leto 2021, letnik XXII
številka 3
ISSN 2784-6253

TISKOVINA

Naša bolnišnica

Revija Univerzitetnega kliničnega centra Maribor

Cepljenje proti covidu-19 v nosečnosti – dvomi, strahovi in strokovna priporočila

Intervju z vodjo medicinske službe slovenske olimpijske reprezentance v Tokiu 2020

Uvedba novega načina zdravljenja retinopatije pri prezgodaj rojenih otrocih z biološkimi zdravili

Kazalo

3 Pozdrav urednika
4 Nagovor direktorja
7 Seje Sveta zavoda UKC Maribor
8 Obisk Vlade RS
9 Predstavitev angiografskega aparata Philips azurion 7 b20/15
12 Novi prostori centralne lekarne za pripravo cepiva BCG
13 Uvedba novega načina zdravljenja retinopatije pri prezgodaj rojenih otrocih z biološkimi zdravili na Oddelku za očesne bolezni
15 Prikaz primera uspešnega zdravljenja z VA-ECMO na Oddelku za intenzivno interno medicino (OIIM)
16 Obravnava razvojne displazije kolka pri dojenčkih v UKC Maribor in posodobljen protokol ultrazvočnega presejanja
17 Cepljenje proti covidu-19 v nosečnosti – dvomi, strahovi in strokovna priporočila
20 Klinična prehrana
22 Olimpijske igre Tokio 2020
27 Predaja igrač in copatkov
27 Veselje ob donacijah
28 Vijol'čna kri za vse ljudi v deseti izdaji
29 Krvodajalci stokratniki
30 Podelitev Minařikovih priznanj
31 Odločili ste za lep in zahteven poklic zdravnika
33 Pohvale, priznanja in nagrade
34 Še ena štipendistka Fundacije prim. dr. Janka Držečnika
35 Najprej bo treba povečati delež izdatkov za zdravstvo
37 DID-ACT – pomen klinično-diagnostičnega razmišljanja in ali se ga da naučiti?
39 Nagrajenci Univerze v Mariboru, Fakultete za zdravstvene vede
41 Mednarodna znanstvena konferenca Učenje za skupno življenje in delo
43 Fakulteti za zdravstvene vede zaupana organizacija 21. konference AIME 2023
44 Mi smo na 33 obratov
45 160 let Slovenskega zdravniškega društva
49 Zahvale
53 Pravopisni kotiček
53 Iz kuhinje
54 Duhovna oskrba v UKC Maribor
54 Psihološka in duhovna podpora za zaposlene
55 Zgodovino UKC Maribor pišemo zaposleni …
56 Napovednik strokovnih srečanj

Direktor:
prof. dr. Anton Crnjac, dr. med., višji svetnik

Glavni in odgovorni urednik: Janez Lencl, dipl. inž. za zveze

Uredniški odbor:
prof. dr. Matjaž Vogrin, prof. dr. Anton Crnjac, dr. med., višji svetnik, Tina Škerbinc Muzlovič (T. Š. M.), univ. dipl. medij. kom., Samo Turk, univ. dipl. ekon. (S. T.), red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., viš. predav. dr. Klavdija Čuček Trifkovič

Lektorji:
za UKC Maribor Urška Jodl Skalicky, mag. phil.,
za FZV Sebastijan Frumen, prof. slov.,
za MF Milan Golob.

Fotografije:
UKC Maribor, Rebeka Gerlič (R. G.), univ. dipl. ekon., Nina Bračič (N. B.), prof. razrednega pouka

Naklada:
3000 izvodov

Grafično oblikovanje in tisk:
Evrografis d. o. o.

Naslov uredništva:
Univerzitetni klinični center Maribor, za uredništvo Naše bolnišnice, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor
Uredništvo si pridržuje pravico, da po potrebi skrajša ali slogovno popravi članke.

ISSN 2784-6253

Fotografija na naslovnici:
R. G.

Obisk predstavnikov vlade v naši bolnišnici

Naša bolnišnica je dostopna tudi na spletni strani: www.ukc-mb.si/bolnisnica/interni-casopis/

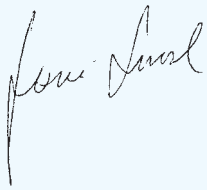
Pozdrav urednika

Spoštovani!

Čas dopusta je za nami, poletne temperature so se čez noč spremenile in zadišalo je skoraj po zimi. Kot da smo jesen preskočili in z morskih valov pristali na zasneženih vrhovih planin. Zajel nas je ponovni val, ki smo ga med poletjem slutili in se ga bali, kajti nihče ne zna točno oceniti, kako močan bo in kako dolgo bo trajal. Gre za valovanje okuženih in hospitaliziranih covidnih bolnikov, ki ga je navrgla pandemija. Preveslali in prebrodili smo že več valov in upamo, da bo ta eden zadnjih. Napovedi strokovnjakov so podobno točne kot pri vremenoslovcih, ko napovedujejo, kakšno vreme bo. Vemo pa, da po dežju in nevihti, vedno posije sonce, samo vprašanje časa je, kdaj. Tako bo zagotovo tudi z epidemijo. Kot kažejo izkušnje po svetu, lahko s cepljenjem precej zmanjšamo val hospitaliziranih v bolnišnicah in s tem omogočimo, da drugi bolniki dobijo pravočasno primerno zdravstveno obravnavo. In tega si vsi v zdravstvu zares želimo.

Na ta čas se tudi zdaj pripravljamo, in kot izhaja iz vsebine na naslednjih straneh, se vse le ne vrti samo okoli covida-19.

Janez Lencl, dipl. inž. za zveze
glavni in odgovorni urednik Naše bolnišnice



Nagovor direktorja

Spoštovane sodelavke in sodelavci!

Po treh mesecih vodenja UKC Maribor z velikim zadovoljstvom seznanjam vse bralce naše cenjene revije o delovanju novega direktorja, občutkih, viziji in razmišljanju o aktivnostih, ki že potekajo ali bodo potekale v bližnji prihodnosti.
Prvi trije meseci prav gotovo niso obdobje, ko lahko direktor prikaže rezultate svojega dela, so pa dovolj dolgo obdobje, da vam predstavi začetne dejavnosti in predvsem načrt dela za naprej.
Odločitev o sprejemu položaja generalnega direktorja tako pomembne institucije, kot je UKC Maribor, ni bila hipna in tudi ne lahka. Temeljit premislek in številni razgovori so bili potrebni, da sem zapustil mesto strokovnega vodje Klinike za kirurgijo in torakalnega kirurga nekaj let pred upokojitvijo in se podal na zahtevno mesto direktorja ustanove. Menim, da sem se pravilno odločil in tudi prevelikih čevljev si nisem nataknil kljub dejstvu, da je že bila in še bo kakšna noč neprespana in da se delovni dan kar pogosto zavleče pozno popoldne ali v noč. Veseli me dejstvo, da sem dobil na seji Sveta zavoda res večinsko podporo. Očitno so člani prepoznali v napisanem programu dobre smernice za razvoj in izboljšave v UKC. Velikanska (moja) prednost pri prevzemu vodenja bolnišnice je bilo vsekakor veliko poznavanje ustroja in delovanja bolnišnice po skoraj 35 letih predanega dela v tej ustanovi in vodstvene izkušnje iz mandata 2005–2010 na mestu strokovnega direktorja.
UKC Maribor je v svojem razvoju in po analizi zunanjih ter notranjih dejavnikov prišel do točke, ki ob dobrem kliničnem delu zahteva tudi natančno oceno sedanjega stanja in zmožnosti ter načrtovanje sprememb, ki bodo prinesle izboljšanje na vseh področjih delovanja ustanove. UKC Maribor je ugledna in pomembna institucija in je na poti dokončne uveljavitve v slovenskem prostoru ter umestitve v mednarodni prostor.
Univerzitetni klinični center Maribor je kot druga največja bolnišnica v državi eden od protagonistov razvoja zdravstva v Republiki Sloveniji in vpet v okolje severovzhodne Slovenije kot izvajalec celovite bolnišnične in ambulantne specialistične dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni. Opredeljeno ima svoje poslanstvo in izdelano vizijo razvoja in delovanja.
Zaposleni v UKC Maribor se vseskozi trudimo opravljati visoko strokovno delo pri hospitalni in ambulantni obravnavi bolnikov. Rezultati zdravljenja so na visoki ravni in primerljivi z evropskimi centri, zapletov je malo. Do bolnikov gojimo prijazen partnerski odnos in večina jih zadovoljnih zapušča našo ustanovo. Sledimo sodobnim trendom obravnave bolnikov, na posameznih področjih pa smo referenčni center v državi.

Veseli nas neizpodbitno dejstvo, da v UKC Maribor premoremo velik intelektualni potencial, paleto strokovnjakov in številne zaposlene, ki predano in visoko strokovno izpolnjujejo svoje osnovno poslanstvo – pomagati bolnikom, ki so nam zaupani.
V preteklih letih so se pokazale nekatere pomanjkljivosti, ki so iz različnih zornih kotov vplivale na skladen in pričakovan razvoj te nadvse pomembne zdravstvene in izobraževalne ustanove.
Politika zaposlovanja na področju zdravstvenega kadra v preteklosti kljub omejitvam ni popolnoma sledila povečanim potrebam UKC zaradi širitve dejavnosti, terciarnih zahtev, priliva čedalje večjega števila najtežjih bolnikov in pedagoškim ter znanstvenoraziskovalnim dejavnostim zaposlenih, ki so zaradi statusa kliničnega centra nujno potrebne. Zgrešena politika zaposlovanja se kaže v nesorazmernem deležu zaposlovanja nezdravstvenega kadra. Kljub pomembnosti dela vseh nezdravstvenih služb, ki skrbijo za nemoteno delo bolnišnice, ki je v vseh pogledih tudi poslovni objekt, pa ostaja osnovno poslanstvo zdravljenje bolnikov. Najverjetneje ni bila izdelana

temeljita analiza potreb, racionalizacije in optimizacije dela na tem področju dela ustanove. Ob tem se je premalo analiziralo in poskušalo odpraviti vzroke odhoda relativno velikega števila usposobljenega kadra v druge ustanove ali tujino.

Premalo pozornosti se je posvečalo nabavi dotrajane medicinske opreme, ki je ob dobro usposobljenem kadru osnova za izvedbo vseh potrebnih aktivnosti zdravljenja, diagnostike in nege bolnikov. Zastrašujoče je dejstvo, da je velikemu delu medicinske opreme potekla življenjska doba, kar je pokazala analiza stanja pred leti. Sredstva amortizacije vsekakor niso bila vedno pravilno uporabljena. Mnenje Komisije za nabavo medicinske opreme je bilo premalokrat upoštevano. V zadnjem letu ali dveh se situacija na tem področju izboljšuje.

Na področju infrastrukturne politike se je v zadnjih letih naredilo premalo, in to kljub dejstvu, da so posamezni objekti v zelo slabem stanju, da stroka opozarja na veliko utesnjenost in stanje posameznih oddelkov z izredno slabimi delovnimi razmerami, da imamo Oddelek za infekcijske bolezni in vročinska stanja v dotrajani stavbi in brez intenzivne enote, da imamo Oddelek za pljučne bolezni dislociran in daleč od matične ustanove, da imamo v UKC Maribor izrazito premalo posteljnega fonda na področju intenzivnih terapij in onkologije, da imamo nedokončan Urgentni center in enega najstarejših operacijskih blokov v državi, da deluje Oddelek za patologijo v prostorih, ki so uvrščeni na prioritetno listo investicij, saj so nujno potrebni prenove, da imamo še ogromno priložnosti za razvoj na področju geriatrične dejavnosti ter paliativnega zdravljenja in še bi lahko naštevali. Izkoriščena niso bila vsa pogajalska izhodišča in prednosti, ki jih omogoča pomembnost terciarne in klinične ustanove pri pridobivanju finančnih sredstev v pogajanjih s plačnikom in MZ. Premalo pozornosti se je namenjalo neposredni primerjavi svoje učinkovitosti in rezultatov dela glede na primerljivo konkurenco.

Ob vsem naštetem smo v zadnjem času priča nekaterim spremembam in dogodkom, ki se neposredno dotikajo tudi UKC Maribor, in vplivajo na njegovo delovanje ter nadaljnji razvoj:

- povečan priliv najtežjih bolnikov in poškodovancev v terciarno ustanovo,
- povečan priliv bolnikov s covidom-19 s posledično prostorsko reorganizacijo in premeščanjem kadra,
- posledično okrnjen program diagnostične in terapevtske obravnave necovidnih bolnikov na domala vseh segmentih specialistične dejavnosti, kar podaljšuje čakalne dobe, na nekaterih področjih pa resno ogroža zdravje bolnikov,
- z razvojem medicinske znanosti povečano število starostnikov in kroničnih bolnikov,
- povečano število rakastih bolnikov,
- povečan obseg dela v intenzivni in interventni medicini,
- povečano število novih, uspešnejših načinov zdravljenja, porast dnevnih obravnav in zniževanje ležalne dobe so privedli do povečanega obsega dela v specialističnih ambulantah, v posameznih segmentih povzročili ozka grla in privedli do nedopustnih čakalnih dob.

Vse te novosti in nakopičene pomanjkljivosti so nas pripeljale do točke, ki zahteva temeljit premislek, natančno oceno sedanjega stanja in zmožnosti ter zahteva planiranje smotrnih sprememb, ki bodo nadgradile dosedanje klinično delo in prinesle izboljšave v stroškovni učinkovitosti in smotrnejši izrabi humanih in materialnih virov. To so spremembe, ki morajo po temeljiti analizi zajemati področje kadrovanja, s poudarkom na analizi prepogostega zapuščanja mladega in perspektivnega kadra iz UKC Maribor, spremembe za nadgradnjo strokovnega dela, odnosa do bolnika in sodelovanja z zdravstvenimi ustanovami in Univerzo v Mariboru, spremembe na področju infrastrukture in investicij, spremembe, ki bodo zagotavljale tehnološki razvoj ustanove, spremembe, ki bodo zagotavljale optimalne pogoje za delovanje zaposlenih in omogočale dobro klimo med zaposlenimi, in spremembe, ki bodo ustanovi omogočile strokovno pomembnost in medijsko pozornost ter ugled.

KJE SMO ZDAJ?

Od samega začetka zahtevam od najožjih sodelavcev lojalnost, transparentno delovanje, kakovost dela, inovativnost in formiranje konstruktivnih predlogov za lažje usklajevanje mnenj na skupnih sestankih. V moj miselni krog ne gredo razmišljanja o nezmožnosti sprememb, nezmožnosti in nepripravljenosti vpeljave izboljšav in neskončno dolgo zavlačevanje z določenimi dejanji, ki prinašajo rešitve na posameznih področjih. Vse predolgo čakam na spremembo statuta in možnost reorganizacije ustanove ob novi sistemizaciji delovnih mest. S temi dokumenti se bom dokončno obkrožil s timom najožjih sodelavcev, s katerimi želim v mandatu uresničiti obljube, napisane v viziji razvoja UKC Maribor, ki bodo pri bolnikih in zaposlenih ustvarile prijeten občutek dobre in prijazne bolnišnice. V ta namen je ekipa oblikovana in aktivnosti vpeljanega projekta že potekajo: dostopna in prijazna bolnišnica z dejavnostmi na področju dostopnosti informacij, dostopnosti obravnave, urejenosti okolja in na področju organizacijske kulture.

Začeli smo s prvimi koraki za reorganizacijo ustanove z močno podporo članov Sveta zavoda. Nabavno službo in Službo za oskrbo, vzdrževanje in investicije smo reorganizirali in formirali novo Službo za investicije in infrastrukturni razvoj in ji priključili Oddelek za nabavo opreme. Namen te prve večje reorganizacije zaradi prihajajočih večjih investicij je okrepiti investicijsko delovanje v ustanovi ter tedensko spremljanje vseh aktivnosti na tem področju tudi s strani direktorja na skupnih, planiranih sestankih.

Smer razvoja UKC Maribor mora biti planirana za več let naprej. Tej smeri in temu razvojnemu programu morajo slediti investicije in s tem zagotavljati stalen razvoj medicinske stroke. S planiranjem se zagotavljajo pravočasne priprave na investicije, sproščajo in zagotavljajo se prostorske kapacitete, zagotavljata se transparentnost postopkov ter gradenj in seveda tudi dobava medicinske in nemedicinske opreme.

Močno smo intenzivirali delo na področju investicij in na zahtevo Ministrstva za zdravje RS pripravili prioritetno listo najpomembnejših investicij v naši ustanovi v naslednjih desetih letih. Pospešeno pripravljamo dokumentacije za projekte, saj smo časovno omejeni glede na načrt črpanja evropskih sredstev ali sredstev, ki bodo ustanovi namenjena ob sprejemu Zakona o investicijah v zdravstvu.

Ker vas bomo na intranetni strani sproti obveščali o premikih na tem področju, na kratko povzemam nabor naložb, ki smo jih po konzultacijah s predstojniki posameznih klinik ali oddelkov uvrstili na prednostni seznam. Pričela se je obnova bodočega Oddelka za pljučne bolezni, ki ga v naslednjem letu nameravamo premestiti na matično lokacijo, stavbo Oddelka za pljučne bolezni na Pohorju pa preurediti v negovalno bolnišnico, za kar že imamo dovoljenje Ministrstva za zdravje RS. Pred kratkim je bilo treba preurediti prostore, kamor smo že preselili dermatološki oddelek. V zaključni fazi je priprava dokumentacije za energetsko sanacijo bolnišnice, začeli smo s pripravo dokumentacije za novogradnjo Oddelka za infekcijske bolezni in vročinska stanja z začetkom del v letu 2023 ali 2024. Med prednostne naloge smo uvrstili nadgradnjo Oddelka za onkologijo. Glede na porast števila obravnav na onkologiji je sedanja omejenost oddelka s strokovnega vidika nedopustna, nadgradnjo pa poskušamo začeti čim prej zaradi dogovora o začasni selitvi Oddelka za infekcijske bolezni ob rušenju njihove stavbe v še ne zasedene prostore onkološke stavbe.

V načrtu prednostnih nalog je adaptacija Oddelka za nevrološke bolezni in Oddelka za kardiologijo in angiologijo, širitev intenzivnih terapij Klinike za interno medicino in Oddelka za nevrološke bolezni, novogradnja Oddelka za patologijo, dokončanje Urgentnega centra in prenova centralnega operacijskega bloka Klinike za kirurgijo, ki je med najstarejšimi in najslabše opremljenimi operacijskimi bloki v državi, ter obnova kuhinje. Resno razmišljamo tudi o gradnji poslovne stavbe, kamor bi preselili upravo in vse upravno-tehnične službe, ki zdaj zasedajo okoli 1500 m^2 prostorov, ki so v osnovi namenjeni zdravstveni dejavnosti.

Zadnji dve leti na delovanje bolnišnice pomembno vpliva povečan priliv covidnih bolnikov s posledično prostorsko reorganizacijo in premeščanjem kadra. Povsem jasno je, da ti bolniki zaradi težavnosti poteka bolezni potrebujejo kvalitetno zdravstveno obravnavo, ki jo v naši ustanovi lahko nudimo. Pomembno je tudi dejstvo, da smo v državi imenovani za pomembno covidno bolnišnico, delo pri obravnavi necovidnih bolnikov pa je zaradi omejenih kadrovskih in prostorskih zmogljivosti vsekakor okrnjeno. In tako se znajdemo v začaranem krogu čakalnih dob, ki jih je na posameznih segmentih resnično treba zmanjšati. S prerazporeditvijo dela covidnih aktivnosti na psihiatrijo smo vsaj deloma razbremenili blokado tretje etaže stolpnice kot osrednjega dela kirurškega delovanja.

Pred kratkim smo v UKC Maribor v sodelovanju z MZ oblikovali mobilne paliativne time. S tem smo omogočili najtežje bolnim paliativnim bolnikom dostopnost strokovne obravnave vse dni v tednu.

Pomanjkanje kadra na številnih strokovnih področjih je v UKC Maribor prisotno že dalj časa. S pojavom epidemije covida-19 in prerazporeditvami kadra na covidna delovišča so se izkristalizirale dejanske potrebe po dodatnih zaposlitvah, saj je bilo zaradi kritičnega pomanjkanja kadra resno ogrožena varna obravnava bolnikov. V intenzivnih enotah in na področjih operativnega ter invazivnega dela so odpadali operativni programi in okrnjeno je bilo delo interventnih in invazivnih posegov. Tudi delo v hospitalni obravnavi bolnikov je bilo okrnjeno. Samo veliki angažiranosti in dostikrat nadčloveškim naporom zaposlenih se lahko zahvalimo, da je bila oskrba covidnih bolnikov res na visoki ravni in da je bil nadvse zadovoljivo izpeljan dogovorjeni program hospitalnega in ambulantnega dela.

Analiza stanja zaposlenosti s primerljivimi ustanovami pri nas in v tujini kaže na primanjkljaj na področju zdravstvene nege pri zaposlenih na hospitalnih oddelkih in še posebej v sobah intenzivne terapije. Na nekaterih oddelkih v UKC Maribor pomembno primanjkuje zdravnikov specialistov. Politika zaposlovanja v preteklih letih vsekakor ni bila primerna, premalo pozornosti se je namenjalo temu nadvse pomembnemu segmentu zdravstvene obravnave bolnikov, premalo je bilo storjenega na področju pridobivanja dodatnih sredstev za zaposlovanje prepotrebnega kadra, premalo pozornosti je bilo namenjeno spremembi sistemizacije delovnih mest, ki na posameznih segmentih ne upošteva novih zahtev sodobnega načina zdravstvene obravnave.

Pereča težava je odhajanje perspektivnega, usposobljenega medicinskega in negovalnega kadra iz UKC Maribor. Zaposlitev v klinični terciarni ustanovi bi moral biti izziv, zato so odhodi alarmantno stanje, ki mu je treba posvetiti posebno pozornost in opraviti temeljito analizo vzrokov. Med vzroke odhodov spadajo vsekakor nezadovoljstvo na delovnem mestu zaradi nestimulativnega delovnega okolja ali porušenih odnosov med zaposlenimi, premalo poudarjenih možnosti za strokovni ali raziskovalni napredek (predstojniki), preobremenitve (zaposlovanje, sistemizacija), zaposlitve za določen čas (mlade družine) in tudi premalo poudarjena pomembnost zaposlitve v ugledni ustanovi.

Pomembna naloga direktorja UKC Maribor mora biti optimizacija poslovanja. Kljub naraščajočim stroškom sodobne medicine in sodobnih načinov zdravljenja, potrebah po sodobni medicinski opremi in zaposlovanju, je treba analizirati trenutno stanje in poiskati rezerve ter tako omogočiti na eni strani strokovno učinkovitost in na drugi strani finančno stabilnost ustanove. Z drugimi besedami: treba je iskati rezerve na prihodkovni strani ali znižati stroške delovanja bolnišnice. Ustanovo je treba iz tega zornega kota gledati kot poslovni objekt z znanimi viri financiranja in bolj ali manj predvidljivimi odhodki na področju stroškov dela, stroškov blaga,

materiala in storitev ter amortizacije. In na vseh omenjenih segmentih prav gotovo obstajajo rezerve, ki jih je treba opredeliti in v sodelovanju s sodelavci in zaposlenimi spremeniti v pozitivne trende za dobro poslovanja, zaposlenih sodelavcev in zaupanih bolnikov.
Pred kratkim sem bil za krajši čas hospitaliziran v UKC Maribor zaradi neugodnega bolezenskega stanja, ki nikakor ni posledica dela na novem delovnem mestu. Resnično se iz srca zahvaljujem vsem, ki ste mi pomagali na poti ozdravitve. Ker sem se med hospitalizacijo slišal z ministrom za zdravje, ki ga je tudi zanimalo moje zdravstveno stanje, sem mu po odpustu iz bolnišnice napisal sledeče: »Ko si bolnik, spoznaš, kako dobre ljudi premore slovensko zdravstvo, in resnično sem ponosen na spoštovane sodelavce, ki jih vodim.«
Hvala vsem zaposlenim za opravljeno delo v ustanovi in pomoč pri strokovni obravnavi nam zaupanih bolnikov.

Vaš Anton Crnjac

Seje Sveta zavoda UKC Maribor

Avtor: S. T.
Foto: S. T., R. G.

V začetku julija je potekala 33. redna seja Sveta zavoda UKC Maribor. Člani Sveta zavoda so z vodstvom UKC Maribor sejo začeli z obravnavo in potrditvijo dnevnega reda ter zapisnika 32. redne seje, nato je sledilo poročilo o realizaciji sklepov in pobud preteklih sej Sveta zavoda UKC. Po pozdravnem nagovoru direktorja UKC Maribor so si sledile točke dnevnega reda: Covidna strategija UKC Maribor za jesen 2021 s predstavitvijo možnih predlogov o ureditvi prostorov za covidne paciente, Potrditev investicijske dokumentacije za investicijo »Ureditev prostorov za namen negovalne bolnišnice UKC Maribor«, Predlog Strokovnega sveta UKC o prioritetah pri nakupu medicinske opreme, Program dela in finančni načrt UKC Maribor za leto 2021, Informacija Statutarne komisije o predlaganih spremembah in dopolnitvah Statuta UKC, Informacija o poslovanju 1-3/2021 po sprejetem Splošnem dogovoru 2021, Posebni program na področju ortopedije v UKC Maribor v letih 2021 in 2022, Čakalne dobe in realizacija programa zdravstvenih storitev, Izdaja soglasij za delo direktorju UKC in Informacije, vprašanja in pobude – Dograditev in nadgradnja stavbe 15 – Oddelek za Onkologijo.

V četrtek, 2. septembra, so člani Sveta zavoda z vodstvom UKC Maribor ponovno zasedali. Na 34. redni seji Sveta zavoda so prisotni dnevni red začeli z obravnavo in potrditvijo dnevnega reda, potrditvijo zapisnika 33. redne in 8. ter 9. korespondenčne seje, nakar je sledil pregled realizacije preteklih sklepov in pobud. Nadaljevali so z naslednjimi temami: Načrt pripravljenosti na epidemijo covida-19, Informacija o poslovanju UKC Maribor za obdobje januar–junij 2021, Potrditev investicijske dokumentacije: Novelacija IP – Nabava medicinske opreme v okviru operacije covid-19 – Zagotovitev ključne medicinske in osebne varovalne opreme zaradi epidemije, Soglasje k Pravilniku o podrobnejši organizaciji in vodenju organizacijskih enot v UKC Maribor in Spremembi sistemizaciji delovnih mest v UKC Maribor, Spremembe in dopolnitve Statuta Univerzitetnega kliničnega centra Maribor in Informacije, vprašanja in pobude – Informacija o čakalnih dobah in realizaciji programa zdravstvenih storitev.

Prvi torek v oktobru so na konstitutivni seji prvič v novi sestavi zasedali člani Sveta zavoda UKC Maribor. Dnevni red se je zvr-

stil po naslednjih točkah: Seznanitev o novoimenovanih članih Sveta zavoda UKC Maribor in izvolitev predsednika Sveta zavoda UKC, Otvoritev seje in obravnava ter potrditev dnevnega reda, Pregled in potrditev zapisnika 34. redne seje Sveta zavoda UKC z dne 2. 9. 2021 ter poročilo o realizaciji sklepov in pobud preteklih sej Sveta zavoda UKC, Potrditev investicijske dokumentacije (Nakup poslovnih prostorov Ljubljanska ulica 9, Maribor, Dobava in montaža analizatorja za določitev drog in zdravilnih učinkovin v biološkem materialu za Oddelek za laboratorijsko diagnostiko, Dobava in montaža sterilizatorjev za potrebe Centralne sterilizacije in OP bloka Klinike za kirurgijo ter OP bloka Klinike za ginekologijo UKC Maribor in Projekt EMPOWER FOR 21, Opolnomočenje za delo v 21. stoletju z razvojem veščin vseživljenjskega učenja, dobrega počutja zaposlenega ter preprečevanjem in prepoznavanjem duševnih motenj), Izdaja soglasja Sveta zavoda strokovnemu direktorju UKC za delo izven UKC in za sklenitev podjemne pogodbe ter Informacije, vprašanja in pobude (Kakovost podatkov v sistemu E-naročanje in umeščeni pacienti pod šifro 9999).

Obisk Vlade RS

Avtor: S. T.
Foto: R. G.

V sklopu obiska Vlade RS v podravski regiji smo v sredo, 30. junija 2021, v UKC Maribor gostili ministra za razvoj in EU kohezijsko politiko Zvonka Černača ter ministra za zdravje Janeza Poklukarja. Skupaj z vodstvom UKC Maribor so si ogledali prostore Oddelka za pljučne bolezni ter spregovorili o drugih večjih predvidenih projektih v UKC Maribor, kot sta na primer izgradnja negovalne bolnišnice, infekcijske klinike idr. S pričetkom ob 18.15 je potekala novinarska konferenca, na kateri so spregovorili direktor UKC Maribor prof. dr. Anton Crnjac, strokovni direktor UKC Maribor prof. dr. Matjaž Vogrin, minister za zdravje Janez Poklukar in minister za razvoj in EU kohezijsko politiko Zvonko Černač.

Predstavitev angiografskega aparata Philips azurion 7 b20/15

Avtorji: Kristijan Fuks, dipl. inž. rad. tehnol., Jelena Gajić, dipl. inž. rad. tehnol., Simona Klampfer, dipl. inž. rad.
Foto: arhiv oddelka

17. junija 2020 je bil izjemno pomemben dan za Radiološki oddelek UKC Maribor in celotno Slovenijo, saj se je prvič prižgal aparat Philips Azurion 7 B20/15 – najnovejši, najmodernejši in tudi še vedno najboljši dvoravninski angiografski aparat v Sloveniji. Posebnost aparata sta dva detektorja rentgenskih fotonov, ki sta pritrjena vsak na svoj C-lok. Glavni 20-palčni je pritrjen v tla, pomožni 15-palčni pa na strop. Ta postavitev nam omogoča hkraten ogled rentgenske slike v dveh ravninah pod poljubnimi koti, največkrat pa uporabljamo kar kote, ki se razlikujejo za 90°.

Angiograf je primarno namenjen nevroradiološki diagnostiki in terapiji. Pod to štejemo urgentna stanja, kot sta ishemična možganska kap ali subarahnoidna krvavitev zaradi rupture anevrizme možganskega ožilja, ter elektivne posege, kamor sodijo razne embolizacije anevrizem možganskega ožilja, še preden le-te rupturirajo, in postavitve znotrajžilnih opornic pri zožitvah notranje karotidne arterije. Prav tako na njem opravljamo tudi veliko ostalih znotrajžilnih in nežilnih posegov: perkutanih transluminalnih angioplastik, transarterijskih kemoembolizacij tumorjev jeter, embolizacij krvavitev, endovaskularnih reparacij anevrizem abdominalne aorte, vstavitev in menjav nefrostomskih katetrov itd. Za urgentna stanja je zagotovljena 24-urna pripravljenost.

Slika 2: Tim radioloških inženirjev: Aleš Lukman, Matevž Hudin, Boris Slanc, Simona Klampfer, Adriana Enache (aplikatorka), Kristijan Fuks, Andrej Lukman, Jelena Gajić in Sašo Košar

V obdobju enega leta (od 17. 6. 2020 do 16. 6. 2021) smo na aparatu opravili 1036 posegov, od tega 90 mehaničnih trombektomij, 100 postavitev stentov v arterijo karotis, 52 embolizacij možganskih anevrizem, od tega smo štiri embolizacije

Slika 1: Philips Azurion 7 B20/15

opravili s pomočjo WEB-kletk, 16 pa s pomočjo preusmerjevalcev toka (angl. Flow Diverter), kar bomo podrobneje opisali v nadaljevanju. Embolizirali smo tudi dve arteriovenski malformaciji (AVM) in dve duralni arteriovenski fistuli (DAVF). Opravili pa smo tudi 111 diagnostičnih slikanj možganskega ožilja za iskanje ali potrditev nepravilnosti le-tega.

V angiografskem diagnostično-terapevtskem prostoru dela tim, ki ga sestavljajo interventni nevroradiologi/radiologi, radiološki inženirji in medicinske sestre instrumentarke. Delo poteka v območju ionizirajočega sevanja, tako da moramo vsi v prostoru med delom nositi zaščitno opremo, kot so svinčeni plašč, svinčena zaščita za ščitnico, svinčena očala in podobno ter termoluminiscentni dozimeter. Prvotno uvajanje za delo z angiografom je potekalo dva tedna, nato smo bili deležni še nadaljnjega uvajanja po tri mesece, ki je potekalo pod nadzorom aplikatorjev z Dunaja in Bukarešte. Radiološki inženir je tisti, ki z angiografom rokuje preko modula na dotik (touchscreen), na katerem izbira protokole in parametre slikanja, ter s pomočjo ukazne konzole, preko katere spreminja angulacijo c-lokov, postavitev motorizirane diagnostično-terapevtske mize ter postavitev polprepustnih in neprepustnih zaslonk za omejevanje snopa rentgenskih fotonov in s tem nižanje doze ionizirajočega sevanja, ki ga med posegom prejme pacient in osebje v prostoru.

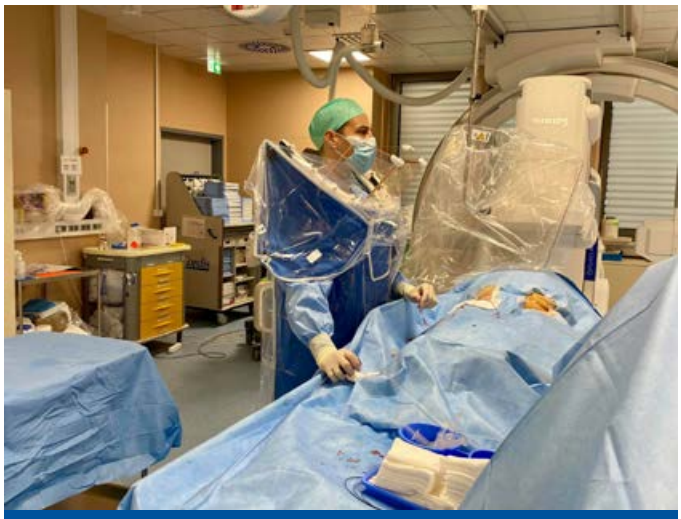
ZAŠČITNI SISTEM ZERO GRAVITY

Naraščajoče število interventnih posegov in njihovih kompleksnosti linearno rezultira v povečani delovni obremenitvi posameznika. Vse to se odraža v povečanju prejete žarkovne obremenitve. Zaradi uporabe osebne varovalne zaščite se stopnjuje bolečina v vratu, ramenskih obročih, hrbtenici, kolkih, kolenih in gležnjih. Prav tako se večajo možnosti nastanka katarakte, najrazličnejših tumorskih sprememb in zdrs medvretenčnih ploščic v hrbtenici.

Ena od pridobitev je tudi kompleksni zaščitni sistem Zero Gravity. To je zaščita na nihajni roki. Zaščito Zero Gravity sestavljata dve komponenti. Prva komponenta je tako imenovana zaščita za telo. Ta del posameznika varuje pred rentgenskimi žarki v področju ramenskega obroča in zgornjih okončin, prsnega koša, trebuha in v zgornjem delu spodnjih okončin. Ta komponenta za zaščito vsebuje 1,0 mm svinca. Druga komponenta je iz akrilnega stekla, ki vsebuje 0,5 mm svinca za zaščito in je namenjena zaščiti posameznika pred primarnimi rentgenskimi žarki v področju vratu in glave in pred sekundarnimi žarki, ki jih absorbirajo oči.

Najrazličnejše študije so pokazale, da se ob uporabi sistema Zero Gravity prejeta radiacijska žarkovna obremenitev v primerjavi z uporabo klasičnih zaščitnih sredstev zmanjša za 87 do 100 odstotkov. Ob tem se zmanjšuje tudi možnost nastanka tumorskih sprememb in katarakte.

Sama uporaba zaščitnega sistema Zero Gravity je preprosta. Posameznik si obleče telovnik, ki ima na sprednjem delu magnet. Z njim se spoji z magnetom na delu zaščite, ki je name-



Slika 3: dr. Sašo Pjević med posego in uporabo sistema Zero Gravity

njena za telo. Takšen način omogoča nemoteno premikanje posameznika v prostoru. Ker zaščitni sistem visi na podaljšani roki s stropa, posameznik ne nosi teže na ramenskem obroču, kakor se to dogaja pri klasičnih svinčenih plaščih. Pri vseh manipulacijah posameznika z uporabo zaščitnega sistema Zero Gravity le-ta pri celotnem posegu ostaja sterilen na strani, ki je obrnjena k preiskovalni mizi. Sterilnost zagotavlja sterilna prevleka, ki se namesti na zunanji zgornji in spodnji del zaščitnega sistema.

MEHANIČNA TROMBEKTOMIJA

Možganska kap ali cerebrovaskularni insult je akutna nevrološka disfunkcija vaskularnega izvora. Etiološko se deli na ishemično in hemoragično možgansko kap, kjer je 85 % kapi ishemične narave. Ishemična možganska kap je posledica tromboze, embolizma ali sistemske hipoperfuzije (1). Zaradi pomanjkanja kisika in hranil nastane okvara možganskega tkiva, ki je slabše prekrvavljeno. Zdravljenje se izvede z interventnim znotrajžilnim nevroradiološkim posegom oz. mehanično trombektomijo, kjer diagnostičnemu angiografskemu

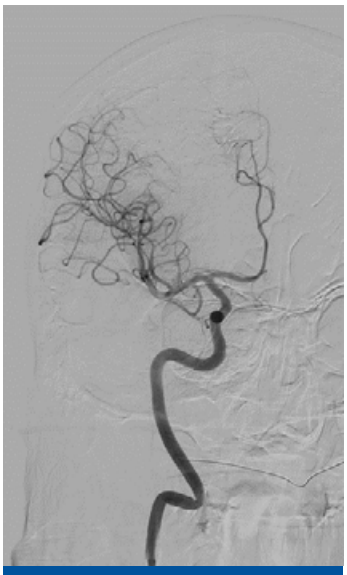
Slika 4: Krvni strdki po mehanični trombektomiji

prikazu možganskega ožilja sledi mehanična revaskularizacija, kjer se odstranijo krvni strdki iz možganskih arterij (2).
Ker je ishemična možganska kap nujno stanje, je najpomembnejše, da se trombektomija izvede v najkrajšem možnem času. Glede na prizadetost in zmožnost pacientovega sodelovanja se trombektomija izvaja v splošni ali lokalni anesteziji. Pacient se pripravi in sterilno pokrije. Najpogostejši pristop je punkcija s Seldingerjevo iglo skozi skupno femoralno arterijo, če tega ne preprečujejo zapore ali pooperativne spremembe. V tem primeru se pristopi skozi skupno karotidno arterijo ali druge arterije. Pod diaskopsko kontrolo se uvede diagnostični kateter v notranjo karotidno arterijo. Z uporabo vodotopnega neionskega jodnega kontrastnega sredstva se opravi digitalna subtrakcijska angiografija (DSA), ki prikaže mesto zapore možganske arterije. Zaradi dveh C-lokov aparat omogoča hkratno slikanje v dveh različnih projekcijah. S tem se zmanjša količina injiciranega kontrastnega sredstva in izpostavljenost rentgenskemu sevanju. Standardne projekcije za prikaz anteriorne cirkulacije so posteroanteriorna projekcija (PA) in lateralna projekcija (LAT) ter polstranski projekciji 45° (prileţna in odleţna polstranska projekcija LAO in RAO). Standardni projekciji za prikaz posteriorne cirkulacije sta PA in LAT. Nato se z dodatnimi DSA poišče delovna projekcija. Projicirano pot do zapore lahko nevroradiologu olajšamo s tehnikama Roadmap ali Smart Mask. Interventni nevroradiolog skozi vodilni kateter v nadaljevanju uvede katetrski sistem za odstranjevanje trombov. Med posegom se izvajajo kontrole DSA, kjer se postopek izvleka tromba lahko ponovi. Po izvleku tromba naredimo končno kontrolo DSA. Izvede se v enakih projekcijah kot na začetku, da lahko primerjamo stanje pred in po izvleku tromba ter s tem ocenimo revaskularizacijo. Po izvedeni trombektomiji lahko opravimo XPER CT (CT s konusnim snopom), pri katerem se C-lok zavrti okrog pacienta za 210° s kontinuirano ekspozicijo rentgenskih fotonov. Nato visoko zmogljiv računalnik rekonstruira 3D-sliko zajetega območja. S tem lahko ocenimo status ventriklov in prizadetosti možganovine ter 3D-prikaz možganskega ožilja. Interventni nevroradiolog na koncu vbodno mesto zapre z zapiralnim sistemom.

PREUSMERJEVALCI TOKA (FLOW DIVERTER STENTS)

Poseben način embolizacije možganskih anevrizem je s pomočjo tako imenovanih preusmerjevalcev toka ali angl. flow diverter stentov, saj nam angiograf kot edini v Sloveniji s posebej namensko programsko opremo omogoča natančno analizo uspešnosti posega. Za tak način embolizacije se odločimo po predhodnem diagnostičnem slikanju možganskega ožilja in pri anevrizmah, ki so ogromne in imajo širok vrat ter so zaradi tega slab kandidat za ostale načine embolizacij, kot so na primer embolizacijske spirale ali WEB-kletke. Velikokrat se odločimo za kombinirano zdravljenje z embolizacijskimi spiralami in preusmerjevalci toka. Pri tem stent deluje

Slika 5: DSA pred mehanično trombektomijo – vidna zapora desne arterije cerebri media

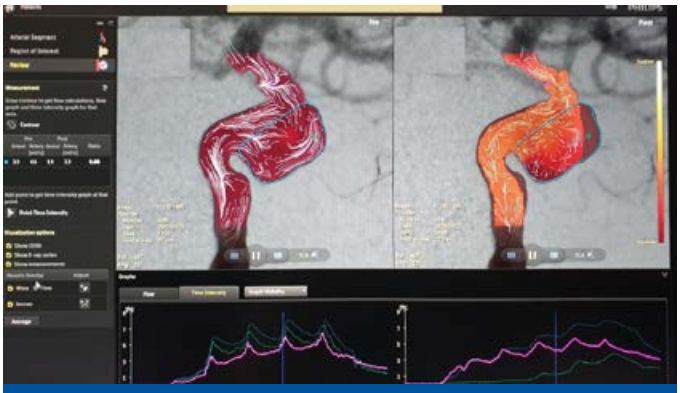


Slika 6: DSA po mehanični trombektomiji – ponovno vzpostavljen pretok po arteriji cerebri media

tudi kot nekakšna ograda, ki preprečuje, da bi spirala padla iz anevrizme in zamašila arterijo, ki jo prehranjuje. Ko je stent postavljen, poskrbi, da se zmanjšata kroženje in pretok krvi po anevrizmi, kar posledično povzroča strjevanje krvi znotraj anevrizemske vreče, zaradi česar se iz obtoka izloči po nekaj tednih do nekaj mesecev.
Sam stent je videti kot pletena cevka iz platine in zlitine kroma z nikljem in kobaltom. Je samoekspanziven, kar pomeni, da se pri postavljanju iz mikrokatetra sam razširi in prilega žilni steni.

Slika 7: Prikaz razprtosti preusmerjevalca toka z VasoCT

Poseg za postavitev preusmerjevalca toka se opravlja v splošni anesteziji, saj mora pacient biti ves čas popolnoma pri miru, ko gre za submilimetrsko natančnost pri postavljanju preusmerjevalca. Ko pacienta uspavamo, pripravimo in sterilno pokrijemo, interventni nevroradiolog s Seldingerjevo



Slika 8: Prikaz valov krvi in izračun vrednosti MAFA s programom Aneurysm Flow

iglo zbode skupno femoralno arterijo in uvede žilno uvajalo, preko katerega se nato uvajajo razni žilni katetri, mikrokatetri, žice in preusmerjevalec toka. Nato kanulira notranjo karotidno arterijo. Po tem opravimo DSA-slikanje v PA in stranski projekciji, da si prikažemo samo anevrizmo in žilo, ki jo prehranjuje, ter pot do nje. Nato opravimo 3D-rotacijsko slikanje z nizkodoznim protokolom za CT s konusnim snopom. Ko računalnik rekonstruira 3D sliko, interventni nevroradiolog poišče projekcije, pod katerimi bo stent pripeljal do anevrizme in pod katerimi ga bo sproščal. Radiološki inženir nato še poišče projekcijo, v kateri bo projiciral vrat anevrizme in pri kateri bo vidnih vsaj 20 mm žile, ki jo prehranjuje. Nato se postavimo v ta položaj, opravimo prvo slikanje v tej projekciji s posebej namenskim protokolom za preračunavanje pretoka krvi po anevrizmi – angl. Aneurysm Flow. Nato se po navodilih interventnega nevroradiologa postavljamo v shranjene projekcije, medtem ko on postavlja stent. Pri tem uporabljamo 3D-navigacijo (angl. 3D Roadmap), pridobljeno iz rotacijskega slikanja, zaradi česar močno zmanjšamo potrebo po dodatni uporabi kontrastnega sredstva. Ko je stent postavljen, opravimo visoko natančno rotacijsko slikanje VasoCT, pri katerem se natančno prikažeta položaj in razprtost le-tega.

Nato se postavimo v enak položaj in projekcijo kot pri prvem slikanju za Aneurysm Flow ter slikanje ponovimo pod popolnoma enakimi pogoji. Interventni nevroradiolog vbodno mesto zapre z žilnim zapiralom in poseg je končan. Pacienta lahko zbudimo iz splošne anestezije. Nato sledi še obdelava slik, pri katerem nam program Aneurysm Flow po izračunu pretokov pred in po postavitvi preusmerjevalca toka poda t. i. vrednost MAFA (angl. MAFA score), ki nam pove uspešnost posega. Če je rezultat pod 1, pomeni, da smo zmanjšali pretok, če pa je manjši od 0,6 pa pomeni, da bo anevrizma zagotovo trombozirala.

LITERATURA

1. Rehar D., Menih M. Možganska kap in prehodna možganska kap. In: Zbornik V. šole urgence; 1. in 2. december 2017; Zreče. Slovensko združenje za urgentno medicino; 2017; p. 38-47.
2. Caplan LR. Basic pathology, anatomy and pathophysiology of stroke. In Caplan's stroke: A clinical approach, 4th edition. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009; p.22.
3. https://www.joeniekrofoundation.com/treatment/flow-diversion/
4. https://www.biotronik.com/en-us/products/services/zero-gravity
5. https://www.tidiproducts.com/product-listing/zero-gravity

Novi prostori centralne lekarne za pripravo cepiva BCG

Avtorica: mag. Maja Petre, mag. farm. spec.
Foto: arhiv Centralna lekarna

Centralna lekarna je maja 2021 dobila v uporabo nov prostor za pripravo cepiva BCG *(Mycobacterium bovis Bacillus Calmette-Guérin)*. Prostor nam je v uporabo prijazno odstopila Klinika za ORL in MFK. Cepivo BCG je živo oslabljeno cepivo proti tuberkulozi, ki se kot imunoterapija v svetu uporablja že vse od leta 1970 za zdravljenje zgodnjih stopenj raka sečnega mehurja, najpogosteje za preprečevanje ponovitve površinskega oziroma mišično-neinvazivnega raka sečnega mehurja. BCG lahko spodbudi imunski odziv in povzroči vnetje stene mehurja ter tako deluje proti rakavim celicam v sečnem mehurju. Pripravek je namenjen intravezikalni uporabi.

Priprava cepiva BCG

Uvedba novega načina zdravljenja retinopatije pri prezgodaj rojenih otrocih z biološkimi zdravili na Oddelku za očesne bolezni

Avtorica: prof. dr. Dušica Pahor, dr. med.
Foto: arhiv Oddelka za očesne bolezni

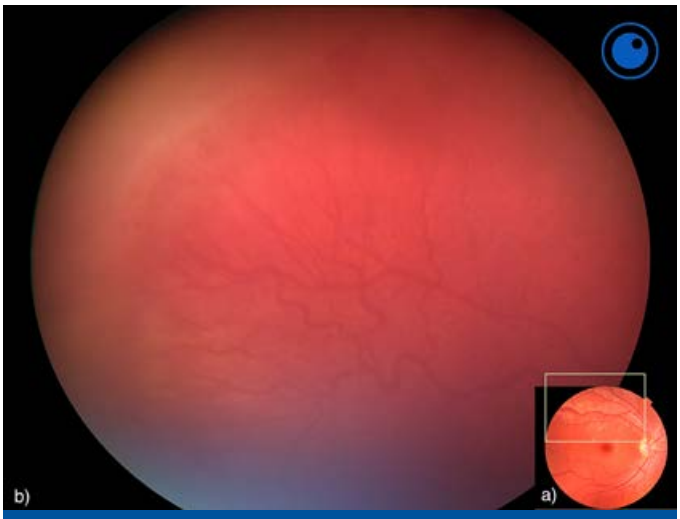
Slika 1 - Med aplikacijo anti-VEGF zdravila intravitrealno pri pacientu z retinopatijo nedonošenčkov na Kliniki za pediatrijo. Z leve proti desni: asist. dr. Tomislav Šarenac, dr. med., prof. dr. Tomaž Gračner, dr. med., Helena Stupan, dipl. m. s., zadaj asist. mag. Robert Pogorevc, dr. med.

Na Oddelku za očesne bolezni UKC Maribor smo julija 2021 prvič uporabili biološko zdravilo ranibizumab za zdravljenje retinopatije pri prezgodaj rojenih otrocih. Zdravilo smo aplicirali intravitrealno v obe zrkli pri štiri mesece stari prezgodaj rojeni deklici, ki se je rodila s porodno težo 480 gramov v 22. tednu nosečnosti. V septembru je terapijo prejela 3-mesečna novorojenka, ki se je rodila s porodno težo 520 gramov v 22. tednu nosečnosti, prav tako v obe zrkli. Operativni poseg je opravil asist. dr. Tomislav Šarenac, dr. med., skupaj s prof. dr. Tomažem Gračnerjem, dr. med., glavno operacijsko sestro oddelka Heleno Stupan, dipl. m. s., in op. sestro Tadejo Pincetič ter Petro Marjetko Pavel v Enoti za pediatrično intenzivno nego in terapijo Klinike za pediatrijo UKC Maribor. Operativni poseg je potekal brez zapletov. Pri obeh otrocih je prišlo do izboljšanja klinične slike. Uvedba nove terapije na oddelku predstavlja pomemben premik pri zdravljenju prezgodaj rojenih otrok in nam daje novo upanje za boljšo prognozo vida pri tej bolezni.

Retinopatija nedonošenčkov (angl. *Retinopathy of Prematurity* oz. *ROP*) je danes glavni vzrok slepote pri otrocih na svetu. Leta 1950 je postala vodilni vzrok slepote pri prezgodaj rojenih otrocih. Od takrat dalje je bila uvedena stroga kontrola kisika pri nedonošenčkih, kar je vodilo do dramatičnega zmanjšanja nastanka ROP. Slaba prekrvavitev nezrele mrežnice ali hipoksija vodi do sproščanja žilnega endotelnega rastnega dejavnika (angl. *Vascular Endothelial Growth Factor – VEGF*), ki je glavni vzrok za nastanek ROP, saj povzroči nastanek novonastalih žil ali neovaskularizacijo. Najpomembnejši vzrok za njen nastanek je nizka gestacijska doba (< 31 tednov) in nizka porodna teža (< 1500 g). Je vazoproliferativna bolezen žil mrežnice pri prezgodaj rojenih otrocih. Prezgodaj rojeni otroci s pridruženimi boleznimi, kot so dihalna stiska, bronhopulmonalna displazija, sepsa, intraventrikularna krvavitev, slabo pridobivanje na teži in hiperglikemija so še posebej izpostavljeni za razvoj te bolezni.

Ker se preživetje prezgodaj rojenih otrok zaradi napredka v neonatalni oskrbi izboljšuje, prihaja do večjega pojava ROP. Blaga oblika ROP se spontano pozdravi, medtem ko lahko težja oblika napreduje do odstopa mrežnice in slepote. Letno je na svetu za to boleznijo registriranih med 30.000 do 45.000 novorojenčkov.

Zdravljenje z anti-VEGF predstavlja novo možnost za terapije ROP. Še vedno ostajajo odprta številna vprašanja glede doze, ponavljanja terapije in dolgoročnih sistemskih učinkov. Zdravljenje z anti-VEGF se danes vedno bolj uporablja za zdravljenje ROP kot prva terapija izbora s popolno regresijo neovaskularizacije brez potrebe po dodatni terapiji. Sistemskih ali očesnih stranskih učinkov po terapiji doslej ni bilo, seveda pa so potrebne še nadaljnje raziskave o varnosti zdravila pri teh otrocih.



Slika 2 Slika normalnega očesnega ozadja, označen zelen okvirček predstavlja področje mrežnice, ki je povečanona večji sliki; b) Zgornji temporalni kvadrant desnega očesnega ozadja, vidne so razširjene mrežnične žile in greben mrežnice na meji v avaskularno cono

Slika 4 - Fotografija posneta s kamero s Slike 3. Viden je nazalni zgornji kvadrant istega očesnega ozadja kot s Slike 1. Poleg izrazito zadebeljenih žil je dobro opazen greben, značilen za napredovalo retinopatijo nedonošenčkov

Septembra 2019 je bilo registrirano prvo zdravilo za intravitrealno uporabo pri nedonošenčkih, in sicer ranibizumab za zdravljenje retinopatije nedonošenčkov s strani Evropske agencije za zdravila. Letos spomladi je naš oddelek od proizvajalca prejel donacijo 14 ampul zdravila za intravitrealno aplikacijo pri nedonošenčkih skupaj z Očesno kliniko v Ljubljani.

Pomembno je, da pravočasna diagnoza in terapija bodisi preprečita bodisi ustavita razvoj tega težkega zapleta, kot je ROP pi nedonošenčkih. Redno spremljanje vseh visoko rizičnih prezgodaj rojenih otrok je izjemnega pomena, da preprečimo razvoj težjih oblik bolezni na očesnem ozadju kot posledice prezgodnjega rojstva in začnemo pravočasno zdraviti.

Z izboljšanjem neonatalne oskrbe za preživetje nedonošenih otrok, še posebej tistih z nizko porodno težo in krajšim obdobjem nosečnosti, je ROP postala in še postaja najvažnejši vzrok za slab vid na svetu pri tej populaciji. Kriokoagulacija in laserska terapija nezrele mrežnice prezgodaj rojenih otrok sta bili vrsto let zlati standard terapije. Z možnostjo zdravljenja te bolezni z biološkimi zdravili se je izboljšala prognoza razvoja vida pri teh otrocih. Zdravilo je zaradi svojega kratkotrajnega učinka na serumsko vrednost VEGF najprimernejše. Terapija je izvedljiva tudi pri zelo prizadetih nedonošenčkih, saj splošna anestezija ni potrebna. Ranibizumab ima krajši razpolovni čas kot ostala sorodna zdravila, kar zmanjša morebitna tveganja za sistemske zaplete.

Pri zdravljenju teh otrok je izrednega pomena sodelovanje med neonatologi in oftalmologi, kar v naši ustanovi že vrsto let vzorno deluje, za kar se vsem udeleženim v procesu zdravljenja iskreno zahvaljujem v imenu vseh prizadetih otrok. Otroci so največ, kar imamo. Če so zdravi, če vidijo, smo presrečni, ne le starši, ampak vsi, ki zanje skrbimo.

Slika 3 - Fotografiranje z novo ročno kamero za slikanje očesnega ozadja

Prikaz primera uspešnega zdravljenja z VA-ECMO na Oddelku za intenzivno interno medicino (OIIM)

Avtorja: Jasmina Golenko, mag. zdr. nege, doc. dr. Andrej Markota, dr. med.
Foto: arhiv oddelka

Na Oddelku za intenzivno interno medicino (OIIM) smo zunajtelesno membransko oksigenacijo (ECMO) začeli uporabljati decembra 2017. Metoda je namenjena bolnikom, ki imajo tako napredovalo obliko dihalne ali cirkulatorne odpovedi, da nadaljevanje zdravljenja z mehansko ventilacijo oz. vazoaktivno podporo ni več možno. Za izvajanje metode je potrebna kanulacija velikih žil s katetri premera 20 Fr in več, zaradi česar je metoda izjemno agresivna in invazivna.

V primeru dihalne odpovedi v večini primerov kanuliramo femoralno in jugularno veno (VV-ECMO), pri cirkulatorni odpovedi pa večinoma femoralno veno in femoralno arterijo (VA-ECMO). Poleg podpore z ECMO potrebujejo taki bolniki tudi vse ostale ukrepe v enoti za intenzivno terapijo, kot so mehanska ventilacija, vazoaktivna podpora, številna različna zdravila (analgetike, sedative, antibiotike, antikoagulantno zdravljenje ...), in vse ukrepe, ki jih sicer izvajamo pri kritično bolnih.

V večini primerov imamo pri bolnikih, ki potrebujejo ECMO zaradi dihalne odpovedi (VV-ECMO) več časa za nastavitev kanil in priklop na ECMO. Ker pri najtežjih oblikah cirkulatorne odpovedi pri bolniku z vazoaktivnimi zdravili ne moremo vzdrževati krvnega tlaka, je nastavitev VA-ECMO večkrat izjemno urgentno stanje; pri nekaterih bolnikih nastavimo VA-ECMO še med oživljanjem bolnika – ob stisih prsnega koša. V primeru zdravljenja z VA-ECMO je potrebna nastavitev dodatne kanile v femoralno arterijo, saj je femoralna arterija zaradi velikega premera ECMO-kanil povsem okludirana s kanilo za ECMO, zato je za ohranitev pretoka skozi nogo potrebna dodatna retrogradna kanila (velikosti približno 6 Fr) za zagotovitev prekrvavitve noge.

V prispevku je opisan primer bolnice, ki smo jo uspešno zdravili z VA-ECMO. 65-letna bolnica je bila na OIIM sprejeta zaradi kardiogenega šoka ob obsežnem akutnem miokardnem infarktu sprednje stene. Že takoj je bila opravljena urgentna koronarografija, potrebna je bila intubacija, mehanska ventilacija in vazoaktivna podpora. Poraba noradrenalina je poraščala, tako je dodatno za vzdrževanje krvnega tlaka potrebovala še vazopresin. Kljub zdravljenju z vazoaktivnimi zdravili ni bilo mogoče vzdrževati krvnega obtoka, zato smo zdravljenje stopnjevali z vstavitvijo VA-ECMO. Kanile smo vstavili perkutano in v bolniški postelji na OIIM, priprava aparata je bila tudi opravljena na OIIM. Po vstavitvi VA-ECMO se je poraba vazopresorjev v nekaj urah prepolovila, laktat pa je upadel iz 8 na 3 mmol/l. Ker je pri VA-ECMO pretok skozi aorto retrograden (kri teče po aorti proti srcu, namesto od srca), smo drugi dan vstavili še intraaortno balonsko črpalko. Drugi dan zdravljenja je tako imela gospa vstavljen endotrahealni tubus za mehansko ventilacijo, centralni venski kateter in arterijski kateter za merjenje arterijskega tlaka, nazogastrično sondo, urinski kateter, vensko kanilo za ECMO (velikosti 23 Fr), arterijsko kanilo za ECMO (velikosti 17 Fr), kanilo za pretok skozi desno nogo (velikosti 7 Fr) in intraaortno balonsko črpalko. Ves čas zdravljenja smo

izvajali vse postopke, kot pri ostalih bolnikih v enoti za intenzivno terapijo, dodatno pa je bilo treba poskrbeti za ustrezno lego kanil (ker je pretok skozi VA-ECMO okoli 4–5 l/min, lahko bolnik v eni minuti izkrvavi v primeru izpada kanile) in kontinuiran nadzor nad krvavitvijo (zaradi zunajtelesnega pretoka bolniki potrebujejo antikoagulantno zdravljenje kljub visokemu tveganju za krvavitev). Bolnico smo ves čas zdravljenja enteralno hranili in izvajali pasivno fizioterapijo.

Ob vseh navedenih postopkih se je delovanje srca začelo popravljati. Četrti dan smo lahko VA-ECMO odstranili, peti dan smo lahko odstranili še intraaortno balonsko črpalko, enajsti dan pa smo jo ekstubirali. Devetnajsti dan zdravljenja smo jo premestili v polintenzivno enoto Oddelka za kardiologijo, kjer je po dodatnih dveh tednih hospitalnega zdravljenja bila odpuščena v domačo oskrbo.

Obravnava razvojne displazije kolka pri dojenčkih v UKC Maribor in posodobljen protokol ultrazvočnega presejanja

Avtor: doc. dr. Matjaž Merc, dr. med.
Foto: Arhiv Oddelka za ortopedijo UKC Maribor

Razvojna displazija kolka (RDK) spada med najpogostejše prirojene nepravilnosti gibal. Pomeni motnjo v razvitosti glavice kolka v odnosu na kolčno ponvico, zaradi česar nastanejo različne stopnje okvare kolka. Pri blažji RDK je kolčna ponvica preplitka, kar z leti privede do obrabe (artroze) sklepa in bolečin. Pri težjih oblikah, ki so k sreči relativno redke, pa displazija povzroči, da se glavica kolka izpahne (slika 1), kar bistveno zmanjša funkcionalnost sklepa. Zaradi teh okoliščin je nujno zgodnje prepoznavanje RDK in ustrezno zdravljenje, saj je ob pravilni obravnavi mogoče displastičen kolk v veliki meri pozdraviti. Osnovna in hkrati najzanesljivejša metoda za zgodnje odkrivanje RDK je ultrazvočna preiskava (UZ) kolka po Grafu (slika 2).

V UKC Maribor se lahko pohvalimo z dolgo tradicijo UZ kolkov, saj jih izvajamo že od leta 1985. Sprva smo jih izvajali samo pri otrocih z dejavniki tveganja za prisotnost RDK, po 1988 pa smo uvedli presejanje, kar pomeni, da smo vsem novorojencem pred odpustom iz porodnišnice, nato pa pri treh mesecih starosti opravili UZ. S tem smo uspešno zajeli vse RDK, kjer je bilo zahtevano zdravljenje. Leta 1993 smo začeli sistematično zbirati podatke o rezultatih UZ preiskave in morebitnih rizičnih dejavnikih za RDK. To so medenična vstava, ženski spol, prisotnost RDK v družini in prvorojenost. Na podlagi tako zbranih podatkov smo skupaj s pediatri neonatologi v znanstvenih revijah objavili več prispevkov. Glede na pridobljene podatke in nova dognanja na področju RDK smo se 2015 odločili, da bomo protokol UZ obravnave RDK nekoliko prilagodili, tako da od takrat UZ opravljamo v porodnišnici, nato pa se UZ ponovi pri šestih tednih dojenčkove starosti in ne več pri treh mesecih. Zgodnejše drugo presejanje namreč omogoča hitrejše zdravljenje RDK, če se stanje od prvega UZ pregleda začne slabšati, hkrati pa je še dovolj pozno, da po nepotrebnem ne zdravimo otrok, ki se jim displazija v šestih tednih spontano popravi. S to spremembo smo se hkrati poenotili z drugimi izvajalci UZ presajanja v Sloveniji in sosednjih državah, kjer prav tako UZ presejanje večinoma izvajajo pri šestih tednih dojenčkove starosti. Lani smo iz organizacijskih razlogov na Oddelku za ortopedijo in zaradi pandemske situacije skupaj s pediatri Enote za neonatologijo sklenili, da se bo pri vseh dojenčkih, ki so se rodili v UKC Maribor, tudi drugi

Slika 1. Razvojna displazija levega kolka pri 21-mesečni deklici. Zaradi pozno ugotovljenega izpaha kolka konservativno zdravljenje ni bilo uspešno. Posledično smo planirali operativni poseg (krvavo repozicijo kolka), s katerim smo glavico kolka vstavili v kolčno ponvico

UZ pregled pri šestih tednih izvajal v porodnišnici. Tako so v Ortopedsko ambulanto za UZ otroških kolkov iz porodnišnice napoteni samo dojenčki, ki na UZ kažejo znake RDK, in dojenčki, ki so bili rojeni izven UKC Maribor ter jih izbrani pediater napoti na UZ presejanje v našo ustanovo.

Pojavnost RDK v Sloveniji vse od začetka izvajanja UZ presejanja pada. To lahko pripisujemo dolgoletnemu izobraževanju staršev in poudarjanju pomena pravilnega povijanja otrok, hkrati pa tudi drugim neznanim ali manj razjasnjenim dejavnikom, kot je na primer hitrejša prekinitev nosečnosti pri prenošenosti otroka. Spoznanje, da povijanje v štručko izrazito škodi kolkom, je sprožilo logično odločitev na mednarodnem nivoju, da je treba kolke povijati čim bolj na široko in tako zmanjšati možnost nastanka RDK. Posledično smo vsem staršem svetovali, da nekaj časa po porodu povijajo na široko. Kasneje se je izkazalo, da je splošno povijanje na široko pretiran ukrep in da pri otrocih, ki imajo zdrave kolke, popolnoma zadostuje namestitev ene običajne plenice za enkratno uporabo, pri čemer morata nogi ostati prosto pomični (ne stisnjeni skupaj v štručko). Kljub posodobljenemu navodilu smo več let še zmeraj priporočali široko povijanje kolkov pri dojenčkih z ugotovljeno blažjo obliko RDK, saj je veljalo prepričanje, da lahko široko povijanje zdravi slabo razvit kolk. Študije, ki so primerjale dve skupini otrok z RDK, v katerih so zdravili po enakem protokolu z razliko, da so pri eni skupini široko povijali pri drugi pa ne, niso pokazale učinkovitosti širokega povijanja. Na podlagi teh dokazov in na podlagi prakse v drugih ustanovah tudi pri nas od leta 2015 več ne priporočamo širokega povijanja kot obliko zdravljenja RDK.

Slika 2. Dolga tradicija UZ presejanja otroških kolkov v UKC Maribor. Na sliki iz leta 1996 je primarij Miljan Senčar, dr. med., ki je v tistem obdobju vodil Oddelek za ortopedijo

V UKC Maribor se lahko pohvalimo z dolgoletno tradicijo ugotavljanja in zdravljenja RDK. Smernice ustrezno prilagajamo glede na potrebe malih bolnikov. Aktualni trend padanja pojavnosti RDK je močno zmanjšal potrebe po operativnem zdravljenju RDK, zaradi česar je poseg, pri katerem izpahnjeno glavico kolka med operacijo ponovno namestimo v kolčno ponvico, v demografskem področju, ki ga pokriva naša ustanova, treba izvesti zgolj še vsako drugo leto. Temu primerno so manj pogoste tudi potrebe po konservativnem zdravljenju RDK. V tem pogledu vsekakor lahko govorimo o tem, da je UZ presejanje dojenčkovih kolkov in vsi drugi ukrepi, ki so povezani s preprečevanjem razvoja RDK, zgodba o uspehu sodobne medicine.

Cepljenje proti covidu-19 v nosečnosti – dvomi, strahovi in strokovna priporočila

Avtorji: izr. prof. dr. Faris Mujezinović,dr. med., Veronika Anzeljc, dr. med., Valentina Trpkovska, dr. med., Nina Lašič, dr. med., Snezhana Vidanova, dr. med., Barbara Bonča, dr. med., prof. dr. Iztok Takač, dr. med.

Demonstracije proti cepljenju, številne teorije zarote, razdelitev na cepljene in necepljene, negativni in žaljivi komentarji, reakcije na socialnih omrežjih, ostre debate o pravicah in obveznostih v sodobni družbi … Priznati si moramo, da razprava o cepljenju v Sloveniji danes predstavlja zelo vročo temo. Tako zagovorniki kot nasprotniki cepljenja so o svojem prav močno prepričani in imajo pogosto negativen odnos do tistih, ki mislijo drugače.

To velja za celotno prebivalstvo Slovenije. Ko pogledamo posebne in ranljive skupine, kot so nosečnice, pa opažamo še bolj sporen odnos javnosti do cepljenja zaradi skrbi o vplivu bolezni in cepljenja na razvoj nerojenega otroka. Posledično je razprava o cepljenju nosečnic še večja »nočna mora« strokovnjakov kot boj za večjo naklonjenost k cepljenju med širšo javnostjo.

Oklevajočega odnosa do cepljenja ne opazimo pri nosečnicah le zaradi cepljenja proti covidu-19, ampak tudi pri cepljenju proti drugim okužbam, ki je sicer z dobro klinično prakso sprejeto med splošnim prebivalstvom. Nosečnice na primer pogosto ne vedo, da uradna priporočila NIJZ-a priporočajo cepljenje v nosečnosti proti gripi, davici in oslovskemu kašlju za zaščito nosečnice in nerojenega otroka oz. novorojenca kmalu po rojstvu, ki je krito iz zdravstvenega zavarovanja. Tiste, ki vedo, so pogosto zadržane in se za cepljenje ne odločijo. To kažejo tudi podatki NIJZ-a. Za večje ozaveščanje o tej temi je Oddelek za perinatologijo UKC Maribor že organiziral strokovno srečanje v začetku leta 2020, še pred epidemijo covida-19 (1).

POMEMBNA VPRAŠANJA

Obotavljanje o odločitvi za cepljenje pri nosečnicah, njihovih svojcih in okolici lahko razumemo kot neprepričanost v prednosti in tveganja, povezana s cepljenjem proti covidu-19, na katere bi strokovna javnost morala odgovoriti. Pri tem najbolj izstopajo tri vprašanja:

- Zakaj naj bi bile nosečnice bolj ogrožene od drugih, ko pa govorimo o mladi skupini žensk?
- Kakšne dokaze o varnosti in učinkovitosti imamo o cepivih v nosečnosti?
- Kakšna so trenutna priporočila?

FIZIOLOŠKE SPREMEMBE

Da bi odgovorili na prvo vprašanje, zakaj nosečnice bolj ogroža okužba s covidom-19 kot nenoseče ženske, se moramo zavedati preobrazbe ženskega telesa po zanositvi, še posebej dihalnega in imunskega sistema.

Sprememba v delovanju pljuč (slabša funkcija pljuč)

V nosečnosti se poveča poraba kisika, zmanjša pa se funkcionalna kapaciteta pljuč. Še posebej v tretjem trimestru, ko je svod maternice visoko v trebuhu, se diafragma oz. pregrada med trebušno in prsno votlino premika navzgor in zmanjšuje prostornino prsnega koša. Močno prekrvavljena sluznica zgornjih dihal zaradi svoje oteklosti precej zoži dihalne poti. Pljučnica pri okužbi z virusom SARS-CoV-2 dramatično poslabša to neskladje med porabo kisika in njegovim slabšim prehodom iz dihal v krvni obtok nosečnice.

Sprememba v imunogenosti (večja občutljivost za okužbe)

Za žensko telo zarodek prestavlja tujek, zato je narava poskrbela, da prepreči škodljive imunske procese proti plodu. V nosečnosti se imunski odgovori tako zmanjšajo, da na primer nosečnice, ki so pred nosečnostjo trpele zaradi avtoimunskih bolezni, praviloma začutijo olajšanje z blažjimi kliničnimi znaki. Po drugi strani manjši imunski odgovor vodi v slabšo obrambo proti okužbi s SARS-CoV-2 in predstavlja večje tveganje za razvoj zapletov, ki življenjsko ogrožajo nosečnico.

PODATKI O OGROŽENOSTI

Za zanesljiv odgovor na vprašanje, ali so v primeru obolelosti zaradi covida-19 nosečnice res bolj ogrožene kot ostale ženske, je kljub poznavanju fizioloških sprememb v nosečnosti treba pogledati podatke iz prakse. Za to so nam v pomoč poročila o absolutnih številkah in pogostnosti zapletov, kot so sprejem v enoto intenzivne nege in potreba po mehanski ventilaciji.

Delovna skupina svetovnega združenja za perinatalno medicino za covid-19 je zbrala podatke o izidih bolezni covida-19 pri nosečnicah z enoplodno nosečnostjo v 72 centrih iz 22 držav Evrope, ZDA, Južne Amerike, Azije in Avstralije v začetku epidemije (v obdobju med 1. februarjem in 30. aprilom 2020). Pridobili so podatke o poteku 388 nosečnosti (2). Smrtni izid obolelih s covidom-19 je bil pri nosečnicah precej redek (3 nosečnice (0,8 %)). Zaskrbljujoč pa je podatek, da je bila vsaka deseta nosečnica sprejeta v enoto intenzivne nege (43 nosečnice (11,1 %)), precej jih je potrebovalo mehansko ventilacijo (respirator) (36 nosečnic (9,3 %)).

S temi podatki smo dobili vpogled v pogostnost zapletov, ne pa o tem, v kakšnem položaju so nosečnice glede na potek bolezni v primerjavi s splošno populacijo (3). To nam je omogočil DeBolt s sodelavci, ki je ugotovil, da so glede na splošno populacijo nosečnice 3-krat pogosteje sprejete v enoto intenzivne nege (10,5 nosečnice proti 3,9 osebe v splošni populaciji na 1000 primerov okužbe, aRR 3,0 (95 % CI 2,6–3,4)), 3-krat pogosteje so potrebovale mehansko ventilacijo (2,9 nosečnice proti 1,1 osebe v splošni populaciji na 1000 primerov, aRR 1,7 (95 % CI 2,2–2,4)), ter da je smrtnost za 70 % pogostejša pri nosečnicah kot v splošni populaciji (1,5 nosečnice proti 1,2 splošne populacije, aRR 1,7 (95 % CI 1,2–2,4)). Pri teh podatkih so se pojavili določeni dvomi. Na dogodke, kot je sprejem v enoto intenzivne nege ali mehanska ventilacija, vplivajo poleg same bolezni covid-19 še številni drugi dejavniki. Oseba, ki je starejša in ima spremljajoče bolezni, je bolj ogrožena za poslabšanje bolezni covid-19 kot mlajša, zdrava oseba. Treba bi bilo primerjati rezultate z ustreznimi skupinami.

Martinez-Portla in sodelavci so zato primerjali izide bolezni covid-19 med 5183 nosečnicami in 5183 nenosečimi ženskami s podobnimi drugimi lastnostmi (4).

Kljub upoštevanju in izničevanju vpliva drugih dejavnikov so bili rezultati podobni prej objavljenim. Tveganje za sprejem v enoto intenzivne nege je bilo pri nosečnicah 2-krat večje (OR 1,86 (95 % CI 1,41–2,45)), 2-krat večje je bilo tveganje za razvoj pljučnice (OR 1,86 (95 % CI 1,6–2,2)) in 2-krat večje za smrt nosečnice (OR 1,84 (95 % CI 1,3–2,7)).

Na osnovi pridobljenega znanja o poteku bolezni covid-19 so DiMascio in sodelavci v ugledni reviji objavili priporočila za vodenje nosečnosti pri nosečnicah, ki so zbolele s covidom-19 (5). Poleg navodil o uporabi nizkomolekularnega heparina in sprožitvi poroda pri hudem poteku bolezni v terminu je pritegnilo pozornost tudi priporočilo o cepljenju proti covidu-19 v nosečnosti.

CEPIVA PROTI COVIDU-19

Cepiva proti covidu-19 uporabljajo različne tehnološke rešitve in jih lahko razdelimo v tri kategorije: cepiva, ki uporabljajo informacijsko oz. messenger RNA (mRNA), cepiva, ki uporabljajo viralne vektorje, in cepiva, ki uporabljajo rekombinantne proteine, pridobljene v bacilovirusu (6). Cepiva z mRNA proti covidu-19 nosijo genetsko informacijo za tvorbo beljakovine, ki se nahaja na površini virusa SARS-CoV-2. Ko se cepivo vnese v mišične celice, nastane beljakovina, ki jo imunski sistem prepozna in na katero odgovori s tvorbo protiteles. Informacijska oz. mRNA nikoli ne prodre v jedro, ni vključena v DNK in se uniči v celični citoplazmi v nekaj urah do nekaj dni.

CEPLJENJE V NOSEČNOSTI

Ko govorimo o cepljenju v nosečnosti, se moramo zavedati, da praviloma strogih kliničnih raziskav, ki bi testirale cepljenje pri

nosečnicah, ni. Z drugimi besedami, nosečnice so pogosto izključene iz kliničnih raziskav glede učinkovitosti in varnosti cepiv. Enako velja tudi za cepiva proti covidu-19. V teh raziskavah nosečnic sploh ni bilo.

Vendar drži pravilo, da so neživa cepiva varna za nosečnice. To potrjujejo tudi podatki iz klinične prakse za druga cepiva. Enako drži za cepiva proti covidu-19, za čigar uporabo upoštevamo mnenja in stališča strokovnih združenj po preučitvi podatkov iz klinične prakse. Splošno priporočilo je, da se pri cepljenju nosečnic proti covidu-19 uporabljajo cepiva z mRNA.

Ameriško združenje porodničarjev in ginekologov je zelo zgodaj v poteku epidemije menilo, da ima cepljenje proti covidu-19 številne prednosti in zelo majhna tveganja ter je priporočalo cepljenje za vse nosečnice (7). Trenutno je v ZDA cepljenih več kot 20.000 nosečnic brez poročil o večjih zapletih po cepljenju pri nosečnici in plodu.

Kraljeva akademija porodničarjev in ginekologov Združenega kraljestva je bila zaradi pomanjkanja kliničnih študij nekoliko bolj previdna pri priporočilih za cepljenje nosečnic (8). Po njihovem mnenju naj bi bilo cepljenje ustrezno za nosečnice s povečanim tveganjem za okužbo in težji potek bolezni. Za priporočilo o cepljenju vseh nosečnic se niso odločili.

Svetovno združenje ginekologov in porodničarjev meni, da so povratne informacije in podatki, ki smo jih v klinični praksi pridobili z že 20.000 cepljenimi nosečnicami, dovolj. FIGO priporoča rutinsko cepljenje in meni, da ni nobenih praktičnih ali teoretičnih tveganj glede cepljenja za nosečnice in doječe matere (9).

Marca 2021 je Ameriški center za nadzor nad nalezljivimi boleznimi (CDC) izdal prve pomirjujoče podatke iz registra nosečnosti s cepivom V-safe COVID-19, ki niso pokazali pomembne razlike v izidih nosečnosti, kot so spontani splav, perinatalna umrljivost ali prirojene anomalije pri nosečnicah, ki so bile cepljene, v primerjavi z ostalimi z osnovnim tveganjem (10).

Na osnovi pridobljenih podatkov se je tudi Združenje za perinatalno medicino Slovenije odločilo, da izda priporočila, ki spodbujajo cepljenje nosečnic s cepivi z mRNA. Cepljenje tudi znižuje tveganje za hud potek bolezni. Priporočila so na voljo na spletni strani NIJZ-a (11).

Dodatno spodbudo za cepljenje pri nosečnicah in doječih materah predstavljajo nove raziskave o nastanku in prisotnosti protiteles v popkovnični arteriji in mleku matere (12).

Izraelske izkušnje kažejo, da cepljenje pri nosečnicah vodi v zmanjšanje stopnje okužbe za 78 % (aHR = 0,22; 95 % CI, 0,11–0,43) in zaenkrat predstavlja najboljšo zaščito pred hujšim potekom bolezni covid-19 (13).

ZAKLJUČEK

Nosečnice imajo povečano tveganje za okužbo z virusom SARS-CoV-2 in hujši potek bolezni covid-19. Zaradi tega sodijo v rizično skupino, ki jo je treba dodatno zaščititi. Najbolj učinkovita oblika zaščite nosečnic je cepljenje proti covidu-19. Glede na način delovanja cepiv se za nosečnice priporoča cepljenje proti covidu-19 s cepivi mRNA, po možnosti v drugem in tretjem trimesečju, da se prepreči morebitni vpliv cepiva na plodov razvoj v prvem trimesečju. Raziskave, ki so ocenjevale učinkovitost in varnost cepiva proti covidu-19 pri že cepljenih nosečnicah, kljub odsotnosti kliničnih raziskav glede uspešnosti in varnosti cepiv kažejo, da je mRNA cepivo proti covidu-19 varno in učinkovito ne le za zaščito matere, temveč tudi za zaščito novorojenčka preko mleka matere.

LITERATURA:

1. Zbornik prispevkov. Cepljenje nosečnic, otrok, mladostnikov in zdravstvenega osebja. UKC Maribor, 31. Januar 2020.

2. WAPM (World Association of Perinatal Medicine) Working Group on COVID-19. Maternal and perinatal outcomes of pregnant women with SARS--CoV-2 infection. Ultrasound Obstet Gynecol. 2021; 57 (2): 232-241.

3. DeBolt CA, Bianco A, Limaye MA, Silverstein J, Penfield CA, Roman AS et al. Pregnant women with severe or critical coronavirus disease 2019 have increased composite morbidity compared with nonpregnant matched controls. Am J Obstet Gynecol. 2021; 224 (5): 510.e1-510.e12.

4. Martinez-Portilla RJ, Sotiriadis A, Chatzakis C, Torres-Torres J, Espino Y Sosa S, Sandoval-Mandujano K, Castro-Bernabe DA, Medina-Jimenez V, Monarrez-Martin JC, Figueras F, Poon LC. Pregnant women with SARS-CoV-2 infection are at higher risk of death and pneumonia: propensity score matched analysis of a nationwide prospective cohort (COV19Mx). Ultrasound Obstet Gynecol. 2021; 57 (2): 224-231.

5. Di Mascio D, Buca D, Berghella V, Khalil A, Rizzo G, Odibo A, Saccone G, Galindo A, Liberati M, D'Antonio F. Counseling in maternal-fetal medicine: SARS-CoV-2 infection in pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol. 2021; 57 (5): 687-697.

6. Rasmussen SA, Kelley CF, Horton JP, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Vaccines and Pregnancy: What Obstetricians Need to Know. Obstet Gynecol. 2021; 137 (3): 408-414.

7. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice advisory: Vaccinating pregnant and lactating patients against COVID-19. Dosegljivo na: https://www.acog.org/en/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/12/vaccinating-Pregnant-and-Lactating-Patients-Against-COVID-19)

8. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Updated advice on COVID-19 vaccination in pregnancy and women who are breastfeeding. Dosegljivo na:

https://www.rcog.org.uk/en/news/updated-advice-on-covid-19-vaccination-in-pregnancy-and-women-who-are-breastfeeding/)

9. FIGO Statement: COVID-19 Vaccination for Pregnant and Breastfeeding Women. Dosegljivo na: https://www.figo.org/covid-19-vaccination-pregnant-and-breastfeeding-women

CDC

10. CDC National Center for Immunization & Respiratory Diseases. COVID 19 vaccine safety update. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) March 1, 2021 https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2021-02/28-03-01/05-covid-Shimabukuro.pdf

11. Priporočila za COVID19 cepljenje nosečnic Združenja za perinatalno medicino. Dosegljivo na:https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/cepljenje_nosecnic_z_mrna_cepivi.pdf

12. Gray KJ, Bordt EA, Atyeo C, Deriso E, Akinwunmi B, Young N, et al. COVID-19 vaccine response in pregnant and lactating women: a cohort study. medRxiv 2021.

13. Goldshtein I, Nevo D, Steinberg DM, Rotem RS, Gorfine M, Chodick G, Segal Y. Association Between BNT162b2 Vaccination and Incidence of SARS--CoV-2 Infection in Pregnant Women. JAMA. 2021; 326(8): 728-735.

Klinična prehrana

Avtor: doc. dr. Matjaž Horvat, dr. med.

Prehrana je izraz, ki predstavlja proces uživanja hrane in njeno uporabo za rast, metabolizem in obnovo telesa. Prehrano sestavlja pet faz, in sicer zaužitje, prebava, absorpcija, asimilacija in izločanje. Pod pojmom prehrana lahko razumemo tudi hranljivo snov, kot npr. prehransko raztopino, ki jo dovajamo v bolnika preko želodčne ali tankočrevesne sonde (enteralno) ali intravenozno (parenteralno).
Pridevnik »klinična« se nanaša na obravnavo ambulantnih in pretežno hospitaliziranih bolnikov. Vključuje znanstveno področje prehrane in dietetike.
Klinična prehrana se osredotoča predvsem na preprečevanje, diagnozo in ukrepanje pri prehranskih spremembah oziroma odstopanjih bolnikov s kroničnimi, rakastimi ali drugimi boleznimi, ki bodisi onemogočajo bodisi interferirajo z normalno prehrano.

Zakaj je klinična prehrana pomembna?
Čeprav se podatki različnih študij razlikujejo, obstaja znanstveno podprto dejstvo, da z zgodnjim prehranskim posredovanjem pri bolniku zmanjšamo število zapletov, bolnišničnih dni, ponovnih sprejemov v bolnišnico, smrtnost in celokupno gledano tudi stroške zdravljenja. Ključnega pomena je sistematsko iskanje slabo prehranjenih bolnikov bodisi ob postavitvi diagnoze bodisi ob sprejemu v bolnišnično zdravljenje.

Kaj je malnutricija?
V dobesednem prevodu pomeni (mal = slab, nutricija = prehrana) »slabo prehranjenost«. Po definiciji SZO (Svetovne zdravstvene organizacije) se malnutricija nanaša na pomanjkanje, presežek ali neravnovesje vnosa energije in/ali prehranskih sestavin. Z izrazom malnutricija v grobem označujemo tri skupine slabe prehranjenosti:
a) podhranjenost, ki obsega izgubo telesne teže (nizka telesna teža glede na višino), zahiranost ali zakrnelost (nizka višina glede na starost) in nizko telesno težo (nizka telesna teža glede na starost)
b) malnutricija povezana z mikrohranili; pomanjkanja posameznih mikrohranil (vitaminov in mineralov) ali njihov presežek
c) prekomerna telesna teža, debelost in s težo povezane bolezni (srčna obolenja, kapi, sladkorna bolezen in nekatere vrste rakov).
Na področju klinične prehrane se vzroki, epidemiologija in zdravljenje malnutricije razlikujejo od malnutricije, ki je posledica revščine ali pomanjkanja hrane ali posameznih sestavin v državah v razvoju. Po smernicah Evropskega združenja za klinično prehrano ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) glede terminologije in definicij v klinični prehrani lahko malnutricijo razdelimo na tisto, ki je posledica bolezenskega dogajanja (z ali brez vnetja, npr. kaheksija), in tisto, ki z boleznijo ni povezana (posledica stradanja). Posebno poglavje klinične malnutricije predstavljata tudi sarkopenija (pomanjkanje mišičnine) s krhkostjo (angl. fragility). Prav tema dvema malnutricijskima diagnozama je namenjen pretežen delež diagnostike, preprečevanja in zdravljenja.

Kaj je kaheksija?
Kaheksija je kompleksen multifaktorski sindrom, katerega temelje predstavlja bolezensko dogajanje in se odraža pretežno v izgubi mišičnine ter maščobnega tkiva. Glavne bolezenske skupine, ki pogojujejo nastanek kaheksije, so rakasta obolenja (posebej rakasta obolenja zgornjega prebavnega trakta in trebušne slinavke) in kronične bolezni, kot so npr. zastojna srčna odpoved, kronična pljučna obstruktivna bolezen – KOPB, kronične ledvične bolezni … Kroničnost in dolgotrajnost bolezni stimulirata imunski sistem, kar se odraža v nenehnem vnetnem odgovoru organizma, ki sproži katabolne (razgradne) metabolične procese v telesu. Zdravljenje je seveda možno z odpravo osnovnega bolezenskega vzroka in primerno prehransko terapijo, vendar kaheksija v napredovalem stanju postane neodzivna na terapevtske ukrepe. Zato je pomembno, da kaheksijo prepoznamo v njenih začetnih fazah, da lahko pravočasno ukrepamo. Po nekaterih podatkih v literaturi naj bi 4/5 vzrokov smrti pri rakavih bolnikih predstavljala prav kaheksija.

Kaj je sarkopenija?
Leta 2018 je delovna skupina pod okriljem ESPEN-a redefinirala sarkopenijo kot zmanjšano mišično moč, ki ji sledita kriterija kvantitativno in kvalitativno zmanjšane mišičnine ter zmanjšana fizična sposobnost. Izguba mišičnine v telesu je sicer normalen fiziološki proces, ki spremlja staranje, vendar v tem primeru govorimo o bolezenskem stanju, ki je posledica fizične neaktivnosti (imobilizacija v postelji zaradi bolezni ali poškodbe), spremljajočih se obolenj, prehrane in drugih vzrokov. Čeprav se pojma kaheksija in sarkopenija do neke mere prepletata, je treba vzroke za sarkopenijo, za razliko od vnetnega odgovora pri kaheksiji, iskati pri vplivih in zavorah anaboličnih (izgradnih) metaboličnih poti. Prepoznavnost sarkopenije ni preprosta, še posebej v začetnih fazah. Nanjo je treba pomisliti pri dolgotrajnih hospitalizacijah, posebej pri starostnikih in bolnikih s kroničnimi boleznimi, kjer je izguba mišičnine zastrašujoče hitra. Predstavlja pogost vzrok težav pri odvajanju bolnikov z mehanskega na spontano dihanje v

intenzivnih terapijah. Zdravljenje je kompleksno in dolgotrajno. Telesna aktivnost je metoda izbora, ki jo lahko spremlja primerna prehrana s prehranskimi dodatki in ustrezna medikacija.

Kako oceniti stanje prehranjenosti pri bolniku?

Za oceno prehranjenosti imamo na razpolago številne metode, ki se med seboj razlikujejo po enostavnosti za presejalne namene do visoko specializiranih in tudi dragih načinov, ki so natančnejše glede sestave telesa. Med preproste teste sodi merjenje telesne teže in računanje indeksa telesne teže (ITT, angl. Body Mass Index oz. BMI) in razne antropološke meritve, kot tudi meritve mišične moči in fizične gibljivosti. Med dražje in natančnejše ter v nekaterih primerih tudi bolj obremenjujoče preiskave za bolnika pa uvrščamo meritve bioelektrične impedance (meritve električne prevodnosti skozi telo ob majhnih voltažah in tokovih, ki je odvisna od razlik v upornosti posameznih tkiv in vode v telesu), biokemične laboratorijske teste, dualno rentgensko absorbciometrijo (DXA) in seveda slikovne preiskave kot je računalniška tomografija (CT) in magnetna resonanca (MR).

Kaj je indeks telesne teže (ITT) in kaj nam lahko pove o stanju prehranjenosti?

ITT je vrednost, ki jo izračunamo iz razmerja med težo (kg) in kvadratom višine (m) ter jo izrazimo kg/m2. Gre za preprost presejalni test, s katerim lahko odkrijemo večja odstopanja prehranjenosti, vendar ne pove nič o sestavi telesa. Glede na vrednosti ga lahko razdelimo v štiri skupine:

a) podhranjenost: <18,5 kg/m^2
b) normalna telesna teža: 18,6–24,9 kg/m^2
c) prekomerna telesna teža: 25–29,9 kg/m^2
d) debelost: >30 kg/m^2

Kadar skušamo ovrednotiti posameznikovo zdravje, ima ITT nekatere omejitve, še posebej pri osebah z nizko telesno višino, trebušno debelostjo in izrazito veliko mišično maso.

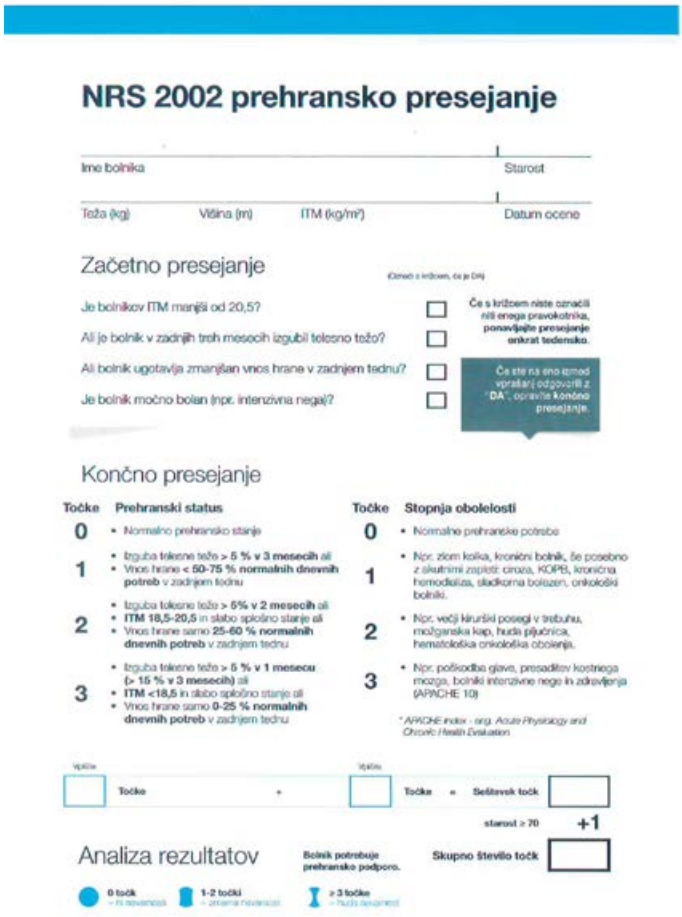
Nenačrtovana izguba telesne teže za več kot 5 % v zadnjih 12 mesecih ob ITT, ki je manjši od 22 kg/m2 ob treh spremljajočih se simptomih (utrujenost, izguba mišične moči, pomanjkanje apetita, zmanjšanje indeksa puste telesne teže in odstopanja v biokemijskih parametrih v laboratoriju), zadostuje za postavitev diagnoze kaheksije. Pri bolnikih z rakavimi obolenji so ti kriteriji še strožji (manjša izguba telesne teže in nižji ITT). Za oceno prehranske ogroženosti in uspešnosti prehranske podpore je ITT treba intervalno spremljati za daljše časovno obdobje.

Kaj lahko poleg prehranske ozaveščenosti medicinskega osebja in bolnikov storimo v naši ustanovi?

Pomembno je, da pri prvem stiku z bolnikom bodisi v ambulanti bodisi na oddelku pomislimo na prehransko stanje. Z nekaj enostavnimi vprašanji, kot so na primer, ali je v zadnjih treh mesecih izgubil telesno težo in ali se mu zdi, da ima slabši apetit v zadnjem obdobju, v sozvočju s težo njegove bolezni presejalno pridobimo podatke, ki nakazujejo potrebo po natančnejši analizi. Seveda je pomembna meritev telesne teže, ki nam skupaj s telesno višino izrazi ITT. Takšno presejanje priporoča krovna evropska organizacija za parenteralno in enteralno prehrano (ESPEN). Takšno presejalno testiranje bolnikov, ki se imenuje NRS 2002 (Nutritional Risk Score), ima namen opredeliti bolnike, pri katerih lahko predvidimo verjetnost slabšega ali boljšega izhoda zdravljenja zaradi prehranskih dejavnikov, in ali bo prehransko zdravljenje imelo učinek. Učinek se lahko pokaže kot izboljšanje ali preprečitev slabšanja mentalne in fizične funkcije, zmanjšanje števila ali stopnje zapletov bolezni ali zdravljenja, pospešeno okrevanje in s tem zmanjšanje stroškov zdravljenja. Po podatkih v literaturi se namreč ocenjuje, da je slaba tretjina hospitaliziranih bolnikov podhranjena, večina le-teh že ob sprejemu v bolnišnico.

V informacijskem sistemu UKC Maribor Medis obstaja rubrika Teža in višina (pod opcijo Laboratorij). Z enostavnim vpisom teh podatkov in avtomatskim izračunom ITT lahko pri posameznem bolniku spremljamo dinamiko prehranskih trendov v želenem časovnem obdobju, seveda pod pogojem, da vsaj enkrat tedensko vnašamo podatke, in obvezno pri nadaljnjih ambulantnih kontrolah ter sledenjih.

Začnimo nov dan z mislijo na prehrano!



Olimpijske igre Tokio 2020

Intervju z vodjo medicinske službe slovenske olimpijske reprezentance v Tokiu 2020 prof. dr. Matjažem Vogrinom, dr. med., spec. ortop.

Avtor: Samo Turk, univ. dipl. ekon.
Foto: osebni arhiv prof. dr. Matjaž Vogrin, dr. med.

Kdo vse sestavlja medicinsko službo slovenske olimpijske reprezentance, kako je določena in kdaj se začnejo priprave medicinske ekipe na takšen dogodek, kot so olimpijske igre (v nadaljevanju OI)?

Medicinska služba se oblikuje že najmanj leto dni pred začetkom OI, in sicer je postopek tak, da posamezne športne zveze, denimo atletska, kolesarska in druge, pošljejo predloge tako za zdravnike kot za fizioterapevte. Bistveno je, da ti zdravstveni delavci, zdravniki in fizioterapevti s športniki delajo ves čas in jih ne srečajo šele na samih OI. Vse prispele predloge obravnava Komisija za športno medicino Olimpijskega komiteja Slovenije (v nadaljevanju OKS) in izbere tiste, ki imajo največ referenc. Določi se tudi vodja medicinske službe. To odločitev sprejme vodja celotne delegacije. Za OI Tokio 2020 je bil to gospod Miroslav Cerar, ki me je predlagal kot vodjo, sam pa sem nato skupaj s člani medicinske komisije dokončno oblikoval seznam tistih ljudi, ki bodo odšli na OI v sklopu medicinske službe naših olimpijcev. Princip v praksi je tak, da morata biti po našem pravilniku na prizorišču prisotna dva zdravnika – eden, ki pokriva pretežno poškodbe in je specialist na področju športnih poškodb, in drugi, ki je specialist na področju interne medicine oz. prehrane, in pa seveda fizioterapevtska ekipa, ki je zelo obsežna. Med samimi igrami se medicinska ekipa tudi menja, saj vsi to delo opravljamo izven rednega delovnega časa in za to porabljamo svoj dopust.

Člani medicinske ekipe

Medicinska soba slovenske olimpijske reprezentance v Tokiu

V Tokio je odpotovalo 54 slovenskih športnikov. Koliko pa je bilo članov v medicinski ekipi?

Vsaka medicinska ekipa se prilagodi glede na število športnikov in je tudi določena s kvoto, ki jo dobi vsaka država glede na število športnikov. Tako je število zdravstvenih delavcev omejeno oz. določeno. Lahko pa povem, da je bila številčnost medicinske ekipe na letošnjih OI, pa tudi prejšnjih, primerna. Ekipa ni bila niti prevelika niti premajhna; pokriti je bilo treba vsa področja, in to nam je tudi uspelo. Konkretno je v medicinski ekipi na OI v Tokiu sodelovalo pet zdravnikov in 12 fizioterapevtov, med njimi še ortoped Robi Kelc iz UKC Maribor.

Posebnost so verjetno ekipni športi, letos košarkarji, ki imajo svojo zdravstveno ekipo?

Tako je. Športniki, ki tekmujejo v ekipnih športih, imajo svojo medicinsko ekipo, ki z njimi potuje, igralce pozna in z njimi redno dela. Seveda z njimi sodelujemo, ne nazadnje smo nastanjeni v istem objektu, a za košarkarje so skrbeli njihovi zdravniki in fizioterapevti. Med seboj si pomagamo z nasveti, izmenjujemo izkušnje in po potrebi tudi fizioterapevtske ali druge aparature.

Kako je, ko so prizorišča razdrobljena? Po kakšnem ključu oskrbujete športnike oz. se odločite za posamezna prizorišča?

Vsako jutro v olimpijski vasi deluje neformalna ambulanta, ki je sestavljena iz dveh delov, in sicer se v prvem opravlja fizio-

terapija, v drugem pa potekajo zdravniški pregledi. V ambulanti pregledamo vse športnike in člane ekipe (npr. trenerje), če potrebujejo zdravniško pomoč. Pomembno je, da že dan prej napravimo načrt, kdo izmed članov medicinske ekipe bo odšel na posamično prizorišče. Bistveno je, da smo seznanjeni s težavami določenega športnika in upoštevamo, kateri športi predstavljajo večje tveganje za poškodbe, kot sta npr. judo ali taekwando. Seveda zdravnik ne more biti prisoten na vseh prizoriščih, saj se na vseh niti ne pričakujejo težke poškodbe, kot sta npr. strelstvo, lokostrelstvo ipd. Po drugi strani pa je pomembno tudi, za kakšno tekmovanje gre: ali je to morda finale, torej boj za medalje, ali pa gre za predtekmovanje. Na vseh prizoriščih so prisotne domače medicinske ekipe s strani organizatorja, zato je zdravniška oskrba vedno zagotovljena. Zgodi se tudi, da na prizorišču ni našega zdravnika, temveč je prisoten fizioterapevt. V primeru poškodbe se za tekmovalca takoj organizira prevoz. V Tokiu so bila k sreči vsa prizorišča relativno blizu.

Letos je bilo vse drugače zaradi covida-19. Kako lahko OI v Tokiu primerjate z OI v Rio de Janeiru ali v Londonu?

Bili smo zelo omejeni. Treba je vedeti, da se v času OI nismo smeli gibati izven olimpijske vasi in prizorišč. Izvajale so se stroge kontrole in teh pravil smo se v naši reprezentanci dosledno držali za razliko od nekaterih drugih reprezentanc. V posameznih primerih so bili kršitelji protokolov celo izključeni iz olimpijskih iger. Poleg tega smo vsak dan opravljali samotestiranje in v času OI v slovenski reprezentanci ni bilo nobenega primera okužbe. Treba pa je povedati tudi to, da je bilo približno 95 % naših športnikov predhodno cepljenih proti covidu-19, za kar je bilo poskrbljeno v času priprav pred odhodom na OI.

Medicinska ekipa za športnike torej skrbi že leto dni pred začetkom OI. Športniki imajo do medicinske ekipe tako fizičen dostop, kakor preko e-pošte, telefona in tako z nami sodelujejo, če potrebujejo pomoč. V tistem letu priprav pa smo organizirali tudi nekaj učnih delavnic, kot recimo, kako se spopadati z visokimi temperaturami, visoko vlago, kako se obvarovati pred covidom idr. Učne delavnice so bile namenjene tako športnikom kakor trenerjem.

Kako komentirate izjemne dosežke? Kje je limit? Npr. pri atletiki se rušijo neverjetni rekordi, ali se »rušijo« tudi telesa? So poškodbe generalno gledano v porastu?

Vrhunski šport zahteva skrajno delovanje človeškega organizma. To je zmeraj in ves čas na robu: 24 ur na dan, sedem dni na teden, 365 dni v letu. Ne govorim le o tekmovanjih, ampak imam v mislih tudi trenažne procese, ki v določenih disciplinah trajajo neprekinjeno – tudi desetletja. To so športniki, ki aktivno trenirajo od zgodnje mladosti dalje, in to po več ur dnevno, v gimnastiki tudi do šest ur. Posledično največ uspehov dosežejo tisti, ki so sposobni vsakodnevno prenašati maksimalne napore, ne le na tekmi. Vrhunski šport tako prinaša tudi večje tveganje za poškodbe. V ekipnih športih, kot sta nogomet ali rokomet in podobni, je verjetnost, da bo športnik v kasnejšem življenjskem obdobju potreboval endoproteze ipd., tudi do 10-krat večje kot pri običajni populaciji. Najbolj izpostavljen je lokomotorni sistem, znane pa so tudi težave, kot je športno srce, hipertrofija srčne mišice, aritmije, metabolna neuravnoteženost ipd., zato je vloga športnih zdravnikov izjemno pomembna. Tudi v vrhunskem športu je tako, da imajo tisti z najboljšo medicinsko podporo, bistveno boljše možnosti za vrhunske rezultate. Trening je namreč treba dozirati tako, da je dosežen maksimalni učinek, hkrati pa je treba športnika zaščititi, in to ne zgolj v tem dnevu ali tednu, temveč za to poskrbeti v daljšem časovnem obdobju – govorimo o 10 ali 15 letih. Omeniti velja tudi pravilno prehrano, kineziološko podporo, sodelovanje psihologov in številne druge stvari, ki jih vrhunski športniki morajo imeti na voljo.

OI potekajo vsaka 4 leta, psihično breme je zelo intenzivno. Ali se zdravniki znajdete kdaj tudi v vlogi psihologov?

Številni športniki s psihologi sodelujejo tudi sicer, mi na letošnjih OI v ekipi nismo imeli športnega psihologa. Nekateri športniki so tudi v času OI nadaljevali s sodelovanjem s psihologi, saj moderna tehnologija k sreči to omogoča. Zdravniki imamo stik s športniki, fizioterapevti ga imajo morda še več in tukaj prihaja do pomoči oz. podpore v smislu razumevanja, empatije, kar je zelo pomemben aspekt. Še večjo vlogo tukaj odigrajo trenerji, ki skrbijo za športnike. OKS v veliki večini trenerjem omogoči pot na OI, kar je zelo pomembno. Lahko rečem, da je ekipa, ki je letos poskrbela za logistiko, opravilo zelo dobro delo. Vrhunsko so poskrbeli za vse, kar je povezano s kadrom, prizorišči, trening kampi in aklimatizacije, kar je za športnike izrednega pomena.

Slovenija je v Tokiu osvojila pet medalj – zlata trojica Roglič, Savšek, Garnbret, na tatamiju srebrna Tina Trstenjak in kralj Toura Pogačar z bronom. Gre za različne športnike,

Tadej Pogačar z bronasto in hkrati prvo medaljo slovenske reprezentance v Tokiu 2020

Kolesarska ekipa na olimpijskem prizorišču: Fuji Speedway

različne športe in discipline. Kako kot zdravnik »preklapljate« med vsem naštetim?

Sam se s športno medicino ukvarjam že 25 let in tukaj so izkušnje zelo dobrodošle. Na velikih tekmovanjih pridejo še kako prav. Na OI gre zdravstveno osebje, ki ima res vrhunske izkušnje in dolgoletno prakso na tem področju, tukaj namreč ni možnosti za popravni izpit. V bistvu je zelo preprosto: če gredo na OI najboljši športniki, je prav, da gredo tudi najboljši zdravstveni delavci. Na OI gredo športniki, ki so v veliki večini zdravi in maksimalno pripravljeni, seveda pa lahko zmeraj pride do manjših ali večjih medicinskih zapletov, ki zahtevajo takojšnji odziv, diagnozo in diagnostični postopek v najkrajšem možnem času ter ustrezno terapijo. Treba se je odločiti, ali je poškodba take vrste, da športniku omogoča nadaljevati tekmovanje brez tveganja za poslabšanje poškodbe, ali ne. Športnik se mora počutiti varnega, zaupati zdravniku, ki skrbi zanj; pomembno je, da se zaveda, da je v dobrih rokah. Le tako se lahko stvari dobro iztečejo in tako je bilo tudi na teh OI, kjer smo v slovenski reprezentanci imeli nekaj poškodb, kot je na primer poškodba srebrne judoistke Tine Trstenjak, kjer smo bili primorani poskrbeti za njeno poškodbo v zelo kratkem času na mestu samem.

Trener juda Marjan Fabjan se vam je javno zahvalil, da brez vaše pomoči Tina ne bi osvojila medalje. Za kakšno poškodbo je pravzaprav šlo?

Tina si je poškodovala eno izmed hrbtnih mišic že na prvem dvoboju. Vsekakor ne bi poveličeval svoje vloge, saj je glavno vlogo odigrala Tina, ki je kljub poškodbi nadaljevala z dvoboji, in seveda njenemu trenerju, ki ji je vlil zaupanje. Mi smo postavili diagnozo, ji povedali, da se ji ne more dolgoročno nič hujšega zgoditi, če bo z dvoboji nadaljevala, in jo analgetično oskrbeli, tako da je lahko nadaljevala tekmovanje. Tovrstnih poškodb je bilo sicer kar nekaj. Omenim lahko jadralce s hudimi bolečinami v ledveni hrbtenici, kjer smo opravili celoten diagnostični postopek, vključno z magnetno resonanco itn. Bilo je tudi nekaj manjših poškodb med športniki. Poudaril bi poškodbo Rogliča, ki je imel na cestni dirki hude bolečine. Pri njem je bilo zelo pomembno, da smo čim prej ugotovili, za kaj gre, in da je bila odrejena ustrezna fizioterapija z ustreznimi aparaturami; časa do naslednje dirke, torej kronometra, je bilo namreč zelo malo. Tu je bistveno vlogo odigral fizioterapevt. V posebno veselje nam je bilo Rogliču pomagati v tako kratkem času, da je bil sposoben odpeljati tako fantastičen kronometer. To so zadeve, ki so z mojega zornega kota malenkosti, saj se sicer ukvarjam z operacijami in z bistveno bolj zahtevnimi posegi. Toda v tistem trenutku so te »malenkosti« velike stvari in treba se je odzvati hitro, strokovno in pravilno.

Kaj vam pomeni, ko športniku pomagate do izjemnega rezultata?

Šport imam rad, sem res velik ljubitelj športa in se s tem ukvarjam zato, ker lahko pomagam. Dejansko se v tem času človek zbliža s športniki, ki jim pomagam bodisi z operacijo bodisi na kakšen drug način, zato mi je to v osebno zadovoljstvo. Po drugi strani pa je biti del reprezentance na takšnem dogodku, kot so OI, tudi velika čast ne le pomagti zgolj posameznim športnikom, temveč tudi celotni ekipi in navsezadnje Sloveniji. Skratka, zelo sem ponosen, da lahko pomagam športnikom na tovrstnih prizoriščih.

Pri celotni zgodbi pa ne gre le za poškodbe, tu je žal tudi doping. Kako je na tem področju na OI?

Kot sem omenil, se medicinska ekipa oblikuje že leto dni pred pričekom iger. In tudi vsak od udeležencev oz. športnikov je predhodno seznanjen s pravili, ki zadevajo doping. Športnik podpiše izjavo in se s tem zavezuje, da bo spoštoval protidopinški kodeks. V številnih športih se dopinški testi izvajajo že pred OI, še posebej pri tistih, ki so pod drobnogledom, kot je recimo kolesarstvo ali atletika. Vsi dobitniki medalj so podvrženi dopinškim testom, nekatere izmed njih sem tudi sam spremljal na te teste, ki so v bistvu rutinski in jih vsi ti športniki že poznajo. Na letošnjih OI nihče izmed slovenskih športnikov ni bil pozitiven na tovrstnih testih, česar smo zelo veseli. Kljub temu si ne zatiskamo oči, da dopinga v športu ni; na žalost je prisoten tudi v slovenskem športu.

Kakšen je delovni dan zdravnika slovenske olimpijske reprezentance od jutra do večera?

Nekaj o tem sem že povedal, je pa to celodnevni proces. Zjutraj deluje neke vrste ambulanta, kjer je dostop do medicinske ekipe določen na uro in delo temelji na vnaprej dogovorjenih individualnih terminih. Nato pa se člani medicinske ekipe razdelimo: dan prej se določi, kdo bo odšel na katero prizorišče in spremljal določene športnike. Na primer odpravim se s kajakaši na prizorišče, jim nudim zdravstveno podporo in seveda odreagiram v primeru poškodbe. Po vrnitvi proti večeru sledi sestanek medicinske ekipe, kjer vključno s fizioterapevti pregledamo, kdo izmed športnikov ima težave. Ni nujno, da gre zgolj za poškodbe; pri nekaterih športnikih

se izvaja regenerativna terapija ipd. Vse to je treba imeti pod kontrolo, spremljati in po potrebi tudi modificirati. Potem sledi še delo s »pacienti«, dodatni pogovori s fizioterapevti ter trenerji – in že je tu nov dan.

Torej prostega časa dejansko ni. Potemtakem vam ni uspelo na goro Fuji ali pa na ogled Cesarske palače?

Ne, takšnega prostega časa ni. Letos sploh nismo smeli zapustiti olimpijske vasi in prizorišč, zato kot turisti nismo videli popolnoma nič. V resnici je urnik tako prenatrpan za kaj takega. Po zaključku OI bi sicer z veseljem ostal še kakšen dan in si ogledal tovrstne znamenitosti, ampak tudi to ni bilo mogoče, saj so morali vsi športniki, zdravniki in drugo osebje, ki so končali svoje delo in nastope, Japonsko zapustiti v roku 24 ur.

O Tokiu, ki z okolico šteje kar 37 milijonov ljudi, smo letos poslušali o kaosu v cestnih povezavah, neizmerni gneči, deležni pa ste bili tudi ogromno kontrol in varnostnih protokolov zaradi covida-19. Kako ste to doživljali ob vsakdanjem delu?

Pravzaprav vse našteto za nas niti ni bilo tako zelo omejujoče. Vsakodnevno se je bilo treba samotestirati, vzorce dostaviti v ustrezne laboratorije, ki pa so bili v olimpijski vasi in to ni predstavljalo težave. Vsakič, ko smo zapustili prizorišče, je bilo treba skozi varnostni sistem, ki je zajemal predložitev akreditacije in dodatno preverjanje s pomočjo video analize obraza, enak postopek pa je bil potreben tudi pri vstopu v olimpijsko vas ali druga prizorišča. Nepooblaščeni res ni imel možnosti za vstop na prizorišče. Opisani varnostni postopek je trajal nekaj sekund, čakalnih vrst ni bilo, zato ta postopek ni bil moteč. Moteča je bila omejitev gibanja, ni bilo gledalcev, ni bilo pravega vzdušja, kar je bil velik hendikep za športnike. Žal živimo v takšnem času in temu se je bilo treba prilagoditi. Sicer pa prevelike gneče na cestah ni bilo, pa tudi prevelikih razdalj med prizorišči ne.

Ekološke kartonske postelje v olimpijski vasi

Kakšne so razlike med zdravstvenimi ekipami velikih reprezentanc, kot so ZDA, Kitajska ali Rusija, in Slovenije?

Število ljudi, ki so v posameznih medicinskih ekipah, je določeno na podlagi kvote glede na številčnost športnikov posamezne reprezentance. Če je Slovenija imela 54 športnikov, ZDA pa približno 600, to pomeni, da je tudi številčnost medicinskega osebja ameriške reprezentance več kot 10-krat večja. Ta sistem se je izkazal kot dober, saj je čisto preprosto: če imajo več športnikov, potrebujejo tudi več zdravstvenega osebja. Kvote se državam ponudijo, če so le-te sposobne to izkoristiti, pa je odvisno od posamezne države. Slovenija je vedno sposobna to popolnoma izkoristiti, saj želimo našim športnikom nuditi maksimalno mogočo podporo.

V olimpijski vasi se družijo športniki, trenerji in zdravstveno osebje – kakšno je povezovanje, izmenjava izkušenj? Se zgodi, da oskrbite tudi športnika druge reprezentance? Sta prisotni tovrstna pomoč in solidarnost?

Solidarnost je prisotna največkrat to po kanalih in povezavah, ki so vzpostavljene že pred OI. Sam sem tudi že pomagal drugim športnikom, npr. hrvaškim športnikom, kosovskim judoistkam, dve izmed njih sta celo osvojili zlato medaljo, ena v Riu in druga v Tokiu. Večkrat sta poiskali medicinsko pomoč na Inštitutu za športno medicino, kjer sta bili pred OI stalno medicinsko vodeni. Seveda je večina zdravstvenih ekip sposobna sama poskrbeti za svoje športnike in je tako morda tudi najboljše.

Prihajate iz nogometnega okolja. Pri NK Maribor ste že več kot 20 let, bili ste tudi zdravnik nogometne reprezentance na SP v Južnoafriški republiki itd. Kako primerjate delo v sklopu NK Maribor, SP v nogometu in OI?

Gre za velike razlike. Pri nogometnem klubu Maribor delamo redno in smo v stalnih stikih. Nogometaše spremljam v vsakodnevnih procesih treningov in jih zato tudi zelo dobro poznam. OI pa so enkratni dogodek, zato je tudi pritisk bistveno večji. Težko si je predstavljati, kakšen pritisk je tekmovanje na OI za športnika. Primerjava z igranjem v slovenski nogometni ligi in tekmovanjem na OI je težka, saj pri slednjem vendarle gre v večini primerov za vrhunec športnikove kariere ali pa vsaj 4-letnega obdobja. So pa vsi športniki v veliki večini zelo simpatični ljudje, s katerimi je prijetno delati.

Kaj se vam je na tokratnih OI najbolj vtisnilo v spomin oziroma je na vas naredilo največji vtis?

Zagotovo je eden izmed vrhuncev bila osvojitev zlate medalje Rogliča po fantastičnem kronometru in smo to vsi, ki smo takrat bili na prizorišču, doživljali zelo čustveno. Poleg tega je bila to edina tekma, na kateri so vsaj v določenem obsegu bili prisotni gledlaci, saj je potekala izven prefekture Tokia, v drugi pokrajini, kjer so bili protikoronski ukrepi manj strogi. Torej ta vožnja, osvojitev zlate medalje, gledalci so se mi vtisnili v nepozaben spomin. Omeniti moram še Benjamina Sav-

Matjaž Vogrin in Benjamin Savšek po zmagi

ška, s katerim se poznava že zelo dolgo, ki je prav tako osvojil zlato medaljo, kar sem tudi spremljal čisto od blizu. Gre za čudovitega človeka in športnika, ki je po toliko letih tekmovanj osvojil zlato medaljo. To so močna in nepozabna čustva. Omenil sem že Tino Trstenjak, ki je kljub vsem težavam pokazala izredno močno voljo, pa Tadeja Pogačarja, ki je osvojil medaljo že prvi dan iger. Tudi vsi ostali naši športniki, ki sem jih lahko spremljal, so vsak po svoje dali svoj maksimum in v večini dosegli svoje najboljše rezultate. Lepo je gledati tako močno ekipo. Poudariti moram še povezanost in druženje, ki mi bosta ostala v spominu za vedno.

Slavje po zlatem kronometru

Katera je bila najbolj čudna poškodba oz. vzrok poškodbe, ki ste jo oskrbeli?

Na teh OI tovrstnih poškodb ni bilo, v vseh primerih je šlo za športne poškodbe.

Kaj je za vas popoln dan na OI?

To je osvajanje vseh teh medalj. S športnega vidika se na OI ne gre zaradi ogleda znamenitosti ali pa na izlet. Na OI se gre tekmovat in prizadevat osvojiti zlato medaljo. To je popolnoma jasno in če nam – naši mali državi – to uspe, je to za nas defintivno popoln dan. Tudi če ne gre za zlato medaljo, ampak za srebrno ali bronasto, ali če je športnik dosegel svoj doslej najboljši rezultat, je to za nas prav tako popoln dan.

Leta 2024 bodo OI v Parizu. Se jih boste udeležili v vlogi zdravnika slovenskih športnikov?

Upam. Že zdaj se veselim. Prav gotovo bom z olimpijskimi športniki sodeloval še naprej, bodisi v okviru ORŠMC (Olimpijskega referenčnega športno-medicinskega centra OKS), ki združuje UKC Maribor in Inštitut za športno medicino MF. Še vedno sem predsednik Komisije za medicino športa in lahko povem, da bo za naše športnike izjemno dobro poskrbljeno. Ta trenutek je denimo že sestavljena ekipa za OI v Pekingu, kamor pa sam ne bom odpotoval. Kot sem že povedal, vsi člani medicinske ekipe za športna tekmovanja koristimo redni letni dopust in ta je, kot veste, omejen.

Predsednik Mednarodnega olimpijskega komiteja Thomas Bach je ob ugašanju olimpijskega ognja dejal, da so to bile »igre upanja, solidarnosti in miru«. Kaj pa si sami želite za prihodnje OI v Parizu leta 2024?

Predvsem si želim, da bodo prisotni gledalci in da bo vsem športnim navdušencem omogočeno, da se udeležijo iger in da pričarajo nepozabno vzdušje. Želim si, da bi se šport vrnil med ljudi. Sicer se to v neki meri že dogaja, saj vemo, da bodo v Pekingu lahko prisotni domači gledalci, ne pa tudi navijači iz drugih držav. Upam, da bo v Parizu teklo že vse normalno, česar se seveda vsi veselimo.

Tudi sami ste navdušen športnik, gorski kolesar, turni smučar … Kaj bi sporočili ljudem glede športnega udejstvovanja?

Športno udejstvovanje zelo priporočam, vendar pazite na svoje sklepe. Ukvarjajte se s športi, ki ne ogrožajo vaših sklepov in ne predstavljajo prevelike obremenitve lokomotornega sistema. Morebitne poškodbe lahko v kasnejšem življenjskem obdobju povzročijo nepopravljive posledice in velike ovire v gibalnem smislu. Ukvarjajte se torej s športi, pri katerih ni velikega tveganja za poškodbe, in jih obvladate. Zelo priporočam kolesarjenje ali pohodništvo.

Veselje po Rogličevi zmagi z japonskimi navijači

Predaja igrač in copatkov

Avtor: S. T.
Foto: S. T.

V sejni sobi Klinike za pediatrijo je 11. avgusta 2021 potekala predaja igrač in copatkov, ki so jih strokovni vodji zdravstvene nege Klinike za pediatrijo predali študentje Fakultete za zdravstvene vede UM. Pod vodstvom Urške Novak (v. d. Prodekanice za študentska vprašanja FZV UM) so se člani študentskega sveta povezali s prostovoljci preko družabnih omrežjih in

z njihovo pomočjo zbrali igrače in copatke, ki so jih namenili otrokom Klinike za pediatrijo UKC Maribor.
Monika Pevec, mag. zdr – soc. manag. (strokovna vodja zdravstvene nege Klinike za pediatrijo) je ob tem povedala: »Zelo sem vesela, da ste se spomnili na otroke, ki so kljub tem čudnim časom včasih primorani ostati v bolnišnici. Zelo prav nam bodo prišli prav copatki, saj se radi izgubijo. Seveda bodo otroci prav tako zelo veseli igrač, tudi v obliki darilca ali nagrade po kakšnem bolečem posegu. Še enkrat iskrena hvala, da ste se spomnili na naše otroke.«

Veselje ob donacijah

Avtorica: Maja Vičič
Foto: arhiv oddelka

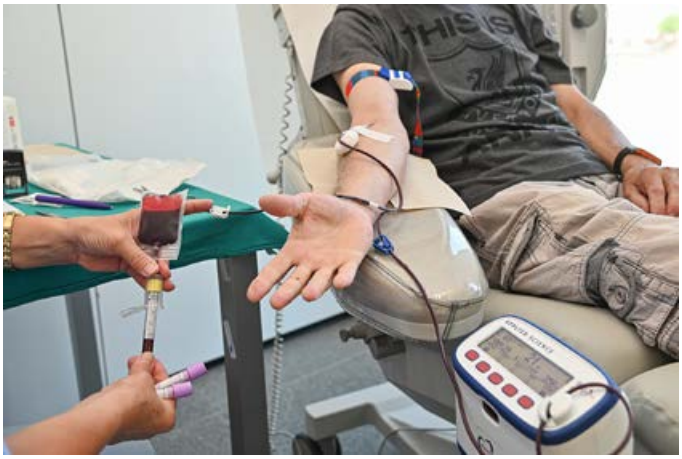
Čeprav živimo v precej turbulentnih časih tako za paciente kot za zaposlene, se je v zadnjih mesecih kar nekaj podjetij in posameznikov odzvalo ter priskočilo na pomoč otroški kirurgiji. Vsi tam zaposleni se namreč trudimo, da bi bilo bivanje staršev in otrok, ki pogosto po poškodbah utrpijo tudi precejšnjo mero strahu, čim manj stresno in prijazno. Občasno se namreč zgodi, da otroci zaradi kirurških obolenj na našem oddelku preživijo tudi po več tednov.
V mariborskem Big Bangu so nam prisluhnili in podarili nov televizor, saj so televizije, ki smo jih pred leti prejeli z donacijami, že precej dotrajane. Ker smo začeli izvajati ambulantno dejavnost in je predvsem v poletnih mesecih bilo delo zaradi visokih temperatur precej oteženo, nam je podjetje Samair ponudilo pomoč in vgradilo novo klimatsko napravo.
Žal smo v času pandemije z oddelka morali odstraniti vse skupne igrače in knjige. Posluh za naše paciente je imela go-

spa Mihaela Margan Kocbek, ki je skupaj s podjetjem Jolly pomagala pri donaciji zajetnega kupa pobarvank in barvic, s katerimi si krajšajo čas številni otroci pred in po operativnem posegu. Kolektiv otroške kirurgije se vsem iskreno zahvaljuje.

Vijol'čna kri za vse ljudi v deseti izdaji

Avtorica: Mojca Pepelnik
Foto: R. G.

Stadion Ljudski vrt je desetič gostil veliko in tudi letos rekordno krvodajalsko akcijo Vijol'čna kri za vse ljudi. Medijsko središče se je z vzhoda preselilo na sever, z njim pa tudi akcija, ki je tako spoznala nove in večje prostore, ki so še kako zelo primerni za izvedbo tako krasne terenske akcije.
Letošnja akcija je postregla z zelo posebnimi obiski, podelila so se številna priznanja za desetletno delo, hkrati pa so nas tudi letos obiskali čudoviti gostje Nogometnega kluba Maribor. Tako je prišel Nemanja Mitrović, ki ga poznamo kot izjemnega obrambnega igralca, trener Simon Rožman, kri je daroval nekoč vrhunski igralec in danes izjemni športni direktor Marko Šuler, ki se je darovanja krvi udeležil prvič in bil nad darovanjem izjemno navdušen.



Ne moremo mimo tega, da je akcija tudi letos zaradi okoliščin, ki jih poznamo, trajala dva dneva. Krvodajalci naročanje podpirajo, uživajo v tem, da so naročeni na uro, saj zadeva poteka zelo gladko in hitro, veliko časa pa jim ostane tudi za druženje in malico, ki je tokrat potekala v sejni sobi. Samo zanje pa smo odprli vhod št. 6, da so se lahko tudi letos sprehodili po stadionu, sedli na tribuno in uživali ob razgledu na najlepši stadion.
Krasno je bilo videti tudi gospo, ki se je samo zaradi naše akcije pripeljala iz Nove Gorice, in s tem pokazala, da čeprav je odšla na drugo stran države, njeno srce ostaja vijoličasto.
Ponosna sem tudi na en prav poseben par, ki si je po pregledu oči prišel ogledat stadion, na koncu pa smo ju prepričali, da bi darovala kri in tako sta doživela še eno prav posebno izkušnjo, ki jo, sem prepričana, nosita dalje v svet.
Letošnja akcija tudi tokrat prinaša številne krasne zgodbe o darovanju: ne le prvič, ampak skoraj dvestotič, pa o prijateljih, ki jim naša akcija predstavlja pomemben dogodek, in o

ljudeh, ki skrbno čakajo na naš datum, da pomagajo sočloveku z upanjem, da sami nikoli ne bodo potrebovali tovrstne pomoči.
Naša akcija je srčna. Je posebna. Je unikatna. Ima tisto vijol'čno srce, ki se nikoli ne preda, in kri, ki je namenjena vsem, ki se v teh dneh borijo za preživetje. Za vse tiste, ki potrebujejo nov list v svojem življenju, luč na koncu tunela. Smo akcija, ki prebuja ljudi, ki ozavešča o pomenu krvodajalstva. Smo akcija, ki je v desetih letih sprejela že več kot 2000 ljudi. Samo na letošnji akciji smo jih zabeležili 288. Več kot 1700 ljudi je na akciji darovalo kri, samo na letošnji 262. Če se lahko prvi dan pohvalimo s 129 odvzemi, smo jih drugi dan našteli kar 152. To so številke, ki imajo obraze plemenitih ljudi, srčnih in izjemnih src, ki bijejo kot eno.
Mi skupaj eno smo.

Vijol'čna družina, ki je letos podarjala unikatne stekleničke, so vsem v trajen spomin na trenutke, ko so postali del nečesa večjega. Nečesa zelo velikega. Življenju dati življenje. Biti. Ostati. Se nasmejati.

Sonce nam je zvesto sledilo. Čutilo je, da ga potrebujemo. Skoraj vse je bilo na naši strani. Na severni strani. Kjer drugi dan akcije žal ni smel ostati krvodajalski avtobus. In na tisti severni strani, kjer so se rodila nova prijateljstva, kjer se je govorilo o zgodovini, današnjem dnevu, prihodnosti.
Bila sta to dva dneva, ko so tekle solze sreče in tudi solze žalosti – zaradi kakšne zavrnitve. Bila sta to 6. in 7. september 2021, ko smo izpeljali še deseto akcijo, ki smo jo 5. septembra 2011 začeli in 2. septembra 2013 nadaljevali. In ostali.
Ostajamo. Datumi se že skrivajo izza skritih kotičkov koledarjev, nove ideje se že pišejo na liste papirjev.
Hvala vsem, ki ste nam pomagali. Hvala vsem, ki ste z nami in v nas verjeli. Hvala, ker ste bili in boste vnovič prišli. Hvala, ker ste inspiracija. Ker ste moč. Ker ste trenutek lepšega za jutri. Hvala vsem za pomoč pri organizaciji. Hvala območnemu združenju Rdečega križa za vse odgovore, Centru za transfuzijsko medicino UKC Maribor za vse rešitve. Hvala NK Maribor za krasno vijol'čno zgodbo.
Upam, da jo, tako kot jaz, nosite v srcu za zmeraj.
Ob koncu poletja 2022 pa se znova srečamo. Na istem mestu. Morda drugi dan spet do 17.00. Nikoli se ne ve. Morda še sami sebe presenetimo s čim, kar je očem nevidno.
Do takrat bodite del sanj, ki postanejo resničnost. In bodite nekomu upanje. Z darovanjem krvi ali stiskom roke. Morda je to vse, kar potrebuje.
S ponosom in hvaležnostjo.

Krvodajalci stokratniki

Avtor: S. T.
Foto: R. G.

V obdobju od junija do vključno avgusta letošnjega leta smo tako v Centru za transfuzijsko medicino UKC Maribor kakor tudi v naših enotah na Ptuju in v Murski Soboti gostili kar osem vitezov krvodajalstva, kot pravimo tistim krvodajalcem, ki so s svojim stotim darovanjem krvi vstopili v klub t. i. stokratnikov. Za to plemenito dejanje so se že stotič odločili:

Center za transfuzijsko medicino UKC Maribor:
– Janez Nemšak (4. 6. 2021)
– Bogdan Omulec (22. 6. 2021)
– Oliver Kolenič (22. 6. 2021)
– Marjan Paurič (30. 6. 2021, terenska akcija)

Enota za transfuzijsko dejavnost Ptuj:
– Bojan Merc (8. 7. 2021)
– Franc Cafuta (12. 8. 2021)
– Daniel Petrovič (12. 8. 2021)

Enota za transfuzijsko dejavnost Murska Sobota:
– Dejan Vučak (19. 8. 2021)

Bojana Bizjak, dr. med. (predstojnica Centra za transfuzijsko medicino UKC Maribor): »Izredno smo veseli, saj je ob tovrstnih dogodkih vedno priložnost, da se našim stokratnikom

Oliver Kolenič (levo) in Bogdan Omulec (desno)

zahvalimo za njihovo vztrajnost. So namreč neprecenljiv člen te trdne verige, ki povezuje bolne z zdravimi. Brez darovalcev krvi si ne znamo predstavljati napredka medicine, saj je večina vej medicine prežeta s potrebo po krvi, ki je brez vseh ljudi, ki dnevno prihajajo k nam darovat, ne bi bilo.«
V UKC Maribor lahko kri darujete vsak ponedeljek, torek in četrtek med 7.30 in 13.00, in sicer v prostorih Medicinske fakultete, Taborska ulica 8, 2000 Maribor. Krvodajalce pred darovanjem vljudno prosimo, da za določitev termina odvzema pokličejo na telefonsko številko 02 321 22 71 ali 041 320 796.

Podelitev Minařikovih priznanj

Avtorici: Mag. Maja Petre, mag. farm., spec., Polonca Drofenik, mag. farm.,spec.
Foto: arhiv Centralna lekarna

Slovensko farmacevtsko društvo (v nadaljevanju SFD) je največje slovensko prostovoljno strokovno združenje farmacevtskih delavcev. Skrbi za strokovno in družabno povezovanje farmacevtov in farmacevtskih tehnikov. Je najmočnejša vez posameznih segmentov slovenske farmacije, preko katere se med seboj povezujejo strokovnjaki iz industrije, lekarn, izobraževalnih ustanov in uprave. Od leta 1975 SFD podeljuje najbolj zaslužnim članom Minařikova odličja, od leta 1990 pa še Minařikova priznanja. Priznanja se imenujejo po znanem lekarnarju in zgodovinarju farmacije prof. Francu Minařiku. Podeljujejo se za izjemne uspehe, zasluge in dosežke, ki pomembno prispevajo k razvoju in prepoznavnosti farmacije v Sloveniji. Leta 1997 je največje farmacevtsko stanovsko odlikovanje – Minařikovo odličje – prejel magister Erik Košin, nekdanji predstojnik Centralne lekarne SB Maribor.

16. septembra 2021 je bilo ob letni skupščini SFD Minařikovo priznanje za prispevek k razvoju slovenske farmacije in prizadevno delo v Slovenskem farmacevtskem društvu podeljeno naši sodelavki Tanji Tomšič, mag. farm., spec. klin. farm. Priznanje bi morala prejeti že v letu 2020, a je lani prireditev odpadla zaradi epidemije covida-19.

Tanja Tomič je svojo poklicno pot začela v SB Novo mesto. V tem času je opravila tudi specializacijo iz klinične farmacije. Nato je bila dve leti zaposlena v ambulanti farmacevta svetovalca v Zdravstvenem domu Ljubljana. Od oktobra 2019 je zaposlena v UKC Maribor. Svoje delo je najprej začela kot klinična farmacevtka na Oddelku za infekcijske bolezni in vročinska stanja. Od ustanovitve intenzivne enote za covid-19 pa vsakodnevno sodeluje pri optimizaciji zdravljenja z zdravili za bolnike s te enote. Svoje znanje in izkušnje kot mentorica prenaša tudi na študente Fakultete za farmacijo in specializante klinične farmacije pri Lekarniški zbornici Slovenije.

Tanja Tomšič, mag. farm., spec. klin. farm.

Lekarna UKC Maribor ima v svojih vrstah že štiri prejemnike Minařikovega priznanja, kar nas uvršča na prav posebno mesto med slovenskimi bolnišničnimi lekarnami. To nas navdaja s ponosom in nas navdihuje za nadaljevanje začrtane poti, rasti in razvoja naše stroke.

Naši sodelavki in prejemnici Minařikovega priznanja Tanji Tomšič želimo še veliko uspehov pri nadaljnjem delu.

Prejemniki Minařikovih priznanj in odličij na podelitvi

Univerza v Mariboru

Medicinska fakulteta

Odločili ste za lep in zahteven poklic zdravnika

Avtor: M.G.
Foto: Saša Kos

Dekan prof. dr. Iztok Takač: » Nikoli ne pozabite, da še tako dober aparat in novo zdravilo ne moreta nadomestiti časa, ki ga lahko in moramo posvetiti bolnikom.«

Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru obeležuje svoj praznik v spomin na dogodke leta 2003, ko je 2. oktobra Državni zbor RS soglasno sprejel odlok o preoblikovanju Univerze v Mariboru in na 3. december 2003, ko je Svet za visoko šolstvo RS potrdil univerzitetni študijski program Splošna medicina. Prvi študentje so se vpisali na mariborsko fakulteto v študijskem letu 2004/2005. Slovesnost ob Dnevu medicinske fakultete za leto 2020 s podelitvijo diplom novim diplomantom je bila zavoljo epidemioloških razmer šele junija letos.

Ob tej priložnosti je dekan fakultete prof. dr. Iztok Takač, dr. med. namenil diplomantkam in diplomantom, njihovim staršem, spoštovanim sodelavkam in sodelavcem fakultete ter študentom naslednje misli:

»Veseli me, da lahko prvič v funkciji dekana spregovorim tokratnim diplomantkam in diplomantom Medicinske fakultete Univerze v Mariboru. Podelitve diplom so priložnost za praznovanje, pa tudi trenutek za retrospektivo preteklega dela in za razmislek o prihodnosti.

Za vami je šestletni zahtevni študij medicine, ki ste ga uspešno zaključili, in ki bo podlaga za začetek vaše profesionalne poti. Vloga in namen fakultete je, da vas pripravi na številne strokovne izzive, s katerimi se boste srečevali v prihodnjih letih. Upam in verjamem, da smo našo vlogo izpolnili v skladu z vašimi pričakovanji.

Kljub zahtevnim in neustaljenim načinom dela, ki jih je zadnje leto narekovala epidemija covida, smo se vsi zaposleni na fakulteti trudili, da vam zagotovimo vso potrebno teoretično

Prvi diplomanti Medicinske fakultete Univerze v Mariboru v družbi tedanjega predsednika republike dr. Danila Türka, rektorja univerze prof. dr. Ivana Rozmana in dekana Medinske fakultete, prof. dr. Ivana Krajnca, dr. med.

in praktično znanje, ki ga boste potrebovali pri svojem delu. Zahvaljujem se vam, da ste izjemne razmere sprejeli z razumevanjem in se prilagodili okoliščinam ter aktivno sodelovali v teh težkih in negotovih časih.

Univerzitetni študij je težko delo, vendar je tudi eno najlepših obdobij v življenju in upam, da vam bo čas, ki ste ga preživeli na naši medicinski fakulteti, ostal v lepem spominu. Predhodniki so poskrbeli za optimalne pogoje študija v tej novi stavbi, ki se lahko pohvali z vrhunsko opremo, svoja vrata pa je odprla leta 2013.

Ob tej priložnosti bi se rad še posebej zahvalil prvemu dekanu prof. dr. Ivanu Krajncu, ki je v času obeh svojih mandatov z neumornim delom in voljo dosegel, da je postala Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru prepoznavna v Sloveniji in v tujini, kjer je spletel številne povezave z najuglednejšimi ustanovami. Prof. Krajnc se je zavedal, da ne smemo zaspati na lovorikah, zato je ves čas snoval nadaljnje korake in širjenje naše fakultete.

Lahko se pohvalimo, da uspešno nadaljujemo njegovo delo, saj se bo v novem študijskem letu začel tudi študijski program Dentalna medicina. V postopku akreditacije pa je že študijski program farmacije, ki bi, če bo šlo po načrtih, lahko prve študente sprejel v letu 2022/2023. Pravkar smo uspešno prestali tudi akreditacijo Univerze, ki je potrdila visoko kakovost naše ustanove.

Drage diplomantke in diplomanti, končuje se pomemben del vašega življenja in začenja se novo poglavje, v katerem boste pri nas pridobljeno znanje uporabili v praksi. Seveda to ne pomeni konec vašega izobraževanja na področju medicine, saj se bo le to nadaljevalo vso vašo poklicno kariero. Nekateri med vami se boste odločili za nadaljevanje študija v programu doktorske šole. Želimo si, da vas bo takih čim več, tako kot je bilo to v preteklosti, ko je bil delež študentov in doktorandov v doktorski šoli Univerze v Mariboru največji prav na naši medicinski fakulteti.

Z izbiro študija medicine ste se odločili za lep in zahteven poklic zdravnika, ki je poseben, ne samo zaradi narave dela, ki vključuje delo ponoči in ob praznikih, ko večina vaših vrstnikov v drugih poklicih preživlja prosti čas z najbližjimi, ampak tudi zaradi tega, ker se boste dnevno srečevali z največjimi stiskami in težavami ljudi, ki vam bodo zaupali največ, kar lahko – svoje zdravje in življenje.

Sodobne tehnologije in hiter napredek znanosti nam ponujajo nova spoznanja in možnosti diagnostike in zdravljenja, vendar ob tem nikoli ne pozabite, da še tako dober aparat in novo zdravilo ne moreta nadomestiti časa, ki ga lahko in moramo posvetiti bolnikom, da jim prisluhnemo v njihovih stiskah in težavah. Nič ne more nadomestiti prijazne besede, ki jo namenimo sočloveku, pa čeprav boste pogosto zelo obremenjeni in v časovni stiski.

Glede na hiter razvoj medicine, ki prinaša dnevno nova spoznanja se in se bodo tudi v bodoče odpirali novi etični problemi in dileme, ki jih boste morali reševati. Izzivov ne bo zmanjkalo, vendar kot je dejal Antoine De Saint - Exupery: 'Ne pride daleč, kdor gre kar naravnost.'

Ob zaključku vašega študija vam iskreno čestitam in želim uspešno poklicno pot ter dosti sreče in osebnega zadovoljstva.«

Pohvale, priznanja in nagrade

Avtor: M.G.
Foto: Saša Kos

Slovesnost ob Dnevu Medicinske fakultete Univerze v Mariboru je bila spet priložnost za pohvale, priznanja in nagrade, ki jih fakulteta in njen senat namenjata posameznikom za njihov prispevek k razvoju fakultete, študentom pa za izjemne študijske uspehe.

Priznanje prof. dr. Zore Janžekovič sta prejela izr. prof. dr. Uroš Maver, mag. farm. in asist. Viljem Pohorc, dr. med.

Priznanje za posebne zasluge je prejel red. prof. dr. Ivan Krajnc, dr. med. pohvalo za dobro in prizadevno strokovno delo pa sta prejela Robi Serdinšek in Romana Grajner.

Nagrado Marcusa Gerbeziusa za študijsko leto 2019/2020 so prejeli študentje: Maruša Esih, Jan Koščak, Žiga Mrak, Špela Turk, Lidija Kocbek Šaherl in Enej Vidovič.

Dekan prof. dr. Iztok Takač: »Čeprav smo mlada fakulteta, so naši diplomanti že večkrat dokazali, da so uspešni na svojih poklicnih poteh v zdravstvenih ustanovah, pa tudi pri znanstveno-raziskovalnem delu, ki ga mnogi začnejo opravljati že v času študija. Tega ni ustavila niti epidemija, ki je zaznamovala zadnje leto, kar pričajo številne opravljene raziskovalne naloge za Dekanove nagrade in priznanja.

Za dobre rezultate fakultete so poleg sposobnih in motiviranih študentov potrebni tudi dobri učitelji ter požrtvovalni delavci in sodelavci fakultete, ki s svojim delom prispevajo k dvigu ravni znanja diplomantov in k ugledu fakultete. Komisija, ki izbira komu podeliti priznanja in pohvale ob dnevu fakultete, ima težko nalogo izbrati tistega, ki si to najbolj zasluži. Verjamem, da so člani komisije svoje delo tudi letos opravili dobro.

Priznanje za posebne zasluga je prejel red. prof. dr. Ivan Krajnc, prvi dekan MF UM

Priznanj in nagrad je premalo za vse, ki si to zaslužijo - tako med študenti, kot zaposlenimi - zato se ob Dnevu Medicinske fakultete Univerze v Mariboru iskreno zahvaljujem vsem študentom in zaposlenim za njihov prispevek k izgradnji uspešne in kakovostne fakultete, prejemnikom nagrad in priznanj pa še posebej iskreno čestitam!«

Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru – hiša znanja in dragocenih mednarodnih stikov za študijsko izmenjavo študentov in visokošolskih učiteljev

Še ena štipendistka Fundacije prim. dr. Janka Držečnika

Avtor: M.G.
Foto: Društvo za srce in ožilje

Na slovesnosti ob Dnevu Medicinske fakultete Univerze v Mariboru sta direktor Fundacije prim. dr. Janka Držečnika prof. dr. Erih Tetičkovič, dr. med. in predsednik Društva za zdravje srca in ožilja za Maribor in Podravje prim. Mirko Bombek, dr. med., podelila Jani Dragar, študentki medicine, štipendijo te ustanove, ki jo je za štipendiranje študentov na mariborski fakulteti pred šestnajstimi leti ustanovilo mariborsko društvo Za srce.

Direktor Fundacije prof. dr. Erih Tetičkovič o prim. dr. Janku Držečniku: »Primarij dr. Janko Držečnik se je rodil leta 1933 v Orlici na Pohorju. Po končanem študiju medicine leta 1939 je začel svojo poklicno pot v mariborski bolnišnici, ki ji je ostal zvest vse do svoje upokojitve leta 1984. Lea 1965 je bil imenovan za predstojnika kirurških oddelkov, leta 1978 pa za strokovnega vodjo mariborske kirurgije.

Primarij je bil član medicinske sekcije terminološke komisije pri Slovenski akademiji znanosti in umetnosti. Veliko je prispeval k lepi, čisti slovenski strokovni besedi, je soavtor Slovenskega zdravstvenega besednjaka.

Med prvimi je začel sodelovati pri razvoju eksperimentalne kirurgije na Slovenskem, prav tako je bil med prvimi slovenskimi kirurgi, ki so izvajali operacije na srcu.

Svoje življenje je posvečal tudi umetnosti, še posebej glasbi, v verzih je zapisal in uglasbil Hipokratovo prisego. Bil je intelektualni velikan, izjemen poznavalec zgodovine, astrologije in matematik.

Bil je odličen in dobrohoten učitelj, znal je spodbujati k samostojnemu razmišljanju, nikoli ni nikomur odklonil svoje strokovne pomoči ali tople besede, ob spodrsljaju pa ni bil sodnik, temveč razumevajoč tolažnik in učitelj z vedno dobrim nasvetom.

Prim. dr. Janko Držečnik je osebnost, ki bo za vedno zapisana v slovenski medicini z velikimi črkami. Njegovo ime v imenu naše fundacije pa je le skromno, vendar spoštljivo spominjanje na njegovo duhovno veličino.«

Nova štipendistka Jana Dragar je poudarila, kako zelo je bila vesela sporočila, da je bila izbrana za štipendistko:

»Želela bi se vam še enkrat zahvaliti za čudovito podelitev in hvala vam, da ste me izbrali med kandidati. Na to sem ponosna, prav tako moji starši. Štipendija mi je še posebej pomagala, saj sem bila na izmenjavi v Avstriji in sem tako lažje shajala z višjimi stroški življenja. Poleg tega mi pomeni potrditev, da sem na pravi poti, da je moj trud opažen. To mi veliko pomeni.«

Predsednik Društva za zdravje srca in ožilja prim. Mirko Bombek, dr. med., štipendistka Jana Dragar, direktor Fundacije prim.dr. Janka Držečnika prof. dr. Erih Tetičkovič, dr. med. in Tone Brumen, univ. dipl. ekon., blagajnik – zakladnik društva

Najprej bo treba povečati delež izdatkov za zdravstvo

Avtorica: Maja Čebulj
Slika: Igor Napast

Dekan prof. dr. Iztok Takač: »Normalno bomo lahko zaživeli šele tedaj, ko bo virus iz kakršnegakoli razloga oslabel, verjetno pa ne bo nikoli povsem izginil.«

V Večerovi prilogi V nedeljo je bil 19. septembra objavljen intervju z rednim profesorjem dr. Iztokom Takačem, dr. med., višjim svetnikom, strokovnim vodjem Klinike za ginekologije in perinatologijo UKC Maribor in dekanom Medicinske fakultete Univerze v Mariboru. V Naši bolnišnici objavljemo nekaj poudarkov iz tega profesorjevega intervjuja z Večerovo sodelavko.

Potem ko je bil dr. Takač eno leto vršilec dolžnosti, je nedavno postal dekan Medicinske fakultete. V času, ko je korona krepko zarezala tudi v izobraževalni sistem, si je težko predstavljati zdravnike, ki bi bili izobraženi na daljavo. "Za to ni bojazni," je jasen sogovornik, "saj so naši strokovnjaki IKT, učitelji in študenti izvedli izjemno hiter in uspešen prehod na nove načine pouka." Kmalu so vzpostavili pogoje, da so lahko klinične vaje potekale v zdravstvenih ustanovah, kjer so tudi sicer študenti kot prostovoljci pomagali pri kliničnem delu. Aktivirali so tudi simulacijski center. Pouk medicine namreč danes brez simulacij na modelih, preden se prične učenje na pacientih, ni več možen. Na klinikah in oddelkih so vse poletje izvajali pouk, ki ni bil mogoč spomladi, in dodali nove izpitne roke. "Tako noben študent ni izgubil letnika, ki bi ga sicer, če se ne bi tako hitro prilagodili na nove razmere," pravi dr. Takač, tudi prejemnik bronastega znaka Univerze v Mariboru.

Ob številnih funkcijah, ki jih opravlja sogovornik, je iz njegovega življenjepisa razbrati, da je tudi avtor 845 izvirnih strokovnih del in kar 32 raziskovalnih projektov. Lani je Klinika za ginekologijo in perinatologijo, ki jo vodi, prejela priznanje za posebne dosežke za delo na raziskovalnem področju. Med drugim so sodelovali tudi v odmevni mednarodni klinični raziskavi, po kateri se je zdravilo trastuzumab uvedlo v redno zdravljenje in so zdaj možnosti za ozdravitev bolnic z rakom dojk večje. Poraja se vprašanje, kakšen je ob vsem pravzaprav sogovornikov tempo življenja. V delovnem času dela dr. Takač na omenjeni kliniki in na Medicinski fakulteti, povprečno dežura štirikrat na mesec, od tega enkrat ali dvakrat ob koncu tedna. V preteklosti je veliko operiral, predvsem bolnice z ginekološkimi raki, zdaj pa se bolj posveča izzivom v organizaciji ter delovanju klinike in fakultete. Poudarja, da ima v obeh ustanovah odlične sodelavce, in zato mu je delo v še toliko večje veselje.

Ste predstojnik, dekan, ne pa jasnovidec. A vendarle, kdaj, menite, si bomo lahko dokončno oddahnili od covida-19 in kaj moramo storiti, da pridemo do tega?

»Ko smo se pri nas spomladi leta 2020 prvič srečali s to boleznijo, si še nismo predstavljali, da bo tako globoko zarezala v celotno družbo in ves svet. Čeprav smo vedeli, da je epidemija španske gripe pred več kot sto leti trajala okoli tri leta, smo vsi upali, da podobnega scenarija ne bo. Že skoraj eno leto imamo na voljo več cepiv proti temu virusu, česar pa takrat seveda niso imeli, kakor tudi ne antibiotikov in sodobnih načinov zdravljenja, ki so nam dostopna danes. Kljub temu menim, da bomo lahko normalno zaživeli šele tedaj, ko bo virus iz kakršnegakoli razloga oslabel, verjetno pa ne bo nikoli povsem izginil. Ali pa bomo vzpostavili dovolj močno imunost proti njemu, kar se najhitreje doseže s cepljenjem. Na ta način smo na primer izkoreninili zelo virulenten virus črnih koz, ki je tudi povzročal visoko smrtnost. Te bolezni zaradi množičnih cepljenj po vsem svetu danes ni več. Podobno

smo s cepljenjem preprečili in izkoreninili številne bolezni, ki so v preteklosti terjale veliko življenj, a se na to vse preveč pozablja. Takrat se ni nihče spraševal, ali se bo cepil ali ne, in tudi ne, s katerim cepivom.«

Kako pravzaprav povečati zaupanje ljudi v cepljenje?

»Zaupanje ljudi v cepljenje lahko povečamo samo s posredovanjem korektnih in verodostojnih informacij o njegovih učinkih in stranskih pojavih. Pri tem imajo seveda veliko vlogo tudi zdravstveni delavci pri svojih vsakodnevnih, številnih stikih s pacienti. Po moji osebni izkušnji neposredni stik in pogovor najbolje pojasnita morebitne dileme. Končna odločitev pa je seveda v rokah vsakega posameznika.«

Ob pandemiji je zdravstveno osebje zelo izpostavljeno. V Italiji, denimo, se jih je veliko okužilo s koronavirusom, okoli 300 jih je tudi umrlo. Kakšno je vaše mnenje o obveznem cepljenju zdravstvenih delavcev pa tudi šolnikov?

»Nekatere države so že sprejele odloke o obveznem cepljenju zdravstvenih delavcev. Verjetno bodo čez čas podobno storile tudi s šolniki. Mislim, da je obvezno cepljenje skrajni ukrep, ki ga zdaj še ne potrebujemo, saj našemu zdravstvenemu sistemu še vedno uspeva oskrbeti vse bolnike, ki so potrebni zdravstvene oskrbe, in to velja tudi za najtežje oblike bolezni. Pravice do necepljenja, o kateri na široko razlagajo proticepilci, v našem pravnem sistemu enostavno ni, saj bi pomenila poseg v pravico drugih do zdravja in življenja. Seveda pa bodo vedno obstajale izjeme, ki se ne bodo cepile, a le na osnovi medicinskih indikacij. Žal pa se ljudje premalo zavedajo, da je že pogosto prisoten tako imenovani dolgi covid, pri čemer gre za dolgotrajne in navadno nepopravljive posledice obolenja za covidom, ne glede na težo osnovne bolezni. To bo verjetno spremljalo našo civilizacijo še desetletja in številne generacije bolnikov bodo potrebovale dodatno zdravstveno oskrbo, njihova kvaliteta življenja pa bo bistveno slabša. In tukaj ne govorim samo o starejših osebah, temveč se to pojavlja v vseh starostnih skupinah.«

V javnem zdravstvu so čakalne dobe ves čas na tapeti. Kaj bi bilo treba po vašem nareditи, da se ta situacija izboljša?

»Naše zdravstvo je dobro, kar lahko potrdi vsak, ki je spoznal zdravstvene sisteme v tujini. Seveda bi lahko bilo še boljše in k temu je treba stremeti. Najprej bo treba povečati delež izdatkov za zdravstvo, saj so zdravstveni izdatki na prebivalca v Sloveniji za kar 25 odstotkov pod povprečjem EU. Prav tako se Slovenija uvršča pod povprečje EU po višini tekočih izdatkov za zdravstvo v deležu BDP, saj povprečje za EU znaša 9,8 odstotka, v Sloveniji pa je ta delež 8,2 odstotka. To povečanje izdatkov za zdravstvo je treba med drugim porabiti za izšolanje dodatnih zdravstvenih kadrov, zdravnikov, medicinskih sester, babic, inženirjev in drugih zdravstvenih sodelavcev. Treba je celovito obnoviti in izgraditi novo zdravstveno in izobraževalno infrastrukturo, saj je epidemija covida-19 pokazala, kako kadrovsko in prostorsko je podhranjeno naše zdravstvo in z njim povezano šolstvo. Vzporedno je treba opremiti zdravstvene ustanove s sodobno tehnologijo in čim prej vpeljati digitalizacijo vseh procesov, ki so potrebni za delovanje zdravstvenega sistema.«

POHVALA ŠTUDENTOM

Tudi študentje medicine so med pandemijo intenzivno pomagali pri oskrbi pacientov, kajne?

»Naši študenti so se maksimalno angažirali pri oskrbi pacientov, in to že od prvega letnika naprej. Želim pohvaliti vse, ki so s svojim volonterskim delom omogočili, da je zdravstveni sistem deloval bolje, kot bi sicer. Študenti so se vključili v delo v ambulantah, bolnišnicah, domovih starejših občanov, delovali so na kontrolnih točkah in še marsikje. Spomladi smo imeli v UKC Maribor do 30 odstotkov izpada kadra, kar je nemogoče nadomestiti, zato je bila pomoč študentov medicine in zdravstvene nege pa tudi drugih nenadomestljiva. Delo študentov je bilo organizirano za vsako kliniko ali oddelek posebej, ob hkratnem centralnem nadzoru in usmerjanju na kritična delovišča. Gre za izvedbo medicine v izrednih razmerah.«

V petnajstih letih delovanja Medicinske fakultete Maribor ste izobrazili več kot 900 zdravnikov. Boste s prihodnjimi diplomanti lahko vsaj delno preprečili kadrovsko podhranjenost v javnem zdravstvu?

»Že teh več kot 900 zdravnikov, ki smo jih izšolali, uspešno deluje v našem zdravstvenem sistemu. Brez njih bi bila kadrovska podhranjenost še večja. Zadnji dve leti smo povečali vpis na splošni medicini za več kot 20 odstotkov, tako da smo že na zgornji meji naših kadrovskih in prostorskih kapacitet. Nova stavba je bila načrtovana za okoli 100 študentov na leto, zdaj jih imamo, skupaj s podiplomskimi študenti, že okoli 180.«

Na fakulteti začenjate kar nekaj novih študijskih programov, kajne?

»Letos se začne študij dentalne medicine, v katerega bomo vpisali 20 študentov. V zaključni fazi je priprava vloge za akreditacijo študijskega programa farmacije. Poleg tega se pripravljamo na prostorsko širitev Medicinske fakultete, pri čemer kot članica Univerze v Mariboru odlično sodelujemo z UKC Maribor in Mestno občino Maribor.«

Stroški izobraževanja zdravnika v Sloveniji znašajo okoli 100 tisoč evrov. V tujino je v obdobju od leta 2014 do 2018 odšlo okoli 150 zdravnikov. Naši zdravniki so zaradi znanja zaželeni v tujini in Skandinavci jih bojda vabijo celo s pomočjo posebnih agencij. Kje vidite razloge za njihov odhod in kaj storiti, da bodo ostali pri nas v javnem zdravstvu?

»Čezmejne migracije strokovnjakov, pa ne samo njih, so v evropskem prostoru zaželene. Seveda nas to veseli malo

manj, saj pri nas zdravnikov primanjkuje, in vsak odhod v tujino pomeni manj zdravnikov za naše prebivalce. Zato smo na obeh medicinskih fakultetah na željo vlade RS povečali vpis na splošni medicini. Mladi odhajajo predvsem zaradi boljših pogojev za delo in življenje v tujini in ponekod zaradi nestimulativnega okolja. K temu pripomore tudi relativno slaba infrastruktura zdravstvenih ustanov. Vse to je treba izboljšati, da bomo mlade zdravnike v večjem številu zadržali pri nas.«

Ugotovitev enega izmed diplomantov vaše fakultete, ki je bil na študijski izmenjavi v Nemčiji, je: "V tujini zdravnike z ustreznim izobraževanjem usposobijo za ustrezno komunikacijo s pacienti, kot je sporočanje slabih novic, povezanih na primer s smrtjo ali neozdravljivo boleznijo." Kako usposabljate študente in zdravstveno osebje za primerno komunikacijo s pacienti, ki je neprecenljiva?

»Tudi naši študenti so deležni tovrstnega izobraževanja, saj je komunikacija med zdravnikom in pacientom vključena v kurikulum že prav od začetka. Študenti se tega naučijo, še preden pridejo v klinično okolje. Po zaključenem študiju imamo tudi učne delavnice, najpogosteje jih organizira Zdravniška zbornica Slovenije, na katerih se zdravniki dodatno usposabljajo na tem področju.«

KO PRIDEJO V ZRELA LETA, OBRNEJO PLOŠČO

Starejši ljudje so predstavljeni kot največji porabniki denarja v javnem zdravstvu, saj se za bolnišnično oskrbo starejših od 65 let porabi več kot polovica denarja za zdravstvo. Poraja se mnenje o ogrožanju stabilnosti financ za zdravstvo. Koliko je zdravstveno osebje usposobljeno in pripravljeno starejši osebi zavzeto prisluhniti brez prisotnosti staromrzništva?

»Žal mnogi res razmišljajo tako, predvsem ko ne gre za njihove svojce ali njih same. Ko pridejo v zrela leta, pa seveda obrnejo ploščo. Zdaj imamo že več kot petino prebivalstva, starejšega od 65 let, kar je tudi odraz dobrega zdravstvenega sistema. Je pa v načrtu vlade za okrevanje in odpornost iz aprila letos, v poglavju Zdravstvo in socialna varnost, navedeno, da bo Slovenija posvetila tem izzivom več pozornosti in tudi namenila več sredstev za ta del populacije. Skrb za starejše osebe in starostnike je sicer del našega vsakodnevnega rutinskega dela, zato so zdravniki in medicinske sestre dobro usposobljeni tudi za oskrbo tega dela populacije. Vse bolj se razvija področje geriatrije, ki predstavlja poglobljeno zdravljenje in obvladovanje težav starostnikov, pa ne samo bolezenskih. Na tem področju bo še treba narediti določene korake.«

DID-ACT – pomen klinično-diagnostičnega razmišljanja in ali se ga da naučiti?

Avtor: asist. Tadej Petreski, dr. med. in ekipa DID-ACT iz MF UM

Leta 2020 je Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru kot eden izmed partnerjev iz sedmih držav pričela s sodelovanjem v mednarodnem projektu DID-ACT, ki je sofinanciran preko Erasmus+ programov Evropske unije. Kratica DID-ACT pomeni angleško ime projekta »Developing, implementing, and disseminating an adaptive clinical reasoning curriculum for healthcare students and educators«, ki razloži tudi njegov osnovni namen.

Sodelujoči iz različnih držav delujejo s ciljem razviti, implementirati in razširiti uporabo prilagojenega kurikuluma klinično-diagnostičnega razmišljanja za študente in učitelje vseh ved povezanih z zdravstvom. Projekt, ki so ga pričeli v letu 2020, bodo uresničevali do leta 2022, koordinira ga Univerze v Augsburgu.

V ekipi iz Medicinske fakultete Univerze v Mariboru pri projektu sodelujejo pod vodstvom asist. Monike Sobočan, dr. med., še red. prof. dr. Sebastjan Bevc, dr. med., doc. dr. Jure Knez, dr. med., asist. dr. Tamara Serdinšek, dr. med., asist. Tadej Petreski, dr. med., in asist. Živa Ledinek, dr. med.

Logotip projekta DID-ACT

Klinično-diagnostično razmišljanje (angl. »Clinical reasoning«) je zapleten sklop sposobnosti, ki se jih morajo študenti ved, povezanih z zdravstvom, naučiti med študijem in jih za tem razvijati na delovnem mestu. Obsega uporabo znanja za

Asist. Tadej Petreski, dr. med.

Asist. Monika Sobočan, dr. med.

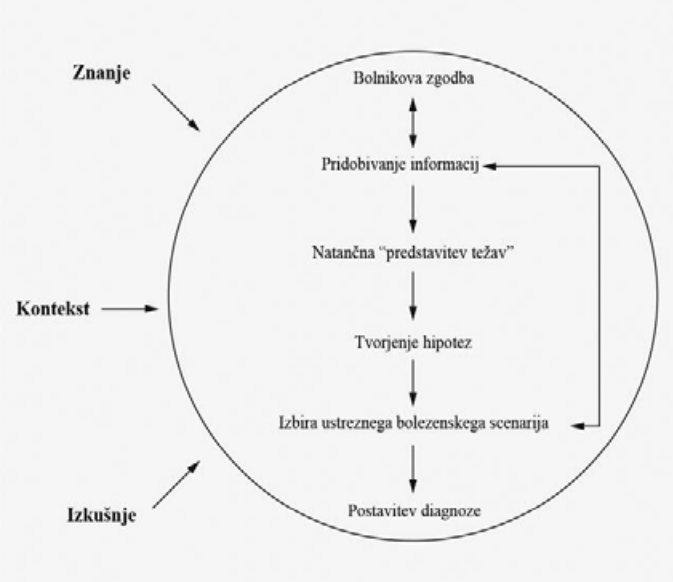
zbiranje in povezovanje informacij iz različnih virov, ki vodijo k postavitvi diagnoze in pripravi načrta obravnave za bolnike v procesu skupnega odločanja (angl. »Shared decision making«).

Učenje in poučevanja klinično-diagnostičnega razmišljanja predstavlja velik izziv zavoljo več razlogov. Prvi je ta, da zaenkrat ne obstaja enotna in mednarodno sprejeta definicija klinično-diagnostičnega razmišljanja. Zaradi svoje multifaktorske narave in nezavednih veščin se ga je težko naučiti, kakor tudi poučevati. Dodatno težavo pa je, predvsem v preteklosti, predstavljalo tudi mnenje večine zdravstvenih delavcev, da se takšnih veščin ne da učiti, zgolj priučiti z delom in opazovanjem starejših kolegov.

Pomanjkanje sposobnosti klinično-diagnostičnega razmišljanja je vodilni vzrok kognitivnih napak pri oskrbi pacientov in predstavlja grožnjo za njihovo varnost, vključno z nepotrebnimi bolečinami, neustreznim zdravljenjem ali diagnostičnimi postopki in povečanjem stroškov zdravstvene oskrbe. V Evropski uniji je število napak in neželenih dogodkov v zdravstvu ocenjenih na 8-12 odstotkov hospitalizacij (WHO). Kljub njegovemu pomenu za uspešno delo in zagotavljanje varnosti bolnikov, pa še vedno opažamo primanjkljaj strukturiranega in eksplicitnega poučevanja, učenja in ocenjevanja klinično-diagnostičnega razmišljanja v zdravstveni vzgoji. Razvoj usposabljanja za poučevanje teh vsebin je izjemnega pomena, saj lahko pripomore k izboljšanju varnosti bolnikov in zmanjšanju stroškov zdravstvene obravnave, kar sta prednostni nalogi zdravstvene politike Evropske unije.

Projekt DID-ACT se na Medicinski fakulteti izvaja že eno leto. Med pomembnejšimi dosedanjimi dosežki projekta bi izpostavili analizo potreb deležnikov in predvidenih ovir, pripravo predloga kurikularnih rešitev omenjenih potreb, učnih ciljev, ogrodja za izdelavo kurikuluma za študente in učitelje, zbirke dostopnih učnih virov (angl. »Open Educational Resources«), sklopa orodij za analizo in ocenjevanje ter izdelavo spletne strani in profilov na socialnih omrežjih. V teku je priprava učnega načrta in spletnih gradiv, kakor tudi pilotna implementacija tečaja za učitelje. Prihodnje leto pa sta predvideni še pilotna implementacija kurikuluma za študente in izpopolnjevanje pripravljenih vsebin. Več informacij o samem projektu, sodelujočih, rezultatih in video-vsebinah je dostopnih na: https://did-act.eu/, sledite pa nam lahko tudi na omrežjih LinkedIn (»DID-ACT EU-funded project«), Twitter (»@didactproject«) in Research Gate.

Vsekakor projekt in njegovi rezultati ne bodo predstavljali dokončne rešitve težave odsotnosti oziroma pomanjkanja poučevanja klinično-diagnostičnega razmišljanja. Ponudil bo prosto dostopen načrt učnih ciljev in kurikuluma, ki ga bodo lahko fakultete samostojno implementirale v obstoječ učni načrt in tako omogočile študentom seznanitev s konceptom klinično-diagnostičnega razmišljanja, ob tem pa jih bodo tudi strukturirano popeljale v svet medicine podprte z dokazi in kritičnim razmišljanjem. Nadaljnje izobraževanje pa bo odvisno od posameznikov, saj klinično-diagnostično razmišljanje predstavlja veščine, ki se jih učimo vse življenje.



Ključni gradniki procesa klinično diagnostičnega razmišljanja (povzeto in prevedeno po : Bowen JL. N Engl J Med. 2006; 355 (21): 2217-25)=

Nagrajenci Univerze v Mariboru, Fakultete za zdravstvene vede

Avtorica: Andreja Bjelan

Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede je med visokošolskimi institucijami na področju raziskovalne in mednarodne dejavnosti ena vodilnih v širšem slovenskem prostoru. Njeni študenti, raziskovalci in drugi sodelavci so prejemniki številnih priznanj in nagrad, ki pomembno prispevajo k celovitemu razvoju, ugledu ter uveljavitvi fakultete. Univerza v Mariboru je tako tudi letos na predlog Fakultete za zdravstvene vede podelila priznanja in nagrade. Pri tem gre za zahvalo za odlične dosežke na izobraževalnem, znanstvenoraziskovalnem in strokovnem področju, za odlične uspehe študentov, za uspešno sodelovanje s fakulteto in ne nazadnje za širjenje prepoznavnosti fakultete in univerze. Priznanja so bila podeljena na svečanosti ob obletnici delovanja fakultete 10. junija letos.

Častni naziv »Častni gostujoči profesor Univerze v Mariboru, Fakultete za zdravstvene vede je letos prejel Prof. John S. G. Wells, globalno prepoznaven in cenjen profesor ter raziskovalec. Je gostujoči profesor na University of London, University of Lincoln in Univerzi v Mariboru ter član raziskovalne skupine Royal College of Surgeons na Irskem. Prav tako je član uredniškega odbora revije The International Journal of Leadership in Public Services. Njegova raziskovalna področja so socialna integracija in podpora posameznikom s psihičnimi težavami, spreminjanje politike na področju metalnega zdravja ter vpliv na izboljšanje kakovosti in zmanjševanje stresa na delovnem mestu v povezavi z zlorabo prepovedanih substanc in politika kliničnega izobraževanja in izobraževalne metode. Je član številnih nacionalnih in mednarodnih združenj medicinskih sester ter prejemnik mnogih nagrad in priznanj. Prof John S. G. Wells je oseba, ki s svojim odličnim delom ter njegovo globalno prepoznavnostjo, znanjem in raziskovanjem prispeva k prepoznavnosti zdravstvene nege ter UM, FZV v Evropi in svetu.

Priznanje UM, FZV za zasluge na izobraževalnem področju je prejel viš. predav. mag. Anton Koželj. Trenutno je doktorski kandidat na študijskem programu Zdravstvena nega na FZV UM. Na fakulteti deluje kot član akademskega zbora, član katedre za zdravstveno nego, član inštituta za zdravstveno nego, član komisije za študijske zadeve ter član komisije za tutorstvo. Je aktiven kot tutor učitelj. Je aktivni inštruktor Evropske zveze za reanimacijo (ERC: European resuscitation council). Viš. predav. mag. Anton Koželj je vrsto let po ocenah študentov med desetimi najboljše ocenjenimi visokošolskimi učitelji na UM. V Cobissu ima zavedenih 297 bibliografskih enot. Je avtor ali soavtor 7 izvirnih znanstvenih člankov ter številnih strokovnih člankov in znanstvenih prispevkov na konferencah. Je mentor ali somentor pri številnih diplomskih delih na prvi stopnji. Je avtor priročnika Prva pomoč: jasna navodila in slikovna ponazorila za pravilno ravnanje v nujnih primerih. Med študenti je cenjen kot odličen predavatelj, ima čut za enakopravnost ter profesionalen, spoštljiv in pošten odnos.

Priznanje UM, FZV za zasluge na izobraževalnem področju je prejela tudi doc. dr. Mateja Lorber. Na UM, FZV je zaposlena od leta 2005. V Cobissu ima zavedenih 504 bibliografskih enot. Je avtorica ali soavtorica 26 izvirnih znanstvenih člankov, številnih strokovnih člankov in znanstvenih prispevkov na konferencah. Je mentorica ali somentorica pri več kot 183 diplomskih, specialističnih in magistrskih delih ter avtorica in soavtorica enajstih poglavij v monografijah. V letu 2020 je izdala tri učna gradiva za študente zdravstvene nege. Njeno raziskovalno delo je usmerjeno na področja obvladovanje kroničnih obolenj, zdravstveno nego starostnika ter organizacijo in management v zdravstvu.

Priznanje za zasluge na znanstvenoraziskovalnem področju UM, FZV je prejela Prof. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda Pajnkihar. V času njenega vodenja je fakulteta akreditirala prvi doktorski študijski program zdravstvene nege v Sloveniji, v katerem sodelujejo številni priznani profesorji in raziskovalci iz tujih univerz, ter

vzpostavila prvo študijsko smer na 2. stopnji, ki sledi usmeritvam tujih študijskih programov za pridobivanje naprednih znanj v zdravstveni negi oz. napredno prakso v zdravstveni negi, tj. Integrirana obravnava kroničnih bolnikov. Je tudi ena od treh ustanovnih partnerjev mednarodne skupine Understanding Development Issues in Nurse Educator Careers (UDINE-C), ki povezuje profesorje in zdravstvene profesionalce ter promovira raziskovanje in izobraževanje v zdravstveni negi po različnih evropskih državah, ZDA in Rusiji. Prav tako je tudi gostujoča profesorica in učiteljica na številnih tujih univerzah ter avtorica znanstvenih člankov. Njeno delo je v letu 2018 prepoznala tudi Ameriška akademija zdravstvene nege (AAN) in ji podelila naziv Fellow of the American Academy of Nursing (FAAN), dve leti kasneje pa je zaradi njenega odličnega dela pridobila še naziv »Fellow of the European Academy of Nursing Science« Evropske akademije znanosti v zdravstveni negi (EANS).

Plaketo UM, FZV za zasluge pri opravljanju strokovnega dela je prejela Marija Plajnšek. Leta 2007 se je zaposlila na FZV v referatu za študentske zadeve, leta 2009 se je vpisala na podiplomski študijski program Management v zdravstvu in socialnem varstvu na ter leta 2013 magistrirala in si pridobila naziv magistrica zdravstveno-socialnega managementa. Marija Plajnšek nudi informacije študentom v času uradnih ur, prav tako nudi pomoč visokošolskim učiteljem ter sodelavcem. Študentom s svojo strokovnostjo nudi celovito podporo od prijave teme zaključnega dela ter ga spremlja vse do njegovega zagovora. Za delovanje referata za študijske in študentske zadeve in opravljanje nalog, povezanih s študenti, je izjemnega pomena.

Priznanje Naj mentor v kliničnem okolju, ki ga prejme mentor, ki je v preteklem študijskem letu zgledno sodeloval kot mentor v kliničnih okoljih, je tokrat prejela **Doroteja Golob.** dipl. m. s. Zaposlena je na Oddelku za travmatologijo v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor in sodeluje kot mentorica študentom Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru od študijskega leta 2018/2019 dalje.

Priznanje za mlade visokošolske učitelje in visokošolske sodelavce za izjemne pedagoške in raziskovalne dosežke je prejel asist. Sergej Kmetec. V študijskem letu 2017/2018 se je vpisal na študijski program 3. stopnje Zdravstvena nega. Sodeluje pri izvedbi laboratorijskih in kliničnih vaj v okviru študijskega programa 1. stopnje Zdravstvena nega. Pri pedagoškem delu ga odlikuje skrb za študente in sodelovanje v timu ter mednarodna prepoznavnost in odličnost, kar dokazuje tudi s svojimi objavami raziskovalnega dela, nova znanja pa je pridobival tudi v tujini.

Letos so zahvalno listino UM, FZV za uspešno sodelovanje z UM, FZV prejeli trije partnerji, in sicer Dom pod Gorco, Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj ter Tecnocampus Mataro iz Španije.
Dom pod Gorco, družba za bivanjsko oskrbo, d.o.o. sodeluje s fakulteto na področju pedagoškega, raziskovalnega in strokovnega dela ter pomembno prispeva k razvoju in napredku fakultete. Institucija je pomembna učna baza študentov fakultete, v kateri študenti opravljajo klinične vaje pri učni enoti izbirno klinično usposabljanje II.
Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj sodeluje s fakulteto na področju pedagoškega, raziskovalnega in strokovnega

dela ter pomembno prispeva k razvoju in napredku fakultete. Institucija je pomembna učna baza študentov fakultete, kjer študenti opravljajo klinične vaje pri učni enoti izbirno klinično usposabljanje II. Zahvalno listino je prejel še Tecnocampus Mataro iz Španije. S fakulteto sodeluje v Erasmus+ projektu v okviru ključnih ukrepov KA203: Strateška partnerstva za visoko šolstvo, in sicer »Digitalna orodja za inovacije v izobraževanju na področju zdravstvene nege« (Digital Toolbox For Innovation In Nursing Education – I-BOX), katerega koordinatorica je prof. Esther Cabreras iz School of Health Sciences Tecno Campus, Španija. Sodelovanje med institucijama pomembno prispeva k razvoju in napredku fakultete.

Na junijski svečanosti so bile podeljene tudi **pohvale UM, FZV,** in sicer za uspeh pri študiju najboljšim študentom na vseh študijskih programih ter zahvale študentom prostovoljcem, tutorjem in promotorjem za povezovanje teorije in prakse v kliničnem in praktičnem usposabljanju študentov.

Pohvale so prejeli:
– Aleksandra Lesjak, najboljša študentka na podiplomskem študijskem programu 2. stopnje Zdravstvena nega, smer Urgentna stanja v zdravstvu, na UM, FZV v študijskem letu 2020/2021.
– Aljaž Ladinik, najboljši študent na podiplomskem študijskem programu 2. stopnje Zdravstvena nega, smer Urgentna stanja v zdravstvu, na UM, FZV v študijskem letu 2020/2021.
– Ana Unger, najboljša študentka na podiplomskem študijskem programu 2. stopnje Zdravstvena nega, smer Preventivna in klinična prehrana, na UM, FZV v študijskem letu 2020/2021.
– Viktorija Hauptman, najboljša študentka na podiplomskem študijskem programu 2. stopnje Zdravstvena nega, smer Zdravstvena nega, UM, FZV v študijskem letu 2020/2021.
– Lea Vohar, najboljša študentka na podiplomskem študijskem programu 2. stopnje Bioinformatika na UM, FZV v študijskem letu 2020/2021.
– Lucija Gosak, najboljša študentka na podiplomskem študijskem programu 3. stopnje Zdravstvena nega, na UM, FZV v študijskem letu 2020/2021.
– Monika Vidovič, najboljša študentka na podiplomskem študijskem programu 2. stopnje Zdravstvena nega, smer Urgentna stanja v zdravstvu, na UM, FZV v študijskem letu 2020/2021.
– Patricija Lunežnik, najboljša študentka na podiplomskem študijskem programu 2. stopnje Management v zdravstvu in socialnem varstvu, na UM, FZV in UM, FOV, v študijskem letu 2020/2021.
– Špela Kuharič, najboljša študentka na dodiplomskem študijskem programu 1. stopnje Zdravstvena nega, na UM, FZV v študijskem letu 2020/2021.

Mednarodna znanstvena konferenca Učenje za skupno življenje in delo

Avtorji: Barbara Donik, Nino Fijačko, Mateja Lorber, Andreja Bjelan

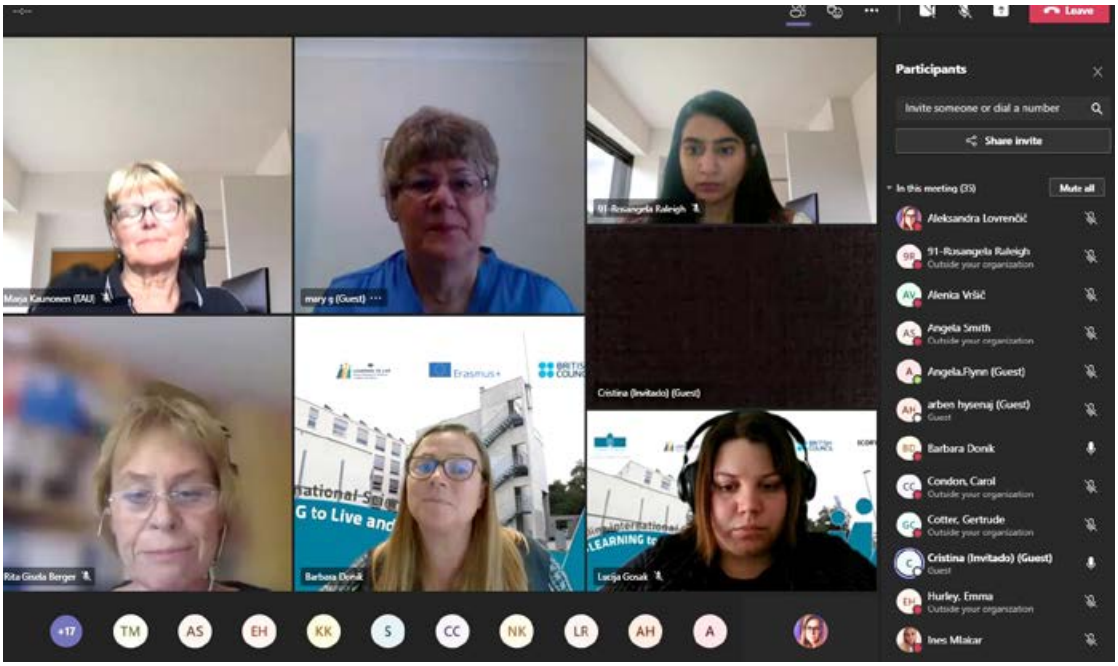
Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede je 10. junija letos organizirala mednarodno znanstveno konferenco z naslovom Učenje za skupno življenje in delo. Konferenca je potekala v okviru ERASMUS+ projekta: »LEARNING to Live and Work Together: Improving the Quality of Life for Vulnerable Migrant Students through Integrated Digital Technology Enhanced Support and Transformative Action in Higher Education.«

Njen cilj je je bil predstaviti vključevanje študentov migrantov v izobraževalni sistem. Gre za aktivnost, ki jo spodbuja in podpira tudi Evropska komisija z zavedanjem, da ima izobraževanje ključno vlogo pri prilagajanju študentov migrantov v novo okolje.

V številnih prispevkih so domači in tuji strokovnjaki predstavili kakovost življenja študentov migrantov, transformacijske ukrepe v visokem šolstvu, napredek na področju raziskovanja in izobraževanja ter izkušnje v praksi napredne zdravstvene nege v slovenskem in mednarodnem prostoru, in sicer z željo po zmanjšanju socialne izključenosti in izboljšanju socialnega dialoga na področju migracij študentov.

V plenarnem delu konference so gostovali trije vabljeni predavatelji: dr. Rebecca Murray z University of Sheffield, Department of Sociological Studies in School of Education; dr. Rusell Delderfield z University of Bradford ter Prof John Wells, dekan School of Health Sciences iz Waterford Institute of Technology.

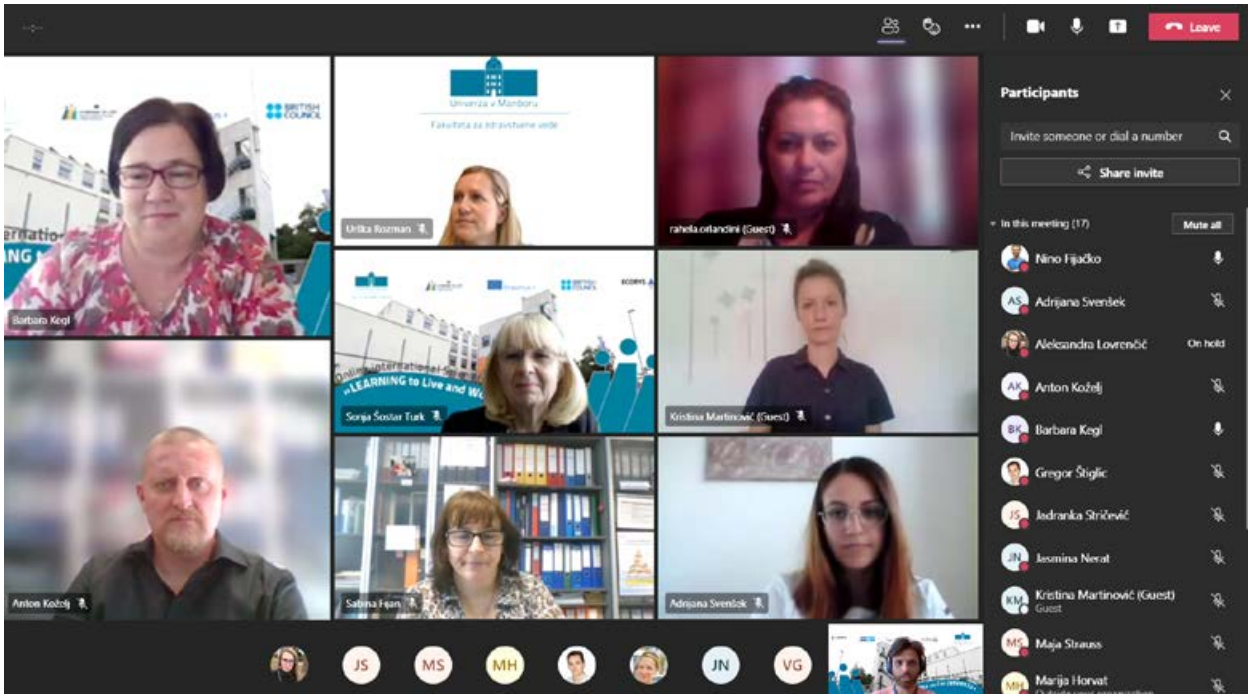
Konferenca je bila po plenarnem delu razdeljena na tri sekcije, v katerih so sodelovali udeleženci iz mnogih evropskih držav, med njimi iz Velike Britanije, Irske, Finske, Španije, Kosova, Italije, Belgije, Nizozemske, Češke, Poljske, Republike



Srbije, Hrvaške in Slovenije. V sklopu konference so partnerji predstavili rezultate ERASMUS+ projekta: "LEARNING to Live and Work Together: Improving the Quality of Life for Vulnerable Migrant Students through Integrated Digital Technology Enhanced Support and Transformative Action in Higher Education ter delili izkušnje na področju vključevanja študentov migrantov v visokošolsko izobraževanje.

Visokošolski učitelji in študenti iz uglednih univerz so predstavili 35 prispevkov ter se dotaknili različnih tem in številnih perečih tematik, kot so pomen prehrane, uporaba sodobnih tehnologij, pomen razvoja zdravstvene nege na vseh omenjenih spektrih zdravstva, zdravstvena nega starejših, težave z zdravjem v povezavi z uporabo tehnologije v času COVID-19 ter vpliv pandemije COVID-19 na izobraževanje, raziskovanje in izvajanje zdravstvene nege.

Mednarodna znanstvena konferenca je tako prav ob obletnici delovanja UM, Fakultete za zdravstvene vede postregla s številnimi novimi spoznanji, ki bodo še kako aktualna tudi za prihodnje generacije. S takšnim mednarodnim povezovanjem in projekti, ki povezujejo domače in tuje strokovnjake, ostaja Fakulteta za zdravstvene vede vpeta v globalno dogajanje. Število mednarodnih mobilnosti za študente in zaposlene v programu Erasmus+ iz leta v leto namreč narašča, prav tako pa narašča tudi število bilateralnih sporazumov in projektov s partnerskimi institucijami ter število tujih gostujočih profesorjev.



Fakulteti za zdravstvene vede zaupana organizacija 21. konference AIME 2023

Avtorica: Andreja Bjelan

Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede je med visokošolskimi institucijami na področju raziskovalne in mednarodne dejavnosti ena vodilnih ne le v širšem slovenskem prostoru, temveč tudi na globalnem nivoju. Temu so pritrdili tudi pri upravnem odboru združenja Artificial Intelligence in Europe (AIME), ki je na svoji letni skupščini 15. 6. 2021 potrdil kandidaturo Univerze v Mariboru, Fakultete za zdravstvene vede za organizacijo 21. konference AIME 2023 v Sloveniji. Na isti seji je bil v upravni odbor združenja izvoljen tudi izr. prof. dr. Gregor Štiglic, ki bo na konferenci AIME 2023 opravljal naloge predsednika organizacijskega odbora.

Glavna cilja združenja AIME sta spodbujati temeljne in uporabne raziskave pri uporabi tehnik umetne inteligence za medicinske raziskave in organizacija mednarodnih bienalnih konferenc. Te so v minulih treh desetletjih potekale v več mestih po vsej Evropi, med drugim na Dunaju, v Pavii, Amsterdamu, Grenoblu, Londonu, Maastrichtu, Veroni, Aberdenu, Marseju. Junija letos bi morala konferenca združenja AIME potekati na Portugalskem, a je zaradi epidemije koronavirusa in z njim povezanih negotovih razmer potekala virtualno.

Združenje AIME je bilo ustanovljeno v letu 1986 s konstitutivno sejo in sprejetjem prvega pravilnika o delovanju združenja. Člani upravnega odbora AIME so imenovani za mandatno obdobje 6 let, trenutno pa o delovanju združenja odloča 17 članov upravnega odbora, med katerimi Slovenija v zadnjih nekaj letih ni imela svojega predstavnika. Prva konferenca AIME je bila organizirana leta 1985 v Italiji. Slovenija pa je AIME gostila leta 2011 na Bledu pod vodstvom prof. dr. Nade Lavrač. Junija 2023 bo tako konferenca v organizaciji Univerze v Maribor, Fakultete za zdravstvene vede drugič organizirana v Sloveniji.

Organizacija najstarejše in ene najprestižnejših konferenc s področja umetne inteligence v zdravstvu, ki je načrtovana za junij 2023 v Portorožu, bo nedvomno vplivala tudi na prepoznavnost Univerze v Mariboru na tem področju ter tako sledila strateškim usmeritvam in ciljem univerze ter pomenu digitalizacije v obdobju 2021–2030.

Cilji letošnje konference so bili predstaviti področje umetne inteligence v zdravstvu in v biomedicinskih raziskavah z vidika teorije, metodologije, sistemov in aplikacij. Na njej so z vabljenimi predavanji in izvirnimi znanstvenimi prispevki sodelovali številni strokovnjaki iz celega sveta. Skupaj je bilo za konferenco prijavljenih kar 138 prispevkov, vključno s prispevki iz Evrope, Severne in Južne Amerike, Azije, Avstralije in Afrike. Obenem je konferenca AIME 2021 doktorskim študentom omogočila predstavitev ciljev svojih raziskav, predlaganih metod in preliminarnih rezultatov. Znanstvena skupina, sestavljena iz izkušenih raziskovalcev s tega področja, je študentom v neformalnem vzdušju zagotovila konstruktivne povratne informacije in izmenjavo izkušenj.

Mi smo na 33 obratov

Avtorica: Slavica Bukovec Zupanič

Ljubitelji glasbe na starih ploščah LP (Long Play) oz. vinilnih ploščah, ki v zadnjem času doživljajo renesanso, vedo, da se le-te vrtijo na dveh različnih hitrostih, in sicer na 33 in 45 obratov. Kakšno hitrost ubira človeški govor je sicer odvisno od posameznika, a vendarle obstaja skupina ljudi, ki zase trdi, da so narejeni za 33 obratov. To so osebe z afazijo (aphasia). Beseda ima izvor v grščini: phasia pomeni govor, predpona a pa nasprotno stanje.

Vsak človek uporablja govor. Govorjenje, iskanje pravilnih besed, branje, razumevanje, pisanje in izvajanje gibov sestavljajo človeški govor. Če kot posledica poškodbe možganov eden od delov govora preneha delovati, ta pojav imenujemo afazija.

S prispodobo o obratih je Petkovo kavico na platformi ZOOM o afaziji začel njen moderator Dušan ter s tem ostalim udeležencem napovedal, da bo tokratno druženje potekalo v bolj umirjenem tempu ter da pričakuje nekoliko več strpnosti. V goste so namreč prišli Jernej in njegovi sotrpini, sami afazisti, torej ljudje z manjšimi ali večjimi motnjami govora. Jernej, ki se je zaradi težav pri branju pred časom vpisal v Knjižnico Minke Skaberne, je tam spoznal Dušana, ki ga je tudi povabil v petkovo druščino.

Gost je ob predstavitvi najprej povedal, da šteje skoraj 23 let, zanj ponovnega rojstva po možganski kapi, ki mu je za posledico pustila motnjo pri govorjenju in težave pri branju. Jernej: »Mi, ki smo na 33 obratov, smo malce drugačni od tistih na 45 obratov. Zato se radi družimo, ker se med seboj dobro razumemo. Afazisti hodimo po svoje, ker se zdravi ljudje hitro naveličajo klepetati z nami, ker smo prepočasni za njih«. Da bi podrobneje spoznali omenjeno bolezen, je Jernej pripravil nekaj diapozitivov.

Afazija je nevrološko stanje, ki nastane večinoma po možganski kapi, katere vzrok sta tromboza (krvni strdek) ali anevrizma (izbočena in oslabljena žilna stena). Lahko pa jo povzročijo tudi možganski tumor, demenca, poškodbe leve hemisfere in drugo. Simptomi afazije so: nesposobnost razumevanja govora, nezmožnost tekočega govora in iskanja besed, nezmožnost poimenovanja objektov in ponavljanja stavkov, nasploh težave pri govoru, branju, pisanju in razumevanju. Ob vsem tem se lahko pojavi še stanje enostranske omrtvičenosti, izguba polovice vida, težave s požiranjem in spominom ter epilepsija.

Obstaja več vrst afazije, imenujmo jih nekaj:

- Globalna, ki je najtežja oblika afazije, pri kateri so prizadeti vsi deli govora.
- Brokova afazija, nastane kot posledica poškodbe v Brodmannovem središču, ki je v levem čelnem režnju. Taka oseba razume govor, lahko bere, ne more pa pisati in pravilno govoriti. Za svoje početje potrebuje veliko časa.
- Vernikova afazija, oseba ne razume govora, tvorba tega pa ni prizadeta.
- Anomska vrsta je najlažja oblika afazije. Osebe dobro razumejo govor in tekoče go-vorijo, imajo pa težave pri poimenovanju.
- Konduktivno afazijo povzroči poškodba živčnih vlaken, ki povezujejo Brokovo in Ver-nikovo središče. Ti ljudje niso sposobni povezati informacij med poslušanjem in go-vorom.

Ker gre za prizadetost dela možganov, se afazije ne da pozdraviti. Terapija po poškodbi je nevroplastičnost, to je vseživljenjska zmožnost možganov, da v novem stanju razporejajo živčne poti.

Že v uvodu je Jernej povedal, da se afazisti družijo med seboj predvsem zaradi podobnih težav in ker v okolici dostikrat niso sprejeti in razumljeni. V Sloveniji deluje pet klubov, ti pa so vključeni v Združenje bolnikov z cerebrovaskularno boleznijo (CVB), ki šteje okrog 3000 članov, od teh jih je ena tretjina afazistov. Nekateri od Jernejevih znancev so v nadaljevanju druženja razkrili svoje življenjske zgodbe.

Miran je povedal, da je imel možgansko kap in od takrat naprej ima težave pri govoru, pisanju in branju. Vse, kar dela, pravi, mu gre zelo počasi od rok, sicer pa poskuša marsikaj. Izpostavil je nerazumevanje jedilnikov in naročanje hrane, ko gre jest v lokal.

Robert je pred usodnim dogodkom opravljal delo reševalca in danes vodi kranjski klub afazistov. Kot je povedal, v teh

dneh praznuje 16. rojstni dan. Možganska kap ga je zadela leta 2005, in to prav v dneh, ko sta nameravala z dekletom njunim staršem naznaniti, da pričakujeta naraščaj. Kljub vsemu je vesel, da je lahko ta dan v tej družbi.
Aco je doživel kap pred 13 meseci in zaradi težav v govoru še vedno hodi na terapijo k logopedinji.
Vojko je afazist že 10 let in vodi eno od skupin afazistov. Tudi njim je epidemija onemogočila druženje in komaj čakajo, da bo vsega konec.
Lara, ki je predsednica ljubljanskega kluba bolnikov s cerebrovaskularno boleznijo, nima nobenih težav pri govoru in Jernej se je pošalil, da deluje na 45 obratov. Lara je nekoliko razložila, kako so pri Združenju CVB sploh organizirani. V Sloveniji je 22 klubov CVB, znotraj katerih deluje pet klubov afazistov, znotraj teh pa več manjših skupin ljudi z afazijo. Zaradi težav pri komuniciranju je zaželeno, da je v eni skupin največ osem oseb. Gostja je še pripomnila, da se mora v pogovoru z Jernejem ali katerim drugim afazistom vedno znova brzdati, da sogovorniku ne skače v besedo ter dodala: »Za pogovor s temi ljudmi si je treba vzeti čas in mero strpnosti.«
Zdaj, ko so nam afazisti razkrili svoje zgodbe, so želeli še izvedeti, s kakšnimi težavami se srečujemo slepi in slabovidni. Kar nekaj skupnih točk bi se našlo na obeh straneh; oboji smo precej negotovi v novem okolju, potrebujemo več časa za opravljeno delo, pričakujemo več strpnosti in razumevanja okolice in nenazadnje smo oboji borci.

160 let Slovenskega zdravniškega društva

Avtorji: prim. prof. dr. Elko Borko, dr. med., prim. prof. dr. Zmago Turk, dr. med., prim. doc. dr. Jernej Završnik, dr. med.

V soboto, 11. septembra, je Slovensko zdravniško društvo (SZD) v Ljubljani praznovalo 160. obletnico ustanovitve in delovanja ter 90. obletnico Zdravniškega vestnika. Slovesnosti so se zaradi epidemije udeležili povabljeni predavatelji in samo prijavljeni člani, vendar je bilo možno sodelovanje tudi preko platforme Zoom, kar dokazuje, da se je elektronska oblika komuniciranja že zelo hitro uveljavila tudi v delovanju naše stanovske organizacije. Udeleženci smo tako od doma lahko sledili tehtni razpravi o slovenski akademski medicini in pomenu slovenskega medicinskega pisanja. Lahko še omenimo, da je proslavo obogatil nastop pevskega zbora mariborske Medicinske fakultete. V tem delu so udeležencem v dvorani in digitalnim gledalcem predvajali spletno predstavitev 160-letne zgodovine SZD, ki so jo pripravili zdravniki, ki delujejo v Mediko-historični sekciji Slovenskega zdravniškega društva (MHS SZD). Za bralce Naše bolnišnice smo pripravili krajši povzetek zgodovine zdravniškega društva.
Začelo se je z vabilom ali okrožnico (circulandum) ljubljanskim zdravnikom in ranocelnikom, da se dogovorijo o zdravniškem društvu, podobnemu v drugih glavnih mestih avstrijskih dežel in z oglasom v nemškem časopisu »Laibacher Zeitung.« V Ljubljani se je tako po dokončanih pripravah 28. 10. 1861 ustanovilo Zdravniško bralno društvo (Ärztlicher Leseverein in Laibach). Že ob ustanovitvi zdravniškega bralnega društva so se izoblikovali predlogi, da se društvo razširi na celo Kranjsko deželo in se tako številčno okrepi. Na izrednem sestanku »Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani« 28. 10. 1862 so enoglasno sprejeli sklep, da se društvo preimenuje v »Društvo zdravnikov na Kranjskem« (Verein der Ärzte in Krain) in razširi svoje delovanje na celo Kranjsko deželo, vendar je bilo v ta namen potrebno spremeniti društveni statut. Na občnem zboru Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani 22. 12. 1862 se je dokončno oblikovalo »Društvo zdravnikov na Kranjskem«. Laibacher Zeitung je svoj prispevek zaključil s pomembnim sporočilom: »Zdravniško bralno društvo je mrtvo, naj živi Društvo zdravnikov na Kranjskem!« To so bile tudi prve organizacijske spremembe v zgodovini našega stanovskega društva. V društvu so delovali takratni zdravniki, vojaški zdravniki, ranocelniki (Wundärzte), nekaj let kasneje, od leta 1871, pa tudi veterinarji. Uradni jezik je bil vse do konca stoletja nemški, ki pa ga je postopoma popolnoma nadomestil slovenski.
Z novo zdravniško organizacijo na Kranjskem so bili seznanjeni tudi na Štajerskem, saj je o dogodku poročal nemški mariborski časopis (Correspondent für Untersteiermark). V tem času so že potekale priprave za ustanovitev podobnega društva v Gradcu, ki je bil glavno mesto Štajerske dežele. 17. 5. 1862 so v knjižnici mediko-kirurškega učilišča v Gradcu ustanovili »Društvo zdravnikov Štajerske« (Verein der Ärzte in Steiermark), katerega člani so postali samo zdravniki.
Med člani tega društva je bilo veliko slovenskih zdravnikov iz Gradca in drugih krajev Štajerske. Na uradnem seznamu članov »Društva zdravnikov na Štajerskem« iz leta 1869 je vrsta znanih zdravnikov, slovenskih domoljubov iz Spodnje Štajerske, ki je danes del samostojne Slovenije in tako tudi del današnje sodobne zgodovine slovenskega zdravništva. Zdravniki s področja Štajerske so bili tudi člani »Društva zdravnikov na Kranjskem«, poznani pa so bili tudi prehodi članov iz enega društva v drugo. Tako je bil dr. Edo Šlajmer najprej član štajerskega, po preselitvi v Ljubljano pa član »Društva zdravnikov na Kranjskem«.

»Društvo zdravnikov na Kranjskem« je že leta 1870 podalo pobudo za povezovanje zdravniških društev in ustanavljanje podružnic. Na Kranjskem so zato leta 1877 ustanovili nekaj »bralnih podružnic za podeželske člane«, ki pa so jih že v naslednjem letu opustili.

Na Spodnjem Štajerskem so ustanovili tri zdravniška društva. Na sedežu deželnega »Društva zdravnikov na Štajerskem« v Gradcu so pričakovali, da bodo delovala kot podružnice centralnega društva, vendar pa so nastala in začela delo kot samostojna zdravniška društva Spodnje Štajerske in v katerih so bili tudi slovensko opredeljeni zdravniki.

Prvo je bilo že 23. 1. 1876 ustanovljeno Okrožno zdravniško društvo v Mariboru (der Ärztliche Bezirksverein in Marburg), ki je prevzelo premoženje prostovoljno razpuščenega mariborskega kirurškega gremija (1776 do 1873) in se je leta 1911 prostovoljno razpustilo.

Prav tako so že 11. 11. 1876 v Celju ustanovili Celjsko zdravniško društvo(Cillier Ärzteverein), ki je delovalo vse do prevrata leta 1918, in 26. 12. 1876 še Okrožno zdravniško društvo Ptuj - Ljutomer. (Ärztlicher Bezirksverein in Pettau und Luttenberg), ki pa je po smrti predsednika dr. Viktorja Skrabarja prenehalo delovati.

Veliko članov novo nastalih društev na Spodnjem Štajerskem je bila nemške narodnosti, mednje pa so uvrščali tudi druge pripadnike slovanskih narodov, ki so se sporazumevali v nemškem jeziku. Narodnostno slovenska opredeljenost v novoustanovljenih lokalnih društvih je bila slabša kot na Kranjskem, vendar jih zato ne moremo označiti za nemška, kot je to bila dosedanja praksa.

Ob 25. obletnici obstoja Društva zdravnikov na Kranjskem so v nemškem jeziku izdali slavnostno knjižico (Festschrift des Vereines der Ärzte in Krain)s podatki o začetkih zdravniškega društva.

Postopoma se je slovenska narodnostna opredeljenost okrepila in do leta 1900 se je uveljavila tudi uradna uporaba slovenskega jezika, kar je utrdilo narodno zavest in v zdravstvu omogočilo nastajanje slovenske zdravstvene terminologije ter povezovanje s sosednjim hrvaškim zdravniškim društvom. Po medsebojnem dopisovanju so se maja 1909 dogovorili in glasilo »Zbora liječnika Hrvatske i Slavonije« je postalo tudi uradno glasilo »Društva zdravnikov na Kranjskem«. Njeni člani so začeli v tem glasilu objavljati svoje prispevke v slovenščini, za kakovost teh prispevkov pa je skrbelo posebno uredništvo slovenskega dela.

Novo nastale družbene okoliščine in želja po reševanju stanovskih in socialnih problemov so vodile do ustanovitve novih zdravniških društev. Na Kranjskem sta bili »Prosta organizacija kranjskih zdravnikov« in »Organizacija okrožnih zdravnikov«, na Štajerskem pa leta 1906 »Slovensko zdravniško društvo v Celju«. To organizacijsko dogajanje je pripeljalo do Prvega vseslovenskega zdravniškega shoda, ki je bil 16. 3. 1909 v Ljubljani in je prvič uradno združil vseslovenske zdravnike. Pomembna je bila resolucija o potrebi povezovanja vseh slovenskih zdravnikov okoli »Društva zdravnikov na Kranjskem«.

Že kmalu zatem je 25. maja 1912 »Društvo zdravnikov na Kranjskem« slovesno praznovalo petdesetletnico društva. Za to priložnost je slovensko zdravništvo pripravilo in samostojno uredilo slavnostno številko »Liječniškega vijesnika«, kar je bil ponovni dokaz o takrat plodnem sodelovanju »Zbora liječnika kraljevine Hrvatske i Slavonije« s slovenskim »Društvom zdravnikov na Kranjskem«. V svojem nagovoru je predsednik dr. Demeter vitez Bleiweis Trsteniški zapisal, da je «naše društvo najstarejše zdravniško deželno društvo v Avstriji in zato praznujemo s posebnim veseljem in ponosom kot slavje našega **prvega slovenskega zdravniškega društva**«.

Zgodovino naše stanovske organizacije vse do razpada Avstro-ogrskega cesarstva so zelo natančno in s številnimi podrobnostmi o posameznih sestankih, predavanjih in s strokovnimi prikazi (demonstracijami) obdelali naši uveljavljeni medikо-historiki. Vendar vse do konca 1. svetovne vojne ni prišlo do pomembnejših organizacijskih ali podobnih dogodkov. Razpad Avstro-ogrskega cesarstva je leta 1918 ustvaril pogoje za korenite spremembe. Slovenci smo dobili prvo narodno vlado, ki jo je na predlog slovenskega Narodnega sveta 29. 10. 1918 imenoval Narodni svet (Vjeće) Slovencev, Hrvatov in Srbov v Zagrebu. To je bilo kolektivno vodstvo nove »Države Slovencev, Hrvatov in Srbov«, ki je prevzela oblast nad vsemi deželami habsburškega cesarstva z jugoslovanskim prebivalstvom. Prva slovenska vlada je zato takoj začela s svojim delovanjem kljub temu, da v mednarodnih krogih ni bila priznana.

Po mnenju slovenskih zgodovinarjev lahko prvo Narodno vlado primerjamo z vladama, ki sta bili ustanovljeni 5. maja 1945 v Ajdovščini, in z vlado Demosa, ki je bila oblikovana po zmagi opozicije na prvih večstrankarskih volitvah leta 1990.

Že 2. 11 1918 so na izrednem občnem zboru »Društva zdravnikov na Kranjskem» sklenili, da se društvo preimenuje v »Društvo slovenskih zdravnikov«. Po dogovoru 1. vseslovenskega zdravniškega sestanka se je »Slovensko celjsko zdravniško društvu« že v novembru 1918 s svojimi 33 člani pridružilo slovenskemu društvu v Ljubljani.

Nova jugoslovanska »Država Slovencev, Hrvatov in Srbov« ni imela določenih meja proti severu na koroškem in štajerskem delu, prav tako pa je italijanska armada že zasedla Trst z Istro in slovensko Primorsko. V Prekmurju pa so še vedno gospodarili Madžari. Zato je komaj 33 dni stara država Slovencev, Hrvatov in Srbov bila prisiljena v hitro združitev z zmagovalno Srbijo v »Kraljevino Srbov, Hrvatov in Slovencev«, ki so jo politični prvaki izpeljali 1. 12. 1918.

Na rednem sestanku društva 30. 1. 1919, ki je bilo že v času začetnega delovanja nove države »Kraljevine Srbov, Hrvatov in Slovencev« in je Narodna vlada postala samo Deželna vlada, so novo ime spremenili v »Slovensko zdravniško društvo« in v svoje vrste povabili vse slovenske zdravnike. V odbore društva so se vključili tudi zdravniki s področja Štajerske.

Nova država Kraljevina Srbov, Hrvatov in Slovencev je z Vidovdansko ustavo razdelila Slovenijo na ljubljansko in mariborsko oblast. Hkrati z drugimi vzroki je to pripeljalo do cepitve društva in leta 1921 so v Mariboru ustanovili svoje zdravniško

društvo. Po mnenju nekaterih zgodovinopiscev odločitev ni bila separatistična; sprejeli so jo zaradi odmaknjenosti in slabih prometnih zvez, seveda pa so pri tem prihajala v ospredje tudi druge strokovne zadeve in nesoglasja.

»Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani« je 22. 12. 1932 obhajalo 70. obletnico obstoja in ob tej priložnosti je bila številka 8-10 Zdravniškega vestnika posvečena temu dogodku. V zgodovinskem prikazu začetka in delovanja slovenskega zdravniškega društva je avtor V. Meršol zapisal: »Potrebno bode delati na to, da se Slovenski zdravniški društvi v Ljubljani in Mariboru zopet združita v eno društvo z dvema sekcijama«.

Vse do kapitulacije Jugoslavije marca 1941 sta obe zdravniški organizaciji aktivno sodelovali pri pomembnih skupnih vprašanjih, kot so npr. problemi skupnega Zdravniškega vestnika in skupni napori za razširitev Medicinske fakultete v Ljubljani.

Zdravniški vestnik je bil od leta 1924 do 1929 priloga glasila zdravniške zbornice in šele leta 1929 je postalo glasilo vseh zdravnikov v Dravski banovini. Obe zdravniški društvi sta v soglasju prevzeli skrb za nemoteno izhajanje časopisa. Zdravniški vestnik je povezoval obe zdravniški društvi in zato njegovega poslanstva ne moremo obravnavati ločeno od delovanja obeh zdravniških društev med vojnama, po vojni pa z delom enotnega Slovenskega zdravniškega društva.

Druga svetovna vojna je bliskovito prekinila društveno dogajanje. Mariborsko društvo je bilo aprila 1941 takoj ukinjeno, večino slovenskih zdravnikov, skupno 43, pa so aretirali že takoj po okupaciji. »Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani« in uprava »Zdravniškega vestnika« sta upoštevali kulturni molk in časopis slovenskega zdravništva ni več izhajal kljub poskusom italijanskih oblasti, da se objavljanje nadaljuje. Prav v Ljubljani so se začeli ustvarjati zametki slovenske partizanske sanitete. Slovensko zdravništvo se je odločno odzvalo in priključilo narodnoosvobodilnemu odporu. V odporniško gibanje je pristopilo 250 zdravnikov in 267 medicincev od 324 vpisanih na Medicinsko fakulteto v Ljubljani. Slovenska partizanska saniteta je organizirala in v času štiriletnega boja zgradila skupno 247 različnih zdravstvenih postojank, v katerih se je zdravilo več kot 22.000 ranjenih in obolelih borcev, od njih je bilo 61,3 % ozdravljenih in vrnjenih v partizanske bojne enote. V štiriletnem boju je izgubilo življenje 48 zdravnikov in 54 medicincev od 194, ki so bili v bojnih enotah. Poleg tega so na osvobojenem ozemlju v Beli krajini organizirali civilno partizansko zdravstvo s tremi bolnišnicami, ki so skrbele za zdravstveno varstvo prebivalstva. Prav tako je bilo občudovanja vredno, da se je tiskanje zdravniškega glasila nadaljevalo in je v dveh letnikih izšlo skupno 7 številk »Partizanskega zdravniškega vestnika«. Delovanje in požrtvovalno delo slovenskega zdravništva so pogosto opisovali kot pravi vojno-medicinski čudež. Vrednote in spomin na požrtvovalnost slovenskega zdravništva med bojem za osvoboditev je gojila »Sekcija za partizansko zdravstvo«, ki je bila ustanovljena 22. 4. 1969, in je s smrtjo zadnje članice prof. Zore Konjajeve 22. 11. 2020 ugasnila. Postala je del zgodovine. Spomin in poslanstvo partizanskega zdravstva pa je že leta 2015 v sodelovanju s takrat še aktivnimi člani »Sekcije za partizansko zdravstvo« prevzela Mediko-historična sekcija Slovenskega zdravniškega društva.

Takoj po osvoboditvi maja 1945 se je začela obnova porušene Slovenije. Predvojni zdravniški društvi v Ljubljani in Mariboru se nista obnovili, saj so postopoma vračajoče zdravnike iz izgnanstva, jugoslovanske armade in tujine vklopili v sindikalne vrste in so se združili v Zdravniško strokovno znanstveno sekcijo ESZDNS.

Že takoj leta 1946 so ponovno natisnili naš strokovni časopis in v prvi izdaji je bilo zbranih 6 številk novega »Zdravstvenega vestnika«. V 1. zvezku (št. 1–6) so bila objavljena tudi Pravila nove zdravniške strokovno-znanstvene sekcije (ESZDNS), ki so svetovala, da se v večjih središčih ustanovijo strokovni krožki. V mariborski bolnišnici so takšen zdravniško-strokovni krožek, ki je mesečno pripravljal strokovne sestanke in prevzel organizacijo zdravstvenih ekip za preglede in drugo pomoč na podeželju, ustanovili 18. 9. 1946. Slovensko zdravništvo se je sčasoma okrepilo in Zdravniška strokovno-znanstvena sekcija se je 24. 10. 1947 preimenovala in dobila svoj predvojni naslov »Slovensko zdravniško društvo«. Začele so se ustanavljati podružnice in med prvimi je bil že 23. 1. 1948 ustanovni občni zbor mariborske podružnice Slovenskega zdravniškega društva, saj je zaradi preteklih predvojnih in zlasti medvojnih dogodkov bilo očitno, da je za razvoj zdravniškega stanovskega društva najpomembnejša enotnost vseh sodelujočih, zato ni bilo nobene potrebe, da se obudi predvojno samostojno zdravniško društvo v Mariboru. Strokovni napredek se je pokazal z vedno bolj prisotno specializacijo in začetnimi dosežki znanstvene medicine, kar je zahtevalo tudi pravnoorganizacijske dopolnitve. Tako so že leta 1950 zaprosili za dopolnilo in statutarne spremembe, s katerim so nastale strokovne sekcije.

Podobna organizacijska sprememba je bila izpeljana leta 1980, ko je prišlo do nujne spremembe zaradi večjega uveljavljanja posameznih podružnic na lokalnem nivoju in se je 13 podružnic spremenilo v društva ter se je tako oblikovala »Zveza zdravniških društev – Slovensko zdravniško društvo«. Statutarne spremembe smo dobili leta 1996 po ustanovitvi popolne samostojne države Republike Slovenije. Z osamosvojitvijo naše države je SZD postalo redni član Svetovnega zdravniškega društva (World Medical Association) in Evropskega foruma zdravniških društev. SZD danes deluje po statutu, ki je bil sprejet leta 2014. SZD je pravni naslednik in nadaljuje tradicijo »Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani«, ustanovljenega daljnega 28. oktobra 1861, ki se je 22. decembra 1862 preimenovalo v »Društvo zdravnikov na Kranjskem«. 2. novembra 1918 je nastalo »Slovensko zdravniško društvo«, 16. maja 1980 na občnem zboru je ime dopolnilo v »Zveza zdravniških društev - Slovensko zdravniško društvo«, in 18. oktobra 1996 na IX. Kongresu dobilo svoj zadnji uradni naziv »**Zveza društev – Slovensko zdravniško društvo**«.

Naj živi in se tudi vnaprej razvija ponos slovenskega zdravništva naše enotno »Slovensko zdravniško društvo«!

Predmet: zaprosilo za donacijo.

Spoštovane in drage članice, in spoštovani ter dragi člani Zdravniškega društva Maribor!

Na zadnji skupščini našega društva, ki je bila 16. junija 2021, smo dokončno sprejeli sklep, da na Pobreškem pokopališču v sodelovanju in s podporo Medikohistorične sekcije, Medicinske fakultete UM, UKC Maribor in privatnimi zobozdravniki, postavimo spominsko obeležje zdravnikom in zobozdravnikom, podobno kot so jih postavili in jih že imajo nekateri drugi poklici.

Obeležje bo spomin na cele generacije zdravnikov, ki so delovali v naših krajih in za katerimi se je začel izgubljati spomin na njihovo dolgoletno in požrtvovalno delo. Načrt za ta spomenik slovenskemu zdravništvu je izdelal ing. arh. Peter Požauko in pod Aeskulapavim znakom bo napis: »*Reševali so življenja, lajšali trpljenje, vračali zdravje in veselje*«. Spominsko obeležje bo tudi prostor za slavnosti ob dnevu mrtvih ali drugih dogodkih.
Na našo stanovsko izjemno dolgo tradicijo delovanja v zdravniških društvih smo lahko ponosni. Že od prvih začetkov leta 1776, ko je bil ustanovljen kirurški gremij za mariborsko okrožje, pa do leta 1876, ko je bilo v Mariboru ustanovljeno samostojno Zdravniško društvo in leta 1921, ko je bilo po razpadu Avstro-Ogrske ustanovljeno samostojno Zdravniško društvo v Mariboru, v katerem so delovali vsi takratni zdravniki Spodnje ali Slovenske Štajerske in kasneje od leta 1980 v Zdravniškem društvu Maribor, pomembnem članu enotnega Slovenskega zdravniškega društva.

Za uresničitev tega za našo profesijo pomembnega spomenika potrebujemo Vašo podporo in podporo vseh zdravnikov in zobozdravnikov, ki še niso člani našega najstarejšega mariborskega društva. Prosimo vse, da pri izvedbi sodelujete s svojim denarnim prispevkom od 10 EUR, pa do največ 50 EUR. Sodelovanje bo dokazovalo Vašo pripadnost in zavzetost za poklic, ki ga opravljate.

Svoj prispevek nakažite na posebni sklic transakcijskega računa Zdravniškega društva Maribor.
Vsem darovalcem se bo odbor za spominsko obeležje ustrezno zahvalil.

IBAN: **SI56 045150000124280**

Referenca: **SI00 1116**

Pripomba **»Za spominsko obeležje« in Vaše ime in priimek.**

Lepo vas vse pozdravljava.

ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO MARIBOR z d m 2

Predsednik Medikohistorične sekcije
Zasl. prof. dr. Elko Borko, dr. med. spec., višji svetnik, l.r.

Predsednik Zdravniškega društva Maribor
Prim. doc. dr. Jernej Završnik, dr. med. spec.

Obvestilo

Za zaposlene v UKC Maribor bo organizirana novoletna zabava. Predvidoma bo potekala v petek, 3. decembra 2021, ob 19.00 v Festivalni dvorani Lent. Organizirana bo v skladu z epidemiološkimi razmerami, ki bodo takrat aktualne na ravni države. V skrajnem primeru to pomeni, da lahko tudi odpade, o čemer boste pravočasno obveščeni.

Zahvale

Spoštovani,

na Oddelek za nevrološke bolezni sem bil sprejet 5. 7. 2021 in bil hospitaliziran do 15. 7. 2021. V teh desetih dneh sem bil navdušen nad prof. dr. Tanjo Hojs Fabjan, dr. med., in Ernestino Bedek, dr. med. Prav tako še nad nekaterimi, katerih imen in priimkov si nisem zapomnil.
Navdušen sem nad vsemi medicinskimi sestrami, ki so zelo prijazne, ustrežljive, pozitivne in v vsakem trenutku nasmejane. S takšnimi ljudmi okoli sebe je na nevrološkem oddelku vse skupaj lažje.
Zahvalo sem podal iz srca in želim, da bi vsi izvedeli, na kako profesionalnem nivoju je Oddelek za nevrološke bolezni. Vse pohvale za to pa gredo zdravnikom in medicinskim sestram.
Hvala in ostanite takšni še naprej. Za zmeraj vas bom ohranil v lepem spominu!

Dragan Jelič

Spoštovani,

želim izreči globoko zahvalo ekipi Ambulante za nevrokirurgijo, predvsem pa Ninni Kozorog, dr. med. Ekipa je obravnavala mojo mamo Marijo. Moram priznati, da sem bila na začetku zelo nejevoljna, ker so mamo obravnavali najprej brez mene, čeprav priznam, da ni dementna. Na koncu pa ne morem prehvaliti odnosa in obravnave. Tako temeljite, a vendar za mamo nestresne obravnave še nismo doživeli. Naj pohvalim tudi sestro v ambulanti, ki nama je uredila vsa naročila na preiskave ter nama vse razložila. Želim si, da bi bilo več takšnih ekip! Res je, da smo nekoliko čakali, ampak je obisk povrnil zaupanje v zdravstvo. Le tako naprej!

Mateja Pintarič

Drage gospe sestre,

kratek čas sem bil hospitaliziran v UKC Maribor. Ponoči nisem mogel spati in tako sem bolj globoko dojel vaše angelsko delo za nas, trpeče duše. Tako požrtvovalno in brezpogojno se razdajate cele noči in dneve za preživetje in ozdravitev ljudi. Rad bi vam izrekel moje najgloblje priznanje, zahvalo in pohvalo za to vrhunsko človečnost, ki jo dajete najbolj ranljivim.
To zahvalo vam želim izreči tudi v imenu tistih, ki to vedo in čutijo, pa vam tega ne izrečejo.
Moje globoko spoštovanje in poklon, dragi angeli v človeški podobi!
Prosim, začutite to, da vas tako dojemamo!

Vam neizmerno hvaležen Dušan Kociper

Spoštovani!

12. avgusta sem na travmatološkem oddelku vaše bolnišnice končala s fizioterapijami v šestem nadstropju (travmatološki oddelek). Na fizioterapije sem prihajala vsak drugi teden od aprila naprej, saj sem opravljala maturo in sem imela operacijo komaj konec junija. Zaradi dolge dobe terapij sem se navadila na ritem in delo v kabinetu. Vse v kabinetu bi zelo pohvalila, saj delo opravljajo zelo dobro, strokovno in so kljub napornemu delu zelo prijazni, velikodušni. Še posebej bi pohvalila Katjo Slemnik in mojo glavno fizioterapevtko Jasmino Zorjan, zaradi katere sem si koleno uspešno rehabilitirala. Svoje delo opravljajo z veliko mero empatije, kjer dobiš občutek, da je vsem mar, da okrevaš po poškodbi.
Zelo sem hvaležna za ves trud in trdo delo, ki ga je namenila meni in, ki ga posveča vsem pomoči potrebnim.

S spoštovanjem, Ana Paternost

Spoštovani prof. dr. Stojan Potrč!

26. 5. 2021 je usoda hotela, da ste me ravno vi urgentno operirali. Zelo sem ponosna, da ste bili to ravno vi, saj ste svoje delo zame opravili odlično. Beseda »hvala« je premalo za vaš trud in spodbudne besede pred in po operaciji. Vesela sem, da sem še na tem svetu – sprejela sem usodo in pozitivno gledam naprej.

Iskrena hvala!

Marija Vezovnik

Spoštovani zaposleni na EIMOS,

naj vam iz srca izrečem »hvala«, ker tako požrtvovalno in lepo skrbite za naše najdražje.

Emica Dietner

Hvala celotnemu osebju Oddelka za abdominalno in splošno kirurgijo za neprecenljivo pomoč v vsakem trenutku. Takšno osebje bi potrebovali po celotni bolnišnici. Zlati ste!

Vida Poljanec

Iskrena hvala za obravnavo na nevrokirurgiji. Najbolj bi se zahvalila zdravnici Ninni Kozorog, ki mi je lepo razložila bolezen in mi odvzela strah.

Hvala!

Petek Olga

Draga ekipa četrtega nadstropja Klinike za pediatrijo!

Vsem zaposlenim na otroški kirurgiji se želiva zahvaliti na prijaznost, skrb, oponašanje letal in vso podporo moji mamici. Najlepša hvala Ani Perišić, dr. med., za vso dodatno skrb, dodatne razlage in lepe besede!

Lovro Cizl in njegova mamica

Spoštovani,

v očetovem imenu, ki je bil v času od 10. do 17. avgusta hospitaliziran v UKC Maribor, ter v imenu naše družine, se celotnemu kolektivu Oddelka za abdominalno in splošno kirurgijo, predvsem vsem v 10. nadstropju stolpnice, prijazno zahvaljujemo za strokovno obravnavo in skrb, vse potrpežljivo podane informacije ter prijaznost, ki ste nam jo ob tem naklonili.

Vse dobro želimo!

Z lepimi pozdravi,

družina Pavlovič

Spoštovano zdravstveno osebje Oddelka za torakalno kirurgijo,

vračam se v domačo oskrbo. Čas, ki sem ga preživela v vaši sredini, pa bom v lepem nosila v sebi. Bila sem lepo sprejeta in korektno ter strokovno obravnavana ter negovana, zato se vam najlepše zahvaljujem.

Pacientka Marija Kekec

Zahvala zdravniškemu in sestrskemu osebju Kliničnega oddelka za ORL

Verjetno se me vsi še spomnite kot vašega pacienta v intenzivni sobi, kjer sem bil hospitaliziran zaradi poškodbe glave med 29. 6. in 9. 7. 2021.
Sedaj sem že toliko okreval, da sem v domači oskrbi in bi se, kot vidite, želel še pisno iz srca zahvaliti tako zdravniškemu kot tudi sestrskemu timu za strokovno in visoko profesionalno raven obravnave. Hkrati bi se želim zahvaliti za konkretno in nesebično nudenje pomoči in nege v bolnišnični oskrbi na vašem oddelku.
Še enkrat velika hvala in ostanite še naprej tako srčni ljudje. Prepričan sem, da s srcem opravljate svoje delo in življenjsko poslanstvo, za katerega ste se odločili.

Hvaležni pacient Anton Strelec

Iz srca se zahvaljujem osebju UKC Maribor za strokovno obravnavo in pristop pri zdravljenju Pucko Mateja (EIMOS). Rada bi se zahvalila operaterju mag. Matjažu Voršiču, dr. med. Zahvale gredo tudi Nataliji Krope, dr. med., Heleni Hribernik, dipl. m. s., in Mariji Vujić Stančevski, dr. med. Iz srca bi se jim rada zahvalila za prijaznost in dostopnost vsako minuto. Nimam besed, ki bi to lahko opisale. Lepo so nas sprejeli, podali so nam informacije in bili dostopni za osebne pogovore.

Hvala!

Marijana Pucko Ambruš

Pozdravljeni!

Rad bi se zahvalil celotnemu osebju dializnega centra UKC Maribor za strokovnost, prijaznost in vse spodbude, ki so mi jih nudili.

HVALA!

Zadovoljni pacient Miran Magdič

Pohvala

Najlepša hvala celotnemu osebju Oddelka za gastroenterologijo (zdravniki, sestre, negovalke) za prijaznost, strokovnost in ustrežljivost. Res ste bili čista 10-ka.

Hvala in ostanite zdravi!

Gorazd Pahor

Lepo pozdravljeni,

12. 11. sem na telefonsko priporočilo doc. dr. Janeza Ravnika opravila prvi pregled pri Ninni Kozorog, dr. med., in sestri Alji. Moram priznati, da sem bila nad načinom obravnave presenečena. V svojih letih še nisem srečala zdravnika, ki bi mi s takšnim entuziazmom razlagal, kaj je z menoj narobe. Za vsako napoteno preiskavo mi je povedala, kaj bova naredili in zakaj, kar me je zelo pomirilo. Moram povedati, da sem pred tem že obiskala nevrologa in tudi nevrokirurga v Ljubljani, pa sta oba zaključila, da je z menoj psihično nekaj narobe. Samo doktorici Kozorog se moram zahvaliti, da je bila tako vztrajna, da je ugotovila, da imam epileptične napade in da nisem psihiatrična bolnica. Uvedla mi je zdravilo, po katerem sem spet »stara Cvetka«. Iskreno smo ji hvaležni in želim si, da bi bilo takšnih zdravnikov več. Sama namreč vem, da jima ne bi bilo treba urejati napotnic, pa sta mi s sestro vse uredili in v manj kot pol leta smo prišli do diagnoze, ki je mene dobesedno rešila. Bila je tudi edina, ki mi je pogledala kri in ugotovila, zakaj sem tako utrujena.

Želim prenesti globoko zahvalo, saj menim, da so takšni kolektivi redki. In ni se mi težko pripeljati iz Divače, čeprav je to več kot 3 ure vožnje. Iskreno samo upam, da ne izgori, saj so takšni biserčki tako redki, da jih pogosto vsi izkoristijo.

Z najiskrenejšim spoštovanjem,

Mevlja Cvetka

Pravočasno poskrbite za svojo neodvisnost

Starostna degeneracija makule je eden najpogostejših vzrokov hudega in nepovratnega poslabšanja vida.

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Novartis Pharma Services Inc., Podružnica v Sloveniji
Verovškova ulica 57, 1000 Ljubljana, telefon: 01/300-75-50

MOJ POGLED NA SVET

Datum priprave informacije: september 2021 | SI-2021-MED-OPH-122

Pravopisni kotiček

PRAVILNI ZAPISI IZRAZOV KORONAVIRUS, COVID-19 IN KORONAVIRUSNA BOLEZEN

Sodelavci Inštituta za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU so pripravili odgovore na vprašanja glede zapisov izrazov koronavirus, covid-19, koronavirusna bolezen itd.

Za koronavirus priporočajo podomačeni zapis, ki sledi izgovarjavi, tj. koronavirus, in ki ga uporabljajo tudi slovenski mikrobiologi.

Bolezen, ki jo povzroča virus SARS-CoV-02, so poimenovali koronavirusna bolezen 2019 ali s kratico COVID-19 (v angleščini coronavirus disease 2019). Kratico pišemo bodisi z malimi bodisi velikimi črkami, **covid-19** ali **COVID-19**, medtem ko je zapis Covid-19 napačen.
Za zapis se uporablja stični vezaj (-) in ne pomišljaj (–).

✔ covid-19
✔ COVID-19
✘ Covid-19

Kratico se izgovarja s črko k, torej kovid-devetnajst, pri rabi v povedi pa se njen prvi del, kljub vezaju, sklanja kot običajno:

covid-19
covida-19
covidu-19
covid-19
pri covidu-19
s covidom-19.

Pripravila: Urška Jodl Skalicky
Viri:
Slovenski pravopis (2001), Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU
Slovar slovenskega knjižnega jezika. Elektronska izdaja
Jože Toporišič: Enciklopedija slovenskega jezika (1992), Ljubljana: Cankarjeva založba
Slogovni priročnik Evropske komisije
Jezikovna svetovalnica ZRC-SAZU: Helena Dobrovoljc, Peter Weiss, marec 2020: Poimenovanje bolezni. Jezikovna svetovalnica, http://svetovalnica.zrc-sazu.si/, dostop 9. 6. 2021

Iz kuhinje

Čokoladno-kostanjevo pecivo brez moke

Sestavine

- 250 g čokolade za kuhanje
- 250 g masla
- 250 ml mleka
- 250 g olupljenih pečenih kostanjev
- 4 jajca
- 100 g sladkorja
- 1 vrečka vanilijevega sladkorja
- maslo za namastitev pekača

Dekoracija:

- sladkor v prahu, čokoladni ostružki, olupljen pečen kostanj

Pečico segrejemo na 170 stopinj Celzija. Z maslom namastimo manjši pravokoten pekač za brownije. V posodo damo maslo in nalomimo čokolado. Stopimo ju nad vodno kopeljo, nato pa malce ohladimo. V kozico vlijemo mleko in dodamo kostanje. Segrevamo skoraj do vretja, nato pa odstavimo in kostanje z električnim mikserjem spasiramo v gladko kremo.

Ločimo beljake od rumenjakov in slednjim dodamo sladkor. Beljake stepemo v sneg, rumenjake in sladkor pa mešamo, dokler se masa ne podvoji in postane svetlejša. V stepene rumenjake z lopatico vmešamo stopljeno čokolado in kostanjevo kremo. V zmes na koncu nežno in počasi vmešamo še sneg.

Zmes vlijemo v pekač in pečemo 45 minut, pred rezanjem pa sladico dobro ohladimo. Rezine pred serviranjem po želji posujemo s sladkorjem v prahu in okrasimo s kostanji ter čokoladnimi ostružki. Nanje lahko tudi nabrizgamo sladko smetano.

Duhovna oskrba v UKC Maribor

Katoliška cerkev ima kapelo Antona Martina Slomška v zgradbi Oddelka za ORL in očesne bolezni, in sicer v kleti 2. Dostop do kapele je iz smeri drugih oddelkov možen po podzemnem hodniku. Sveta maša je vsak dan od 19.24 do 19.54, kar pacientom omogoča vrnitev na oddelek do 20. ure. Duhovnik, Ivan Hočevar je dosegljiv na telefonski številki 041286352.

- Sveta spoved je pred sveto mašo ali po njej in po dogovoru.
- Obisk duhovnika, ki ga lahko pokličete ob vsakem času, honorira UKC Maribor.
- Verski tisk bolnikom poklanja Slovenska Cerkev.
- Evangeličanska cerkev ima sedež na Trubarjevi ulici 1 v Mariboru. Dosegljivi so na številki 02 250 21 60.
- Srbska pravoslavna cerkev ima sedež na Tržaški cesti 13 v Mariboru. Dosegljivi so na telefonski številki 031 774-394.
- Islamska skupnost v Sloveniji ima v Mariboru sedež na Zagrebški 47. Dosegljivi so na telefonski številki 031 838-548.

Duhovno oskrbo v bolnišnicah nudi tudi verska skupnost Krščanska koptska pravoslavna škofija Slovenije. Kontaktna oseb je Mina Soliman.
Mobilna telefonska številka: 051 803 363, e-naslov: s.mina3@gmail.com
Dosegljivost: 24 ur na dan za celo Slovenijo.

PSIHOLOŠKA IN DUHOVNA PODPORA ZA ZAPOSLENE

V okviru promocije zdravja na delovnem mestu vam nudimo program za pomoč zaposlenim v stiski – hitro anonimno psihološko svetovanje ter duhovno podporo.

Anonimno, zaupno za zaposlene brezplačno svetovanje nudi zunanji svetovalec, diplomirani psiholog. Ta vam je na voljo 24 ur na dan in 365 dni v letu na telefonski številki **080 22 62.**

Z njim se lahko dogovorite tudi za osebno svetovanje.

Za duhovno podporo vam je na razpolago duhovnik pater Ivan Hočevar v prostorih Slomškove kapele v UKC Maribor. Za pogovor z duhovnikom se dogovorite s klicem na telefonsko številko **041 286 352.**

Zgodovino UKC Maribor pišemo zaposleni …

Iz arhiva UKC Maribor

Kuhinja leta 1984

Pralnica leta 1984

Napovednik strokovnih srečanj

NAZIV SREČANJA	DATUM SREČANJA	LOKACIJA SREČANJA	INFORMACIJE/ PRIJAVE
7. Mariborska šola praktične ultrazvočne diagnostike v ginekologiji in perinatologiji	29. 11.–2. 12. 2021	UKC Maribor	www.ukc-mb.si
XII. Ortopedsko srečanje »Artroza in endoprotetika sklepov«	10. 12. 2021	Medicinska fakulteta Maribor ali spletni dogodek	www.ukc-mb.si
Šola anesteziologije, reanimatologije in perioperativne medicine – modul 8	4. 2. 2022	Medicinska fakulteta Maribor	www.ukc-mb.si