

## Poletni pogovor s prof. dr. Mirkom Tošem

Rastko Golouh

Profesor Toš je bil rojen 1931 v Sv. Andražu v Slovenskih goricah. Gimnazijo je končal na Ptuj, medicinsko fakulteto pa leta 1957 v Ljubljani. Že istega leta je odšel na Dansko, kjer je z dodatnimi 13 izpiti nostrificiral ljubljansko diplomu in postal leta 1960 danski zdravnik. Čez šest let je bil že specialist otorinolaringologije in doktor znanosti. Leta 1970 je bil imenovan za rednega profesorja na univerzi v Odense, vendar tega mesta ni zasedel. Raje je do leta 1980 čakal na profesorsko mesto v Gentofte, saj je tam dobil lasten laboratorij in laborantko. Zaradi tega so bili v Odense nekateri kar hudi, češ ta tujec ni zadovoljen niti s profesuro v provinci. Od 1980 do upokojitve 2001 je bil redni profesor in predstojnik oddelka za otorinolaringologijo v Gentofte University Hospital v Kopenhagnu.



Prof. dr. Mirko Toš

Profesor Toš je objavil vsaj 600 raziskovalnih člankov in spisal 10 knjig o otologiji, otokirurgiji, otonevrokirurgiji in rinologiji.

### Prof. Toš, kako ste se začeli ukvarjati z raziskovanjem?

Začel sem takoj po nostrifikaciji. S tem delom sem se ukvarjal ves čas ob službi, nadaljujem ga tudi sedaj. Že od vsega začetka sem imel v bolnišnici Glostrup svoj laboratorij, v bolnici Gentofte pa sem dobil velik laboratorij z laborantko, ki še danes dobro deluje. Sodelavci v laboratoriju so bili mladi zdravniki, ki so v prostem času kaj radi pomagali pri raziskavah, saj so vedeli, da bo njihovo delo objavljeno. Imeli smo tudi kliničnega asistenta, ki je polovico časa pomagal pri pouku študentov, polovico pa delal v laboratoriju. V bolnišnici je bila tudi velika strokovna knjižnica, ki je preskrbovala zdravnike z vso potrebno literaturo iz Danske in iz tujine. Raziskave so bile zame vedno konjiček. Podobno, kot sem bil zadovoljen, če mi je uspela nova operacija, se bil ponosen tudi na objavo raziskovalnega članka v priznani reviji.

Ker je bilo takratno znanje o sluznicah gornjih in spodnjih dihalnih poti pičlo, sem skušal s kvantitativnimi metodami analize sluzničnega respiratornega psevdostatifiranega kolumnarnega epitela in žlez prispevati k razumevanju delovanja dihalne sluznice. Pozneje sem razširil raziskave na bronhialno sluznico otrok in odraslih v fizioloških in patoloških razmerah pri akutnem in kroničnem bronhitisu, pri kadilcih in ljudeh, ki so bili izpostavljeni prahu.

V sredini 70. let smo začeli raziskovati sluznico nosa in nosnih votlin, sluznice evstahijeve cevi in srednjega ušesa. Z obsežnimi klinično-morfološkimi raziskavami vnetij srednjega ušesa pri otrocih mi je uspelo pojasniti zgodnjo visoko incidenco te bolezni in mehanizme trajnega predrtja bobniča.

### Vendar ste se ukvarjali predvsem s kliničnimi problemi.

Moje delo je zahtevalo, da sem sluznice dihal ločeval vzdolžno na 2 do 3 sloje, kar je zahtevalo mikrokirurško tehniko s stereomikroskopom pri dvajsetkratni povečavi. Tako sem se že zelo zgodaj naučil mikrokirurgije, ki sem jo nato lahko uporabljal pri otokirurških posegih. V začetku 60. let sem tako postal otokirurg. To je bil čas, ko so v literaturi

tedensko objavljali nove tipe operacij, jaz pa sem jih uvajal na našem oddelku.

Seveda so bile naše raziskave vendarle klinično utemeljene. Poleg tega, da smo reševali praktične probleme, je res, da smo tako tudi menjali koncepte, posebno v patogenezi. Z raziskovanjem pnevmatizacije mastoida smo uspeli ovreči dotlej veljavno hereditarno teorijo o slabi pnevmatizaciji mastoida in dokazati, da sekretorni otitis in infekcije srednjega ušesa spremenijo sluznice, kar povzroči sekundarno zmanjšano pnevmatizacijo mastoida. Precej smo se ukvarjali tudi z operacijami srednjega ušesa pri holesteatomih otrok in odraslih ter analizirali rezultate raznih rekonstrukcij. Veliko dela smo opravili tudi pri obdelavi poškodb srednjega in notranjega ušesa. Dosti časa sem posvetil raziskovanju patogeneze in zdravljenja nosne polipoze in invertiranih papilomov.

### Kaj bi lahko svetovali mladim raziskovalcem?

Naj bodo trmasti, če pa se pojavijo tehtni razlogi, lahko včasih tudi odnehajo. Kaj s tem pravzaprav mislim, lahko ilustriram kar s svojo izkušnjo.

Moja prva klinična dela v 60. letih so bila usmerjena v raziskave histiocitose X. Namenil sem se pisati disertacijo in sem zbral lepo serijo teh redkih bolnikov z otorinolaringološkimi simptomi. Imel sem že tudi skoraj vso literaturo, okrog 500 publikacij, kar je bilo za tiste predinternetne čase veliko delo. Ko sem po klinikah še kar iskal bolnike, sem naletel na ortopeda, ki je podobno kot jaz pripravljajl disertacijo o isti bolezni. Ker se je kolega

ukvarjal s pripravo dela o histiocitozi dalj časa od mene, sem se umaknil in začel zbirati material za disertacijo o povsem drugi temi, o razvoju in strukturi dihalnih sluznic. Čez nekaj let je ortoped svojo disertacijo napisal, in ker je bila pred zagovorom vsem dostopna, sem jo prebral. Mentorja, onkolog in patolog, sta že dovolila objavo in zagovor je bil le še formalnost. Vendar mi zadeva ni dala miru. Ker sem imel o tej temi zaradi predhodnega dela precej podatkov, sem na javnem zagovoru kot član občinstva avtorju oponiral, kar je bilo takrat zelo redko in se je zgodilo morda na vsakih deset let, čeprav je imel vsak zdravnik pravico doktorandu oponirati »ex auditorio«. Nenavadno je bilo tudi, da sem kot specializant tako ugovarjal slavnima profesorjema. Opozoril sem na mnoge napake, med njimi tudi na to, da so zamenjali srednje uho z notranjim. Ker so skušali moje pripombe bagatelizirati, sem jim povedal, da bi v ortopediji taka zamenjava pomenila, da ne ločiš med hrbtenico in medenico. Naslednji dan so časopisi na veliko pisali, da se očitno na to bolezen najbolj spoznajo otorinolaringologi in da bi morali za mentorja postaviti tudi otologa.

#### **Dokazali ste, da so nekatere operacije nepotrebne.**

Ob koncu 70. let smo objavili danes kar razvpito delo o efektu placebo pri operaciji dekompresije endolimfatičnega sakusa pri Menierovi bolezni. Dokazali smo, da je zdravljenje te bolezni samo z mastoidektomijo enako uspešno kot kombinirano zdravljenje z mastoidektomijo ter z istočasno dekompresijo in drenažo sakusa, torej dekompresija ne prispeva k zdravljenju. Posebno v Ameriki, kjer je bila kombinirana operacija zelo priljubljena, je to povzročilo pravo revolucijo in na mnogih kongresih so potekale debate pro et contra. Ker smo svoje bolnike spremljali še mnoga leta, smo lahko znova utemeljeno dokazovali, da mastektomija brez dodatnega posega povsem zadostuje.

#### **Leta 1976 ste odkrili pomembne stvari tudi v onkologiji.**

V 70. letih smo začeli objavljati serijo publikacij o kirurgiji nevrinomov slušnega živca. Namesto dotedanje nevrokirurške metode, kjer so morali dislocirati del možganov, sem začel s translabyrinthnim pristopom. Tako se izognemo možganom in se 8. možganskemu živcu približamo neposredno, ohranimo vse okolne bistvene strukture, tumor pa z metodami mikrokirurgije odstranimo v nekaj urah. Naša klinika je postala na tem področju ena vodilnih v svetu. Ker prihajajo k nam vsi tovrstni danski bolniki, imamo danes obdelano veliko serijo pacientov, veliko opravljenih posegov in tako velike možnosti za znanstveno delo. Uspelo nam je dokazati, da tumor v 80 % raste, vendar v mnogih primerih tako počasi, da operacija še dolgo časa po diagnozi ni indicirana. Zaradi zgodnje diagnoze in dobrega sledenja se torej prevalenca nevrinomov akustičnega živca na Danskem veča.

Kako smo prišli do takih sklepov? V prvem, 7-letnem obdobju raziskav (1976–1983) smo našli 278 tumorjev, od tega je bil le eden intrameatalen. V drugem obdobju (1983–1990) smo odkrili 337 tumorjev in še vedno je bil samo eden intrameatalen. V tretjem 5½-letnem obdobju (1990–1995) smo diagnosticirali 355 tumorjev, med njimi je bilo že 28 intrameatalnih. V zadnji 6-letni periodi

(1995–2001) pa je bilo med 380 tumorji kar 168 intrameatalnih. Vsi intrameatalni tumorji so bili diagnosticirani z MRI in prepričani smo, da so bili na tem mestu že več let. Leta 2000 smo se odločili, da jih ne bomo več operirali. S sledenjem naših bolnikov smo ugotovili, da je od vseh tumorjev postalo ekstrameatalnih le 18 %, pa še teh pri starejših bolnikih ni treba odstraniti. Taki odločitvi sledijo skoraj povsod v svetu.

#### **Pri nas cvete v medicini predvsem v zadnjem času zasebništvu. Izkušnje so različne. Kako je z javnim in z zasebnim zdravstvom na Danskem?**

Danci plačujemo tako visoke davke, da imamo s tem zagotovljeno popolno zdravniško oskrbo, hkrati pa javnemu zdravstvu zaupamo. To zadostuje za približno 98 % populacije. Tako ima vsak državljan pravico do svojega družinskega zdravnika, pa tudi do svojih izbranih specialistov. Dodatno zavarovana sta le ostala 2 % ljudi. Bolnišnice in klinike so praviloma javne ustanove. V zadnjem času je sedanja danska, desno usmerjena vlada skušala pospešiti privatizacijo. Sprejela je zanimiv ukrep. Če si čakal na operacijo ali kakršno koli zdravljenje v bolnici več kot dva meseca, je država obljubila, da ti bo delno plačala pregled in zdravljenje v zasebni ustanovi. Nenadoma so vzniknile številne majhne zasebne klinike in čakalne dobe so skoraj izginile. Nastal je le ekonomski problem. Cena povsem enako izvedenega posega je bila v zasebni kliniki na primer 35.000 kron, v javni bolnišnici pa le 3000–6000 kron. Taka razlika je bila eden od razlogov, ki so povzročili reakcijo v javnem zdravstvu. Oddelke v javnih bolnišnicah so začeli širiti, opremili so več operacijskih dvoran, bolnišnice so zaposlile več zdravnikov, "javne" čakalne dobe so se skrajšale in nove male zasebne klinike so zamrle. Toda preostale zasebne klinike čakajo na novo priložnost in s tem silijo javne bolnišnice k racionalizaciji. Res je dala država nekaj denarja za skrajšanje čakalnih list, toda večino denarja so morale plačati javne bolnišnice za zasebno zdravljenje pacientov s svojega območja. Tako nastala konkurenca med javnim in zasebnim sektorjem bo mogoče celo v prid bolnikom.

Za ilustracijo te zgodbe je morda značilen primer mojega oddelka v Gentofte. Kopenhagenski okraj, ki je lastnik bolnišnic, je hotel leta 2001 priključiti ORL-oddelek bolnice Glostrup, ki je skrbela za 250.000 prebivalcev, k našemu oddelku v bolnišnici Gentofte. Dobili smo sicer zdravnike in medicinsko osebje ter bolnike, dveh operacijskih sob, ki smo jih ob tem povečanju dela potrebovali in so nam jih obljubili, pa ne. Odprli smo jih lahko šele leta 2005, predvsem zaradi pritiska zasebnih klinik, ki bi z veseljem prevzele naše bolnike.

#### **V Sloveniji smo priča vse večjemu številu pritožb bolnikov zaradi neučinkovitega, poznega ali celo napačnega zdravljenja. Prvi ukrep zdravstva v takih primerih je analiza problema, ki ga opravijo strokovnjaki na tako imenovanih notranjih in zunanjih izrednih nadzorih. Kdo ureja ta vprašanja pri vas: zdravniška zbornica, zdravniška društva, ministrstvo?**

Nihče od teh, ki ste jih našli. Strokovno delo v bolnišnicah vodijo, organizirajo in nadzorujejo predstojniki oddelkov.

Oni vodijo strokovno delo, organizirajo stalno izobraževanje in raziskovanje. Napredek zagotavlja stalna selekcija zdravnikov. Zunanjih nadzornih obiskov ne potrebujemo. Morda je zanimivo, da je kljub tem preprostim metodam danska medicina danes z raziskavami v svetovnem vrhu.

**Javnost močno zanima napredek v medicini. Poleg spleta pripomorejo k temu tudi tisk in elektronski mediji. Diskusije o kloniranju, raziskavah matičnih celic, medicinskih posegih, bioetiki postajajo vse bolj vroče predvsem med laiki. Pri nas se vključuje v javne diskusije dokaj intenzivno tudi rimskokatoliška cerkev. Kako je na Danskem?**

Seveda so mnenja ljudi o teh vprašanjih tudi pri nas različna. Na Danskem prevladujejo protestanti, vendar se danska cerkev ne spušča v javne debate.

**Za ta pogovor ste me ljubeznivo povabili na svoj slovenski dom na Bledu, čeprav živite pretežno na Danskem. Leta 2001 ste postali častni doktor Univerze v Mariboru. Kakšni pa so vaši strokovni stiki s slovensko medicino?**

Rečem lahko, da so dobri. Mnogi otologi iz Ljubljane in Maribora so bili na mojem oddelku eno- ali dvotedenski

gostje, pogosto pa sem bil predavatelj na sekcijskih srečanjih slovenskih otologov. Mariborska medicinska fakulteta me je istega leta naprosila, da kot redni profesor prevzamem katedro za otorinolaringologijo. Čeprav bodo prva predavanja šele februarja 2008, se že pripravljam.

**Za slovo kakšna anekdota?**

Na Danskem je predvsem v dveh zadnjih desetletjih postalo povsem običajno, da se vsi prebivalci med sabo tikajo. V bolnišnici se danes vsi zaposleni med sabo tikajo. Bolniki tikajo zdravnike, zdravniki tikajo bolnike. Tak način je veljal med zdravniki istih let ali istega položaja že od nekdaj, danes pa velja to za vse, ne glede na položaj ali izobrazbo. Prehod z vikanja na tikanje od začetka ni bil vedno lahek, posebno težek je bil za profesorje in primarije.

Nekoč sem se med operacijo sprl z mladim anesteziatom. Ker mi je v besu zmanjkalo besed, sem mu rekel: »Od kdaj se pa midva tikava?« On pa mi je ljubeznivo odvrnil: »Ti me kar vikaj, če se ti tako zdi.« Ta anekdota je več let krožila po danskih bolnišnicah.

