



SVETOVNI SLOVENSKI KONGRES
SLOVENIAN WORLD CONGRESS



**3. STROKOVNO SREČANJE
SLOVENSKIH ZDRAVNIKOV
IZ SVETA IN DOMOVINE**

GRADIVO

Radenci, 10.-12. oktober 2002

Ljudje vedno stremimo po zdravem, srečnem in dolgem življenju.
Vztrajno se borimo proti boleznim in iščemo zaveznika, ki bi nam v tem boju pomagal.
Srčnega prijatelja, ki nam bo zvesto stal ob strani.

Vasili® Srčni prijatelj.

Indikacije

- koronarna bolezen srca
- hiperlipidemija

Primarna hiperlipidemija tipa Ila in IIb (vključno s poligensko hiperholesterolemijo, heterozigotno družinsko hiperholesterolemijo in mešano hiperlipidemijo). Homozigotna družinska hiperholesterolemija.

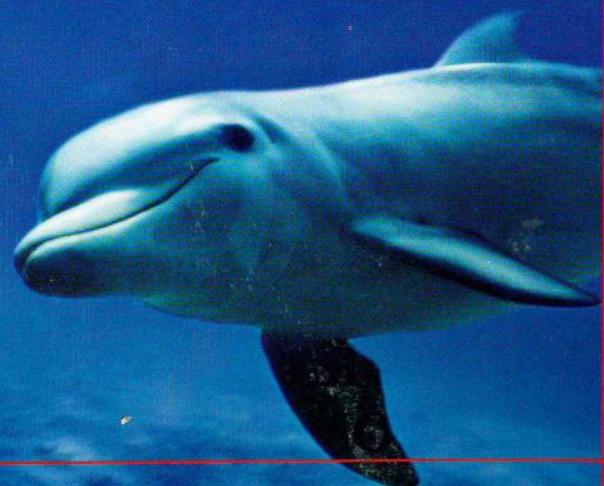
Odmerjanje

začetni odmerek 10 mg do 20 mg
največji odmerek* 80 mg

* Za bolnike s presajenim organom, ki jemljejo ciklosporin, je 10-miligramski odmerek relativno varen, povečevanje odmerka pa odsvetujemo.

Oprema: 28 tablet po 10 mg, 20 mg in 40 mg.

Datum priprave besedila: september 2002.



Tisto, kar išče vsak filozof,
je narava podarila le delfinu.
Zmožnost nesebičnega,
altruističnega prijateljstva.

Plutarh

Vasili®
simvastatin
tablete po 10 mg, 20 mg in 40 mg

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

 KRKA

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



SVETOVNI SLOVENSKI KONGRES

SLOVENIAN WORLD CONGRESS

3. STROKOVNO SREČANJE SLOVENSKIH ZDRAVNIKOV IZ SVETA IN DOMOVINE

GRADIVO

Radenci

10.-12. oktober



SVETOVNI SLOVENSKI KONGRES

SLOVENIAN WORLD CONGRESS

Izdajatelj in založnik:

Svetovni slovenski kongres
Slovenian World Congress
Cankarjeva 1/IV, 1000 Ljubljana, Slovenija

Odgovorni urednik:

Franci Feltrin

Urednica:

Elizabeta Bobnar Najzer

Tehnična obdelava:

Camera d.o.o.

Foto naslovnice:

Amadej Lah

Tisk:

Tiskarna Povše

Lektorica:

Marta Brečko Vrhovnik

Na podlagi Zakona o DDV (Ur. list RS, št. 89/98) sodi gradivo za "3. strokovno srečanje slovenskih zdravnikov iz sveta in domovine" med publikacije, za katere se obračunava 8-odstotni DDV.

Srečanje so omogočili:

- Ministrstvo RS za zunanje zadeve –
- Urad RS za Slovence v zamejstvu in po svetu
- Ministrstvo RS za šolstvo, znanost in šport
- Zdravilišče Radenci
- Zdravniška zbornica Slovenije
- Vzajemna zdravstvena zavarovalnica
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
- Krka, d. d.
- Lek, d. d.
- Splošna bolnišnica Maribor
- Zavarovalnica Triglav, d. d., Območna enota Murska Sobota
- Slovensko zdravniško društvo
- Ministrstvo za zdravje
- Občina Beltinci

POZDRAVNI NAGOVORI

WELCOME REMARKS



Dr. Boris Pleskovič
predsednik Svetovnega slovenskega kongresa

Pozdrav tretjemu strokovnemu srečanju slovenskih zdravnikov iz sveta in domovine

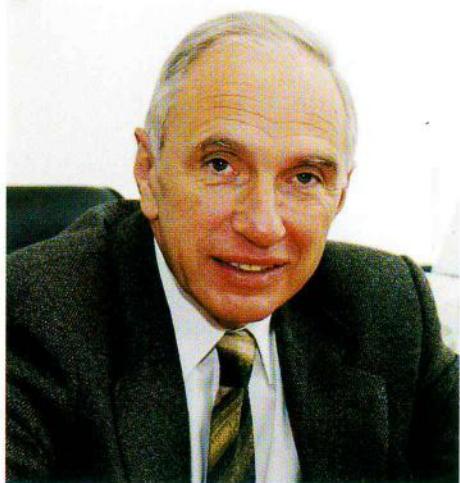
V veliko čast mi je, da lahko zaželim dobrodošlico udeležencem tretjega srečanja slovenskih zdravnikov iz sveta in domovine. Ko sem pred štirimi leti upravnemu odboru Svetovnega slovenskega kongresa predlagal prvo srečanje, so se pojavile skrbi in dvomi. Skrbi so se nanašale na to, ali bomo sposobni s skromnimi finančnimi sredstvi, majhno administracijo in prostovoljnimi delom organizirati tako svetovno srečanje. Dvomi so se pojavili v glavnem s strani domače stroke o tem, ali je Svetovni slovenski kongres sposoben organizirati visokostrokovno srečanje na specializiranem področju. Izkušnja je pokazala, da je bil vsak dvom ali strah odveč. Kakor smo si zastavili in želeli na samem začetku, so postala ta srečanja tradicionalna. In ne samo to. Naši zdravniki so prebili led. Na osnovi izredno uspešnega prvega strokovnega srečanja zdravnikov smo pripravili še drugo strokovno srečanje zdravnikov, v naslednjih letih pa dve visoko obiskani in uspešni svetovni srečanji slovenskih znanstvenikov. Prvo je bilo na Bledu in drugo na Univerzi v Mariboru. Srečanje gospodarstvenikov v Ljubljani je bilo v istem letu kot drugo strokovno srečanje zdravnikov iz sveta in domovine. Za nami je torej že pet uspešnih svetovnih srečanj iz različnih strok. Naslednje leto imamo v načrtu skupno svetovno konferenco slovenskih znanstvenikov, gospodarstvenikov in študentov v Ljubljani.

V zadnjem desetletju postaja vrhunsko znanje vse pomembnejše za razvoj neke države. Na srečo je v času globalizacije - ki sicer ni brez bolečin - dostop do znanja vse lažji in hitrejši, naj bo preko interneta, potovanj ali videokonferenc, kjer lahko na primer zdravniško operacijo na eni strani sveta sprembla svetovalna zdravniška ekipa z druge strani sveta. Evropska unija je letos naročila obšir-

no študijo o tem, kako lahko narodnostne skupnosti evropskih držav v času globalizacije pomagajo pri napredku matičnih držav preko začasnega ali stalnega vračanja, ali pa preko močnejših povezav med strokovnjaki doma in v tujini. Poleg dobre strokovne izobrazbe je za napredek znanosti izredno pomembna izmenjava idej in izkušenj, medsebojno strokovno sodelovanje in obisk ter izmenjava strokovnjakov specializiranih institucij. Na primer, Slovenci imamo vrsto vrhunskih zdravnikov tako doma kot v tujini in srečanje, kot je današnje, nudi nove možnosti za medsebojno sodelovanje, za velik doprinos k razvoju stroke. S svojimi povezavami z vrhunskimi institucijami in poznanstvi nudi tudi pomoč slovenskim študentom pri odpiranju vrat v svet. Prav tako je v interesu Slovenije, da se cím več strokovnjakov vrne v domovino, začasno ali za stalno. Svetovnemu slovenskemu kongresu je uspelo navezati začetne stike za povratek več mladih zdravnikov slovenskega rodu iz Argentine. Želimo, da bi bilo takih povratkov vse več tudi iz drugih strok in dežel.

Veseli me, da pri organizaciji tretjega strokovnega srečanja slovenskih zdravnikov iz sveta in domovine sodelujejo Slovensko zdravniško društvo, Zdravniška zbornica Slovenije, Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport, Ministrstvo za zdravje in Urad RS za Slovence v zamejstvu in po svetu. Veseli me tudi, da so ta srečanja organizirana z znatno pomočjo prostovoljnega dela in lastnih finančnih sredstev udeležencev ter da narašča zanimanje domačih strokovnjakov za sodelovanje. Ob prebiranju zaključkov in vtipov udeležencev prejšnjih srečanj je jasno, da so bili zelo zadovoljni tako s strokovno kot administrativno organizacijo. Prav tako tudi z družabnim programom, ki je omogočil nove stike, strokovno sodelovanje ter poznanstva in prijateljstva. Prebiranje letošnjega programa kaže, da je več udeležencev, ki se vračajo na ta srečanja, kar je dokaz, da so koristna tako za Slovence po svetu kot v domovini.

Vsem udeležencem želim ustvarjalno strokovno srečanje in prijetno bivanje v Sloveniji.



Spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med.
predsednik iniciativnega odbora

Ponoven pozdrav vsem slovenskim zdravnikom doma in po svetu,

ki se udeležujete tokratnega srečanja slovenskih zdravnikov v okviru Svetovnega slovenskega konгрesa. Letošnje srečanje je že tretje po vrsti in vse kaže, da se bodo naše želje, da postane tradicionalno, uresničile. Letos smo izbrali za mesto srečanja Radence, prelep zdraviliški kraj v Pomurju, kjer so nam pripravili prijazno dobrodošlico in nam ponudili gostoljubje za čas naše prireditve. Tudi letos smo pri organizaciji sodelovali z Zdravniško zbornico Slovenije in Slovenskim zdravniškim društvom, pomagala pa so tudi številna podjetja in ministrstva.

Program je pripravljen že kar tradicionalno. V njem se prepletajo teme v zvezi s stroko, organizacijo zdravstva in raziskovalnim delom. Prav tako nismo pozabili na družabni del srečanja, ki se bo končal z izletom po Prekmurju in Pomurju. Obiskali bomo Bogojino s Plečnikovo cerkvijo in izlet zaključili v Slovenskih goricah. Taka druženja ne pomenijo samo strokovnega srečanja; zdi se, da je včasih celo pomembnejše srečanje posameznikov iz različnih delov sveta, Slovencev, ki so iz različnih razlogov želeli ali bili prisiljeni oditi iz domovine. Danes nas ob takem srečanju druži isti cilj: pomagati slovenskemu zdravstvu in slovenskim zdravnikom, da se še bolj vključijo v mednarodne tokove, Slovencem po svetu pa pokazati, da je naša medicina na razmeroma visoki stopnji razvoja in sposobna slediti trendom po svetu.

Želim vam uspešno strokovno srečanje in prijetno bivanje v Sloveniji.

Dr. Iztok Simoniti
predsednik Urada za Slovence v zamejstvu in po svetu

Spoštovane gospe in gospodje, dragi gostje, zdravniki iz sveta in domovine!

V preteklih obdobjih je s slovenskega etničnega ozemlja odšlo veliko ljudi. Odhajali so "s trebuhom za kruhom", v strahu pred različnimi "-izmi" ali iz čisto osebnih razlogov. Ne glede na to, ali so sodelovali v organiziranih oblikah naravnega delovanja ali so svoje slovenstvo ohranjali kako drugače, ostaja dejstvo, da so kljub asimilacijskim pritiskom do take ali drugačne mere ostali in obstali tudi kot Slovenci. Po krvi, kulturi ali formalno, kot državljeni mlade Republike Slovenije.

Kljub hudim težavam, ki so običajno spremljale naselitev in ustalitev v novi domovini, so pridnost, iznajdljivost in poštenost kmalu obrodile sadove in večina naših rojakov se je iz negotovih prišlekov, "tujcev", kmalu prelevila v spoštovane, cenzene, pogosto tudi visoko uveljavljene državljanje Argentine, Kanade, ZDA in številnih drugih držav po vsem svetu. Med tistimi našimi rojaki, ki v tujini uživajo zelo velik ugled, so oziroma ste tudi številne medicinske strokovnjakinje in strokovnjaki.

Na našem Uradu vedno znova poudarjamo, da vsaka izseljenska organizacija, vsak posameznik v tujini predstavlja "tretjo dimenzijo" Slovenije, poleg matične in zamejske. S tem mislim tudi na tiste zdravnice in zdravnike, ki s svojo strokovnostjo in delavnostjo poleg lastnega ugleda na svoj način širijo tudi dobro ime svoje druge (ali celo prve) domovine Slovenije. Za to se vam, dragi gostje, ki ste danes prišli med svoje kolege v Sloveniji, in vsem, ki so ta hip na svojih odgovornih delovnih mestih po vsem svetu, v imenu države Slovenije iskreno zahvaljujem!

Prisrčno pozdravljam pobudo Svetovnega slovenskega kongresa, ki je s svojim delovanjem že pred časom začel uveljavljati razmišljjanje, da je vendarle napočil čas, da Slovenci, kjer koli že smo, združimo vse svoje znanje in dobro voljo ter vsak zase, pa vendarle v tesni navezi, delujemo v korist slovenstva in človeštva.

Veseli me, da se je tovrstno strokovno srečanje "prijelo", še posebej me veseli odziv Zdravniške zbornice Slovenije, Slovenskega zdravniškega društva in številnih domačih medicinskih strokovnjakov. Vaša udeležba na tem strokovnem srečanju dokazuje, da je "folkloristični" stereotip o slovenskem izseljenstvu mogoče preseći.

Težave, ki spremljajo naše zdravstvo – v tem primeru imam v mislih predvsem pomanjkanje zdravnikov, seveda niso v domeni Urada za Slovence v zamejstvu in po svetu. A ker je med tistimi, ki so se ali bi se še radi vrnili oziroma preselili v Slovenijo, kar nekaj slovenskih zdravnikov, mi dovolite, da ob tej priložnosti izrazim pripravljenost našega Urada za pomoč v tej smeri, hkrati pa bi želel pristojne spodbuditi k preučitvi možnosti za olajšanje ali vsaj pospešitev postopkov za priznavanje v tujini dosežene izobrazbe in delovnih izkušenj kolegicam in kolegom slovenskega rodu.

Tako rojakom iz tujine kot domačim strokovnjakom želim, da bi na tokratnem druženju stkali čim več profesionalnih in tudi osebnih vezi – slovenska pamet, kjer koli v svetu, bo tako oplemenitena na najboljši način...



Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med.
predsednik Zdravniške zbornice Slovenije

Združeni v Evropo in svet

Spoštovane kolegice in kolegi, spoštovani gostje.

Bolj ko se bliža predvideni datum vključitve Slovenije v Evropsko unijo, več je primerjav med stanjem pri nas in v družbi bodočih družbenikov. In vsakokrat, ko na kongresu v Sloveniji v avditoriju gledam slovenske zdravnike, ki so tako uveljavljeni v tujini, kot ste vi, imam občutek, da bi nas pravzaprav Evropa morala vabiti medse.

Zavest o narodni pripadnosti ima na Slovenskem dolgo tradicijo in vesel sem, ko vidim, da se ji tako prve kot tudi druge in celo tretje generacije Slovencev, ki živijo v tujini, niso izneverile. Še posebej sem vesel, da lahko v svojem in imenu Zdravniške zbornice pozdravim kolege, zdravnice in zdravnike, saj nas poleg narodnosti povezuje tudi stanovska pripadnost.

Zbornica sodeluje s Svetovnim slovenskim kongresom že vse od prvega srečanja, ki je bilo oktobra 1998. Sam z veseljem sodelujem v iniciativnem odboru, ki je bil ustanovljen na prvem srečanju in je pod vodstvom dr. Andreja Bručana že drugič zaslužen za izvrstno organizacijo skupnih srečanj slovenskih zdravnikov iz sveta in domovine. Skupno je to torej naš tretji kongres in mislim, da ga lahko imenujemo tradicionalni.

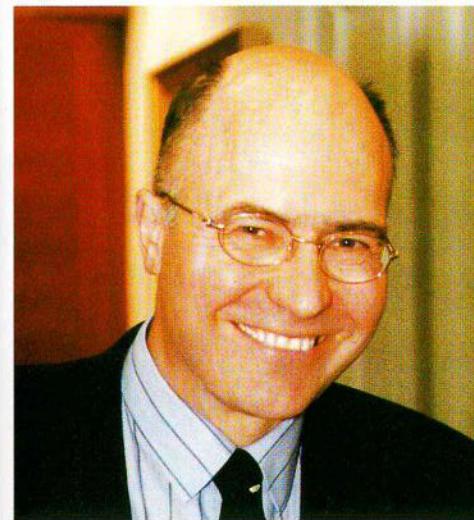
Na treh skupnih srečanjih smo izmenjali vrsto strokovnih izkušenj, iz prenekaterih so vzniknila nadaljnja osebna ali institucionalna sodelovanja. Prav v zadnjem letu sta se odprli še dve področji, kjer bomo še posebej veseli sodelovanja slovenskih zdravnikov iz tujine. Po temeljitih ločenih izračunih z različnimi metodologijami sta tako slovensko zdravništvo kot država soglašala, da je v Sloveniji premalo zdravnikov. Razkoraka ne bo mogoče nadomestiti v kratkem, zato je država že re-

sno razmišljala o možnosti zaposlovanja zdravnikov iz tujine. Ob tem bomo še posebej veseli vsakega Slovence, ki se bo odločil za vrnitev v domovino. Podrobnosti o pridobivanju licence za delo bom opisal v svojem predavanju, vedno pa ste toplo vabljeni tako v prostore nacionalne stanovske organizacije na Dalmatinovi 10 v Ljubljani kot tudi na zbornično spletno stran, kjer najdete več informacij o tem. Vabim vas, da o njih obvestite tudi kolege, ki jih sedaj ni z nami.

Novo sodelovanje se ponuja tudi z idejo o ustanovitvi druge medicinske fakultete v Mariboru. Več o tem bodo povedali snovatelji v nadaljevanju našega srečanja.

Prepričan sem, da bomo z nadaljevanjem začetih in vzpostavljanjem novih sodelovanj in skupnih projektov uspešno uveljavljali slovensko medicino tako v evropskem kot tudi širšem svetovnem prostoru.

Želim vam prijetno bivanje v Prekmurju in upam, da se, če ne prej, vidimo spet čez dve leti.



Prof. dr. David B. Vodusek, dr. med.
podpredsednik glavnega strokovnega sveta
Slovenskega zdravniškega društva

Pozdrav in vabilo slovenskim zdravnikom

Pozdravni nagovor v imenu Slovenskega zdravniškega društva

Pozdravljam vse kolegice in kolege na 3. strokovnem srečanju slovenskih zdravnikov iz sveta in domovine tako v imenu Slovenskega zdravniškega društva kot v imenu našega predsednika prof. dr. Pavla Poredosa, dr. med., ki je žal odsoten zaradi predhodno sprejetih obveznosti.

V Slovenskem zdravniškem društvu smo polno podprli pobudo Svetovnega slovenskega kongresa, da se slovenski zdravniki od vsepovsod redno srečujemo na domačih tleh. To zagotovo lahko veliko pripomore k našemu zblžjanju, spoznanju in boljšemu sodelovanju. Skupni imenovalec tega srečanja in takšnega druženja je nedvomno prav naš skupni rod, ki nam vsem veliko pomeni. Zato naj ob tem, da zaželim vsem udeležencem prijetno in zanimivo druženje, vse naše kolegice in kolege iz sveta ponovno povabim, ne samo, da se včlanite v Slovensko zdravniško društvo, ki že več kot 140 let zastopa interes slovenskih zdravnikov kot civilna organizacija, ampak da v tem okviru tudi ustanovite **sekcijo slovenskih zdravnikov po svetu**, kakor je že pred leti predlagal naš predsednik. Aktivnost takšne sekcije naj bi bila, med drugim, tudi skrb za kontinuirano združevanje velikega strokovnega znanstvenega in človeškega potenciala vseh vas, ki delujete v tujini. Prepričan sem, da obstaja veliko možnosti za tvorno sodelovanje, ki jih še nismo izkoristili. Takšna sekcija bi lahko ohranjala stike z ostalimi združenji in sekcijami SZD na strokovni ravni tudi s sodelovanjem in obveščanjem slovenskih zdravnikov v tujini o vseh strokovnih dogodkih v Sloveniji. S tem bi okreplili medsebojno sodelovanje in hkrati sodelovanje med institucijami v Sloveniji in tujini.

Tehnično delovanje sekcije ob današnjih možnostih elektronskih povezav ne bi smelo biti problematično. Zaradi uspešnejšega dela bi bilo seveda dobro, da bi v matični ustanovi v Sloveniji obstajal koordinator.

Slovensko zdravniško društvo kot nevtralno, vsedržavno zdravniško civilno združenje lahko gotovo tudi močno podpre vse interese, želje in pobude, da bi se slovenski zdravniki po svetu ponovno vključevali v delo v Republiki Sloveniji, kjer – končno tudi "uradno" – potrebujemo veliko zdravnikov, še posebej izkušenih in uveljavljenih strokovnjakov. Mislim, da tudi takšno vabilo ni več zgolj besedičenje, saj znamenja kažejo, da se slovenska medicina odpira. Če nam z lastno državo upravičeno raste samozavest kot narodu, nam s precej uspešnim uveljavljanjem zdravništva kot stanu raste tudi stanovska in strokovna samozavest. Tako lažje sprejemamo strokovi preipih in vse manj zagovarjamamo samozadostnost. Pri tem bo Slovenija nedvomno sledila ostalim razvitejšim državam in ob veliki potrebi po zdravnikih sprejemala tudi kakovostne sodelavce iz tujine; najverjetnejne največ od tam, kjer bo motivacija zdravnikov za učenje slovenskega jezika in privzemanje slovenske kulture največja. V takih razmerah bi bilo škoda vsakega slovenskega strokovnjaka v tujini, ki bi se želel vrniti in prispevati k skupnemu napredku, pa ga ne bi ustrezno sprejeli. Možnosti so za že uveljavljene strokovnjake vedno večje, saj raste zavedanje, da vrhunska strokovnost in tudi raziskovalno delo nista koristna zgolj za institucije v Ljubljani, ampak sta potrebna in smiselna tudi v drugih slovenskih medicinskih centrih, ker lahko prispevata k zdravemu metabolizmu stroke v državi.

Nenazadnje pa – kamorkoli nas je usoda popeljala – prispevajmo in ohranjajmo enoten slovenski intelektualni prostor. Vse priznanje Svetovnemu slovenskemu kongresu ter vsem, ki so organizirali to srečanje.

3. STROKOVNO SREČANJE

SLOVENSKIH ZDRAVNIKOV IZ SVETA IN DOMOVINE

Zdravilišče Radenci, hotel Radin, Zdraviliško naselje 12, Radenci
10.-12. oktober 2002

1. DAN:

četrtek, 10. oktober 2002 (kongresna dvorana
[Izvir](#))

URADNO ODPRTJE SREČANJA

8:00 Registracija

Koordinator srečanja: Alenka Höfferle,
dr. med.

9:00 Odprtje s pozdravnimi nagovori

■ **dr. Boris Pleskovič**, predsednik Svetovnega slovenskega kongresa

■ **spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med.**, predsednik iniciativnega odbora

■ **prof. dr. Boštjan Žekš**, predsednik Slovenske akademije znanosti in umetnosti (SAZU)

■ **Dorjan Marušić, dr. med., dipl. inž.**, državni sekretar Ministrstva za zdravje

■ **dr. Iztok Simoniti**, predsednik Urada za Slovence v zamejstvu in po svetu

■ **asist. mag. Marko Bitenc, dr. med.**, predsednik Zdravniške zbornice Slovenije

■ **prof. dr. David B. Vodušek, dr. med.**, Slovensko zdravniško društvo, podpredsednik glavnega strokovnega sveta

10:15 Odmor

10:30 **Izobraževanje v medicini, nova obzorja**

Koordinatorja: doc. dr. Zmago Turk, dr. med., in akad. prof. dr. Matija Horvat, dr. med.

■ **prof. dr. Cyril M. Grum, dr. med.**, Univerza Michigan, ZDA, Oddelek za interno medicino, Nove perspektive v poučevanju študentov medicine

11.15

■ **prof. dr. Ivan Krajnc, dr. med., Vojko Flis, dr. med., in prim. Gregor Pivec, dr. med.**, Splošna bolnišnica Maribor, 1. Predlog programa medicinskega študija Univerze v Mariboru – Medicinska fakulteta

12:00 Razprava

13:00 Kosilo v restavraciji hotela Radin

15:00 **Kardiovaskularne bolezni**, okrogle miza Koordinatorja: prof. dr. Peter Rakovec, dr. med., in prof. dr. Bojan Čerček, dr. med.

■ **prof. dr. Bojan Čerček, dr. med.**, UCLA, School of Medicine, ZDA, HDL kot del v procesu ateroskleroze

■ **prof. dr. Igor D. Gregorić, dr. med.**, Univerza Texas, ZDA

■ **prof. dr. Marko Noč, dr. med.**, Klinični center, Klinični oddelok za intenzivno interno medicino, Primarna angioplastika pri akutnem infarktu miokarda

■ **prof. dr. Borut Geršak, dr. med.**, Klinični center, Oddelek za kardiovaskularno kirurgijo, Kirurgija na delajočem srcu

■ **doc. dr. Tone Gabrijelčič, dr. med.**, Klinični center, Klinični oddelok za kirurgijo srca in ožilja, in **prim. Darko Zorman, dr. med.**, Klinični oddelok za kardiologijo, Presaditev srca v Sloveniji

18:00 Razprava

19:30 **Sprejem za udeležence in goste srečanja v hotelski kavarni**
Nočitev v hotelu Radin (Radenci)

2. DAN:**petek, 11. oktober 2002 (kongresna dvorana Izvir)**

9:30 **Predstavitev tem s področja organiziranosti zdravstvenega sistema doma in v tujini**

Koordinatorji: spec. akad. st. Andrej Bruckan, dr. med., Jure Bajuk, dr. med., in prim. Majda Kregelj Zbačnik, dr. med.

■ **asist. mag. Marko Bitenc, dr. med.**, Zdravniška zbornica Slovenije, *Vloga Zdravniške zbornice v pretoku delovne sile v EU*

■ **Jure Bajuk, dr. med.**, Mendoza, Argentina, Vrnitev slovenskih zdravnikov v Slovenijo

■ **Dorjan Marušič, dr. med., dipl. inž.**, Mistrstvo za zdravje, Organizacija zdravstva v Sloveniji

■ **Franc Košir, univ. dipl. prav.**, v. d. generalnega direktorja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije (ZZZS), in **Boris Kramberger, univ. dipl. nov.**, svetovalec generalnega direktorja za stike z javnostmi, *Mobilnost pacientov v evropskih zdravstvenih sistemih – slovenski primer*

10:45 Odmor

■ **prof. dr. Ervin B. Podgoršak, dr. med.**, Univerza McGill, Montreal, Quebec, Kanada, Oddelek za medicinsko fiziko, Ameriški in kanadski sistem zdravstva: podoben klinični standard, različno financiranje

■ **dr. Božidar Voljč, dr. med.**, predstavnik Slovenskega zdravniškega društva, *Etična merila pri odločitvi o indikacijah in prednostnih kriterijih za posege, ki jih vsem ne moremo zagotoviti*

■ **Marija Avguštin, dr. med.**, Patagonija, Argentina, *Delovanje okulistov v nenavadnih demografskih in geografskih razmerah*

12:00 Vprašanja

13:00 Kosilo v restavraciji hotela Radin

15:00 **Predstavitev raziskovalnega dela slovenskih zdravnikov doma in po svetu**

Koordinatorja: prof. dr. Mirko Jung, dr. med., in akad. prof. dr. Matija Dolenc, dr. med.

■ **prof. dr. Mateja de Leonni Stanonik, dr. med.**, Univerza Tennessee, ZDA, Oddelek za radiologijo in nuklearno medicino, *S sodobno diagnostiko do zgodnjega odkrivanja Alzheimerjeve demence*

■ **prof. dr. Mirko Jung, dr. med.**, Švica, *Bovina Spongiformna Encefalopatija (BSE) danes*

■ **asist. dr. Matejka Legan, dr. med.**, in **prof. dr. Marjeta Zorc, dr. med.**, Medicinska fakulteta v Ljubljani, Inštitut za histologijo in embriologijo, *Vloga bakterije Chlamydia pneumoniae v aterosklerozi: naše izkušnje*

■ **mag. Barbara Gužič Salobir, dr. med.**, Klinični center, Klinični oddelok za žilne bolezni, in **prof. dr. Pavel Poredos, dr. med.**, predsednik Slovenskega zdravniškega društva, *Endoteljska disfunkcija in aterosklerozra*

16:45 Odmor

■ **prof. dr. Mojca Stegnar, dr. med.**, Klinični center, Klinični oddelok za žilne bolezni, *Aterosklerozra, tromboza in fibrinoliza*

■ **Peter M. Bonutti, dr. med.**, Univerza Southern Illinois, ZDA, *Minimalno invazivni posegi pri popolni kolenski artroplastiki*

■ **dr. Andrea Praprotnik, dr. med.**, Instituto Maternidad Santa Rosa, Buenos Aires, Argentina, *Ventilacija visoke frekvence (HFV)*

■ **Viktor Leber, dr. stom.**, Buenos Aires, Argentina, *15 let zasebnih izkušenj v implantologiji. Današnji zaključki in klinični postopki*

■ **Rupert Vrecl, dr. med.**, Landeskrankenhaus Judenburg – Knittelfeld, Avstrija, *Zdravljenje metastaziranega gastrointestinalnega stromalnega tumorja (GIST) z imatinibom – prikaz primera*

18:45 Vprašanja

20:00 Večerja v restavraciji hotela Radin

Nočitev v hotelu Radin

3. DAN:**sobota, 12. oktober 2002 (kongresna dvorana Izvir)**

9:00

■ **prof. dr. Mirko Toš, dr. med.**, Gentofte University Hospital, Danska, častni doktor Univerze v Mariboru, *Diagnoza in zdravljenje vestibularnih schwannomov (akustičnih neurinomov); uspeh in frustracija moderne medicine*

9:30 **Zaključek strokovnega dela s smernicami za delo v prihodnje**

9:45 Razprava

11:00 **Izlet** s kosilom in ogledom najlepših znamenitosti Pomurja (odhod predvidoma ob 11:15 z avtobusom izpred hotela Radin)

19:00 **Srečanje bomo zaključili z vrnitvijo v hotel** (predvidoma okoli 19:00)

THE 3RD PROFESSIONAL MEETING OF SLOVENIAN PHYSICIANS FROM SLOVENIA AND ABROAD

Health Resort Radenci, Hotel Radin, Zdraviliško naselje 12, Radenci, Slovenia
October 10th- 12th, 2002

DAY 1:

Thursday, October 10th, 2002 (Radenci, Izvir
Congress Hall)

OFFICIAL OPENING OF THE MEETING

8:00 a.m. Registration

General coordinator: Alenka Höfferle, M.D.

9:00 a.m. Welcome remarks by:

- **Boris Pleskovič, Ph.D.**, President of the Slovenian World Congress
- **Andrej Bručan, M.D.**, President of the Planning Committee of Slovenian Physicians from Slovenia and Abroad
- **Prof. Boštjan Žeks, D.Sc.**, President of the Slovenian Academy of Sciences and Arts (SAZU)
- **Dorjan Marušič, M.D., B.Sc.**, State Secretary of the Ministry of Health of the Republic of Slovenia
- **Iztok Simoniti, Ph.D.**, President of the Office of the State Secretary for Slovenians Abroad
- **Marko Bitenc, M.D., M.Sc.**, President of the Medical Chamber of Slovenia
- **Prof. David B. Vodušek, M.D., Ph.D.**, Slovenian Medical Association, member of the Main Professional Council

10:15 a.m. Break

10:30 a.m. Education in Medicine, new dimensions

- Coordinators: Asst. Zmago Turk, M.D., Ph.D., Prof. Matija Horvat, M.D., Ph.D.
- **Prof. Cyril M. Grum, M.D., Ph.D.**, The University of Michigan, USA, Department of In-

ternal Medicine, *New Perspectives on the Clinical Education of Medical Students*

11:15 a.m.

- **Prof. Ivan Krajnc, M.D., Ph.D.**, **Gregor Pivec, M.D.**, **Vojko Flis, M.D.**, General Hospital of Maribor, I. Program Proposal for Medical Studies at the University of Maribor – Maribor Medical Faculty

12:00 a.m. Discussion

1:00 p.m. Lunch in a Restaurant of the Hotel Radin

3:00 p.m. Cardiovascular diseases, round table

- Coordinators: Prof. Peter Rakovec, M.D., Ph.D., Prof. Bojan Čerček, M.D., Ph.D.
- **Prof. Bojan Čerček, M.D., Ph.D.**, UCLA, School of Medicine, L.A., USA., *HDL-like Particles in Atherosclerosis*
 - **Prof. Igor D. Gregorić, M.D., Ph.D.**, University of Texas, Houston, USA.
 - **Prof. Marko Noč, M.D., Ph.D.**, University Medical Center Ljubljana, Center for Internal Medicine, *Primary Angioplasty for Acute Myocardial Infarction*
 - **Prof. Borut Geršak, M.D., Ph.D.**, University Medical Center Ljubljana, Department of Cardiovascular Surgery, *Valve Surgery on the Beating Heart*

- **Asst. Tone Gabrijelčič, M.D., Ph.D.**, University Medical Center Ljubljana, Department of Cardiovascular Surgery, **Darko Zorman, M.D.**, Department of Cardiology, *Cardiac Transplantation*

6:00 p.m. Discussion

7:30 p.m. Reception for participants and guests in the Café of the Hotel Radin

Overnight stay at Hotel Radin (Radenci)

DAY 2:

Friday, October 11th, 2002 (Radenci, Izvir
Congress Hall)

9:30 a.m. Themes of Health Related Systems in Slovenia and Abroad

Coordinators: Andrej Bručan, M.D., Jure Bajuk, M.D., Majda Kregelj Zbačnik, M.D.

- **Marko Bitenc, M.D., M.Sc.**, Medical Chamber of Slovenia, *Role of Medical Chamber of Slovenia in Transmigration of workers in EU*

- **Jure Bajuk, M.D.**, Mendoza, Argentina, *Returning Possibilities for Slovenian Physicians from Argentina to Slovenia*

- **Dorjan Marušič, M.D., B.Sc.**, Ministry of Health of the Republic of Slovenia, *Organization of Health in Slovenia*

- **Franc Košir, LLB**, General Manager of the Health Insurance Institute of Slovenia (ZZS) and **Boris Kramberger, B.A.**, Adviser of Gen. Man. for Public Relations of ZZZS, *Patient Mobility in European Health Systems – Slovenian Example*

10:45 a.m. Break

- **Prof. Ervin B. Podgoršak, M.D., Ph.D.**, McGill University, Montreal, Quebec, Canada, *The American and Canadian Health System: Similar Clinical Standard But Different Financing*

- **Božidar Voljč, M.D., Ph.D.**, representative of the Slovenian Medical Association, *Ethical Principles in Deciding about Indications and Priority Criteria for Services not Available to Everyone*

- **Marija Avguštin, M.D.**, Patagonia, Argen-

tina, *Ophthalmologist's Work in Unusual Demographic and Geographic Conditions*

12:00 a.m. Questions

1:00 p.m. Lunch in the Restaurant of the hotel Radin

3:00 p.m. Presentation of Research Work of Slovenian Medical Professionals at Home and Abroad

Coordinators: Prof. Mirko Jung, M.D., Ph.D., Prof. Matija Dolenc, M.D., Ph.D.

- **Prof. Mateja de Leonni Stanonik, M.D., Ph.D.**, University of Tennessee, USA., Department for Radiology and Nuclear Medicine, *Recent Advances in Early Detection and Diagnosis of Alzheimer's Disease*

- **Prof. Mirko Jung, M.D., Ph.D.**, Switzerland: *Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) today*

- **Matejka Legan, M.D., D.Sc.**, and **Prof. Marjeta Zorc, M.D., Ph.D.**, University of Ljubljana, Medicine Faculty, Institute for Histology and Embriology, *The Connection Between Chlamydia Pneumoniae Infection and Atherosclerosis: Our Experiences*

- **Barbara Gužič Salobir, M.D., M.Sc.**, University Medical Center Ljubljana, Department for Vascular Diseases and **Prof. Pavel Poredoš, M. D., Ph.D.**, President of the Slovenian Medical Association, *Endothelium Dysfunction and Atherosclerosis*

4:45 p.m. Break

- **Prof. Mojca Stegnar, M.D., Ph.D.**, University Medical Center Ljubljana, Department for Vascular Diseases, *Atherosclerosis, Thrombosis and Fibrinolysis*

- **Peter M. Bonutti, M.D.**, Southern Illinois University, USA, *Minimally Invasive Total Knee Arthroplasty*

- **Andrea Praprotnik, M.D., Ph.D.**, Instituto Maternidad Santa Rosa, Buenos Aires, Argentina, *High Frequent Ventilation (HFV)*

- **Victor Leber, D.D.S.**, Buenos Aires, Ar-

gentina, 15 Years of Personal Experience in Implantology. Today's results and clinical procedures.

■ **Rupert Vrecl, M.D.**, Landeskrankenhaus Judenburg – Knittelfeld, Austria, Treatment of a Metastatic Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) With Imatinib – Case Report

6:45 p.m. Questions

8:00 p.m. Dinner in the restaurant of the hotel Radin

Overnight stay at Hotel Radin (Radenci)

DAY 3:

Saturday, October 12th, 2002 (Radenci, Izvir Congress Hall)

9:00 a.m.

■ **Prof. Mirko Toš, M.D., Ph.D.**, Gentofte University Hospital, Denmark, honorary doctor of the University of Maribor, Diagnosis and Healing of Vestibular Schwannomas (Acoustic Neuromas); Success And Frustration of Modern Medicine

9:30 a.m. Summary, conclusions

9:45 a.m. Discussion

11:00 a.m. A daytrip to the Pomurje region with lunch (The bus trip starts at 11:15 in front of the Hotel Radin)

7:00 p.m. The Meeting will end with return to the Hotel (about 7:00 p.m.)

Izobraževanje v medicini, nova obzorja

*Education in medicine,
new dimensions*

Koordinatorja: Zmago Turk in Matija Horvat

Cyril M. Grum*

Nove perspektive v poučevanju študentov medicine Perspectives on the Clinical Education of the Medical Student

Educationally, Dr. Grum has spent the last 12 years focusing on issues of medical education, mostly at the medical student level. He serves as the Director of the Clinical Component (years 3&4) of the Medical School Curriculum. He also serves as the Director of the mandatory 3 month Internal Medicine rotation for 3rd year students. Clinically, Dr. Grum is a Pulmonary and Critical Care specialist practicing at the University Hospital of the University of Michigan.

This address is a reflection about medical education, specifically the process of changing novices into experts. The focus of the talk is on the clinical training of students, that is, learning while taking care of patients. This is an area that is changing constantly due to changes in medical practice in the United States. Education does vary widely internationally due to different practices and customs. The address will review some basic principles, concepts that are important to the training of new doctors. An educational philosophy that allows for the training of medical students in the context of patient care will be presented. The curriculum maximizes contact with patients and minimizes didactic presentations. Student responsibilities should serve pedagogic goals. Critical to the education process is an evaluation of learning. How we assess the knowledge, skills and attitudes gained by students will be reviewed, as well as some differences we have discovered.

The address will spend some time focusing on descriptive clinical evaluations, the strengths and weaknesses of these evaluations and their use in the advancement of students. The use of an objective standardized clinical evaluation (OSCE) both at the University of Michigan and the potential uses of it nationally in the United States will be reviewed. Finally, the talk will conclude with some of the problems and opportunities that exist for education in the ambulatory clinics, an area where medical education is expanding after spending many years mostly in the hospital setting.

* Cyril M. Grum is Professor of Internal Medicine. He majored in chemistry and math at the Marquette University, Milwaukee, from 1970-1973. He completed his M.D. at Medical College of Wisconsin, Milwaukee in 1977. From 1977 to 1980 he was resident and Chief Resident in Internal Medicine at Cleveland Clinic, Cleveland. From 1980-1983 he completed a fellowship in Pulmonary and Critical Care Medicine at University of Michigan, Ann Arbor. From 1983-85 he was Instructor of Internal Medicine, Pulmonary and Critical Care Medicine, University of Michigan Medical School. In the years 1985-90 he was Assistant Professor, and from 1990-97 Associate Professor at the same University. From 1994-2000 he was Associate Chair for Undergraduate Medical Education, Department of Internal Medicine. Since 1997 he is Professor of Internal Medicine, Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, University of Michigan Medical School. From 2001 on he is also Senior Associate Chair for Undergraduate Medical Education, Department of Internal Medicine. He is an Alpha Omega Alpha Glaser Laureate, year 2000. Dr. Grum received other numerous honors and published over 70 publications.

Ivan Krajnc*, Vojko Flis**, Gregor Pivec***

Predlog programa medicinskega študija Univerze v Mariboru - Medicinska fakulteta

Uvod - mednarodna primerljivost programa

Hiter razvoj medicine in spremljajočih tehnologij v zadnjih desetletjih je narekoval tudi spremembe v študiju medicine. Poti razvoja medicinskega študija so tekle v kar nekaj smereh. Na številnih fakultetah so ostali pri klasični kurikularni shemi, ponekod so na določenih fakultetah študij popolnoma prenovili (Charite - Berlin, ZRN, Faculty of Medicine - Manchester, Velika Britanija, III. Medicinska fakulteta Karlove univerze v Pragi, Češka, Medical School, University of California - San Diego, ZDA), ponekod so zgolj posodobili klasičen model¹. Pričujoči model se naslanja na programe nekaterih skandinavskih fakultet in predstavlja uravnoveženo kurikularno shemo med povsem klasičnim poukom ter povsem posodobljenim, pri čemer je vsebinsko in strukturno ustrojen tako, da je pripravljen tudi v celoti za povsem prenovljene oblike študija, ki pa jih dopušča le s postopnim uvajanjem posameznih v celoti posodobljenih modulov.

Razlog za takšen ustroj programa je najti v izkušnjah skandinavskih medicinskih fakultet, kjer se je izkazalo, da povsem posodobljeni programi zahtevajo bistveno povečanje števila fakultetnih učiteljev, ki jih je v državah s podobnim demografskim vzorcem, kot ga ima Slovenija, sorazmerno težko zagotoviti. Izkušnje s Finsko, ki je bila tudi zaradi izjemno kakovostnega šolskega sistema izbrana kot model za primerjavo s Slovenijo, kažejo, da s povsem posodobljenimi in prenovljenimi kurikularnimi shemami programov medicinskih fakultet ne gre hiteti, saj deloma ali v celoti ne dajejo pričakovanih kakovostnih razlik med diplomanti, prinašajo pa težko rešljive strukturne zategate. Pri analizi številnih različnih kurikularnih shem medicinskih fakultet po svetu so na končni izbor pričujočega modela odločilno vplivale predvsem kakovost posameznega programa, demografske, socialne in kulturne vzporednice ter skladnost s sistemom ECTS (European Credit Transfer System, User's Guide, August 1997).

Pri tem so bile skrbno proučene izkušnje v Sloveniji pri razpravah o prenovi dodiplomskega pouka na Medicinski fakulteti v Ljubljani (sklepi senata Medicinske fakultete v Ljubljani, 18/12/2000). Kot osnovo za razprave o prenovi dodiplomskega pouka (seznam kliničnih izkušenj in veščin) so na MF v Ljubljani predlagali poročilo Blueprint 1994² (na osnovi tega poročila so nekatere tuje fakultete, denimo nekatere nizozemske) in oblikovali osnovne cilje prenove. Med pomembnejše cilje so zapisali, naj se znotraj klasičnega dodiplomskega študija na MF spremeni razmerje ur med posameznimi oblikami pouka znotraj istega predmeta (več seminarjev, manj ur klasičnih predavanj), naj prenova dodiplomskega študija zmanjša povprečni čas, ki ga študentje porabijo za

¹ Nekateri analizirani študijski programi medicinskih fakultet:
Faculty of Medicine and Dentistry - The University of Birmingham, Great Britain
Medical School - The University of British Columbia, Canada
National University of Athens School of Medicine - Greece
Medical School - University of California, San Diego, USA
Presbyterian Medical Center - Columbia, USA
Medical Faculty Oporto - Portugal
Medical Faculty - University of Montpellier, France
Medical Faculty - University of Heidelberg, Germany
Medical Faculty - University of Lund, Sweden
Medical School - University of California, Irvine, USA

izpolnитеv študijskih obveznosti (Evropska unija priporoča, naj bo dolžina dodiplomskega izobraževanja zdravnikov v EU 6 let. V letu 1999 je bil poprečni čas 7,6 let za medicince in 7,2 let za stomatologe.) ter da naj bo vsebina teoretičnih predmetov pritejena tako, da bo omogočala boljše razumevanje klinične medicine.

Predloženi program Univerze v Mariboru ob analiziranih izkušnjah številnih medicinskih fakultet po svetu in Medicinske fakultete v Ljubljani tako izhaja iz izjemno dobrih izkušenj sodobnih finskih medicinskih fakultet (predvsem Turku³, Oulu⁴ in Kuopio⁵). Predloženi program sledi predmetnikom navedenih finskih medicinskih fakultet in njihovemu priporočilu uravnovešenega programa izobraževanja z izrazitim poudarkom na kliničnih predmetih. Program je evropsko primerljiv, v Evropi verificiran, narejen za sistem kreditnega študija in ustrojen tako, da omogoča študentom ustrezeno individualno izbiro predmetnika. Program po svojih značilnostih ne odstopa od značilnosti sodobnih uravnovešenih in klinično strukturiranih tujih primerjalnih izobraževalnih programov.

Zaradi takšne izbire programa je mednarodna mobilnost samodejno zagotovljena. Praktično izvedbo programa mobilnosti bo poleg znanstvenoraziskovalne odmevnosti predavateljev in študentov zagotovilo stalno gostovanje tujih univerzitetnih učiteljev, kjer bodo še posebej dragocene izkušnje profesorjev z medicinske fakultete v Oulu (Finska).

Osnovna struktura predstavljenega programa

Tudi pri izbiri osnovne strukture predstavljenega programa so bile poleg številnih tujih izkušenj izredno skrbno proučene izkušnje pri dosedanjem dodiplomskem pouku na MF v Ljubljani, kjer so v predlogih za izboljšanje urnika dodiplomskega pouka (sklepi senata Medicinske fakultete v Ljubljani, 18/12/2000) navedli, da je potrebno povezati predmete s sorodno ali komplementarno vsebino, vzpostaviti vertikalno koordinacijo med teoretičnimi in kliničnimi predmeti po načelu vzajemnosti, zmanjšati razdrobljenost pouka in olajšati študentu študij in pripravo za izpit, ga bolje seznaniti z odgovornostjo in stresnostjo poklica, ga naučiti večin komuniciranja z bolniki, sodelavci, javnostjo (naštete vsebine naj bi študent osvajal postopoma že od prvega letnika naprej) ter obnoviti pouk znotraj izbirnih predmetov.

Namen predstavljenega medicinskega programa je pripraviti študenta za samostojno delo zdravnika. Okvirno število študijskih tednov za osvojitev celotnega programa je 240 (360 ECTS točk). Normativni teden se nanaša na ocenjenih trideset ur dela, potrebnih za obvladovanje posameznih vsebinskih modulov. Akademsko leto traja 40 tednov (60 ECTS točk).

Program je razdeljen na pet razdelkov: osnovni predmeti, posebni predmeti, praktično delo, jeziki in izbirni predmeti. Predklinični del traja dve leti in je sestavljen iz osnovnih biomedicinskih predmetov, ki so jim pridruženi posamezni klinični predmeti. Klinični del traja štiri leta. V tem obdobju je program osredotočen na pojavnost, prepoznavanje, preprečevanje in zdravljenje različnih bolezni. Klinični del programa je ozko povezan z vajami v Učni bolnišnici Maribor.

Harvard medical School - Boston, USA

Robert Wood Johnson Medical School - New Jersey, USA

Medical School - University Limburg, Netherland

The Faculty of Medicine - University of Oulu, Finnland

Faculty of medicine, dentistry, nursing&pharmacy - The University of Manchester, Great Britain

Faculty of Medicine - University of Rijeka, Croatia

Faculty of Medicine - University of Ljubljana, Slovenia

² Pri nas znano kot nizozemska "Modra knjiga"

³ www.utu.fi/med/tdk/english.html

⁴ www.medicine.oulu.fi/english/index.html

⁵ www.uku.fi/laitokset/coreunits

Program je zastavljen tako, da je vzpostavljena optimalna horizontalna ter vertikalna koordinacija med predmeti, ter tako, da omogoča postopno vključevanje kliničnih primerov v pouk prvih dveh letnikov.

Izbirne predmete lahko študenti izbirajo med programskimi predmeti celotnega programa. Izbrani predmet postane obvezni del študentovega programa. Študent zaključi študij z opravljenimi vsemi izpiti in zaključno nalogo (objavljenim člankom v reviji z recenzijo).

Podiplomska pot zdravnika

V Sloveniji ureja podiplomsko pot zdravnika Zdravniška zbornica Slovenije v skladu s svojimi zakonskimi pooblastili in sodelovanjem z ostalimi, z zakonom določenimi institucijami.

Program proposal for medical studies at the University of Maribor - Maribor medical faculty

Introduction - International comparability of the program

The rapid development of medicine and its accompanying technologies in the past decades has also dictated the corresponding changes in medical studies. The development of medical studies took several directions. Numerous faculties kept to the classical study plan, others renewed their study plan completely (Charite - Berlin, Germany, Faculty of Medicine - Manchester, Great Britain, III. Medical Faculty of Karl's University in Prague, Czech Rep., Medical School - University of California, San Diego, USA) and some merely modernized the classical model⁶. The comparison of individual models is extremely complicated due to their diversity and above all due to the diversity of cultural environments from which they originate. An additional complication is the lack of a useful uniform methodology⁷ and the great diversity of plans for the anticipated course of medical studies. For numerous reasons which can here not be stated in detail, the present model is based on the programs of some Scandinavian faculties and it presents a study plan balanced between quite classical and quite modern studies. Its substance and structure are composed so that it is prepared for completely renewed study forms, introducing them by gradual introduction of individual entirely modernized models - however, with a significant content change as compared to the classical study plan: *clinical subjects and their teachers are included in the so-called preclinical part of the program, mostly and significantly in form of PBL⁸ modules.*

⁶ Nekateri analizirani študijski programi medicinskih fakultet:

Faculty of Medicine and Dentistry - The University of Birmingham, Great Britain

Medical School - The University of British Columbia, Canada

National University of Athens School of Medicine - Greece

Medical School - University of California, San Diego, USA

Presbyterian Medical Center - Columbia, USA

Medical Faculty Oporto - Portugal

Medical Faculty - University of Montpellier, France

Medical Faculty - University of Heidelberg, Germany

Medical Faculty - University of Lund, Sweden

Medical School - University of California, Irvine, USA

Harvard medical School - Boston, USA

Robert Wood Johnson Medical School - New Jersey, USA

The reason for such a program structure lies in the experience of Scandinavian and particularly Finnish medical faculties, where the completely modernized programs, based on PBL modules exclusively, proved to demand an essentially larger number of university teachers, which countries with a demographic pattern similar to that of Slovenia will have some difficulty in guaranteeing⁹. The experience of Finland, chosen for comparison with Slovenia due also to its high-quality educational system, shows that the complete modernization and renovation of study plans for medical schools should not be rushed since they do not offer the expected quality differences between graduates, but they do bring difficult structural problems. In analyzing numerous different study plans of medical faculties all over the world, the final choice of the present model was decisively influenced above all by the quality of individual programs¹⁰, demographic, social and cultural parallels as well as its accordance with the ECTS system (European Credit Transfer System, User's Guide, August 1997).

Of course, *Slovenian experiences* were examined carefully in discussions on the reform of undergraduate studies at the Medical Faculty in Ljubljana (resolutions of the Senate of the Medical Faculty in Ljubljana, 18/12/2000). As the basis of discussions on the modernization of undergraduate studies (list of clinical experiences and skills), the MF in Ljubljana suggested the Blueprint 1994¹¹ (on the basis of this report some countries, e.g. the Netherlands, reformed the medical programs at some of their faculties¹²) and outlined the basic aims of the reform. Among the more important aims it was recorded that in the classical undergraduate studies at the MF the proportion of the number of lessons between individual didactic forms within the same subject should be changed (more seminars, less classical lecture periods), that the undergraduate studies reform should decrease the average time needed by the students to meet their study obligations (the European Union recommends the duration of undergraduate studies for physicians in the EU to be 6 years. In 1999 the average duration was 7.6 years for medical students and 7.2 years for stomatology students.) and that the contents of theoretical subjects should be arranged so as to allow a better understanding of clinical medicine.

After analyzing the experience of numerous medical faculties abroad and particularly after analyzing the valuable experience of the Medical Faculty in Ljubljana, the presented program of the University in Maribor is the result of the extremely favorable experience (where again in contemplating various programs, the main weight was carried by good educational results) of modern Finnish medical faculties (particularly Turku¹³, Oulu¹⁴ and Kuopio¹⁵). The program follows the subject schedule of the mentioned Finnish medical faculties and their recommendation for a balanced pro-

Medical School - University Limburg, Netherland
The Faculty of Medicine - University of Oulu, Finnland

Faculty of medicine, dentistry, nursing&pharmacy - The University of Manchester, Great Britain

Faculty of Medicine - University of Rijeka, Croatia

Faculty of Medicine - University of Ljubljana, Slovenia

⁷ Koning J, Linders N, Smolders F, Willernstein. Medical education in Europe. An anthology of Med-Net conference presentations, Lille, Maastricht, 1999.

⁸ PBL - problem based learning. Glej tudi Medical education and didactics network. European Med-Net./www.med-net.nl/

⁹ Glej tudi Vodusek DB. Slovenske in evropske dimenzije razvoja študija nevrologije na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Stanovnik B, Golic L, Kralj A. Razvoj visokega šolstva v Sloveniji. SAZU. Ljubljana 2001.97-100.

¹⁰ Plevnik T. Dosežki mičejo, dobri zgledi vlečajo. Eurydice enota v Sloveniji. - www.mss.edus.si/eurydice/organ/finska.htm

¹¹ Pri nas znana kot nizozemska "Modra knjiga"

¹² Zaradi hitrega razvoja na področju medicine so poročilo večkrat posodobili. Glej tudi Medical education and didactics network. European Med-Net./www.med-net.nl/

¹³ www.utu.fi/med/tdk/english.html

¹⁴ www.medicine.oulu.fi/english/index.html

¹⁵ www.uku.fi/laitokset/coreunits

gram of education, the stress being on clinical subjects. The program is comparable with others in Europe, it is made for the credited study system and construed so that it allows the students to choose their subject schedule individually. The program characteristics do not deviate from those of modern balanced and foreign clinically structured and comparable educational programs.

Due to such a choice of program, its international mobility is guaranteed automatically. Apart from the teachers' and students' esteem in the field of scientific research, the practical execution of mobility will be secured by visits of foreign university teachers, the experience of professors from the Oulu (Finland) medical faculty being of special value.

Basic structure of presented program

Also in choosing the basic structure of the presented program, apart from foreign experiences those gained from the so far existing undergraduate studies at the Ljubljana MF were examined carefully. In its recommendations for the improvement of the undergraduate study timetable (resolutions of the Senate of the Medical Faculty in Ljubljana, 18/12/2000) it was stated that subjects with related or complementary contents should be combined, a vertical coordination should be established between theoretical and clinical subjects, the splitting up of lessons should be decreased and preparing for examinations should be made easier for the students, the students should be better acquainted with the responsibility and stress of the profession, they should learn the skills of communicating with patients, coworkers, the public (the mentioned contents should be learned gradually, beginning in the first year) and the study plan regarding the subjects of choice should be revised.

On account of such demands the Finnish model¹⁶ was chosen as it is considered to be exemplary: it is simple, clear, surveyable, it gives good results and students as well as teachers are comfortable with it. We should add the special attention which the Finns focus on contents and methods of education, education of teachers, *more opportunities for the individual, more choice and internationalization* - these are the key fields expressed by students of the Ljubljana MF after the medical study plan changes were made and which also ensue from the wishes of the curricular committee of the Ljubljana MF for a reforming of medical studies at the MF in Ljubljana. The Finnish model was also interesting due to the anticipated and careful inclusion of PBL modules into the preclinical part of the study plan. The Finns were able to avoid the reproach that the program was not sufficiently based on the fundamental sciences by offering medical students a parallel special educational program intended for researchers only, at the same time stressing that the basic intention of medical studies at the MF is to educate the students to carry out their medical profession on a satisfactory level.

So the aim of the presented medical program is above all to prepare the student for his independent work as physician. The program does ensue from the designed number of study weeks necessary to conquer the entire program as being 240 (360 ECTS points), a standard week based on evaluated 30 hours of work required to comprehend the individual content modules, and an academic year of 30 weeks (60 ECTS points). However, this framework has changed essentially in accordance with decisions made within the work group for medicine in the Socrates-Erasmus¹⁷ program valid for medical studies within the EU. The mentioned group evaluated that the medical study program at European MFs can not be carried out within the standard frame (360 ECTS) and all MFs are allowed a special calculation of ECTS points.

¹⁶ Plevnik T. Dosežki mičejo, dobri zgledi vlečajo. Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport, Urad RS za šolstvo. Eurodyce enota Slovenije. (www.mss.edus.si/eurydice/organ/finska.htm)

¹⁷ Medical education and didactics network. European Med-Net./www.med-net.nl/

The program is divided into five parts: basic subjects, special subjects, practical work, foreign languages and subjects of choice. The preclinical part takes two years and is composed of basic biomedical subjects with the addition of individual clinical subjects which can be included in the program on the basis of PBL modules or other forms of university education. *The contents of the preclinical part are thus composed in such a way that the individual subjects are closely bound to the clinical subjects and their teachers.* The duration of the clinical part itself is four years. In this period of time the program is concentrated on the occurrence, recognition, prevention and treatment of diseases. The clinical part of the program is closely connected with practical work going on at Maribor Teaching Hospital.

The program is conceived so that an optimal horizontal and vertical coordination is achieved between subjects, allowing the gradual inclusion of clinical cases into the lessons during the first two years of study.

The subjects of choice can be chosen by the students from among those found in the complete program. The chosen subject becomes a compulsory part of the student's program. The student completes his studies after passing all examinations and handing in his final paper (paper published in a journal with review).

Alongside the framework of the presented program, parallel studies are going on within the PBL modules. Within the PBL part, the first two years are covered by three modules named Nutrition and metabolism, Physical condition (cardiorespiratory function) and Life cycles. The modules are composed of individual cases from a collection of central problems¹³. For each PBL case, the group has three hours per week. There are 10 groups of 10 students. The PBL part is described in detail in a special annex.

A so-called "spiral study program"¹⁴ was prepared in the program of the MF of the University of Maribor. Its contents and form correspond to the structure of the program of Manchester and Oulu. The difference between both MFs and the presented program (both MFs have decades of experience in this field) lie merely in the fact that in Maribor Assistant Professors are foreseen as mentors of PBL groups for the first two years while in Manchester this part is taken over by students already during their first year.

Within the PBL modules the lessons are based on central problems structured didactically so that they cover all medical fields, and there are 200 in all. The contents of the central problems are studied again in the later years of study when the students have advanced in their program and the nature of their study is oriented more and more from theory to practice and more time is taken up by clinical practice.

The PBL runs parallel to lectures. The PBL does not imply a cancellation of lectures or seminars. For individual PBL problems the students have three hours per week at their disposal. Their meetings are headed by a mentor and perhaps other invited teachers (depending on the problem).

- The discussion of central problems in the first and second year (Phase 1 - transition from classical teaching methods to problem-solving) sets the basis of theory and practice, the scenarios from clinical practice are used to "trigger" learning and give it a practical sense which is not entirely covered by formal classes in clinical practice during the first two years.
- The discussion of central problems in the third and fourth year (Phase 2 - the development of independence in clinical surroundings) develops and evaluates the capacity in clinical surroundings. The written scenario in clinical practice connects theory with practice. The program contents again contain themes from years one and two.
- The aims of the fifth year (Phase 3 - reaching independence) are to help students reach a level of professional capacity to be able to perform their medical profession with satisfaction. There are no written scenarios here to trigger learning. The students, however, bring their own experience

from clinical practice back into the groups for problem learning where they are analyzed and where study aims are set which enrich their clinical work.

- Phase 4: In the year prior to gaining their licence, all this knowledge is applied in practice under the strict supervision of a mentor.

* Ivan Krajnc je bil rojen 15. 9. 1948 v Ožbaltu ob Dravi. Osnovno šolo je obiskoval v Rušah in gimnazijo v Mariboru, kjer je leta 1966 maturiral. Istega leta se je vpisal na Medicinsko fakulteto v Ljubljani, kjer je diplomiral leta 1973. Leta 1978 je opravil specialistični izpit iz interne medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Leta 1981 je magistriral, leta kasneje pa doktoriral na Medicinski fakulteti v Zagrebu. Leta 1986 je bil izvoljen in leta 1991 ponovno izvoljen za docenta za interno medicino, področje revmatologija, na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Leta 1996 je bil izvoljen za izrednega profesorja za interno medicino, področje revmatologija, na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Od leta 1988 je delal kot vodja oddelka za revmatologijo in imunologijo v Splošni bolnišnici Maribor, leta 1989 je postal vodja internega oddelka bolnišnice Maribor, leta 1997 pa kliničnega oddelka za interno medicino bolnišnice Maribor, Interne klinike Ljubljana. Od leta 1999 deluje kot strokovni direktor Splošne bolnišnice Maribor. Njegova bibliografija obsega 245 enot.

** Vojko Flis je bil rojen 7. 11. 1955 v Mariboru, kjer je končal osnovno šolo in gimnazijo. Medicinsko fakulteto je kočal leta 1979 v Ljubljani. V zadnjem letu študija je bil stipendist Humboldtove fundacije in je dva meseca preživel na nemških biomedicinskih raziskovalnih institutih. Po medicinski fakulteti je tri leta delal kot splošni zdravnik na Sladkem Vrhu. Leta 1982 je dobil mesto specializanta na oddelku za splošno kirurgijo Splošne bolnišnice Maribor. Med specializacijo se je usmeril v žilno kirurgijo. Specialistični izpit je opravil leta 1987 v Ljubljani. Med specializacijo se je izpopolnjeval na oddelku za kardiokirurgijo grške univerzitetne bolnišnice in na oddelku za žilno kirurgijo ustanove Texas Heart in Houstonu. Po specialističnem izpitu je pričel delati na novo ustanovljenem oddelku za žilno kirurgijo v Splošni bolnišnici Maribor, kjer dela še sedaj.

Po specializaciji se je izpopolnjeval na številnih uglednih tujih klinikah – med drugim ponovno v Texas Heart Institute v Houstonu in v bolnišnici Charing Cross v Londonu. Kirurgijo predava na Visoki šoli za zdravstvene delavce v Mariboru in na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Je član Evropskega združenja žilnih kirurgov (ESVS), Svetovnega združenja za kardiokirurgijo (ISCVS) in član mednarodnega združenja za hepatobiljarno kirurgijo (HPB). Ob tem se ukvarja tudi z mejnimi področjem medicine in prava (ob številnih zadolžitvah je bil tudi predsednik odbora za pravno-etična vprašanja pri Zdravniški zbornici Slovenije) in je sodnomedicinski izvedenec za kirurgijo. Objavil je številna strokovna in poljudna dela. Trenutno je težišče njegovega strokovnega dela usmerjeno na posebna vprašanja kirurgije golenskih arterij in kirurgije notranje karotide.

*** Gregor Pivec je bil rojen 19. 4. 1955 v Mariboru. Po končani osnovni šoli in gimnaziji se je vpisal na Medicinsko fakulteto v Ljubljani, kjer je februarja 1980 uspešno zaključil študij medicine. Po vojaščini je stažiral in delal v osnovnem zdravstvenem varstvu, v Splošni bolnišnici Maribor pa se je 16. 4. 1984 zaposil kot zdravnik s strokovnim izpitom na oddelku za splošno kirurgijo. Specializacijo iz splošne kirurgije je opravil na MF v Ljubljani 12. 1. 1989.

Vseskozi se je ob rednem strokovnem delu dodatno izpopolnjeval na priznanih klinikah v Avstriji, Nemčiji in ZDA ter poglobljal svoje strokovno znanje iz splošne in abdominalne kirurgije, posebej še iz kolorektalne kirurgije. V avgustu 1993 je pričel z uvajanjem endoskopske kirurgije.

Svoje strokovno delo in že začete intenzivne priprave na magistrski študij s področja splošne in abdominalne kirurgije je moral kasneje delno prekiniti in omejiti zaradi vse intenzivnejšega posvečanja menedžmentu v zdravstvu, ki je predstavljal del načrtnega kadrovanja v bolnišnici. S 1. 11. 1995 je bil imenovan za direktorja Splošne bolnišnice Maribor.



Spomin na prvo srečanje: prof. dr. Zoran Arnež, prof. dr. Matija Horvat, dr. Mladen Šolar, dr. Silvester Lango, prim. Janez Remškar, mag. Marko Bitenc, prof. dr. Stanislav Repše, dr. Marco A. Križ, prof. dr. Marija Bernik (z leve, foto: Amadej Lah)

Kardiovaskularne bolezni

Cardiovascular diseases

Koordinatorja: Peter Rakovec in Bojan Čerček

Bojan Čerček*

HDL like particles in atherosclerosis

About 70% of mortality from coronary artery disease can be explained from "traditional" risk factors. For every mg/d increase in high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C), there is a 3% increase in risk of significant adverse event. Similar inverse relationship has been established for apolipoprotein A-1, the major structural protein of HDL.

There are several exceptions to the rule: some low HDL states due to apolipoprotein A-1 mutations are not associated with increased risk of atherosclerosis and may even be protective. Elevated HDL resulting from deficiency of cholesterol ester transfer protein (CETP) due to mutation in the gene does not confer immunity against atherosclerosis.

In experimental studies injections of HDL or apolipoprotein A-1 prevented progression and promoted regression of the atherosclerosis.

HDL is increased with exercise, modest alcohol intake and cessation of smoking. Several trials with fibrates (Helsinki Heart Study, VA-HIT) have documented significant reduction in clinical events or reduced progression of angiographic disease (BECAIT). The increase in HDL levels was relatively modest, 10-15%. It is also unclear to what extent the beneficial effects were due to a significant decrease in triglycerides (15-40%). The most potent increase of HDL is with niacin, 20-40%.

The likely mechanisms of protective effects of HDL particles are stimulation of reverse cholesterol transport, antioxidant and anti-inflammatory effects, scavenging of toxic phospholipids, anti-thrombotic and profibrinolytic effects.

* Bojan Čerček graduated at Medical Faculty, University of Ljubljana, Slovenia. He completed his Ph.D. at the Karolinska Institute, Stockholm Sweden. Mr. Čerček completed his internship at the University Clinical Center, Ljubljana and his residency at the Universtiy Clinical Center, Ljubljana and at Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, where he also completed his fellowship. He is Professor in Residence, Department of Medicine, University of Califonira, Los Angeles and Visiting Professor, Medical Faculty, University of Ljubljana. He is also Director of Coronary Care Units, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, Chairman of the 4th year Students Cardiology Training Program-UCLA School of Medicine and Co-director of Atherosclerosis Research Center, Cedars-Sinai Research Institute.

Igor Gregorić*

Mechanical Circulatory Support: New pumps, new devices, and destination therapy

Currently there are thousands of people dying from heart failure each year. Heart transplantation is the ultimate surgical therapy for these morbidly ill patients after all other modalities have failed; however the organ supply is limited and oftentimes there is no heart readily available when the patient's own heart fails. In the United States, each year there are a minimal number, approximately 2500, transplants performed - primarily due to a shortage in organs donated. As an alternative, Mechanical Circulatory Support (MCS) is a viable therapy for severe end-stage heart disease.

Most obstacles to long-term MCS therapy have been overcome and a number of clinical trials, including the recent REMATCH trial, have shown a clear benefit in terms of survival and improved quality of life. MCS should therefore no longer be considered as simply a temporary bridge to other therapies but also a destination therapy whose potential should continue to expand through the development and use of newer, more innovative devices such as continuous flow pumps, next-generation centrifugal pumps, and total artificial hearts.

The homebound heart failure patient and the patient facing imminent death from massive myocardial infarction receive little statistical benefit from current therapies, and the new and evolving MCS technologies offer the potential for effective therapy to these morbidly ill patients.

* Igor D. Gregorić was born in 1955 in Slovenia. In 1979 he completed his Medical Degree (M.D.) at Medical Faculty, University of Ljubljana. Post-graduate training: Internal Medicine, Coronary Care Unit, Department of Emergency and Internal Medicine, Military Medical Academy, Belgrade; Family Practice, Health Care Department, Nova Gorica; General Surgery, Hospital of F. Derganc, Department of Surgery, Nova Gorica; University of Ljubljana, Clinical Center, Department of Surgery; Fellow, Cardiovascular and Thoracic Surgery, Texas Heart Institute at St. Luke's Episcopal Hospital, Houston, Texas; Resident, General Surgery, The University of Texas-Houston Health Science Center Medical School; Resident, Cardiovascular and Thoracic Surgery, Texas Heart Institute, Houston, Texas; Assistant Professor, University of Texas Health Science Center Medical School, Houston, Texas. Presently Dr. Gregoric is the Director of Mechanical Circulatory Support, as well as the Associate Chief of Transplant Services at St. Luke's Episcopal Hospital/ Texas Heart Institute. His research and instructional experiences include: Capillary microscopy clinical investigations, Hypothermic Spinal Cord Protection, Peripheral Vascular Disease, Aortic Valve Disease, Carotid Stents vs. Surgery Trials, Heart Failure, Heart Transplantation, Mechanical Circulatory Support, Jarvik Assist Devices (LVAD), Total Artificial Heart, Minimally Invasive Cardiac Surgery including MIDCAB as well as the use of Robotics in and Laser (TMLR) in Cardiac Surgery, and New Cardiac Valve Development. Additionally, Igor D. Gregorić is an author on numerous scientific publications.

Marko Noč*

Primary angioplasty for acute myocardial infarction

Primary angioplasty is currently the preferred strategy for restoration of epicardial patency in patients with ST-elevation acute myocardial infarction. This method has been gradually introduced in the University Medical Center Ljubljana since 1997. In the year 2001, a total of 260 patients with acute myocardial infarction admitted in the Center for Intensive Internal Medicine were treated by primary angioplasty. Epicardial patency with TIMI 3 epicardial blood flow was achieved in 91% yielding to in-hospital mortality of only 3.8%. Our retrospective study performed together with Cedars-Sinai Medical Center (Los Angeles, USA) pinpointed to the fact that patients with left anterior descending artery infarctions were more prone to "no reflow" phenomenon. "No reflow" phenomenon is a marker of compromised microvascular reperfusion which occurs despite successful restoration of epicardial patency. This is of practical importance since "no reflow" decreases myocardial salvage and compromise the outcome of patients with acute myocardial infarction. Accordingly, we are searching for potential strategies to facilitate microvascular reperfusion. Our preliminary data suggest that pretreatment with platelet glycoprotein IIb/IIIa antagonist, abciximab, may restore epicardial patency before angioplasty attempt in approximately 30%. Furthermore, abciximab pretreatment facilitates early resolution of ST-segment elevation which is increasingly recognized as an important surrogate endpoint of successful microvascular reperfusion following primary angioplasty.

* Marko Noč is Director of the Center for Intensive Internal Medicine and Professor of Medicine – Medical School Ljubljana, University Medical Center Ljubljana. Education and Professional Training: 1969-1977 Primary School in Radovljica, Slovenia; 1977-1981 High School, Gimnazija Jesenice, Slovenia, 1981-1987 Medical School Ljubljana, Slovenia, 1989-1995 Research Fellow and Resident (Internal medicine) – University Medical Center, Ljubljana, Slovenia; 1991-1993 Research Fellow-Department of Medicine University of Health Sciences /The Chicago Medical School, North Chicago, USA; 1994 he completed his Ph.D. in Cardiovascular Physiology, 1995-1996 Visiting scientist-Institute of Critical Care Medicine, University of Southern California, Los Angeles/Palm Springs, USA; 1999-2000 Clinical and Research Fellow in Interventional Cardiology – Cardiovascular Interventional Center, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, USA. Mr. Noč published over 130 international publications.

Borut Geršak*

Kirurgija na delajočem srcu

Valve Surgery on the Beating Heart

Objective: The concept of cardiac surgery on the beating heart is acceptable rationale for the cardiac surgery in the next millennium. Beating heart (off-pump) coronary artery bypass grafting (CABG) techniques have led us to consider the possibility for performing the aortic and mitral valve surgery (mitral valve repairs and replacements - with or without CABG) on the beating heart with the technique of retrograde oxygenated coronary sinus perfusion.

Methods: We used the technique of retrograde oxygenated blood coronary sinus perfusion in 78 patients (Group All) - (36 patients were with extremely low ejection fraction (Group X) - 62% of whom were in New York Heart Association (NYHA) class 4 and 34% of whom were in NYHA class 3). The procedures for the patients were: aortic, mitral and tricuspid valve surgery, in combination with CABG in ischaemic patients. CABG was done in all the cases off-pump. In addition we performed a case match study for 37 patients with good ejection fraction (51.65 ± 11.88) (Beating Heart Group) operated on the beating heart with most appropriate group of patients (No. 37) operated in our institutions on arrested heart (ejection fraction 51.07 ± 12.93) (Arrested Heart Group). The case match selection criteria were: gender, left ventricular ejection fraction, atrial fibrillation, hypertension, pulmonary hypertension, and diabetes. The selected beating heart group and selected arrested heart group were without statistically significant differences for the mentioned criteria.

Results: There were statistically significant differences between Beating Heart Group and Arrested Heart Group in the duration of Cardiopulmonary Bypass Time (69.35 ± 13.52 min. versus 93.59 ± 28.54 min.), $p < 0.001$, and statistically significant differences in Aortic Cross Clamp Time (46.5 ± 8.95 min. versus 61.5 ± 18.34 min.), $p < 0.001$. The values for Creatinin Kinase (CK) and LDH were not statistically different, however the absolute values for Beating Heart Group were lower. There was no statistical difference in complication rate for both the groups for: sternal infection, bleeding, death, atrial fibrillation, AV block and neurological complications.

The total early mortality for all the patients was 5.1% (4 out of 78) – for the group X 8.3 % (3 of 36 patients). Two were in-hospital deaths. One patient with triple-vessel disease and acute mitral insufficiency on IABP (Intra Aortic Balloon Pump) had been operated on 6 days after AMI (Acute Myocardial Infarction). The cause of the death was systemic MRSA (Meticillin Resistant Staphylococcus Aureus) infection - (eight days prior to our operation, arthrodesis of the talocrural joint

was performed by an orthopedic surgeon). The other death was a female patient who was operated on after previous multiple CVIs (cause of the death was CVI – Cerebrovascular Infarction). In addition, one patient died one month after the operation because of PVE (Prosthetic Valve Endocarditis) on aortic and mitral valves (silver-coated silzone aortic and mitral valves were implanted because of chronic latent asymptomatic tibial osteitis). None of these deaths were cardiac related.

Conclusions: We conclude that beating heart valve surgery (any combination) with or without CABG significantly lower the cardiopulmonary bypass and aortic cross clamp time.

In addition the advantages of beating-heart surgery are 1) the perfused myocardial muscle, 2) the heart is not doing any work, 3) no reperfusion injury, 4) the possibility for ablation of atrial fibrillation on the beating heart, and 5) testing of the mitral valve repair is done in real physiologic conditions in the state of left ventricle beating tonus. The procedure could be the procedure of choice for the valve operation or combined operations (valve operation and CABG) in high-risk patients with low ejection fractions.

* Borut Geršak has a specialist degree in cardiovascular surgery and works at The Department for Cardiovascular Surgery, University Clinical Center, Ljubljana and at Medical Faculty, University of Ljubljana. In 1996 he has been elected as associate professor of surgery. Education: 1983 Medical Degree – MD, 1988 Master of science MSc, 1991 Specialist degree in cardiovascular surgery, 1994 PhD. Borut Geršak was in 1986 visiting resident at University Hospital Mannheim, Germany and in 1989 at University Hospital Okayama, Japan. In 1995 he was visiting cardiovascular surgeon at the Department of Cardiovascular Surgery, University Hospital Zürich, Switzerland, (prof. Marko Turina) and in 1997 at Department of Cardiothoracic Surgery, Toronto Hospital, Toronto, Ontario, Canada, (prof. Tirone E. David). He was also principal researcher in 6 science projects financed by Ministry of Science and Technology, Republic of Slovenia and in 2 science projects financed by Institute Jozef Stefan. Borut Gersak is a member of International Society for Minimally Invasive Cardiac Surgery, International Society of Cardiovascular Surgery, a member of International College of Surgeons and Society of Thoracic Surgeons, USA. He published more than 100 publications, majority in international professional magazines. Prof. Gersak is the member of Editorial Board of Heart Surgery Forum Journal, guest editor of Computers in Biology and Medicine (Conference on Mechanics in Medicine and Biology; and Biomechanical Properties of the failing left ventricle). He organised or cooperated in organisation of the several international and national congresses. He is also a program director of an annual meeting International Symposium on Beating Heart Surgery, in Belo Horizonte, MG, Brazil and Member of Scientific Advisory Board of International Academy of Cardiology.

Tone Gabrijelčič*, Darko Zorman

Presaditev srca v Sloveniji

V Sloveniji smo prvo presaditev srca izvedli v Ljubljani leta 1990. Do septembra 2002 smo opravili skupno 40 takih posegov. Bolniki so bili stari od 24 do 67 let (povprečno 48.4 ± 9.9), med njimi je bilo 6 žensk in 34 moških. Vsi so bili v III. ali IV. klasifikacijskem razredu, v končni srčni odpovedi zelo slabo kakovostjo življenja in s slabo prognozo.

V 26 primerih je bila osnovna bolezen dilatativna, v 14 pa ishemična kardiomiopatija. Sedem bolnikov je imelo pred tem že premostitveno koronarno operacijo, en bolnik pa dva posega (zamenjavo aortne zaklopke in nato operacijo po Bentallu). 31 darovanih src smo odvzeli v naši, 9 pa v drugi ustanovi. Opravili smo 32 klasičnih posegov po Schumwayu in 8 z bikavalno anastomozo.

Zgodnja smrtnost je bila 17-odstotna (7 bolnikov). V prvem letu po presaditvi so 3 bolniki umrli zaradi okužbe pljuč (aspergiloze pri dveh in bakterijske pljučnice pri enem). En bolnik je umrl za-

radi CVI mesec dni po operaciji, drugi pa nenađne smrti 6 mesecev po posegu, verjetno v zvezi z akutno zavrnitvijo.

V prvem letu po presaditvi smo uspešno zdravili 19 primerov akutne zavrnitve pri 16 bolnikih, pozno zavrnitev pa pri 4 bolnikih. Po prvem letu po operaciji zaradi okužbe ni umrl nihče več, 5 bolnikov je umrlo zaradi nenađne smrti (3), zaradi progresivne koronarne bolezni (1) in zaradi pooperativnih zapletov po nesrčni operaciji (poizkusu zapore črevesne stome). Živih je 25 bolnikov, najdlje 8 let.

Razen pri 3 bolnikih z zgodnjo ustrezno ravnjo ciklosporina in brez potrebe po litični terapiji je bila indukcija imunosupresije 4-tirna. Pri omenjenih treh smo uspešno uporabili basiliximab. Če je bila srčna funkcija 6 mesecev po presaditvi dobra, smo ukinili steroide (pri 17 od 25 bolnikov). Pri 9 bolnikih, operiranih pred letom 1997, je bilo 5-letno preživetje 75-odstotno. Pri preživelih bolnikih se je kakovost življenja praviloma izredno izboljšala, 4 bolniki pa imajo težave s kostmi in mišicami, kar jih omejuje v dejavnosti.

Čeprav so bili v zadnjem času zaradi sprejemanja tudi bolnikov v zelo slabem stanju rezultati nekoliko slabši, lahko zaključimo, da je presaditev srca tudi v našem okolju izvedljiva in uspešna možnost zdravljenja končne srčne odpovedi.

* Tone Gabrijelčič se je rodil 24. junija 1945 v Ljubljani, kjer se je tudi šolal in leta 1970 končal Medicinsko fakulteto. Leta 1971 je pridel specializacijo kirurgije s predvideno usmeritvijo v kardiovaskularno kirurgijo. Leta 1975 je opravil izpit pri ameriški Educational Commission for Foreign Medical Graduates in se nato eno leto izpopolnjeval iz kardiokirurgije na Univerzi Oregon v Portlandu pri prof. Albertu Starru.

Po povratku leta 1979 je opravil izpit iz splošne kirurgije in se posvetil srčni in žilni kirurgiji.

Leta 1985 je bil habilitiran za asistenta na področju kardiovaskularne kirurgije, 1990. je uspešno zagovarjal magistersko nalogu, leta 1993 pa doktorsko disertacijo. Od 1. 1. 1993 je predstojnik Kliničnega oddelka za kirurgijo srca. V letu 1995 je bil izvoljen v naziv docenta za predmet kirurgija.

Tone Gabrijelčič je avtor in soavtor številnih strokovnih clankov, je predsednik Društva slovenskih kardiovaskularnih in član večih domačih in tujih strokovnih združenj.

Predstavitev tem s področja organiziranosti zdravstvenega sistema

Themes of health related systems in slovenia and abroad

Koordinatorji: Andrej Bračun, Jure Bajuk in Majda Kregelj Zbačnik

Marko Bitenc*

Vloga Zdravniške zbornice v pretoku delovne sile v EU

Povzetek

Zdravniška zbornica Slovenije je v okviru javnih pooblastil pristojna za podeljevanje dovoljenj za delo zdravnikom in zbozdravnikom, ki na področju Republike Slovenije opravljajo zdravniško službo. V predavanju bo podrobnejše predstavljenno pridobivanje dovoljenja za delo in potrebnih izpolnjenih pogojev po posameznih področjih:

- pridobitev licence za samostojno delo v Sloveniji za delo na področju splošne medicine (specialist) in splošne stomatologije za kandidate z delovnimi izkušnjami,
- pridobitev licence za samostojno delo v Sloveniji za delo na področju splošne medicine (specialist) za mlade zdravnike po končani medicinski fakulteti (torej brez delovnih izkušenj),
- pridobitev licence za samostojno delo v Sloveniji za zdravnika oziroma zbozdravnika specialista,
- priznanje v tujini pridobljenega specialističnega naziva,
- vsebina strokovnega izpit za zdravnike splošne medicine in zdravnike specialiste,
- vsebina strokovnega izpit za doktorje stomatologije in specialiste stomatologije.

* Marko Bitenc je rojen v Ljubljani leta 1961, kjer je obiskoval osnovno šolo in leta 1979 maturiral na gimnaziji Ljubljana Bežigrad. Istega leta se je vpisal in bil sprejet na Medicinsko fakulteto Univerze v Ljubljani. Diplomiral je leta 1985. Po končanem študiju je opravljal pripravnštvo predvsem v Kliničnem centru Ljubljana in po strokovnem izpitu delal štiri meseca kot splošni zdravnik v Zdravstvenem domu Ljubljana Bežigrad.

Leta 1987 se je zaposlil kot mladi raziskovalec na Kirurški kliniki v Kliničnem centru v okviru raziskovalnega programa Onkologija v kirurgiji. Sodeloval je v skupini prof. dr. Staneta Repšeta pri raziskovalni nalogi v zvezi z rakom želodca in v skupini prof. dr. Janeza Orla pri raziskovalni nalogi v zvezi s pljučnim rakom. Leta 1989 je začel s specializacijo iz splošne kirurgije pod mentorstvom prof. dr. Janeza Orla, hkrati pa tudi magistrski študij. Magistriral je leta 1992 z zagovorom magistrskega dela *Vpliv diagnostične mediastinotomije na nastanek citološko pozitivnega plevralnega izliva*. Leta 1993 je opravil specialistični izpit in se kot kirurg zaposlil na takratni Kliniki za torakalno kirurgijo v Kliničnem centru v Ljubljani. Istega leta je bil izvoljen Leta 1994 je bil imenovan za predmet kirurgija na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Slovenije, leta 1996 pa je bil izvoljen za predsednika odbora za socialno-ekonomiska vprašanja pri Zdravniški zbornici leta 1996 do 2001 je bil član Zdravstvenega sveta Republike Slovenije. Od leta 1994 je član Evropskega združenja torakalnih kirurgov in od leta 1997 član izvršilnega odbora EFMA (European Forum of Medical Associations). Leta 1996 je postal koordinator mednarodne študije IALT (International Adjuvant Lung cancer Trial). Od leta 1998 je član iniciativnega odbora za organizacijo sestankov slovenskih zdravnikov iz sveta in zbornice Slovenije do leta 2004.

Jure Bajuk*

Vrnitev slovenskih zdravnikov v Slovenijo

Slovenija potrebuje zdravnike. Znano je, da živi v Argentini, deželi v Južni Ameriki, veliko število Slovencev. Na 22 medicinskih fakultetah v Argentini študira 65.000 študentov medicine. Na teh akademskih centrih je že diplomiralo veliko Slovencev.

Da bi pridobili čim bolj realno sliko, je bila napravljena anketa. Cilj ankete je bil ugotoviti, koliko argentinsko-slovenskih zdravnikov bi bilo zainteresiranih za vrnitev ali priselitev v Slovenijo ter kakšni so njihovi interesi, želje in pričakovanja v zvezi s tem.

Za opravljanje zdravniške službe je potrebno najprej nostrificirati diplomo, poleg tega so tu še vsi pravni in drugi pogoji, katerim je treba zadostiti za pridobitev licence za delo na področju splošne medicine ali specializacije. Ti postopki niso ne lahki ne hitri in pomenijo tudi izdatke.

Ob koncu je potrebno dodati, da so posledice preselitve, vrnitve v Slovenijo in začetek novega poklicnega in družinskega življenja v novem okolju zadeve, ki jih je nujno treba upoštevati, ko se razpravlja o možnosti vrnitve in naselitve zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev v Slovenijo.

*Jure Bajuk je rojen 14. julija 1942 v Ljubljani. Diplomiral je kot zdravnik na Medicinski fakulteti, Univerzidad National de Cuyo, Mendoza, Argentina (12. septembra 1968). Stalno prebivališče: Bandera de los Andes 4360 – 5521 Villa Nueva, Guaymallen Mendoza, Argentina. Diploma zdravnika je nostrificiral na Univerzidad de Chile decembra 1968 v Čilu. Poklicno delo v Argentini vključuje: zdravnik kirurskega oddelka Hospital Ferroviario Mendoza, Argentina (Železničarska bolnišnica) (1972–1974). Instruktor diplomiranih zdravnikov na kirurskem oddelku 22. novembra 1994 do danes. Od junija 1998 je tudi član etičnega sodišča mendoške zdravniške zbornice.

Dorjan Marušič*

Organizacija zdravstva v Sloveniji

Izvleček

Sedanja organizacijska shema zdravstvenega sistema z vsemi odnosi med posameznimi elementi je sad zgodovinskega razvoja in veljavne zdravstvene zakonodaje iz leta 1992 s postavljivo osnovno današnje sheme obveznega in prostovoljnega zavarovanja, uvajanja zasebnosti v zdravstveni sektor ter prenosa nekaterih administrativnih nalog k zbornicam. Tako je v sedanjem sistemu večina javno zaposlenih zdravstvenih delavcev državnih uslužbencev.

Z zakonodajnimi in izvršnimi telesi ima država administrativno in upravljalsko vlogo s pripravo ali predlaganjem zakonov in podzakonskih aktov, standardov, odgovorna pa je tudi za razvoj in implementacijo preventive in promocije zdravja.

Na primarni ravni izvajajo zdravstveno dejavnost javni in zasebni izvajalci. Občine so lastniki in upravljalci javnih zdravstvenih domov in postaj ter dispanzerjev, kjer se izvaja urgentna medicina, splošna in družinska praksa, zdravstveno varstvo otrok in žena, nega na domu, laboratorijska in druga diagnostika, zbozdravstvena preventiva in zdravljenje otrok ter odraslih, fizioterapija ter lekarška dejavnost. Zaradi take postavitev in ohranitve nekaterih dispanzerjev so že na primarni ravni vključeni posamezni usmerjeni specialisti, kot pediatri, ginekologi in psihiatri.

Specialistično zdravstveno varstvo na sekundarni in terciarni ravni se izvaja v bolnišnicah, institutih, ambulantah in zdraviliščih. Ob regionalno osnovanih bolnišnicah imamo posamezne specializirane bolnišnice. Univerzitetna bolnišnica, klinični oddelki in inštituti so organizirani večinoma na nacionalni ravni in izvajajo visoko specializirane usluge, skrbijo za kontinuirano izobraževanje, prenos znanja in razvoj stroke. Na sekundarni ravni deluje tudi nekaj zasebnih izvajalcev in diagnostičnih centrov, ki pa imajo večinom sklenjeno pogodbo z ZZZS.

Nacionalni razvojni načrt zdravstvenega varstva je vključen v leta 2000 sprejeti nacionalni program Zdravje za vse do leta 2004.

* Dorjan Marušič se je rodil 13. junija 1957 v Kopru. Po maturi na Slovenski gimnaziji v Kopru leta 1976 je študij nadaljeval na Fakulteti za naravoslovje in tehnologijo, Oddelek za matematiko, Univerze v Ljubljani. Diplomiral je leta 1981 in pridobil naslov diplomirani inženir teoretične matematike. Po študiju medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani je leta 1989 pridobil še naziv doktor medicine. Specializacijo iz interne medicine je opravil leta 1995, med leti 1991 in 1998 pa še več podiplomskih izobraževanj in izpopolnjevanj s področja interne medicine. Leta 1989 se je kot zdravnik pripravnik zaposlil v Zdravstvenem centru Koper. Kot specializant in specialist interne medicine je delal v Splošni bolnišnici Izola in na univerzitetnih internih klinikah v Ljubljani. Od leta 1998 je bil vodja enote za intenzivno interno terapijo, maja 2000 pa je postal strokovni direktor Splošne bolnišnice Izola.

Je avtor ali soavtor več kot 20 bibliografskih enot v angleškem in slovenskem jeziku v strokovnih revijah in zborniki ter več kot 50 poljudnih člankov oziroma javnih nastopov v elektronskih medijih. Predaval je na številnih kongresih in strokovnih srečanjih. Je strokovni vodja koronarnega društva Slovenske Istre in podpredsednik strokovnega sveta Zveze koronarnih društev in klubov Slovenije. Poleg tega je še član združenja za urgentno medicino Slovenije, član Slovenskega združenja za intenzivno medicino ter član Združenja kardiologov Slovenije. Za državnega sekretarja na Ministrstvu za zdravstvo je bil imenovan 14. decembra 2000.

Franc Košir, Boris Kramberger

Mobilnost pacientov v evropskih zdravstvenih sistemih - slovenski primer

Klub svoji zemljepisni majhnosti in s tem dejству, da na nek način vsi njeni prebivalci živijo ob meji, Slovenija po vključitvi v Evropsko unijo ne pričakuje opaznih premikov slovenskih bolnikov čez mejo za uveljavljanje zdravstvenih storitev v tujini, kot tudi ne premikov v nasprotni smeri.

Osnovni razlog za takšno oceno je relativno uspešno in kakovostno delovanje sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. V procesu modernizacije teh področij (v okviru zdravstvene reforme, začete leta 1992) je Slovenija iskala sprejemljive rešitve v državah s sorodnim sistemom na podlagi Bismarckovega modela socialnega zavarovanja in zanj značilnega samoupravljanja (Nemčija, Avstrija, Nizozemska idr.). Ker javnih sredstev za zdravstvo (tj. sredstev v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja) ni bilo mogoče povečevati, je bil izhod v prostovoljnem zavarovanju. Danes Slovenija namenja za financiranje zdravstvenih programov in denarnih nadomestil okoli 7,1 odstotka bruto družbenega proizvoda (BDP), dodatnih 1,1 odstotka BDP pa je zasebnih sredstev (prostovoljno zdravstveno zavarovanje). Skupna poraba za zdravstvo na prebivalca znaša okoli 1.120 USD (PPP). Zaradi te dokaj ustrezne, z narodnogospodarskimi zmožnostmi usklajene osnove je bilo v preteklem desetletju financiranje zdravstva sorazmerno stabilno. Primerjave kažejo, da se cene zdravstvenih storitev približujejo in včasih celo povsem usklajujejo z evropskim poprečjem. V tem času se je občutno izboljšal tudi materialni položaj izvajalcev, zlasti plaće zdravnikov.

Zato v Sloveniji ne pričakujemo večjih težav pri izvajanju koordinacije sistemov socialnega varstva v okviru regulacij 1408/7 in 574/72 glede uveljavljanja zdravstvenih storitev državljanov v tuji državi. Predpostavljamo lahko namreč, da bodo evropski zdravstveni sistemi, tudi ko bodo v večji meri omogočali izbiro in uveljavljali prosti pretok ljudi, upoštevali in izhajali iz načela, da se pri povraccih pokrivajo stroški za zdravstvene storitve, ki se opravijo v tujini, v enaki višini, kot bi te storitve stale pri njih doma. Pri slovenskih zavarovancih to pomeni, da bodo iskali storitve v kaki drugi državi EU verjetno le v primeru, ko razlike v cenah posameznih storitev med državama ne bodo velike. Če k temu dodamo še kulturološke in jezikovne dejavnike, ki bolnike v vseh državah usmerjajo predvsem k domačim zdravnikom, bo število bolnikov, ki bodo odhajali v tujino ali prihajali v Slovenijo po lastni odločitvi, dokaj neznatno, omejeno predvsem na obmejne kraje.

Klub temu tudi v Sloveniji, sledeč ne le odločitvi evropskega sodišča o zadavi Kohl in Decker, temveč tudi določenim lastnim pobudam za bolj kakovostno oskrbo bolnikov, že poteka razprava o povsem konkretnih projektih za lajsanje dostopnosti do storitev, večjo izbiro in večjo mobilnost bolnikov. Gre predvsem za načelne pobude in odločitve, ki naj bi uvedle določeno tekmovalnost, izboljšale dostopnost do storitev in povečale kakovost določenih postopkov.

Pri tem ne gre le za t. i. zdravljenje v tujini kot pravico slovenskih zavarovancev, ki ob predhodni odobritvi posameznih konzilijev strok nastopi le v primeru, ko se določene vrhunske metode diagnostike in zdravljenja ne izvajajo v Sloveniji. Poseben primer je tudi dogovarjanje obmejnih regij med Slovenijo in Italijo, ki pripravlja poseben sporazum o obmejnem sodelovanju. Gre za zelo konkretnе pobude, ki se nanašajo na skupno izrabo bolnišničnih in drugih zmogljivosti na obeh straneh meje, izmenjavo zdravstvenih delovnih skupin, sodelovanje pri dežurstvu in druge dejavnosti pri zdravljenju slovenskih in italijanskih bolnikov. Podobna razmišljanja so prisotna tudi v nekaterih drugih obmejnih regijah.

Čeprav za dotok tujih bolnikov v Slovenijo že danes ni pravnih ovir, na minimalen pritok bolnikov iz tujine vpliva predvsem dejstvo, da so zdravstvene zmogljivosti v Sloveniji danes postavljene zelo racionalko. Prostih kapacet, to velja še zlasti za zdravnike, je na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenih dejavnosti zelo malo. V kolikor takšne iniciative obstajajo v javni zdravstveni mreži, gre za pobude in sprejem tujih bolnikov v omejenem obsegu, predvsem v okviru ambulantno-specialistične dejavnosti. Pri zasebnikih, ki delujejo zunaj javne mreže, se te pobude razvijajo na osnovi ponudbe in povpraševanja - največ pri specialističnih diagnostičnih storitvah, estetskih kirurških storitvah idr. Zaradi naravnih danosti, dolge tradicije in zelo kakovostne ponudbe v Sloveniji je verjetno najznačilnejša ponudba za evropske paciente na področju rehabilitacijskih storitev oziroma zdraviliškega zdravljenja.

Ervin B. Podgoršak*

Ameriški in kanadski sistem zdravstva: podoben klinični standard, različno financiranje

Državi ZDA in Kanada si delita severnoameriško celino, imata zelo podoben ekonomski sistem in sta ena drugi najboljši trgovski partner. Po površini sta državi skoraj enaki, po številu prebivalcev pa so ZDA približno 10-krat večja država kot Kanada. Življenska raven je podobna v obeh državah, bruto narodni dohodek na prebivalca pa je precej večji v ZDA kot v Kanadi.

Kanada je socialno bolj osveščena in socialne razlike med sloji prebivalstva so mnogo manjše kot

v ZDA. V veliki meri je to odraz bistvene razlike med zdravstvenima sistemoma v obeh državah: ZDA imajo večinoma zasebno zdravstvo, medtem ko je zdravstvo v Kanadi v glavnem socializirano. Plačnik zdravstvenih storitev v ZDA so zasebne zavarovalnice ali bolnik sam, če nima zasebnega zdravstvenega zavarovanja. V Kanadi je plačnik zdravstvenih storitev vlada posamezne province, ki pa dobi delno podporo iz zdravstvenega proračuna federalne vlade. V Kanadi so vsi državljeni in njeni legalni prebivalci avtomatično zdravstveno zavarovani, ne glede na socialni status, delovno razmerje, starost in zdravstveno stanje. V ZDA so prebivalci zavarovani večinoma skozi delovna razmerja; federacija pokriva stroške za zavarovanje državljanov, starejših od 65 let, posamezne države pa krijejo stroške za najrevnejše prebivalce. Preko 40 milijonov (15 odstotkov) prebivalcev ZDA ostane zunaj teh treh kategorij in tako nima nobenega zdravstvenega zavarovanja.

Zdravstveni standardi so si podobni v obeh državah, vendar porabijo ZDA za zdravstvo mnogo večji delež (14 odstotkov) bruto narodnega dohodka kot Kanada (9,5 odstotka). Na leto porabijo ZDA za zdravstvo 4.200 dolarjev na prebivalca, Kanada pa le polovico tega zneska (2.100 doaljev). Kanadski sistem zdravstva je s socialnega pogleda bolj sprejemljiv kot ameriški, a ima težave s finančiranjem, ker pridobiva sredstva z davki na dohodek, po mnenju prebivalstva pa "so davki vedno previsoki in socialne ugodnosti prenizke". Nezadostna vladna podpora kanadskemu zdravstvu se odraža v pomanjkanju zdravstvenega osebja in zdravstvenih aparatur ter v dolgih čakalnih dobah za diagnostične in terapevtske posege. Ker so vsi zdravstveni pokazatelji (npr. življenjska doba, umrljivost dojenčkov, umrljivost mater pri porodu, zavarovanje celotnega prebivalstva itd.) v prid Kanadi v primerjavi z ZDA, pridemo do zaključka, da je, kljub problemom, kanadski sistem zdravstva cenejši, bolj učinkovit in socialno bolj sprejemljiv kot ameriški.

* Ervin B. Podgoršak is a medical physicist, educator and administrator. He was born in Vienna, Austria and attended elementary and secondary school in Ljubljana, Slovenia. In 1968 he graduated in Physics at the University of Ljubljana and then attended graduate school at the University of Wisconsin in Madison, Wisconsin, USA where he obtained his Ph.D. degree in Physics in 1973. During 1973-74 he held a post-doctoral fellowship at the University of Toronto and at the Ontario Cancer Institute in Toronto, Canada. Since 1975 he has been employed at McGill University in Montreal, Canada where he currently holds positions of Professor of Medical Physics as well as Director of the Medical Physics Unit in the Faculty of Medicine and Director of the Medical Physics Department at the McGill University Health Centre. Dr. Podgorsak published over 200 medical physics articles, gave numerous scientific presentations, and supervised a large number of graduate students in medical physics. He is also very active in North American medical physics organizations.

Božidar Voljč*

Etična merila pri odločitvi o indikacijah in prednostnih merilih za posege, ki jih vsem ne moremo zagotoviti

Razvoj zdravstva povečuje njegove stroške, naraščajo pa tudi potrebe po zapletenih zdravstvenih storitvah. Prispevki za zdravstveno varstvo ne pokrijejo več vseh stroškov, zato je treba najti nove možnosti financiranja zdravstva. Ker vseh zdravstvenih storitev ni več mogoče nuditi vsem, je potrebno podrobneje opredeliti prednostna merila. Pri opredeljevanju prednosti je potrebno upoštevati vrednote: enakost, pravičnost in cloveško dostojanstvo. Te so v vsakem posamičnem primeru združene v strokovni presoji objektivnosti potrebe po zdravstveni storitvi. Prednosti je možno opredeljevati tudi s stališča javnega zdravstvenega interesa, kar pa je bolj v interesu zdravstvene politike.

Podrobneje je opisan švedski primer prednostne lestvice, ki izhaja iz potrebe posameznika in upošteva tudi etične vrednote evropske kulture.

Ethical principles in deciding about indications and priority criteria for services not available to everyone

Development of the health care increases its cost as well as increasing demands for sophisticated professional services. Health care insurances can no longer cover all costs of health services and they search for additional financial sources. Since all health care services can no longer be offered to all patients, priority guidelines are needed which shall include principles of human dignity, equity and justness. In each case these are included in professional judgement of the objectiveness of the need for health care treatment. Priorities can also be evaluated from the aspects of public health which serves more the interests of health care politics.

The Sweedish case of priority scale is described, which emerges from the need of a single person and includes the forementioned ethical values.

* Božidar Voljč je rojen 3. januarja 1939. Leta 1963 je diplomiral na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Podiplomsko izobraževanje: 1974 javno zdravstvo, medicinska fakulteta v Ljubljani in v Zagrebu; 1977 specializacija iz družinske medicine; 1980 magisterij, Škola narodnog zdravlja, Zagreb; 1989 doktorat znanosti, Medicinska fakulteta v Ljubljani. Strokovne izkušnje: 1964: splošni zdravnik, Dobrovnik v Prekmurju; 1965–1980: splošni zdravnik, Ribnica na Dolenjskem; 1979–1981: direktor zdravstvenega doma, Ribnica na Dolenjskem; 1981–1985: generalni direktor Zdravstvenih domov Kočevje in Ribnica na Dolenjskem; 1985–1986: vodja Oddelka za razvoj zdravstvenega varstva, Zdravstveni dom Ljubljana; 1986–1992: direktor Zavoda RS za transfuzijo krvi; 1992–1997: minister za zdravstvo Republike Slovenije; 1999–2002: vršilec dolžnosti direktorja Zavoda RS za transfuzijo krvi. Od leta 2002 naprej je Božidar Voljč direktor Zavoda Republike Slovenije za transfuzijsko medicino.

Marija Avguštin*

Delovanje okulistov v nenavadnih demografskih in geografskih razmerah

Argentina je 2.800.000 km² velika dežela na južnem delu Latinske Amerike s 36.223.947 prebivalci. Glavno mesto, Buenos Aires, šteje 2.768.772 prebivalcev na 200 km² površine, predmestje pa šteje 8.684.953 prebivalcev na 3.630 km² površine; skupaj torej 11.453.725 prebivalcev.

Provinca Santa Cruz leži na jugu Argentine, je druga po površini (za provincijo Buenos Aires), meri 243.943 km² in je zelo malo običajena: 197.191 prebivalcev po zadnjem štetju leta 2001, kar pomeni 0,8 odstotka celotnega prebivalstva dežele. To je 0,5 prebivalca na km². Glavno mesto province Santa Cruz je Rio Gallegos. Leži na jugu province in šteje skoraj polovico prebivalstva province. Drugo mesto je Caleta Olivia, ki leži na severu province in šteje okrog 30.000 prebivalcev. Ostali prebivalci so razprtjeni v manjših mestih, manjšina pa na deželi. Na taki površini so razdalje ogromne. Nekatera mesta pa so več kot tisoč km od glavnega. Od Rio Gallegosa do Buenos Airesa je 2.600 km, tri ure vožnje z letalom ali 36 ur na avtobusu. Razdalji in premajhnemu številu asfaltiranih poti se pozimi pridruži še ena težava: sneg in led.

Provinca Santa Cruz ima dobro opremljene javne bolnišnice, predvsem v glavnem mestu Rio Gallegos in v mestu Caleta Olivia. Vsako manjše mesto ima tudi manjšo bolnišnico. Tri javne bolnišnice imajo očesno kliniko: Rio Gallegos, Caletą Olivia in Pico Truncado. V provinci deluje 15 okulistov. V Rio Gallegosu 8 (3 v bolnišnici in 5 v zasebnih praksi), v mestu Caleta Olivia 4 (1 v bolnišnici, 3 zasebniki), po eden pa v mestih San Julian, v Puerto Deseado in Pico Truncado.

Ministrstvo za zdravstvo organizira občasna potovanja raznih specialistov (med njimi je tudi okulist) v manjša mesta, da tam nekaj dni opravljajo svoje delo in s tem rešijo večino problemov. Tudi nekateri okulisti, ki delajo v zasebnih praksi, potujejo občasno v manjša mesta. Kadar se pojavi primer, ki ne more počakati na prihod specialistov, se bolnika prepelje v glavno mesto. Prav tako v primeru, če je potrebne več tehnologije, ne le osnovna aparatura, ki jo prevažajo poleg.

Operacije sprednjega dela očesa se izvajajo v Rio Gallegosu (v javni bolnišnici in v zasebnem centru) ter v mestu Caleta Olivia (zasebno). Paciente, ki potrebujejo vitreoretinalno kirurgijo, je potrebno prepeljati v Buenos Aires (2.600 km). Prav tako kakšne posebne otroške primere in paciente za refraktivno kirurgijo. Laserje imamo (argon, yag in diodo), in sicer 3 v Rio Gallegosu (1 v bolnišnici in 2 zasebna) ter 1 v Caleti Olivii (zaseben).

Tako skušamo nuditi vsemu prebivalstvu okulistično oskrbo. V večjih mestih to ni problem, vsak ima možnost oskrbe, bodisi v bolnišnici ali v zasebnih ambulantah. V manjših mestih, kjer ni stalno stanujočega okulista, se večina primerov reši ob potovanju specialista z osnovno aparaturo. Če ima pacient težji problem ali ne more počakati na prihod specialista, ga prepeljejo v kraj, kjer je na voljo ustrezna tehnologija. Ministrstvo za zdravstvo in zdravstveni zavodi krijejo te stroške ter s tem olajšajo življenje prebivalcev v tako samotnih in oddaljenih krajih.

* Marija J. Avguštin je bila rojena 14. novembra 1962 v Buenos Airesu, Argentina. Na medicinski fakulteti Buenosaireske univerze (Universidad de Buenos Aires) je diplomirala kot zdravnica leta 1987. Med leti 1989 in 1992 je opravila specializacijo kot okulist v bolnišnici svete Lucije. Med leti 1992 in 1997 je bila zaposlena kot specialista v bolnišnici svete Lucije, v oddelkih keratoplastike, ablacie in dežurne službe. Od 1993 do 1996 je bila zadolžena za mentorstvo specializantom na oddelku keratoplastike. V letih od 1993 do 2000 je delovala kot okulist v zasebni praksi v predmestju Buenos Airesa, od leta 2000 pa deluje v Rio Gallegosu, Provinca Santa Cruz, kjer je leta 2001 organizirala prvo srečanje okulistov v južni Patagoniji.

Predstavitev raziskovalnega dela slovenskih zdravnikov doma in po svetu

Presentation of research work of slovenian medical professionals at home and abroad

Koordinatorja: Mirko Jung in Matija Dolenc

S sodobno diagnostiko do zgodnjega odkrivanja Alzheimerjeve demence

Alzheimerjeva bolezen (AD) je najbolj pogosta oblika demence, ki je v ZDA odgovorna za več kot 100.000 smrti na leto in za katero je do sedaj zbolelo okoli 4 milijone odraslih oseb, starejših od 67 let.

V ZDA se ljudje starajo hitreje kot kdajkoli prej v do sedaj zabeleženi zgodovini. Za tako imenovanjo generacijo "baby boomers" – ljudi, rojenih med 2. svetovno vojno ali takoj po njej - statistika napoveduje, da bo večina tistih, ki bo živila do 85. leta, postala del populacije 14 milijonov bolnikov, ki bodo umrli z AD. Povprečna starost, ko ljudje zbolijo za AD, je 67 let, vendar gre pri vsaj 10 odstotkih pacientov za tako imenovano "družinsko AD". V tej podskupini bolnikov se bolezenski znaki AD začnejo kazati že pred 65. letom.

Značilno za Alzheimerjevo bolezen je, da se začne neopazno z motnjami spomina predvsem za sveže dogodke in napreduje razmeroma počasi, zlasti pri pozrem začetku. Možna so krajsa ali daljša obdobja, ko se bolezen upočasni. Od začetnih težav do smrti mine od 3 do 20, v povprečju od 8 do 10 let. Znano je, da so v možganih bolnikov z Alzheimerjevo boleznijo prisotne senilne lehe in nevrofibrilarne pentlje. V senilnih lehah se kopici spremenjena oblika beljakovine, ki je sicer v zdravih možganih, v živčnih celicah pa se kopijoči v viačnico zvite nitaste strukture, ki oblikujejo nevrofibrilarne pentlje. Zaradi kopičenja senilnih leh in nevrofibrilarnih pentelj odmirajo živčne celice, kar povzroči globalno cerebralno atrofijo pri bolnikih z AD.

Diagnoza AD je trenutno možna le ob avtropsiji, ki je osnovana na identifikaciji beta-amiloidnih senilnih leh ter nevrofibrilarnih pentelj. Iz tega sledi, da moramo zdravniki postaviti diagnozo "možne" ali "verjetne" AD, ko so pacienti še živi. Kljub temu lahko zdravniki (predvsem nevrologi ter geriatrični psihiatri), ki se v specializiranih centrih največ ukvarjajo z geriatričnimi pacienti, z 90-odstotno verjetnostjo pravilno diagnosticirajo paciente v najzgodnejših stopnjah AD.

Najrazličnejši testi se uporabljajo za diagnostično evaluacijo "možne" ali "verjetne" AD: od anamneze do kliničnega pregleda sistemov, na osnovi katerih se zdravnik odloči še za dodatno diagnostiko, kot so nevropsihološki testi za ocenitev spomina, reševanja problemov, pozornosti ter jezika, laboratorijske preiskave krvi in urina ali pa lumbalna pункциja s pregledom likvorja. Ponavadi vključuje pregled tudi vsaj eno metodo nevroslikanja, kot npr. MRI (magnetno-resonančno slikanje) ali pa FDG-PET (pozitronsko emisijsko tomografijo), s katero se oceni aktivnost cerebralnega metabolizma in integritet možganskih struktur.

Dokončna diagnostična metoda za AD zaenkrat še ne obstaja. Pomembna asociacija med genškim aleлом e4 za apolipoprotein E podpira diagnozo AD pri pacientih z demenco ter poviša verjetnost, da bodo tisti ljudje, ki še ne kažejo simptomov, kasneje razvili AD. Toda determinacija genškega alela ApoE zaenkrat še ni dovolj specifična, niti dovolj učinkovita metoda.

Eno najpomembnejših odkritij v zadnjem času je odkritje ter razvoj uspešne, neinterventne metode nevroslikanja, ki je sposobna selektivno identificirati ter označiti beta-amiloidne senilne lehe ter nevrofibrilarne pentlje. Takšna sestavina, FDDNP, ki je označena z radioaktivnim izotopom ¹⁸F, se lahko uporabi v obliki pozitronsko-emisijskega slikanja možganov. Če bi uspeli odkriti AD v najzgodnejših stadijih, bi bila administracija zdravil – inhibitorjev acetilholinesteraze, ki so trenutno na voljo, veliko bolj učinkovita pri upočasnjevanju patološkega procesa v možganih.

Znanstveniki z veliko intenzivnostjo nadaljujemo z odkrivanjem vedno novih testov, metod in

zdravil, ki bi omogočili tako definitivno odkrivanje AD kot tudi subsekventno uspešno zdravljenje te grozne bolezni, ki bolnikom počasi odvzame vse intelektualne sposobnosti ter jih pripelje do popolne nebogjenosti in odvisnosti od pomoči okolice pri zagotavljanju osnovnih življenjskih funkcij in pri zagotavljanju varnosti.

Recent advances in early detection and diagnosis of Alzheimer's disease

Alzheimer's disease (AD) is the most common form of dementia, affecting as many as 4 million older persons and is responsible for over 100,000 deaths each year in the U.S.

The American population is aging at a rate never seen before in recorded history. For the baby boomers, successfully living to 85 may only mean becoming one of the projected 14 million who will be dying with AD.

AD is characterized by adult-onset slowly progressive dementia associated with diffuse cerebral atrophy on neuroimaging studies. It is the most common form of dementia with the average age of onset is 67, however more than 10% of families with AD have early-onset familial AD, in which symptoms consistently occur before the age of 65 years.

Currently, the diagnosis of AD occurs postmortem at autopsy and is based on the histological findings of β-amyloid plaques and intraneuronal neurofibrillary tangles.

Therefore, doctors must make a diagnosis of "possible" or "probable" AD while patients are still alive. However, at specialized centers, physicians (usually neurologists or geriatric psychiatrists) can diagnose AD correctly up to 90 % of the time. Doctors use several tools to diagnose "probable" AD: a complete medical history, past medical problems, medical tests – such as tests of blood, urine, or spinal fluid, and neuropsychological tests measure memory, problem solving, attention, counting, and language. In addition, several neuroimaging techniques, such as FDG-PET (18-Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography) and MRI (Magnetic Resonance Imaging) are usually ordered to allow the evaluation of brain function and structure for abnormalities.

No accurate clinical diagnostic test for AD exists. A significant association with the e4 allele of apolipoprotein E supports the diagnosis of AD in patients with dementia and increases the risk that asymptomatic individuals will eventually develop AD. *ApoE* genotyping, however, is neither fully specific nor sensitive. Thus, efforts aimed at identifying methods of early detection and diagnosis for improving AD care might be the most appropriate strategy to initiate promising new treatments and/or prevention.

Researchers continue to develop tests, drugs and other substances as possible preventative or treatment agents for AD.

Current neuroimaging research is aimed at development of a successful noninvasive technique for identifying and monitoring plaque and tangle development. If such agent is found, this would also improve early diagnosis and could permit more effective disease detection and intervention. A neuroimaging compound (radiolabeled FDDNP molecule) which is specific for β-amyloid plaques and intraneuronal neurofibrillary tangles when used with positron emission tomography (PET) has been discovered recently.

Another exciting area of research involves the risk factors that affect how likely it is that a person will develop Alzheimer's disease. An examination of the possible risk factors for Alzheimer's—such as aging, family history, past significant head injury, genetic factors and low education—leads to

theories about how these risks produce plaques, tangles and cell loss, characteristics common in AD. Similarly, examination of possible anti-Alzheimer's factors—including the use of anti-inflammatory medication, certain genetic factors, anti-oxidant therapies and high education or occupational demand—generates other theories. Many potential therapies suggested by these theories are now being tested or are under development.

* Mateja de Leonni Stanonik attained B.A. in German and Political Science in 1995 and B.S. in Biology and Psychology in 1996. In 1997 she completed M.A. in Cognitive Psychology. She completed a combined MD/PhD in Experimental and Comparative Medicine (areas of concentration: Neuroscience and Nuclear Medicine) in 2001. She is currently a Postdoctoral Fellow in Neuroradiology in the Department of Radiology, Section for Nuclear Medicine as well as Instructor for Neuropsychology at the Cole Neuroscience Center at UTMCK. She is member of numerous professional societies (i.e., AAN – American Academy of Neurology, ISMRM – International Society for Magnetic Resonance Imaging in Medicine, EFNS – European Federation of Neurological Societies, SNM – Society for Nuclear Medicine, SFN – Society for Neuroscience, AMI – Academy for Molecular Imaging, HBM – Human Brain Mapping, RSNA – Radiology Society of North America...)

Mirko Jung*

Bovina Spongiformna Encefalopatija (BSE) danes

Za prionske bolezni je značilna konverzija normalnega, celularnega prionskega proteina (PrP^C) v patološki izomer (PrP^{SC}) s spremenjeno terciarno strukturo (konfirmacija), kar se dogaja po translacijski (sintezi proteina) in pri čemer sodeluje še en neznani protein (Protein X). Sekvenca 254 aminokislin PrP^C in PrP^{SC} je enaka, PrP^{SC} pa je, za razliko od PrP^C , delno odporen na delovanje proteinaze in netopen v detergentih. PrP^{SC} ni mogoče uničiti s sredstvi, ki inaktivirajo nukleinske kisline; to je nekaj novega v patologiji nalezljivih bolezni – infektivni agens je protein. Dokončnega dokaza za to "proteinsko teorijo" še nimamo, vendar jo večina znanstvenikov podpira. Velik napredok je dosežen z novimi metodami peptidske kemije in molekularne biologije. Prionski protein in njegove sekvence so sintetizirali in jih uporabljajo kot imunogene za proizvodnjo monoklonskih protiteles. Vemo tudi, pri katerih sekvenah PrP prihaja do mutacij, kje so polimorfizmi na posameznih kodonih, katera regija je najbolj udeležena pri konformaciji $\text{PrP}^C \rightarrow \text{PrP}^{SC}$, kje je področje nevrotoksičnosti itd. Vendar infektivnega proteina še niso sintetizirali. Napredek je dosežen tudi s transgenimi živalicami, v glavnem z mišmi, ki imajo lahko humani ali bovini PrP . Danes menijo, da na en članek neke medicinske problematike pride 100 člankov o prionih, ali pa le 10, če je medicinski problem izjemnega pomena.

Humane prionske bolezni so lahko hereditarne (genetska Creutzfeldt-Jakobova bolezen, Gerstmann-Sträussler-Scheinkerov sindrom, Fatalna familijarna insomija), idiopatske (sporadična CJB, sporadična FFI) ali akvirirane, bodisi bovinega (varianta CJB) ali humanega izvora (iatrogena CJB). BSE in praskavec (scrapie) sta najbolj znani bolezni pri živalih.

BSE se je pojavila v Angliji okoli leta 1986 in epidemija je zahtevala nekaj manj kot 200.000 zbolelih oziroma poginulih govedi ter več kot 2,5 milijona ubitih in sežganih v profilaktične namene. Epidemije danes še ni konec. Epidemija se je iz Velike Britanije razširila na skoraj vse evropske dežele, največ primerov so ugotovili v Švici, Franciji, na Portugalskem, v Nemčiji, prav tako v arabskih deželah, na Falklandskeh otokih, na Japonskem. Dva primera so v zadnjem letu ugotovili tudi pri nas. Od "zdravih" dežel, ki so pomembne za govedorejo, so ostale le ZDA in Argentina. Iz vzhodnih dežel nimamo podatkov.

Leta 1996 so opisali različico CJB v Veliki Britaniji, za katero je odgovorno uživanje govedine (vsak Britanec je pojedel okrog 80 obrokov okužene govedine). Do konca avgusta 2002 je v Veliki Britaniji zbolelo in večinoma umrlo 125 oseb, poleg tega so ugotovili 4 primere obolelih v Franciji ter po en primer na Irskem, v Italiji, Hong Kongu; nekaj primerov je še nedokazanih. Danes poznamo nekatere predisponirajoče dejavnike, kot so uživanje britanskega mesa, bivanje v Angliji, starost, polimorfizmi PrP (129 M/M), HLA antigen DQ7, genetski material na kromosomih, drugih kot 20. Težko je predvideti število zbolelih za CJB, čeprav so objavili več publikacij, v katerih se pričakovano število giblje od nekaj sto do nekaj tisoč ali deset tisoč. Problem pri predvidevanju je, da inkubacija lahko presega življensko dobo. Klinika in epidemiologija prionskih bolezni sta dobro znani. Že od leta 1988 vemo tudi za vzrok epidemije, to je krmljenje govedi s kostno-mesno moko (KMM), ki vsebuje okužene goveje beljakovine. Kljub vsem prepovedim uporabljam KMM še marsikje na svetu in, čeprav na skrivaj, tudi pri nas.

Evropske dežele, tudi Slovenija, danes testirajo goveje možgane po zakolu na prisotnost PrP^{SC} . Lepo se sliši, vendar vemo, da zanesljivih testov v predkliničnem stadiju okužbe še nimamo. Opišani so boljši testi, ki pa jih ni mogoče množično in hitro evalvirati kot Western blot, ki je v rabi danes.

* Mirko Jung je rojen v Sremski Mitrovici leta 1926. Leta 1952 je dokončal študij medicine na Medicinski fakulteti Univerze v Zagrebu. Specialist mikrobiolog je postal leta 1956 na Zavodu za mikrobiologijo Medicinske fakultete v Zagrebu. Doktoriral je s področja klinične virologije leta 1963. Leta 1977 je bil habilitiran za docenta, leta 1993 pa za profesorja na medicinski fakulteti v Zagrebu. Leta 1956 je postal predstojnik novoustanovljenega Virusnega laboratorija pri Centralnem higieniskem zavodu v Ljubljani (CHZ) in to ostal vse do leta 1966, ko je zapustil Ljubljano in odsel v Švico. Od leta 1966 je vodil Kantonski virusni laboratorij v St. Gallenu, leta 1977 pa je postal znanstveni direktor Instituta Virion v Rüschlikonu pri Zürichu. Po odhodu v Švico je nadaljeval delo, začeto v Ljubljani, in izdelal nekaj lastnih, v svetu priznanih reagensov. Vrsto let se je ukvarjal s počasnimi virusi in drugimi virusi, ki napadajo centralno živčevje. Leta 1977 se je osamosvojil in ustanovil v Zürichu lasten inštitut "Virion" za izdelavo reagensov in diagnostiko nalezljivih bolezni. Leta 1994 se je upokojil. Začel je intenzivno proučevati BSE in CJB. K temu ga je spodbudilo življenje v Švici, torej v deželi, ki velja, takoj za Britanijo, za drugo z BSE najbolj okuženo državo v svetu.

Vloga Clamidiae Pneumoniae pri infekciji in aterosklerozi - diagnoza in osebne izkušnje

The connection between chlamydia pneumoniae infection and atherosclerosis: our experiences

Atherogenesis is recently believed to be an inflammatory event in response to injury. Next to well known traditional risk factors for atherosclerosis, potential infective agents could be involved, particularly in diffuse and distal coronary artery disease. According to experimental evidences, Chlamydia pneumoniae has the capability to induce key processes in the genesis of atherosclerosis.

Chlamydia pneumoniae can invade, replicate and maintain its infectivity in vascular cells: endothelial cells, macrophages and smooth muscle cells. Advanced types of atherosclerotic lesions are characterised by a localised increase in smooth muscle cells from media to intima. Potential Chlamydia pneumoniae infection of endothelial cells resulted in the production of soluble factors that stimulate smooth muscle cell proliferation and replication. Monocytes that enter the artery wall rapidly differentiate into tissue macrophages and many become transformed into foam cells by accumulating trapped and modified lipoproteins. Chlamydia pneumoniae can dysregulate mononuclear phagocyte – lipoprotein interaction. In the presence of low density lipoprotein the pathogen induces mononuclear phagocyte foam cell formation and LDL oxidation. Chlamydia pneumoniae infection can also stimulate an increase in tissue factor activity, platelet adhesion and it may induce pro-inflammatory and procoagulant protein production.

Pathogen may induce TNF-alpha and metalloproteinase production by macrophages. These are the enzymes that can cause connective tissue degradation and promote atherosclerotic plaque ruptures.

Chlamydia pneumoniae may contribute to the fibroproliferative inflammatory response that characterises diffuse and distal coronary artery disease. This response includes activation of endothelial cells to express adhesion molecules, stimulation of cytokines and growth factors expression by all arterial cells, stimulation of foam cell formation, smooth muscle cell proliferation and differentiation and activation of leukocytes.

Authors present their own experiences with Chlamydia pneumoniae infection in diffuse and distal coronary artery disease, direct detection of pathogen in arterial vessel wall and seroepidemiological data on Slovenian population.

* Matejka Legan je rojena v Novem mestu leta 1966. Študij medicine je zaključila na Medicinski fakulteti v Ljubljani leta 1991. Po enoletnem delu v osnovnem zdravstvu in po strokovnem izpitu je postala mlada raziskovalka na Kliniki za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni v Kliničnem centru Ljubljana. Specializirala je iz interne medicine in raziskovala na področju reproduktivne endokrinologije, etiopatogeneze funkcionalne androgenizacije in vplivov hormonskih dejavnikov na kostno maso. Izpopolnjevala se je na Free University v Amsterdamu. Magistrsko delo je zaključila leta 1994, doktorirala pa leta 2000. Specialistični izpit iz interne medicine je opravila leta 1997. Leta 2000 je bila habilitirana za asistentko za predmet histologija in embriologija na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Na Institutu za histologijo in embriologijo se ukvarja z raziskovanjem na področju kardiovaskularnega sistema, s poudarkom na zvezi med infekcijo s Chlamydia pneumoniae in difuzno koronarno boleznjijo.

Endoteljska disfunkcija in ateroskleroza

Ateroskleroza je kronično vnetno dogajanje, ki prizadene arterijsko žilno steno in povzroči največ smrti odraslih oseb v razvitem svetu. Bolezenski proces se prične že zgodaj v otroštvu, saj lahko najdemo prve morfološke spremembe in okrnjeno delovanje endotelija že pri otrocih in mladostnikih. Številne novejše raziskave so dokazale, da ima endotelij vrsto pomembnih nalog: s sproščanjem različnih aktivnih snovi uravnava žilni tonus, adhezijo levkocitov in trombocitov, proliferacijo gladkomščnih celic, vpliva na ravnovesje med koagulacijskim in fibrinolitičnim sistemom krvi. Okrnjeno delovanje endotelija je tako ključni dogodek v nastanku in nadaljnjem razvoju ateroskleroze.

V zadnjih 10 letih smo na Kliničnem oddelku za žilne bolezni izpeljali vrsto raziskav, v katerih smo proučevali različne vidike endoteljske disfunkcije. Endoteljsko disfunkcijo smo določali neinvazivno z ultrazvočno meritvijo endoteljsko odvisne vazodilatacije (EOD) brahialne arterije. Metoda, ki jo je prvi opisal Celermajer, je danes najširše uporabljana, ima dokazano dobro ponovljivost, prognostičen pomen pri koronarnih bolnikih in je v dobrini povezavi z invazivno določeno endoteljsko disfunkcijo koronarnih arterij. Ponovljivost te metode v našem laboratoriju je dobra in primerljiva s podatki iz literature (Lavrenčič et al.). Pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 1 (Poredos in Kek) ter bolnikih z esencialno arterijsko hipertenzijo (Žižek et al., Eržen in Gradišek et al.) smo ugotovili pomembno manjšo EOD v primerjavi z zdravimi prostovoljci brez kardiovaskularnih dejavnikov tveganja. Prav tako je bila EOD pomembno manjša pri normotenzivnih potomcih bolnikov z arterijsko hipertenzijo v primerjavi z zdravimi, družinsko neobremenjenimi sovrstniki (Žižek et al.). Zmanjšano EOD smo ugotovili tudi pri zdravih kadilcih v primerjavi z nekdilci (Orehek in Tratnik et al.) ter pri bolnikih z Buergerjevo boleznijo v primerjavi z zdravimi sovrstniki (Joras et al.). V različnih raziskavah smo ugotovili pomembno izboljšanje EOD ob različnih terapevtskih ukrepih, in sicer po rednem testnem treningu bolnikov s polimetabilnim sindromom (Lavrenčič et al.) in bolnikov s srčnim popuščanjem (Jug et al.), pri hormonskem nadomestnem zdravljenju zdravih žensk po kirurški (Žegura et al.) ali naravnih menopavzi (Gužič Salobir et al.), pri zdravljenju bolnikov s hiperholisterolemijo z vitaminom E (Borovničar et al.) in pri nadomeščanju rastnega hormona pri odraslih bolnikih s panhipopituitarizmom (Pfeifer et al.).

Rezultati opisanih raziskav so skladni z drugimi raziskavami, kjer so tudi ugotovili, da je EOD okrnjena pri bolnikih z ishemično boleznijo srca, pri bolnikih s srčnim popuščanjem, pri otrocih in odraslih z dejavniki tveganja za aterosklerozo brez klinično izražene bolezni, pri starejših, pri ženskah po menopavzi ter da se izboljša pri zdravljenju s statini, zaviralci angiotenzinske konvertaze, estrogeni in antioksidanti. Naše rezultate, ki prispevajo k razumevanju temeljnih procesov pri aterosklerozi, smo tudi objavili v domači in tuji strokovni literaturi.

* Barbara Gužič Salobir sem rojena 22. 6. 1966 v Ljubljani. Obiskovala sem osnovno šolo Ciril Kosmač v Piranu in Srednjo naravoslovno-matematično pedagoško šolo v Kopru. Leta 1985 sem se vpisala na Medicinsko fakulteto v Ljubljani, kjer sem diplomirala leta 1991. Po opravljenem stazu sem se leta 1993 zaposnila kot mladi raziskovalec v Kliničnem centru Ljubljana, Kliničnem oddelku za žilne bolezni (takrat Interna klinika Trnovo). Pod mentorstvom prof. dr. Irene Keber sem leta 1995 magistrirala z delom Metabolični in fibrinolitični učinki ovsnih vlaken v prehrani pri koronarnih bolnikih s sladkorno boleznijo tip 2 ter leta 2002 doktorirala z delom Dejavniki tveganja za aterosklerozo pri hormonskem nadomestnem zdravljenju v pomenu menopavzi. Sočasno sem opravila program specializacije interne medicine in leta 2001 specialistični izpit iz interne medicine. Trenutno sem zaposlena kot specialist internist na Kliničnem oddelku za žilne bolezni, kjer

delam na bolniškem oddelku, v ambulanti za srčno popuščanje in kardiološki ambulanti ter ambulantni rehabilitaciji bolnikov s koronarno bolezni in s srčnim popuščanjem. Poleg kliničnega dela sodelujem v raziskovalni skupini, predvsem na področju ateroskleroze.

Mojca Stegnar*

Ateroskleroz, tromboza in fibrinoliza

Glavna vloga fibrinolitičnega sistema krvi je razgradnja in odstranjevanje fibrinskih strdkov in trombov ter s tem vzdrževanje prehodnosti žil. Zmanjšano fibrinolitično aktivnost krvi pogosto opazujemo pri arterijski in venski trombozi, spremja pa tudi bolezni in stanja (debelost, hiperlipidemije, sladkorna bolezen), ki se povezujejo z nastankom srčno-žilnih bolezni. Najpogostejsa motnja fibrinolize je posledica povišanih vrednosti inhibitorja tkivnega aktivatorja plazminogena (PAI). Presežek PAI oslabi fibrinolitično aktivnost krvi, poleg tega pa se vpleta v proces remodulacije žilne stene in tako sodeluje v aterosklerotičnem procesu. Uravnavanje ravni PAI v krvi ni razjasnjeno. Naše raziskave so pokazale, da pri uravnavaju sodeluje maščobno tkivo, ki je sposobno sintetizirati PAI. Ekspresija PAI je pri debelih osebah povečana v abdominalnem, ne pa tudi v femornalem delu maščevja. Ob hujšanju se vzporedno z zmanjševanjem maščobnega tkiva in s spremembami drugih metabolnih spremenljivk zmanjšuje tudi PAI, kar se odraža v regresiji začetnih aterosklerotičnih sprememb. Na raven PAI v krvi vplivajo tudi genetske spremembe. Pri bolnikih, ki so preboleli vensko trombozo, smo pregledali promotorski del gena za PAI in odkrili znan polimorfizem, pri katerem gre za delekcijo/insercijo 4G/5G –675 baznih parov od začetka prepisovanja gena za PAI ter nov polimorfizem, pri katerem gre za zamenjavo G/A na mestu –844 baznih parov. Polimorfizem 4G/5G je bil povezan z ravnjo PAI. Osebe z vsaj enim alelom 4G so imele pomembno višje vrednosti PAI kot osebe z alelomo 5G. Polimorfizem G/A se ni povezoval z vrednostmi PAI. Tveganje posameznika za trombozo je odvisno od prisotnih genetskih in pridobljenih dejavnikov tveganja. Raziskovali smo, ali se oslabljena fibrinolitična aktivnost krvi pojavlja skupaj z genetskim dejavnikom tveganja za trombozo – mutacijo G/A na mestu 1691 v genu za faktor V (faktor V Leiden). Razporeditev vrednosti PAI je bila pri nosilcih mutacije podobna razporeditvi pri bolnikih brez mutacije, iz česar smo sklepali, da pri nosilcih mutacije oslabljena fibrinoliza ne povečuje tveganja za trombozo. Prav tako nismo ugotovili neodvisne povezave med oslabljeno fibrinolizo in hiperhomocisteinemijo, ki je tudi dejavnik tveganja za trombozo. Iz rezultatov smo sklepali, da hiperhomocisteinemija ne vpliva na nastanek tromboze tako, da bi se iz poškodovanih endotelijskih celic sproščal PAI, temveč po drugačnih mehanizmih.

The biologically active product of fibrinolytic system is plasmin. Its generation is regulated by plasminogen activators (tissue-type: t-PA and urokinase-type plasminogen activator: u-PA) and their inhibitors (plasminogen activator inhibitor: PAI).

Vascular endothelial and smooth muscle cells synthesize tissue-type and urokinase-type PA (tPA and uPA) and their major physiological inhibitor, PAI-1. The production of fibrinolytic regulators is modulated by a number of biological factors related to thrombosis and atherosclerosis, including coagulation factors, hormones, growth factors, inflammatory mediators and lipoproteins.

* Mojca Stegnar je diplomirala iz biologije leta 1971, magisterij iz biokemije je končala leta 1973, doktorat znanosti iz eksperimentalne patofiziologije-hemostaze pa leta 1981 na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Leta 1983/1984 je bila gostujuča profesorica na Univerzi v Tennessee, Knoxville, Tennessee, leta 1995/1997 pa na Medicinski fakulteti Univerze na Dunaju. Leta 1982 in 1991 je dobila nagrado skladu B. Kidriča za raziskovalno delo na področju tromboze in ateroskleroze, leta 1998 pa Zoisovo priznanje za raziskave strjevanja krvi. Področja njene znanstveno-raziskovalne dejavnosti vključujejo: vlogo levkocitnih proteinov in inhibitorjev v hemostazi; mehanizem sproščanja tkivnega aktivatorja plazminogena; diagnostični in prognostični pomen sprememb hemostaze pri trombozi in aterosklerozi; vpliv fizične aktivnosti, krvnih lipidov, zdravil, hipoksije in drugih dejavnikov na hemostazo; razgradnja fibrinogena in fibrina in vitro; anti-fosfolipidna protitelesa in lupusni antikoagulanti, genska analiza hemostatskih beljakovin: homocistein in žilne bolezni; uravnavanje fibrinolize; antitrombotične lastnosti peptidomimetikov. Mojca Stegnar je od leta 1991 naprej vodja hematološko-koagulacijskega in biokemičnega laboratorijsa na Kliničnem oddelku za žilne bolezni, Interna klinika, Klinični center Ljubljana. Leta 2000 je pridobila naziv svetnika in leta 2002 redna profesorica Univerze v Ljubljani. Je članica mnogih strokovnih združenj (npr. European Thrombosis Research Organization, International Society on Thrombosis and Haemostasis...).

Peter Bonutti*

Minimalno invazivni poseg pri popolni kolenski artroplastiki

Minimally invasive total knee arthroplasty

Introduction

Arthroscopic knee surgery uses the leg suspended in a leg holder which allows distraction of the joint. Modification of this position with leg flexed and distracted is used for TKA. Our goal is to evaluate the viability of the suspended leg technique as a minimally invasive approach for performing tricompartmental TKA.

Materials and methods

22 consecutive patients underwent TKA with their leg suspended - hip and knee flexed off the surgical table. Surgical incision ranged from 6.5 to 11.5 cm (mean 9.5). A VMO snip was utilized and the patella was retracted not everted during the knee exposure. The leg was progressively flexed and extended during the procedure to facilitate exposure. Customized EM tibial and IM instrumentation were utilized. The patella was everted and resurfaced with the leg in full extension. All components were cemented in position using cruciate retaining implants.

Results

This technique allowed adequate surgical exposure and enhanced posterior knee exposure. Collateral ligament balancing was consistent. Postoperatively patients were pleased and radiographically all implants were stable and well aligned. Complications included one femur positioned in flexion, one notched femur and one tilted patella. There were no re-operations or postoperative complications.

Discussion

Minimally invasive surgery has captivated the interest of patients and the media. The suspended leg technique appears to allow for good surgical exposure and posterior soft tissue release. This TKA approach shows good implant alignment and position can be obtained, however, this is a short term study but merits further evaluation.

* Peter M. Bonutti is specialized in Orthopaedic Surgery (Sub – Specialty: Minimally Invasive Surgery, Joint Replacement, Unicompartmental, Total Knee Replacement, Arthroscopic Surgery, Shoulder /Knee Surgery). Education: From 1971 – 1974 Gilmour Academy, Gates Mills, Ohio; 1974 – 1978 University of Chicago – B.A. in Biology Chicago, Illinois; 1979 – 1983 University of Cincinnati College of Medicine Cincinnati, Ohio. Mr. Bonutti is a member of numerous professional organisations (i.e. AMA-American Medical Association; AAHKS-American Association of Hip and Knee Surgeons, ISAKOS- International Society of Arthroscopy, Knee Surgery & Orthopaedic Sports Medicine...). In 1998 he was a visiting surgeon in Beijing, China, at Beijing Medical University Affiliated People's Hospital, where he performed 1st Total Elbow Replacement Using Transepicondylar Based Implant and Total Knee Arthroplasty. He is author of numerous publications, scientific presentations, lectures.

Andrea Praprotnik*

Ventilacija visoke frekvence (HFV)

Sindrom dihalne težave (SDR) je tako huda motnja, da bolnik potrebuje za preživetje skoraj ves čas ARM. Pri SDR je značilna nizka pljučna komplianca in je potreben zelo močen pritisk za vpihanje pljuč.

Iz gazometričnega vidika se SDR pojavi največkrat s hipoksemijo. To zahteva, da zdravnik uporablja visoke koncentracije O₂ v inspiriranem plinu (FIO2). Problem je, če so pljuča dolgotrajno izpostavljena velikim količinam FIO2, ker to povzroči prav take poškodbe, kot so prvtne pri SDR.

Dokazano je, da pljučnih poškodb ne povzroča pritisk sam, temveč fizične spremembe pljučne prostornine (**stretching**). Zato se vedno bolj nadomešča izraz barotravma za volutravma.

V zvezi s tem ima ventilacija visoke frekvence (HFV) zelo vabljive teorične prednosti in ugodnosti, ki vzbujajo interes, kljub tolikim izkušnjam z različnimi rezultati.

Nasprotno temu, kar se dogaja pri konvencionalni ARM, majhna variacija alveolarne prostornine med inspiracijo/ekspiracijo dovoli, da se pri HFV rabijo veliki MAP (srednji pritisk bronhijev) z manjšo barotravmo.

To pomeni, da HFV lahko rabi višji MAP kot konvencionalna ARM, toda z manjšim PIM (maksimalni pritisk inspiracije) in manjšo oscilacijo alveolarne prostornine, kar dopušča boljšo oksigenacijo z manjšo volutravmo in barotravmo. Ker se lahko zmanjša FIO2, se zniža tudi strupenost O₂.

* Andrea Praprotnik je rojena 31. oktobra 1963. Diplomirala je leta 1989 na Medicinski fakulteti Univerze v Buenos Airesu (Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires). Specializacijo iz neonatologije je končala leta 2001 na Universidad de La Plata. Od leta 1987 do 1994 je opravljala raziskovalno delo na Katedri za fiziologijo na Medicinski fakulteti Univerze v Buenos Airesu (Catedra de Fisiología Facultad de Medicina UBA). V letih 1992 do 2002 je bila učiteljica pediatrije in neonatologije (za študente petega in šestega letnika medicine na Medicinski fakulteti Univerze v Buenos Airesu). Leta 1990 je delala na oddelku za pediatrijo Hospital de Niños Ricardo Gutierrez Buenos Aires, od leta 1991 dalje pa dela kot neonatologinja (intenzivna terapija za novorojenčke) na Instituto Maternidad Santa Rosa Buenos Aires.

Viktor Leber*

15 let osebnega napredka (evolucije) v zasebni implantologiji. Današnji zaključki in klinični postopki

V svoji predstavitvi bi rad na kratko opisal, kako se je v 15 letih mojega poklicnega dela razvila implantologija, in podal mnenje o kostnih vložkih pri ustni rehabilitaciji.

V prvih letih smo proučevali, v katere kirurško smer bi utegnila iti Branemarkova (Ingvar Bräne-mark) metoda, da bi bila kostna integracija uspešna, še posebno z namenom, da se ohrani ustno tkivo.

Potem smo doumeli, da so vsadki samo sredstva za rehabilitacijo naših pacientov in da jih je potrebno ob pravi diagnozi vložiti na strateška mesta po "kirurških smernicah" (guía quirúrgica) ali "vodnicah", tako da bi bila suprastruktura ali proteza usmerjene v pravo zobovje, "implantno zadržano" ali "implantno podpirano".

Doumeli smo tudi, da mora biti ta suprastruktura pasivna, ker bi drugače lahko povzročala "kostni stres", ta pa bi lahko uničil kostno integracijo našega vložka in tudi povzročil obremenjen ugriz.

Medtem smo tudi opazili, kako so nekateri vsadki, ki so bili samo zacasno potrebni, lahko tudi dokončno koristni glede kostne integracije. Tako sedaj opravljamo to tehniko tako, da dodamo v posebnih razmerah sočasno suprastrukturo (zobovje fiksno ali ne) in to imenujemo "takojsne" ali "zgodne breme".

Na ta način uresničujemo naš protokol glede te zadeve.

* Viktor Leber je rojen 29. avgusta 1962. Leta 1986 je diplomiral na Stomatološki fakulteti buenosaireske univerze (Universidad de Buenos Aires). Je nekdanji profesor praktičnih vaj na katedri Tehnike zobozdravstvenega dela na buenosaireski univerzi. Predava v Argentini in v tujini ter je avtor številnih člankov, objavljenih v "Revista de la Asociación Odontológica Argentina" (Revija Argentinskega zobozdravstvenega društva), "Revista del Círculo Odontológico de Dan Martín y Tes de Febrero" (Revija zobozdravstvenega krožka mesta San Martin in Tres de Febrero) in v reviji "Arethon" (revija društva latinskoameriških implantologov). Je tudi dejaven član Argentinskega zobozdravstvenega društva (Asociación Odontológica Argentina) in član Latinskoameriške akademije za osteointegracijo (Academia Latinoamericana de óseo-integración). Od leta 1999 je asistent dr. Alberta Horacia Bechellija in predavatelj na podiplomskih tečajih oralne implantologije.

Rupert Vrecl*

Zdravljenje metastaziranega gastrointestinalnega stromalnega tumorja (GIST) z imatinibom

Treatment of a metastatic gastrointestinal stromal tumor (GIST) with imatinib - case report

Gastrointestinal stromal tumors (GIST) are rare mesenchymal neoplasms and known as unresponsive to conventional chemotherapeutic agents. The most common location is the stomach (70 %), followed by the small intestine, colon and rectum. The median survival of patients with unresectable or metastatic soft-tissue sarcomas including GIST's has been estimated at 53 weeks. GIST's have been evaluated for clinical activity of the inhibitor of the tyrosine kinase activity of c-kit imatinib (ST1571) and according to clinical studies, more than 50 % of GIST's respond to therapy.

In July 2000 a 57-year-old man complained of dysphagia and loss of weight. On routine examination in chest-X ray, echocardiography and gastroscopy a structure in the posterior mediastinum was found. Computed tomography scan showed a large tumour mass of 14,4 cm x 9,1 cm in size, beginning in the upper retroperitoneum and reaching the posterior mediastinum up to the left hilus of the lung. On laparoscopic staging no metastases were found and histologic examination identified a malignant gastrointestinal spindle cell stromal tumour. To reduce tumour size three cycles of chemotherapy with ifosfamide and doxorubicin were given. Because of rapid progression of the disease with involvement of the esophagus surgical intervention was necessary. The tumor mass (pT4, pN0) was completely removed by esophago-gastroctomy with partial resection of the involved diaphragm, the pericardium and the anterolateral segment of the left lung. Termino-lateral esophago-jejunostomy was done. In March 2001 recurrence in the diaphragm and three small new liver lesions were found in magnetic resonance imaging. In positron emission tomography scan only one of these lesions showed uptake of 18F-fluorodeoxyglucose. The excision of these lesions was due to extreme adhesions in the abdomen not possible and therefore only explorative laparotomy was made. In July 2001 the largest metastasis measured 9 cm. Based on the data presented at the 37th Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology (ASCO) treatment with imatinib was started in September 2001. Since starting the treatment with a daily dose of 400 mg, regression of all metastases could be found within a few weeks. On computed tomography scan almost four weeks after beginning therapy with imatinib metastases became hypodense and cyst-like. Decrease in the maximum size of the largest liver metastasis to 5 cm could be found in January 2002. Computed tomography scan in March 2002 showed stable disease.

After eight months of therapy with imatinib the patient feels clinically well and his quality of life has markedly improved. Imatinib was well tolerated. Non-hematological toxicity was mild and beside of muscle cramps and tiredness the patient remained clinically well. Peripheral blood-cell counts or blood chemical values did not show pathologically significant changes. In this case report we can show the importance of intensive interdisciplinary treatment of GIST's and that imatinib represent an important progress in the treatment of this disease.

* Rupert Vrecl was born in 1961 in Knittelfeld, Austria. He attained his medical degree at Karl-Franzens-University, Graz. Postgraduate education: 1994-1995 Institute of Oncology and Clinical Center, Ljubljana, Slovenia; February 1996 Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, USA; 1994-1998 education program to the general practitioner in Austria (urology, surgery, internal medicine, gynaecology, dermatology, psychiatry, otolaryngology, pediatrics). At present he is completing fifth year (of six years) of specialization for internal medicine in Judenburg /Knittelfeld, Austria. He is also Medical Doctor for psychosomatic Medicine. In December 2002 he will finish education to the "Medical Doctor for Psychotherapeutic Medicine" at Karl Franzens University.

Mirko Toš*

Diagnoza in zdravljenje vestibularnih schwannomov (akustičnih neurinomov); uspeh in frustracija moderne medicine

Vestibularni schwannom (VS) je benigni tumor, ki izhaja iz vestibularnega živca v notranjem sluhovodu, raste v ponto-cerebelarni prostor, pritiska na male možgane in možgansko deblo, kar lahko vodi do smrti. Pred 40 leti je bila umrljivost ob in po operaciji 40-odstotna, po letu 1976, ko smo uvedli translabirintarni pristop in mikrokirurško tehniko, je umrljivost padla na en odstotek, kar je bil takrat velik uspeh. Hkrati nam je uspelo na našem oddelku združiti kirurgijo VS za vso Dansko s 5,1 milijona prebivalcev, kar je omogočilo znanstvene raziskave o incidenci in rasti VS. Z uvedbo RT in MRI je tudi diagnostika zelo napredovala, tako da najdemo v zadnjem desetletju več in več majhnih tumorjev, z majhno simptomatiko, kot npr. šumenje v ušesu ali rahla enostranska naglušnost. V 7-letnem obdobju - od julija 1976 do junija 1983 - je bila povprečna incidencija 7,8 tumorja na milijon prebivalcev na leto. V naslednjem 7-letnem obdobju - od julija 1983 do junija 1990 - se je povprečna incidencija povečala na 9,4 tumorja na milijon na leto in v naslednjem 5,5-letnem obdobju - od julija 1990 do decembra 1995 - na 12,4 tumorja na milijon na leto. Vse kaže, da bo incidencija v letih od 1996 do 2001 še večja.

Rast 137 VS smo analizirali na rednih RT ali MRI pri 123 pacientih, ki se v času od 1973 do 1999 iz raznih razlogov niso dali operirati. Čeprav je 85 odstotkov tumorjev raslo, ni rast pri 42 odstotkih zahtevala nobenega posega in pacienti so živi. 19 odstotkov pacientov je umrlo s tumorjem zaradi drugih bolezni, ostali so bili operirani in živijo. Tumor je težko dostopen in obdan s pomembnimi živci. Zlasti nervus facialis se pri operaciji lahko poškoduje, kar je za pacienta veliko večja posledica, kot so bili simptomi pred operacijo. "Wait and scan" je na Danski postalo pogosto zdravljenje VS, kjer se čaka z operacijo, dokler tumor ne postane večji in se dokaže njegova rast. Trenutno sledimo več kot 500 pacientov z VS.

*Prof. dr. Mirko Toš je rojen leta 1931 v Sv. Andreju v Slovenskih gorah. Leta 1951 je končal gimnazijo na Ptiju in leta 1957 Medicinsko fakulteto v Ljubljani. Isteleta (1957) je odšel na Dansk, kjer je delal kot zdravnik na raznih oddelkih, nostrificiral ljubljansko fakulteto s 13 izpitimi na medicinski fakulteti v Kopenhagnu in 1960. postal danski zdravnik. Leta 1966 je postal specialist otolaringologije in doktor znanosti, v letih od 1967 do 1971 je bil primarij in pomočnik šefa oddelka za otolaringologijo v Glostrup Hospital v Kopenhagnu, od 1971 do 1979 na istem položaju v Gentofte University Hospital v Kopenhagnu in šef istega oddelka ter redni profesor od leta 1980 do upokojitve novembra 2001. Objavil je okoli 700 znanstvenih član-

kov, v glavnem v mednarodnih revijah, in 10 knjig na področju otologije, otokirurgije, otonevrokirurgije in rinologije. Je član uredniškega odbora večih znanstvenih revij, častni član slovenskega, danskega, ameriškega, nemškega in italijanskega združenja otolaringologov. Bil je predsednik naslednjih mednarodnih združenj: European Federation of Otolaryngological Societies (EUFOS), European Rhinologic Society, European Academy of Otology and Neuro-Otology (EAONO) in Scandinavian Otolaryngological Society. Trenutno je predsednik European Skull base Society in International Society of Otologic Surgery (Politzer Society). Organiziral je letne tečaje otokirurgije za skandintavske otologe in bil organizator in predsednik naslednjih mednarodnih kongresov v Kopenhagnu: Third Cholesteatoma Conference (1989), First Acoustic neuroma Conference (1991), 15th ERS Congress and 13th ISIAN Symp (1994), Third Int. Symp. on Otitis Media (1997) ter 5th European Skull Base Congress (2001).



Leta 1999 je srečanje v Ljubljani potekalo pod pokroviteljstvom podjetja Lek d. d., tako so se na uradni otvoritvi skupaj predstavili: spec. akad. st. Andrej Brucan, g. Metod Dragonja, generalni direktor Leka, prof. dr. Marija Bernik in prof. dr. Jože Bernik (z leve, foto: Amadej Lah)



The Medical Chamber of Slovenia

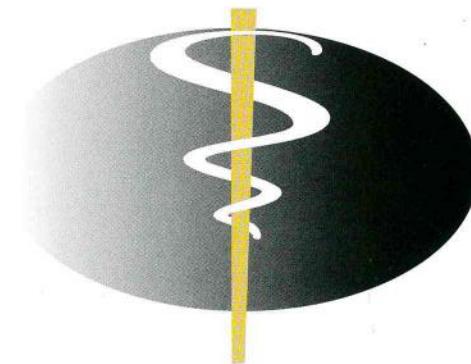
Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province.
The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

Tasks

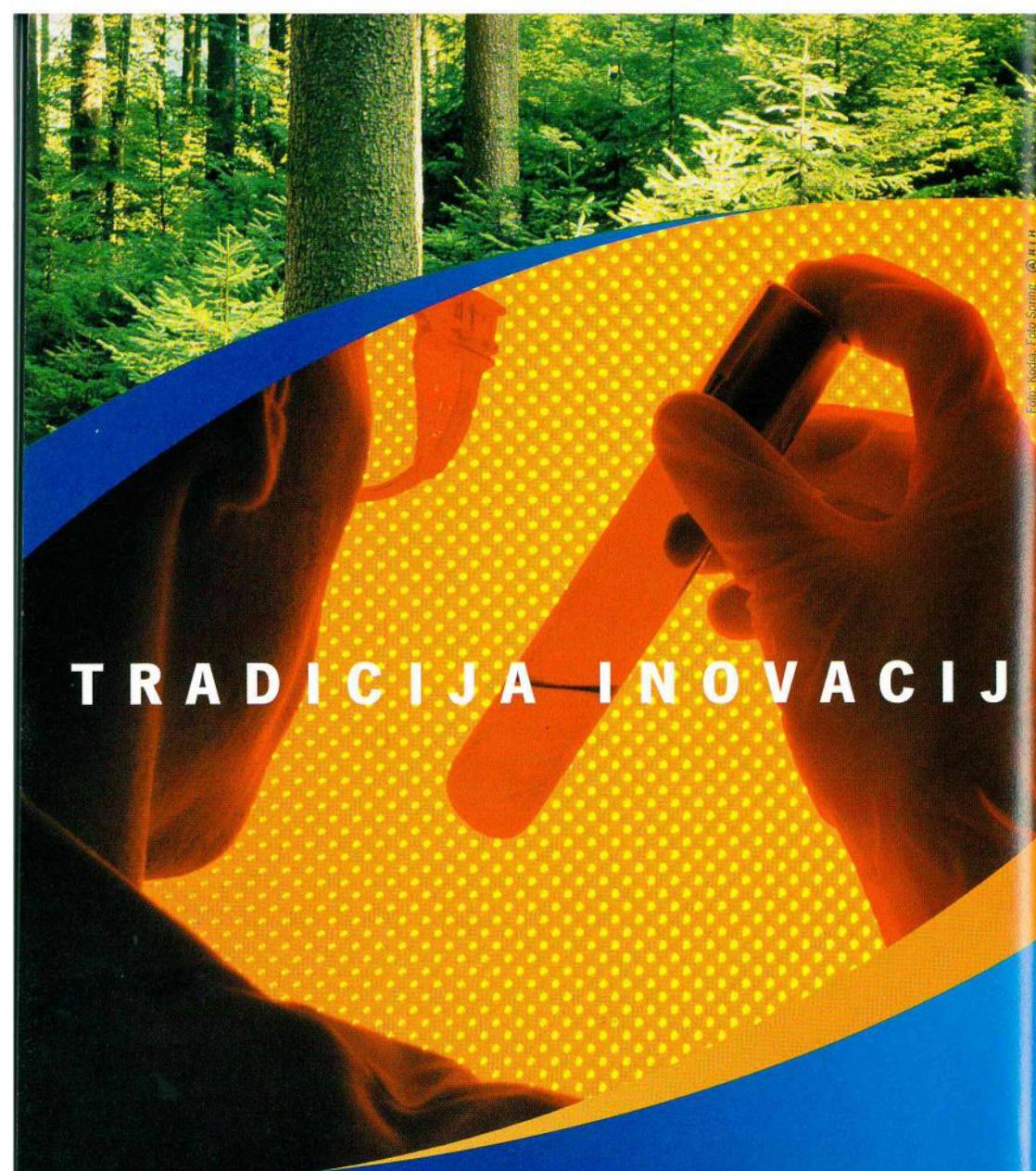
The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

- Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
- Maintaining a register of members and issuing membership cards.
- Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
- Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
- Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
- Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
- The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
- Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.



**SLOVENSKO
ZDRAVNIŠKO
DRUŠTVO**



TRADICIJA INOVACIJ



LEK d. d., Verovškova 57, 1526 Ljubljana
www.lek.si

Pri nas je odkrivanje novega del tradicije.
Odkrivanje novih poti do zdravja in kakovosti življenja povsod po svetu. Izkušnje nam omogočajo, da izdelujemo varna in učinkovita zdravila ter uvajamo sodobne terapije zdravljenja.
Seveda pri tem nismo pozabili, kje so začetki zdravilstva. Z varovanjem naravnega okolja moramo doseči, da nam bo narava še dolgo vir navdiha.



Zaupa nam že več kot 1.100.000 zavarovancev!

Zelo verjetno ste med njimi tudi vi.

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, Mala ulica 5, 1000 Ljubljana

Foto: Koda, Foto Šmitig, R. H.

FOTO: FOTO SPRING

Smo vodilna zdravstvena zavarovalnica v Sloveniji. Odlikuje nas strokoven pristop in usmerjenost k razvoju. V vsaki izmed petin-petdesetih poslovalnic širom Slovenije vam zagotavljamo široko paletto zavarovalniških storitev najvišje kakovosti. Z zanesljivostjo poslovanja in s strateškim povezovanjem v tujini omogočamo dolgoročno varnost tako vam, kot tudi vaši celotni družini.



VZAJEMNA

zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.
www.vzajemna.si, wap.vzajemna.si

Jaz zate, ti zame.

Radenska

ZDRAVILIŠČE RADENCI

120 let tradicije



**CENTER ZA REHABILITACIJO
SRČNO-ŽILNIH IN LEDVIČNIH BOLNIKOV**

- Diagnostika
- Preventiva
- Rehabilitacija
- Zdraviliško zdravljenje
- Fizikalna terapija
- Balneoterapija

NARAVNA ZDRAVILNA SREDSTVA:

- Mineralna voda Radenska z naravnim CO₂
- Anorganski peloid (fango)
- Termomineralna voda
- Zdravilna klima

Informacije in rezervacije:

tel.: 02/ 520 10 00, 02/ 520 27 23

fax: 02/ 520 27 23

E-pošta: rezervacije.zdravilisce@radenska.si

