



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 63, MAREC 1994, str. 125-196, ŠT. 3

VSEBINA

UVODNIK

- Vzpon ali zaton higiene pri nas, Ob 40-letnici Inštituta za higieno
Medicinske fakultete v Ljubljani,** D. Pokorn 125

RAZISKOVALNI PRISPEVKI

- Nosečnost in porod enojčkov po postopku IVF-ET,** B. Lovšin, T. Tomaževič,
Ž. Novak-Antolič, H. Meden-Vrtovec, A. Štolfa, T. Bručan-Talan 129

- Študija učinkovitosti dodiplomskega pouka anesteziologije,**
M. Pečan, V. Smrkolj, A. Manohin, V. Rebec-Pavlič 133

STROKOVNI PRISPEVKI

- Toksični fitoplankton - možen vir etiološko neopredeljenih črevesnih okužb,**
A. Malej, P. Mozetič, Alenka Malej 139

- Varice pri nosečnicah,** B. Mlačak 145

- Astma,** S. Šuškovič 149

- Multivariantna analiza vzrokov napotitev iz splošnih ambulant,** I. Švab 155

PREGLEDNI PRISPEVKI

- Hranitvena alergija in intoleranca,** M. Terčelj-Zorman, A. Rus, J. T. Furlan 163

- Perkutana balonska valvuloplastika - alternativa operativni komisurotomiji,**
A. Cijan 169

RAZGLEDI

- Jubileji** 175
Nekrologi 175
Delo SZD 178
Strokovna srečanja 183
Zdravniški vestnik pred 60 leti 186
Podlistek 186
Zdravniki v prostem času 185
Nove knjige 187
V tej številki so sodelovali 162
Oglasi 128, 132, 138, 144, 154, 168, 174, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195
Navodila sodelavcem 196

Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, T. Žgur

Tehnični urednik/Technical Editor:

P. Dolenc

Uredniški svet/Editorial Council:

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

Uredniški odbor/Editorial Board:

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

Tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanovič

Lektor za slovenščino/Reader for Slovenian:

T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

J. Gubenšek

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

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

Tekoči račun pri/Current Account with

LB 50101-678-48620

UDK 61+614.258(061.1)=863=20

CODEN: ZDVEEB ISSN 1318-0347

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:

Biological Abstracts, Biomedicina Slovenica,
BIOSIS, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino,
ki znaša 5.200,00 SIT, za študente 1.300,00 SIT, za ustanove 40.000,00 SIT,
za tujino 300 US \$, posamezna številka stane 1.000,00 SIT.

To število sta financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo,

Ministrstvo za zdravstvo

- Tisk Tiskarna "Jože Moškrič", Ljubljana - Naklada 4250 izvodov

The Journal appears regularly every month.

Yearly subscription for members of the Slovene Medical Society
is included in the membership amounting to 5.200,00 SIT,
for students 1.300,00 SIT, for institutions 40.000,00 SIT, for foreign
countries 300 US \$; single number costs 1.000,00 SIT.

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

- Printed by Tiskarna "Jože Moškrič", Ljubljana - Printed in 4250 copies

Uvodnik/Leading article

VZPON ALI ZATON HIGIENE PRI NAS

Ob 40-letnici Inštituta za higieno Medicinske fakultete v Ljubljani

Dražigost Pokorn

Higiena je dobila priznanje kot samostojna medicinska panoga v zadnji četrtini prejšnjega stoletja s svojim raziskovalnim delom o varovanju in izboljšanju zdravja. V zvezi s tem je začela načrtno odkrivati tudi vlogo socialnega okolja. Posamezna spoznanja o pomembnosti tega okolja pa so bila znana že prej.

Dejavnost, ki se ukvarja z vplivi okolja v okviru higiene, preventivne medicine, javnega zdravstva, se je vse bolj osamosvajala in dobila ime »socialna higiena«, pa tudi »socialna medicina«. V naših krajih je ostala kar »higiena« z zelo širokim pomenom, čeprav je akademik prof. dr. Andrija Štampar – njen začetnik pri nas – to delo imenoval socialno medicino, kasneje pa je to misel gojil tudi oče naše slovenske socialne medicine prof. dr. Bojan Pirc.

Prof. Pirc je higieno definiral kot znanost o varovanju zdravja glede na človekovo življenje, delo in okolje.

Nauk o zdravju

Na zdravje človeka vpliva vrsta dejavnikov, ki jih povzroča medsebojno delovanje človeka z njegovim naravnim, bivalnim in delovnim okoljem. Medsebojna odvisnost zdravja in okolja človeka je tako zapletena, da zahteva obsežen interdisciplinarni pristop. Cilj raziskovanja je poiskati racionalne poti za čuvanje in izboljšanje zdravja ljudi.

Lahko trdimo, da sta ideji o preprečevanju bolezni in o zdravju kot naši največji dobrini enake starosti kot sam človeški rod.

O higieni (beseda je grškega izvora in pomeni nauk o zdravju) je govoril že oče medicine Hipokrat, 460–370 let pred našim štetjem. Že v Hipokratovih časih je bila higiena nauk o varovanju in krepitvi človekovega zdravja. Že takrat je proučevala vse, kar vpliva na človekovo zdravje, bodisi v dobrem, pozitivnem, bodisi v slabem, negativnem smislu.

Higiena kot veja takratne medicine je v svojih naporih varovanja in napredka ljudskega zdravja vključevala v predmet svojih raziskav le dejavnike naravnega okolja. Šele kasneje je prešla tudi na obravnavanje dejavnikov socialnoekonomskega okolja, pa tistih, ki izhajajo iz človekove osebnostne-psihične odzivnosti, to je na dejavnike vse bolj zapletenega načina življenja v današnji, porabniško usmerjeni družbi. Prvotno je higiena poznala le štiri področja: osebno, javno (komunalno), generativno in socialno higieno. Danes je teh področij znatno več.

Splošni znanstveni napredek je vse bolj dvigal ugled higiene, ki je postajala priznana veda s specifično vsebino in raziskovalnimi metodami. Prenehala je obstajati kot empirična veda in je postala posebna znanstvena stroka v zgradbi medicine, predvsem z nastopom Maksa V. Pettenkoferja, ki je leta 1865 prvi zasedel stolo za eksperimentalno higieno v Münchnu.

Socialna higiena, ki je kasneje prerasla v socialno medicino, je bila prvotno le del higiene. Prvo opredelitev socialne medicine je leta 1904 definiral njen ustanovitelj Alfred Grohmann: »Je veda o ukrepih, katerih namen je v tem, da dosežejo higiensko kulturo nad vsemi posamezniki in njihovimi potomci, ki žive v družbeni skupnosti.« Da današnja socialna medicina izhaja iz higiene, kaže tudi njena opredelitev iz leta 1940, ki jo je oblikoval Rus dr. Bathis: »Ena med vejami higiene, ki ima za svoj predmet vprašanje o zdravstvenem stanju prebivalcev in o organizaciji zdravstvenega varstva.«

Obseg socialne medicine kot znanosti se po mnenju posameznih avtorjev razlikuje glede na različne družbene ureditve in okoliščine, v katerih je nastajala in se razvijala, ter glede na stopnjo razvitosti zdravstvenega varstva med prebivalstvom. Prav zaradi tega nas tudi ne sme presenetiti izraz »javno zdravstvo« (Public Health). Vse, kar ni zasebno, je javno zdravstvo in zajema različna področja zdravstvenega varstva. Ta naziv ne pove dosti o vsebini dela, zato ga nekateri odklanjajo.

(Centralni) Zavod za zdravje

V začetku leta 1923 je bil ustanovljen higienski zavod v Ljubljani ali po domače povedano »Zavod za zdravje«. Preiskoval je pitno vodo, mleko in vodil asanacije na terenu. Od prejšnjega zdravstvenega odseka (v državni upravi) je prevzel tudi higiensko propagando in prosvetno delo z izdajanjem brošur ter predavanj. Ustanovljena sta bila stalna bakteriološka postaja v Celju in zavod za zdravstveno zaščito mater in otrok v Ljubljani (1923). V naslednjih letih sta pričela z delom šolska poliklinika v Ljubljani (1924) in ambulatorij za kožne in venerične bolezni v Ljubljani (1925). Zavod je ustanavljal nove higienske ustanove, zdravstvene domove (prvega v Lukovici – leta 1926), posvetovalnice, dispanzerje, poliklinike, laboratorije.

Leta 1930 je bila tudi izdana odredba o organizaciji na področju higienskih zavodov in zdravstvenih domov.

Leta 1951 je vlada Ljudske republike Slovenije ustanovila Centralni higienski zavod (CHZ), tudi po domače povedano »Centralni zavod za zdravje«, pri Svetu za ljudsko zdravstvo in socialno skrbstvo kot najvišjo strokovno ustanovo za higiensko službo v Ljudski republiki Sloveniji.

Iz delavcev in sredstev higienskega zavoda sta nastala bakteriološko-epidemiološki oddelek, kjer je bil dejansko zasnovan tudi kasnejši Inštitut za higieno Medicinske fakultete.

Po sprejetju zakona o zdravstvenem varstvu in organizaciji zdravstvene službe v SRS iz leta 1961 se je CHZ organiziral v Zavod SR Slovenije za zdravstveno varstvo, ki je kasneje prerasel v Univerzitetni zavod za zdravstveno varstvo, in se je pred kratkim poimenoval v Inštitut za varovanje zdravja (drugače povedano: Inštitut za higieno).

Zdravstveno varstvo

Človek je nedeljiv, zato mora tudi skrb za njegovo zdravje izhajati iz enotnih vidikov, ki upoštevajo vse, kar je potrebno za ohranitev, ponovno pridobitev in napredek zdravja prebivalstva. Zdravstveno varstvo ne more biti ločeno v kurativno in preventivno zdravstveno službo. To sta le dve obliki dela, ki ne moreta delovati neodvisno ena od druge. Lahko bi rekli, da je zdravstveno varstvo politika v oblikovanju vsebine, obsega, metod dela in organizacijskih prijemov, prek katerih ohranjamo, vračamo in izboljšujemo zdravje.

Primarno zdravstveno varstvo vključuje predvsem splošno preventivo za utrjevanje, izboljšanje zdravja in preprečevanje bolezni ter specifično preventivo za aktivno preprečevanje negativnih

dejavnikov v človekovem okolju. To naj bi bila tudi ena osnovnih nalog Inštituta za varovanje zdravja.

Preventivna medicina

Medicina je znanost in praksa v zvezi z zdravjem. Preventivna medicina zajema vse, s čimer izboljšujemo zdravje in preprečujemo bolezni pri posamezniku v raznovrstnih skupinah prebivalstva in med ljudmi sploh. Napačno pa je istovetiti preventivno medicino s področjem različnih vej higijene, ki dajo le podlago za preprečevalno dejavnost. Preventivna medicina je vsebinsko širša in je vgrajena v vsa področja medicine. Higiena je le njen osnovni temelj.

Higiena z varstvom okolja

Higiena je medicinska veja. Je znanost in praksa s svojo vsebino. Razlikuje medsebojne vplive dejavnikov naravnega okolja na biološko vrednost in zdravje prebivalstva, na telesni, psihični in socialni razvoj človeka ter njegovo produktivnost s tem, da oblikuje vodila za zdravo življenje. Osnovna teoretična izhodišča išče v fiziologiji in patofiziologiji oziroma biologiji človeka. Daje predloge za saniranje nezdravega okolja in odpravljanje nezdravih navad. S tem zagotavlja zdrave, higienske in človeške pogoje življenja.

Higiena obravnava človeka v okviru njegovega notranjega in zunanjega okolja. Reaktivnost človeka in njegov odziv na zunanje pogoje življenja glede na človekovo zdravje je osnovni smoter higijene. Danes je higiena že prerasla v medicinsko ekologijo. Medicinska ekologija pa je tisti del ekologije, ki proučuje medsebojne vplive ožjega in širšega človekovega okolja na zdravje oziroma bolezni človeka. Pravzaprav med higieno in medicinsko ekologijo ni bistvene razlike. Pojavila se je vzporedno z varstvom okolja in jo bolj zanima okolje kot tako kot pa reakcija človeka na to okolje.

Poznavanje odnosa med vzrokom in posledico je pogoj »ukrepanja« oziroma preventivne medicine. Vključuje vse tiste dejavnike »varstva okolja«, ki ohranjajo in krepijo človekovo zdravje ter preprečujejo nastanek bolezni (primarna preventiva) ali hitro ozdravijo bolnika (sekundarna preventiva) ali usposobijo človeka za novo življenje (terciarna preventiva).

Najvažnejši praktični problem varstva prebivalstva pred neugodnimi vplivi okolja je v določanju stopnje izpostavljenosti okolju, ki je še sprejemljiva ob zanemarljivem ali zelo majhnem zdravstvenem tveganju. Zgornje meje izpostavljenosti opredeljuje družba v predpisih z zdravstvenimi standardi. Določiti bi jih morali tako, da bi preprečevali kakršenkoli nezaželen učinek izpostavljenosti na zdravje posameznika, populacije ali potomstva.

Varstvo okolja poudarja okolje (tudi krajinarsko načrtovanje), ne pa vedno tudi človeka. Higiena upošteva človeka in njegovo notranje okolje, ki je pomembno pri odzivnosti človeka na njegovo okolje.

Z varstvom človeka v njegovem naravnem, bivalnem in delovnem okolju se ukvarjajo – žal vse premalo, ne dovolj usklajeno ter povezano – strokovnjaki in raziskovalci nezdravstvenih in zdravstvenih ustanov. Higiena kot medicinska in izrazito interdisciplinarna znanost se je povsem izmuznila iz rok zdravnikom in prešla v ustanove, kjer so doma le kemija, fizika itd. Higiena je izrazito interdisciplinarna stroka, ki upošteva zlasti zdravstveno-ekološke vidike. Z razvojem drugih strok (kemije, fizike, biologije itd.) in zaradi pomanjkanja higienikov je skoraj vsa ekološka tematika že skoraj prešla v roke nezdravstvenih strokovnjakov. Zdrave ljudi se kaže kot posledica preteklih in sedanjih stanj in dogajanj. V večini primerov lahko vplivamo le na dogajanja, ki izhajajo iz vplivov zunanjega okolja, nekoliko manj pa na reaktivnost človeka (notranje okolje).

Ljudje se odzivajo na prevelike obremenitve okolja z utrujenostjo, slabim počutjem, fluktuacijo, boleznimi, invalidnostjo in celo

smrtjo. Vsak od teh pojavov zmanjšuje osebno in družbeno produktivnost, narodni dohodek in življenjsko raven.

Raziskovalne metode dela v medicinski ekologiji – higieni so zlasti statistično-epidemiološke. Praktični pomen pa ima zlasti zdravstvena vzgoja. Človek je z okoljem povezan v nedeljivo celoto. Že najmanjše spremembe v ožjem ali širšem okolju se pokažejo na človekovem počutju, zdravju in delovni storilnosti. Higiena je osnovni strokovni in znanstveni temelj pri ohranjanju in krepitevi človekovega zdravja oziroma tudi temelj preventivne medicine.

Inštitut za higieno pri Medicinski fakulteti

Inštitut za higieno pri Medicinski fakulteti v Ljubljani je bil ustanovljen 1953. leta. Tega leta pa je bil habilitiran tudi učitelj za higieno dr. Ivan Bonač (1906–1988), ki je bil še imenovan za prvega predstojnika Inštituta za higieno. Dr. Bonač je že leta 1937 postal specialist higijene. Leta 1945 je bil imenovan za asistenta na Mikrobiološkem inštitutu in bil istočasno vodja protiepidemske službe pri Republiškem sanitarnem inšpektoratu.

Dr. Bonač ni bil prvi predavatelj higijene. Leta 1946 je začel predavati higieno na Medicinski fakulteti v Ljubljani akademik prof. dr. Andrija Štampar iz Zagreba.

Takratno delo inštituta je bilo usmerjeno predvsem v naslednja delovna področja: epidemiologijo, komunalno higieno, prehrano, proučevanje endemske strume, higieno dela, vprašanja hospitalizma in zlasti v »male asanacije« v gospodarskih organizacijah. Ker je bil prof. Bonač v tem obdobju redke strokovnjak za vprašanja higijene in varstvo okolja, je bila večina higienskih ekspertiz v Sloveniji povezana prav z njegovim vsakdanjim delom.

Največ svojega dela pa je prof. Bonač usmeril v pedagoško delo, ki ga pa seveda ne moremo povsem ločiti od njegovega strokovnega dela. Predaval je na srednjih, višjih in visokih šolah – fakultetah (sr. zdravstveni, višji medicinski šoli, biologiji, farmaciji, veterini, visoki šoli za telesno kulturo in seveda medicini). Njegovo pedagoško delo je bilo povezano tudi s prvimi povojnimi učbeniki higijene in socialne medicine. Napisal je prva skripta iz higijene in socialne medicine za študente.

Z ustanovitvijo inštituta za socialno medicino leta 1961 pa je del predmeta higijene s statistiko prešel na nov predmet – socialno medicino. Z ustanovitvijo inštituta za medicino dela leta 1965 pa je higiena izgubila še področje higijene dela, ki je prerasla v nov predmet »Medicino dela, prometa in športa«.

Prof. dr. Ivan Kastelic, priznan socialni medicinec in eden izmed utemeljiteljev organizacije sodobnega zdravstvenega dela v Sloveniji, je vnesel na Inštitut za higieno, socialno medicinsko misel oziroma je skušal vključiti higieno v širše okvire socialne medicine oziroma preventive.

Z upokojitvijo prof. Kastelica l. 1987 je mesto predstojnika Inštituta za higieno prevzel prof. dr. Dražigost Pokorn, zdravnik specialist za higieno.

Če je bila Bonačeva higiena naravnana predvsem na splošno higieno, Kastelčeva na socialno medicino, je (bila) Pokornova fiziološko, patofiziološko, zlasti na področjih higijene prehrane in osebne higijene (na dejavnike tveganja pri nastanku kroničnih bolezni).

Prvi učbenik higijene

Do leta 1986 so študenti medicine in stomatologije uporabljali osnovna jugoslovanska učbenika higijene, sprva sarajevsko Žarkovićevo higieno, kasneje pa beograjsko Savičevičevo higieno, poleg tega pa še Bonačev učbenik higijene in socialne medicine za višje medicinske sestre, ki je kasneje izšel tudi v popravljeni in dopolnjeni izdaji prof. dr. Ivana Kastelica.

Inštitut za higieno pa je imel med prvimi na Medicinski fakulteti že napisano skripto za vaje (Navodila za vaje), ki jih je napisal prvi asistent na inštitutu dr. Henrik Neubauer. Danes se inštitut za

higieno odlikuje s sodobnim učbenikom – »Navodila za vaje iz higiene«, ki ga je uredila asistentka inštituta dr. Nada Eržen. Prvo strokovno delo v obliki učbenika je napisal prof. Kastelic l. 1986 z naslovom: »Uveljavitev organizirane zdravstvene preventive in vpogled v značilnosti prebivalstva v R Sloveniji«. Učbenik imamo lahko za temeljno delo na področju socialne higiene in ima zlasti zelo dober uvodni del o zgodovini higiene in o načelih zdravstvenega varstva. Enako bi lahko trdili za drugo Kastelčevo delo, učbenik »Bivalno okolje in sodobno urbanistično planiranje«, v katerem prof. Kastelic zlasti dobro opisuje urbane bolezni. Obema učbenikoma so sledili še številni drugi, ki so zaokrožili celotno področje higiene: Kratek pregled higiene prehrane (D. Pokorn); Osebna higiena (D. Pokorn); Higiena v hudih naravnih in drugih nesrečah ter v vojni (S. Opačič); Medicinska meteorologija (M. Vida).

Raziskovalni in strokovni program Inštituta za higieno

Inštitut za higieno do leta 1984 praktično ni imel večjih lastnih raziskovalnih programov. Prvo večje raziskovalno delo so začeli leta 1984, ko se je inštitut s svojo raziskovalno skupino in področjem priključil Inštitutu za gerontologijo oziroma projektu prof. dr. Bojana Accetta – »Zdravstveno stanje starejših ljudi na področju Ljubljane«, s samostojno temo: Prehrana starejše popula-

cije na področju mesta Ljubljane. Zaključno poročilo o tem projektu je Inštitut za higieno izdal leta 1989 v obliki Zbornika člankov: Zbornik člankov o prehrani starejše populacije na področju mesta Ljubljane, v katerem je zbral 16 že objavljenih raziskovalnih člankov oziroma referatov v slovenščini, srbohrvaščini in angleščini. V letu 1991 pa je izdal še monografijo (končno poročilo) o drugi obsežnejši raziskavi na temo: Zdravstveno in prehrabeno stanje starejših prebivalcev v domovih za starejše občane v Ljubljani, v obsegu 303 strani. Nekateri zaključki iz te študije so bili prikazani tudi na 13. mednarodnem antropološkem kongresu v Mehiki avgusta l. 1993 in v petih člankih. Raziskavi sta dali inštitutu izhodišče za nadaljnje delo.

Danes potekata na inštitutu dve obsežnejši raziskavi: Kvaliteta maščob v dnevni prehrani Slovence, ki jo inštitut izvaja skupaj s tovarno olja v Slovenski Bistrici, in »Mikroelementi in kontaminanti v povprečni prehrani Slovence«, ki jo inštitut izvaja skupaj z Inštitutom Jožef Stefan. Od leta 1988 naprej pa Inštitut za higieno tudi organizira redne letne strokovne podiplomske seminarje za zdravnike in druge. Do sedaj smo takih seminarjev organizirali že sedem. V letu 1994 pa bodo ti seminarji prerasli v »Dneve bratov Pirc«.

Naše želje in upi v prihodnosti so razmeroma skromni: bodoče pedagoško, strokovno in znanstveno delo vidimo le v ustrezni povezavi z Inštitutom za varovanje zdravja R Slovenije, ki naj postane učna in znanstvena baza Inštituta za higieno Medicinske fakultete.

PREPROSTO • KRATKO • UČINKOVITO

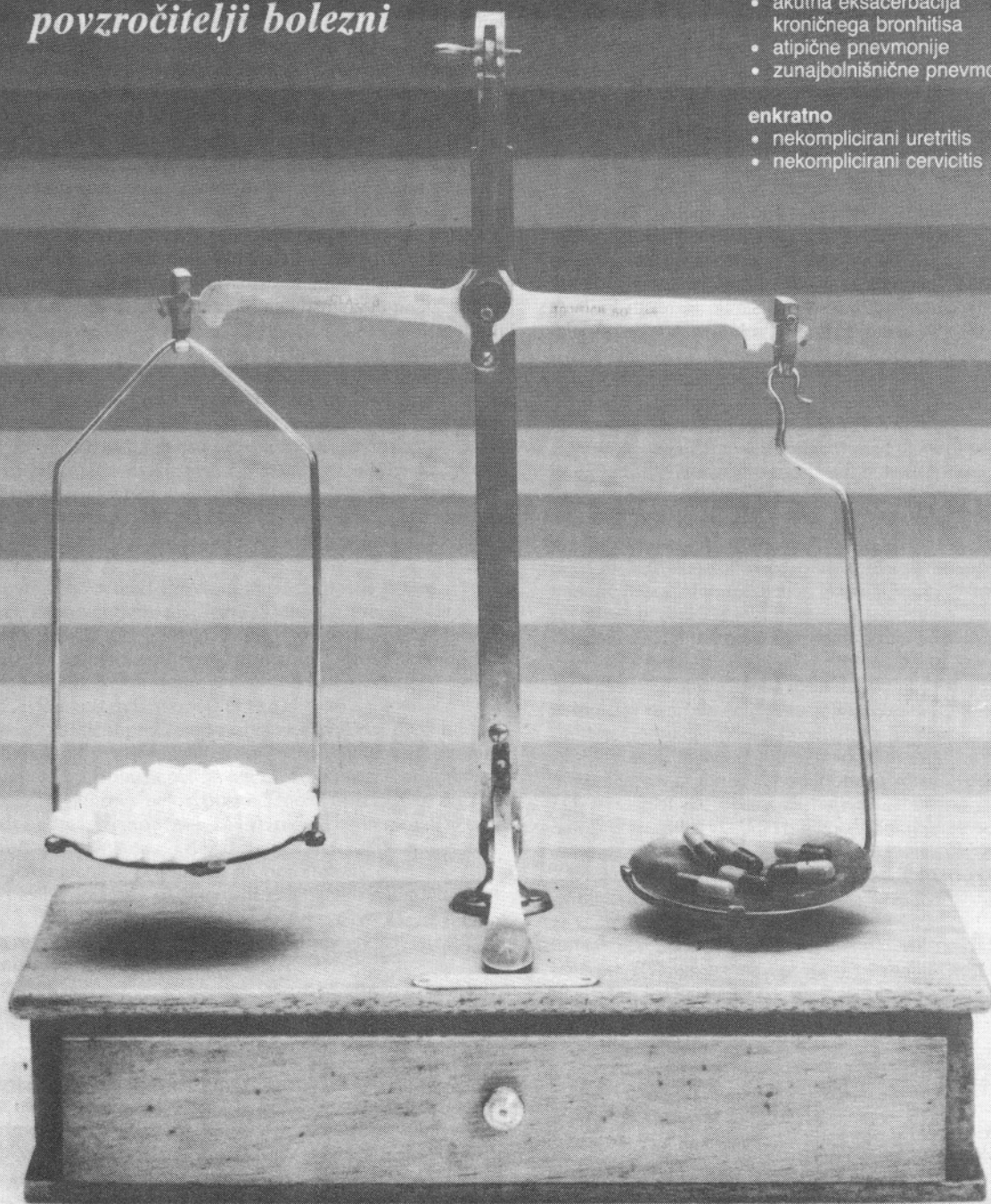
*Sumamed deluje
na mikroorganizme,
ki so najpogostejši
povzročitelji bolezni*

enkrat na dan 5 dni

- akutni faringitis/tonzilitis
- akutni otitis media
- akutni sinusitis
- akutni bronhitis
- akutna eksacerbacija
kroničnega bronhitisa
- atipične pnevmonije
- zunajbolnišnične pnevmonije

enkratno

- nekomplikirani uretritis
- nekomplikirani cervicitis



Sumamed®
azitromicin



PLIVA LJUBLJANA d.o.o.
Dunajska 51, Ljubljana

Research article/Raziskovalni prispevek

PREGNANCY AND BIRTH OF SINGLETONS AFTER IVF-ET

NOSEČNOST IN POROD ENOJČKOV PO POSTOPKU IVF-ET*

Boštjan Lovšin, Tomaž Tomaževič, Živa Novak-Antolič, Helena Meden-Vrtovec, Andreja Štolfa, Tanja Bručan-Talan

Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana, Šlajmerjeva 3, 61000 Ljubljana

Arrived 1993-07-09, accepted 1993-09-19, ZDRAV VESTN 1994; 63: 129–31

Key words: *in-vitro fertilization and embryo transfer; pregnancy; birth; singletons*

Abstract – Background. *In vitro fertilization and embryo transfer (IVF-ET) has become an effective, relatively simple and repeatable infertility treatment method since its first use fifteen years ago. Thus, an analysis of this present routine and successful work should be done.*

Methods. *Pregnancy and birth after IVF-ET procedure of singletons (more multiple pregnancies after IVF-ET can per se have adverse outcome) born in Slovenia from 1987 to 1991 were retrospectively analyzed. They were compared to singletons conceived spontaneously.*

Ključne besede: *zunajtelesna oploditev s prenosom zarodkov; nosečnost; porod; enojčki*

Results. *We have found no significant differences comparing bleeding in the 2nd and 3rd trimester of pregnancy, hypertensive disorders in pregnancy, intrauterine growth retardation, placental abruption, perinatal mortality rate, low birth weight newborns, congenital anomalies and Apgar score below 7. Following IVF-ET, we have found more bleedings in the 1st trimester, more premature deliveries, a higher caesarean section rate and a lower neonatal morbidity rate.*

Conclusions. *We have found little difference in the pregnancy outcome between IVF-ET and spontaneously conceived singleton pregnancies.*

Background

Fifteen years have passed since the birth of Louise Brown in the United Kingdom as the result of the first successful in vitro fertilization (1, 2). In the ten years' activity of the in vitro fertilization (IVF) centre at Department of Obstetrics and Gynaecology Ljubljana, from 1983 to 1992, the team was constantly improving the work and achieved a 16% clinical pregnancy rate per oocyte retrieval cycle (21.6% per embryo transfer) in 1991 (Tab. 1, Fig. 1). IVF-ET has become an effective, safe, relatively simple and repeatable infertility treatment method (3–8). IVF pregnancies represent a special perinatologic problem because of the rising number of these pregnancies, specific group of pregnant women (older primiparae) and specific consequences of IVF-ET (embryo transfer) procedure (multiple pregnancies). The aim of our research was to analyze the differences in pregnancy outcome of singletons between IVF-ET pregnancies and spontaneous conceptions and find new suggestions for care in IVF-ET pregnancy.

Methods

Pregnancy and birth were retrospectively analyzed for 142 IVF singletons born in Slovenia 1987 to 1991. To each of them the nearest spontaneously conceived peer was found with the aid of the Perinatal information system of Slovenia (PISS) matched by maternal age and primiparity. The mean maternal age in each

group was 33.8 years. All the women in the research delivered for the first time except twelve from the IVF group. The difference is not statistically significant. We used Chi-square test to compare non-parametric variables and Student's t-test for parametric variables.

Tab. 1. *The results of the Ljubljana IVF-centre from 1983 to 1991.*

Tab. 1. *Rezultati IVF centra Ljubljana 1983–1991.*

Year Leto	Retrievals Punkcije	Transfers Prenosi	Pregnancies Nosečnosti	Deliveries Porodi
1983	62	40	1	0
1984	110	85	10	8
1985	156	136	8	4
1986	166	129	10	6
1987	244	208	31	19
1988	442	367	52	32
1989	815	640	83	58
1990	1129	820	118	94
1991	1362	1004	217	156
1983–1991	4486	3429	530	377

Results

Data were obtained from the Labour and Delivery Record (Porodni zapisnik), which is an integral part of the PISS. Pregnancy and birth were compared between the IVF and control groups. The results are shown in table 2. More precise results on premature deliveries

* Raziskovalno poročilo je povzetek specialistične naloge Boštjana Lovšina, dr. med., opravljene na Katedri za ginekologijo in porodništvo Medicinske fakultete v Ljubljani. IVF – in vitro fertilization; ET – embryo transfer; PISS – Perinatal information system od Slovenia.

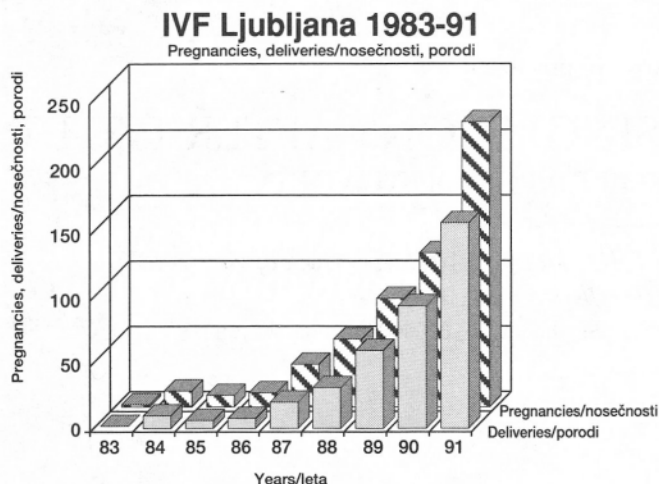


Fig. 1. The number of pregnancies and deliveries from 1983 to 1991.

Sl. 1. Število nosečnosti in porodov 1983–1991.

Tab. 2. Pregnancy outcome: comparison between IVF and control groups.

Tab. 2. Izid nosečnosti in poroda: primerjava IVF in kontrolne skupine.

Pregnancy outcome Izid nosečnosti in poroda	IVF n = 142	Controls Kontrole n = 142	IVF %	Controls Kontrole %	Stat. sign. Stat. znač.
Hypertensive disorders Hipertenzivna obolenja v nosečnosti	21	25	14.8	17.6	NS
Bleeding 1 st trimester Krvavitve v 1. trimesečju	25	10	17.6	7	p<0.01
Bleeding 2 nd trimester Krvavitve v 2. trimesečju	4	6	2.8	4.2	NS
Bleeding 3 rd trimester Krvavitve v 3. trimesečju	2	1	1.4	0.7	NS
IUGR Zastoj rasti ploda v maternici	2	3	1.4	2.1	NS
Premature deliveries Prezgodnji porodi	27	10	19	7	p<0.005
Placental abruption Abrupcije placente	3	1	2.1	0.7	NS
Caesarean sections Carski rezi	66	31	46.5	21.8	p<0.001
Perinatal mortality Perinatalna umrljivost	3	3	2.1	2.1	NS
Low birth weight infants Otroci z nizko porodno težo	20	12	14.1	8.5	NS
Congenital anomalies Prirojene anomalije	7	8	4.9	5.6	NS
Apgar 1 st min. =/<7 Apgar 1. min. =/<7	26	16	18.1	11.3	NS
Apgar 5 th min. =/<7 Apgar 5. min. =/<7	11	6	7.7	4.2	NS
Neonatal morbidity Obolevnost novorojenčkov	57	75	40.1	52.8	p<0.05

are shown in table 3. Unfortunately, the indications for the caesarean section cannot be obtained from the PISS. Because of significantly higher caesarean section rate in the IVF group, the frequency of nine possible pathological conditions leading to caesarean section are shown in table 4.

Tab. 3. Premature deliveries: comparison between IVF and control groups.

Tab. 3. Prezgodnji porodi: primerjava IVF in kontrolne skupine.

Premature deliveries Prezgodnji porodi	IVF n = 142	Controls Kontrole n = 142	IVF %	Controls Kontrole %	Stat. sign. Stat. znač.
<32 weeks <32 tednov	8	4	5.6	2.8	NS
>32, <37 weeks >32, <37 tednov	19	6	13.4	4.2	p<0.01
=/>37 weeks =/>37 tednov	115	132	81	93	p<0.005

Tab. 4. Possible pathological conditions leading to caesarean section.

Tab. 4. Možna patološka stanja kot indikacije za carski rez.

Pathological condition Patološko stanje	IVF n = 142	Controls Kontrole n = 142
Dysproportion Disproporca	2	6
Cervical dystocia Rigidni cerviks	4	1
Abnormality of the pelvis Nepravilnost medenice	1	2
Labour arrest Zastoj poroda	5	3
Fetal distress Fetalni distres	12	7
Meconium stained amniotic fluid Mekonijska plodovnica	20	31
Abnormal presentations Nepravilne lege/vstave	5	5
Previous caesarean section Predhodni carski rez	1	0
Previous operation of the uterus Predhodna operacija uterusa	2	2
Total Skupaj	52	57

Discussion

This study presents a comparison of pregnancy outcome for singletons between IVF-ET and spontaneously conceived pregnancies in Slovenia from 1987 to 1991. The groups were matched by age and parity of mothers. We have found no statistically significant differences (Tab. 2) comparing bleeding in the 2nd and 3rd trimester of pregnancy, hypertensive disorders, intrauterine growth retardation, placental abruption, perinatal mortality rate, low birth weight newborns, congenital anomalies and Apgar score below 7. Comparison of our data with other authors shows similar results (9–15).

Following IVF-ET, we have found more bleedings in the first trimester of pregnancy (p<0.01), more premature deliveries (p<0.005), a higher caesarean section rate (p<0.001) and a lower neonatal morbidity rate (p<0.05). Part of first trimester bleedings can be ascribed to spontaneously reduced multiple pregnancies into singleton pregnancies.

There were 19% of premature deliveries in the IVF group and 7% in the control group. Other authors have found 4 to 19% premature singleton deliveries after IVF-ET pregnancy, which was more (10, 12, 15) or less (14, 16) than in general population. We have found no statistically significant difference between the groups in the number of deliveries before 32 weeks of gestation (Tab. 3). Despite a higher number of premature deliveries in the IVF group,

the perinatal mortality rate was the same and neonatal morbidity was even lower, which indicates more intensive pregnancy care. The caesarean section rate in the IVF group was 46.5% compared to 21.8% in the control group. Other authors report 21 to 49% caesarean section rate after IVF singleton pregnancy (10, 13–16). We tried to find a reason for this phenomenon. Therefore, the possible pathological conditions leading to caesarean section are shown in Tab. 4. There are no significant differences between the IVF and the control groups. The higher caesarean section rate in the IVF group is not justified only with regard to the pathology of pregnancy, but the psychologically exceptional situation in IVF pregnancy should also be taken into account. It is interesting that the neonatal morbidity rate (as defined by PISS) was lower in the IVF group, which could be ascribed to a better pregnancy care. In the neonatal morbidity analysis, we have found a higher number of hyperbilirubinemias because of prematurity in the IVF group, and a higher number of unexplained hyperbilirubinemias and suspected infections in the control group. Raoul-Duval et al. (17) have compared the children after IVF pregnancy nine months after birth and have not found major developmental problems.

Conclusions

Pregnancies achieved following IVF-ET procedure, especially during the first years of programme's consolidation, were considered as high-risk pregnancies, mainly because of the striking influence that multiple pregnancies have on adverse outcomes of pregnancy. Since the goal of our treatment is to achieve a birth of a healthy child, these findings indicate that there is little difference in pregnancy outcome of singletons in comparison to spontaneously conceived pregnancies. The results in the multiple pregnancy group might be different.

Izvešček – Izhodišča. Oploditev v epruveti s prenosom zarodkov v maternico (IVF-ET) je postala v petnajstih letih uporabe učinkovita, relativno enostavna, predvsem pa ponovljiva metoda zdravljenja vseh oblik neplodnosti. Rutinska uporaba in uspešnost pa zahtevata analizo poteka in izida nosečnosti po tem postopku.

Metode. Retrospektivno smo analizirali potek in izid nosečnosti in poroda enojčkov (zaradi večjega števila večplodnih nosečnosti sicer skupini ne bi bili primerljivi) po IVF postopku, rojenimi v Sloveniji 1987–1991, v primerjavi z enojčki, spočetimi spontano.

References

1. WHO Scientific Group on Recent Advances in Medically Assisted Conception. Recent advances in medically assisted conception: report of a WHO scientific group. Geneva: World Health Organization, 1992: 2–10.
2. Steptoe PC, Edwards RG. Birth after the reimplantation of a human embryo. *Lancet* 1978; 2: 366–6.
3. Hren-Vencelj H, Meden-Vrtovec H, Tomažević T et al. Program oploditve izven telesa in prenosa zarodka na Ginekološki kliniki v Ljubljani. *Zdrav Vestn* 1985; 54: 249–52.
4. Meden-Vrtovec H, Tomažević T, Hren-Vencelj H, Ribič-Pucelj M, Pompe-Tanšek M, Žemva Ž. Oploditev zunaj telesa in prenos zarodkov. *Med Razgl* 1985; 24: 557–65.
5. Tomažević T, Hren-Vencelj H, Meden-Vrtovec H, Ribič-Pucelj M, Pompe-Tanšek M, Žemva Ž. In vitro fertilization and embryo transfer programme in Ljubljana. *Acta Eur Fertil* 1985; 16: 133–7.
6. Tomažević T, Pompe-Tanšek M, Meden-Vrtovec H et al. Transvaginal ultrasound or laparoscopy for oocyte retrieval (Experiences in the Ljubljana IVF program). *Acta Eur Fertil* 1988; 19: 209–11.
7. Tomažević T, Meden-Vrtovec H, Hren-Vencelj H, Rainer S. Les resultats de la reproduction assistee a la Clinique universitaire de Ljubljana. *Actualites Gynecologiques* 1991; 22: 35–9.
8. Meden-Vrtovec H, Tomažević T. Ovarijska stimulacija z analogi hormonov sproščevalcev gonadotropinov v programu postopka oploditve zunaj telesa. *Zdrav Vestn* 1991; 60: 521–4.
9. Andrews MC, Muasher SJ, Levy DL et al. An analysis of the obstetric outcome of 125 consecutive pregnancies conceived in vitro and resulting in 100 deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154: 848–54.
10. Fiedler K, Wuerfel W, Kruesmann G, Rothenaicher M, Hirsch P, Kruesmann sen W. Zum Schwangerschafts- und Geburtsverlauf nach In-Vitro-Fertilisation (IVF). *Z Geburtshilfe Perinatol* 1990; 194: 8–12.
11. Diedrich K, Bauer O. Indications and outcomes of assisted reproduction. *Bailliere's Clin Obstet Gynaecol* 1992; 6: 2: 373–81.
12. Tan SL, Doyle P, Campbell S et al. Obstetric outcome of in vitro fertilization pregnancies compared with normally conceived pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 778–84.
13. Cohen J, Mayaux MJ, Guihard-Moscato ML. Pregnancy outcomes after in vitro fertilization. *Ann NY Acad Sci* 1988; 541: 1–6.
14. Barlow P, Lejeune B, Puissant F et al. Early pregnancy loss and obstetrical risk after in-vitro fertilization and embryo replacement. *Hum Reprod* 1988; 3: 671–5.
15. Friedler S, Mashiach S, Laufer N. Births in Israel resulting from in-vitro fertilization/embryo transfer, 1982–1989: National Registry of the Israeli Association for Fertility Research. *Hum Reprod* 1992; 7: 1159–63.
16. Saunders DM, Mathews M, Lancaster PAL. The Australian Register: Current research and future role. *Ann NY Acad Sci* 1988; 541: 7–21.
17. Raoul-Duval A, Bertrand-Servais M, Frydman R. Etude prospective et comparative du devenir des enfants nes par fecondation in vitro et de leur mere. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1990; 19: 203–8.

Rezultati. V poteku in izidu nosečnosti in poroda ni razlik v pogostnosti krvavitev v 2. in 3. trimesečju nosečnosti, hipertenzivnih obolenj v nosečnosti, zastoja rasti ploda v maternici, abrupcije placente, perinatalni umrljivosti, številu otrok z nizko porodno težo, pojavljanju kongenitalnih anomalij in oceni po Apgarjevi pod 7. Pri IVF skupini smo ugotovili več krvavitev v 1. trimesečju nosečnosti, več prezgodnjih porodov, več carskih rezov in manjšo obolevnost novorojenčkov.

Zaključki. Rezultati ne kažejo večjih razlik v poteku in izidu nosečnosti in poroda pri enojčkih med IVF-ET nosečnostjo in tisto po spontani zanositvi.

fiziološki antacid



prijetnega okusa in dobro prenosljiv

učinkuje hitro in za daljši čas odstrani pekočo bolečino, žgoč občutek in pritisk v želodcu

monosubstanca; v naravi kot mineral

najnižja vsebnost aluminija glede na ostale sodobne antacide

Pri gastritisu



in ulkusu

Rupurut[®]

hidrotalcit

Sestava: V tableti je 0,5 g hidrotalcita, v vrečki suspenzije (= 10 ml) je 1,0 g hidrotalcita. **Doziranje:** Odrasli: 1/2 do 1 uro po jedi, pred spanjem ali pri nastanku želodčnih težav 1 do 2 tableti ali 1 vrečko nerazredčene suspenzije. Otroci (6 do 12 let): polovični odmerki za odrasle. **Kontraindikacije:** Pri moteni funkciji ledvic se je treba izogibati daljši uporabi večjih odmerkov Rupuruta.



Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

KT

Raziskovalni prispevek/Research article

ŠTUDIJA UČINKOVITOSTI DODIPLOMSKEGA POUKA ANESTEZIOLOGIJE

A SURVEY OF UNDERGRADUATE TRAINING OF ANAESTHESIOLOGY

*Marija Pečan¹, Vladimir Smrkolj², Aleksander Manohin¹, Vlasta Rebec-Pavlič³*¹ Razred za anesteziologijo, Katedra za kirurgijo, Medicinska fakulteta, Zaloška 7, 61105 Ljubljana² Katedra za kirurgijo, Medicinska fakulteta, Zaloška 7, 61105 Ljubljana³ Inštitut za anesteziologijo, Klinični center, Zaloška 7, 61105 Ljubljana

Prispelo 1993-06-19, sprejeto 1994-01-18, ZDRAV VESTN 1994; 63: 133-7

Ključne besede: pouk; predavanja; učni načrt; praktične spretnosti; oživiljanje**Key words:** education; lectures; course; practical skills; resuscitation**Izleček** – Izhodišča. Na Medicinski fakulteti v Ljubljani poteka prehodno obdobje v šestletni študijski sistem. Avtorji so dve leti proučevali učinkovitost pouka anesteziologije z reanimatologijo.**Abstract** – Background. The authors evaluated the effectiveness of the training course of anaesthesiology given at the Medical faculty of Ljubljana during the present transitional period when the 6-year undergraduate training programme is being introduced.

Metode. 831 študentov je bilo vključenih v učni proces pet študijskih let (1988–1992/93), dve leti starega in tri leta prehodnega obdobja novega učnega sistema. Učinkovitost pouka so merili s preverjanjem znanja (reanimacijski test, kolokvij), s prisotnostjo na predavanjih, z analiziranjem mnenj študentov o praktičnem pouku (odprta anketa Katedre za kirurgijo), z intervjujem o vsebini vaj in z analiziranjem programa vaj iz anesteziologije. Realizacijo programa vaj so ugotavljali s primerjanjem praktičnega dela kontrolne (54 naključno izbranih študentov 1991/92) in študijske skupine (54 študentov s protokoliranimi praktičnimi vajami 1992/93).

Methods. The study involved 831 students who attended the 5-year training programme for 2 years and the new programme for 3 years. The effectiveness of educational activities was determined on the basis of tests (resuscitation test and examinations), attendance at lectures, results of an open enquiry carried out by the Department of Surgery, interview about the content of clinic practice and analysis of the protocolled anaesthesiologic practicals. The extent of the implemented programme of clinic practice was determined by comparing the amount of practical work performed by the control group (54 randomly selected students, 1991/92) and by the study group (54 students with clinic practice according to the study protocol, 1992/93).

Rezultati. Povprečna prisotnost (25,0, SD 12,0) študentov na predavanjih iz anesteziologije je bila primerljiva z drugimi predmeti katedre. Na tečaju oživiljanja je bil pri 269 študentih povprečen uspeh 84,81 točke od 93 možnih (SD 11,77, območje zaupanja 83,40–86,22). Odgovori ankete so bili zanesljivi (91,2 in 96,3% odgovorov). Pri vajah je pridobivanje spretnosti naraščalo, realizacija je bila dobra v šolskem letu 1992/93. V študijski skupini so opravili in večkrat ponavljali nad 90% predvidenih praktičnih postopkov. Kolokvij je v prvem poskusu opravilo 129 izmed 154 prijavljenih študentov. Predstavljeni učni načrt je primerljiv z načrti kateder za anesteziologijo medicinskih fakultet razvitega sveta in sosednjih dežel.

Results. The average attendance rate (25.0, SD 12.0) at lectures of anaesthesiology was comparable to the attendance at lectures of surgical subjects. The average number of correct answers at resuscitation test was 84.81 out of 93 (SD 11.77, confidence interval 83.40–86.22). The results of the inquiry were found reliable (91.2 and 96.3% of answers). The amount of skills learned during clinic practice was increasing and the amount of practical work performed in the study year 1992/93 was satisfactory. The study group repeatedly performed over 90% of all planned anaesthetic procedures. Of the 154 applicants, 129 passed the examination at the first attempt. The presented curriculum is comparable with the curricula of university departments of anaesthesiology at several other medical schools.

Zaključki. Predavanja niso bila obiskovana prav dobro. Vzrok utegne biti v podajanju snovi ali pa v razporedu predavanj. Seminar oživiljanja je učinkovit. Oblikovan je po mednarodnem vzorcu, snov pa je za študente zanimiva. Klinične vaje so postajale boljše realizirane, ko smo upoštevali predloge študentov, uvedli program vaj iz anesteziologije (karton PVA), ki je vodilo tudi asistentom. Za še boljšo realizacijo nam manjka osebja, učnih pripomočkov in širšega sodelovanja kliničnih kolegov. Pri vsem skupaj pa moramo upoštevati, da je prakticiranje na bolnikih odvisno še od številnih pomembnih dejavnikov, ki tudi vplivajo na variabilnost učinkovitosti vaj (specialni poseg, huda bolezen, odgovornost lečečega zdravnika itd.).

Conclusions. Attendance at lectures was not very good, which may be due either to teaching methods or study-schedule. The resuscitation seminar proved very effective. It was designed according to international standards and the students found its content very interesting. The amount of implemented clinic practice increased after the students' suggestions had been taken into consideration and a special card for recording training in practical skills had been introduced. For better results, a greater number of teaching staff, better teaching equipment and more extensive participation

Raziskava je dala pozitivne rezultate in pomembne podatke, ki bodo pripomogli k še uspešnejšemu pedagoškemu delu anesteziologov v novem študijskem sistemu.

Uvod

Na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani ima anesteziologija z reanimatologijo (v nadaljnjem besedilu anesteziologija) svoj oddelek v sklopu kirurške katedre. Ustanovljen je bil leta 1987 in se imenuje razred za anesteziologijo.

Učni načrt je v petletnem študijskem sistemu (5ŠS) dodelil anesteziologiji 11 ur predavanj v sklopu kirurške propedeutike in izbirnega pouka (1). Tri ure je bilo anestezijskih seminarjev. Vaje pri anesteziologih niso bile redne, ker niso bile razpisane po strokah.

Sedaj uvajamo šestletni študijski sistem (6ŠS), govorimo o prehodnem obdobju (P-6ŠS). Poudarek je na pridobivanju praktičnih znanj. V šestem letniku imajo študenti kirurški praktikum. V tem obdobju imajo praktično delo tudi na anesteziji. Pred izpitom iz kirurgije je obvezen kolokvij iz anesteziologije. V P-6ŠS so v IV. letniku predavanja iz anesteziologije (tab. 1).

Tab. 1. Razred za anesteziologijo.

Tab. 1. Division of anaesthesiology and resuscitation.

Predavanja Lectures	5ŠS 5TP	P-6ŠS T-6TP
Ure Hours	5+6	15
Seminar		
Ure Hours	3	6
Študenti Students	20-22	6-10
Vaje Practicals		
Ur Hours	0-60	7
Študenti Students	4-7	1
Kolokvij Examination	0	+
Študijska leta Academic years	1988/89 1989/90	1990/91 1991/92 1992/93
Št. študentov No. of students	271	560

5ŠS pouk kirurgije v IV. in V. letniku, v P-6ŠS pa v IV. in VI. letniku.

5TP, surgery during 4th and 5th academic years, T-6TP, surgery during 4th and 6th academic years.

Namenili smo se, da bomo vzporedno s pedagoškim delom po novem urniku proučevali učinkovitost pouka in merili praktično usposabljanje študentov.

Material in metode

Študenti. Redni študenti letnikov 5ŠS in P-6ŠS (tab. 1). Všteti so še študentje-absolventi prejšnjih letnikov, ki so opravljali v šolskem letu 1991/92 praktikum, tečaj dodatnih kardioloških postopkov oživljanja (ACLS), kolokvij iz anesteziologije in izpit iz kirurgije. V učni proces, katerega učinkovitost smo merili, je bilo vključenih 831 študentov Oddelka za splošno medicino Medicinske fakultete.

of the clinical staff would be necessary. It should be pointed out that the effectiveness of clinic practice also depends on some other factors, such as special procedures, severe illness, responsibility of the attending physician etc.

The positive results and important informations provided by the study certainly will contribute to improved quality of instruction in the new training programme.

Oznako VI. letnik P-6ŠS uporabljamo zaradi preglednosti, formalno pa je to letnik pet in pol (podatek dekanata).

Študijska skupina študentov. 54 študentov, ki so opravljali klinične vaje iz anesteziologije v študijskem letu 1992/93 in obstaja o njihovem praktičnem delu podpisan protokol: program vaj iz anesteziologije (PVA).

Kontrolna skupina študentov. 54 naključno izbranih študentov izmed onih 100, ki so opravljali kolokvij v študijskem letu 1991/92 in smo si zabeležili njihove podatke o praktičnem delu pri vajah (intervju).

Učni postopki

Predavanja iz anesteziologije so na programu v letnem semestru IV. letnika 15 ur. Seznam predavanj kaže tabela 2.

Tab. 2. Predavanja iz anesteziologije.

Tab. 2. Lectures of anaesthesiology.

Zgodovinski razvoj in sedanje stanje (1 ura)
History and present situation (1 lesson)
Bolečina (1 ura)
Pain treatment (1 lesson)
Predoperativni pregled (1 ura)
Preoperative assesment (1 lesson)
Anestezijski aparat, ventilatorji, anestezijski dihalni sistemi (1 ura)
Anaesthesia apparatus, ventilators, breathing systems (1 lesson)
Endotrahealna intubacija (1 ura)
Endotracheal intubation (1 lesson)
Perioperativni monitoring (1 ura)
Perioperative monitoring (1 lesson)
Splošna anestezija (3 ure)
General anaesthesia (3 lessons)
Regionalna in kombinirana anestezija (2 uri)
Regional and combined anaesthesia (2 lessons)
Urgentna medicina, oživljanje (2 uri)
Emergency medicine, resuscitation (2 lessons)
Intenzivna medicina (2 uri)
Intensive medicine (2 lessons)

Praktično delo. V VI. letniku so študenti P-6ŠS pet tednov na kirurgiji. Med tem časom je obvezen seminar iz dodatnih postopkov oživljanja (ACLS) in vaje iz klinične anestezije.

Seminar. Seminar ima obliko tečaja ACLS (Advanced Cardiac Life Support), kot jo predvidevajo Standardi in navodila (2). Tečaj se začne z uvodnim predavanjem in opisom vaj. Vaje potekajo v petih delavnicah: ponavljanje temeljnih postopkov oživljanja (BLS) s preizkusom spretnosti (3), dajanje kisika in umetno dihanje s preprostimi pripomočki, intubacija odraslega in otroka, demonstracije življenje ogrožujočih disritmij in pogovor o reanimacijskih zdravilih ter učenje defibrilacije na lutki. Tečaj se konča s testom proste izbire, za odgovore na 50 vprašanj imajo eno uro časa. Maksimalno število točk je 93 (100%). Seminarja se udeležuje 5 do 10 študentov v skupini. Tečaj traja 6 ur.

Vaje. V P-6ŠS je vsak študent VI. letnika, ki opravlja kirurški praktikum, en dan z anesteziologom v operacijski dvorani. Program pridobivanja spretnosti vsebuje naslednje obvezne kategorije: perioperativno klinično ocenjevanje vitalnih funkcij, vzdrževanje proste dihalne poti in umetno dihanje, endotrahealna

intubacija, vzpostavljanje umetne intravenske poti. Priporočljive so demonstracije zahtevnejših postopkov monitoringa, regionalnih blokov, uvajanje urinskega katetra, želodčne cevke, i. v. katetra itd.

Ustni izpit – kolokvij je razpisan pred izpitom iz kirurgije in je pogoj za opravljanje izpita. Kriterij za uspešnost je znanje ACLS in temeljna orientiranost v anesteziologiji.

Načini merjenja in preverjanje učinkovitosti pouka

1. Na Kirurški katedri registriramo obisk na predavanjih.
2. Mnenje študentov o učinkovitosti vaj na sploh ocenjujemo z odprto anketo, ki ima tri vprašanja: kaj je bilo dobro, kaj je bilo slabo in kakšni so predlogi za izboljšanje vaj.
3. Intervju (1991/92). Vprašanje pred kolokvijem: kaj ste na vajah z anesteziologom praktično delali, kaj ste opazovali, kaj so vam demonstirali. Odgovore smo zapisali pri 100 študentih.
4. Kontrolni karton (1992/93): program vaj iz anesteziologije (PVA). Na kartonu so napisana obvezna praktična opravila (in njih število) in opazovanja. Na koncu vaj asistent s svojim podpisom potrdi, da je bil program vaj opravljen.
5. Preverjanje znanja. Pisni test (ACLS) in kolokvij.

Rezultati

Predavanja. Povprečna udeležba je bila 25 (SD±12,0) od 139 študentov. Pri večini predavanj je bilo več slušateljev v začetku semestra kot na koncu. Povprečna obiskanost anestezioloških predavanj je bila primerljiva z obiskanostjo predavanj abdominalne in kardiovaskularne kirurgije (razlika je bila neznačilna), medtem ko je bila prisotnost na predavanjih iz nevrokirurgije in torakalne kirurgije večja in razlika statistično zanesljiva (tab. 3).

Tab. 3. Prisotnost na predavanjih.

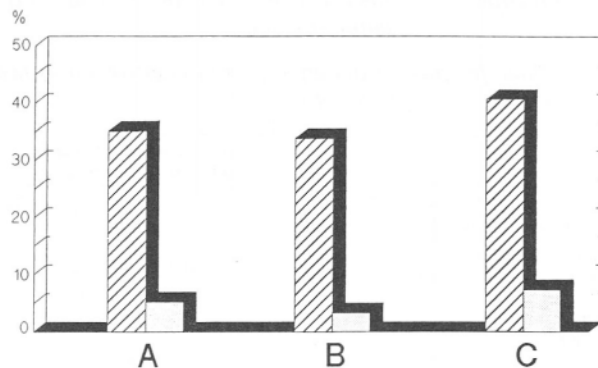
Tab. 3. Attendance at lectures

Ura Time	Predmet Subject	Prisotnost Attendance			
		average number	median	SD	P-value
8 8 a. m.	anesteziologija anaesthesiology	25,0	28	12,0	
9 9 a. m.	torakalna krg. thoracic surg.	34,9	35	9,6	0,002*
10 10 a. m.	nevrokirurgija neurosurgery	30,3	28	8,6	0,04*
12 12 a. m.	abdominalna krg. abdominal surg.	28,3	30	6,6	0,2
13 1 p. m.	kardiovaskularna krg. cardiovascular surg.	23,6	26	7,2	0,6

* značilna razlika
* significant difference

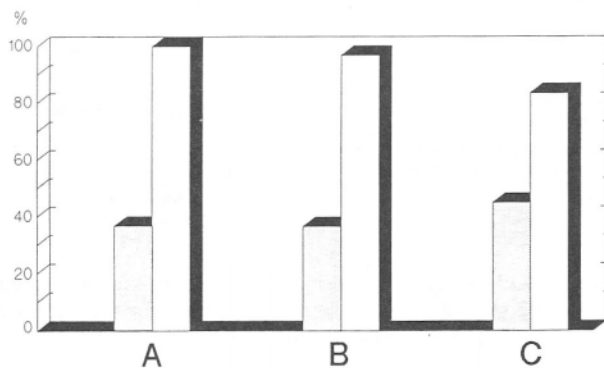
Seminar. Tečaj ACLS je v P-6ŠS opravilo 269 študentov. Povprečni uspeh je bil 84,81 točke (SD 11,77, območje zaupanja 83,40–86,22) od 93 možnih, tj. 91% pravih odgovorov. Pri prvem testiranju (1991/92) je bil uspeh zelo podoben, v povprečju 84 pravih odgovorov (4), tudi rezultati študijske skupine se niso razlikovali. Rezultate študentov smo primerjali z rezultati starejših specializantov: povprečno število točk je bilo 86,5 (SD 4,23, območje zaupanja 82,05–90,95), v povprečju 93% pravih odgovorov. Razlika ni bila statistično pomembna.

Vaje. Na odprto anketo je v 5ŠS odgovorilo 91,2% študentov. Približno enako število je bilo zadovoljnih kot nezadovoljnih s številom ur, vsi pa so želeli na vajah več praktičnega dela. V P-6ŠS



Sl. 1. Rezultati intervjuja s 100 študenti. Uspešnost vaj iz anesteziologije v študijskih letih 1988 do 1991 (pikasti stolpci) in v študijskem letu 1991/92 (črtasti stolpci) prikazujejo opravljeni posamezni praktični postopki. A – vzdrževanje odprte dihalne poti in umetno dihanje; B – endotrachealna intubacija; C – intravenski pristop.

Fig. 1. Results of the interview of 100 medical students. The effectiveness of clinic practice in anaesthesiology conducted in study years 1988–1991 (dotted columns), and in the year 1991/92 (batched columns) was evaluated according to the practical procedures performed. A – airway control and ventilation; B – endotracheal intubation; C – intravenous line.



Sl. 2. Posegi, opravljeni na vajah pri anesteziologu. Sivi stolpci kažejo razmere v študijskem letu 1991/92 pri študentih kontrolne skupine. Beli stolpci kažejo rezultate študijske skupine študentov v študijskem letu 1992/93. Oznake A, B, C so enake kot na sliki 1. Statistični prikaz je na tabeli 5.

Fig. 2. Procedures performed during anaesthesiologic practicals. Gray columns indicate the results of the control group (1991/92). White columns show the results of study group (1992/93). For A, B, C see Fig. 1. For statistical analysis see table 5.

je odgovorilo na anketo 96,3% študentov. Večina tistih, ki so imeli vaje v predoperativni anestezijski ambulanti, je menilo, da so te vaje nepotrebne. V študijskem letu 1991/92 so bili študenti na vajah zadovoljnejši, pri vajah v operacijski so imeli več praktičnega dela. Rezultati intervjujev so to sicer potrdili (sl. 1), vendar je vse predvidene praktične postopke opravilo manj kot polovica študentov kontrolne skupine (tab. 4). V študijskem letu 1992/93 smo uspeli vaje protokolirati. Rezultati študijske skupine študentov kažejo velik, statistično pomemben, porast praktičnih opravil pri kliničnih vajah (tab. 5). Večina predpisanih večšin je realizirana nad 90% (sl. 2, tab. 4) in posamezna tudi do 5-krat.

Tab. 4. Program vaj iz anesteziologije (PVA) in primerjava obeh skupin študentov.

Tab. 4. Clinic practice in anaesthesia and comparison of both groups of students.

	Študijska sk. Study group	Kontrolna sk. Contr. group
1. Nadziranje vitalnih funkcij med anestezijo Perioperative control of vital functions		
– izguba in vračanje zavesti loss of consciousness and recovery	54 100%	no data
– dihanje breathing	54 100%	no data
– obtok circulation	54 100%	no data
2. Vzpostavitev in vzdrževanje umetne dihalne poti Airway control		
– z masko mask	54 100%	20 37,1%
– z intubacijo intubation	52 96,3%	20 37,1%
– uspeha laringoskopija (do 4) successful laryngoscopy	52 96,3%	20 37,1%
– uspeha intubacija (do 4) successful intubation	52 96,3%	19 35,1%
3. Vzpostavitev umetne venske poti Intravenous cannulation	45 83,3%	24 44,4%
4. Ventilacija Artificial ventilation		
– z masko mask	51 94,5%	no data
– s tubusom (do 5-krat) intubation	50 92,5%	no data
5. Sodelovanje pri regionalni anesteziji Assistance at regional techniques	45 83,3%	19 35,1%
Datum Date	Asistent teaching assistant	

Kolokviji. Na kolokvij iz anesteziologije se je do konca šolskega leta 1991/92 prijavilo 154 študentov. Od teh jih je 129 opravilo prvič, osem jih je ponavljalo, ostali so odjavili.

Razpravljanje

Učni program P-6ŠS pri nas je primerljiv s programom Katedre za anesteziologijo in reanimatologijo Medicinske fakultete v Zagrebu, ki vsebuje 10 ur predavanj in 6 ur demonstracij v IV. letniku. Izpit je pismeni test. Reanimatologijo obravnavajo v začetku študija (5). Na Medicinski fakulteti Helsinki je predmet anesteziologija obravnavan obsežnejše, 32 predavanj, 14 ur praktičnega dela, tečaj reanimacije je prej. Predmet anesteziologija obsega na Univerzi Stanford (Kalifornija) 4 kurze in 12 vaj. Zanimivo pa je razmerje učiteljev nekaterih kliničnih predmetov na Univerzi Yale; naštetu po abecedi jih imajo za anesteziologijo 44, za ginekologijo in porodništvo 22, za interno 137, za kirurgijo 60 in za pediatrijo 48 itd. (6).

V prvem letu rednih predavanj iz anesteziologije (1991/92) je bil obisk primerljiv z obiskom kirurških predmetov. Dobili smo prvo uro in menili, da je to optimalno, saj je bil med specializanti večji obisk na jutranjih predavanjih (7). Največji obisk je bil na predavanjih iz torakalne kirurgije, predavanja so bila ob devetih dopoldan. Študenti so opravljali kolokvij iz te panoge zelo dobro, zato menimo, da vpliva tudi vsebina in podajanje snovi na obisk predavanj. Znano je tudi, da imajo študenti v IV. letniku zelo dosti tekočih obveznosti, praktikum iz kirurgije pa imajo šele v šestem letniku.

Tab. 5. Primerjava dveh skupin študentov.

Tab. 5. Comparison of both groups of students.

Kontrolna skupina Control group n = 54	Študijska skupina Study group n = 54
A n = 20 (37,1%) x 0,81 SD 1,11 range 0,52–1,11	n = 51 (94,4%) 2,17 1,08 1,87–2,46 z = –6,41 razlika je značilna significant difference
B n = 20 (37,1%) x 1,09 SD 1,71 range 0,64–1,54	n = 50 (92,5%) 2,07 1,05 1,80–2,35 z = –3,59 razlika je značilna significant difference
B n = 24 (44,4%) x 0,76 SD 1,14 range 0,45–1,07	n = 45 (83,3%) 1,37 0,95 1,12–1,63 z = –3,03 razlika je značilna significant difference

V anketi so študenti pogosto pohvalili izvedbo in vsebino tečaja ACLS, nekateri z oceno odlično. Poučevanje oživljanja je ocenjeno kot učinkovito. Eden izmed razlogov za to je sama snov, ki se zdi bodočim zdravnikom pomembna. Način vodenja tečaja je dinamičen, opravila na lutkah pa izzivajo njihovo ustvarjalnost. Mogoče smemo primerjati ta pouk s poukom specializantov anesteziologije s pomočjo simulatorjev, ki ponazarjajo različne klinične, tudi kritične situacije (8). Verjetno ta predmet anesteziologije dobro učimo tudi zato, ker podobne tečaje redno prirejamo tudi za splošne zdravnike, medicinske sestre in za druge profile (9). Pouk poteka v majhnih skupinah, kar je tudi iz didaktičnih razlogov optimalno, lahko se pogovorimo o lastnih izkušnjah, skrbih in dvomih, predvsem pa o novostih na tem področju, ki jih poleg Ameriškega združenja kardiologov zadnji čas obravnava tudi Evropski reanimacijski svet (10, 11).

Zakaj ni bila realizacija vaj v začetku naše raziskave večja?

V 5ŠS pri vajah iz anestezije ni bilo predvideno učenje praktičnih spretnosti v tolikšnem obsegu kot sedaj. Nov študijski načrt predvideva več praktičnega dela med študijem, pouk je treba prilagoditi novim zahtevam. V ta namen so bili podatki ankete in intervjuja zelo koristni. Na kolokvij prihajajo tudi starejši absolventi, ki so bili na vajah pred dvemi in več leti. Nekateri študenti so imeli vaje pri anesteziologu, ki je imel eno dolgo anestezijo, katere začetek pa je študent zamudil. Nekateri asistenti so bolj spretni pri vodenju vaj kot drugi, nekateri študenti so manj pripravljeni na vajah kot drugi. Nekaterim je bila snov tako zanimiva, da so izven programa prihajali k anesteziologu, da so vadili praktična opravila. Vedeti pa je tudi treba, da anesteziologi vodijo vaje vzporedno s svojim rutinskim delom na Inštitutu za anesteziologijo v Kliničnem centru (KC) ali na Oddelku za anestezijo in intenzivno terapijo v učni bolnišnici v Mariboru. Asistenti tudi ne morejo vplivati na primernost programa za vodenje vaj, npr. včasih so na njihovem programu samo dojenčki, včasih samo posegi v regionalni anesteziji. Pri mnogih posegih v KC ni primerno vaditi spretnosti zato, ker so bolniki hudo bolni, ker so operacije specialne in terja posebne priprave in ker lečeči zdravniki menijo, da to v danih okoliščinah ni primerno. Podobne težave so bile na Inštitutu za anesteziologijo tudi pri šolanju zdravnikov splošne medicine v anesteziološko-reanimacijskih znanjih za potrebe nujne medicinske pomoči (12).

Študenti, ki so imeli za anesteziologijo negativno izkušnjo (malo ali nič praktičnega dela v operacijski sobi), predlagajo več vaj pri anesteziologu, dežurstvo pri reanimaciji in v reševalnem avtomobilu, možnost ponavljanja endotrahealne intubacije na lutki v

operacijski sobi pred intubacijo in vivo. Drugi zopet predlagajo dvodnevni reanimacijski seminar itd.

Večina študentskih predlogov je utemeljenih. Več predlogov smo sproti realizirali, npr. da imajo vaje v operacijski sobi, da imajo vsi študenti iz skupine najprej reanimacijski tečaj, kjer se naučijo glavnih veščin na lutki in šele nato vaje v operacijski sobi. Za večjo aktivnost pri vajah pa bi bilo potrebnih več ur za vaje pri anesteziologu, več osebja in več pripomočkov za simulacijo, npr. ponavljanje endotrahealne intubacije na lutki.

Uvedba kartona PVA pri kliničnih vajah je pomagala asistentu, da je študentu omogočil pridobivanje predvidenih spretnosti, študentu pa je pomagala, da se je na vaje pripravil. Za realizacijo kliničnih vaj iz anesteziologije je bilo in bo v bodoče še treba uskladiti kar nekaj dejavnikov.

Sodelovanje pri dodiplomskem pouku je za klinične zdravnike težko, finančne stimulacije pa tudi ni. Učno osebje Razreda za anesteziologijo spodbuja in uvaja v učni proces sodelavce, izvoljene v naziv, in druge kolege. Težava je v tem, da tudi na anestezijskih oddelkih, še posebno pa na Inštitutu za anesteziologijo, zelo primanjkuje specialistov anesteziologov.

Zaključek

Anesteziologija z reanimatologijo predstavlja znotraj kirurške katedre enoto, ki je zelo aktivna. Z uvajanjem 6ŠS je ta stroka dobila možnost, da se bolj intenzivno vključi v proces medicinskega izobraževanja. Rezultati raziskave kažejo na področju seminarjev in vaj pri anesteziologu v operacijski sobi večjo učinkovitost kot kdajkoli poprej. Prehodno obdobje novega študijskega sistema je stroka izkoristila tudi za oblikovanje didaktičnih prijemov in uvajanje sodobnega pojmovanja dela univerzitetne ustanove.

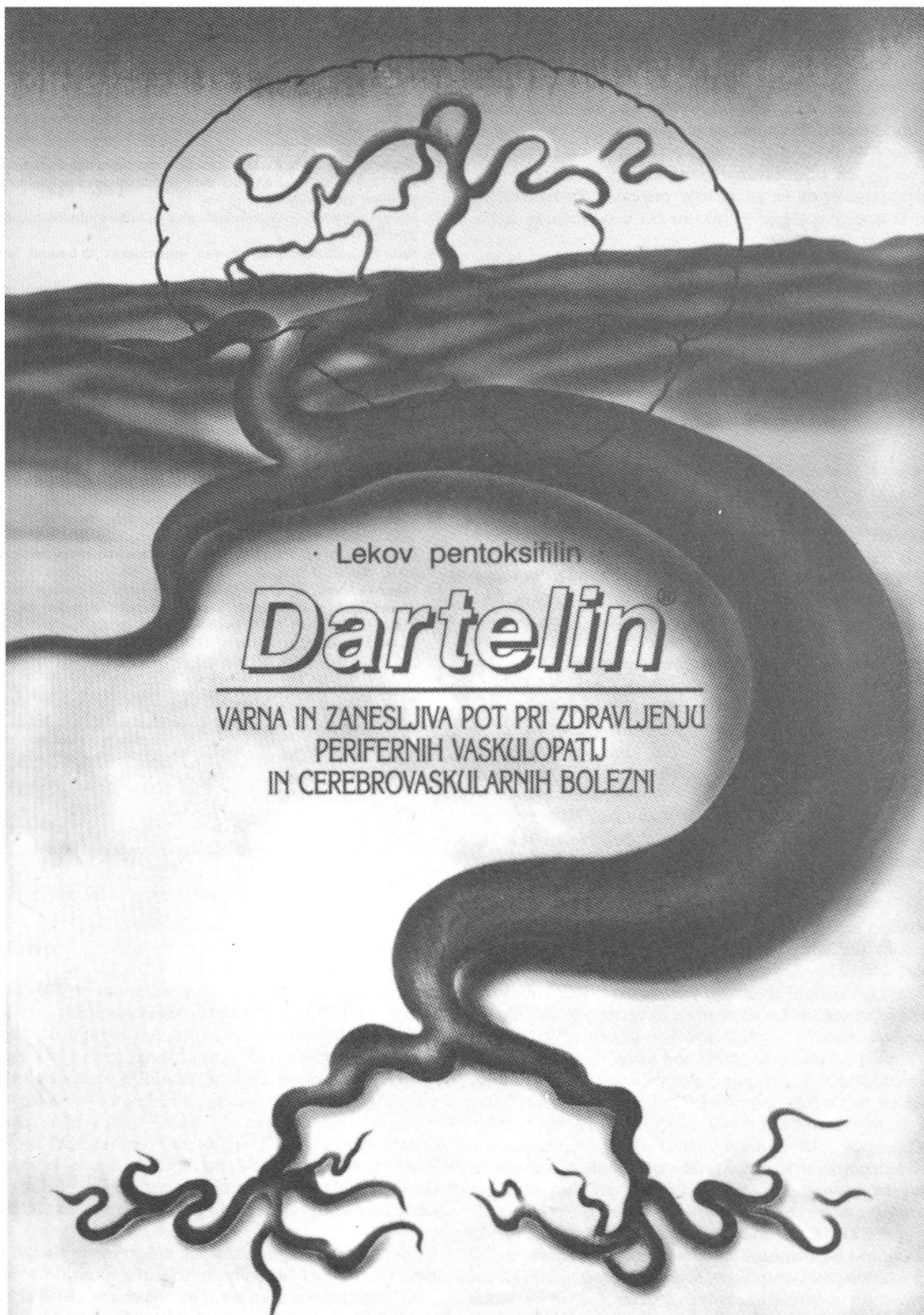
Zahvale

Zahvaljujemo se vsem sodelavcem, ki so omogočili to raziskavo, predvsem kolegom anesteziologom, ki so vodili vaje in seminarje.

Posebna zahvala gre profesorju M. Kališniku za aktivno sodelovanje v prvem in za konstruktivne konzultacije pri drugem delu raziskave.

Literatura

1. Soban D. The development of modern anaesthesia in Yugoslavia. In: Rupprecht J, van Lieburg MM, Lee IA, Erdmann W eds. *Anaesthesia – Essays of its history*. Springer 1985: 253-7.
2. Montgomery VH et al. Standards and guidelines of CPR and ECC. *JAMA* 1986; 2841-3044.
3. Safar P. Cardiopulmonary cerebral resuscitation. AS Laerdal, Stavanger, Norway 1981: 199-9.
4. Pečan M, Smrkolj V, Manohin A, Kališnik M. Efficiency of undergraduate teaching in anaesthesiology at the Medical faculty in Ljubljana. 10th WCA, Hague 1992, Abstracts: 592.
5. Schalk HV. A new chair for anaesthesiology and resuscitation (University Zagreb). 6th Anaesthesia symposium Alpe Adria. Klagenfurt 1993.
6. Kordaš M. Groba analiza stanja na Medicinski fakulteti v Ljubljani ter primerjava z Medicinskimi fakultetami v razvitem svetu. Medicinska fakulteta, Ljubljana 1992: 12-9, 4. izdaja.
7. Willenkin RL. Lectures in anaesthesia training. *Anesth Analg* 1992; 74: 1-2.
8. Gaba DM. Improving anaesthesiologists performance by simulation reality. Editorial views. *Anesthesiology* 1992; 76: 491-4.
9. Hribar-Habinc M, Hribar P. Education ACLS in Slovenia. Recent advances in anaesthesia, pain, intensive care and emergency. Trieste, 1990; 5: 594-6.
10. Baskett PJF. New aspects of cardiopulmonary resuscitation. 10th WCA Hague 1992, Refresher Course Lectures B207.
11. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. *JAMA* 1992; 268: 2171-302.
12. Pevec-Gašperin M, Hribar-Habinc M. Šolanje zdravnikov splošne medicine v anestezijsko reanimacijskih znanjih za potrebe nujne medicinske pomoči. Zbornik predavanj XXIX. podiplomskega tečaja kirurgije, Kirurška služba in Katedra za kirurgijo, Ljubljana 1993: 279-83.



• Lekov pentoksifilin •

Dartelin®

VARNA IN ZANESLJIVA POT PRI ZDRAVLJENJU
PERIFERNIH VASKULOPATIJ
IN CEREBROVASKULARNIH BOLEZNI

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

Strokovni prispevek/Professional article

TOKSIČNI FITOPLANKTON – MOŽEN VIR ETIOLOŠKO NEOPREDELJENIH ČREVESNIH OKUŽB

TOXIC PHYTOPLANKTON – POSSIBLE SOURCE OF ETIOLOGICALLY UNIDENTIFIED GASTROINTESTINAL DISORDERS

Andrej Malej¹, Patricija Mozetič², Alenka Malej²

¹ Interni oddelek, Splošna bolnišnica Izola, 66310 Izola

² Morska biološka postaja Piran, Inštitut za biologijo Univerze v Ljubljani, 66330 Piran

Prispelo 1993-04-19, sprejeto 1993-10-06, ZDRAV VESTN 1994; 63: 139–143

Ključne besede: diaroična, amnestična, paralitična zastrupitev s školjkami; enterocolitis; dinoflagelati

Key words: diarrheic, amnestic, paralytic shellfish poisoning; enterocolitis; dinoflagellates

Izvleček – Izhodišča. Povzročitelji nalezljivih črevesnih bolezni so številni; okužba se najpogosteje prenaša z uživanjem oporečnih živil. Školjke predstavljajo vektor črevesnih okužb s salmonelami, vibriji, virusom hepatitisa A, Norwalkovim in podobnimi virusi, pa tudi vektor zastrupitev s toksičnim fitoplanktonom, kot DSP (diarrheic shellfish poisoning – diaroični sindrom zastrupitve s školjkami), ASP (amnestic shellfish poisoning – amnestični sindrom zastrupitve s školjkami) in PSP (paralytic shellfish poisoning – paralitični sindrom zastrupitve s školjkami).

Abstract – Background. Various microorganisms may cause gastrointestinal disorders; the infection generally occurs through the consumption of contaminated food. Food-borne disorders from shellfish include infectious diseases due to pathogens like salmonella, vibrio, hepatitis A virus, Norwalk and similar viruses. There is increasing appreciation of the importance of shellfish as vectors for poisoning with toxic phytoplankton, like DSP (diarrheic shellfish poisoning), ASP (amnestic shellfish poisoning) and PSP (paralytic shellfish poisoning).

Metode. Določali smo navzočnost toksičnih planktonskih organizmov v Tržaškem zalivu; vzorce smo jemali na štirih standardnih oceanografskih globinah z Niskino vodoravno posodo. S formalinom fiksirane vzorce smo analizirali po Utermöhlvi metodi. Analizirali smo epidemiološke podatke obalne regije (občine Izola, Koper, Piran) za desetletno obdobje (1983–1992) glede etiološko neopredeljenih črevesnih okužb (enterocolitis 009.0).

Methods. A survey of toxic dinoflagellates was carried out in the Gulf of Trieste: phytoplankton was collected at four standard depths using 5 L Niskin bottle. The number of cells was determined in formalin preserved samples according to Utermöhl method. We analyzed the relative frequency of the reported (1983–1992) outbreaks of etiologically unidentified gastrointestinal disorders in the coastal region of R. Slovenia.

Rezultati in zaključki. Med toksičnimi dinoflagelati, ki povzročajo zastrupitve s školjkami, smo v Tržaškem zalivu našli le tiste, ki povzročajo DSP. Vrste rodu *Dinophysis* (*D. acuminata*, *D. acuta*, *D. fortii*, *D. sacculus*) so se praviloma pojavljale od maja do oktobra. V analiziranem desetletnem obdobju so bile na obali etiološko neopredeljene črevesne okužbe najpogostejše v avgustu, septembru in oktobru. Neposrednega dokaza, da so bili med njimi tudi primeri DSP nimamo, ker je zaradi nespecifične klinične slike za potrditev diagnoze treba dokazati navzočnost toksinov v bolnikovih izločkih. Navzočnost toksinov v školjkah in večje število zbolelih v severni Italiji nakazujejo možnost, da so primeri zastrupitve z DSP pri nas ostali nespoznani.

Results and conclusions. Of toxic plankton that can cause shellfish poisoning, only DSP-producing organisms were found in the Gulf of Trieste. *Dinophysis* species (*D. acuminata*, *D. acuta*, *D. fortii*, *D. sacculus*) were generally recorded from May to October. In the coastal region, etiologically unidentified gastrointestinal disorders were most frequent during August, September, and October during the ten years surveyed. We have no direct evidence that there were any cases of DSP among these, since for an outbreak to be considered confirmed, a toxin must be detected in vomits of a patient. While the DSP toxins were detected in shellfish along Slovenian coast and there were several cases of DSP confirmed along the coast of Northern Italy it is plausible that this shellfish poisoning along our coast remained unrecognized.

Uvod

Nalezljive črevesne bolezni, pri katerih je vodilni klinični znak driska – to je spremenjena konsistenca iztrebkov in povečano število iztrebljanj – so zelo razširjene in pogoste. Nevarne so predvsem ljudem v skrajnih starostnih skupinah in tistim z oslajenim imunskim odgovorom (1). Le kardiovaskularne bole-

ni so v svetovnem merilu pogostejši vzrok smrti od njih; med otroki pa sploh vodijo. Ocenjujejo, da vsako leto zaradi nalezljivih črevesnih bolezni umre 4,6 do 6 milijonov otrok (več kot 12.600 dnevno) predvsem v Aziji, Afriki in Latinski Ameriki (2). Povzročitelji teh bolezni so številni in različni: bakterije, virusi, zajedalci in glive. Njihov epidemiološki rezervoar so živali in človek; okužba pa se prenaša večinoma posredno zaradi uživanja

oporečnih živil (1). Med mnogimi prehrabnenimi proizvodi, ki so lahko viri okužbe, je pomembna tudi morska hrana, predvsem v področjih, kjer predstavlja osnovni prehrabneni vir (3), nedvomno pa tudi tam, kjer se z njo srečujemo le občasno.

Školjke sodelujejo v prenosu črevesnih okužb, povzročiteljskih salmonelami, vibriji, virusom hepatitisa A, Norwalkovim in podobnimi virusi (3, 4). Okužba v teh primerih nastane zaradi navzočnosti teh mikroorganizmov v mesu školjke. Poleg teh pa v zadnjem času zbuja vse večjo pozornost po kliničnih znakih zelo podobne, včasih tudi življenjsko nevarne zastrupitve zaradi uživanja v školjkah nakopičenih strupenih produktov morskega planktona (5, 6).

Raziskovalci morja v zadnjih desetletjih opisujejo vrsto cvetenja planktonskih morskih organizmov, ki imajo različne negativne posledice na morisko okolje, druge morske organizme in tudi človeka. Cvetenje planktona (množično razbohotenje ene ali več planktonskih vrst) praviloma predstavlja del normalnih sezonskih sprememb v morju in je za človeka neškodljivo. Nekatera cvetenja povzročajo človeku nevšečnosti; največkrat ovirajo različne dejavnosti, kot so turizem, ribištvo, marikultura. Sem sodijo predvsem tista, ki pri veliki gostoti mikroorganizmov obarvajo morje (»rdeče, rjave, zelene plime«) (7) ali pa nevšečnosti povzročajo njihovi eksudati (poletni pojavi sluzi v severnem Jadranu) (8).

Včasih cvetenje planktona ogroža tudi človekovo zdravje, najpogosteje posredno zaradi prehrane z zastrupljenimi morskimi organizmi. Že navzočnost razmeroma nizkih koncentracij toksičnih planktonskih organizmov v morju lahko ogroža zdravje ljudi, saj se prek prehranjevalne verige lahko koncentrirajo v užitenih organizmih. Tak primer so planktonske alge, ki proizvajajo človeku škodljive strupe; do zastrupitev največkrat prihaja zaradi uživanja školjk in rib, ki so se s temi algami hranile. Različni avtorji poročajo o več tisoč primerih zastrupitev letno z užitenimi morskimi organizmi s posledicami (6, 9, 10), ki so lahko celo smrtne (11, 12). V našem prispevku poročamo o nekaterih za človeka toksičnih planktonskih morskih organizmih ter biointoksikacijah zaradi letih. Poseben poudarek je posvečen DSP (diarrheic shellfish poisoning – diaročni sindrom zastrupitve s školjkami). V slovenski medicinski literaturi do sedaj opisa teh stanj nismo zasledili. Dokazana navzočnost strupov DSP v školjkah ob slovenski obali (13), več kot 100 zbolelih ob severnoitalijanski obali Jadrana zaradi tega (14–16) in že omenjena podobnost simptomatike z bolj znanimi črevesnimi okužbami dopuščajo možnost, da sicer obstoječi primeri niso bili odkriti.

Prikazujemo epidemiološke podatke iz obalnih zdravstvenih ustanov za zadnjih deset let o etiološko neopredeljenih črevesnih okužbah (enterocolitis 009.0). Zaradi podobne klinične slike in števila prijavljenih primerov bi lahko bila taka stanja povezana tudi z uživanjem kontaminiranih (zastrupljenih) školjk. V prispevku razpravljamo tudi o možnih težjih zastrupitvah s školjkami in o njihovih kliničnih slikah.

Materiali in metode

Analiza planktona

Vzorci za določanje navzočnosti potencialno toksičnih planktonskih organizmov smo zbirali na več lokacijah v Tržaškem zalivu in še posebej ob gojiščih užitenih klapavic v Piranskem in Strunjanškem zalivu. Vzorci morske vode smo jemali enkrat mesečno s petlitrsko Niskino vodoravno posodo na štirih standardnih oceanografskih globlinah (površina, 5 m, 10 m, 20 m oziroma tik nad dnem na plitvejših postajah). Vzorci morja za analizo planktona smo fiksirali z nevtraliziranim formalinom končne koncentracije 1,5%.

Gostoto celic v posameznem vzorcu smo določili s štetjem po Utermöhlvi metodi: največkrat smo pregledali 50-ml podvzorec, če je bil vzorec gostejši, le 25 ml, v nasprotnem primeru pa 100 ml. Pod invertnim mikroskopom smo pri 200-kratni povečavi pregledali 100 polj z dna sedimentacijske komorice in število organizmov

izrazili kot število celic na liter morske vode. Za določanje organizmov smo uporabljali standardne determinacijske ključce.

Epidemiologija

Pregledali smo številčno pojavljanje po mesecih prijavljenih etiološko neopredeljenih črevesnih okužb (enterocolitis acuta, šifra 009.0) v občinah Koper, Izola in Piran za obdobje 1983–1992 in enake podatke iz regij Kranj in Murska Sobota za čas od 1987 do 1992. Podatke so nam posredovali na Zavodu za socialno medicino in higieno v Kopru in na Oddelku za epidemiologijo Inštituta za varstvo zdravja v Ljubljani.

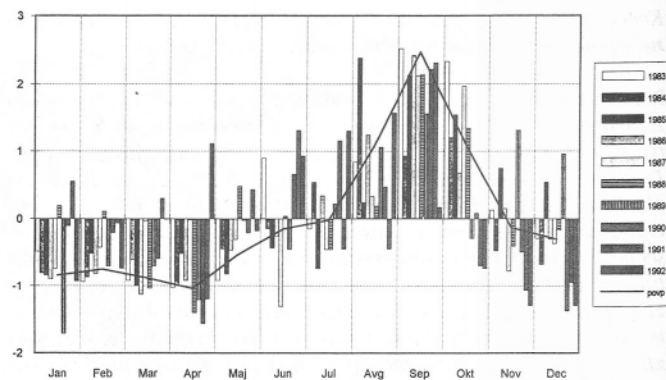
Epidemiološke podatke smo zaradi lažje primerjave posameznih mesecev in let normirali tako, da smo za posamezne mesečne vrednosti uvedli novo spremenljivko u (spremenljivka gostote standardne normalne porazdelitve),

$$u = \frac{X - \bar{X}}{\sigma},$$

kjer je X število primerov v določenem mesecu, $\bar{X}$ srednja vrednost primerov v tistem letu in σ standardna deviacija (17). Primerjave med različnimi meseci, leti in regijami smo opravili s pomočjo statističnega paketa Statworks na PC MacIntosh.

Rezultati in razpravljanje

Število etiološko neopredeljenih črevesnih okužb v obalnih občinah v obdobju 1983–1992 je nihalo med 192 v letu 1992 in 849 v letu 1986. V vseh desetih letih spremljanja so se te bolezni bolj pogosto pojavljale v avgustu, septembru in oktobru (sl. 1). Statistična obdelava podatkov je pokazala, da izrazito izstopa mesec september, deloma pa tudi avgust in oktober (tab. 1). Primerjali smo tudi incidenco neopredeljenih črevesnih bolezni na obalnem področju z regijama Kranj in Murska Sobota, za kateri predpostavljamo, da je uživanje školjk manj običajno. Primerjava posameznih mesecev v različnih regijah je pokazala, da razen v avgustu in septembru, ko je obalna regija izstopala ($p=0,1$), ni bilo statistično značilne razlike med tremi področji. Jasnih razlogov za



Sl. 1. Pojavljanje etiološko neopredeljenih črevesnih okužb (enterocolitis 009.0) po mesecih za obdobje 1983–1992 v obalni regiji. Epidemiološke podatke smo zaradi lažje primerjave različnega števila primerov v posameznih letih obdobja 1983–1992 normirali tako, da mesečne vrednosti v posameznih letih kažejo odstopanja od srednjih letnih vrednosti glede na standardno deviacijo v istem letu (glej poglavje Materiali in metode).

Fig. 1. Monthly changes in the etiologically unidentified gastro-intestinal disorders (enterocolitis 009.0) in the coastal region of R Slovenia during 1983–1992. Epidemiological data were normalized in such a way that monthly value of the particular year reflects the deviation from annual mean relative to the respective standard deviation (see Materials and methods for details).

Tab. 1. Statistična primerjava etiološko neopredeljenih črevesnih okužb (enterocolitis, 009.0) posameznih mesecev za slovensko obalo v obdobju 1983–1992 (Studentov t-test parov).

Tab. 1. Etiologically unidentified gastrointestinal disorders (enterocolitis 009.0) in the coastal region of Slovenia in 1983–1992: comparison between different months (paired Student's t-test).

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
J												
F	NS											
M	NS	NS										
A	NS	NS	NS									
M	NS	*	NS	NS								
J	*	*	*	*	NS							
J	NS	NS	*	*	NS	NS						
A	*	**	**	**	*	NS	*					
S	***	***	***	***	***	**	**	*				
O	*	**	**	**	NS	NS	NS	NS	**			
N	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	*	***	**		
D	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	*	***	**	NS	

*** – statistično značilna razlika pri <0,001; ** – statistično značilna razlika pri <0,01;

* – statistično značilna razlika pri <0,1; NS – ni statistično značilne razlike

*** – significant difference at <0.001 level; ** – significant difference at <0.01 level;

* – significant difference at <0.1 level; NS – no significant difference

razlike ne poznamo. Med možnimi vzroki pa bi lahko bilo tudi uživanje kontaminiranih školjk, saj se organizmi, ki proizvajajo strupe DSP, v severnem Jadranu praviloma pojavljajo le v toplu delu leta.

Gostote dinoflagelatov, skupine, v katero sodi večina vrst, ki, zaužite s školjkami, povzročajo intoksikacije pri človeku, so bile v naravnih vzorcih Tržaškega zaliva praviloma dokaj nizke. Med toksičnimi vrstami dinoflagelatov se v Tržaškem zalivu redno pojavljajo samo vrste rodu *Dinophysis*, ki povzročajo sindrom DSP. V obdobju 1986–92 smo njihovo navzočnost ugotavljali od maja do oktobra. Med do sedaj znanimi toksičnimi vrstami smo našli vrste *Dinophysis acuminata*, *Dinophysis acuta*, *Dinophysis fortii* (sl. 2) in *Dinophysis sacculus* (tab. 2). Najvišje koncentracije smo praviloma zabeležili v avgustu in septembru, včasih pa tudi oktobru. Najvišje ugotovljeno število teh vrst je bilo 1620 celic na liter, večinoma pa ni preseglo 1000 celic na liter. Ugotovljene gostote celic so zadostne za navzočnost DSP, saj je bila potrjena toksičnost školjk že pri koncentracijah pod 100 celic *Dinophysis* na liter v naravnih vzorcih morja (13, 18). Žal v naši študiji nismo sledili števila celic v školjkah. Znano je, da se v prebavnih žlezah školjk dinoflagelati močno koncentrirajo. V študiji na Norveškem so prešteli ob koncentracijah do 2000 celic *Dinophysis* na liter v naravnih vzorcih morja v školjkah med 20.000 in 30.000 celic na prebavno žlezo (18).

Klinična slika zastrupitve s strupi DSP se ne razlikuje mnogo od črevesnih okužb z drugačno etiologijo. Težave so nastopale od 30

Tab. 2. Za človeka toksične vrste alg, ki se koncentrirajo v školjkah: vrste strupov, ki jih proizvajajo; njihova navzočnost v Jadranskem morju in ugotovljeni smrtni izidi (po virih: 6, 26, 30, 32, 35–41).

Tab. 2. Algal species producing toxins that can enter the food chain to humans through shellfish, their presence in the Adriatic sea and fatalities (6, 26, 30, 32, 35–41).

Skupina Group	Vrsta Species	Strup Toxin	Jadran Adriatic	Mrtvi Fatalities
Dinoflagellata	<i>Alexandrium lusitanicum</i>	PSP	+	–
	<i>Alexandrium pseudogonyaulax</i>	PSP	+	–
	<i>Alexandrium tamarense</i> ¹	PSP	+	+
	<i>Alexandrium cf. fundyense</i> ¹	PSP	+	–
	<i>Dinophysis acuminata</i>	DSP	+	–
	<i>Dinophysis acuta</i>	DSP	+	–
	<i>Dinophysis fortii</i>	DSP	+	–
	<i>Dinophysis norvegica</i>	DSP	–	–
	<i>Dinophysis rotundata</i>	DSP	+	–
	<i>Dinophysis sacculus</i>	DSP	+	–
	<i>Dinophysis tripos</i>	DSP	+	–
	<i>Gymnodinium catenatum</i>	PSP	–	+
	<i>Prorocentrum minimum</i> ¹	DSP	+	–
	<i>Pyrodinium bahamense</i>	PSP	–	+
Diatomea	<i>Nitzschia pseudodelicatissima</i> ²	ASP	?	+
	<i>Nitzschia pseudoseriata</i> ²	ASP	?	–
	<i>Nitzschia pungens</i> ²	ASP	?	+
	<i>Rhizosolenia chunii</i> ³	n	–	–

¹ Toksičnost za jadransko vrsto ni bila potrjena

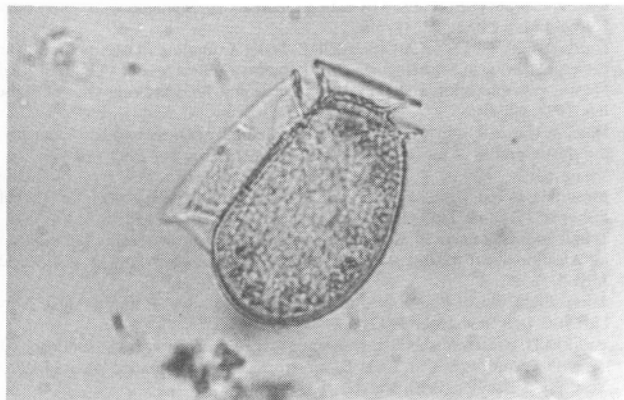
² Navzočnost v Jadranskem morju nepotrjena, ker se rutinsko določa samo kot skupina *Nitzschia* gr. *Pseudonitzschia*

³ Školjke dobijo grenak okus in so neužitne (n)

minut do največ 12 ur po zaužitju školjk. Prizadeti so imeli predvsem prebavne motnje, in sicer drisko (92%), navzeo (80%), bruhanje (79%) in bolečine v trebuhu (53%). Povprečno so odvajali blato štirikrat dnevno, pri hujših oblikah tudi deset- do dvajsetkrat (9). Bolečine v trebuhu so opisovali kot krče, ki so jih spremljali navzea, diareja in kasneje pekoč občutek v želodcu (19). Pri tem je bila pomembna tudi količina zaužitih školjk oziroma strupa DSP v njih. Do popolne ozdravitve brez posledic pride praviloma v treh dneh, ne glede na vrsto zdravljenja (9, 19). V zadnjih dveh desetletjih je imelo takšne težave več tisoč ljudi na Japonskem, Nizozemskem, v Španiji, Franciji, Skandinaviji, Čilu, Indiji, ZDA (9, 19–24).

Polieterski strupi, ki sestavljajo kompleks toksičnih dinoflagelatov DSP, so termostabilni in jih z običajnimi postopki priprave školjk ne uničimo. Strupi DSP so lipofilne spojine, ki jih delimo v tri skupine: v prvo (kisli strupi) sodijo okadaična kislina, *dinophysis* toksin 1 (DTX-1) in *dinophysis* toksin 3 (DTX-3), v drugo (nevtralni strupi) uvrščamo pektenotoksine (PTX-1, PTX-2, PTX-3, PTX-6), v tretjo pa yessotoxin (YTX) in 45-OH YTX (16, 22). Nekateri menijo, da yessotoxin ne povzroča sindroma DSP in kot tak ne bi smel predstavljati dela tega kompleksa (23). Okadaična kislina in 35-metil okadaična kislina sta močna in selektivna inhibitorja fosfataze. Rezultat delovanja strupov je spremenjeno ravnoesje med aktivnostmi protein kinaz in fosfataze. Posledica je modifikacija nekaterih celičnih funkcij, predvsem sproščanje nevrottransmitterjev in spremenjena motiliteta gladkomišičnih celic prebavnega trakta z drisko. Poleg tega okadaična kislina poveča tudi fosforilacijo istega proteina kot toksin *Vibria cholerae*, kar zveča sekrecijo Na⁺ in K⁺ iz epitelnih celic intestinalnega trakta (25).

Zaradi nespecifične klinične slike sindroma DSP je treba za potrditev diagnoze toksini izslediti v bolnikovem izbljuvku ali ugotoviti njegovo navzočnost v školjkah oziroma prešteti večje število toksičnih dinoflagelatov v morju, kjer so bile školjke nabrane ali gojene (9, 24). V septembru 1989 so z obsežnim testiranjem različnih vrst užitnih školjk, klapavic (*Mytilus galloprovincialis*), ostrig (*Ostrea edulis*), pokrovač (*Pecten jacobaeus*), morskih dateljev (*Lithophaga lithophaga*), ladink (*Venus verrucosa*), noetovih barčic (*Arca noe*), nabranih vzdolž vzhodne jadranske obale od Šibenika do Tržaškega zaliva, ocenili njihovo toksičnost (26). Najvišjo vsebnost toksinov so našli v školjkah,



Sl. 2. *Dinophysis fortii*, eden od povzročiteljev DSP, najden v Tržaškem zalivu.

Fig. 2. DSP causing *Dinophysis fortii* found in the Gulf of Trieste.

ki so rasle ob slovenski obali in celotni severni Istri. Zaradi tega je bila prepovedana prodaja okoli 600 ton gojenih školjk iz nasadov v Seči in Strunjanskem zalivu (13). Poročil o možnih zastrupitvah iz tega obdobja sicer nimamo, predpostavljamo pa lahko, da niso bile prepoznane. V istem času so namreč ob severnoitalijanski jadranski obali registrirali nad sto zbolelih zaradi sindroma DSP (14, 15).

Poleg opisanega sindroma DSP lahko nastanejo še druga, praviloma težja bolezenska stanja zaradi toksinov, ki jih tvorijo dinoflagelati. Zastrupitve z amnestičnimi (ASP – amnesic shellfish poisoning – amnestični sindrom zastrupitve s školjkami) in paralitičnimi (PSP – paralytic shellfish poisoning – paralitični sindrom zastrupitve s školjkami) strupi školjk se pojavljajo predvsem na Daljnem vzhodu, Avstraliji, Severni in Južni Ameriki (11, 12, 27–31), pa tudi Evropi (32).

Za sindrom ASP je značilna izrazito kratka doba inkubacije (od nekaj minut do nekaj ur) in simptomi zunaj prebavnega trakta (4). Po zaužitju kontaminiranih školjk so najpogostejši znaki bruhanje (76%), trebušni krči (50%), driska (42%), glavobol (43%) in izguba spomina za tekoče dogodke (25%). Zaradi težke klinične slike, ki se lahko v zgodnji fazi kaže s krči, hudo agitacijo, bronhialno hipersekrecijo in hemodinamsko nestabilnostjo, je pogosto potreben intenziven nadzor in zdravljenje (6). Pri proučevanju nevroloških znakov so pri najbolj prizadetih poleg glavobola in krčev opazovali tudi hemipareze, oftalmoplegije in komo (10). Še po enem letu so imeli nekateri bolniki resne anterogradne spomske motnje, drugi pa klinične in elektromiografske znake čiste motorične oziroma senzorično-motorične nevropatije. Nevropatološke raziskave štirih umrlih so pokazale nekrozo in izgubo nevronov v področju hipokampusu; pri preživelih pa upočasnjeno presnovo glukoze v amigdaloidnem področju centralnega živčevja (10).

V Evropi do sedaj opisov zastrupitev z ASP ni, pač pa je več poročil o sindromu PSP, predvsem na atlantski obali (Velika Britanija, Španija, Francija, Belgija, Nizozemska, Nemčija, Danska, Norveška) (32, 33). Toksine PSP so našli v nekaterih užitnih mehkužcih, rakah in drugih morskih živalih (33), ki so postali strupeni zaradi prehranjevanja s toksičnimi dinoflagelati. Tudi tu se simptomi pojavijo zelo hitro po zaužitju školjk. Opisani znaki so: parestezije okoli ust, jezika, okončin, huda slabost mišic, ataktna hoja, izguba ravnotežja in nezmožnost stanja. Smrt lahko nastopi po 3–12 urah in je posledica paralize dihanja. Hitra intubacija in umetna ventilacija sta pri takih zastrupitvah poleg intenzivne simptomatske terapije edina možnost za preživetje (30). Kasnih posledic pri preživelih praviloma ni. Sindrom PSP je dobil ime po paralizi kot osnovnem simptomu. Le-ta je posledica blokade Na⁺ kanalov živčnega sistema in jo povzročajo saxitoxin in njegovi analogi (34). Zaradi tega sta onemogočena nastanek in širjenje akcijskih potencialov živcev in skeletnega mišičja. Paraliza dihanja nastane zaradi prizadetosti centralnega in/ali perifernega živčevja. Hipotenzija, ki jo je mogoče spremljati, je posledica neposrednega učinka na gladko mišičje žil ali blokade vazomotornih živcev (25).

K sreči problem pojavljanja sindromov ASP in PSP pri nas zaenkrat ni aktualen, saj toksičnost oziroma navzočnost organizmov, ki ju povzročajo, v Jadranskem morju ni potrjena. Vendar ne smemo zanemariti izkušenj drugih o možnem prenosu različnih toksičnih vrst v rezervoarjih balastnih voda čezoceanskih ladij. Kot primer navajamo, da do poznih osemdesetih let v Avstraliji niso poznali zastrupitev oziroma sindroma PSP; leta 1986 pa so ugotovili navzočnost PSP strupov v divjih (negojenih) klapavcih (35). Raziskave planktona pred tem obdobjem in analize sedimentov, kjer bi lahko bile mirujoče ciste dinoflagelatov, so pokazale, da vrste, ki producirajo PSP, v avstralskih obalnih vodah verjetno niso avtohtone. Tudi genetske raziskave toksičnih vrst so potrdile te ugotovitve. Na osnovi natančnih študij so v balastnih vodah čezoceank, ki so priplule iz Japonske in Koreje, našli mirujoče ciste različnih dinoflagelatov. Iz cist so v laboratorijskih pogojih uspeli vzgojiti kulture, med katerimi je bila tudi toksična. Zato so domnevali, da je bil povzročitelj PSP sindroma v avstralske vode prinesen (36). Ne smemo pa tudi spregledati najnovejših dognanj,

da lahko PSP in ostale intoksikacije zaradi školjk povzročajo ne le dinoflagelati, temveč tudi nekateri drugi morski mikroorganizmi (25, 37).

Ob rutinskih pregledih vzorcev iz Tržaškega zaliva in tudi ostalih področij Jadranskega morja smo naleteli le na nekaj vrst, ki jih na osnovi podatkov iz literature lahko označimo kot toksične za človeka (tab. 2). Treba je poudariti, da ista vrsta ni nujno vedno (v vseh pogojih) toksična. To velja tudi za vrsto *Alexandrium tamarense*, povzročitelja PSP, za katero v Jadranu ni bila potrjena toksičnost. Tako lahko ugotovimo, da zaenkrat pri nas ni nevarnosti za hujše intoksikacije s školjkami, možen in verjeten pa je občasno izbruh sindroma DSP.

Zaključek

V svetu število opisov različnih zastrupitev s školjkami in njihovih povzročiteljev zadnjih dvajset let raste. Vendar pojav ni nov, saj npr. v ZDA redno spremljajo epidemiologijo teh zastrupitev že od začetka dvajsetega stoletja, znani pa so opisi primerov tudi iz prejšnjega stoletja (23). Podobno velja tudi za Evropo (33). Tudi ob Jadranu so generacije prebivalcev obmorskih mest iz izkušnje spoznale, da uživanje večjih količin školjk zlasti v določenih letnih obdobjih ni priporočljivo (42). Ob upoštevanju teh spoznanj ni razloga, da školjke še naprej ne bi bile okusen dodatek v naši prehrani.

Zahvala

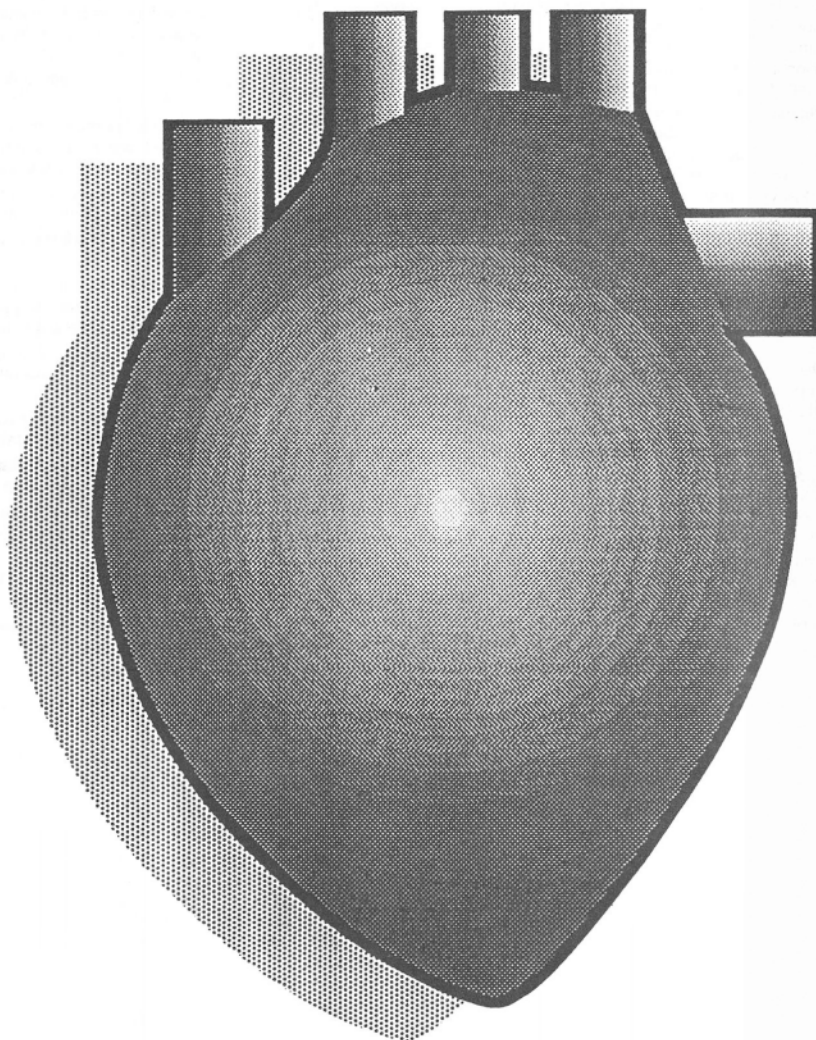
Najlepše se zahvaljujemo K. Sabotinu z Zavoda za socialno medicino in higieno v Kopru ter N. Marinič-Fišer z Oddelka za epidemiologijo Inštituta za varovanje zdravja v Ljubljani za podatke o etiološko neopredeljenih črevesnih okužbah. Zahvaljujemo se dr. V. Malačiču, dr. V. Turk in M. Maleju za pomoč pri statistični obdelavi podatkov in pripravi slik, zlasti pa prim. dr. V. Pertotu za koristne pripombe.

Literatura

- Radšel-Medvešek A. Črevesne okužbe. V: Marolt-Gomišek M, Radšel-Medvešek A eds. Infekcijske bolezni. Ljubljana: Tangram, 1992: 83–115.
- Guerrant RL, Bobak DA. Bacterial and protozoal gastroenteritis. N Engl J Med 1991; 325: 347–60.
- Lejko-Zupanc T. Okužbe zaradi uživanja rib in školjk. Med Razgl 1992; 31: 199–208.
- Hughes JH, Potter ME. Scombroid-fish poisoning – from pathogenesis to prevention. N Engl J Med 1991; 324: 766–8.
- Hruska JF. Gastrointestinal and intra-abdominal infections. In: Reese RE, Douglas GR eds. A practical approach to infectious diseases. Boston/Toronto: Little Brown & Company, 1986: 285–326.
- Perl TM, Bedard L, Kosatsky T, Hockin JC, Todd ECD, Remis RS. An outbreak of toxic encephalopathy caused by eating mussels contaminated with domoic acid. N Engl J Med 1990; 322: 1775–80.
- Fonda Umani S, Franco P, Ghirardelli E, Malej A. Outline of oceanography and the plankton of the Adriatic sea. In: Colombo G, Ceccherelli VU, Rossi R eds. Marine eutrophication and population dynamics. Fredensborg: Olsen & Olsen ISS, 1992: 347–65.
- Malej A, Harris R. Inhibition of copepod grazing by diatom exudates: a factor in the development of mucus aggregates. Mar Ecol Prog Ser 1993; 96: 33–42.
- Yasumoto T, Oshima Y, Yamaguchi M. Occurrence of a new type of shellfish poisoning in the Tohoku district. Bulletin of the Japanese Society of Scientific Fisheries 1978; 44: 1249–55.
- Teitelbaum JS, Zatorre RJ, Carpenter S et al. Neurologic sequelae of domoic acid intoxication due to the ingestion of contaminated mussels. N Engl J Med 1990; 322: 1781–5.
- Anon. Eight die in Philippines from red-tide molluscs. Harmful Algae News. UNESCO IMS Newsletter 1992; 3: 1.
- Todd ECD. Amnesic shellfish poisoning – a new seafood toxin syndrome. In: Graneli E, Anderson DM, Edler L, Sunstrom eds. Toxic marine phytoplankton. New York: Elsevier, 1990: 504–8.
- Sedmak B, Fanuko N, Obal R. Biološki toksini v školjkah severnega Jadrana. V: Zbornik VI. posvetovanja o veterinarsko-sanitarni preventivi v prometu surovin in živil živalskega izvora. Portorož, 1989: 30–1.
- Viviani R. Biotossine e prodotti della pesca e dell'acquacoltura. Laguna 1991; 5: 73–83.

15. Boni L, Mancini L, Milandri A, Poletti R, Pompei M, Viviani R. First cases of diarrhoeic shellfish poisoning in the Northern Adriatic sea. *Sci Tot Environ* 1992; Suppl: 419-26.
16. Fattorusso E, Ciminiello P, Costantino V et al. Okadaic acid in mussels of Adriatic sea. *Mar Pollut Bull* 1992; 24: 234-7.
17. Constantinides A. Applied numerical methods with personal computers. New York: McGraw Hill, 1987: 615pp.
18. Sechet V, Safran P, Hovgaard P, Yasumoto T. Causative species of diarrheic shellfish poisoning (DSP) in Norway. *Mar Biol* 1990; 105: 269-74.
19. Freudenthal AR, Jijina J. Shellfish poisoning episodes involving or coincidental with dinoflagellates. In: Anderson DM, White AW, Baden DG eds. *Toxic dinoflagellates*. Amsterdam: Elsevier, 1985: 461-6.
20. Kat M. *Dinophysis acuminata* blooms, the distinct cause of Dutch mussel poisoning. In: Anderson DM, White AW, Baden DG eds. *Toxic dinoflagellates*. Amsterdam: Elsevier, 1985: 73-7.
21. Underdal B, Ynestad M, Aune T. DSP intoxication in Norway and Sweden, autumn 1984 – spring 1985. In: Anderson DM, White AW, Baden DG eds. *Toxic dinoflagellates*. Amsterdam: Elsevier, 1985: 489-94.
22. Karunasagar I, Segar K, Karunasagar I. Incidence of PSP and DSP in shellfish along the coast of Karnataka state (India). In: Okaichi T, Anderson DM, Nemoto T eds. *Red tides: biology, environmental science, and toxicology*. New York: Elsevier, 1989: 61-4.
23. Tangen K. Diarrheic shellfish toxins in Norway. *Red Tide Newsletter* 1990; 3: 3-4.
24. Hughes JM. Epidemiology of shellfish poisoning in the United States, 1971–1977. In: Taylor DL, Seliger HH eds. *Toxic dinoflagellate blooms*. Amsterdam: Elsevier, 1979: 23-8.
25. Karaki H. Travellers' diarrhoea associated with Cyanobacterium-like bodies. *Lancet* 1992; 340: 1159-9.
26. Sedmak B, Obal R, Fanuko N. Biotoksini, nevarnost za gojenje školjk. *Morsko ribarstvo* 1990; 42: 18-24.
27. Myung-Soo H, Joong-Kyun J, Young-Ok K. Occurrence of dinoflagellate *Alexandrium tamarense*, a causative organisms of paralytic shellfish poisoning in Chinhae Bay, Korea. *J Plankton Res* 1992; 14: 1581-92.
28. Hallegraeff GM, Steffensen DA, Wetherbee. Three estuarine Australian dinoflagellate that can produce paralytic shellfish toxins. *J Plankton Res* 1988; 10: 533-41.
29. Lembeye G. Major PSP outbreak in Chile, 1991–1992. *Harmful algae news*. UNESCO IMS Newsletter 1992; 3: 1-2.
30. Taylor FJR. Artificial respiration saves two from fatal PSP in Canada. *Harmful algae news*. UNESCO IMS Newsletter 1992; 3: 4-5.
31. Ikeda T, Matsuno S, Sato S, Ogata T, Kodama M, Fukuyo Y. First report on paralytic shellfish poisoning caused by *Gymnodinium catenatum* in Japan. In: Okaichi T, Nemoto T, Anderson M eds. *International red tide symposium*. New York: Elsevier, 1988: 123-31.
32. Anderson DM, White AW, Baden DG eds. *Toxic dinoflagellates*. Amsterdam: Elsevier, 1985.
33. Russel FE. Marine toxins and venomous and poisonous marine plants and animals (Invertebrates). In: Blaxter JHS, Russel FS, Yonge M eds. *Advances in marine biology*. London: Academic Press, 1984: 59-217.
34. Sakamoto Y, Lockey RF, Krzanowski JJ. Shellfish and fish poisoning related to the toxic dinoflagellates. *South Med J* 1987; 80: 866-72.
35. Hallegraeff GM. Harmful algal blooms in the Australian region. *Mar Pollut Bull* 1992; 25: 186-90.
36. Hallegraeff GM, Bolch CJ. Transport of diatom and dinoflagellate resting spores in ships' ballast water: implications for plankton biogeography and aquaculture. *J Plankton Res* 1992; 14: 1067-84.
37. Sakamoto D, Ogata T, Sato S, Kodama M, Takeuchi T. Causative organisms of paralytic shellfish toxins other than toxic dinoflagellates. *Mar Ecol Prog Ser* 1992; 89: 229-35.
38. Marasović I. Studies of toxic dinoflagellate species in the inshore waters of the eastern Adriatic coast. *MAP Technical Repost Series* 1990; 40: 1-12.
39. Steidenger KA. A re-evaluation of toxic dinoflagellate biology and ecology. *Prog Phycol Res* 1983; 2: 147-88.
40. Parry GD, Langdon JS, Huisman JM. Toxic effects of a bloom of the diatom *Rhizosolenia chunii* on shellfish in Port Phillip Bay, Southern Australia. *Mar Biol* 1989; 102: 25-41.
41. Honsell G, Boni L, Cabrini M, Pompei M. Toxic or potentially toxic dinoflagellates from the Northern Adriatic sea. *Sci Tot Environ* 1992; Suppl: 107-14.
42. Orel G. Laboratorio di biologia marina, Trieste, osebno sporočilo.

Samo enkrat na dan



Tonocardin[®] *doksazosin*

za zdravljenje hipertenzije in preprečevanje koronarne bolezni srca

Oprema
20 tablet po 2 mg
20 tablet po 4 mg



PLIVA d.d. ZAGREB
PROGRAM FARMACEUTIKE

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

Strokovni prispevek/Professional article

VARICE PRI NOSEČNICAH

VARICOSE VEINS IN PREGNANT WOMEN

Blaž Mlačak

Zdravstveni dom, CBE 73, 68330 Metlika

Prispelo 1993-05-03, sprejeto 1993-10-22, ZDRAV VESTN 1994; 63: 145–8

Ključne besede: varice – pojavljanje; dejavniki tveganja; digitalna pletizmografija; Metlika

Izvleček – Izhodišča. Varice so pogostejše zastopane pri ženskah mlajših starostnih skupin v primerjavi z moškimi iste starosti. Cilj raziskave je bil ugotoviti prevalenco varikoze in kronične venske insuficience pri nosečnicah, predvsem klinično pomembnih varic, kot tudi dejavnike tveganja, ki so povezani s pojavom bolezni.

Metode. V skupini je 86 nosečnic med 18. in 38. letom starosti, ki so bile pregledane v obdobju dveh mesecev. Raziskana je povezava med pogostostjo pojavljanja varic in drugimi karakteristikami: dednost, starost, plosko stopalo, stoječi način dela, zvišana telesna teža. S pomočjo digitalne pletizmografije »strain gauge« so določili vensko kapaciteto, arterijski pretok in venski odtok na žilnem sistemu spodnjih udov.

Rezultati. Varice so bile ugotovljene pri 61,6% žensk, od tega je 12,8% imelo klinično pomembne in 48,8% žensk klinično nepomembne spremembe na venah spodnjih udov. Prvi stadij kronične venske insuficience (corona phlebectatica) smo ugotovili pri 2,3% nosečnic, medtem ko niti v enem primeru nismo ugotovili spremembe, značilne za drugi ali tretji stadij kronične venske insuficience. Starost in dedni dejavniki so povezani s pogostostjo javljanja patoloških stanj venske cirkulacije ($p < 0,05$). Flebotromboza ni bila najdena.

Zaključek. Raziskava kaže, da je pogostost varikoze pri nosečnicah višja kot prevalenca varic v ostali populaciji. Potrebni so preventivni ukrepi s ciljem preprečevanja razvoja bolezni in njenih zapletov.

Uvod

Dosedanje klinične in epidemiološke raziskave so ugotovile večjo prevalenco patoloških stanj venske cirkulacije pri ženskah mlajših starostnih skupin v primerjavi z moškimi iste starosti (1, 2). Tudi pri ženskah, ki so rodile, obstaja značilno večja prevalenca varic kot pri tistih, ki niso rodile. Večja zbolevnost pri ženskah je verjetno posledica hormonskih vplivov, ker je jasen hitrejši porast zbolevnosti v rodnem obdobju (1).

Cilj naše raziskave je bil ugotoviti prevalenco varikoze pri nosečnicah, predvsem klinično pomembnih varic, kot tudi dejavnike tveganja, ki so povezani s pojavom bolezni. Hkrati smo na podlagi kliničnega pregleda in pletizmografske preiskave ugotavljali prehodnost globinskega venskega sistema oziroma odsotnost flebotromboze na spodnjih udih. Na podlagi rezultatov pletizmograf-

Key words: varicose veins – occurrence; risk factors; digital plethysmography; Metlika

Abstract – Background. Varicose veins are more frequent in young women than in men of the same age groups. The aim of the study was to determine the prevalence of varicosis and chronic venous insufficiency in pregnant women, with the focus on clinically significant varicose veins as well as on the risk factors associated with the incidence of the disease.

Methods. The study included 86 pregnant women aged from 18 to 38 years examined during the period of two months. The aim was to define the connection between the incidence of the varicose veins and other characteristics: heredity, age, flat feet, occupation requiring long periods of standing, obesity. Digital strain-gauge plethysmography was used to determine venous capacity, arterial inflow and venous outflow in the lower limbs.

Results. Varicose veins were found in 61.6% of the women examined; 12.8% had clinically significant and 48.8% clinically insignificant changes in lower limb veins. First stage of chronic venous insufficiency (corona phlebectatica) was established for 2.3% of the women, while there were apparently no cases with changes significant for second or third stage of the disease. Age and heredity factors are in correlation with the incidence of pathological conditions of venous circulation ($P < 0.05$). There were no cases of phlebothrombosis.

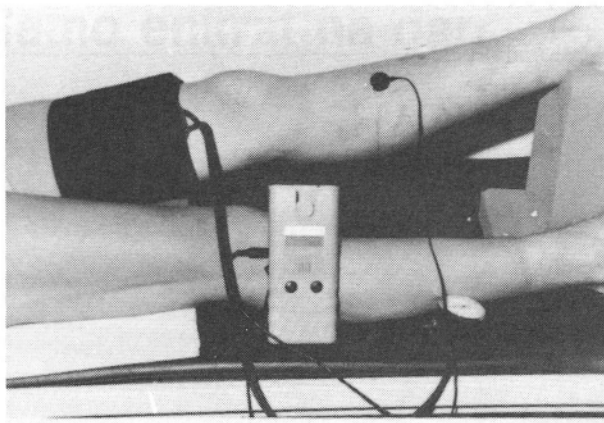
Conclusion. The study revealed that the incidence of varicose veins was higher among pregnant women than among the rest of population. Therefore, preventive measures are needed to inhibit the progression of the disease and its complications.

skih meritev smo ločili suprafascijsko od subfascijske oblike kronične venske insuficience (KVI).

Preiskovanje in metode

Raziskava je zajela 86 nosečnic med 18. in 38. letom starosti. Od 94 pisno poklicanih nosečnic (vse nosečnice v občini Metlika, ki so bile na seznamu ginekološke ambulate, od 4. do 40. tedna nosečnosti) se je na pregled odzvalo 86 žensk. Preiskovanje so bile pregledane v časovnem obdobju dveh mesecev.

Zajete so bile heterogene patološko-anatomske spremembe ven spodnjih udov, od najlažjih do najtežjih kliničnih manifestacij (1, 3). Hkrati smo na podlagi kliničnega pregleda ugotavljali spremembe, značilne za (4). Na podlagi teh kliničnih znakov oziroma



Sl. 1. Posnemanje pletizmografske krivulje s pomočjo digitalnega pletizmografa »strain gauge«.

Fig. 1. Registration of plethysmographic curve with digital »strain gauge« plethysmography.

teže bolezenskih sprememb smo bolnice s KVI razdelili v tri stadije, pri čemer smo upoštevali veljavno klasifikacijo:

– I. stadij: Znaki zastoja v področju stopala (zastojne makule, pikčaste krvavitve, edem, corona phlebectatica paraplantaris) brez trofičnih sprememb.

– II. stadij: Znaki zastoja s trofičnimi motnjami (hipodermis, dermatoskleroza, liposkleroza) brez razjed.

– III. stadij: Odprta ali zazdravljena golenska razjeda.

Varice smo na podlagi tipa varikoznih sprememb in stopnje kronične venske insuficience razdelili v skupino klinično pomembnih in skupino klinično nepomembnih varic. Klinično pomembne varice, tj. kombinacija metličastih in retikularnih varic in izrazite trunkusne varice, smo razdelili v dve skupini. Prva skupina so bile klinično pomembne varice z lažjo obliko kronične venske insuficience ali brez nje (prvi stadij), druga skupina pa je zajemala klinično pomembne varice (bolezenska varikoza – »pathological varicosity«) z izraženo klinično sliko kronične venske insuficience druge ali tretje stopnje (4).

Plosko stopalo smo odredili s pomočjo plantograma in Bragardovega indeksa, medtem ko smo debelost določili s pomočjo Queteletovega indeksa. Normalna vrednost indeksa je od 2,2 do 2,4, tako da so v skupino »debele« uvrščene osebe z vrednostjo indeksa, večjo od 2,4. V naši raziskavi smo glede na način dela vse poklice razdelili v tri kategorije: »sedeče«, »stoječe delo« in »delo v gibanju« (2).

S pomočjo testa hi-kvadrat smo iskali statistično povezavo določenih karakteristik (dednost, starost, plosko stopalo, debelost, stoječi poklici) s pojavom varikoze.

Za merjenje je bil uporabljen digitalni mehansko električni pretvornik, pletizmograf »strain gauge« (model VD 10, podjetja Elcat, Wolfratshausen, Nemčija).

Preiskovanki, ki leži na hrbtu s podloženo in 25 cm dvignjeno golenico, se na mestu največjega obsega goleni namesti merska sonda z raztegljivim merskim trakom, ki na tem mestu objema celoten obseg noge. Nato se na stegno namesti 15 cm široka manšeta, ki se napihne do 80 mm Hg, da se prepreči vrnitev venske krvi proti srcu. Porast volumna oziroma obsega goleni povzroča raztezanje merskega traku in spremembo električnega upora, ki ga pletizmograf registrira. Po dvominutni venski zapori sledi 30 sekund trajajoča praznitev manšete, da se omogoči hiter odtok venske krvi. Celoten potek merjenja (prekrvavitev v mirovanju, čas zapore, čas praznitve, analiza in shranjevanje pletizmografske krivulje, izpis rezultatov meritev) je elektronsko kontroliran in voden (sl. 1, 2). Amplituda pletizmografske krivulje se

Tab. 1. Varice pri nosečnicah.

Tab. 1. Varicose veins in pregnant women.

Varice Varicose veins	Starost – Age						Skupaj Total	
	– 24		24–25		30			
	Štev. pac. Num. of patients	%	Štev. pac. Num. of patients	%	Štev. pac. Num. of patients	%	Štev. pac. Num. of patients	%
Skupaj Total	36	100,0	30	100,0	20	100,0	86	100,0
Brez varic Without varicose veins	19	52,8	8	26,7	6	30,0	33	38,4
Klinično nepomembne Medically nonsignificant	14	38,9	17	56,7	11	55,0	42	48,8
Klinično pomembne Medically significant	3	8,3	5	16,6	3	15,0	11	12,8

avtomatično vrednoti in kaže v odstotkih volumna. To ustreza vrednosti v »ml/100 ml tkiva« pri »klasični« pletizmografski preiskavi. Osnovni parametri so venska kapaciteta (normalna nad 3%/min., patološka pod 1%/min.), arterijski pretok (normalen nad 2%/min., patološki pod 1%/min.) in venski odtok kot kazalnik prehodnosti ven znotrajfascijskega venskega sistema (normalen nad 30%/min. in patološki pod 15%/min.) (5). Če so vrednosti venskega odtoka nad 30%/min., je to znak prehodnosti globokih ven proksimalno od kolena. Ob kliničnih znakih za KVI sklepamo, da gre za suprafascijsko obliko KVI.

Rezultati

61,6% nosečnic je imelo spremembe na venah spodnjih udov, od tega 12,8% klinično pomembne, 48,8% pa klinično nepomembne varice (tab. 1). Trunkusne varice smo našli pri 8,1%, retikularne pri 29,1% in metličaste vene pri 9,3% nosečnic, medtem ko je 15,1% žensk imelo kombinacijo metličastih in retikularnih varic. Prvi stadij KVI (corona phlebectatica) smo ugotovili pri 2,3% nosečnic, medtem ko niti v enem primeru nismo ugotovili sprememb, značilnih za drugi (hipostazni dermatitis) ali tretji stadij (venski ulkus goleni) KVI. Na podlagi rezultatov pletizmografskih meritev sklepamo, da gre pri vseh primerih za suprafascijsko obliko KVI. Starost je bila izrazito povezana s pogostostjo pojavljanja varic ($P < 0,05$). Rezultati naše raziskave kažejo povezavo dednih dejavnikov in varikoze, tj. statistično pomembno večjo prevalenco varic pri ženskah, pri katerih smo pri enem ali več sorodnikih našli bolezenske spremembe na venah spodnjih udov ($P < 0,05$). Družinsko podvrženost smo ugotovili pri 71,7% žensk z varicami, pri preiskovankah s klinično pomembnimi varicami pa v 81,8% primerov. Pri ženskah s ploskim stopalom nismo registrirali statistično pomembne večje prevalence varic kot pri preiskovankah z normalnim stopalom. Tudi pri nosečnicah z zvišano telesno težo, kot tudi pri tistih, ki imajo »stoječe delo«, nismo našli statistično pomembne večje prevalence varic.

V skupini klinično pomembnih varic so se pri 45,5% žensk varice pojavile pred nosečnostjo in 27,3% v prvi nosečnosti. V isti skupini so se varice pojavile pri 54,5% žensk v prvem tromesečju nosečnosti ne glede na število nosečnosti. V skupini klinično nepomembnih varic so se varice pojavile v prvi nosečnosti pri 69% žensk. V prvem tromesečju nosečnosti so se ne glede na število nosečnosti varice pojavile pri 81% žensk.

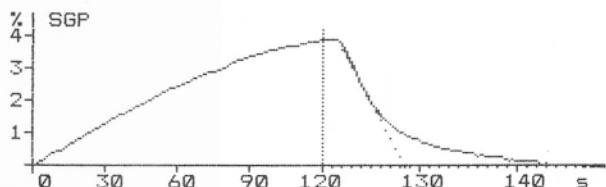
Pri nosečnicah v tretjem tromesečju je bilo značilno večje število žensk z varicami, ki imajo višjo kapaciteto od 4%/min. v primerjavi z ženskami z varicami v prvem tromesečju nosečnosti ($P < 0,05$). Istočasno smo v skupini nosečnic s klinično pomembnimi varicami in sliko KVI našli pomembno večje število žensk, ki imajo

Digital Strain-gauge-Plethysmography

Examination record: 154
(Version 2.1)

Name: T. V.
 Date of birth: 1958
 Extremity: left right D
 Occlusion: 120 sec
 Date, Time: 25. 02. 1993
 Diagnosis: VARICES EXTREM. INF. DEX.

Vein Occlusion Test:



Quantitative parameters:

Arterial inflow: AF = 3.2 %/min
 Venous capacity: VC = 3.9 %
 Outflow capacity: OC = 3.9 %
 3s - Outflow capacity: O3 = 1.7 %
 5s - Outflow capacity: O5 = 2.5 %
 Venous outflow: VO = 34.1 %/min
 Half amplitude time: TH = 3.5 s

Sl. 2. Izmerjene vrednosti pri ženski s trunkskimi varicami.

Fig. 2. Register of measured values on a woman with trunk varices.

višjo kapaciteto od 4%/min. v primerjavi s klinično nepomembnimi varicami ($P < 0,05$). Venski odtok je bil mejni (med 15 in 30%/min.) v štirih primerih, v vseh ostalih primerih je bil normalen, tj. nad 30%/min. Pri mejnih vrednostih pletizmografske krivulje smo s pomočjo kliničnih testov in ultrazvočnega Dopplerjevega detektorja izključili flebotrombozo. Subjektivne težave, najpogostejše kot občutek teže in napetosti, bolečine, krči, otekline goleni, smo ugotovili pri 40,5% žensk s klinično nepomembnimi in 72,7% žensk s klinično pomembnimi varicami.

Razpravljanje

Rezultati naše raziskave kažejo veliko pogostost varikoznih sprememb na spodnjih udih nosečnic. Podatki kažejo, da ima v populaciji dvajsetletnih oseb 20% bolezenske spremembe na venah nog, medtem ko je delež zbolelih pri starejših od 60 let večji od 80% (6). V lastni raziskavi na reprezentativnem vzorcu populacije, ki je zajela 1178 oseb, starejših od 20 let, so bile varice ugotovljene pri 29,4% moških in 41% žensk na vasi. Istočasno so bile varice pri mestnem prebivalstvu najdene pri 15% moških in 33,7% žensk (2). V naši raziskavi v skupini nosečnic iste starosti je prevalenca varikoze pomembno višja kot v ostali populaciji. Ni pa višja prevalenca bolezenskih varic v primerjavi z ostalo populacijo iste starosti. Vzrok za to je starostna struktura nosečnic, ki so večinoma relativno mlade osebe. Drugi vzrok je časovno relativno kratko obdobje hormonskega vpliva na venski zid, ki izgublja tonus in se vena razširja. Za nastanek kronične venske hipertenzije in posledičnih kliničnih znakov KVI pa je potrebno daljše obdobje, v katerem realizacijski dejavniki pospešijo strukturne in morfološke spremembe v venskem zidu. Delitev varic na klinično pomembne in klinično nepomembne na podlagi stadija KVI je upravičena, ker je v skupini bolnikov s klinično pomembnimi in bolezenskimi varicami ugotovljeno značilno večje število zapletov, kot so tromboza in pljučna tromboembolija (4). Ugotovili smo, da se varice pojavljajo večinoma v prvi nosečnosti, in to v prvem tromesečju. Večja zboleznost pri ženskah je verjetno posledica hormonskih vplivov, ker je jasen hitrejši porast zboleznosti v

rodnem obdobju. Venektazije in varice se razvijejo že v prvem tromesečju nosečnosti, kadar uterus še ne izpolnjuje medeničnega prostora in ne more vplivati na vensko cirkulacijo. Med nosečnostjo se količina progesterona znatno poveča, s tem tudi delovanje tega hormona na gladke mišice ven v smislu hipotonije z neposrednim delovanjem na aktomiozin. Estrogeni s svojim delovanjem na dejavnike strjevanja pospešujejo nastanek venske tromboze in na ta način vplivajo na nastanek sekundarnih varic (3, 6). V skupini pregledanih nosečnic nismo ugotovili flebotromboze. Tudi na podlagi anamnestičnih podatkov in medicinske dokumentacije nismo ugotovili niti v enem primeru globinske tromboze, tako da sklepamo, da so bile varice pri vseh nosečnicah primarne. Na podlagi rezultatov pletizmografskih meritev pa sklepamo, da gre pri vseh primerih za suprafascijsko obliko KVI. Pri razpravljanju o pogostosti varic pri nosečnicah je treba poudariti, da posamezni avtorji v svojih raziskavah niso uvrstili metličastih ven ali manj izrazitih retikularnih varic v patološke spremembe ven spodnjih udov. Dejstvo pa je, da so retikularne in tudi metličaste varice patološke spremembe venskega sistema, in ker so hemodinamsko manj pomembne, povzročajo bistveno manj posledičnih stanj v področju mikrocirkulacije (7). Po porodu preneha hormonski vpliv na vensko steno in mehanični učinek uterusa na venski pretok. Zmanjša se venska kapaciteta in normalizira relativna funkcionalna nezadostnost venskih zaklopk. Tubularne razširitve ven se povrnejo v prvotno stanje, medtem ko se izrazito vrečaste, cilindrično-ampularne razširitve ven zmanjšajo samo delno oziroma ostanejo varikozno spremenjene. V celoti se izgubijo oziroma povrnejo v normalno stanje razširitve ven na vulvi (5, 6). Določen odstotek venskih razširitev se torej po porodu povrne v prvotno stanje, ostanejo pa samo prave varice, cilindrične ali ampularne razširitve ven z določenimi patohistološkimi spremembami v venskem zidu in moteno hemodinamiko.

V naši raziskavi so se dedni faktorji izkazali kot izraziti dejavniki tveganja za varikoze. Družinsko podvrženost pri ženskah s klinično pomembnimi varicami smo ugotovili celo v 81,8% primerov. V večini primerov se varikoza podeduje po materi. Varice se podedujejo najverjetneje multifaktorialno poligensko. Pri ljudeh, ki imajo manjše število preddisponirajočih genov, imajo eksogeni dejavniki pomembnejšo vlogo pri razvoju bolezni (8, 9). Plosko stopalo se v naši raziskavi ni pokazalo kot dejavnik tveganja. Ugotovljeno je, da plosko stopalo zmanjšuje hemodinamski učinek mišične črpalke ter pospešuje razvoj patoloških stanj venske cirkulacije (10). Verjetno je za omenjeni učinek potrebno daljše časovno obdobje, ki ga je treba prospektivno spremljati in vrednotiti. Pri nosečnicah, ki imajo zvišano telesno težo, kot tudi pri tistih, ki imajo stoječi poklic, nismo ugotovili višje prevalence varikoze. Debelost lahko po mnenju večine avtorjev uvrstimo v tako imenovane plastificirajoče patogene dejavnike, ki s svojimi vplivi privedejo do dekompenzacije venske cirkulacije pri dedno ali pri pridobljeno slabšem vezivnem tkivu v venski steni ali pa pospešujejo že začeto nastajanje varic (1, 11). Stoječi poklici nimajo etiopatogenetske vloge v razvoju varic. Delovne obremenitve, ki povzročajo venski refluks in ortostazo, lahko pripeljejo prej do dekompenzacije venske cirkulacije.

Subjektivne težave, kot so krči, bolečine, utrujenost in zatekanje podkolenice, ima veliko število nosečnic z varicami. Težave niso specifične, ker podobne navaja tudi 9,1% nosečnic s klinično zdravimi venami. Ukrepi za zmanjšanje težav so vaje za krepitev mišic, ki izboljšujejo hemodinamski učinek mišične črpalke, in nošenje elastičnega ovojja.

Literatura

1. Bunta S. Prispevek k preučevanju problematike t.i. »varikoznega sindroma« pri zaposleni populaciji v nekaterih panogah dejavnosti. Disertacija, Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1972.
2. Mlačak B. Epidemiologija patoloških stanja venske cirkulacije na področju jedne občine. Magistrska naloga, Zagreb: Medicinski fakultet, 1979.
3. Baričević J. Uvod v flebologijo. Ljubljana: Partizanska knjiga, 1976: 68-73.

4. Widmer LK, Da Silva A, Kamber V. Die medizinisch bedeutsame Varikosis. In: Widmer LK, Stahelin HG, Nissen C, Da Silva A eds. Venen-, Arterien-Krankheiten, koronare Herzkrankheit bei Berufstätigen. Bern-Stuttgart-Wien: Hans Huber, 1981: 95-106.
5. Blazek V, Schultz-Ehrenburg U. Fortschritte in der computerunterstützten nicht-invasiven Gefäßdiagnostik. Phlebol 1991; 20: 169-75.
6. Wuppermann T. Varizen, Ulcus cruris und Thrombose. Berlin-Heidelberg-New York-Tokio: Springer Verlag, 1986: 67-89.
7. Bollinger A. Funktionelle Angiologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1979: 196-204.
8. Nierman H. Genetik und Varizen. In: Salfeld K ed. Phlebologie, Lymphologie und Proktologie in verschiedenen Lebensaltern. XVIII. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie und Proktologie, Bad Salzungen 1976. Stuttgart-New York: Schattauer, 1978: 12-8.
9. Leu HJ. Die phlebologische Sprechstunde. Bern-Stuttgart: Hans Huber, 1969: 14-30.
10. Baričević J. Vpliv statičnih anomalij na razvoj primarne varikoze. Disertacija, Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1975.
11. Sivački J, Mostovac B. Tjelesna težina varikoznih i nevarikoznih osoba. In: Flebologija. Simpozij o patološkim stanjima venske cirkulacije ekstremiteta. Ljubljana: Lek, 1976: 111-4.

131. REDNO LETNO SREČANJE SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

CELJE, 20.–21. maj 1994

Petek, 20. maj 1994

131. redna letna skupščina Slovenskega zdravniškega društva

Sobota, 21. maj 1994

Strokovni del: Zdravstvena vzgoja otrok in mladine

Moderator: U. Arko

Sodelavci:

M. Premik:

Vloga zdravstvene vzgoje v promociji zdravja

D. Komadina:

Nove usmeritve zdravstvene vzgoje

D. Podkrajšek:

Vloga zdravnika v zdravstveni vzgoji

A. Marušič:

Med navado in obredom – meje zdravstvene vzgoje

M. Vodnjov:

Zdravstvena vzgoja na primarni ravni včeraj, danes, jutri

E. Dovnik-Udovič, M. Flakus-Stanko:

Zdravstveno vzgojno delo pri otrocih in mladini s telesno in duševno manj razvitostjo

M. Škapin-Križan, M. Rejc-Novak, T. Leskošek-Denišlič, J. Vrbošek:

Zobozdravstvena vzgoja kot pomemben del zdravstvene vzgoje otrok in mladine

N. Bratanič:

Zdravstvena vzgoja otrok s kroničnimi boleznimi in njihovih staršev v bolnišnici

Prenočišča rezervirajte neposredno:

Hotel EVROPA

63000 Celje, Krekov trg

Tel. 063 21 233, fax 063 24 126

Nočitev z zajtrkom (1/1 soba) 40 DEM

Hotel HUM

Laško

Tel. 063 73 14 99, fax 063 73 17 36

Nočitev z zajtrkom (1/1 soba) 40 DEM

Zdravilišče LAŠKO

Tel. 063 73 13 12, fax 063 73 13 47

Nočitev z zajtrkom (1/2 soba) 3.300 SIT

Nočitev z zajtrkom (1/1 soba) 4.100 SIT

VABILO KANDIDATOM ZA MLADE RAZISKOVALCE

K sodelovanju vabimo diplomante Medicinske fakultete, ki jih zanima mesto mladega raziskovalca s področja nevrološke genetike (raziskovalno delo je iz molekularne genetike). Opozarjamo, da bo letošnji razpis Ministrstva za znanost in tehnologijo za mlade raziskovalce zaključen predvidoma marca letos, zato pozivamo, da se nam čimprej oglasite.

Univerzitetni inštitut
za klinično nevrofiziologijo

SPOŠTOVANE KOLEGICE IN KOLEGI, ČLANI SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA!

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

*Zaradi vsega navedenega vas prosimo, da nam kot član SZD čimprej pošljete eno **fotografijo velikosti 2,5 X 3,0 cm** (prosimo, da na hrbtno stran zapišete ime in priimek) in izpolnjen vprašalnik, ki je objavljen v nadaljevanju na naslov:*

Slovensko zdravniško društvo
Komenskega 4, 61001 Ljubljana

PODATKI O ČLANU

Ime in priimek _____

Nazivi (strokovni, znanstveni, akademski) _____

Datum in kraj rojstva _____

Leto včlanitve v SZD _____

Natančen naslov _____

Sekcija upokojenih zdravnikov SZD
v sodelovanju z
Inštitutom za zgodovino medicine pri Medicinski fakulteti
organizira

STROKOVNO EKSURZIJO V FREIBURG

– mesto, kjer je živel, delal in umrl naš rojak, znameniti zdravnik in univerzitetni profesor dr. Jurij Starovašnik, rojen v Kamniku na Malem Gradu leta 1748, končal medicino na Dunaju, umrl l. 1792 v Freiburgu. Bil je petkrat izvoljen za dekana Medicinske fakultete v Freiburgu in od 2. 7. 1778 do 30. 10. 1779 rektor te univerze.

PROGRAM

- 1. dan** Odhod iz Ljubljane ob 5.00 zjutraj izpred hiše SZD, Ljubljana, Komenskega 4, in vožnja skozi predor Kara-
17. 4. Karavanke in dalje po turski avtocesti, mimo Münchna–Augsburga–Stuttgarta do Freiburga. Med potjo postanki. Prihod v Freiburg zvečer. Namestitvev v hotelu, večerja in prenočišče.
- 2. dan** Zajtrk in obisk Univerze, Medicinske fakultete, Klinike, groba prof. Starovašnika. Popoldan ogled mestnih
18. 4. zanimivosti z lokalnim vodičem okrog 2 uri. Večerja in prenočišče.
- 3. dan** Zajtrk in vožnja v Tübingen, ogled mesta z lokalnim vodičem in vožnja skozi Ulm, mimo Münchna in
19. 4. Salzburga v Ljubljano. Prihod pozno zvečer.

Cena potovanja je 445 DEM, plačljivo v SIT po prodajnem tečaju LB – na dan plačila. Prijave in vplačila najkasneje do 10. 4. 1994.

Vplačila izleta za udeležence izven Ljubljane: Potovalna agencija »JANEZ-NERED«, Bratov Martinec 18, Ljubljana. Žiro račun: 50100-620-133-05-1025112-17025 ali s pošto nakaznico.

Udeleženci iz Ljubljane in člani sekcije upokojenih zdravnikov pa na sedežu sekcije.

Strokovno vodstvo med vožnjo in v Freiburgu bo imel naš kolega dr. Niko Sadnikar, pobudnik in soorganizator ekskurzije.

Natančnejše informacije prejmete ob prijavi na tel. (061) 51-827 (Betka Vrančič).

KRKA

organizira

SIMPOZIJ O ULKUSNI BOLEZNI

v četrtek, 24. marca 1994
Bled, grand hotel Toplice

PROGRAM

Predsedstvo:

I. Križman, M. Gorenšek, M. Skalicky, M. Jurkovič, J. Drinovec

11.00

Pozdrav in uvodne besede

S. Grabovšek-Opara, J. Šelb: Epidemiologija ulkusne bolezni

M. Hafner: Fiziologija sekrecije želodčne kisline

B. Tepeš: Pomen bakterije *Helicobacter pylori* pri boleznih zgornjih prebavil

A. Juteršek: Patologija vnetja in ulkusa na želodcu in dvanajstniku

I. Križman: Pregled protikulskih zdravil

M. Ivanuša: Farmakologija ulfamida

Klinične izkušnje z ulfamidom

I. Ferkolj, Klinični center Ljubljana

S. Benedik, Diagnostični center Bled

M. Skalicky, Splošna bolnišnica Maribor

M. Jurkovič, Splošna bolnišnica Celje

R. Bratina, Splošna bolnišnica Izola

J. Hero, Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca, Šempeter pri Gorici

A. Mencinger, Splošna bolnišnica Jesenice

M. Drenovec, Splošna bolnišnica Novo mesto

Razprava

Po končanem strokovnem delu vas vabimo na skupno kosilo.

HEPATOBIILIARNA ŠOLA
LJUBLJANA, SLOVENIJA

DRUGI PODIPLOMSKI SEMINAR IZ HEPATOBIILIARNE MEDICINE
DRUGI PODIPLOMSKI SEMINAR IZ HEPATOBIILIARNE KIRURGIJE

27. JUNIJ – 1. JULIJ 1994

Dva seminarja, kirurški in zdravniški, bosta potekala istočasno, nekaj srečanj pa bo skupnih. Namen tega seminarja je razširiti praktično, metodološko in razumsko diagnostično znanje, ter terapevtski pristop k najbolj pogostim boleznim jeter in žolčevodov.

Poučevanje bo zajemalo predavanja, predstavitve primerov in delavnice.

POVABLJENI PREDAVATELJI

Bengmark S., Boeckl O., Czygan R., Ferenzi P., Krejs P., Mazziotti M., Paguet K.-J., Schaffner F., Scheele J., Schmid R., Tiribeli C., Wiechel K. I. in drugi.

KIRURŠKI SEMINAR

Jetrne metastaze
Jetrne resekcije
Jetrna travma

SKUPNI SIMPOZIJ

Zunajjetrna žolčna obstrukcija
Primarni jetrni tumorji
Transplantacija jeter

HEPATOLOŠKI SEMINAR

Virusni hepatitis
Jetrna ciroza
Portalna hipertenzija
Holestaza

ROK ZA PRIJAVE

31. maj 1994

KRAJ PREDAVANJ

Univerza v Ljubljani
Medicinska fakulteta
Ljubljana, Slovenija

ŠOLNINA

850 dolarjev do 31. 5.
950 dolarjev na recepciji

ŠTEVILO UDELEŽENCEV

Omejeno
30 za kirurgijo
50 za medicino

JEZIK

Angleščina

PRIJAVE POŠLJITE: E. GADŽIJEV

UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER
Oddelek za gastroenterološko kirurgijo
61000 Ljubljana, Zaloška 7
SLOVENIJA
Tel.: +386 61 32 22 82
Fax: +386 61 31 60 96
ali
S. MARKOVIČ
Onkološki inštitut, B stavba
Zaloška 2, 61000 Ljubljana
tel. in fax: 386 61 30 28 28

Tečaji Mednarodnega inštituta za staranje (International Institute for Ageing) – United Nations – Malta, Valletta

4.–6. april 1994: Income security for the elderly in developing countries

13.–25. junij 1994: Geriatrics

XXIX Congress of the International Hospital Federation

23.–26. maj 1995, Budimpešta, Madžarska

Organizator: Hungarian Hospital Association

STROKOVNA SREČANJA NEVROLOŠKIH STROK

pomlad 1994

- | | |
|------------------------|--|
| 11. 3. 1994 ob 12. uri | Prof. Milivoj Veličkovič-Perat: Razvojna nevrologija in njena klinična uporaba
I. predavalnica KC, Razširjeni strokovni kolegij nevroloških strok |
| 18. 3. 1994 ob 12. uri | As. dr. David Neubauer: Neonatalne konvulzije
I. predavalnica KC, Sekcija za klinično nevrofiziologijo |
| 1. 4. 1994 ob 12. uri | Prof. Alenka Sever: Nevropsihološka rehabilitacija
I. predavalnica KC, Razširjeni strokovni kolegij nevroloških strok |
| 15. 4. 1994 ob 12. uri | As. dr. Janez Zidar, dr. Zoran Rodi, dr. Simon Podnar: Volumsko prevajanje
I. predavalnica KC, Sekcija za klinično nevrofiziologijo |
| 6. 5. 1994 ob 12. uri | Doc. dr. Franci Strle: Okvara obraznega živca – oblikovanje smernic za diagnozo in zdravljenje (diskutant: mag. Mojca Kambič-Budkovič, dr. med.)
I. predavalnica KC, Razširjeni strokovni kolegij nevroloških strok |
| 19. 5. 1994 ob 12. uri | Prof. dr. Erik Ruml: Poškodba glave
Mala predavalnica MF, podiplomski študij MF |
| 20. 5. 1994 ob 12. uri | Dr. Milica Klopčič-Spevak: Nevrofiziološke preiskave pri parestetični meralgiji
Sekcija za klinično nevrofiziologijo |
| 10. 6. 1994 ob 12. uri | As. mag. Anton Grad, mag. Bernard Meglič: Motnje dihanja pri bolnici s Parkinsonovo boleznijo
I. predavalnica KC, Razširjeni strokovni kolegij nevroloških strok |
| 17. 6. 1994 ob 12. uri | Prof. Milan Gregorič: Elektrofiziološka kvantifikacija hoje
I. predavalnica KC, Sekcija za klinično nevrofiziologijo |

PROGRAM STROKOVNIH SESTANKOV SEKCIJE ZA PEDOPSIHIATRIJO IN PEDONEVROLOGIJO V POLETNEM SEMESTRU 1994

I. ZA PODROČJE PEDOPSIHIATRIJE

- | | |
|-------------|--|
| 11. 3. 1994 | Flegar M., Kos A., Burnik Z., Končnik N.
Mentalnohigienska pomoč otrokom beguncem |
| 8. 4. 1994 | Reljič-Prinčič Anja
Predstavitev primera Sy Münchhausen |
| 13. 5. 1994 | Skupno srečanje Sekcije za pedopsihiatrijo in pedonevrologijo ter Psihoterapevtske sekcije
Družinska terapija |
| 09.00 | Hrastar F., Mrevlje G. V.
Otvoritev srečanja |
| 09.15 | Žmuc-Tomori M.
Družinska terapija |
| 10.00 | Odmor |
| 10.15 | Predstavitev dveh primerov terapije |
| 11.00 | Odmor za kavo |
| 11.30 | Žemva B.
Kemplerjeva družinska terapija |
| 12.15 | Predstavitev dveh primerov terapije |
| 13.00 | Odmor za kavo |
| 13.15 | Diskusija. Vodila bo Močnik M. |
| 10. 6. 1994 | Makarovič K., Stojin M., Gorišek M., Slodnjak V.
Sodelovanje mentalnohigienskih ustanov s šolami ob otrocih s posebnimi potrebami |
- Sestanki bodo v predavalnici Centra za mentalno zdravje, Zaloška cesta 29, Ljubljana, s pričetkom ob 9. uri.

II. ZA PODROČJE PEDONEVROLOGIJE ob sodelovanju Klinike za pedonevrologijo – Pediatrične klinike

- | | |
|-------------|---|
| 10. 3. 1994 | D. Neubauer: Leukodistrofije |
| 7. 4. 1994 | Lonec, I. Ravnik: Epidemiologija glavobolov pri osnovnošolcih v Ljubljani |
| 5. 5. 1994 | N. Župančič: Nevrofibromatoza |
| 2. 6. 1994 | Štangl, I. Ravnik: Epidemiologija motenj spanja pri predšolskih otrocih |

Predavanja bodo vsak prvi četrtek v mesecu na Pediatrični kliniki ob 14.40 v predavalnici klinike.

Vljudno vabljeni!

SLOVENSKO FARMACEVTSKO DRUŠTVO

19. skupščina SFD
in simpozij

SODOBNA FARMAKOTERAPIJA

Zdravstvena ekonomika in zakonodaja
in
Bolezni imunskega sistema

Portorož, 12.–14. maj 1994

PROGRAM

19. skupščina SFD
in simpozij

SODOBNA FARMAKOTERAPIJA
Avditorij, Portorož, 12.–14. maj 1994

Zdravstvena ekonomika in zakonodaja
12. maj 1994

Četrtek, popoldan

Moderatorja: S. Primožič, M. Činč

- 14.30–15.00 Otvoritev
15.00–15.20 B. Vrhovac
Novosti v farmakoterapiji
15.20–15.40 A. Wertheimer
Globalization of health care systems
15.40–16.00 P. Toth
Zdravila, predpisana na recept v sistemu zdravstvenega zavarovanja
16.00–16.30 Razprava
16.30–17.00 Odmor
17.00–17.20 G. Artige
European Pharmacopoeia
17.20–17.40 S. Primožič
Uvajanje evropske farmakopeje v Sloveniji
17.40–18.00 M. Činč
Predlog novega zakona o zdravilih
18.00–18.30 Razprava
18.30–19.30 Proste teme

Bolezni imunskega sistema
13. maj 1994

Petek, dopoldan

Moderatorja: B. Rozman, P. Jerman

- 9.00–9.20 V. Kotnik
Primarna imunska odpoved
9.20–9.40 B. Božič
Specifičnost avtoproteles in njihova povednost
9.40–10.00 M. Kirschfink
Pharmacological manipulation of complement deficiencies
10.00–10.20 J. Drinovec
Transplantacija organov in tkiv – imunosupresijsko zdravljenje in imunska odpoved
10.20–10.40 Razprava
10.40–11.00 Odmor
11.00–11.20 J. Arzenšek
Imunološki aspekti v diagnostiki in terapiji nekaterih kožnih bolezni
11.20–11.40 M. Favre
Modern pharmacotherapeutics and treatment of autoimmune diseases
11.40–12.00 B. Rozman
Sekundarna imunska odpoved kot posledica uporabe imunosupresivnih zdravil
12.00–12.30 Razprava

Petek, popoldan**Moderatorja: F. Kozjek, A. Štalc**

- 15.30–15.50 M. Sollner
Spojine s spodbujevalnim učinkom na imunski sistem
- 15.50–16.10 A. Štalc
Avtoimunske bolezni in njihovo zdravljenje
- 16.10–16.30 C. Rentel
Oral immunization – Nyosomes as possible carriers for vaccine
- 16.30–16.45 Razprava
- 16.45–17.00 Odmor
- 17.00–19.00 Proste teme

19. skupščina SFD**15. maj 1994****Dnevni red:****Sobota dopoldan**

- 9.30 Otvoritev
1. Izvolitev organov skupščine
 2. Podelitev društvenih priznanj
 3. Poročila o delu in poslovanju društva
 4. Poročilo glavnega urednika Farmacevtskega vestnika
 5. Poročilo nadzornega odbora
 6. Potrditev sprememb Pravilnika o podeljevanju društvenih priznanj in Statuta
 7. Razprava
 8. Sprejem sklepov

SLOVENSKO FARMACEVTSKO DRUŠTVO**Sekcija farmacevtskih tehnikov**

organizira

OBČNI ZBOR in SIMPOZIJ**DOBRE PRAKSE v FARMACIJI**

v konferenčni dvorani hotela Metropol v Novem mestu

8. aprila 1994

Program Simpozija

- 9.30–10.00 Mag. sc. Mila Božič, dipl. farm., LEK
Dobra proizvodna praksa
- 10.00–10.30 Mag. sc. Karlina Turk, dipl. farm., Lekarna Ljubljana
Dobra lekarniška praksa
- 10.30–11.00 Mr. ph. Breda Kosirnik, Gorenjske lekarne
Dobra laboratorijska praksa
- 11.00–11.30 Mr. ph. Marija Vidic, Krka
Vitamini in minerali – kdaj in kako jih dodajamo
- 11.30–12.00 Razprava

OBČNI ZBOR SEKCIJE

Otvoritev ob 12.00–13.00

Dnevni red:

1. Izvolitev organov občnega zbora
2. Poročila o poslovanju in delu sekcije
3. Poročilo nadzornega odbora
4. Potrditev sprememb Pravilnika o podeljevanju društvenih priznanj in Statuta
5. Obravnava srednjeročnega programa strokovnega izpopolnjevanja
6. Potrditev predlogov za društvena priznanja
7. Plan dela in finančni plan za leto 1994
8. Razprava
9. Sprejem sklepov

Splošne informacije: SFD, Ptujška 21, Ljubljana, tel./fax: 061 344 085

ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO MARIBOR IN PRAVNIŠKO DRUŠTVO MARIBOR

prirejata posvet

ZDRAVNIKOVA POKLICNA ODGOVORNOST IN ZAVAROVANJE TE ODGOVORNOSTI

PETEK, 25. MARCA 1994 ob 10. uri

TEHNIČNA FAKULTETA MARIBOR

Maribor, Smetanova 17

VELIKA PREDAVALNICA

PROGRAM

Pozdravni govori
 Dr. med. Jelka Gorišek, prof. dr. Š. Ivanjko
 Uvodne misli
 Prim. dr. D. Piškur-Kosmač
 Organizacija zdravstva v Sloveniji in poklicna odgovornost zdravnika
 Prof. dr. A. Dölenc
 Poklicna odgovornost zdravnika
 Prof. dr. A. Polajnar-Pavčnik
 Odškodninska odgovornost zdravnikov
 Asist. dr. Vojko Flis
 Strokovna napaka
 Mag. Z. Dežman
 Kriteriji za presojanje odgovornosti pri kirurških posegih
 Prof. dr. Š. Ivanjko
 Zavarovanje zdravnikove odškodninske odgovornosti
 Prof. dr. M. Rode
 Zavarovanje zdravnikove poklicne odgovornosti

Mag. V. Planinšec
 Odškodninska odgovornost zdravstvenega zavoda in sodna praksa
 Prof. dr. J. Drinovec
 Zdravnik in javna beseda

Probleme bodo predstavili ugledni strokovnjaki Pravne fakultete iz Ljubljane in Maribora, Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Višjega in Temeljnega sodišča v Mariboru ter Splošne bolnišnice Maribor, učne bolnišnice MF Univerze v Ljubljani.

Razpravo bosta vodila predstavnika obeh društev, prof. dr. Šime Ivanjko in dr. med. Jelka Gorišek.

Vabimo vas, da se posveta in razprave udeležite v čim večjem številu in sodelujete tudi s koreferati, saj so problemi za vse nas zelo aktualni.

Vljudno vabljeni!

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO SEKCIJA ZA ŠOLSKO IN VISOKOŠOLSKO MEDICINO

85 LET ŠOLSKE MEDICINE SLOVENIJE

TOPOLŠICA

25. marec 1994

PROGRAM

9.00 Otvoritev s kulturnim programom
 Učenci osnovne šole Topolšica
 Slavnostni govor
 Urška Arko, dr. med.
 Podelitev priznanj
 Odmor s kavo in prigrizkom

10.30 Uporaba Azitromicina pri otrocih in mladostnikih
 Doc. Milan Čížman, dr. med.
 Erythema migrans pri šolarjih in uporaba Azitromicina
 Prim. Dušica Pleterski, dr. med.

12.00 Projekt zdrave šole
 Polona Brcar, dr. med., mag. Eva Strgar, dipl. psih., prof. dr. Martina Tomori, dr. med.
 Zdravo sedenje
 Prim. Marija Vodnjov, dr. med.

14.30 Skupno svečano kosilo

16.30 Občni zbor sekcije

18.00 Zaključek srečanja

SIMPOZIJ O PARKINSONIZMU IN DRUGIH EKSTRAPIRAMIDNIH MOTNJAH

.in

10. spominsko predavanje Dr. Janez Faganel

Prvo obvestilo

Ljubljana, 8.–10. september 1994

Organizator: Univerzitetni inštitut za klinično nevrofiziologijo, Klinični center Ljubljana
V sodelovanju z Ministrstvom za znanost in tehnologijo RS, Fondacijo Vivian L. Smith za restavrativno nevrologijo, Houston, Texas, ZDA, Društvom mišično obolelih Slovenije in Društvom bolnikov s parkinsonizmom in drugimi ekstrapiramidnimi motnjami

Pod pokroviteljstvom Evropske zveze za nevrološke vede in Sekcije za klinično nevrofiziologijo Delovne skupnosti Alpe-Jadran

Spoštovana kolegica, cenjeni kolega,

z zadovoljstvom vam sporočam, da bosta letošnji jesenski simpozij in 10. spominsko predavanje Dr. Janez Faganel psvečena parkinsonizmu in drugim ekstrapiramidnim motnjam.

V zadnjih letih je to področje nevrologije izredno napredovalo. Bolje razumemo mehanizme motoričnih motenj, skoraj pozabljena vez med nevrologijo in psihiatrijo se znova vzpostavlja, zlasti po odkritju novih anatomske poti med bazalnimi gangliji in možgansko skorjo. Natančno klinično opazovanje bolnika je še vedno nadvse pomembno, nove radiološke in nevrofiziološke metode pa nam bodo pokazale, da naš bolnik s sicer tipično sliko parkinsonizma morda vendarle nima Parkinsonove bolezni. To bomo lahko potrdili s farmakološkim testiranjem, ki nas bo usmerilo k bolj smiselnemu in učinkovitejšemu zdravljenju.

Vse to bodo prikazala pregledna predavanja v naslednjih tematskih sklopih:

- diferencialna diagnoza ekstrapiramidnih motenj
- patologija in slikovne tehnike
- kognitivni vidiki ekstrapiramidnih motenj
- zdravilsko in kirurško zdravljenje

Srečali se bomo z vodilnimi nevrologi tega področja iz Amerike in Evrope (Gerald Stern, Joseph Jankovic, Niall Quinn, Bruno Dubois, Kurt Jellinger, Christoppher Ostertag idr.), prisluhnili pa bomo tudi izkušnjam domačih strokovnjakov. Če vas te teme zanimajo s kakršnega koli vidika (kot splošnega zdravnika, nevrologa, internista, kirurga, psihiatra, psihologa, fiziatra...), vas prsrčno vabim k udeležbi. V program bomo z veseljem vključili tudi vaša opažanja, izkušnje, zanimive primere bolezni ipd., bodisi v obliki posterja, predstavitve z videom ali kratkega ustnega prispevka. Prosimo pa, da nam naslov teme, ki jo boste predstavili, sporočite najkasneje do 1. aprila 1994. Vabljeni predavanja in izbrane kratke prispevke bomo v angleščini objavili v zborniku, izvlečke vseh prispevkov pa v posebnem zvezku. Nasvidenje jeseni.

Dr. Zvezdan Pirtošek,
 predsednik organizacijskega odbora

Informacije: Univerzitetni inštitut za klinično nevrofiziologijo, Zaloška 7, 61105 Ljubljana. Tel.: (0)61 316-152, faks: (0)61 302 771.

Dr. Zvezdan Pirtošek
 Klinični center Ljubljana
 Univerzitetni inštitut za klinično nevrofiziologijo
 Zaloška 7
 61105 Ljubljana

PRIJAVNICA

Prosim, pošljite mi 2. obvestilo o

SIMPOZIJU O PARKINSONIZMU IN DRUGIH EKSTRAPIRAMIDNIH MOTNJAH

Ime in priimek _____

Naslov: _____

Tel./faks: _____

Datum: _____ Podpis: _____

PROGRAM TRETJEGA LETA STALNEGA PODDIPLOMSKEGA IZPOPOLNJEVANJA IZ PEDIATRIJE (SPIP)

SPREMENJENI program letnega semestra 1993/94

3. Četrtek 21. 4. 1994 in torek 26. 4. 1994
Alergologija II.: Alergologija v otroškem obdobju
Moderatorica: Marjana Kuhar, dr. med.

4. Četrtek 19. 5. 1994 in torek 24. 5. 1994
Nefrologija II.: Okužbe sečil pri otrocih
Moderator: asist. prim. Iztok Jakša, dr. med.

Vse kolege, ki se redno udeležujejo našega SPIP opozarjamo na spremembo terminov v letnem semestru šolskega leta 1993/94.

Asist. Borut Bratanič, dr. med.

KLINIČNI CENTER – INTERNE KLINIKE ZALOŠKA KLINIČNI CENTER – KIRURŠKE SLUŽBE

in

STALNA STROKOVNA SKUPINA ZA URGENTNO MEDICINO REPUBLIKE SLOVENIJE

organizirajo

I. PODDIPLOMSKI SEMINAR O URGENTNI MEDICINI

Ljubljana, 20. in 21. junij 1994
Predavalnica I Kliničnega centra

Seminar je namenjen zdravnikom, ki se pri svojem delu srečujejo s strokovnimi in organizacijskimi vprašanji na področju urgentne medicine, ter vsem tistim, ki bi želeli poglobiti ali obnoviti svoje znanje o tej pomembni medicinski veji.

OKVIRNI PROGRAM SEMINARJA

20. 6. 1994	dopoldan popoldan	Organizacija urgentne medicine v Sloveniji – prikaz trenutnega stanja in možnosti razvoja Kardiopulmonalna reanimacija – teoretični pregled z doktrinarnimi novostmi; praktično usposabljanje
21. 6. 1994	dopoldan	Nenadna smrt Postopki pri civiljenjsko ogroženem poškodovancu Proste teme

Organizatorji vabijo tudi k aktivni udeležbi. Izvlečke 20-minutnih predavanj ali prikazov zanimivih primerov z navedenih področij pošljite skupaj s točnim naslovom avtorja oz. predavatelja najkasneje do 30. aprila 1994. Natančen urnik predavanj bo sporočen naknadno.

Prijave sprejema tajništvo Internih klinik Zaloška pisno ali na telefon (061) 317-375. Kotizacija znaša 10.000 SIT in jo lahko nakažete na žiro račun št. 50103-603-51820 Internih klinik Zaloška Klinični center, Zaloška 7, 61000 Ljubljana, obvezno s pripisom: Za seminar urgentne medicine.

Ob registraciji bo potrebno predložiti dokazilo o plačani kotizaciji. Aktivni udeleženci so oproščeni kotizacije. Število udeležencev je omejeno. Za udeležbo na praktičnem usposabljanju za reanimacijo je zaradi dodatne omejitve števila kandidatov (80 najprej prijavljenih) potrebno ob prijavo to posebej navesti. Udeleženci bodo ob prihodu prejeli tiskano gradivo.

V teku so dogovori z Zdravniško zbornico Slovenije za upoštevanje udeležbe na seminarju pri podaljševanju licenčne listine.

OBVESTILO ZA ODDAJO IZVLEČKA

21. SREČANJE DELOVNIH SKUPIN V OSNOVNI ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI

»DELANEZMOŽNOST«

ROGAŠKA SLATINA, 9.–11. JUNIJ 1994

Namen 21. strokovnega srečanja delovnih skupin v osnovnem zdravstvenem varstvu je osvetlitev vsakdanjega problema – **ocenjevanje delanezmožnosti**. Delanezmožnost je vsakdanji in dokaj neprijeten problem zdravnikov primarnega zdravstvenega varstva. Za dobro **operativno delo** je potrebno solidno **teoretsko znanje** kot tudi poznavanje **zakonodaje**. K aktivnemu sodelovanju so zato povabljeni strokovnjaki vseh treh področij.

Celotno srečanje je razdeljeno na tri tematske sklope in sicer:

1. Delanezmožnost otrok in šolarjev.
2. Začasna delanezmožnost odraslih.
3. Trajna delanezmožnost.

1. V ta sklop bodo uvrščeni prispevki, ki bodo obravnavali problematiko zmožnosti za šolsko delo ter invalidnost otrok in šolske mladine.
2. Za to temo pričakujemo prispevke o ocenjevanju začasne delanezmožnosti v ambulantah splošne medicine in medicine dela, prispevki o potrdilih o zmanjšani delovni zmožnosti, o delovanju zdravniških komisij...
3. V ta sklop bodo uvrščeni prispevki o trajni delanezmožnosti, o ocenjevanju telesnih okvar, delovanju invalidskih komisij ter zadevna zakonodaja.

Avtorji bodo lahko predstavili svoja dela v obliki:

1. zaokrožena skupina člankov (simpozij),
2. posamezni članki,
3. posterji,
4. demonstracije.

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

Pri pisanju upoštevajte naslednja navodila:

- V prvi vrstici (brez predhodnih praznih vrstic) naj bo naslov prispevka, napisan z velikimi črkami.
- Druga vrstica je prazna.
- V tretji vrstici naj bo ime in priimek avtorja in soavtorjev (brez akademskih naslovov), sledita mu institucija in kraj dela. Prosimo, da podčrtate podajalca prispevka.
- Izvleček naj bo napisan brez prostega robu.
- Polje z izvlečkom ne sme biti prepognjeno, cel tekst naj bo napisan brez popravkov, ker bo kot tak uporabljen za zbornik izvlečkov.

Na istem listu, vendar pod poljem za izvleček, prosimo za podrobnejšo predstavitev avtorjev:

Oblika predavitve prispevka (obkrožite odgovor):

– Prvi avtor _____	Simpozij	DA
– Institucija _____	Članek	DA
– Delovno mesto _____	Poster	DA
– Ostali avtorji _____	Demonstracija	DA
– Naslov _____		
– Pošta _____		
– Tel. _____		
– Fax _____		

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

Avtorje ponovno opozarjamo, da je zadnji rok za oddajo izvlečkov **15. april 1994**.

Za pripravljalni odbor:
Mag. Gojimir Žorž, dr. med.
Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Trubarjeva 2
61000 Ljubljana

I. SLOVENSKI SIMPOZIJ O ENDOSKOPSKI KIRURGIJI

SPLOŠNA BOLNIŠNICA SLOVENJ GRADEC

24.–26. marec 1994

Pokrovitelj simpozija: Minister za zdravstvo Republike Slovenije, Božidar VOLJČ

Predsednik simpozija: Vladislav PEGAN

Strokovni odbor: Vladislav PEGAN, Tomaž TOMAŽEVIČ, Nado VODOPIJA, Jože ANTONIČ

Organizacijski odbor: Nado VODOPIJA, Janez GORJANC, Franc KRIŠTOFELC, Marko ZUPANČIČ, Mihael ZAJEC, Vladimir JOLIČ, Ljubo KORŠIČ, Anica LAKOVŠEK, Milena LEVSTIK, Anka KONEČNIK

Mesto simpozija: SPLOŠNA BOLNIŠNICA SLOVENJ GRADEC

Registracija: 24. 3. 1994 od 12. do 14. ure

PROGRAM

Četrtek, 24. 3. (avla otroškega oddelka)

14.00–15.00 Otvoritev simpozija

Predsedstvo: Vladislav Pegan, nado

Vodopija

Pozdravni govori

– Minister za zdravstvo Republike

Slovenije Božidar Voljč

– Direktor Splošne bolnišnice Slovenj

Gradec Drago Plešivčnik

Predsednik sveta koroških občin Ivan Uršič

15.00–16.30 Prikaz razvoja minimalnih invazivnih posegov v kirurgiji, ginekologiji, urologiji in torakalni kirurgiji

Predsedstvo: Vladislav Pegan, Tomaž Tomaževič

Razvoj endoskopskih posegov v abdominalni kirurgiji

V. Pegan (Ljubljana)

Laparoskopske hernioplastije

E. Steiner (Innsbruck)

Razvoj endoskopskih posegov v ginekologiji

T. Tomaževič (Ljubljana)

Laparoskopija v urologiji

N. Vodopija (Slovenj Gradec)

Endoskopska operativna tehnika v torakalni kirurgiji

J. Antonič (Maribor)

16.30–17.00 Odmor

17.00–18.00 Predsedstvo: Nado Vodopija, Jože Antonič
Program izobraževanja

J. Gorjanc (Slovenj Gradec)

Tehnika in oprema v ginekologiji

M. Ribič-Pucelj (Ljubljana)

Endoskopije na ginekološko porodniškem oddelku Splošne bolnišnice v Slovenj Gradcu od 1990 do 1994

L. Košič, N. Vodopija, M. Zupančič, J.

Gorjanc, M. Zajec (Slovenj Gradec)

19.00 Coctail

Petek, 25. 3.

8.30–12.30 Operativni program
(urološka operacijska, audio in video prenos v avto internega oddelka)
Laparoskopska hernioplastika
E. Steiner (Innsbruck)

Laparoskopska ligatura vene spermatike in terne

N. Vodopija (Slovenj Gradec)

Histeroskopija

T. Tomaževič (Ljubljana)

12.30–14.00 Odmor za kosilo

14.00–15.10 Endoskopska kirurgija

Razvoj, uspehi, zapleti, anestezija (avla otroškega oddelka)

Predsedstvo: Branimir Cvitanović, Alojz Pleskovič

Eswi. pred laparoskopsko holecistektomijo V. Pegan (Ljubljana)

The possibility of preoperative prognosis for succesful laparoscopic cholecystectomy V. Dimov, A. Peev, V. Spasov, T. Josifovski (Skopje)

Minimalna invazivna kirurgija prsnega koša

J. Antonič, A. Zorko, A. Crnjac (Maribor)

Laparoskopska hernioplastika

D. Velnić (Zagreb)

Težave in zapleti laparoskopskih holecistektomij

G. Pivec, S. Potrč, F. grandovec, M. Koželj, V. Flis (Maribor)

Sočasna laparoskopska holecistektomija in apendektomija

S. Mahne, J. Mioč, Ž. Guzej (Izola)

Laparoskopska terapija enostavnih cist jeter

A. Pleskovič, V. Pegan, E. Gadžijev (Ljubljana)

The reason for conversion of laparoscopic cholecystectomy to open surgery

V. Spasov, A. Peev, V. Dimov, T. Josifovski (Skopje)

Laparoskopska holecistektomija s tremi trokarji

Z. Čala (Zagreb)

Laparoskopska holecistektomija pri

akutnem vnetju želodca

A. Pleskovič, M. Sever, V. Pegan (Ljubljana)

15.10–15.20 Odmor

15.20–16.30 Predsedstvo: Janez Gorjanc, Stanislav Mahne

Traheoskopske klinaste resekcije

A. Crnjac, J. Antonič, A. Zorko (Maribor)

16.30–16.40	Prve izkušnje s torakoskopskimi posegi J. Eržen, S. Vidmar, M. Bitenc (Ljubljana) Laparoskopska holecistektomija – nekaj opažanj po prvih sto operacijah S. Mahne, T. Jelačin, J. Mioč, Ž. Guzej, M. Jahomin (Izola) 18-mesečno izkustvo sa laparoskopskim holecistektomijama S. Peev, V. Spasov, V. Dimov, T. Josifovski (Skopje) Zapleti pri laparoskopski holecistektomiji M. Sever, V. Pegan, L. Pleskovič (Ljubljana) Zapleti pri kirurških in uroloških laparoskopskih operacijah – naše izkušnje od 1990 do 1994 M. Zupančič, N. Vodopija, L. Koršič (Slovenj Gradec) Prednosti laparoskopske holecistektomije Ž. Rašić (Zagreb) Videoendoskopsko vstavljanje katetra za peritonealno dializo Z. Čala, D. velnić, V. varlaj, N. Janković (Zagreb) Pomen diagnostične laparoskopije pri abdominalnem bolniku A. Pleskovič (Ljubljana) Laparoskopska kirurgija akutnega abdomna B. vrbanc (Murska Sobota) Torakoskopija – metoda izbora pri zdravljenju recidivnega spontanega pnevmotoraksa A. Zorko, J. Antoni, A. Crnjac (Maribor)	16.30–16.40 16.40–18.00	A. Voglar, M. Ribič-Pucelj, T. Tomažević (Ljubljana) Varnosti ukrepi pri histeroskopskih operativnih posegih M. Dintinjana, M. zejfert-Slabe (Ljubljana) Varnostni ukrepi pri laparoskopskih operativnih posegih M. Zejfert-Slabe, M. Dintinjana (Ljubljana) Endoskopski posegi pri zdravljenju vnetij rodil B. Kobal, A. Fetih, A. Omahen (Ljubljana) Odmor Predsedstvo: Viktorija Rus-vaupot, Jože Antonič Anestezija pri laparoskopskih posegih A. Bučar, N. Požar (Ljubljana) Anestezija pri endoskopski kirurgiji V. Mršič (Zagreb) Anestezija pri endoskopskih laparoskopijah D. Guček, V. Rus-Vaupot (Slovenj Gradec) Primerjava postoperativne analgezije pri klasični in endoskopski odstranitvi žolčnika M. Cesar-Komar (Slovenj Gradec) Laparoskopije v ptujski bolnišnici A. Maračič (Ptuj) Laparoskopsko asistirana sigmoidektomija (video) M. Rems, D. Čokl, T. Lah (Jesenice) Laparoskopska marsupielizacija ledvične ciste in ligatura vene spermatike interne (video) N. Vodopija, L. Koršič, M. Zupančič (Slovenj Gradec) Laparoskopska nefrektomija (video) N. Vodopija, M. Zupančič, L. Koršič (Slovenj Gradec) Plenarna seja Vodi V. Pegan Večerja (za vse udeležence)
	Petek, 25. 3. 14.00–16.00 (knjižnica otroškega oddelka) Laparoskopija v ginekologiji Predsedstvo: Martina Ribič-Pucelj, Franc Krištofelc Prve izkušnje s histeroskopsko elektrokirurgijo T. Tomažević (Ljubljana) Endoskopska limfadenektomija A. Omahen (Ljubljana) Sodobno kirurško zdravljenje zunajmaternične nosečnosti		Sobota, 26. 3. (knjižnica otroškega oddelka) 9.00–12.00 Praktični tečaj – na pelvitrenerjih za ginekologe T. Tomažević (Ljubljana)

MaltaDerm '94: Dialog dermatologije in revmatologije
9.–12. november 1994, Valleta, Malta

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH LAW

Prva številka te nove revije, ki bo obravnavala zdravstveno zakonodajo, bo predvidoma izšla v marcu 1994. Glavna urednika: Prof. HDC Roseam Abbling, University of Utrecht in Prof. JKM Gevers, University of Amsterdam, Nizozemska. Izdajatelj revije je Martinus Nijhoff Publishers, P. O. Box 322, 3300 AD Dordrecht, The Netherlands.

III. STROKOVNI SESTANEK SEKCIJE ZA ARTERIJSKO HIPERTENZIJO

Sekcija za arterijsko hipertenzijo Slovenskega zdravniškega društva bo 3. in 4. maja 1994 na Bledu v Festivalni dvorani organizirala pod pokroviteljstvom Ministrstva za zdravstvo Republike Slovenije III. strokovni sestanek o arterijski hipertenziji z mednarodno udeležbo.

Preliminarni program

Torek, 3. maj 1994 (predavanja in razpravljanje v angleščini)

9.00–9.30 **Otvoritev**

1. del **Tarčni organi in sekundarna hipertenzija**

9.30–10.00	J. P. Chalmers	Tarčni organi
10.00–10.15	J. Dobovišek	Hipertrofija levega prekata
10.15–10.30	A. Žemva	Insulin in hipertrofija levega prekata
10.30–10.45		Razpravljanje
10.45–11.15		Premor
11.15–11.30	S. Kaplan-Pavlovčič	Ultrazvočna diagnostika renovaskularne hipertenzije z Dopplerjem
11.30–11.45	R. Kveder	Hipertenzija pri bolnikih z glomerulonefritisom
11.45–12.00	B. Rozman	Hipertenzija pri bolnikih z lupusnim glomerulonefritisom
12.00–12.30		Razpravljanje
12.30–13.30		Kosilo

2. del **Reaktivnost in variabilnost krvnega tlaka**

13.30–14.00	J. Staessen	Variabilnost krvnega tlaka
14.00–14.15	P. Dolenc	24-urno neinvazivno merjenje krvnega tlaka v ribniški študiji
14.15–14.30	R. Accetto	Hipertenzija bele halje v ribniški študiji
14.30–14.45	A. Gregorič	Variabilnost krvnega tlaka pri otrocih in mladostnikih (prospektivna študija)
14.45–15.15		Razpravljanje
15.15–15.45		Premor
15.45–16.15	S. Julius	Nevrogeni mehanizmi v hipertenziji
16.15–16.30	B. Salobir	Spektralna analiza v ribniški študiji
16.30–16.45	G. Antolič	Avtonomna živčna funkcija pri hipertenzivnih bolnikih
16.45–17.15		Razpravljanje
20.00		Slavnostna večerja

Sreda, 4. maj 1994 (predavanja in razpravljanje v slovenščini)

3. del **Hipertenzija v otroštvu in adolescenci**

9.00–9.20	A. Gregorič	Epidemiologija hipertenzije
9.20–9.40	I. Jakša	Klinika hipertenzije
9.40–10.00	N. Bidovec	Terapija hipertenzije
10.00–10.30		Razpravljanje
10.30–11.00		Premor

4. del **Hipertenzija v starosti**

11.00–11.20	B. Kolšek	Značilnosti hipertenzije v starosti
11.20–11.40	J. Dobovišek	Izolirana sistolična hipertenzija
11.40–12.00	O. Pirc-Čerček	Posebnosti zdravljenja hipertenzije v starosti
12.00–12.30		Razpravljanje
12.30–14.00		Kosilo

5. del **Zdravljenje hipertenzije**

14.00–14.20	D. Pokorn	Mediterranska dieta
14.20–14.40	R. Accetto	Zdravljenje hipertenzije z lisinoprilom (Irumed)
14.40–15.00	B. Bucić	Zdravljenje hipertenzije z i.v. enalaprilatom
15.00–15.20	J. Dobovišek	Zdravljenje hipertenzije z amlodipinom (Amlopin)
15.20–16.00		Razpravljanje
16.00		Zaključek

Kotizacija znaša 150 DEM v tolarški protivrednosti, ki jih nakažete na ŽR SZD pri LB št. 50101-678-48620 z oznako »Hipertenzija« ali pa jo poravnate pred začetkom sestanka.

Kotizacija vsebuje:

- udeležbo na dvodnevnem sestanku
- razširjene povzetke predavanj v zborniku
- delovni kosili
- slavnostno večerjo v Vili Bled
- potrdilo o prisotnosti

Cena slavnostne večerje za spremljevalce je 50 DEM v tolarški protivrednosti, ki jo je potrebno vplačati ob registraciji. Predvidena cena za nočitev in zajtrk v enoposteljni sobi je 71, v dvoposteljni pa 51 DEM po osebi v tolarški protivrednosti.

Nadaljnja obvestila bodo razposlana na naslove slovenskih zdravstvenih domov.

Hotelsko rezervacijo in prijavnino pošljite na:

Albatros, Kongresno turistična agencija, 64260 Bled, Ribenska 2, tel. 064 / 78 046, 78 824, 76 317, fax 064 / 76 319.

Podrobnejše informacije o sestanku: dr. R. Accetto, dr. J. Brguljan.

Sekcija za arterijsko hipertenzijo pri SZD

Klinika za hipertenzijo, Vodnikova 62, 61000 Ljubljana

tel. 061 / 15 93 233, fax 061 / 15 95 338

Predsednik
asist. mag. dr. Rok Accetto

Tajnik
mag. dr. Primož Dolenc

REDNO IZOBRAŽEVANJE IZ AKUPUNKTURE IN TRADICIONALNE KITAJSKE MEDICINE

Sekcija za akupunkturo Slovenskega zdravniškega društva v sodelovanju s Slovenskim društvom za orientalno medicino ter z Akademijo za tradicionalno kitajsko medicino iz Pekinga organizira popolno izobraževanje, ki zdravnika usposobi za samostojno opravljanje akupunkture. Izobraževanje je namenjeno predvsem zdravnikom splošne prakse in specialisto, lahko pa se ga udeležijo tudi drugi zdravstveni delavci, veterinarji in drugi, ki pa akupunkture na ljudeh ne smejo opravljati.

OBLIKA IZOBRAŽEVANJA

Izobraževanje v tečaju 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 standardom (WHO, WFAS in evropski standardi). Ureditev v stopnje omogoča, da se lahko zdravniki, ki že imajo določeno izobrazbo iz akupunkture, vključijo v tečaj na ustrezni stopnji in ga tako dokončajo.

Tečaja A in B potekata na Medicinski fakulteti v Ljubljani, tečaj C pa v pekingu na Akademiji za tradicionalno kitajsko medicino. Vodijo ga domači strokovnjaki, pri izpopolnjevanju pa sodelujejo tudi strokovnjaki iz Akademije za tradicionalno kitajsko medicino iz Pekinga.

PREDVIDENI TERMINI

Tečaj A:	1994	25. marec – 8. maj
	1995	17. marec – 7. maj
Tečaj B:	1994	28. oktober – 11. december
	1995	13. oktober – 10. december
Tečaj C:	1994	5 november – 30. november
	1995	5. november – 30. november

INFORMACIJE IN PRIJAVE:

Sekcija za akupunkturo SZD, Komenskega 4, 61000 Ljubljana,
ali: Slovensko društvo za orientalno medicino, PP 30, 61231 Ljubljana

Podrobnejše informacije o ceni in program vsakega tečaja vam bomo poslali po pošti. Uradne ure za ostale informacije: tel. 061 375 867 (ponedeljek, sredo in petek od 17. do 19. ure).

INTERNISTIČNA SEKCIJA SZD

prireja

15. in 16. aprila 1994 v Veliki dvorani Poslovno informacijskega centra LEK, Ljubljana, Verovškova 57
strokovni sestanek za interniste, zdravnike splošne medicine in druge zdravnike

AVTOIMUNSKE BOLEZNI

Strokovni vodja: Prof. dr. Blaž Rozman

PROGRAM

Petek, 15. april 1994

9.30–13.00	B. Rozman	Uvodne misli
	V. Kotnik	Temelji avtoimunosti
	I. Krajnc, M. Čeh	Izkušnje o avtoimunskih boleznih v mariborski in novomeški splošni bolnišnici
	S. Hojker	Avtoimunske bolezni ščitnice
	S. Praprotnik	Organsko nespecifične avtoimunske bolezni
	M. Tomšič	Mozaik avtoimunosti
13.00–14.30		Kosilo v prostorih podjetja LEK
14.30–16.30	T. Kveder	Detekcija avtoprotiteles
	M. Kos-Golja	Druge diagnostične metode pri opredeljevanju avtoimunosti
	D. Logar	Zdravljenje avtoimunskih bolezni
	M. Vračko-Miličič	Pasti pri zdravljenju z NSA
	B. Rozman	Novi pristopi k zdravljenju avtoimunosti

Promocija nove Lekove kozmetične blagovne znamke PRO-ARS VIVENDI

Sobota, 16. april 1994

9.30–13.00		Proste teme
	B. Tepeš	Helicobacter pylori in ulkusna bolezen – Aktualne spremembe v teoriji ulkusne bolezni in pristopi k terapiji
	B. Varl	Jodid mineralne vode v preventivi endemične golše
	Okrogla miza	Poenotenje internistične medicinske dokumentacije

Moderator: doc. prim. dr. Franc Fazarinc

Udeležbo na sestanku priznava Zdravniška zbornica Slovenije kot strokovno izpopolnjevanje zdravnikov pri dodeljevanju licence (št. soglasja: 12-94/6)

Kotizacija 3000 SIT (vključuje certifikat Zdravniške zbornice Slovenije)

PROSTA DELOVNA MESTA SVETOVNE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE

Spoštovane kolegice in kolegi,

dovolite mi, da vas kot vodja urada WHO v Sloveniji povabim, da si pozorno preberete objave o prostih delovnih mestih, ki nam jih posreduje Generalna direkcija WHO iz Ženeve. Kot redna in enakopravna članica ima Slovenija v okviru Svetovne zdravstvene organizacije pravico zaposliti od 1–8 vrhunskih nacionalnih strokovnjakov z ustreznim jezikovnim znanjem in z mednarodnimi izkušnjami. V kolikor smatrate, da ustrežete pogojem določenega razpisa, vas prosimo, da nas o tem čimprej obvestite po telefonu (217 951) ali pa pisno na naslov:

Urad WHO, Štefanova 5, Ljubljana.

Le z vašo pomočjo in sodelovanjem bomo ponujeno kvoto lahko izpolnili z ustreznimi slovenskimi strokovnjaki, ki jih v naši državi na srečo ne manjka.

V pričakovanju uspešnega sodelovanja, vam želim čimveč poklicnega zadovoljstva.

Dr. Nina MAZI

MESTA (naziv, izobrazba, kraj, enota):

Medicinski častnik (2 leti), P5, Ženeva (Švica): Division of Family Health (FHE), Adolescent Health (ADH)

Vodja (biologija), P5, Ženeva (Švica): Division of Drug Management and Policies (DPM), Biologicals (BLG)

Raziskovalec (statistika in informatika, 2 leti), P5, Rim (Italija): Regional Office for Europe (EURO)

Častnik za preskrbo, P4, Ženeva (Švica): Division of Conference and General Services (CGS)

Editor (angleščina), P3, Ženeva (Švica): Health and Biomedical Information Programme (HBI)

Raziskovalec (področje – voda in odpadki, 2 leti), P3, Rim (Italija): Regional Office for Europe (EURO)

Podrobnejše informacije dobite v Uradu Svetoven zdravstvene organizacije, Štefanova 5, Ljubljana.

Strokovni prispevek/Professional article

ASTMA

ASTHMA

Stanislav Šuškovič

Inštitut za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik, 64204 Golnik

Prispelo 1993-01-14, sprejeto 1993-03-19, ZDRAV VESTN 1994; 63: 149-53

Ključne besede: vnetje; največji ekspiratorni pretok; cirkadiani ritem; bronhialna prevzdražljivost; zdravljenje

Izvleček – Izhodišča. Astma označuje vnetje bronhialne mukoze. Simptomi astme, bronhialna prevzdražljivost in cirkadiana variabilnost obstrukcije so v veliki meri odvisni od jakosti bronhialnega vnetja.

Zaključki. Opisali smo etiopatogenezo vnetja bronhialne mukoze pri astmatikih. Za zdravljenje astme je treba ocenjevati velikost cirkadiane variabilnosti obstrukcije in stopnjo bronhialne prevzdražljivosti. Pomembno je razkriti alergične ali nespecifične sprožilce astmatskih dušenj. Navedli smo načine trajnega zdravljenja astme in zdravljenja akutnih poslabšanj astme.

Uvod

Astma označuje vnetje bronhialne sluznice, bronhialna prevzdražljivost ter cirkadiana variabilnost bronhialne obstrukcije. Obstrukcija popusti samodejno ali po zdravljenju (1). Zaradi ne povsem spoznanih razlogov v nekaterih zahodnih deželah naraščata prevalenca in umrljivost za astmo (2).

Etiopatogeneza

Bronhialna sluznica je pri astmatikih značilno vnetja. Epitelij bronhijev je poškodovan. Prisotna je hiperplazija mukoznih žlez, hipertrofija gladkega mišičja ter eksudacija tekočin in vnetnih celic. Pri nekaterih so našli subepitelijsko nabiranje kolagena. Vnetni eksudat sestavljajo eozinofilci, nevtrofilci, makrofagi, mastociti ter limfociti. Eozinofilci so za astmo značilne celice, kar jo lahko ločuje od drugih kroničnih vnetij dihal (3).

Limfociti so pri astmi primarni regulatorji imunskega odziva. Limfocite T spodbudijo alergeni, morda pa tudi virusi in avtoantigeni. Limfociti T s citokini IL-4 (interleukin-4) in IL-10 spodbujajo tvorjenje imunoglobulinov E (IgE). IgE se oprimejo receptorjev na površini mastocitov in drugih vnetnih celic. S tem celice senzibilizirajo na učinke inhaliranih ali zaužitih alergenov. Limfociti T z IL-3, IL-5 ali GM-CSF (granulocyte/macrophage colony-stimulating factor) tudi neposredno privabljajo in aktivirajo eozinofile in druge vnetne celice (4).

V alergijski vnetje se vpletajo še drugi citokini, kot TNF (tumor necrosis factor) alfa, IL-1, IL-16 in IL-8 (4).

Key words: inflammation; peak expiratory flow; circadian rhythm; bronchial hyperresponsiveness; treatment

Abstract – Background. Asthma is characterised by inflammation of bronchial mucosa. The symptoms of asthma, bronchial hyperresponsiveness and circadian variability of obstruction are much dependent upon the intensity of bronchial inflammation.

Conclusions. The etiopathogenesis of the inflammation of bronchial mucosa in the asthmatic patients is described. For the treatment of asthma, both the magnitude of circadian variability of obstruction and the degree of bronchial hyperresponsiveness must be evaluated. It is important to determine the allergic or nonspecific provoking factors of asthmatic attacks. The ways of long-term treatment of asthma as well as the acute exacerbations of asthma are presented.

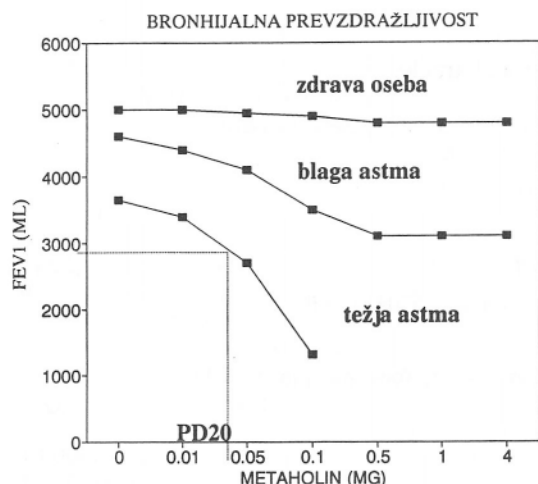
Pod vplivom alergenov ali nespecifičnih dražljajev, kot so toplotne ali osmotske spremembe v sluznici, izločajo senzibilizirani mastociti in druge vnetne celice številne mediatorje, kot so histamin, prostaglandini, levkotrieni, faktor aktivacije trombocitov, adenozin in bradikinin. Vnetni mediatorji sprožijo bronhokonstrikcijo, pospešujejo izločanje sluzi in povzročijo edem dihalnih poti. Histamin je glavni vnetni mediator mastocitov. Prostaglandini, levkotrieni ter faktor aktivacije trombocitov se tvorijo iz membranskih fosfolipidov številnih vnetnih celic. Pri tem je njihov bronhokonstriktorni učinek bistveno večji od histamina (5, 6).

V astmatičnem vnetju ima pomembno vlogo neadrenergični-neholinergični živčni sistem. Aktivacija tega sistema povzroči izločanje številnih proinflammatoryh neuropeptidov, kot so substanca P, nevrokinin A in calcitonin gene-related peptide ali pa antiinflammatoryh peptidov, kot je vazoaktivni intestinalni peptid (6).

Bronhialna prevzdražljivost

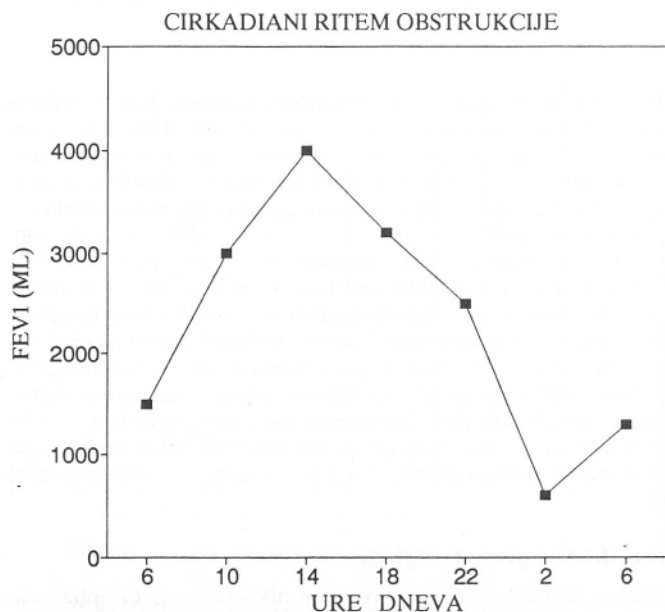
Večina astmatikov se odzove z bronhospazmom na inhalacije histamina, metaholina, neizotoničnih raztopin, na ohladitev sluznice bronhijev ali na telesni napor. Ta pojav imenujemo bronhialna prevzdražljivost. Našteti dejavniki v enaki dozi pri zdravih osebah sprožijo kvečjemu nepomemben bronhospazem. Astmatično vnetje je v dobri meri odgovorno za nastanek in vzdrževanje bronhialne prevzdražljivosti (7-9).

Za prikaz in izmero bronhialne prevzdražljivosti služijo bronhialni provokacijski testi. Te opravimo tako, da bolnik inhalira naraščajoče količine testne snovi (npr. metaholina) ob sprotih



Sl. 1. Krivulje odmerik-odziv bronhialnih provokacijskih testov z inhalacijami metaholina pri zdravi osebi in osebama z blago astmo in težko astmo. Le zdrava oseba in bolnik z blago astmo imata plateau krivulje odmerik-odziv. Pri bolniku s težko astmo je prikazan izračun PD20 (provokativni odmerik metaholina za 20% zmanjšanje izhodiščnega forsiranega volumna v prvi sekundi izdih - FEV_1).

Fig. 1. Dose-response curves of bronchial provocation tests with inhalations of metacholine in healthy subject and in patients with both mild and severe asthma. Only a healthy person and a patient with mild asthma have the plateau of dose-response curve. For patients with severe asthma, the calculation for PD20 is presented (provocative dose of metacholine for 20% decreased initial forced volume in the first second of expiration - FEV_1).



Sl. 2. Bronhialna obstrukcija ima pri astmatikih tipično sliko cirkadianega nihanja z najmanjšimi pretoki oziroma najintenzivnejšo obstrukcijo bronhijev v zgodnjih jutranjih urah. Amplituda cirkadianega nihanja obstrukcije je eno od meril poslabšanja astme.

Fig. 2. Bronchial obstruction in asthmatic patients has the typical form of circadian oscillation with the smallest flows or the most intensive obstruction of bronchi in the early morning hours. The amplitude of circadian oscillation of obstruction is one of the criteria for the deterioration of asthma.

merjenih spremenljivk pljučne funkcije. Pridobljene meritve povežemo v krivuljo odmerik-odziv (sl. 1). Najpogosteje izračunamo odmerik testne snovi, ki privede do določenega npr. 20-odstotnega zmanjšanja izhodiščne FEV_1 (forsirani volumen v prvi sekundi izdih). Ta parameter označimo s PD 20 (PD=provokativni odmerik, 20=20%). Pomemben parameter je ravni del krivulje (plateau), ki ga imajo poleg zdravih le bolniki z zelo blago astmo (9).

Cirkadiani ritem astme

Cirkadiana variabilnost obstrukcije je za astmo značilen in pomemben pojav. Zožitev bronhijev je pri bolnikih z astmo po pravilu najintenzivnejša med 2. in 4. uro zjutraj (sl. 2). Pri tem gre za povečanje normalnega cirkadianega nihanja bronhialnega tonusa. Pri zdravem to nihanje ne presega 10% posameznih vrednosti PEF (peak expiratory flow - največji pretok med izdihom) ali FEV_1 . Amplitude cirkadianih nihanj pri bolnikih z astmo so lahko bistveno večje ter dosežejo 60% in več. Takšna nihanja v prehodnosti bronhijev povzročijo pri astmatikih nočno astmo. Amplitude cirkadianih nihanj zožitve bronhijev v veliki meri določa velikost bronhialne prevzdražljivosti. Čim večja je, tem večje amplitude v pljučni funkciji ima bolnik (10, 11). Zato menimo, da velikost amplitude cirkadianega nihanja obstrukcije, tako kot velikost bronhialne prevzdražljivosti, odražata jakost astmatičnega vnetja bronhijev.

Cirkadiana variabilnost lahko ocenjujemo s serijskimi merjenji največjega pretoka zraka med izdihom s prenosnimi merilci. Takšne meritve pogosto razkrijejo veliko variabilnost astme, ki bi jo pri izolirani dopoldanski meritvi, ko ima bolnik normalno pljučno funkcijo, lažno ocenili za umirjeno (sl. 3).

Atopija

Z atopijo označujemo povečano tvorjenje IgE (imunoglobulinov E). Inhalacijski ali alergeni v prehrani sprožijo po zgoraj opisanem mehanizmu pri nekaterih atopičnih osebah tvorjenje IgE ter manifestacije astmatičnega vnetja bronhijev.

Ekstrinzična astma

Pri teh astmatikih najdemo alergene, ki sprožajo tvorjenje IgE. Inhalacija ali zaužitje teh alergenov povzroči poslabšanje astme.

Intrinzična astma

To je oblika astme pri neatopičnih osebah, pri katerih ne najdemo alergičnih sprožilcev astmatičnih dušenj. Nekatere epidemiološke študije kažejo, da je nagnjenost k astmi vselej povezana s pretirano tvorbo IgE (12), zaradi česar je morda vprašljiva razdelitev na ekstrinzično in intrinzično astmo. Po tem spoznanju povzročajo intrinzično astmo bodisi alergeni, ki jih nismo sposobni razpoznati, ali pa sprožilci povečane tvorbe IgE, kot so virusi ali avtoantigeni.

Alergeni

Kontrolirana inhalacija alergena v respiratornem laboratoriju povzroči bronhospazem pri večini senzibiliziranih astmatikov. Bronhospazem nastopi v 10 do 15 minutah in spontano izzveni v eni uri. Pri polovici astmatikov po takojšnji reakciji sledi 4 do 6 ur zatem še pozna reakcija. Inhalacija alergena sproži povečanje vnetja bronhijev, zato ji sledi povečanje bronhialne prevzdražljivosti (3).

Po drugi strani vsakodnevna izpostavljenost specifičnemu alergenu (npr. hišni pršici) astmatiku pogosto ne povzroča klinično evidentnega bronhospazma, temveč le poglobljanje astmatičnega vnetja bronhijev (8). Zato se pri astmatiku, ki je trajno izpostavljen

škodljivemu alergenu, bronhialna prevzdražljivost prikrito povečuje in s tem astma slabša.

Pomembni alergeni za astmo so: hišni pršci (*Dermatophagoides pteronyssinus* in *Dermatophagoides farinae*), pelodi trav, dreves in plevelov, številne plesni (*Alternaria*, *Aspergillus*, *Cladosporium*, *Penicillium*), proteini psa, mačke, krave ali laboratorijskih živali, alergeni v hrani in številni alergeni delovnega okolja (13).

Za dokaz alergične astme večinoma zadostujeta anamneza in pozitivni kožni testi z dobro standardiziranimi alergeni.

Za dokazovanje atopije je merjenje specifičnih IgE manj občutljivo od kožnih testov. Določamo jih v primeru dermografizma ali kožnih bolezní, ki nam preprečujejo izvedbo kožnih testov.

Specifičnih inhalacijskih bronhialnih provokacijskih testov v običajni diagnostiki alergične astme ne opravljamo (13).

Nespecifični sprožilci

Aspirin

Približno 10% astmatikov je preobčutljivih za aspirin. Pri tem je navzkrižna intoleranca med aspirinom in drugimi nesteroidnimi antirevmatikami skoraj 100-odstotna.

Intolerance na nesteroidne antirevmatike ne povzroča alergična reakcija tipa IgE. Verjetno je, da nesteroidni antirevmatiki z inhibiranjem ciklooksigenaze preusmerijo metabolizem arahidonske kisline v smer bronhokonstriktorskih levkotrienov (14).

Okužba

Okužbe dihal z virusi ali mikoplazmo utegnejo povečati bronhialno prevzdražljivost ter poslabšati astmo. Mehanizem poslabšanja ni docela raziskan, verjetno ga vsaj deloma povzroči vnetna okvara bronhialnega epitelijskega (3).

Napor

Pri astmatikih nastopi bronhospazem pogosto po končani telesni obremenitvi. Telesni napor hitreje privede do bronhospazma v hladnem in suhem zraku, pa tudi sicer pri osebah z močnejše izraženo bronhialno prevzdražljivostjo (15).

Menstruacijski cikel in nosečnost

V predmenstruacijskem obdobju se astma poslaša pri skoraj polovici bolnic z astmo. Nosečnost povzroči poslabšanje astme pri četrtini bolnic, pri drugi četrtini pa se astma zboljša (13).

Zdravila

Adrenergični blokatorji beta utegnejo pri nekaterih astmatikih sprožiti hud bronhospazem. Mehanizem ni docela raziskan, bronhospazem nastopi morda zaradi ojačenja holinergičnega tonusa ali aktivacije mastocitov. Inhibitorji angiotenzin-konvertirajočega encima pri osebah z bronhialno prevzdražljivostjo pogosto povzročijo kašelj. Angiotenzin-konvertirajoči encim zavira razgradnjo bradikina. Zdravila, ki zavirajo angiotenzin-konvertirajoči encim, povzročijo zato nabiranje vnetnih mediatorjev (8).

Zdravljenje astme

Naraščanje zbolewnosti in umrljivosti za astmo kljub uvedbi novih antiastmatskih zdravil in boljše razumevanju načinov njihovega delovanja je razumljivo spodbudilo strokovnjake po vsem svetu, da so analizirali ta, morda paradoksalni pojav. Rezultati teh analiz so bile med drugim tudi objave nekaterih priporočil ali programov za diagnostiko in zdravljenje astme (13, 16–22).

Pouk astmatika

Ključnega pomena za uspešno zdravljenje astme je kontinuiran pouk astmatika. Bolnika je treba naučiti razločevanja med simptomatskimi bronhodilatatornimi zdravili (beta 2 adrenergični ago-

nisti, ipratropium bromid, teofilin) in preventivnimi protivnetnimi zdravili (glukokortikoidi, zlasti inhalacijski, ketotifen, natrijev kromoglikat, natrijev nedokromil). Spoznati mora sprožilce astmatičnih dušenj in načine, kako naj se jih izogiba. Astmatika je treba priučiti za merjenje PEF in ga prepričati v koristnost teh meritev. Spoznati mora znake in simptome, ki kažejo na poslabšanje astme. Dobiti mora pisna navodila, kako naj ukrepa ob različnih stopnjah poslabšanja astme (13, 20, 22).

Opredelitev jakosti astme s pljučno funkcijo

Poleg merjenja FEV₁ in FVC (forsirana vitalna kapaciteta), s katerima opredelimo ventilacijsko insuficienco v restriktivno ali obstruktivno, je za trajno spremljanje pljučne funkcije astmatika najpomembnejši PEF. Astma je zelo dinamična bolezen, zato je možno bronhialno obstrukcijo, ki lahko nastopi kadarkoli v teku dneva ali noči, večinoma objektivizirati le z merjenji PEF s pomočjo majhnih prenosnih aparatov, kot je npr. mini Wright peak flow meter. Večino teh meritev opravi bolnik sam. Kakovost teh merjenj je odvisna od uspešnosti predhodnega pouka (13, 20).

Pri teh meritvah ocenjujemo absolutno vrednost, dinamiko in dnevno variabilnost PEF (sl. 3).

Dnevno variabilnost PEF na splošno izračunamo iz vsaj dveh merenj zjutraj in zvečer, pred uporabo bronhodilatatorja (če ga bolnik uporablja) in po njej. Pri tem je dnevna variabilnost: (največji PEF – najmanjši PEF)/največji PEF (22).

Menimo, da je opredelitev jakosti bronhialne prevzdražljivosti pomemben podatek za uspešno zdravljenje astme. Jakost bronhialne prevzdražljivosti dobro odraža jakost astmatičnega vnetja bronhijev. Velikost bronhialne prevzdražljivosti določa stopnjo letnega zmanjšanja pljučne funkcije. Ob istem dražljaju se oseba z večjo bronhialno prevzdražljivostjo odzove s hujšim bronhospazmom. Kolikor večja je bronhialna prevzdražljivost, toliko večjo dnevno variabilnost obstrukcije lahko pričakujemo. Uspešno zdravljenje astme (z inhalacijskimi glukokortikoidi) privede do zmanjšanja ali celo izginotja bronhialne prevzdražljivosti (8).

Izločanje alergenov iz astmatikovega okolja

Specifični alergeni povzročijo povečanje astmatičnega vnetja in s tem poslabšanje astme. Bistvenega pomena je, da zdravnik razpozna za astmatika pomembne alergene in jih poizkuša v največji možni meri iz njegovega okolja odstraniti. Z zmanjšanjem količine inhaliranih alergenov se zmanjša intenzivnost astmatičnega vnetja bronhijev, izboljšajo astmatikove težave in zmanjša bronhialna prevzdražljivost (21, 22).

Izjemno pomembno je ugotoviti alergene delovnega okolja. Samo s pravočasno premestitvijo delavca v njemu neškodljivo okolje je mogoče poklicno astmo ozdraviti (13).

Specifična imunoterapija

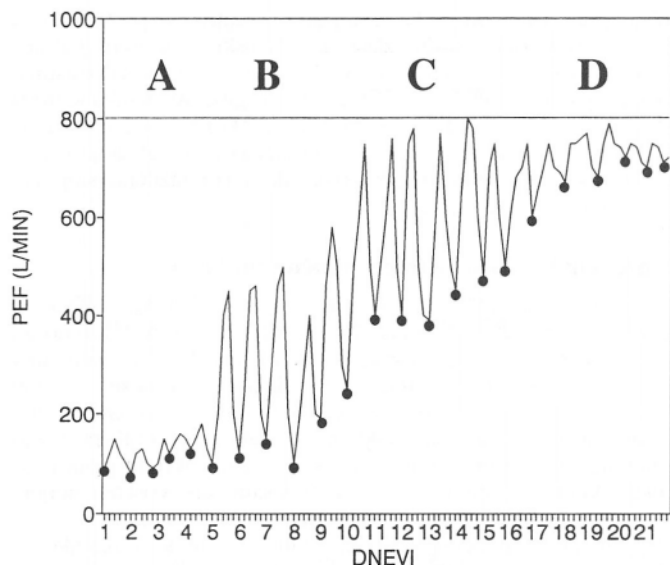
Odstranitev specifičnih alergenov se le redkodkaj popolnoma posreči. Za specifično imunoterapijo se odločimo, ko se alergenu ni možno izogniti, pri čemer z ustrezno medikamentno terapijo astme ne stabiliziramo v primerni meri.

Pri tem z aplikacijo naraščajočih količin alergena dosežemo, da je astmatik za ta alergen manj odziven ali celo neodziven. Način delovanja imunoterapije ni pojasnjen, verjetno gre za kompleksno delovanje na limfocite T.

Za specifično imunoterapijo se odločimo pri astmatiku, ki je prvenstveno alergičen le na en alergen. Imunoterapija je uspešna pri astmatikih, preobčutljivih za pelode trav, hišno pršico, beljakovine živali in *Alternaria* (22).

Osnove trajnega zdravljenja astme

Osnovni cilj je zmanjševanje astmatičnega vnetja bronhijev. V tem pogledu so med običajnimi antiastmatskimi zdravili edino uspešni



Sl. 3. Spremljanje zdravljenja astme z merjenji PEF (peak expiratory flow – največji pretok v izdihu). PEF so vsakodnevno merili ob 6^h (označeno s ●), 10^h, 14^h, 18^h in 22^h. Bolnik z normativno vrednostjo PEF 800 l/min (prikazano s prekinjeno linijo) je bil spočetka zdravljn v zelo budem poslabšanju astme (A). Zdravljenje privede do postopnega izboljšanja PEF, ob sicer velikih cirkadianih amplitudah PEF (B). V obdobju C je bolnik le navidezno stabiliziran. Dopoldanska meritev PEF in drugih spremenljivk pljučne funkcije je v tem obdobju pokazala normalne vrednosti, vendar pa celodnevna merjenja PEF razkrijejo še vedno budo nestabilnost astme. Obdobje D kaže resnično stabilizacijo s celodnevno normalizacijo PEF.

Fig. 3. Follow-up of the treatment of asthma with measurements of PEF (peak expiratory flow – the maximal flow in the expirium). PEF was measured daily at 6 a. m. (marked by ●), at 10 a. m., 2 p. m., 6 p. m. and 10 p. m. The patient with standard value of PEF 800 l/min (marked by interrupted line) was initially treated during severe deterioration of asthma (A). The treatment leads to the progressive improvement of PEF, but with large circadian amplitudes of PEF (B). During the period C, the patient is only apparently stabilised. The morning measurement of PEF and other variables of lung function showed normal values during that time, yet the whole-day measurements of PEF revealed still severe instability of asthma. The period D shows a real stabilisation with a whole-day normalisation of PEF.

inhalacijski ali peroralni glukokortikoidi. Vendar tudi njihov protivnetni učinek, ko jih opustimo, izzveni v nekaj tednih. Zato je treba predpisovati protivnetne inhalacijske glukokortikoide pogosto tudi več let zapored.

Način trajnega zdravljenja astme je odvisen od stopnje jakosti astme, ocenjene pred pričetkom zdravljenja (22):

– blaga astma: intermitentni, blagi simptomi <1–2 na teden, nočna astma <1–2 na mesec, PEF ali FEV₁ >80% norme, dnevna variabilnost <20%;

– zmerna astma: poslabšanja >1–2 na teden, nočna astma >2-krat mesečno, PEF ali FEV₁ 60–80% norme, dnevna variabilnost 20–30%, zaradi simptomov je potreba po beta2 agonistih skoraj vsakodnevna;

– huda astma: številna poslabšanja, stalni simptomi, omejena fizična aktivnost, PEF ali FEV₁ <60% norme, dnevna variabilnost >30%.

Blago astmo zdravimo s kratko delujočimi beta2 agonisti (salbutamol, fenoterol, terbutalin, prokaterol, fenoterol + ipratropium

bromid), predpisanimi »po potrebi«. Pri ostalih oblikah astme so prvo zdravilo glukokortikoidi v aerosolu (beklometazon-dipropionat, budesonid, triamcinolon, flunisolid). Odmerjamo jih od 0,2 do 1 ali celo 2 mg dnevno. Dodajamo jim glede na stopnjo astme poleg kratko delujočih tudi dolgo delujoče beta2 agoniste (salmeterol, formoterol), antiholinergike, retardne teofiline ali v redkih primerih tudi sistemske glukokortikoide (22–24).

Kontrolirano astmo označujejo: redka poslabšanja, minimalna (idealno ničelna) poraba beta2 agonistov, neomejena (normalna) fizična aktivnost, variabilnost <20%, (skoraj) normalen PEF in kvečjemu minimalni stranski učinki zdravil.

Osnove zdravljenja akutnih poslabšanj astme

Terapevtski plan je odvisen od stopnje poslabšanja astme, ki jo ocenimo po simptomih, znakih in z meritvami pljučne funkcije. Cilji zdravljenja so: čimprej odpraviti obstrukcijo, korigirati hipoksemijo, čimprej normalizirati pljučno funkcijo, preprečevati relapse in pripraviti pisni plan za primer bodočih poslabšanj. Spoznati je treba hudo poslabšanje astme, ki jo označujejo navedeni znaki (ni nujno, da so navzoči vsi hkrati): težka sapa v mirovanju, nemir bolnika, frekvenca dihanja >30/min, uporaba pomožne dihalne miškulature, pulz >120/min, paradokсни pulz, PEF <50% norme ali <100 l/min pri odraslem ter pO₂ <60 mmHg (8 kPa) in PCO₂ >45 mmHg (6 kPa). V ekstremnem poslabšanju je bolnik somnolent ali zmeden, paradokсни pulz izgine, nad prsnim košem ne slišimo več piskov in pojavi se bradikardija (22). Posebej je treba poznati lastnosti rizičnih astmatikov: hospitalizacija v preteklem letu, urgentna terapija astme v preteklem letu, predhodna intubacija zaradi astme, psihiatrični ali psihosocialni bolniki ali nekooperativni bolniki.

Osnovno zdravilo večine akutnih poslabšanj astme so sistemske glukokortikoidi. Bronhospazem skušamo na splošno odpraviti z velikimi dozami inhaliranih beta 2 agonistov, ki jim dodajamo antiholinergik ipratropium bromid, ali občasno teofilin (22–24).

Literatura

1. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma. Am Rev Respir Dis 1987; 136: 225–43.
2. Higenbottam T. Has the treatment of asthma improved? Chest 1990; 98: 706–12.
3. Kay AB. Asthma and inflammation. J Allergy Clin Immunol 1991; 87: 893–919.
4. Kay AB. »Helper« (CD4) T cells and eosinophils in allergy and asthma. Am Rev Respir Dis 1992; 145: S22–S6.
5. Drazen JM, Austen KF. Leukotrienes and airway responses. Am Rev Respir Dis 1987; 136: 985–98.
6. Barnes PJ, Chung KF, Page CV. Inflammatory mediators and asthma. Pharmacol Rev 1988; 40: 49–84.
7. Holgate ST, Wilson JR, Howarth PH. New insights into airway inflammation by endobronchial biopsy. Am Rev Respir Dis 1992; 145: S2–S6.
8. Barnes PJ. New concepts in the pathogenesis of bronchial hyperresponsiveness and asthma. J Allergy Clin Immunol 1989; 83: 1013–26.
9. Townley RJ, Hopp RJ. Inhalation methods for the study of airway responsiveness. J Allergy Clin Immunol 1987; 80: 111–24.
10. Barnes PJ. Circadian rhythms and airway function. Bull Eur Physiopathol Respir 1987; 23: 529–45.
11. Douglas NJ. Nocturnal asthma. QJ Med 1989; 264: 279–89.
12. Burrows B, Martinez FD, Halonen M, Barbee RA, Cline MG. Association of asthma with serum IgE levels and skin-test reactivity to allergens. N Engl J Med 1989; 320: 271–7.
13. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. National Heart, Lung, and Blood Institute. National Asthma Education Program. Expert Panel Report. Chairman AL Sheffer. J Allergy Clin Immunol 1991; 88: 425–543.
14. Szczeklik A. The cyclooxygenase theory of aspirin-induced asthma. Eur Respir J 1990; 3: 588–93.
15. McFadden ER Jr. Regulation by physical factors. In: Crystal RG et al. eds. The lung. New York: Raven Press, 1991: 967–76.
16. Hargreave FE, Dolovich J, Newhouse MT. The assessment and treatment of asthma: a conference report. J Allergy Clin Immunol 1989; 85: 1098–102.
17. Warner JO, Gotz M, Landau LI et al. Management of asthma: a consensus statement. Arch Dis Child 1989; 64: 1065–79.

18. British Thoracic Society. Guidelines for management of asthma in adults. I. Chronic persistent asthma. Br Med J 1990; 301: 651-4.
19. British Thoracic Society. Guidelines for management of asthma in adults. II. Acute severe asthma. Br Med J 1990; 301: 797-800.
20. Parker SR, Mellins RB, Sogn DD. Asthma education: a national strategy. NHLBI workshop summary. Am Rev Respir Dis 1990; 140: 848-53.
21. Colloff MJ, Ayres J, Carswell F et al. The control of allergens of dust mite and domestic pets: a position paper. Clin Exp Allergy 1992; 22: 1-28.
22. International consensus report on diagnosis and treatment of asthma. National Heart, Lung, and Blood Institute of Health. Eur Respir J 1992; 5: 601-41.
23. Šuškovič S, Šorli J. Principi medikamentnega zdravljenja astme. Zdrav Vestn 1990; 59: 432-6.
24. Barnes PJ. A new approach to the treatment of asthma. N Engl J Med 1989; 321: 1517-27.

danes najuspešnejši kinolonski preparat

Cenin[®] / Ciprobay[®]

ciprofloksacin

širokospektralni kemoterapevtik

- **hitro baktericidno delovanje na gram pozitivne in gram negativne mikroorganizme kakor tudi na problemske klice**
- **izrazito delovanje na psevdomonas**
- **hiter terapevtski uspeh zaradi visoke učinkovitosti**
- **dobra prenosljivost**
- **samo dvakratna dnevna uporaba, kar pomeni veliko olajšanje v klinični in splošni praksi**
- **prednost tudi zaradi oralnega zdravljenja na domu**

Kontraindikacije: preobčutljivost za ciprofloksacin; otroci in mladi v dobi rasti; nosečnost, dojenje; previdnost pri starejših bolnikih in poškodbah osrednjega živčevja.



Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

Strokovni prispevek/Professional article

MULTIVARIATNA ANALIZA VZROKOV NAPOTITEV IZ SPLOŠNIH AMBULANT

MULTIVARIATE ANALYSIS OF THE REASONS FOR REFERRAL FROM GENERAL PRACTICE

Igor Švab

Inštitut za varovanje zdravja, Trubarjeva 2, 61000 Ljubljana

Prispelo 1993-09-16, sprejeto 1993-11-30, ZDRAV VESTN 1994; 63: 155–62

Ključne besede: zdravnik splošne medicine; napotitve**Key words:** general practitioner; referrals

Izvleček – Izhodišča. Raziskava raziskuje napotitve kot pomemben del dela zdravnika splošne medicine. Zasnovana je bila z namenom doseči naslednje cilje:

- narediti sliko stanja, doseženega v razvoju splošne medicine na Slovenskem;
- ugotoviti pomen dejavnikov, ki vplivajo na odločitev za napotitev pri slovenskih zdravnikih splošne medicine;
- z enotno metodologijo primerjati delo zdravnika splošne medicine v Sloveniji z delom zdravnikov splošne medicine po drugih evropskih državah.

Postavljene so bile naslednje delovne hipoteze:

- variabilnost odstotka napotitev med slovenskimi zdravniki splošne medicine in tistimi v drugih evropskih državah je podobna;
- zdravniki z nizkim odstotkom napotitev k specialistu se po dejavnikih, ki vplivajo na odločanje za napotitev, ločijo od ostalih;
- te dejavnike je možno opredeliti s statistično primerjavo.

Metode. Študija je del evropske mednarodne multicentrične raziskave, v katere vodenju je avtor sodeloval kot predstavnik Slovenije skupaj s predstavniki še 14 držav. Raziskava je potekala ob finančni pomoči EGS. Zdravniki splošne medicine so registrirali podatke o sebi in svojih ambulantah, delu, ki ga opravljajo, in o tridesetih napotitvah. Slovenski podatki so prikazani posebej, kasneje pa še ob primerjavi z ostalimi državami. Dejavniki, ki vplivajo na odločitev o napotitvi slovenskih zdravnikov, so analizirani ob uporabi logistične regresije.

Rezultati. Slovenski zdravniki splošne medicine so imeli najvišje število napotitev k specialistu na teden v študiji. Najpogostejša specialnost je kirurgija, sledi ji interna medicina. Imajo najvišji odstotek ponovnih napotitev, rutinskih napotitev in tistih, na katere bolniki niso imeli vpliva. Čas od napotitve do pregleda pri specialistu je kratek. Avtorju je uspelo dokazati vse tri delovne hipoteze. Variabilnost standardizirane stopnje napotitev med zdravniki splošne medicine v Sloveniji je podobna tisti v drugih državah, ki so sodelovale v raziskavi. Med dejavniki, ki naj bi vplivali na odločitev o napotitvi, so pomembni trije: število bišnih obiskov tedensko, odstotek prvih napotitev in spolna struktura napotenih bolnikov. Na osnovi teh treh dejavnikov je izdelan model logistične regresije.

Zaključki. Na osnovi izsledkov raziskave avtor predlaga, kako obravnavati napotitve iz splošnih ambulant, in podpira evropske standarde, ki jih je sprejelo vodstvo raziskave.

Abstract – Background. The study deals with referrals, which are an important part of general practitioner's work. It was planned in order to achieve the following aims:

- to make a description of the situation, achieved in the development of general practice in Slovenia;
- to determine the importance of the factors that influence the referral decision among general practitioners in Slovenia;
- to compare the work of general practitioners in Slovenia with other European general practitioners, using the same methodology.

The following hypotheses have been formulated:

- the variability of the referral rate among Slovenian general practitioners and those in other European countries is similar;
- general practitioners with a low referral rate differ from the others regarding the factors that influence the referral decision;
- these factors can be defined using statistical methods.

Methods. The study is a part of an European international multicenter trial. The author has participated in the project management group as a Slovenian representative among the representatives from 14 other countries. The research was conducted with EEC funding. The general practitioners have registered the data about themselves, their working place, their work and about 30 consecutive referrals. The Slovenian data are shown separately, and later again in comparison with other countries participating in the study. The factors that influence the referral decision in Slovenia are analysed using logistic regression.

Results. The Slovenian general practitioners had the highest number of referrals in a working week in the study. The most frequent specialty was surgery, followed by internal medicine. They also had the highest percentage of re-referrals, routine referrals and the referrals where there was no patients' influence on the decision to refer. The delay from the referral to the appointment with the specialist was short. The author succeeded in confirming the three hypotheses. The variability of the standardized referral rate in Slovenia was similar to the one in other European countries. Three factors were important for the decision to refer: the number of house visits per working week, the percentage of new referrals and the sex structure of the referred patients. A logistic regression model was made on the basis of these results.

Conclusions. The author suggests how to deal with referrals from general practice and supports European standards accepted by the project management group.

Uvod

Vse več je raziskav, ki se ukvarjajo z dejavniki, ki vplivajo na odločitve zdravnika splošne medicine (1). Ker države iščejo možnosti za omejevanje stroškov za najdražje oblike zdravstvenega varstva (2), so raziskave o napotitvah posebej pomembne, saj je zdravnikova odločitev, ali bo napotil svojega varovanca k specialistu ali v bolnišnico, ali pa ga bo raje zdravil sam, tudi velikega ekonomskega pomena. Tako smo v Sloveniji v letu 1989 za osnovno zdravstveno dejavnost porabili 21,3%, za specialistične ambulanse 11,9%, za bolnišnično zdravstveno varstvo pa 42,8% denarja, namenjenega za zdravstvo (3, 4). Po drugi strani pa strategija Zdravje za vse do leta 2000 poudarja, da naj bi imel vsak prebivalec pravico do enake dostopnosti do kakovostne zdravstvene službe (5). Neprimerno pošiljanje k specialistom pomeni lahko zastoje v specialistični oskrbi, kar se dogaja v nekaterih državah v Zahodni Evropi (6–10).

Avtorji, ki se ukvarjajo z izdelavo meril za kakovost zdravnikovega dela, se strinjajo, da je odstotek bolnikov, ki jih zdravnik splošne medicine pošlje k specialistu, eden izmed kazalnikov uspešnosti njegovega dela (11–13). Glavna težava pri ocenjevanju primernosti napotitev je zagotavljanje primernih standardov, saj odstotek napotenih bolnikov ni primeren kazalnik za ugotavljanje kakovosti zdravnikovega dela (14–21).

Prve raziskave o napotitvah so se omejevale predvsem na podatke o odstotku napotitev. Fleming je prikazal velike razlike v napotitvah med zdravniki in opozoril na ekonomsko pomembnost pogostega pošiljanja k specialistom (22–26). Te prve raziskave pa kljub poskusom niso uspele najti vzroka za tako velike razlike (27–30). Edine študije, ki so deloma odgovorile na to vprašanje, so pokazale, da zdravniki, katerih ambulanse so bližje specialističnim ustanovam, pošiljajo več bolnikov k specialistom (31), in da zdravniki, ki so sposobni tolerirati negotovost, pošiljajo k specialistu manj svojih bolnikov (32). V obeh primerih pa so uspeli razjasniti le majhen del variance.

Za sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji je značilno, da je dostop do nekaterih specialistov prost, za vsako napotitev v bolnišnico pa je potrebna napotnica (33). Nova zdravstvena zakonodaja (34, 35) tega ni bistveno spremenila. V Sloveniji je bilo leta 1989 od vseh pregledanih bolnikov poslanih k specialistu 5,2% in 1% v bolnišnico. Ta odstotek je približno enak že nekaj let (36). Na velike razlike pri napotitvah k specialistom lahko sklepamo, če primerjamo regije med seboj, saj znaša razpon od 2,6 do 8,1. Med občinami so razlike še večje in jih s strokovnega stališča ni mogoče zagovarjati. Za zdravnike ni podatkov. V Sloveniji sta bili narejeni dve raziskavi s področja napotitev (37, 38). Obe sta pokazali na velike razlike med zdravniki. Bili sta omejeni na področja zdravstvenih domov in tudi nista poskusili najti vzrokov zanje. Mednarodno primerljivih podatkov s tega področja nimamo.

Namen raziskave

Z vključitvijo slovenskih splošnih zdravnikov v mednarodno multicentrično študijo o napotitvah iz splošnih ambulant sem si zastavil naslednje cilje:

1. narediti sliko stanja, doseženega v razvoju splošne medicine na Slovenskem;
2. ugotoviti pomen dejavnikov, ki vplivajo na odločitev za napotitev pri slovenskih zdravnikih splošne medicine;
3. z enotno metodo primerjati delo zdravnika splošne medicine v Sloveniji z delom zdravnikov splošne medicine v drugih evropskih državah.

Delovne hipoteze so bile naslednje:

1. variabilnost odstotka napotitev med slovenskimi zdravniki splošne medicine in tistimi v drugih evropskih državah je podobna;
2. zdravniki z nizkim odstotkom napotitev k specialistu se po dejavnikih, ki vplivajo na odločanje za napotitev, ločijo od ostalih.

Materiali in metode

Študija je del raziskave, ki je potekala s koordinacijo skupine EGPRW (European General Practice Research Workshop). Za sodelovanje sem prosil 50 zdravnikov splošne medicine iz 50 naključno izbranih zdravstvenih domov. Zdravnike sem prosil, naj vnašajo podatke v vprašalnik, ki je bil prej pilotsko testiran v Veliki Britaniji. Vprašalnik je imel dva dela. V prvem delu so bili poleg podatkov o zdravniku in njegovi ambulanti podatki o tridesetih zapored napotenih bolnikih k specialistu ali v bolnišnico in o številu bolnikov, ki so bili v tem času pregledani. Po štirih mesecih so zdravniki izpolnili drugi del vprašalnika, ki se je nanašal na usodo napotenih bolnikov.

Število obiskov je bilo treba navesti za vsak teden po sedmih starostnih skupinah. Vsaka starostna skupina je bila razdeljena še po spolu bolnika in načinu stika z zdravnikom (obisk v ambulanti ali hišni obisk). Poleg starosti in spola bolnika je zdravnik, ki je sodeloval v raziskavi, pri vsakem napotnem bolniku sporočil naslednje podatke:

- tip napotitve (»prvo« in na »ponovno«). »Ponovna« napotitev je bila tista, pri kateri je bil bolnik zaradi istega problema že pregledan pri specialistu v zadnjih treh letih;
- šifra specialista, h kateremu je bil bolnik poslan. Specialisti so bili združeni v tri velike skupine: »Internistične stroke« (interna medicina [brez navedbe subspecialnosti], pediatrija, geriatrija, dermatologija, kardiologija, alergologija, nevrologija, gastroenterologija, revmatologija, pulmologija in ostala interna medicina), »kirurške stroke« (kirurgija [brez navedbe subspecialnosti], okulistika, otorinolaringologija, ortopedija, urologija, plastična kirurgija, nevrokirurgija ter ostala kirurgija) ter »ostale stroke« (porodništvo, ginekologija, psihiatrija, urgentna medicina in travmatologija, onkologija in radioterapija, terapija bolečine ter ostalo);
- kraj napotitve;
- nujnost napotitve (urgentna ali neurgentna);
- vpliv bolnika na napotitev po zdravnikovi oceni;
- šifra diagnoze po MKB.

Za imenovalce pri izračunavanju odstotka napotitev sem vzel število obiskov v ambulanti skozi določeno obdobje (39, 40). Odstotek napotitev sem standardiziral z indirektno metodo. Za osnovno analizo sem uporabil pri atributivnih spremenljivkah test hi-kvadrat, pri numeričnih pa t-test. Za obdelavo podatkov o čakalnih dobah na specialistične preglede in operativne posege sem uporabil metodo analize preživetja po Kaplan-Meyerju. Razlike v čakalnih časih na specialistične preglede in operativne posege sem primerjal z log-rank testom. Razlike med slovenskim vzorcem in drugimi državami sem vrednotil ob uporabi intervala zaupanja. Multivariatno sem analiziral dejavnike, ki naj bi vplivali na napotitve, z metodo logistične regresije. Pri tem mi je odvisno spremenljivko pomenila standardizirana stopnja napotitev (SRR). Zaradi njene porazdelitve sem se odločil, da pri multivariatni analizi odvisno spremenljivko SRR razdelim v dve skupini na podlagi ranžirne vrste.

Rezultati

Od 39 zdravnikov, kolikor jih je izpolnilo vprašalnice (28 moških in 11 žensk), so bili trije specializanti splošne medicine, najmlajši zdravnik je bil star 29 let, najstarejši pa 66 let. Večina ambulant je bila iz mešanega okolja (25), deset ambulant je bilo v vaškem, štiri pa so bile v mestnem okolju. Primerjavo spremenljivk z intervalom zaupanja celotnega vzorca prikazujem v tabeli 1.

Od 15.009 obiskov jih je bilo 92,6% v ambulanti, 7,4% pa na bolnikovem domu. Podatki so prikazani v tabeli 2.

Na specialistične preglede ali v bolnišnico je bilo poslanih 1170 bolnikov. Odstotek napotitev slovenskih splošnih zdravnikov je

Tab. 1. *Primerjava spremenljivk, ki se nanašajo na zdravnike, z intervalom zaupanja celotnega vzorca.*Tab. 1. *Comparison of variables concerning GPs using confidence interval of the sample.*

Spremenljivka Variable	Povprečje v Sloveniji Slovenian average	Interval zaupanja študije Confidence interval of the study
Starost zdravnikov (leta) GPs age (years)	41,9	37,1–44,7
Število let v splošni medicini Years in general practice	15,6	6,8–14,4
Razmerje moški/ženske med zdravniki Male/female ratio among GPs	2,5	2,4–8,0
Oddaljenost od najbližjega specialista (km) Distance from specialist (km)	24,2	6,1–21,4
Število sodelavcev Number of assistants	3,4	0,1–3,0
Delež zdravnikov v mestnem okolju Proportion of GPs in urban environment	0,1	0,2–0,5
Delež zdravnikov v mešanem okolju Proportion of GPs in mixed environment	0,6	0,3–0,5
Delež zdravnikov v vaškem okolju Proportion of GPs in rural environment	0,3	0,2–0,3

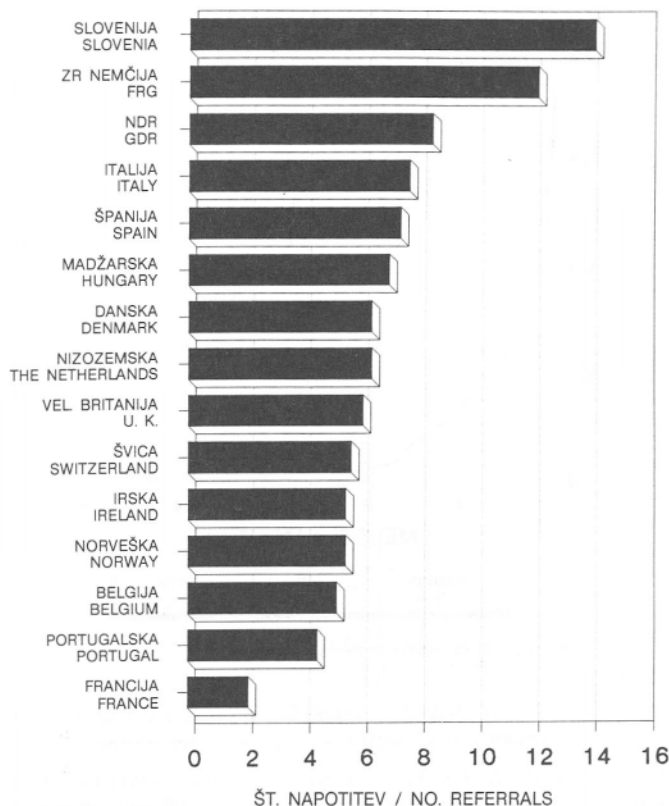
Tab. 2. *Primerjava spremenljivk, ki se nanašajo na preglede, z intervalom zaupanja celotnega vzorca.*Tab. 2. *Comparison of variables concerning consultations with confidence interval of the sample.*

Spremenljivka Variable	Povprečje v Sloveniji Slovenian average	Interval zaupanja študije Confidence interval of the study
% pregledanih v starosti (let) % examined aged (years)		
0–4	3,9	3,6–8,6
5–14	5,1	5,5–8,7
15–44	38,7	32,4–38,4
45–64	28,8	21,6–28,6
65 in več (and more)	23,4	23,0–29,4
% pregledanih moških % examined males	46,4	39,5–44,3
Ambulantnih obiskov tedensko Office consultations/week	188	93,8–167,3
Hišnih obiskov tedensko Home visits/week	8	8,8–28,0
Hišnih obiskov/1000 ambulantnih Home visits/1000 office consultat.	74	73,9–213,0

drugi najvišji v raziskavi. Pri absolutnem številu napotitev na teden pa so slovenski zdravniki na prvem mestu (sl. 1).

Pregled dejavnikov, ki bi lahko vplivali na napotitve, in njihova primerjava z intervalom zaupanja vzorca je prikazan v tabeli 3. Vse stopnje napotitev slovenskega vzorca se pomembno razlikujejo od povprečja. Odstopanja od povprečja pa ni v razmerjih med skupinami specialistov. To pomeni, da je visoka stopnja napotitev enakomerno porazdeljena med vsemi skupinami specialističnih strok. Skoraj osemnajst odstotkov vseh napotitev je bilo v bolnišnico in kliniko. Verjetnost za tako napotitev v bolnišnico je najvišja v starostnih skupinah od 25–44 in od 45–64 let. Kljub nizkim absolutnim številkam je značilna najvišja stopnja napotitve na urgenco v skupini 5–14 let.

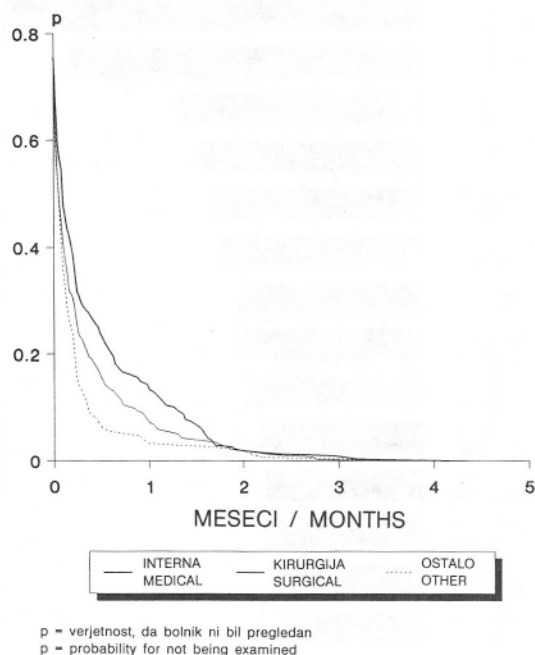
Največ bolnikov je bilo napotenih h kirurgu, internistu in ortopedu – skupaj več kot 30%. Največ bolnikov je bilo napotenih k specialistom kirurških strok, kjer je tudi razmerje med številom napotitev in številom pregledov najvišje. Samo v skupini ostalih specialnosti je najvišje razmerje v starostni skupini 25–44 let, povsod drugod pa je na prvem mestu skupina 45–64 let. Najnižja stopnja napotitev je vedno v najmlajši starostni skupini.

Sl. 1. *Povprečno število napotitev tedensko po državah.*Fig. 1. *Average number of referrals per week in different countries.*

Moški imajo pri kirurških strokah večjo verjetnost, da bodo napoteni iz splošnih ambulant kot ženske ($p < 0,0001$). Ta verjetnost je za kirurške stroke pri moških najvišja v starostni skupini 45–64 let, ko je število napotitev na 1000 pregledov kar 49,4. Porazdelitev diagnoz po skupinah MKB in skupinah specialnosti prikazuje tabela 4. Tabela 5 vsebuje podatke o usodi bolnikov. Eden pomembnejših ciljev študije je bil ugotoviti, kakšni so čakalni časi za specialistične preglede po državah, ki so sodelovale v študiji. Podatki so ugodni za slovenski vzorec, ki izstopa nad povprečjem odstotka pregledanih v enem mesecu in je pomembno pod povprečjem pri odstotku nepregledanih v štirih mesecih. Pri čakanju na kirurške posege so rezultati slovenskega vzorca posebej dobri: odstotek operiranih v enem mesecu je najvišji, najnižji je odstotek bolnikov, ki so morali čakati na kirurški poseg več kot tri mesece in čakalni čas na operacijo je v celotnem vzorcu najkrajši. Urgentnost v slovenskem vzorcu vpliva na čakalni čas na operacijo ($p = 0,015$).

Log-rank test je pokazal, da razlike med skupinami specialnosti znotraj slovenskega vzorca glede usode bolnikov niso statistično pomembne, so pa pomembne pri čakalnem času na pregled ($p = 0,0008$) (sl. 2). Razlike med skupinami specialnosti pri obveščanju zdravnika so statistično pomembne ($p = 0,0147$), (sl. 3). Zaradi razlik v stopnjah napotitev sem se odločil za standardizacijo, da bi upoštevali razlike v strukturi bolnikov po spolu in starosti med posameznimi zdravniki. Izračunana standardizirana stopnja napotitev se je razporejala na način, ki ga prikazuje slika 4. Tak način standardizacije so izvedli v vsaki državi, ki je sodelovala v študiji. Primerjava teh stopenj napotitve je prikazana v tabeli 6, kjer vidimo, da je razmerje med vrednostjo osem-desetega in dvajsetega percentila standardizirane stopnje napotitev v vseh državah, z izjemo Francije, med 1,7 in 2,4.

Zdravnike sem razdelil na dve skupini. 25 odstotkov zdravnikov z najnižjo stopnjo napotitev sem razporedil v eno skupino, ostale pa v drugo skupino. V model sem vključil tiste spremenljivke, ki



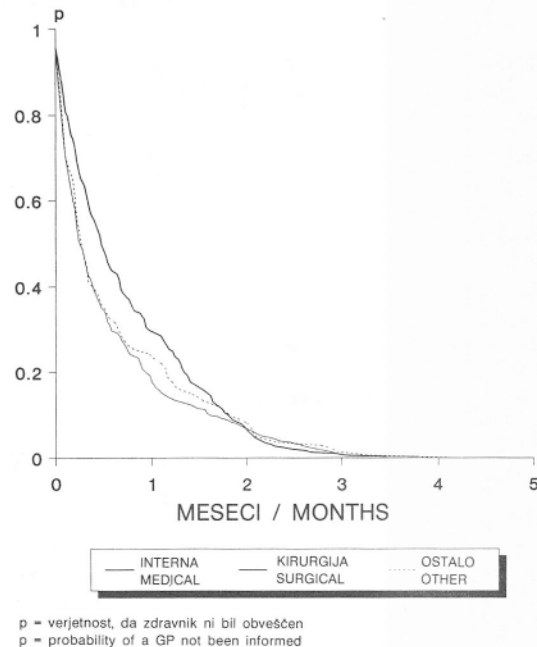
Sl. 2. Verjetnost, da bolnik še ni pregledan pri specialistu po času od napotitve (v mesecih) po skupinah specialnosti.

Fig. 2. Probability that a patient has not yet been examined by a specialist by time from referral (in months) for different groups of specialists.

Tab. 3. Primerjava spremenljivk, ki se nanašajo na napotitve, z intervalom zaupanja celotnega vzorca.

Tab. 3. Comparison of variables concerning referrals with confidence interval of the sample.

Spremenljivka Variable	Povprečje v Sloveniji Slovenian average	Interval zaupanja vzorca Confid. interval of the sample
% napotenih v skupini (let) % referred aged (years)		
0-14	4	6-13
15-64	74	64-70
65 in več (and more)	22	21-26
% napotenih moških % referred men	47	41-46
% prvih napotitev % first referrals	52,1	54,9-83,5
% rutinskih napotitev % routine referrals	70,0	38,5-68,8
% napotitev brez bolnikovega vpliva % referrals with nil influence	71,9	50,9-63,6
% napotitev % referrals		
na polikliniko to polyclinic	75	37-70
k zasebniku to a private specialist	0	6-38
na kliniko to a clinic	7	0-19
v bolnišnico to hospital	16	6-18
na urgenco emergency	2	1-9
k internističnim strokam to medical specialists	36,2	33,0-44,4
h kirurškim strokam to surgical specialists	45,2	39,4-49,6
k ostalim strokam to other specialists	18,4	12,0-21,5



Sl. 3. Verjetnost, da zdravnik splošne medicine še ni obveščen o pregledu pri specialistu po času od napotitve (v mesecih) po skupinah specialnosti.

Fig. 3. Probability that a GP has not yet received any communication about the consultation with a specialists by time from referral (in months) and groups of specialists.

Tab. 4. Porazdelitev napotnic po skupinah MKB in skupinah specialnosti.

Tab. 4. Distribution of referrals according to ICD categories and groups of specialists.

Skupina MKB ICD group	Skupina specialnosti (stroke) Group of specialists			Skupaj Total
	internistične medical	kirurške surgical	ostale other	
I	24 (5,67%)	2 (0,38%)	0 (0,00%)	26 (2,22%)
II	14 (3,31%)	46 (8,70%)	60 (27,78%)	120 (10,28%)
III	34 (8,04%)	4 (0,76%)	0 (0,00%)	38 (3,26%)
IV	3 (0,71%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (0,26%)
V	11 (2,60%)	0 (0,00%)	47 (21,76%)	58 (4,95%)
VI	19 (4,49%)	80 (15,12%)	3 (1,39%)	102 (8,72%)
VII	130 (30,73%)	23 (4,35%)	1 (0,46%)	154 (13,16%)
VIII	28 (6,62%)	28 (5,29%)	4 (1,85%)	60 (5,13%)
IX	51 (12,06%)	49 (9,26%)	4 (1,85%)	104 (8,89%)
X	9 (2,13%)	48 (9,07%)	38 (17,59%)	95 (5,56%)
XI	0 (0,00%)	0 (0,00%)	9 (4,17%)	9 (0,77%)
XII	40 (9,46%)	33 (6,24%)	0 (0,00%)	73 (6,24%)
XIII	25 (5,91%)	88 (16,64%)	6 (2,78%)	119 (10,17%)
XIV	4 (0,95%)	8 (1,51%)	1 (0,46%)	13 (1,11%)
XV	0 (0,00%)	1 (0,19%)	0 (0,00%)	1 (0,08%)
XVI	20 (4,73%)	23 (4,35%)	0 (0,00%)	43 (3,68%)
XVII	11 (2,60%)	96 (18,15%)	42 (19,44%)	149 (12,74%)

so se v univariatni analizi pokazale kot statistično pomembne (odstotek moških med napotenimi, število hišnih obiskov tedensko, odstotek hišnih obiskov, odstotek prvih napotitev in odstotek napotenih k internističnim strokam. Tako je nastal model logistične regresije, prikazan v tabeli 7.

Razpravljanje

Zahteva študije je bila zagotoviti sodelovanje vsaj dveh odstotkov zdravnikov splošne medicine v posamezni državi. Na osnovi

Tab. 5. Primerjava spremenljivk, ki se nanašajo na usodo bolnika, z intervalom zaupanja vzorca.

Tab. 5. Comparison of variables concerning patient follow-up with confidence interval of the sample.

Spremenljivka Variable	Povprečje v Sloveniji Slovenian average	Interval zaupanja vzorca Confid. interval of the sample
% od pregledanih % examined that		
umrlih died	0,4	0,1–0,3
se niso zglasili did not show up	2,4	1,5–4,0
niso prišli na vrsto are still waiting	1,2	1,3–5,0
izgubljenih are lost to follow-up	6,9	6,9–22,7
pregledanih v 1 mesecu were examined in 1 month	92,2	58,1–87,3
nepregledanih v 4 mesecih were not examined in 4 months	3,6	4,4–14,6
obvestilo v 2 tednih received communication in 2 weeks	77,0	66,8–85,2
ni obvestila po 8 tednih received no communication after 8 weeks	3,0	0,0–17,6
% od napotenih na operacijo % referred for surgery		
operiranih v 4 tednih operated in 4 weeks	80,1	43,2–71,4
neoperiranih v 12 tednih not operated in 12 weeks	3,4	11,8–38,2
Čakalna doba Waiting time		
na pregled (dni) for examination (days)	8,7	8,5–24,3
na operacijo (dni) for operation (days)	7,1	10,6–22,6

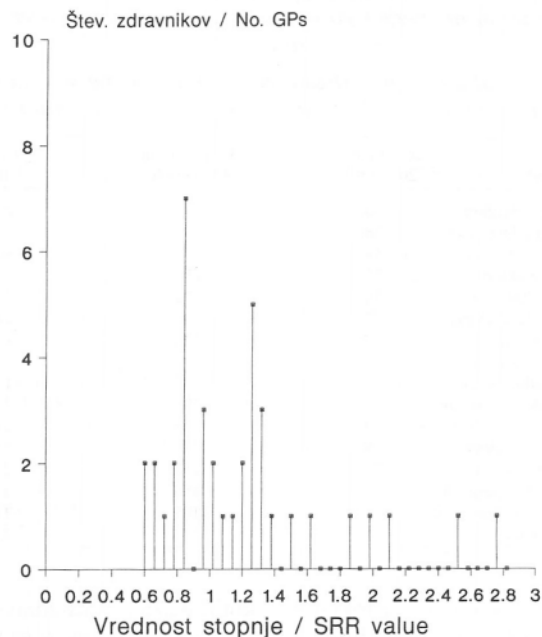
Tab. 6. Stopnje napotitev (število napotitev/1000 obiskov v ambulantih) po starostnih skupinah in spolu bolnikov.

Tab. 6. Referral ratio (referrals/1000 office consultations) by age groups and sex of the patients.

Spol Sex	Starostne skupine (leta) Age groups (years)						
	0–4	5–14	15–24	25–44	45–64	65–74	75+
Moški Male	23	46	79	77	100	61	72
Ženske Female	18	44	55	95	96	80	48

ocene števila zdravnikov splošne medicine v Sloveniji sem v raziskavo vključil 50 zdravnikov splošne medicine. Podatke jih je posredovalo 39, kar zadošča zahtevam. Z načinom izbora zdravnikov sem poskusil izdelati čim bolj reprezentativen vzorec. Še vedno je možno, da so v vzorcu predvsem zdravniki splošne medicine, ki so za sodelovanje v raziskavi bolj zainteresirani kot povprečje slovenskih splošnih zdravnikov. Ta očitek je možen pri vseh študijah, pri katerih zahtevamo od zdravnikov, da dalj časa izpolnjujejo zahtevne vprašalnike. Da bi dobil čim bolj kakovostne podatke, sem zato dopustil možnost take pristranosti.

Združevanje specialistov v skupine specialnosti je bilo dogovorjeno na sestankih projektne skupine in ga je bilo treba upoštevati ne glede na to, da je položaj posameznih strok v evropskih državah različen. Podobno je bila postavljena tudi zahteva po standardizaciji podatka o stopnji napotitev. Tako je bila omogočena primerjava zdravnikov iz različnih držav med seboj.



Sl. 4. Porazdelitev standardizirane stopnje napotitev.

Fig. 4. Distribution of the standardized referral ratio.

Sistemi zdravstvenega varstva so v Evropi zelo različni, zato je pomembno razlike med njimi vrednotiti previdno (41).

Glede vrednotenja razlik med zdravniki sta v literaturi objavljeni dve metodi: prva primerja zgornji in spodnji kvintil razporejenih zdravnikov (42, 43) ob uporabi klasičnih statističnih metod. Te metode sem uporabljal, ko sem primerjal države med seboj in ko sem vrednotil celotni vzorec. Vse več pa je poskusov z multivariatno analizo (12, 44). Ta način obdelave sem uporabil pri analizi slovenskih podatkov. Porazdelitev standardizirane stopnje napotitev ni normalna. Porazdeljuje se okrog vrednosti 1, vendar je zlasti navzgor zelo razpršena. Tudi s transformacijo (kvadrat, kvadratni koren, logaritem) spremenljivke problema porazdelitve nisem mogel zadovoljivo rešiti. Zato sem se odločil za logistično regresijo in razdelil zdravnike splošne medicine na tiste, ki so pod spodnjim kvartilom standardizirane stopnje napotitev, in na tiste, ki so pod njim. Zanimalo me je namreč, kako se zdravniki z nizko stopnjo napotitve razlikujejo od ostalih. Natančnejša delitev bi povzročila probleme s številom zdravnikov v vsakem razredu. Slovenski zdravniki splošne medicine po starosti in spolu ne izstopajo v primerjavi z drugimi zdravniki, ko so sodelovali v študiji, imajo pa več izkušenj v splošni medicini v primerjavi z drugimi. Razlog za to je verjetno v tem, da je študij medicine v Sloveniji za te zdravnike trajal samo pet let in da so se lahko takoj po diplomi zaposlili v splošni medicini. V drugih državah to ni vedno tako (45).

Primerjava števila sodelavcev pokaže, da v Evropi glede tega obstajata dve obliki splošne medicine: ena, kjer je zdravnik samotar (Italija, Zvezna republika Nemčija, Danska), in druga, kjer deluje v skupini (Velika Britanija, Norveška, Slovenija).

Zdravniki splošne medicine, ki so sodelovali v študiji, so opravili v času študije 188 pregledov tedensko. To za naše razmere ni pretirano, kljub temu pa so slovenski zdravniki zabeležili tretje največje število pregledov tedensko v ambulantih.

Podatki o starostni strukturi obiskovalcev kažejo, da v ambulantno prihaja več žensk kot moških predvsem na račun zadnjih dveh starostnih skupin. Delež pregledanih otrok v starosti 0–4 let je majhen, saj otroci pogosto obiskujejo pediatra.

Hišni obiski so oblika dela, značilna za zdravnika splošne medicine, in so v običajnih poročilih prikazani le v osnovah. Kljub temu,

Tab. 7. Vrednosti 20. in 80. percentila standardizirane stopnje napotitev in razmerje med njima, po državah, ki so sodelovale v študiji.

Tab. 7. Values of the 20th and 80th centile of the standardized referral ratio and the ratio between them, by country.

Država Country	20. percentil 20 th centile	80. percentil 80 th centile	Razmerje Ratio
Belgija / Belgium	70	161	2,3
Danska / Denmark	78	156	2,0
Francija / France	34	174	4,3
Irska / Ireland	73	157	2,2
Italija / Italy	74	172	2,3
Madžarska / Hungary	77	156	2,0
NDR / GDR	77	136	1,8
Nizozemska / The Netherlands	79	137	1,7
Norveška / Norway	76	156	2,1
Portugalska / Portugal	63	173	2,7
Slovenija / Slovenia	78	128	1,7
Španija / Spain	70	157	2,2
Švica / Switzerland	75	150	2,0
Velika Britanija / UK	83	141	1,7
ZRN / FRG	75	182	2,4

da jih je v študiji kar trikrat več, kot prikazuje naša zdravstvena statistika, pa je število hišnih obiskov naših zdravnikov še vedno nizko v primerjavi z drugimi državami, tudi če upoštevamo dobro razvito patronažno službo.

Slovenski vzorec je na drugem mestu po odstotku napotitev v študiji, če pa vzamemo za merilo absolutno število napotitev na delovni teden, pa celo na prvem. Največja verjetnost, da bodo napoteni k specialistu ali v bolnišnico, je pri bolnikih v starostni skupini 45–64 let. Sam sem pričakoval, da bo verjetnost napotitev rasla s starostjo, saj so v starosti zdravstvene motnje hujše. Morda bi ta podatek lahko deloma razložili z rezultati druge raziskave, ki je pokazala, da s starostjo raste število površnih stikov z zdravnikom (46). Razlike po spolu kažejo na to, da moški sicer redkeje pridejo k zdravniku kot ženske, ko pa se oglašijo, je zanje večja verjetnost, da bodo napoteni in da bo napotitev nujna. To je zlasti vidno v srednjem življenjskem obdobju. Videti je, da moški drugače doživljajo svoje zdravstvene motnje in da je njihov prag obiskovanja zdravnika višji.

Pri starejših starostnih skupinah je izrazito veliko ponovnih napotitev. Odstotek ponovnih napotitev je najvišji v študiji. Na problem rutinskega naročanja na ponovne preglede so opozorili v tujini (47–50), pri nas je na ta problem opozoril Voljč in nanj opozarja tudi ta študija. Tudi pomembno višji odstotek rutinskih napotitev je verjetno povezan z visokim odstotkom ponovnih napotitev.

Večina bolnikov ni vplivala na napotitev. Lahko bi sklepali, da je zdravnik pri nas najmanj odvisen od zadovoljstva bolnika. Obstaja pa tudi druga razlaga. Na Nizozemskem, kjer je odstotek bolnikov, ki nimajo na napotitev nobenega vpliva, najmanjši, v izobraževanju poudarjajo partnerski odnos med bolnikom in zdravnikom. Možno je, da večja pozornost nizozemskih zdravnikov do želja svojih bolnikov razloži takšno razliko. Tako bi nasprotno stran (Slovenija, NDR, Italija) lahko razložili tudi kot prevladovanje avtoritativnega stila v delu zdravnika splošne medicine.

Med skupinami specialnosti izstopajo kirurške stroke: imajo več prvih napotitev kot ponovnih ter največji delež sprejetih v bolnišnico. Zanimivo je, da razlike v bolnikovem vplivu niso statistično pomembne med različnimi skupinami specialnosti.

Iz podatkov o usodi bolnikov in o čakanju na obvestilo o specialističnem pregledu je moč sklepati, da sodelovanje med osnovno in specialistično službo v Sloveniji poteka hitro. Zanimivo je, da imata v študiji Madžarska in Francija ob kratkih čakalnih dobah tudi nizka odstotka napotitev, Slovenija pa drugega najvišjega. Možno je, da čakalna doba na specialistični pregled in odstotek napotitev nista povezana. Tak sklep je lahko pomemben za načrtovalce zdravstvenega varstva, saj lahko po-

Tab. 8. Rezultati logistične regresije.

Tab. 8. Results of the logistic regression.

Spremenljivka Variable	β	Standardna napaka Standard error	e ^{β}	95% interval zaupanja 95% confidence interval
% moških med napotenimi % males among referred	0,130	0,062	1,14	(1,00–1,29)
Število hišnih obiskov tedensko House visits/week	–0,159	0,064	0,85	(0,72–0,98)
Odstotek prvih napotitev % new referrals	–0,069	0,037	0,93	(0,87–1,01)
Konstanta Constant	1,002	3,09	2,73	(0,05–14,6)

meni, da s povečevanjem dostopnosti do specialističnih storitev ne vplivamo bistveno na zdravnikovo odločitev o napotitvi na specialistično raven. Tudi tuje raziskave potrjujejo to domnevo (51, 52).

Z multivariatno analizo sem želel prikazati, kateri so tisti dejavniki, ki vplivajo na to, da je zdravnik med tistimi, ki imajo nizko stopnjo napotitev. Pokazalo se je, da so od vseh v analizo zajetih dejavnikov samo trije, ki deloma razložijo razlike: spol napotenih bolnikov, število hišnih obiskov tedensko in tip napotitve. Vpliv spola je treba posebej razložiti.

Standardizacija populacije, ki sem jo naredil, pomeni, da sem predpostavil, da imajo vsi zdravniki enako populacijo. V takem primeru bodo zdravniki, ki manj napotujejo, poslali k specialistom manj moških. Gre za zanimiv pojav, ki ga bo treba v prihodnje raziskati. Vpliv števila hišnih obiskov tedensko lahko poskusim razložiti tako, da zdravniki, ki manj napotujejo, opravijo več hišnih obiskov in tako prihranijo marsikateri specialistični pregled z delom na bolnikovem domu. Pričakovani vpliv tipa napotitev ponovno kaže na pomen ponovnih napotitev. Izkušnost in izobrazba na število napotitev nista imeli vpliva. To ni nepričakovano, saj tudi drugi raziskovalci niso našli te povezave (53). Odločitev za napotitev je verjetno odvisna tudi od zelo težko merljivih dejavnikov (29, 32), ki pa jih tako zastavljena študija ni mogla zajeti.

Analiza standardizirane stopnje napotitev po posameznih državah je pokazala, da razlike med zdravniki niso problem, ki bi bil odvisen od zdravstvenega sistema, ampak da so odvisne od zdravnikov ne glede na to, v katerem sistemu zdravstvenega varstva v Evropi delujejo.

Zaključek

Z raziskavo sem uspel potrditi vse tri delovne hipoteze, na zastavljene cilje pa sem lahko odgovoril na naslednji način:

Verjetnost napotitve k specialistu je med spoloma v slovenskem vzorcu približno enaka. Največja verjetnost za napotitev ob obisku v ambulantni je v srednjem življenjskem obdobju. Med napotitvami prevladujejo ponovne napotitve, posebej pri internističnih strokah. Večina napotitev je rutinskih in nanje bolniki nimajo vpliva. Med najpogostejšimi diagnozami prevladujejo poškodbe ter boleznosti kosti in gibal. Najpogostejši specialist je kirurg, sledita mu internist in ortoped. Čakalna doba na preglede pri specialistih in na operacijo je v Sloveniji kratka.

Ob standardizirani populaciji so pomembni trije dejavniki, ki vplivajo na število napotitev: število hišnih obiskov tedensko, odstotek napotenih moških in odstotek prvih napotitev.

V Sloveniji sistem zdravstvenega varstva zdravniku splošne medicine omogoča, da deluje kot »vratar«, vendar pa je njegov prag napotitve nizek. Morda sta vzroka za to tudi lahko dostopna specialistična služba in slaba spodbuda za opravljanje te ne-hvaležne naloge (54). Slovenski zdravniki splošne medicine imajo v primerjavi s svojimi kolegi v ostalih državah veliko obiskov v

ambulanti in malo hišnih obiskov tedensko. Veliko število rutinskih in ponovnih napotitev kaže na to, da se veliko bolnikov zdravi na specialistični ravni in da zdravnik splošne medicine deluje kot administrator.

Oblikujem lahko naslednje predloge:

1. Napotitvam je treba posvečati pravo pozornost. Za zdravnika splošne medicine je pomembno, da ima pregled nad svojim številom napotitev in primerjavo tako s svojimi kolegi kot širše (55). Potrebno je izobraževanje zdravnikov, da se bodo zavedali pomena svojih odločitev.

2. Treba je izdelati tak način nagrajevanja in nadzora zdravnikov v osnovnem zdravstvu, ki bo znal upoštevati pomen te odločitve.

3. Samo številke (tudi standardizirani indeks napotitev) niso dovolj za ocenjevanje kakovosti napotitev zdravnika splošne medicine (56, 57). Posebej poudarjam, da nisem prikazal nika-kršne povezave med odstotkom napotitev in kakovostjo zdravnikovega dela. Tudi drugi te povezave niso našli (58). Tega problema se je treba lotiti celovito (59).

4. Posvetiti se je treba študijam kakovosti napotitev. Podatki se med zdravniki splošne medicine in specialističnimi ustanovami izmenjujejo hitro, vprašanje pa je, kakšna je njihova učinkovitost. Na podlagi vseh nacionalnih rezultatov je vodstvo izdelalo naslednja priporočila:

1. Za zdravnika splošne medicine naj bi bila zgornja meja napotitev 10% in spodnja 2%. Zdravnik, ki pošilja k specialistu pogosteje od zgornje ali redkeje od spodnje meje, naj bi to znal utemeljiti.

2. Razlike v odstotkih hišnih obiskov so prevelike. Zdravstveno varstvo naj se bodisi izvaja po enaki ceni za storitev tako na domu kot v ambulanti, ali pa je treba razmisliti o standardih. Zgornja meja hišnih obiskov bi morala biti 20 odstotkov vseh obiskov v ambulanti, dokler ne izdelamo natančnejših študij.

3. V številu obiskov pri zdravniku tedensko so med državami velike razlike. Morda bi morali omejiti zgornje število bolnikov dnevno, ki jih lahko kakovostno obravnava zdravnik splošne medicine.

Zahvala

Zahvalil bi se rad mentorju doc. dr. Božidarju Voljču in dr. Mateji Kožuh-Novak, prof. dr. Stanki Krajnc-Simoneti in prim. mag. Tonetu Koširju, ki so mi pomagali s svojimi pripombami. Zahvalo sem dolžan tudi prof. dr. Štefanu Adamiču, asist. mag. Lijani Zaletel-Kragelj, asist. Janezu Staretu ter prof. Katarini Košmelj za pomoč pri statistični obdelavi podatkov. Zahvaliti se moram prof. dr. Douglasu Flemingu, vodji raziskave, ki je dovolil uporabo še neobjavljenih podatkov, in dr. Milici Katič, ki je pomagala pri organizaciji raziskave in nesebično prepustila koordinacijo slovenskega dela raziskave. Pri tehnični pripravi besedila za tisk so mi bile v veliko pomoč Mojca Dostičič, Marjanca Lah in Špela Imenšek. Na koncu se zahvaljujem vsem zdravnikom in zdravnicam, ki so sodelovali v raziskavi.

Literatura

- Middleton JF. The exceptional potential of the consultation revisited. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 383-6.
- Letica S. Zdravstvena politika u doba krize. Zagreb: Naprijed, 1989: 1-327.
- Letopis o zdravstvenem in socialnem varstvu v Sloveniji 89. Ljubljana: Republiški sekretariat za zdravstveno in socialno varstvo, 1990: 1-182.
- Letopis o zdravstvenem in socialnem varstvu v Sloveniji 90. Ljubljana: Republiški sekretariat za zdravstveno in socialno varstvo Ljubljana, 1991: 21-1.
- Targets for health for all. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 1985: 1-202.
- Sheldon MG. Medical audit in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1988, Occasional paper 20, 1-21.
- Difford F. Defining essential data for audit in general practice. *Br Med J* 1990; 300: 92-4.
- Shaw CD. Criterion based audit. *Br Med J* 1990; 300: 649-51.
- Anon. Wide variations in hospital waiting times and lists. *Br Med J* 1985; 290: 577-8.
- McPherson A. Personal view. *Br Med J* 1987; 294: 115-5.
- Golding J. Waiting time for urgent appointments. *Br Med J* 1987; 294: 370-0.
- Anon. Waiting times for diagnosis and treatment. DHSS initiative. *Br Med J* 1986; 292: 1154-4.

- Penney TM. Delayed communication between hospitals and general practitioners: where does the problem lie? *Br Med J* 1988; 297: 28-9.
- Roland MO, Dixon M. Problems in setting standards for hospital referrals: experience with warts. *Br Med J* 1989; 299: 658-9.
- Juncosa S, Jones RB, McGhee SM. Appropriateness of hospital referral for hypertension. *Br Med J* 1990; 300: 646-8.
- Marinker M, Wilkin D, Metcalfe DH. Referral to hospital: can we do better? *Br Med J* 1988; 297: 461-4.
- DeAlarcon R, Hodson JM. Value of the general practitioner letter. *Br Med J* 1964; 2: 435-8.
- Carroll J. Working with the hospital doctor. *Practitioner* 1988; 232: 1034-6.
- Emmanuel J, Walter N. Referrals from general practice to hospital outpatient departments: a strategy for improvement. *Br Med J* 1989; 299: 722-4.
- Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 445-9.
- Creed F, Gowrisunkur J, Russell E, Kincey J. General practitioner referral rates to district psychiatry and psychology services. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 450-4.
- Crombie DL, Fleming DM. Practice activity analysis. *J R Coll Gen Pract* 1988, Occasional paper 41, 1-47.
- Lawler FH. Referral rates of senior family practice residents in an ambulatory care clinic. *J Med Educ* 1987; 62: 177-82.
- Crombie DL, Fleming DM. Comparison of Second national morbidity study and General household survey 1970-71. *Health Trends* 1988; 18: 158-8.
- Royal College of General Practitioners London Birmingham Research Unit. Practice activity analysis - referrals to specialists. *J Roy Coll Gen Pract* 1978; 28: 251-2.
- Crombie DL, Fleming DM. General practitioners referrals to hospital - the financial implications of variability. *Health Trends* 1987; 20: 53-6.
- Jencks SF, Bobula JD. Does receiving referral and transfer patients make hospitals expensive. *Med Care* 1988; 26: 948-58.
- Roland M. General practitioner referral rates. *Br Med J* 1988; 297: 437-8.
- Cummins RO, Jarman B, White PM. Do general practitioners have different 'referral thresholds'. *Br Med J* 1981; 282: 1037-9.
- Ludke RL. An examination of the factors that influence referral decisions. *Med Care* 1982; 20: 782-96.
- Hemenay D. Testing for physician - induced demand with hypothetical cases. *Med Care* 1985; 23: 344-9.
- Grol R, Whitfield M, DeMaessener J, Mokkink H. Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 134-6.
- Kosovel T et al. Samoupravna ureditev zdravstvenega varstva na Slovenskem. Ljubljana: Uradni list SR Slovenije, 1983: 1-312.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list Republike Slovenije 1992; 2: 577-90.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije 1992; 2: 590-605.
- Kazalci o delu zdravstvene dejavnosti v SR Sloveniji za leta 1984 do 1987. *Zdrav Var* 1989; 28: Suppl 1: 232-2.
- Ratkajec I. Napotitve pacientov na specialistične preglede in bolnišnično zdravljenje v okviru integriranega zdravstvenega varstva v občinah Šentjur in Šmarje. Magistrska naloga. Zagreb: Medicinska fakulteta, 1979.
- Voljč B. Analiza specialističnih pregledov zavarovancev občinske zdravstvene skupnosti Ribnica s predlogi za cenejšo doktrino. Magistrska naloga. Medicinska fakulteta Univerze v Zagrebu. Škola narodnog zdravlja 'Andrija Stampar', 1981: 1-75.
- Roland MO, Bartholomew J, Morrell DC, McDermott A, Paul E. Understanding hospital referral rates: a user's guide. *Br Med J* 1990; 301: 98-102.
- Howarth FP, Maitland JM. Referral to hospital: can we do better? *Br Med J* 1988; 297: 856-6.
- Groenewegen P, van der Zee J, van Haften R. Remunerating general practitioners in Western Europe. Aldershot, Brookfield, Hongkong, Singapore, Sydney: Avebury, 1991: 1-125.
- Ross AK, Davis WA, Horn G, Williams R. General practice outpatient referrals in North Staffordshire. *Br Med J* 1983; 287: 1439-41.
- Wilkin D, Smith AG. Variation in general practitioners' referral rates to consultants. *Br J Gen Pract* 1987; 37: 350-3.
- Moore AT, Roland MO. How much variation in referral rates among general practitioners is due to chance? *Br Med J* 1989; 298: 500-2.
- Heyman A, Spreuwerberg C eds. Vocational training in general practice. The New Leeuwenhorst Group, 1987: 1-255.
- Švab I. Pogosti obiskovalci zdravstvenega doma. Magistrska naloga. Medicinska fakulteta v Ljubljani, 1988.
- Loudon ISL. A question of numbers. *Lancet* 1976; 7962: 736-7.
- Southgate K. A question of numbers. *Lancet* 1976; 7962: 854-4.
- Olsen ND. A question of numbers. *Lancet* 1976; 7962: 853-4.
- Marsh GN. Are follow-up consultations at medical outpatient departments futile? *Br Med J* 1982; 284: 1176-7.
- Noone A, Goldacre M, Coulter A, Seagroatt V. Do referral rates vary widely between practices and does supply of services affect demand. A study of Milton Keynes and the Oxford region. *J Roy Coll Gen Pract* 1989; 39: 404-7.
- Klein R. Reflection of an ex-AHA member. *Br Med J* 1982; 284: 992-4.
- Everett GD, Parsons TJ, Christensen AL. Educational influences on consultation rates of house staff physicians in a primary care clinic. *J Med Educ* 1984; 59: 479-86.
- LeBourdais E. Do GPs make too many referrals? *Can Med Ass J* 1989; 140: 1374-6.
- Fry J. How to monitor hospital referrals. Update, 1991: 472-4.

56. Coulter A, Noone A, Goldacre M. General practitioners' referrals to specialist outpatient clinics. *Br Med J* 1989; 299: 204-6.
57. Kassebaum DG. Study of physician referral rates: more numerators in search for denominators. *J Med Educ* 1987; 62: 194-4.
58. Knottnerus JA, Joosten J, Daams J. Comparing quality of referrals of general practitioners with high and average referral rates: an independent panel review. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 178-81.
59. Coulter A, Roland M, Wilkin D. GP referrals to hospital. Manchester: Centre for Primary care research. Department of General Practice, University of Manchester, 1991: 1-51.

V tej številki so sodelovali:

Vladimir Auer, dr. med., specializant psihiatrije, Psihiatrična bolnišnica Ormož
 Tanja Bručan-Talan, dr. med., specialistka pediatrije, Ginekološka klinika KC Ljubljana
 Marija Cesar-Komar, dr. med., specialistka anesteziologije, SB Slovenj Gradec
 Andrej Cijan, dr. med., specialist internist, Kardiološka klinika, KC Ljubljana
 prof. dr. Anton Dolenc, dr. med., specialist sodne medicine in specialist patologije, Inštitut za sodno medicino, MF Ljubljana
 prof. dr. Jože Drinovec, dr. med., specialist internist, Krka Ljubljana
 prof. dr. Jana T. Furlan, dr. med., specialistka internistka, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Glnik
 prof. dr. Edvard Glaser, dr. med., specialist transfuziolog, SB Maribor
 dr. Anton Grad, dr. med., specialist internist, specialist nevrolog, Nevrološka klinika, KC Ljubljana
 Edvina Gregorič, dr. med., specialistka pediatrija, SB Izola
 prof. dr. Aleksej Kinsky, dr. med., specialist dermatovenerolog, Ljubljana
 Dušan Logar, dr. med., specialist internist, Revmatološka klinika, Bolnica dr. Petra Držaja, KC Ljubljana
 Boštjan Lovšin, dr. med., specialist ginekologije in porodništva, Ginekološka Klinika, KC Ljubljana
 Andrej Malej, dr. med., specialist internist, SB Izola
 Alenka Malej, dipl. biol., Morska biološka postaja Piran
 prof. dr. Aleksander Manohin, dr. med., specialist anesteziolog, Inštitut za anesteziologijo, KC Ljubljana
 prof. dr. Helena Meden-Vrtovec, dr. med., specialistka ginekologinja in porodničarka, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 doc. dr. Blaž Mlačak, dr. med., ZD Metlika

Patricija Mozetič, dipl. biol., Morska biološka postaja Piran
 Anton Munda, dr. med., specialist otorinolaringolog, SB Maribor
 doc. dr. Živa Novak-Antolič, dr. med., specialistka ginekologinja in porodničarka, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 prof. dr. Marija Pečan, dr. med., specialistka anesteziologinja, Inštitut za anesteziologijo, KC Ljubljana
 prof. dr. Dražigost Pokorn, dr. med., specialist higijene, Inštitut za higieno, MF Ljubljana
 doc. dr. Anton Prijatelj, dr. med., specialist medicine dela, ZD Nova Gorica
 doc. dr. Marjan Prodan, dr. med., specialist pediater, Pediatrična klinika, KC Ljubljana
 asist. Vlasta Rebec-Pavlič, dr. med., specialistka anesteziologinja, Inštitut za anesteziologijo, KC Ljubljana
 prim. dr. Dušan Repovš, dr. med., specialist socialne medicine z organizacijo zdravstvene službe, Ljubljana
 mag. Alenka Rus, dipl. biol., Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik
 prim. Božena Serbec-Logar, dr. med., specialistka pediatrija, Ljubljana
 prof. dr. Vladimir Smrkolj, dr. med., specialist kirurg, Kirurška klinika, KC Ljubljana
 mag. Marjeta Terčelj-Zorman, dr. med., specialistka internistka, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik
 prof. dr. Tomaž Tomažević, dr. med., specialist ginekolog in porodničar, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 Andreja Štolfa, dr. med., specialistka ginekologinja in porodničarka, Ginekološka klinika, KC Ljubljana
 asist. dr. Stanislav Šuškovič, dr. med., specialist internist, Inštitut za pljučne bolezni in TBC Golnik
 asist. dr. Igor Švab, dr. med., specialist splošne medicine, Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana

Pregledni prispevek/Review article

HRANITVENA ALERGIJA IN INTOLERANCA

FOOD ALLERGY AND INTOLERANCE

Marjeta Terčelj-Zorman, Alenka Rus, Jana T. Furlan

Inštitut za pljučne bolezni in tuberkulozo, 64204 Golnik

Prispelo 1993-02-04, sprejeto 1993-04-14, ZDRAV VESTN 1994; 63: 163-7

Ključne besede: *branitvena alergija; branitvena intoleranca; branitveno povzročene alergijske bolezni; branitveni alergeni; obremenilni testi z zaužitimi alergeni*

Izvleček – Izhodišča. Prikazana je nutritivna alergija in intoleranca; podana je pogostnost zbolevanja, različne klinične manifestacije, sodobna razdelitev po etiopatogenetskib mehanizmih ter diagnostika in terapija.

Metode in rezultati. Na podlagi lastnih raziskav pri astmatikih smo lahko potrdili vpletenost nutritivne alergije pri nastanku astmatškega dušenja, predvsem pri osebah s pridruženno poliorgansko simptomatiko in atopijsko konstitucijo.

Zaključek. Nutritivna alergija in intoleranca sta pomembnejše vpleteni v različnih bolezenskih stanjih, kot smo domnevali.

Key words: *food allergy; food intolerance; food induced allergic diseases; food allergens; oral provocation test with food allergens*

Abstract – Background. Nutritive allergy and food intolerance are presented. The prevalence, different clinical manifestations, etiopathogenesis, the diagnostics and treatment have been described as well.

Methods and results. Due to the authors' own studies the involvement of food allergy in the etiology of asthmatic dyspnea have been confirmed in asthmatic patients, especially in those with associated polyorganic symptoms and atopic status.

Conclusion. Food allergy and intolerance are more important and more frequently involved in allergic reaction of different organic systems than has been previously assumed.

Uvod

Hranitvena (nutritivna) alergija ni nov pojav sedanje porabniške družbe, temveč jo je opisal že Hipokrat 400 let pred Kristusom in približno 600 let pozneje tudi Galen (1). Od 17. stoletja je v literaturi najti posamezne opise alergijskih bolezni, ki so jih sprožila naravna živila, kot so moka, laneno seme, pomaranče, janež, sveže mleko in jajca (2). V zadnjih treh desetletjih pa je zaslediti naraščajoče število opisanih primerov alergijskih reakcij po hrani in tudi spekter kliničnih manifestacij se je razširil. V tem času se je izrazilo spremenil način prehrane; vse več je kemičnih dodatkov za konzerviranje, dober okus in lep naravni videz. Uvajajo se eksotična hranila, ki jih poprej nismo bili vajeni. Spremenila se je tudi sestava osnovne prehrane. V neprimerno večjih količinah se sedaj uživajo kruh, špageti in pice v primerjavi s slovensko kuhinjo pred nekaj generacijami, ko so jedli pretežno ajdovo ter proseno kašo in koruzne žgance, kruh pa je bil zaklenjen v predalu.

Hranitvena alergija je področje alergije, kjer je najti največ nasprotujočih si mnenj. To je posledica tega, ker ni na voljo splošnega soglasja o definiciji in diagnostičnih kriterijih. Če v reakcijah po hrani imunski sistem ni udeležen, naj se uporablja širši pojem, to je nutritivna intoleranca ali nutritivna občutljivost (3). V literaturi je zaslediti za to vrsto reakcije tudi izraz psevdoalergija ali »false food allergy«, ker klinično popolnoma oponaša alergijsko reakcijo, posredovano z IgE (4). Intoleranca se lahko pripeti že ob prvem srečanju z določeno snovjo, medtem ko se pri alergiji najprej razvije le senzibilizacija (nastajanje specifičnih protiteles IgE, ki se nato vežejo na receptorje na mastocitih).

Prevalenca nutritivne alergije v populaciji znaša 1%; pri otrocih po prvem letu starosti pa približno 3–4% (1). Hranitvena alergija se najpogosteje manifestira na naslednjih organih: v 43% na koži,

sledijo dihalne poti v 23%, prebavila v 21%, obtočila v 2,5%. V 11% je najti bolezni s čisto nutritivno alergijo v prebavilih (5, 6).

Klinična slika

Nutritivna alergija in intoleranca povzročata v klinični sliki pestro simptomatiko, saj lahko prizadeneta številne organe. Po zaužitju nekaterih živil in pijač se lahko pokažejo simptomi v dihalih (nahod, laringitis, astma, bronhitis), v zgornjih prebavilih (afte, otekanje ustnic, glotitis, faringitis), v spodnjih prebavilih (bruhanje, slabost, kolike, diareje, napenjanje, akutni gastritis, vzdražljivo črevo, ulcerozni kolitis, Crohnova bolezen), v centralnem živčnem sistemu (migrena, vrtoglavice, utrujenost, dekoncentracija, nemir, depresija), v lokomotornem aparatu (bolečine v sklepah, mišicah), v koži (urtikarija, angioedem, atopijski dermatitis, pruritus) in kot sistemska prizadetost (anafilaksija, motnje rasti pri otrocih) (5, 6). Pri nutritivni alergiji je znano, da se težave po določeni hrani enkrat pokažejo, drugič pa ne. Del tega pojava lahko razložimo z ugotovitvijo, da je včasih za izbruh simptomov potrebnih več različnih, hkratnih sprožilnih dejavnikov: npr. če občutljiva oseba ločeno zaužije jajca in šunko, ne bo imela nobenih težav. Če pa jih zaužije skupaj ali z določenimi začimbami, sledi izbruh simptomov. Nekaterim škodujejo jabolka in lešniki spomladi le v času cvetenja breze, ko so hkrati izpostavljeni zaužitim nutritivnim in inhaliranim alergenom, ki so si sorodni. Pri nekaterih je za pojav simptomov potrebno, da hkrati pijejo alkohol, npr. kikiriki skupaj s kampari ali po vnosu zdravil, ki vsebujejo acetilsalicilno kislino. Občasno je lahko sprožilec določen fizikalni dejavnik, npr. plavanje v mrzli vodi ali tople kopeli v kadi. Tako poročajo o hudi anafilaksiji pri športnikih, ki so nekaj ur pred telesno obremenitvijo zaužili školjke ali zeleno (6).

Razdelitev po etiopatogenetskih mehanizmi

Različne oblike hranitvene alergije in intolerance so prikazane na tabeli 1. Predlagali so jih angleški alergologi 1992 (3) glede na sodobna spoznanja o etiopatogenetskih mehanizmi.

Tab. 1. *Nutritivna alergija, intoleranca in averzija, povzeto po (3).*

Skupina 1	Hranitvena alergija, ki jo posredujejo protitelesa IgE. Primeri: takojšnja, včasih zelo huda reakcija po lešnikih, jajcih, mleku, ribah in školjkah.
Skupina 2	Hranitvena alergija, pri kateri niso udeleženi IgE, obstajajo pa zanesljivi dokazi, da je imunski sistem spremenjen. Takšna primera sta celiakija in enteropatija, ki ju povzročajo proteini iz kravjega mleka.
Skupina 3	Nealergijska intoleranca na živila, ki je navzoča pri nekaterih občutljivih osebah. Sem sodijo npr. nekatere oblike sindroma vzdražljivega črevesja, migrena, ki jo povzroča hrana, reakcija po sulfiti, nitriti in tartrazinu in pomanjkanje prebavnih encimov.
Skupina 4	Nekatere bolezni črevesja, pri katerih domnevajo, da bi hrana lahko bila udeležena, vendar to še ni potrjeno. Primera: kronični ulcerozni kolitis in Crohnova bolezen.
Skupina 5	Hranitvena averzija in osebe z nespecifičnimi simptomi po zaužitju hrani. Pojavi niso potrjeni z dvojno slepimi obremenilnimi testi.

Skupina 1. Takojšnja, anafilaktična reakcija (tip I) po zaužitih živilih

Tip hranitvene alergije, ki jo posredujejo protitelesa IgE proti živilom, ima še najbolj pojasnjen mehanizem na področju prehranske alergije. Klinično lahko razdelimo nutritivno alergijsko reakcijo na tisto, ki se pokaže po začetnem stiku v prebavilih ali pa v oddaljenih organih, kot so koža, pljuča, ožilje in ostali organi. Možne so številne kombinacije (7).

Ta vrsta alergijske reakcije je posledica ekspozicije alergenu, ki prek protiteles IgE povzroči degranulacijo mastocitov in sprostitve mediatorjev. Le-ti povzročajo vnetne procese v tkivih, ki se kažejo kot konstrikcija gladkih mišic, prepustnost ožilja in hipersekrecija sluzi. V klinični sliki se vnetje glede na šokovni organ kaže kot piskanje in dušenje v bronhijih, sekrecija sluzi in kongestija v nosu, kot dermatitis in urtikarija na koži ter navzea, bruhanje, diareje in kolike v prebavilih.

Živila, ki kot alergeni najbolj pogosto povzročajo akutno alergijsko reakcijo, so kravje mleko (zlasti pri otrocih), lešniki, jajčni beljak, ribe in školjke. Pa tudi številna druga hranila, kot so pšenična moka, čokolada in citrusi (3).

Skupina 2. Alergijski mehanizmi navzoči, toda mehanizem IgE ni vpleten

Sem sodi celiakija, ki je enteropatija s preobčutljivostjo za gluten. Pri njej je okvarjena resorpcija hrane in se kaže z diarejami, izgubo na teži in podhranjenostjo. Glutini so proteini, ki jih najdemo v pšenici, ječmenu, ovsu in rži. Ti lahko okvarijo intestinalno sluznico (atrofija jejunalne mukoze). Ugotovili so, da je pri teh spremembah najti preobčutljivost za gluten. Ker je imunski sistem čezmerno aktiven proti glutenu, nekateri avtorji menijo, da je pri celiakiji vpleten celični imunski odziv. Stroga dieta brez glutena pripelje do tega, da se jejunalna sluznica obnovi in postane normalna, simptomi pa prenehajo (3, 8).

Preobčutljivost za glutene lahko prizadene poleg črevesja tudi druge organe, med njimi bronhe. Ta pojav smo dokazali v domači raziskavi, v kateri smo pri astmatikih s pridruženno poliorgansko simptomatiko naredili obremenilne teste z zaužitjo pšenično moko, kontrolirano s placebom. Med 110 osebami se je približno 5% astmatikov odzvalo z bronhialnim odgovorom v obliki pozne astmatske reakcije. Dve tretjini teh oseb ni vedelo, da jim izdelki iz pšenične moke povzročajo astmatsko dušenje. Po provokaciji smo opazovali tudi druge spremljajoče simptome: gastrointestinalno simptomatiko v 65% in v manjših odstotkih na drugih

organskih sistemih. Na podlagi te in podobne poprejšnje raziskave smo podali mnenje, da je pogostejši vpliv nutritivnih alergenov pri nastanku astmatskega dušenja, kot smo domnevali (9, 10).

Tudi proteini mleka lahko povzročajo sindrom slabe resorpcije, podobno kot je pri celiakiji (11). Sindrom enteropatije, povzročene s proteini mleka, se pogosto pokaže pri otrocih, ki slabo uspevajo zaradi diareje, slabe resorpcije in imajo celo intestinalne krvavitve s kolitisom. Simptomi izginejo, ko kravje mleko odstranimo iz diete. Ponovni vnos mleka povzroči, da se gastrointestinalne težave povrnejo. Po virusni gastrointestinalni okužbi lahko mleko za nekaj časa slabo prenašajo zaradi začasne nesposobnosti prebavljanja laktoze. Tako je pri dojenčkih in majhnih otrocih s kroničnimi gastrointestinalnimi simptomi s slabim pridobivanjem na teži upravičen preizkus (pod zdravniškim nadzorom) z odtegnitvijo mleka ali glutena; diagnozo pa po navadi potrdimo s hranitvenim obremenilnim testom. Otroci se na dieti popravijo v nekaj mesecih.

Tudi številni odrasli dobijo po mleku blage reakcije. Nekateri med njimi tolerirajo mleko v manjših količinah. To pa še ne pomeni, da ima vsak odrasel, ki slabo prenaša mleko, že izraženo alergijo. Številni odrasli prav tako ne morejo prebavljati laktoze zaradi pomanjkanja encima laktaze. Tudi proteini mleka lahko prizadejejo druge organe in povzročajo npr. astmatsko dušenje, simptome bronhitisa (11).

Sindrom vzdražljivega črevesja je opisni izraz, ki ga uporabljajo za številna stanja s podobnimi abdominalnimi simptomi. Značilni so obstipacija, ki se izmenjuje z diarejami, napenjanje in v številnih primerih bolečina. Pri nekaterih osebah prevladuje obstipacija (spastični kolon) in gastrointestinalni čas prehoda je močno povečan. Do sedaj so domnevali, da večina teh primerov ni povezana z nutritivno intoleranco, toda pri precejšnjem številu, predvsem pri tistih z diarejo, napenjanjem in bolečino, so dokazali vpletenost posameznih hranil (12, 13). V eni študiji pri 72 osebah od 189 bolnikov, ki se jim je izboljšalo stanje po restriktivni dieti, je uspelo identificirati škodljiva živila, kot so mlečni izdelki in žitna zrna. Ti so sprožili vnovične simptome, ko so jih spet dodali hrani. Če so se teh živil izogibali, so bili zdravi (14). Podobne simptome lahko povzročajo pomanjkanje laktaze, alergijski gastroenteritis in stanja, kjer se rastlinska vlakna ali drugi neresorbirani ostanki hrane fermentirajo v spodnjem črevesju.

Skupina 3. Intoleranca za hrano – nealergijska reakcija po zaužitih hranilih

Po nekaterih hranilih in pijačah se pokaže poliorganska simptomatika, ki vključuje bodisi anafilaktoidni šok, akutno in kronično urtikarijo, angioedem, motnje v intestinalni funkciji (s številnimi splošnimi, kroničnimi intestinalnimi boleznimi), vazomotorni glavobol, rinitis in astmo, pa tudi psihične simptome – vendar imunski sistem ni udeležen. Zbolevnost za to neimunsko intolerančno reakcijo je po vsej verjetnosti veliko večja kot za pravo alergijsko (12).

Mehanizmi nutritivne intolerance so le delno pojasnjeni, vsekakor pa se razlikujejo od procesov, posredovanih z IgE.

Francoski avtorji (4) pri tej skupini glede na domnevne etiopatogenetske mehanizme ločijo naslednje podskupine:

1. primarno ali sekundarno pomanjkanje črevesnih encimov, npr. pomanjkanje disaharidaze, laktaze, aldehydne dihidrogenaze;
2. psevdalergijska reakcija:
 - nespecifično osvobajanje histamina iz mastocitov prek nespecifičnih dražljajev, npr. po jagodah, paradižniku, nekaterih vinih, ribah, čokoladi, svinjini in alkoholu;
 - visoka vsebnost biogenih aminov v hrani: histamina (kislo zelje, nekatera vina), serotonin (banane), tiramina (nekateri siri, čokolada);
 - intoleranca proti inhibitorjem ciklooksigenaze (sinteza prostaglandinov); sem sodijo konzervansi, sulfiti, nitriti in barvila, kot je tartrazinsko.

Hrana, v kateri so sulfiti kot konzervansi, ki preprečujejo rjavo obravnanje sadja, in so zlasti v rdečem vinu, posušenem sadju in raznih sadnih solatah v restavracijah, lahko povzročata astmo zaradi sproščanja žveplovega dioksida. Nitriti lahko povzročajo simptome zaradi neposrednega vpliva na vazodilatacijo s posledično rdečico. Nekateri siri povzročajo glavobole predvsem zaradi vsebnosti tiramina, ki se poveča, ko sir dozori. Podobno deluje tiramin v rdečih vinih. Čeprav reakcije po konzervansih obstajajo, vendar le niso tako pogoste, kot ljudje na splošno mislijo (12). Dodatki v hrani, kot so benzoati, tartrazini in metabisulfiti, pa dejansko povzročajo simptome pri nekaterih občutljivih osebah. Tartrazin je oranžni prah, ki postane zlato rumen, ko se raztopi, in vse do nedavnega se je na široko uporabljal kot snov za barvanje v farmaciji in prehranbeni industriji. Celo manjša količina v oranžno obarvanih pijačah lahko včasih sproži pri občutljivih osebah piskanje, urtikarijo in glavobole, kar so pokazale tudi naše klinične izkušnje in provokacijski testi z zaužitimi živili in pijačami (11). Polno nasprotujočih si mnenj je področje hiperreaktivnosti pri otrocih glede povezave z različnimi hranili, konzervansi in barvami (15, 16).

Skupina 4

V to skupino sodijo nekatere znane intestinalne bolezni, pri katerih se občasno domneva, da jih povzroča hrana, vendar to še ni potrjeno. Primera sta ulcerozni kolitis in Crohnova bolezen. Nekateri avtorji poročajo, da so našli pri ulceroznem kolitisu odraslih protitelesa proti hranilom, zlasti mleku. Toda ko so ta protitelesa vnovič določali, so lahko potrdili le, da so predstavljala odgovor organizma na proteine, ki so se nespremenjeni zaradi okvarjene črevesne sluznice resorbirali (17). Pri Crohnovi bolezni pa je drugače; v tem primeru pa so dietni ukrepi koristni, čeprav sama bolezen ne predstavlja odgovora na hrano, ker je pomembna konsistenca hrane, in ne kemična sestava.

Skupina 5

V to skupino sodijo bolniki z averzijo proti hrani z nespecifičnimi simptomi, ki niso potrjeni z dvojno slepim obremenilnim testom. Določena skupina bolnikov toži o nepojasneni utrujenosti, slabosti, nespečnosti in motnjah v libidu. Sami domnevajo, da jih muči nutritivna alergija, dejansko pa rabijo posvet s psihologom. Kljub številnim simptomom in spreminjanju teh težav seveda vsi ti bolniki nimajo jasno opredeljene psihične bolezni. Nekateri med njimi prebolevajo virusne okužbe, drugi pa imajo težave zaradi hiperventilacije s posledično pestro simptomatiko.

Diagnoza

Diagnoza hranitvene alergije in intolerance je po navadi dokaj težaven in dolgotrajen proces tako za zdravnika kot bolnika. Najlažje je postaviti diagnozo, kadar je udeležen mehanizem IgE proti nutritivnim alergenom, kot so jajca, lešniki, ribe, mleko. Bolnik večkrat sam postane pozoren na izbruh simptomov, če se težave pojavijo hitro, do ene ure potem, ko je zaužil alergen v hrani. Tudi alergijski kožni testi so pozitivni in v serumu pogosto najdemo specifične IgE. Veliko večji diagnostični problem pa predstavljajo simptomi, pri katerih so vpleteni alergijski mehanizmi, ki niso posredovani z IgE, ali pa intolerance. V takih primerih težave pogosto izbruhnejo šele čez nekaj ur, celo 8–12–24 ur po zaužitju škodljivega živila. Prav zaradi tega bolniki skoraj nikoli sami ne odkrijejo vzročne povezave med hrano in simptomi. Tudi kožni testi so večinoma negativni. Na splošno je poznano, da preobčutljivost za nek nutritivni alergen ali intoleranco zanesljivo lahko potrdimo le z obremenilnimi testi z zaužitimi alergeni ali snovmi, ki povzročajo intoleranco (1). Diagnostiko gradimo najprej na usmerjeni, poglobljeni anamnezi, kožnih alergijskih testih, ugotavljanju specifičnih in celotnih

protiteles IgE ter na obremenilnih testih z zaužitimi živili. Pri izolirani intestinalni alergiji pridejo v poštev posebni gastro-intestinalni diagnostični postopki, ki se izvajajo samo v specializiranih centrih.

Anamneza

V anamnezi nas zanima, katera osnovna živila preiskovana oseba veliko ter pogosto uživa in katerih se izogiba. Dostikrat opazujemo, da otroci, ki so preobčutljivi za čokolado ali mleko, naravnost požrešno hlastajo po teh živilih. Pri odraslih pa večkrat ugotavljamo čezmerno uživanje močnih izdelkov pri tistih bolnikih, ki jim gladina škoduje. Če se simptomi nutritivne alergije ponavljajo pogosto, potem bolnikom po navadi škodujejo vsakodnevno zaužita osnovna hranila, kot so mleko, jajca ali pšenična moka. Pri izbruhu simptomov je pomembna tudi količina zaužitega alergena; čim več občutljiva oseba zaužije določenega hranila, tem hujši so simptomi. Precej zanesljivo lahko potrdimo domnevo o nutritivni alergiji, če najdemo alergijske bolezni v družinski in v osebni anamnezi, npr. težave s prehrano v otroških letih ali pa ponavljajoči se bronhitis in astma ali atopijski dermatitis v tem obdobju. Tudi pri odraslih nas spremljajoče atopijske bolezni upravičeno lahko napeljejo na misel o udeleženi nutritivni alergiji. V domači raziskavi smo našli atopijski status pri vseh 21 astmatikih, pri katerih smo z dvojno slepimi provokacijskimi testi ugotovili preobčutljivost za zaužite gliadine (9). Vervolet in sod. (18) so postavili hipotezo, da atopija pomeni dejavnik tveganja za nastanek nutritivne alergije.

Kožni alergijski testi

S kožnimi alergijskimi testi z inhalacijskimi alergeni ugotavljamo, če je preiskovana oseba atopik. Z nutritivnimi testi pa ugotavljamo, če je ta oseba senzibilizirana za določen nutritivni alergen. Upoštevati je, da se le močno pozitivni kožni nutritivni alergijski testi z omenjenimi alergeni dobro ujemajo z obremenilnimi testi, torej da so klinično pomembni (19). Po drugi strani pa hrana lahko povzroča nespecifične, iritativne pozitivne kožne reakcije (3).

Laboratorijski testi

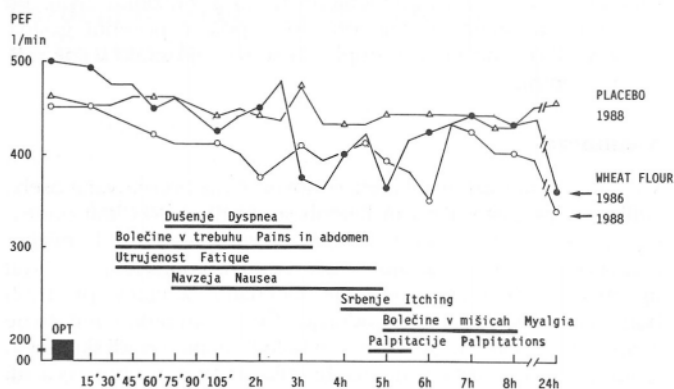
Ugotavljanje specifičnih IgE proti hrani je na splošno še manj občutljiv test, kot so kožni testi. Če specifičnih IgE ne ugotovimo, nutritivna alergija še ni izključena (19). Nekateri avtorji menijo, da so rutinski kožni in laboratorijski testi za dokazovanje nutritivne alergije nezanesljivi (3).

Dieta

Z eliminacijsko dieto želimo ugotoviti, ali sta pri simptomih udeležena nutritivna alergija in intoleranca. Če namreč iz prehrane odstranimo škodljivo hranilo, težave prenehajo po določenem času. Z najbolj preprostim postopkom, z izločitveno dieto, v prehrani opustimo obtoženo hranilo za 8 do 10 dni in opazujemo, ali bodo simptomi izginili. Ker pa pogosto ne moremo dognati pravega vzročnega alergena, se odločimo za izločitveno dieto, ki je sestavljena iz nekaj hranil, ki le redkokdaj povzročajo alergijo. Imenujemo jo hipoalergijska dieta. Pri preobčutljivih za gliadine pa smo pri nekaterih osebah opazovali, da so jim težave izginile šele po več tednih stroge diete.

Obremenilni testi

Obremenilni testi z zaužitimi hranili (oralni provokacijski testi): s tem testom lahko zanesljivo potrdimo, če je kak alergen ali konzervans vpleten pri nastanku simptomov. Izvajamo ga tako, da bolniku najprej predpišemo izločitveno dieto. Če se stanje izboljša, svetujemo po desetih dneh vnovič dodati obtoženi alergen v živilu. Pri lažjih reakcijah, ali če so simptomi le subjektivne narave,

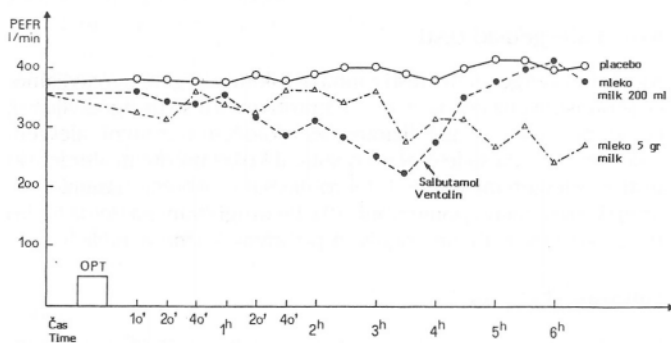


Sl. 1. Oralni obremenilni testi z zaužitjo pšenično moko (40 g) in placebo pri bolniku z astmo (K. V.).

Meritve bronhialne obstrukcije, opravljene s PEF (peak flow meter), in hkrati registrirani spremljajoči simptomi na drugih organskih sistemih.

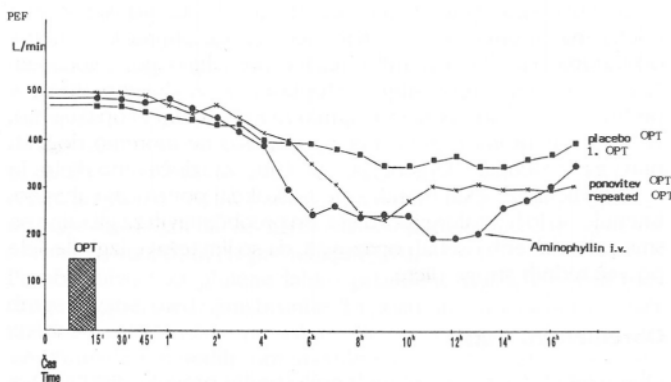
Fig. 1. Oral provocation tests with ingested wheat flour (40 g) in patient with bronchial asthma (K. V.).

Measurement of bronchial obstruction by PEF (peak flow meter) and associated registered symptoms in other organs.



Sl. 2. Oralni obremenilni testi z zaužitim mlekom in placebo pri bolniku z astmo (I. V.).

Fig. 2. Oral provocation tests with milk and placebo in patient with asthma (I. V.).



Sl. 3. Oralni obremenilni test z zaužitim tartrazinskim barvilom (200 mg) in placebo pri bolniku z astmo (J. O.).

Fig. 3. Oral provocation test with ingested tartrazin and placebo in patient with asthma (J. O.).

moramo obremenilne teste večkrat ponoviti, preden se lahko prepričamo o vpletenosti domnevnega alergena. Če v anamnezi zasledimo hujšo alergijsko reakcijo po določenih jedeh, npr. pri otrocih po mleku, priporočamo opraviti obremenilne teste v bolnišnici. Ker je pri nutritivni alergiji pogosto vpletena psihična sestavina (strah ali pa napačno domnevanje), priporoča večina avtorjev – kadar želimo zanesljivo dokazati nutritivno alergijo – oralni obremenilni test po dvojno slepi metodi, kontrolirano s placebo. Tudi ta način testiranja lahko opravimo le pri hospitaliziranih bolnikih.

Na slikah 1, 2 in 3 so prikazane naše izkušnje z obremenilnimi testi z nekaterimi zaužitimi alergeni in barvilom pri astmatikih.

Terapija

Osnovni ukrep pri zdravljenju nutritivne alergije in intolerance je, da odstranimo vzročno hranilo iz prehrane. Osebe z visoko stopnjo alergije se morajo dejansko najstrožje držati predpisane diete. To pa pomeni, da naj bi se izogibali najmanjših količin alergena, ki je npr. lahko skrit kot sestavina v že pripravljenih kupljenih živilih. Osebe z nizko stopnjo preobčutljivosti lahko uživajo takšna živila v manjših količinah, vsakih nekaj dni po sistemu rotacije.

Pri nekaterih osebah dolgotrajna opustitev alergena leto dni ali več lahko izrazito izboljša stanje, toda po izkušnjah številnih avtorjev je nutritivna alergija trajna motnja. Hiposenzibilizacija z nutritivnimi alergeni tako, da jih zaužijemo v vse večjih odmerkih, se že izvaja, toda zaenkrat uspešnost te oblike še ni potrjena (20).

Osebam, ki ne prenesejo hipoalergijske diete ali pa jim težave povzroča preveč alergenov hkrati, svetujemo medikamentno terapijo, predvsem ketotifen (Dihalar), pri nekaterih tudi peroralno kromoglikat (Intal), vendar so potrebni dovolj visoki odmerki; v poštev pridejo tudi antihistaminiki ter inhibitorji ciklooksigenaze, pri hujših akutnih oblikah nutritivne alergije pa tudi kortikosteroidi.

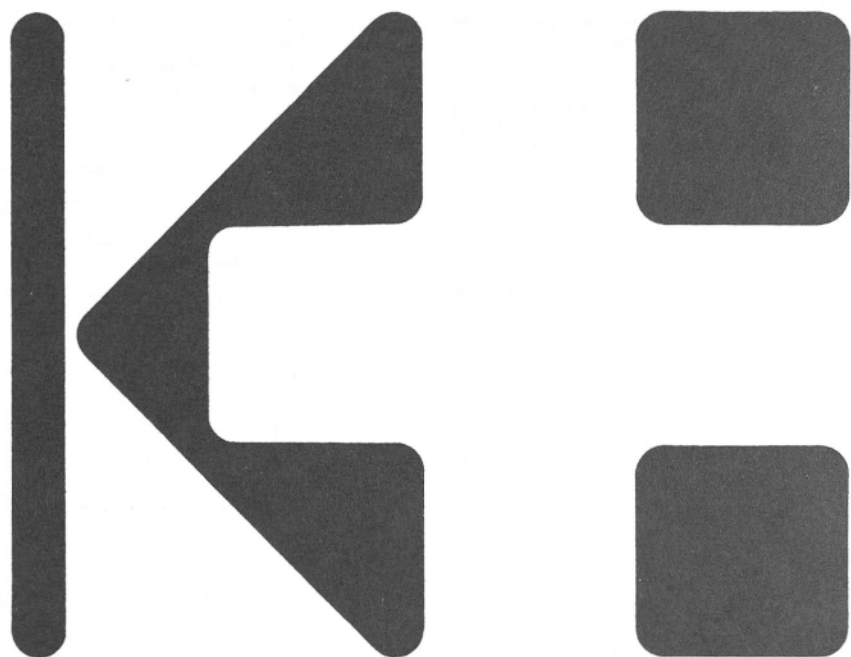
Sklep

Nutritivna alergija in intoleranca nista tako redek pojav, kot smo doslej domnevali. Po lastnih kliničnih izkušnjah in na podlagi domačih raziskav smo ugotovili, da imajo predvsem osebe z atopijskimi boleznimi in poliorgansko simptomatiko pogostejše pridruženo nutritivno alergijo. Diagnoza nutritivne alergije in intolerance je dokaj zapletena, ker še vedno sloni predvsem na eliminacijski dieti in obremenilnih testih.

Literatura

- Goldman AS, Kontak AG, Ham Pong AJ, Goldblum RM. Food hypersensitivity: historical perspectives, diagnosis and clinical presentation. In: Brostoff J, Challacombe SJ eds. Food allergy. London: Baillere Tindal, 1987: 797-805.
- Thiel C. Nahrungsmittelallergie. Internist 1991; 32: 578-86.
- Kay AB, Lesoff MH. Food allergy and intolerance. Clin Experimental Allergy 1992; 229 (Suppl 3): 17-21.
- Moneret-Vautrin DA. Food intolerance masquerading as food allergy: false food allergy. In: Brostoff J, Challacombe SJ eds. Food allergy. London: Baillere Tindal, 1987: 836-49.
- Wüthrich B. Nahrungsmittelallergien. Schweiz Med Wschr 1985; 115: 1428-36.
- Wüthrich B. Nahrungsmittelallergien. Schweiz Med Wschr 1986; 116: 1401-10.
- Metcalfe DM. Food hypersensitivity. J Allergy Clin Immunol 1984; 73: 749-55.
- Mike M, Asquith P. Gluten toxicity in coeliac disease and its role in other gastrointestinal disorders. In: Brostoff J, Challacombe SJ eds. Food allergy. London: Baillere Tindal, 1978: 549-54.
- Furlan J, Rus A. Vloga preobčutljivosti za zaužite gliadine v pšenični moki pri nastanku astmatskega dušenja. Zdrav Vestn 1992; 61: 63-9.
- Furlan J, Šuškovič S, Rus A. The effect of food on bronchial response in adult asthmatics and the protective effect of Ketotifen. Allergol Immunopathol 1987; 15: 73-81.
- Walker-Smith A. Milk intolerance in children. Clinical Allergy 1989; 16: 183-90.
- Food intolerance and food aversion: a joint report of the Royal College of Physicians and the British Nutrition Foundation. Journal of the Royal College of Physicians of London 1984; 18: 83-123.

13. Alun J, McLaughlan P, Workman E, Hunter JO. Food intolerance: a major factor in the pathogenesis of irritable bowel syndrom. *Lancet* 1982; 11: 1115-7.
14. Nanda R, James R, Smith H, Dudley CRK, Jewell DP. Food intolerance and the irritable bowel syndrom. *Gut* 1989; 30: 1099-104.
15. Feingold B. Hyperkinesis and learning disabilities linked to artificial food flavours and colors. *American Journal of Nursing* 1975; 75: 797-836.
16. King DS. Can allergic exposure provoke psychological symptoms? A double blind test. *Biological Psychiatrie* 1981; 16: 3-19.
17. Cooke WJ, Holmes GKT. Coeliac disease, inflammation, bowel disease and intolerance. In: Lessof MH ed. *Clinical reaction to food*. Chichester: John Wiley and sons, 1983: 181-215.
18. Vervolet EH, Charpin D, Lanteaume A, Charpin J. Is atopy a risk factor of food allergy. *Ner Allergy Proc* 1988: 279-90.
19. Wüthrich B. Diagnostik von Nahrungsmittelallergien. *Verdaungskrankheiten* 1989; 7: 92-9.
20. Sampston HA. Food allergy and the role of immunotherapy. *Allergy Clin Immunopathol* 1992; 90: 151-2.



KEMOFARMACIJA

Lekarne, bolnišnice, zdravstveni domovi in
veterinarske ustanove večino svojih
nakupov opravijo pri nas.

Uspeh našega poslovanja temelji na
kakovostni ponudbi, ki pokriva vsa
področja humane medicine in veterine, pa
tudi na hitrem in natančnem odzivu na
zahteve naših kupcev.

KEMOFARMACIJA – VAŠ ZANESLJIVI DOBAVITELJ!



KEMOFARMACIJA

Veletrgovina za oskrbo zdravstva, p.o. / 61001 Ljubljana, Cesta na Brdo 100
Telefon: 061 12-32-145 / Telex: 39705 KEMFAR SI / Telefax: 271-588, 271-362

Pregledni prispevek/Review article

PERKUTANA BALONSKA VALVULOPLASTIKA – ALTERNATIVA OPERATIVNI KOMISUROTOMIJI

PERCUTANEOUS BALLOON VALVULOPLASTY – AN ALTERNATIVE TO SURGICAL MITRAL
COMMISSUROTOMY

Andrej Cijan

Kardiološka klinika, Klinični center, Zaloška 7, 61105 Ljubljana

Prispelo 1993-05-10, sprejeto 1993-09-14, ZDRAV VESTN 1994; 63: 169-73

Ključne besede: mitralna stenoza; mitralna komisurotomija; balonska valvuloplastika; indikacije; zapleti; naše izkušnje

Key words: mitral stenosis; mitral commissurotomy; balloon valvuloplasty; indications; complications; our experience

Izvleček – Izhodišče. Metodo je prvi uvedel Inoue l. 1982. Pokazala je hiter hemodinamski in klinični uspeh in se kmalu uveljavila v kliničnem delu. Dobili smo metodo, ki omogoča mitralno komisurotomijo brez operativnega posega. V zadnjih letih se je razvilo več načinov za dostop balonskega katetra do mitralnega ustja. Rezultati se lahko primerjajo z operativnimi. V naši ustanovi smo pričeli s to metodo zdraviti bolnike že v letu 1988, vendar je postal ta način zdravljenja šele zadnji dve leti del rednega rutinskega programa v kateterizacijskem laboratoriju.

Abstract – Background. Percutaneous transvenous mitral commissurotomy was first introduced by Inoue in 1982. Immediate symptomatic and hemodynamic improvement after this procedure was the reason for extending it in clinical practice. The method is currently used as an alternative to surgical mitral commissurotomy.

In our institute, percutaneous valvuloplasty was first performed in 1988, but it has been a routine practice in the last two years only.

Namen dela. V prispevku smo želeli prikazati izvajanje te metode, način dela v naši ustanovi, indikacije za izbor bolnikov, zaplete in naše izkušnje.

Purpose of the study. We aimed to present the procedure in our institution, indications and complications, patients selection and our experience with double and single balloon technique.

Materiali in metode. Pri bolnikih s hudo mitralno stenozo smo izvršili valvuloplastiko na dva načina: uporabili smo dvobalonsko tehniko z retrogradnim transarterijskim pristopom in način z enim balonom, ki ga je uvedel Inoue.

Materials and methods. Retrograde transarterial approach with double balloon technique and single balloon – Inoue method was attempted in patients with severe mitral stenosis.

Rezultati in zaključek. Ta način zdravljenja je bil tudi pri naših bolnikih uspešen, če so bili bolniki dobro izbrani. Malo je bilo zapletov. Največkrat se je pojavljala mitralna insuficienca, ki pa večinoma ni bila hemodinamsko pomembna. Uspešnost posega je odvisna od patološkega stanja mitralne zaklopke. Prednost te metode je, da se bolniki izogone torakotomiji. Tudi če je poseg neuspešen, imajo enake pogoje za operacijo kot ostali bolniki. Še vedno pa je operativno zdravljenje na prvem mestu pri bolnikih z zelo prizadeto mitralno zaklopko.

Results and conclusions. Percutaneous mitral commissurotomy achieves immediate hemodynamic and clinical improvement in properly selected patients with mitral stenosis. Our conclusions are the same as described by other authors. There are very little complications. Mitral regurgitation is common, but of little hemodynamic importance. The method is an alternative to surgical mitral commissurotomy. Even if the treatment is not successful, the patient has the same conditions for operative treatment.

Uvod

Relativno enostavno mehanično razcepljenje zlepljenih komisur je še vedno najboljši način zdravljenja pri bolnikih s hudo mitralno stenozo. Do sedaj je veljala operativna komisurotomija kot edina metoda. V zadnjih letih pa se je uveljavila perkutana balonska valvuloplastika (PBV). S to metodo je možno doseči enak uspeh – brez torakotomije.

Prvi jo je opisal Inoue leta 1982 (1). Takojšen hemodinamski učinek in klinični uspeh je spodbudil tudi druge.

O indikaciji odloča stanje revmatsko prizadete mitralne zaklopke tako kot za operativno komisurotomijo. Najprimernejša indikacija je takrat, ko zaklopka še ni poapnela, njeni listi pa so še dobro gibljivi. Prve posege so opravili pri takih bolnikih. V zadnjih letih

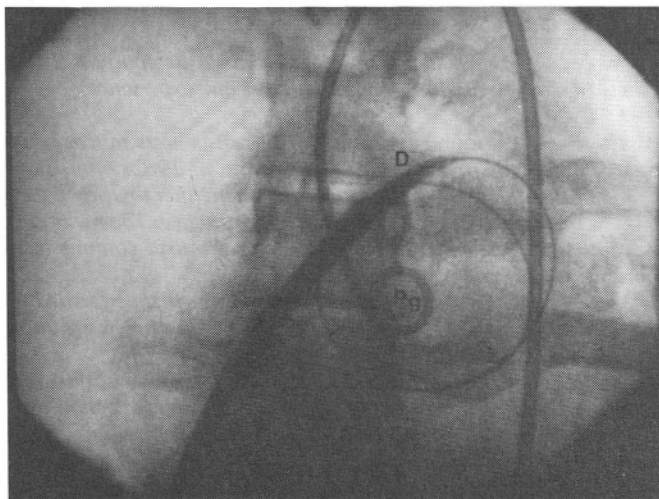
poročajo o uspešnih posegih tudi pri bolnikih z delno poapnelimi zaklopkami in slabo gibljivimi listi (2).

Kriteriji za izbor bolnikov se od leta 1986 dalje niso spremenili (3). Za valvuloplastiko se odločimo, če pri bolniku z ehokardiografijo in angiografijo ne ugotovimo večje mitralne insuficience. Za poseg tudi niso primerni tisti bolniki, ki imajo kifoskoliozo, hujše spremembe na perifernem arterijskem ožilju in če gre za nosečnost. Kontraindikacija je tudi, če ugotovimo trombotične mase v levem preddvoru (4).

Postopek

Bolnikom razložimo vrsto posega, jih seznanimo s prednostmi in možnimi zapleti. Na poseg ustno ali pisno privolijo. Opravimo ga

ob kirurški pripravljenosti za operacijo, sicer pa v pogojih standardne kateterizacije v kateterizacijskem laboratoriju. Pred posegom je bolnik tešč, prejme sedativ (diazepam 10 mg), ob začetku posega pa Atropin 0,5 mg. V ascendentno aorto uvedemo kateter (pigtail 7F), ki služi za kontrolo arterijskega tlaka, ko ga premaknemo v levi prekat, pa za meritev mitralnega gradienta. Z desnostransko kateterizacijo izmerimo pljučne tlake in pljučni zagostitveni tlak (PCW). Izmerimo mitralni gradient. Sledi transseptalna punkcija levega preddvora z iglo (Brockenbrough) in s pomočjo dilatatorja (Cook) uvajanje vodila (Mullins 8 F, USCI) v levi preddvor (5). Bolnik prejme Heparin 100 E/kg telesne teže (sl. 1). Skozi razširjeno mesto v pretinu uvedemo balonski dilatacijski kateter v levi preddvor, od tod ga vodimo skozi mitralno ustje v levi prekat. Balon namestimo v mitralno ustje, kjer ga napihnemo z razredčenim kontrastnim sredstvom za nekaj sekund ali do klinične tolerance. Na diaskopiji viden obris balona kaže zažemek, ki ga povzroča pritisk mitralnega ustja. Ko ta izgine, je znak, da je širjenje uspelo (sl. 2 A, B).



Sl. 1. Transseptalni pristop pri PBV. Položaj vodilne žice in dilatatorja pri prehodu skozi pretin v levi preddvor; Inoue metoda. PG – pigtail kateter v ascendentni aorti; Ž – vodilna žica; D – dilatator.

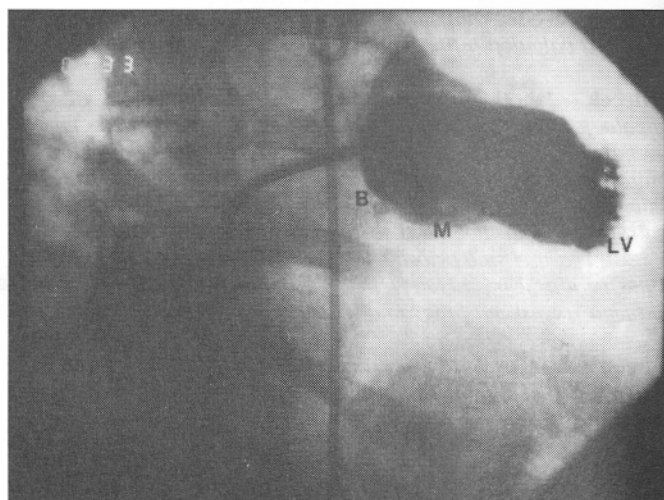
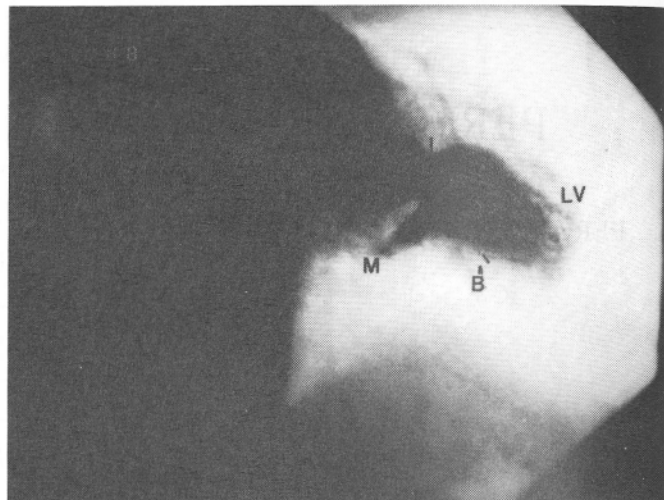
Fig. 1. Transseptal puncture and dilatation of atrial septum – Inoue technique. PG – pigtail catheter in aorta; Ž – guide wire in left atrium; D – dilatator.

Sledi kontrola tlakov in mitralnega gradienta (sl. 3 A, 3 B). Angiografija levega prekata pokaže, ali je prišlo do mitralne insuficience. Z oksimetrijo in angiografijo levega preddvora dokažemo ali izključimo levo-desni spoj v preddvornem pretinu. Če je rezultat zadovoljiv, odstranimo vodila in katetre, bolnika opazujemo 24 ur. Naslednji dan naredimo kontrolno ehokardiografijo in bolnik lahko zapusti oddelek.

Zapleti

Pogosto se pojavi mitralna insuficienca, ki pa je pri bolnikih z nepoapnelo zaklopko zelo redka, pri poapnelih zaklopkah je pogostejša (do 30%), vendar večinoma hemodinamsko nepomembna (6–9). Prikažemo jo z angiografijo in ehokardiografijo. Dopplerska metoda je zelo občutljiva, boljša je metoda s pulznim Dopplerjem (10). Hujšo mitralno insuficienco opazimo tudi klinično, ali če se v krivulji PCW pojavi val v. Za bolnika pomeni slabo prognozo, isto velja tudi za operativni poseg (11–13). Zelo huda mitralna insuficienca, ki zahteva nujno zamenjavo mitralne zaklopke, je posledica trganja lista na nepoapnelem delu, pokanja mitralnega obroča ali pokanja horde.

Embolije so možne, če so trombotične mase v levem preddvoru. So pa redke, ker jih že prej ugotovimo (14, 15) in bolnikom



Sl. 2. Položaj balonskega katetra v mitralnem ustju pred naplajenjem (A), viden je zažemek, ki po razširjenju balona izgine (B). M – mitralno ustje z mitralnim obročem; B – balon; I – zažemek; LV – votlina levega prekata.

Fig. 2. A) Position of dilatation balloon in mitral valve ring. Indentation (I) is seen before inflation. B) After inflation mitral ring is opened, indentation is no more visible. M – mitral ring; B – balloon catheter; I – indentation; LV – left ventricular cavity.

odsvetujemo poseg. Velika redkost je odlučanje poapnelega drobca z mitralne zaklopke ali pokanja balona med naplajenjem (16).

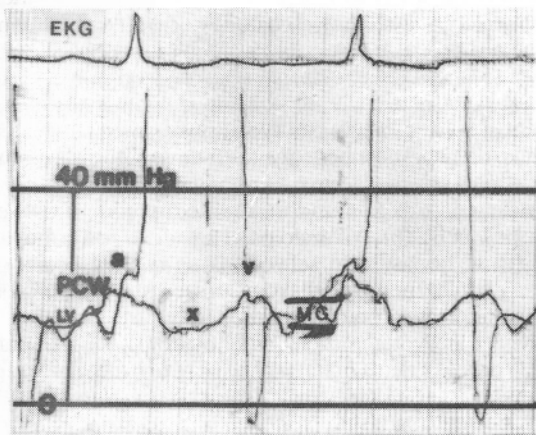
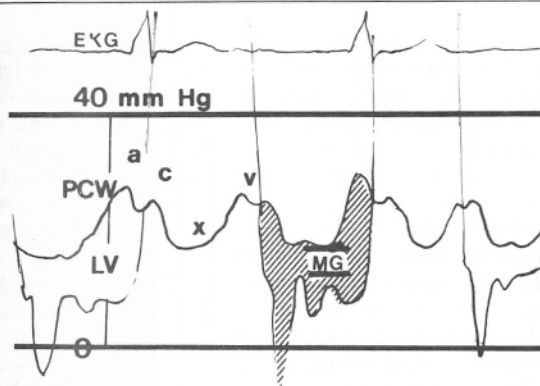
Ostali zapleti so tehnične narave in nastanejo zaradi neuspešne punkcije preddvora (tamponada, krvavitev, embolije) ali pa na perifernih žilah pri uvajanju katetrov.

Pojav levo-desnega spoja je bolj posledica posega kot zaplet. Največkrat ni hemodinamsko pomemben in izgine že po 24 urah. Zapleti s smrtnim izidom v zadnjih letih niso opisani.

Vrsta postopka

Poseg se lahko izvaja na več načinov. Uporabljamo tudi različne oblike in velikosti balonskih katetrov. Pri nas sta se uveljavili dve metodi: retrogradni transarterijski pristop (15) in metoda, ki jo je uvedel Inoue (1).

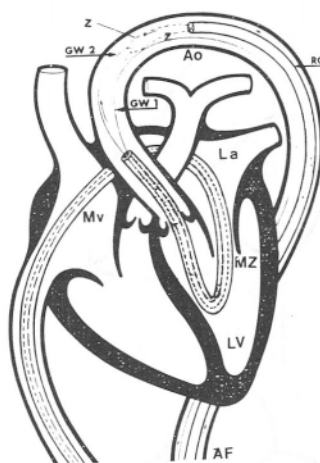
Pri transarterijskem pristopu gre za uvajanje dveh balonov skozi arterijski sistem v mitralno ustje. Na ta način zmanjšamo možnost nastanka večjega levo-desnega spoja v preddvornem pretinu.



Sl. 3. Mitralni gradient (MG) pred (A) in po (B) razširjenju mitralnega ustja. PCW – zagozditveni pljučni tlak z valovi a, c, x in v. Po razširitvi val v ne poraste, kar je znak, da ni nastala večja mitralna insuficienca; LV – krivulja diastoličnega tlaka levega prekata; EKG – elektrokardiogram.

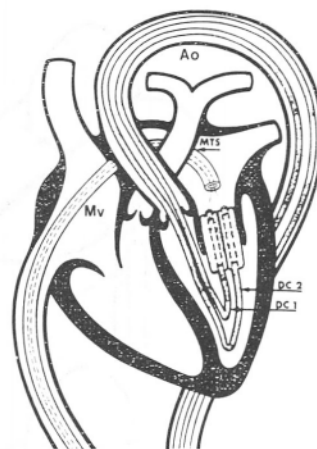
Fig. 3. Mitral gradient (MG) before (A) and after (B) dilatation of mitral valve. No mitral regurgitation, wave v in PCW is of normal amplitude.

Transseptalno uvedemo Mullinsovo vodilo v levi preddvor in ga s pomočjo Swan-Ganzovega katetra (Baxter Edwards Co, SA) potegnemo v levi prekat skozi mitralno ustje, nato pa naprej skozi ustje aortne zaklopke v ascendentno aorto. Skozi to vodilo uvedemo daljšo (300 cm) vodilno žico (Cook) nad ustje aortne zaklopke. V arterijo femoralis uvedemo posebej prirejen kateter z zanko (Curry intravascular retriever – Cook) in ga potisnemo navzgor po aorti v aortni lok do aortne zaklopke. Tu ujamemo vodilno žico in jo izvlečemo po aorti navzdol in ven iz arterije. Isti postopek naredimo na drugi femoralni arteriji. Obe izvlečeni vodilni žici služita za uvajanje balonskih katetrov skozi arterijski sistem v levi prekat in za namestitev v mitralno ustje. Navadno uporabimo dva balona, ki imata premer 18 ali 20 mm. Napihljenje je ročno za nekaj sekund. Če pride do zastoja v pretoku skozi mitralno ustje, lahko balon izvlečemo v aorto in po ustalitvi hemodinamike postopek ponovimo. Poseg traja približno 120 minut, z izkušnjo pa se bistveno skrajša (15, 4) (sl. 4 A, 4 B). Inoue je leta 1982 opisal in izvedel ta poseg s posebno zgrajenim balonom, ki ima dve kavčukovi plasti in vmes najlonsko mrežico. V sredini je balon še dodatno ojačen, zato pri napihljenju dobi sedlasto obliko. Zgradba balona omogoča tristopenjsko širjenje. Najprej se razširi spodnji del, nato začetni in nazadnje se balon razpre v sredini (sl. 5). Katetrski del ima premer 7 mm in ne povzroča velike odprtine v pretinu. Skozi preddvorni pretin ga uvedemo na klasični transseptalni način. Od tu naprej ga napihnjemo s CO₂ vodimo s tokom krvi skozi mitralno ustje v levi prekat, kjer ga razširimo z mešanico kontrastnega sredstva. Najprej se hruškasto oblikuje in tedaj je primeren za namestitev v mitralno



Sl. 4 A. Retrogradni transarterijski pristop. Položaj Mullinsovega vodila (Mv) in obeh vodilnih žic (GW 1 in GW 2) v ascendentni aorti, kjer ujeti v zanko vlečnega katetra (RC) potujeta po aorti navzdol. Ao – aorta; LV – levi prekat; MZ – mitralna zaklopka; La – levi preddvor; AF – arterija femoralis.

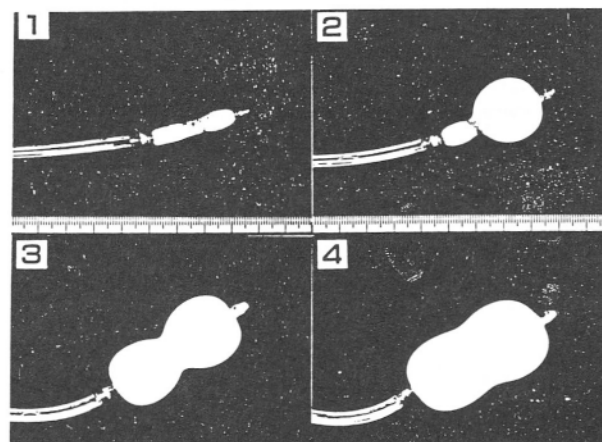
Fig. 4 A. Retrograde mitral valvuloplasty. Mullins transseptal sheath (Mv) is withdrawn and guide wires (GW 1 and GW 2) are placed in ascending aorta. RC – retriever catheter with loop (z).



Sl. 4 B. Shematski prikaz položaja balonskih katetrov v mitralnem ustju. Mv – Mullinsovo vodilo; MTS – Mullinsovo vodilo v transseptalnem položaju; Ao – aorta; DC 1 in DC 2 – dilatacijska katetra z balonskim delom v mitralnem ustju. S privolitvijo U. Babića (1).

Fig. 4 B. The schematic presentation of position of the two balloons in mitral valve ring. Mv and MTS – Mullins transseptal sheath; Ao – aorta; DC 1 and DC 2 – balloon dilatation catheters. Reprinted with permission from U. Babić (1).

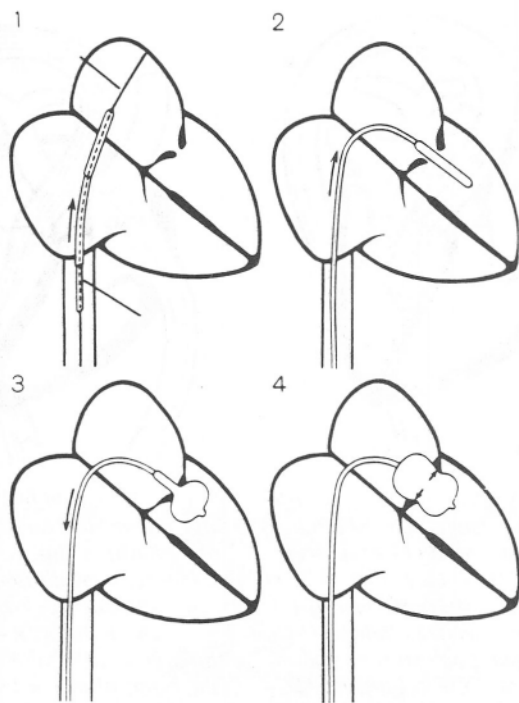
ustje. Na tem mestu ga še dodatno razširimo. Sedlasta oblika pomaga k boljši stabilnosti v ustju (sl. 6). Dokončno napihljenje lahko prilagodimo velikosti mitralnega ustja. Katetrski del ima dva pretočna sistema za meritev tlaka in injiciranje kontrastnega sredstva.



Sl. 5. Večstopenjsko širjenje balona med napihljenjem (1–4), Inoue metoda.

Fig. 5. Serial photographs of balloon during inflation in three stages (1–4).

Postopek je v primerjavi s transarterijskim enostavnejši. Večkrat pa ne uspemo razcepiti obe komisuri, ker gre za širjenje z enim balonom. Zapletov je malo (tab. 1).



Sl. 6. Vodenje balonskega katetra pri transseptalnem pristopu – Inoue tehnika. 1. prebod skozi pretin v levi preddvor, 2. vstop v levi prekat, 3. namestitve v mitralno ustje, 4. končna razširitev balona.

Fig. 6. Manipulation of the balloon catheter by transseptal approach, Inoue technique.

Tab. 1. Zapleti pri PBV (Inoue tehnika) pri 106 bolnikih. ASD – poškodba preddvornega pretina po posegu. Mitralna insuficienca je angiografsko ocenjena po metodi Sellerja, ANG – angiografija levega prekata. (Iz: Nobuyoshi M et al. Circul. 80, No 4, 1989.) S privolitvijo avtorja in publikacije.

Tab. 1. Complications after percutaneous transvenous mitral commissurotomy (Inoue). (From: Nobuyoshi M et al. Circul. 80; No 4, 1989.) Total number of patients was 106, LVG – left ventriculography. Reprinted with permission.

Zaplet Complication	Štev. bolnikov Patients n	%
Mitralna insuficienca (Doppler ali ANG) Mitral regurgitation (Doppler or LVG)	20	19
Huda mitralna insuficienca (Seller nad 3) Severe mitral regurgitation (Seller's 3+)	5	5
Krvavitve Bleeding	7	7
ASD Atrial septal defect	5	5
Zamenjava zaklopke Mitral valve replacement	4	4
Tamponada Cardiac tamponade	2	2
Trombembolizem Thromboembolism	0	0
Smrtnost Death	0	0

Razpravljanje

Rezultati valvuloplastike so podobni rezultatom operativne komisuromije, če le uspe razrešiti eno ali obe komisuri. Pooperativni rezultati kažejo, da ostane 70% bolnikov v dobrem hemodinamskem stanju še pet let, če je bila razcepljena ena komisura, pri

razcepljenju obeh pa 89% (17, 18). Pri 10% bolnikov, ki so bili operirani, je bila potrebna ponovna operacija po petih letih, po desetih letih pa že pri 60% (19, 10). Dolgotrajni rezultati valvuloplastike so še malo znani (21). Oba postopka sta tvegana, vendar valvuloplastika bistveno manj (22). Bolnik, pri katerem je bil izvršen poseg s slabim uspehom ali je bil neuspešen, ima običajne pogoje za operativni poseg. Osnovna patologija mitralne stenoze je zlepljenje komisur (70%). Druge spremembe so zatrdelost in poapnevanje listov, celotne zaklopke in spremembe v subvalvularnem aparatu. Raziskave in vitro, ki sta jih opravila Kaplan (17) in Ribeiro (16), so razjasnile mehanizem širjenja mitralnega ustja. Ugotovila sta, da je način cepčenja komisur prav tak kot pri zaprti komisuromiji. Pogoj za uspeh je razcepitev vsaj ene od obeh. To omogoča boljšo gibljivost listov, čeprav so zadebeljeni in spremenjeni. Uporaba dveh balonov, ki ju hkrati napihnemo v mitralnem ustju, se je pokazala za še bolj uspešno metodo (6, 2, 8). Na ta način je uspelo razcepiti obe komisuri pri večjem številu bolnikov. Tudi rezultat je bil boljši in dolgotrajnejši (16). Poleg enobalonske se je razvila še dvobalonska metoda. Izkušnje so pokazale, da uspešnost pogojuje tudi stanje subvalvularnih struktur, celo bolj kot pa začetna širina mitralnega ustja. Prav v tem vidijo nekateri vzrok za nezadosten padec mitralnega gradienta po sicer uspešni PBV (8). Pokazalo pa se je tudi, da je možno razcepiti že poapnele komisure in še več, da se cepitev pojavi prej na poapneli kot na nepoapneli komisuri, cepitev pa se pojavlja v področju naravnega poteka komisur (6).

Dopplerska in dvodimenzionalna ehokardiografija sta prav tako pojasnili proces širjenja mitralnega ustja in te ugotovitve so postale pomembne pri predvidevanju uspešnosti načrtovane PBV. Na osnovi ehokardiografskih sprememb razdelimo bolnike v tri skupine. V skupini I so bolniki, pri katerih je zaklopka še brez poapnitev, listi so še dobro gibljivi in subvalvularni aparat je nebstveno spremenjen. Bolniki skupine II imajo mitralno zaklopko že delno poapnelo, listi pa so slabo gibljivi. V skupino III sodijo bolniki, ki imajo zaklopko v celoti poapnelo in subvalvularni aparat močno zadebeljen (7, 23). Najuspešnejši so posegi pri bolnikih prve skupine. Pri bolnikih tretje skupine naredimo PBV le izjemoma, če ni možen operativni poseg na zaklopki iz katerega drugega vzroka.

McKay je poročal o uspešnih posegih tudi pri poapnelih zaklopkah (24). Tako širjenje indikacij pa vodi v večje število neuspešnih posegov in zapletov, zlasti pojavov hujše mitralne insuficience. Pa tudi mitralno ustje se ne razširi dovolj, tako da ni pravega hemodinamskega učinka. Take bolnike je najbolje operirati.

Velikost mitralnega ustja znaša pri zdravem 4 do 6 cm². Zoženo mitralno ustje skušamo razširiti do takšne stopnje, da ne povzroča več hemodinamske motnje (2,0 do 2,5 cm²). To je možno le, če uporabimo balon, katerega raztezna površina znaša med 4 in 5 cm² (8). To pa so balonski katetri z večjim premerom balona 20 do 30 mm, ki pa lahko povzročijo hujšo mitralno insuficienco. Druga možnost pa je, da uporabimo dva manjša balona skupaj (25). Palacios je uporabil balon premera 25 mm pri eni skupini bolnikov, pri drugi pa dva balona s premerom 20 mm. Dosegel je raztezno površino 4,9 cm², ne da bi se pojavila hujša mitralna insuficienca. Meier je uporabil trolistni balon (Trefoil model Schneider-Schiley 9F, 3x12 mm) ali dva balona Trefoil 3x10 mm. Izkazalo pa se je, da je najboljša kombinacija enega trolistnega in enega standardnega balona (15 mm ali 19 mm, Mansfield) (26). Pojav levo-desnega spoja je pri tem posegu relativno pogost, vendar je skoraj vedno hemodinamsko nepomemben. V poročilih navajajo: McKay 21%, Palacios 11%, Vahanian 8% in Inoue 5%. Vsi opisujejo manjše spoje, ki so večinoma izginili po nekaj dneh.

Naše izkušnje in rezultati

V naši ustanovi izvajamo PBV od leta 1988 dalje v kateterizacijskem laboratoriju inštituta za rentgenologijo. V tem času smo

opravili 30 posegov. V začetku smo uporabljali transarterijski pristop (15). Ta način je bil uspešen in je potekal brez zapletov, je pa kompleksen in zahteva tudi veliko znanja in izkušenj iz osnov kateterizacijske in interventne kardiologije in radiologije. Poseg je daljši, vendar se po pridobljenih izkušnjah znatno skrajša. Z uvedbo Inouejeve metode je postal čas krajši. Metoda je v primerjavi s prvo enostavnejša za izvajalca, kot lažja za bolnika. Rezultati pri naših bolnikih so podobni, kot so podani v literaturi. Zapletov smo imeli zelo malo. Tehničnih zapletov (neuspešna transseptalna punkcija, tamponada, embolije) ni bilo. Nismo imeli problemov z zapleti na perifernem ožilju. Noben bolnik ni umrl. Pri dveh bolnikih je nastala hujša mitralna insuficienca, ki je zahtevala kasneje operativno zamenjavo zaklopke. Pri petih bolnikih se je pojavila ponovna zožitev v naslednjih mesecih. Število opravljenih posegov je še majhno. Vzrokov je več. Predvsem smo izbirali najbolj primerne bolnike po zelo strogih kriterijih. Takih bolnikov pa je relativno malo. Drugi vzroki pa so objektivne narave: čas posega je relativno dolg, razpoložljivega časa v laboratoriju pa je malo, ker so kapacitete omejene. Večkrat je prišlo do pomanjkanja materiala, ki je drag. Zadnji rezultati pa že kažejo, da postaja ta metoda na naši ustanovi del rednega rutinskega programa invazivne diagnostike.

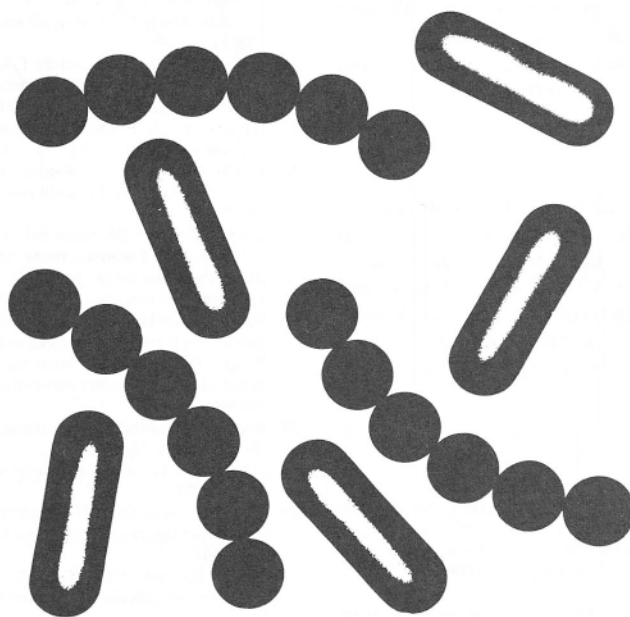
Zaključek

Prikazali smo perkutano balonsko valvuloplastiko mitralne zaklopke kot drugo možnost zdravljenja bolnikov z revmatsko mitralno stenozo. Hemodinamsko in klinično izboljšanje lahko pričakujemo pri bolnikih, ki imajo še gibljive liste zaklopk brez večjih poapnitev. Najpomembnejši dejavnik, ki pogojuje končni rezultat posega, so patološke spremembe mitralnega aparata. Šele nadaljnja opazovanja bodo odgovorila na vprašanje o dolgoročnem uspehu.

Literatura

1. Inoue K, Nakamura T, Kitamura F, Miyamoto N. Nonoperative mitral commissurotomy by a new balloon catheter. *JPN Circ J* 1982; 46: 877 (abstract).
2. McKay RG, Lock JE, Saphian RD et al. Balloon dilatation for mitral stenosis in adult patients: post mortem and percutaneous mitral valvuloplasty studies. *JACC* 1987; 9: 723-31.
3. Vahanian A, Michel PL, Cormier B et al. Results of percutaneous mitral commissurotomy in 200 patients. *Am J Cardiol* 1989; 63: 847-52.
4. Babić U, Dorros G, Pejčić P et al. Percutaneous mitral valvuloplasty: retrograde, transarterial double-balloon technique utilising the transseptal approach. *Catheterization and Cardiovascular Diagnosis* 1988; 14: 229-37.
5. Ross J. Considerations regarding the technique for transseptal left heart catheterization. *Circulation* 1986; 34: 391-1.
6. Reid CL, McKay CR, Chandraratna PA, Kawanishi DT, Rahimtoola SH. Mechanisms of increase in mitral valve area and influence of anatomic features in double-balloon, catheter balloon valvuloplasty in adults with rheumatic mitral stenosis: a Doppler and twodimensional echocardiographic study. *Circulation* 1987; 76: 628-36.
7. Nobuyoshi M, Hamasaki N, Kimura T et al. Indications, complications and short-term clinical outcome of percutaneous transvenous mitral commissurotomy. *Circulation* 1989; 80: 782-92.
8. Palacios I, Block PC, Brandt S et al. Percutaneous balloon valvulotomy for patients with severe mitral stenosis. *Circulation* 1987; 75: 778-84.
9. Meltzer RS, Abovich L, Finkenstein M et al. Regurgitation of all cardiac valve detected by Doppler echocardiography. *Am J Cardiol* 1986; 58: 169-72.
10. Patel AK, Rowe GG, Thomsen JH, Dhanani SP, Kasalcharoen P, Lyle LE. Detection and estimation of rheumatic mitral regurgitation in the presence of mitral stenosis by pulsed Doppler echocardiography. *Am J Cardiol* 1983; 51: 986-94.
11. Gross RI, Cunningham JN, Snively SL et al. Long-term results of open radical mitral commissurotomy: Ten year follow-up study of 202 patients. *Am J Cardiol* 1981; 47: 821-6.
12. Baker C, Hancock WE. Deterioration after mitral valvulotomy. *Br Heart J* 1968; 75: 743-6.
13. Ellis LB, Benson H, Harken DE. The effect of age and other factors on the early and late results following closed mitral valvuloplasty. *Am Heart J* 1968; 75: 743-51.
14. Inoue K, Owaki T, Nakamura T, Kitamura F, Miyamoto N. Clinical application of transvenous mitral commissurotomy by a new balloon catheter. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1984; 87: 394-402.
15. Babić U, Pejčić P, Djuričić Z, Vučinić M, Grujičić S. Percutaneous transarterial balloon valvuloplasty for mitral valve stenosis. *Am J Cardiol* 1986; 57: 1101-4.
16. Ribeiro PA, Zaibag M, Rajendran V et al. Mechanism of mitral valve area increase by in vitro single and double balloon mitral valvulotomy. *Am J Cardiol* 1988; 62: 264-9.
17. Kaplan JD, Isner JM, Karas RH et al. In vitro analysis of mechanisms of balloon valvuloplasty of stenotic mitral valves. *Am J Cardiol* 1987; 59: 318-23.
18. Block PC, Palacios IF, Jacobs M, Fallon JJ. The mechanism of successful mitral valvotomy in humans. *Am J Cardiol* 1987; 59: 178-82.
19. Feigenbaum H, Linback RE, Nasser WK. Hemodynamic studies before and after instrumental mitral commissurotomy. *Circulation* 1986; 38: 261-75.
20. Hogger JJ, Wann LS, Weiman AE, Dillon JC, Feigenbaum H. Long-term changes in mitral valve area after successful mitral commissurotomy. *Circulation* 1979; 59: 443-8.
21. Beekman RH. Percutaneous balloon valvuloplasty: long-term studies are needed. *JACC* 1987; 9: 732-3.
22. Roberts WC. Good by to thoracotomy for cardiac valvulotomy. *Am J Cardiol* 1987; 59: 198-201.
23. Rusted IE, Scheffley CH, Edwards JE. Studies of the mitral valve. I. Anatomic features of the normal mitral valve and associated structures. *Circulation* 1952; 6: 825-31.
24. McKay RG, Safian RD, Lock JE, Mandell VS, Thurer RL, Schmitt SJ. Balloon dilatation of calcific aortic stenosis in elderly patients: post mortem, intraoperative and percutaneous valvuloplasty studies. *Circulation* 1986; 74: 119-23.
25. Zaibag M, Ribeiro PA, Kasab S, Fagih MR. Percutaneous double balloon mitral valvulotomy for rheumatic mitral valve stenosis. *Lancet* 1986; 1: 757-61.
26. Meier B, Friedli B, Oberhaensli I, Belenger J, Finci L. Trefoil balloon for percutaneous valvuloplasty. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1986; 12: 277-81.

NOVA MOŽNOST IZBIRE



Tamicin[®] cefpiramid

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

dobra farmakokinetika

racionalnost uporabe dvakrat na dan

Natančnejše navodilo o zdravlilu lahko dobite pri proizvajalcu.



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

Jubileji

OB ŽIVLJENJSKEM JUBILEJU
PROFESORJA DR. MARIJA AVČINA

Marjan Prodan

Prof. dr. Marij Avčin je ob izteku preteklega leta z zavidljivo čilostjo praznoval 80-letnico rojstva. Ugledni slovenski pediater, pedagog, znanstvenik, mislec in pisatelj se je rodil v Ljubljani, kjer je pričel študij medicine, ki ga je nadaljeval in zaključil leta 1938 v Zagrebu. Že naslednjega leta je nastopil delo specializanta iz pediatrije pod vodstvom nestorja slovenskih pediatrov prof. dr. Bogdana Derča. Specialistični izpit iz pediatrije je opravil leta 1942. Svoje izredne sposobnosti je posvetil po drugi svetovni vojni moderni slovenski pediatrični kliniki, ki je bila v tedanjem času brez dvoma med najuglednejšimi tovrstnimi klinikami v državi. Pod njegovim mentorstvom se je oblikovala prva generacija usmerjenih kliničnih pediatrov, ki jim je zagotovil izpopolnjevanje na najuglednejših evropskih pediatričnih centrih. Zavedajoč se nujnosti učinkovitega preventivnega dela z otrokom na terenu, je bil med pobudniki organiziranega zdravstvenega varstva otrok širom po Sloveniji, tako v oblikovanju dispanzerske mreže kot področnih pediatričnih bolnišničnih oddelkov. Za to nalogo se je že leta 1949 pripravil na polletnem tečaju UNICEF-a iz socialne pediatrije v Angliji. Zvrstile so se aktivne udeležbe, vabljeni predavanja in strokovna izpopolnjevanja na domala vseh evropskih pediatričnih centrih, v ZDA, Argentini, nekdanji Sovjetski zvezi, tja do Mongolije. Na pediatrično kliniko v Ljubljani so prihajali najuglednejši pediatri; v spominski knjigi najdemo imena, ki so pojem tedanje pediatrične znanosti (Debré, Lightwood, Ylppö in drugi). Obdobje aktivnosti prof. Avčina brez zadržkov lahko označimo kot zlato dobo vzpona slovenske pediatrije. Sprejet je bil v številna strokovna združenja doma in na tujem, med njimi v Royal Society of Medicine, Société française de pédiatrie, Österreichische Gesellschaft für Kinderheilkunde, Gesellschaft für Ernährungsbiologie. Prof. Avčina je posebej privlačilo področje klinične genetike, ki se ji je intenzivno posvetil v 60. in 70. letih, pri čemer je ob izredni strokovni razgledanosti uvedel tedaj nove natančne citogenetske in biokemične laboratorijske metode. Izbran je bil v študijski program SZO za humano genetiko (Kopenhagen, Odense). S tega področja je opravil doktorsko delo pod naslovom Učinki krvnega sorodstva pri prekmurskih Ciganih (1964). Med originalnimi klinično genetskimi študijami velja omeniti raziskovalno nalogo o stabilnosti glutaciona in aktivnosti glukozne 6-fosfatne dehidrogenaze (1972). Posebno skrb je posvetil razvoju in genetsko motenemu otroku, ki mu je skušal pomagati s široko zasnovanimi rehabilitacijskimi programi. Na njegov oddelek in v ambulantno so se po pomoč in nasvet zatekali starši razvojno motenih otrok in prof. Avčin jim je vlival voljo in moč za delo s takim otrokom. Na Medicinski fakulteti je opravljal delo predavatelja pediatrije od leta 1946, za docenta je bil izvoljen leta 1950, za izrednega profesorja leta 1957 in rednega profesorja 1966, za prodekana in dekana Medicinske fakultete je bil izvoljen leta 1965, zadnjo funkcijo je opravljal do leta 1968. Med prek sto objavljenimi znanstvenimi deli najdemo dela s številnih kliničnih področij, dela s področja organizacije zdravstvenega varstva otrok in poljudnoznanstvene publikacije. Leta 1989 nas je presenetil s knjižico črtic Doktor Anton. V tej knjižici je nanizal čudovite spise iz obdobja svoje mladosti in zrelosti. Pretresljiva je samoizpoved v črtici o Ninici, zgodbi zdravnika, ki mu ni bila prihranjena najtežja preizkušnja – izguba lastnega otroka.

Osebo me razen dolgoletnega sodelovanja na Pediatrični kliniki veže na prof. Avčina spomin s priprav X. kongresa pediatrov Jugoslavije leta 1975 v Ljubljani. Kongresu je predsedoval z neverjetno energijo in s svojim ugledom, strokovnostjo in kozmopolitsko širino pritegnil do tedaj največje število otroških zdravnikov iz vseh koncev nekdanje države, ko še ni bilo čutiti

usodnih razhajanj, ki so vodila v katastrofična dogajanja – ubijanje, trpljenje, pomanjkanje.

Profesor Avčin še vedno prihaja med slovenske pediatre, ki se jim pridružuje v prizadevanjih za strokovno izpopolnjevanje. Aktivnim pediatrom pomeni njegova prisotnost nadvse drago priznanje in čast. Že vnaprej se slovenski pediatri veselimo njegovega aktivnega sodelovanja na I. kongresu slovenskih pediatrov, ki bo to jesen na Bledu. Kratek opis aktivnosti prof. Avčina ne more zajeti vsega, kar je jubilarant naredil za slovensko pediatrijo in za zdravega in bolnega otroka.

Prof. dr. Mariju Avčinu čestitamo k spoštljivemu jubileju in mu želimo še vrsto zdravih in uspešnih let.

Nekrologi

IN MEMORIAM
PRIM. DR. ŠTEFA DIVJAK

Božena Sernec-Logar

Dne 13. 1. 1993 smo na pokopališču v Polju položili k njeni babici k zadnjemu počitku prim. dr. Štefo Divjak, upokojeno ginekologinjo in voditeljico Oddelka za intenzivno nego operiranih žensk na Ginekološki kliniki v Ljubljani.

Dr. Doroteja Štefanija Divjak se je rodila 18. 7. 1906 v Ljubljani (Vojvodina Krnjska) kot šesta hčerka primarija dr. Steva Divjaka in matere Apolonije Vilar. Bila je tako slaboten nedonošenček, da so se starši bali za njeno življenje in jo je zato učiteljica vso osnovno šolo poučevala doma. Nato je obiskovala klasično gimnazijo, srednjo šolo pa končala na III. državni gimnaziji. Medicino je študirala v Gradcu, kjer je promovirala l. 1932. Zaposlila se je v Bolnici za ženske bolezni, kasneje pa je delala na Ginekološki kliniki v Ljubljani. Tu je delala neprekinjeno 37 let do svoje upokojitve 31. 12. 1969. Primarij je postala 5. 12. l. 1960. Vodstvo klinike ji je omogočilo še honorarno delo na oddelku in kasneje v ambulanti, kjer je delala do konca l. 1982.



Kot otrok je živela v Bolnišnici za duševne bolezni v Polju. Tu je bil namreč njen oče ravnatelj in je uvedel za duševne bolnike delovno terapijo na poljih. Pri svojih igrah na vrtu in zunaj njega je bila Štefica za te bolnike sončni žarek, sama pa je tako že zelo zgodaj spoznala, da vsi ljudje niso enaki, ne vsi popolni in da so nekateri tudi »čudni«, vendar jih je sprejela takšne, kot so bili. V stikih z njimi je v njej vzknila prva kal njene humanosti.

Dr. Divjakova, na videz drobna elegantna gospa, je bila pri svojem delu ob bolnicah vztrajna in žilava ter je vzdržala veliko več naporov, kot bi ji človek prisodil. Kadar je imela na svojem oddelku hudo operiranko po težki in zahtevni operaciji, je dežurala pri njej ure in ure, dokler se ji ni stanje stabiliziralo. Na oddelku je uvedla zgodnje vstajanje po operacijah, posebno po

Wertheimu, in fizioterapijo. S tem postopkom je zelo znižala število pooperativnih tromboz. Bolnicam je v psihičnih težavah po operacijah pomagala, da so lažje prenašale invalidnost, in s pogovori z njihovimi možmi nemalokrat rešila zakon. Bolnice so ji bile hvaležne in so se še kasneje rade zatekale k njej, zato je bila njena ambulanta vedno prenapolnjena. Bila je tudi dobra pedagoginja in je mlade zdravnike in medicinske sestre neprestano učila pooperativno nego, kar ji je v svojem nagrobnem govoru hvaležno priznal tudi sedanjí predstojnik Ginekološke klinike dr. Božo Kralj.

Ker je bila sama nedonošenček, je posebno skrbno vodila porode nedonošenčkov, zlasti če so se rodili v zadnjični vstavi. Za to je uporabljala lopatke, s katerimi je razširila porodno pot, da se je glavica lažje porodila, ker je zdrsnila prek njih. Tako je preprečila marsikatero možgansko krvavitev in kasnejšo prizadetost otroka. Žal tega postopka ni nikoli predstavila v strokovnem članku.

Dr. Divjakova je bila tudi pogumna in zavedna Slovenka. Že julija 1941 se je vključila v terensko organizacijo OF Ženske bolnice v Ljubljani. Naloge te skupine so bile: zbiranje sanitetnega materiala za partizane, zdravljenje ilegalk in širjenje ilegalne literature. Tako je z dr. ing. Marijo Perpar, ki je takrat vodila lekarno v Ženski bolnici, pripravljala sanitetni material za partizane. Vodila je tudi ambulanto za pripornice in ilegalno ambulanto RK. Bila je članica Okrožnega plenuma AFŽ. Jeseni leta 1944 je nekaj časa zdravila ilegalce v kamniškem okraju.

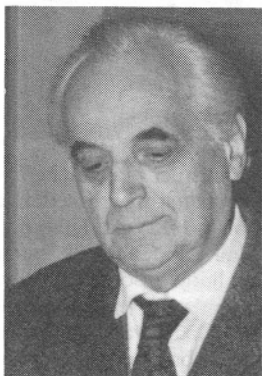
Zadnje leto svojega življenja je dr. Divjakova počasi usihala. Vedno pa so ji zažarele oči, kadar sva govorili o novih dosežkih mladih strokovnjakov Ginekološke klinike, na katero je bila tako navezana.

Dr. Divjakova je bila plemenita in humana zdravstvena delavka, katere delo in življenje je bilo v skladu s Hipokratovo prisego, saj je bilo posvečeno materam in ženskam v tiski. Vsi številni zdravstveni delavci, zdravniki, sestre, inštrumentarke, babice in njene bolnice, ki smo jo pospremili na njeni zadnji poti, jo bomo ohranili v trajnem spominu.

VIŠJI ZDRAVSTVENI SVETNIK PRIM. DR. DRAGO MUŠIČ

Edvard Glaser

Višji zdravstveni svetnik prim. dr. Drago Mušič se je rodil 3. 10. 1899 v Novem mestu, kjer je končal tudi gimnazijo. Medicino je



študiral v Zagrebu in Leipzigu, promoviral pa je na Dunaju. Kot splošni zdravnik je služboval v Sevnici in Celju, po izgnanstvu od leta 1941–1945 pa v Mokronogu, kjer je služboval v posebno težkih razmerah ter oskrboval veliko območje, namreč občine Mo-

kronog, Trebelno, Šentrupert, Mirno, Tržišče, Škocjan in delno tudi Šmarjeto. Po vojni se je opredelil za ambulantno-poliklinično dejavnost ter postal vodilni delavec na organizacijsko upravnih mestih.

Sodeloval je tudi z mednarodnimi zdravstvenimi organizacijami prek takratnega Zveznega zavoda za zdravstveno varstvo, prihajale so predvsem študijske skupine iz manj razvitih dežel sveta in druge, da so se spoznavale z novostmi dela tovrstnih ustanov, kjer jim je prim. dr. Mušič posredoval podatke in svoje izkušnje v zvezi z združevanjem številnih ambulantnih dejavnosti v sodobni medicini, s sodobnim kliničnim obravnavanjem bolnikov in ponesrečencev v zvezi s sodobno strokovno dokumentacijo in podobnim. Sam je bil tudi dvakrat štipendist svetovne zdravstvene organizacije in je študijsko prepotoval dežele Evrope.

Leta 1958 srečamo prim. dr. Mušiča skupno z arhitektom Platnerjem pri programiranju ljubljanske poliklinike, ki jo je po zgraditvi kot višji zdravstveni svetnik v upravni službi vodil vse do upokojitve leta 1963.

Sam je bil ponosen, da se je poliklinika po kasnejši izgradnji novih objektov kliničnega centra skorajda sama od sebe vključila tako v gradbenem kakor tudi v funkcionalnem pogledu v samo dejavnost UKC-ja, medtem ko je urgentna kirurgija s travmatologijo skupno z že takrat obstoječo stalno internistično službo prešla v novo zgrajeni urgentni blok UKC.

Po uspeli izgradnji ljubljanske poliklinike je sodeloval pri projektiranju in izgradnji najprej UKC v Ljubljani, nato v Novem Sadu, Sarajevu, sodeloval pa je tudi pri realizaciji mnogih bolnišnic in zdravstvenih domov ter drugih zdravstvenih objektov v Gorici, Kopru, Novem mestu, Jesenicah, Idriji, Mostarju, Zrenjaninu, Kragujevcu, Karlovcu, Banja Luki in drugod. Zaslužen je tudi za izdelavo programov osnovnega zdravstvenega varstva in ustrezne bolnišnice v nerazvitih deželah Afrike, pa tudi za kardiološki center v Moskvi ter za velike bolnišnice v rudarskem središču v severni Sibiriji.

Sam se je izpopolnjeval z ogledi novih zdravstvenih gradenj v Holandiji, na Danskem, v Angliji, Nemčiji in drugod ter na številnih mednarodnih razstavah medicinske opreme in podobno.

Prim. dr. Mušič je sodeloval tudi kot sodelavec in svetovalec pri pripravah za novogradnjo v okviru mariborske bolnišnice (Skeleta I in otroškega oddelka).

Bil je član mnogih zveznih komisij, tako tudi komisije za arhitekturo zdravstvenih objektov in častni član Slovenskega zdravniškega društva, Zbora liječnika Hrvatske, častni predsednik Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, po 62 letih pa je prejel tudi obnovljeno diplomo Dunajske univerze kot priznanje za odlično opravljanje zdravniškega poklica in spričo dolgoletnega sodelovanja z Inštitutom za zgodovino medicine univerze na Dunaju. Prvi je sprejel nagrado J. Potrča, pa tudi nagrado Marka Gerbca, bil pa je tudi Kidričev nagrajenec. Odlikovan je bil z Redom dela I. in II. stopnje. Ob 5-letnici izhajanja Zdravstvenega vestnika je bil odlikovan z Redom republike s srebrnim vencem.

Prim. dr. Mušič je sodeloval z dr. Jožetom Potrčem in Tonetom Ravnikarjem pri prvi redakciji Kodeksa etike zdravstvenih delavcev ter z dr. Antonom Dolencem pri novi redakciji. Bil je stalni sodelavec medikohistorične rubrike v Zdravniškem vestniku ter avtor v Enciklopediji Slovenije.

Kot ugledni medikohistoričar je začel že leta 1938 objavljati medicinsko zgodovinske zapise. Skupaj z akademikom prof. dr. Batisom je za III. Zbornik za naravoslovje in tehniko Slovenske matice napisal monografijo o belokranjskem rojaku in nozološkem sistematiku XVIII. stoletja Jan. Mih. Žagarju.

Prizadeval si je doseči priznanje Marka Gerbca doma in v tujini v zvezi z opisom simptomatike srčnega bloka, ki ga je ta ugotovil že leta 1716, torej pred znamenitim italijanskim patologom Morgagnijem. Prim. dr. Mušič je predlagal preimenovanje Morgagni-Adams-Stokesovega sindroma v »Syndroma Gerbesius-Morgagni-Adams-Stokes«, kar bi naj predvsem uporabljala ljubljanska internistična kardiološka šola tudi konsekvntno pri pouku nasploh.

Pomembno je bilo tudi njegovo delo pri Slovenskem biografskem leksikonu v zvezi z Verbcem in Žagarjem, pa tudi ko je dal gesla o pomembnih zdravnikih, lekarnarjih, teologih in pravniki. Sodeloval je z vodilnimi zgodovinarji medicine na Dunaju, Zagrebu, Parizu, San Franciscu, Pragi idr.

Kot takratni predsednik Slovenskega zdravniškega društva, ki se je takrat še imenovalo »Društvo zdravnikov na Štajerskem«, je ob 100-letnici tega (1963) objavil zgodovino društva ter izdal knjigo »Poslanstvo slovenskega zdravnika«, objavil pa je tudi razpravo »Zasnova kliničnega centra v Ljubljani«.

Kot predhodnik Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije je leta 1969 ob 80-letnici mag. Frana Minařika sprožil na Medicinski fakulteti v Ljubljani postopek za podelitev naslova izrednega profesorja za zgodovino medicine, kar je bilo tudi osvojeno.

Ko sem v petek, 27. 11. 1993 na kirurškem, oddelku mariborske bolnišnice našel prazno posteljo in ugotovil, da je ob 3. uri jutraj prim. dr. Mušič na žalost izdihnil, sem vedel, da ni končano samo njegovo plodno življenje, ki ga je rad živel, ampak da je zaključeno tudi delo človeka, ki je bil izredno marljiv, natančen, prodoren in študiozen, človeka, ki je vedno govoril resnico in jo je znal tudi povedati takrat, ko je marsikdo večkrat ni želel niti slišati ali pa je marsikdo ni znal dovolj ceniti, ker resnica ni bila vedno in povsod dobrodošla.

S tem, ko je primarij na žalost za vedno onemel, je šlo v grob tudi njegovo veliko znanje, ki je bilo občudovanja vredno, znanje, ki ga je rad razdal in katerega smo vsi, ki smo imeli srečo, da smo se lahko z njim pogovarjali, občudovali.

Pri njegovem znanstvenem delu mu je znanje nekaj jezikov izredno koristilo in prav prijetno ga je bilo poslušati kako logično in ustvarjalno je razvijal misli in zaključke.

Izgubili smo velikega človeka, spoštovanega ter dragega člana Medikohistorične sekcije Slovenskega zdravniškega društva in Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, podr. Maribor, kamor je rad zahajal in kjer smo ga radi sprejemali, mu tudi čestitali ob njegovih visokih življenjskih jubilejih.

S smrtjo višjega zdravstvenega svetnika prim. dr. Draga Mušiča smo izgubili zdravnika, ki je izredno ljubil svoje bolnike, medikohistorika, tvorca številnih projektov, pisca številnih znanstvenih del, pa celo delnega Mariborčana, saj kot takega smo ga tudi radi sprejemali, ker smo ga spoštovali ter se veselili, da je v zadnjem času bival pri nas pod Pohorjem.

Primarij višji zdravstveni svetnik dr. Drago Mušič se je ovekovečil s svojo osebnostjo, s svojimi prispevki, s katerimi je sam šel v zgodovino. Kot takega ga bomo tudi s spoštovanjem ohranili v spominu.

PRIM. DR. FRANCE CUNDRIČ V SPOMIN

Anton Munda

V začetku decembra 1993 smo slovesno praznovali 50. obletnico samostojnosti mariborskega oddelka za ušesa, nos, grlo, vratno in obrazno kirurgijo. Prisrčno smo se razveselili njegovega prihoda, saj je bil kar 31 let predstojnik tega oddelka in praktično ustanovitelj in vodja samostojne otorinolaringološke službe v mariborski regiji. Dokaz pomembnosti in spoštovanja tega velikega dela je bil dolgotrajni aplavz vseh slovenskih otorinolaringologov, njegovih sodelavcev in kolegov, ki ga je bil deležen na tej svečanosti.

Ni dolgo, kar je 2. decembra preteklega leta praznoval 85. jubilej v rojstnih Gorjah nad Bledom, njemu vedno pri srcu domačem biseru Slovenije pod Julijci. Po opravljeni klasični gimnaziji je pričel študij medicine v Ljubljani, nadaljeval pa v Gradcu, kjer je

promoviral 20. aprila leta 1934. Zdravniško poslanstvo je pričel kot stažist in volonter v ljubljanski, nato pa kot pripravnik v brežiški bolnišnici. Prvega maja leta 1936 je bil nastavljen kot specializant na takrat še skupnem okulistično-otorinolaringološkem oddelku mariborske bolnišnice. Bolj kot okulistika ga je pritegnila veda o ušesih, nosu in grlu. Ob zelo napornem, vsakodnevnem delu, študiju, osvajanju novih spoznanj, ga je že takrat gnala žilica k novim načinom zdravljenja. Tako sta že leta 1938 skupaj z dr. Tomiškom zdravila streptokokno vnetje možganskih ovojnic z vbrizgavanjem zdravila med ovojnicami hrbtnjače. Specialistični izpit je opravil l. 1940 na beograjski kliniki.



Že prve dni okupacije se je na oddelku odločno postavil po robu objestnemu in nadutemu obnašanju nemških vojakov, oficirjev in civilistov do slovenskega zdravstvenega osebja in bolnikov. K sreči je prevladal etični razum nemškega direktorja in potreba po zdravniku specialistu, da že takrat ni končal v zaporu. Prišli so dnevi in noči nemira, skrbi, žalosti in razočaranj zaradi poteptanih pravic Slovencev, poniževanja, zasliševanja, izseljevanja, zapiranja in streljanja. V njem pa je žarel gorenski ponos zavednega slovenskega patriota. S svojo soprogo je pomagal rojakom in osvobodilni fronti v široko zasnovanem ilegalnem delu v bolnišnici, svoji privatni ordinaciji in izven nje. Po izdaji je 30. novembra in 1. decembra 1944 sledila aretacija celotne bolnišnične ilegalne mreže. Seveda je bilo izdano tudi njuno delovanje. Ženi Veri so po mučenju, zaradi nosečnosti, spremenili smrtno kazen v dosmrtno ječo, njega pa obsodili na smrt z obglavitvijo. Prepeljali so ga v celovške zapore, kjer so po sodnih zakonih določili datum usmrtitve v noči od 6. na 7. maj leta 1945. Le po naključju je izvršitvi obsodbe ušel.

Ob koncu maja 1945 je prevzel vodstvo otorinolaringološkega oddelka v mariborski bolnišnici. To je bil čas trdega dela ob obnovi oddelka in iskanju izbranih ljudi, ki bodo znali s pravo mero mehke ljubeznivosti in človeške toplote zdraviti, negovati, spodbujati in opogumljati tudi najtežje bolnike. Opravljal je najbolj občutljive in najtežje operacije ob številnih zapletih vnetja ušes v možganih in opeklinah požiralnika z lužinami in kislinami. Bolnikom je vedno želel nuditi tako obliko zdravljenja, ki jo pozna moderna medicina. Ob stalnem študiju, izpopolnjevanju na klinikah v Zagrebu, Beogradu, Gradcu, Dunaju, Münchnu, Švici itd. je znal novosti spoznati in jih vpeljati doma. Le s kratko zamudo za vodilnimi klinikami v svetu in domovini je uvajal najnovejše preiskavne metode ter načine konservativnega in operativnega zdravljenja. Tako je že med drugim leta 1950 uvedel avdiometrijo, julija 1954 izrezal grlo zaradi rakaste bolezni, l. 1955 napravil obnovitveno operacijo srednjega ušesa, l. 1959 izrezal grlo z delom žrela in 1961 izrezal vse bezgavke na vratu – oboje zaradi razširjene zločeste bolezni.

Pronicljivost in širina njegove osebnosti je omogočala in spodbujala strokovni napredek sodelavcev v skupinskem in sub-specialističnem delu na oddelku, ki ga je uvedel že v začetku 60-ih let. Kako daljnovidno zamisel prostorskega razvoja oddelka je imel, ko je že leta 1964 zapisal to, kar smo lahko pričeli delno uresničevati v lanskem letu.

S svojo prirojeno, izredno tankočutno močjo predvidevanja, ocenjevanja smeri razvoja in človeško toplino je ob nenehni, vztrajni, umerjeno strogi strokovni in нравstveni vzgoji vseh svojih sodelavcev izgradil na oddelku tako visoko strokovno raven in tako prijetno vzdušje, za katera so mu številni zavidali. Najbolj hvaležni pa so mu seveda bili bolniki. Postal je nosilec razvoja otorinolaringologije na Štajerskem, Koroškem in v Prekmurju ter zagotovil praktično vse osnove, na katerih danes stoji ta veda medicine v severovzhodni Sloveniji. Za to so mu slovenski zdravniki podelili Potrčevo nagrado, mariborski častno članstvo, mesto Maribor pa svoj grb.

Odločitev, da se je zapisal medicini, ga je napolnila z zvrhano mero sreče v življenju. Izpolnjeval je svojo željo po nenehnem ustvarjanju vseh 40 let dela v zdravstvu in se z njemu lastno dobroto in toplino predajal neštetim bolnikom. Svojim sodelavcem je bil strokovni in нравstveni vzornik, odločen vodja, potrpežljiv učitelj in svetovalec.

Iskriva, jasna misel in beseda, trdno zaupanje v neizprosno resnico in poštenost ter gorenjski ponos so krasili njegov značaj. Duša je ostala mehka, nežna, polna človečnosti in spoštovanja do druge osebnosti. Te svoje osebnostne odlike je znal neverjetno spretno z nevsiljivo umerjenostjo podarjati tudi drugim.

Krasile so ga lastne besede: »Človek izpolnjuje svoje življenjsko poslanstvo le, če je dober in zaveden patriot, se polno zaveda svojih poklicnih obveznosti in poskuša biti v tem vesten, napreden, human in čim uspešnejši pri zdravljenju bolnikov; do svojih sodelavcev in sočloveka pa poskuša biti pošteno tovarišič v pravem pomenu besede.«

Po tem ga poznamo sodelavci, prijatelji in pacienti iz vse Slovenije, tak ostaja med nami.

Delo SZD

GOVOR PREDSEDNIKA SZD NA 130. LETNI SKUPŠČINI 1993

Anton Dolenc

Letošnje letno srečanje SZD, po naši oceni 130. po vrsti (če upoštevamo, da srečanja v letih 1943–44 ni bilo), je 132. obletnica obstoja našega društva, kajti leta 1861 je bilo ustanovljeno ljubljansko zdravniško bralno društvo, ki pa je nasporni predhodnik današnjega SZD.

Če smo na 8. kongresu SZD v Mariboru opredelili in definirali vlogo ter pomen naše asociacije: da je SZD neodvisna, nadstrankarska, prostovoljna, strokovna in stanovska organizacija slovenskih zdravnikov, potem odpadejo vprašanja, kakšne so naloge te tradicionalne zdravniške organizacije, ki ima temeljni namen in usmerjenost: biti stalna vest in zavest slovenskega zdravništva. Takšna usmerjenost pa društvu zagotavlja nemoteno delo in nadaljnji razvoj v naslednjih desetletjih slovenskega zdravstva in njegovo zgodovinsko pravico do ugovora vesti posameznika. To je danes zagotovljeno v Ustavi naše države in Zakonu o zdravstveni dejavnosti.

Velik korak za bodočnost naše organizacije je bil sprejem v SZZ (Svetovno zdravniško združenje, 1. 10. 1992) v Marbelli v Španiji, na katerega smo se že prej pripravili tako, da so deklaracije SZZ postale tudi obveznost slovenskega zdravništva v statutih določilih društva in v določilih Kodeksa medicinske deontologije Slovenije.

Kodeks medicinske deontologije Slovenije je bil sprejet v decembru 1992 po razmeroma intenzivnih razpravah v bazi, predvsem pa v pravno-etični komisiji ZZS (Zdravniške zbornice

Slovenije). Sicer se je ob sprejemanju marsikaj spremenilo v začetnih izhodiščih – primerjava z evropskimi kodeksi nas bo opozorila, kje in kako bo vsebinsko ta dokument potrebno v bodoče še dopolnjevati. Na splošno pa ga lahko ocenimo kot sodobnega in vsebinsko razmeroma popolnega.

Na posvetu meseca marca letos med pravniki in zdravniki v Mariboru je že prišlo do opozoril, da je poglavje v kodeksu medicinske deontologije, ki se tiče medicinskih izvedencev, premalo obsežno in vsebinsko obdelano in da bo mimo kodeksa treba sprejeti še ustrezni, dodatni pravilnik. V razpravah pred sprejemom Kodeksa je med zdravniki prevladovalo mišljenje, da s kodeksom zdravništvo ne bi smelo družbi preveč obljubljeni. Pri teh razpravah pa je bilo zapostavljeno: v čim večjo ožino bo šel kodeks, tem bolj bosta manjkajoča področja dopolnila kazenska in civilnopravna zakonodaja. To pa bo postala pravna praksa, ko bo sprejeta nova zakonodaja. Zato pa je bilo treba že pripraviti vse potrebno, kajti ko bodo zakoni sprejeti, jih bo težko spreminjati ali menjavati.

V polpreteklem obdobju smo zaradi boljše in sprotne obveščenosti članstva po regijah določili seje sekretariata SZD na določen dan (ob četrtkih) ob 12.00 uri, da bi lahko sprotno urejali in reševali celotno problematiko organizacije. Redno pošiljanje zapisnikov na področna vodstva je zagotovilo, da so bila ta sprotno obveščena o celoviti dejavnosti ožjega vodstva SZD, tako da je mogoče sprotno spremljanje aktivnosti, pa tudi pravočasno sprejemanje sklepov in smernic v SZD in področnih enotah. Tak postopek pomeni nadaljnjo demokratizacijo odločanja sicer že tradicionalno demokratično usmerjene organizacije slovenskega zdravništva.

Revitalizacija najbolj izpostavljenih komisij, tj. komisije za informacije, strokovne komisije ter organizacijske komisije, pomeni nov organizacijski utrip dogajanja v SZD.

Informacijska komisija redno obvešča javnost o dogajanjih v društvu in o zdravstveni problematiki prek Zdravniškega vestnika in javnih občil, obenem pa organizira promocije zdravniških piscev za celotno državo, tako da dobijo vsaj moralno podporo SZD, če je že materialna le simbolična.

Organizacijska komisija pomeni nov zagon v društvenem dogajanju, saj načenja v kar največji možni meri pereča vprašanja, ki se tičejo zdravništva in zdravstva v teh izjemno občutljivih časih. Poročila te komisije temeljiteje opozarjajo članstvo, kam SZD stremi in za kaj si prizadeva.

Strokovna komisija, ki ureja prispela poročila za koledar strokovnih srečanj sekcij in regionalnih enot, bo v bodoče omogočila, da bomo lahko argumentirano zahtevali odkup programov. Po zakonu je strokovno izpopolnjevanje družbena obveza, ki pa jo v pretežni večini uresničuje SZD s svojimi sekcijami. Zaradi take strokovne vloge SZD pa bo treba sekcije, ki so že leta neaktivne, ki ne pošiljajo letnih poročil, ukiniti, da ne bi živeli v lažnem prepričanju, da je le število, ne pa vsebina dela sekcij tisto, ki navzven pomeni strokovno predstavništvo slovenskega zdravništva. Letošnja skupščina naj zato sprejme predlog strokovne komisije, da se s seznama sekcij pri SZD črtajo vse tiste enote SZD, ki so zanemarile svoje poslanstvo in prenehale s svojim delom. Prizadevamo si, da bi Zbornica drugače obravnavala pri odkupu programa društva, ki so se izdvojila iz sekcij. Po dogovoru z Zbornico ta v bodoče ne bo finančno in moralno podpirala iz SZD izdvojenih društev.

Ob volitvah v državni zbor, ki so po naši oceni potekale skrajno čudno, smo ugotovili, da zdravnikov-raziskovalcev ne more nihče zastopati, ker kot skupina nimajo krovne organizacije. Iz tega pa izhaja za bodočnost nedvomna potreba, da pri SZD ustanovimo sekcijo zdravnikov-raziskovalcev, ki bo lahko tudi bistveno prispevala k afirmaciji medicinske akademije pri naši organizaciji, ki smo jo pri SZD zasnovali že pred več kot 15 leti. Našo idejo je povzel Zbor liječnika Hrvatske in Srbsko zdravniško društvo – zaradi ozkosti mnenj posameznih vplivnih zdravnikov v Sloveniji – pa se ideja ni uresničila, čeprav je eden od preteklih kongresov to sprejel kot obveznost.

Da se ne bi vedno znova in znova srečevali pred našimi zbori s časovno stisko, se obračam na članstvo, da bi čim prej sprejeli stanovske in strokovne teme za naslednji dve skupščini, vključno z 9. kongresom, tako da bi vsebine srečanj in naloge že vnaprej porazdelili, tako da bi organizacijska in strokovna komisija lahko v najkrajšem možnem času skladno s programskim postopkom izbrali vsebino ter nosilce stanovskih in strokovnih tem.

Ožje vodstvo društva, predvsem gospodar, sta že več mesecev polno zaposlena s postopkom denacionalizacije stavbe Emone, ki jo bomo v skrajnosti celo prisiljeni odkupiti. Enak postopek pa že uspešno teče za stavbo v Dalmatinovi 10. Ko bo zakonodaja urejena, upamo, da bosta lahko nemoteno opravljali svoje poslanstvo tako SZD kot SZZ.

Vpliv pravno neurejene države oziroma zakonske neurejenosti je posegel tudi na področje zdravstva. Zakon o zdravstveni dejavnosti, ki je v mnogočem nedorečen ter nedosleden, se ne more sprotno uveljavljati. Nemoč upravnega organa za zdravstvo na ravni republike pa se kaže v pomanjkanju temeljnih pravilnikov, ki bi morali v tem občutljivem obdobju preprečiti nepotrebna razhajanja in nesporazume.

Še pred sprejemom danes veljavnega Zakona smo opozarjali na neumestnost v zdravstveni dejavnosti: 57., 58. in 59. člen, ki po naši oceni v zakon ne spadajo, ker uzakonjuje alternativne možnosti v medicini. Simpoziji oziroma kongresi, ki so jih organizirali npr. podjetje Belladona, razna izobraževanja in izpopolnjevanja ilegalnih skupin in posameznikov dokazujejo, kako nevarne in neodgovorne so v pravno nedosledni državi preveč liberalne določbe, pa čeprav so licence za tovrstno dejavnost prepuščene državnemu upravnemu organu, ki pa jih očitno v alternativni medicini organizirani laiki, celo posamezni zdravniki ne upoštevajo.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ki je imel celo 15 predhodnih variant) je na več mestih nedorečen in se te nedoslednosti kažejo že po enoletni praksi v obliki številnih pobud za spremembe. Po vsebini in sestavi je zakon za nas temeljni, ki pa bi moral v najkrajšem možnem času dobiti izvršilne določbe v obliki pravilnikov, odločb, uredb ipd. Ponavlja se napaka iz leta 1974, ko je Ustava omogočila prenos temeljnih zakonov na republike, te so zakone po zveznem vzgledu vzpostavile, eksekutivnih določb pa ne. Posledice so jasne: nepravilnosti in neorientiranost.

Ruši se tradicionalna in za zdravstvo neobhodna hierarhija, prihaja do sporov in medsebojnih navzkrižij in celo do postopkov na sodiščih. Vdiranje samovoljne »javnosti« v delovne enote zdravstva, mimo dovoljenj vodilnih, ustvarjanje samovoljnih strokovnih kolegijev, mimo predpisane ali vsaj ustaljene prakse itd. bo imelo za zavarovanje in državo hude ter nepopravljive posledice, kajti danes se samovolja in druge oblike nasilnosti očitno razraščajo in vdirajo tudi med naše vrste. Pomanjkanje morale in etike ter pravne varnosti se čuti tudi že v zdravniških vrstah. Svojega dostojanstva zdravniki tudi v takem »prehodnem obdobju« ne moremo in ne smemo izpostavljati v javnosti, saj je integriteta našega poklica in zdravnikovega dostojanstva skupna temeljnimi etičnim in naravnopravnimi vrednotam našega zavarovanja.

Enoletno izvajanje Zakona o zdravstveni dejavnosti kaže na potrebne in nujne spremembe. Ne zdi se nam racionalno, da zbirajo pripombe na Zakon Ministrstvo, SZD, ZZS in Fides, ni pa koordiniranega sodelovanja. Zato potrebujemo ekspertno skupino, najbolje pri ZZS, ki bi nato pripravila z obrazložitvami spremembe zakonskih določb, preverila pa bi jih upravna telesa in jih pripravila za parlament. Menimo, da lahko upravičeno opozarjamo, da »uradniki«, ki so pripravili dosednji Zakon, niso upoštevali ravni razvoja našega zdravstva niti niso imeli vizije oziroma projekcije o njegovem nadaljnjem razvoju in organizaciji. Iz takega stanja pa izhajajo nedorečenosti, ki bi jih ne smeli dati v popravek spet njim, ki so jih povzročili. Pripomb na zakon je obilo in jih na tem mestu ne bomo načenjali, omeniti pa je treba še posebej pereče vprašanje o neurejenem odnosu do staža in sekundariata, kar bo imelo za posledico daljše časovno formiranje zdravnika. Šestmesečni staž kot rok, da se zdravnik pripravi na

»državni izpit«, zagotovo ne ustreza več, če zakon uvaja institucijo sekundariata.

Vse do zdaj navedene nedorečenosti zahtevajo, da se brez odlašanja sprejmejo ustrezni predpisi: Zakon o zdravnikih, Zakon o zdravniških pripravnikih, Zakon o zdravstvenem osebju, Zakon o pomožnem zdravstvenem osebju, Zakon o zdravstvenih domovih in zdravniških »postajah« ter zadrugah, Zakon o bolnišnicah idr. Predaleč bi nas zavedlo, če bi naštevali pravilnike, ki jih je imela že Versajska Jugoslavija za prej navedena področja. Danes pa, ko sicer na drug način kot v polpreteklosti znova podpiramo in privatiziramo zdravstvo, pa je potreba po teh predpisih nujna in vsaka zamujena minuta pomeni zgodovinsko, moralno in materialno škodo za občutljivo organizacijo zdravstvenega varstva.

Zakon je znova uvedel v slovensko zdravstvo naziv primarij, ne kot strokovni naziv, ampak kot državno priznanje. Menimo, da so to zdravniški-strokovni-vodstveni nazivi, ki so jih v sosednji državi uredili tako, da je primarij zdravnik, ki vodi oddelek s 25 posteljami in mu je podrejen vsaj en zdravnik. Enako velja (brez postelj) za ustrezno velik laboratorij oziroma prosekuro, kjer je potrebno za primarija biti vodilna oseba, ki ji je podrejen vsaj en zdravnik. Pravilnik za podelitev naziva je pri nas tako velika zahteva, da so odpadli pri letošnji izbiri številni zdravniki, sicer izjemni strokovnjaki, spoštovani in odlični zdravniki. Zato bi te pretirane zakonske zahteve v pravilniku za primarije bilo treba spremeniti v ustreznejšo vsebino. SZD, ZZS in Ministrstvo morajo najti ustrezno rešitev, ki bo trajno, tudi evropsko primerljiva. Prav tako bo za zdravstvene in višje zdravstvene svetnike treba sprejeti pravilnik, ki bo ustrezal in po enotnih merilih omogočal najboljši izbor, toda ob sodelovanju ZZS in SZD, ne pa po državoupravnih odločitvah, ki ne zagotavljajo ustreznega izbora. Čeprav je z zakonom določena pravica državnih organov za imenovanja, pa je ta v nasprotju z naravnim izborom, ki ga ponujajo strokovne in stanovske organizacije zdravstvenega osebja.

V obdobju pravno šibke države se ljudi polašča miselnost, da lahko vsakdo vsakomur, s katerim se ne strinja, prereče vse: od laži, natolcevanja, lažnivih obtožb, obrekovanja, kar vse vsakodnevno opažamo v dnevnem časopisju. Vse to so kazniva dejanja, ki pa ne pridejo do rednih sodišč, ker so ta zasuta s preštevilnimi primeri; prizadeti pa tudi ne iščejo pravne zaščite, zavedajo se, da ima pravica pri nas (že tradicionalno) zavezane oči.

Iz preventivnih razlogov, da ne bi prišlo do epidemije prej navedenega, bo moralo SZD odločno nastopiti, da bi zadržalo red in akademsko obnašanje v lastnih vrstah. Zato bo ČR tudi v bodoče dosledno zastopalo vsebino statuta SZD in Kodeksa medicinske deontologije Slovenije, čeprav so na slednje imeli posamezniki, tudi iz novinarskih vrst pripombe (nepoznavajoč današnjega stanja v svetu), da je Kodeks preveč določen in restriktiven. Kadar gre za zdravje in življenje ljudi, ni mogoče odstopati od splošnih sprejetih meril v Evropi in po svetu ali pa jih prilagajati trenutni družbeni teoriji in praksi, ker so kodeksi skupek meril naravnih zakonitosti.

Ob vsesplošni posurovelosti in sprenevedavosti, ki je pojavlja v Sloveniji, ob istočasnem pomanjkanju etičnih in civilizacijskih meril v javnem obnašanju ter izbruhu nasilja na TV, radiu in javnih občilih tudi zdravništvu ni prizaneseno, tako da se vedno pogostejše sprašujemo, kakšen naj ne bi bil slovenski zdravnik, ne pa, kakšen bi moral biti. Preštevila, tudi anonimna sporočila, ki so kopičijo na mizi predsednika SZD, še bolj pa pri predstojniku inštituta za sodno medicino, presegajo najbolj črni humor v medicini. Teh pa prav zaradi anonimnosti ne moremo brez zadržkov posredovati javnosti.

Zakaj je zdravništvo normativno usmerjeno? Zato, da članstvo ve za pravila igre! Kajti le tako bo pripravljeno prevzeti svoj del velike odgovornosti. Odklanjamo vsakršno politično in politikantsko manipulacijo, odklanjamo pa tudi znane poskuse iz polpreteklosti, ko se je zdravništvu pavšalno poskušalo naprtiti krivdo za krizo v zdravstvu, ki jo je politika organizirano izzvala in nato izvajala od leta 1970 naprej z geslom, da je raven zdravstvenega varstva

dosegla predvideno stopnjo in da mora nastopiti obdobje zadržanja, da se to področje ne bi pretirano razbohotilo. Z odgovornih mest so danes slišne podobne »usmerjevalne« grožnje, ki se uresničujejo celo tako daleč, da so nekatere zdravstvene enote do te mere finančno stisnjene ob steno, da postaja celo nabavljanje receptov eksistenčno vprašanje, na drugih mestih pa dragocene instalacije trga iz zidov in jih neodgovorno uničujejo, ko se v imenu adaptacij skozi okno mečejo milijoni, medtem ko država hoče ponovno »nacionalizirati« namensko zbrani denar v državne fonde – kar pa pomeni ponovno vračanje na realsocialistična izhodišča.

S področja paramedicine se v zadnjem času v časopisju kar po tekočem traku vrstijo prispevki, predvsem na TV in drugih javnih občilih. SZD je v te namene preventivno ravnalo, ko je na skupščini v Otočcu z delovnim naslovom »Alternativna medicina ni medicina« opozorilo na te neodgovorne prispevke, ki so zdravstvu in zdravju občanom zavajajoči in splošno škodljivi. Pozdravljamo zgledno zadržanje članstva SZD, ki se ni odzvalo na kongres alternativne medicine, ki ga je organiziral podjetje Belladona, pa tudi ne na okroglo mizo v organizaciji Dela (B. Bošnjak), zato so morali organizatorji javno ugotoviti, da se »uradna medicina« ne misli zapletati v razprave z laiki in šarlatani.

Ker se pripravlja nova kazenska zakonodaja za našo državo, bo treba dosedanj 124. člen KZ R Slovenije, člen o mazaštvu, temeljito spremeniti, tako da bi se namensko dejavnost bila kazniva, posledica okvar na zdravju ali celo smrti pa bi morale veljati kot oteževalne okoliščine. Tako je bilo že v Versajski preteklosti. Če pravočasne in ustrezne zakonodaje ne bo, se bomo nujno soočali z razhajanjem v zdravstvu, med zdravništvom in državo, kar bo onemogočilo dolgoročni dialog med zdravništvom in državo in nadaljnji razvoj.

V bodoče pričakujemo še posebno zaostritev v upravičenih zahtevah Fidesa, ki noče in niti ne sme razumeti ministrskih »razlag«, da naj zdravniki počakajo na sanacijo gospodarstva in da bodo takrat prišle na vrsto njihove plače. Takih sprenevedanj ima slovensko zdravništvo že iz polpreteklosti dovolj, ko je vedno znova ugotavljalo, da se je namensko zbrani denar zlorabljal za vse močnejše državne manipulacije. Tudi danes si država »sposojuje« od zavarovalnice denar, ki ga po našem mnenju ne bo nikoli vrnila, zavarovalnica pa kar sama znižuje (kar je enkratno v svetovnem merilu) prispevno stopnjo. Ob težkem stanju v posameznih bolnišnicah oziroma oddelkih gre to tako daleč, da nas ti posegi spominjajo na začetke zdravstvene politike do Kosova, kjer so Srbi kot prvi začeli z državno politiko v medicini, ki je v nekajletnih obdobjih do temeljev sesula razvijajoče se zdravstvo.

Pred časom smo že opozarjali, da so pritožbe zavarovancev in zavarovalniški odškodninski primeri v porastu. Na sodiščih so zaradi nezadostnosti sodišč postopki dolgotrajni in zaradi nedovoljne specializiranosti advokatov neučinkoviti ter dolgotrajni. Vse to pa bo tudi naše zdravništvo in naše zdravstvo plačalo za vstop v Evropo že v najkrajšem času.

Zdravniška diskrecija, ki jo zagotavlja tudi Zakon o zdravstveni dejavnosti in Kodeks medicinske deontologije Slovenije, je danes ogrožena z več strani, predvsem ob nastajanju bank podatkov, ki jih je mogoče izrabiti in zlorabiti celo s strani sodišč. Kot da sodišča ni jasno, da se zdravstvena dokumentacija ne izroča neposredno sodišču, temveč uradno postavljenemu medicinskemu izvedencu. Medicinski izvedenec iz posredovane zdravstvene dokumentacije izbere za svoje izvedensko mnenje le tisto, kar se neposredno nanaša na primer. Zato bomo morali doseči, da se bo tudi pri nas dosledno spoštovala deklaracija SZD o računalnikih, če za medicinsko izvedenstvo še ne obstaja deklaracija o izvedencih.

Številna vprašanja zdravnikov s terena se nanašajo na zahteve zavarovalnic o diagnozah zavarovancev. Te svojih zavarovalnih pogodb še zdaleč niso prilagodile evropskim merilom, ki pa jih bo zavarovalništvo pri nas v kratkem moralo prevzeti. Iz vsega pa izhaja, da bomo morali v kratkem organizirano spregovoriti o zdravniški diskreciji in o ukrepih, ki naj bi preprečili kršitve, da bi

zdravništvo ne bilo stisnjeno med kladivo in nakovalo zakonskih določb ter vsakodnevne prakse.

Občasno nas je vpraševalo članstvo, kakšno naj bi bilo poslanstvo SZD v sedanjih razmerah in kakšno bo v bodoče. O vlogi SZD ni treba dvomiti, ker deluje na področjih, ki jih je ustalilo 130-letno delo na Slovenskem, ne glede na dve svetovni vojni in ne glede na to, da je pred drugo svetovno tudi že obstajala zdravniška zbornica s približno enakimi pooblastili, kot jih ima današnja (le s to razliko, da je bilo takrat obvezno združevanje le privatnih zdravnikov, medtem ko je za bolnišnične zdravnike neposredno skrbela država). Vsebina dela današnjih zbormic pa se ni spremenila: zastopanje predvsem gmotnih interesov včlanjenega zdravništva.

Ob zastavljenem vprašanju, za kaj je SZD kompetentno, ker je prostovoljna (asociacija) združba, mu njegove kompetence določa vodstvo in delovna telesa na podlagi demokratično sprejetih sklepov na letnih skupščinah in kongresih. Če pogledamo dosedanjih 8 kongresov SZD od leta 1946 dalje, potem lahko potrdimo, da se je SZD posvetilo vedno najbolj izpostavljenim vprašanjem nacionalne patologije kot prvenstveno vlogo, vse premalo pa je bilo vprašanj namenjenih ožjim stanovskim interesom. Pol stoletja trajajoče »nacionalizacija in socializacija« zdravništva je tega potisnilo v socialno obrobje družbe ponekod do te mere, da je zdravnik postal slabo plačani državni uradnik, ki je le še občasno dvignil svoj glas, da bi opozoril nase, da je tudi on delavec, ki ga izrabljajo v javno dobro, torej delavec na etični pogon, pri čemer je bila partija odločilni in vodilni primarij, ki pa je vedno operiral sam, brez zdravnika!

Odvzem tradicionalno podeljenih privilegijev zdravništvu je pomenilo obenem tudi njegovo ekonomsko osiromašenje do te mere, da se je postopno zniževal tudi njegov družbeni status. Postopna demaskulinizacija tega poklica pa je kot drugod začela spreminjati tudi vsebino medicine, začele so prevladovati ženske vrednosti, nega idr., upadati pa je začelo raziskovanje idr. To ni samo naša preusmeritev v medicini, to so ugotovitve sociologov tudi v največjih in najbolj razvitih državah sveta. Države za zdaj še ne kažejo nagibov, da bi proces feminizacije nameravale kakorkoli zaustaviti oziroma da bi prišlo ponovno do biološkega ravnotežja v zdravstvu, ali pa da nameravajo v tem smislu vplivati na nadaljnji razvoj.

Sleheri dan nas soočajo z opozorili, da je slovenščina zastavljena v šoli in da jo pačijo na radiu in TV. Slovenski zdravniki smo se vedno zavzemali za lep slovenski jezik, kar se odraža tudi v našem strokovnem in stanovskem glasilu Zdravniškem vestniku. V zvezi s tem pozivamo članstvo, da bi okrepilo naše glasilo še posebej s prispevki iz področnih zdravniških društev, da bi vestnik dejansko predstavljal celovito dogajanje med zdravništvom. Ker je vestnik edino strokovno glasilo, bo moralo vodstvo SZD z vsemi silami doseči ustrezno in stalno financiranje te revije, ki je v več kot 60 letih bistveno prispevala k strokovni rasti in moralni osveščenosti slovenskega zdravništva.

Vprašanje nagrade dr. Jožeta Potrča je ostalo ponovno odprto, tako da smo Ministrstvu za zdravstvo sporočili, da bo SZD za življenjsko delo v zdravstvu samo podeljevalo to nagrado, kolikor to na ministrski ravni ne bo v najkrajšem času urejeno, da pa ne bomo pristajali na anonimne državne nagrade, ki so danes postale iz zdravniških – zdravstvene.

Na 8. kongresu smo ustanovili nagrado prim. dr. Franca Derganca za medicinsko publicistično delo. Do 9. kongresa moramo izdelati pravilnik (organizacijska komisija), predloge pa bodo pripravile organizacijska, strokovna in informacijska komisija na skupni koordinaciji. Menim, da bi to nagrado podeljevali na vsaka štiri leta na kongresu najbolj delovnemu in prodornemu medicinskemu publicistu, članu SZD. Tako bi ostal med nami duh prim. dr. F. Derganca, ustanovitelja in prvega mecena Zdravniškega vestnika. Treba je opozoriti, da je delo v ČR tako, kot je v poročilu opozoril njegov predsednik, »često mučno, ker je večina prizadetih v sporih neomajna in tudi do članov ČR SZD često sovražno razpoložena, zlasti če izrekanja niso v skladu z njihovo željo«. ČR bo tudi v

bodoče dosledno izrekalo svoje odločitve v skladu s kodeksom ter pravilnikom razsodišča, ključne stvari pa bo prepuščalo razsodišču ZZS in po potrebi tudi rednemu sodišču, še posebej v tistih primerih, ko bo nedvomno, da gre za kazniva dejanja po veljavni kazenski zakonodaji v naši republiki, predvsem v 12. poglavju o kaznivih dejanjih zoper čast in dobro ime (106., 107., 108., 109. in 110. člen), ki govori o razžalitvi, obrekovanju, žaljivih obdolžitvah, opravljanju idr. Vodstvo SZD bo temu delovnemu telesu dalo vsesplošno in celovito podporo.

Proti posameznikom, ki mislijo, da lahko samovoljno krojijo odnose med zdravniki, se bo SZD poslužilo vseh sredstev. Organizacija si ne more dovoliti, da bi peščica samovoljnejšev odločala o moralni podobi in ugledu slovenskega zdravništva.

Dovolite mi, da se na tem svečanem zboru obrnem na vse zdravnike dobre volje, da bi podprli tudi v bodoče akcije SZD in da bi se strnili okoli svoje tradicionalne stanovske organizacije, ki mora biti prisotna vsepovsod tam, kjer gre in se odloča o vprašanih, ki zadevajo zdravništvo in zdravstvo. Kot asociacija ne potrebujemo niti ne iščemo državnih ali strankarskih koncesij za naše delo, za naša, v zgodovini izkazana pozitivna izročila in dejanja. Storili pa bomo vse, da bo zgodovinsko prehodno obdobje čim krajše in s čim manj škode za zdravništvo in za zdravstvo. Ob vsem tem pa ne moremo niti ne smemo pristajati na parolo: ko bo gospodarstvo sanirano, bodo tudi zdravniške plače urejene. Če bi taka formula veljala enako za vse sloje naše skupnosti, bi tudi zdravništvo ostalo solidarno. Voljeni predstavniki demokracije pa so že pokazali, kako si demokracijo zamišljajo! Ob taki državni in poslanski morali pa se bo zdravništvo v kratkem čutilo odvezano državlanske dolžnosti. Kaj pa sledi takim ugotovitvam, pa je na dlani – kadar se sreča dvoje akcijskih moral, so posledice, ki pretresajo posameznika, skupine in ne nazadnje državo, zgodovinsko in vsebinsko nepopravljive.

Zdravniki smo svojo predanost pacientu in narodu v preteklosti ne samo enkrat dokazali, za nagrado pa smo sprejeli ponižujoče in segregatorske zakone ter posmeh vladajoče elite. Prihajajo novi rodovi neposredno v središče arene. Njihovo geslo je: toliko veljam, kolikor sem plačan. Pa tudi drugo stran tega nauka dobrega pozna: nikoli me ne morejo tako slabo nagradjevati, da ne bi mogel še manj delati. O ovrednotenju zdravnikovega dela bo zdravniška zbornica ob pravem času in na pravem mestu morala spregovoriti. Na dlani pa je, da se bo vodstvo SZD na vsakršno tako akcijo odločno in enotno odzvalo.

Zavedamo se, da je napredni zdravnik obsojen na nikoli prenehano opozicijo v lastni državi. Kot pacientov advokat si prizadeva za najboljšo možno zdravstveno varstvo, država pa mu to kot varuh proračuna tega ne omogoča zaradi svojih številnih, še drugih interesov. Iz tega pa izhajajo spopadi interesov, ki so trajni in nikoli ni zmagovalca le na eni strani. Znano je, da bi država, ki bi kot zdravstveno varstvo udejanila vse, kar danes medicina zmore v svojih raziskovalnih laboratorijih, lahko ukinila vojsko, policijo, sodstvo, kulturo in prosveto, pa še ne bi bilo dovolj – to pa ne pomeni, da bi »Kopači« imeli v obliki državnih in zdravstvenih fondov zlato v rokah, s katerim bi pokrivali izdatke na drugih področjih, včasih celo hudo dvomljive vrednosti. Zato bomo slovenski zdravniki enotno vztrajali na tem, da se namensko zdravstveni denar ne more niti sme prelivati v druge namene, kajti to bi pomenilo goljufati zavarovance in ne nazadnje volilce v tehrdržavi.

Če bomo hoteli v bodočnosti ob razjasnjevanju pojmov, kaj je zdravstvo in kakšna je vloga ter odgovornost države v njem, bo to le v odprtem dialogu, in če ta ne bo mogoč, pa v javnem soočanju, moralo sodelovati vse, kar predstavlja slovensko zdravništvo: posamezniki, skupine, SZD, ZZS in Fides. Danes ni čas za razklanost in razhajanja! Čas od nas zahteva usklajene nastope, da bi uresničili to, za kar si zdravništvo prizadeva: za pošteno delo – pošteno plačilo, obenem pa pošten odnos do pacienta in države. Dr. Valenta, znan iz zgodovine SZD, je že zelo zgodaj, še pred koncem prejšnjega stoletja spoznal, da se bliža socializacija zdravniškega stanu. Zato je hotel v pravem času organizirati ta

stan, da ne bi nepripravljen stopil v boj za svoje stanovske pravice. To opozorilo 100 let za tem velja še, kot da je bilo izrečeno včeraj, in nas opozarja ter opominja, da bo naša bodočnost odvisna od nas, da bo naša vizija o vlogi slovenskega zdravništva že danes za jutrišnji dan.

Zdravniki vse prepogosto pozabljamo, da je bolnik medicinski laik, fizično in psihično prizadet od bolezni, poln negotovosti in skrbi za bodočnost, prevzet od strahu pred smrtjo (Nikola Mandić). Človeško in moralnoetično osveščeni zdravnik bo pa vedno ravnal po svoji vesti, ki je in ostaja temelj njegovih odločitev in ukrepov za njegov zdravniški danes in bolnikov jutri (A. Dolenc).

Ob 50-letnici SZD je svečani zbor takratni predsednik dr. Demeter Bleiweis Trsteniški nagovoril takole: »Naloge slovenskega zdravništva ne vidim le v tem, da ohrani svoj narod zdrav in krepak, temveč da ga kot glasnik človečanstva napeljuje k slogi v boju za narodni obstanek in njegove kulturne dobrine.«

Zahvaljujem se za vašo pozornost in vabim k zdravnikom dostojni, pa čeprav ostri razpravi.

P. S. Govor predsednika SZD z zadnje letne skupščine ob 130-letnici SZD objavljamo kasno z namenom, da bi se članstvo temeljito pripravilo na letno skupščino maja 1994 v Celju.

POROČILO O DELU REVMATOLOŠKE SEKCIJE SZD V LETU 1993

Dušan Logar

V letu 1993 je Revmatološka sekcija SZD pripravila in izvedla tri sekcijske sestanke s strokovno vsebino. Prvi sestanek je potekal 6. 3. 1993 v Zdravilišču Dolenjske Toplice z naslednjim programom: Dr. Iztok Holc, dr. Artur Pahor, doc. dr. Ivan Krajnc z Revmatološkega oddelka Bolnišnice v Mariboru so predstavili problematiko stresnih fraktur pri bolnikih z revmatoidnim artritisom. Podatke iz literature so podkrepili s prikazom primerov in opozorili na možnost stresnih fraktur pri bolnikih s to boleznijo, na katere revmatologi vse premalo mislijo.

Ing. Tanja Kveder in ing. Borut Božič iz Laboratorija za imunologijo revmatizma Revmatološke klinike Ljubljana sta predstavila novosti in sodobne trende laboratorijskih preiskav v revmatologiji, s poudarkom na izkušnjah Laboratorija za imunologijo revmatizma. Poudarila sta uspeh laboratorija, ki je požel priznanje v poteku mednarodnega projekta standardizacije metode CIE. Med izbranimi evropskimi laboratoriji je edino našemu laboratoriju uspelo brez napake v vseh poslanih vzorčnih serumih izslediti protitelesa proti malim jedrnim ribonukleoproteinom.

Dr. Cvetka Kastelic-Klasinc z Revmatološke klinike v Ljubljani je predstavila primer artritisa pri bolniku z navadno variabilno neopredeljeno imunsko pomanjkljivostjo. Čeprav so podobni primeri v revmatološki kazuistiki redki, pa predstavljajo težak problem zaradi ponavljajočih se artritsov, ki jih povzročajo okužbe, pogosto z nenavadnimi povzročitelji, kot je npr. mikoplazma ali ureaplazma urealitikum.

Dr. Dušan Logar z Revmatološke klinike v Ljubljani je predstavil miopatije, povzročene z zdravili, ki lahko predstavljajo diferencialnodiaognostični problem pri pojasnjevanju ozadja mišičnih bolečin in šibkosti in jih moramo ločiti od polimiozitisa, dermatomiozitisa, metaboličnih in mitohondrijskih miopatij.

Drugi sestanek Revmatološke sekcije je potekal 5. 6. 1993 v dvorani poslovne stavbe tovarne farmacevtskih in kemičnih izdelkov Lek. Na sestanek so bili vabljeni tudi člani sekcije za fizikalno medicino in rehabilitacijo.

Dr. Iztok Holc in doc. dr. Ivan Krajnc z Revmatološkega oddelka Bolnišnice v Mariboru sta predstavila medikamentno zdravljenje akutnih bolečinskih stanj v revmatologiji. Ob živahnem razpravljanju, ki je sledilo, smo sklenili, da je treba oblikovati

doktrinarno stališče do uporabe opiatnih analgetikov za lajšanje bolečine pri bolnikih z artritisom.

Dr. Marija Presetnik z Revmatološke klinike Ljubljana je predstavila krioglobulinemije in opozorila na možnosti zdravljenja predvsem bolnikov z esencialno mešano krioglobulinemijo. Ob plazmaferezi, kortikosteroidih in citostatikih prihaja v poštev po podatkih iz tuje literature tudi zdravljenje z uporabo alfa interferona, vendar lastnih izkušenj za sedaj še nimamo.

Prim. dr. Mojca Kos-Golja je v prispevku o novostih v razumevanju patogeneze, preprečevanju in zdravljenju osteoporoze podrobno predstavila zadnja spoznanja o patogenezi osteoporoze ter pristope k preprečevanju in zdravljenju. Posebej je poudarila problem steroidno inducirane osteoporoze in sodobne pristope k njenemu zdravljenju.

Sledila je predstavitev pri nas novega nesteroidnega antirevmatika nabumetona, ki ga je tovarna Lek poslala na tržišče pod imenom Rodanol. Prim. dr. Roland Pulanič s KBC Rebro iz Zagreba je obsežno predstavil problem okvar želodčne sluznice pri bolnikih, zdravljenih z nesteroidnimi antirevmatikami. Dr. Marinka Vračko-Miličič iz tovarne Lek je predstavila prednosti, ki jih ima novi antirevmatik predvsem zaradi dejstva, da zaradi svoje kemične strukture ne predstavlja visoke nevarnosti za nastanek razjede želodca ali dvanajstnika pri bolnikih z artritisom in enostavnega predpisovanja v enkratnem večernem odmerku. V razpravljanju, ki je sledilo, smo poudarili, da bo treba pravo mesto novega antirevmatika oceniti po nekajletnih izkušnjah z njegovo uporabo. Zadnji strokovni sestanek Revmatološke sekcije v letu 1993 je potekal 20. novembra v Zdravilišču Dolenjske Toplice.

Uvodoma je prim. dr. Marija Gazič iz Zdravilišča Dolenjske Toplice predstavila možnost fizikalne terapije po dograditvi novega terapevtskega kompleksa. Poudarila je, da je delovna terapija za sedaj še integralni del fizikalne terapije v zdravilišču, da pa žal še niso sposobni izdelati ustreznih opornic za posamezne sklepe prstov roke, s katerimi bi bila lahko ergoterapija zaradi preprečevanja kontraktur ustreznejša. V novem objektu uporabljajo tudi parafinski fango, s katerim dosegajo lepe uspehe pri lajšanju bolečin in izboljšanju gibljivosti hrbtenice bolnikov s spondilitisom.

Mag. dr. Boris Lestan z Revmatološke klinike Ljubljana je predstavil laboratorijske teste pri avtoimunih jetrnih boleznih. Naš laboratorij za sedaj rutinsko odkriva le antimitohondrijska protitelesa in protitelesa proti piruvatdehidrogenaznemu kompleksu s protitočno imuno elektroforezo. V razpravi, ki je sledila, je pojasnil, da so protitelesa proti PDHA sicer visoko specifična za primarno biliarno cirozo, vendar jih odkrivamo tudi pri drugih boleznih, tako npr. pri revmatoidnem artritisu v 25%, pri Sjögrenovem sindromu pa v do 66%. Prof. dr. Rozman je opozoril na pogost diagnostični problem v revmatologiji, ko odkrivamo pri bolniku pestro simptomatiko (artritis, artralgijske, mialgijske, kožne simptome, subfebrilne temperature, srbež itd.), pa nam diagnostični postopek stanja ne razjasni. V takih primerih je smiselno naročiti laboratorijsko preiskavo na PDHA, ker nas pozitivni test lahko usmeri v iskanje ozadja revmatskih težav v jetrni bolezni.

Prim. dr. Mojca Kos-Golja je predstavila primer bolnika z ne navadnim potekom ankilozirajočega spondilitisa. Pri bolniku je vodila v začetku prizadetost prevodnega sistema srca in pljučna prizadetost, simptomi vnetne prizadetosti aksialnega skeleta pa so bili dokaj neopazni, zato je bila diagnoza bolezni postavljena z dvajsetletno zakasnitvijo.

Dr. Iztok Holc, doc. dr. Ivan Krajnc in dr. Artur Pahor so ponovno predstavili stališča o uporabi opiatnih analgetikov pri lajšanju bolečine revmatskih bolnikov. Predstavljen je bil povzetek izkušenj v tuji literaturi, sklep pa je bil, da je uporaba opiatnih analgetikov smiselna pri bolnikih s septičnim artritisom krajši čas, pri teh bolnikih namreč uporaba nesteroidnega antirevmatika lahko zabriše klinično sliko, zaradi česar lahko pride do zakasnitve diagnoze. Prof. dr. Rozman je opozoril, da so predstavljeni podatki iz literature izpostavili le določene revmatske bolezni in da so zaključki premalo tehtni za uvrstitev opiatnih analgetikov v repertoar analgetskega zdravljenja bolečine pri revmatskih bol-

nikih. Problem uporabe opiatnih analgetikov bi bilo zato treba predstaviti v zbirnem članku, ki bi lahko izšel v slovenskem delu revije *New European Rheumatology*. V bodoče pa bi bilo smiselno pripraviti tudi skupni strokovni sestanek več sekcij (ortopedske, sekcije za fizikalno terapijo in rehabilitacijo, onkološke) s temo uporabe opiatnih analgetikov za lajšanje bolečinskih stanj z različnim ozadjem.

Na zaključku sestanka je vodstvo sekcije predstavilo naloge, ki čakajo člane Revmatološke sekcije po polnopravni vključitvi v Evropsko ligo za boj proti revmatizmu (EULAR). Prof. dr. Rozman je opozoril na dejstvo, da v Sloveniji nimamo Revmatološke lige. Organizacija lige je zahtevno delo, ki bi ga v tem trenutku zaradi majhnega števila revmatologov v Sloveniji le težko zmogli. Prof. dr. Rozman je nato predstavil študije, ki jih vodi EULAR, v katere se v letošnjem letu vključujemo tudi slovenski revmatologi:

1. Študija o različnih medikamentnih pristopih k zdravljenju difuznega lupusnega glomerulonefritisa
2. Študija o diagnostičnih kriterijih za Sjögrenov sindrom
3. Študija o revmatski polimialgiji
4. Študija o sistemski sklerozii

Revmatologi preostalih slovenskih bolnišnic bi se lahko vključili v študijo o revmatski polimialgiji, preostale študije pa so prezahtevne in bodo potekale le na Revmatološki kliniki v Ljubljani. Prof. dr. Rozman je opozoril tudi na potrebo po organizaciji krajšega simpozija z mednarodno udeležbo že v letu 1994. V ožjem vodstvu Revmatološke sekcije je sicer prevladalo mnenje, da je organizacija slovenskega revmatološkega kongresa glede na majhnost članstva Revmatološke sekcije za sedaj nesmiselna in da je bolj smiselna predvsem priprava strokovnih srečanj z mednarodno udeležbo.

Prof. dr. Rozman je tudi predstavil zahtevnost projekta nove revmatološke revije *New European Rheumatology* in ponovno pozval k aktivnemu sodelovanju članov Revmatološke sekcije za pisanje prispevkov tako v slovenski, kot tudi angleški del revije. Člana Revmatološke sekcije prof. dr. Blaž Rozman in prim. dr. Mojca Kos-Golja sta uspela s pomočjo finančne podpore farmacevtske tovarne Hoechst, Nemčija, pripraviti strokovno srečanje: *International Symposium on MRI – The New Gold Standard in Arthropathy?*, ki je potekal 2. 4. 1993 na Bledu. Z aktivnimi prispevki so sodelovali Iain Watt, David Blake, Sally Edmonds in John Waterton (Anglija), Maximilian Reiser, Klaus Glueckert, Frank Wacker (Nemčija), Orest Jarh, Vladimir Jevtič (Slovenija), Goran Bačić (ZDA), Ljuba Poleksić (Hoechst). Simpozij je poudaril prednosti magnetne resonance pri diagnostiki revmatskih bolezni zaradi možnosti prikaza sprememb sinovijske ovojnice, hialinega hrustanca, kosti in sklepne tekočine. V zaključku je bila izražena želja, da bi se strokovnjaki s tega srečanja ponovno sestali, če je mogoče, na sestanku pod pokroviteljstvom organizacij, kot sta ILAR ali EULAR.

Na Revmatološki sekciji smo sprejeli tudi sklep o popravkih statuta sekcije, ki smo ga ustrezno posodobili.

Slovenska Revmatološka sekcija je 4. 6. 1993 na Svetovnem revmatološkem kongresu ILAR v Barceloni v Španiji postala polnopravna članica organizacije ILAR (International Ligue Against Rheumatism) in EULAR (European Ligue Against Rheumatism).

40 LET ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA SLOVENSKE ISTRE IN KRASA

Edvina Gregorič

Zgodovina zdravništva na tleh Slovenske Istre in Krasa je dolga nekaj stoletij, kljub temu pa smo v letu 1993 praznovali še 40. obletnico ustanovitve lokalne podružnice Slovenskega zdrav-

niškega društva, ki ima 132-letno tradicijo. Obletnico smo zdravniki počastili s srečanjem, ki je bilo 29. oktobra 1993 v dvorani Auditorija v Portorožu.

Strokovnemu delu srečanja je sledila otvoritev svečanega zbora, govor predsednika društva Slovenske Istre in Krasa, predstavitev zgodovine Zdravniškega društva Slovenske Istre in Krasa ter govor predsednika SZD prof. dr. Antona Dolenca. Sledil je koncert Obalnega komornega orkestra in mešanega pevskega zbora Obala, na koncu pa družabno srečanje.

V uvodnem govoru je predsednik dr. Jani Dornič opozoril na težke začetke generacije zdravnikov, ki so ustanovili Zdravniško društvo Slovenske Istre in Krasa, na družbene spremembe, ki so sledile in niso šle neopazno mimo zdravnika kot človeka, ki čuti nenehno potrebo po znanju, prenašanju le-tega, potrebo po druženju, obenem pa se zaveda, da postaja poklic zdravnika vse bolj zapleten, saj se soočamo z vedno novimi zahtevami družbe, ob tem, da je svoboda poklica vse bolj omejena.

Kratek oris nastanka in delovanja Zdravniškega društva Slovenske Istre in Krasa je podal prof. dr. Marko Kolenc. Za uvod si je sposodil besede dr. Mirka Karlina, ki jih je skoraj pred 30. leti zapisal v Zdravstvenem vestniku: »Jubileji nas silijo, da brskamo po preteklosti in da jo razgrinjamo pred seboj. Čas, ki ga ni moč ustaviti, pa neizbežno beži in ustvarja novo zgodovino. Pojavljajo se novi tvorci, katerih naloga je, da prevzemajo to, kar so naredili predhodniki, da nadaljujejo spočeto delo in ga izpopolnjujejo.« Društvo, oziroma 13. podružnico Slovenskega zdravniškega društva za Slovensko Istro so ustanovili zdravniki v takratni coni B Svobodnega tržaškega ozemlja 7. novembra 1953. Vodila jih je težnja po stanovskem združevanju, ki jo narekuje neodvisni poklic, velika odgovornost, potreba po poklicni varnosti, strokovni vzajemni pomoči ter potreba po uveljavljanju poklica in stroke v družbi. Prvi predsednik društva je bil dr. Polde Hladnik, tajnik pa dr. Branko Šalamun, sledili so drugi, omeniti pa velja predvsem dr. Marka Kolenca, ki je društvo vodil kar v treh mandatnih obdobjih.

S priključitvijo cone B k Jugoslaviji so glavne bolnišnice ostale v Trstu, italijanski zdravniki so zapuščali službena mesta, slovenskih zdravnikov pa sploh ni bilo. Ko so začeli prihajati prvi slovenski zdravniki, so v provizoričnih hišah relativno hitro nastajali dobro osnovani oddelki bolnišnice, razpotegnjeni od Ankarana do Pirana. Vzporedno s tem je napredovala tudi osnovna zdravstvena služba z vsemi dispanzerskimi in preventivno-kurativnimi dejavnostmi.

Dr. Kolenc je v nadaljevanju opozoril na vedno večje število strokovnih sestankov. Frekvenca se je zlasti dvignila v zadnjih letih. Vsebine sestankov so bile raznolike, zlasti koristne za splošnega zdravnika. Poleg domačih strokovnjakov smo na srečanjih gostili tudi ugledne zdravnike iz tujine.

Veliko naporov je zahtevala organizacija treh letnih občnih zborov SZD, leta 1969 v Kopru, v Ankaranu leta 1982 ter v Izoli leta 1991. Posebno dobra je bila povezanost našega društva z društvom Slovenskih zdravnikov v Trstu, žal pa ta aktivnost v zadnjih letih zamira. Aktivno sodelovanje našega društva z matičnim v Ljubljani sega od samega začetka. Člani so bili aktivni v upravnem odboru SZD, v uredniškem odboru Zdravstvenega vestnika, v komisiji za zamejstvo in informacijski komisiji, v Častnem razsodišču, dvakrat sta bila naša člana podpredsednika SZD.

Častni člani Slovenskega zdravniškega društva iz naše podružnice so: prim. dr. B. Šalamun, dr. V. Vadnov, dr. B. Žen-Boh, prim. dr. V. Pertot, prof. dr. M. Kolenc, dr. J. Trstenjak, pokojni prim. dr. V. Pišot, prim. dr. P. Hladnik in dr. F. Koblar.

Organizatorjem, posebno pa predsedniku dr. Dorniču, se moramo zahvaliti za odlično organizacijo srečanja ob 40. obletnici ustanovitve našega društva. Res je, jubileji nas silijo, da brskamo po preteklosti in jo razgrinjamo pred seboj. Čas, ki ga ni moč ustaviti, pa neizbežno beži in ustvarja novo zgodovino...

Strokovna srečanja

TAKO GORAK, MEHAK, SLADAK JE SEN IN URA V NJEM TI V BLAŽENOSTI MINE...

Marija Cesar-Komar

Verze Lily Novy smo si vzeli slovenski anesteziologi za moto, ko smo imeli v prelepi Lipici na Krasu svoj prvi kongres z mednarodno udeležbo. Kongres je potekal od 4.–6. novembra 1993. Bilo je nad 200 udeležencev iz Slovenije, Avstrije, Italije, Hrvaške, Nizozemske in Švedske. V treh dneh smo obdelali več tematskih



področij anesteziologije, oživljanja intenzivne terapije in terapije bolečine.

Prvi dan so bile na sporedu proste teme, od katerih je zanimivo omeniti trombombolično profilakso preoperativno, bodisi parenteralno ali peroralno. Pooperativna slabost je problem, ki zadeva tudi anesteziologe, in smo jo obdelali.

Metoda kavdalne regionalne anestezije je morda nekoliko zane-marjena, pa zelo učinkovita pri določenih operacijah. Srečujemo se s težkimi intubacijami zaradi različnih anatomskih anomalij, ki jih lahko izvedemo dobro in učinkovito s posebnim upogljivim laringoskopom.

Bolniki z aspirinsko intoleranco kažejo tudi nenormalno reagiranje na prednizolonske preparate, ki jih sicer uporabljamo v terapiji alergij, zato je priporočljiva posebna pozornost in testiranje pri teh bolnikih.

Terapija nevralgije po herpesu zostu je velik problem protibolečinskih ambulant. Drgetanje po anesteziji še vedno ostaja polemično – hipotermija ali abstinenčni pojav po anestetiku.

Velik sklop referatov je predstavljalo uvajanje računalniške obdelave podatkov v anesteziji in intenzivni terapiji. Program je pripravljen – potrebno pa bi bilo sproti vnašanje podatkov med samo anestezijo in v intenzivni terapiji. Program mora biti kompatibilen z ostalimi medicinskimi računalniškimi sistemi, tako da lahko vanj vstopimo na katerikoli stopnji obdelave bolnika. Gost iz Gradca Litscher nas je seznanil z uvajanjem računalnika pri sosednjih Avstrijcih. Tudi Italijani se intenzivno ukvarjajo s temi problemi.

Zvečer je bila slovesna otvoritev kongresa s pozdravnimi govori predsednice Sekcije za anesteziologijo in intenzivno medicino prim. dr. V. Rus-Vaupotove, doc. dr. Erženove – predstojnice Inštituta za anesteziologijo KC Ljubljana, prof. dr. Lučke Toš, prim. dr. Dunje Piškur-Kosmač, prim. dr. K. Stražiščar, g. Ivana Vodopivca.

Podelili smo »častno članstvo« našim prof. dr. Darinki Soban za njene zasluge za razvoj slovenske anesteziologije v 40 letih njenega plodnega in izredno aktivnega strokovnega dela.

Kulturni program so nam pripravile kolegice – anesteziologinje s čudovito klasično glasbo.

Naslednji velik sklop tem je bila otroška anestezija. Švedska profesorica anesteziologije iz Göteborga – Barbro Ekström-Jodal, nam je osvežila in podala najnovejša spoznanja o otroški fiziologiji in anesteziologiji.

Vedno bolj se uveljavlja v otroški, kot tudi v ambulantni anesteziji – regionalna anestezija – samostojna ali v kombinaciji s splošno. Predstavili so tudi 15-letno uspešno rabo otroškega anestezijskega sistema – Emona – lastni izum prof. dr. Marije Pečan.

Porodna anestezija dobiva vedno večje zahteve z razvojem fertilizacije in vitro in problemov, ki pri tem lahko nastajajo. Vsekakor pa se porodna anestezija razvija v prid matere in otroka, v glavnem še vedno v večini splošna, vedno bolj pa tudi regionalna.

Obdelali smo dihalno stisko pri aspiracijskih pljučnicah, bolnikih s kronično – obstruktivno pljučno boleznijo, pri malih otrocih in problem odvajanja od respiratorja.

Posebno poglavje anesteziologove dejavnosti je sedacija, ki smo ji morda doslej posvečali premalo pozornosti, je pa blagodejna, v določenih primerih edina možnost za določene bolnike. Vsekakor pa izključno področje specialista anesteziologa. Naš gost iz Rotterdama je to področje osvetlil s pravnega vidika in nas seznanil s stanjem na Nizozemskem na področju sedacije.

Imeli smo dve okrogli mizi, in sicer o analgetiku Tadolu, ki je na razpolago v obliki ampul, tablet in svečk.

Druga je bila o Propofolu, nebarbituratnem hipnotiku, ki se približuje idealnemu anestetiku. Uporablja se lahko za uvod v anestezijo, samostojno kratkotrajno anestezijo ali za sedacijo v intenzivni terapiji.

Prvi kongres slovenskih anesteziologov je bil torej delaven, pester, z živahnimi razpravami in izmenjavo izkušenj, pravi odraz naše dinamične, hitro se razvijajoče stroke.

Obrazložitev za častno članstvo dr. Darinke Soban, dr. med., profesorice anesteziologije

Darinka Soban je bila rojena leta 1921 v Novem mestu. Leta 1939 se je vpisala na Medicinsko fakulteto v Ljubljani, kjer je leta 1949 promovirala. Med vojno je prekinila študij, prakticirala na Kirurški kliniki v Ljubljani in nato aktivno sodelovala v saniteti 9. korpusa NOV. Po stažu se je posvetila anesteziji, med prvimi v tedaj novi zdravniški veji. Leta 1954 je opravila na Medicinski fakulteti v Zagrebu specialistični izpit.

Leta 1960 je postala vodja anestezijskega oddelka Kirurške klinike v Ljubljani, 1961 pa asistentka na Katedri za kirurgijo Medicinske fakultete. Z zagovorom teze o vodilih za izbiro anestezijskih metod je l. 1974 promovirala za doktorja medicinskih znanosti na Univerzi v Ljubljani in bila izvoljena za docentko anesteziologije. Leta 1982 je bila izvoljena v naziv rednega profesorja anesteziologije z reanimatologijo na Medicinski fakulteti; tako imenovanje je bilo tedaj pri nas prvič podeljeno. Dosegla je ustanovitev Razreda za anesteziologijo in reanimatologijo pri Katedri za kirurgijo Medicinske fakultete v Ljubljani.

Prof. dr. Darinka Soban je predavala osnove anestezije študentom medicine v okviru predavanj iz kirurgije. V letih 1960–1970 je organizirala in vodila programirani diplomski študij za specializante anesteziologije. Vsa leta je ob delu uvajala specializante

v teorijo in prakso novih anestezijskih metod. Na področju anesteziologije je Darinka Soban študirala in se izpopolnjevala v anestezijskih centrih Belgije, Francije, Danske, Švedske, Velike Britanije, Nemčije in Holandske. Bogate izkušnje je prenašala na slovenska tla, kjer je uvajala nove anestezijske metode in načine intenzivnega zdravljenja.

Aktivno je sodelovala na številnih strokovnih kongresih in sestankih v Sloveniji, bivši Jugoslaviji in v tujini (London 1968, 1987; Madrid 1974; Rotterdam 1985). Ukvarjala se je z zgodovino anestezije pri nas in je na jugoslovanskem kongresu anesteziologov opozorila, da je bil etar uporabljen v Ljubljani kot anestetik za kirurško operacijo že l. 1847, štiri mesece po prvem prikazu splošne anestezije z etrom v Bostonu.

Sodelovala je pri Anesteziološki sekciji Slovenskega zdravniškega društva in je redno pripravljala predavanja o novostih in svojih izkušnjah. Širila je vedenje o anestezijski stroki v javnosti prek radia, televizije in časopisov.

Njeno raziskovalno delo obsega med drugim obravnavo vloge regionalne anestezije in študije možnosti uvajanja in izpopolnjevanja novih metod regionalne anestezije, ki jih je pravilno ovrednotila v slovenskem in širšem anesteziološkem prostoru; bile so dodatno sprejete v program specialističnega študija anesteziologov, ki se je uveljavljal tudi v nekaterih drugih centrih v bivši Jugoslaviji.

Izdelala je program specializacije anesteziologije in reanimatologije, ki je bil sprejet kot sedaj veljavni obvezni program specialističnega študija anesteziologov.

V 60-ih letih je sodelovala pri izdelavi anestezijskega aparata, ki ga je v sto primerkih izdelalo podjetje Elektromedicina v Ljubljani. Prof. dr. Darinka Soban je aktivna članica Znanstvenega društva za zgodovino medicine. Veliko skrb posveča tudi slovenskemu medicinskemu izrazju, posebno na področju svoje stroke.

Od mladih let jo zanima botanika; zbira obsežen herbarij in objavlja članke v naravoslovnem mesečniku Proteus. Obvlada več tujih jezikov in je članica Društva slovenskih knjižnih prevajalcev. Prevaja medicinsko, naravoslovno in drugo slovstvo. Med drugim je iz švedščine prevedla roman o življenju naravoslovca C. Linnéja; v daljšem uvodu je predstavila delo idrijskega zdravnika in naravoslovca J. A. Scopolija in njegovo povezavo z Linnéjem. Spomin na Scopolija nosi tudi ime kranjskega volčiča, Scopolia carnolica. Alkaloid te rastline – skopolamin – je med najstarejšimi učinkovinami za anestezijo in ga še danes uporabljamo.

Po štiridesetih letih dela in ustvarjanja na področju anesteziologije je prof. Darinka Soban od novembra 1990 upokojena. Njeno znanstveno, strokovno, pedagoško in poljudno delovanje obsega več znanstveno in strokovno pomembnih študij, razprav, veliko člankov in krajših prispevkov.

Za ustvarjalno delo prof. Darinke Soban na anesteziološkem področju že od časov, ko si je naša stroka šele utirala pot, ji podeljuje Sekcija za anesteziologijo in intenzivno medicino Slovenskega zdravniškega društva častno članstvo.

KRATEK OBISK PRI KOROŠKIH DERMATOLOGIH Celovec, 16. 11. 1993

Aleksej Kansky

Strokovni prijatelji z Dermatološke klinike v Gradcu so mi pomagali vzpostaviti stike s predstojnikom Dermatološkega oddelka Deželne bolnišnice v Celovcu, primarijem dr. Wolfom Pachingerjem. Gospod primarij je specializiral dermatologijo v Gradcu, tam je na kliniki nato deloval še vrsto let. Ker doslej praktično ni bilo stikov med slovenskimi in koroškimi der-

matologi, sem se rade volje odzval povabilu gospoda primarija ter 16. novembra 1993 obiskal dermatološki oddelek in na strokovnem sestanku govoril o problemih dednih palmoplantarnih hiperkeratoz pri prebivalcih Slovenije in Hrvaške.

Koroška deželna bolnišnica (Landeskrankenhaus) je moderen klinični center z 2000 posteljami. Poleg velike centralne zgradbe je v neposredni okolici na veliki travnati površini še več manjših, v katerih se nahajajo posamezni oddelki ter zgradbe za pomožne bolnišnične dejavnosti. Omenjene zgradbe so ali nove ali temeljito prenovljene. Poslopje, v katerem je dermatovenerologija, je bilo zgrajeno l. 1970, dermatovenerološki oddelek pa razpolaga s 110 posteljami, vključno z manjšim opeklinskim oddelkom, ki ima 8 postelj. V moderno urejenih specialističnih ambulantah oskrbijo dnevno 50 do 70 bolnikov, težišče je na splošni dermatološki dejavnosti, alergologiji ter terapiji z ultravijolično svetlobo. Posebno ponosni so na dve operacijski sobi, v katerih opravljajo poleg probatornih ekscizij in ekscizij raznih novotvorb tudi zahtevnejše dermatokirurške posege. Svojega histopatološkega laboratorija nimajo, izrezane koščke kože obdelajo na patologiji, nakar preparate analizira patolog ob sodelovanju dermatologov. Poleg primarija sta sistemizirani še dve mesti za specialiste ter 5 delovnih mest za specializante, ki jih imenujejo asistenti. Poleg naštetih je na oddelku vedno še več stažistov. Po končani specializaciji morajo novo pečeni specialisti zapustiti kliniko ter nadaljevati z delom v ambulantah, ki so večinoma privatne. Po predavanju je sledila krajša razprava o strokovnih dermatoloških problemih pri nas in pri sosedih. Pri tem smo spoznali, da so določene možnosti za sodelovanje, ki pa doslej niso bile izkoriščene. Po lepem sprejemu sodeč, bi se veljalo potruditi, da bi take možnosti izrabili.

Zdravniki v prostem času

XII. ZDRAVNIŠKI TEK »PO ROŽNIKU« – TOKRAT ŠE PRED DEŽJEM

Anton Grad

XII. zdravniški tek »Po Rožniku« se je 3. 10. 1993 končal tik pred dežjem. Prav neverjetno, kako nam je bilo vreme med tekom naklonjeno. Napoved je bila slaba, deževalo je skorajda zdržema že mesec dni, ponovno se je ulilo le nekaj ur po koncu teka. Še večer pred startom je bil napovedovalec na poročilih Kanala A črnogled. Napovedal je namreč, da je izvedba prireditve vprašljiva. Očitno nas novinarji ne poznajo dovolj. Seveda to ni ustavilo 40 udeležencev teka, kar je sicer manj kot prejšnja leta, vendar več, kot smo pričakovali. Žal je sovpadlo kar nekaj strokovnih sestankov in tako je manjkalo marsikateri »stari« udeleženec, zato smo bili toliko bolj veseli novih obrazov v naši sredini.

Proga je bila kot že vsa leta zaradi strmih vzponov in moče izjemno težka ter je zahtevala od vsakega udeleženca redno in izdatno vadbo. Pred startom ga seveda ni bilo, ki bi se pohvalil z uspešnim treningom, vsi so navajali prav neverjetne bolezenske simptome. Žal je hladno vreme terjalo svoj davek: med ogrevanjem se je poškodoval dr. Tone Martinčič, med tekmo pa dr. Marko Medvedšek. Na srečo nič resnega. Večino bolezenskih težav pa je ozdravil startni strel – veliko bolje od sodobnih terapevtskih metod, pa tudi bolje od sv. Device Marije iz Lourda. Med moškimi je bil letos na 7,5 km dolgi progi absolutno najhitrejši dr. Vito Starc s časom 29.11.6; med ženskami na 6 km pa dr. Nada Rotovnik-Kozjek s časom 29.21.4. Skrivnost svojega ponovnega uspeha je dr. Starc izdal šele po teku: Ker je začel sin trenirati tenis, izkorišča čas čakanja nanj za tek. Zelo uspešno!

Po teku in skupnem kosilu v prostorih Pivovarne Union je doc. dr. Anton Ušaj s Fakultete za šport predstavil obremenilno testiranje športnikov, o čemer se je razvila živahna diskusija.

Sponzorji letošnje prireditve so bili: Pivovarna Union, Slovenija-Šport, Bayer-Pharma, Krka, SD Snežinka; finančno pa sta prireditve podprla v kritičnem trenutku Fides in društvo »Za srce«.

Rezultati

XII. zdravniškega teka »Po Rožniku«

– ženske A: letnik 1954 in mlajše

1. Rotovnik-Kozjek Nada	ZD Maribor	29.21.4
2. Osovnikar Nada	ZD Medvode	31.57.2
3. Pintar Tatjana	KC Ljubljana	32.11.0
4. Starc Breda	KC Ljubljana	36.50.4
5. Markotič Vesna	Zdr. dr. Celje	38.34.3

– ženske B: letnik 1953 in starejše

1. Škapin Marta	Zdr. dr. Celje	31.09.8
2. Dovnik Erika	DZŽSS	42.27.1
3. Kovač Roza	DZŽSS	47.46.3

– moški A: letnik 1954 in mlajši

1. Pirc Igor	Zdr. dr. Celje	30.11.7
2. Žgank Jožef	Zdr. dr. Celje	30.48.1
3. Smonkar Tomaž	Zdr. dr. Celje	30.55.3
4. Blinc Aleš	KC Ljubljana	31.06.7
5. Rebol Janez	SB Maribor	32.34.0
6. Hren Jože	ZD Slov. Bistrica	34.53.4
7. Noliml Dušan	IVZ	36.38.0
8. Pohar Bojan	KC Ljubljana	36.57.9
9. Klarendič Boško	MNZ	40.03.7
10. Špiler Marko	SB Novo mesto	43.38.1

– moški B: letnik 1953 do 1944

1. Starc Vito	MF	29.11.6
2. Srimac Antun	zasebnik	33.53.8
3. Lesničar Gorazd	Zdr. dr. Celje	35.46.4
4. Malej Andrej	SB Izola	37.51.6
5. Vrtovec Matjaž	KC Ljubljana	40.11.2
6. Fortuna Marjan	KC Ljubljana	41.18.5

– moški C: letnik 1943 do 1934

1. Horvat Matija	KC Ljubljana	33.49.8
2. Kavčič Boris	Zdr. dr. Celje	34.20.0
3. Škapin Rudi	Zdr. dr. Celje	35.14.2
4. Korsič Lovro	SB Izola	37.13.6
5. Dolgan Matija	zasebnik	38.10.5
6. Peternel Franc	KC Ljubljana	39.04.8
7. Floriančič Ivan	ZD Ljubljana	42.29.0
8. Mrzlikar Ivan	ZD Novo mesto	44.40.9
9. Kolbl Nace	ZD Maribor	46.39.3

– moški D: letnik 1933 in starejši

1. Finci Marjan	Osn. zdr. Gorenjske	45.30.3
2. Rugelj Janez	DZŽSS	53.09.7

Izven konkurence:

1. Kus Primož	štud. med.	29.40.3
2. Stopar Maks		32.54.1
3. Zajc Luka		38.08.7

Ekipno:

1. Zdravniško društvo Celje	42 točk
2. Klinični center Ljubljana	28 točk
3. Zdravniško društvo Maribor	18 točk

Kratice:

ZD Maribor – Zdravniško društvo Maribor
 KC Ljubljana – Klinični center Ljubljana
 Zdr. dr. Celje – Zdravniško društvo Celje
 DZŽSS – Društvo za zdrav življenjski slog in samouresničitev
 IVZ – Inštitut za varovanje zdravja
 MNZ – Ministrstvo za notranje zadeve

Na svidenje na XIII. zdravniškem teku »Po Rožniku« v soboto, 1. 10. 1994 ob 11. uri v Tivoliju!

Podlistek

MOSTAR, OKTOBER 1992

Vladimir Auer

Stara mostarska bolnišnica ni daleč od v vojaško kasarno (HVO) spremenjenega Doma mladih na zahodnem bregu, kjer sem takrat prenočeval. In če se mi je zahotelo, skupaj z vojaki jedel enolončnice, ki so jih kot v vsaki vojski, razdeljevali dobrodušni, nekoliko debeluškasti kuharji. Do nevropsihiatričnega oddelka, ki ga želim obiskati, me pripelje kar moški srednjih let, ki gre ravno na kontrolo k dr. Ramizu O. Ta po rahlem začetnem začudenju hitro razume (in sprejme) motive mojega obiska, kaj je tisto, kar me zanima. Ker ga v čakalnici čakajo še trije bolniki, me poprosi, naj malo počakam in to mi je kar prav. Mladenič, ki je prišel v spremstvu strica, zaskrbljeno pripoveduje, da je sedaj težko, ker zaradi vojne ne more v Nemčijo in Francijo, kjer ga pričakujejo, a da vendarle upa, da bodo razumeli. Nekdo se vrne iz ordinacije s potrdilom, da še ni sposoben za prvo bojno linijo, nekdo drug z receptom za zdravila proti tesnobi.

Kasneje mi doktor pripoveduje: »Veste, ljudi z resničnimi depresijami vi verjetno sploh ne srečate, ti zdijo doma v stanovanjih (če imajo srečo) ali pri sorodnikih ali kje v begunskih centrih in živijo samo od enih radijskih poročil do drugih. Čisto otopeli – tako tudi nimamo veliko samomorov. To pride kasneje.«

Potem še en nenadejan obisk: delegacija neke humanitarne organizacije iz Pariza prinaša zdravila. Obenem doktorja prosijo za spisek zdravil, ki bi jih najbolj nujno potreboval. Moditen in Haldol, napiše na prvo mesto, predvsem »depot« oblike. V pogovoru izvemo, da je sin voditeljice psihiater, ona sama pa že dolga leta oboževalka Gospe iz Medjugorja, kamor že leta in leta prihaja.

Dame izrazijo željo, da bi si ogledale stari del mesta, posebno most (kjer je zaradi sicer redkih granat nekoliko bolj nevarno kot drugje – vseeno se kavalirsko ponudimo, da jih spremljamo), a nas tik pred odhodom preseneti sirena splošne nevarnosti. Ker smo že tako ali tako v kleti, počakamo kar tam. Nekaj oddaljenih detonacij ni posebno vznemirljivih, vendar se po krajšem oklevanju gospe vseeno odločijo, da si bodo most ogledale kdaj drugič.

Ko se potem pred zgradbo poslavljamo, so tudi bolniki ponovno zunaj in si Francozinje z zanimanjem ogledujejo. Rašid s prstom napiše svoje ime na vrata njihovega avtomobila, Enver nas poprosi, naj damam povemo, da je zastopnik velikega podjetja iz Francije, nekdo drug jih poprosi (to že skoraj ne sme manjkati) za cigarete.

Amra

Opazil sem jo že, ko sem prišel: sedela je na kamniti ograji stopnišča in z nekoliko raskavim glasom pela: »Dal' si zvijezda, Sele moja...« Rašid, ki mi je vsakih pet minut zagotavljal: »Parlo talijano«, pa ji je hripavo pritegoval.

»Glej, glej, kdo nam prihaja, Rašide,« me je že od daleč pozdravila Amra. »Kaj meniš, osvoboditelj ali novi paznik? Nas boste povedli v mesto, gospod? Dež je ponehal.«

»Dež je, ni pa vojna,« se ji nasmehnem.

»Ah, mene vojne ni strah, strah me je ljudi. Ljudje delajo vojne in uničujejo naravo, saj se strinjate, a ne, gospod novinar. Ah, tudi jaz bi rada postala novinarka. Ali pa režiserka. Zakaj ljudje ne marajo živati, gospod? Želela bi prestopiti v gimnazijo, mislite, da mi bodo dovolili? Toliko hudobnih ljudi je na svetu. A jaz ne morem brez jezikov. Sestavila sem velik tekst o našem begunstvu, v francoščini, sama ne vem, od kod mi toliko francoskih besed, kar vrejo iz mene, in to vse brezhibne. Če je tekst tragičen? Niti ne, naše begunstvo ni bilo tragično, lepo je bilo. Pri starem očetu smo bili, se kopali v rečici Drežanki, daleč od vojne (takrat še ni bilo muslimansko-hrvatske vojne). Voda je bila res hladna, a me ni posebno motilo,

bilo je tako krasno, vroče poletje, se ne spominjate, gospod? In bila sem še tako zdrava, vojna me sploh ni zanimala. Ko so pričela poročila, sem iz hiše enostavno izhlapela. Rašid, zakaj toliko kadiš, Rašid, to je vendar grozno. Daj mi ta trak na čelo, Rašid. Oh, prav rada bi delala za televizijo ali pa za časopise, ne pa da samo takole ždim. Mislite, da bi lahko bila dopisnica slovenske televizije. Ali – kako ste že rekli – Dela? Da naj čimveč pišem? Ja, ampak komu naj pošljem? Mi ne bi mogli dati naslova? Nas boste zdaj popeljali v mesto?»

Ko se poslavljajo Francozinje, Amra s težavo, a pogumno sprejme govori nekaj besed v francoščini. Njene sijoče oči Galke uročijo, da kar tekmujejo med seboj (in z Rašidom lo parlo talijano), katera bo prej našla besedo, ko se Amri zatakne. Še meni postane žal, da ne znam francosko.

P. S.

Mostar je bil takrat že razrušen, a še poln nekega optimizma, kot ga lahko daje v sodelovanju dveh narodnosti osvobojeno mesto. Žal ga je pravi pekel šele čakal. Kje so sedaj mnogi mojih (predvsem muslimanskih) znancev, ne vem. Letos poleti sem poizkušal priti vanj, pa mi ni uspelo priti dlje od Grud, »glavnega mesta« Hercegovine, kjer mi je gospod Boban v »mestu« brez vode resno razlagal, da je bil načrt gospoda Izetbegovića s pomočjo JNA obvladovati Srbe in pobiti Hrvate, da Bosna za Hrvate ni izgubljena, ampak nasprotno, šele pridobljena (!); da Muslimani (grozno – kaj?) niti med trdim in mehkim »č« ne ločijo in da (namigujoč na znane zbadljivke, da gorata Hercegovine ni za drugo, kot za gojišče modrasov) bomo pač združili gojenje modrasov s slovensko konjerejo, bodo konji zaradi modrasov bolj poskočni (modras je po hrvaško poskok).

Zdravniški vestnik pred 60 leti

Številka 3

Anton Prijatelj

Tretja številka Zdravniškega vestnika je izšla 31. marca 1934.

Vsebina:

- Dr. M. Černič: Dr. Franc JANKOVIČ
Iz obče državne bolnice v Ljubljani, Oddelek za kirurgijo in ortopedijo
(Šef – prim. dr. Minař)
ZDRAVLJENJE SPASTIČNIH OHROMLJENJ Z STOFFEL – OPERACIJO
Dr. Fr. Minař
- KDAJ JE TREBA ZOB IZRUVATI?
Dr. Logar Franc, specialist za zobne in ustne bolezni v Ljubljani
- Iz internega oddelka obče državne bolnice v Ljubljani
(Šef – primarij: dr. Ivan Jenko)
DIETETIČNO ZDRAVLJENJE LEDVIČNIH OBOLENJ (Konec)
dr. Brandstätter Franc, sekundarij.
- Docent dr. Ivan Matko
CALMETTOVA ZNANSTVENA DELA
Tisk tega članka je omogočil avtor z denarno podporo
- Državno lečilišče za tuberkulozo kosti i zglobova, Kraljevica;
(Šef-lekar Dr. M. Delić)
NAŠ SANATORIJ ZA TUBERKULOZO KOSTI I ZGLOBOVA U KRALJEVICI
Dr. Milica Petrović
- ZDRAVNIK IN VERSTVO
Dr. A. Breclj

Kot uvod v »pastorale medicine« je dr. A. Breclj v »Času« objavil niz predavanj s skupnim naslovom »Verstvo in zdravstvo«. Zadnje poglavje prinašamo tu v upanju, da s tem ustrezemo kolegom.

V tretji številki Zdravniškega vestnika leta 1934 je izšel kot uvodnik nekrolog za pokojnim dr. Francem Jankovičem, ker je za nas zelo zanimivo njegovo življenje in politično udejstvovanje, ga ponatisnemo v celoti:

Dr. M. Černič

+ dr. Franc Jankovič

Drugega marca 1934 je umrl v Mariboru kot zdravnik moške kaznilnice dr. Franc Jankovič, rojen v Vitanju 14. 7. 1871, promoviran na Dunaju dne 31. III. 1898.

Za njim žalujejo poleg ožjih sorodnikov, med katerimi naj izrečno omenimo zgolj njegovega 90 letnega očeta, cela vrsta ljudi in slojev katerim je bil pokojnik zdravnik, pomočnik in tolažnik, kolega in prijatelj, ustanovitelj in voditelj njihovih organizacij. Saj je bil dr. Jankovič v bivši Avsteriji deželni in državni poslanec ter eden izmed 5 članov komisije za kontrolo državnih dolgov kot ta ves čas vojne imun – ob istem času pa skromni zdravnik v daljnem Kozjem; v Jugoslaviji narodni poslanec in minister – ob istem času zdravnik moške kaznilnice ter pozneje šef zdravnik OUZD v Mariboru. Našeta mesta pač jasno pričajo, da pokojnik ni bil med tistimi, ki izrabljajo svoj javni položaj v lastni prid, daj bi ga bilo treba z lučjo iskati opoldne, ki bi ostal zdravnik v Kozjem, ko je imel kot član kontrolne komisije za državne dolgove možnost, da si izbere ugodnejše torišče za svoje zdravniško delo; ali pa da gre kot apostol med zaznamovance v kaznilnico, ko bi mu bilo treba kot ministru samo namigniti in bi se mu odprla čisto druga vrata.

Vse to smo zdravniki v Mariboru prav dobro vedeli; radi tega je umljivo, da smo ga kot soustanovitelja Zdravniškega društva v Mariboru ne samo izbrali za prvega svojega predsednika leta 1921, marveč mu naprtili to čast že štirinajstič prav v istem tednu, v katerem smo ga tudi pokopali.

26 let je njegov organizem razjedala cukrovka in pred 3 leti je za las manjkalo, da ga ni i spodnesla, ko si je moral dati enukleirati prst na nogi zaradi gangrene. Kljub temu in kljub dobri butari let je razumeval potrebe in zahteve sedanjega časa in se pravilno orijentiral.

Z dr. Jankovičem je zatonil menda zadnji slovenski zdravnik, ki je v svojih moških letih aktivno posegel v veliko politiko. Zdravniški in zdravstveni problemi v Sloveniji in državi glasno kličejo, da bo zdravnikom treba povrniti se na Jankovičevo pot: Tudi zdravniki morajo spet na politično torišče, saj je naravnost porazno dejstvo, da ni v beograjski narodni skupščini niti enega zdravnika iz Slovenije in da banovinski svet v Ljubljani ne izkazuje v seznamu svojih članov nobenega zdravnika. In to v času, ko je prav vsaka stvar politicum!

Dr. Francu Jankoviču ostane med zdravniki svetel spomin.

Dr. Černič

Tako je o politiki pisal leta 1934 dr. Černič.

V drugi številki pa je dr. Franc Derganc v sestavku ČLOVEK IN ZDRAVNIK svoje politično delovanje pred in med prvo svetovno vojno opisal takole:

V tistih časih (1901 – op. avtorja) je razburjala slovenske visokošolce na Dunaju radikalna ogorčenost zaradi umazane politične gonje med liberalci in klerikalci v domovini. Iz splošnega razpoloženja je vzniknila kot reakcija na strankarsko podivjanost radikalna ideologija »Juga«. Usmerjal jo je sledeči premislek: plemenita in požrtvovalna slovenska inteligenca je ostala trenutna žrtev klerikalnoliberalnega terorja in moralno degeneriranih političnih voditeljev iz same filozofske nevednosti, iz nepoznavanja resnice. Zato sem smatral duševno preobrazbo v smislu spoznavne kritike in filozofijo radikalnega progresizma, razvoja in napredka za edino zdravilo napredne in klerikalne javnosti. Rastoči progres (napredek) in spoznavanju resnice v socialnoekonomski organizaciji se mi je videl tisti skupni in stični princip, ki utegne strniti vse Slovence in naposled vse Slovane v enotno fronto.

Energično sem posegel tudi v politiko prepričan, da je filozofija progresizma na pravi poti in da si ž njo pridobim priznanje in simpatijo vseh Slovencev. Z dosledno objektivnostjo sem se postavil nad obe stranki in hoteč dokazati iskrenost in nesebičnost »jugove« borbe, sem napadel voditelje na obe strani, brezobzirno in temperamentno, kar je veljalo v tisti dobi strankarske srditosti za posebno odliko in krepost...

Sam se osebnost kot teoretičen ideolog nikoli nisem aktivno udeleževal v strankarski politiki, ker nisem imel zanjo nobenega veselja, pa tudi ne nobene sposobnosti. Zato principialno nisem zahajal v našo enostransko usmerjeno in omejeno, nekritično in fanatično spolitizirano družbo. To pa me ni oviralo, da bi ne bil s prijatelji budno zasledoval naše politične

evolucije in jim dajal pomirjevalnih nasvetov. Vedno sem simpatiziral po »jugovi« doktrini s tisto stranko, ki je najbližje stala mojemu idealu nacionalne in radikalne demokracije. Svoj »klerikalizem«, ki se pred in po izdajanju »Juga« niti za las ni izpremenil, sem avtentično in dokumentarno pojasnil v eseju »Spomini na Kreka« (Odmevi slov. sveta, II., 2)

Zdravnik naj se ukvarja s politiko? Da ali ne? To vprašanje se ponavlja kar naprej. V nekrologu dr. Jankoviča avtor pledira, da bi se morali zdravniki bolj ukvarjati s politiko in mislim, da bi imeli večji vpliv, če bi sedeli v parlamentu.

Dr. Derganc opisuje svoj vpliv na slovensko politiko za časa Avstrije. Če pogledamo na razmere po drugi svetovni vojni, lahko ugotovimo, da se je nekaj zdravnikov ukvarjalo s politiko. Ali so bili samo kimavci in upali samo na kariero zaradi politične dejavnosti, si ne bi upal trditi. Nekdo bo trdil, da so se ukvarjali samo zaradi kariere in drugi bo zopet to zanikal.

Sedaj v večstrankarskem sistemu pa zopet ugotavljamo, da jih je kar nekaj, ki si dajo duška s političnim delovanjem na zdravstvenem in tudi političnem področju. Ali pa je dovolj slišati glasove tistih zdravnikov, ki so v parlamentu? Sicer pa v državnem svetu zastopa zdravstvo medicinska sestra. Upajmo, da se s politiko ukvarjajo tisti, ki jim je za napredek zdravstva in zdravstvenega stanja Slovencev in ne le za lastno kariero!

Nove knjige

PRIKAZ

Leposlovje

Jože Felc: *Dom mojega doma*. Lipa Koper, Koper 1993, 166 strani.

Če literarno delo ocenjuje literarni kritik, to naredi po svojem strokovnem občutku in določenih pravilih, če pa to ocenjuje zdravnik, ki je nekoliko literarno obremenjen že zaradi svojega pisanja in lastnega priimka, je to drugače; saj ne more iz svoje kože. Doma in po svetu se srečujemo s »pisci-zdravniki« in »zdravniki-pisci«. V svetu jih je bilo nekaj, ki so zdravnikovanje opustili in se predali samo pisanju (Maugham). Pri nas pa ni bilo nikogar, ki bi samo pisal in ne bi bil zdravnik. Zgodilo se je celo, da se je zdravnik uveljavil kot pisatelj šele, ko je postal upokojenec.

Dr. Jože Felc je začel pisati že kot mladenič. Njegov prvenec je bil Dobro jutro, svoboda, Založba Mladinska knjiga, Ljubljana 1971. Sledile so mu knjige:

Osamelci, psihiatrovi zapiski, Založba Lipa, Koper 1981, Rimska cesta, Prešernova družba, Ljubljana 1986, Duša imena, Prešernova družba, Ljubljana 1991, V znamenju lipicanca, Založba Lipa, Koper 1991 in sedaj zbirka novel Dom mojega doma, Založba Lipa, Koper 1993.

V tej zadnji knjigi je deset novel: Emanuela, Bratranca, Marijine srajčke, Nel Lejefel, Zajda, Jaslice aprila 1941, Veliki teden junija 1945, Eros tanatos, Oče in Svetovalec.

Kot vidimo, je pisatelj svoje novele razdelil v dva sklopa z uvodno Emanuelo in zaključnim Svetovalcem, ki je po mnenju nekaterih vrh teh novel.

Prve novele so nabite z erotiko, tako kot mnoge Felčeve novele. Istočasno pa v njih opisuje drugačne ljudi, kot jih srečujemo mi v našem vsakdanjiku. Za njega so to normalni ljudje, ki so samo malo »drugačni«, saj jim je posvetil vse svoje življenje. O njih piše tudi »Nedoumljivo žive svoj čas in so v njih načeti bolj ali manj, vsi elementi normalne zaznave in subjektivnega odziva nanjo«.

Kot v mnogih prejšnjih knjigah si avtor tudi v tem delu ne more kaj, da ne bi opisoval leta 1941, ko se je morala njegova mati z njim kot dojenčkom ob začetku druge svetovne vojne kot mnoge primorske družine umakniti od meje in oditi v begunstvo. Poleg tega ne more mimo leta 1945, ki ga je sicer doživljal, ampak le bolj iz pripovedovanja drugih, saj nam je jasno, da pri tem namiguje na

dogodke, o katerih donedaj nismo smeli niti vedeti, niti pisati. Novela o bogatašu, njegovem življenju in smrti, nam je popolnoma jasna. V njej prepoznamo »dobrotnika iz Negove«.

Tudi novela Oče je izraz sodobnega časa. V njej opisuje starost in umiranje dveh ostarelih bivših sovražnikov (partizana in domobranca), ki se v starosti srečata v avtorjevem »institutu«, oba neblogljena in brez sovraštva, ki umreta istočasno in jima zapojejo na grobu isto pesem in za oba enako molijo.

»Knjigo naj preberejo tisti, ki znajo brati počasi, ki ne iščejo samo fabule, ampak misli, in uživajo nad lepoto jezika in misli,« sem že zapisal, in zapišem še enkrat.

Anton Prijatelj

PRIKAZ

Prebrana

D. Pokorn: *Gastronomija*. Inštitut za higieno MF, Ljubljana 1992, 84 strani, cena ni navedena.

Sladokustvo oz. gurmanstvo kot tudi drugi elementi elitnosti niso kotirali visoko v prejšnjih desetletjih, vsaj ne na deklarativni ravni. Ob tem pa je znanje o prehrani, tudi vsakodnevni, ne le na posebnih področjih, kot so nosečnice, dojenčki, otroci in starejši ljudje, žal precej skromno. Zdravniki in medicinske sestre ne odstopamo zelo, ne toliko kot bi morali. Prav kvaliteta vode in hrane ter izbor hranil in priprava hrane so bili odločilni dejavniki v zadnjih 30 letih v razvitem svetu za boljše zdravje, daljšo življenjsko dobo in bistveno zmanjševanje kardiovaskularnih bolezni in nekaterih oblik raka.

Prof. Pokorn je s svojim pisanjem za najširšo javnost, šole vseh stopenj in tudi najzahtevnejše bralce prispeval k znanju in racionalnemu odnosu do hrane.

Predstavljena knjižica je predvsem poglobljen pregled fiziologije prehrane, vpliva hrane na počutje in zdravje, s priloženimi praktičnimi jedilniki. Prav bi bilo, da bi segli po njej tako zdravniki kot medicinske sestre in dietetiki, ne le v šolah za gostinske delavce. Vsebnost nasičenih maščob, nenasičenih maščob, vlaknin, kalija, beljakovin je poklicna potreba. Poznavanje mineralnih vod in vin, še posebej slovenskih, pa je del življenjske kulture.

Jože Drinovec

PRIKAZ

Biomedicina

G. Leibold: *Biomedicina – vse o sodobnem naravnem zdravilstvu*. Prevedlo in priredilo šest slovenskih strokovnjakov. Kmečki glas, Ljubljana 1990. 19 slik, 194 črtnih risb in skic, številne – tudi večstranske preglednice, izčrpno vsebinsko in pregledno stvarno kazalo. Cena 2415,00 SIT.

Šolski (uradni) medicini radi očitajo, da je izgubila celostni (holistični) pogled na človeka kot skladno celoto duševnega, telesnega in socialnega v določenem okolju. Klient, ogroženi ali bolnik zanjo ni vedno enkratna, celostna in neponovljiva osebnost, ki se odziva na telesne, duševne in socialne dražljaje na zase značilen način in ga zato ni mogoče obravnavati po shemah in povprečjih. To opažamo še bolj v vse ožjih strokovnih usmeritvah, ki obravnavajo predvsem svoj strokovni problem, ne pa človeka kot celoto v za vsakega svojiskem danem okolju, kar še bolj občutijo njihovi »obravnanci«. Zato se vse bolj zatekajo k t. i. naravni medicini, ki skuša obravnavati človeka na pravkar opisani način ter se ne omejuje zgolj na lajšanje težav in na popravilo bolnih delov telesa. Slednja skuša pomagati v dobrem in slabem, v zdravju in bolezni – predvsem z metodami »biološke« medicine,

skratka z naravnimi zdravilnimi močmi in postopki. Spodbuja naše naravne samozdravilne moči brez »strupov«. Seveda pa to ni vedno prijetno, saj postavlja dokaj stroge zahteve: aktivno (dejavno) sodelovanje, veliko potrpljenja, odgovornejšo skrb za svoje zdravje ter za zdravje tistih, s katerimi živimo in delamo. S tem pa še bolj utemelji nujnost tesnega in zaupnega sodelovanja z izbranim zdravnikom, ki lahko pomembno pomaga pri boljši skrbi za vse bolj »drago« zdravje, pri njegovem ohranjanju, krepitvi ali vračanju. Zahteva predvsem odpoved škodljivim razvadam (kajenje, alkohol, nezdrav način življenja). Zato je marsikomu še vedno lažje obiskati zdravnika, dobiti zdravilo za svojo težavo in zvaliti odgovornost za svoje zdravje nanj, živi pa naprej po starem.

Tudi pri nas v Sloveniji naravne načine zdravljenja marsikateri zdravnik že dolgo in zavestno uporablja. Šolska medicina posveča temu vprašanju veliko pozornost in Slovensko zdravniško društvo je opredelilo razumne meje ter opozorilo na nevarnosti samozdravljenja, zanašanja na naravna zdravila in postopke. Vendar je o tem do sedaj napisanega razmeroma malo.

Ker pa so v zadnjih letih izšli trije priročniki s tega področja, so številni zainteresirani laiki dostikrat bolje poučeni in zahtevnejši. Zato si jih oglejmo podrobneje.

Med priročniki, ki obravnavajo sožitje med šolsko medicino in biomedicino, sta leta 1988 izšla dva: kratek pregleden prikaz večine možnosti naravnega zdravljenja: Alternativna medicina Briana Inglisa in Ruth West (Mladinska knjiga) ter Vodnik naravne medicine, ki ga je uredil Andrew Stanway (DZS). Tretji, G. Lieboldov je v marsičem obširnejši, bogatejši in preglednejši. To ustreza tudi vse številnejšim »laikom«, ki se vedno pogosteje sprašujejo o naravnem zdravljenju in iščejo možnosti, da bi vzroke svojih bolezni sami obvladali – predvsem z višjo odpornostjo in z bolj zdravim načinom življenja. Zato je ta priročnik dobrodošel tako njim, kot tudi zdravniku pri njegovem svetovanju.

Avtor uvodoma predstavi naravno medicino kot blago izbiro med zdravljenjem s strupi in naravnimi sredstvi ter utemelji, zakaj je treba človeka obravnavati kot celoto. Tudi šolska medicina uporablja vse več postopkov naravne, vendar za slednjo kaže razumne meje. Vsekakor pri pravilni uporabi naravnih, tudi dolgotrajnejših načinov zdravljenja ni »stranskih« učinkov, kot so radi pri »kemičnih« zdravilih. S krepitvijo obrambnih sposobnosti našega telesa in s celostnim zdravljenjem ne pozdravimo le trenutne bolezni, temveč se za daljši čas obvarujemo pred njeno ponovitvijo. Ker pa so naravna sredstva vsem dostopna in je njihova uporaba preprosta, lahko kaj hitro zapeljejo bolnika, da se sam »zdravi« tudi tedaj, ko bi bila nujna in neodložljiva strokovna pomoč. Torej ni in ne sme biti priročnik »naredi si sam«, temveč spodbuda k aktivnemu, bolj zdravemu načinu življenja ob pravilni uporabi naravnih zdravilnih sredstev in ukrepov.

Naj opozorim še na to, kaj vse obravnava: zdravilne rastline in znane domače zdravilne priprave pri poglavitnih boleznih, zdravilno moč vode in posamezne načine uporabe vode, zemlje in šote, zdravilne učinke svetlobe, zraka, toplote in elektrike, gibanje (telovadbo, vaje, športne pripomočke in zadovoljstvo) kot pogoj za zdravje in življenjsko radost, uporabnost masaže, pravilno in zdravo prehrano, homeopatijo in biokemijo kot blagi alternativni kemiji, različne preostale naravne zdravilne ukrepe, sprostilni (avtogeni) trening za duševno zdravje in v boju proti stresu, bioritem ter obsežne opise pomoči pri posameznih boleznih po sistemih (npr. srce in ožilje, dihalna...) s priporočili za uporabo biomedicinskih ukrepov.

Priročnik nam torej poleg že znanih in uveljavljenih načinov naravnega zdravljenja kaže še številne nove (čeprav so mnogi že zelo stari!), ki bodo ob preudarni izbiri in pravilni uporabi prišli prav tudi zdravniku – še zlasti, če ga bodo o tem njegovi varovanci spraševali. Seveda pa ga je treba skrbno in »po obrokih« brati, premisliti in se odločiti, kaj in kako bi jim (od)sveovali pri njihovi »konkretni« težavi. Knjiga, ki torej ni nadomestilo, ampak dobrodošlo dopolnilo našega dosedanjega znanja in izkušenj.

Dušan Repovš

Navoban®
antagonist 5-HT₃ receptorjev
razvit z mislijo na bolnika



1. Boljša kontrola akutne in zapoznele slabosti in bruhanja, ki ju povzroča kemoterapija
2. Varno zdravilo, ki ga bolniki dobro prenašajo
3. Enostavno doziranje - le 1-krat na dan


Navoban®

Vedno le 1-krat na dan. Vedno 5 mg.

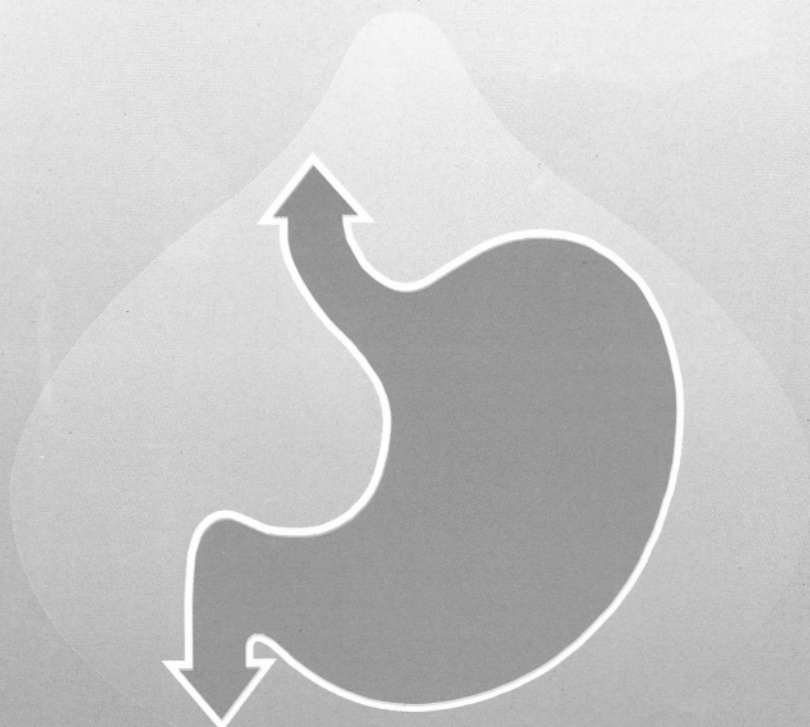
Navoban®: antagonist 5-HT₃ receptorjev. **Sestava in oblika:** tropisetron HCl, kapsule 5,64 mg*, ampule (5 ml) 5,64 mg*. **Indikacije:** preprečevanje slabosti in bruhanja povzročenega s kemoterapijo rakavih obolenj. **Doziranje:** zdravljenje traja 6 dni. Prvi dan 1 ampula i.v.. Od drugega do šestega dne pa 1 kapsula p.o. na dan. Glej celotno navodilo. **Kontraindikacije:** preobčutljivost na zdravilo. Nosečnost. **Previdnost** je potrebna pri bolnikih z nekontrolirano hipertenzijo in pri materah, ki dojijo. **Interakcije:** rifampicin in druga zdravila, ki inducirajo encime. Glej celotno navodilo. **Stranski učinki:** glavobol, zaprtje, vrtoglavica, slabost, bolečine v trebuhu, diareja. *ekvivalentno 5 mg baze.



SANDOZ

SANDOZ PHARMA AG BASEL, Predstavništvo v Ljubljani, Dunajske 107/XI, L.J. Tel.: (061) 168 14 22 Fax: 34 00 96

**v DANES
NAJUČINKOVITEJŠE
PROTIULKUSNO ZDRAVILO**



Ortanol[®]
omeprazol

zaviralec protonske črpalke v parietalni celici

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

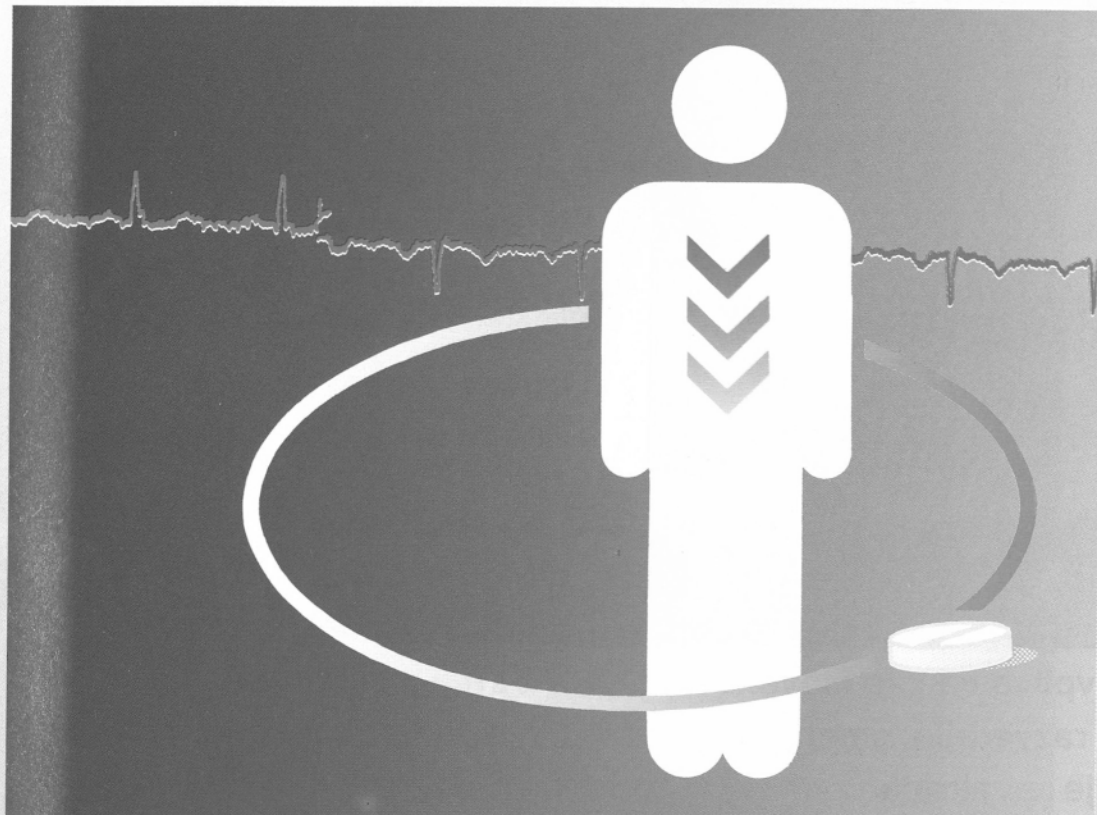
hitro olajša bolečino in izboljša kvaliteto življenja

Natančnejše navodilo o zdravilu lahko dobite pri proizvajalcu.



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

**KALCIJEV ANTAGONIST DRUGE GENERACIJE
JE UČINKOVIT PRI ZDRAVLJENJU
HIPERTENZIJE
IN ANGINE PEKTORIS**



Amlopin[®]

amlodipin

V primerjavi z drugimi kalcijevimi antagonisti deluje Amlopin kot dobro znani dihidropiridini, hkrati pa omogoča še:

- **podaljšano delovanje** – 24 ur
- **bolniki ga zaradi postopnega začetka delovanja dobro prenašajo**
- **preprosto doziranje** in titiranje doze: ena tableta na dan, ne glede na – indikacijo – bolnikovo starost – spremljevalno bolezen (ledvična insuficienca, astma idr.)

Natančnejše navodilo o zdravlilu lahko dobite pri proizvajalcu.



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

Adalat:

zdravilo s širokim obzorjem
na voljo v več kot sto državah sveta



V pričakovanju kometa (fotograf M. Sennet)

Upanje

Srce vpliva na vse človekovo delo, razvedrilo, smeh, veselje..., skratka na vse naše življenje.

Zato si srce zasluži posebno pozornost in zaščito.

Zavarujmo ga.
Z Adalatom.



Adalat vpliva upanje srčnim bolnikom:

- zmanjšuje obremenjenost srca, ščiti pred napadi angine pectoris
- neposredno vpliva na koronarne arterije
 - zmanjša nevarnost nastanka ateroskleroze
- zelo učinkovit, bolniki ga tudi med dolgotrajnim zdravljenjem dobro prenašajo

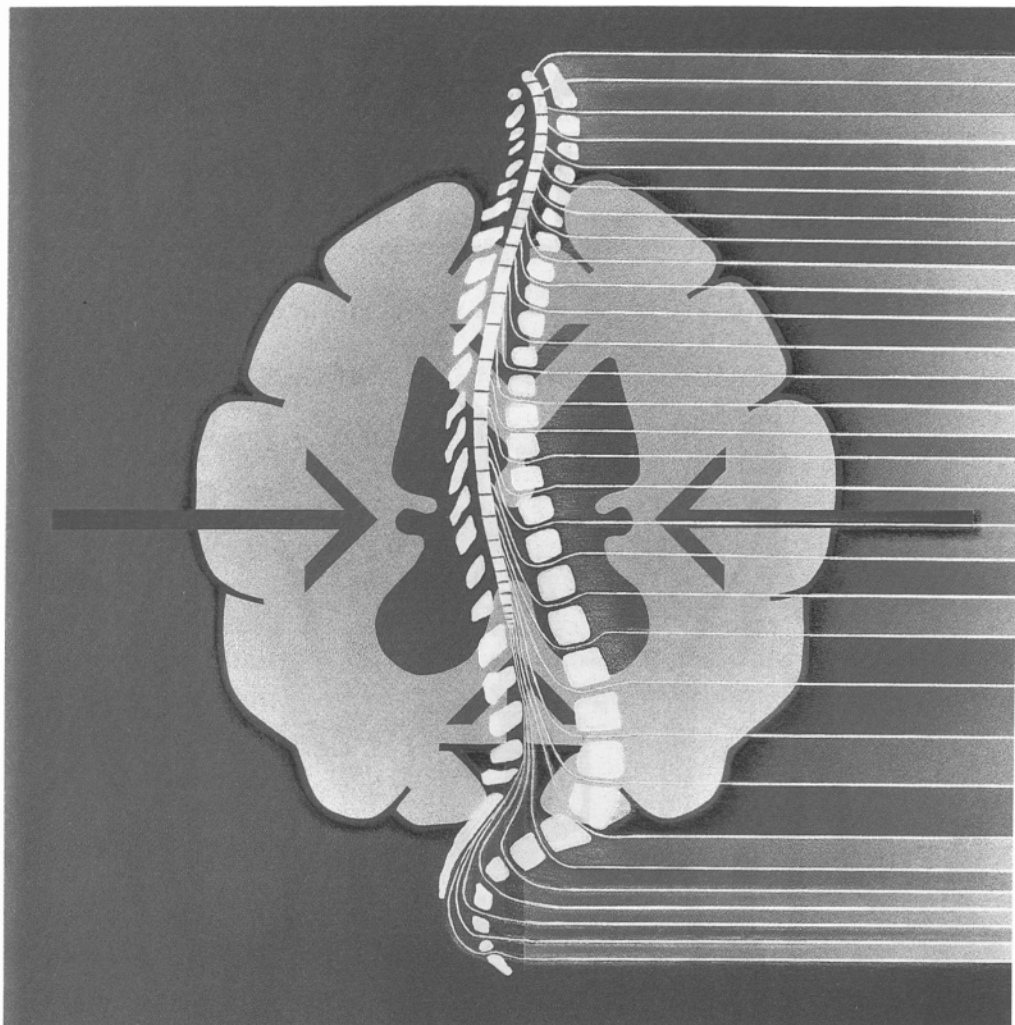
*Nase manje
za nase bolnike*

Adalat kapsule: (kapsula vsebuje 10 mg nifedipina). **Indikacije:** angina pectoris, arterijska hipertenzija, akutna hipertenzivna kriza. **Kontraindikacije:** Nosečnost. O uporabi med dojenjem ni podatkov. Pri izraziti hipotenziji je potrebna previdnost. Adalat se ne sme uporabljati pri kardiovaskularnem šoku.

Bayer 

Bayer Pharma d.o.o.
Ljubljana

Sirdalud®



Mišični relaksans s centralnim delovanjem

zavira polisinaptične mehanizme odgovorne za povišan mišični tonus

tako,

da zmanjšuje sproščanje eksitacijskih aminokislin iz interneurona in

zato

zmanjšuje odpor pri pasivnih gibih, omili spazme in krče ter ugodno vpliva na moč hotenih gibov.

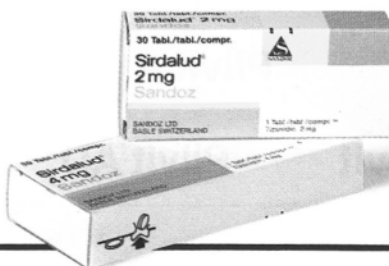
Sestava: SIRDALUD vsebuje 5-klor-4-(2-imidazolin-2-amino)-2,1,3, benzotiazol hidroklorid z generičnim imenom tizanidin.

Na voljo je v 2 mg tabletah z zarezo in 4 mg križno zarezanih tabletah.

Indikacije: boleči mišični spazmi:

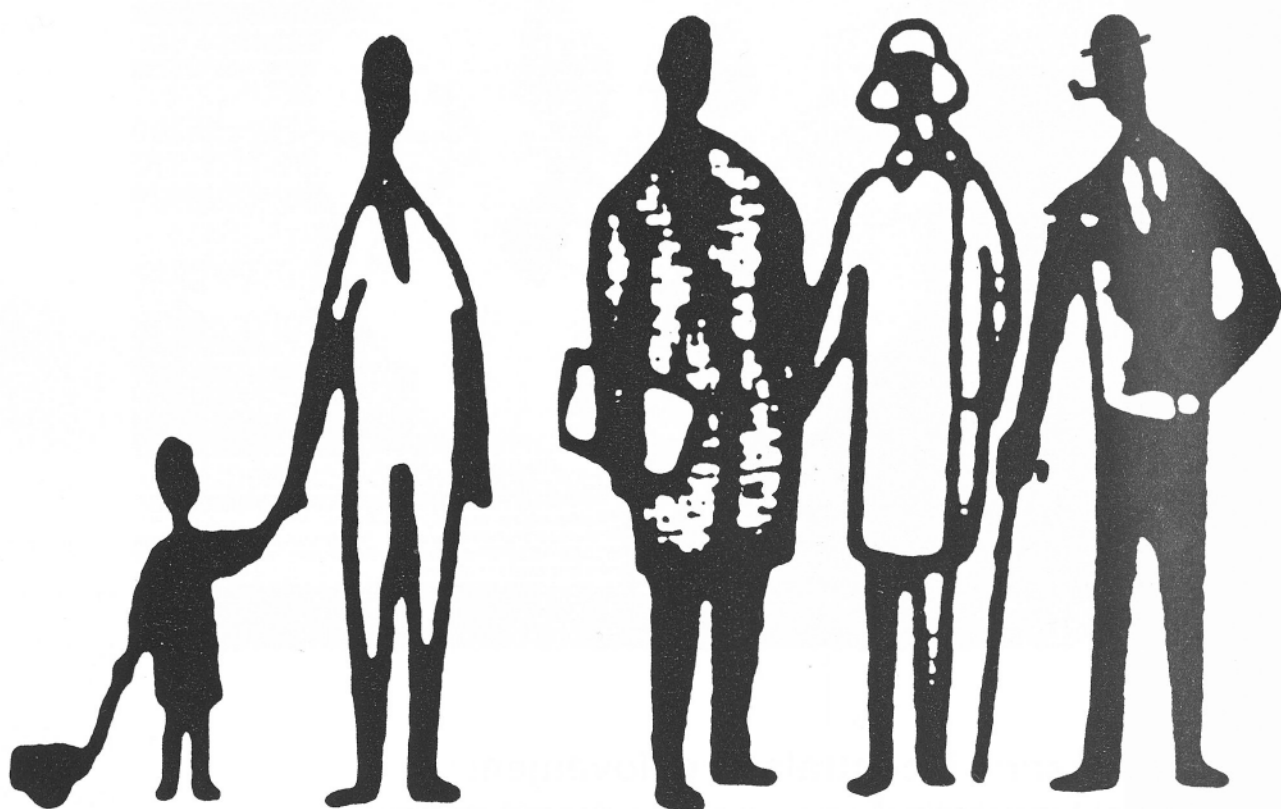
- povezani s statičnimi in funkcionalnimi motnjami v hrbtenici (cervikalni in lumbalni sindromi, npr. tortikolis, bolečine v spodnjem delu hrbta)
- postoperativna stanja npr. po operaciji hernije intervertebralnega diska ali osteoliza v kolčnem sklepu.

Spastičnost zaradi nevroloških obolenj, kot so multipla skleroza, kronična mielopatija, degenerativne motnje v hrbtenjači, cerebrovaskularne bolezni in cerebralna paraliza.



Podrobne informacije in literatura so na voljo na SANDOZ PHARMA SERVICES AG
BASEL, Predstavništvo v Ljubljani, Dunajska 107/XI; tel: (061) 168 14 22, fax: (061) 34 00 96.

PLIVINI VITAMINSKI PREPARATI ZA VSE GENERACIJE



od najzgodnejšega otroštva do visoke starosti

Cevit

Plibex

Plivit D 3

Plivit C

Efervit

Plivit A

Plivit B 1

Vitamin C

Fortevit

Plivit AD

Plivit B 6

Vitacitrol



PLIVA d.d. ZAGREB
Program farmaceutike

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

Lamisil®

Terbinafin

Tablete, krema

NOV PRISTOP K ZDRAVLJENJU GLIVIČNIH OBOLENJ NOHTOV IN KOŽE

- ☞ *v kratkem času uspešno ozdravi glivična obolenja nohtov, kože in lasišča*
- ☞ *pri infekcijah z dermatofiti deluje fungicidno*
- ☞ *stranski učinki so redki*

Lamisil, antimikotik za oralno in lokalno uporabo

Indikacije:

Glivične infekcije kože, nohtov in lasišča povzročene z dermatofiti rodov *Trychophyton*, *Microsporum* in *Epidermophyton*, ter kvasovkami rodu *Candida* in *Pityrosporum*.

Doziranje:

TABLETE LAMISIL	Doziranje (odrasli)*	Trajanje zdravljenja
Onihomikoza na nohtih rok	250 mg 1x dnevno	6 TEDNOV
Onihomikoza na nohtih nog	250 mg 1x dnevno	12 TEDNOV
Tinea kapitis	250 mg 1x dnevno	4 TEDNE
Kronična tinea pedis	250 mg 1x dnevno	2 TEDNA
KREMA LAMISIL		
Tinea pedis	2x dnevno	1 TEDEN
Tinea korporis/kruris	1x dnevno	1 TEDEN
Kutana kandidiaza	1x dnevno	1 TEDEN

* Otroci - glej celotno navodilo!



Lamisil®
terbinafine

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

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

Splošna načela

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 ev. lahko prepoznala identiteta pacienta; 6. pisno dovoljenje založbe, ki ima avtorske pravice, za ponatis slik, shem ali tabel.

Tipkopis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabele

Natipkane naj bodo na posebnih listih in zaporedno oštevilčene. Imeti morajo najmanj dva stolpca. Vsebovati morajo: naslov (biti mora dovolj poveden, da razloži, kaj tabela prikazuje, ne da bi bilo treba brati članek; če so v tabeli podatki v odstotkih, je treba v naslovu navesti bazo za računanje odstotka; treba je navesti, od kod so podatki iz tabele, ev. mere, če veljajo za celotno tabelo, razložiti podrobnosti glede vsebine v glavi ali čelu tabele), čelo, glavo, morebitni zbirni stolpec in zbirno vrstico ter opombe ali pa legendo uporabljenih kratic v tabeli. Vsa polja morajo biti izpolnjena in mora biti jasno označeno, če ev. manjkajo podatki.

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

Slike

Risbe morajo biti risane s črnim tušem na bel trd papir. Pri velikosti je treba upoštevati, da bodo v ZV pomanjšane na širino stolpca (88 mm) ali kvečjemu na dva stolpca (180 mm). Morebitno besedilo na sliki mora biti izpisano z letraset črkami Helvetica Medium. Treba je upoštevati, da pri pomanjšanju slike za tisk velikost črke ne sme biti manjša od 2 mm. Grafikoni, diagrami in sheme naj bodo uokvirjeni.

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

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

Literatura

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

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

Primeri citiranja

– primer za knjigo:

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

– primer za poglavje iz knjige:

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

– primer za članek v reviji:

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

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

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

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

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

– primer za članek iz suplementa revije:

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

– primer za članek iz zbornika referatov:

7. Schneider W. Platelet metabolism and membrane function. In: Ulutin ON, Vinazzar H eds. Proceedings of 4th international meeting of Danubian league against thrombosis and haemorrhagic diseases. Istanbul: Goetzlem Printing and Publishing Co, 1985: 11–5.

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

Prispevke oddajte ali pošljite le na naslov: Uredništvo Zdravniškega vestnika, Komenskega 4, 61000 Ljubljana. Za prejete prispevke izda uredništvo potrdilo. V primeru nejasnosti so uredniki na voljo za posvet, najbolje po poprejšnjem telefonskem dogovoru [tel. (061) 317-868].

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

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

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

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

Navodila za delo recenzentov

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

Recenzentovo delo je zelo odgovorno in zahtevno, ker njegovo mnenje največkrat vodi odločitev uredništva o usodi prispevka. S svojimi ocenami in sugestijami recenzenti prispevajo k izboljšanju kakovosti našega časopisa. Po ustaljeni praksi ostane recenzent avtorju neznan in obratno.

Če recenzent meni, da delo ni vredno objave v ZV, prosimo, da navede vse razloge, zaradi katerih delo zasluži negativno oceno. Negativno ocenjen članek po ustaljenem postopku skupaj z recenzijo (seveda anonimno) uredništvo pošlje še enemu recenzentu, kar se ne sme razumeti kot izraz nezaupanja prvemu recenzentu.

Prispevke pošiljajo tudi mladi avtorji, ki žele svoja zapažanja in izdelke prvič objaviti v ZV ter jim je treba pomagati z nasveti, če prispevek le formalno ne ustreza, vsebuje pa pomembna zapažanja in sporočila.

Od recenzenta uredništvo pričakuje, da bo odgovoril na vprašanja na obrazcu ter da bo ugotovil, če je avtor upošteval navodila sodelavcem, ki so objavljena v vsaki številki ZV, in da bo preveril, če so podane trditve in misli verodostojne. Recenzent mora oceniti metodologijo in dokumentacijo ter opozoriti uredništvo na ev. pomanjkljivosti, posebej še v rezultatih.

Ni treba, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem in korigiranjem, čeprav ni napak, če opozori na take pomanjkljivosti. Posebej prosimo, da je pozoren na to, ali je naslov dela jasn in koncizen in ali ustreza vsebini; ali izveček povzema bistvene podatke članka; ali avtor cit isti številki kot ocenjevano delo.

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 63, MARCH 1994, Page 125-196, Number 3

CONTENTS

LEADING ARTICLES

- Elevation or declination of our hygiene, On the occasion of 40th anniversary of Institute of Hygiene at Medical Faculty in Ljubljana, D. Pokorn** 125

RESEARCH ARTICLES

- Pregnancy and birth of singletons after IVF-ET, B. Lovšin, T. Tomaževič, Novak Antolič, H. Meden-Vrtovec, A. Štolfa, T. Bručan-Talan** 129

- A survey of undergraduate training of anaesthesiology, M. Pečan, V. Smrkolj, A. Manohin, V. Rebec-Pavlič** 133

PROFESSIONAL ARTICLES

- Toxic phytoplankton - possible source of etiologically unidentified gastrointestinal disorders, A. Malej, P. Mozetič, Alenka Malej** 139

- Varicose veins in pregnant women, B. Mlaček** 145

- Asthma, S. Šuškovič** 149

- Multivariate analysis of the reasons for referral from general practice, I. Švab** 155

REVIEW ARTICLES

- Food allergy and intolerance, M. Terčelj -Zorman, A. Rus, J. T. Furlan** 163

- Percutaneous balloon valvuloplasty - an alternative to surgical mitral commissurotomy, A. Cijan** 169

NEWS AND VIEWS