



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Październik 2012

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 194

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

[www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)

## „Jesień, jesień już...”



# CHOROBLIWA ŚWIĘTOŚĆ

Jak odpomnieć świętego Sebastiana? Tworząc kolejną wersję jego męczeńskiej śmierci? A może pokazać starość z jej bólczkami i utrapieniami? Odpowiedzieć na pytanie: Co by było, gdyby wtenczas Dioklecjan nie wydał strasznego wyroku? Albo gdyby cudownie uratowany młodzieniec (bo widzące strzały omijały serce, a młoda wdowa Irena знаła maści, od których zablizniały się rany) nie stawiał się znów przed cesarzem, aby go oskarżyć o okrucieństwo wobec chrześcijan? Na widok ocalonego Rzymianin wpadł w furję i tak długo bił Sebastiana, aż ten umarł

Mistrzowie – Andrea Mantegna, Sandro Botticelli, Antonio Pollaiuolo, ich uczniowie i naśladowcy przyzwyczaili nas do widoku półnagiego kapitana straży pretoriańskiej przywiązanego do drzewa; jego ciało przeszywają strzały – zresztą tak niepozorne, że bardziej przypominają igły do akupresury niż narzędzia tortur. Jakby los przeznaczając mękę, bał się naruszyć doskonałość.

Krzysztof Bucki zmienił legendę. Przedstawił świętego jako cherlawego starca. Człowieka w chwili kryzysu, opawanego przez postępujące choroby. Jakże dziwne jest nazewnictwo medyczne. Postęp oznacza rozwój, zmianę na lepsze, kojarzy się z optymizmem, przezwyciężaniem trudności, chwytem byka za rogi. A przecież rozrost schorzenia odbiera nadzieję i wolę życia, zmniejsza odporność na ciosy, potrafi zachwiać wiarę w wyzdrowienie. Osłabia brawurę – niezbędną w walce z bólczkami. Wraz z rozkwitem choroby pacjent traci siłę, pogrąża się w lęku. A osłabienie i wyczerpanie stają się jego codziennością.

Dobra passa przypadłości oznacza zwijanie się do grobu zaatakowanego. Jej zachłanność nie zna granic – odbiera zdolność samodzielnego poruszania się, myślenia, oddychania. Poszukując słów określających niedomogi, mowa polska stanęła po niewłaściwej stronie. Współpracuje z patologią. Niemoc może się rozwijać, kroczyć, atakować, nawiedzać, posuwać się, ewoluować, przyspieszać, a równocześnie wyniszczać, sprawiać ból, przynosić cierpienie. Język chroni agresora. To dla niedyspozycji zarezerwowano przyjazne wyrażenia, synonimy ekspansji i powodzenia. Chory może co najwyżej poddać się leczeniu. A przecież słowo „podać się” zakłada klęskę. Nawet jeśli terapia się powiedzie, ozdrowieniec wychodzi z niej jako dożywotni jeniec, uzależniony od badań, leków, dobrej lub złej woli przypadłości. Potrzebujemy nie tyle nowego języka (o którym pisała Virginia Woolf: *na przeszkodzie literackim opisom choroby staje ubóstwo języka. Potrzebujemy [...] nie tylko nowego języka, pierwotniejszego, bardziej zmysłowego, bardziej wulgarnego, lecz także nowego porządku namiętności*), co przewartościowania sposobu mówienia o chorobie!

Powróćmy do mizeroty z obrazu Buckiego. Gdzie mu do pięknego świętego! Osłabiony, wychudzony kolebie się na kaczych nogach. W chorobie ujawnia się prawdziwa osobowość, pokazuje się to, co zwykle jest skrywane. Dopiero kiedy narasta poczucie dezorientacji, kiedy rodzi się zamęt, bo zegar przestaje być tarczą, zmienia się w oś, gdzie początek i koniec zostały ściśle oznaczone, można odkryć to, co wstydlive. W jednej ze sztuk Eliasa Canettiego bo-



haterowie krzątają się wokół zwykłych spraw, chociaż na szyjach noszą medaliony z wybitymi datami śmierci. Przez całe życie znajdują się w przedsionku umierania. Podobnie jak Rafael z *Jaszczura*. Dwa słowa wyrażają wszelką postać, którą oblekają owe dwie przyczyny śmierci: *chcieć i móc* – tłumaczył Honoré de Balzac.

Wydaje się, że nieborak na płótnie dopiero co przybył do krainy ludzi schorowanych. Jeszcze się nie nauczył czytać z milczenia lekarzy, nie rozpoznaje przekazów ciała, nie umie grać sam ze sobą w obiecanke-cacanki. Traktuje chorobę jako okaleczenie, niechciany stygmat. Dlaczego to mnie wybrano? – pyta. Przemawiają przez niego strach i rozpacz. Zapada w letarg, potem się miota, pokrzykuje, wymyśla pielęgniarce, wpada w panikę, a *kontrola jest przecież warunkiem koniecznym nadziei* – pisał David Rieff. Nowo przybyły zachowuje się, tak jakby miał luki w pamięci. Nie rozumie diagnozy ani sposobu leczenia, konieczności częstych wizyt ani stosu leków, jakie musi przyjmować. Odczuwa niepokój, liczy na ułaskawienie, może jakiś list z przeprosinami za pomyłkę w laboratorium, rewolucję na miarę *Galaktyki Gutenberga* Marshalla McLuhana, którą to książkę trzyma w ręce.

A wicher rozwiewa fiszki z łacińskimi nazwami chorób. Czego tam nie ma! Suchoty – od XVIII wieku wiadomo, że *ci którzy mają płaską i wątlą klatkę piersiową, a ramiona uniesione jak skrzydła nietoperza, padają zazwyczaj ofiarą tej choroby*. To cały Rafał Urban – *dojrzały intelektualnie, niedojrzały psychicznie* (podobnie jak Witold Gombrowicz, o którym tak się wyraził Konstanty Jeleński). Znalazła się też cukrzyca powikłana nadciśnieniem, zaćmą i chorobą Buergera. Dotknął go uwiąd starczy. Jak się w tym wszystkim pozbierać?

Artysta namalował zamieszanie. Cielak właśnie urwał się ze sznurka, po wymyślonym niebie roznosi się śmiech. Może to przebity święty pokpiwa sobie z przybitego staruszka, a może to tylko kartki łopoczą na wietrze?

Agnieszka Kania

Przedruk za zgodą autorki i z polskiego dodatku do „Gazety Wyborczej”. Zdjęcie Michał Grocholski. Obraz znajduje się w Muzeum Śląska Opolskiego.

Wygląda na to, że jesień już za progiem. Wakacje przeleciały, jak z bicia strzelił! Mam nadzieję, że wszyscy wczasowicze wrócili do swoich domów wypoczęci, zrelaksowani, z nowymi siłami do całorocznej walki o lepsze. A więc... do roboty!

Przed Państwem kolejny, październikowy już numer Biuletynu – jak zawsze podzielony na dwie duże części – „swoją” i „obcą”.

W tej pierwszej, poza tekstem Prezesa, znajdziecie kolejny materiał o malarstwie – tym razem Krzysztofa Buckiego – autorstwa Agnieszki Kani. Poza tym próba opisanie środowiska lekarskiego Opolszczyzny i kolejny odcinek serialu historycznego prof. Kubickiego. Na zakończenie – dwie informacje izbowe.

W drugiej, „obcej” części, pierwsze refleksje związane z wiosenno-letnim protestem receptowym lekarzy: ocena tego, jak protest wyglądał w przekazie prasowym oraz informacja o wyroku UOKiK-u w sprawie monopoli

lu NFZ (bardzo ciekawe spostrzeżenia!!!). Czy wnioski wypływające z rozstrzygnięcia Urzędu spowodują, że znajdzie się wśród nas kolejny dr Miś? Zobaczymy!

Dalej w tej części tekst o problemie ulepszania świadczeń medycznych, dwa wywiady – jeden z Konsultantem Krajowym ds. Transplantologii – prof. Rowińskim i drugi – z Lubelskim Konsultantem Wojewódzkim ds. Geriatrii dr Laskowską-Szcześniak, a na koniec rzecz o Giocondzie (??).

W części medycznej kolejna porcja informacji o zastosowaniu probiotyków i prebiotyków – tym razem w pediatrii, problem trudnego pacjenta w stomatologii oraz kupnoholizm (koniecznie do przeczytania!!!)

Biuletyn zamykają najnowsze ogłoszenia i propozycje wydawnicze. Myślę, że będzie się Wam dobrze czytało. Pozdrawiam więc i do następnego numeru.

*Jerzy B. LACH*

## SZPALTA PREZESA

### Koleżanki i Koledzy,

Na ostatnim posiedzeniu Konwentu Prezesów okręgowych rad lekarskich poruszony został m.in. temat wystawiania recept przez lekarzy prywatnie praktykujących, którzy nie podpisali nowych umów z Funduszem. Chodzi o możliwość korzystania z druków recept, które pozostały z okresu obowiązywania poprzedniej umowy. Oczywiście można z tych druków korzystać, trzeba jednak pamiętać, że recepta nie może być realizowana w aptece z jakkolwiek refundacją. Dlatego **w miejscu przeznaczonym na symbol płatnika należy wyraźnie wpisać „100%” lub „X”**. Pozostawienie tego pola pustego może doprowadzić do realizacji takiej recepty ze zniżką i niepotrzebnie narazić w przyszłości lekarza na nieprzyjemne konsekwencje.

Wprawdzie koniec bieżącej kadencji władz samorządu lekarskiego dopiero za rok, ale już wkrótce ruszą przygotowania do kolejnych wyborów. W odniesieniu do wyborów w rejonach wyborczych czyli wyborów delegatów na okręgowy zjazd lekarzy, różnić się one będą w sposób zasadniczy. Odbywać się bowiem bę-

dą mogły w trybie korespondencyjnym. Nie oznacza to likwidacji zebrań w rejonach, ale w trakcie tych zebrań nie będzie już można zgłaszać kandydatów, oni będą musieli być znani ogółowi lekarzy danego rejonu dużo wcześniej.

W następnym Biuletynie zamieścimy dokładną instrukcję, opisującą zasadę tych wyborów korespondencyjnych. Pierwszym krokiem ze strony każdego z Was będzie musiało być sprawdzenie czy jesteście na liście tego rejonu, w którym rzeczywiście pracujecie i w którym powinniście brać udział w wyborach. Możecie to zrobić przeglądając listy rejonów wyborczych aktualnej kadencji (są dostępne na stronie internetowej izby). Jeżeli znajdziecie się na właściwej liście – nie musicie nic robić. **Jeżeli natomiast figurować będziecie na liście innego rejonu – skontaktujcie się jak najszybciej z biurem Izby w celu wyjaśnienia sprawy. Kontakt taki będzie oczywiście konieczny także w sytuacji, gdy nie znajdziecie siebie na liście żadnego z rejonów. Proszę, aby te wyjaśnienia dokonane zostały do końca października.**

*Jerzy JAKUBISZYN*

Lekarze Opolszczyzny w liczbach

## Analiza statystyczna lekarzy na Opolszczyźnie

Na terenie województwa opolskiego jest 3150 lekarzy, w tym 2430 lekarzy medycyny i 720 lekarzy dentyistów. Z tego 1821 to kobiety, a 1320 to mężczyźni. Poniżej przedstawiono podziały według różnych kryteriów.

### Specjalności lekarskie

Do 1999 r. wykaz specjalności lekarskich obejmował 30 specjalności lekarskich i 31 specjalności szczegółowych, a w stomatologii – 5 podstawowych i 5 szczegółowych.

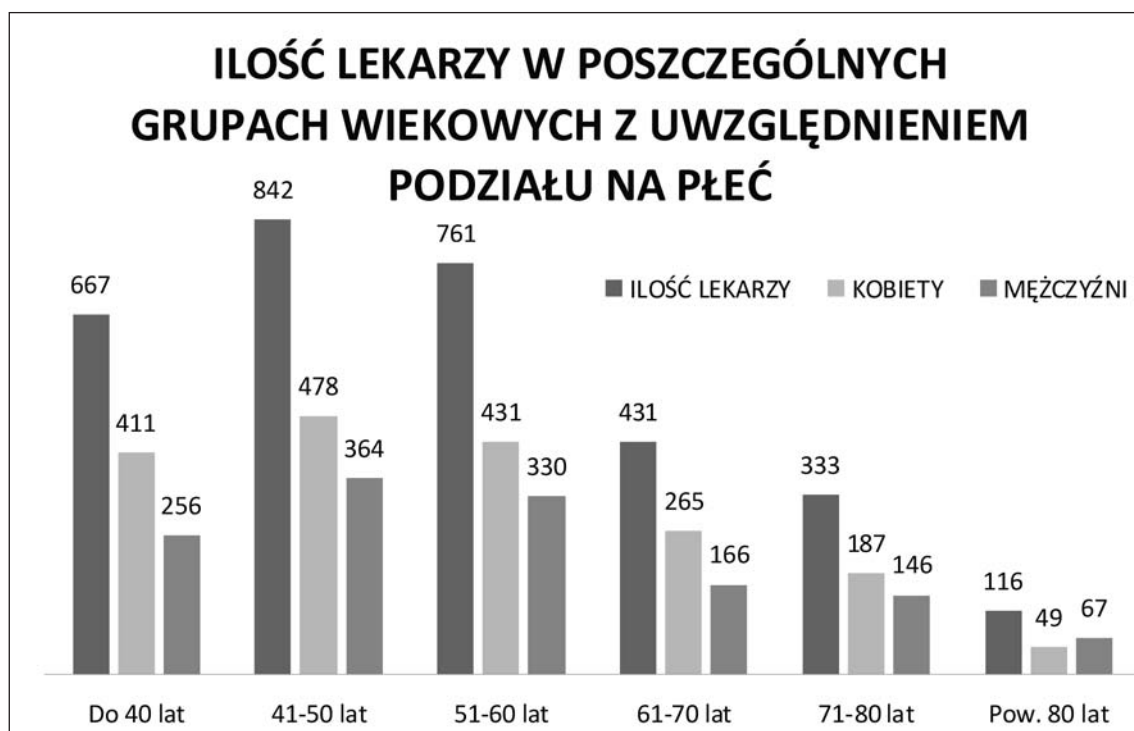
Od 2001 r. dla lekarzy medycyny jest 40 specjalności podstawowych i 28 szczegółowych, a w stomatologii są tylko specjalności podstawowe i jest ich 9.

### Wnioski

#### Medycyna ogólna i szczegółowa

1. Najwięcej specjalistów mamy w zakresie:
  - choroby wewnętrzne – 328
  - medycyna rodzinna – 182
  - położnictwo i ginekologia – 124
  - pediatria – 120
  - chirurgia ogólna – 118

2. Najmniej specjalistów
  - kardiochirurgia – 2
  - psychiatria dzieci i młodzieży – 3
  - onkologia kliniczna – 12
3. Nie posiadamy na naszym terenie specjalistów w 11 specjalnościach:
  - genetyka kliniczna
  - chirurgia klatki piersiowej
  - toksykologia kliniczna
  - transplantologia kliniczna
  - mikrobiologia lekarska
  - immunologia kliniczna
  - otolaryngologia dziecięca
  - neuropatologia
  - onkologia i hematologia dziecięca
  - angiologia
  - farmakologia kliniczna
  - hipertensjologia
4. Wydaje się, że powinno być więcej specjalistów w zakresie:
  - medycyny ratunkowej (jest tylko 27)
  - ortopedii i traumatologii (jest 63 specjalistów, a mamy starzejące się społeczeństwo i występuje większa urazowość)



**Tab. 1 Specjalności medyczno-lekarskie podstawowe**

		Kobiety	Mężczyźni	Razem
1.	Anestezjologia i intensywna terapia	29	38	67
2.	Audiologia i foniatria	6	-	6
3.	Chirurgia dziecięca	3	7	10
4.	Chirurgia klatki piersiowej	-	-	-
5.	Chirurgia ogólna	8	109	117
6.	Chirurgia plastyczna	-	1	1
7.	Chirurgia szczękowo-urazowa	-	7	7
8.	Choroby wewnętrzne	172	156	328
9.	Choroby zakaźne	6	7	13
10.	Dermatologia i wenerologia	20	3	23
11.	Diagnostyka laboratoryjna	2	3	5
12.	Epidemiologia	-	4	4
13.	Genetyka kliniczna	-	-	-
14.	Kardiocirurgia	-	2	2
15.	Kardiologia	16	28	44
16.	Medycyna nuklearna	2	1	3
17.	Medycyna pracy	26	18	44
18.	Medycyna ratunkowa	2	25	27
19.	Medycyna rodzinna	123	59	182
20.	Medycyna sądowa	-	3	3
21.	Medycyna transportu	2	5	7*
22.	Mikrobiologia lekarska	-	-	-
23.	Neonatologia	28	10	38
24.	Neurochirurgia	-	4	4
25.	Neurologia	28	19	47
26.	Okulistyka	37	7	44
27.	Onkologia kliniczna	8	4	12
28.	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	2	61	63
29.	Otorynolaryngologia	32	19	51
30.	Patomorfologia	3	2	5
31.	Pediatrya	85	35	120
32.	Położnictwo i ginekologia	33	91	124
33.	Psychiatria	27	17	44
34.	Psychiatria dzieci i młodzieży	2	1	3
35.	Radiologia i diagnostyka obrazowa	20	17	37
36.	Radiologia onkologiczna	9	4	13
37.	Rehabilitacja medyczna	15	18	33
38.	Transfuzjologia kliniczna	1	2	3
39.	Urologia	2	24	26
40.	Zdrowie publiczne	13	33	46
	<b>Razem specjaliści:</b>	<b>762</b>	<b>844</b>	<b>1606</b>

\* policzono medycynę kolejową, lotniczą, morską i tropikalną oraz wojskową medycynę morską

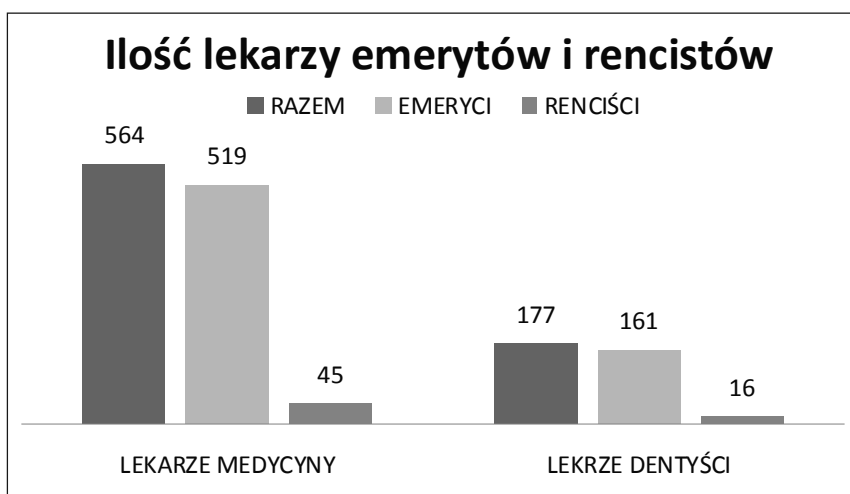
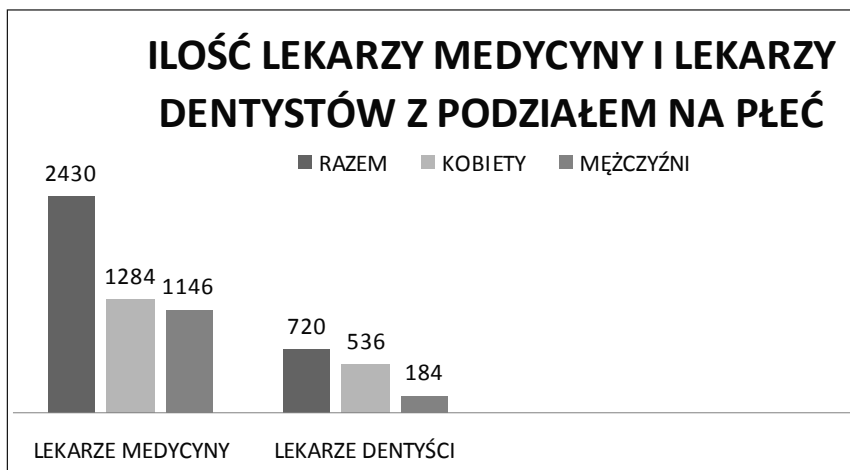
**Tab. 2 Specjalności medyczno-lekarskie szczegółowe**

		Kobiety	Mężczyźni	Razem
1.	Alergologia	14	4	18
2.	Angiologia	-	-	-
3.	Balneologia i medycyna fizykalna	1	-	1
4.	Chirurgia naczyniowa	-	9	9
5.	Chirurgia onkologiczna	4	13	17
6.	Choroby płuc	48	29	77
7.	Diabetologia	11	6	17
8.	Endokrynologia	10	4	14
9.	Farmakologia kliniczna	-	-	-
10.	Gastroenterologia	4	9	13
11.	Geriatrya	-	2	2
12.	Ginekologia onkologiczna	-	1	1
13.	Hematologia	3	2	5
14.	Hipertensjologia	-	-	-
15.	Immunologia kliniczna	-	-	-
16.	Kardiologia dziecięca	1	1	2
17.	Medycyna paliatywna	2	2	4
18.	Medycyna sportowa	-	2	2
19.	Nefrologia	6	9	15
20.	Neurologia dziecięca	4	1	5
21.	Neuropatologia	-	-	-
22.	Onkologia i hematologia dziecięca	-	-	-
23.	Otorynolaryngologia dziecięca	-	-	-
24.	Reumatologia	17	9	26
25.	Seksuologia	-	2	2
26.	Toksykologia kliniczna	-	-	-
27.	Transplantologia kliniczna	-	-	--
28.	Urologia dziecięca	-	1	1
	<b>Razem specjaliści:</b>	<b>125</b>	<b>106</b>	<b>231</b>

**Tab. 3 Specjalności lekarsko-stomatologiczne podstawowe**

		Kobiety	Mężczyźni	Razem
1.	Chirurgia stomatologiczna	4	8	12
2.	Chirurgia szczękowo-twarzowa	-	7	7*
3.	Ortodoncja	26	3	29
4.	Periodontologia	4	2	6
5.	Protetyka stomatologiczna	16	20	36
6.	Stomatologia dziecięca	9	1	10
7.	Stomatologia zachowawcza z endodontcją	40	2	42
8.	Zdrowie publiczne			**
9.	Epidemiologia			**
	Stomatologia ogólna (nie jest obecnie ujęta w specjalnościach podstawowych)	261	61	322
	<b>Razem specjaliści:</b>	<b>360</b>	<b>104</b>	<b>464</b>

\* policzono specjalność medyczną i stomatologiczną  
 \*\* brak podziału na dentystów i lekarzy medycyny



5. Być może przydałoby się więcej specjalistów w niżej wymienionych dziedzinach, ale na to pytanie powinni odpowiedzieć Konsultanci Wojewódzcy:
  - patomorfologii,
  - medycyny sądowej
  - chirurgii ogólnej.
6. Nie można rozpatrywać ilości specjalizacji z ilością lekarzy, ponieważ trzeba wziąć pod uwagę, że są lekarze, którzy posiadają od dwóch do czterech specjalizacji.
7. Najwięcej specjalistów w medycynie szczególnej mamy w zakresie:
  - chorób płuc – 77
  - reumatologii – 28
8. Najmniej, bo po jednym lekarzu w zakresie:
  - balneologii i medycyny fizykalnej
  - ginekologii onkologicznej
  - urologii dziecięcej
9. W ogóle nie ma specjalistów w zakresie 9 specjalności szczegółowych.
10. Wydaje się, że powinniśmy mieć więcej specjalistów (jest po dwóch) z zakresu:
  - kardiologia dziecięca
  - kardiochirurgia
  - seksuologia
  - geriatrya

## Wnioski

### Stomatologia

1. W stomatologii nie ma obecnie specjalności szczegółowych i jest tylko 9 specjalności podstawowych.
2. Najwięcej lekarzy stomatologów ma specjalizację w zakresie stomatologii ogólnej – 322, której obecnie nie ma w wykazie (dawny I stopień)
3. Stomatologów dziecięcych jest tylko 10
4. Na 720 stomatologów, tytuł specjalisty ma 464. Wynika z tego, że 266 nie ma w ogóle specjalizacji, co być może wynika z trudności związanych z jej uzyskaniem

### Wnioski ogólne

1. Na terenie naszego województwa jest 3150 lekarzy.
2. Najstarszy lekarz ma dzisiaj 95 lat (Pani Doktor, która mieszka w Opolu).
3. Najliczniejszy przedział wiekowy lekarzy to 41-50 lat, a najwięcej – 100 lekarzy jest urodzonych w 1966 r. (to obecni 46-latkowie); tuż za nimi jest grupa 94 lekarzy z 1956 r. (obecni 56-latkowie) – to chyba wyże demograficzne z planów 10-cio letnich.

4. Nie wiemy, ile naprawdę pracuje lekarzy specjalistów 70-80-latków, bo nie wszyscy zgłaszają, że są emerytami i dodatkowo pracują.
5. Są specjalności, których tytułów obecnie nie ma w aktualnym wykazie specjalności podstawowych i szczegółowych, to np.: medycyna lotnicza, medycyna ogólna, medycyna społeczna czy ftyzjatria.
6. Obecnie mamy bardziej uporządkowany system informacji dotyczący lekarzy i lekarzy dentystów, bo jeszcze nie tak dawno informacje były sprzeczne lub zupełnie inne w Izbie Lekarskiej, NFZ, czy w Wydziale Polityki Społecznej Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego (dawne Opolskie Centrum Zdrowia Publicznego).
7. Jest to tylko wycinkowy opis lekarzy na Opolszczyźnie, ale wydaje się, że jeszcze ciekawszy byłby obraz uwzględniający również podział na po-

wiaty. To wymaga jednak jeszcze dopracowania programów.

8. Bez względu na wszystko jest to pewna próba ukazania lekarzy Opolszczyzny w liczbach.
9. Uwagi, komentarze i sugestie będą bardzo mile widziane i na pewno zostaną wykorzystane przez w/w instytucje i społeczność lekarską. Uwagi proszę przysyłać na adres Izby Lekarskiej.

*Opracowanie*

*Lek. med. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

PS. Opracowano na podstawie danych statystycznych z dnia 17 lipca 2012 r. Uzyskałam je dzięki uprzejmości pracowników Biura Izby Lekarskiej – Pani Barbary Oborskiej i Pani Ewy Drozd, którym to Paniom bardzo dziękuję.

## Przypadki niepłodności małżeńskiej polskich piastów

Na przestrzeni dziejów niepłodność małżeńska niejednokrotnie wpływała, nie tylko na losy panujących dynastii, ale i całych państw – chociażby angielskich Tudorów i Stuartów, czy też moskiewskich Rurikowiczów. Również i w naszej historii chociażby upadek 200-letniej dynastii Jagiellonów miał podłoże niepłodności małżeńskiej. Dlatego też w pierwszej części mojej publikacji postaram się przedstawić problemy niepłodności naszych Piastów.

### Książę Władysław Herman (1043–1102)

Był synem Kazimierza Odnowiciela i kijowskiej księżniczki Dobrogniewy. Jego pierwszą żoną była Judyta czeska (1056–86) córka księcia Wratysława, którą poślubił w roku 1080. Mimo upływu lat wzorowego małżeństwa Judyta nie zachodziła z ciążą. Wówczas po 6 latach małżeństwa, za radą biskupów, wysłano poselstwo do dalekiej Prowansji (na południu Francji), gdzie św. Idzi słynął ze świętości i cudów. Poselstwo ofiarowało mu posążek chłopca z czystego złota oraz liczne dary liturgiczne. Św. Idzi wzruszony bogatymi darami z dalekiego i nieznanego mu kraju zalecił kilkudniowe mo-



dły w klasztorze. Jeszcze przed powrotem posłów z Prowansji do Polski, jak przepowiedział św. Idzi, Judyta urodziła w dniu 20 sierpnia 1086 r. syna Bolesława zwanego Krzywoustym (być może powikłania okołoporodowe). Niestety Judyta kilka miesięcy po porodzie zmarła w tym samym roku 1086.

O tym wydarzeniu śpiewała przed laty Ewa Demarczyk w opolskim amfiteatrze piękną pieśń pt.: „O cudownych narodzinach księcia Bolesława”. Tuż pod Wawelem w Krakowie, przy ul. Grodzkiej stoi mały kościółek św. Idziego z krzyżem Katyńskim, gdzie rozpoczynają się zawsze wszystkie uroczystości patriotyczne.



### Książę Leszek Czarny (1240–1289)

Syn kujawskiego księcia Kazimierza oraz Konstancji, córki poległego pod Legnicą Henryka Pobożnego. W roku 1265 poślubił księżniczkę Gryfinę, córkę Bana Krocacji Roścysława. Ku wielkiemu zaskoczeniu otoczenia (niespotykany w historiografii, nie tylko polskiej, ewenement) w roku 1271 Gryfina oficjalnie ogłosiła, że jej mąż Leszek Czarny jest impotentem. Publicznie zdjęła



czepek, którymi mężatki osłaniały głowy i po Krakowie przechadzała się z odkrytą głową. Zalamany tym faktem Leszek Czarny poddał się kuracji u znanego krakowskiego lekarza Mikołaja z Niemiec, który zalecił mu spożywanie żab, węzów i jaszczurek (chodziło o działanie ich jadów) oraz – w co trudno uwierzyć – urinoterapię własnym moczem. Mimo poprawy stosunków małżeńskich dziecka się nie doczekali.

Gryfina zmarła w roku 1309, a więc 20 lat po śmierci swojego męża Leszka Czarnego pochowanego w kościele OO Dominikanów w Krakowie przy ul. Wszystkich Świętych niedaleko Rynku. Nie chciała leżeć u jego boku i spoczęła w kościele OO Franciszkanów w Pradze.

**Król Kazimierz Wielki (1333–1370)**

Pierwszą żoną Kazimierza Wielkiego była Aldona Anna Litewska (1310–39), która urodziła dwie córki Elżbietę i Kunegundę. Druga jego żona 18-letnia Adelajda (1324–71), córka heskiego grafa Henryka Żelaznego (ślub odbył się w roku 1341) okazała się niepełna. Po 14 latach małżeństwa w roku 1355 rozczarowany Kazimierz Wielki odesłał Adelajdę



z Wawelu do nowo wybudowanego przez siebie murowanego zamku w Żarnowcu nad Pilicą, gdzie pozostawała w odosobnieniu (aczkolwiek w komfortowych warunkach) pod strażą królewską. Po roku Kazimierz Wielki pozwolił Adelajdzie powrócić do ojca w Hesji.

Z trzecią żoną, piękną mieszczką praską Krystyną Rokiczaną (ślub w roku 1356) nie miał dzieci, wygnął ją z Wawelu około roku 1364 (data powstania Akademii Krakowskiej), kiedy odkrył, że pod piękną peruką jest łysa i ma świerzb głowy. Była to pierwsza bigamia króla, ponieważ nadal żyła jego druga żona Adelajda.

W roku 1365 Kazimierz Wielki ożenił się po raz czwarty z Jadwigą Żagańską (1350–90), która urodziła mu trzy córki: Annę, Kunegundę i Jadwigę. Była to powtórna bigamia króla, ponieważ nadal żyła Adelajda. Ówczesni papieże mimo wielu petycji, zwłaszcza Henryka Żelaznego, przymykali oko na bigamię Kazimierza Wielkiego, znając pozycję Polski w ówczesnym chrześcijańskim świecie.

Ze związków pozamałżeńskich Kazimierz Wielki doczekał się: trzech synów ze szlachcianką Cudką (Kazimierza, Jana i Pełka) oraz prawdopodobnie dwóch synów i kilka córek z Żydówką Esterą pochodzącą z założonego przez siebie nowego miasta koło Krakowa – Kazimierza. Niestety nie pozostawił po sobie prawowitego następcy tronu i na nim skończyła się czterowiekowa dynastia Piastów.

Wg historyków największą przyczyną tego faktu była 14-letnia niepełność jego drugiej żony 18-letniej Adelajdy heskiej.

W następnej publikacji przedstawię problemy niepełności małżeńskiej Jagiellonów (Aleksander, Zygmunt August) oraz królów elekcyjnych (Stefan Batory, Michał Korybut Wiśniowiecki).

P.S. W najbliższym czasie ukaże się mojego autorstwa „Poczet żon królów i władców polskich” uwzględniający wiele aspektów medycznych, który serdecznie polecam P.T. Państwu.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

## Plan szkoleń prowadzonych w ramach Komisji Kształcenia OIL w Opolu na II półrocze 2012 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
5.10.12 r. (piątek) godz. 10 <sup>00</sup>	Firma Szkoleniowa – Szkolenia Psychologiczne Jolanta Kotecka Wrocław	Wypalanie zawodowe – warsztaty dla stomatologów (40 osób)	OIL w Opolu ul. Grunwaldzka 23
9.11. 12 r. (piątek) godz. 10 <sup>00</sup>	Doradztwo – Szkolenia – Coaching, Kraków	Słowa, które leczą, czyli sztuka porozumiewania się z pacjentem – warsztaty dla stomatologów (40 osób)	OIL w Opolu ul. Grunwaldzka 23
22-25.11.12 r. (czwartek-niedziela)	Dr hab. n. med Joanna Ścieszka	Kurs podstawowy z zakresu ultrasonografii (patrz niżej)	Szpital w Nysie

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie w siedzibie OIL w Opolu, tel. – 77/454-59-39. Szczegółowy plan dwóch pierwszych kursów znajdziecie Państwo na stronie internetowej OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują 4 pkt. edukacyjne.

*Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

# Kurs podstawowy z ultrasonografii

Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego i Komisja Kształcenia Medycznego Opolskiej Izby Lekarskiej organizują w dniach 22-25 listopada 2012 r. kurs podstawowy z zakresu ultrasonografii jamy brzusznej, tarczycy, węzłów chłonnych i sutków pt. „Pierwsze kroki w ultrasonografii”. Oto program kursu:

## Czwartek 22.XI.2012

- 7.00–08.00 Śniadanie
- 8.00–10.00 Podstawy fizyczne diagnostyki ultrasonograficznej. Anatomia ultrasonograficzna narządów jamy brzusznej.
- 10.00–12.00 Choroby mięszu wątroby. Diagnostyka zmian ogniskowych w wątrobie. Choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych
- 12.00–14.00 Prezentacja techniki badania USG
- 14.00–15.00 Obiad
- 15.00–19.00 Zajęcia praktyczne
- 19.00 Kolacja

## Piątek 23.XI.2012

- 7.00–08.00 Śniadanie
- 8.00–10.00 Diagnostyka USG chorób trzustki i śledziony. Naciśnienie wrotne.
- 10.00–12.00 Diagnostyka USG nerek i układu moczowego. Diagnostyka USG nadnerczy i przestrzeni zaotrzewnowej. Diagnostyka USG aorty brzusznej i węzłów chłonnych. Choroby przewodu pokarmowego. Diagnostyka USC ostrego brzucha.

- 12.00–14.00 Prezentacja techniki badania USG
- 14.00–15.00 Obiad
- 15.00–19.00 Zajęcia praktyczne
- 19.00 Kolacja

## Sobota 24.XI.2012

- 7.00–08.00 Śniadanie
- 8.00–11.00 Diagnostyka USG tarczycy, przytarczyc i węzłów chłonnych szyi. Diagnostyka USG miednicy mniejszej.
- 11.00–13.00 Prezentacja techniki badania USG.
- 13.00–14.00 Obiad
- 14.00–15.30 Diagnostyka USG sutków.
- 15.30–19.00 Zajęcia praktyczne
- 19.00 Kolacja.

## Niedziela 25.XI.2012

- 8.00–0.00 Śniadanie
- 9.00–13.00 Zajęcia praktyczne
- 13.00 -14.00 Przerwa obiadowa
- 14.00-15.00 Zakończenie kursu – rozdanie certyfikatów

Wszystkie informacje dotyczące kursu (rekrutacja, miejsce kursu, odpłatność itd.) będą umieszczone na stronie internetowej Izby Lekarskiej i przekazane na zebraniu Oddziału Opolskiego PTU dn. 20.10.2012 r. o godz. 10:00 w siedzibie Izby Lekarskiej w Opolu.

Za zgodą Prezesa  
Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

## Składki członkowskie

Kierownik Biura Opolskiej Izby Lekarskiej przypomina Szanownym Koleżankom i Kolegom, że na lekarzu ciąży obowiązek pisemnego zgłaszania następujących informacji:

- o dacie i miejscu rozpoczęcia pracy po zakończeniu stażu podyplomowego,
- o zmianie miejsca zatrudnienia,
- o terminie rozpoczęcia i zakończenia urlopu wychowawczego bądź bezpłatnego,
- o dacie rejestracji w Urzędzie Pracy jako osoby bezrobotnej,
- o dacie przejścia na emeryturę bądź rentę (kserokopia decyzji wydanej przez ZUS),
- o dacie zaprzestania pracy zarobkowej (oświadczenie),
- o zmianie adresu zamieszkania i adresu do korespondencji,
- o dacie wyrejestrowania praktyki indywidualnej bądź grupowej,

- o dacie zawieszenia praktyki, np. w związku z chorobą, urlopem wychowawczym, wyjazdem za granicę.

Z kolei Skarbnik Opolskiej Izby Lekarskiej informuje, że na każdym członku Izby – zgodnie z uchwałą 8/08/V z 4 kwietnia 2008 r. Naczelnej Rady Lekarskiej – ciąży obowiązek odprowadzania na konto Izby comiesięcznej składki członkowskiej. Składka ta wynosi:

- **40 zł dla lekarza/lekarza dentysty;**
- **10 zł dla lekarza/lekarza dentysty emeryta,** który:
  1. ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie,
  2. ukończył 65 lat w przypadku mężczyzny albo 60 lat w przypadku kobiety oraz złoży odpowiednie dokumenty do OIL:
    - a) podanie do Prezydium ORL o ustalenie wysokości składki członkowskiej na 10 zł/miesiąc z zaznaczeniem okresu wnioskowanego,
    - b) kopię decyzji emerytalnej,

- c) zaświadczenie o przychodach za rok poprzedni (ew. PIT 36 lub 37 z roku poprzedzającego złożenie wniosku), w którym udokumentowane jest, iż nie został przekroczony przychód w wysokości 24.084 zł, nie wliczając świadczenia emerytalnego;
- **10 zł dla lekarza/lekarza dentysty rencisty**, który:
  1. ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie,
  2. złoży odpowiednie dokumenty do OIL:
    - a) podanie do Prezydium ORL o ustalenie wysokości składki członkowskiej na 10 zł/miesiąc z zaznaczeniem okresu wnioskowanego,
    - b) kopię decyzji rentowej;
- **10 zł dla lekarza stażysty/lekarza dentysty stażysty**, z wyłączeniem członków OIL, którzy już posiadają pełne prawo wykonywania zawodu.
- **Zwolniony z opłat członkowskich** może być:
  1. lekarz/lekarz dentysta, który złoży podanie do Okręgowej Rady Lekarskiej o zwolnienie z konieczności opłacania składki członkowskiej z zaznaczeniem okresu wnioskowanego oraz:
    - a) udokumentuje brak przychodów za okres wnioskowany (zaświadczenie o przychodach, ew. PIT 36 lub 37) lub przedstawi zaświadczenie z urzędu pracy określające okres pozostawania osobą bezrobotną (od – do),

- b) jest emerytem w pełnym wieku emerytalnym (65 lat w przypadku mężczyzny, 60 lat w przypadku kobiety) i złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu,
- c) jest rencistą i złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu,
- 2. lekarz/lekarz dentysta, który zrzeknie się prawa wykonywania zawodu.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich lekarze wyjeżdżający za granicę, którzy nie zrzekli się w Rzeczypospolitej Polskiej prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty, a tym samym nadal pozostają członkami Okręgowej Izby Lekarskiej, są zobowiązani do opłacania składki członkowskiej na rzecz Izby. Jednocześnie informujemy, iż fakt skreślenia lekarza z listy członków Izby Lekarskiej z powodu zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu, nie powoduje automatycznego anulowania zaległych składek członkowskich. Ww. dokumenty należy składać w Opolskiej Izbie Lekarskiej.

**Składki należy wpłacać na następujący numer konta: Opolska Izba Lekarska, PKO BP I Oddział Opole 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277.**

CO PISZĄ INNI

## RAPORT WIZERUNKOWY AKCJI PROTESTACYJNEJ W SPRAWIE KAR ZA UCHYBIENIA W WYSTAWIANIU RECEPT NA LEKI REFUNDOWANE – BARDZIEJ MEDIALNY NIŻ REALNY

Ideał najwspanialszego wizerunku medialnego jest mniej więcej taki: żeby pisali o nas jak najlepiej i jak najczęściej, a naszych przeciwników „wdeptali w ziemię”, by nasza racja jaśniała na wysokościach niepodważalnej prawdy. Każda organizacja, instytucja czy firma, usiłująca wpłynąć na opinię publiczną, marzy o takim wizerunku swojej sprawy.

Druga czerwcowo-lipcowa odsłona lekarskiego protestu w sprawie kar za nieprawidłowości w wystawianiu recept na leki refundowane, zwana protestem receptowym, zyskała wizerunek medialny bliski tego ideału. Dla wielu to stwierdzenie może wydać się zaskakujące. Nie każdy codziennie śledzi wszystkie doniesienia prasowe, radiowe i telewizyjne, nie może mieć zatem pełnego oglądu, a nawet jeśli to robi – w sposób naturalny daje pole własnym, subiektywnym odczuciom, co przynosi wypaczony obraz całości.

Aby rzetelnie ocenić całokształt przekazów medialnych, trzeba do tego przystąpić metodycznie, stosując uznane metody naukowe. Do oceny wizerunku medialnego protestu receptowego przeprowadzono analizę z wykorzystaniem dwóch metod – analizy zawartości i analizy treści przekazów prasowych. Kryteria oceny dopasowywano do oczekiwań środowiska lekarskiego, które dążyło do tego, żeby protest był:

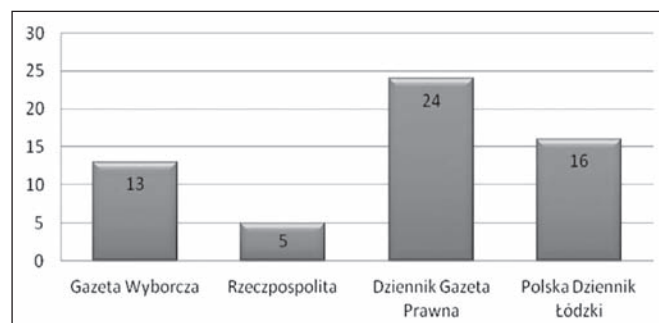
1. szeroko nagłośniony, a jego przekaz – przekonywujący i przedstawiający wszystkie racje lekarzy, natomiast miazdzący wobec zapisów zawartych we wzorze umowy narzuconej lekarzom przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
2. skuteczny, czyli wywołujący na tyle poważną sytuację w kraju, by organy władzy państwowej i władze NFZ zmusić do ustępstw;

- przyjmowany ze zrozumieniem przez pacjentów, akceptujących argumenty lekarzy, że protestują oni także w obronie interesów pacjentów (przedstawiciele organizacji lekarskich wkładali dużo wysiłku, aby przekonać o tym opinię publiczną), a jeśli nawet krytykowany – to nie nazbyt donośnie.

W porównaniu z pierwszą grudniowo-styczeniową odsłoną protestu (zwanego protestem pieczętkowym), protest receptowy był o wiele mniej powszechny, ale tylko niewiele mniej wyrazisty medialnie i niewiele mniej skuteczny. Nasuwający się wniosek to to, że efektywność protestu zależy nie tyle od konkretnych działań protestacyjnych podejmowanych w rzeczywistości lekarskich gabinetów, ile od medialnej jego popularności – a ta w stosunku do skali działań była naprawdę duża.

Najważniejsze wydarzenia związane z badanymi zagadnieniami oraz same zagadnienia były prezentowane równocześnie niemal przez wszystkie media w Polsce. Materiałem do naszej analizy stały się artykuły prasowe czterech gazet o zasięgu ogólnopolskim: „Gazety Wyborczej”, „Rzeczpospolitej”, Dziennika Gazeta Prawna oraz „Polski Times” (do której należy aktualnie „Dziennik Łódzki”, ukazujący się jako jego mutacja regionalna). Analizie poddano łącznie 58 artykułów opisujących protest, które ukazały się między 13 kwietnia i 27 lipca 2012 r. (106 dni). Protest cieszył się dużym zainteresowaniem tych gazet w okresie przed jego czynnym rozpoczęciem (39 tekstów przed 1 lipca br.), natomiast po jego zakończeniu to zainteresowanie było minimalne (3 artykuły po 7 lipca br.).

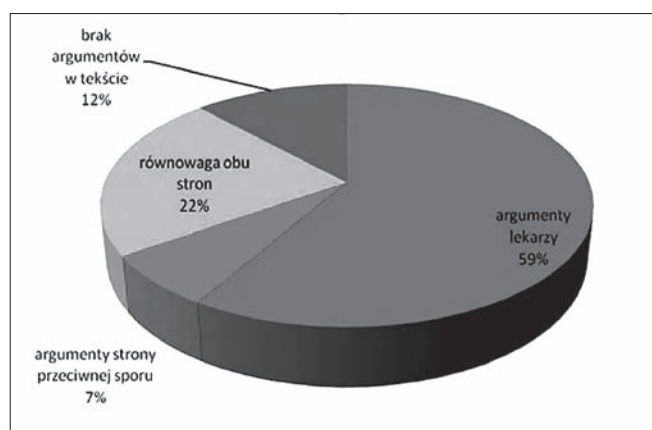
Najwięcej miejsca na swoich łamach poświęcił sprawie protestu „Dziennik Gazeta Prawna”, najmniej – „Rzeczpospolita”. Skalę zainteresowania tematem poszczególnych tytułów przedstawia wykres nr 1. Wśród 58 analizowanych publikacji zdarzały się nieliczne wywiady (4), felietony (2), komentarze redakcyjne i komentarze ekspertów (3), natomiast w zdecydowanej większości były to artykuły informacyjne i publicystyczne (49). W tym ostatnim zbiorze, rozmiar tekstów przeważnie albo sięgał połowy strony (20), albo były to notatki nie przekraczające objętością jednej czwartej strony (29).



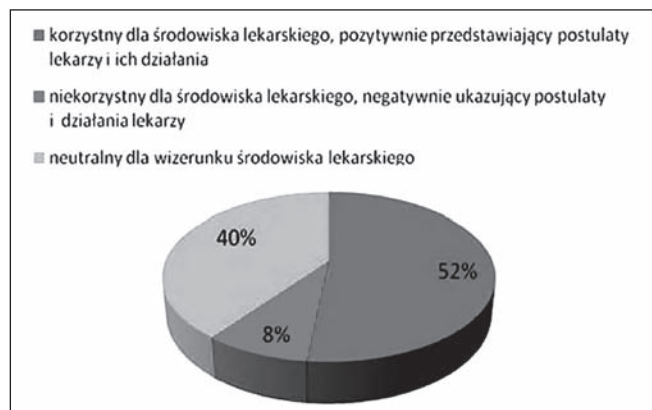
**Wykres 1.** Liczba artykułów na temat protestu w sprawie recept, opublikowanych w czasie od 13.04–27.07.2012 r.

Koronnym elementem oceny wizerunku przekazów medialnych jest tzw. wydźwięk: pozytywny, negatywny lub neutralny, zależny w dużej mierze od równowagi argumentów stron. W naszym badaniu wyróżniono wydźwięk poszczególnych artykułów w odniesieniu do środowiska lekarskiego oraz do przeciwnej strony sporu (Ministerstwo Zdrowia, NFZ) w sprawie kar za uchybienia w wypisywaniu recept. Proporcjonalny udział tekstów, badanych pod kątem równowagi zawartych w nich argumentów, przedstawia wykres nr 2. Wynika z niego, że w 59% analizowanych artykułów prasowych przeważają argumenty lekarzy, w 7% – ich adwersarzy, w 22% występuje równoważna liczba argumentów obu stron, a w 12% argumentacji nie ma.

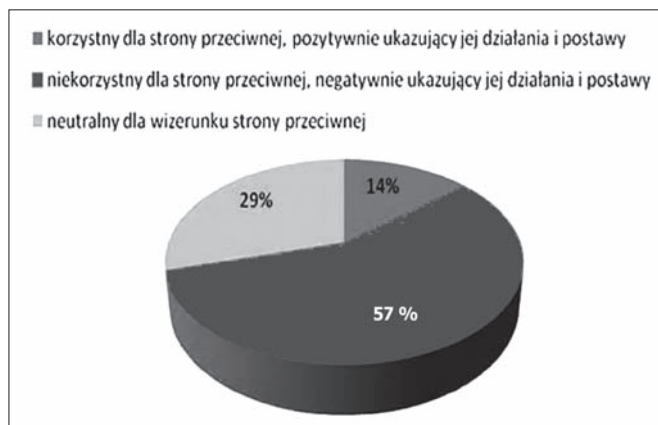
Po uwzględnieniu proporcji argumentów oraz sposobu ich prezentacji w poszczególnych artykułach, oceniono analizowane teksty pod kątem ogólnego wydźwięku: korzystny, niekorzystny, neutralny – osobno w odniesieniu do obu stron sporu. Wyniki tej analizy (odsetek tekstów) prezentują wykresy nr 3 (w odniesieniu do środowiska lekarskiego) oraz nr 4 (w odniesieniu do MZ i NFZ).



**Wykres 2.** Równowaga argumentów stron sporu w artykułach opisujących protest lekarzy w sprawie recept w czerwcu/lipcu 2012 r.

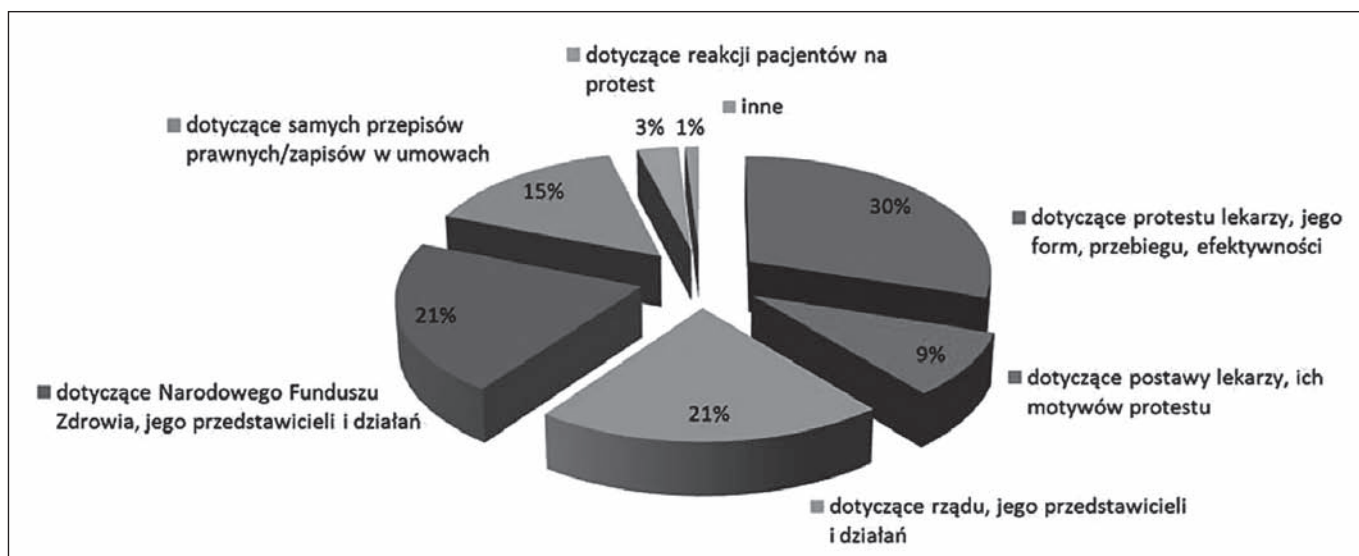


**Wykres 3.** Wydźwięk artykułów w odniesieniu do środowiska lekarskiego



**Wykres 4.** Wydzźwięk artykułów w odniesieniu do strony przeciwnej sporu

Argumenty stron receptowego sporu, zawarte we wszystkich 58 analizowanych tekstach, stanowią ogromną grupę prawie 400 stwierdzeń, dotyczących sześciu zagadnień: samego protestu, biorących w nim udział lekarzy, drugiej strony protestu (MZ, NFZ), zapisów prawnych, które go wywołały oraz reakcji pacjentów. Udział procentowy poszczególnych, wyodrębnionych powyżej kategorii przedstawiono na kołowym wykresie nr 5 (w legendzie podano ich liczebność).



**Wykres 5.** Argumenty i stwierdzenia zawarte w artykułach prasowych

Wśród argumentów i stwierdzeń dotyczących samego protestu lekarzy dominowały te, które opisywały jego formę, skalę, zasięg i efektywność. Częściej wskazywano, że większość lekarzy przystąpi/przystąpiła do protestu niż na to, że skala protestu jest niewielka. Bardzo często podkreślano, że do protestu przystępują/przystąpili lekarze prowadzący prywatne praktyki lekarskie. Wyjątkowo pojawiały się stwierdzenia, że protestować będą także lekarze w publicznych szpitalach i przychodniach. Często wspomniano sukces styczniowego protestu pieczętowanego, w wyniku którego udało się skłonić Sejm RP do usunięcia zapisów o karach dla lekarzy z ustawy

refundacyjnej. W okresie poprzedzającym czynny protest dziennikarze często podkreślali jego uciążliwość dla pacjentów, natomiast po jego rozpoczęciu – śledząc sytuację w aptekach i porównując ją do styczniowej – stwierdzali, że zapowiadany scenariusz nie sprawdził się. W opisach protestu dominowały wyraziste określenia, nacechowane emocjonalnie, np. bunt, wojna, pożar, koszmar receptowy, tykająca bomba.

Grupa stwierdzeń opisujących postawy i działania protestujących lekarzy obfituje w te, które przedstawiają i oceniają ich motywacje, nastawienie i oczekiwania. Warto dodać, że tym razem dziennikarze w pełni zaprezentowali całą linię argumentacji środowiska lekarskiego. Skrupulatnie odnotowywali także wszelkie działania podejmowane przez lekarzy oraz organizacje lekarskie – zarówno te kierowane pod adresem organów władz centralnych, jak i adresowane do całej społeczności lekarskiej w Polsce.

W zbiorze argumentów dotyczących rządu, jego przedstawicieli i ich działań zdecydowanie dominują głosy krytyki, wyrażane nie tylko przez przedstawicieli środowiska lekarskiego, ale także np. ekspertów zaproszonych do wypowiedzi na łamach wymienionych gazet. Największe natomiast ciągi w mediach przy okazji

protestu receptowego zebrał Narodowy Fundusz Zdrowia. Krytyczne stwierdzenia i argumenty, dotyczące tej instytucji, jej przedstawicieli i ich działań były ilościowo i jakościowo miazdzące. Wyrażano je przy tym (różne osoby, także autorzy artykułów) w większości w formie ostrej krytyki, również personalnej.

Wśród prawie czterystu stwierdzeń i argumentów prezentowanych na temat protestu receptowego w czterech wymienionych gazetach, zaledwie dziesięć opisuje reakcje pacjentów. Wszystkie to anonimowe „zbiorówki” przedstawione przez Rzecznika Praw Pacjenta, łącznie z radami dla chorych, jak w sytuacji protestowej moż-

na sobie radzić. Żadna z nich natomiast nie przedstawiła ani jednej dramatycznej sytuacji w lekarskim gabinecie czy aptece, wywołanej protestem, jak to miało miejsce w styczniu.

Określenie skali protestu stanowiło problem dla wszystkich: przedstawiciele samorządu lekarskiego i innych organizacji lekarskich, aptekarzy, NFZ, pacjentów, dziennikarzy. Do dziś dokładnie nie wiadomo, jaka ona była w rzeczywistości, jednak w rzeczywistości medialnej była całkiem spora. To, czego zabrakło w prezentacji czwartowo-lipcowego protestu w mediach, to z pewnością opisu jednostkowych zdarzeń. Wiadomo tymczasem, że dobrze opowiedziana historia uciemżonego przez protest pacjenta zaważyłaby z pewnością na wizerunku lekarskiej sprawy, a z kolei dramatyczne *story* lekarza udręczonego przez bezduszny system, odzierający go z kilkunastu tysięcy złotych tytułem kary za drobne, ludzkie pomyłki na receptach, mogłaby zapewne zburzyć podstawy niewłaściwego prawa w bardzo krótkim czasie (tak, jak to miało miejsce w przypadku słynnych kar za niedopełnienie sprawozdawczości odnośnie do odpadów medycznych).

Panuje przekonanie, że odwołanie prezesa NFZ Jacka Paszkiewicza ze stanowiska i powołanie jego następcy-

ni – Agnieszki Pachciarz było receptą ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza na ugaszenie receptowego protestu lekarzy. Coś w tym jest, gdyż nowa Pani Prezes dobie po swoim powołaniu zaprosiła przedstawicieli samorządu lekarskiego do negocjacji, co przełożyło się na nieznaczną poprawę zarówno wizerunku resortu, jak i samego Funduszu. Niestety, nie przełożyło się na wzmocnienie wizerunku środowiska lekarskiego.

W przestrzeni publicznej zapanował pogląd nowej Pani Prezes, że osiem z dziesięciu postulatów lekarzy w sprawie umów z NFZ na wypisywanie recept refundowanych zostało spełnionych. W mediach obwieszczono, że lekarze odstąpili od protestu 7 lipca br. W jakim stopniu jedno czy drugie jest prawdą, tego do końca opinia publiczna nie wie. Jedna organizacja zakończyła protest, inne go rozpoczęły, jeszcze inne zmodyfikowały jego formę. Jedna cieszy się z kompromisu, inne chcą lepszego, jeszcze inne nie ustąpią aż do końca. Środowisko lekarskie rozwarstwilo się, co po raz kolejny dowiodło, że rozbieżność zdań w jego obrębie jest za duża, a to... zbyt dobrze prognozuje dla adwersarzy.

Adriana SIKORA

(przedruk z „Panaceum” nr 9/12)

## UOKiK w sprawie NFZ

Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów odmówił wszczęcia postępowania przeciwko NFZ na wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej, która zarzuciła tej instytucji nadużywanie pozycji monopolistycznej polegające na narzucaniu lekarzom nieuczciwych i niezgodnych z prawem warunków umów o wystawianie recept refundowanych. To jednak nie koniec tej historii. Lekarze nadal mają możliwość walczenia o swoje.

Zdaniem Łukasza Sławatyńca z Kancelarii CMS Cameron McKenna najlepsza wiadomość z odpowiedzi UOKiK na wniosek NRL, to fakt uznania NFZ za przedsiębiorcę. Urząd antymonopolowy, jakim jest UOKiK, w ramach swoich kompetencji może zajmować się jedynie podmiotami, które „*mają cechy przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów*”. Wprost NFZ przedsiębiorcą nie jest – ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej określa tę instytucję jako „*państwową jednostkę organizacyjną posiadającą osobowość prawną*”.

UOKiK wywiódł jednak, że NFZ ma cechy przedsiębiorcy. Problem polega na tym, że nie jest to zwykły podmiot gospodarczy realizujący swe cele w konkurencyjnym środowisku. Konkurencji fundusz nie ma, co przyznaje też prezes UOKiK w swojej odpowiedzi. Przyznaje też, że NFZ istotnie zajmuje dominującą pozycję na rynku. Taką pozycję, wraz z rolą zarówno or-

ganizatora, jak i regulatora rynku świadczeń zdrowotnych, nadał mu jednak ustawodawca.

„*NFZ ma ograniczoną możliwość kształtowania swojego działania (z uwagi na obowiązujące go przepisy, jak i całość kontekstu prawnego, w którym działa), nie wszystkie jego działania mogą potencjalnie być uznane za praktykę nadużywania tej pozycji (monopolistycznej – przyp. red.), a tym samym odpowiedzialność antymonopolowa nie może być temu przedsiębiorcy przypisana*” – czytamy w piśmie prezesa.

– Nie wszystko stracone – mówi Łukasz Sławatyniec. – To, że UOKiK uznał fundusz za przedsiębiorcę, otwiera drogę do kwestionowania jego działań na gruncie prawa antymonopolowego. -

UOKiK nie chciał badać sprawy zgłoszonej przez Naczelną Radę Lekarską. Mogło to, choć nie musiało, wynikać z kontekstu politycznego. NRL dała też zresztą urzędowi antymonopolowemu zbyt mało argumentów, co zostało bezlitośnie wypunktowane w piśmie.

– Tu potrzebny jest konkret, czyli choćby jeden przykład pokazujący, że NFZ np. zakwestionował jakąś receptę i nakazał aptekarzowi i lekarzowi zwrot nienależnej refundacji lub wyznaczył nadmierną karę w stosunku do przewinienia – podkreśla Łukasz Sławatyniec.

Oczywiście fundusz ma prawo żądać kary za niewłaściwe wywiązanie się z umowy, a ponieważ jego zadaniem jest oszczędne gospodarowanie środkami, może

wyjaśniać, że działając w ten sposób, wypełnia swoją misję (środków z kar nie przeznacza przecież na premię dla prezesa, lecz na świadczenia zdrowotne dla ubezpieczonych). – Jest jednak różnica między działaniem zgodnie z prawem, a na jego pograniczu. Lekarze mogą dowodzić, pokazując konkretne przykłady, że narzucając im ostre warunki wypełniania umów, fundusz nadużywa nielegalnie swojej dominującej pozycji – twierdzi Łukasz Sławatyniec.

### Potrzebny Czesław Miś

Lekarze zawierają z NFZ umowy o charakterze cywilnoprawnym. Swoich praw mogą dochodzić zatem na drodze cywilnej, ponieważ to kodeks cywilny reguluje stosunki między osobami fizycznymi i prawnymi. Wynika z tego, że roszczeń na drodze sądowej dochodzić może nie izba lekarska, ale lekarz, który zawrze lub będzie chciał zawrzeć umowę z NFZ. Artykuł 5 k.c. stanowi: „*Nie można czynić ze swego prawa użytku, który by był sprzeczny ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem tego prawa lub z zasadami współżycia społecznego. Takie działanie lub zaniechanie uprawnionego nie jest uważane za wykonywanie prawa i nie*

*korzysta z ochrony*”. To jedna z licznych podpowiedzi, z jakich lekarz może skorzystać.

- Droga cywilna jest trudna i wymaga determinacji, jednak jest pewniejsza. Nie ma co ukrywać, zarówno NFZ, jak i Ministerstwo Zdrowia obawiają się trybu cywilnoprawnego – mówi Łukasz Sławatyniec.

Jest już precedens pokazujący, jak skuteczne, choć długotrwałe, może być to działanie. Kilka lat temu Czesław Miś, lekarz z Nowego Sącza, zakwestionował przed sądem praktykę szpitala, który w zakresie organizacji czasu pracy lekarzy działał zgodnie z prawem polskim, ale wbrew prawu europejskiemu. Sąd Najwyższy wreszcie uznał jego racje, co doprowadziło do zmiany prawa w Polsce.

- To takie przypadki doprowadzają do kształtowania się praktyki sądowej – podkreśla Łukasz Sławatyniec.

Zresztą Narodowy Fundusz Zdrowia ma już długą historię przegranych przed sądami spraw, chociażby o nadwykonania. Coraz częściej szpitale składają pozwy przeciwko funduszowi. Jeśli nie jest to działanie masowe, to przede wszystkim z powodu chłodnej kalkulacji czasu i energii, potrzebnych na przeprowadzenie postępowania sądowego, w stosunku do straty wynikającej z nieuczciwego zachowania się funduszu.

Sposobów postępowania w indywidualnych sprawach jest kilka. Lekarz może np. zwrócić się do sądu o mediację między nim a funduszem w sprawie umowy, a jeśli się ona nie powiedzie, o ustalenie przez sąd warunków umowy o wystawianie recept refundowanych. Niewykluczone, że stosowne wzory pism przygotowują izby lekarskie, by ułatwić członkom skorzystanie z tej drogi.

### Konkurencja w ochronie zdrowia

W tle działań izby lekarskiej jest przekonanie o konkurencyjności rynku ochrony zdrowia, co wynika zarówno z trwającego w ostatnim dwudziestolecu dyskursu zwolenników liberalnej ekonomii w odniesieniu do sektora opieki zdrowotnej, jak i części wprowadzonych rozwiązań prawnych.

Tymczasem należy zdać sobie sprawę, że w ochronie zdrowia „niewidzialna ręka rynku” nie działa, a jeśli już do tego dochodzi, często towarzyszą temu rozmaite patologie, wynikające z dużej asymetrii informacji oraz wysokiego poziomu skomplikowania relacji między poszczególnymi uczestnikami. W warunkach realnej konkurencji dogmatem jest wolne kształtowanie cen – nie dzieje się tak w ochronie zdrowia. Jeśli sprzedawca herbaty odmówi klientowi sprzedaży tej herbaty, ponosi za to niewielką odpowiedzialność, natomiast konsekwencją nieudzielenia pomocy pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia jest kara więzienia. W wyborze herbaty klient kieruje się swoim subiektywnym upodobaniem oraz zasobnością portfela, pacjent zaś ma niewielki w istocie wybór, jeśli chodzi o sposób leczenia, ponieważ nie posiada wystarczającej wiedzy na ten temat. Wprowadzenie na rynek nowego gatunku herbaty to bardziej kwestia logistyczna, z niewielkimi formalnymi ograniczeniami, podczas gdy wprowadzenie na rynek nowego leku zajmuje lata i obwarowane jest bardzo ścisłymi przepisami. Tego typu różnice można wymienić naprawdę długo.

- Gospodarka rynkowa jest bardziej efektywna niż systemy nakazowo-administracyjne, ale wymaga spełnienia wielu warunków: uczciwej konkurencji, dostępu do informacji i jej symetrii, braku monopolu itd. Rynek jest jednak zawodny w przypadku tzw. dóbr publicznych – mówi prof. Stanisława Golinowska, ekspertka ekonomiki zdrowia.

Wskazuje, że i tu należy wprowadzać mechanizmy rynkowe, ale z pewnymi ograniczeniami. Prof. Golinowska przytacza przykład Chile, które urynkowiło w znacznej mierze swoją ochronę zdrowia, prywatyzując szpitale i ubezpieczalnie, po czym w wielu przypadkach, ponosząc olbrzymie koszty, przywróciło własność publiczną.

Niemniej jednak rynek ochrony zdrowia w Polsce staje się coraz bardziej konkurencyjny i należy się spodziewać, że UOKiK będzie się coraz częściej nim zajmował. W ciągu najbliższych lat czeka nas cała seria przekształceń szpitali i ich konsolidacji. W Niemczech, gdzie ten proces trwa od ponad dekady, urząd antymonopolowy w ostatnim czasie zablokował łączenie się szpitali. W tym zakresie zatem UOKiK będzie miał coraz więcej do powiedzenia.

Justyna WOJTECZEK

(przedruk z „Pulsu” nr 9/12)

# ERRARE HUMANUM EST

Pielęgniarka zaaplikowała pacjentowi niewłaściwy lek. Wskutek tego pacjent doznaje niepotrzebnego cierpienia – wymiotuje, źle się czuje, ma bardziej niekorzystne wyniki badań niż w chwili przyjęcia do szpitala. W duńskiej placówce pielęgniarka wypełnia specjalną kartę, w której opisuje zdarzenie. Zbiera się zespół, który analizuje, co było przyczyną błędu, i w razie konieczności zmienia procedury. Pielęgniarka nie ponosi żadnej kary. Donos na samą siebie? Jak najbardziej. Chodzi o wyeliminowanie ryzyka popełnienia takiego błędu ponownie.

Dania może się szczycić bodaj najlepszym systemem zarządzania ryzykiem niepożądanego zdarzenia medycznego. Zapewnia on korzyści pacjentom – bo poprawia ich bezpieczeństwo, personelowi placówek medycznych – bo mają większy komfort pracy. Poza tym daje wymierne korzyści ekonomiczne w postaci zmniejszenia liczby powikłań. Czy mamy szansę na opracowanie podobnego? Pewną furtkę otworzyła ustawa o działalności leczniczej, ale to na razie tylko tyle, potrzebne są dalsze zmiany istniejących przepisów. Dyskusja w Ministerstwie Zdrowia na ten temat się toczy, bo – jak informuje resort – trwają ostatnie prace nad projektem ustawy o jakości w ochronie zdrowia.

To w takiej ustawie jest miejsce na stworzenie przepisów umożliwiających niekaranie lekarza, pielęgniarki czy innego członka zespołu w szpitalu, który zgłosi potencjalny błąd medyczny (choćby źle oznakowany lek na półce) lub zdarzenie, do którego już doszło. Filozofia takiego działania opiera się na prostej prawdzie: tam, gdzie działa człowiek, muszą pojawiać się błędy. W medycynie trzeba więc zrobić wszystko, by ryzyko błędów eliminować i by w nierepresyjnym systemie zgłaszania zdarzeń pracownicy mieli odwagę je raportować. Obecnie przełożony pielęgniarki w Polsce byłby zobowiązany do złożenia doniesienia do prokuratury lub co najmniej wszczęcia procedury dyscyplinarnej.

- *Szczególnie skuteczny system analizy wypadków i zdarzeń niepożądanych powstał w lotnictwie. To w instytucjach nadzorujących cywilne lotnictwo amerykańskie w połowie ubiegłego wieku zrozumiano, iż ważniejsze od poszukiwania winnego jest dochodzenie przyczyn tragicznych lub niebezpiecznych zdarzeń. Wcześniejszą kulturę formułowania oskarżeń zastąpiono kulturą poszukiwania przyczyn takich zdarzeń i sposobów zapobiegania im w przyszłości. Stworzono więc system, w którym pracownicy nie obawiają się zgłaszania wszelkich zdarzeń, które wystąpiły, a nie powinny. Wskutek takiego podejścia bezpieczeństwo pasażera od lat 50. ogromnie wzrosło – mówi prof. Rafał Niżankowski z Collegium Medicum UJ.*

- *Ta bezprecedensowa poprawa bezpieczeństwa lotów stanowi oczywistą zachętę dla opieki zdrowotnej, aby podjąć analogiczną drogę. Pierwszym warunkiem jest zmiana naszych przepisów prawnych – wprowadzenie depenalizacji i powiązanie jej z obowiązkiem zgłaszania zdarzeń niepożądanych – podkreśla.*

Na początku lat 90. czasopismo „Harvard Medical Practice Study” opublikowało materiał z badań wykazujących, iż u 3,7% pacjentów hospitalizowanych w szpitalach ogólnych popełniono błędy w trakcie leczenia, z czego w przypadku 4,3% odnotowano zgon lub trwałą dysfunkcję. Hiszpańskie badanie ENEAS pokazało, że 9,3% pacjentów hospitalizowanych w Hiszpanii w 2005 r. doznało zdarzeń niepożądanych, przy czym 42,8% uznano za zdarzenia, których można było uniknąć. Z przeprowadzonego we Francji badania wynika, że w okresie siedmiu dni obserwacji na 55% oddziałów chirurgicznych i na 40% oddziałów ogólnych wystąpiło przynajmniej jedno zdarzenie niepożądane. 35,4% uznano za zdarzenia, których można było uniknąć.

Dlaczego jeszcze nie warto budować systemu represyjnego? Okazuje się, że zaledwie w kilku procentach winna popełnienia błędu jest konkretna osoba. W znacznej większości zdarzenia niepożądane są efektem niewłaściwej organizacji pracy i błędów systemu. Już kilka lat temu Komisja Wspólnot Europejskich wezwała państwa członkowskie do stworzenia lub udoskonalenia systemów rejestrowania skali i przyczyn zdarzeń niepożądanych w celu opracowania skutecznych rozwiązań.

Komisja podkreśla, że należy zachęcać do czynnego zgłaszania zdarzeń niepożądanych przez stworzenie sprzyjających okoliczności, mających charakter odmienny od procedur dyscyplinarnych.

- *„Takie zgłaszanie zdarzeń niepożądanych powinno odbywać się w sposób konstruktywny, a nie represyjny, w celu ukarania, tak aby pracownicy opieki zdrowotnej mieli pewność, że mogą zgłaszać takie zdarzenia bez obawy o negatywne konsekwencje” – czytamy w komunikacie Komisji.*

- *W Polsce stworzenie systemu raportowania i analizy zdarzeń niepożądanych w lecznictwie będzie szczególnie trudne. W dużej części dlatego, że media przy okazji każdego nieszczęścia czy niepowodzenia zawsze promują przekonanie o konieczności szukania winnego. Wywołują niezwykle szkodliwą atmosferę konieczności karania. Abolicja w przypadku przyznania się do błędu nie jest popularnym pomysłem – mówi prof. Niżankowski. Jego zdaniem poprawa bezpieczeństwa pacjentów w Polsce zależy zatem w pierwszej kolejności od postawy dziennikarzy.*

Jaskółki zwiastujące zmiany jednak widać. W świdnickim szpitalu Latawiec realizowany jest projekt, w ra-

mach którego odbywa się tzw. mapowanie czarnych punktów w szpitalu, czyli miejsc i sytuacji, w których ryzyko zdarzenia niepożądanego jest najwyższe. Dotąd zdiagnozowano ok. 40 typów takich miejsc. Jacek Domejko, do niedawna dyrektor świdnickiego szpitala, mówił w „Menedżerze Zdrowia”, że z analizy zaistniałych zdarzeń wynika, iż trzeba zwrócić uwagę na szybkość i trafność diagnozę kierunkową oraz skuteczną profilaktykę przeciwzakrzepową, a jeśli chodzi o przeciwdziałanie zakażeniom – na higienę (m.in. czystość rąk). Brzmi może banalnie, ale w krajach, które stosują podobne systemy, zanotowano znaczący spadek błędów. Nie do pominięcia jest fakt znaczących oszczędności finansowych. Domejko szacuje, że można będzie – po zrealizowaniu całego projektu – rocznie zaoszczędzić nawet 800 tys. zł!

### Zalecenia Komisji Wspólnot Europejskich

Komisja postuluje wprowadzenie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych, a zatem takich, w których szkoda w trakcie leczenia pacjenta nie wynika z naturalnego przebiegu choroby lub stanu jego zdrowia. Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego powinno być traktowane jako niezależne od rejestru skarg, wniosków i zażaleń pacjentów, poufne, nie może służyć identyfikacji pacjenta i personelu, powodować stygmatyzacji personelu, musi

się zawsze łączyć z analizą i poszukiwaniem przyczyn, a następnie działaniami naprawczymi.

W każdym szpitalu powinien powstać rejestr pacjentów, z których leczeniem wiązało się zdarzenie niepożądane, a jego działanie obrazuje zamieszczony schemat.

1. Personel medyczny zgłasza wystąpienie zdarzenia niepożądanego (zdarzenia dzielimy na rzeczywiste i potencjalne/niedoszłe).
2. Zespół ds. analiz zdarzeń niepożądanych dokonuje analizy zgłoszonego przypadku.
3. Określenie kolejności zdarzeń.
4. Zidentyfikowanie przyczyn.
5. Przygotowanie planu działań.
6. Sporządzenie raportu i przekazanie personelowi oddziału.
7. Na poziomie oddziałów, a następnie szpitala – podmiotu leczniczego jest prowadzona analiza występowania zdarzeń niepożądanych.

Miejmy nadzieję, że w przygotowywanej ustawie o jakości w ochronie zdrowia znajdą się nowe przepisy. Specjaliści i zapaleńcy w dziedzinie jakości w ochronie zdrowia apelują do wiceministra Marka Habera, by nie zapomniał o odpowiednich zapisach w projekcie ustawy, który powstaje pod jego zwierzchnictwem. Warto, by środowisko medyczne poparło ich apele.

Justyna WOJTECZEK

(przedruk z „Pulsu” nr 4/12)

## Musimy przekonać społeczeństwo

Rozmowa z prof. dr hab. med. Wojciechem ROWIŃSKIM konsultantem krajowym d/s transplantologii

*Człowiek od dawna myślał by żyć dłużej, ale od niedawna pomaga mu w tym między innymi możliwość dokonywania przeszczepów.*

Tak, myśl o tym by żyć długo, szczęśliwie i nawet być nieśmiertelnym towarzyszy nam od pokoleń. Natomiast umiejętność przeszczepiania narządów jest nową dziedziną mającą swój początek w dwudziestym wieku. Przeszczepianie tym się różni od innych specjalności medycznych, że oprócz myśli ludzkiej, rozwoju technologii potrzebny jest narząd pochodzący z organizmu drugiego człowieka – osoby zmarłej lub dawcy żywego. Jest to jedyna dziedzina medycyny, która mimo że trochę kosztuje powinna być finansowana bez limitowo, ponieważ społeczeństwo daje własny wkład w system ochrony zdrowia. Ofiarowuje narząd, którego nie można kupić, sprowadzić na import docelowy czy wziąć z banku.

*Jak długa jest historia przeszczepiania w Polsce?*

Ma ponad czterdzieści lat, a swój początek datuje od pierwszej próby przeszczepu nerki we Wrocławiu w 1965 roku przez prof. Wacława Brossa i pierwszego

udanego przeszczepu tego narządu w Warszawie w styczniu 1966 roku, który przeprowadził profesor Jan Nielubowicz u chorej przygotowanej przez Profesora i Tadeusza Orłowskiego. W tej chwili w kraju mamy blisko 30 ośrodków przeszczepiających narządy w tym 19, gdzie prowadzi się transplantacje nerki. Ponadto pięć ośrodków przeszczepiania wątroby, cztery serce, a w dwóch przeszczepia się płuca. W Trzebnicy mamy także doskonały ośrodek przeszczepiania kończyn. W najbliższym czasie prawdopodobnie będzie otwarty ośrodek przeszczepiania twarzy u chorych z ciężkimi pooperacyjnymi obrażeniami, które uniemożliwiają normalne życie. Nie jest to zabieg wykonywany ze wskazań estetycznych.

*Dokonania prof. Jerzego Jabłockiego z Trzebnicy (w którym wykonuje się przeszczepienie kończyn) znane są nie tylko w Europie, na dowód tego w przyszłym roku jego zespół będzie organizatorem światowego zjazdu. Jak przedstawia się poziom pozostałych ośrodków?*

Poziom kadry medycznej jest doskonały. Mamy takie samo doświadczenie i wyniki, jak w ośrodkach amerykańskich.

kańskich i najlepszych w Europie. Niestety ustępujemy im jeżeli chodzi o liczbę wykonywanych zabiegów będących pochodną liczby pobieranych narządów. Wystarcza to na pokrycie 40 procent potrzeb społeczeństwa.

*W czym tkwi problem niewystarczającego poboru narządów?*

Narządy pobiera się od zmarłych po komisyjnym rozpoznaniu śmierci mózgu. Nie zawsze, gdy można rozpoznać śmierć mózgu lekarze to robią. Nie chcę wypowiadać się dlaczego. Poza tym nadal istnieją pewne obawy w społeczeństwie dotyczące rozpoznawania zgonu, wyboru biorcy i wreszcie handlu narządami, którego w Polsce nie było i nie ma. W przypadku nerek i wątroby mamy możliwość przeszczepienia tych organów (jednej nerki i fragmentu wątroby) od żyjącego dawcy. I tu ogromne zaskoczenie jeżeli chodzi o przeszczep nerki, jesteśmy na kompromitująco niskim poziomie. 3,5–4 procent wszystkich przeszczepów nerek w Polsce pochodzi od dawcy rodzinnego, a na świecie to około 35 procent.

*Dlaczego jest tak mało przeszczepów rodzinnych?*

Za mało uwagi tej sprawie poświęcają koledzy nefrologi i lekarze rodzinni, którzy opiekują się osobami, u których zaczyna się niewydolność nerek. O przeszczepie można pomyśleć przed rozpoczęciem dializ, wtedy ważna jest rozmowa z rodziną. Koncepcja promocji przeszczepów nerek od dawców żywych jest z gruntu fałszywa dlatego, że zazwyczaj ograniczamy się do pytania pacjenta czy ma kogoś kto oddałby nerkę. Nie można stawiać pacjenta w pozycji żebraka. Adresatem tego pytania powinna być rodzina.

W przypadku organów od zmarłych jest natomiast cały szereg uwarunkowań składających się na niezadowalającą liczbę pobrań. Są tacy, którzy narzekają na tzw. zasadę zarejestrowanego sprzeciwu nazwaną nie wiadomo dlaczego zasadą domniemaną. Uważają, że lepszą byłaby zgoda wprost. Ja się z tym stwierdzeniem nie zgadzam. Kraje, które mają zgodę wprost i są bastionem tego typu autoryzacji, jak Wlk. Brytania czy Stany Zjednoczone zaczęły rozmowy ze społeczeństwem na temat wprowadzenia zgody domniemanej. Mówię o tym, bo rodzina, moim zdaniem całkiem bezpodstawnie, usurpuje sobie prawo do decydowania o organach osoby zmarłej. Od czasów rzymskich żadne prawo świata nie przekazuje

rodzinie prawa własności i decydowania o narządach. 25 procent rodzin w Ameryce mówi nie mimo, że jest zgoda wprost. Tak więc sam system autoryzacji pobrania nie odgrywa zasadniczej roli. Musimy przekonać społeczeństwo.

Druga sprawa to rozpoznanie zgonu. Jednym z paradoksów medycyny transplantacyjnej jest to, że potrzebny jest żywy narząd od człowieka, który zmarł. Zatem pobieramy dany narząd, przez który jest jeszcze przepływ krwi w wyniku pracy serca. Ale wtedy i dopiero wtedy, kiedy zostanie rozpoznany zgon. W Polsce przepisy są niezwykle restrykcyjne i to bardzo dobrze, bo zgon rozpoznaje komisja lekarska złożona z trzech lekarzy specjalistów: anestezjologa, neurologa lub neurochirurga i trzeciego lekarza innej specjalności. Osoba jest badana dwukrotnie, to wszystko trwa kilkanaście godzin i jeżeli jest cień wątpliwości komisja nie podpisuje dokumentu stwierdzającego zgon. Ten temat kiedy umiera człowiek jest jednak cały czas dyskutowany. Bo kiedy ma dojść do pobrania narządu rozpoznajemy śmierć mózgu, w innym przypadku czekamy na ustanie akcji serca. Albo człowiek umiera, albo nie umiera. Wytyczne dotyczące śmierci mózgu są dokładnie opracowane. W Polsce są oddziały intensywnej terapii, w których rozpoznaje się zgon człowieka w oparciu o rozpoznanie śmierci mózgu. W moim przekonaniu jest to słuszne. Jednak są osoby które twierdzą, że korzystanie z tej praktyki jest zabijaniem człowieka dla potrzeb pobierania narządu. Moim zdaniem to absurd.

*Czy przyszłość transplantologii w Polsce ma szansę na poprawę?*

Już jest lepiej. [...]\*

*Na ile problem limitowania w transplantologii ma wpływ na jej rozwój?*

Teoretycznie, zgodnie z decyzją Pani Minister Kopacz nie było limitowania procedur. Niestety Narodowy Fundusz Zdrowia działa „autonomicznie” i nie przestrzega tej decyzji. Konieczna jest zatem decyzja nowego Ministra w tej sprawie.

*Dziękujemy za rozmowę.*

\* skrót pochodzi od Redakcji Opolskiej – JBL.

(przedruk z biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie nr 3/12)

ultrasonografy.pl



# To idzie starość

Z Marią LASKOWSKĄ-SZCZEŚNIAK, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie geriatryi rozmawia Maria Przesmycka

*Opublikowane wyniki wielośrodkowych badań jakości życia osób w podeszłym wieku PolSenior wciąż są przedmiotem dyskusji. Pani z grupą lubelskich geriatrów brała w nich udział.*

To było największe w naszym kraju, interdyscyplinarne badanie populacji osób starszych. Przebadano 5695 respondentów w 2 grupach wiekowych: przedpola starości (50-59 lat – 716 osób) i wieku starszego (od 65 lat wzwyż – 4979 osób). Dzięki współpracy badaczy z różnych dyscyplin powstał obszerny raport poświęcony medycznemu, biologicznemu, społecznemu i ekonomicznemu aspektom starzenia się polskiego społeczeństwa i, co ważniejsze, rekomendacje rozwiązywania problemów starości przez administrację publiczną, ochronę zdrowia, organizacje pozarządowe.

*Czego dowiedzieliśmy się z raportu o stanie zdrowia polskiego seniora?*

Ze wstępnej analizy badań wynika jednoznacznie, że polscy seniorzy (65+) są pod względem zdrowotnym bardzo zaniedbani – 30% ma problemy ze słuchem; uszkodzenie wzroku występuje u 70% (prawie połowa ma źle skorygowane wady wzroku), co trzeci senior cierpi na zaćmę; u 93% stwierdzono całkowite bezzębie (tylko połowa, raczej ze środowiska wielkomiejskiego używa protez zębowych); prawie 30% ma depresję (u ok. 40% chorych nie rozpoznaną i nie leczoną); 38% lekkie lub umiarkowane otępienie. Powszechne jest nadciśnienie tętnicze – w wielu przypadkach nie rozpoznane i nie leczone. Wiele jest nieleczonych lub źle leczonych niedoczynności lub nadczynności tarczycy. To tylko kilka przykładów z długiej listy problemów zdrowotnych, z którymi borykają się starsi ludzie. Tylko 9% z nich jest wolnych od chorób przewlekłych.

*Program PolSenior nie tylko badał sytuację polskich seniorów, ale jego autorzy wypracowali kompleksowe rekomendacje w każdej z dziedzin.*

Polska szybko się starzeje. Prognozy wskazują, że w 2030 roku odsetek ludzi powyżej 65. roku życia będzie w naszym kraju wynosił 23,8 – stajemy się społeczeństwem zaawansowanej starości demograficznej. Rekomendacje powinny stać się narzędziem decydentów podejmujących decyzje w kluczowych społecznie obszarach. Nowoczesna polityka, skierowana do osób starszych powinna kompleksowo realizować programy podtrzymujące jak najdłużej ich aktywność zawodową

i społeczną, zapewniać wsparcie osobom potrzebującym pomocy w czynnościach dnia codziennego, dostosować opiekę zdrowotną do specyficznych potrzeb starszego pacjenta.

*Zostańmy przy rekomendacjach w dziedzinie ochrony zdrowia.*

Większość z nich od dawna jest postulowana przez geriatrów. Szybkie powiększanie się najstarszej grupy wiekowej społeczeństwa wymusi zmiany w systemie opieki zdrowotnej. Konieczny jest nowy system ochrony zdrowia, koordynujący i integrujący wszystkie instytucje zajmujące się starszymi pacjentami. Ważne, żeby pomyśleć o tym jak najwcześniej, bo na razie w Polsce udajemy, że nie ma starości. Przede wszystkim trzeba wdrożyć, już od okresu przedemerytalnego, badania przesiewowe, zwłaszcza w zakresie badań okulistycznych i audiologicznych, chorób układu krążenia, cukrzycy, tarczycy, anemii oraz tzw. wielkich zespołów geriatrycznych, czyli depresji, otępienia, upadków, pozwalające na wczesną diagnostykę i leczenie. Konieczny jest także rozwój opieki geriatrycznej – przyspieszenie tworzenia oddziałów i specjalistycznych poradni geriatrycznych. Według oceny Zespołu ds. Geriatryi przy ministerstwie zdrowia obecny system opieki zdrowotnej i społecznej nad osobami starszymi jest niedostosowany do potrzeb tej populacji, bo oferuje zdeintegrowane, rozproszone i niespójne świadczenia. Brak koordynacji opieki wysokospecjalistycznej z podstawową opieką zdrowotną, brak kadry i bazy geriatrycznej, dyskryminacja starszych chorych w zakresie procedur diagnostycznych i leczniczych, brak efektywnego systemu opieki pielęgniarstwa, rehabilitacji psychicznej i fizycznej, edukacji pacjentów i ich opiekunów.

Zmiany wymaga też system kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy, tak by studenci i lekarze, zwłaszcza pierwszego kontaktu byli wyczuleni na specyficzne problemy starszych pacjentów (wielochorobowość, odmienną symptomatykę chorób, inna reakcja na leki, zaburzenia psychiczne, poznawcze, wielolekowość prowadząca do polipragmazji i w efekcie nowych chorób jatrogrennych). [...]\*

(przedruk z „Medicusa” nr 6-7/12)

\* skróty pochodzą od redakcji Opolskiego Biuletynu.

# Paszkwil na Giocondę, czyli o tym, że nie o sam tylko uśmiech chodzi

Zdrowe zęby i dziąsła to mniejsze ryzyko zawału serca, udaru mózgu. To łagodniejszy przebieg cukrzycy, choroby stawów, łatwiejsze leczenie schorzeń oczu, nerek. A kontrolne, nie tylko spowodowane bólem, wizyty u stomatologa to szansa na wczesne zdiagnozowanie wielu poważnych chorób ogólnych, które dzięki temu mogą być szybko i skutecznie leczone. Coraz częściej więc stomatolog w codziennej pracy przejmując rolę, która wychodzi poza stereotypy.

## Wspomnienia zamiast wstępu

Kiedy przed 20 laty, jako studentka stomatologii, stanęłam po raz pierwszy w paryskim Luwrze przed portretem Giocondy, nie potrafiłam oprzeć się wrażeniu, że cała afera z jej tajemniczym uśmiechem jest niczym innym, jak marketigowym wymysłem pseudoznawców sztuki. Dla mnie było absolutnie jasne, że nijak inaczej ona uśmiechać się nie może, bo epoka, w której żyła, nie sprzyjała ani profilaktyce, ani dbaniu o zęby. Musi być, ma je zepsute – pomyślałam. Może nawet jej i któregoś brak.

Po czasie, ponieważ moja – już wtedy podyplomowa – edukacja wciąż łączyła mnie z Paryżem, stanęłam kolejny raz przed obrazem da Vinci. Tym razem moje myśli błądziły wokół pytania: jak namalowałby słynny portret Leonardo u schyłku XX wieku? W czasie, kiedy z bilbordów, okładek Vogue czy Cosmopolitan spoglądają słynne modelki, ukazując lśniący biały, idealny garnitur uzębienia, bez którego współczesna symbolika uśmiechu przestaje istnieć?

Rola stomatologa przestała już wtedy, tak w Stanach Zjednoczonych, jak i Europie, nie tylko tej Zachodniej, ograniczać się do profilaktycznego stosowania fluoru, leczenia próchnicy, wykonywania uzupełnień protetycznych. Wachlarz usług stomatologicznych, prócz komponenty terapeutycznej, zaczął obejmować szereg elementów kosmetycznych. Stomatolog potrafił stać się czarodziejem, zastąpić wręcz psychoterapeutę i odmienić całe życie swojego pacjenta. A wszystko to za sprawą olśniewającego uśmiechu.

## Co z niewerbalną komunikacją?

Potęga uśmiechu sięga bowiem swoją historią daleko, aż ku starożytności. Od zawsze był on zwierciadłem naszej duszy, niewerbalnym sposobem komunikowania się, wyrażania naszych emocji (tych pozytywnych: radości, zadowolenia, ale również pogardy, ironii, podstępny). Uśmiech sygnalizuje otoczeniu, że jesteśmy życzliwi, przyjaźni, otwarci. Świadczy o naszym pozytywnym myśleniu. A optymiści są zdrowsi, więcej zarabiają, cie-

szą się długotrwałymi, szczęśliwymi związkami, dłużej żyją. Uśmiech sprzyja również sukcesowi w pracy. Amerykanie mawiają, że wart jest miliony... Często bowiem przekłada się on i na zarobki. No a równocześnie, także w tym dosłownym słowa znaczeniu, bo nierzadko kwoty zostawiane u stomatologa, by uzyskać „hollywoodzki uśmiech” bywają niebotyczne.

Warto się uśmiechać!? W epoce, kiedy kult piękna i młodości stał się prawdziwą obsesją, kiedy w naszym kręgu kulturowym oznaką młodości i atrakcyjności są zadbane, równe, białe, lśniące zęby, oczywiście odpowiedź brzmi: tak.

Więc w sumie nic nie stoi na przeszkodzie, by założyć, że Leonardo żyjąc pod koniec XX wieku, otrzymując zlecenie namalowania portretu współczesnej mu Włoszki, musiałby zweryfikować swoją koncepcję obrazu pryzmatem wymagań epoki i przedstawić ją z uśmiechem choćby Julii Roberts.

Kolejny, trzeci raz nie stanęłam już przed słynnym portretem. A im dłużej pracowałam, tym bardziej byłam świadoma, że nie o sam tylko uśmiech w mojej pracy chodzi... Dla kogo więc centralne miejsce w ogólnozdrowotnej profilaktyce i wczesnej diagnostyce?

Studenci wydziału lekarskiego, często „pieszczotliwie” nazywali nas, studentów stomatologii „zębodłubkami”, a nasz oddział „wyższą szkołą odwiertów”. Przez całe te lata i społeczeństwo nie widziało w stomatologu lekarza, a raczej rzemieślnika, który naprawia, usuwa, wstawia. Wydaje się więc, że uplasowanie stomatologa na czubku piramidy specjalistów dbających i odpowiedzialnych za ogólny stan zdrowia, może być zbyt innowacyjnym, a wręcz ryzykownym podejściem do społecznej, prozdrowotnej polityki. A przecież nie byłby to wymysł ostatnich lat. Już bowiem w epoce handlu niewolnikami oglądano szczególnie uważnie jamę ustną sprzedawanych niewolników i największą cenę oferowano za tego, który miał zdrowe uzębienie i język.

A sięgając jeszcze wcześniej w historię medycyny, przed tysiącletkami chińscy medycy diagnozowali choroby narząd na podstawie badania języka. Diagnoza ta wyprzedzała na długie nawet miesiące sygnały bezpośrednio z zagrożonego miejsca.

Problem więc z wyobrażeniem sobie stomatologa jako osoby, która bierze czynny udział w profilaktyce zdrowia ogólnego, czy wczesnej diagnostyce szeregu schorzeń, bierze się raczej z deficytu wiedzy opinii publicznej. Bo co do dowodów naukowych, z każdym rokiem przybywa tych, które udawadniają ścisłą zależność stanu ogólnego zdrowia od stanu zdrowia jamy ustnej i wy-

licząc schorzenia ogólne, manifestujące się w pierwszej kolejności w obrębie jamy ustnej.

Wizyta u stomatologa pozwala na wczesne wykrycie złośliwego nowotworu w jamie ustnej, może odkryć początki cukrzycy, białaczki, anemii, chorobę układu pokarmowego, niedobory witamin, także anoreksję czy bulimię.

To także szansa na wczesną diagnozę i leczenie potocznie zwanej paradontozy, która zwiększa ryzyko zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu, a także komplikuje przebieg cukrzycy. Jest również ryzykiem dla kobiety w ciąży przedwczesnego porodu dziecka z niską masą urodzeniową (czyli jego upośledzenia a nawet zgonu).

Wszystkie nieleczone, obecne w jamie ustnej tak zwane ogniska zapalne rzutują natomiast na stan narządu wzroku, stawy, sztuczne zastawki w sercu i komplikują przebieg wielu innych chorób ogólnych. Przed wykonaniem z kolei niektórych zabiegów chirurgii ogólnej czy przeprowadzeniem ogólnych terapii (np. przeszczepu szpiku kostnego, chemioterapii, radioterapii), zdrowie jamy ustnej okazuje się być zasadnicze, żeby nie powiedzieć, że jest warunkiem.

Także i w walce z nałogiem palenia papierosów udział stomatologa okazuje się skuteczny. Często wstrzymanie się pacjenta od palenia papierosów na okres wybie-

łania zębów, wszczepienia implantów, czy innego zabiegu chirurgicznego, przy właściwym, odpowiedzianym przez stomatologa, użyciu substytutów nikotyny (w postaci plastrów, gum do żucia, tabletek do ssania) staje się wyjściem do skutecznego zaprzestania palenia, z jakże pozytywnymi skutkami ogólnozdrowotnymi.

### Czas na rozpoczęcie misji

Rola, jaką może spełniać stomatolog we współczesnej rzeczywistości, zaskakuje pacjentów, a przerasta niejednokrotnie samych stomatologów świadomością, że w nie mniejszym stopniu niż lekarz rodzinny stają się kreatorem zdrowia w ogólnym tego pojęciu. Towarzyszą kobiecie w ciąży, później opiekują się dziećmi, bywa, że związani są z kilkoma pokoleniami całych rodzin przez dwadzieścia, trzydzieści lat, a nawet więcej. Coraz częściej, żyjąc pod presją oczekiwań daleko bardziej odbiegających od dotychczasowych stereotypów.

Może więc stając kolejny raz przed obrazem Mony Lisy uznałabym, że w cichych, luwrzańskich korytarzach, uśmiechając się, kpi sobie właśnie z nas, współczesnych stomatologów.

dr n. med. Agnieszka A. PAWLIK  
lekarz stomatolog, specjalista paradontolog  
(przedruk z „Pro Medico” nr 4/12)

## MEDYCYNA PO DYPLOMIE

# Zastosowanie probiotyków i prebiotyków w pediatrii

### Wprowadzenie

Rosnąca z roku na rok liczba publikacji dotyczących probiotyków i prebiotyków świadczy o niesłabnącym zainteresowaniu możliwościami wykorzystania ich w profilaktyce i leczeniu różnych chorób. Ponad sto lat, które upłynęły od czasu, gdy Miecznikow opisał pozytywny wpływ bakterii zawartych w pożywieniu na stan zdrowia człowieka [21], zaowocowało zmianą spojrzenia i docenieniem ważnej roli, jaką odgrywa prawidłowo zbilansowana mikroflora przewodu pokarmowego. W tym okresie zmieniała się nie tylko świadomość środowisk medycznych, ale także opinii publicznej, dotycząca powszechnego stosowania antybiotyków, począwszy od leczenia infekcji po wykorzystywanie ich w hodowli zwierząt i przemyśle spożywczym. Tak szerokie stosowanie leków przeciwdrobnoustrojowych nie pozostaje bez wpływu na kształtowanie mikrośrodowiska przewodu pokarmowego.

Ponadto coraz większą popularność zyskuje tzw. hipoteza nadmiernej higieny. Zauważono, że w krajach rozwiniętych wraz ze zmniejszeniem bakterii probiotycznych (głównie *Saccharomyces boulardii* i *Lactobacillus GG*) zarówno w zapobieganiu bieguncie poantybiotykowej, jak i w zmniejszeniu nasilenia umieralności z powodu chorób zakaźnych – wzrosła liczba chorób o podłożu immunologicznym: chorób alergicznych i autoimmunologicznych. Przypuszczalnie może to być następstwem zmniejszonej lub nieadekwatnej ekspozycji i ograniczonego kontaktu z drobnoustrojami kolonizującymi organizm (głównie przewód pokarmowy) we wczesnym okresie życia. Zainteresowanie probiotykami i prebiotykami wynika z faktu, że w sposób naturalny stymulują właściwości obronne organizmu oraz zapobiegają i wspomagają leczenie określonych chorób. Przedmiotem niniejszego opracowania jest próba podsumowania skuteczności tego sposobu leczenia w praktyce pediatrycznej.

Wprowadzony w połowie ubiegłego wieku termin – **probiotyki** oznacza żywe drobnoustroje, które wywierają korzystny wpływ na stan zdrowia gospodarza poprzez modyfikowanie, przywracanie lub utrzymywanie prawidłowej mikroflory (patrz poniżej) [30].

#### Działanie probiotyków [36,16]

- współzawodnictwo o miejsce przylegania do receptorów powierzchniowych na błonie śluzowej
- konkurencja o substancje odżywcze
- wydzielanie substancji przeciwbakteryjnych hamujących rozwój organizmów patogennych
- stymulowanie swoistej odpowiedzi immunologicznej
- uszczelnienie śluzówkowej bariery ochronnej

Probiotyki to w ogromnej większości bakterie należące do rodzaju *Lactobacillus* i *Bifidobacterium*, ale także *Streptococcus thermophilus*, *E. coli* oraz grzyby *Saccharomyces boulardii*. W latach 2001/2002 Światowe Organizacje Zdrowia FAO/WHO ustaliły kryteria selekcji i doboru szczepów probiotycznych [25,26]. Są to:

- prawidłowa identyfikacja bakterii na podstawie metod fenotypowych i genetycznych (rodzaj, gatunek, symbol szczepu),
- profil biochemiczny, umożliwiający im przetrwanie w górnym odcinku przewodu pokarmowego (oporność na działanie enzymów trawiennych zawartych w treści żołądkowej i dwunastniczej),
- adherencja do błony śluzowej komórek nabłonka gospodarza,
- antagonizm wobec organizmów patogennych,
- skuteczność i bezpieczeństwo wykazane w badaniach *in vitro* i na zwierzętach oraz badaniach klinicznych u ludzi (badania z randomizacją, przeprowadzone metodą podwójnie ślepej próby z zastosowaniem placebo). Wyniki te powinny zostać potwierdzone w niezależnych badaniach.

Bardzo ważnym zagadnieniem jest bezpieczeństwo stosowania określonych szczepów probiotycznych u ludzi. Bakterie z rodzaju *Lactobacillus* i *Bifidobacterium* posiadają wieloletnią tradycję wykorzystywania ich w produktach spożywczych i są powszechnie uznane za szczepy bezpieczne (GRAS – „generally regarded as safe”) [17]. Badacze są zgodni, że każdy szczep musi być kontrolowany oddzielnie w celu potwierdzenia jego właściwości probiotycznych i ewentualnych działań niepożądanych u człowieka. Na podkreślenie zasługuje również fakt, że określony efekt terapeutyczny jest najczęściej szczepozależny – to znaczy, że właściwości stwierdzanych w stosunku do jednego szczepu nie można automatycznie przenosić na inne, nawet blisko spokrewnione szczepy.

**Prebiotyki** to grupa nieulegających trawieniu węglowodanów, które mogą w sposób selektywny stymulować rozwój określonych grup bakterii zasiedlających jelito grube [30]. Przede wszystkim pobudzają one wzrost drobnoustrojów należących do rodzaju *Bifidobacterium*, *Lactobacillus* i *Eubacteriaceae*, które wywierają korzystny wpływ na stan zdrowia gospodarza. Prebiotyki wpływają na obniżenie pH w mikrośrodkowisku jelita grubego oraz zwiększają zawartość krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych, dzięki czemu wywierają efekt bifidogeny. Najczęściej wymieniane prebiotyki to: inulina, fruktooligosacharydy (FOS), galaktooligosacharydy, ksylooligosacharydy, laktitol i laktuloza [34].

#### Ostra biegunka

Jedną z najczęstszych chorób okresu dziecięcego jest ostra biegunka. W krajach uprzemysłowionych jej przyczyną są przede wszystkim wirusy (a zwłaszcza rotawirus), natomiast w krajach rozwijających się za zakażenia jelitowe w równym stopniu odpowiedzialne są bakterie i wirusy, nieco rzadziej pierwotniaki [12,24].

Wyniki wielu badań klinicznych wskazują, że probiotyki mogą z powodzeniem znaleźć zastosowanie w leczeniu wspomagającym oraz zapobieganiu ostrej biegunce, zwłaszcza o etiologii rotawirusowej. Kilka lat temu zostały opublikowane trzy metaanalizy, które potwierdziły zależność korzystnego działania probiotyków od szczepu, dawki, czasu rozpoczęcia interwencji oraz etiologii biegunki [33,35,14]. Spośród szczepów skracających czas trwania ostrej biegunki (*Lactobacillus GG*, *L. reuteri*, *L. acidophilus*, *L. bulgaricus*, *Streptococcus thermophilus* i *Saccharomyces boulardii*) *Lactobacillus GG* wykazywał stały i powtarzalny efekt, zwłaszcza w odniesieniu do wodnistej biegunki rotawirusowej. Skrócenie czasu trwania ostrej biegunki wahało się od kilkunastu do kilkudziesięciu godzin (w zakresie od 14 do 30 godz.), co większość autorów uznaje za efekt raczej umiarkowany. Obserwowano także zależność skuteczności interwencji od dawki probiotyku (większy efekt uzyskiwano przy dawkach  $>10^{10}$ - $10^{11}$  CFU) oraz czasu wdrożenia leczenia (lepszy rezultat przy wcześniejszym zastosowaniu interwencji).

W badaniu randomizowanym z podwójnie ślepą próbą kontrolowanym przy użyciu placebo oceniono skutki leczenia dzieci z ostrą biegunką probiotykiem *Saccharomyces boulardii*. Wzięło w nim udział 130 pacjentów (dziewczynki i chłopcy), u których stwierdzono ostrą biegunkę; wiek: od 3 miesięcy do 3 lat. Jak wynika z badania, po 24 godz. od rozpoczęcia badania w grupie I (*S. boulardii*) zaobserwowano zredukowanie ilości wypróżnień. W grupie I (*S. boulardii*) w porównaniu z grupą II (placebo) czasu trwania biegunki skrócił się o 48 godz.

W badaniu z 2010 r. randomizowanym, kontrolowanym przy użyciu placebo, odnośnie do stosowania probiotyków w leczeniu ostrej biegunki rotawirusowej

stwierdzono, że tylko w grupie przyjmującej pojedynczy probiotyk (*S. boulardii*) różnica w obniżaniu częstości występowania biegunki w porównaniu do grupy placebo była istotna statystycznie. Również w tej grupie (*S. boulardii*) zaobserwowano, że wraz ze zmniejszeniem częstości biegunki nastąpiło także obniżenie gorączki u dzieci.

Ważnym problemem w pediatrii jest także zapobieganie epizodom biegunkowym oraz tzw. biegunce szpitalnej, czyli występującej u chorych przyjętych do szpitala z innego powodu niż biegunka. W kilku badaniach klinicznych wykazano, że probiotyki (*Bifidobacterium bifidum* Bb12, *Lactobacillus GG*, *Bifidobacterium bifidum* i *Streptococcus thermophilus*) mogą zapobiegać wystąpieniu biegunki u dzieci hospitalizowanych lub przebywających w większych skupiskach (np. żłobki, przedszkola) [3,32,29].

### Biegunka poantybiotykowa i zakażenie *Clostridium difficile*

Biegunka jest częstym powikłaniem antybiotykoterapii. Występuje u około 20% chorych leczonych antybiotykiem, zwłaszcza: klindamycyną, ampicyliną, amoksyycyliną lub cefalosporynami III generacji. Jej przyczyną jest zaburzenie naturalnego ekosystemu przewodu pokarmowego, na skutek nadmiernego rozmnożenia drobnoustrojów chorobotwórczych, np. pałeczek *Clostridium difficile* lub *Klebsiella oxytoca*. Badania kliniczne wykazały skuteczność określonych szczepów w przebiegu biegunki poantybiotykowej [19,6] (tabela). Probiotyki sprzyjają także szybszemu wyrównywaniu zaburzeń flory bakteryjnej powstałych na skutek antybiotykoterapii. Niestety, większość badań dotyczy populacji osób

dorosłych i nie wiadomo, czy uzyskane wyniki można odnosić do dzieci.

Zakażenie *Clostridium difficile* jest jedną z przyczyn biegunki związanej z podawaniem antybiotyku. Najczęściej objawy występują w trakcie lub po zakończeniu antybiotykoterapii. Zwykle jest to wodnista biegunka o umiarkowanym nasileniu z towarzyszącymi bólami brzucha. W ciężkiej postaci – **rzekomobłoniastym zapaleniu jelita grubego**, występuje biegunka z krwią.

Leczenie zakażenia *Clostridium difficile* polega na odstawieniu stosowanej dotychczas antybiotykoterapii i włączeniu metronidazolu lub/i wankomycyny. U 15-10% pacjentów może wystąpić nawrót choroby po zakończeniu leczenia. Jak wykazały badania kliniczne stosowanie probiotyków, a zwłaszcza *Saccharomyces boulardii*, zmniejsza ryzyko nawrotu zakażenia [20].

### Rola probiotyków w eradykacji zakażenia *H. pylori*

*Helicobacter pylori* (Hp) jest gram-ujemną bakterią spiralną występującą w żołądku. Zakażenie Hp jest bardzo powszechne i w zależności od badanej populacji dotyczy 20-80% osób dorosłych [10]. Do zakażenia dochodzi najczęściej w dzieciństwie [8], przy czym u większości osób ma ono przebieg bezobjawowy.

Zgodnie z zaleceniami Maastricht 2002 w leczeniu zakażenia *H. pylori* stosuje się leki hamujące wydzielanie żołądkowe oraz dwa antybiotyki. Tak intensywne leczenie może być przyczyną znacznych zmian w składzie mikroflory przewodu pokarmowego i związanych z tym następstw. Jak dotąd żaden ze standardów leczenia zakażenia *H. pylori* nie obejmuje podawania probiotyków. Natomiast w kilku badaniach klinicznych wykazano ko-

**Tabela. Probiotyki w biegunce poantybiotykowej**

Szczep probiotyczny	Uzyskany efekt	Pozycja piśmiennictwa
<i>Bifidobacterium longum</i>	Skraca czas trwania biegunki po erytromycynie	Colombel J F. Yoghurt with <i>Bifidobacterium longum</i> reduces erythromycin-induced gastrointestinal effects. Lancet 1987;2:43
<i>Bifidobacterium longum</i> / <i>Lactobacillus acidophilus</i>	Zmniejsza częstość epizodów biegunkowych po klindamycynie	Orrhage K. Effects of supplements of <i>Bifidobacterium longum</i> and <i>Lactobacillus acidophilus</i> on the intestinal microbiota during administration of clindamycin. Microb Ecol Health Dis 1994;7:17-25
<i>Lactobacillus rhamnosus</i> GG	Zmniejsza częstość epizodów biegunkowych i czas trwania biegunki po erytromycynie	Sittonen S. Effect of <i>Lactobacillus GG</i> yoghurt in prevention of antibiotic associated diarrhea. Ann Med 1990;22:57-59; Variderhoof JA. <i>Lactobacillus GG</i> in the prevention of antibiotic-associated diarrhea in children. J Pediatr 1999;135:564-568
<i>Saccharomyces boulardii</i>	Zmniejsza częstość epizodów biegunkowych po tetracyklinie i antybiotykach betalaktamowych	McFarland LV. Prevention of beta-lactam-associated diarrhea by <i>Saccharomyces boulardii</i> compared with placebo. Am J Gastroenterol 1995;90:439-448

rzystny wpływ określonych szczepów probiotycznych na skuteczność eradykacji oraz zmniejszenie objawów niepożądanych związanych z prowadzonym leczeniem.

W badaniu przeprowadzonym u dzieci oceniano skuteczność siedmiodniowej terapii z omeprazolem, amoksyliną i klarytromycyną w połączeniu z podawaniem fermentowanego produktu mlecznego, zawierającego szczep probiotyczny *Lactobacillus casei* DN-114001. U dzieci otrzymujących badany produkt stwierdzono większą skuteczność eradykacji niż w grupie placebo (84,6% vs. 57,6%) [5]. Preparaty zawierające żywe lub zabite drobnoustroje probiotyczne: *L. johnsonii* La1 ( $> 1,6 \times 10^9$  CFU) oraz *L. paracasei* ST11 ( $> 1,6 \times 10^9$  CFU) podawane dzieciom przez 4 tygodnie zmniejszały nasilenie zakażenia (mniejsza gęstość *H. pylori*) [2].

Oceniano także skuteczność *Lactobacillus rhamnosus* GG w eradykacji *H. pylori*. Probiotyk podawano w dawce  $6 \times 10^9$  CFU przez cały okres leczenia oraz tydzień po jego zakończeniu. Stwierdzono, że w grupie osób otrzymujących badany preparat zmniejszyło się nasilenie objawów niepożądanych leczenia potrójnego, takich jak: biegunki, wzdęcia, nudności oraz zaburzenia smaku [1,31].

## Martwicze zapalenie jelit

Martwicze zapalenie jelita powstaje na skutek niedokrwienia jelita cienkiego i obciążone jest dużym ryzykiem zgonu, zwłaszcza w grupie wcześniaków lub noworodków urodzonych z niską masą ciała. Do czynników ryzyka należy także stosowanie w żywieniu hiperosmolarnych mieszanek oraz żywienie pozajelitowe lub przez zgłębnik. Uważa się, że nieprawidłowo przebiegająca wczesna kolonizacja przewodu pokarmowego może także sprzyjać wystąpieniu tego powikłania.

Przeprowadzone w ostatnich latach badania potwierdzają, że podawanie probiotyków zmniejsza ryzyko wystąpienia martwiczego zapalenia jelit u noworodków urodzonych przedwcześnie. Korzystne działanie probiotyków jest wynikiem zmniejszenia kolonizacji przez bakterie patogenne i uszczelnienia bariery jelitowej (zmniejszenie translokacji bakterii i ich produktów przez błonę śluzową), a także modyfikowania swoistej i nieswoistej odpowiedzi immunologicznej. W badaniach klinicznych wykazano skuteczność i bezpieczeństwo stosowania u wcześniaków takich szczepów probiotycznych, jak: *Lactobacillus acidophilus* i *Bifidobacterium infantis* oraz *Lactobacillus* GG [13,7].

## Nieswoiste zapalenia jelit

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz choroba Leśniowskiego i Crohna są chorobami przewlekłymi, określanymi wspólnym mianem nieswoistych zapaleń jelit. Ich etiologia jest nadal nieznana. W rozwoju choroby bierze się pod uwagę czynniki immunologiczne, genetyczne, żywieniowe i środowiskowe oraz nieprawidłowy

skład mikroflory jelitowej, która może odgrywać istotną rolę w wywoływaniu stanu zapalnego u podatnych osób. Wydaje się, że zastosowanie probiotyków w leczeniu NZJ jest uzasadnione w celu przywrócenia równowagi mikrobiologicznej i immunologicznej.

Dobrze poznanym probiotykiem jest niepatogeny szczep *E. coli* Nissle 1917, którego skuteczność w utrzymaniu remisji we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego jest zbliżona do mesalazyny [27]. Stwierdzono, że podawanie *S. boulardii* w połączeniu z mesalazyną sprzyjało znamienne dłuższemu utrzymaniu remisji w chorobie Leśniowskiego i Crohna w porównaniu ze stosowaniem samej mesalazyny [11], a także miało wpływ na aktywność choroby i zmniejszenie częstości oddawania stolców. Mniejsze było także ryzyko wystąpienia nawrotów.

Bardzo obiecującym preparatem probiotycznym wydaje się VSL#3. W jego skład wchodzi różne szczepy o właściwościach probiotycznych: cztery szczepy *Lactobacillus* (*L. casei*, *L. plantarum*, *L. acidophilus*, *L. bulgaricus*), trzy szczepy *Bifidobacterium* (*B. longum*, *B. breve*, *B. infantis*) i *Streptococcus thermophilus*. W badaniu randomizowanym z podwójnie ślepą próbą Gionchetti wykazał większą skuteczność VSL#3 w zapobieganiu nawrotom *pouchitis* (formie zapalenia fragmentu jelita grubego tworzącego zbiornik kału u chorych po chirurgicznym usunięciu części okrężnicy) w porównaniu z placebo. Podczas dziewięciomiesięcznej obserwacji zaostrzenie choroby wystąpiło tylko u 15% chorych otrzymujących VSL#3 oraz u wszystkich chorych w grupie placebo [9]. Wyniki te zostały potwierdzone w innym badaniu z randomizacją, w którym zaostrzenie stwierdzano odpowiednio u 10% i 94% badanych [22]. Preparat VSL#3 dzięki szczepom *Bifidobacterium* (zwłaszcza *B. breve* i *B. infantis*) zwiększa produkcję IL-10 i IL-1 oraz hamuje wytwarzanie IL-12 [18].

## Probiotyki i prebiotyki

Mikroflora przewodu pokarmowego noworodków karmionych piersią różni się od tej, która występuje u dzieci żywionych sztucznie. Drobnoustroje dominujące u niemowląt karmionych mlekiem matki należą do rodzaju *Bifidobacterium*, a ich liczba jest dziesięciokrotnie większa niż u dzieci żywionych sztucznie. Te ostatnie posiadają bardzo zróżnicowaną mikroflorę, w skład której wchodzi: *Bacteroides spp*, *Clostridium spp*, oraz *Enterobacteriaceae*. Duża liczba bakterii z rodzaju *Bifidobacterium* spełnia rolę ochronną w przewodzie pokarmowym – zmniejsza ryzyko ciężkich infekcji jelitowych. Korzystny wpływ na wzrost *Bifidobacterium* przypisuje się dużej zawartości oligosacharydów – naturalnych prebiotyków zawartych w pokarmie matki.

Stosując do żywienia niemowląt mieszanki wzbożone w FOS i galaktooligosacharydy stwierdzono, że u tych dzieci liczba bakterii z rodzaju *Lactobacillus*

i *Bifidobacterium* wzrasta znamienne w porównaniu do grupy placebo [23].

W innym badaniu zdrowym noworodkom podawano przez wiele tygodni mieszanki wzbogacone szczepami probiotycznymi *Bifidobacterium lactis Bb12* i *Streptococcus thermophilus* [28]. Stwierdzono, że stosowanie do żywienia niemowląt mieszanek wzbogaconych w pre- lub probiotyki jest bezpieczne i dobrze tolerowane. Mieszanki te zapewniają odpowiedni wzrost i rozwój dzieci. W grupie dzieci otrzymujących wzbogacone mieszanki rzadziej występowały kolki lub drażliwość, poprawiała się konsystencja stolców, stosowano też mniej antybiotyków.

### Inne zastosowania prebiotyków w praktyce klinicznej

Wykorzystanie prebiotyków do wzbogacania mieszanek do żywienia niemowląt jest, jak dotychczas, ich jedynym dobrze udokumentowanym zastosowaniem w pediatrii.

Pozostałe badania to w większości badania na zwierzętach lub populacji ludzi dorosłych. Spośród postulowanych możliwości zastosowania prebiotyków wymienia się: leczenie zaparcia i hiperlipidemii, poprawę wchłaniania wapnia oraz prewencję raka jelita grubego.

## Podsumowanie

Niewątpliwie podawanie probiotyków modyfikuje mikroflorę przewodu pokarmowego i wywiera wiele korzystnych efektów poprawiających jego funkcjonowanie. Trzeba jednak podkreślić, że liczba prawidłowo przeprowadzonych badań klinicznych (randomizowanych, z podwójnie ślepą próbą, kontrolowanych placebo) jest nadal bardzo ograniczona, a ich wyniki nie zawsze jednoznaczne.

Dostępne na polskim rynku preparaty probiotyczne zarejestrowane jako leki, suplementy diety czy też obecne w produktach spożywczych (przetworach mlecznych itp.) zawierają różne szczepy bakterii, ale tylko w stosunku do niektórych z nich zostały przeprowadzone badania kliniczne. Dlatego potencjalne korzyści wynikające z ich stosowania powinny być poddane dalszym systematycznym badaniom.

Piśmiennictwo w redakcji

Kinga KOWALSKA-DUPLAGA

Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia UJ CM  
Kierownik kliniki: prof. dr hab. med. Krzysztof WYDEREK

(przedruk z „Lek w Polsce” nr 5/12)

## Trudny pacjent – cz. 1

Kim jest? Jak się zachowuje? Jak z nim pracować?

Stomatolog, pracując z pacjentami na co dzień, spotyka różnych pacjentów. Niektórzy są mili, uśmiechnięci, inni bez końca opowiadają o tym, co się wydarzyło ostatnio, jeszcze inni dyskutują, co ma być i jak zrobione, zdarzają się pacjenci z wygórowanymi oczekiwaniami, pacjenci, o których mówi się „roszczeniowi”, a są i tacy, którzy dociekliwie starają się zrozumieć zabieg.

Dentysta zatem, aby sprawnie przeprowadzić zabieg, każdorazowo dostosowuje się do pacjenta – tak byłoby idealnie. Jak więc szybko i sprawnie rozpoznać, czego będzie potrzebował kolejny pacjent w relacji ze swoim dentystą?

Z pewnością każdy lekarz ma swój system rozpoznawania pacjentów nowych, a już z pewnością wie, czego mniej więcej można spodziewać się w relacji z długoletnim pacjentem.

Typologii pacjentów jest wiele. To, co chcę dziś zaproponować, to popatrzenie przez pryzmat trudnych sytuacji w gabinecie: typ oszczędzający, typ zapominalski, typ roszczeniowy, typ przerażony, typ wszytkowiedzący, niezdecydowany i przyjacielski gaduła.

Pierwsze trzy typy omówię teraz, a o typie przerażonym, wszechwiedzącym, niezdecydowanym i przyjacielskim gadule napiszę w następnym artykule.

**Każdy pacjent – przejawiający trudne z punktu widzenia lekarza zachowania – ma swoje nieujawnione potrzeby.** Póki ich nie odkryjemy i nie zaspokoimy, póty będzie nam trudno z takim pacjentem pracować.

Tabele typów zachowań przedstawiają przykłady zachowań poszczególnych typów pacjentów oraz propozycje postępowania.

Taki pacjent najprawdopodobniej potrzebuje uzasadnienia, że dobrze wydaje swoje pieniądze. Potrzebuje gwarancji i zapewnień, że otrzymuje najwyższą jakość, zarówno materiałów, jak i obsługi. W tej sytuacji przydatna jest też czasami technika asertywna, tzw. „pozornej zgody”. Stosujemy ją wtedy, kiedy z jednej strony widzimy, że pacjent może mieć trochę racji, z drugiej strony nie chcemy całkowicie się z nim zgodzić, bo tylko pozwolimy na eskalację żądań cięcia kosztów. To, co można w tej sytuacji powiedzieć, to na przykład: „Być może rzeczywiście tak to wygląda na pierwszy rzut oka, jednocześnie proszę zwrócić uwagę na jakość tej plomby i gwarancję...” lub np. „Być może rzeczywiście takie można odnieść wrażenie, pozwoli Pani, że porównamy...?” Ważne jest, aby nie umniejszać wątpliwości pacjenta I JEDNOCZEŚNIE podać swoje argumenty i korzyści najważniejsze dla tego pacjenta.

Typowe zachowania pacjenta nastawionego na oszczędzanie, na koszty	Co może poprawić sytuację?	Co potencjalnie pogorszy sytuację?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dopytuje o cenę każdego elementu: „Ile kosztuje przegląd?” „A ile kosztuje leczenie jednego kanału?” „A łącznie ile zapłacę?”</li> <li>• Porównuje ceny innych komponentów, innych stomatologów, „A czemu u Pani X taka sama usługa kosztuje mniej?”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mówienie pacjentowi, jakie korzyści płyną z takiego a nie innego rozwiązania, np. brak odbarwień, gwarancja roczna, etc.</li> <li>• Umawianie wizyt nie częściej niż raz w miesiącu, aby nie obciążać budżetu.</li> <li>• Mówienie o całej procedurze w rozbiciu na poszczególne etapy i w rozbiciu na koszty poszczególnych etapów.</li> <li>• Wyjaśnianie pacjentowi, czym nasz materiał różni się od innych, dlaczego akurat takiego używamy.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wręczenie cennika</li> <li>• Umawianie wizyty co tydzień lub dwa.</li> <li>• Mówienie o całościowym koszcie.</li> <li>• Brak zapewniania pacjenta, że płaci za naprawdę bardzo dobre jakościowo plomby, komponenty.</li> <li>• Brak informowania pacjenta o wymiernych korzyściach z korzystania z Twoich usług np. oszczędność czasu, jakość, długofalowa oszczędność pieniędzy, bezpieczeństwo, gwarancja materiałów.</li> </ul>

Nie musimy dzwonić czy wysłać sms-ów do każdego pacjenta, bo niektórych to będzie denerwować. Może jednak warto zadbać o swój komfort i brak „okienek” właśnie poprzez wyłuskanie takich pacjentów i ustalenie z nimi, że będziemy im przypominać o wizytach dzień przed terminem? To, co można też dla własnego komfortu zrobić, to umawiać takie osoby na koniec dnia pracy, wtedy też mniej nam dezorganizuje dzień, jeśli wizyta nie dojdzie do skutku.

Przy pracy z osobą roszczeniową dobrze jest postawić granice, ustalić zasady na początku, poinformować, co się będzie działo, ile wizyt, z jakiego powodu oraz jakie zasady obowiązują w gabinecie. Przydają się tutaj inne techniki asertywne, takie jak technika „asertywnej odmowy” czy też tzw. „zdarłej płyty”.

Podstawą asertywnej odmowy jest zdanie klucz, które zawiera cztery elementy.

1. Musi paść na początku słowo „NIE”.
2. Musi być zawarte określenie, czego nie chcemy zrobić np.: „nie zmienię materiału/nie wymienię Panu ...”.
3. Podajemy krótkie i prawdziwe uzasadnienie odmowy np.: „...ponieważ wykracza to poza zakres refundacji NFZ”.
4. Tzw. furtka, czyli co mogę w tej sytuacji zaproponować innego (jeśli tego chcę i mogę to zrobić). „To, co mogę Panu w tej sytuacji zaproponować to rozwiązanie nr 1. .... – i odbędzie się to bez do-

*datkowych kosztów lub rozwiązanie nr 2. .... – za dodatkową opłatą w wysokości X będą mogła zamienić/dołożyć/etc....”.*

UWAGA: uzasadnianie jest bardzo ważne, a często pomijane. Ilu z nas lubi odmowę „nie, bo nie”? A bez uzasadnienia tak może to być odbierane i budzić agresję lub niechęć u pacjentów!! Robert Cialdini w swojej książce „Wywieranie wpływu na ludzi” opisał jeden prosty mechanizm. Mówi on o tym, że ludzie aby współpracować, POTRZEBUJĄ UZASADNIENI.

W przypadku, gdy pacjent naciska, przydaje się technika tzw. zdarłej płyty, która zawiera trzy elementy:

1. Zdanie klucz powtarzane kilkakrotnie: „*NIE, nie zrobię dla Pana wyjątku, bo takie są zasady ...*”;
2. Podtrzymywanie kontaktu poprzez: nawiązywanie do argumentów pacjenta – parafraza np.: „*Ja rozumiem, że uważa Pan, że tak powinno być, jednak NIE....*”; wyrażanie własnych uczuć – informacja zwrotna np. „*Zależy mi na tym, żeby otrzymał Pan to, co najlepsze możliwe w tej sytuacji, jednocześnie NIE łamię zasad....*”;
3. Propozycja współpracy np.: „*Które z zaproponowanych przeze mnie rozwiązań uważa Pan za korzystniejsze w tej sytuacji?*”.

Najważniejsze w pracy z trudnymi pacjentami jest nasze nastawienie na poszukiwanie rozwiązań i myślenie długofalowo o relacji i współpracy z tym pacjentem.

Typowe zachowania pacjenta zapominalskiego	Co może poprawić sytuację?	Co potencjalnie pogorszy sytuację?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Przepraszam, zapomniałem o wizycie, możemy umówić następną?”</li> <li>• „Ojej, wydawało mi się, że to ten, a nie zeszły wtorek”</li> <li>• „Nie pamiętam, co robiliśmy ostatnio, wiem, że miałem się pojawić”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umawianie wizyt w krótkim horyzoncie czasowym (tydzień – dwa).</li> <li>• Uzyskanie zgody na przypomnienie dzień wcześniej.</li> <li>• Przypominanie telefonicznie lub sms-em o terminie na dzień przed wizytą.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umawianie wizyt rzadziej niż co miesiąc (jeśli oczywiście jest taka potrzeba).</li> <li>• Brak przypomnień ze strony asystentki/recepcjonistki.</li> <li>• Brak dopytywania, co się stało, jeśli pacjent nie stawiał się na wizytę (nie interesuje się mną= mogę nie przychodzić, spóźniać się).</li> </ul>

Typowe zachowania pacjenta roszczeniowego	Co może poprawić sytuację?	Co potencjalnie pogorszy sytuację?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Ja płacę – ja wymagam, więc chcę, żeby zrobić ten zabieg już”.</li> <li>• Często żąda lepszych zamienników od tych, które są refundowane przez NFZ i nie przyjmuje do wiadomości, że do tego trzeba dopłacić.</li> <li>• Okazuje negatywne nastawienie do lekarza („Wszyscy dentyści są tacy sami...”).</li> <li>• Straszy, że poskarży się u przełożonych (w NFZ, w IL, etc).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierpliwe tłumaczenie.</li> <li>• Trzymanie się ustaleń – dziś umawialiśmy się na X, a nie na Y, na Y możemy umówić się w przyszłym tygodniu.</li> <li>• Mówienie pewnym głosem, powtarzanie, że NFZ refunduje „X” lub „Y”, natomiast „Z” jest za dodatkową, niewielką opłatą.</li> <li>• Mówienie, co można zapewnić w ramach refundacji, zamiast mówienia, czego pacjent w ramach refundacji nie otrzyma (stosowanie pozytywnego języka)</li> <li>• Okazywanie zrozumienia I JEDNOCZESNIE cierpliwe wyjaśnianie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Przepychanie się z pacjentem na argumenty: „Tak, ale ...”.</li> <li>• Odpowiadanie negatywnym nastawieniem.</li> <li>• Mówienie: „tego pan nie otrzyma w ramach NFZ”.</li> <li>• Zniecierpliwienie.</li> </ul>

Jeden z moich mentorów powiedział mi kiedyś, że jeśli się tylko bardzo chce, to nie ma trudnych pacjentów, klientów czy współpracowników. Rzecz w tym, aby dobrze rozpoznać potrzeby danego pacjenta, porozmawiać odpowiednio, wykorzystać swoją zdolność empatii i dać mu to, czego potrzebuje: zainteresowania, gwarancji, zrozumienia, alternatyw lub po prostu czasu.

Pozdrawiam i nieustannie życzę jak najwięcej zrelaksowanych, współpracujących, zadowolonych pacjentów!

Dorota JAKUBOWSKA-KURZEC  
Trener, certyfikowany coach ICC

(przedruk z „Doktora” nr 5/12)

## Kupnoholizm (uzależnienie od zakupów)

*Pieniądze szczęścia nie dają.  
Dopiero zakupy.*

MARILYN MONROE

Przymus kupowania, nazwany oniomanią (z greckiego *onios* – na sprzedaż, oraz *mania* – szaleństwo), był opisywany już na początku XX w. przez znakomitego niemieckiego psychiatrę Emila Kraepelina (1915) oraz Eugena Bleulera (1924), nie mniej znanego psychiatrę szwajcarskiego. Pierwsze badania naukowe dotyczące

kupnoholizmu pojawiły się dopiero w drugiej połowie lat 80. XX w. W piśmiennictwie anglosaskim zjawisko to określane jest jako *uncontrolled buying*, *compulsive buying*, *compulsive shopping*, *addictive buying*, *excessive buying* i *spendaholizm*. U nas używa się czasami określenia „zakupoholizm” lub brzmiącego z angielska słowa „szopoholizm”. Ponieważ uzależnienie od zakupów było w Polsce mało znane i nie miało swojej jednoznacznej nazwy, zaproponowałem przed laty (2001)<sup>1</sup> przypisanie mu określenia „kupnoholizm”.

W Polsce problem pojawił się stosunkowo niedawno, wraz z wyrastającymi jak grzyby po deszczu supermarketami i pierwszymi ofiarami uzależnienia od zakupów, tj. osobami, które mają poważne trudności z powstrzymaniem się od kupowania niezbyt potrzebnych im produktów.

Właściciele supermarketów, aby zachęcić do dokonywania jak największych zakupów, zbiegają o to, aby towary skutecznie przyciągały wzrok nabywcy krzyzącymi kolorami na plakatach czy etykietach, a na każdym niemal kroku informują o „wielkiej promocji”, „superokazji” i „supercenie”. Na ogromnych powierzchniach targowych klienci odbywają wędrówki między półkami zastawionymi tysiącami różnorodnych towarów. Ci, którzy są wyjątkowo podatni na sugestię i uwierzyli w przedstawioną wizję zysku płynącego z okazynego zakupu, już przy kasie albo dopiero w domu zdają sobie sprawę z rozmiarów zakupowego szaleństwa. Magia reklam w supermarketach sprawia, że osoba, która idzie tam w celu dokonania zakupu paru konkretnych rzeczy, przynosi do domu torby pełne niepotrzebnych drobiazgów.

Ostatnio pojawiła się możliwość dokonywania tzw. zakupów grupowych. Ponieważ zapewnia nabywanie towarów i usług w niższych cenach, wiele osób – licząc na duże oszczędności – chętnie do takiej grupy przystaje. Gdyby udział w grupowych zakupach kończył się na okazynym nabyciu czegoś bardzo potrzebnego w dostępnej cenie, to taka idea zasługiwałaby na pochwałę. Tymczasem osoby, które zgłosiły swój akces do wspomnianych grup, są stale bombardowane „wyjątkowymi ofertami”, np. 39 zł zamiast 300 zł za depilację lasero-

wą wybranej partii ciała, 39 zł zamiast 80 zł za dwie superciepłe uszatki oraz „rewelacyjny

masażer głowy”, 99 zł zamiast 1000 zł za projekt kuchni, 15 zł za kupon rabatowy o wartości 60 zł na zakup butów albo 49 zł zamiast 130 zł za zabieg oxybrazji (konsultacja, demakijaż, oxybrazja twarzy, szyi i dekoltu). Okazuje się, że pomysłowość sprzedawców nie ma granic, a wiele osób daje się nabrać i wydaje pieniądze bez potrzeby, a później tego żałuje.

Dodatkowym ułatwieniem w dokonywaniu zakupów są możliwości, jakie daje Internet. W 2007 r. obroty handlu detalicznego w sieci wyniosły w Polsce kilka miliardów złotych. Wartość zakupów w handlu internetowym w Polsce stale rośnie i w 2010 r. przekroczyła 15 mld zł, co oznacza 15% wzrost w stosunku do notowanej w 2009 r. W Europie obroty te wynoszą ok. 197 mld dolarów, a w Stanach Zjednoczonych ok. 175 mld dolarów.

Kupowanie staje się szczególnie niebezpieczne nie tylko dla osób uczestniczących w zakupach grupowych dokonywanych przez Internet czy w różnego rodzaju aukcjach internetowych, ale znacznie częściej dla posługujących się kartami kredytowymi, bowiem płacenie kartą skutecznie utrudnia kontrolowanie wydatków i ułatwia zadłużanie się w banku.

Przez wiele lat usiłowano wypracować spójną definicję tego zjawiska, jednak nie przyniosło to oczekiwanego efektu. W istniejących propozycjach ustalenia definicji kupnoholizmu podkreślana była powtarzalność zakupów, jako reakcja na negatywne emocje, nieodparta potrzeba („głód”) kupowania wiążąca się ze stanem silnego napięcia, które ulega redukcji z chwilą dokonania zakupu. Zwracano uwagę na kompulsywny (przymusowy) charakter zakupów, połączony z uszkodzeniem kontroli nad swoim zachowaniem oraz na trudność z opamiętaniem nagłego, powstałego pod wpływem bodźca zewnętrznego, impulsu do dokonania zakupu.

Można wyróżnić różne typy kupnoholiców. Spotykamy osoby, które są „kolekcjonerami” wybranych produktów (np. butów, krawatów, telefonów komórkowych czy biżuterii), „łowcami okazji” (zainteresowanymi przecenami, wyprzedażami czy aukcjami internetowymi) lub „łowcami nowinek” (nabywającymi to, co jest aktualnie najbardziej modne). W wielu przypadkach kupowanie jest narzędziem służącym do podnoszenia statusu społecznego kupującego albo też pozwala mu czuć się pewniej w swojej grupie społecznej (zawodowej, towarzyskiej, rówieśniczej itp.). Czasami zakupy służą też wzbudzeniu zazdrości. U niektórych kupnoholiców skłonność do niekontrolowanych zakupów może wynikać z wcześniejszego ubóstwa albo z niskiej samooceny.

Problem kupnoholizmu zaczyna się często jeszcze przed 20. rokiem życia, dotyczy częściej kobiet oraz osób o nienajlepszemu statusie materialnym, które przez zakupy usiłują polepszyć obraz samego siebie. Badania pokazują również, że na pierwszym miejscu wśród rzeczy

nabywanych przez kobiety podczas „zakupowego szaleństwa” znajdują się ubrania. Zaraz po nich są kosmetyki, buty i biżuteria, czyli przedmioty związane z wizerunkiem. Natomiast mężczyźni wybierają symbole władzy i prestiżu, takie jak telefony komórkowe, notebooki oraz sprzęt sportowy. Z badań wynika również, że uzależnienie od zakupów towarzyszy często zaburzeniom nastroju i nadużywaniu substancji psychoaktywnych. W ostatnich latach coraz więcej osób (głównie kobiet) bardzo chętnie odwiedza sklepy z używaną odzieżą (tzw. lumpy, second handy, kopciuszki). U wielu z nich pojawia się nawet przymus odwiedzania tych sklepów i okazyjnego nabywania ogromnej ilości markowej odzieży, której więcej niż raz nie założą i która już nie mieści się w domowych szafach i garderobach. W wielu przypadkach można dopatrzyć się cech uzależnienia od tego rodzaju zakupów. Niektórzy mówią o uzależnieniu od „grzebactwa” (grzebanie w stertach odzieży).

W kupnoholizmie można wyróżnić cztery fazy: przeżywania (myśli), przygotowania (kiedy, gdzie), zakupów (ekscytacja) oraz wydatków (połączoną często z „wyrzutami sumienia”).

Zanim uzależnienie od zakupów znajdzie się w kolejnej Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) oraz w Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM) wśród uzależnień, powinno być rozpatrywane w kategorii zaburzeń psychicznych, jako zaburzenie kontroli impulsów, zaburzenie nawyków i popędów czy zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne.

W Wielkiej Brytanii problem nadmiernych zakupów dotyczy ok. 15% dorosłych obywateli. Badania wykazały, że ok. 15 mln Amerykanów robi zakupy w sposób kompulsywny, ok. 40 mln ma problem z nadmiernym wydawaniem pieniędzy, a ok. 20% ich dochodów przeznaczanych jest na pokrycie debetów na kartach kredytowych. Z innych badań wynika natomiast, że skłonność do kompulsywnych zakupów dotyczy 1,8-16% mieszkańców Stanów Zjednoczonych. Badania polegające na zebraniu wywiadów telefonicznych od ok. 2,5 tys. dorosłych respondentów dowodzą, że 6% badanych kobiet i 5,8% mężczyzn przyznawało się do kupnoholizmu. Jednocześnie okazało się, że ok. 17 mln Amerykanów to osoby dokonujące kompulsywnych zakupów, z czego prawie połowę stanowią mężczyźni. Stwierdzono też, że kompulsywne zakupy są najczęściej spotykaną przyczyną konfliktów małżeńskich i rozwodów.

Opierając się na kryteriach diagnostycznych uzależnień według ICD-10, zaproponowałem przed laty, aby uzależnienie od zakupów (kupnoholizm) rozpoznawać wówczas, kiedy w okresie ostatniego roku stwierdzono występowanie co najmniej trzech objawów z poniższej listy:

1. silną potrzebę lub poczucie przymusu dokonywania zakupów,

2. subiektywne przekonanie o mniejszej możliwości kontrolowania zachowań związanych z zakupami, tj. upośledzenie kontroli nad powstrzymywaniem się od zakupów oraz nad długością i częstotliwością poświęcania czasu na dokonywanie zakupów,
3. występowanie, przy próbach ograniczenia możliwości dokonywania zakupów, niepokoju, rozdrażnienia lub gorszego samopoczucia oraz ustępowanie tych stanów z chwilą pojawienia się możliwości ich realizowania,
4. spędzanie coraz większej ilości czasu na zakupach w celu uzyskania zadowolenia czy dobrego samopoczucia, które poprzednio osiągnięte było w znacznie krótszym czasie,
5. postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz dokonywania zakupów i zdobywania na nie środków finansowych,
6. kontynuowanie zakupów, mimo szkodliwych następstw (fizycznych, psychicznych i społecznych), o których wiadomo, że mają związek z dokonywaniem zakupów.

Należy pamiętać, że kupnoholizmowi towarzyszą często zaburzenia nastroju (depresja), używanie substancji psychoaktywnych, a także zaburzenia lękowe lub łaknienia.

Emocjonalne, społeczne i ekonomiczne skutki kupnoholizmu nie różnią się zbytnio od negatywnych konsekwencji innych uzależnień behawioralnych, takich jak opisywane w poprzednich odcinkach – patologiczny hazard czy sieciaholizm. Kupowanie z jednej strony poprawia samopoczucie, dostarcza przyjemności i redukuje napięcie, z drugiej jednak powoduje wyrzuty sumienia i uczucie wstydu, jest powodem konfliktów rodzinnych, a często także poważnych problemów finansowych.

Zagrożenie kupnoholizmem można zidentyfikować, odpowiadając szczerze na poniższe pytania<sup>2</sup>:

1. Czy zdarza się Pani/Panu dokonywać zakupów po to, aby poradzić sobie z samotnością i złym samopoczuciem (depresją)?
2. Czy kupienie czegokolwiek, co jest Pani/Panu potrzebne bądź nie, powoduje krótkotrwały stan „podniecenia” (zadowolenia, „haju”)?
3. Czy zdarza się Pani/Panu kupować przedmioty, na które Pani/Pana nie stać, tylko dlatego, że uważa Pani/Pan, że zasługuje na to, aby być dla siebie dobrą/dobrym? (Wiele przekonujących reklam wykorzystuje taki sposób myślenia o zakupach i związane z nim stany emocjonalne. Oczywiście jest to prawda, że zasługujemy na takie traktowanie siebie, ale wcale nie musimy tego sobie udowadniać przez wydawanie pieniędzy na rzeczy, których nie potrzebujemy lub na które nas nie stać).
4. Czy dokonując dużych zakupów i płacąc kartą kredytową, szybko osiąga Pani/Pan zadowolenie („nagro-

dę”), a jednocześnie odsuwa Pani/Pan w czasie mniej przyjemne konsekwencje swojego postępowania?

5. Czy demonstruje Pani/Pan czasami jeszcze inne zachowania spotykane u osób uzależnionych? Na przykład jada Pani/Pan nadmiernie, żeby opanować poczucie pustki, albo nadużywa alkoholu, kiedy jest Pani/Pan zestresowana/zestresowany lub smutna/smutny?
6. Czy dokonując zakupów, miewa Pani/Pan poczucie winy albo łapie się na tym, że niestety znowu powtórzyło się takie zachowanie?
7. Czy większości zakupów dokonuje Pani/Pan w samotności, traktując to jako swoje „tajne” i „grzeszne” zachowanie?
8. Czy Pani/Pana nadmierne wydatki mają negatywny wpływ na Pani/Pana życie? Czy zdarza się, że Pani/Pana karty kredytowe osiągają bardzo wysokie zadłużenie i na koniec miesiąca są trudności ze znalezieniem pieniędzy na zakup rzeczy naprawdę potrzebnych?
9. Czy zdarza się Pani/Panu dokonywanie impulsywnych zakupów kosztem ograniczania wydatków na rzeczy naprawdę potrzebne?

Im więcej odpowiedzi „tak” na powyższe pytania, tym problem kupnoholizmu jest poważniejszy.

Niestety nie ma jeszcze w Polsce programów terapeutycznych i placówek, które potrafiłyby profesjonalnie zająć się leczeniem kupnoholizmu. W przypadku podejrzenia u siebie problemu należałoby zwrócić się do specjalisty psychoterapii uzależnień, który zdiagnozuje i może udzielić pomocy oraz podpowiedzieć, co z tym problemem dalej robić.

Pomocne w poradeniu sobie z kupnoholizmem są istniejące od 1968 r. grupy Anonimowych Dłużników (*Debtors Anonymous* – <http://www.debtorsanonymous.org>), których już w końcu lat 90. było ok. 500, oraz grupy *Shoppers Anonymous*, *Shopaholics Anonymous* – <http://www.shopaholicsanonymous.org> (Anonimowych Klientów, Anonimowych Kupujących). Grupy te pracują w oparciu o zaadaptowany dla swoich potrzeb Program Dwunastu Kroków AA. Osoby, które nie potrafią opanować potrzeby gromadzenia różnych rzeczy i przedmiotów, lecz czynią to w zupełnie inny sposób, spotykają się od 1992 r. w grupach Anonimowych Kleptomaniów i Złodziei Sklepowych (*Cleptomaniac and Shoplifters Anonymous* – <http://www.shopliftersanonymous.com/ca-sa.htm>).

Bohdan T. WORONOWICZ

Autor jest specjalistą psychiatrii oraz specjalistą i superwizorem psychoterapii uzależnień.

#### PRZYPISY:

1. Woronowicz B. *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*, Warszawa 2001, str. 205.
2. Pytania opracowano na podstawie materiałów wspólnot samopomocowych.

(przedruk z „Pulsu” nr 4/12)

### III Ogólnopolskie Dni Otyłości

W ciągu ostatnich trzech dekad we wszystkich krajach Europy Środkowej i Wschodniej obserwujemy wręcz epidemiologiczny wzrost liczby ludzi borykających się z chorobliwą otyłością. Liczba ludzi otyłych przekroczyła liczbę osób głodujących na świecie. Niezmiernie ważne jest zatem znalezienie odpowiedzi na pytania, jak skutecznie zapobiegać dalszemu rozwojowi epidemii otyłości oraz jak leczyć tę liczną grupę pacjentów, aby uniknąć poważnych powikłań. Tym zagadnieniom poświęcone będą **Ogólnopolskie Dni Otyłości**, które odbędą się 23-24 listopada br. w Poznaniu.



**Termin:** 23-24 listopada 2012 r.

**Miejsce:** World Trade Center Poznań sp. z o.o., ul. Bukowska 12, Poznań

**Przewodnicząca Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. med. Danuta Pupek-Musialik

**Patronat Honorowy:** Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu prof. dr hab. Jacek Wysocki

**Organizatorzy:** Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, wydawnictwo *Termedia*, wydawca czasopisma *Przegląd Kardiometaboliczny*

**Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

\* \* \*

### Kontrowersje w Leczeniu i Obrazowaniu Chorób Endokrynologicznych

Zapraszamy na konferencję „**Kontrowersje w obrazowaniu i leczeniu chorób endokrynologicznych**”, która odbędzie się 17 listopada br. w Poznaniu. Tematyka tego wydarzenia koncentrować się będzie wokół diagnostyki obrazowej chorób endokrynologicznych. Spotkanie będzie miało charakter wielospecjalistyczny – zamysłem organizatorów jest zderzenie punktu widzenia endokrynologa i lekarzy innych dziedzin korzystających z dobrodziejstw nowoczesnych metod wizualizacji. W programie tego wydarzenia znajdują się przede wszystkim elementy praktycznego zastosowania współczesnych technik diagnostycznych, takich jak ultrasonografia, sonoelastografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, metody izotopowe, PET czy densytometria, a także dyskusja nad wskazaniami i interpretacją wyników badań oraz nad ich wpływem na decyzje terapeutyczne u osób ze schorzeniami gruczołów dokrewnych. Do wygłoszenia wykładów zaproszono endokrynologów, specjalistów medycyny nuklearnej, radiologii, patomorfologii, chirurgii endokrynologicznej, neurochirurgii, onkologii, ginekologii i urologii. Przewodniczącym Komitetu Naukowego jest prof. Marek Ruchała.

**Termin:** 17 listopada 2012 r.

**Miejsce:** HOTEL IOR Poznań, Władysława Węgorka 20

**Kierownik Naukowy:** prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała

**Organizatorzy:** Katedra i Klinika Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, wydawnictwo *Termedia*

**Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

\* \* \*

### Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2012 Update

Serdecznie zapraszamy psychiatrów, neurologów, psychologów i innych specjalistów zainteresowanych tematyką integracji tych nauk w ramach tzw. *neuroscience* do uczestnictwa w konferencji naukowej **Neuropsychiatria i Neuropsychologia. Update 2012**, która odbędzie się 22–23 listopada 2012 r. w Poznaniu.

Tematyka tegorocznej konferencji, podobnie jak poprzednich edycji, będzie dotyczyła najnowszej wiedzy z zakresu *neurobiologii, neuropsychiatrii i neuropsychologii*, w tym *patofizjologii (z uwzględnieniem genetyki molekularnej)* i leczenia farmakologicznego i zabiegowego chorób ośrodkowego układu nerwowego, a wykładowcami będą wybitni przedstawiciele *psychiatrii, neurologii, neuropsychologii i neurobiologii*. Wykładowcą zagranicznym będzie **prof. Flavio Kapczinski**, kierownik programu badawczego choroby afektywnej dwubiegunowej uniwersytetu w Porto Alegre w Brazylii. – zapowiada Przewodniczący Komitetu Naukowego – prof. dr hab. med. Janusz Rybakowski.

**Termin:** 22-23 listopada 2012 r.

**Miejsce konferencji:** Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego ul. Przybyszewskiego 37a, Poznań

**Kierownik naukowy:** prof. dr hab. med. Janusz Robakowski

**Organizatorzy:** Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Sekcja Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, wydawnictwo *Termedia*, wydawca czasopisma *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*

**Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

\* \* \*

### Post\_EULAR

W ostatnich latach obserwuje się niebywały postęp w zakresie diagnostyki, a zwłaszcza leczenia chorób reumatycznych. Jego najdobitniejszym wyrazem jest chociażby całkowita zmiana strategii terapii chorób reumatycznych o podłożu zapalnym dzięki wprowadzeniu na początek XXI wieku leków biologicznych.

Kongresy Europejskiej Ligi Przeciwrheumatycznej (EULAR) są najważniejszym światowym forum dyskusyjnym dotyczącym problematyki reumatologicznej. Te osoby, które nie mogły uczestniczyć w tegorocznej edycji tego wydarzenia w Berlinie, serdecznie zapraszamy na konferencję „**Post\_EULAR**”, która odbędzie się 16-17 listopada 2012 r. w Poznaniu.

*Przedstawiciele wiodących klinik i ośrodków reumatologicznych w Polsce omówią najnowsze wyniki badań oraz rozwiązania aktualnych problemów klinicznych poruszane podczas kongresu EULAR 2012 w Berlinie.* – zapowiada prof. dr hab. Włodzimierz Samborski, Przewodniczący Komitetu Naukowego.

**Termin:** 16-17 listopada 2012 r.

**Miejsce:** Poznań, Hotel Novotel Poznań Centrum, pl. Andersa 1

**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

**Organizatorzy:** Klinika Reumatologii i Rehabilitacji Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, wydawnictwo *Termedia*

**Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

\* \* \*

### XIX Sympozjum Instytutu Kardiologii



Już po raz dziewiętnasty 24 listopada 2012 r. w Warszawie odbędzie się **Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe Instytutu Kardiologii**. W tym roku

jego tematem będą „*Postępy w diagnostyce i terapii chorób sercowo-naczyniowych 2012*”. W ostatnich latach wdrożono szereg nowych metod diagnostycz-

nych i terapeutycznych, które znacznie poszerzyły możliwości pomocy pacjentom z oporną na leczenie niewydolnością serca, opornym nadciśnieniem tętniczym i niepoddającymi się leczeniu farmakologicznemu zaburzeniami rytmu. W programie zaplanowano cztery główne sesje pokazujące nowe możliwości diagnostyczne i terapeutyczne u osób z chorobami układu krążenia.

**Termin:** 24 listopada 2012 r.

**Miejsce:** Warszawa, Hotel Marriott, Al. Jerozolimskie 65/79

**Organizatorzy:** Instytut Kardiologii w Warszawie, wydawnictwo *Termedia*  
**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Witold Rużyłło

**Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego:** prof. dr hab. Zofia T. Bielińska

**Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)  
\* \* \*

**Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego** uprzejmie informuje, że w dniu 20.10.2012 r. o godz. 10 odbędzie się coroczne zebranie Oddziału Opolskiego PTU oraz konferencja naukowo-szkoleniowa pt. „Miejsce ultrasonografii w postępowaniu diagnostycznym”.

Plan zebrania i konferencji obejmuje:

**Sprawy organizacyjne:**

• sprawozdanie z XI Naukowego Zjazdu PTU w Olsztynie w dniach 31.05-2.06.2012 r. – dr n. med. Aleksander Szlachta, • organizacja kursu podstawowego z ultrasonografii konwencjonalnej przez Oddział Opolski PTU w Nysie w dniach

22-25.11.2012 r. pt. „Pierwsze kroki w ultrasonografii”: • plan kursu, • zasady rekrutacji kandydatów, • sprawy finansowe i organizacyjne • sprawy bieżące

**Przerwa na kawę**

**Konferencja naukowo-szkoleniowa – wykłady:**

• „Przypadek olbrzymiego guza lito-torbielowatego wątroby o złożonym obrazie klinicznym” – lek. med. Ireneusz Bogusz – 30 min, • „Ciekawe przypadki ultrasonograficzne” – dr hab. n. med. Joanna Ścieszka – 45 min, • „Echokardiografia w diagnostyce bólów w klatce piersiowej” – lek. med. Bogusław Mateja – 45 min.

**Poczęstunek**

Miejsce obrad - sala Izby Lekarskiej w Opolu, ul. Grunwaldzka 23. Uczestnicy zebrania otrzymają 2 punkty do certyfikatu PTU. Serdecznie zapraszamy

Były prezes

Dr n. med. Aleksander SZLACHTA

\* \* \*

Prezes

Lek. med. Ireneusz BOGUSZ

**Gliwicki Ośrodek Adaptacyjno-Rehabilitacyjny** – Poradnia Rehabilitacyjna dla dzieci (głównie starszych) pilnie poszukuje lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, chętnego do współpracy. Osoby zainteresowane proszę o kontakt: dr Anna Franek, tel. 507-010-325.

\* \* \*

**NZO „MED-IZB” Izby poszukuje lekarza** do pracy w POZ, z możliwością wejścia do spółki. Kontakt: Bernard Knosala, tel: +48 606-641-484.

## NOWOŚCI WYDAWNICZE

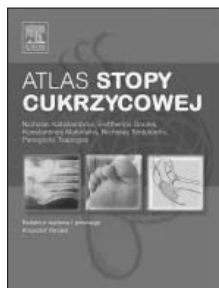
**ELSEVIER URBAN & PARTNER Sp. z o.o.**

50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29

Zamówienia: [www.elsevier.pl](http://www.elsevier.pl);

tel. 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86;

e-mail: [zamowienia@elsevier.com](mailto:zamowienia@elsevier.com)



**Atlas stopy cukrzycowej;** N. Katsilambros, E. Dounis, K. Makrilakis, N. Tentolouris, P. Tsapogas; wyd. I polskie, red. K. Strojek; ISBN: 978-83-7609-697-1, format: 189x249, opr. twarda, 246 stron, cena det.: 185.00 zł; twoja cena: 166.50 zł (370 ELS pkt.)

Atlas stopy cukrzycowej jest obszernym, bogato ilustrowanym opracowaniem, które powinno zainteresować diabetologów, lekarzy rodzinnych, a także pielęgniarki, czyli cały zespół sprawujący opiekę nad pacjentem z cukrzycą. Niestety nadal głównym powikłaniem zespołu stopy cukrzycowej jest amputacja.

Wykazano, że strategie nakierowane na edukację chorych, wykrywanie czynników ryzyka wystąpienia zespołu stopy cukrzycowej, wdrożenie pewnych działań prewencyjnych oraz opieka wielodyscyplinarnego zespołu lekarskiego mogą zmniejszyć częstość amputacji u chorych na cukrzycę nawet o około 50 procent. Atlas stopy cukrzycowej jest idealnym materiałem edukacyjnym na drodze do tego celu.

Z przedmowy do wydania polskiego



**Techniki terapeutyczne w fizjoterapii neurologicznej;** M. Kessler, S. Tink Martin; wyd. I polskie, red. E. Saulicz; ISBN: 978-83-7609-689-6, format: 276x216, opr. broszurowa, 570 stron, cena det.: 348.00 zł; twoja cena: 313.20 zł (696 ELS pkt.)

Książka **Techniki terapeutyczne w fizjoterapii neurologicznej** stanowi ogniwo między patofizjologią zaburzeń neurologicznych a całą gamą technik wykorzystywanych w celu poprawy możliwości ruchowych pacjenta. W podręczniku zawarto informacje dotyczące roli rehabilitacji neurologicznej w leczeniu osób dorosłych i dzieci z chorobami układu nerwowego, wiadomości z zakresu neuroanatomii, procesów kontroli ruchu, a także przebiegu rozwoju ruchowego. W książce czytelnik znajdzie podstawowe informacje na temat stosowanych technik i ćwiczeń w rehabilitacji neurologicznej, a także opis przypadków klinicznych, na których przykładzie można prześledzić przebieg badania pacjenta i proces technologiczny.

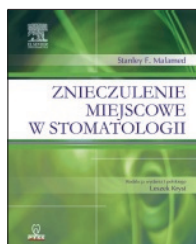
### BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, [www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl); nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach. OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 6; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X

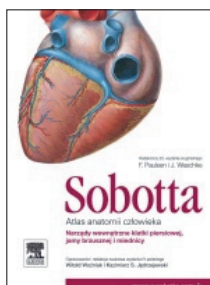
\*\*\*



**Znieczulenie miejscowe w stomatologii;** S.F. Malamed; wyd. I polskie, red. L. Kryst; ISBN: 978-83-7609-681-0, format: 218x276, opr. broszurowa, 420 stron, cena det.: 209.00 zł, twoja cena: 188.11 zł (418 ELS pkt.)

Ta doskonała pozycja, adresowana przede wszystkim do studentów stomatologii, może być również cennym źródłem informacji dla praktykujących lekarzy. Książka w bardzo przystępny i przejrzysty sposób dostarcza niezbędnych wiadomości z zakresu znieczulenia miejscowego w stomatologii. Pozycja podzielona jest na cztery główne rozdziały. W pierwszym z nich znalazły się informacje z zakresu farmakologii środków znieczulających i ich działania klinicznego. W rozdziale drugim zawarto opis sprzętu wykorzystywanego do znieczulenia, w rozdziale trzecim dokładnie zaprezentowano technikę znieczulenia, natomiast w rozdziale czwartym przedstawiono możliwe powikłania miejscowe i układowe. Liczne kolorowe zdjęcia z pewnością ułatwią czytelnikowi przyswojenie poszczególnych informacji.

\*\*\*



**Atlas anatomii człowieka Sobotta. Tom 2.: Narządy wewnętrzne klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy**

J. Sobotta, red. F. Paulsen, J. Waschke; wyd. IV polskie, red. W. Woźniak, K.S. Jędrzejewski; ISBN: 978-83-7609-709-1, format: 230x314, opr. twarda, 262 strony, cena det.: 119.00 zł, twoja cena: 107.10 zł (238 ELS pkt.)

Atlas składa się z trzech tomów oraz oddzielnego zeszytu z tabelami stawów, mięśni i nerwów. Jest przeznaczony przede wszystkim dla studentów kierunków lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, fizjoterapii, ratownictwa medycznego, a także pielęgniarstwa i położnictwa. Umożliwia szybkie i rzeczowe przyswojenie wiedzy do egzaminów, kolokwium i zaliczeń. w atlasie wiedzę anatomiczną powiązano z wybranymi zagadnieniami klinicznymi mającymi duże znaczenie w późniejszej praktyce lekarskiej. Wskazane jest zatem, by towarzyszył lekarzom wszystkich specjalności, rehabilitantom, fizjoterapeutom, pielęgniarkom i położnym oraz kosmetologom.

• Tom 1 Ogólne pojęcia anatomiczne. Narządy ruchu • Tom 2 Narządy wewnętrzne klatki pier-

siowej, jamy brzusznej i miednicy • Tom 3 Głowa, szyja i układ nerwowy

Do każdego tomu załączono krótki słownik objaśniający miana anatomiczne. Pod rycinami zamieszczone są krótkie opisy anatomiczne bardzo istotne w zajęciach prosektoryjnych oraz przy powtarzaniu materiału. Ważne są także opisy rozwoju narządów oraz uwagi kliniczne, wyjaśniające przydatność anatomii w dyscyplinach klinicznych i motywujących do nauki anatomii. Wiadomości dotyczące rozwoju wyjaśniają powstawanie wad wrodzonych w poszczególnych okresach życia wewnątrzmacicznego. W niektórych działach atlasu znajdują się wskazówki dotyczące preparowania oraz tematyczne listy przeglądowe wskazujące struktury i najważniejsze informacje. Do barwnych ilustracji anatomicznych dołączono wiele instruktywnych obrazów tomografii komputerowej oraz magnetycznego rezonansu jądrowego, a także schematów i tabel.

\*\*\*



**Pourazowe uszkodzenia zębów**

J.O. Andreasen, L.K. Bakland, M.T. Flores, F.M. Andreasen, L. Andersson; wyd. II polskie, red. U. Kaczmarek; ISBN: 978-83-7609-603-2, format: 210x295, opr. broszurowa, 100 stron, cena det.: 89.00 zł, twoja cena: 80.09 zł (178 ELS pkt.)

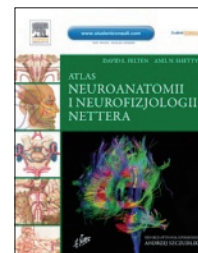
Książka stanowi kompendium wiedzy dotyczącej pourazowych uszkodzeń zębów. W schematycznie opracowanych rozdziałach opisano zasady diagnozowania i leczenia poszczególnych uszkodzeń zębów, cele leczenia, parametry lecznicze i długoterminową prognozę różnych jednostek pourazowych. Opracowanie zawiera również formularze badania wstępnego i badań kontrolnych w celu standaryzacji postępowania diagnostycznego i leczniczego. Książka jest adresowana do praktykujących lekarzy stomatologów i studentów, może stanowić również cenne źródło wiedzy z zakresu traumatologii zębów dla lekarzy innych specjalności. Jest to drugie polskie wydanie podręcznika - uaktualnione i wzbogacone o nowe rozdziały.

\*\*\*

**Atlas neuroanatomii i neurofizjologii Nettera;** wyd. II polskie, red. A. Szczudlik; ISBN: 978-83-7609-628-4, format: 218x276, opr. broszurowa, 430 stron, cena det.: 85.00 zł, twoja cena: 76.50 zł (170 ELS pkt.)

Uzupełniona i poprawiona wersja uznanego podręcznika obejmuje znane z wcześniejszego wydania schematy i ryciny obrazujące budowę oraz czynność układu nerwowego, które uzupełniono licznymi wynikami badań obrazowych. Dołączono również komentarze kliniczne, dzięki którym informacje na temat anatomii i fizjologii układu nerwowego zyskują praktyczny kontekst oraz zachę-

cają lekarzy i studentów do konfrontowania zdobytej wiedzy ze spostrzeżeniami dokonywanymi przy łóżku chorego. Zmieniony układ rozdziałów lepiej odzwierciedla nie tylko relacje anatomiczne i fizjologiczne, ale przede wszystkim wychodzi naprzeciw potrzebom Czytelnika, prowadząc go od zagadnień ogólnych do bardzo szczegółowych. Wprowadzone w tym wydaniu zmiany ułatwiają przyswojenie wiedzy o budowie i czynności układu nerwowego człowieka nie tylko przedstawicielom zawodów medycznych, ale także tym, którzy sięgną po książkę jako uzupełnienie swojego biologicznego czy humanistycznego wykształcenia. W atlasie: ponad 200 komentarzy klinicznych, zwięzłe opisy rycin, badania obrazowe, dostęp internetowy do pełnej treści drugiego wydania oryginalnego oraz wielu innych materiałów przez stronę Student Consult.



TERMEDIA SP. Z O.O., 61-615 Poznań, ul. Kleeberga 2,  
tel./faks: 61/656-22-00,  
e-mail: ksiazka@termedia.pl  
Książka do nabycia na [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

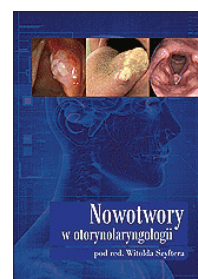
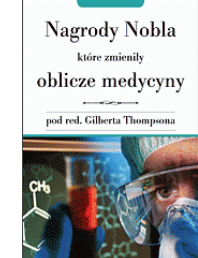
**Nagrody Nobla, które zmieniły oblicze medycyny** pod red. Gilberta Thompsona; ISBN: 978-83-62138-95-1, format: 145 x 220, oprawa miękka, 328 stron, cena: 49.99 zł

Książka jest zbiorem pasjonujących esejów poświęconych Nagrodom Nobla oraz ich laureatom. Publikacja uzmysławia, jak wiele współczesna cywilizacja zawdzięcza odkryciom dokonany przez noblistów i jak wiele z nich ma ogromny wpływ na dzisiejsze oblicze medycyny.

\*\*\*

**Nowotwory w otorynolaryngologii** pod red. Witolda Szyftera; ISBN: 978-83-62138-80-7, format: 197 x 275, oprawa twarda, 500 stron, cena: 150.00 zł

Nowotwory głowy i szyi stanowią niezwykle wyzwanie, są bardzo trudnym problemem diagnostycznym. Walka z nimi jest jednym z najważniejszych zadań stojących przed otolaryngologami. Tym zagadnieniom poświęcony jest podręcznik „Nowotwory w otorynolaryngologii”. Tematyka książki została opracowana przez zespół lekarzy poznańskiej Kliniki Otolaryngologii – ośrodka od kilkudziesięciu lat specjalizującego się w diagnostyce i leczeniu nowotworów. Książka z pewnością będzie bardzo przydatną pozycją w codziennej praktyce lekarskiej, ułatwiającą diagnozę i wdrożenie właściwego leczenia.





# wyłączny autoryzowany dystybutor



sprzętu medycznego

## GE Healthcare



**INFOLINIA**

+48 32 251 18 35  
+48 609 333 288



ul. Sowińskiego 50  
40-018 Katowice  
sprzedaz@gemed.info.pl

### NASI LUDZIE

Dyrektor Handlowy

Kazimierz Polarczyk  
+48 609 333 288

Ultrasonografy & Echokardiografy

Mariusz Piątek +48 665 993 400  
Aleksander Kondera +48 693 818 040  
Tomasz Zymek +48 697 333 117

Radiologia

Roman Spachowski +48 503 018 081  
Artur Elias +48 512 430 404

Serwis i Densytometria

Marcin Brzeziński +48 605 993 400  
Arkadiusz Orłak +48 605 993 450

### JESIENNE HITY CENOWE

CENY SYSTEMÓW Z GŁOWICAMI

<b>ULTRASONOGRAFY (DOPPLER KOLOROWY)</b>	
LOGIQ C5 PREMIUM	69 000
<b>ULTRASONOGRAFY POŁ/GIN</b>	
VOLUSON S6	195 900
<b>ECHOKARDIOGRAFY</b>	
VIVID S5	119 900
<b>RAMIE C</b>	
BRIVO OEC 850	255 000
<b>DENSYTOMETRY</b>	
DPX BRAVO	154 900
PRODIFY PRIMO	184 900

**CENY BRUTTO**



USG

ECHO

RAMIE C

**GE Healthcare®**

**SKYTRON®**

**HYBRYDOWE  
SALE OPERACYJNE**



**STOŁY  
OPERACYJNE**



**LAMPY  
OPERACYJNE**



**zamów  
bezpłatny  
KATALOG**

NAJTAŃSZE  
W PEŁNI ELEKTRYCZNE  
ŁÓŻKO NA RYNKU

**taurus MED  
ŁÓŻKA  
SZPITALNE**

