln razvoj srednjega dela obraza. Prenatalna ugotovitev je pomembna v primerih družinskega pojavljanja nepravilnosti in pri nosečnicah, ki sodijo v skupino s povečano nevarnostjo za pojav opisane razvojne nepravilnosti osrednjega živčevja.

Conclusions. When the midline facial defects are detected by the clinical examination of the child, incomplete morphogenesis of the central nervous system must be suspected. The prenatal diagnosis is important in families with high risk for holoprosencephaly and in pregnant women from groups with higher risk for brain anomalies.

Uvod

Holoprozencefalijo je prvič opisal Kundrat 1982. Z imenom *arinencefalija* je označil spekter nepravilnosti, pri katerih je bila vodilni znak displazija srednjih struktur obraza in aplazija olfaktorinih bulbusov in traktusov (1). Od tedaj so opisani številni sporadični (2, 3) pa tudi družinski primeri holoprozencefalije (4, 5).

Holoprozencefalija je motnja v embrionalnem razvoju prozencefalona, ki se ne razdeli sagitalno v simetrični možganski polobli, transverzalno v telencefalon in diencefalon ter horizontalno v olfaktorine in optične bulbuse. Holoprozencefalija je lahko lobarna, semilobarna ali alobarna, pridružene so ji lahko tudi različne stopnje prizadetosti obraza: ciklopija, etmocefalija, cebocefalija, premaksilarna agenezija in še druge, manj izrazite obrazne spremembe (6).

Holoprozencefalija se pogosteje pojavlja pri otrocih mater s sladkorno boleznijo, pri nekaterih kromosomskih nepravilnostih ali kot posledica intrauterinih okužb. Dedovanje je lahko avtosomno dominantno ali recesivno, večina primerov pa je sporadičnih.

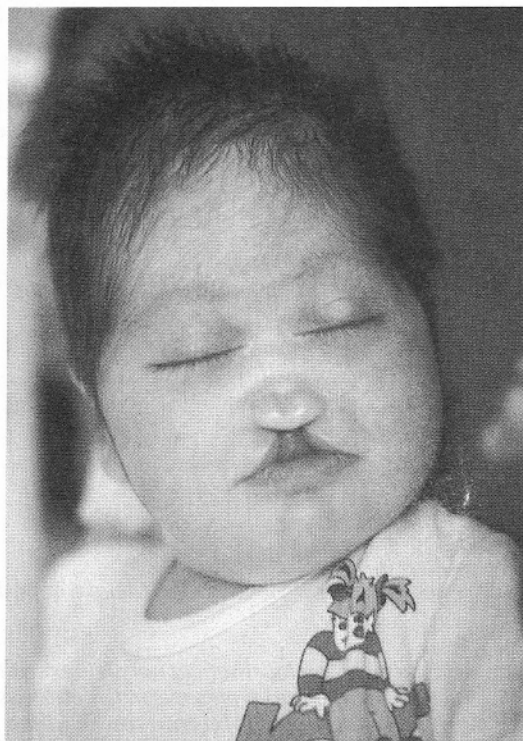
V ospredju klinične slike pri hudih oblikah so spastična tetraplegija, hud razvojni zaostanek ter krči, v nekaterih primerih pa se pojavljajo tudi znaki motenega delovanja endokrinih žlez.

Prikaz primera

Deček H. B. je bil na Neonatalni oddelek Pediatrične klinike v Ljubljani premeščen iz regionalne porodnišnice šest ur po rojstvu zaradi opredeljitve malformacije obraza.

Deček je izhajal iz romske družine, v kateri nihče od družinskih članov ni imel podobne malformacije. Rojen je bil po materini peti, normalni nosečnosti in porodu, po izračunanih 39. tednih nosečnosti. Rodil se je s porodnimi merami, primernimi za gestacijsko starost in oceno po Apgarjevi 9/9.

Ob kliničnem pregledu je bila opazna spremenjena oblika srednjega dela obraza. Obseg glave je bil primeren, velika fontanela odprta 2 × 2 cm, pomaknjena močno navzpred. Koža čela je bila poraščena, meja lasišča nejasna, obrvi zraščene. Imel je hipotelorizem, nosne kosti ni bilo videti, nosnici sta bili le kožni, prisoten je bil razcep ustnice, dihalna pot pa je bila odprta skozi odprtino med mehkiimi strukturami nosu in trdim nebom (sl. 1).



Sl. 1. Obraz novorojenčka s holoprosencefalijo: hipotelorizem, sploščen nos, središčni razcep ustnice.

Fig. 1. The face of the newborn with holoprosencephaly: ocular hypotelorism, flat nose, median cleft lip.

Deček je gledal v prazno, pogleda iz oči v oči ni bilo mogoče izzvati, na zvok se je odzival z mežikanjem oziroma z reakcijo zdrznjenja. Spontana motorika je bila stereotipna, borna, občasno so bili prisotni krčevito sinhroni gibi. Mišični tonus aksialnega mišičja je bil znižan, v udih, zlasti distalno, pa povišan, kitni refleksi so bili zelo živahni in simetrični, neonatalni avtomatizmi hoje in stoje odsotni, izražena je bila le prva faza Morojevega refleksa.

Deček je večinoma potreboval hranjenje po nazogastrični sondi. Imel je številne prikrite napade, včasih tudi tonične in mioklonične. Elektroencefalografski posnetek je bil hudo abnormen na račun prisotnosti praktično neprekinjenih izbruhov visoko voltažnih ostrih valov, pa tudi trnov in večkratnih trnov, ki so le mestoma prehajali v bolj »normalno« aktivnost v spektru theta, okrog 5 do 6 Hz, v delih posnetka pa so se pojavljali generalizirani psevdoperiodični izbruhi skupin trnov in kompleksov trn val, ki so trajali po nekaj minut.

Magnetnoresonančna preiskava možganov (MR) je pokazala fronto-temporalno popolnoma nesegmentiran rob možganov, ki je obdajal veliko nediferencirano votlino – centralno podkvasito oblikovan monoventrikel (sl. 2, 3, 4). Centralno ležeča talamusa sta bila spojena (sl. 5), korpus kalozum, interhemisferična fisura in falks niso bili razviti. Strukture debla in cerebeluma so bile normalne.

S slikovnimi (UZ, RTG) preiskavami pridruženih nepravilnosti nismo našli.

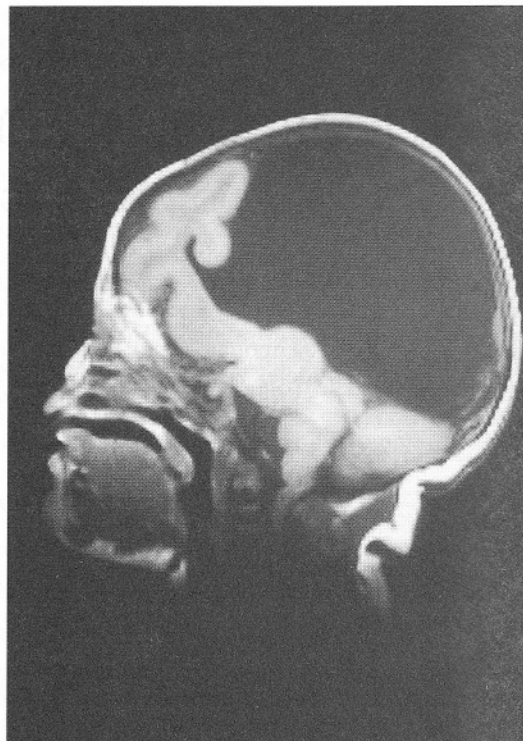
Kariotip je bil normalen: 46, XY. S serološkimi preiskavami smo izključili intrauterino okužbo s citomegalovirusom, toksoplazmo, listerijo, virusom rdečk in herpes simpleks virusom. Endokrinološko testiranje hipotalamo-hipofizne osi ni pokazalo izpadov v delovanju hipofize.

Dečkov vodilni problem so bile konvulzije, ki niso prenehale kljub zdravljenju proti krčem. Ves čas pa je bila v ospredju klinične slike tudi izrazito abnormna nevrološka simptomatika.

Deček je umrl v starosti štirih mesecev.

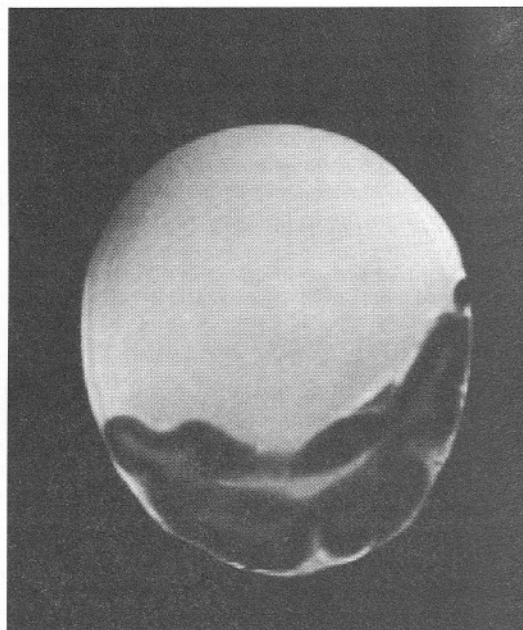
Razpravljanje

Holoprosencefalija je etiološko heterogena skupina bolezni, katere pogostnost je 1 : 16.000 živorojenih otrok (1). Vzroke



Sl. 2. Alobarna holoprosencefalija. MR glave v sagitalni ravni: SE 550/14. Sploščeni možgani anteriorno. Holoventrikel se razširi v veliko dorsalno cisto.

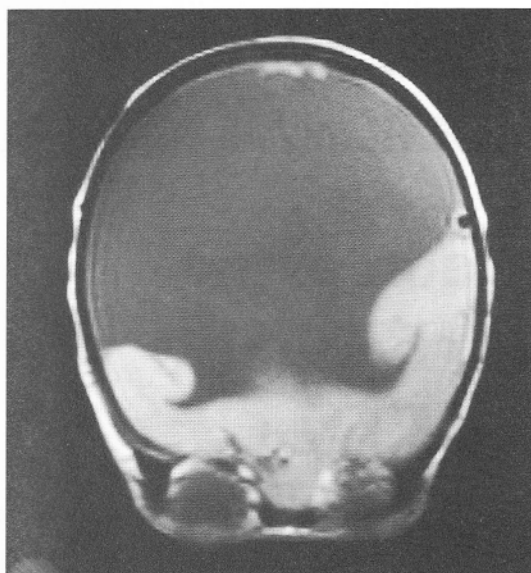
Fig. 2. Alobar holoprosencephaly. Sagittal SE 550/14 image shows a pancake of brain anteriorly. The holoventricle leads into a large dorsal cyst.



Sl. 3. MR glave v transversalni ravni: SE 2250/60. Polmesečasto oblikovan centralni monoventrikel, ki se razširi v dorsalno cisto.

Fig. 3. Axial SE 2250/60 image shows the crescent shaped holoventricle leading into the dorsal cyst.

za nastanek je treba iskati v genetskih dejavnikih in dejavnih okolja. Molekularna osnova bolezni ni znana, HPE3 na



Sl. 4. MR glave v transverzalni ravnini: SE 2250/120. Popolnoma nesegmentirana holosfera s širokimi girusi in zadebeljeno skorjo. Kranialni del monoventrikla in dorzalna cista.

Fig. 4. Axial SE 2250/120 image shows a completely unsegmented holosphere with broad gyri and thickened cortex. Cranial part of the monoventricle and dorsal cyst.

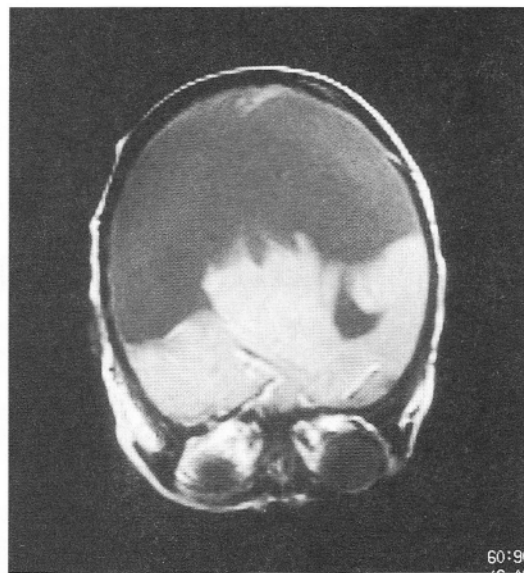
kromosomu 7q36 je eden od vsaj štirih lokusov, povezanih s holoprozencefalijo (7). Opisani so primeri družinskega pojavljanja holoprozencefalije z avtosomno recesivnim in avtosomno dominantnim dedovanjem (8). Holoprozencefalija se pojavlja tudi v sklopu nekaterih kromosomskih aberacij: trisomije 13, 13q-, 18p-, trisomije 18, trisomije 21 in je del fenotipa pri nekaterih monogenih sindromih, npr. pri Meckelovem sindromu (9, 6). Med dejavniki okolja pri etiopatogenezi poudarjajo pomen intrauterine okužbe s citomegalovirusom in toksoplazmo. Opisani so primeri holoprozencefalije pri otrocih diabetičnih mater (10) in v sklopu hidantoinnega sindroma (11) ter pri embriofetalnem alkoholnem sindromu (12). Glavna nevropatološka značilnost najhujše izražene nepravilnosti je možganska struktura z enim samim ventrikulom (alobarna holoprozencefalija), kot je v opisanem primeru. Olfaktornih bulbusov in traktusov ni, vidni živci so hipoplastični ali pa je prisoten en sam vidni živec. Možganska skorja, ki obdaja ventrikel, ima podobno zgradbo kot hipokampus in druge limbične strukture, supralimbični korteks pa ni razvit.

V večini primerov velja pri holoprozencefaliji pravilo, da je obraz zrcalo nepravilnosti v možganih (13). Najizrazitejša obrazna nepravilnost se lahko izrazi kot eno samo, v sredini ležeče oko (ciklopija) ali pa ga sploh ni. Nosna struktura je lahko povsem rudimentarna, pogosto ležeča nad središčno orbito ali pa je ni.

Pri manj izraziti obrazni nepravilnosti, kot je bilo tudi v opisanem primeru, je prisoten zmerni hipotelorizem, ploščat nos z dvema nosnicama in središnim razcepom ustnice in neba, včasih je prisotna ena sama nosna odprtina - cebocefalija (6). V nekaterih primerih so obrazne spremembe le nakazane ali pa jih sploh ni.

Holoprozencefalija se v 75% pojavlja skupaj z nepravilnostmi drugih organov: srca, okostja, sečil, spolovil ali prebavil.

Novorojenčki s hudo obliko holoprozencefalije so nevrološko prizadeti in imajo podobno klinično sliko, kot je opisana v našem primeru: konvulzije, tonični spazmi, prikriti napadi. Opisujejo tudi poikilotermijo, diabetes insipidus ali neustrezno izločanje antidiuretskega hormona, kar je posledica motenega delovanja hipotalamusa. Te oblike holoprozencefalije



Sl. 5. MR glave v transverzalni ravnini: SE 2250/22. Spojena bazalna jedra in talamusa.

Fig. 5. Axial SE 2250/22 image shows fused basal ganglia and thalami.

so povezane s hudo umsko manjrazvitostjo in kratko dobo preživetja kot v opisanem primeru.

Zaključek

Kadar pri otroku ob kliničnem pregledu ugotovimo nepopoln razvoj srednjega dela obraza, je treba pomisliti na možnost nepravilnosti v razvoju osrednjega živčevja s slabo prognozo. Z ultrazvočnim pregledom v nosečnosti je možna prenatalna diagnoza, kar je zlasti pomembno v družinah, ki že imajo enega prizadetega otroka, in pri tistih, kjer se pri posameznih družinskih članih pojavljajo motnje v razvoju srednjega dela obraza. Na možnosti nepravilnosti razvoja osrednjega živčevja je treba pomisliti tudi pri nosečnicah s sladkorno boleznijo in pri tistih, ki so izpostavljene teratogenim dejavnikom oziroma okužbi.

Literatura

1. Saunders ES, Shortland D, Dunn PM. What is the incidence of holoprosencephaly? J Med Genet 1984; 24: 21-6.
2. Landau JW, Barry JM, Koch R. Arhinencephaly. J Pediatr 1963; 62: 895-5.
3. Bishop K, Connolly JM, Carter CH, Carpenter DG. Holoprosencephaly. J Pediatr 1964; 65: 406-14.
4. Khan M, Razdilsky B, Gerrard JW. Familial holoprosencephaly. Dev Med Child Neurol 1970; 12: 71-6.
5. Godeano D, Winter ST, Dar H. Familial holoprosencephaly with median cleft lip. J Genet Hum 1973; 21: 223-8.
6. Cohen MM. An update on the holoprosencephalic disorders. J Pediatr 1982; 101: Suppl 5: 865-9.
7. Roessler E, Belloni E, Gaudenz K et al. Mutations in the human Sonic Hedgehog gene cause holoprosencephaly. Nat Genet 1996; 14: Suppl 3: 357-60.
8. Benke PJ, Cohen MM. Recurrence of holoprosencephaly in families with a positive history. Clin Genet 1983; 24: 324-8.
9. Corsello G, Butti P, Cammarata M et al. Holoprosencephaly: examples of clinical variability and etiologic heterogeneity. Am J Med Genet 1990; 37: Suppl 2: 244-9.
10. Barr MJ, Hanson JW, Currey K et al. Holoprosencephaly in infants of diabetic mothers. J Pediatr 1983; 102: Suppl 4: 565-8.
11. Kotzot D, Weigl J, Huk W, Rott HD. Hydantion syndrome with holoprosencephaly: a possible rare teratogenic effect. Teratology 1993; 48: Suppl 1: 15-9.
12. Ronen GM, Andrews WL. Holoprosencephaly as a possible embryonic alcohol effect. Am J Med Genet 1991; 40: 151-3.
13. DeMyer W. Median facial malformations and their implication for brain malformations. Birth Defects 1975; 11: 155-8.

Estracomb TTS®

lahko izboljša nadomestno hormonsko zdravljenje z Estradermom TTS.



Je kombinirano zdravilo, ki ga sestavljata transdermalni obliž Estraderm TTS® 50
in transdermalni obliž Estragest TTS® 0,25/50

omogoča neprekinjeno zdravljenje z estrogenom
in sekvenčno zdravljenje s progestagenom

izognemo se peroralnemu dajanju progestagena

je prvo zdravilo za povsem transdermalno nadomestno hormonsko zdravljenje

blaži simptome in znake pomanjkanja spolnih hormonov v pomenopavzi

učinkovit je že v odmerkih, ki so manjši kot pri peroralnem zdravljenju

Oblika: Transdermalni terapični sistem Estracomb TTS sestavlja Estraderm TTS 50 iz katerega se sprošča 0,05 mg estradiola na dan in Estragest TTS 0,25/50 iz katerega se sprošča 0,05 mg estradiola in 0,25 mg noretisteronacetata na dan. Na voljo je v obliki samolepljivega transdermalnega obliža, ki ga namestimo na nepoškodovani del kože.

Indikacije: Zdravljenje simptomov in znakov pomanjkanja estrogena v pomenopavzi, pri ženskah, ki imajo ohranjeno maternico oz. niso histerektomirane. Preprečevanje povečane izgube kostne mase v pomenopavzi.

Obmerjanje: En cikel zdravljenja z Estracombom TTS sestoji iz 4 transdermalnih obližev Estraderm TTS 50 in 4 transdermalnih obližev Estragest TTS

0,25/50. Zdravljenje začnemo z Estradermom TTS 50. Transdermalni obliž namestimo dvakrat na teden, kar pomeni, da ga zamenjamo na 3 do 4 dni.

Kontraindikacije: Rak dojke ali endometrija, endometriozna, krvavitev iz nožnice neznanega vzroka, hude okvare jeter, akutna tromboembolična bolezen, akutna globoka venska tromboza; nosečnost, dojenje; znana preobčutljivost za estradiol, noretisteronacetat ali katerikoli sestavni deli zdravila.

Stranski učinki: Na mestu, kjer pričvrstimo obliž, koža lahko prehodno pordeči in se vzdraži. Močna krvavitev in sokrvični izcedek iz spolovila, spremembe pri menstrualnih krvavitvah, dis-

menoreja, sindrom podoben predmenstruacijskemu, hiperplazija endometrija; občutek nelagodja v dojkah, glavobol in migrena. Poročajo o posameznih primerih tromboembolične bolezni, poslabšanja kronične venske insuficience, povečanja krvnega tlaka, zlatenice, anafilaktoidne reakcije.

Previdnostni ukrepi: Leiomiom ali vezivni tumor maternice, endometriozna; srčno popuščanje, povečan krvni tlak, oslabljeno delovanje ledvic, moteno delovanje jeter, epilepsija ali migrena, pozitivna družinska anamneza za rak dojke ali za nastanek tromboflebitisa ali tromboembolične bolezni. Previdnost priporočamo pri bolnicah, ki so prebolele zlatenico, ki je povezana z estrogeni, ali hepatitis, zastoj žolča, žolčni kamni ali tumor v

jetrih. Motnje sluha, ki so povezane z estrogeni; sladkorna bolezen.

Način izdajanja: Samo na zdravniški recept.
Oprema, odločba: Zloženska s 4 obliži Estraderm TTS 50 in 4 obliži Estragest TTS 0,25/50 (4 x 1 obliž v pretisnem omotu); odločba z dne 3. 11. 1998.

Izdelovalec: NOVARTIS PHARMA AG, Basel, Švica
Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom: NOVARTIS PHARMA SERVICES INC., Podružnica v Sloveniji, Dunajska 22, 1511 Ljubljana

Pred uporabo, prosimo preberite celotno navodilo.

 NOVARTIS

Strokovni prispevek/Professional article

PRIROJENE ARTERIOVENSKE KORONARNE FISTULE

CONGENITAL CORONARY ARTERY FISTULAE

Andrej Cijan

Klinični oddelek za kardiologijo, Interna klinika, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Prispelo 1999-04-02, sprejeto 1999-08-02; ZDRAV VESTN 1999; 68: 563-7

Ključne besede: koronarografija; koronarna arterijska fistula; klinična slika; terapija**Key words:** coronary arteriography; coronary artery fistulae; clinical picture; therapy

Izvleček – Izhodišča. Prirojene napake na koronarnih arterijah se pojavljajo v 1–2% bolnikov, ki so bili pregledani zaradi sindroma angine pectoris. V skoraj polovici teh primerov gre za prirojene koronarne arteriovenske fistule (CAF). Bolnikom povzročajo angini pectoris podobne težave, potekajo pa z resnimi zapleti, kot so endokarditis, miokardni infarkt, motnje ritma in anevrizma koronarne arterije. Povzročajo lahko tudi pomemben levo-desni spoj (preliv, shunt). Koronarografija je najbolj primerna metoda za odkrivanje teh napak. Postavitev točne diagnoze je pomembna, ker so te napake dostopne operativnemu zdravljenju.

Abstract – Background. Congenital anomalies of coronary arteries occur in 1–2% of the population. Coronary artery fistula (CAF) comprise 48% all congenital anomalies. They can be complicated by intracardiac shunts, endocarditis, myocardial infarction or coronary aneurisms. In most cases, this anomaly is found by chance by coronary arteriography, which is considered to be the most reliable method for making correct diagnosis.

Bolniki in metode. Opisana je klinična slika CAF, diagnostični postopki in rezultati preiskav v našem kateterizacijskem laboratoriju ter način zdravljenja. CAF smo odkrili v 0,12% pregledanih bolnikov v zadnjih letih. Bilo je 13 bolnikov. Sedem smo jih odkrili v zadnjih štirih letih, verjetno zaradi večje pozornosti, natančnejših preiskav in boljše tehnologije.

Patients and methods. This paper describes the clinical picture of CAF, diagnostic procedures and results in our catheterization laboratory. An overall incidence was 0.12%. From year 1982 to 1999 we detected 13 patients with CAF, 7 patients in last 4 years, as the result of more intensive diagnostic procedure and better technology.

Glavni bolezenski znak je angina pectoris, kar je bil tudi vzrok za koronarografijo pri enajstih bolnikih. Pri dveh pa je bila ta narejena v sklopu diagnostičnih preiskav zaradi klinično ugotovljene okvare mitralne zaklopke. Dva bolnika sta imela pomemben levo-desni spoj (preliv, shunt), pri štirih smo ugotovili samo obstoj CAF. En bolnik je imel več fistul. Pri sedmih bolnikih smo indicirali operativno zdravljenje, ki je potekalo brez kasnejših zapletov. Pri štirih bolnikih, ki so imeli še dodatno okvaro na koronarni arteriji, smo izvršili koronarno angioplastiko prizadete arterije. Dva bolnika sta ostala na zdravljenju z zdravili.

In patient angina pectoris was the leading symptom, except 2 patients who underwent diagnostic catheterization and coronary arteriography owing to the mitral valve disease. In 2 patients left to right shunt was detected of greater magnitude. 4 patients has fistula alone and in 1 patient we found multiple fistulas. 7 patients were surgically treated. There were no operative or late death. No patients has residual or recurrent coronary artery fistula as noted by late evaluation. In 4 patients coronary angioplasty was done. 2 patients remain on therapy with medicaments.

V prispevku so prikazani tudi trije primeri CAF in dodatne koronarne bolezni.

We present in this paper also the three interesting cases with CAF and coronary artery disease.

Zaključki. Ugotovitev, da gre za koronarno arteriovensko fistulo, je za bolnika zelo pomembna, ker je nadaljnji potek bolezni negotov in možnost zapletov zelo velika.

Conclusions. To prevent catastrophic outcomes, surgical treatment of CAF in adults should be performed whenever the precise diagnosis has been established. In the young patients a percutaneous closure of fistula is possible.

Uvod

Odkar je postala koronarografija stalen del rutinskih preiskav v kateterizacijskem laboratoriju, odkrivajo prirojene napake na koronarnih arterijah (KA) bolj pogosto. Pojavljajo se v 1 do 2% pregledanih oseb (1). Največkrat gre za neobičajno izstopišče ene od koronarnih arterij ali pa je koronarna arterija slabše razvita in gre za neuravnotežen koronarni sistem. Koronarna arterija lahko izstopa tudi iz druge koronarne arterije, npr. cirkumfleksna arterija (LCX) izstopa iz desne koronarne

arterije (RCA). Izstopišče je lahko tudi v nekoronarnem sinusu Valsalve, lahko izhaja tudi iz pulmonalne arterije. Te spremembe so pridružene večkrat tudi drugim prirojenim napakam na aorti, pljučni arteriji in zaklopkah.

Arteriovenske koronarne fistule (ACF) zajemajo le en del vseh prirojenih napak na koronarnem žilju. Najdemo jih v približno 48% (2) in so na drugem mestu po pogostnosti (3). Povzročajo angini pectoris podobne težave in potekajo z resnimi zapleti. So tista oblika prirojenih napak, pri katerih je operativno zdravljenje dostopno in uspešno.

Definicija arteriovenske koronarne fistule

ACF je direktna prekapilarna povezava (anastomoza) med koronarno arterijo in pljučno arterijo ali tudi drugo srčno votlino.

Razdelimo jih glede na izvor (glede na to, iz katere koronarne arterije izstopajo), glede na iztek (v kateri del srca se izlivajo) in glede na to, kako potekajo (4). Natančna razporeditev pa je še nejasna in nedokončna zaradi relativno majhnega števila primerov. Približno 400 jih je bilo opisanih do leta 1993 (5). Prvič so ACF opisali leta 1865 (6). Bilo je veliko zanimanja, v zadnjih letih pa je ACF postala središče pozornosti in raziskav. ACF lahko povezuje vsako koronarno arterijo s katerokoli srčno ali obšrčno votlino: s pljučno arterijo, aorto, veno kavo, pljučnimi venami ali koronarnim sinusom (7–10). Načelno ločijo dva tipa, in sicer pljučni tip, če se fistula izliva v pljučno arterijo, kar je relativno bolj pogosto. Drugi tip pa je srčnovotlinski tip, takrat kadar se fistula izteka v eno od srčnih votlin. Mauroudis (10) je opisal primer izliva v levi prekat in ga je imenoval »cameral tip«. Zelo redko naletimo na obe vrsti fistul pri enem bolniku. Embrionalni nastanek je namreč različen (11–13).

ACF lahko odkrijemo že v otroštvu ali pa šele v odrasli dobi. Pri odraslih se pojavlja v 0,11–0,13% vseh oseb, ki so jim napravili koronarografijo zaradi sindroma angine pectoris (SAP) (14). Najpogostejše izhajajo iz desne koronarne arterije in se tudi največkrat izlivajo v desni prekat. Po dve fistuli pri enem bolniku so našli v 5% (9, 15, 16). Glede na iztekanje krvi je na prvem mestu desni prekat, sledi pljučna arterija, nato pa levi in desni preddvor (4, 15, 17).

Etiologija

Ni še jasno, kako fistule nastanejo. Razlag je več. Gre za nepravilnost v embrionalnem razvoju (18). Verjetno so preostanek enostavnih povezav med epikardom in miokardnim obtokom in posledica preostanka povezav v mezodermu (19). Vzrok je lahko tudi nadštevilo vraščanje razvijajočih se koronarnih arterij v pljučno arterijo, ki je tedaj še del embrionalnega trunčusa arteriosusa (15).

Raziskave patologov

Te so pokazale, da je fistula sestavljena iz endotelialne obloge, ki jo obdaja vezivno tkivo in delci elastičnih vlaken. Med njimi so lipoidne naslage (20–23). Na kraju preide fistula v kapilarno mrežje, skozi tega se kri izliva v srčno votlino. Redkeje pa se izliva kot enojna odprtina (24, 25). Koronarna arterija je pred odcepom fistule razširjena, na tem mestu se lahko razvije anevrizma.

Hemodinamske lastnosti

Pretok skozi fistulo je večji kakor pa skozi koronarno arterijo, ki poteka naprej za odcepiščem. Odpor toku krvi skozi fistulo je manjši zaradi manjše razlike tlakov med začetkom in koncem fistule. Ni pa še popolnoma jasno, ali fistula moti koronarni pretok ali ne. Bittar (8) je prvi raziskoval pretok pri zavestnem bolniku med koronarografijo. S pomočjo doplerskega merilnega sistema, ki je bil nameščen v koronarno arterijo in fistulo, je neposredno meril velikost in hitrost pretoka. Ugotovil je, da je hitrost toka krvi v fistuli bolj enakomerna kakor v koronarni arteriji. In še več, hitrost je bila v sistoli celo večja kot v diastoli. Do podobnih ugotovitev so prišli že tudi prej, ko so merili pretok pri bolniku med operacijo (26). Posledica večjega pretoka krvi skozi fistulo je nastanek levo-desnega spoja (preliv, shunt) in volumna obremenitev. Druga posledica pa je sindrom kradeža (»steal sindrom«) v koronarni arteriji. Za-

radi večjega odvajanja krvi skozi fistulo in zmanjšane toka krvi v koronarno arterijo nastane relativno slabša prekrvljenost ustreznega dela srčne mišice (21, 27), bolnik pa čuti težave v obliki angine pectoris. Prav zaradi tega so nekateri poimenovali ACF tudi »nearteriosklerotična koronarna bolezen«.

Klinična slika

Naravni potek bolezni še ni popolnoma jasn, bolezen je lahko dolgo »nema«. Mlajši bolniki so brez težav, vendar le, če je levo-desni spoj (preliv, shunt) majhen. Angina pectoris oziroma prekordialna bolečina in volumna obremenitev srca sta najbolj pogosta bolezenska znaka. Prekordialno bolečino povzroča sindrom kradeža, pri starejših pa tudi razvoj arteriosklerotične bolezni na koronarnih arterijah. Bolniki čutijo palpitacije, neredno utripanje srca, stiska jih v prsnem košu tudi v mirovanju. Pojavlja se utrujenost in dušenje pri naporu, kmalu pa tudi že v mirovanju, nazadnje se pojavi ortopneja in nočna dispneja. Pri pregledu ugotovimo šum v prekordiju in tudi že klinične znake volumnske obremenitve. Bolečina v prsnem košu je sicer najbolj pogostna, vendar težko dokažemo ishemijo srčne mišice (28).

Velektrokardiogramu (EKG) se pojavijo neznatne spremembe vala T, lahko pa tudi spust ST spojnice, ki se po zdravljenju ne izravna. Na rentgenogramu prsnega koša je srce že povečano zaradi volumnske obremenitve, vidijo se znaki povečanega pretoka krvi skozi pljuča (levo-desni spoj – preliv, shunt). Z ehokardiografijo pa velikokrat ne odkrijemo pričakovanih motenj krčenja levega prekata, čeprav so znaki ishemije v klinični sliki in v EKG že izraženi. Ta neskladnost je večkrat značilna.

Dodatni pregledi, kot so scintigrafija srca, transtorakalni ultrazvok srca, obremenilni test, transezofagealna ehokardiografija, barvni dopler, diagnozo potrdijo. V zadnjem času so odkrili taka stanja samo s temi preiskavami. Običajno pa diagnostični postopek dokončamo s koronarografijo, kateterizacijo srca in oksimetrijo. Koronarografija neposredno prikaže angiografsko povezavo med koronarno arterijo in sprejemno srčno votlino, pri tem pa še arteriosklerotične spremembe na koronarnih arterijah, če so. Levo-desni spoj (preliv, shunt) dokažemo z oksimetrijo. Pogosto vidimo pri angiografiji, da prehaja kontrastno sredstvo iz fistule v sprejemno votlino.

Zapleti

Bakterijski endokarditis, srčna dekompenzacija, miokardni infarkt, pokanje anevrizme ter nevarne motnje ritma so najbolj pogosti zapleti.

Smrtnost je približno 1% pri bolnikih, ki so mlajši od 20 let, pri starejših pa že 14% (29). Zapleti se pojavljajo pri mlajših v 20%, pri starejših že nad 60%. Sindrom angine pectoris in miokardni infarkt se pojavljata v 7%. Srčno popuščanje in endokarditis sta pogosta (20%), možne so pa tudi nenadne pike anevrizme in kot posledica tamponada srca (7, 9, 29, 30).

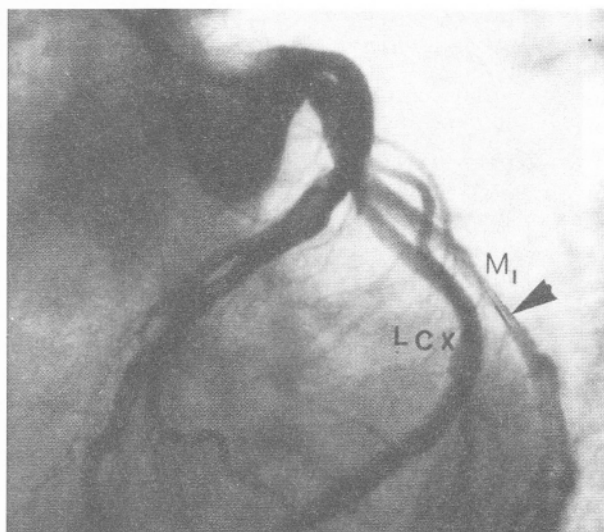
Zdravljenje

Z zdravlili je zdravljenje občasno sicer uspešno, ker se bolniku težave zmanjšajo, vendar je na prvem mestu kirurško zdravljenje (20, 24, 29).

Prvo operacijo je izvršil leta 1947 Bjork (31).

Skupno mnenje je, da je treba bolnike z ACF čimprej operirati, torej takoj, ko smo jo ugotovili (24, 32–35).

Operativni poseg priporočajo zaradi zaščite pred nevarnimi zapleti (29, 36). Veliko bolnikov pa nima še subjektivnih težav in tudi levo-desni spoj (preliv, shunt) je še majhen. Pri teh je mnenje o načinu zdravljenja še deljeno, vendar pojav sinkop in nenadnih srčnih zastojev kaže, da gre za resno bolezen.



Sl. 1a. Leva koronarna arterija v levi polstranski projekciji. Na marginalni veji LCX (M1) je bila pred tremi leti izvršena angioplastika. Puščica kaže na dobro prehodnost.

Fig. 1a. Left coronary artery in left anterior projection. LCX M1 = marginal branch with good coronary flow, three years after angioplasty (arrow).

Pri starejših bolnikih je tveganje zapletov pri operaciji bistveno večje. Izkušnje so še majhne, vendar kažejo, da je operacija varna in razultati ugodni. Priporočajo jo vsem odraslim bolnikom, tudi če nimajo težav. Gre namreč za zapiranje fistule na odcepišču in po možnosti tudi na iztekajočem mestu (2). To pa je možno le v celotnem kardioplegičnem srčnem zastoju. Priporočajo tudi uporabo ehokardiografije med operacijo zaradi boljše kontrole rezultatov (34). Problem pa je, ker se kardioplegična raztopina hitro izgublja skozi fistulo (spoj) in pride do slabše zaščite srčne mišice med operacijo. Pogoste so motnje ritma in druge zaplete. Načrt operacije se prilagaja anatomske situaciji zato, da bi se pri tem posegu, ki naj bi bil čim bolj enostaven, izognili dodatnim poškodbam koronarnega ožilja.

Možno je tudi perkutano zapiranje koronarne fistule. To metodo uporabljajo pri otrocih ali mlajših (10, 27, 37). Pogoji pa je, da je vstop v fistulo varen in da ni na izstopišču stranskih koronarnih vej, ki bi se lahko pri posegu zaprle. Poseg je vprašljiv tudi, če je fistul več (10, 37, 38).

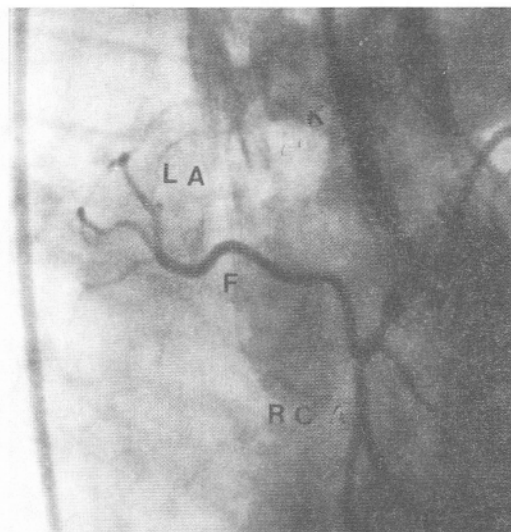
Prikaz primerov

Prvi primer

Pri 59-letnem bolniku je bila pred tremi leti izvršena »ad hoc« urgentna rekanalizacija zaprte marginalne veje na LCX. Poseg je bil uspešen, vendar so se bolniku v zadnjem letu težave ponovile. Ponovni napadi angine pectoris sedaj trajajo že več mesecev. Bolečina traja nekaj ur, pojavlja se tudi v mirovanju. Delno popušča po nitroglicerinu. Ponovna koronarografija je pokazala dobro prehodne vse koronarne arterije; tudi mesto dilatacije na marginalni veji LCX (sl. 1a). Na desni koronarni arteriji (RCA) smo ponovno opazili arteriovensko koronarno fistulo. Ta se izliva v levi preddvor (sl. 1b). Bolnikove težave si sedaj lahko razlagamo le s pojavom sindroma kradeža. Indicirano je operativno ali perkutano zapiranje fistule.

Drugi primer

67-letni bolnik ima težave že več let v obliki sindroma angine pectoris v mirovanju in ob obremenitvi. Popuščajo po nitroglicerinu. Koronarografija pokaže veliko koronarno arteriovensko fistulo, ki izstopa na dveh mestih iz začetnega dela LAD in se izliva kot enojen stek v pljuč-



Sl. 1b. Desna koronarna arterija v levi polstranski projekciji. Iz RCA izstopa fistula (F), ki teče proti levemu preddvoru (LA) in se vanj izliva. K = kateter.

Fig. 1b. Right coronary artery RCA in left anterior projection. From RCA is arising fistula (F) and is emptying into the left atrium (LA). K = catheter.

no arterijo. Angiografsko je viden prehod kontrastnega sredstva v deblo pljučne arterije (večji levo-desni spoj – preliv, shunt) (sl. 2a). Na LCX je v začetnem delu obročasta zožitev (sl. 2b). Indiciramo operativno zaporo fistule in premostitev LCX.

Tretji primer

57-letni bolnik z več dejavniki ogrožanja za koronarno bolezen srca je bil sedaj sprejet zaradi znakov popuščanja pretežno levega prekata. Pred 10 leti je prebolel miokardni infarkt spodnje stene. Pri pregledu smo slišali sistolični šum na prekordiju. Srce je bilo povečano v levo, na pljučih pa znaki povečane prekrvitve. S kateterizacijo pljučnega obtoka smo ugotovili povečane tlake v pljučnem ožilju, z oksimetrijo pa pomemben levo-desni spoj (preliv, shunt). Koronarografija je pokazala trožilno koronarno bolezen (zožitev LAD in diagonalne veje, zapora LCX marginalne veje z retrogradnim polnjenjem, pomembna zožitev na RCA) (sl. 3a), angiografija pa slabo funkcijo levega prekata brez mitralne insuficience.

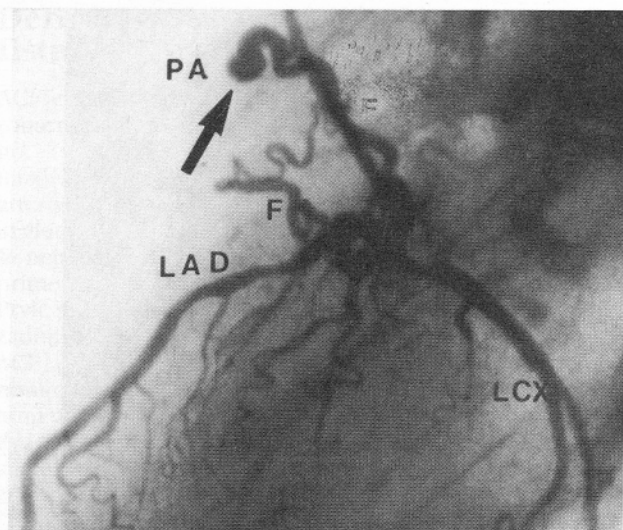
Iz RCA izhaja velika arteriokoronarna venska fistula tik pred zožitvijo. Izteka se v obliki kapilarnega mrežja v periferno vejo pljučne arterije. Druga večja fistula izhaja iz LCX arterije in se prav tako izliva v isto mesto pljučne arterije (sl. 3a, 3b). Tretjo fistulo smo prikazali s selektivnim slikanjem bronhialne arterije, ki se tudi kot mrežje izliva v isto vejo pljučne arterije (sl. 3c). Vse tri fistule imajo skupno iztočišče in tvorijo pomemben levo-desni spoj (preliv, shunt), ki je viden kot prestop kontrastnega sredstva in dokazan z oksimetrijo.

Rezultati

Izvor fistule je bil pri sedmih bolnikih RCA, pri štirih LAD, pri enem LCX, en bolnik je imel več fistul (tab. 1, bolnik št. 5). Sprejemna votlina je bila RV pri petih, PA pri šestih in LA pri dveh bolnikih. Sedem bolnikov je bilo zdravljenih z operacijo; med njimi sta bila dva, kjer je bila narejena tudi zamenjava mitralne zaklopke. Pri štirih je bila izvršena le koronarna angioplastika. Dva bolnika pa sta ostala na zdravljenju z zdravili (tab. 1).

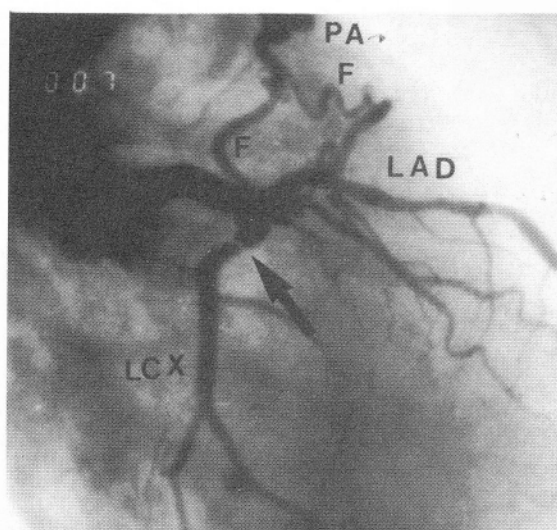
Zaključek

Koronarne arteriovenske fistule so sicer redek pojav, povzročajo pa bolnikom resne težave, največ v obliki sindroma angi-



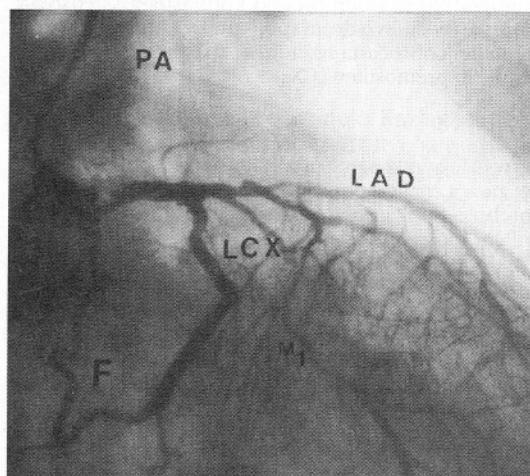
Sl. 2a. Leva koronarna arterija v stranski projekciji. Iz LAD izhaja dvojna fistula (F), ki teče proti pljučni arteriji (PA) in se zliva v obliki enojnega ustja (puščica). LCX = cirkumfleksna arterija.

Fig. 2a. Left coronary artery in lateral projection. From LAD is arising fistula (F) and is emptying as a single vessel into the pulmonary artery (PA). LCX = circumflex artery.



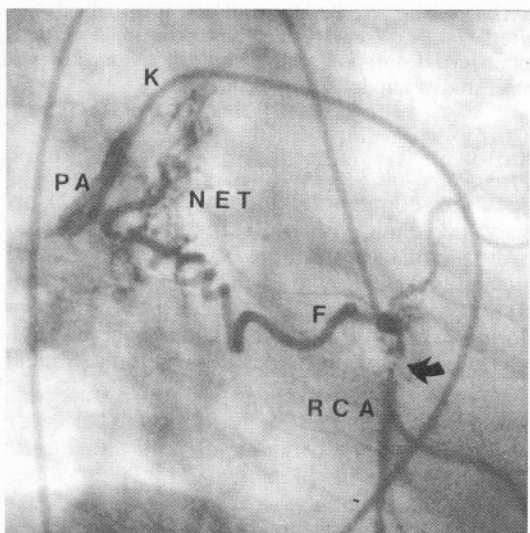
Sl. 2b. Leva koronarna arterija v anteroposteriorni kaudalni projekciji. Na LCX je vidna obročasta zožitev (puščica). Iz LAD izhaja dvojna fistula (F) in teče proti pljučni arteriji (PA).

Fig. 2b. Left coronary artery in anterior caudal projection. Annular stenosis is seen on proximal part of LCX (arrow). From LAD is arising fistula (F) to PA.



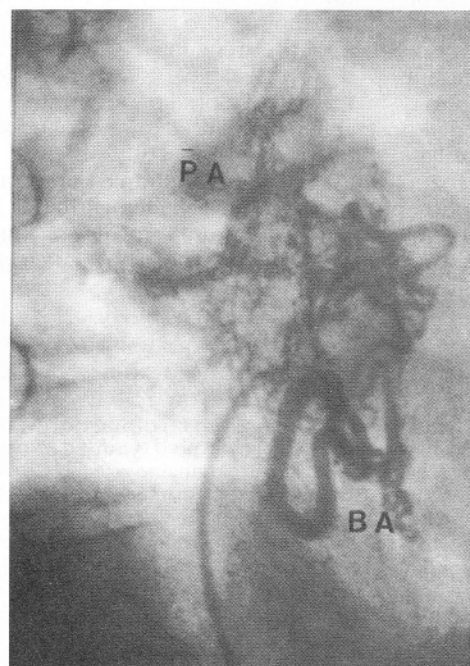
Sl. 3a. Leva koronarna arterija v anteroposteriorni projekciji. Trožilna koronarna bolezen (zožitev LAD, zapora LCX M1 z retrogradnim polnjenjem, zožitev diagonalne veje). Fistula (F) teče iz LCX proti pljučni arteriji (PA).

Fig. 3a. Left coronary artery in anteroposterior projection. Three vessel coronary artery disease (stenosis LAD and diagonal branch, occlusion LCX M1). Fistula (F) is arising from LCX and is emptying into the pulmonary artery (PA).



Sl. 3b. Desna koronarna arterija (RCA) v anteroposteriorni projekciji. Puščica kaže na zožitev na začetnem delu, takoj ko se odcepi fistula (F). Ta poteka v smerj pljučne arterije (PA) in se v obliki mrežja (NET) izliva v periferno vejo. Levo-desni spoj (preliv, shunt). K = kateter.

Fig. 3b. RCA in anteroposterior projection. Proximal stenosis (arrow) is just after exit of fistula (F). Fistula is emptying as a network (NET) into the left branch of PA. K = catheter.



Sl. 3c. Bronhialna arterija (BA) prikazano selektivno poteka proti pljučni arteriji (PA) in se kot mrežja izliva v njeno vejo.

Fig. 3c. Selective presentation of bronchial artery (BA). Artery is emptying as a network into PA.

Tab. 1. *Prikazano je 13 bolnikov, ki jim je bila zaradi sindroma angine pectoris izvršena koronarografija in ugotovljena koronarna arteriovenska fistula (VCF), in dva bolnika, pri katerih je bila preiskava narejena zaradi bolezni mitralne zaklopke (BMZ). RCA – desna koronarna arterija; LAD – leva sprednja descendentna koronarna arterija; LCX – cirkumfleksna koronarna arterija; RV – desni prekat; PA – pljučna arterija; LA – levi preddvor; op. – operativno zdravljenje; PTCA – koronarna angioplastika; spoj – ugotovitev levo-desnega spoja (preliva, shunta) z oksimetrijo ali angiografijo; med. – zdravljenje z zdravili; LCXz – zožitev cirkumfleksne koronarne arterije.*

Tab. 1. *Presentation of 13 patients with coronary artery fistula (VCF). By eleven patients was coronarography done owing to angina pectoris (AP) and by two patients owing to the valvular heart disease (BMZ). op. – operative treatment; med. – conservative treatment; PTCA – coronary angioplasty; RCA – right coronary artery; LAD – left anterior coronary artery; LCX – circumflex artery; RV – right ventricle; PA – pulmonary artery; LA – left atrium; LCXz – solitary stenosis on branch, left to right shunt was detected (+), not detected.*

Bolnik	Starost	Spol	Bolezniški znaki	Izvor	Sprejem.	Koronar.	Spoj	Zdrav-
Patient	Age	Gender	Symp-toms	Arrising	Empty-ing	Coronary artery d.	Shunt	Treat-ment
1	48	Ž/F	AP	RCA	LA	-	+	op.
2	45	Ž/F	MZ	LAD	PA	-	-	op.
3	48	Ž/F	MZ	LAD	PA	-	-	op.
4	56	M/M	AP	RCA	RV	-	±	med.
5	59	M/M	AP	RCA	PA	+	+	op.
				LCX	PA			
				BA	PA			
6	48	M/M	AP	RGA	RV	+	-	PTCA
7	58	M/M	AP	RCA	RV	+	-	PTCA
8	69	M/M	AP	LAD	PA	LCX	+	PTCA
9	62	Ž/F	AP	LCX	PA	-	-	med.
10	67	M/M	AP	LAD	PA	+	-	op.
11	58	M/M	AP	RCA	LA	LCX	-	PTCA
12	63	M/M	AP	RCA	RV	+	-	op.
13	67	Ž/F	AP	RCA	RV	+	-	op.

ne pectoris. Potekajo z resnimi zapleti. Prevladuje mnenje, da je treba tem bolnikom izvršiti zapiranje fistul bodisi operativno ali s perkutanim pristopom. V seriji naših bolnikov je bilo število primerov z arteriovensko koronarno fistulo primerljivo s podatki v literaturi. Pooperativni rezultati so bili dobri. Za perkutano zapiranje se nismo odločili, ker smo pri teh bolnikih ugotovili še dodatne sklerotične spremembe na drugih koronarnih arterijah. Pri manjših levo-desnih spojih (prelivih, shuntih) smo štirim bolnikom izvršili koronarno angioplastiko.

Literatura

- Yamaka O, Hobbs RE. Coronary artery anomalies in 126,595 patients undergoing coronary arteriography. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1990; 21: 28-40.
- Olearchyk A, Runk M, Alavi M, Grosso A. Congenital bilateral coronary to pulmonary artery fistulas. *Ann Thorac Surg* 1997; 64: 233-5.
- Lowe JE, Oldham HN, Sabiston DC. Surgical management of congenital coronary artery fistulas. *Ann Surg* 1981; 194: 373-80.
- Fernandez ED, Kadivar H, Hallman GL, Reul GJ, Ott DA, Cooley DA. Congenital malformations of the coronary arteries: The Texas Heart Institute experience. *Ann Thorac Surg* 1992; 54: 732-40.
- Kirklin JW, Barratt-Boyes BG. Congenital anomalies of the coronary arteries. In: *Cardiac Surgery*, ed. 2. New York: Churchill Livingstone, 1993: 1167-77.
- Krause W. Über den Ursprung einer akzessorischen a. coronaria aus der a. pulmonalis. *Z Ratl Med* 1865; 24: 225-9.
- McNamara JJ, Gross RE. Congenital coronary artery fistula. *Surgery* 1969; 65: 59-69.
- Bitar RS, Aguirre FV, McBride L, Munroe C, Kern M. Characterization of intra-arterial flow velocity within left coronary to pulmonary artery fistula. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1997; 41: 208-12.
- Bauer EP, Piepho A, Klovekorn WP. Coronary arteriovenous fistula: surgical correction of a rare form. *Thorac Cardiovasc Surg* 1994; 42: 237-9.
- Mavroudis C, Backer C, Rocchini A, Muster A, Gevitz M. Coronary artery fistulas in infants and children: a surgical review and discussion of coil embolisation. *Ann Thorac Surg* 1997; 63: 1235-42.
- Ogino K, Hisatome I, Kotake H, Furuse T, Hashiba H, Kuroda H, Mori T. A case of four coronary artery fistulae originating from three vessels associated with aneurysm. *Eur Heart J* 1987; 8: 1260-3.
- Kourouclis C, Viscos D, Papadopoulos P, Augoustakis D. Multiple coronary arteriovenous fistulae. *Acta Cardiol* 1976; 4: 333-8.
- Nawa S, Miyachi Y, Toshino N, Shiba K, Hayashi K, Tamesue K et al. Congenital coronary artery fistulae arising from bilateral coronary arteries and emptying into both pulmonary artery and left ventricle: A rare presentation. *Cardiology* 1996; 87: 263-6.
- Bhandari S, Kanojia A, Kasliwal RR, Kler TS, Seth A, Trehan N et al. Coronary artery fistulae without audible murmur in adults. *Cardiovasc Intervent Radio* 1993; 16: 219-23.
- Baim DS, Kline H, Silverman JF. Bilateral coronary artery-pulmonary artery fistulas. *Circulation* 1982; 4: 810-5.
- Van Dam DW, Noyez L, Skotnicki SH, Lacquet LK. Multiple fistulas between coronary and pulmonary arteries. *Eur J Cardio-Thorac Surg* 1995; 9: 707-8.
- Levin DC, Fellows KE. Hemodynamically significant primary anomalies of the coronary arteries. Angiographic aspect. *Circulation* 1978; 58: 25-34.
- Rose AG. Multiple coronary arterioventricular fistulae. *Circulation* 1978; 58: 178-80.
- Angelini P. Normal and anomalous coronary arteries: Definitions and classification. *Am Heart J* 1989; 117: 418-34.
- Rittenhouse EA, Doty DB, Ehrenhaft JL. Congenital coronary artery-cardiac chamber fistula. *Ann Thorac Surg* 1975; 20: 468-85.
- Edwards JE. Anomalous coronary arteries with special reference to arteriovenous like communications. *Circulation* 1958; 17: 1001-2.
- Ueno T, Nakayama Y, Yoshikai M, Watanabe Y, Minato N, Natsuaki M et al. Unique manifestations of congenital coronary artery fistulas. *Am Heart J* 1992; 124: 1388-91.
- Hudpeth AS, Linder JH. Congenital coronary arteriovenous fistula. *Arch Surg* 1968; 96: 832-5.
- Blanche C, Chaux A, Buchbinder N, O'Connor L. Acquired left coronary artery to left atrium fistula: Unusual complication of aortocoronary bypass. *J Cardiovasc Surg* 1987; 27: 231-2.
- Ogden JA. Congenital variation of coronary artery. Thesis. New Haven, CT: Yale University School of Medicine, 1968.
- Dedichen H, Skalleberg L, Chappellen C Jr. Congenital coronary artery fistula. *Thorax* 1966; 21: 121-5.
- Roubini G, Bovenzi F, DiGiovine G, D'Agostino C. Stress/rest myocardial perfusion SPET in evaluation of the hemodynamic significance of a fistula between the anterior descending branch of the left coronary and the left pulmonary arteries. *Angiology* 1998; 49: 55-9.
- Black IV, Loo C, Allan RM. Multiple coronary artery-left ventricular fistulae. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1991; 23: 133-5.
- Libertson RR, Sagar K, Berkoben JP, Weintraub RM, Levine FH. Congenital coronary arteriovenous fistula: Report of 13 patients, review of the literature and delineation of management. *Circulation* 1979; 59: 849-54.
- Shirai K, Ogawa M, Kawaguchi H, Kawano T, Nakashima Y, Arakawa K. Acute myocardial infarction due to thrombus in congenital artery fistula. *Eur Heart J* 1994; 15: 577-8.
- Bjork G, Crafoord C. Arteriovenous aneurysm on the pulmonary artery simulating patient ductus arteriosus. *J Thorac Surg* 1947; 2: 65-7.
- Gilbert C, Van Hoof R, Van de Werf F, Piessens J, De Geest H. Coronary artery fistula in an adult population. *Eur Heart J* 1986; 7: 437-43.
- Urrutia SCO, Falaschi G, Ott DA, Cooley DA. Surgical management of 56 patients with congenital coronary artery fistulas. *Ann Thorac Surg* 1983; 35: 300-7.
- Stevenson JG, Sorensen GK, Stamm SJ, McCloskey JP, Hall DG, Rittenhouse EA. Intraoperative transesophageal echocardiography of coronary artery fistulas. *Ann Thorac Surg* 1994; 57: 1217-21.
- Bartorelli AL, Pepi M, Sganzerla P, Montorsi P, Oaldi A, Ravagnani P, Fabbicocchi F. Syncope with cardiac arrest as the first manifestation of two congenital left coronary artery-to-pulmonary artery fistulae. *Am Heart J* 1994; 127: 207-9.
- Goto Y, Abe T, Sekine S, Iijima K, Kondoh K, Sakurada T. Surgical treatment of the coronary artery to pulmonary artery fistulas in adults. *Cardiology* 1998; 89: 225-56.
- Perry SB, Rome J, Keane JF, Baim DS, Lock JE. Transcatheter closure of coronary artery fistulas. *J Am Coll Cardiol* 1992; 20: 205-9.
- Meier B. Coronary occlusion after failed closure of coronary-pulmonary fistula with detachable balloon. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1989; 18: 237-9.

V deželi Ceclor



Buenos Dias

novost za odrasle!

Za otroke še vedno suspenzija

Ceclor®
cefaklor

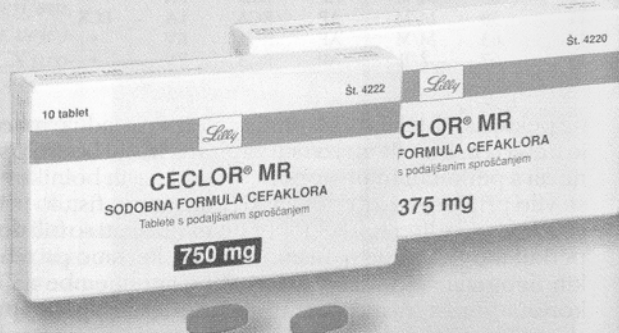


Indikacije

- infekcije dihal
- sinusitis
- vnetje srednjega ušesa
- infekcije sečil
- infekcije kože in podkožja

Oblika in pakiranje

Steklenička po 60 ml s praškom za pripravo suspenzije 125 mg/5 ml
Steklenička po 60 ml s praškom za pripravo suspenzije 250 mg/5 ml



CECLOR® MR

2-krat dnevno

Indikacije

- infekcije dihal
- sinusitis
- nezapletene infekcije spodnjih sečil
- infekcije kože in podkožja

Oblika in pakiranje

Škatlica z 10 tabletami po 375 mg cefaklora
Škatlica z 10 tabletami po 750 mg cefaklora

Lilly

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

1000 Ljubljana, Vošnjakova 2, telefon: (061) 319-648, faks: (061) 319-767

Vse dodatne informacije o obeh zdravilih so na voljo v strokovnih publikacijah, ki jih dobite na našem naslovu.

Kakovost v zdravstvu/Quality of health service

PERKUTANA TRANSLUMINALNA KORONARNA ANGIOPLASTIKA V LUČI EBM (EVIDENCE BASED MEDICINE)

PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLASTY AS SEEN IN THE CONTEXT OF EVIDENCE BASED MEDICINE

Borut Pust

Klinični oddelek za kardiologijo, Interna klinika, Klinični center, Zaloška c. 7, 1525 Ljubljana

Prispelo 1999-08-16, sprejeto 1999-09-24; ZDRAV VESTN 1999; 68: 569-73

Ključne besede: revaskularizacija miokarda; balonska angioplastika; koronarni stenti (žilne opornice); restenozo; zaviralci glikoproteinskih receptorjev IIb/IIIa trombocitov

Key words: myocardial revascularization; balloon angioplasty; coronary stents; restenosis; thrombocyte glycoprotein IIb/IIIa receptors blockers

Izvleček – Izhodišča. Zdravljenje koronarne bolezni srca je zaradi njene visoke prevalence v razvitem svetu eno od najbolj raziskovanih in najdražjih področij medicine. Veliko število randomiziranih prospektivnih študij v zadnjih dveh desetletjih zagotavlja pri mnogih koronarnih bolnikih podaljšanje preživetja in izboljšanje kakovosti življenja že ob uporabi aspirina, protitrombotičnih, protilipemičnih in protitrombotičnih zdravil. Revaskularizacija miokarda v primerjavi s konzervativnim zdravljenjem pomembno izboljša preživetje pri večini koronarnih bolnikov, pri enožilnih bolnikih iz logističnih razlogov takšnih dokazov še nimamo. Pozitiven je učinek vseh metod revaskularizacije na angino pectoris in s tem na kakovost življenja pri ca. 90% vseh tako zdravljenih. Perkutana balonska angioplastika v primerjavi z alternativnimi perkutanimi metodami ponovno pridobiva na pomenu. Vse alternativne perkutane metode in delno tudi stenti (žilne opornice) so namreč razočarale na področju dolgoročnega preprečevanja restenoz, še posebej pri dolgih in kompleksnih zožitvah, pri katerih so brez poznavanja dolgoročnih rezultatov uporabljali zelo dolge ali serijsko postavljene stente (žilne opornice). Učinkovitost stenta (žilne opornice) pri zdravljenju (grozeče) nenadne zapore arterije takoj po neuspešni PTKA je nedvomna. Le dolgoročne primerjave optimalne postavitve stenta (žilne opornice) z agresivno balonsko angioplastiko, ki daje »stentu podobne« rezultate, bodo pokazale, katera metoda je ekonomsko bolj učinkovita. Takojšnja (neposredna) PTKA v prvih urah miokardnega infarkta izboljša prognozo, še posebej pri hemodinamsko ogroženih bolnikih. Dodatno izboljša prognozo uporaba stentov (žilnih opornic) in zaviralcev glikoproteinskih IIb/IIIa receptorjev trombocitov, vendar so njihovi dolgoročni učinki še premalo dokazani, da bi lahko brez zadržkov priporočali njihovo široko uporabo pri vseh akutnih infarktih. Ta zdravila dokazano izboljšajo prognozo nestabilne angine pectoris, zdravljene in ne zdravljene s PTKA, kakor tudi prognozo PTKA kompleksnih koronarnih okvar.

Abstract – Background. The treatment of coronary heart disease is as a consequence of its high prevalence in well-developed nations one of the most investigated and most expensive fields of medicine. Due to scientific evidence from many randomized prospective trials conducted in last twenty years prolonged survival and improved quality of life are expected in coronary patients treated with aspirine and some other anti-ischemic, anti-thrombotic or anti-lipemic drugs. Myocardial revascularization procedures as compared to conservative treatment significantly improve survival in multivessel coronary disease, in single vessel disease no such evidence is available yet. A clear positive effect is demonstrated of myocardial revascularization on angina pectoris and hence on the quality of life in at least 90% of patients. The value of balloon angioplasty is increasing again when compared to alternative angioplasty methods. All of them including (at least partially) coronary stenting are disappointing in respect to prevention of restenosis, first of all in long and complex stenoses, where very long and/or in series stents were implanted apart of any previous evidence of their long-term effectiveness. There is no doubt currently about positive effects of stenting in (threatened) sudden arterial occlusion. The long-term comparison of optimal coronary stenting to »stent-like effect« bringing aggressive balloon angioplasty will demonstrate, which method is more cost-effective. Urgent (direct) PTCA performed during first hours of acute myocardial infarction improves the prognosis especially in hemodynamically compromised patients. Additional benefits can be expected, when stents and/or thrombocyte glycoprotein IIb/IIIa receptor blockers are used, however their long-term effects are not yet well known and they cannot therefore be generally recommended in all acute myocardial infarctions. These drugs improve prognosis of unstable angina, with and without PTCA, as well as prognosis of PTCA in complex coronary lesions.

Conclusions. Facing many new and expensive methods used for treatment of coronary heart disease we are concerned about the statement, that in Slovenia no representative prospective randomized studies were conducted on mid-term and long-term effects of percutaneous coronary interventions except some (personal) retrospective ones. It seems to be necessary

Zaključki. Ob številnih novih in dragih metodah zdravljenja koronarne bolezni srca zaskrbljeni ugotavljamo, da razen posameznih (osebnih) manjših retrospektivnih študij v Sloveniji nimamo reprezentativnih študij o srednjeročnih in dolgoroč-

nih učinkih perkutanih intervencijskih posegov pri tej bolezni. Zato se zdi nujno upoštevati rezultate in priporočila velikih mednarodnih, še posebej prospektivnih randomiziranih študij, ki omogočajo racionalizacijo, ekonomsko učinkovitost in višjo kakovost koronarnih intervencij tudi srednjeročno in dolgoročno.

Uvod

Kot najvišje merilo učinkovitosti različnih metod zdravljenja veljajo danes v razvitem svetu ugotovitve prospektivnih randomiziranih študij ter njihove metaanalize. Vendar pa se pri ocenjevanju strokovne kakovosti zdravljenja koronarne bolezni srca z najbolj modernimi in uporabljanimi metodami zastavlja cela vrsta vprašanj, na katere takšne študije še ne dajejo zadovoljivega odgovora. V takšnih primerih si le do neke mere lahko pomagamo z običajnimi retrospektivnimi, včasih tudi starejšimi raziskavami, ali pa celo zdravimo le na osnovi skupinske ali osebne izkušnje (anekdotična medicina).

V zadnjih 15 letih je uspelo s serijo randomiziranih prospektivnih študij dokazati pozitiven učinek različnih zdravil (npr. aspirina, zaviralcev beta receptorjev, lipolitčnih statinov in v manjši meri tudi zaviralcev ACE in kalcija ter nekaterih antikoagulantov) na prognozo koronarne bolezni srca. Po uvedbi kirurške revaskularizacije miokarda pri tej bolezni pred 30 leti je minilo precej let, preden so tri randomizirane študije (1–3) dokazale pozitivne učinke te metode zdravljenja na preživetje naslednjih posebej ogroženih podskupin koronarnih bolnikov: tistih s trožilno boleznijo, še posebej, če imajo slabo funkcijo levega prekata, tistih z zožitvijo debela leve koronarne arterije > 50%, dvožilnih bolnikov z zožitvijo leve sprednje koronarne arterije in tistih z očitno pozitivno ishemično reakcijo pri obremenitvi.

Zgornje ugotovitve o učinkovitosti te razmeroma drage kirurške metode zdravljenja koronarne bolezni srca, ki je najpomembnejši vzrok smrti pri Slovencih, so pri slovenskih zdravnikih in bolnikih očitno premalo poznane. Ob javnih očitkih, da so čakalne dobe za koronarne premostitvene operacije pri nas predolge, tako da nekateri hudi bolniki operacije ne dočakajo, namreč nekateri zatrjujejo, da revaskularizacija miokarda tem bolnikom življenja tako ali tako ne more podaljšati. Takšne izjave, ki so v nasprotju z ugotovitvami velikih mednarodnih randomiziranih in prospektivnih študij, prav lahko marsikakšnega hudo napredovalega koronarnega bolnika zavedejo, da v svojo osebno škodo zavrne možnost revaskularizacije miokarda, ki pri zgoraj naštetih skupinah bolnikov dokazano podaljša življenje, pri 90% vseh tako zdravljenih pa tudi izboljša kakovost življenja.

Perkutana transluminalna koronarna angioplastika

Indikacija za najnovejšo in včasih tudi stihijsko se razvijajočo metodo zdravljenja koronarne bolezni, tj. za perkutano transluminalno koronarno angioplastiko (PTKA), katere razvoj je bil od njenega rojstva l. 1977 v razvitem svetu naravnost eksploziven, je bila sprva le simptomatska, njena primarna uspešnost pa se je dvignila nad 90%. Takojšnji pozitivni učinek na sindrom angine pectoris in s tem tudi gotovo na stopnjo ishemije miokarda je nedvomen (4), izboljša se tudi krčenje poststenotičnih neinfarciaranih oz. hiberniranih segmentov miokarda levega prekata (5–8). Nejasen ostaja dolgoročni učinek PTKA in kirurške revaskularizacije miokarda v primerjavi s konzervativnim zdravljenjem na preživetje pri enožilni koronarni bolezni, saj je petletno preživetje konzervativno zdravljenih enožilnih bolnikov razmeroma visoko, tj. 85 do 90% (9).

therefore to take into account the results and recommendations obtained in large international prospective randomized trials, enabling rationalization, cost-effectiveness and quality improvement in coronary interventions on mid-term and long-term basis.

Edina prospektivna randomizirana študija ACME (4) v treh letih spremljanja enožilnih bolnikov ni ugotovila razlike med preživetjem konzervativno zdravljenih in zdravljenih s PTKA, le pri slednjih so bili stroški zdravljenja večji in število zapletov večje. To pomeni, da bi za dokazovanje pozitivnega učinka PTKA na preživetje enožilnih bolnikov, ki sicer prevladujejo med bolniki s PTKA, morali spremljati obe skupini mogoče tudi več kot 10 let, kar pa je zaradi etičnih in logističnih zadržkov praktično neizvedljivo. Seveda pa samo preživetje ni edino merilo učinkovitosti PTKA pri enožilni bolezni. Kakovost življenja, zelo verjetno pa tudi dolžino življenja enožilnega koronarnega bolnika, kateremu smo s PTKA preprečili velik sprednjestenski infarkt, odpravili potrebo po premostitveni operaciji, ali pa mu le odpravili angino pectoris pri vsakdanjih obremenitvah, smo gotovo pomembno izboljšali (4, 10, 11). Pozitiven učinek uspešne PTKA na petletno preživetje trožilnih in dvožilnih koronarnih bolnikov s prizadeto levo sprednjo descendno arterijo, še posebej tistih z znižanim iztisnim deležem levega prekata v primerjavi s konzervativno zdravljenimi takšnimi bolniki, je pokazalo nekaj nerandomiziranih študij (12, 13). Tudi primerjave preživetja večžilnih koronarnih bolnikov po premostitveni operaciji in po večžilni PTKA niso pokazale pomembnih razlik, iz česar je dopustno sklepati, da ima večžilna uspešna PTKA podobno pozitiven učinek na preživetje (14–16) kot večžilna kirurška revaskularizacija. Dolgoročno gledano pa imajo bolniki z večžilno PTKA več problemov z angino pectoris in preostalo ishemijo miokarda ter potrebujejo več invazivnih diagnostičnih in revaskularizacijskih posegov in več zdravil kot tisti po večžilni premostitveni operaciji (14–16).

Zgodnje izkušnje s perkutano transluminalno koronarno angioplastiko

Balonska PTKA velja od svojega nastanka l. 1977 za dokaj nepredvidljivo metodo zdravljenja koronarne bolezni tako glede takojšnjega učinka in možnih zapletov kot glede dolgoročnega učinka in možnosti ponovne zožitve (restenoze) arterije. Disekcija intime arterije z možno trombotično okluzijo je sicer bolj pogosta pri tortuoznih arterijah, dolgih (nad 2 cm) ter zelo nepravilnih in trombotičnih zožitvah, vendar je pri posameznem bolniku vsakršna napoved končnega rezultata dokaj nezanesljiva. Kljub silnemu povečanju izkušenj in izboljšanju tehnologije v intervencijski kardiologiji je bila pogostnost trombotične okluzije pri balonski PTKA še v zgodnjih devetdesetih letih 4 do 8% in 20% teh je zahtevalo nujno premostitveno operacijo kljub uporabi posebnih balonskih perfuzijskih katetrov, ki omogočajo dolgotrajno balonsko dilatacijo z istočasno še zadovoljivo prekrvitvijo ogroženega miokarda (17).

Že od osemdesetih let je največji problem PTKA ponovna zožitev (restenoza) uspešno razširjene zožitve (tj. pod 50% premera svetline arterije na najožjem mestu), ki praviloma nastopi tri do šest mesecev po uspešnem posegu. Velika večina prospektivnih randomiziranih študij je pokazala pogostnost restenoze šest mesecev po balonski PTKA 30 do 50% (18), kar se sklada tudi z dvema edinima domačima retrospektivnima študijama na temo srednjeročnih rezultatov PTKA, ki sta po-

kazali pogostnost restenoze po šestih mesecih le 27% (19) in 31% (20). Čeprav imamo dokaze, da je pogostnost restenoze obratno sorazmerna s premerom svetline arterije takoj po PTKA (21), pa vendar razmeroma slabo predvidljiv rezultat balonske PTKA obenem s pomembno zboleznostjo in umrljivostjo oz. možnostjo nenadne zapore arterije dokaj omejuje agresiven pristop pri tem načinu zdravljenja.

Alternativne metode perkutane transluminalne koronarne angioplastike

Zaradi pogostnosti restenoze in akutnih zapletov balonske PTKA so v svetu razvili vrsto tehnološko bolj zapletenih in dražjih metod PTKA. Vendar pa je randomizirana prospektivna študija ERBAC (22) opravljena pri 620 bolnikih s kompleksnimi koronarnimi zožitvami stopnje B ali C (klasifikacija American College of Cardiology in American Heart Association) pokazala značilno večjo potrebo za ponovno revaskularizacijo pri bolnikih s PTKA – opravljeno s kateterskim svedrom (rotablatorjem) ali laserskim katetrom (excimer laser) kot pri bolnikih z enostavno balonsko PTKA. Tudi kateterska atereotomija (DCA) po rezultatih prospektivne randomizirane študije BOAT (23) v primerjavi z balonsko PTKA ne zmanjša potrebe po ponovni revaskularizaciji kljub pomembnemu zmanjšanju pogostnosti restenoze, pri tem pa pomembno poveča pogostnost netransmuralnega infarkta ob posegu. Prav zato omenjene alternativne metode tudi v dobro opremljenih laboratorijih najbolj razvitih držav ne presegajo več 5% vseh PTKA posegov.

Koronarne opornice (stenti)

Koronarne stente (žilne opornice) so uvedli konec osemdesetih let, da bi odpravili elastično skrčenje (recoil) in/ali »zlepili« raztrgano oz. disecirano intimo arterije takoj po manj uspešni balonski PTKA in tako preprečili nenadno zaporo ter možno kasnejšo restenozo na širjenem mestu. Čeprav nikoli ni uspelo z randomizirano prospektivno študijo dokazati prednosti postavitve stenta (žilne opornice) pred ponovno balonsko PTKA v primeru (grozeče) zapore širjene arterije, pa vendarle rezultati mnogih retrospektivnih študij kažejo na prednost stenta (žilne opornice) pred balonom v primeru grozeče ali aktualne zapore koronarne arterije (24, 25). George s sod. (26) je l. 1993 poročal o uspešni postavitvi stenta (žilne opornice) pri 95% od 494 bolnikov z nenadno ali grozečo zaporo koronarne arterije takoj po PTKA. Le 4% teh bolnikov je nujno potrebovalo aortokoronarno premostitveno operacijo, medtem ko je pred obdobjem uporabe stentov (žilnih opornic) bilo treba več kot 20% takšnih bolnikov reševati z operacijo. Vrsta primerjalnih nerandomiziranih študij je pokazala, da je delež hudih zapletov med PTKA, kot sta smrt in infarkt, pomembno nižji v letih po uvedbi koronarnega stenta (žilne opornice) (27).

Stenti (žilne opornice) in preprečevanje restenoze po perkutani transluminalni koronarni angioplastiki

Po tem, ko je vse od uvedbe koronarne angioplastike restenozo predstavljala glavni nerešeni problem te metode, ki ga ni uspelo do sedaj pomembno in dolgoročno omejiti z nobenim od sredstev, ki sicer zavirajo proliferacijo arterijske neointime in rast ateromov, sta dve prospektivni randomizirani študiji, tj. STRESS in BENESTENT s primerjavo uporabe koronarnih stentov (žilnih opornic) Palmaz-Schatz in balonske

PTKA pokazali pomembno zmanjšanje pogostnosti restenoze od 42% na 32% ($p = 0,046$) in od 32% na 22% ($p = 0,02$) v toku 7 oz. 6 mesecev po posegu (29, 30). Vendar je čisto povečanje najmanjšega premera svetline šest mesecev po posegu bilo signifikantno le v okviru študije STRESS ($p = 0,01$), kar govori za razmeroma skromen učinek stenta (žilne opornice) na pogostnost in stopnjo restenoze, in še to velja le za stente (žilne opornice) Palmaz Schatz, krajše od 20 mm. Obe študiji sta pokazali, da stent (žilna opornica) sicer prinese večje takojšnje povečanje minimalnega premera svetline kot balonska PTKA, vendar pa tudi večjo kasno izgubo tega premera zaradi bolj izražene hiperplazije neointime šest mesecev po vstavitvi stenta (žilne opornice).

V zadnjih petih letih je uspelo znižati pogostnost subakutne tromboze v stentu (žilni opornici) od 15% na 3%, kar je pripisati uporabi visokega pritiska v balonu (> 12 atm) pri postavitvi stenta (žilne opornice), kot tudi uvajanju protitrombotičnih zdravil, zlasti kombinacije ticlopidina in aspirina namesto dikumarola. Vendar ti spremenjeni postopki nimajo učinka na pogostnost restenoze sedem mesecev po posegu, kot je pokazala randomizirana prospektivna študija STRESS III (31).

Uporaba koronarnih stentov (žilnih opornic) se je zadnjih pet let v bogatih deželah in tudi v Sloveniji vsako leto skoraj podvojila in dosegla v l. 1998 40% do 60% vseh PTKA posegov, kar ugledni in kritični poznavalci ocenjujejo kot neracionalen porast ali »stentomanijo« in naj bi bilo v nasprotju z do sedaj objavljenimi dolgoročnimi rezultati elektivnega (nenujnega) postavljanja stentov (žilnih opornic) (32).

K temu je verjetno največ pripomogel praviloma odličen takojšnji angiografski rezultat elektivne postavitve stenta (žilne opornice), ki navduši predvsem manj izkušene izvajalce, in podatki iz študij STRESS in BENESTENT o zmanjšani pogostnosti restenoze po stentu (žilni opornici) v primerjavi z balonom (29, 30). Pri tem je pomembno, da velik del elektivnih odločitev za stent (žilno opornico) v vsakdanji praksi ne temelji na dolgoročno preverjenih indikacijah, kot jih upoštevata omenjeni študiji. Najčesče in v obeh študijah nepreverjene indikacije v vsakdanji praksi so: zožitve, dolge nad 15 mm, postavitev več zaporednih stentov (žilnih opornic), ostialne zožitve, zožitve v bifurkacijah, v tortuozni arteriji in v arteriji s premerom svetline pod 3 mm. Šele v zadnjih dveh letih je preverjena učinkovitost stenta (žilne opornice) v kroničnih okluzijah (33), pri zožitvi aortokoronarnega venskega grafta (34) in pri restenozni po balonski PTKA (35). V vsakdanji praksi zelo aktivnega invazivnega kardiološkega laboratorija prevladujejo zožitve, ki po verjetnosti restenoze precej presegajo zožitve iz študij STRESS in BENESTENT. Kot poročata Sawada (36) in Narins (28), je pogostnost restenoze po stentu (žilni opornici) pri takšnih bolnikih prav zato 30% do 50% in ne 22% do 32%, kot očitno preveč optimistično obetata STRESS in BENESTENT.

Restenozoza v stentu (žilni opornici)

Široka uporaba koronarnih stentov (žilnih opornic) je prinesla tudi povsem nov problem v intervencijsko kardiologijo, tj. restenozo v stentu (žilni opornici), ki je posledica pospešenega razraščanja neointime v stentu (žilni opornici) ali ob njegovem robu, ki je bolj intenzivno kot po uporabi samega balona in ki marsikdaj v šestih mesecih izniči prednost večje takojšnje pridobitve svetline arterije, kakršno omogoča stent (žilna opornica) v primerjavi z balonom.

Še posebej »maligne« so difuzne restenozoze v stentu (žilni opornici), za katere še ni ustrezne in učinkovite perkutane metode zdravljenja. Nekaj preliminarne retrospektivne študije kaže na 32% do 57% verjetnosti ponovne restenoze po balonski PTKA restenoze v stentu (žilni opornici) (37), za (difuzne) restenozoze v stentu (žilni opornici), daljše od 1 cm, pa celo 85% (38)!

Zato je poučen naslednji fiktivni izračun (39), ki temelji na rezultatih randomiziranih prospektivnih študij BENESTENT (30) in REST (40):

- Če pri 100 bolnikih s tipično »BENESTENT zožitvijo« opravimo balonsko PTKA, imamo čez 6 mesecev 32 restenoz, še 6 mesecev kasneje, tj. po postavitvi 32 stentov (žilnih opornic) v te restenoze, pa le 6 recidivnih restenoz v stentu (žilni opornici), kar pomeni skupno porabo po enem letu 32 stentov (žilnih opornic) in izvršenih 32 ponovnih PTKA.

- Če pri 100 bolnikih s podobno, tj. »BENESTENT zožitvijo«, elektivno (primarno) takoj postavimo stent (žilno opornico), je potrebnih po šestih mesecih zaradi restenoze sicer le 22 ponovnih, tj. balonskih PTKA, zato pa imamo po enem letu kar 13 restenoz v stentu (žilni opornici), kakršne je zelo težko dolgoročno odpraviti, in kar 100 porabljenih stentov (žilnih opornic)!

Elektivno postavljanje stentov (žilnih opornic) pri enostavnih zožitvah tipa BENESTENT zaradi strokovnih in ekonomskih razlogov (28) torej ni indicirano.

Najnovejši trend omejevanja postavljanja koronarnih stentov (žilnih opornic) v korist balonske PTKA je utemeljen tudi zaradi izboljšanja strategije in tehnologije slednje v zadnjih letih, še posebej zaradi rezultatov, doseženih s perfuzijskimi balonskimi katetri (41) in z bolj agresivnim pristopom, tj. z uporabo balonov večjega premera. Takšna strategija omogoča »stentu slične« rezultate balonske PTKA s preostalo zožitvijo takoj po posegu pod 30%, kar ima za posledico znižanje pogostnosti kasne restenoze pod 20%, kot je pokazala preliminarna objava dolgoročnega spremljanja rezultatov te posebne podskupine randomizirane prospektivne študije BENESTENT I (42). Takšen rezultat balonske PTKA postavlja pod vprašaj strategijo elektivnega oz. primarnega postavljanja stentov (žilnih opornic) in govori v prid postavljanja stenta (žilne opornice) le po potrebi oz. sekundarno, tj. ob grozeči in/ali aktualni zapori in ob suboptimalnem rezultatu (= preostala zožitev > 30%, disekcija > 1 cm) po balonski PTKA.

Perkutana transluminalna koronarna angioplastika in akutni koronarni sindromi

Kot kaže manjša prospektivna randomizirana študija, postavljanje stenta (žilne opornice) v infarktno arterijo v prvih šestih urah akutnega miokardnega infarkta in do 24 ur, če se očitna ishemija miokarda nadaljuje, v primerjavi z balonsko PTKA pomembno zmanjša pogostnost reinfarkta in potrebo po ponovni revaskularizaciji infarktne arterije še šest mesecev po dogodku (43), ne da bi to vplivalo na umrljivost.

Pri tem ne smemo pozabiti, da sama balonska PTKA, kot je pokazala metaanaliza 10 prospektivnih randomiziranih študij (44), v prvih šestih urah akutnega miokardnega infarkta pomembno zmanjša mortaliteto, reinfarkt in cerebrovaskularne zaplete v primerjavi s sistemsko fibrinolizo.

V zvezi z možnim izboljšanjem učinkov PTKA, kar zadeva mortaliteto in pogostnost infarkta pri bolnikih s stabilno in nestabilno angino pectoris, so zelo spodbudni rezultati zdravljenja z zaviralci glikoproteinskih receptorjev IIb/IIIa (Reo-pro in drugi) med posegom in po posegu, ki so pokazali zmanjšanje pogostnosti teh najhujših zapletov za ca. 50% v toku enega meseca po posegu, 20% po šestih mesecih in 12% po treh letih (45, 46). Randomizirana prospektivna študija RAPPORT je v okviru akutnega miokardnega infarkta pokazala, da Reo-pro signifikantno zniža mortaliteto, reinfarkt in nujno revaskularizacijo (še posebej nujno postavitve stenta [žilne opornice]) v obdobju šestih mesecev, ne zmanjša pa potrebe po elektivni revaskularizaciji (47).

Tudi bolj agresivna uporaba večjih balonov med PTKA na osnovi ocene svetline arterije z ultrazvočno katetersko sondo lah-

ko pomembno izboljša takojšnji rezultat širjenja, ne da bi povečala možnost ogrožajoče disekcije, kot napoveduje manjša prospektivna pilotska študija (48).

Zaključek

Ob hitrem porastu stroškov diagnostike in zdravljenja koronarne bolezni srca, ki so v veliki meri posledica uvajanja in pospešenega širjenja tehnološko novih in glede na dolgoročni učinek še nepreverjenih metod, se zdi zahteva po uvajanju znanstvenega pristopa pri ocenjevanju njihove učinkovitosti upravičena. Randomizirane prospektivne študije, ki so spremljale hiter razvoj PTKA, so dokazale njene nedvomne pozitivne učinke na stopnjo angine pectoris in s tem tudi na kakovost življenja. Kirurška in intervencijska perkutana revaskularizacija miokarda po teh študijah pomembno podaljšata preživetje večžilnih bolnikov približno v enaki meri in za približno enake stroške, vendar PTKA v manjši meri olajšuje angino pectoris in ishemijo miokarda in zahteva več kasnejših intervencij kot kirurška revaskularizacija. Študija BOAT je s svojimi rezultati omejila neupravičeno širjenje koronarne rotablacije, laserske PTKA in aterektomije, BENESTENT I pa je opozorila na možnost zniževanja verjetnosti restenoze pod 20%, tj. celo bolj kot z elektivno postavljenim stentom (žilno opornico), če zmanjšamo stopnjo preostale stenoze po PTKA pod 30%. Prospektivne randomizirane študije so dokazale izboljšanje prognoze akutnega infarkta z uporabo takojšnje balonske PTKA in še posebej s postavitvijo stenta (žilne opornice) v primerjavi s klasično sistemsko fibrinolizo. Za zaviralce trombocitnih receptorjev IIb/IIIa je na enak način dokazano, da izboljšujejo prognozo preživetja in zmanjšujejo možnost (re)infarkta in nujne revaskularizacije pri PTKA posegih z visokim tveganjem, pri nestabilni angini pectoris in ob akutnem miokardnem infarktu.

Literatura

1. CASS principal investigators and their associates. Coronary artery surgery study (CASS): a randomized trial of coronary artery bypass surgery survival data. *Circulation* 1983; 68: 939-50.
2. The veteran's administration coronary artery bypass surgery cooperative study group. 11 years survival in the veteran's administration randomized trial of coronary bypass surgery for stable angina. *New Engl J Med* 1984; 311: 1333-9.
3. Varnauskas E. The European coronary surgery group. Twelve-year follow-up of survival in the randomized European coronary surgery study. *N Engl J Med* 1988; 319: 332-7.
4. Parisi AF, Folland ED, Harligan P et al. On behalf of the veterans affairs ACME investigators. A comparison of angioplasty with medical therapy in the treatment of single-vessel coronary artery disease. *N Engl J Med* 1992; 326: 10-6.
5. Pust B, Surlan M, Sebenik M. Improved contraction of »hibernating« myocardium after PTCA of related arterial stenosis. *Eur Heart J* 1990; 11: Suppl 22 (abstract).
6. Pust B, Surlan M. Contraction of poststenotic myocardial segments immediately and late after successful coronary angioplasty. *Eur Heart J* 1995; 16: Suppl 484 (abstract).
7. Pust B. Can improvement of left ventricular contraction abnormalities after PTCA be predicted by the effect of nicardipine? *Cor Europaeum* 1997; 6: 124-7.
8. Pust B, Surlan M. Pre-PTCA detection of chronic but reversible postischemic myocardial dysfunction by nicardipine. *Angiology* 1998; 49: 115-27.
9. Bruschke AVG, Proudfit WL, Sones FM. Progress study of 590 consecutive nonsurgical cases of coronary disease followed 5-9 years. Arteriographic correlations. *Circulation* 1973; 47: 1147-54.
10. Kadel C, Buss F, Kober G et al. Langzeitprognose nach PTCA bei 798 Patienten mit koronarer Eingefässerkrankung. *Z Kardiol* 1991; 80: Suppl 3: 101-8.
11. Moliteno DJ, Lange RA, Willard JE et al. Does restoration of antegrade flow in the infarct-related coronary artery days or weeks after myocardial infarction improve long-term survival? *Coronary Artery Dis* 1992; 3: 299-304.
12. Davies RF, Goldberg AD, Forman S et al. for the ACIP investigators. Asymptomatic cardiac ischemia pilot (ACIP) study two year follow-up. *Circulation* 1997; 95: 2037-43.
13. Ellis SG, Fisher L, Dushman-Ellis S et al. Comparison of 3-5 year mortality and infarction rates after angioplasty (PTCA) or medical therapy for 1 or 2 vessel left anterior descending disease. *Circulation* 1987; 76: Suppl IV: 392-8.

14. Hamm CW, Reimers J, Ischinger T et al. A randomized study of coronary angioplasty compared with bypass surgery in patients with symptomatic multivessel coronary disease. German angioplasty bypass surgery investigation (GABI). *N Engl J Med* 1994; 331: 1037-43.
15. RITA participants. Coronary angioplasty versus coronary artery bypass surgery: the Randomised Intervention Treatment of Angina (RITA) trial. *Lancet* 1993; 341: 573-80.
16. King SB, Lembo NJ, Weintraub WS et al. For the Emory angioplasty versus surgery trial (EAST). A randomized trial comparing coronary angioplasty with coronary bypass surgery. *N Engl J Med* 1994; 331: 1044-50.
17. Lincoff AM, Popma JJ, Ellis SG et al. Abrupt vessel closure complicating coronary angioplasty. Clinical, angiographic, and therapeutic profile. *J Am Coll Cardiol* 1992; 19: 926-35.
18. Hillegass W, Ohman O, Califf R. Restenosis: the clinical issues. In: Topol EJ ed. *Textbook of interventional cardiology*: vol. 2. Philadelphia: WB Saunders, 1994: 415-35.
19. Pust B, Šurlan M. Takojšnji in kasni rezultati perkutane transluminalne koronarne angioplastike - osebne izkušnje. *Zdrav Vestn* 1993; 62: 53-7.
20. Pust B, Šurlan M. Zgodnji in pozni rezultati perkutane transluminalne koronarne angioplastike - tuje in lastne izkušnje. *Med Razgl* 1994; 33: Suppl 1: 191-8.
21. Kuntz R, Gibson C, Nobuyoshi M, Baim D. Generalized model of restenosis after conventional balloon angioplasty, stenting and directional atherectomy. *J Am Cardiol* 1993; 21: 15-25.
22. Reifart N, Vandormael M, Krajcar M et al. Randomized comparison of angioplasty of complex coronary lesions at a single center: excimer laser, rotational atherectomy and balloon comparison (ERBAC) study. *Circulation* 1997; 96: 91-8.
23. Baim D, Popma J, Sharma S et al. Final results in the balloon vs. optimal atherectomy trial (BOAT): 6 month angiography and 1 year clinical follow-up. *Circulation* 1996; 94: Suppl I: I-436, abstract.
24. Herrmann HC, Buchbinder M, Clemen MW et al. Emergent use of balloon expandable coronary artery stenting for failed percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Circulation* 1992; 86: 812-9.
25. Lincoff AM, Topol EJ, Chapekis AT et al. Intracoronary stenting compared with conventional therapy for abrupt vessel closure complicating coronary angioplasty: a matched case-control study. *J Am Coll Cardiol* 1993; 21: 866-75.
26. George BS, Voorhees WD, Roubin GS et al. Multicenter investigation of coronary stenting to treat acute or threatened closure after percutaneous coronary angioplasty: clinical and angiographic outcomes. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22: 135-40.
27. Altmann DB, Racz M, Battleman DS et al. Reduction in angioplasty complications after the introduction of coronary stents: results from a consecutive series of 2242 patients. *Am Heart J* 1996; 132: 503-7.
28. Narins CR, Holmes DR, Topol EJ. A call for provisional stenting. The balloon is back! *Circulation* 1998; 97: 1298-305.
29. Fischman D, Leon M, Baim D et al. A randomized comparison of coronary-stent placement and balloon angioplasty in the treatment of coronary artery disease. *N Engl J Med* 1994; 331: 496-501.
30. Serruys P, De Jaegere P, Kiemeneij F et al. A comparison of balloon expandable stent implantation with balloon angioplasty in patients with coronary artery disease. *N Engl J Med* 1994; 489-95.
31. Fischman D, Savage M, Penn I et al. High pressure inflation in conjunction with ticlopidine and aspirin following coronary stent placement: results of the stress III trial. *J Am Coll Cardiol* 1997; 29: Suppl A: 171 A. Abstract.
32. Topol E. Caveats about elective stenting. *N Engl J Med* 1994; 331: 539-41.
33. Sirnes PA, Golf S, Myreng Y et al. Stenting in chronic coronary occlusion (SICCO), a randomized, controlled trial of adding stent implantation after successful angioplasty. *J Am Coll Cardiol* 1996; 28: 1444-51.
34. Savage M, Douglas J, Fischman D et al. Stent placement compared with balloon angioplasty for obstructed coronary bypass grafts. *N Engl J Med* 1997; 337: 740-7.
35. Erbel R, Haude M, Hopp H et al. Restenosis stent (REST) study: randomized trial comparing stenting and balloon angioplasty for treatment of restenosis after balloon angioplasty. *J Am Coll Cardiol* 1996; 27: Suppl A: 139 A. Abstract.
36. Sawada Y, Nokasa H, Kimura T, Nobuyoshi M. Initial and six month outcome of Palmaz-Schatz stent implantation: STRESS/BENESTENT equivalent vs. non-equivalent lesions. *J Am Coll Cardiol* 1996; 27: Suppl A: 252 A. Abstract.
37. Baim DS, Levine MJ, Leon MB et al. Management of restenosis with the Palmaz-Schatz coronary stent (the US multicenter experience): the US Palmaz-Schatz stent investigators. *Am J Cardiol* 1993; 71: 364-6.
38. Yokoi H, Kimura T, Nakagawa Y et al. Long-term clinical and quantitative angiographic follow-up after the Palmaz-Schatz stent restenosis. *J Am Coll Cardiol* 1996; 27: Suppl A: 224 A. Abstract.
39. Figulla HR. Lassen sich Rezidive mechanisch verhindern? *Z Kardiol* 1998; 87: 57-9.
40. Erbel R, Haude M, Hopp HW et al. On behalf of the REST study group (1996). Restenosis stent (REST) study: randomized trial comparing stenting and balloon angioplasty for treatment of restenosis after balloon angioplasty. *J Am Coll Cardiol* 1996; 27: Suppl A: 732-4.
41. De Muinck ED. Distal coronary hemoperfusion during percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Cardiologie* 1995; 2: 241-7.
42. Serruys P, Azar A, Sigwart U et al. Long-term follow-up of 'stent-like' (<30% diameter stenosis post) angioplasty: a case for provisional stenting. *J Am Coll Cardiol* 1996; 27: Suppl A: 15 A. Abstract.
43. Suryapranata H, van't Hof AWJ, Hoorntje JCA et al. Randomized comparison of coronary stenting with balloon angioplasty in selected patients with acute myocardial infarction. *Circulation* 1998; 97: 2502-5.
44. Weaver WD, Simes RJ, Ellis SG et al. Comparison of primary coronary angioplasty and intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review. *JAMA* 1997; 278: 2093-8.
45. EPIC investigators. Use of a monoclonal antibody directed against the platelet glycoprotein IIb/IIIa receptor in high-risk coronary angioplasty. *N Engl J Med* 1994; 330: 956-61.
46. EPILOG investigators. Platelet glycoprotein IIb/IIIa receptor blockade and low-dose heparin during percutaneous coronary revascularization. *N Engl J Med* 1997; 336: 1689-96.
47. Brener SJ, Barr LA, Burchenal JEB et al. (RAPPORT investigators). Randomized, placebo-controlled trial of platelet glycoprotein IIb/IIIa blockade with primary angioplasty for acute myocardial infarction. *Circulation* 1998; 98: 734-41.
48. Stone G, Hodgson J, St Goar F et al. Improved procedural results of coronary angioplasty with intravascular ultrasound-guided balloon sizing: the CLOUT pilot trial. *Circulation* 1997; 95: 2044-52.

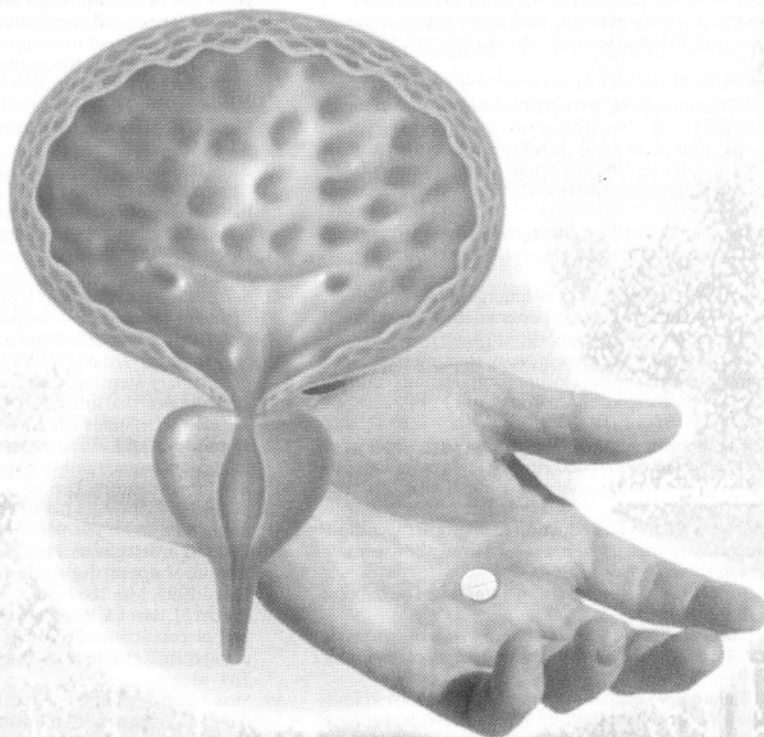
SELEKTIVNI POSINAPTICNI BLOKATOR ADRENERGIČNIH RECEPTORJEV α_1

Tonocardin[®]

doksazosin



BHP



Tonocardin je po sestavi doksazosin mesilat, derivat kinazolina. Je blokator adrenergičnih receptorjev α_1 .

Indikacije: Hipertenzija, zdravljenje simptomov benigne hiperplazije prostate (BHP). **Odmerjanje in način uporabe:**

Tonocardin lahko jemljemo zvečer ali zjutraj. Začetni odmerek znaša 1 mg na dan. Odvisno od urodinamičnih lastnosti in simptomov BHP posameznika odmerek lahko povečamo najprej na 2 mg na dan, nato na 4 mg, do največjega priporočenega odmerka za zdravljenje BHP, ki znaša 8 mg na dan. Priporočeni razmak med posameznimi povečanji odmerka je 1 do 2 tedna. Običajni odmerek je 2 do 4 mg enkrat na dan. **Kontraindikacije:** Tonocardin je kontraindiciran pri bolnikih, ki so preobčutljivi za kinazolinске preparate. **Posebna opozorila:** Previdnost pri uporabi Tonocardina je potrebna pri bolnikih z okvarjenim delovanjem jeter, ker njegova presnova poteka v jetih. Bolnikom z oslabiljenim delovanjem ledvic pa lahko dajemo Tonocardin v običajnih odmerkih. **Nosečnost in dojenje:** Čeprav pri poskusih na živalih ni bilo opaziti teratogenega učinka Tonocardina, še ni zanesljivo ugotovljena varnost njegove uporabe med nosečnostjo in dojenjem. **Stranski pojavi:** ortostatske reakcije, vrtoglavica, glavobol, utrujenost, oteklina, astenija, zaspanost, slabost, rinitis. **Oprema:** 20 tablet po 2 mg, 20 tablet po 4 mg.

Podrobnejše informacije o zdravilu dobite pri zastopniku.

Proizvajalec: PLIVA d.d., Zagreb, Hrvaška; Zastopnik: PLIVA LJUBLJANA d.o.o., Dunajska 51, 1000 Ljubljana, telefon: 061/302 150, telefaks: 061/302 850

*Olajša simptome benigne hiperplazije prostate
(BHP) že po enem tednu zdravljenja*

 **PLIVA**

Pismo uredništvu/Letter to the editor

OBVLADOVANJE NAPAK V MEDICINI

Janko Kersnik

Zdravstvena postaja Kranjska Gora, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora

Izvleček – Prispevek razčlenjuje vire odklonov pri zdravstveni oskrbi: lastnosti bolnikov, pogoji za delo in zdravnikovo delo. Predstavlja obvladovanje napak kot del sistematičnega izboljševanja, ki sicer dopušča pojav različnih odklonov, njihovo

uporabo v procesu izbire prednostnih nalog in skupaj s celovitim obvladovanjem kakovosti zmanjšuje možnost nastajanja napak na najnižjo možno raven.

Uvod

Želja po obvladovanju napak v medicini je verjetno stara prav toliko kot medicina sama. Iskanje vzrokov za neugodne izide ima več obrazov. V ospredju je želja po kaznovanju in izločevanju tistih, ki delajo slabo (1). Zanimanje za človekov delež pri neugodnem izidu je toliko večje, ker odpira vrata izterjavi povračila zaradi nastale materialne in duševne škode, ki je možna le ob dokazani malomarnosti pri delu, opustitvi oskrbe, postopkov in ukrepov, ki naj bi jih izvedel po smernicah sedanjega znanja, in ne nazadnje, ker celotna družba svoje moralne vrednote zrcali prav v kakovost oskrbe in v zdravniško etiko (1-3). Pomembna je tudi želja po zmanjšanju stroškov, ki jih povzročajo tožbe in odškodninski zahtevki neposredno (4, 5) in posredno tudi zaradi defenzivnega sloga dela (2). Razlike, različki, odstopanja in napake pa postajajo vedno pomembnejši iz čisto etičnih razlogov – zaradi kakovosti oskrbe (6, 7). Kljub temu da tudi v medicini velja t.i. Demingovo pravilo 80 : 20, ki pove, da je za kakovost v 80% odgovorna organizacija dela in da neposredni izvajalec prispeva le 20%, človekov delež ni zanemarljiv (1, 8). Pri ugotavljanju vzročne povezanosti med nastalo škodo, postopkom oskrbe in izvajalčevem deležu pri tem je pomembno ločevati med zavestnimi odstopanji in odstopanji, ki nastanejo nehote zaradi odklonov pri izvedbi zdravstvene oskrbe.

Prispevek predstavlja človekov delež pri napakah in njihovo obvladovanje kot del sistematičnega izboljševanja kakovosti (7, 9).

Viri odklonov

Mnogo od tega, kar človek presodi, se odloči in potem ukrepa, je daleč od popolnosti. Taki odkloni sami po sebi še niso vselej odstopanje ali napaka, vendar je preplet teh odklonov v določenih razmerah lahko vzrok za napake (10). Pogosto prav drobni odkloni od pričakovanega povzročijo takšno motnjo v sistemu, da pride do takih razlik, ki povzročajo zaznavno škodo (7). Med pomembnejšimi viri odklonov so lastnosti bolnikov, pogoji dela in zdravnikovo delo.

Lastnosti bolnikov

Bolnik v zdravstveni oskrbi nastopa hkrati kot »vložek« – »predmet preoblikovanja« in kot sodelavec pri zdravljenju. Ima številne individualne lastnosti, ki jih dodatno modificirajo še znaki in občutja bolezni. Zdravnik ob najboljši volji in ob največjem naporu lahko spozna le del teh. Edinstvenost vsakega primeru mu onemogoča »industrijski« pristop k reševanju proble-

mov, vsak posvet, vsak bolnik, vsak postopek so primer zase. Obenem se bolnik kot živo in zavestno bitje dejavno vključuje v svojo oskrbo (7). Njegovo zadovoljstvo, ki temelji na preteklih izkušnjah, in poročilu drugih o kakovosti oskrbe pri določenem izvajalcu in z njim povezana voljnost sodelovanja pri načrtovanih postopkih odločilno vplivata na sam postopek in izid. Zdravnik ne more narediti vnaprejšnje izbire le tistih bolnikov, ki popolnoma ustrezajo njegovi usposobljenosti, opremljenosti in predvidenim postopkom, s čimer bi lahko maksimaliziral svoje izide. Pri ocenjevanju »napak« te podrobnosti pogosto spregledamo in bolnika obravnavamo kot enovit predmet brez lastne volje in posebnosti. Prav posebnosti bolnika pa pomembno vplivajo na odklone med samim postopkom in na izide oskrbe.

Pogoji dela

Pogoji za delo so tisti del oskrbe, ki so poleg bolnikov izven neposrednega nadzora posameznega izvajalca (7). Mednje sodijo: organizacija dela, oprema, okolje in čas oskrbe ter usposobljenost vseh vpletenih izvajalcev za določeno oskrbo.

Za organizacijo dela so odgovorni vodilni v zdravstveni ustanovi. Organizacija dela naj bi bila zasnovana tako, da omogoča opravljanje potrebnih (vsaj nujnih) storitev pravočasno; da omogoča hiter pretok bolnikov med posameznimi neposrednimi izvajalci, ki sodelujejo pri posameznem postopku oskrbe; da so podatki o bolniku in njegovi oskrbi dostopni vsem sodelavcem in ves čas postopka. Z dobro organizacijo so izvajalci čim bolj razbremenjeni, niso pretirano utrujeni in so zadovoljni s svojim delom. V nasprotnem primeru to škodljivo deluje na njihov nadzorni pozornostni sistem in jih ne spodbuja k boljšemu delu (10, 11).

Delo v medicini je neizbežno povezano z različnimi napravami (10). Na eni strani to povečuje tveganje zaradi možnih okvar na njih ali napačnih podatkov, ki jim slepo zaupamo. Da bi se izognili napačnega ravnanja z njimi, je na eni strani potrebno dodatno usposabljanje in vzdrževanje pridobljenih veščin, na drugi pa upoštevanje človekovega vpliva pri ravnanju in njihovi uporabi (11). Če je naše ravnanje vezano na uporabo določene naprave in ta v kritičnem trenutku zataji, ali je nima mo na voljo, so odločitve in postopki resno ogroženi. Čeprav večina zdravstvene oskrbe poteka v zdravstvenih ustanovah in izredno predvidljivem okolju, se potreba po zdravstveni oskrbi lahko pojavlja nenadoma in tudi v nezdravstvenem okolju. Če se zdi reanimacija v sobi za intenzivno terapijo nekaj rutinskega, tega ne moremo trditi za reanimacijo na domu. Dogajanja v okolju: hrup, slepeča svetloba, vročina, nepričakovani in nenadni dogodki imajo rušilni vpliv na človekove duševne procese in njegovo odločanje. Podobno velja za čas, ko se

pojavljajo potrebe po določenih postopkih in ukrepih, česar pogosto ni mogoče predvideti. Delo v dežurni službi in ponoči je obremenjeno z večjimi tveganji, saj se navadno poveča število nujnih primerov na posameznega izvajalca. Tako nepredvidljivo okolje kot tudi (nočni) čas lahko negativno vplivata na psihofizične sposobnosti izvajalca (11).

Usposobljenost je pogoj za kakovostno delo. Žal pa niti z najboljšo možno usposobljenostjo ni mogoče predvideti vseh situacij, s katerimi se bo posamezni izvajalec srečal, niti ni možno predvideti, kako bo reagiral v določeni situaciji. Kljub temu večina sistemov zdravstvenega varstva zahteva bolj ali manj rigorozen način preverjanja usposobljenosti izvajalcev, da bi s tem čim bolj zmanjšali možnost neugodnega poteka zaradi teh razlogov (7).

Zdravnikovo delo

Večina odstopanj pri zdravnikovem delu nastane zaradi odklonov v duševnem delovanju (11). Zdravnikovo delo je povezano s stalnim odločanjem med različnimi možnostmi, ki vse ponujajo približno enake izide (12). Vse to se pogosto dogaja v posebnih okoliščinah, kjer vse poteka pod pritiskom pomanjkanja časa, pomanjkanja zadostnih podatkov o dejanskem stanju bolnika, kjer ni dostopa do dodatnih znanj, veščin ali opreme in pod strašnim etičnim pritiskom. Kljub temu da je zdravnikovo delo navzven enovit proces, bi njegov vpliv na odklone pri oskrbi v grobem lahko razdelili na tiste, ki nastanejo zaradi človeških lastnosti zdravnika – predvsem psihofizičnih – in na tiste, ki so posledice zdravnikovega odločanja.

Duševni procesi

Duševni procesi so zapleteni in dostopni predvsem preko svojih pojavnih oblik. Lahko potekajo v obliki avtomatizmov (shematičnih nadzornih sistemov) ali v obliki sintetičnega mišljenja (10, 11).

Zelo veliko duševnih procesov poteka kot avtomatizem, ki zahteva malo zavestne pozornosti in miselnega napa, zato je hiter in učinkovit (11). Naše učenje je namenjeno prav utrjevanju čim večjega dela naših opravil do te mere, da postanejo čim bolj avtomatična. V te kompleksne vedenjske vzorce se sproti vtkejo podatki, ki omogočajo izvedbo določenega opravila. Kljub temu te dejavnosti potekajo brez posebnega zavestnega napa.

Primer: Vožnja avtomobila je primer človeške dejavnosti, ki poteka do velike mere avtomatizirano. Preden pridemo do te stopnje, mora voznik opraviti številne vaje, s katerimi osvoji osnovne vzorce, ki se utrdijo po nekaj tisoč prevoženih kilometrih v različnih pogojih vožnje. Navadno govorimo o nekaj tisoč kilometrih, ki so potrebni, da voznik postane »šofer«. Da gre res za avtomatizem, se lahko prepričamo po tem, da po opravljeni vožnji po znanem odseku ceste med domom in službo pogosto ne vemo natančno, kako smo vozili. Dobro pa se spomnimo vseh naših ukrepov, če vožnja ni potekala po ustaljenem načinu vožnje. Ob vsaki spremembi okoliščin nove informacije sprožijo spremenjen odgovor in večjo zavestno pozornost, kar nas utruja, zato je vožnja v spremenjenih okoliščinah (npr. v zimskih razmerah) tako naporna. Nespremenjene okoliščine, ki hkrati ne zahtevajo niti posebno dejavnega avtomatičnega udejstvovanja, lahko »uspavajo« tudi naš nezavedni pozornostni sistem – sledi nerazumljiva nezgoda na ravnem odseku ceste.

Avtomatizme uravnavajo, usmerjajo in nadzirajo duševni procesi, ki bi jih lahko imenovali nadzorni pozornostni sistem (sl. 1). Določen postopek si lahko predstavljamo kot zasledovanje predvidene smeri, na katero učinkuje zunanji vplivi, ki povzročijo odklon od te smeri, in jih nadzorni pozornostni sistem vrača na prvotno smer. Vsak odklon spremlja povratna zanka, ki uravnava začrtano pot.

Nadzorni pozornostni sistem deluje na ravni polnega zavedanja in je zato v primerjavi z avtomatizmi počasen, logičen, za-



Sl. 1. Nadzorni pozornostni sistem zazna odklon od predvidene smeri, ki jo povzroči nek zunanji vpliv in nas vrne nazaj na predvideno smer.

hteva dodatni napor in je utrudljiv. »Vključen« je ves čas, vendar pride do izraza predvsem takrat, ko se nenadno spremeni – poprej utirjene zunanje razmere; ko odpovedujejo avtomatizmi ali so zaradi drugačnih okoliščin neustrezni; ko je človek izpostavljen novim razmeram ali novim drugačnim problemom; ko je potrebna analitična presoja nove situacije ali obsežnega vskladiščenega znanja in izkušenj. Na nadzorni pozornostni sistem vplivajo izjemno zapleteni procesi, ki jih imenujemo »sintetično mišljenje«.

Procesi, ki so podlaga sintetičnemu mišljenju, potekajo na treh ravneh in jih lahko razdelimo na uporabo veščin, pravil in izkustva (11).

Veščine so miselni in dejavnostni vzorci, ki temeljijo na vskladiščenih vzorcih (programih). Včasih ne potekajo v celoti na ravni zavestnosti in se približujejo avtomatizmu. Vsak odklon od smeri (rutine) vključuje najprej odgovor na ravni veščin.

Če pri vožnji z avtomobilom zaznamo odklon od predvidene smeri vožnje v eno smer, z gibom rok in volana poskušamo spraviti vozilo v predvideno smer. Čim večji je odklon ali odpor vozila pri vračanju v predvideno smer, tem večji napor uporabimo, da bi popravili odklon. Pogoste prometne nezgode, v katerih vozilo nenadoma zapelje s skrajne desne strani vozišča (z bankine, izza asfaltnega roba) praktično povprek v nasproti vozeče vozilo ali v objekt na drugi strani vozišča, nam povedo, kako avtomatizirana je lahko neka veščina. Popravljanje smeri vožnje se v teh primerih izkaže kot neustrezno (celo škodljivo), ker uide ravni zavestnosti.

Pravilo je miselni način reševanja problemov po preprostih vskladiščenih vzorcih (npr. če je A, potem sledi B). Ljudje smo pri reševanju problemov bolj nagnjeni k iskanju »pravil« kot nekakšni obliki pripravljenih receptov kot k napornemu iskanju rešitev z uporabo svojega izkustva.

Takšno pravilo je tudi stara vojaška doktrina zdravljenja streptokokne angine: Če ugotoviš streptokokno angino (A), potem dobi vojak 10 injekcij penicilina i.m. in vseh 10 dni, ko prejema injekcije, leži v stacionarju (B).

Izkustvo temelji na sintetičnem mišljenju, ki vključuje pretekle izkušnje, spoznanja in znanje v obliki teorije ter služi za analizo novosti. Od človeka zahteva dodatni napor, zato vse naše učenje stremi za utrditev izkustva do te mere, da se premakne na raven pravila ali veščine. Z leti izkušenj naraste število shematičnih oblik mišljenja (veščine in pravila).

Odločanje

Odločanje (sprejemanje odločitev) je proces, v katerem oseba z razmišljanjem prihaja v stanje, ko hoče nekaj narediti (12, 13). Poteka lahko intuitivno, analitično (izkustvo) ali rutinsko (veščine in pravila). Delo zdravnika je povezano s stalnim tehtanjem in izbiranjem med različnimi možnostmi za določen problem in med različnimi možnimi rešitvami tega problema. Odločanje v medicini je procesno in povezano z velikim številom informacij in sodelavcev (10, 11).

Redkost in raznolikost možnih stanj v medicini

Slabost medicine je predvsem velika razpršenost kazuistike. Znano je namreč, da človek lažje rešuje probleme, s katerimi se srečuje pogostejše, kot tiste, ki se pojavljajo poredko. Pri slednjih sta dve skrajnosti, ki imata obe svoje neugodne posledice.

Redko diagnozo zdravnik kaj lahko izpusti iz seznama delovnih diagnoz. Če na neko stanje ne pomislimo, ga bomo tudi težko odkrili oziroma bomo potrebovali več časa, več preiskav in pregledov, da bi ga odkrili. Zamuda praviloma povečuje škodljivost in lahko povzroči nepopravljivo škodo.

Npr. bolnik, ki je prenehal kaditi, se je nekoliko zredil, je čezmerni pivec, je nekoliko bolj utrujen, ima nejasne bolečine v trebuhu in mravljinčenje po petah, vrednosti holesterola se kljub dieti nepričakovano povešajo, zaradi zvišanih transaminaz in nizkega gama GT mu je narejen ultrazvok trebuha, ki pokaže kamen v žolčniku, ki ne zapira iztoka žolča in narejeni so testi na hepatitis, ki pokažejo stanje po prebolelem hepatitisu A, ima na petah parestезije, ki jih ni moč pojasniti z nobenim od ugotovljenih stanj. Nevrolog ugotovi, da gre za prizadetost mišic, kar potrdi elektromiografija, ki je značilna za sekundarno miopatijo, in šele ob tem specialist nevrofiziolog posumi na hipotiroidizem, ki se je kazal z vsemi temi znaki in še dodatnim izpadanjem las in dlak, blagimi oteklinitami rok in nog ter spremenjenim glasom. Kljub možni razlagi za večino znakov in občutij je ostajal en znak: parestезije v stopalih, ki jih ni bilo moč pojasniti z nobeno od drugih diagnoz in ki je bolnika končno tudi pripeljal do ustrezne patofiziološke diagnoze in uspešnega zdravljenja.

Na drugi strani pa redkost določenih stanj onemogoča pridobivanje večšin obravnave takih stanj.

Tak problem se pojavlja pri izvajanju reanimacije, ki je pri delu zdravnika družinske/splošne medicine praviloma izjemno redek dogodek. Pri 2000 bolnikih v letu lahko pričakujemo 20 nujnih stanj, od katerih bi bila po pričakovanjih potrebna reanimacija v 7% (do 2 reanimaciji letno ob upoštevanju, da je vsak zdravnik pravično obremenjen s sodelovanjem pri izvajanju nujne medicinske službe med rednim delovnim časom in v dežurni službi). V primerjavi z 8000 stiki, kolikor jih je dolžan opraviti letno, je to izjemno majhno število, ki ne omogoča pridobiti izkušnje za samozavestno ukrepanje v takih primerih.

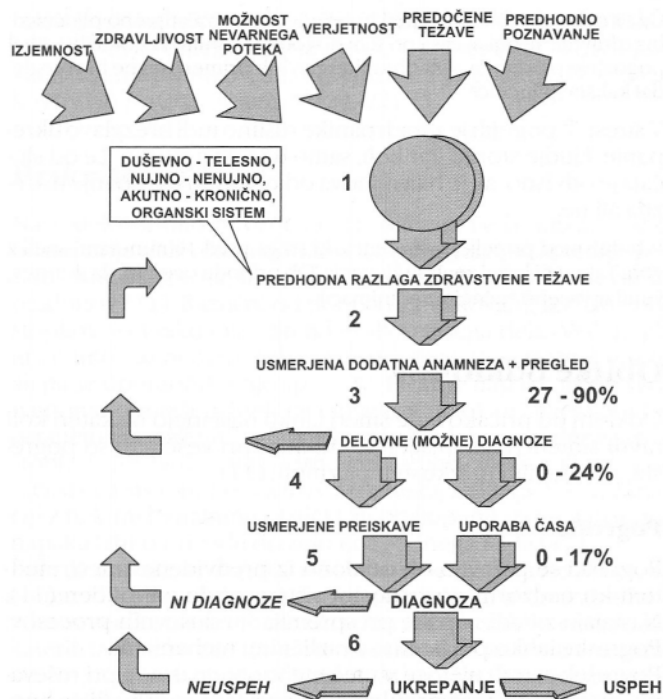
Poleg tega ima slaba izkušnja z redkim dogodkom lahko za posledico pretirano pozornost in pogostejše vključevanje med diferencialne diagnoze. Borelioza je kljub vsemu redka bolezen. Nespecifični znaki in občutja so kot nalašč, da jo bolniki že sami diagnosticirajo kot verjetno, čeprav za istimi znaki in občutji lahko tiči veliko bolj verjetna anksiozno-depresivna simptomatika.

Prav zaradi tega je pomembno možne (diferencialne) diagnoze razvrstiti v seznam petih najverjetnejših, ene ogrožajoče in ene sicer redke, vendar zdravljive (14, 15). S tem zmanjšamo obseg potrebnih pregledov in preiskav za potrditev in zavrnitev. Možne diagnoze izberemo s pomočjo posamične verjetnosti.

Verjetnost

Praviloma naj bi se v medicini odločali na podlagi verjetnosti. Splošna verjetnost nekega pojava je ali neskončni niz pogostosti pojava ali subjektivno merilo gotovosti, da se bo določeni pojav zgodil (subjektivni pristop) (12, 16). Sloni na pretekli izkušnji drugih bolnikov in drugih izvajalcev z enakimi znaki, občutji, stanji, boleznijo ali zdravljenjem. Verjetnost v kontekstu odločanja je torej merilo, kako močno je zdravnikovo prepričanje, da gre pri bolniku za eno (določeno) od alternativnih možnosti. Statistiki se zavzemajo za uporabo verjetnosti, ki temelji na izračunu pogostosti ali na določenem modelu (npr. Mendlovi zakoni), medtem ko večina zdravnikov uporablja subjektivni pristop.

Pri odločanju ob posameznem bolniku nam je splošna verjetnost v pomoč pri ugotavljanju posamične verjetnosti, tj. verjetnosti, da gre pri našem bolniku za določen problem.



Sl. 2. Zapletena pot odločanja v medicini.

Posamična verjetnost = A (verjetnost na osnovi znakov + občutij) × B (verjetnost v populaciji bolnikov v določeni specialnosti) × C (spol) × D (starost) × E (osebne lastnosti bolnika) × F (pretekle bolezni, izkušnje z boleznijo, slog iskanja zdravniške pomoči) × G (družina) × H (delovno okolje) × I (družbeno okolje) × J (naravno okolje).

Zunanji in notranji vplivi na odločanje

Na odločanje vplivajo tako zaznavni duševni procesi kot tudi lastnosti bolnika in pogoji dela. Slednji pri izvajalcu povzročajo fiziološke (utrujenost, zaspanost), patofiziološke (psihoaktivne snovi, bolezni), psihološke (preusmeritev pozornosti, interesni odmiki, preobremenjenost s preobilico »različnih misli«), čustvene (tesnoba, strah, dolgočasje, depresivnost, razburjenost, jeza) in duševne spremembe (frustracije, stres, medosebni konflikti, preobremenjenost, nadurno delo) (10, 11). Vodijo do »prezasedenosti« miselnih procesov, s čimer je odvrnjena pozornost in prispevajo k temu, da so pogreški pogostejši.

Na odločanje na osnovi pravila ali izkustva poleg naštetih dejavnikov lahko vpliva tudi pritisk okoliščin – stres. Vpliv stresa na človekov pozornostni sistem ni vedno samo slab, saj najbolje deluje prav ob zmerni prisotnosti napetosti, tesnobe ali strahu zaradi nalog, ki jih opravlja (11). Delovanje je slabše na obeh skrajnostih: ko se zaradi enoličnosti opravila človek dolgočasi ali ko ga zaradi izjemnosti okoliščin grabi panika. V stresni situaciji pride do prevaranja pozornosti ali do regresivnega ukrepanja. V nujnem stanju se panično oklenemo prve rešitve, ki nam pride na misel, in pri tem nismo sposobni upoštevati drugih rešitev. Naša pozornost je prevarana, ujeta v miselni tok.

Ekipo nujne medicinske pomoči kličejo k bolniku z domnevnim srčnim napadom, ko so bolnika našli brez znakov življenja. Ob prihodu (po 10 minutah) ugotovijo zastoj življenjskih dejavnosti in izolirajo na EKG posnetku. Zdravnik kljub temu opravi (neuspešno in strokovno neustrezno) defibrilacijo.

Podobno v stresnih okoliščinah regres povzroči to, da se ne moremo spomniti sveže pridobljenih vzorcev vedenja in ukrepamo po starejših, bolj domačih, čeprav v teh okoliščinah neustreznih.

Če se neka okužba dihal med boleznijo izkaže za atipično pljučnico, bo zdravnik še nekaj časa po tem dogodku bolnikom z okužbo dihal pogosteje predpisoval antibiotike »za vsak primer«, da ne bi spregledal kakšne pljučnice.

V stresnih pogojih je zaradi panike rušilno tudi brezglavo ukrepanje. Ljudje storijo kar koli, samo da nekaj storijo. Le od slučaja je odvisno, ali je bila njihova odločitev in ukrepanje ustrezna ali ne.

V bolnišnico pripeljejo obešenca, ki so ga pred 10 minutami sneli z vrvi. Takrat ni kazal znakov življenja. Ob prihodu ocenijo, da je mrtev, vendar vseeno začnejo z reanimacijo.

Oblike odklonov

Odkloni od pričakovane smeri lahko nastanejo na kateri koli ravni sintetičnega mišljenja. Odkloni pri veččinah so pogreški, pri pravih in izkustvu pa zmote (11).

Pogreški

Pogreški se pojavijo ob odklonu iz predvidene smeri, medtem ko nadzorni pozornostni sistem ni dovolj buden (11). Nastajajo zaradi napake pri spremljanju duševnih procesov. Pogreške lahko pojasnimo z različnimi mehanizmi: Pogrešek zaradi ujetosti v utečene vzorce nastane pri reševanju manj pogostega problema, ko prevlada vzorec, ki ga uporabljamo pri reševanju podobnega pogostejšega problema.

Čeprav smo vajeni vožnje po desni, se uspemo prilagoditi vožnji po levi, vendar bomo pri prvih prečkanjih ceste po pristanku letala v Londonu verjetno še vedno najprej pogledali levo in nato desno.

Če opravimo pravi postopek na napačnem predmetu (osebi), gre za pogrešek zaradi napačnega opisa.

Smetano polijemo po palačinki, namesto da bi jo zlili v kavo.

Pogrešek zaradi asociativne aktivacije nastane zaradi asociacije ob enakem ali podobnem dražljaju.

Dvignemo telefonsko slušalko, čeprav se je oglašil zvonec pri vratih.

Začasna izguba spomina za sveži dogodek oziroma za nek načrtovani ukrep, ki najpogosteje nastane zaradi prekinitev pozornosti z drugim dražljajem, povzroči pogrešek zaradi izgube asociativne aktivacije.

Včasih se zgodi, da se nekaj korakov od stanovanja ne spomnimo več, ali smo zaklenili vhodna vrata.

Zmote pri uporabi pravil

Zmota pri uporabi pravil nastane zaradi napačne uporabe znana med odločanjem, ko izberemo napačno pravilo (11). To se lahko zgodi zaradi napačne presoje situacije, kar vodi v uporabo neustreznega pravila, ali zaradi uporabe neustrezne izbire pravila. Slednje se dogaja v primerih, ko uporabimo močnejše oziroma pogosteje uporabljano pravilo, ki navidezno ustreza.

Ljudje v našem okolju pogosto slikajo zdravstveno stanje kot dramatično, zato da bi zdravnik bolnika napotil na zdravljenje v bolnišnico. Nekoč so klicali na obisk k bolniku – Romu, ki da ga duši, ne more dihati, v obraz je ves pomodrel. Zdravnik je pohitel na obisk in hkrati naročil reševalno vozilo. Stanje bolnika je bilo videti dramatično zaradi prevladovanja panične reakcije in histeričnega vedenja ostalih Romanov. Zdravnik je ponudil napotitev v bolnišnico, ki pa so jo bolnik in svojci sprejeli kot žalitev, čeprav bi drugi bolniki z veseljem sprejeli ponujeno rešitev.

Zmote pri izkustvenem odločanju

Ker je odločanje na podlagi izkustva veliko bolj kompleksno kot prejšnji obliki, so tudi zmote bolj zapletene in težje razložljive. Pri odločanju si pomagamo s primerjanjem posameznih

prvih problema s preteklim izkustvom in na podlagi tega uporabiti določeno veččino ali pravilo. Do zmot prihajajo predvsem v novih situacijah, za katere izvajalec še nima programirane veččine niti pravila. Zmote zato nastajajo na eni strani zaradi pomanjkanja izkušenj, znanja in trenutne nesposobnosti ustrezno uporabiti razpoložljivo izkustvo, in na drugi strani zaradi napačne ocene predstavljenega problema. Določene lastnosti mišljenja spreminjajo primerjanje takšnih prvih in vodijo v odklone in posledično v zmote, odstopanja in napake (11).

Pristranskost spomina

Odločamo se na podlagi podatkov v našem spominu, ki je nagnjen k posploševanju in urejanju podatkov v določene vzorce, za katere človek domneva, da so splošno uporabni, saj so se večinoma obnesli. Vidimo tisto, kar vemo.

Zdravnik na hišnem obisku v času dežurne službe predpiše penicilin zaradi streptokokne angine. Zdravljenje je brez učinka. Ob laboratorijskem pregledu, dodatni anamnezi in pregledu bolnikovega zdravstvenega kartona se angina izkaže kot levkopenija zaradi toksičnega učinka tirostatičnega zdravila.

Spomin pa je hkrati nagnjen tudi k poudarjanju izjem, ki jim posvečamo večjo pozornost, kot bi jo glede na verjetnost lahko zaslužile.

Virusno vnetje žrela je mnogo pogostejše od streptokoknega. Nedavno izkušnja z bolnikom, ki je imel peritonzilarni absces lahko povzroči, da bo zdravnik pordelemu žrelu pripisal večjo težo, kot jo ima, in predpisal penicilin.

Razpoložljivost miselnega vzorca

Če se najdemo v spremenjenem okolju, namesto vzorca, primerne situaciji, uporabimo miselne vzorce, ki smo si jih pridobili v drugačnih razmerah.

Zdravnik, ki po končanem sekundarijatu začne delati v družinski medicini, praviloma naroča laboratorijske preiskave po enakem vzorcu, kot se ga je privadil med sekundarijatom, čeprav se populacija bolnikov močno razlikuje in je pričakovati le malo dodatne diagnostične jasnosti zaradi nekritične uporabe množice testov.

Bolnik se slabo počuti, se blago poredi in ima zvišan holesterol in transaminaze. Ker je bolnik tik pred kratkim nehal kaditi in ga je (vsaj v preteklosti) rad malce popil, zdravnik to zmotno pripiše bolnikovim razvadam. Ob spremljanju preiskav, ki ne potrjujejo domneve, se izkaže, da ima bolnik hipotirozo po vnetju, katere znaki in občutja so sovpadali z drugimi dogodki.

Pristranost hitre odločitve

V tem primeru gre za »prehitro« ukrepanje. V stikih z bolniki se pogosto mnogo prehitro na podlagi nepopolnih podatkov zatečemo k prvi hipotezi, ki jo imamo pri roki (11, 17).

Bolnik najprej potoži o bolečinah v prsnem košu in še preden pove vse ostalo, se zapičimo v potrjevanje diagnoze srčnega infarkta. V ihti, da ne bi spregledali infarkta, preslišimo, da se ponoči pogosto prebuja z enakimi bolečinami, da gre nerad v posteljo, ker se boji bolečine, ki se pojavi v postelji, ko bi moral zaspiti. Zamujena je priložnost, da bi bolnika pomirili, ker ima najverjetneje panične napade ob neki duševni motnji, in je od zdravnika želel zgolj zagotovilo, da z njim ni nič hudega.

Pretirano zaupanje v eno izmed možnosti

V določenih okoliščinah je zdravnik prepričan v veljavnost odločitve in sprejema samo podatke, ki potrjujejo njegovo odločitev.

Bolnica je klicala zdravnika na dom zaradi nenadno nastalih bolečin v prsih. Sum, da gre za srčni infarkt, je bil tako močan, da jo je obravnaval kot bolnico z infarkt. Dobila je morfij, ki je občutja bolnice le poslabšal. Šele obravnavo v bolnišnici in pri psihiatru je pokazala, da je šlo za nekoliko hujši panični napad.

Odkrivanje napak

Odkrivanje napak je postopek, s katerim ugotavljamo neželene izide in njihovo vzročno povezavo z neustreznimi postopki, ki so pripeljali do njih. Gre predvsem za naknadni nadzor nad kakovostjo dela – tj. nadzor po opravljeni oskrbi. Takšno odkrivanje napak ima več pasti:

Prvič. Temelji na podmeni, da je jasno, kakšna je prava (kakovostna) oskrba (7, 10).

Drugič. Temelji na domnevi, da je vsak izid posledica postopka, tj. odstopanj, in ne upošteva različkov, ki so posledica pogojev dela in lastnosti bolnika.

Tretjič. O izvajanju zdravstvene oskrbe, postopkov in ukrepov razmišlja kot o mehničnem procesu in o človekovem vplivu nanj zgolj kot hotnem in namernem neupoštevanju sedanjega znanja ter da je en neustrezen postopek kazalec slabe kakovosti na splošno (7).

Četrtič. Zanaša se na »dokazno gradivo« v zdravstvenem kartonu in ostali medicinski dokumentaciji kot veren posnetek opravljenega postopka (7).

Petič. Ob pomanjkanju jasnih kazalcev kakovosti, meril in smernic je presoja ustreznosti postopka prav tako podvržena razlikam, kot je tudi sam postopek (7, 18).

In zadnjič. Velikost škodljivosti oziroma nastala škoda lahko bistveno vpliva na oceno pravilnosti postopka (18).

Da bi se izognili naštetim pastem, je nujno potrebno oblikovati natančne protokole za kateri koli nadzor in pri tem uporabiti jasna, vnaprej znana in napisana merila ocenjevanja ter smernice želene ravni kakovosti (7, 15, 18–20). Žal nam trenutno stanje na področju nadzora kakovosti ne ponuja zanesljive in veljavne metode, niti ne omogoča enostavnega sklepanja o krivdi in odgovornosti izvajalcev določenega postopka (21). Nadzor kakovosti se mora zato poleg zunanjih presoj pretežno naslanjati na različne oblike samonadzora, saj je izvajalec najbolje seznanjen s postopki, ki jih opravlja (7, 22).

Metode odkrivanja napak

Nadzor kakovosti lahko izvajamo trajno, obdobjno ali občasno.

Trajni nadzor

Trajni nadzor ima tri oblike: samonadzor, skupinsko obvladovanje kakovosti in uporaba predpisov, pravil, norm, priporočil, doktrin idr. Samonadzor izhaja iz vrednot posameznega izvajalca, kulture ustanove in okolja. K učinkovitosti samonadzora prispevajo posameznikovo znanje, veščine in spretnosti. Skupinsko obvladovanje kakovosti se kaže v obliki skupinskega nadzora, tj. pritiska kolegov na konformnost vedenja. Najizrazitejši je ta vpliv znotraj kolektiva, v zdravstvu pa pogosto sega preko meja ustanove. Različne oblike predpisov pod grožnjo kazenskih ali disciplinskih sankcij vplivajo na posameznika, da se s svojim ravnanjem čim bolj približa smernicam, ki jih predpisujejo (7, 15, 22). Odkloni, ki jih na ta način opazi posameznik sam ali nanje pokaže skupina, praviloma hitro vplivajo na spremembo sloga dela v željeni smeri (7).

Obdobjni nadzor

K obdobjnemu nadzoru lahko prištevamo spremljanje dela z informacijskim sistemom, notranji (vodstveni) nadzor in zunanji (strokovni) nadzor (s svetovanjem) (7, 22). Obdobjni nadzor teže zajame vse odtene postopkov in je zato njegov namen predvsem odkriti področja, kjer prihaja do takšnega sloga dela, ki zahteva spremembe (7).

Občasni nadzor

Občasni nadzor se izvaja v obliki notranjega nadzora, izrednega strokovnega nadzora s svetovanjem in z različnimi obli-

kami posameznikovega ali skupinskega obvladovanja kakovosti (7, 23). Pomemben prispevek k občasnemu nadzoru so vključevanje bolnikov, analiza izjemnih dogodkov, krožki kakovosti in pritožni sistem (7, 24–27).

Prikrite napake

Naše delo bi bilo neverjetno enostavno, če bi imelo vsako odstopanje slab izid in obratno. Tragični izidi so le redko posledica ene same napake, temveč zaporedje ali splet številnih odklonov (11). Različni odkloni od pričakovane izvedbe postopkov so vsakdanja spremljevalka našega dela. Večina jih gre mimo nas neopaženih, saj ne povzročajo zaznavne škode ali pa se uporabnik z njo sprijazni. Prikrite napake imajo svoj najpomembnejši učinek na človekov delež pri napakah. Če ostanejo neopažene, postanejo nekako del »normalnega« postopka in jih nadzorni pozornostni sistem (človeka ali del operacijskega sistema) ne zaznava kot nekaj slabega. V kombinaciji z nekimi banalnimi različki ali odstopanji pa taka prikrita napaka lahko privede do zelo neugodnega izida (11).

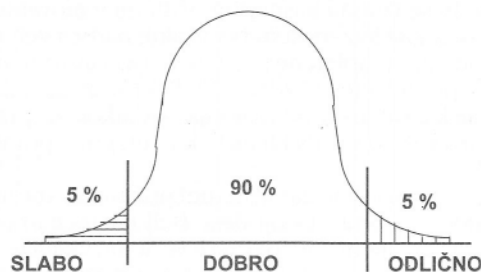
Prikrite napake se dogajajo vsak dan vsem, ne samo tistim, ki so naredili eno samo usodno napako. Večina uporabnikov zdravstvenih storitev je odvisna prav od »ne slabih« izvajalcev, katerih izidi se kažejo na večini uporabnikov zdravstvene službe. Kopičenje drobnih odklonov, ki sami po sebi ne povzročajo velike škode, sčasoma privede do takega načina izvajanja postopkov, katerih izidi ne dosegajo več pričakovane ravni kakovosti (7). V tej luči so odkloni – napake – naš skriti zaklad (11). Do zaklada pa nam pomagajo različne oblike nadzora – izboljševanja kakovosti (7).

Posledice odkrivanja napak

Odkrivanje napak nam na eni strani služi za kaznovanje »krivcev« za povzročeno škodo in na drugi strani kot neizčrpen vir za izboljševanje kakovosti (28).

Iskanje grešnih kozlov – »gnila jabolka«

Ko zaznamo neustrezen izid, nas najpogosteje bolj kot vzrok zanj zanima krivec – kdo je odgovoren za nastalo škodo. Do nedavnega je prevladovala filozofija iskanja slabih izvajalcev, njihovo kaznovanje in izločanje. Za tak pristop je pogosto zadostoval en slab primer ali mnenje ocenjevalca, ki se je zanašal predvsem na domnevna »doktrinarna« stališča. Veljala je obče sprejeta domneva, da bo kakovost zagotovljena z izločanjem tistih izvajalcev, ki so sodelovali pri ugotovljenih neustreznih izidih in jim je bilo dokazano odstopanje. Pomembneje je bilo najti »krivca« kot pa ugotoviti vzroke, ki so prispevali k slabemu izidu. Iskanje slabih izvajalcev pogosto imenujemo teorijo »gnilih jabolk« (sl. 3). Izkazalo se je, da s kaznovanjem in izločanjem samo odkritih slabih postopkov le malo prispevamo k splošnemu izboljšanju kakovosti (7).



Sl. 3. Teorija »gnilih jabolk«. Z odkrivanjem in izločitvijo slabih izvajalcev smo sicer dosegli, da le-ti ne bodo več opravljali nezaželenih oskrb, nič pa nismo storili, da bi se izboljšala kakovost ostalih 95% izvajalcev.

Informacija o slabi oskrbi nam mora predvsem služiti za ukrepe, ki bodo spodbudili spremembe na boljše. Vsekakor je odkrivanje, kaznovanje in izločanje tistih, ki s svojim delom ogrožajo zdravje in življenja ljudi, pomembna naloga, vendar samo s tem ne moremo doseči želenega izboljšanja kakovosti. Pomembni zadržki so večplastni: Krepi se aparat za nadzor, ki troši denar, namenjen izboljševanju zdravstvenega stanja prebivalstva. Večajo se stroški zaradi plačevanja visokih zavarovalnih premij na eni strani in stroški različnih odškodninskih postopkov zaradi poravnjav in na sodiščih ter zaradi širjenja defenzivne medicine. Zmanjšuje se zaupanje bolnikov v sistem zdravstvenega varstva, zdravstveno službo in izvajalce.

Presoja kakovosti

Presoja temelji na podmeni, da naj bi skladnost s smernicami zagotavlja želeno raven kakovosti (7). Žal s presojo ali katerim koli drugim načinom zunanjega nadzora ne moremo zagotoviti, da bodo izvajalci pri svojem delu vedno uporabljali sedanje medicinsko znanje. Popolne varnosti ni mogoče zagotoviti z nobenim potrdilom o kakovosti, zato je zaradi hkratnih velikih stroškov presoje pomembno vprašanje smotnosti naložbe v različne oblike presoje.

Tožbe

V različnih sistemih zdravstvenega varstva je število tožb v zvezi z domnevnimi nepravilnostmi pri izvajanju zdravstvene oskrbe različno. Tudi cilji tožb so različni. Če domnevamo, da je eden izmed njih preprečevanje novih podobnih napak, ugotovimo, da ima kaznovanje omejene možnosti za to (29, 30). Pritožbe in tožbe kažejo le majhen del po navadi specifičnih problemov pri izvajanju oskrbe (31). Stalna grožnja pred tožbo in odškodninskim zahtevkom zvišuje zavarovalne premije za zavarovanje poklicne odgovornosti, s čimer se posredno draži zdravstvena oskrba.

V našem okolju se tožbe pojavljajo občasno in povzročajo veliko vznemirjenje med strokovno in laično javnostjo. Pogosto se pojavlja tudi dvom o veljavnosti ocene kakovosti in tožeča stran skuša na vsak način v celotnem sistemu zdravstvenega varstva napraviti krivdo za neugoden izid posamezniku. Med pogostimi očitki je tudi ta, da stroka premalo naredi za pravočasno odkrivanje prikritih napak in nezadovoljstva bolnikov s posameznimi izvajalci. Zdravstvene ustanove in tudi zasebniki naj bi zato vzpostavili pritožni sistem, s katerim preverjajo zadovoljstvo bolnikov z ravniyo oskrbe, njihove pripombe, pritožbe, pohvale, pobude in predloge (5P) za boljše delo (7). Ta bolnikom omogoča, da izrazijo svoje mnenje in hkrati zagotavlja razvidnost ter javnost dela.

«Obrambna» medicina

Odgovor stroke na možnost tožbe zaradi neustrezne zdravstvene oskrbe je t. i. obrambna medicina. Zdravnik za vsak slučaj, da bi se izognil kasnejšim očitkom v morebitnem odškodninskem ali kazenskem postopku, naroča več preiskav, pošilja tudi manj zapletene primere k specialistom in subspecialistom, predpisuje več zdravil (2, 32). Hkrati kaznovalni pristop izvajalce odvrca od zbiranja podatkov za projekte izboljševanja kakovosti, da jih ne bi kdo utegnil uporabiti proti njim (33).

Ob tem pa ne moremo zanikati tudi pozitivnih sprememb, ki jih povzroča obrambni slog dela: Bolj natančna razlaga postopkov in zdravljenja prispevata k večjemu vključevanju bolnikov, njihovem večjemu zadovoljstvu in s tem boljšemu sodelovanju pri oskrbi. Bolj natančno vodenje zdravstvenega kartona omogoča lažje spremljanje lastnega dela in njegovo uporabo pri izboljševanju kakovosti (32). Tudi večja koncentracija usmerjenih dejavnosti v rokah manjše skupine subspe-

cialistov lahko predstavlja večjo strokovno kakovost (33), hkrati pa to predstavlja ožene vsebine dela druge stroke, manjša zadovoljstvo bolnikov zaradi ponavljajočih se pregledov, preiskav in pogosto potovanja v oddaljeni kraj in ne nazadnje draži zdravstveno oskrbo (32).

Sistem obvladovanja napak

Samo odkrivanje napak ne zagotavlja doseganja želene ravni kakovosti, včasih ima lahko celo rušilni učinek na prizadevanja za boljšo kakovost (32). Obvladovanje napak je le del sistematičnega izboljševanja kakovosti (7, 34, 35), ki poleg odkrivanja že nastalih napak, ki so povzročile škodo predvsem skrbi za preprečevanje, zgodnje odkrivanje in popravno ukrepanje ob pojavu napak (11). Ob ustrezni opredelitvi problema je nujno rutinsko zbiranje podatkov o izjemnih (neželenih) dogodkih, ki nam kažejo, kje moramo iskati globlje sistemske ali človeške vzroke.

Preprečevanje napak

Za uspešno preprečevanje napak je nujno treba preoblikovati obstoječo organizacijo v zdravstvenih ustanovah in vzpostaviti sistem kakovosti (7), katerega del je pritožni sistem (7). Pri preprečevanju napak si lahko pomagamo z naslednjimi ukrepi (11):

Manjše zanašanje na človeški spomin

Kjer koli je le mogoče, je treba zmanjšati vlogo človeškega spomina in drugih psihičnih procesov, ki so potrebni za odločanje (11). Preoblikovanje delovnega procesa je možno tam, kjer je možno oblikovati priporočila za delo, delovne protokole in pri tem uporabiti računalniško tehnologijo (11, 20). Vsi postopki morajo biti dokumentirani v medicinski dokumentaciji.

Večja uporabnost in dostopnost do informacij

Uporaba računalniškega zdravstvenega kartona, v katerem so podatki zbrani problemsko, olajša spremljanje podatkov o bolniku med njegovo obravnavo in ocenjevanje kakovosti dela (15, 36, 37).

«Standardizacija»

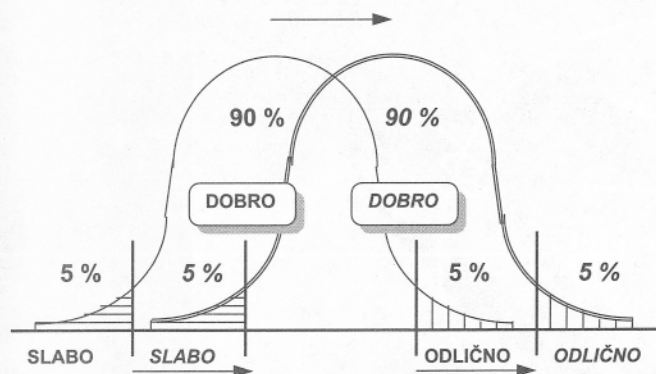
Čeprav se o standardizaciji v medicini veliko govori, je to verjetno eden najtrših orehov vsake storitvene dejavnosti, še posebej v tako raznoliki in zapleteni dejavnosti, kot je zdravstvena. Sam izraz na neki način pomeni, da so določeni postopki na neki način »predpisani«, s čimer se zmanjšajo nepotrebna odstopanja in s tem možnost neustrezne oskrbe oziroma napak. Najbolj znan in ustaljen primer standardizacije je postopek umivanja pred operacijo. Izbira kazalcev kakovosti, oblikovanje priporočil za delo, protokolov, navodil in doktrin so smiselni na tistih področjih medicine, kjer je ugotovljena neakovostna oskrba in jo je mogoče v sprejemljivi obliki obdelati in posredovati vsem prizadetim izvajalcem (7).

Izobraževanje

Izobraževanje mora več časa posvetiti možnim zapletom, njihovem preprečevanju, odkrivanju in popravnim ukrepom, da se čim bolj zmanjša njihov škodljivi učinek. Izvajalce bi bilo treba poučiti, da napaka ni sramota, sramota je prikrivanje neustreznih postopkov in hudo narobe je, da niti posameznik niti sistem (zdravstvena ustanova) v takih primerih ne ukrepa in ne spremenita načina oskrbe. Izobraževanje za kakovost mora biti del dodiplomskega, podiplomskega in stalnega strokovnega izobraževanja (7).

Odkrivanje najboljših – »zdrava jabolka«

Posamezni izvajalci si že po naravi prizadevajo, da bi svoje delo opravili čim boljše. Najboljši način za izboljšanje kakovosti lastnega dela je zato zgledovanje po tistih izvajalcih, ki se na svojem področju lahko izkažejo z najboljšimi izidi (38). Ob uporabi povratnih podatkov na osnovi kazalcev kakovosti s pomočjo računalniške tehnologije in dodatnih spodbud si izvajalci prizadevajo, da bi dosegli čim boljše izide (7). S premikom celotne krivulje izidov (sl. 3) v smeri boljših izidov imajo vsi bolniki večjo korist od zdravstvene oskrbe, kot bi jo imeli le ob odstranitvi tistih, ki smo jih (enkrat) zalotili pri neustreznem postopku z neugodnim izidom (sl. 4). Pri tem je zanimivo, da so spremembe lahko zelo dramatične že ob uporabi ne pretirano dragih spodbud (7, 39, 40).



Sl. 4. Premik celotne krivulje izidov v zeleni smeri po uporabi povratnih podatkov o lastnem delu. Kar je danes dobro, vidimo, da jutri lahko ni več dobro, in kar je danes odlično, bo jutri le še komaj dobro.

Stalno izboljševanje kakovosti in zavest vseh izvajalcev, da prispevajo h kakovosti, sta verjetno najpomembnejša dejavnika preprečevanja napak (27, 41).

Sklep

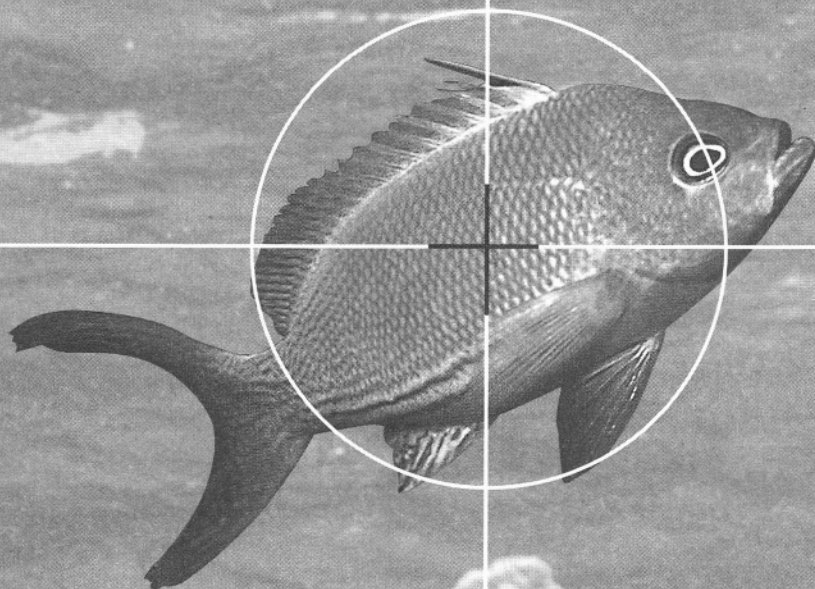
Tudi največji požar se razplamti zaradi drobne iskre. Kot je pomembno gasiti požare, je še pomembneje, da imamo sistem za njihovo preprečevanje. Čeprav pri različnih odklonih (napakah) prevladuje vpliv sistema, tudi človekov delež ni zanemarljiv. Okoliščine in duševni procesi, ki vodijo do odklonov, so še slabo poznani, vendar nam tisto, kar o njih že vemo, lahko pomaga pri oceni vzročne povezanosti med našimi dejanji in posledicami. S sistemom za obvladovanje napak odkrivamo nastale napake, predvsem pa odklone (prikrite napake), ki bi utegnili povzročiti večje škodljivosti. Filozofija stalnega izboljševanja kakovosti hkrati dopušča pojav različnih odklonov, njihovo uporabo v procesu izbire prednostnih nalog in skupaj s celovitim obvladovanjem kakovosti zmanjšuje možnost nastajanja napak na najnižjo možno raven.

Literatura

- Milčinski J. O kazenskopравни odgovornosti zdravstvenih delavcev. In: Milčinski J. Medicinska etika in deontologija. Razprave in članki. Ljubljana: Univerzum, 1982: 102–14.
- McQuade JS. Malpractice crisis – reflections on the alleged causes and proposed cures: discussion paper. J Royal Soc Med 1991; 84: 408–11.
- Lokar J. Izvedenska mnenja o morebitnih napakah v zdravniškem odločanju in ukrepanju. In: Balazic J, Štefanič B. Ocenjevanje telesnih poškodb. Medicinsko izvedenstvo 96. 2. memorialni sestanek Janeza Milčinskega. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1996: 11–6.
- Levinson W, Dunn PM. Coping with fallibility. JAMA 1989; 261: 22–52.
- Blundell C. The Woolf report and the future of medical litigation. Health Care Risk Report 1995; 1: 1–1.
- Merrett H. Managing risks. The ethical dimension. Health Care Risk Report 1996; 2: 19–21.
- Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1998: 308–8.
- Ishikawa K. Kako celovito obvladati kakovost. Japonska pot. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 1987: 180–0.
- Wilson J. Clinical risk management in general practice. Health Care Risk Report 1996; 3: 19–21.
- Lokar J. Človeški viri: Škodljivosti in napake v zdravstvu. Ljubljana: Gea College, 1995.
- Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994; 272: 1851–7.
- Friedland DJ ed. Evidence-based medicine. A framework for clinical practice. Stamford: Appleton & Lange, 1998: 263–3.
- Tavčar M. Etika in moralno delovanje managementa. In: Možina S ed. Management. Radovljica: Didakta, 1994: 130–73.
- Fraser RC. Setting the scene. In: Fraser RC. Clinical method. A general practice approach. 2nd ed. Cambridge: Butterworth & Heinemann, 1992: 1–24.
- Fraser RC, Lakhani MK, Baker RH. Evidence-based audit in general practice. Cambridge: Butterworth & Heinemann, 1998: 106–6.
- Campbell MJ, Machin D. Probability and decision making. In: Campbell MJ, Machin D. Medical statistics. A commonsense approach. Second edition. New York: John Wiley & Sons, 1994: 87–104.
- Švab I, Kersnik J. Vsebinska posveta v ambulantni. In: Švab I ed. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine 1995. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995: 25–32.
- Caplan RA, Posner KL, Cheney FW. Effect of outcome on physician judgments of appropriateness of care. JAMA 1991; 265: 1957–60.
- Kersnik J. Sodobni pogledi na kakovost oskrbe bolnikov. Zdrav Var 1995; 34: 551–4.
- Kersnik J. Oblikovanje priporočil za kakovostno delo zdravnika splošne medicine. Zdrav Vestn 1996; 65: 413–5.
- Schroeder SA, Kabacoff AL. Do bad outcomes mean substandard care? JAMA 1991; 265: 1995–5.
- Tavčar M. Kontroliranje. In: Možina S ed. Management. Radovljica: Didakta, 1994: 676–705.
- Hayes J, Shaw C. Hospital accreditation and risk management. Health Care Risk Report 1996; 2: 19–25.
- Kelson M. Consumers involvement initiatives in clinical audit and outcomes. A review of developments and issues in the identifications of good practice. London: Department of Health Clinical outcomes Group, 1995: 1–62.
- Lingren O, Haywood B. Clinical incident reporting in NHS trusts. Health Care Risk Report 1996; 2: 15–7.
- Javetz R, Stern Z. Patients' complaints as a management tool for continuous quality improvement. J of Management in Medicine 1996; 10: 39–48.
- Kersnik J, Šorli J. Kakovost v zdravstvu: Predlog za razpravo o politiki kakovosti v zdravstvu. Zdrav Vestn 1997; 66: 205–8.
- Blumenthal D. Making medical errors into medical treasures. JAMA 1994; 272: 1867–8.
- Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? JAMA 1991; 265: 2089–94.
- Lokar J. Izvedenska mnenja o morebitnih napakah v zdravniškem odločanju in ukrepanju. In: Balazic J, Štefanič B. Ocenjevanje telesnih poškodb. Medicinsko izvedenstvo 96. 2. memorialni sestanek Janeza Milčinskega. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1996: 11–6.
- Localio RA, Lawthers AG, Brennan TA, Laird NM, Hebert LE, Peterson LM, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results of the Harvard Practice Study III. NEJM 1991; 325: 245–51.
- Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. BMJ; 310: 27–9.
- Black N. Medical litigation and the quality of care. Lancet 1990; 335: 35–7.
- Wilson J. Clinical risk management in general practice. Health Care Risk Report 1996; 3: 19–21.
- Merrett H. Managing risks. The ethical dimension. Health Care Risk Report 1996; 2: 19–21.
- Kersnik J. Problemsko usmerjena dokumentacija v splošni medicini. Med Razgl 1994; 33: 223–240.
- Kersnik J, Švab I. Predlog novega zdravstvenega kartona. Zdrav Var 1996; 35: 193–9.
- Kersnik J. Zgledovanje kot zagotavljanje kakovosti v zdravstvenih ustanovah. Zdrav Var 1995; 34: 125–30.
- Wensing M, Grol R. Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review. Internat J Qual Health Care 1994; 6: 115–32.
- Kersnik J. Management of sickness absence: Quality intervention study from Slovenia. Quality in Health Care (in press).
- Halpern J. The measurement of quality of care in the Veterans health administration. Med Care 1996; 34: MS55–MS68.

LIPOBAY[®]

CERIVASTATIN



**prvi statin
v mikrogramskih odmerkih**

varno in učinkovito

pri primarnih hiperholesterolemijah (tip IIa in IIb), kadar dieta ne zadostuje

Oprema: škatlica s 30 tabletami po 0,2 mg cerivastatina
Podrobnejše informacije o zdravilu dobite pri proizvajalcu.

Izdeluje: Bayer Pharma d. o. o., Ljubljana, Celovška 135

Bayer



Bayer Pharma d.o.o.

Pismo uredništvu/Letter to the editor

PubMed Central ALI NOVA DOBA V MEDICINSKEM ZNANSTVENEM INFORMIRANJU

Štefan Adamič

Inštitut za biomedicinsko informatiko, Medicinska fakulteta, Vrazov trg 2, 1105 Ljubljana

Maja letos je Harold Varmus, direktor NIH, poslal prek interneta v svet načrt, po katerem naj bi se pri NIH organizirala zbirka elektronskih publikacij s področja biomedicine, za katero je predlagal ime E-biomed. Predlog je doživel izjemen odziv s pohvalami, pomisleki in nasprotovanji (zlasti med uredniki in založniki). Na temelju te razprave je Varmus (1) že konec avgusta predlog razširil in dopolnil ter predlagal novo začasno ime zbirke PubMed Central. Zagotovil je, da bo zbirka lahko začela delovati že z januarjem prihodnjega, tj. leta 2000. Kaže, da se bo s tem začelo novo obdobje znanstvenega informiranja v biomedicini, pa tudi širše v znanostih o živi naravi, kar bo prav gotovo imelo velik vpliv tudi na naše razmere.

Znanstveno informiranje se je zadnjih tristo let opiralo na znanstveno periodiko. Revije so se v tem času razvijale tako po številu kot po kakovosti in se vse bolj specializirale. Širila pa se je tudi njihova vloga. Poleg diseminacije znanstvenih odkritij zagotavljajo avtorstvo in primat novih odkritij, predstavljajo osnovo za vrednotenje uspešnosti, poleg tega pa so razvile sistem recenzentstva in tako ustvarile filter za kvaliteto član- kov, ki jih objavljajo. Postopno, še zlasti v drugi polovici našega stoletja, pa je ta način posredovanja znanstvenih informacij začel kazati številne pomanjkljivosti. Na objavo članka je treba čakati po celo leto ali še dalj, revije se dražijo vsaj petkrat hitreje, kot je inflacija, tako da jih morajo knjižnice opuščati, zmanjšana tiraža pa spet povečuje stroške posameznemu primerku. Začarani krog že grozi z razpadom sistema.

Z razvojem sodobne računalniške in komunikacijske tehnologije in še zlasti z uveljavitvijo interneta so se začele kazati možnosti za radikalne spremembe na tem področju. Sekundarne revije so računalniško tehnologijo kmalu vključile v svoje delo in organizirale lastne računalniške bibliografske baze, dostopne tudi na cenениh kompaktnih diskih. Primarne revije temu sledijo nekoliko počasneje. Med vzroki je najpomembnejši, da z naročnino pokrivajo svoje dokaj visoke stroške. Kljub temu so se že v sedemdesetih letih pojavile revije samo v elektronski obliki, tiskane revije pa so začele ponujati tudi elektronski dostop do njihove vsebine, vendar ob doplačilu. Da bi zapleteni postopki potekali gladko, so založniki razvili sistem, ki omogoča avtomatično urejanje avtorskih pravic (2). Med poborniki elektronskih publikacij in prostega dostopa do njih je najbolj prepričljiv Steven Harnard iz Velike Britanije. Enega svojih novjših prispevkov v *Nature* (5. november 1998) je v razširjeni verziji objavil tudi na internetu (3). V njem med drugim predlaga, naj revije preidejo v celoti na elektronske medije, opustijo papir, ohranijo pa recenzentsko službo. Podobne rešitve predlagajo tudi drugi, kot npr. ameriško Združenje akademskih in raziskovalnih knjižnic (4) in konferenca o znanstvenem komuniciranju, ki jo je organiziral Kalifornijski inštitut za tehnologijo (5).

Močen pospešek razvoju v opisano smer je dal ameriški Nacionalni laboratorij Los Alamos (LANL), kjer je Paul Ginsparg leta 1991 pričel graditi zbirko predodtisov (preprints) član-

kov s področja fizike. Tako je nastala javno dostopna zbirka Los Alamos Physics Archive. V njej so članki s področja fizike, ki so sprejeti ali poslani v tisk uglednim revijam. Zbirka ima prirast 25.000 novih člankov na leto, dnevno pa ima 35.000 uporabnikov. Načrtujejo pa tudi razširitev sistema na druge znanosti, zlasti kognitivne, in obogatitev njegove uporabnosti (6). Skoraj neverjetno število uporabnikov z vsega sveta kaže, da je akcija LANL popolnoma uspela.

Verjetno je tudi uspešen podvig LANL prispeval k odločitvi NIH, da organizira podobno zbirko za področje biomedicine. Kako pa naj bi vse skupaj potekalo?

Po Varmusovi zamisli naj bi bil to mednarodni vzajemni sistem. Vodilo naj bi ga mednarodno kolegijsko telo, ki bi ga sestavila znanstvena združenja, tako da bi predstavljalo svetovno biomedicinsko znanost. NIH (niti kateri drugi vladni organ) ne bodo lastnik sistema. Zagotavljali mu bodo le tehnično in finančno podporo za stabilnost in varnost zbirke ter njeno dostopnost uporabnikom interneta po vsem svetu brez vsakega plačila. Zamisel je v mnogih pogledih še načelna in jo bo treba dodelati v podrobnosti. Za začetek pa daje Varmus nekaj konkretnih predlogov.

Zbirka naj bi se imenovala PubMed Central in se tako navežala na obstoječo zbirko PubMed. Zbirka pa ne bo pokrivala le biomedicine ampak celotno znanost o živi naravi (life sciences). PubMed Central bo svoje delo koordiniral s podobnimi naporji po svetu (kot npr. z Evropsko organizacijo za molekularno biologijo, EMBO). Skrb za vnos podatkov in njihovo kvaliteto bo v celoti prepuščena znanstvenim izdajateljem, znanstvenim združenjem in drugim, od NIH neodvisnim skupinam. Avtorske pravice bodo pripadale izdajateljem, društvom, uredništvom ali avtorjem, kot se dogovorijo. Recenzirana dela bodo prispevali založniki in znanstvena društva, ki so recenzijo opravila. Poleg tega pa bodo v zbirko prišla tudi nerecenzirana dela, ki pa jih bodo (samo) presejale neodvisne organizacije. Recenzirana dela bodo jasno ločena od nerecenziranih. Prav tako bo v zbirki jasno, katera organizacija je posamezno delo prispevala. Mednarodno kolegijsko telo, ki bo zbirko upravljalo, bo med drugim tudi postavilo kriterije za izbor skupin, ki lahko vnašajo recenzirana oziroma presejana dela. Za enkrat pa bodo to vse revije, ki jih indeksirajo Embase, Biosis, Medline, SCI, Agricola, PsycINFO in Chemical Abstracts ter organizacije, katerih vsaj trije člani so glavni raziskovalci (principal investigator) v raziskovalnih projektih, ki jih financirajo najpomembnejše fundacije, kot npr. NIH, NSF, DOE, NASA v ZDA in enakovredne organizacije zunaj ZDA.

Mnogi problemi, ki se jih je Varmus zavedal že v predlogu, in tisti, ki jih je razprava odkrila, še niso rešeni. To zlasti velja za finančne zadrege uredništev in založnikov. Ker pa je to predlog direktorja najmočnejše biomedicinske raziskovalne institucije na svetu, lahko pričakujemo, da bodo tudi ti rešeni in bo projekt v celoti kmalu zaživel. Tako bomo lahko v internetu poiskali PubMed Central (PubMed je že zdaj dosegljiv), v njem s pomočjo orodij, ki jih daje uporabniku na voljo, poiskali

podatke o publikacijah na temo, ki nas zanima, nato pa takoj celotna besedila teh publikacij, ki jih bomo bodisi prebrali neposredno na zaslonu, prenesli v svojo osebno zbirko ali pa izpisali. In to brez vsakih neposrednih stroškov. Če bo seveda naše omrežje tako delo dopuščalo. Na nacionalni ravni bo vsekakor nujno zagotoviti dovolj hitro povezavo našega akademskega omrežja ARNES s svetom.

Po drugi strani pa bo to prilika, da se slovenska biomedicina bolj uveljavi v svetu. Nekatere naše revije in institucije gotovo izpolnjujejo pogoje, da bi lahko v PubMed Central vnašale bodisi recenzirane članke ali presejane publikacije. Verjetno pa ne bo šlo brez dobrih in pravočasnih priprav ter dodatnega truda.

Da bi to olajšal, je Inštitut za biomedicinsko informatiko o tej zadevi odprl javno elektronsko konferenco

PubMedC-l@mf.uni-lj.si,

na katero se lahko prijavite na naslov:

PubMedC-request@mf.uni-lj.si

s sporočilom: *subscribe pubmedc-l*.

Viri

1. Varmus H. An NIH-operated site for electronic distribution of Life sciences research reports.
<<http://www.nih.gov/welcome/director/pubmedcentral/pmc.htm>>
2. The digital object identifier system. <<http://www.doi.org/index.html>>
3. Harnad S. The invisible hand of peer review.
<<http://www.cogsci.soton.ac.uk/~harnad/nature2.html>>
4. Case MM. Provosts propose solutions to journals crisis.
<<http://www.arl.org/news/202/intro.html>>
5. Buck AM, Flanagan RC, Coles B. Scholar's forum: A new model for Scholarly communication. <<http://library.caltech.edu/publications/scholarsforum/>>
6. Ginsparg P, Halpern J, Lagoze C, Harnad S, Hall W, Carr L. Integrating and navigating eprint archives through citation-linking.
<<http://www.princeton.edu/~harnad/citation.html>>

V tej številki so sodelovali:

prof. dr. Štefan Adamič, dr. vet. med., Inštitut za biomedicinsko informatiko, MF Ljubljana

Mirella Aglietti, dr. med., specialistka psihiatrije, Research Doctorate in Drug Addiction, Universities of Siena, Pisa and Cagliari, Italija

prof. dr. Zoran M. Arnež, dr. med., specialist kirurg, predsednik Zdravstvenega sveta pri Ministrstvu za zdravstvo RS, Ljubljana

prim. Herbert Bernhardt, dr. med., specialist internist, Kardiološka ambulanta Nova Gorica

asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., specialist kirurg, predsednik Zdravniške zbornice Slovenije, Ljubljana

asist. mag. Borut Bratanič, dr. med., specialist pediater, Pediatrična klinika, KC Ljubljana

Stefania Canoniero, dr. med., specializantka psihiatrije, Addiction-Psychiatry Unit, Department of Psychiatry-Neurobiology-Pharmacology and Biotechnology, University of Pisa, Italija

mag. Marija Cesar, dr. med., specialistka anesteziologinja, Oddelek za anesteziologijo in intenzivno medicino, SB Slovenj Gradec

prof. dr. Andrej Cijan, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za kardiologijo, KC Ljubljana

prof. dr. Zlata Črepinko-Stropnik, dr. med., Ljubljana

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

asist. mag. Janko Kersnik, dr. med., specialist splošne medicine, Zdravstvena postaja Kranjska Gora

Mercedes Lovrečič, dr. med., specializantka psihiatrije, Zavod za zdravstveno varstvo Koper

Icro Maremmi, dr. med., specialist psihiater, Addiction-Psychiatry Unit, Department of Psychiatry-Neurobiology-Pharmacology and Biotechnology, University of Pisa, Italija

doc. dr. David Neubauer, dr. med., specialist pediater, Pediatrična klinika, KC Ljubljana

prim. Marjeta Novosel-Sever, dr. med., Pediatrična klinika, KC Ljubljana

mag. Darja Paro-Panjan, dr. med., specialistka pediatrije, Pediatrična klinika, KC Ljubljana

Nuška Pečarič-Meglič, dr. med., specialistka rentgenologinja, Klinični inštitut za radiologijo, KC Ljubljana

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

prof. dr. Borut Pust, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za kardiologijo, KC Ljubljana

Črtomir Špacapan, dipl. oec., župan Mestne občine Nova Gorica

prim. Nado Vodopija, dr. med., specialist kirurg, Urološki oddelek, SB Slovenj Gradec

prim. Janez Zajec, dr. med., specialist fiziater, državni sekretar pri Ministrstvu za zdravstvo RS, Ljubljana

prim. mag. Janez Zajec, dr. med., specialist kirurg, Kirurški oddelek, SB Slovenj Gradec

Aktualni pogovori

AKTUALNI POGOVOR Z G. ČRTOMIROM ŠPACAPANOM, ŽUPANOM MESTNE OBČINE NOVA GORICA



Črtomir Špacapan, dipl. oec., je bil rojen 9. 4. 1956 v Postojni. Odraščal je v delavski družini v Šempasu. Osnovno šolo in gimnazijo je končal v Novi Gorici. Po maturi leta 1975 se je vpisal na Ekonomsko fakulteto v Ljubljani, kjer je leta 1981 diplomiral na drugi stopnji. Leta 1982 se je zaposlil kot sekretar ZSMS v Novi Gorici, leto kasneje pa odšel v Primex - izvozno-uvozno podjetje, kjer je delal na sektorju kemije. Potem je prevzel direktorsko mesto na lesnem sektorju in ostal v Primexu osem let. Leta 1990 je bil izvoljen za predsednika Izvršnega sveta Skupščine občine Nova Gorica. Na prvih volitvah po spremembi zakonoda-

je o lokalni samoupravi leta 1994 je bil izvoljen za župana Mestne občine Nova Gorica, prav tako na drugih volitvah leta 1998.

Je podpredsednik Slovenskega združenja občin in član slovenske delegacije v Svetu regij pri Evropski skupnosti.

V prostem času se ukvarja s športom, kar dvanajst let pa je aktivno igral nogomet. Je podpredsednik Nogometne zveze Slovenije.

ZV: Ste župan Mestne občine Nova Gorica. Kaj obsega vaša občina?

ČŠ: Občina Nova Gorica se je v zadnjih letih precej spremenila. Po novem Zakonu o lokalni samoupravi smo se razdelili in sedaj občina Nova Gorica obsega pravzaprav mestno jedro z okolico in skoraj v celoti Trnovsko-Banjško planoto in jugozahodno Vipavsko dolino, Dornberg, Branik. V slovenskem merilu je Mestna občina Nova Gorica ta trenutek ena večjih občin. Obsega 324 km² in združuje 55 naselij. Po številu prebivalcev spada med 11 mestnih občin v Sloveniji. Trenutno ima okrog 37.000 prebivalcev. V stari obliki, ko je bila še skupaj z Brdi, Kanalom in Mirnom, je imela okrog 63.000 prebivalcev.

ZV: Nova Gorica je mlado mesto, nekateri pravijo umetno. Ustanovljena je bila leta 1948. Katerega političnega »botra« ste imeli pri ustanovitvi tega mesta in zakaj je bilo mesto postavljeno prav tukaj?

ČŠ: Razlogov je več. Osnovni razlog je, da so po Pariški mirovni pogodbi Gorico dodelili Italiji in je zaledje severne Primorske izgubilo svoje središče. Nujno je bilo zgraditi novo mesto. Ravno na tem prostoru verjetno zato, ker območje ni bilo urbanizirano. Pravijo, da je Ivan Maček-Matija šel na Sveto goro in rekel: »Tu bo stala Nova Gorica!« In potem je nastala. Čeprav je iz pisnih virov zaznati, da so bile tudi druge variante, južneje, na ravnici, kjer sta Šempeter in Vrtojba. Tam je bila zemlja rodovitnejša, primernejša za kmetijstvo, tu pa bolj močvirnata. To je prevladalo.

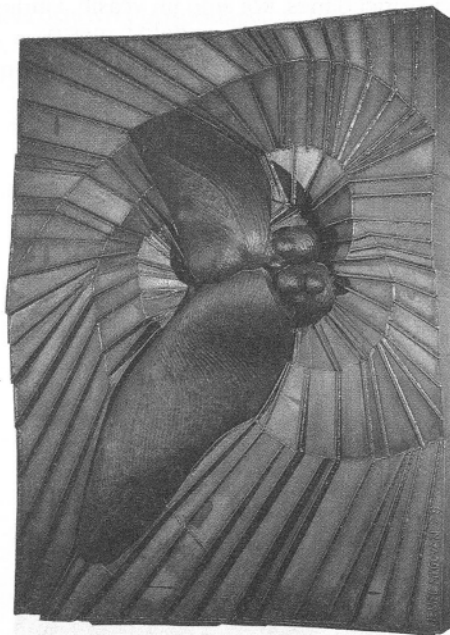
ZV: Če pogledamo mesto Nova Gorica politično, je igralo v naši bivši skupni državi dvojno vlogo. Hkrati se je izrazilo prijateljsko povezovalo s sosednjo staro Gorico, po drugi strani je z njo hkrati tudi tekmovalo.

ČŠ: Ko je nastala Nova Gorica, je bilo nekoliko nevoščljivosti na drugi strani. Jasno je bilo, da je nastalo mesto, ki bo po eni strani konkurent sami Gorici. Nekaj časa so bile velike napetosti med obema mestoma tudi zaradi napetosti med državama. Bili sta in bosta samo dve poti, pot sodelovanja ali tekmoval-

nja. V zadnjem času je sodelovanje vedno boljše. Obe strani spoznavata, da mesti skupaj glede števila prebivalcev sodita v lepo srednjeevropsko mesto z okrog 100.000 prebivalci. To je že primerljivo s Trstom, Vidmom, Koprom - po številu neka-ko primerljivimi mesti. Hkrati pa ostaja tudi otipljivo, katero mesto bo prevzelo več vpliva, kje bo univerza, škofija itd. Nova Gorica bi v povezavi s staro Gorico gotovo samo pridobila.

ZV: Nova Gorica je imela izredno dinamičen, intenziven razvoj. Hitro je rasla industrija, Meblo je bil njen najbolj izrazit predstavnik, zgrajena je bila relativno velika bolnišnica, primerljiva z bistveno starejšimi, razvijalo se je šolstvo. Kaj je to prinašalo dobrega in slabega?

ČŠ: Gotovo je, da je industrializacija prinesla Novi Gorici veliko dobrega. Odpirala so se nova delovna mesta, mesto je precej hitro raslo. Po drugi strani pa je ta industrija zrastle prehitro, zavrla je drobno obrt, npr. čevljarstvo, mizarstvo, ki je bila včasih tu zelo razširjena. Ta prehitra rast je pripeljala v zadnjih dveh desetletjih tudi do znatnega propadanja neorganske stališ in v okolje nevpetedo industrije. Spet se vračajo manjši obrati na osnovi tradicije. Meblo še vedno gradi na tradiciji solkanskih mizarjev in ponovno lahko spremljamo njegovo rast. Ciciban je nastal na stoletni tradiciji mirenških čevljarjev. Prehiter razvoj je privedel do želje po velikih količinah, zane-marjena sta bila tako kakovost kot tradicija, znanje in pisanost industrije, obrti in podjetništva.



Jedro XXIII, 1975, les-varjeno železo, 220 × 180 × 20 cm.

ZV: Kako je Nova Gorica preživela tranzicijo, s tem mislim spremembo družbenega sistema v zadnjih desetih letih, pa morda v zadnjih 15 letih?

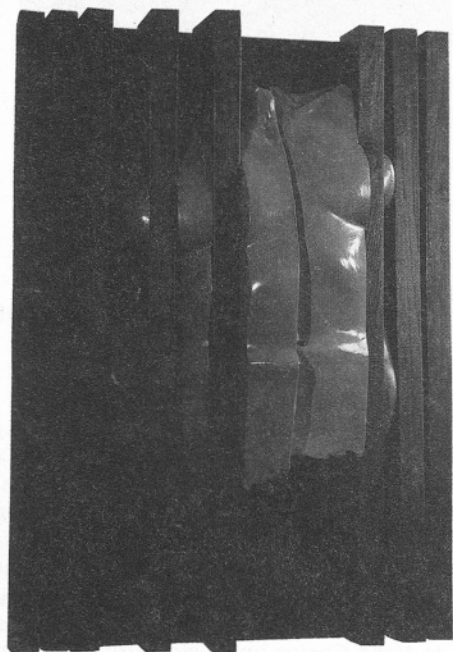
ČŠ: Nova Gorica je imela srečo, da je začela njena množična proizvodnja upadati že pred izgubo jugoslovanskih trgov, že po letu 1985. To je pomenilo, da se je že pred razpadom Jugoslavije nekako orientirala na zahodna in vzhodna tržišča, se notranje očistila in na novo organizirala. Obdobje po letu 1991 smo pričakali že v fazi počasne rasti. Čeprav smo glede nagle industrializacije nekako mali Maribor - imeli smo zelo podobno industrijo - pa zaradi postopnih sprememb v Novi Gorici ni prišlo do tako hudih socialnih problemov. Socialni šok smo amortizirali prej kot druga slovenska mesta, kjer je do tega prišlo neposredno po osamosvojitvi Slovenije.

Tab. 1. Število zaposlenih v največjih gospodarskih organizacijah v juliju 1999 – za primerjavo SB dr. Franca Derganca in obe enoti Zdravstvenega doma Nova Gorica.

Delovna organizacija	Število zaposlenih
HIT	1447
Iskra Avtoelektrika	1406
Meblo (vse enote)	611
Salonit Anhovo	595
MIP	396
SB dr. Franca Derganca	817
Zdravstveni dom	336

ZV: Kaj se z Novo Gorico dogaja danes? Se mesto še vedno širi, je stabilno ali se zmanjšuje?

ČŠ: Nova Gorica se povečuje predvsem v smislu regionalnega središča, manj številčno, ker vemo, da nataliteta žal upada. Pričakujemo, da se bo mesto organiziralo kot poslovno središče severne Primorske, tok ljudi pa se je že spremenil. Včasih so ljudje iz Nove Gorice odhajali v službo iz mesta, sedaj pa množično prihajajo vanj. Mesto je poslovno, bančno, zavarovalniško, šolsko, kulturno, športno itd. središče. Mesto samo se po površini še povečuje, ne raste pa število prebivalcev. Ljudje se selijo nazaj na obrobje mesta in v primestna naselja, tja, kjer imajo korenine. Sodobne prometne povezave to le olajšujejo. Izjemno hitro se širijo kraji Vogrsko, Prvačina, Šempas in tudi manjši. Veliko se gradi, v Novi Gorici pa ostaja predvsem terciarni, poslovni del. Bistveno manj stanovanjskih objektov gradimo v Novi Gorici danes, kot smo jih včasih. Ljudje živijo v obmestnih predelih in prihajajo na delo v mesto.



Vertikalna kompozicija, 1978, les-mavec, 110 × 80 × 80 cm.

ZV: Kakšno je usakdanje, spontano življenje ljudi ob meji na eni in drugi strani? Kakšna je prehodnost oz. odprtost?

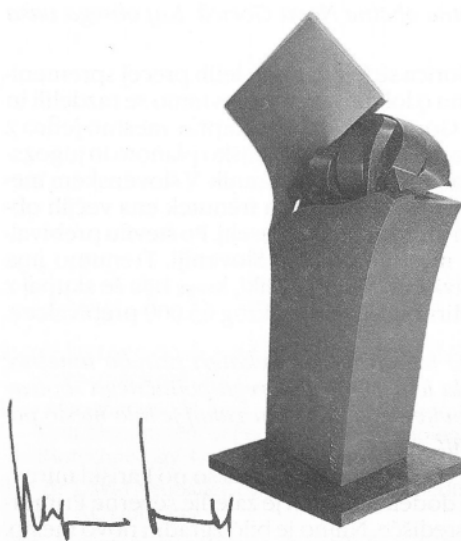
ČŠ: Med ljudmi so se odnosi v zadnjih letih zelo spremenili. Druga svetovna vojna je starejšo generacijo močno obremenjevala, stiki mlajših generacij pa se razvijajo na povsem drugih osnovah in so zelo neposredni. Zbirajo se tako v lokalnih kot na kulturnih in športnih prireditvah na eni in drugi strani. Tudi jezik, ki je bil doslej velika ovira predvsem z italijanske strani, to ni več. Nekateri mladi Italijani se pospešeno učijo slovenščine. Menim, da je to že kar revolucionarni premik.

ZV: Kateri so motorji gospodarskega razvoja v Novi Gorici danes?

ČŠ: Vsekakor je po dohodku oz. dobičku, ki se vse bolj meri v novem sistemu, prvi HIT, je pa veliko tistih, ki mu sledijo. Med največjimi je Iskra, ki ima velik tržni delež, tudi v izvozu. To je izjemen uspeh. Oživila Meblo, ki je ponovno tudi po številu zaposlenih močna firma. Ima zelo zdrava jedra, npr. proizvodnja jogijev, oblazinjenega in tudi drugega pohištva. Veliko je manjših uspešnih podjetij, oživila gradbena dejavnost, ki jo predstavlja Splošno gradbeno podjetje Nova Gorica, Finali in druga. Mala podjetja so naravni nasledniki nekdanj močno razvite obrti. Sodimo med obrtno najbolj razvite občine, imamo več kot 2000 obrtnikov. Ob tem pa so tudi anomalije, kot je preveliko število avtoprevoznikov (več kot 200).

ZV: Koliko vam pomenijo boljše povezave z drugimi deli Slovenije in z Evropo ter Italijo?

ČŠ: Z Evropo smo povezani že dolgo, saj imamo na italijanski strani hiter dostop do avtocest. Žal pa z Ljubljano in Slovenijo še nismo dobro povezani. Ta komunikacija je izjemno pomembna. S kakšno alternativo si po slovenski strani ne moremo pomagati. Soška dolina je precej zaprta in teren zahteven, tudi s Krasom smo povezani relativno slabo, odločitev o trasi avtoceste po Vipavski dolini pa se je vlekla vrsto let. Stalno se pojavljajo novi problemi. Za nas je povezava s Slovenijo življenjskega pomena. Glavni prometni tokovi so usmerjeni čez Ljubljano, Maribor in Jesenice ter v zadnjem času proti Zagrebu. Skozi Novo Gorico gre letno okrog 350.000 kamionov, to je skoraj 1000 kamionov na dan. Promet je za nas pomemben, po drugi strani pa je velika obremenitev.

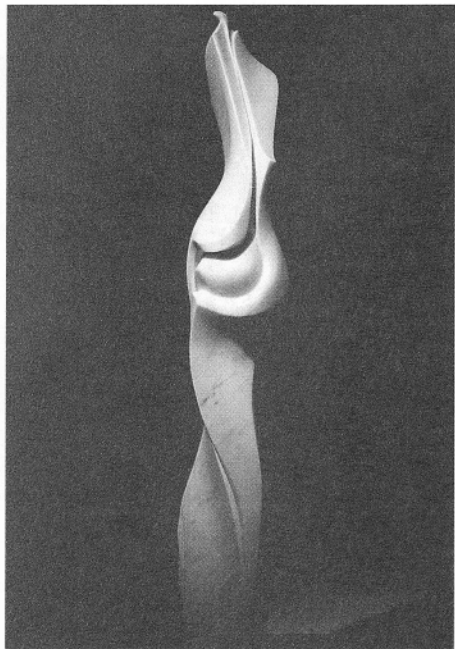


Preboj IV, 1979, varjeno železo, 50 × 50 × 130 cm.

ZV: Nova Gorica in njeno širše zaledje sta prepoznavni po kulturi, še posebej po gledališču, kar nekaj velikih slikarskih imen pa tudi drugih izhaja iz širšega primorskega področja. Če jih naštejemo le nekaj, med književniki V. Bartol, F. Bevk, M. Bor, R. Bordon, R. Dolhar, J. Felc, A. Gradnik, C. Kosmač, D. Lokar, B. Magajna, J. Milič, B. Pahor, A. Rebula, T. Šalamun, I. Torkar, N. Velikonja, S. Vuga, P. Zidar, C. Zlobec, med likovniki A. Zvest, I. Čargo, A. Černigoj, R. Debenjak, R. Hlavaty, B. Kalin, Z. Kalin, S. Komel, G. A. Kos, V. Makuc, Ž. Marušič, Z. Mušič, N. Nemec, N. Omersa, K. Palčič, F. Pavlovac, V. Pilon, N. Pirnat, Z. Posega, L. Spacal, L. Spazzapan, K. Tutta.

ČŠ: Kultura je verjetno iz več razlogov izjemno močna. Najprej zato, ker imamo nekaj eminentnih ustvarjalcev, predvsem pisateljev, pesnikov, slikarjev, kiparjev. Poleg tega imamo že dol-

dolgoletno tradicijo v Primorskem dramskem gledališču. Imamo tudi edino v tem stoletju zgrajeno slovensko gledališče, ki je postalo poklicno. Kakovostno in množično kulturo je prav spodbujala italijanska kultura. Če si narodnostno in s tem tudi kulturno ogrožen, se oprimeš lastne kulture, bolj čuvaš dediščino, ustvarjalno tekmuješ z okolico. Poskušamo ohraniti ravnovesje nasproti zelo močni italijanski kulturi. V zadnjih letih je sodelovanje med slovensko in italijansko medsebojno povezujoče se in tvorno.



Zoreenje V, 1981, kararski marmor, 35 × 43 × 30 cm.

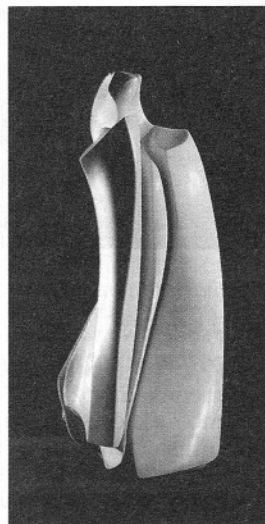
ZV: Prehajava na področje regij in regionalizma. Najprej v Sloveniji sami. Država je precej centralizirana, hkrati pa je občine razbila na majhne, lahko bi rekli absurdno majhne enote. Regij ni ustanovila. Zelo verjetno tudi Nova Gorica brez širšega zaledja ni organska celota.

ČŠ: Verjetno smo evropski unikum. Imamo zelo razdrobljene osnovne enote, to so občine, nimamo pa povezovanja na višji, regijski ravni. Čeprav pravijo za Slovenijo, da je majhna in bi bila lahko ena sama regija, se s tem ne strinjam. Vsaka regija ima specifičnosti. Regije ne smemo jemati kot administrativno, birokratsko enoto, ampak kot zaokroženo gospodarsko enoto. Do dokončne ustanovitve regij v Sloveniji je žal še dolga pot. Na regijah se bodo lomila tudi politična, ne samo gospodarska kopja. Razprave in argumentiranja bodo čustvena, temelječa na zgodovinskih in pridobljenih pravicah oz. prednostih itd. itd. Zavzemam se za majhno število regij v Sloveniji. Za celotno Primorsko bi bilo najbolje, če bi bila ena sama regija. Pojavilo se bo vprašanje središča takšne regije. Ali naj bo to Koper ali Nova Gorica. Možen je smotrni in pošten sporazum, center regije bi bilo lahko majhno mesto, kot je Lipica, Štanjel ali kako drugo. Že pri občinah se je pokazalo, da smo jih preveč razdrobili, nekatere bodo imele težave s financiranjem. Nimajo izvirnih prihodkov. Prepričan sem, da jih je država in da jim bo pristojnosti počasi prevzemala. Postale bodo neke vrste krajevne skupnosti. Ljudje so evforično in prehitro na referendumih sprejemali odločitve za samostojne občine, to je v skladu s slovensko naravo biti sam svoj, imeti lastni vrtiček. Ne bi veljalo napake ponoviti pri regijah. Naša regija mora temeljiti na zdravih ekonomskih temeljih, le združiti moramo svoje sile in dobiti čim širše soglasje za nadaljnji razvoj.

Živimo na takem delu Evrope, kjer je velika pretočnost blaga, kapitala, znanja, ljudi. Lahko bi predstavljali most med Vzhodom in Zahodom in ob solidni organiziranosti na regijski ravni bi lahko skupaj s sosedji – Furlanijo in Julijsko krajino postali zelo močna evropska regija.

ZV: Aktivni ste pri evropskih dogovarjanjih in sodelovanju na področju regij. Kako pa ima Evropa zastavljene regije?

ČŠ: Glede na evropske tradicije so nekatere regije celo bolj organizirane, kot je država. Posebno regije s posebnim statusom. Že zgodovinsko imamo velika trenja med posameznimi regijami v Evropi, npr. Flamci in Valonci, severnim in južnim delom Italije itd. Regijo vidim kot stabilno gospodarsko enoto. Zakaj stabilno? Nekatere države npr. na nižji ravni uvajajo t. i. stečaj občin. Če se občina ni sposobna sama preživljati, se mora komu pridružiti. V regijah je lažje oblikovati sistem, predvsem komunalni, infrastrukturni. Jasno je, da rastejo stroški za različne oblike komunalnih storitev, čimbolj so razdrobljene komunalne enote. Večje kot so regije, lažje je racionalno zagotavljati te storitve večjemu številu prebivalcev. Če so regije močnejše, bo tudi lažje skrbeti za komunalni, cestni in gospodarski razvoj. Nekaterih panog ne smemo zamejevati z občinskimi mejami. Takšen primer je primorski turizem, ki ga ni mogoče zapreti v Trento, morje ali Vipavsko dolino. Parcialni pristopi imajo omejen domet. Smotrno je tržiti blagovno znamko v celoti, povezati Primorsko do Postojne, morda še dalj. Podoben primer je pri vinu. Blagovna znamka zahteva zagotovljeno količino in kakovost. Ustvariti moramo torej regijo, ki bo imela osnovo v gospodarskem razvoju, s poudarkom na turizmu, kmetijstvu, manj pa na političnem področju. Uspešno gospodarstvo je osnova in pogoj za življenje regij.



Hrepenenje, 1981, kararski marmor, 62 × 33 × 25 cm.

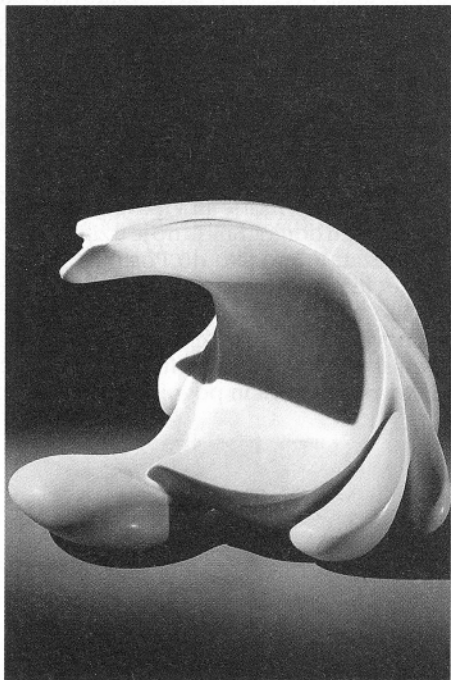
ZV: Reciva, da bo nekoč, ko bo Slovenija združena v Evropi, moralo priti do regij. Primorska ni področje za velike serije, velike količine, je področje za butične proizvode, za visoko kakovost. Je to res?

ČŠ: Je. Graditi bi morali na tezi, da morajo tisti, ki čutijo, da je Primorska zanimiva, priti do nas. Mi s proizvodi v zelo omejenih količinah težko prodremo v svet. Oglejmo si primer Toskane, ki je sicer večja, ima pa podobne značilnosti kot Brda ali kanalski del Soške doline. Temeljiti bi morali na mehki obliki turizma. Množičnosti je povsod preveč, imamo pa možnost, da predvsem z butičnim pristopom, zdravo hrano, dobro ponudbo, z naravo, ki je dokaj neokrnjena, privabimo ljudi. Takšen pristop je smiseln tudi pri gospodarstvu, kjer naj bi usta-

navljali obrate z manjšim številom ljudi, s proizvodnjo, ki bi bila namenjena izbranim kupcem. Težko bomo dosegali zelo velike serije.

ZV: Kakšno pa je vaše sodelovanje z regijami v soseščini ali na nekoliko širšem območju?

ČŠ: Sodelujemo predvsem z obema obmejnima regijama – s Furlanijo in Julijsko krajino in s Koroško. Z Gorico in Celovcem smo povezani praktično že 30 let. Prizadevamo si za konkretno sodelovanje. Veliko sodelujemo na kulturnem, športnem področju, manj pa na gospodarskem. Skupaj pripravljamo programe Evropske skupnosti, ki jih bomo uresničevali v naslednjem tisočletju. Prihaja namreč do velikih strukturnih sprememb tudi zaradi meje same. Mi bomo to občutili bistveno bolj kot ostali del Slovenije.



Prebujanje AB, 1982, kararski marmor, 103 × 26 × 19 cm.

ZV: Kako je s projektom sodelovanja med staro Gorico in Novo Gorico v okviru programa Evropske skupnosti?

ČŠ: Ta projekt smo poimenovali »sožitje«. To naj bi bil dolgoročni projekt. V njem smo na začetku že napravili nabor skupnih projektov, ki so že uresničeni, tistih, ki potekajo, in tistih, ki naj jih še načrtujemo. Teh je največ. Perspektiva je v konkretnem povezovanju na vseh področjih. Najprej na celotnem gospodarskem področju, to potem na kmetijstvu, turizmu, drobnih obrti, sejamski dejavnosti itd., pa tudi kulturi, šolstvu, zdravstvu, športu, varovanju okolja. Ta program je bil zastavljen že v Bruslju, uresničujemo ga po fazah. V začetku smo morda pričakovali preveč. Programi so tehnično in birokratsko zelo zahtevni in pot do denarja je trnjeva. Borimo se in se prijavljamo na vse programe, ki so za nas smiselni. Teh je na desetine.

ZV: Tema našega zdravniškega letnega srečanja je »Javno in zasebno v zdravstvu«. Kako je s tem javnim oz. državnim in zasebnim in medsebojnim sodelovanjem in prelivanjem na področju vaše mestne občine?

ČŠ: Zdravstvo je v vseh državah področje, kjer se naredi največ reform. Kot na ostalih področjih tudi v zdravstvu iščemo pametno razmerje med zasebnim in javnim. Prišlo je do velikih sprememb. Veliko je bilo dela na črno, predvsem zaradi bližine meje. Prvi pozitivni korak slovenske države je bil, da je

to organizacijsko uredila, dela na črno ni več, pa tudi ne nelojalne konkurence. Veliko vprašanje pa je, do kakšne stopnje spodbujati privatizacijo. Isto vprašanje se pojavlja tudi v drugih družbenih dejavnostih, ne le v zdravstvu. Vse pač ne more biti privatno. Predvsem ne za ljudi, ki si tega ne morejo privoščiti. Hote ali ne hote nastajajo razlike, prihaja do razslojevanja. Imamo različne poglede, koliko koncesij podeliti. Ker smo zgradili velike zmogljivosti tako za zdravstvo kot za druge dejavnosti, jih bomo tudi čimbolj smotrno izrabili, upoštevajoč potrebe ljudi in njihove možnosti in želje. Pričakujem, da bomo do konca leta 1999 za nekaj let začrtali osnovna razmerja med javnim in zasebnim.



Zdravstveni dom Nova Gorica.

ZV: Kaj pa na drugih področjih življenja zunaj zdravstva pomeni odnos med javnim in zasebnim?

ČŠ: Privatne iniciative je v nekaterih panogah premalo. Nekateri še vedno živijo v zavetju državnega sistema, ki je nudil socialno varnost. Zato je iniciativ premalo. Tisti, ki živijo na občinskem in državnem proračunu, si ne želijo v kakšne tvegane posle. Prebujajo se nove iniciative, da bi javne zavode uporabljali za zasebno dejavnost. Mestni svet ima veliko problemov, ko mora ocenjevati, kaj je ustrežnejše in kaj cenejše. Se pa strinjam, po drugi strani moramo paziti, da ne zrušimo zgrajenega sistema, ki deluje vsaj zadovoljivo. Velja graditi in izpopolnjevati, ne rušiti. Predvsem občutljiva področja so šolstvo, kultura in zdravstvo. Glede na želje in potrebe je denarja vedno premalo. Pri njegovi razdelitvi moramo ocenjevati, kdo lahko največ nudi.



Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Šempeter pri Gorici (Foto: Pavšič-Zavadlav).

ZV: Kakšne so perspektive mestne občine Nova Gorica? Katere so vaše glavne naloge?

ČŠ: Gospodarski in drugi kazalniki kažejo na to, da je občina in širše med perspektivnejšimi v Sloveniji. Izboljšati moramo

infrastrukturo. Dnevni turizem moramo preusmeriti v privlačno, doživljajev polno bivanje pri nas, ki bo trajalo vsaj teden dni. Naravnih in drugih temeljev za to je dovolj. Naprej bomo podpirali razvoj male obrti in gospodarstva, spodbujali bomo našemu okolju primerno gospodarstvo z izdelki najvišjega kakovostnega razreda. Regija, mesto, občina brez inteligence je mrtva. Znanje je najbolje prodajani artikel. Z veseljem gledam visoko izobražene ljudi, ki ostajajo v tem okolju. To je znak, da postaja okolje zanje privlačno. In ti bodo znali popeljati Novo Gorico v naslednje tisočletje in svet.

Pogovor je v imenu uredništva vodil J. Drinovec. Zahvaljujemo se doc. dr. Antonu Prijatelju, dr. med., za dragoceno gradivo, gospe Neli-di Nemec pa za gradivo in dovoljenje za objavo nekaterih del Negovana Nemca.

Negovan Nemec se je rodil 23. 4. 1947 v Biljah na Goriškem, umrl po tragični nesreči leta 1987. Njegov kiparski opus je obsežen, po kakovosti pa sodi med najbolj prepričljive slovenske likovne umetnike XX. stoletja. Umetniško delo lahko razdelimo na monumentalne plastike, motiviko »ščiti« in »jedra«, »brez izhoda« in »preboj« (pod vtisom potresa v Posočju) in zadnji ciklus »živi kamni«, pretežno iz kararskega marmorja – z izrazito erotično tematiko. Kreativno je združil mediteransko čustvenost, intelekt in nežno ekspresivnost.

Zdravniški vestnik pred 60 leti

ŠTEVILKA 10/1939

Anton Prijatelj

Deseta številka Zdravniškega vestnika, strokovnega glasila Slovenskega zdravniškega društva, je izšla oktobra 1939. Uredništvo in uprava: Ljubljana, urednik dr. Slavko Prevec.

- dr. Miloš S. Tasić, Maribor: Postaje za prvo pomoč bolnikom, prizadetim od vojnih strupov
- dr. Robert Kukovec: Operacije na preponskem živcu in njihov odnos do ostalih intervencij na pljučni kirurgiji
- dr. Vladimir Kajzelj: Presnova tumorjev
- prim. dr. Oton Bajc: Izkustva z AT 10
- dr. Viktor Kocijančič, Škofja Loka: Sodelovanje bolnic in praktičnih zdravnikov
- dr. Marina Masten: O uspehih vakcinacije pri gnojenjih
- dr. Bogomir Magajna: Nekaj praktičnih navodil za sprejem bolnikov v bolnišnico za duševne bolezni
- dr. Mirko Černič, Maribor: Večališče za naše strokovno besedje in izrazje
- dr. Ivan Pintar: Bitja in žitja: Prof. dr. Vojislav Subotić
- Iz zdravniškega slovstva
- Drobiž

Sodelovanje bolnic in praktičnih zdravnikov

Dr. Viktor Kocijančič, Škofja Loka

Povod za pisanje dr. Kocijančiča je bila pritožba v prejšnjem letniku Zdravniškega vestnika, kjer je dr. Ravnikar zapisal, da v kljub trikratnemu vprašanju ni dobil odgovora, kaj se je dogajalo z njegovim bolnikom v bolnišnici. Zadeva se je končala tako, da so zapisali, da »privatnikom« pojasnil ne dajejo. Dr. Kocijančič je zapisal, da se njemu kaj takega še ni zgodilo. V svojem prispevku je poudaril, da je sodelovanje bolnišnice in praktičnega zdravnika zaželeno in potrebno – v prid obeh in še posebej v prid bolnika.

Avtor je še posebej zapisal in poudaril, da bi na sprejem v bolnišnico morala odločilno vplivati zdravnikova napotnica.

Saj se dogaja, da bolniki prosijo za sprejem v bolnišnico brez napotitve zdravnika, ki jih zdravi, včasih celo proti njegovi volji. Dežurni zdravnik bi moral take bolnike odkloniti, še posebej takrat, kadar ugotovi, da sme bolnika brez nevarnosti za nadaljnje zdravljenje poslati k domačemu zdravniku.

Vsak, ki hoče, da ga sprejmejo v bolnišnico, mora imeti izkazila, kdo bo poravnal stroške bolnišničnega zdravljenja. Seveda pa naj bi imel od lečečega zdravnika tudi diagnozo, če pa ne, pa vsaj opis sumljivih simptomov, zaradi katerih priporoča lečeči zdravnik sprejem v bolnišnico. Seveda pa želi domači zdravnik tudi obvestilo, kaj se je dogajalo z bolnikom v bolnišnici, še posebej pa je pomembno navodilo za nadaljnjo nego. Zaželeno je, da bi se bolnik ob vrnitvi iz bolnišnice zglasil pri svojem zdravniku. Avtor članka meni, da se to večkrat ne zgodi, ker je bolnik popolnoma ozdravel, včasih pa so tudi drugi razlogi.

Za vse bolnike, ki so prišli v bolnišnico z zdravnikovo napotnico ali pismom, bi bilo primerno, da bolnišnica pošlje obvestilo zdravniku. To je seveda koristno tako za bolnika kakor tudi za praktičnega zdravnika. Taka obvestila naj bodo sponatana, individualna in nadvse kolegialna.

Avtor meni, da so nadvse primerna ustrezna predavanja, ki so v krogih strokovne zdravniške organizacije.

Zaključek tega tako utemeljenega članka za tiste in sedanje čase pa je: »Splošni stiki se ustvarjajo tudi s priobčevanjem v Zdravniškem vestniku, raznih razprav, člankov in poročil o novih diagnostičnih in terapevtskih metodah, ki so se obnesle v kliničnem obratu v bolnici. Praktičnim zdravnikom se daje s tem pobuda za primerjanje z njihovim načinom zdravljenja. Primerjava jih utegne privedi do sklepa, da tudi oni poskusijo na novo priporočeno metodo. Zdi se mi, da vse preveč skrivamo pod »mernik« pridobitve, uspehe, s katerim bi se mogli okoristiti tudi drugi, če bi zanje vedeli.

Delajmo vse v korist naših bolnikov in hodili bomo po pravi poti tudi v vprašanju sodelovanja praktičnih in bolničnih zdravnikov!«

Zdravniki v prostem času

MEDICINCI '45 V LETU 1998

Zlata Črepinko-Stropnik

Za študente medicine, ki smo se leta 1945 vpisali v prvi letnik popolne medicinske fakultete v Ljubljani in tu po končanem študiju diplomirali, vsakoletna skupščina društva ni le informativni sestanek o opravljenem delu, ampak želimo, da bi bil tudi prijeten družabni dogodek. Dokler nam dopuščajo moči, se občasno radi srečujemo s študijskimi kolegi. Po nekaj zaporednih srečanjih v različnih krajih Slovenije se je pokazalo, da je najprimernejše, če se sestajamo v Ljubljani, še zlasti za kolege iz bolj oddaljenih krajev. Zato se je upravni odbor odločil, da bodo naslednje redne letne skupščine potekale odslej v kraju našega skupnega šolanja.

Tako smo se 21. maja 1999 zbrali v Ljubljani. Prišlo je 70, tj. 58% od vseh vpisanih članov. Nekaj naših članov se vsako leto poslovi za zmeraj. V zadnjem letu so nas zapustili dr. Stojan Cergol, dr. Breda Oblak-Ahačič, dr. Stanko Novak in dr. Darja Fajdiga-Fettich. Spomnili smo se jih na začetku skupščine in počastili njihov spomin.

Delovno predsedstvo so vodili dr. Marinka Kremžar iz Ljubljane, dr. Rado Sfiligoj iz Maribora in dr. Jože Andlovic iz Šempetra pri Gorici. Predsednik društva dr. Zvonimir Hönigsman je poročal o delu upravnega odbora, ki se je sestal v tem letu

na 10 sejah. Vse leto so potekale priprave na proslavo 80-letnice ustanovitve univerze in medicinske fakultete v Ljubljani in na proslavo 50-letnice našega absolutorija v prihodnjem letu. V sodelovanju z uredniškim odborom ZV pripravljamo izid suplementa z izbranim programom. Vsi člani so vabljeni k sodelovanju s predlogi in prispevki. Naša pričevanja lahko dopolnijo dokumentacijo o delovanju medicinske fakultete v Ljubljani, ki jo hrani arhiv univerze. Iz teh arhivov je razvidno, da so morali študentje popolne medicinske fakultete v Ljubljani tudi v prvih letih po vojni uspešno opraviti vse predpisane kolokvije, izpite in obvezno prakso po študijskem programu desetih semestrov, da so bili nato kot absolventi promovirani za doktorje splošne medicine. Najmanj pet do šest let intenzivnega študija ni bilo v ničemer podobno kakemu nadomestnemu tečaju za hitro pridobitev naslova, kot bi si morala utegnil predstavljati nekdo, ki ni poučen o razmerah, kot so bile v resnici. Za vsakega posameznika obstajajo potrjeni dokumenti s podatki o takratnem šolanju, ki po kakovosti ni zaostajalo za enakim študijem na drugih medicinskih fakultetah od visokih šolah v takratni Jugoslaviji. Sedaj je še čas, da dopolnimo te podatke iz živih virov in jih ohranimo naslednjim rodovom.

Po finančnem poročilu za preteklo leto in po predstavitvi finančnega in delovnega plana za leto 1999 so sledile volitve organov društva. Ker so se dosednji odbori izkazali za uspešne, je skupščina sprejela predlog za njihovo ponovno izvolitev.

Dr. Kremžarjeva je prebrala tri pesmi našega kolega dr. Emila Vengusta, objavljene v 4. knjigi zbirke Pesmi upora (urednik prof. dr. Boris Paternu). Žal so se izgubile še neobjavljene partizanske pesmi dr. Marte Nosan-Jerin. V tej zbirki je bila objavljena edino njena pesem »Mulovodec« in še ta kot pesem neznanega avtorja. Pač pa je ta pesem objavljena z imenom avtorice v ZV 64, 1995, Suppl. IV-44.

Vsako leto pripravi društvo strokovno ekskurzijo z ogledom zgodovinsko pomembnih slovenskih krajev. Lanska ekskurzija, 18. septembra 1998, v Idrijo, je bila po udeležbi 68 članov in tudi vsebinsko ena od uspešnejših. S strokovnim vodstvom kustosa g. Janeza Kavčiča smo si ogledali Mestni muzej, znameniti rudnik živega srebra, nekdanjo idrijsko realko, v kateri je sedaj gimnazija Jurija Vege, krajinski park Zgornja Idrija z Divjim jezerom in še vrsto drugih zanimivosti. Mestni muzej v Idriji je bil leta 1997 proglašen za najboljši muzej tehniške in industrijske dediščine v Evropi. Za zdravnike pa je Idrija še posebej zanimiva zaradi njene specifične zgodovine zdravstva. Odkritje živega srebra na mestu današnje Idrije leta 1490 je pomenilo za deželo vir bogastva in kraju omogočilo izjemen razvoj. Po količini rude je bil idrijski, drugi najbogatejši rudnik živega srebra na svetu, takoj za španskim Almadénom, znanim že v antiki. Med slovenskimi rudniki pa je imel najdaljšo tradicijo nepretrganega delovanja do leta 1977, ko je proizvodnja prenehala.

Okrog leta 1500 je bilo živo srebro dragoceno in zelo iskano zdravilo za obolele v epidemiji luesa, ki je ravno ob koncu 15. stoletja zajela Evropo. Iz Portugalske in Španije se je epidemija širila v Francijo, od koder so jo vojaki francoskega kralja Karla VIII. zanesli na Apeninski polotok. Prodirali so južno od Alp, preko Rapalla in Firenc do Rima in Neaplja, kjer je bil Karel VIII. kronan za neapeljskega kralja 20. maja 1495.

Novi rudnik na Kranjskem je postal kmalu prava znamenitost. Znano je, da je *Paracelsus* preživel v letih 1523 in 1524 v Idriji in na Ptuj, od leta 1539 do 1541 pa kot zdravnik v Celovcu. V Idriji je spoznaval zastrupitve z živim srebrom in pozneje opisal kronični merkurializem kot poklicno bolezen rudarjev. Obenem pa se je zavzemal za uporabo živega srebra pri zdravljenju luesa.

Italijanski zdravnik in naravoslovec *Pietro Andrea Mattioli* je v letih od 1541 do 1555 deloval v bližnji Gorici, kjer je preživel najplodnejši del svojega življenja. Večkrat je prihajal v Idrijo

in se seznanjal s postopki pri pridobivanju živega srebra. Spremljal je pojavljanje zastrupitev pri rudarjih, opisal simptome (tremor, gingivitis, izpadanje zob) in možnosti preprečevanja. O luesu je pisal kot o novi bolezni in si prizadeval za zdravljenje bolnikov z zunanjo in notranjo uporabo živega srebra.

Idrijski rudnik je ovekovečil tudi *Valvasor* v Slavi vojvodine Kranjske. Opisal je ustroj rudnika in več načinov pridobivanja živega srebra. Pisal je o strupenih hlapih, ki vdirajo v človeka in ga tako prepoje, da se mu tresejo roke, noge in vse telo. Kmalu postane nemočen za vsako delo in mora beračiti do smrti. Omenja tudi, da z živim srebrom zdravijo francosko ali napolitansko bolezen, kot so imenovali lues.

Zdravje rudarjev je bilo resnično zelo ogroženo zaradi zastrupitev, kot tudi zaradi nalezljivih in različnih drugih bolezni in poškodb. Mnogo je bilo revmatičnih bolezni in tuberkuloze med rudarji in ostalim prebivalstvom. Ker ni bilo stalne zdravniške službe v Idriji, so morali pripeljati zdravnika iz Gorice ali iz Ljubljane, kadar je kdo nevarno zbolel. V hudi epidemiji pegavca leta 1752 je zbolelo 1000 od vseh 3000 prebivalcev Idrije. Postalo je očitno, da mesto ne more shajati brez zdravnika. Od začetka 18. stoletja je rudniška uprava sicer plačevala priučenega ranocelnika, ki pa ni bil kos zdravstvenim in socialnim tiskam. Šele takrat je dvorni kolegij na Dunaju ustregel dolgotrajnim prošnjam rudniškega ravnatelja in leta 1754 je prišel v Idrijo za rudniškega zdravnika 31-letni *Joannes Antonius Scopoli* (1723–1788). V prvem obdobju se je resno poglubil v preučevanje bolezni med rudarji. Leta 1761 je objavil razpravo »De Hydrargyro Idriensi Tentamine Physico-Chemico-Medica« v treh delih. V ponatisu je izšla deset let pozneje. V prvem delu »De Minerva Hydrargyri« je opisal idrijsko rudišče, v drugem delu razprave »De vitrioli Idriensi« žveplene sestavine rude in v tretjem delu »De Morbis Fossorum Hydrargyri« bolezni rudarjev, ki pridobivajo živo srebro. Opisal je simptome, preprečevanje in zdravljenje poklicnih zastrupitev s povsem lastnimi pogledi na higieno pri delu. Uvajal in opisal je svoje socialne ukrepe. Zato velja za začetnika socialne medicine v Avstriji. Poglobil se je tudi v reševanje drugih zdravstvenih problemov, o čemer pričajo izčrpani opisi in zdravljenja različnih drugih bolezni, za katerimi so obolevali prebivalci Idrije. Scopolijevo zdravniško delo je manj znano v primerjavi z njegovim zelo uspešnim naravoslovnim raziskovanjem, ki ga je kot znanstvenika bolj zanimalo. Leta 1763 so v Idriji ustanovili metalurško-kemijsko šolo, na kateri je Scopoli poučeval metalurgijo in kemijo.

Leta 1766 se je Scopoli pridružil v Idriji vojaški kirurg *Balthasar Hacquet* (1739–1815), po rodu Francoz, ki se je v Idriji naučil kranjske govornice, kar Scopoliu v 15 letih ni uspelo. Leta 1769 je bil Scopoli imenovan za profesorja na rudarski akademiji v Banski Stiavnici (Schemnitz) na Slovaškem in popolnoma opustil zdravniški poklic. Z njegovim odhodom je v Idriji prenehala delovati metalurško-kemijska šola. Leta 1776 je postal Scopoli profesor kemije in botanike v Pavii in se do konca življenja posvetil raziskavam v mineralogiji, kemiji in botaniki.

Hacquet je ostal v Idriji 7 let. Bil je navdušen naravoslovec, ki je prišel v Idrijo, da bi spoznal znamenitega Scopolija. Kot kirurg je bil večkrat tudi porodništva in še posebno operacije sive očesne mreže. Leta 1773 je odšel v Ljubljano za učitelja anatomije, kirurgije in porodništva na Medico-kirurškem liceju in na babiški šoli, kjer je deloval naslednjih 14 let. Vključil se je v Zoisov krožek med začetnike razsvetljenstva na Kranjskem. Mnogo je potoval po deželi in proučeval rastlinstvo. Leta 1787 je postal predavatelj naravoslovja v Lvovu in nekoliko pozneje v Krakovu profesor na medicinski fakulteti do leta 1810, ko se je upokojil. Umrli je na Dunaju leta 1815.

»Zgodovino idrijskega zdravstva« je v knjigi s tem naslovom zgledno dokumentiral, od prvih začetkov do prve svetovne vojne, naš kolega *dr. Jože Pfeiffer* (1919–1991), ki je delal v

Idriji kot splošni zdravnik od leta 1959 do 1965 in nato v psihiatrični bolnišnici do upokojitve leta 1982. Knjiga je izšla leta 1989 ob 500-letnici odkritja živega srebra v založbi Mestnega muzeja Idrija. V njej je avtor na 215 straneh opisal zdravstvene in socialne razmere, življenjske navade, neštete težave, stiske in medsebojne odnose, ki omogočajo nazorno predstavo, kako so nekoč živeli v tem najstarejšem slovenskem rudarskem mestu. Na prvi strani lahko preberemo avtorjevo posvetilo: Ob 500-letnici idrijskega rudnika posvečam knjigo spominu idrijskih zdravstvenih delavcev, ki so v preteklih stoletjih skrbeli za zdravje idrijskih rudarjev in jim dajali pomoč v njihovih bolezenskih stiskah.

Dr. Pfeiffer je prejel od skupščine občine Idrija Pirnatovo nagrado kot priznanje za svoje delo. Med našo ekskurzijo smo obiskali tudi psihiatrično bolnišnico in grob dr. Pfeifferja v Idriji, da bi izkazali spoštovanje njegovemu izjemnemu prispevku k zgodovini slovenskega zdravstva.

Nove knjige

PRIKAZ

Prehrana

Peter Kapš: *Med in zdravje*. Ugotovitev zdravnika o zdravilnih učinkih medu na človeški organizem. Založba ERRO, Novo mesto 1998. Knjižna zbirka Razbore.

Prim. dr. Peter Kapš, internist – pulmolog, pa tudi vinogradnik in kletar, čebelar in ljubitelj narave. Plod teh njegovih ljubezni so knjige in članki. Napisal je dve poljudni knjigi: *Vino in zdravje*, zdaj pa je tu pred nami druga knjiga *Med in zdravje*. Knjiga obsega 261 strani in je bogato ilustrirana, saj ima 276 ilustracij, večinoma barvnih.

Uvodne misli sta zapisala Lojze Peterle, predsednik Zveze čebelarских društev Slovenije, in prof. dr. Jože Drinovec.

V uvodu avtor razmišlja o zdravilnosti medu, ki ima tisočletno izročilo. Omenja tudi danes tako pomembno pridelovanje in predelovanje živil. Ne more mimo izrazov »ekološko pridelano«, »bioproizvod« ter »gensko spremenjena živila«. Pri zadnjih je še premalo časa, kar jih uporabljamo, da bi lahko ugotovili, ali so škodljiva ali ne. Vendar obstaja velika verjetnost, da vplivajo na porast novih oblik alergijskih bolezni.

Poglavja si sledijo po logičnem zaporedju: Čebela, Čebela kot simbol, Med skozi čas, Med v ljudskem izročilu in slovenski literaturi, Med (strd) – sladilo in živilo, Sestavine medu, Sladkorji (ogljikovi hidrati) v medu, Mineralne snovi v medu, Encimi v medu, Hormoni v medu, Protibakterijske snovi v medu, Kisline v medu, Vonjave (aromatične) snovi v medu, Vitamini v medu, Aminokisline v medu, Voda v medu, Flavoidi v medu, Uporaba medu v nosečnosti, Med za dojenčke in otroke, Med in športna aktivnost, Med za starejše in okrevance, Srčnožilni sistem in med, Maščobe – lipidi, Kri in med, Med in sečila, Med in prebavila, Sladkorna bolezen in med, Med in dihalni organi, Uporaba drugih čebeljih proizvodov, Alergijske reakcije po piku čebele, Medica, Slovar uporabljenih tujk, Literatura, O avtorju.

Velja zapisati misel prof. dr. Jožeta Drinovca iz uvodnih misli: »Človekova skrb za okolje je dolgoročna skrb za človeka samega. Star izrek nas je učil, da je blagostanje tam, kjer tečeta med in mleko. Danes blagostanje opredeljujemo ustrežneje s kakovostjo prostega časa, zraka, vode, pa tudi medu. Zdravje čebel in kakovost medu tako verno odsevata skrb za okolje. Vsebnost škodljivih kemijskih snovi v medu nam je dober kazalnik, kaj vse bo treba izboljšati v naši neposredni bližini.«

Med je živa snov, ki je ni mogoče ponarediti, niti umetno narediti, lahko ga naredi le čebela. Je hranilo, zdravilo pa tudi poživilo. Poleg medu pa čebela naredi tudi druge proizvode: cvetni prah ali pelod, matični mleček – gelée royal, propolis, čebelji vosek pa tudi čebelji strup. Vsi imajo zdravilni učinek, celo zadnji, saj so v ljudski medicini uporabljali čebelji strup ali pik čebele kot zdravilo pri revmatizmu. Sicer pa sta se v zadnjem času izoblikovala dva nova pojma: apiterapija – zdravljenje s pomočjo čebeljih pridelkov, in apipreventiva – preprečevanje s čebeljimi pridelki.

Prim. dr. Peter Kapš razmišlja takole: »V času biotehnologije včasih zanemarjamo ljudsko modrost in marsikatero spoznanje iz ljudskega zdravilstva. V zavedanju tega dejstva ter v veri, da vse dobrine izhajajo iz prirode, sem se tudi sam lotil čebelarjenja, torej pridelave medu. Prepričal sem se, da je – bolj kot katero koli drugo živilo ali zdravilo – med najbolj čist proizvod narave in da je kar v največji meri ustrezen priporočilu velikega Paracelsusa: »Naša hrana najbodo zdravilna in zdravila naša hrana.«

Anton Prijatelj

PRIKAZ

Prehrana

Jože Zdravec: *Značilnosti ljudske prehrane v Prekmurju*. Založila in izdala Pomurska založba v zbirki Panonika. 1998. Recepte pripravila Anica Lovrenčič. Uredil Franc Mesarič. 150 strani.

Prim. dr. Jože Zdravec je po treh knjigah izdal še četrto. Prva je bila *Ljudsko zdravilstvo v Prekmurju*, 1985, Pomurska založba Murska Sobota, druga *Zdravstvena kultura Romov v Prekmurju*, 1989, Pomurska založba Murska Sobota, *Moja vas – medicinska podoba nekaterih vasi v Prekmurju v 30. letih*, 1996. Samozaložba.

Zadnja: *Značilnosti ljudske prehrane* je izšla leta 1998. V njej je primarij dr. sc. Jože Zdravec, specialist splošne medicine, uporabil svoje dolgoletne izkušnje v rodni Prekmurju in opisal stare in novejša prehranjevalne navade raznih slojev Prekmurcev, pa tudi, s čim se hranijo ob raznih pomembnih življenjskih dogodkih: rojstvu, poroki in smrti, kakor tudi ob delavnikih, praznikih, med delom in počitkom. Avtor ugotavlja, da se v njihovih krajih križajo razne kulture: slovenska, madžarska, nemška, hrvaška in romska, seveda tudi prehrane.

Svojo knjigo začne z nabiralništvom. Opiše, kako je bilo najprej namenjeno izboljšanju prehrane, zbiranjem zdravilnih zelišč za ljudsko zdravilstvo, kasneje za prodajo pa tudi iz magičnih nagibov. Našteje 25 zelišč in sadežev, ki so jih nekoč nabirali. Sledi poglavje o juhah, ki so lahko samostojna jed ali pa začetna ali uvodna jed. Našteje jih 29, doda jim 6 zakuh. O mesu, ki je nekoč bilo le malokrat na mizi Prekmurcev, je bolj skromen, saj zapiše 13 receptov. Ker pa so bile koline za ljudi praznik, avtor zabeleži 25 navodil, kako se pripravljajo koline. Ribe so bile nekoč na jedilniku Prekmurcev, dandanašnji so vedno manj. Avtor je zapisal 9 receptov o ribah. Jajčne jedi so bile bolj pogoste, zato jih je tudi dr. Zdravec zapisal 15-krat. O mleku in mlečnih jedeh, ki so bile na jedilniku precej pogosto, je zapisal 16 receptov. Kruh je bila najbolj vsakdanja in pogosta hrana, zato je navedenih kar 39 zapisov. Močnik kot podvrsta močnatih jedi je opisana 7-krat, kaša 15- in žganci 7-krat. Rezanci so mlajša jed, ki se je verjetno razširila iz grajskih kuhinj in se uveljavila kot petkova in postna jed. Opisuje 17 navodil. Gibice, ki jih v drugih krajih poznajo kot mlince, je

opisal 8-krat. Zlčjanke, neke vrste palačinke, ki so tipična prekmurska jed, so zabeležene 3-krat. Vse močnate jedi so imenovali pogače in jih je bilo mnogo, kar 17 vrst.

V prekmurski ljudski kuhinji je bil krompir četrta najpomembnejša rastlina za pšenico, ržjo in koruzo. Je pa še danes med stebri prekmurske kuhinje, zato mu je avtor namenil 21 receptov, nekaj manj zelju – 14, še manj repi – 9. Podobno je zastopan fižol z 10 recepti, manj buče – 5, hren 3. Zato pa namenja bistveno več prostora solatam – 29 receptov, sadju pa le šest. Pri kuhanju so nekoč in še danes uporabljali mnogo dišavnic, saj jih je avtor naštel 21 in tri vrste kisa.

Alkoholne pijače so bile bolj pogoste – 15, kot nealkoholne – 4. Pač pa so bili čaji zelo cenjeni in raznovrstni, dajali so jih zlasti bolnikom. Nekoč prave kave v Prekmurju niso poznali, pač pa so pili kavo iz ječmena.

Posebna poglavja v knjigi so bila: Dnevni obroki, Vsakdanje jedi, Praznične jedi, Prehranjevalne navade, Prehrana Romov, Nabava živil.

Zelo zanimivo poglavje je v knjigi Prehrana ob različnih priložnostih: Post in postne jedi, Pepelnica, Žegen (velikonočna jedila), Fajnšček (pust), Gostüvanje (gostija), Krstiki (pogostitev ob krstu), Kermína (sedmina), Božič, Brátva (trgatev),

Košnja, Mártinje (martinovo), Mlatídev (mlačev), Mašin (mlačev z mlatilnico), Trganje kukurce in kopanje krumplov (obiranje koruze in kopanje krompirja), Lúipanje kukurca (ličkanje koruze) Lúipanje semena (luščenje semena), Čésanje pérja (česanje perja), Oljovo (stiskanje bučnega olja), Zidanje, Težáki, Rés (poljsko delo ob žetvi), Búiranje.

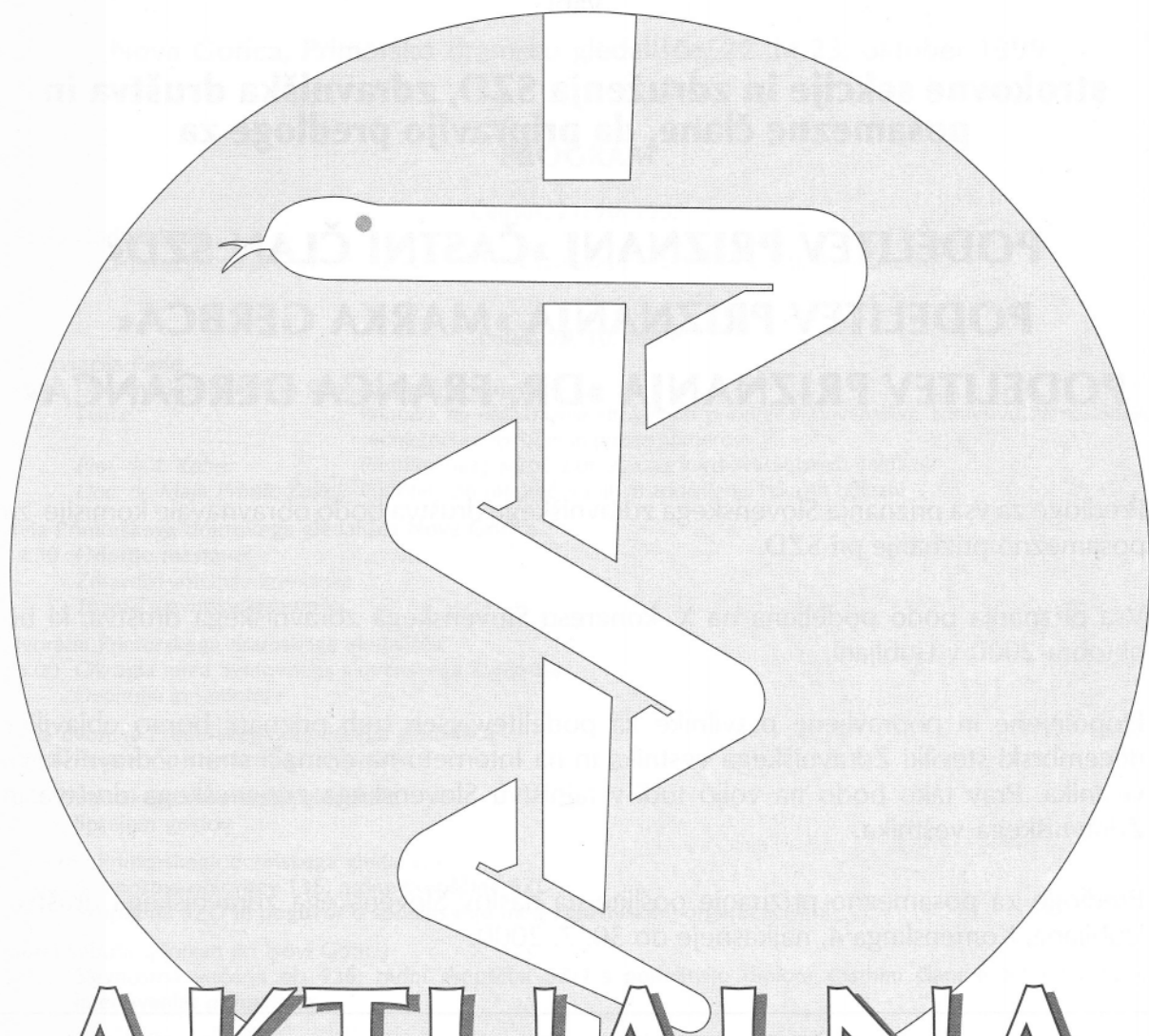
Dodatek h knjigi pa so recepti, ki jih je pripravila Anica Lovrenčič. Natančnih kuharskih receptov z vsemi sestavinami in natančnimi navodili, kako se kakšna jed pripravi, je 94. Od tega je 13 receptov za juhe, 21 za mesne jedi, 4 za jajčne in mlečne jedi, 23 za jedi iz žitaric, 18 za zelenjavne jedi, 12 za pogače in 3 recepti za dodatke jedem.

V knjigi so napisana izvirna prekmurska imena z vsemi naglasi. Za vsako ime pa je tudi prevod, da bi tudi ostali lahko razumeli, za kakšno jed gre.

Avtor je v uvodu zapisal: »Prekmurje je v nekaterih svojih razvojnih segmentih ohranilo prvotne, tradicionalne vrednote življenja, ki so se prenašale iz roda v rod. Ena izmed takih kulturnih dobrin je ljudska prehrana.«

Avtor je poskrbel, da se ta ne bo pozabila.

Anton Prijatelj



AKTUALNA SPOROČILA

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO

vabi

strokovne sekcije in združenja SZD, zdravniška društva in posamezne člane, da pripravijo predloge za

PODELITEV PRIZNANJ »ČASTNI ČLAN SZD«

PODELITEV PRIZNANJA »MARKA GERBCA«

PODELITEV PRIZNANJA »DR. FRANCA DERGANCA«

Predloge za vsa priznanja Slovenskega zdravniškega društva bodo obravnavale komisije za posamezno priznanje pri SZD.

Vsa priznanja bodo podeljena na X. kongresu Slovenskega zdravniškega društva, ki bo oktobra 2000 v Ljubljani.

Dopolnjene in popravljene pravilnike za podelitev vseh treh priznanj bomo objavili v decembrski številki Zdravniškega vestnika in na Internetu na domači strani Zdravniškega vestnika. Prav tako bodo na voljo tudi v tajništvu Slovenskega zdravniškega društva in Zdravniškega vestnika.

Predloge za posamezno priznanje pošljite na naslov Slovenskega zdravniškega društva, Ljubljana, Komenskega 4, najkasneje do 30. 7. 2000.

136. LETNA SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

Nova Gorica, Primorsko dramsko gledališče, 22. in 23. oktober 1999

PROGRAM

Četrtek, 21. 10. 1999

Movie Goriška brda

20.00 Večerja razširjenega Glavnega odbora SZD in Organizacijskega odbora 136. skupščine SZD

Petek, 22. 10. 1999

Restavracija Perle

12.00 Delovno kosilo GO in Strokovnega parlamenta

Tema: Priprava na oblikovanje strokovnih prioritet v slovenskem zdravstvu za naslednje sednjeročno obdobje in prikaz primerov:

Prof. dr. I. Keber Prioritete na področju obravnave kardiovaskularnih bolnikov

Doc. dr. Maja Primic-Žakelj Prioritete pri preprečevanju in zdravljenju rakavih bolezni

Avla Primorskega dramskega gledališča Nova Gorica

14.30 Odprtje razstave:

Zdravniki-umetniki Primorske

70 let Zdravniškega vestnika

Dvorana Primorskega dramskega gledališča

15.00 Okrogla miza Svetovnega slovenskega kongresa

Depresija in samomor

Mala dvorana Primorskega dramskega gledališča

15.00 Pogovor o stanovski problematiki

Avla Primorskega dramskega gledališča

16.45 Sprejem gostov

Dvorana Primorskega dramskega gledališča

17.00 Slavnostna otvoritev 136. redne skupščine SZD

17.20 Skupščina SZD in pogovor o sodelovanju med zdravniškimi organizacijami

Hotel Sabotin (Solkan pri Novi Gorici)

20.00 Slavnostna večerja ob 136. redni skupščini SZD s podelitvijo diplom častnim članom SZD ter novo imenovanim primarijem

Sobota 23. 10. 1999

Dvorana Primorskega dramskega gledališča

Zasebno in javno v zdravstvu

Predsedujoča: prim. dr. Janez Zajec, prof. dr. Pavel Poredoš

9.00–9.10 Prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.

Uvodne besede

9.10–9.25 Prim. Janez Zajec, dr. med.

Vizija reforme in razvoja zdravstva v Sloveniji

9.25–9.40 Prof. dr. Zoran Arnež, dr. med.

Usmeritve razvoja zdravstvenega varstva v državah kandidatkah za pridružitve v Evropsko unijo, glede na direktive EU (Slovenija)

9.40–9.55 Franc Košir, univ. dipl. iur.

Primerjava strukture zasebno-javno v razvitem svetu ter v državah v tranziciji

9.55–10.10 Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med.

Odnosi med zasebnim in javnim – stanje in perspektive

10.10–10.25 Matjaž Hanžek, dipl. soc.

Vpliv ekonomike na zdravstvo in stroko

10.25–10.40 Herbert Bernhardt, dr. med.

Privatno zdravstvo na Goriškem

10.40–11.00

Odmor

11.00–12.45

Razprava

12.50–13.00

Zaključek srečanja

SEKCIJA ZA KLINIČNO MIKROBIOLOGIJO IN HOSPITALNE INFEKCIJE SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

in

SLOVENSKO IMUNOLOŠKO DRUŠTVO

organizirata strokovno srečanje

IMUNOLOGIJA IN KLINIKA II – ŠTIRJE OBRAZI PREOBČUTLJIVOSTI

Ljubljana, 26. in 27. november 1999, srednja predavalnica nove Medicinske fakultete,
Korytkova 2

PROGRAM

Petek, 26. november 1999

- | | | |
|-------|----------------------------|---|
| 9.00 | Registracija udeležencev | |
| 10.00 | Občni zbor sekcije | |
| 12.00 | Uvod | |
| 12.25 | V. Kotnik | Imunski odziv kot škoda za bolnika |
| 12.45 | M. Kirschfink | Hypersensitivity due to the complement activation |
| 13.05 | E. Mušič | Preobčutljivostni alveolitisi |
| 13.25 | M. Jeras | Alozenzibilizacija pri bolnikih s presajenimi organi |
| 13.45 | P. Rožman | Problemi Rh senzibilizacije in desenzibilizacije |
| 14.05 | | Diskusija |
| | | Odmor za kavo in prigrizek |
| 15.00 | D. Ferluga | Imunski depoziti in histopatologija vnetnega odziva pri sistemskem lupusu eritematozusu |
| 15.20 | A. Vizjak | Antinevtrofilna citoplazemska protitelesa in njihov pomen v diagnostiki in patogenezi |
| 15.40 | S. Kaplan-Pavlovčič | Serološka diagnostika glomerulnih bolezni |
| 16.00 | S. Praprotnik | Imunsko pogojene bolezni veziva |
| 16.20 | M. Accetto | Imunsko pogojene bolezni veziva v otroški dobi |
| 16.40 | T. Avčin | Antifosfolipidna protitelesa pri otrocih in mladostnikih |
| 17.00 | | Diskusija |
| | | Odmor |
| 17.45 | J. Podboj | Alergijski rinitisi z vidika otorinolaringologa |
| 18.05 | A. Kraut | Očesne alergijske bolezni |
| 18.25 | T. Lunder | Imunsko pogojene bolezni kože |
| 18.45 | | Diskusija |
| | | Družabno srečanje |

Sobota, 27. november 1999

- | | | |
|-------|----------------------------|---|
| 9.00 | B. Wraber | Laboratorijska spoznava alergijskih bolezni |
| 9.20 | A. Skralovnik-Štern | Novejši pogledi na diagnostično vrednost tuberkulinskega testa |
| 9.40 | M. Kuhar | Klinični vidiki preobčutljivostne reakcije I. tipa |
| 10.00 | Š. Grošek | Sproženje in zdravljenje anafilaktičnega šoka |
| 10.20 | V. Porenta-Bešič | Kronični potek alergijskih bolezni |
| 10.40 | | Diskusija |
| | | Odmor |
| 11.15 | M. Košnik | Teoretični in praktični vidiki imunoterapije alergijskih bolezni |
| 11.35 | V. Maček | Topična uporaba glukokortikoidov pri zdravljenju astme |
| 11.55 | M. Kač-Vičar | Razvoj preobčutljivosti na lateks pri otrocih s hudimi prirojenimi napakami |
| 12.15 | M. Škerl | Alergizacija na delovnem mestu pri zdravstvenih delavcih |
| 12.35 | V. Glavnik | Alergija na hrano |
| 12.55 | | Diskusija |
| 13.15 | | Zaključek srečanja |

Kotizacija (z vključenim DDV) za udeležence znaša 12.000,00 SIT, za člane Sekcije za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije 10.000,00 SIT, za sekundarije pa 6.000,00 SIT. Študenti MF in upokojeni zdravniki kotizacije ne plačajo. Kotizacijo nakažite na SZD, Komenskega 4, 1000 Ljubljana, davčna št.: 21976562, žiro račun št.: 50101-678-48620, sklic na številko 22-600 s pripisom Imunologija in klinika II.

Udeležba na srečanju se priznava za podaljšanje licence vsem udeležnim zdravnikom in zobozdravnikom.

Prijavo s potrdilom o plačani kotizaciji pošljite najkasneje do 1. novembra 1999 na naslov:

Prim. Marjeta Škerl, dr. med.

Klinični center Ljubljana

Bohoričeva 28, 1525 Ljubljana

Tel.: 061 / 321-682

Pravilno in čitljivo izpolnjeno prijavnico pošljite skupaj s potrdilom o plačilu kotizacije (podatki za podaljšanje licence in izstavitev računa).

PRIJAVNICA

IMUNOLOGIJA IN KLINIKA II

26.-27. november 1999

Priimek in ime _____

Poklic _____ Datum in kraj rojstva _____

Naslov _____

Ime in naslov ustanove _____

Davčna številka davčnega zavezanca _____

Tel./fax _____ Podpis _____

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA BEGUNJE

vabi na strokovno srečanje

NA STIČIŠČIH PSIHIATRIJE IN GINEKOLOGIJE

Psihiatrična bolnišnica Begunje, 22. in 23. oktober 1999

PROGRAM SREČANJA

Petek, 22. oktober 1999

11.00		Registracija udeležencev
12.15	J. Romih	Pozdravne besede
	M. Tomori	Razkorak med tradicionalno in sedanjo vlogo ženske v družini
	V. Potočnik	Gledanje rimskokatoliške cerkve na vlogo ženske v družini in njeno generativno funkcijo
14.30		Odmor
15.00	B. Kobal	Fiziološko dogajanje med menstrualnim ciklusom, nosečnostjo in laktacijo
	A. Žmitek	Razlike med žensko in moškim – nevropsihiatrična perspektiva
	M. Ličina	Duševne motnje v obdobju nosečnosti, puerperija in laktacije
16.30		Odmor
17.00	J. Mlakar	Možnost napovedovanja duševnih motenj v poporodnem obdobju
	B. Pinter	Možnost kontracepcije pri hujše duševno bolnih
20.00		Večerja

Sobota, 23. oktober 1999

8.30	J. Rojšek	Vpliv psihičnega stanja na menstruacijski ciklus in dojenje
	M. Z. Dernovšek	Vpliv psihotropnih zdravil na menstruacijski ciklus in dojenje
	R. Tavčar	Psihotropna zdravila in nosečnost
10.30		Odmor
11.00		Predstavitev posterjev
11.30	E. Vrtačnik-Bokal	Predmenstrualni sindrom in dismenoreja
	D. Resman	Predmenstrualna disforična motnja
	M. Ličina, V. Žvan	Psihične motnje v menopavzi
13.15	E. Vrtačnik-Bokal	Nadomestno hormonsko zdravljenje v menopavzi
	M. Kocmur	Psihični učinki eksogenih spolnih hormonov

Vsa predavanja bodo v slovenščini. Kotizacija znaša 20.000,00 SIT za nakazila na ŽR (Psihiatrična bolnišnica Begunje 51540-603-31525 s pripisom »Za strokovno srečanje«) do 1. 10. 1998 oziroma 22.000,00 SIT za kasnejša nakazila in vplačila ob registraciji. Organizator bo iz zneska kotizacije poravnal prispevek Zdravniški zbornici Slovenije, ki bo srečanje upoštevala pri podaljševanju zdravniških licenc. Vsi registrirani udeleženci bodo naknadno prejeli zbornik predavanj. V kotizacijo so všteti še prigrizki in skupna večerja.

Udeležencem, ki bodo želeli prenočiti, priporočamo hotel Podvin (Mošnje 1, 4240 Radovljica, tel.: 064 / 738 881, faks 064 / 738 885), v katerem bo tudi večerja. Okvirne cene prenočišč z zajtrkom: enoposteljna soba 10.000,00 SIT, dvoposteljna soba 12.000,00 do 13.500,00 SIT. Možnost prenočevanja je zagotovljena za rezervacije do 30. 9. 1999, kasneje glede na zasedenost hotela.

Naslov za prijave in dodatne informacije: **Andrej Žmitek, dr. med.**
Psihiatrična bolnišnica Begunje
4275 Begunje
Tel.: 064 / 733 315, faks: 064 / 733 019

ZDRUŽENJE ZA FIZIKALNO IN REHABILITACIJSKO MEDICINO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

Komenskega ulica 4
1000 Ljubljana

vabi na

REDNI JESENSKI SESTANEK ZDRUŽENJA ZA FIZIKALNO IN REHABILITACIJSKO MEDICINO SZD

in na

REDNO LETNO SKUPŠČINO ZDRUŽENJA

Terme Zreče, 19. in 20. novembra 1999

PROGRAM

Petek, 19. 11. 1999 popoldan

15.00–15.30	A. Kocijančič	Osteoporoza – uvodno predavanje
15.30–15.50	B. Salobir	Racionalna diagnostika osteoporoze
15.50–16.10	R. Komadina	Zlomi zaradi osteoporoze
16.10–16.30		Odmor za kavo
16.30–16.50	Z. Ferenčak	Učinkovitost zdravljenja osteoporoze s kalcitoninom
16.50–17.10	A. Demšar	Rehabilitacija bolnikov z osteoporozo
17.10–17.30	M. Lovšin	Zdravljenje bolnikov z osteoporozo v Termah Zreče
17.30–18.30		Rezervirano za proste teme (8–10 minut)
18.30–19.00		Diskusija
20.00		Večerja

Sobota, 20. 11. 1999 dopoldan

9.00–11.30	Redna letna skupščina Združenja za FRM
Dnevni red:	– Poročilo predsednika, tajnice in blagajničarke – Poročilo nadzornega odbora – Razprava v zvezi s poročili – Program dela in finančni plan za naslednje leto – Aktualne zadeve – Predlogi članov združenja – Razno

11.30–12.30	Ogled zdravilišča
13.00	Zaključek srečanja

Organizacijski odbor: Prim. mag. **Aleš Demšar**, dr. med., **Rajmond Šavrin**, dr. med., mag. **Marjeta Prešern-Štrukelj**, dr. med., prim. mag. **Marija Gažič**, dr. med., mag. **Branka Horvat**, dr. med., prim. dr. **Zmago Turk**, dr. med., **Miran Škorjanc**, dr. med.

Informacije: Mag. **Marjeta Prešern-Štrukelj**, dr. med., tajnica združenja
Inštitut RS za rehabilitacijo
Linhartova cesta 51, 1000 Ljubljana
Tel.: 061 / 17 58 212 ali 17 58 213

Na sestanek in k aktivnemu sodelovanju vabimo vse članice in člane Združenja za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SZD in vse kolegice in kolege, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki z osteoporozo. Povzetke svojih prispevkov pošljite tajnici združenja do 15. 9. 1999. Vsi člani združenja so še posebej vabljeni na redno letno skupščino.

Organizacijski odbor

UNIVERZA V LJUBLJANI
MEDICINSKA FAKULTETA
KATEDRA ZA INTERNO MEDICINO

41. Tavčarjevi dnevi

Portorož, Grand hotel Emona, 5. in 6. november 1999

PRVO OBVESTILO

Organizacijski odbor

Prof. dr. Andreja Kocijančič, dr.med., predsednica

Prim. Franc Mrevlje, dr.med., generalni sekretar

Prim. mag. Miha Koselj, dr.med., blagajnik

Meta Jeras, mag. pharm. (Knoll)

Doc. prim. dr. Maja Ravnik-Oblak, dr. med.

Marjeta Tomažič, dr. med.

Mag. Vilma Urbančič-Rovan, dr. med.

Prim. mag. Matjaž Vrtovec, dr. med.

Programski odbor

Asist. mag. Hugon Možina, dr. med., predsednik

Prof. dr. Andrej Bren, dr. med.

Prof. dr. Peter Černelč, dr. med.

Prof. dr. Saša Markovič, dr. med.

Prof. dr. Ema Mušič, dr. med.

Prof. dr. Peter Rakovec, dr. med.

Kraj in čas

Grand hotel Emona, Kongresni center Bernardin, Portorož, 5. in 6. november 1999

Prijava

Prijavnico pošljite na naslov: Katedra za interno medicino
Medicinska fakulteta v Ljubljani
Zaloška 7, 1105 Ljubljana, Slovenija
Prijava bo možna tudi na recepciji srečanja v hotelu Emona

Kotizacija 40.000 SIT vključuje udeležbo na strokovnem programu, zbornik, prigrizke in svečano večerjo s plesom. Po prejemu vaše prijavnice vam bomo poslali položnico za plačilo kotizacije.

Kotizacijo boste seveda lahko vplačali tudi na recepciji strokovnega srečanja. Kotizacije so oproščeni sekundariji, mladi raziskovalci in študenti medicine.

Namestitev v hotelu ni vključena v kotizacijo. Vsak udeleženec si sam rezervira namestitev v hotelu.

Rezervacija namestitve:

- po pošti: Hoteli Bernardin, Obala 2, 6320 Portorož
- po telefonu: 066 / 475 51 04 ali 066 / 475 51 06
- po faksu: 066 / 75 491

PROGRAM

Petek, 5. november 1999

SATELITSKI SIMPOZIJ KNOLL

10.00–11.30 Ali so fiksne kombinacije antihipertenzivov zdravila novega tisočletja?

Moderator: *J. Dobovišek*

B. Hess Hypertension and the kidney – the difference between lowering blood pressure and protecting the kidney

M. Koselj Arterijska hipertenzija in sladkorna bolezen

R. Accetto Pomen fiksnih kombinacij antihipertenzivov

11.30–12.00 Odmor s kavo

41. TAVČARJEVI DNEVI**12.00–13.00 Pogovor s strokovnjakom**

Dvorana A	S. Hojker	Vloga zdravnika splošne medicine v diagnostiki in zdravljenju bolezni žleze ščitnice
Dvorana B	M. Tomažič	Sladkorni bolnik v posebnih okoliščinah

13.00–14.00 Prigrizek (sponzor Knoll)

14.00–14.15 Otvoritev**14.30–16.30 Alergijske bolezni v ambulanti splošnega zdravnika****Moderator: E. Mušič**

J. Šorli	Zagotavljanje kakovosti pri obravnavi alergijskih bolezni
E. Mušič	Anamneza in klinična slika alergijskih bolezni
R. Eržen	Anafilaksija in psevdofanafilaksija

M. Košnik,**N. Bajrovič****M. Košnik**

Preobčutljivost za zdravila

Preprečevanje in zdravljenje alergijskih bolezni

Neobvezni anonimni preizkus znanja iz alergologije

16.30–17.00 Odmor s kavo

17.00–18.30 Jetrna ciroza**Moderator: S. Markovič**

S. Markovič	Uvod
B. Kocijančič	Portalna hipertenzija
S. Štepec	Ascites
M. Ribnikar	Spontani bakterijski peritonitis
M. Hafner	Portosistemska encefalopatija

20.00 Večerja s plesom

Sobota, 6. november 1999**09.00–10.30 Imunske pogojene krvne bolezni****Moderator: P. Černelč**

P. Černelč, I. Zupan	Zdravila in načini spremljanja zdravljenja imunsko pogojenih krvnih bolezni
U. Mlakar	Spremljanje zdravljenja imunske hemolitične anemije, aplastične anemije in čiste aplastične anemije
J. Pretnar	Spremljanje zdravljenja imunske agranulocitoze in kronične nevtropenije
D. Andoljšek	Spremljanje zdravljenja imunske trombocitopenične purpure in protiteles proti faktorjem koagulacije krvi

10.30–11.00 Odmor s kavo

1 1.00–12.30 Izbrane teme iz kardiologije**Moderatorja: P. Rakovec, I. Kranjec**

P. Rakovec	Invazivno nekirurško zdravljenje srčnih aritmij
M. Koželj	Transezofagealna ehokardiografija – indikacije
I. Kranjec	Ambulantno vodenje bolnikov po perkutanih koronarnih revaskularizacijskih posegih
	Neobvezni anonimni preizkus znanja iz osnov kardiologije

12.30–13.30 Prigrizek

13.30–14.30 Pogovor s strokovnjakom

Dvorana A	P. Rakovec, I. Kranjec	Razgovor o odgovorih pri preizkusu znanja iz osnov kardiologije
Dvorana B	E. Mušič, M. Košnik	Razgovor o odgovorih pri preizkusu znanja iz alergologije

14.30–15.00 Odmor

15.00–16.00 Izbrane teme iz nefrologije**Moderator: A. Bren**

J. Lindič	Vrednotenje osnovnih preiskav seča
R. Kveder	Vodenje bolnika z napredovalo ledvično insuficienco. Odločanje o začetku nadomestnega zdravljenja

16.00–16.30 Odmor

16.30–18.30 Prikaz zanimivih primerov

18.30 Zaključek

Spoštovana kolegica in spoštovani kolega

Tavčarjevi dnevi so namenjeni širokemu krogu zdravnikov in študentov medicine. Predstavljajo dodatno osvežitev znanja zdravnikov splošne medicine, pomembno dopolnilo pri pripravi na zaključni izpit za sekundarije in repetitorij specializantom interne medicine kakor tudi vsem zdravnikom drugih specialnosti, ki z interno medicino prihajajo vsakodnevno v stik.

Tudi letos vas vlijudno vabimo k aktivnem sodelovanju. To lahko storite bodisi v obliki krajše predstavitve kliničnega primera, ki bi utegnil biti po vašem mnenju dovolj zanimiv in poučen za slušatelje (predstavitve bodo v soboto popoldan), bodisi v obliki posterja.

Teme posterskih predstavitev naj bodo čim bližje predavanjem, ki jih najdete v programu. Na vašo željo vas lahko povežemo tudi s predavatelji.

Tako za predstavitev kliničnega primera kot posterja pošljite povzetek. Po pregledu poslanega povzetka vas bomo obvestili o tem, ali je vaš prispevek izbran za samostojno predstavitev ali za poster.

Povzetek vašega prispevka bo objavljen v zborniku 41. Tavčarjevih dnevov.

Povzetek pošljite na naslov: Asist. mag. **Hugon Možina, dr. med.**

41. Tavčarjevi dnevi

Katedra za interno medicino

Medicinska fakulteta

Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Povzetek pošljite najkasneje do 15. 9. 1999. Povzetkov, ki bodo prispeli po tem datumu, ne boimo mogli natisniti v zborniku, lahko pa jih boste predstavili, če bodo prispeli do 15. 10. 1999.

Najboljši prispevek bo nagrajen s plačilom obiska izbranega evropskega kongresa s področja interne medicine.

Navodilo za pisanje povzetka

Povzetek naj bo dolg od 200 do 300 besed. Natipkan naj bo na papirju A4. Objavili bomo le povzetke, ki bodo poslani tudi v obliki datoteke na PC formatirani disketi (3.5"). Tekst je lahko napisan z urejevalniki besedil: Word for Windows 2.0, 6.0, 7.0 ali 95, Word Perfect for Windows, Wordstar 4.0 do 7.0. Prosimo, da pošljete tekst v datoteki, kakršno uporablja vaš urejevalnik besedil (obvezno v ASCII, če ne uporabljate omenjenih urejevalnikov besedil). Na disketi navedite ime in naslov prvega avtorja, ime vašega urejevalnika besedil in ime datoteke, v kateri je napisano besedilo prispevka. Uporabljajte pisavo Times New Roman, besedila naj bodo v formatu Normal. Disketa naj bo primerno zaščitena proti poškodbam. Disketo vrnemo avtorju na recepciji srečanja.

Povzetek naj bo sestavljen iz naslednjih odstavkov:

Naslov (z velikimi tiskanimi črkami, do 100 znakov), avtorji (priimek in začetnica imena), ustanova (ime ustanove in kraj).

Uvod naj predstavi problem, o katerem bo govora v povzetku.

Način dela naj predstavi izbiro bolnikov in uporabljene metode dela. Rezultati naj bodo konkretni in relevantni za razpravo in zaključek. **Zaključek** naj kratko povzema najpomembnejše ugotovitve dela.

Tabela (ne pa slika) je lahko vključena v poglavje rezultati. Tabela pišite normalno, s tabulatorji in nikakor ne v formatu Table, z okvirčki in podobno. V povzetku so dopustne kratice, ki morajo biti izpisane ob prvi navedbi.

Reference ne sodijo v povzetek.

Avtorji so odgovorni za strokovno in slogovno neoporečno besedilo. Neprimerne izdelke bo strokovni odbor zavrnil.

Navodila za izdelavo posterja bomo poslali tistim udeležencem, ki se bodo prijaviili za postersko predstavitev.

Tavčarjevi dnevi na Internetu so na naslovu <http://www.medicina-slo.net>. Prek te strani se udeleženci lahko tudi prijavite.

prim. **Franč Mrevlje, dr.med.,**
sekretar organizacijskega odbora 41. Tavčarjevih dnevov

Odrežite in pošljite v kuverti na naslov

PRIJAVNICA

Katedra za interno medicino
Medicinska fakulteta
Zaloška 7, 1105 Ljubljana

Prijavljam se za 41. Tavčarjeve dneve v Portorožu, 5. in 6. novembra 1999.

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Datum: _____

Podpis: _____

MEDICINSKA FAKULTETA V LJUBLJANI

INŠTITUT ZA PATOLOGIJU
INŠTITUT ZA ANATOMIJO
INŠTITUT ZA HISTOLOGIJU IN EMBRIOLOGIJU
INŠTITUT ZA SODNO MEDICINO

in

KLINIČNI ODDELEK ZA REVMATOLOGIJO KLINIČNEGA CENTRA
SEKCIJA ZA REVMATOLOGIJO in ZDRUŽENJE ZA PATOLOGIJU IN SODNO MEDICINO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

prirejajo

XXX. MEMORIALNI SESTANEK PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA

z mednarodno udeležbo
pod pokroviteljstvom Evropskega društva za patologijo

AVTOIMUNSKKE SISTEMSKE BOLEZNI

2.-3. december 1999, velika predavalnica Medicinske fakultete, Ljubljana, Korytkova 2

PRELIMINARNI PROGRAM

Četrtek, 2 december 1999, ob 8.15

Y. Shoenfeld *Israel*

Endothelial cell, atherosclerosis and autoimmunity
Častno predavanje novo izvoljenega gostujočega profesorja Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani
Svečana otvoritev

SISTEMSKI VASKULITISI

Vabljeni predavanja gostov iz tujine

J. C. Jennette *USA*
C. G. M. Kallenberg *Netherlands*
D. Kerjaschki *Austria*

Overview of the nomenclature and diagnostic categorization of vasculitis
Clinical aspects of vasculitis
The human lysosomal associated membrane protein - a novel antigenic target of ANCA with pathogenic implications

Ostale predstavitve

A. Vizjak, B. Nagode, T. Rott, M. Koselj,
S. Kaplan-Pavlovčič, B. Rozman,
M. Košnik, V. Petric,
D. Ferluga
T. Rott, A. Vizjak
I. Holc, A. Pahor, I. Kranjc
N. Zidar, M. Volavšek, I. Kern,
C. Trček, N. Gale
K. Bračič, A. Gregorič, A. Vizjak,
B. Nagode

ANCA antigen specificity - diagnostic implications and renal pathology
Organ involvement in ANCA positive vasculitis
Wegener's granulomatosis - disease of multiple appearances
Wegener's granulomatosis in head and neck region

M. Milovančeva-Popovska,
L. Grčevska, M. Polenaković

Antineutrophil cytoplasmic antibodies (ANCA) in children with past history of Schönlein-Henoch purpura and renal involvement

S. Čužič, B. Božič,
M. Ščukanec-Špoljar

Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies (ANCA) in the diagnosis of idiopathic crescentic glomerulonephritis and systemic vasculitis

I. Kern, N. Triller
S. Praprotnik, M. Blank,
Y. Shoenfeld
T. Perkovič, V. Jurčič, M. Tomšič,
A. Vizjak
G. Petruševska, S. Kostadinova

Polyarteritis nodosa presenting as a rapidly progressive glomerulonephritis. A case report
Churg Strauss syndrome: from pathologic to clinical diagnosis of systemic vasculitis
Pathogenetic role of antibodies against endothelial cells in vasculitis

T. Avčin, M. Sedmak, J. Anžič,
M. Accetto

Temporal arteritis - histomorphologic and immunohistochemical study - Immunophenotypic characterisation of the inflammatory substrate in aortitis similar to Takayasu's arteritis
Antiphospholipid antibodies in a 1.5-year-old girl with a history of probable intrauterine thrombosis

Petek, 3. december 1999, ob 8.15

SISTEMSKE VEZIVNO TKIVNE BOLEZNI

Vabljeni predavanja gostov iz tujine

P. Maddison Great Britain
S. V. Seshan USA
W. Burny,
J. P. Cosyns,
J. M. R. Saint-Remy Belgium

Systemic connective tissue diseases
Vascular complications of lupus nephritis and lupus-like syndromes

B. Iványi, G. Pokorny Hungary
K. Derfler Austria
H. Holzer Austria

Nephritis can be induced in non-lupus mice with anti-DNA antibodies through idiotypic interactions independent of the presence of the 16/6 idio type
Kidney involvement in primary Sjögren's syndrome: a review
IgG-apheresis in the therapy of severe systemic autoimmune diseases
Involvement of the kidney in autoimmune systemic diseases

Ostale predstavitve

D. Ferluga, A. Hvala, M. Kuhar,
M. Accetto, A. Vizjak

Peculiar lupus microangiopathy in childhood mimicking clinically urticarial hypocomplementemic vasculitis

M. Jerše, A. Vizjak, A. Hvala,
B. Rozman, M. Kos, A. F. Bren,
D. Ferluga
J. Jeruc, V. Jurčič, A. Vizjak, A. Hvala,
R. Kveder, S. Praprotnik, D. Ferluga
A. Šipek, M. Hojnik, B. Božič, T. Kveder,
B. Rozman, A. Vizjak, D. Ferluga

Correlation between WHO classes and forms of glomerulonephritis in SLE

Tubulo-interstitial involvement in various WHO classes of lupus nephritis

A. Hvala, T. Kobenter
B. Luzar, M. Koselj, D. Ferluga
M. Arnol, V. Jurčič, A. Vizjak,
T. Perković, D. Ferluga

Small vessel thrombosis without major thrombotic events in SLE patients with antiphospholipid syndrome. Case reports
Variety of organized deposits in lupus nephritis
Renal lipid deposits and progression of lupus nephritis

Cell adhesion molecules on endothelial cells of kidney and choroid plexus in SLE. Autopsy study

D. Bosnić, M. Harjaček, J. Sertić,
N. Čikeš, M. Sentić, B. Anić,
L. Tambić-Bukovac,
M. Šćukanec-Špoljar
M. Polenaković, L. Grčevska,
M. Milovančeva-Popovska
B. Rozman, B. Božič, T. Kveder,
B. Kos, W. van Venrooij
M. Tomšič, F. Šifrer

ACE gene polymorphism and lupus nephritis

Treatment of renal failure in patients with systemic lupus erythematosus (SLE)

E. Ponte, N. Gorji, M. Melato
N. Čikeš, M. Sentić, D. Bosnić,
B. Anić, M. Mayer, J. Markeljević,
J. Franjić, N. Zurak
V. Ferlan-Marolt, B. Luzar
Ž. Novak-Antolić, V. Šljapah
A. Rotter, V. Jurčič

Immunoserological aspects of idiopathic inflammatory muscle diseases
Polymyositis with interstitial lung disease and acute respiratory distress syndrome. Case report
Vascular manifestations of progressive systemic sclerosis

Central nervous system involvement in connective tissue diseases
The spectrum of liver lesions related to autoimmune systemic diseases
Pregnancy and autoimmune diseases
E-selectin and VCAM-1 expression on human umbilical vein endothelial cell culture after stimulation with TNF- α and *Borrelia burgdorferi*
Prevalence of autoallergy in chronic urticaria
Ulcerative interstitial cystitis with Hunner's ulcer - 3 cases

I. Kern, M. Košnik, N. Bajrović
S. Banev
I. Hočevnar-Božtežar, N. Zidar,
M. Žargi, A. Župevc, B. Lestan,
D. Andoljšek
B. Ilievski, P. Cvetkovski,
N. Gjorgov
M. Tolovska, S. Banev,
G. Petruševska, S. Kostadinova

Amiloidoza grla

The generalized systemic reactive amyloidosis - a case report

Nodular form of lung amyloidosis - a case report

Prijava, dodatne informacije

Kontaktna oseba: Dr. Boštjan Luzar

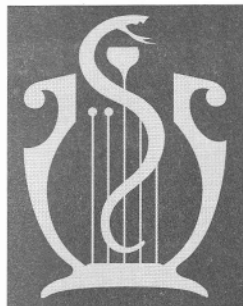
Inštitut za patologijo Medicinske fakultete v Ljubljani
1000 Ljubljana, Korytkova 2
Tel.: 061 / 14 03 042, 446 337, faks: 061 / 301 816
Elektronska pošta: luzar@ibmi.mf.uni-lj.si
Spletna stran na internetu: <http://members.xoom.com/plecnik99>

Kotizacije ni.

Ob sestanku bo izšel zbornik predavanj.

Srečanje izpolnjuje pogoje za pridobitev potrdila o strokovnem izpopolnjevanju zdravnikov.

Zvečer po strokovnem delu bo svečani Koncert zdravnikov v Narodni galeriji s podelitvijo priznanj.



TEDEN UNIVERZE V LJUBLJANI 80-LETNICA USTANOVITVE MEDICINSKE FAKULTETE

KULTURNO UMETNIŠKO DRUŠTVO KLINIČNEGA CENTRA IN MEDICINSKE FAKULTETE
DR. LOJZ KRAIGHER OB 20-LETNICI USTANOVITVE

in

INŠTITUT ZA PATOLOGIJU MEDICINSKE FAKULTETE V LJUBLJANI

vabita na

30. JUBILEJNI KONCERT ZDRAVNIKOV OB XXX. MEMORIALNEM SESTANKU PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA

Podelitev

Spominske diplome profesorja Janeza Plečnika
Priznanja profesorja Franceta Hribarja

Petek, 3. decembra 1999 ob 19. uri, Narodna galerija, Ljubljana, Cankarjeva ul. 20

SPORED

M. Držečnik: Votum Hippocratis
Zbor študentov Medicinske fakultete COR

Slavnostni govorniki

Janez Podobnik, predsednik Državnega zbora
France Bernik, predsednik Slovenske akademije znanosti
in umetnosti
Marjan Jereb, minister za zdravstvo

Podelitev Spominske diplome profesorja Janeza Plečnika
za najboljši študijski uspeh na Medicinski fakulteti v
Ljubljani pri predmetih anatomija, histologija z embri-
ologijo in patologija
Podelitev priznanja profesorja Franceta Hribarja za po-
memben prispevek k razvoju patologije v Sloveniji
Priznanji bosta podelila dekan Medicinske fakultete Uni-
verze v Ljubljani **prof.dr. Miha Žargi** in predstojnik Inšti-
tuta za patologijo akademik **prof. dr. Dušan Ferluga**

B. Adamič: Pomladanska
M. Šurbek: Prišel bo dan
Vokalna skupina Kliničnega centra Vox medicorum
Umetniški vodja **Matjaž Vrtovec**

Joseph Kreutzer: Trio v D-duru za flavto, violino in kitaro
Allegro
Andante

Andreja Černe, flavta
Nina Ostaševski, violina
Alenka Okorn, kitara

Pojdam v Rute, koroška, prir. S. Vremšak
Mravla je v mlin pelala, prir. R. Gobec
A. Sachs: Lastovki v slovo, prir. L. Kramolc
Mešani pevski zbor **dr. Bogdan Derč**
Zborovodja **Venčeslav Zadravec**

A. Dvorák: Godalni kvartet v F-duru op. 96 »Ameriški«
Lento
Vivace ma non troppo
Zdravniški godalni kvartet
Andrej Mašera, 1. violina
Miha Benedik, 2. violina
Igor Ravnik, viola
Zvonimir Rudolf, violončelo

Josip Verbič: Vasovalec, ponarodela
B. Ipavec: Arija iz opere Teharski plemiči, prir. F. Steban
F. Leder Lesičjak: Pesem o rojstvu, koroška ponarodela,
prir. L. Kramolc
Moški vokalni kvintet **dr. Janez Plečnik**
Tomaž Rott, prvi tenor
Pavle Berden, drugi tenor
Tomo Brezovar, bariton in umetniški vodja
Matej Mis, prvi bas
Miran Arbeiter, drugi bas

Paddy on the turnpike, tradicionalna irska plesna viža
Golden anniversary waltz, avtor neznan
Durham's bull, stara ameriška skladba
Anton Cerar, violina
Ivan Volarič, kitara
Sašo Debelec, kontrabas

J. Gallus: Sperne Lucrum
G. F. Händel: Zbor št. 4 in Glory of the Lord iz Oratorija
Mesija
Ljubljanski zdravniški orkester *Camerata medica* in
Zbor študentov Medicinske fakultete COR
Umetniški vodja **Mateja Stambek**
Dirigent **Andrej Ožbolt**

Skozi umetniški spored bo vodila **Zvonka Zupanič-Slavec**

Vstop prost

Po koncertu dekan Medicinske fakultete v Ljubljani **prof.dr. Miha Žargi** prisrčno vabi na sprejem v obnovljenih
prostorih v pritličju Narodne galerije.

KLINIČNI ODDELEK ZA ENDOKRINOLOGIJO, DIABETES IN PRESNOVNE BOLEZNI

in

PEDIATRIČNA KLINIKA, KLINIČNI CENTER LJUBLJANA

organizirata

2. SVETOVNI KONGRES O PREPREČEVANJU DIABETESA IN KOMPLIKACIJ

Fiuggi pri Rimu, Italija, 10. do 15. november 1999

Lokalni organizacijski odbor:

Predsednik: *Ciril Kržišnik*
Tajnik: *Tadej Battelino*
Člani: *Mojca Žerjav-Tanšek, Nataša Bratina-Uršič, Biserka Marolt-Meden*

Kongresna agencija: *Albatros – Bled*

Glavne teme:

- Rizični faktorji za nastanek diabetesa tipa 1
- Rizični faktorji za nastanek diabetesa tipa 2
- Preprečevanje diabetesa tipa 1
- Preprečevanje diabetesa tipa 2
- Preprečevanje komplikacij, povezanih z diabetesom
- Vpliv prehrane v zgodnjem otroštvu na nastanek diabetesa

Organizatorja kongresa: *Paolo Pozzilli – Rim, Italija; Jaakko Tuomilehto – Helsinki, Finska*

Predsednik kongresa: *Joseph Hoet – Louvain-La-Neuve, Belgija*

Strokovni odbor: *Peter Bennett – Phoenix, ZDA; Knut Borch-Johnson – Gentofte, Danska; Gianfranco Bottazzo – London, Velika Britanija; Gisela Dahlquit – Umea, Švedska; Umberto Di Mario – Rim, Italija; John Fuller – London, Velika Britanija; Hubert Kolb – Düsseldorf, Nemčija; David Leslie – London, Velika Britanija; Jean-Claude Mbanya – Yaounde, Kamerun; David Nathan – Boston, ZDA; Kerin O'Dea – Burwood, Avstralija; Ambady Ramachandran – Madras, Indija; Werner Scherbaum – Düsseldorf, Nemčija; Maria Ines Schmidt – Porto Alegre, Brazilija; Dominique Simon – Villejuif Cedex, Francija; Jay Skyler – Miami, ZDA; Naoko Tajima – Tokio, Japonska; Frank Vinicor – Atlanta, ZDA; Paul Zimmet – Caulfield, Avstralija*

Informacije: *Prof. dr. Ciril Kržišnik, dr. med.*
Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni
Pediatrična klinika, Klinični center
1525 Ljubljana, Vrazov trg 1
Tel.: 061 / 320 887, Fax: 061 / 310 246, E-mail: ciril.krzisnik@mf.uni-lj.si
Website: <http://www.mds.qmw.ac.uk/fiuggirome99>
Tel.: + 390 6 447 00 318
Fax: + 390 6 447 00 322

Po sklepu članov strokovnih odborov bosta oba kongresa namesto na Bledu organizirana v toplicah Fiuggi 60 km južno od Rima. Vse informacije dobite na internetu.

KLINIČNI ODDELEK ZA ENDOKRINOLOGIJO,
DIABETES IN PRESNOVNE BOLEZNI

in

PEDIATRIČNA KLINIKA, KLINIČNI CENTER LJUBLJANA

organizirata

**4. KONGRES
IMUNOLOŠKEGA DIABETOLOŠKEGA ZDRUŽENJA – IDS**

13. do 15. november 1999

Lokalni organizacijski odbor:

Predsednik: *Ciril Kržišnik*

Tajnik: *Tadej Battelino*

Člani: *Mojca Žerjav-Tanšek, Nataša Bratina-Uršič, Biserka Marolt-Meden*

Glavne teme:

- Genetika tipa 1 diabetesa
- Imunologija tipa 1 diabetesa
- Napoved nastanka tipa 1 diabetesa

Organizator kongresa: *Gianfranco Bottazzo – London, Velika Britanija*

Predsednik IDS: *Hubert Kolb – Düsseldorf, Nemčija*

Tajnik IDS: *Umberto Di Mario – Rim, Italija*

Blagajnik IDS: *George Eisenbath – Denver, ZDA*

Člani: *Peter Colman – Melbourne, Avstralija; Edwin Gale – London, Velika Britanija; Len Harrison – Melbourne, Avstralija; Kevin Lafferty – Canberra, Avstralija; Jerry Palmer – Seattle, ZDA; Paolo Pozilli – Rim, Italija; Camillo Ricordi – Miami, ZDA*

Informacije: *Prof. dr. Ciril Kržišnik, dr. med.*
Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni
Pediatrična klinika, Klinični center
1525 Ljubljana, Vrazov trg 1
Tel.: 061 / 320 887, Fax: 061 / 310 246, E-mail: ciril.krzisnik@mf.uni-lj.si
Website: <http://www.mds.qmw.ac.uk/fiuggirome99>
Tel.: + 390 6 447 00 318
Fax: + 390 6 447 00 322

Po sklepu članov strokovnih odborov bosta oba kongresa namesto na Bledu organizirana v toplicah Fiuggi 60 km južno od Rima. Vse informacije dobite na internetu.

8. KARDIOLOŠKI DNEVI V ŠMARJEŠKIH TOPLICAH

EHOKARDIOLOGIJA

Šmarješke Toplice, 19. in 20. november 1999

PROGRAM

Petek, 19. novembra 1999

- 9.00 Otvoritev
M. F. Kenda Pozdrav predsednika Združenja kardiologov Slovenije
- 9.15–10.30 Nove metode v ehokardiografiji
 Predsedstvo: **N. Ružič-Medvešček, M. F. Kenda**
J. Markež Tkivno harmonično slikanje
J. Tasić,
N. Ružič-Medvešček Tkivna doplerska ehokardiografija
J. Markež Kontrastna ehokardiografija
I. Gradecki Stresna ehokardiografija
- 10.30–11.00 Diskusija
 Odmor
- 11.00–13.30 Diastolična disfunkcija
 Predsedstvo: **J. Markež, I. Bardorfer**
M. Klemenc Diastolična funkcija levega prekata
N. Vene Funkcija levega preddvora
J. Dobovišek Hipertenzivna okvara srca
B. Barbič-Žagar Vpliv ACE inhibitorjev na ishemijo in maso miokarda
B. Kolšek, P. Dolenc Športno srce
- Diskusija
- Predoperativna ocena pri mitralni in aortni regurgitaciji
 Predsedstvo: **I. Gradecki, M. Bombek**
N. Ružič-Medvešček,
M. Dolenc-Novak Mitralna regurgitacija
N. Ružič-Medvešček Aortna regurgitacija
- Diskusija
- 13.00–15.00 Kosilo
- 15.00–16.00 Demonstracije pri ultrazvočnih aparatih
- 16.00–18.00 Ultrazvočne preiskave pri žilnih boleznih in sistemskih embolijah
 Predsedstvo: **B. Žvan, V. Videčnik**
L. Šekoranja Ateroskleroza torakalne aorte – detekcija in klinični pomen
I. Bardorfer Ultrazvočna preiskava vratnih arterij
B. Žvan Transkranijska doplerska ultrasonografija možganskih arterij
V. Videčnik Ultrazvočna diagnostika bolezni perifernih arterij
A. Blinc Ultrazvočna preiskava ven na okončinah
M. Koželj Kardialni vzroki sistemskih embolij
- Diskusija
- 20.00 Skupna večerja

Sobota, 20. novembra 1999

- 9.00–9.45 Prirojene srčne napake
 Predsedstvo: **M. Koželj, T. Podnar**
T. Podnar Ehokardiografija prirojenih srčnih napak
M. Koželj Ehokardiografija prirojenih srčnih napak pri odraslih
- Diskusija

- 9.45–10.00 **M. F. Kenda** Aktivnosti Združenja kardiologov
- 10.00–10.30 Odmor
- 10.30–12.00 **Ehokardiografija v intenzivni kardiologiji**
Predsedstvo: G. Voga, F. Verovnik
- D. Štajer** Pomen ehokardiografije pri postavitvi diagnoze na intenzivnem oddelku
G. Voga, B. Krivec Opredelitev srčne funkcije pri hemodinamsko nestabilnem bolniku
H. Možina Patologija torakalne aorte – pomen različnih diagnostičnih metod
- Diskusija
- Proste teme**
N. Černič-Šuligoj Ruptura tendinoznih hord mitralne zaklopke
R. Marčun,
D. Trinkaus, M. Košnik Punkcija perikardnega izliva pod kontrolo ultrazvoka in kontrasta
- Ehokardiografija v kardiološki ambulanti**
H. Bernhardt Ehokardiografija – pomembna diagnostična metoda za odločanje v kardiološki ambulanti
- Diskusija
- 12.00–13.00 **Demonstracije pri ultrazvočnih aparatih**
- 13.00–15.00 Kosilo
- 15.00–16.00 **Okrogla miza o ehokardiografiji**
Moderatorji: M. F. Kenda, N. Ružič-Medvešček, J. Markež

Simpozij je namenjen kardiologom, internistom, zdravnikom splošne medicine in drugim specialistom.

Kotizacija znaša 15.000,00 SIT (do 12. novembra) in se lahko plača na žiro račun Združenja kardiologov Slovenije, št.: 50101-678-56715 s pripisom: za kardiološke dneve v Šmarjeških Toplicah 1999, oziroma 20.000,00 SIT pred pričetkom srečanja. Sekundariji in medicinske sestre plačajo znižano kotizacijo 10.000,00 SIT, upokojeni zdravniki so oproščeni kotizacije.

Prijave in informacije: Prijavnico in kopijo potrdila o plačilu pošljite na naslov Združenja kardiologov Slovenije, Klinični center, Klinični oddelek za kardiologijo, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 061 / 317 057, faks: 061 / 140 59 14.

Udeležbo na strokovnem sestanku priznava Zdravniška zbornica Slovenije kot strokovno izpopolnjevanje zdravnikov in jo upošteva pri podaljševanju licence.

Rezervacije prenočišč: Zdravilišče Šmarješke Toplice

Tel.: 068 / 73 230

Šport Hotel Otočec

Tel.: 068 / 75 700, 75 701

LETNA KONFERENCA

in

OBČNI ZBOR

ZDRUŽENJA PNEVMOLOGOV SLOVENIJE

Hotel Bernardin, 10. in 11. december 1999

Petek, 10. december 1999

- 14.00 Postavitev posterjev
 15.00 Simpozij ZDRAVLJENJE PLJUČNIH BOLEZNI Z ZDRAVILI
 Moderator: S. Šuškovič
 15.00 F. Kozjek Principi farmakokinetike
 15.20 E. Mušič, R. Eržen Farmakokinetika pogostejše predpisanih antibiotikov
 15.40 S. Šuškovič Farmakokinetika antihistaminikov H₁
 16.00 P. Zalokar, D. Eržen Interakcije zdravil pri zdravljenju tuberkuloze
 16.20 Odmor
 Moderator: E. Mušič
 16.40 M. Fležar Fizikalne osnove inhalacijske terapije (aerosol, prašni delci, distribucija v pljučih, stari in novi potisni plini)
 17.00 U. Urleb Farmakoekonomika v pnevmologiji
 17.20 J. Šorli Zagotavljanje kakovosti pri zdravljenju pljučnih bolezni z zdravili
 17.40 Odmor
 18.00–19.00 Satelitni simpozij NOVI KINOLONI (GLAXO WELLCOME)
 19.00–19.30 OBČNI ZBOR IN PODELITVE PRIZNANJ
 20.30 Skupna večerja (vabi Glaxo Wellcome)

Sobota, 11. december 1999

- 9.00 Simpozij. RESPIRATORNA MEDICINA IN ZDRAVLISTVO – SOPOTNIKA ALI SOVRAŽNIKA?
 Moderator simpozija: J. Šorli
 9.00 A. White, E. Ernst, Anglija Is complementary medicine real alternative to official medicine?
 9.30 S. Šuškovič Podatki o uporabi zdravilskih metod v respiratorni medicini
 9.45 S. Ziherl Pogled psihiatra na odločitev bolnika za komplementarne zdravilske metode
 10.00 Z. Turk Nekonvencionalne oblike zdravljenja pljučnih bolezni
 10.15 T. Gradišek Pogled splošnega zdravnika na uporabo komplementarnih zdravilskih metod pri bolnikih z boleznimi pljuč
 10.30–11.00 Odmor
 11.00 J. Šorli Pogled specialista pnevmologa na uporabo komplementarnih zdravilskih metod pri pljučnih bolnikih
 11.15 A. Polajnar-Pavčnik, Pravna fakulteta Ljubljana Pravni vidiki uporabe komplementarnih zdravilskih metod
 11.30 J. Trontelj, Republiška etična komisija Etika in komplementarne zdravilske metode
 11.45 M. Jereb, Ministrstvo za zdravstvo Stališče ministrstva za zdravstvo do uporabe komplementarnih zdravilskih metod
 12.00 Okrogla miza – sodelujejo vsi predavatelji
 13.00 Predstavitev posterjev
 Moderator: M. Košnik
 14.00 Zaključek konference

Prosimo, da nam čimprej sporočite naslov posterja (s poljubnimi temami), s katerim bi želeli nastopiti.

Prijave za konferenco sprejema ga. **Dragica Sukič**, Bolnišnica Golnik, 4204 Golnik, pisno ali na telefon 064 / 469 391.

Kotizacija je 15.000,00 SIT. Plačate jo lahko s položnico SZD pnevmološka sekcija Golnik, št. žiro računa 51500-678-86127 s pripisom »kotizacija za letno konferenco« ali osebno ob prihodu na sestanek.

**MEDICINSKA FAKULTETA
INŠTITUT ZA HIGIENO
1105 Ljubljana, Zaloška 4**

PODIPLOMSKI TEČAJ IZ AKUPUNKTURE ZA ZDRAVNIKE

Sekcija za akupunkturo SZD, Stalna strokovna komisija za AKP pri Zdravstvenem svetu in Inštitut za higieno pri MF v Ljubljani organizirajo začetni tečaj akupunkture (Tečaj A), za izdajo licence – dovoljenje za opravljanje zdravniške dejavnosti na področju akupunkture (po opravljenih tečajih A, B in C).

Tečaj bo potekal po programu in katalogu znanja – akupunkture, z osnovami tradicionalne kitajske medicine, ki jo je pripravila Stalna strokovna komisija za AKP pri Zdravstvenem svetu, pri kateri bodo kandidati opravljali tudi izpite (A, B, C).

Na podlagi 19. člena Pravilnika o posebnih znanjih, ki ga je sprejela skupščina Zdravniške zbornice Slovenije, aprila 1995, pridobi zdravnik, ki je uspešno zaključil podiplomsko izobraževanje (tečaj A, B, C), dovoljenje za opravljanje zdravniške dejavnosti na področju akupunkture.

Izobraževanje iz akupunkture je namenjeno predvsem zdravnikom splošne medicine in specialistom. Obsega predstavitev osnov tradicionalne kitajske medicine in akupunkture, predstavitev modernih dosežkov s tega področja in uporabo metod akupunkture v praksi.

Izobraževanje iz akupunkture in tradicionalne kitajske medicine odgovarja enemu semestru podiplomskega študija (300 ur). Sestavljeno je iz treh stopenj. Začetni tečaj (A) predstavlja skupaj s srednjim (B) in končnim tečajem (C), tisto izobrazbo, ki odgovarja mednarodnim priporočilom.

Pri oblikovanju programa tečaja smo uporabili tudi kurikulum Kitajske akademije za tradicionalno medicino in kurikulum Mednarodnega učnega centra WHO za akupunkturo v Pekingu. Ureditev v stopnje A, B in C obenem omogoča, da se lahko zdravniki, ki že imajo določeno predizobrazbo iz akupunkture v drugih deželah, vključijo v naše izobraževanje na ustrezni stopnji in ga tako dokončajo.

Vsak od navedenih tečajev A, B in C obsega 80 ur teorije, teoretični izpit in 20 ur praktičnih vaj. Uspešno opravljene vaje in izpit iz nižjega so obenem tudi pogoj za pristop v višji tečaj. Slušatelji, ki so opravili ustrežajoče šolanje drugod, lahko vstopijo v višjo stopnjo z ustrežajočim dokazilom, ali pa z opravitvijo izpita iz nižje stopnje.

Po vsaki stopnji izobraževanja (A, B in C) je potrebno opraviti pisni teoretični izpit. To zahteva znanje akupunkturologije (po katalogu znanja). Izpita A (začetni del) in B (srednji del) predstavljata sprotno preverjanje znanja in ju vodi član izpitne komisije. Na podlagi uspešno opravljenega izpita izda organizator kandidatu diplomu A oz. B.

Izpit C je končni izpit, ki velja za licenco, za opravljanje akupunkture. Vodi in pregleda ga izpitna komisija. Ta izda kandidatu po uspešno opravljenem izpitu C diplomu C, ki velja za končni izpit.

Kraj izobraževanja

Predavanja tečajev A (začetni) in B (srednji) so na Medicinski fakulteti v Ljubljani, Korytkova 2 in Zaloška 4 (Inštitut za higieno Medicinske fakultete).

Vaje A in B bodo potekale individualno po dogovoru z mentorji.

Termine določijo posamezni mentorji.

Vaje A in B potekajo v naslednjih institucijah:

- Terme Topolšica
- Terme Portorož
- Bolnišnica Maribor
- Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, Ljubljana
- Inštitut za higieno Medicinske fakultete, Ljubljana, Zaloška 4

Tečaj C z vajami v celoti poteka na instituciji: China International Acupuncture Training Center, Beijing, Dongzimen.

Teoretični izpiti A in B potekajo v prostorih Inštituta za higieno MF, Zaloška 4, Ljubljana.

Tečaj se začne 26. novembra 1999.

Tečaji bodo potekali v osmih vikendih, po 10 ur na en vikend; pričetek bo vedno ob petkih ob 16. uri, in sobotah ob 8. uri.

Termini za začetni tečaj (tečaj A):

November 1999	26. 11. in 27. 11.
December 1999	10. 12. in 11. 12.
Januar 2000	14. 1. in 15. 1.
	28. 1. in 29. 1.
Februar 2000	4. 2. in 5. 2.
Marec 2000	3. 3. in 4. 3.
April 2000	7. 4. in 8. 4.
Maj 2000	13. 5. in 14. 5.

Število udeležencev je omejeno na najmanj 20 oseb. V primeru premajhnega števila prijavljenih bo tečaj organiziran v naslednjem letu.

Vodji tečaja sta: *prof. dr. Dražigost Pokorn, dr. med.* (Ljubljana) in
prim. dr. Zmago Turk, dr. med. (Maribor)

Cena šolanja (tečaj A) je 200.000,00 SIT.

Znesek vplačate na račun Medicinske fakultete – Inštitut za higieno, s pripisom: »tečaj iz akupunkture«, št.: 50103 603 41175, davčna št. MF: 44752385.

Prijave in podrobnejše informacije dobite na Inštitutu za higieno MF v Ljubljani, tel.: 061 / 13 18 182;

E-mail: d.pokorn@mf.uni.lj.si

Ministrstvo za zdravstvo
Stalna strokovna skupina za akupunkturo
Prim. dr. Zmago Turk, dr. med.

Inštitut za higieno
Predstojnik
Prof. dr. Dražigost Pokorn, dr. med.

XXVIII. PODIPLOMSKI SEMINAR KLINIČNE TOKSIKOLOGIJE

1. predavalnica Kliničnega centra, Ljubljana, od 29. novembra do 3. decembra 1999

Glavne teme:

Splošna klinična toksikologija:

- Načela diagnostike in terapije zastrupitev
- Urgentna klinična toksikologija
- Toksikokinetika
- Eliminacija strupov pred in po absorpciji
- Obravnava zastrupitev na intenzivnem oddelku
- Toksikološka analitika
- Antidoti
- Psihiatrična obravnava (abuzus, suid)
- Sodnomoedicinsko izvedenstvo v toksikologiji
- Poklicne zastrupitve - diagnostika in obravnava
- Množične zastrupitve in ekološka toksikologija
- Narkomanija, detoksikacija
- Organizacija toksikološke službe v Sloveniji
- 24-urna informativno-konzultativna služba CZ
- Škodljivi učinki zdravil - algoritmi in program WHO
- Označevanje nevarnih kemikalij

Specialna klinična toksikologija:

- Alkoholi
- Dražeči in strupeni plini
- Strupene gobe in druge rastline
- Živalski strupi
- Težke kovine
- Kisline in lugi
- Cianidi
- Kardiovaskularna zdravila
- Salicilati, paracetamol
- Barbiturati
- Psihofarmaka
- Opiati in druge opojne droge
- Pesticidi
- Organska topila in petrolejski derivati
- Methemoglobinemija pri zastrupitvah
- Bojni strupi

Prijave sprejema tajništvo SPS Interne klinike pisno ali na telefon 061 / 317-375. Kotizacijo 36.000,00 SIT, ki vključuje tudi učno gradivo in osvežitev v odmorih, nakažite na ŽR pri LB št. 50103-603-51820, Klinični center Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, sklic na številko: 2394-297069, s pripisom »Za 28. seminar klinične toksikologije«

Fotokopijo položnice ali virmana pošljite čimprej v tajništvo SPS Interne klinike oziroma jo predložite ob registraciji. Kandidatom, ki bodo potrdilo o vplačilu in natančne podatke o naslovu poslali do 15. novembra 1999, bomo učno gradivo poslali po pošti, pred začetkom seminarja.

Udeležbo na seminarju bo Zdravniška zbornica Slovenija upoštevala pri podaljšanju licence.

Število kandidatov je omejeno. Zadnji dan bodo udeleženci opravili pisni preizkus znanja. Registracija udeležencev bo 29. novembra ob 8.00-9.30, otvoritev seminarja bo ob 9.30.

PRIJAVNICA

za 28. podiplomski seminar klinične toksikologije

Tajništvo SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Ime in priimek: _____

Naslov: _____ Telefon: _____

Ustanova: _____ Telefon: _____

Plačnik kotizacije: _____ Davčni zavezanec za DDV: da / ne

Ulica: _____ Poštna številka: _____ Kraj: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Žiro račun: _____ Davčna številka: _____

Datum: _____ Podpis: _____

KLINIČNI ODDELEK ZA GINEKOLOGIJO IN PERINATOLOGIJO MARIBOR

in

SLOVENSKO DRUŠTVO ZA RABO ULTRAZVOKA

organizirata

**SIMPOZIJ OB 30-LETNICI RABE ULTRAZVOKA
V MEDICINI V SLOVENIJI**

Maribor, 26. november, Kazinska dvorana SNG Maribor

PROGRAM

- 9.30–10.00 Sprejemni cocktail
- 10.00 **Otvoritev simpozija in pozdravni govor**
- 10.20 *Prim. I. Japelj, dr. med.* Zgodovinski pregled ultrazvočne diagnostike v medicini od začetka (1969) do danes
- 11.15 Umetniški program: Pevski zbor Carmina Slovenica
- 11.45 Podelitev priznanj in zahval
- 12.30 Opoldanski odmor s prigrizkom
- Popoldanski strokovni simpozij:**
- 13.30 – *prof. dr. Kratochwill, dr. med.*
- 14.00 – *prof. dr. Asim Kurjak, dr. med.*
- 14.30 – *prim. Igor Japelj, dr. med.*
- 15.00 – *prof. dr. Veljko Vlasisavljevič, dr. med.*
- 15.30 – *Andreja Tekauc-Golob, dr. med.*
- 16.00 Odmor za kavo
- 16.30 **Okrogla miza na temo: Sistem edukacije specializantom iz diagnostike ultrazvoka v ginekologiji**
Moderator: prof. dr. Helena Meden-Vrtovec, dr. med.
- 18.30 Mariborski grad:
– ogled muzeja in
– Viteška dvorana – skupna večerja

**ZDRUŽENJE ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE – SPLOŠNE MEDICINE
OSNOVNO ZDRAVSTVO GORENJSKE
DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER IN TEHNIKOV GORENJSKE
KATEDRA ZA DRUŽINSKO MEDICINO
ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO KRANJ**

organizirajo

pod častnim pokroviteljstvom predsednika državnega zbora, Janeza Podobnika, dr. med.

I. FAJDIGOVE DNEVE

Kranj, Zavod za zdravstveno varstvo, 3. in 4. december 1999

z naslovom

DUŠEVNE MOTNJE, SPORAZUMEVANJE IN TEŽAVNI BOLNIK V OSNOVNEM ZDRAVSTVU

PROGRAM

Petek, 3. decembra 1999

Problem duševnih motenj v osnovnem zdravstvu

Delovno predsedstvo: *prof. dr. Martina Tomori, doc. dr. Igor Švab, asist. mag. Janko Kersnik*

8.00–8.30		Prihod in registracija
8.30–8.40	<i>M. Zupan Malovrh</i>	Dr. Božidar Fajdiga – legenda starega Kranja
8.40–8.50		Pozdravi gostov
8.50–9.00	<i>J. Kersnik</i>	Duševne motnje v osnovnem zdravstvu
9.00–9.30	<i>P. Hjortdahl</i>	Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction
9.30–10.00	<i>I. Švab</i>	Težavni bolnik v družinski medicini
10.00–10.30	<i>M. Tomori</i>	Telesni znaki duševnih motenj
10.30–11.00		Odmor za kavo

Pogosti problemi pri duševnih motnjah

Delovno predsedstvo: *Dragica Resman, asist. Vlasta Vodopivec-Jamšek, Meta Kališnik-Šauli*

11.00–11.20	<i>A. Kogoj, D. Troha</i>	Vodenje dementnega bolnika
11.20–11.40	<i>V. Vodopivec-Jamšek</i>	Sporočanje slabe novice in sporazumevanje z družino težko bolnih in umirajočih
11.40–12.00	<i>M. Kališnik-Šauli</i>	Obravnava mladostnika z duševnimi motnjami
12.00–12.30	<i>D. Resman</i>	Panični napad kot nujno stanje
12.30–12.45		Razprava in predstavitev posterjev
12. 45–14.15		Kosilo

Obravnavana nekaterih vidikov duševnih težav

Delovno predsedstvo: *Josip Car, Marjeta Zupančič, Mitja Mohor*

14.15–14.35	<i>J. Car</i>	Obravnava depresije v družinski medicini v Sloveniji
14.35–14.55	<i>M. Burgar-Jenko</i>	Stres
14.55–15.15	<i>A. Kralj-Odar</i>	Kako bi ravnal zdravnik, če bi sam zbolel zaradi duševne motnje
15.15–15.35	<i>M. Mohor</i>	Izpeljava prisilne hospitalizacije
15.35–15.55	<i>M. Zupančič</i>	Delazmožnost pri duševnih motnjah
15.55–16.00		Razprava
16.00–16.30		Odmor za kavo

Timski pristop k reševanju nekaterih psihosocialnih problemov
Delovno predsedstvo: Meta Kališnik-Šauli, Mira Anžič, Branko Brinšek

16.30–16.50	M. Anžič, E. Povšner, A. Požar	Patronažno varstvo pri duševnih motnjah
16.50–17.10	R. Špilak	Vloga medicinske sestre pri bolnikih z duševnimi motnjami
17.10–17.20	F. Podbevšek	Obravnavanje bolnikov v primeru zlorabe, nasilja in beganja (krizni center)
17.20–17.30	E. Povšner	Delo kluba zdravljenih alkoholikov
17.30–17.40	B. Brinšek	Predstavitve dela lokalnih akcijskih skupin pri delu z odvisnimi
17.40–17.50	M. Kališnik-Šauli	Delo z zasvojenimi na Gorenjskem
17.50–18.00	F. Bečan	Duševne motnje pri kroničnih bolnikih
18.00–18.10	D. Petek	Anksioznost in depresivnost pri diabetikih in kroničnih ortopedskih bolnikih
18.10–18.30		Razprava in zaključek prvega dne

Sobota, 4. decembra 1999

Obravnavanje izbranih problemov s pomočjo praktičnih prikazov v delavnicah

9.00–10.30	Delavnice – 1. del
10.30–11.00	Odmor
11.00–12.30	Delavnice – 2. del

Delavnice:

1. **M. Bulc** Videoseminar sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom
2. **A. Kastelic** Obravnavanje bolnika z odvisnostjo
3. **M. Kališnik-Šauli** Obravnavanje mladostnika z duševnimi motnjami
4. **A. Žmitek** Obravnavanje depresivnega bolnika
5. **D. Resman** Bolnik s panično motnjo
6. **I. Hartman** Sporazumevanje medicinske sestre z bolnikom
7. **M. Anžič** Patronažna sestra in duševne motnje
8. **R. Špilak** Sporazumevanje medicinske sestre z bolnikom z duševnimi motnjami

Okrogla miza Sodelovanje zdravnika v osnovnem zdravstvu in psihiatra
Okrogla miza Meje psihiatrizacije in medikalizacije

Prijava

Prijavnico z vašimi osebnimi podatki, naslovom za kontakte, izbiro delavnic in s podatki o plačniku (vključno davčna številka) pošljite na naslov:

Ga. Jožica Krevh

Osnovno zdravstvo Gorenjske

Gospodarska 9, 4000 Kranj

faks: 064 226 718

pri kateri boste dobili tudi potrebne dodatne informacije (tel. 064 282 523).

Po pošti boste prejeli račun, ki ga bo poravnal plačnik vaše udeležbe.

Udeležba je omejena na 70 udeležencev. Prednost imajo tisti, ki se bodo prej prijavili in poravnali kotizacijo.

Kotizacija 10.000,00 SIT vključuje udeležbo pri strokovnem programu, potrdilo ZZS za podaljšanje licence, zbornik izvlečkov, prigrizke in osvežitve ter zbornik referatov in zaključkov, ki bo izšel po srečanju. Za sekundarije je kotizacija 6.000,00 SIT. Ob prijavi navedite tudi delavnico, na kateri želite sodelovati. Kotizacija za udeležbo na posamezni delavnici je 2.000,00 SIT in jo plačate ob prijavi skupaj z osnovno kotizacijo. Število mest na posamezni delavnici je omejeno. Prednost imajo tisti, ki se bodo prej prijavili in poravnali kotizacijo. Videoseminar bo potekal na Katedri za družinsko medicino, delavnice Obravnavanje bolnika z odvisnostjo na Centru za mentalno zdravje v Ljubljani, delavnice Obravnavanje mladostnika z duševnimi motnjami, Sporazumevanje medicinske sestre z bolnikom in Patronažna sestra in duševne motnje na Zavodu za zdravstveno varstvo v Kranju, delavnice Obravnavanje depresivnega bolnika, Bolnik s panično motnjo in Sporazumevanje medicinske sestre z bolnikom z duševnimi motnjami v psihiatrični bolnišnici Begunje. Pri prijavi upoštevajte, da bo možna udeležba na dveh delavnicah le v primeru, da sta na isti lokaciji. Udeleženci bodo pred srečanjem dobili potrjeno izbiro delavnice. Kotizacijo za srečanje in delavnico(i) bo mogoče plačati po prejetem računu, zato navedite ime, naslov in davčno številko plačnika kotizacije in vaše ime.

Namestitev v hotelu ni vključena v kotizacijo. Vsak udeleženec si sam rezervira namestitev v hotelu.

Rezervacija namestitve:

Hotel Creina, 4000 Kranj, Koroška cesta 5, tel.: 064 / 224 550, faks: 064 / 222 483

PRIJAVNICA

Prijavljam se na I. Fajdigove dneve, v Kranju, 3. in 4. decembra 1999
Duševne motnje, sporazumevanje in težavni bolnik v osnovnem zdravstvu

Priimek: _____ Ime: _____

Naslov, kamor želiš dobivati sporočila: _____

Poštna številka: _____ Kraj: _____

Ulica: _____ Telefon: _____

A zdravnik, B sekundarij, C VMS,

Č medicinska sestra/zdravstveni tehnik D študent E drugo (obkroži)

Naziv zavoda/podjetja, ki bo plačalo kotizacijo: _____

Poštna številka: _____ Kraj: _____

Ulica: _____ Telefon: _____

Prijavljam se za naslednjo(i) delavnico(i) (glej navodilo o možnih kombinacijah):

1. Videoseminar sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom 1 (Ljubljana)
2. Obravnava bolnika z odvisnostjo (Ljubljana)
3. Obravnava mladostnika z duševnimi motnjami (Kranj)
4. Obravnava depresivnega bolnika (Begunje)
5. Bolnik s panično motnjo (Begunje)
6. Sporazumevanje medicinske sestre z bolnikom (Kranj)
7. Patronažna sestra in duševne motnje (Kranj)
8. Sporazumevanje medicinske sestre z bolnikom z duševnimi motnjami (Begunje)

Pripravil bom poster z naslovom: _____

DDV je vračunan v kotizacijo.

Prijavnico pošljite na naslov: *Ga. Jožica Krevh*

Osnovno zdravstvo Gorenjske
Gospodsvetska 9, 4000 Kranj
Telefon: 064 / 282 523, faks: 064 / 226 718,
kjer dobite tudi dodatne informacije.

Opomba: Ker je udeležba omejena na 70 udeležencev, imajo prednost tisti, ki bodo prej poravnali kotizacijo, o čemer bodo pisno obveščeni.

ZDRUŽENJE NEVROLOGOV SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

in

ZDRUŽENJE PSIHIATROV SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

organizirata

SESTANEK O ALZHEIMERJEVI BOLEZNI Z MEDNARODNO UDELEŽBO

Ljubljana, Hotel Union, vhod Holliday Inn, 11. in 12. november 1999

Organizacijski odbor:

Predsednik: *Miro Denišlič*

Člani: *Aleš Kogoj, Zvezdan Pirtošek, Marko Pišljari, David B. Vodušek, Slavko Ziherl, Bojana Žvan*

PROGRAM

Četrtek, 11. novembra 1999

10.00 Registracija
18.30 Sprejem in pogovor s predavatelji

Petek, 12. novembra 1999

Klinični vidiki Alzheimerjeve bolezni

Predsedstvo: *D. B. Vodušek, S. Ziherl*

9.00-9.30		Registracija
9.30-9.45	<i>M. Denišlič</i>	Pozdravne besede
	<i>D. B. Vodušek</i>	Uvodne misli
9.45-10.30	<i>Ch. Bancher</i>	Biološki označevalci v likvorju pri bolnikih z Alzheimerjevo boleznijo
		Odmor s kavo

Predsedstvo: *M. Ličina, A. Grad*

10.50-11.10	<i>Z. Pirtošek</i>	Nevrofiziologija Alzheimerjeve bolezni
11.15-11.45	<i>B. Kores-Plesničar</i>	Klinična izraznost in simptomatologija demenc v psihiatriji
11.50-12.40	<i>M. Denišlič</i>	Predstavitev lestvice za oceno kognitivnih sposobnosti bolnikov z Alzheimerjevo boleznijo (ADAS-kog)
		Kosilo

Alzheimerjeva bolezen in zdravljenje

Predsedstvo: *M. Denišlič, A. Kogoj*

14.00-14.20	<i>Carlucci</i>	Spremembe v beli snovi pri starostnikih
14.25-15.15	<i>E. Giacobini</i>	Klinična uporabnost novih ACE inhibitorjev
		Odmor s kavo

Predsedstvo: *Z. Pirtošek, B. Kores-Plesničar*

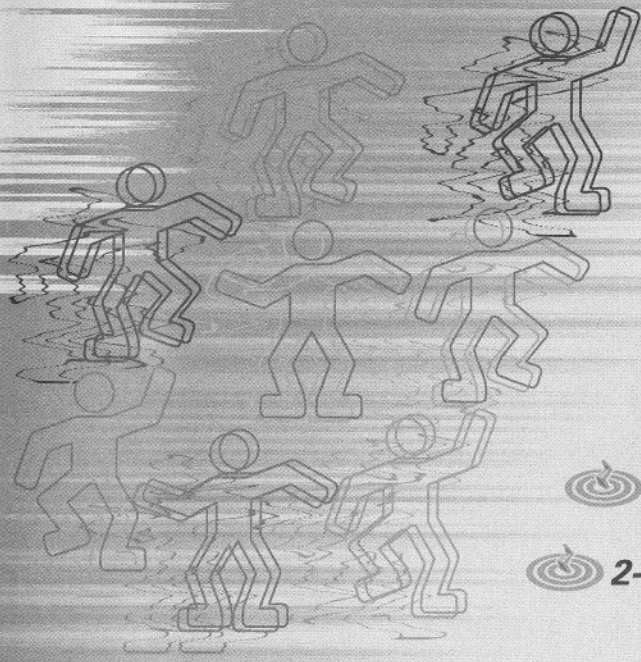
15.35-15.55	<i>A. Kogoj</i>	Pristop k vznemirjenemu bolniku
16.00-16.30	<i>M. Pišljari</i>	Diferencialna diagnostika med demenco in depresijo
18.30		Večerja v Hotelu Union

Udeležba na sestanku ustreza merilom Zdravniške zbornice Slovenije pri podalšanju licence.

Kotizacije ni.

Direktorica podružnice Pfizer
Barbara Kosler, mag. farm.

Vodja sestanka
prof. dr. Miro Denišlič, dr. med., spec. nevr.



naklofen[®] rapid

diklofenak kalij

tablete po 50 mg



hitro odpravi akutno bolečino



2- do 3-krat 1 rapidna tableta na dan

Skrajšano navodilo

Indikacije: Lajšanje akutne bolečine. Potravmatska bolečina (izpahi, zvini, nategi), pooperativna bolečina (travmatologija, ortopedija, ginekologija, oralna kirurgija), ginekološka bolečina (dismenoreja, bolečine zaradi vstavitve materničnega vložka in druge bolečine), glavobol, zobobol, bolečina v hrbtenici, zunaj sklepni revmatizem, dopolnilo k zdravljenju infekcijskih bolezni.

Odmerjanje: Tablete Naklofen rapid dajemo 3-krat na dan. Izjemoma, npr. pri dismenoreji, odmerek povečamo na 200 mg na dan. Pri blagih bolečinah zadošča 100 mg na dan. Tablet Naklofen rapid ne dajemo otrokom do štirinajstega leta starosti.

Kontraindikacije: Peptični ulkus. Preobčutljivost za diklofenak. Diklofenak je kontraindiciran pri bolnikih, pri katerih je predhodno jemanje salicilatov ali drugih zdravil, ki zavirajo delovanje na sintezo prostaglandinov, povzročilo napad astme, urtikarijo ali akutni rinitis.

Opozorila: Previdnost je potrebna pri bolnikih s hudimi okvarami jeter ali ledvic, pri bolnikih s srčnim popuščanjem, porfirijo, Crohnovo boleznijo in pri ulceroznem kolitisu.

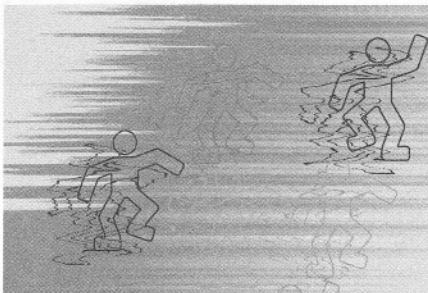
Stranski učinki: Lahko se pojavijo prebavne motnje. Redko se pojavijo peptični ulkus ali krvavitve v prebavilih. Izjemoma lahko pride do preobčutljivostne reakcije, glavobola, perifernih edemov in neznatnega povečanja vrednosti transaminaz.

Oprema in način izdajanja: 10 tablet po 50 mg. Na zdravniški recept. 1/99.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

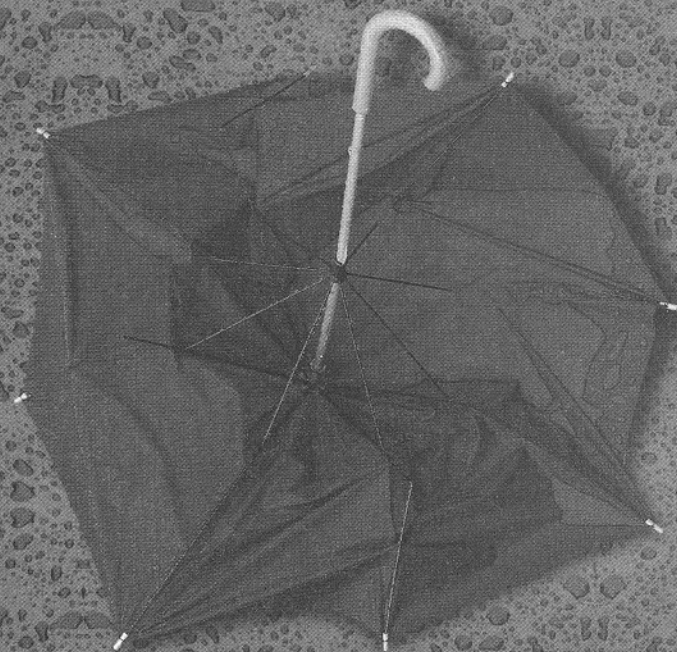


Krka, d.d., Novo mesto
Šmarješka cesta 6
8501 Novo mesto



**Nanj
se
lahko
zanesem!**

Ali dobivajo vaši bolniki z okužbami ustrezno zdravilo?



Ciprobay®

ciprofloksacin - originalna Bayerjeva kakovost

- fluorirani kinolon, ki je najuspešnejši v svoji skupini
- Ciprobay® ima med vsemi antibiotiki najpopolnejšo klinično dokumentacijo.
- Ciprobay® ima širok spekter delovanja proti številnim zanj občutljivim mikroorganizmom.

Ciprobay: ciprofloksacin: 10 tablet po 250 mg/500 mg in 5 infuzijskih stekleničk (50 ml, 100 ml, 200 ml) po 100/200/400 mg. **Doziranje:** je odvisno od indikacije; posamezni odmerek Ciprobaya je 250-750 mg peroralno in 100-400 mg parenteralno. Za bolnike, ki tablet ne morejo zaužiti, predlagamo i.v. uporabo Ciprobaya. Pri očistku kreatinina < 20 ml/min priporočamo polovični odmerek. **Kontraindikacije:** preobčutljivost za ciprofloksacin ali druge kinolone, otroci in mladina v obdobju rasti, nosečnost in dojenje, dokler nimamo dovolj izkušenj o uporabi in dokler ne bo na podlagi ugotovitev pri poskusih na živalih izključena možnost poškodb sklepnega hrustanca med rastjo. Previdnost je potrebna pri starejših bolnikih, epileptikih, in bolnikih s poškodbami osrednjega živčevja. **Oprema:** **Ciprobay 250:** 10 lakiranih tablet po 250 mg; **Ciprobay 500:** 10 lakiranih tablet po 500 mg; **Ciprobay 100:** 5 infuzijskih stekleničk po 100 mg; **Ciprobay 200:** 5 infuzijskih stekleničk po 200 mg; **Ciprobay 400:** 5 infuzijskih stekleničk po 400 mg.

Bayer 

Bayer Pharma d.o.o.

NOVONORM®

(repaglinid / Novo Nordisk)

in
obroki
z roko v roki

Pri sladkorni bolezni tipa 2

- ▲ Prvi iz nove kemične skupine prandialnih regulatorjev glukoze.
- ▲ Spodbuja sproščanje insulina le tedaj, ko je to potrebno.
- ▲ Je obrok, je odmerek. Ni obroka, ni odmerka.

Prandialna regulacija glukoze
pomeni dolgoročno urejenost

Skrajšana navodila za predpisovanje: NovoNorm® (repaglinid / Novo Nordisk), tablete 0,5 mg, 1mg in 2 mg

Indikacije: Bolniki z diabetesom tipa 2, pri katerih hiperglikemije ni več mogoče zadovoljivo obvladovati z dieto, zmanjšanjem telesne teže in telesno dejavnostjo. NovoNorm® je indiciran tudi v kombinaciji z metforminom pri bolnikih z diabetesom tipa 2, pri katerih bolezen samo z metforminom ni zadovoljivo urejena.

Odmerjanje: Priporočeni začetni odmerek je 0,5 mg pred vsakim glavnim obrokom. Če bolnik prehaja na repaglinid z drugega peroralnega antidiabetika, je priporočeni začetni odmerek 1 mg pred vsakim glavnim obrokom.

Priporočeni največji enkratni odmerek je 4 mg pred vsakim glavnim obrokom. Celotni največji dnevni odmerek je 16 mg.

Kontraindikacije: Preobčutljivost za repaglinid oz. katerokoli sestavino NovoNorma®, nosečnost in dojenje, diabetes tipa 1, diabetična ketoacidoza. Hude motnje ledvičnega in jetrnega delovanja.

Opozorilo: NovoNorm® lahko, tako kot drugi insulinski sekretagogi, povzroči hipoglikemijo.

Stranski učinki: V kontroliranih kliničnih raziskavah se pogostnost in izrazitost stranskih učinkov ni razlikovala od tistih, ki se pojavljajo pri drugih peroralnih insulinskih sekretagogih. Najpogostejši stranski učinki so bili blaga hipoglikemija, prehodne motnje vida in prebavne motnje, npr. driska in navzeja. Pojavili so se tudi posamezni primeri blagega in prehodnega povečanja koncentracije jetrnih encimov.

NovoNorm® je zaščiteno ime v lasti Novo Nordisk A/S.

Podrobnejše informacije in strokovna literatura so vam na voljo pri

Novo Nordisk A/S, Podružnica v Sloveniji.

Novo Nordisk A/S
Podružnica v Sloveniji
Dunajska 7
1000 Ljubljana
Slovenija

Tel.: 061 13 20 323
Faks: 061 13 20 288

Novo Nordisk



Zdravilo za zdravljenje osteoporoze, ki mu lahko zaupate

dokazano
z raziskavo PROOF
(Prevent Recurrence
of Osteoporotic Fractures)¹

Petletna raziskava zdravljenja
1255 pomenopavzalnih bolnic
z 200 i.e. Miacalcica na dan.

Vmesni rezultat, po treh letih, je pokazal, da

- Miacalcic poveča gostoto kostne mase
- ublaži bolečino in omogoči gibanje
- dokazano varno zdravilo tudi pri dolgotrajnem zdravljenju
- Miacalcic zmanjša tveganje za nastanek novih zlomov vretenc za 36 %

 **Pršilo za nos 200 i.e.**
Miacalcic®

Sestava: Zdravilna učinkovina je sintezni lososov kalcitonin.
Indikacije: Osteoporoza, bolečine v kosteh povezane z osteolizo in/ali osteopenijo, Pagetova kostna bolezen, hiperkalcemična kriza, nevrodistrofične motnje (Sudeckova bolezen). Glej celotno navodilo.

Odmerjanje: Odvisno od indikacije, do 400 i. e. na dan v dveh odmerkih po 200 i. e. Glej celotno navodilo.

Kontraindikacije: Preobčutljivost za Miacalcic.

Interakcije: Ne poročajo o medsebojnem delovanju zdravil.

Previdnostni ukrepi: Nosečnost in dojenje. Uporaba pri otrocih je omejena na nekaj tednov. Intranasalna absorpcija kalcitonina se

pri rinitisu lahko poveča.

Stranski učinki: Slabost in včasih bruhanje, občutek vročine v glavi z rahlo rdečico obraza, poliurija, izpuščaj. V redkih primerih se lahko pojavijo preobčutljivostne reakcije v obliki generalizirane kožne reakcije. Glej celotno navodilo.

Način izdajanja: Samo na zdravniški recept.

Oprema, odločba: Zloženka s stekleničko z nosnikom. V steklenički je 2 ml raztopine nosnega pršila Miacalcic 200 i. e.; številka odločbe 512/B-460/98 z dne 4. 1. 1999.

Izdelovalec: NOVARTIS PHARMA S.A., Huningue, Francija za NOVARTIS PHARMA AG, Basel, Švica.

Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom:

NOVARTIS PHARMA SERVICES INC., Podružnica v Sloveniji, Dunajska 22, 1511 Ljubljana.

Literatura: 1. Stock JL, Avioli LV, Baylink DJ, et al. Three-Year Interim Results of the PROOF Study. Presented at ASBMR 19th Annual Meeting; sept. 1997; Cincinnati, OH. Abstract.

 **NOVARTIS**



Adriatic®
zavarovalna družba d.d.

ZAVAROVANJE ZDRAVIL

Prihranite denar za zdravila!

Vse o pogojih zavarovanja na brezplačni številki:



CENTRALA

Ljubljanska 3a
6503 KOPER
telefon: 066/ 443-100
fax: 066/ 443-303

PE KOPER

Ljubljanska 3a
6503 KOPER
telefon: 066/ 443-100
fax: 066/ 443-482

PE LJUBLJANA

Dunajska 63
1000 LJUBLJANA
telefon: 061/ 30-92-101
fax: 061/ 30-92-222

PE MARIBOR

Jadranska 21
2000 MARIBOR
telefon: 062/ 301-511
fax: 062/ 301-890

PE MURSKA SOBOTA

Ulica arhitekta Novaka 13
9000 MURSKA SOBOTA
telefon: 069/ 32-133
fax: 069/ 32-135

PE NOVA GORICA

Turnova 5
5000 NOVA GORICA
telefon: 065/ 29-613
fax: 065/ 29-156

PE CELJE

Lava 7
3000 CELJE
telefon: 063/ 425-350
fax: 063/ 451-772

PE KRANJ

Kidričeva 2
4000 KRANJ
telefon: 064/ 211-686
fax: 064/ 227-072

PE POSTOJNA

Cankarjeva 3
6230 POSTOJNA
telefon: 067/ 23-783
fax: 067/ 22-370

PE NOVO MESTO

Novi trg 1
8000 NOVO MESTO
telefon: 068/373-06-21
fax: 068/ 322-762



LEKOKLAR[®]

Lekov klaritromicin

14 tablet po 250 mg
14 tablet po 500 mg

Dobra novica za
zdravnika in bolnika.
Konec počitnic
za bakterije!



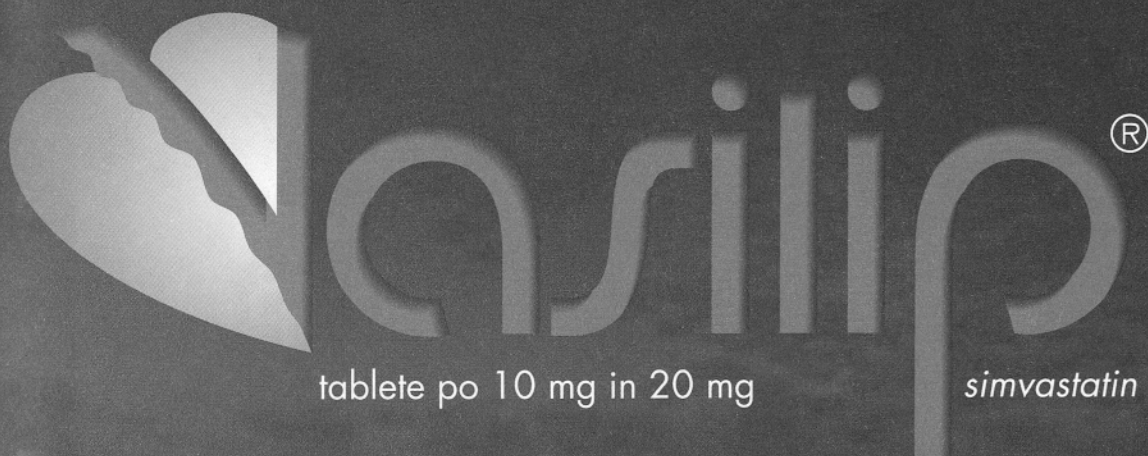
Lek, tovarna farmacevtskih
in kemičnih izdelkov, d.d.

1526 Ljubljana
Slovenija



POKROVITELJ
OLIMPIJSKE
REPREZENTANCE

Podrobnejša navodila o zdravlilu lahko dobite pri proizvajalcu.



Ciljne vrednosti krvnih maščob:¹

- ♥ skupni holesterol pod 5 mmol/l
- ♥ holesterol LDL pod 3 mmol/l
- ♥ holesterol HDL nad 1 mmol/l
- ♥ trigliceridi pod 2 mmol/l

Skrajšano navodilo

Indikacije

- ♥ koronarna bolezen srca
- ♥ primarna hiperholesterolemija tipa IIa in IIb

Odmerjanje

začetni odmerek	10 mg
največji odmerek*	40 mg

* Za bolnike s presajenim organom, ki jemljejo ciklosporin, je 10-miligramski odmerek relativno varen, povečevanje odmerka pa odsvetujemo.

Kontraindikacije:

Preobčutljivost za katerikoli sestavni del zdravila, aktivno jetrno obolenje ali trajna povečana aktivnost serumskih transaminaz nejasnega vzroka, nosečnost in obdobje dojenja, porfirija. *Previdnostni ukrepi in opozorila:* Če se koncentracije jetrnih transaminaz povečajo do vrednosti, ki so več kot trikrat večje od normalnih vrednosti, je treba zdravljenje prekiniti. Lahko pride do povečanja aktivnosti mišičnega encima kreatin fosfokinaze, ki je večinoma klinično neopazno, v redkih primerih pa se lahko razvije mioopatija. To se kaže kot izrazito povečanje omenjenega encima nad desetkratno normalno vrednost in/ali kot bolečina, utrujenost in šibkost mišic. V najhujših primerih se lahko razvije rhabdomioza, ki lahko vodi v akutno ledvično odpoved. Ograjenost zaradi mioopatije je večja pri bolnikih, ki poleg simvastatina jemljejo zdravila, ki povečujejo koncentracijo simvastatina v serumu ali stopnjujejo njegov učinek. Tveganje za nastanek mioopatije je povečano tudi pri bolnikih s hudo ledvično odpovedjo. Raziskave o varnosti in učinkovitosti uporabe simvastatina pri otrocih in mladostnikih do 18 let niso bile opravljene. *Interakcije:* Sočasno jemanje simvastatina s ciklosporinom, derivati fibrinske kisline, niasinom, eritromicinom, klaritromicinom, ketokonazolom, itraconazolom in nefazodonom ima lahko za posledico pojav mioopatije z rhabdomiozo in ledvično odpovedjo. Pri sočasnem jemanju simvastatina in ritonavira se lahko poveča koncentracija simvastatina v serumu. Sočasno jemanje simvastatina z varfarinom lahko poveča učinek slednjega na strjevanje krvi, s čimer se poveča tveganje krvavitve. Pri bolnikih, ki sočasno jemljejo simvastatin in digoksin, lahko pride do povečanih vrednosti digoksina v serumu, zato je treba te bolnike ustrezno nadzorovati. *Stranski učinki:* Večina bolnikov simvastatin dobro prenaša. Stranski učinki so večinoma blagi in prehodni. Lahko se pojavijo zaprtost, slabost, flatulenca, dispepsija, bolečina v trebuhu, driska, bruhanje, glavobol, motnje spanja in povečane koncentracije jetrnih encimov, redkeje pa omotica, utrujenost, šibkost mišic, srbež in čezmerno izpadanje las. Ponemben, a zelo redek sklop stranskih učinkov simvastatina predstavljajo težave z mišicami (mioopatija), ki se kažejo kot mišične bolečine, utrujenost mišic in povečane vrednosti kreatin fosfokinaze v krvi (mišične frakcije). Izredno redko se razvije rhabdomioza, ki lahko vodi celo v ledvično odpoved. Če se pojavijo težave z mišicami, je treba o tem takoj obvestiti zdravnika. *Oprema:* 20 tablet po 10 mg in 20 mg. 5/99.



Podrobnejše informacije
so na voljo pri proizvajalcu.



Krka, d. d., Novo mesto
Šmarješka cesta 6
8501 Novo mesto



Tradicija
izkušnje
razvoj
izboljšave
proizvodnja
prodaja
zdravila za ljudi in živali
humano poslanstvo
izobraževanje

Partner za zdravje



MSD

MERCK SHARP & DOHME IDEA INC.*

Dunajska cesta 58, 1000 Ljubljana

tel: 061 175 52 01

faks: 061 175 52 49, 175 52 50

*Družba povezana z MERCK & CO., INC., Whitehouse Station, N.J., ZDA



ODLIČNO ZDRAVLJENJE HIPERTENZIJE ZA DALJŠE ŽIVLJENJE

IZKORISTITE

VSE
PREDNOSTI,
KI JIH PRINAŠA
NOVO ZDRAVILO
DIOVAN®

DIOVAN je močan, visokoselektiven antagonist
angiotenzina II, ki uravnava krvni tlak 24 ur,
z odlično prenosljivostjo, saj ga bolniki
prenašajo enako dobro kot placebo.



korak bliže k idealnemu antihipertenzivu

Oblika: Zdravilna učinkovina je valsartan. 1 trda kapsula vsebuje 80 mg ali 160 mg valsartana. **Indikacije:** Zdravljenje arterijske hipertenzije. **Odmerjanje:** Priporočeni odmerek Diovana je 80 mg enkrat na dan. Antihipertenzivni učinek nastopi v dveh tednih, največji učinek pa po štirih tednih. Pri bolnikih, pri katerih ni zadostnega učinka na krvni tlak, lahko dnevni odmerek povečamo na 160 mg ali pa dodamo drug antihipertenziv (npr. diuretik). **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za valsartan ali katerokoli sestavino Diovana, nosečnost. **Stranski učinki:** V kliničnih raziskavah, v katerih so Diovan primerjali s placebom, je bila skupna pogostost stranskih učinkov primerljiva s pogostostjo pri placebu. Opažena pogostost kašlja je bila pomembno manjša kot pri bolnikih, ki so se zdravili z zaviralci angiotenzinske konverzije in je bila primerljiva s pogostostjo pri placebu. **Previdnostni ukrepi:** Možnost hipotenzije pri bolnikih, ki imajo hiponatremijo in/ali so hipovolemični; zožitev ledvičnih arterij; zmanjšano ledvično delovanje (kreatininski očistek manjši od 10 ml/min); jetna okvara. Nosečnost in dojenje. **Medsebojno delovanje zdravil:** Klinično pomembnega medsebojnega delovanja z drugimi zdravili niso ugotovili. Pri sočasni jemanju diuretikov, ki ohranjajo kalij in kalijevih dodatkov, lahko pride do povečanja koncentracije kalija v serumu. **Vpliv na psihofizične sposobnosti:** Kot velja za druga antihipertenzivna zdravila je tudi med jemanjem Diovana potrebna previdnost pri vožnji motornih vozil in pri upravljanju strojev. **Način izdajanja:** Samo na zdravniški recept. **Oprema, odločba:** Zloženska z 28 kapsulami po 80 mg ali 160 mg (2 x 14 kapsul v pretisnem omotu); odločbi z dne 4. 1. 1999. **Izdovalec:** NOVARTIS PHARMA AG, Basel, Švica. **Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom:** NOVARTIS PHARMA SERVICES INC., Podružnica v Sloveniji, Dunajska 22, 1511 Ljubljana.

 NOVARTIS

IRUMED®†
(lizinopril, MSD)



† zaščiteno ime Belupo

PRED UPORABO NATANČNO
PREBERITE NAVODILO.
O TVEGANJU IN STRANSKIH
TČINKIH SE POSVETUJTE Z
ZDRAVNIKOM ALI FARMACEVTOM.

0400-PNV-99-(BEL.SL)-4-EX

BELUPO d.o.o.
Dvorzakova 6
1000 Ljubljana
tel.: +386 / 61 / 132 41 04
faks: +386 / 61 / 132 63 11

IRUMED
(lizinopril, MSD)

lažje do vrha

GlaxoWellcome

✓ skrbi za človeka in naravo

Glaxo Wellcome Export Ltd.
Cesta v Mestni log 55, 1000 Ljubljana
Slovenija

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

Zdravniški vestnik (ZV) je glasilo Slovenskega zdravniškega društva. Naslov uredništva je: Zdravniški vestnik, Komenskega 4, 1000 Ljubljana, telefon (061) 317 868, telefaks (061) 301 955.

Splošna načela

ZV objavlja le izvirna, še ne objavljena 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 sodelovalo pri urejanju teksta za objavo ter mu pošiljalo prošnje za odtis.

Če prispevek obravnava raziskave na ljudeh, mora biti iz besedila razvidno, da so bile raziskave opravljene skladno z načeli Kodeksa medicinske deontologije in Deklaracije iz Helsinkov/Tokija.

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

Prispevki bodo razvrščeni v eno od naslednjih rubrik: uvodnik, raziskovalni prispevek, strokovni prispevek, pregledni članek, kakovost v zdravstvu, pisma 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, ključne besede, tabele in podpisi k tabelam in slikam prevedeni v angleščino.

Članki so lahko dolgi največ 12 tipkanih strani (po 30 vrstic) s tabelami in literaturo vred.

V besedilu se uporabljajo le enote SI in tiste, ki jih dovoljuje Zakon o merskih enotah in merilih.

Spremní dopis

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

Tipkopis

Prispevki morajo biti poslani v trojniku, tipkani na eni strani boljšega belega pisarniškega papirja formata A4. Med vrsticami mora biti dvojni razmik (po 30 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 v enem izpisu in na 5.25 ali 3.5 inčni disketi, formatirani na 360 KB ali 1,2 MB, kar bo olajšalo uredniški postopek. Ko je le-ta končan, uredništvo disketo vrne. Besedila naj bodo napisana z urejevalnikom Word for Windows 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

akademiškim 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 imenom in priimkom daljši od 90 znakov, je potrebno navesti še skrajšano verzijo naslova za tekoči naslov. Na naslovni strani naj bo navedenih tudi po pet ključnih besed (uporabljene naj bodo besede, ki natančneje opredeljujejo vsebino prispevka in ne nastopajo v naslovu; v slovenščini in angleščini) ter ev. financerji raziskave (s številko pogodbe).

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

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

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

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

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

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

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 (81 mm) ali kvečjemu na dva stolpca (168 mm). Morebitno besedilo na sliki mora biti izpisano z laserskim tiskalnikom. 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 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 in 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 citirani članek napisalo 6 avtorjev ali manj, jih navedite vse; pri 7 ali več je treba navesti prve tri in dodati et al. Če pisec prispevka v originalni objavi ni imenovan, se namesto njega napiše Anon. Naslove revij, iz katerih je navedek, je treba krajšati kot 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, 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. Proceeding of 4th international meeting of Danubian league against thrombosis and haemorrhagic diseases. Istanbul: Goetzlem Printing and Publishing Co, 1985: 11–5.

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

Prispevke oddajte ali pošljite le na naslov: Uredništvo Zdravniškega vestnika, Komenskega 4, 1000 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 napake. Spreminjanja besedila ob tej priliki uredništvo ne bo upoštevalo. Korektore je treba vrniti v treh dneh, sicer uredništvo meni, da avtor nima pripomb.

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

Dovoljenje za ponatis slik, objavljenih v ZV, je treba zaprositi na Uredništvo Zdravniškega vestnika, Komenskega 4, 1000 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, naj bi uredništvo poleg njega prislo za oceno prispevka še enega recenzenta (multidisciplinarna ali mejna tema), naj to navede v svoji oceni in predlaga ustreznega strokovnjaka.

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

Če recenzent meni, da delo ni vredno objave v ZV, prosimo, da navede vse razloge, zaradi katerih delo zasluži negativno oceno. Negativno ocenjen članek po ustaljenem postopku skupaj z recenzijo (seveda anonimno) uredništvo pošlje še enemu recenzentu, kar se ne sme razumeti kot izraz nezaupanja prvemu recenzentu. Prispevke pošiljajo tudi mladi avtorji, ki žele svoja zapažanja in izdelke prvič objaviti v ZV; tem 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 bo ugotovil, če je avtor upošteval navodila sodelavcem, ki so objavljena v vsaki številki ZV, in da bo preveril, če so podane trditve in misli verodostojne. Recenzent mora oceniti metodologijo in dokumentacijo ter opozoriti uredništvo na ev. pomanjkljivosti, posebej še v rezultatih.

Ni potrebno, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem in korigiranjem, čeprav ni napak, če opozori na take pomanjkljivosti. Posebej Vas prosimo, da ste pozorni na to, ali je naslov dela jase in koncizen ter 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 ali 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 ASSOCIATION, LJUBLJANA, YEAR 68, October 1999, Page 539-630, Number 10

136TH GENERAL ASSEMBLY OF THE SLOVENE MEDICAL ASSOCIATION Nova Gorica, October 22-23, 1999

PUBLIC AND PRIVATE IN HEALTH SERVICE

- View of future health service development in Slovenija**, J. Zajec 539
- Health service development trends in the countries-candidates to associate with the European Union in view of the EU directives (Slovenia)**, Z. M. Arnež 541
- Relation between private and public - Conditions and perspectives**, M. Bitenc 543
- Private health service in northern Primorje**, H. Bernhardt, B. Roš 545

CONTENTS

RESEARCH ARTICLES

- Multimodal compound analgesia after the laparoscopic cholecystectomy**,
M. Cesar-Komar, N. Vodopija, M. Zajec 549

PROFESSIONAL ARTICLES

- Methadone stabilization dosages and retention in treatment in heroin addicts with axis I psychiatric comorbidity for mood disorders**, M. Lovrečič, S. Canoniero, M. Aglietti, I. Marenmani 555
- Holoprosencephaly - A case report**, D. Paro-Panjan, D. Neubauer, N. Pečar-Meglič, B. Bratanič, M. Novosel-Sever 559
- Congenital coronary artery fistuale**, A. Cijan 563

QUALITY OF HEALTH SERVICE

- Percutaneous transluminal coronary angioplasty as seen in the context of evidence based medicine**, B. Pust 569

LETTERS TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS