



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Sierpień 2015

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 227

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fotografia: Adam Bagiński

RYCERZ NA WYWCZASACH

Jakże wdzięcznym motywem w sztuce bywa rycerz. Dobrze wygląda na płótnie i na scenie, w powieściach, wierszach i w piosenkach. Może się pysznić i przechwalać, walczyć na kopie oraz mieczem, może też żarliwie modlić się w kościele. Lecz choćby ukrył się pod włosienicą i klęczał w tłumie, zawsze się zdradzi. Każdy zobaczy, że to młodzian odważny i hojny, łaskawy i grzeczny, a ponadto mądry i roztropny. Gra na lutni, wioli i flecie, układa sonety i zna się na dwornej miłości.



Rycerz – Michał Wawrzyniak

W XII wieku Chrétien de Troyes poświęcił Lancelotowi esej, w którym przedstawił tajniki *amour courtois*. Zaczyna się ona zwykle od błyskawicy, olśnienia, serce nagle zaczyna pęcznieć, nabrzmiewa, o mało nie pęknie, czas natomiast zatrzymuje się i czeka. Przygląda się jak rycerz-trubadur (francuski czasownik *trobar* znaczy po łacinie odkrywać, znajdować; od niego pochodzi nazwa twórcy, wynalazcy pieśni) wraca z wyprawy krzyżowej. Koń ob-

juczony łupami – są tam kobierce i złoto – wiezie śmiałka do zamku nad Loarą, gdzie wypatruje go Matylda.

Są po słowie, przyrzekali sobie w altanie. Przyniósł jej kwiaty jesieni – mimozy i rozsypał je pod stopami. Poczula dziwny niepokój, ktoś grał na tamburynie, drgnęła, przyłożyła dłonie do piersi. Spuściła oczy, pobladła. Pierwszy zbliżył się do niego słodki zapach jaśminu, potem dopiero podeszła niewiasta. Ujęła go za rękę i nasłuchiwała. – *Pragnę być Pani sługą* – powiedział.

Teraz jednak gubi się gdzieś w okolicy góry Słęży. Poluje na jelenie, strzela do głuszców, płoszy lisy i marczaki. Pojedynkuje się, gra w tryktraka na pieniądze i uczestniczy w turniejach. Pewnego dnia pędzi przed siebie, wyprzedza rywali, już prawie zrywa proporzec, ale nagle jego koń potyka się i przygniata jeźdźcę.

Pogruchotane kości leczy Agapia. Zaparza zioła, miesza spirytusy, ogląda gwiazdy, śledzi kształt księżyca i kiedy światła ubywa, zmienia opatrunki. – *Humory wtenczas odpoczywają* – tłumaczy – można je uspokoić, przywrócić harmonię. W średniowieczu uważano, że ciało ludzkie składa się z czterech płynów: krwi, żółci, flegmy i melancholii, czyli czarnej żółci. Krew decydowała o żywotności i vitalności, to dzięki niej organizm był ciepły i wilgotny, żółć pomagała w trawieniu, a bezbarwna flegma wypełniała zagłębienia i wklęsłości. Chłodziła organizm w czasie upałów i gorączki, jej nadmiar pojawiał się jako katar, pot i łzy. Melancholia natomiast farbowała skórę i włosy.

Powróćmy do rycerza złożonego chorobą. Agapia warzy nalewki, on zaś uważnie śledzi jej ruchy, podziwia płynność i zwinność, bladą cerę i wysmukłą sylwetkę. Kobieta rozgląda się po pokoju, jakby czegoś szukała – języka jaszczurki czy ucha nietoperza – i zanim pochyli się nad ranym, otacza go delikatna woń nagietka.

– *Czy będzie pani damą mego serca?* – pyta.

– *A Matylda?*

– *Doszły mnie słuchy, że wybrała innego.*

– *Doprawdy? Kogo?*

– *Chrystusa, zamieszkała u niego.*

– *Wstąpiła do klasztoru?*

– *Tak. Niewierna.*

„Ostatni” Michała Wawrzyniaka schował się pod długim płaszczem, ale nietrudno poznać, że to prawdziwy rycerz. Jest piękny i młody, wytworny i szczodry. Zna sekrety *fin’ amor* (miłości subtelnej, finezyjnej). Pisze sonety, wdzięcznie tańczy, komponuje melodie, zbiera kwiaty i wygrywa turnieje. Chce służyć swojej damie. Biegnie do niej na jednej nodze. Drugą nogą jest u innej niewiasty, Pani o gołęmbim sercu.

Agnieszka KANIA

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; 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 8a; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X



Drodzy Czytelnicy!

Piszę te słowa w połowie lipca, a Wy będziecie je czytać na przełomie sierpnia i września. Będzie więc już prawie po wakacjach. Mam nadzieję, że większość z Was spędziła ten czas znakomicie, sprawiając sobie wyłącznie same przyjemności.

A przed nami ciężki okres nasilonej kampanii przedwyborczej, w trakcie której obiecywać nam będą złote

góry, z których za kilka miesięcy już nic nie zostanie. Co niesie nam niedaleka przyszłość i jakich niespodzianek należy się spodziewać? Czas pokaże!

Przed Wami kolejny podwójny numer Biuletynu. Tym razem będzie trochę bardziej poważnie, ale mam nadzieję, że ta zapowiedź nie odstraszy Sz. P. Czytelników od przegłównienia jego zwartości. Zachęcam więc do lektury i do następnego – jesiennego już Biuletynu.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA



Koleżanki i Koledzy,

Wreszcie mamy nowego Ministra. W jego przypadku można mówić zgodnie ze starym porzekadłem: „*Lepiej późno, niż wcale*”. Choć rzeczywiście stało się to dużo, dużo za

późno. Nowy Minister stanął wobec bardzo trudnego zadania – jak w cztery miesiące odbudować zaufanie do tego urzędu? Jak, w tak krótkim czasie, naprawić podstawowe błędy poprzednika. Po pierwszym spotkaniu Naczelnej Rady Lekarskiej z Profesorem Zębalą można powiedzieć, że chce z nami rozmawiać. Zapowiedział, że we wrześniu będą gotowe rozwiązania prawne, które będą wychodziły naprzeciw oczekiwaniom naszego środowiska. Zobaczmy – wrzesień już niedługo.

Zapowiadana szumnie jeszcze przez poprzedniego Ministra weryfikacja działania pakietu onkologicznego po upływie pół roku okazała się – jak zresztą wszystkie jego wcześniejsze obietnice – wielką „ściemą”. Karta DIALOG, jak była wielostronicowym zbędnym dokumentem,

tak nim została. Nie poprawiono nawet oczywistych błędów w opisach rubryk. Szkoda, że Minister Arłukowicz nie zabrał jej ze sobą.

Wśród opolskich decydentów coraz mocniej funkcjonuje idea powstania Wydziału Lekarskiego na naszym terenie. Konfiguracje są różne – Wydział Lekarski Uniwersytetu Opolskiego, Uniwersytet Medyczny na bazie Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej, Wydział Zamiejscowy Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Już takie rozstrzelanie pomysłów sprawia, że trudno będzie skupić siły i środki w skutecznym dążeniu do celu. Ale jest jeszcze sprawa druga, która w tych rozważaniach jest pomijana. Jeżeli nie zwiększy się finansowanie szpitali i nie pojawią się szanse na nowe etaty, to absolwenci „naszej uczelni” i tak będą szukali miejsc pracy poza Opolszczyzną. A u podstaw idei własnej uczelni było pytanie – co zrobić aby zwiększyć liczbę lekarzy pracujących w naszym województwie. Samo utworzenie Wydziału Lekarskiego sprawy nie rozwiąże.

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

W dniu 24 czerwca br. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu. Przedmiotem obrad były następujące sprawy:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie po dyplomowe lekarzy.

3. Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy, dofinansowanie udziału w imprezach sportowych oraz dofinansowanie zdarzeń kulturalnych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.

6. Zmiany w wysokości składki członkowskiej.
7. Zgłoszenie kandydatury do funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ortopedii i traumatologii.
8. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
9. Sprawy różne i wolne wnioski.

Na początku Prezes Jakubiszyn powitał zebranych i przekazał głos kol. Lachowi

Ad 1.

Kol. Lach przedstawił podania o wpis na listę członków naszej Izby dwojga lekarzy:

- Małgorzata Stempniak – przeniesienie z DIL,
- Katarzyna Rajtar – przeniesienie z DIL.

Oba podania Rada zaakceptowała jednomyślnie.

Ad 2.

Ośrodek Badań i Terapii Pamięci „Neuronika” zwrócił się do Rady o zgodę na prezentację swojej oferty. Kol. Lach zaproponował, aby firmę skontaktować z dr Bunio, który jest konsultantem ds. geriatry i jednocześnie delegatem na Okręgowy Zjazd Lekarzy.

Ad 3.

Do Rady wpłynęły wnioski o wyrejestrowanie dwóch praktyk prywatnych. Oba wnioski zostały jednomyślnie przyjęte przez zebranych.

Ad 4.

Do Funduszu Samopomocy wpłynęły dwa wnioski o zapomogę, które zostały przyznane jednogłośnie.

Ad 5.

Od poprzedniego posiedzenia Rady nie wpłynęły żadne wnioski o wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.

Ad 6.

Do Rady wpłynęły dwa podania o zwolnienie z opłacania składek. Obie prośby zostały przyjęte jednogłośnie.

Ad 7.

W związku z koniecznością zgłoszenia kandydatury na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego ds. Ortopedii, kol. Jakubiszyn zwrócił się do Prezesa Oddziału Opolskiego PTOiTz z prośbą o propozycje. W odpowiedzi kol. Pełka zaproponował osobę dr Krzysztofa Otwińskiego. Ponieważ członkowie Rady nie wnieśli żadnych uwag do tej kandydatury, została ona jednogłośnie zaakceptowana na tę funkcję.

Jednocześnie w związku z upływem kadencji dr Andrzeja Sznajdera, Rada postanowiła ponownie przedstawić jego osobę na tę funkcję.

Ad 8.

Kol. Wojtyłko przedstawił zebrany krótką relację ze swego udziału w konferencji poświęconej innowacyjności w medycynie oraz w posiedzeniu Komisji Bioetycznej OIL w Opolu.

Prezes Jakubiszyn poinformował o kolejnym spotkaniu dotyczącym inicjatywy powołania Wydziału Medycznego w Opolu. Podkreślił jeszcze raz brak zgody na porozumienie się w tej sprawie pośród głównych „aktorów” tego przedsięwzięcia. Jednocześnie okazało się, że pojawiła się propozycja utworzenia w Opolu Wydziału Zamiejscowego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Po raz kolejny zebrani gorąco dyskutowali tę inicjatywę.

Kol. Latała poinformował zebranych o kolejnym wspólnym posiedzeniu Oddziału Opolskiego PTS i Komisji Stomatologicznej OIL, które odbyło się dn. 23 maja br. Na spotkaniu tym referat pt. „Co nowego w stomatologii dziecięcej” wygłosiła prof. dr hab. Magdalena Wochna-Sobańska z Zakładu Stomatologii Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, a wysłuchało go ok. 100 osób.

Ad 9.

O dofinansowanie, w kwocie 2.500 PLN, swego koncertu w dn. 19 czerwca r. w „Starym Domu” w Domieku zwrócili się członkowie zespołu „Reanimators”. Przy 1 głosie wstrzymującym się Rada postanowiła wyasygnować tę kwotę.

Kol. Jakubiszyn przedstawił apel Prezesa Hamankiewicza o pomoc i wsparcie dla uchodźców z Syrii. Członkowie Rady zdecydowali, że nie ma potrzeby podejmowania w tej sprawie żadnego stanowiska, a o formie i skali pomocy powinni decydować wg swego uznania sami darczyńcy.

Ponadto Prezes przedstawił problemy związane z uporządkowaniem ogrodu na naszej posesji. Otóż, by móc dokonać niezbędnej wycinki drzew w naszym ogrodzie należałoby zapłacić kwotę ok. 400 tys. PLN. W związku z tym kol. Jakubiszyn zwrócił się do Prezydenta m. Opola o zgodę na zamianę tej opłaty na możliwość dokonania tzw. nasadzeń zastępczych. Zgoda została wydana i opiewa na 24 drzewa iglaste i 24 liściaste, które powinny być zasadzone na naszej działce albo w innym publicznym miejscu, nad którym mielibyśmy jednak kontrolę. Padła propozycja porozumienia się z Wyższą Szkołą Medyczną w tej sprawie

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym spotkaniu Rady zostało zamknięte.

*Z-ca Sekretarza ORL
Lek. med. Jerzy B. LACH*

*Prezes ORL
Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ OIL W OPOLU



W dniu 15 czerwca br. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i przystąpiła do omawiania bieżących informacji z posiedzenia KS Naczelnej Rady Lekarskiej, które odbyło się 13 czerwca br. w Serocku.

1. KS NRL wraz z PTS będzie współorganizatorem 104 Dorocznego Światowego Kongresu Dentystycznego FDI w Poznaniu we wrześniu 2016 r. Naczelna Rada Lekarska rozważa udzielenie pożyczki PTS na ten cel i oczekuje opinii KS NRL w tej kwestii, w związku z czym przyjęto stosowne stanowisko, a także zobowiązano PTS do dołączenia do składu Komitetu Organizacyjnego Kongresu 3 osób wyznaczonych przez NRL.
2. Przedstawienie sprawozdań z prac poszczególnych zespołów problemowych:
 - Komisja ds wykonywania zawodu – dyskusja w sprawie dopuszczalności zatrudnienia lekarza w praktyce lekarskiej, konieczność nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (stanowisko nr 6/15/VII KS NRL w sprawie możliwości zatrudnienia lekarza i lekarza dentysty w praktyce lekarskiej i lekarsko-dentystycznej);
 - Komisja ds zawodów pomocniczych – KS NRL proponuje głębszą analizę problemu asystentek stomatologicznych; zawód ten nie jest zawodem nadwyżkowym, w związku z czym pragniemy szerszej dyskusji na ten temat – w kwestii tej jesteśmy zgodni z Konfederacją Pracodawców LEWIATAN, Związkiem Nauczycielstwa Polskiego i przedstawicielami Parlamentu (apel KS NRL);
 - Komisja ds kształcenia przed- i podyplomowego – kształcenie lekarzy dentystów wymaga pilnej reakcji ze strony władz państwowych odpowiedzialnych za ochronę zdrowia, w związku z tym KS NRL zwróciła się do NRL o podjęcie stosownych działań: analizy potrzeb dla danej populacji, celowanej rekrutacji na studia lekarsko-dentystyczne stosownie do potrzeb, itp. (stanowisko nr 3/15/VII w sprawie kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy dentystów);
 - Komisja ds NFZ – przygotowano ankiety z projektem zmian w koszyku świadczeń gwarantowanych do opiniowania przez konsultantów i członków KS (zbiorcze dane należy przesłać do 1.X.15 r.). Ankiety zostaną rozesłane do członków KS pod koniec sierpnia.
3. Minister Zdrowia zlecił prace nad wprowadzeniem czynnika korygującego dla dzieci.
4. Przewodnicząca J. Smerkowska-Mokrzycka przypomniała stanowisko KS NRL nr 1/VII/14 z dnia 5.06.14 r. i stanowisko nr 22/14/P-VII Prezydium NRL z dnia

- 6.06.14 r. dotyczące wzrostu limitów przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny w związku z decyzją MZ o zwiększaniu liczby miejsc dla studentów pierwszego roku kierunku lekarsko-dentystycznego. Decyzja taka spowoduje problemy z finansowaniem nauczania i z utrzymaniem należytego poziomu dydaktycznego oraz utrudni absolwentom wykonywanie zawodu lekarza dentysty.
5. Dr J. Małmyga przedstawiła KS NRL harmonogram tematów artykułów do Gazety Lekarskiej. Propozycje tematów można zgłaszać do 20-tego każdego miesiąca.
 6. NRL wystąpiła z propozycją dyskusji o konieczności nowelizacji ustawy o podmiotach leczniczych (kto może pełnić obowiązki kierownika placówki leczniczej i jakie powinien spełniać wymagania).
 7. W związku z apelem ORL w Katowicach dotyczącym likwidacji regulaminu praktyki w przypadku działalności wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, KS NRL przyjęła stanowisko nr 4/15/VII z dnia 13.06.15 r. w sprawie zwolnienia lekarzy dentystów wykonujących zawód w formie praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego z obowiązku posiadania regulaminu organizacyjnego.
 8. KS NRL przyjęła stanowisko 2/15/VII w sprawie zwolnienia lekarzy dentystów wykonujących zawód w formie praktyki z obowiązku zgłaszania polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i zwróciła się z prośbą o rozpatrzenie przedstawionych postulatów przez NRL celem ich dalszego procedowania.
 9. Szkolenia:
 - 104 Światowy Kongres Dentystyczny FDI odbędzie się w dniach 7–10.09.16 r. w Poznaniu;
 - Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Diagnostyka i leczenie dysfunkcji narządu żucia. Okluzja od praktyków dla praktyków” – 19–20.06.15 r. w Rzeszowie;
 - Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Lekarzy Stomatologów – Rytro jesień 2015 w dniach 23–25.10.15 r.;
 - II Andrzejki Stomatologiczne 2015 – w dniach 27–29.11.15 r. w Wiśle.
 10. Wolne wnioski:
 - Komisja Stomatologiczna przyjęła do wykazu jednostek uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego lekarza dentysty Praktykę Stomatologiczną Lekarzy Stomatologów Grażyna Bystry, Maciej Bystry s.c.

*Sekretarz KS
Lek. stom. A. ADAMSKA
Przewodnicząca KS
Lek. stom. J. SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

ZWIĘKSZONE RYZYKO NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH U OSÓB Z ROZPOZNANĄ CHOROBA RECKLINGHAUSENA

Choroba Recklinghausena określana inaczej jako nerwiakowłóknakowatość typu 1 (NF1) jest chorobą uwarunkowaną genetycznie, dziedziczną autosomalnie dominującą o 100% penetracji i zmiennej ekspresji. Podłoże genetyczne wiąże się z mutacjami w genie NF1, który znajduje się na chromosomie 17q11.2¹. Gen ten charakteryzuje się dużym rozmiarem obejmuje 350 kpz. i zawiera 60 eksonów kodujących białko. Mutacje genu mogą być odziedziczone, ale w 50% przypadków powstają one *de novo* (brak cech NF1 u rodziców). Gen pełni rolę supresorową i jest odpowiedzialny za hamowanie aktywności onkogenu RAS, który odgrywa istotną rolę w podziale komórek, inicjacji i progresji niektórych nowotworów. Częstość występowania jest szacowana na poziomie od 1:3000 do 1:4000 żywych urodzeń. Rozpoznanie choroby opiera się głównie na ocenie cech klinicznych, a diagnostyka molekularna nie jest stosowana rutynowo ze względu na znaczny rozmiar genu oraz szerokie spektrum wykrytych mutacji i znaczny odsetek mutacji unikalnych. Główne cechy fenotypowe zespołu NF1 to: obecność plam o charakterze kawy z mlekiem (*café au lait*), nerwiakowłóknaków, nerwiakowłóknaków spłotowatych, piegów i przebarwień w miejscach osłoniętych od światła, hamartomatycznych guzów Lisha w obrębie tęczówki, glejaków nerwu wzrokowego i charakterystycznych objawów kostnych (rys.1 i 2).

Rozpoznanie kliniczne zespołu NF1 opiera się na kryteriach ustalonych w 1997 r. (NF1 NIH Consensus Conference Criteria) i może być postawione w przypadku wystąpienia przynajmniej dwóch z poniższych objawów²:

- sześć lub więcej plam *café au lait*, przekraczających 5 mm przed okresem dojrzewania i 15 mm po okresie dojrzewania;

- dwa lub więcej nerwiakowłóknaków jakiegokolwiek typu lub jeden nerwiak spłotowaty;

- piegi i/lub przebarwienia w niedostępnym dla światła okolicach ciała (ok. pachowe, wżgórek łonowy);

- glejak narządu wzrokowego;

- dwa lub więcej guzki Lisha;

- charakterystyczne objawy kostne;

- krewny I° spełniający powyższe kryteria.

Częstość poszczególnych objawów jest różna, ich nasilenie jest indywidualne i może różnić się nawet u członków tej samej rodziny. Objawy pojawiają się do 8 roku życia w 97%. Duże objawy występują u większości pacjentów z różną częstotliwością: plamy *café-au-lait* w licz-

bie powyżej sześciu u ok. 95%, piegi w okolicach dołów pachowych u 65–84%, nerwiakowłóknaki u 95%, guzki Lisha u 96% pacjentów. Częstość małych objawów jest niższa i obejmuje: nerwiakowłóknaki spłotowate u 25%, glejaki nerwu wzrokowego u 25%, skrzywienie kręgosłupa piersiowego u 12–20%, niski wzrost 30% pacjentów^{3,4,5}.



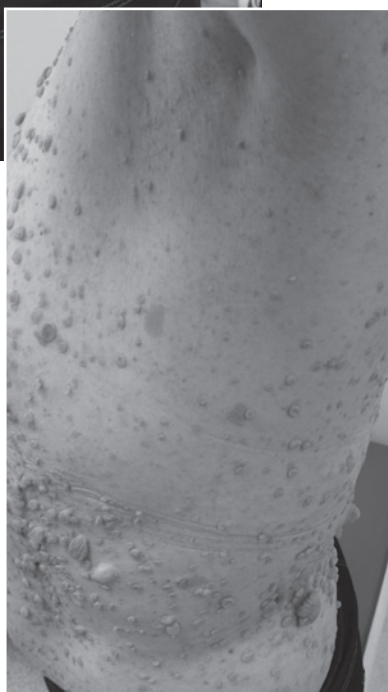
U dorosłych pacjentów z zespołem NF1 stwierdzono wyższe ryzyko nowotworów złośliwych. Wyższą częstość i wyższy poziom ryzyka stwierdzono w przypadku guzów stromalnych przewodu pokarmowego (GIST). Szacunkowe życiowe ryzyko wynosi 6%. Guzy częściej dotyczą jelita cienkiego i mają wieloogniskowy charakter⁶. Wyższe ryzyko stwierdzono w przypadku raka piersi – szczególnie przed 50 rokiem życia. Ryzyko to jest cztery do ośmiu razy wyższe niż w ogólnej populacji⁹. Guzy chromochłonne nadnerczy występują z częstością 1%⁷. W literaturze opisano również guzy o charakterze *somatostatynoma* w zakresie dwunastnicy ale dotychczasowe badania nie pozwoliły na określenie życiowego ryzyka wystąpienia tego nowotworu⁸.

W przypadku pacjentów z zespołem NF1 stwierdzono częstsze występowanie nowotworów w zakresie ośrodkowego układu nerwowego. U dorosłych pojawiają się gwiaździaki w II-IV stopniu zróżnicowania wg WHO. Ryzyko pierwotnych guzów OUN w przypadku dorosłych pacjentów z NF1 jest pięciokrotnie wyższe, niż w ogólnej populacji. Zwiększone ryzyko stwierdzono również dla złośliwych guzów nerwów obwodowych. Życiowe ryzyko wynosi 8–13%, a częstość ich występowania u pacjentów z NF1 to 0,16% w porównaniu z częstością 0,001% w ogólnej populacji⁷. Poza wymienionymi nowotworami opisywane były również czerniaki tęczówki, białaczki, mięsaki prądkowano komórkowe i inne nowotwory.

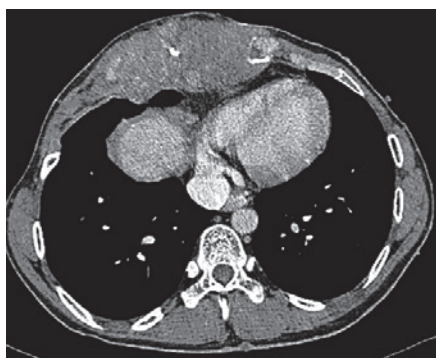
Biorąc pod uwagę zwiększone ryzyko nowotworów złośliwych, które często są przyczyną utraty wielu lat życia, warto rozważyć systematyczne badania kontrolne w grupie pacjentów z zespołem NF1. Onkologiczna Poradnia Genetyczna Opolskiego Centrum Onkologii prowadzi badania mające na celu wykrycie i opiekę nad



*Liczne nerwiakow-
łókniki*



*Plamy o charakterze
kawy z mlekiem (café
au lait)*



*Nerwiakowlókniak
splotowaty*

rodzinami z podwyższonym, dziedzicznym ryzykiem nowotworów. Zespół NF1 jest zespołem dziedzicznym, w przebiegu którego ryzyko nowotworów złośliwych jest wyższe niż populacyjne. Zwracam się do Państwa z prośbą o kierowanie dorosłych pacjentów z rozpoznany zespołem NF1 do Onkologicznej Poradni Genetycznej. W ramach kontroli będą zaplanowane badania celem ewentualnego wczesnego wykrycia nowotworów. Prośba jest skierowana do lekarzy różnych specjalności, którzy mają pod opieką pacjentów z tym zespołem. Kolejnym planowanym krokiem jest stworzenie rejestru osób z zespołem NF1 oraz ocena częstości występowania w województwie opolskim. W celu oceny częstości konieczna jest Państwa pomoc – szczególnie lekarzy rodzinnych. Określenie liczby pacjentów z zespołem NF1 w stosunku do całej liczby zaopiekowanych osób pozwoli na oszacowanie częstości zespołu NF1 w naszym województwie. Liczę na Państwa pomoc i dziękuję za współpracę.

PIŚMIENNICTWO:

1. Fountain JW, Wallace MR, Bruce MA at al. „Physical mapping of a translocation breakpoint in neurofibromatosis”. Science. 1989 Jun 2; 244 (4908): 1085-7.
2. Gutmann DH; Consensus Group „The diagnostic Evaluation and Multidisciplinary Management of Neurofibromatosis 1 and Neurofibromatosis 2”, J Am Med Ass 1997, 278: 51-7.
3. Huson SM, Harper PS, Compston DA. „Von Recklinghausen neurofibromatosis. A clinical and population study in south-east Wales”. Brain. 1988 Dec;111 (Pt 6): 1355-81.
4. Riccardi VM. „Type 1 neurofibromatosis and the pediatric patient”. Curr Probl Pediatr. 1992 Feb; 22(2): 66-106; discussion 107. Review.
5. Listernick R, Darling C, Greenwald M at al.: „Optic pathway tumors in children: the effect of neurofibromatosis type 1 on clinical manifestations and natural history”. J Pediatr. 1995 Nov; 127(5): 718-22.
6. Miettinen M, Fetsch JF, Sobin LH at al.: „Gastrointestinal stromal tumors in patients with neurofibromatosis 1: a clinicopathologic and molecular genetic study of 45 cases”. Am J Surg Pathol. 2006 Jan; 30(1): 90-6.
7. Brems H, Beert E, de Ravel T at al.: „Mechanisms in the pathogenesis of malignant tumours in neurofibromatosis type 1”. Lancet Oncol. 2009 May; 10(5): 508-15.
8. Bettini R, Falconi M, Crippa S at al.: „Ampullary somatostatinomas and jejunal gastrointestinal stromal tumor in a patient with Von Recklinghausen’s disease”. World J Gastroenterol. 2007 May 21; 13(19): 2761-3.
9. Madanikia SA, Bergner A, Ye X at al.: „Increased risk of breast cancer in women with NF1”. Am J Med Genet A. 2012 Dec; 158A(12): 3056-60.

*Lek. med. Marek SZWIEC
Opolskie Centrum Onkologii
Oddział Onkologii Klinicznej
Onkologiczna Poradnia Genetyczna*

*szwiec72@gmail.com
tel. (praca) 77/441-60-90
tel. kom. 608-499-903*

JAKA BYŁA PRZYCZYNA ŚMIERCI CESARZA NAPOLEONA BONAPARTE (1769–1821)?



W dniu 16 października 1813 r. rozegrała się największa w historii napoleońskiej „Bitwa Narodów” pod Lipskiem. Po stronie Napoleona, oprócz Francuzów, walczyli Polacy, Sasi, Holendrzy, Belgowie, Włosi, zaś po stronie koalicji sprzymierzonych – Anglicy, Rosjanie, Prusacy i Szwedzi. Armia Napoleona liczyła sto pięćdziesiąt tysięcy żołnierzy, zaś armia przeciwnika dwieście dwadzieścia tysięcy. Polakami w tej bitwie dowodził marszałek Francji książę Józef Poniatowski, który podczas odwrotu spod Lipska utonął w rzece Elsterze. „Bitwa Narodów” pod Lipskiem zakończyła się klęską Napoleona. Zginęło ponad 30.000 żołnierzy francuskich i 40.000 żołnierzy wojsk sprzymierzonych. Marszałek Murat objeżdżający wraz z Napoleonem pole bitwy stwierdził, że od czasu bitwy pod Borodino w Rosji takiej liczby zabitych nie widział.

Po klęsce pod Lipskiem Napoleon abdykował w dniu 6 kwietnia 1814 r. i decyzją sprzymierzonych, na czele których stał car Rosji Aleksander, został zesłany na wyspę Elbę znajdującą się na Morzu Śródziemnym w odległości zaledwie pięćdziesięciu kilometrów od miejsca urodzenia Napoleona na Korsyce (Ajaccio). Zamieszkał tam w pałacu w głównym mieście Elby Portoferraio.

W dniu 1 marca 1815 r. w wielkiej tajemnicy Napoleon uciekł z Elby i wylądował we Francji w miejscowości Antibes. Rozpoczęło się tzw.: „Sto dni” Napoleona.

Przybycie Napoleona z Elby zostało entuzjastycznie przyjęte nie tylko przez armię, ale również przez społeczeństwo francuskie. Po zorganizowaniu nowej armii Napoleon ruszył przeciwko Anglikom, Rosjanom i Prusakom. Do spotkania doszło w belgijskiej miejscowości Waterloo w dniu 17 czerwca 1815 r. – minęła więc dwusetna rocznica tej bitwy. Po stronie Napoleona walczyło siedemdziesiąt dwa tysiące żołnierzy, zaś po stronie Wellingtona, który dowodził wojskami sprzymierzonymi – siedemdziesiąt tysięcy. Od samego początku bitwy po raz pierwszy szczęście opuściło Napoleona. Bitwa rozpoczęła się ulewą (stąd chyba nazwa miejscowości Waterloo), co uniemożliwiło atak kawalerii francuskiej na pozycje angielskie, na pole bitwy nie dotarła armia francuska generała Grouchy, na którą Napoleon bardzo liczył, natomiast w decydującej fazie bitwy pojawiła się armia pruska Blüchera licząca trzydzieści tysięcy żołnierzy. Nic więc dziwnego, że bitwa pod Waterloo zakończyła się klęską Napoleona. Pod Waterloo zginęło ponad dwadzieścia pięć tysięcy Francuzów i dwadzieścia dwa tysiące Anglików i żołnierzy sprzymierzonych. Pod Waterloo bohatersko walczyli Francuzi, kiedy Anglicy

otoczyli oddział generała Cambronne’a i zażądali kapitulacji otrzymali w odpowiedzi słowo „Merde” (gówno). Cały oddział poniósł śmierć.

Po bitwie pod Waterloo Napoleon abdykował po raz drugi w dniu 20 czerwca 1815 roku. Decyzją Kongresu Wiedeńskiego zesłany został na Wyspę św. Heleny, na której – po dwu i półmiesięcznej podróży – wylądował 15 października 1815 r.

Wyspa św. Heleny leży na południowym Atlantyku i została odkryta przez żeglarzy portugalskich jako wyspa bezludna. W dniu jej odkrycia kościół katolicki obchodził święto św. Heleny i stąd jej nazwa. Początkowo wyspa ta należała do Holendrów, ale w roku 1673 została zajęta przez Anglików. Angielska Kompania Wschodnio-Indyjska urządziła na niej postój dla okrętów płynących z Anglii do Indii i z powrotem. Najbliższy ląd afrykański znajdował się ponad dwa tysiące kilometrów od wyspy, co dawało gwarancję niemożliwości powrotu Napoleona do Europy. Na przebycie trasy dzielącej Wyspę św. Heleny od Anglii ówczesna flota żaglowa musiała płynąć ponad trzy miesiące.

Na Wyspie św. Heleny Napoleon zamieszkał w obszernym domu w części wyspy noszącej nazwę Longwood. Pozwolono mu zabrać ze sobą nieliczną świtę z marszałkiem Bertrandem na czele. Gubernatorem wyspy był Hudson Lowe – tępy i ograniczony służbista, którego Napoleon nienawidził i nie dopuszczał do siebie. Napoleon miał zagwarantowaną zupełną swobodę ruchów po wyspie, łącznie z przejażdżkami konnymi tym bardziej, że klimat wyspy św. Heleny był bardzo łagodny i zdrowy. Bardzo często przyjmował gości, zwłaszcza podróżników nie tylko z Anglii, którzy w drodze do Indii zatrzymywali się na wyspie.

Napoleon, z pomocą swojego przyjaciela hrabiego de Las Casesa, zaczął pisać pamiętniki, z których wynikało, że największą miłością jego życia był jedyny syn Napoleon II, nazywany przez Napoleona „Orlątkiem” i mianowany przez niego na „Króla Rzymu”. Po abdykacji Napoleona „Orlątko” wraz z matką Marią Ludwiką znalazł się na dworze swojego dziadka cesarza austriackiego Franciszka w Pałacu Schönbrunn w Wiedniu. Mimo wielokrotnych próśb Napoleona nie wyrażono zgody na przyjazd jego syna na Wyspę św. Heleny.

Stopniowo Napoleon popadał w depresję, melancholię, często w zadumę. Stawał się małomówny. Od marca 1821 r. pojawiły się u niego silne dolegliwości bólowe jamy brzusznej. Cesarz domyślał się, że może być to spr-

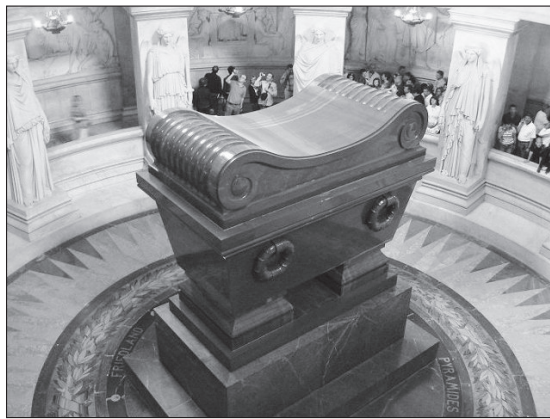
wa nowotworowa, ponieważ jego ojciec Carlo Buonaparte zmarł na raka żołądka w wieku czterdziestu lat.

Cesarz Napoleon Bonaparte zmarł 5 maja 1821 r. o godzinie szóstej wieczorem. Jego wierny sługa Marchand przykrył ciało Napoleona starym płaszczem, który Napoleon miał na sobie 14 czerwca 1800 r. w bitwie pod Marengo. Przeprowadzone badanie sekcyjne wykazało faktycznie zaawansowane stadium raka żołądka. Istniały jednak sugestie, że do pożywienia Napoleonowi lekarze angielscy na Wyspie św. Heleny dodawali środki trujące, ale nie istnieją na to formalne dowody. Trumnę z jego ciałem złożono do grobu w Longwood. Kiedy trumnę spuszczano do grobu rozległy się salwy armatnie, Anglicy oddali ostatnie honory wojskowe zmarłemu cesarzowi. Napoleon Bonaparte żył 52 lata.

W roku 1840 dokonano ekshumacji ciała Napoleona, przewieziono je do Paryża i złożono w Pałacu Inwalidów. Pałac ten wybudowano w latach 1679–1706 z pierwotnym



Napoleon Bonaparte



Grobowiec Napoleona w Pałacu Inwalidów w Paryżu

przeznaczeniem na miejsce pochówku dla „Króla Słońce” Ludwika XIV. Napoleon spoczął w centralnym punkcie Pałacu Inwalidów pod kopułą w sześciu trumnach. W bocznych kaplicach pochowano braci Napoleona: Hieronima – króla Westfalii oraz Józefa – króla Neapolu i Hiszpanii. W bocznej kaplicy pochowany jest także marszałek Ferdinand Foch bohater narodowy Francji z okresu I Wojny Światowej. Obok Napoleona spoczął też jego jedyny syn Napoleon II („Orlątko”) zmarły z powodu gruźlicy płuc w Wiedniu w roku 1832. Przeniesienie ciała Napoleona II z Wiednia do Paryża nakazał Hitler w roku 1940, aby przypodobać się Francuzom.

Janusz Kubicki

TURYSTYCZNO-KRAJOZNAWCZA WYCIECZKA LEKARZY SENIORÓW OPOLSKIEJ OIL

Na zaproszenie Przewodniczącego Komisji Seniorów dr n. med. Tadeusza Chowańca odpowiedziało 11 lekarzy.

26 maja 2015 r. wyruszyliśmy na spotkanie z dziejami ziemi do Parku Nauki i Rozrywki w Krasiejowie (to tylko 25 km od Opola).

Jurapark na 40 hektarach tworzą Muzeum Ewolucji Człowieka, a w nim interaktywne pokonywanie czasu i przestrzeni. Tu otrzymaliśmy zastrzyk wiedzy o tym, jak staliśmy się ludźmi. Przeszliśmy 300-metrowy „Tunel czasu”, a następnie pokonaliśmy 1,5 kilometrową ścieżkę, poznając gady i płazy z czasów ery mezozoicznej. Można stać się dinomaniakiem oglądając 64-metrowego stwora tamtych czasów wiernie zrekonstruowanego.

Pokazano nam także skamieniałości z przed 230 mln. lat w pawilonie paleontologicznym. Na naszym szlaku znalazło się także prehistoryczne oceanarium.

Wróciliśmy zadowoleni – warto było tam być.

*Grażyna WOJTALSKA
Sekretarz Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów*



PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA II PÓŁROCZE 2015 r.



TERMIN	KIEROWNIK NAUKOWY	TEMAT	MIEJSCE SZKOLENIA
11.IX.2015 r. piątek godz. 12.00 ²	Mgr Bartłomiej Dodzian	Zasady i formy prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
5–9.X.2015 r. poniedziałek–piątek godz. 09.00 ¹	Dr n. med. Kazimierz Drosik Konsultant Wojewódzki d/s onkologii klinicznej	Onkologia – dla lekarzy w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych	Opolskie Centrum Onkologii Opole, ul. Katowicka 66A
16.X.2015 r. piątek godz. 10.00 ²	Mgr inż. Mariusz Szlachetko	Prowadzenie dokumentacji medycznej za pomocą programu mMedica (dla max. 25 lekarzy dentystów)	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
23.X.2015 r. piątek godz. 10.00 ²	Mgr Wojciech Krówczyński Grawena Edu-Kraków	Doskonalenie standardów bezpieczeństwa przetwarzanych danych osobowych w praktyce lekarza stomatologa	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
20.XI.2015 r. piątek godz. 10.00 ²	Mgr Wojciech Krówczyński Grawena Edu-Kraków	Rodzinne prowadzenie praktyki stomatologicznej	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
27.XI.2015 r. piątek godz. 10.00 ²	Mgr inż. Mariusz Szlachetko	Prowadzenie dokumentacji medycznej za pomocą programu mMedica (dla max. 25 lekarzy medycyny)	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23

1) Kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa: www.opole.szkozenia.@hipokrates.org, informacja o kursach będzie zamieszczona na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl (w zakładce kursy specjalizacyjne) będzie tam również zamieszczony formularz zgłoszenia. Szkolenia bez przyznawanych punktów edukacyjnych.

2) Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77 -454-59-39 do siedziby OIL w Opolu . Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują 5 pkt. edukacyjne.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

* * *

GRAWENA EDU-KRAKÓW SZKOLENIA DLA LEKARZY DENTYSTÓW

23.X.2015 r.

Doskonalenie standardów bezpieczeństwa przetwarzanych danych osobowych w praktyce stomatologicznej

- Jak oceniać ryzyko wycieku danych osobowych?
- Jak planować i podejmować działania zapobiegawcze?
- Jak wdrożyć „złote zasady” powierzania obowiązków i odpowiedzialności?
- Jak zmieniać niepożądane przyzwyczajenia i nawyki?
- Najczęstsze błędy w przetwarzaniu danych osobowych. Jak je uniknąć?

20.XI.2015r.

Rodzinne prowadzenie praktyki stomatologicznej

- Specyfika prowadzenia rodzinnej praktyki stomatologicznej. Szanse i zagrożenia.

- Jak planować rozwój kariery zawodowej członków rodziny?
- Konflikt pokoleń. Jak sobie z nim radzić?
- Rodzina a rozwój zawodowy. Jak zharmonizować pracę z innymi aspektami życia?

* * *

Szkolenie z zakresu prowadzenia dokumentacji medycznej za pomocą programu mMedica

PROGRAM:

1. Ogólna prezentacja oprogramowania.
2. Przedstawienie modułu stomatologicznego (dla lekarzy dentystów).
3. Realizacja wizyty (dla lekarzy innych specjalności).
4. Generowanie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej.
5. Komunikacja pomiędzy świadczeniodawcami a NFZ.
6. Pytania i dyskusja.

OBSŁUGA PACJENTA W GABINECIE

Czym jest obsługa pacjenta?

Jednym z zadań wykonywanych przez uczestników moich warsztatów z Profesjonalnej Obsługi Pacjenta jest wymienienie przez nich elementów składających się na wspomnianą obsługę pacjenta w gabinecie, w którym pracują. Najczęściej wymienianymi przez nich obowiązkami są: umówienie na wizytę, wywiad, zaplanowanie leczenia, informowanie pacjenta, wykonanie usługi stomatologicznej, porada lekarska, przygotowanie stanowiska pracy, przyjęcie pieniędzy za usługę oraz wystawienie rachunku. Rzadko kto wymienia takie elementy jak tworzenie pozytywnego pierwszego wrażenia, budowanie atmosfery bezpieczeństwa i profesjonalizmu, lojalności czy posprzedażowa obsługa pacjenta. Tak, tak, posprzedażowa, ponieważ usługa lekarska czy stomatologiczna jest sprzedawana przez usługodawcę – lekarza, a kupowana przez klienta – pacjenta. Oczywiście bardzo istotny jest fakt misji lekarza, etyki zawodowej etc. Jednakże zdecydowana większość moich rozmówców potwierdza, iż czasy serialowej doktor Quinn i bohatera literackiego doktora Judyma nie są kompatybilne z dzisiejszą rzeczywistością – głównie z uwagi na aspekt ekonomiczny. W warunkach gospodarki wolnorynkowej świadczenie usług medycznych stało się towarem, za który się płaci.

Dlatego lekarz czy dentysta prowadzący gabinet powinien uwzględnić to w swoich działaniach i z jednej strony podnosić swoje kompetencje lekarskie, medyczne, być specjalistą w swojej dziedzinie, a z drugiej podnosić swoje kompetencje menedżerskie: dbać o zarabianie pieniędzy, które pozwolą na rozwój gabinetu, jak i własną satysfakcję finansową. Niniejszy artykuł traktuje właśnie o tych kompetencjach menedżerskich, a właściwie o niedoskonałościach jednej z nich: obsługi pacjenta w gabinecie obserwowanej na poziomie rejestracji.

Znaczenie jakości usług, w tym również obsługi pacjenta, odgrywa coraz większą rolę w sposobie zarządzania gabinetem lekarskim czy stomatologicznym. Wiele spośród działających na rynku zachodniopomorskim podmiotów medycznych ma świadomość, iż jakość oferowanych usług, obsługa i komunikacja z pacjentem pozwalają im nie tylko na optymalizację użyteczności dla owego pacjenta, ale przede wszystkim stwarzają możliwość skuteczniejszego wyróżnienia się wśród licznych na lokalnym rynku konkurentów.

Najbardziej trafną i oddającą charakter obsługi dość specyficznego klienta – pacjenta – znaną mi definicją jest ta mówiąca, iż: „*obsługa polega na tworzeniu więzi z klientami i innymi uczestnikami gry rynkowej w celu na-*

wiązania długotrwałej i korzystnej dla obu stron współpracy”. Autorzy tej definicji: M. Christopher, A. Payne i P. Ballantyne, podkreślają rolę współpracy z innymi uczestnikami gry rynkowej takimi jak: dostawcy materiałów, dostawcy mediów, przedstawiciele różnych firm powiązanych branżowo, serwisanci, podwykonawcy, itp. Współpraca z wymienionymi osobami jest ważna, ponieważ ma pośredni wpływ na obsługę w gabinecie, dzięki temu można właściwie, na czas i zgodnie z ustalonym wcześniej terminem obsłużyć naszego pacjenta.

Doskonalenie i szkolenie się w owej obsłudze jest niezbędne zarówno ze względu na pacjenta, jak również ze względu na gabinet. Pracownik, czyli: lekarz, pielęgniarka, asystentka, rejestratorka, znający i stosujący standardy obsługi pacjenta, wykorzystujący swój potencjał i wiedzę, znajdzie drogę do zaspokojenia potrzeb pacjenta na poziomie zajmowanego stanowiska. Pamiętać należy, iż najgorszą wizytówką – nie tylko gabinetu lekarskiego czy stomatologicznego, ale każdej firmy działającej na rynku – jest pozbawiony wiedzy personel, dla którego spotkanie z pacjentem czy klientem są złem koniecznym i drogą przez mękę. W swojej praktyce trenerskiej obserwuję pewien trend lekceważący obszar budowania standardów obsługi pacjenta w gabinetach. Na moją informację skierowaną do osób mających bezpośredni kontakt z pacjentem o planowanym szkoleniu i zaproszeniu ich do udziału, czasem słyszę: „*dwadzieścia lat pracuję na tym stanowisku i jestem w tym świetna*”, czy „*telefony odbierać to ja umiem*”. W pewnym stopniu można się z tym zgodzić, jednak obserwując dalsze poczynania owych osób w kontakcie z pacjentem, mam wątpliwości czy mimo dwudziestoletniego doświadczenia w pracy rejestratorki myśli ona o budowaniu pozytywnego wizerunku gabinetu, rekomendacji jego usług, czy budowaniu lojalności pacjenta? Zdecydowanie nie. Oczywiście funkcjonują również gabinety, w których już po pierwszym kontakcie można poznać, że personel jest przeszkolony w tym zakresie, a właściciel czy menedżer jest świadomy korzyści płynących z budowania i stosowania standardów obsługi.

Najczęściej popełniane błędy

Jednym z błędów popełnianych przez lekarzy i personel medyczny jest brak uprzejmości i szukania rozwiązań. Niejednokrotnie prowadząc rozmowy w gabinetach obserwuję, jak pacjenci zniechęceni są do odwiedzania tych placówek właśnie przez brak uprzejmości i chęci pomocy ze strony personelu. Wielu z nas – pacjentów – podczas kontaktu z placówką służby zdrowia doświad-

cza tak zwanego „zderzenia z czołgiem”. Przykładem na to może być próba umówienia się na wizytę do lekarza pierwszego kontaktu w poniedziałek w sezonie infekcji. Dodzwaniamy się do przychodni, przedstawimy swoje oczekiwania co do umówienia na wizytę... I wtedy następuje wspomniane wcześniej „zderzenie z czołgiem”, czyli do naszych uszu dociera informacja, że nie ma szans na umówienie wizyty, bo jest sezon chorób i „brakuje numerków”. Nie byłoby w tym nic złego, gdyby nie sposób, w jaki ta informacja zostaje przekazana: *„ale proszę pani, jest teraz okres chorobowy! nie mam już miejsca na dzisiaj... no nie wiem... nic na to nie poradzę!”*. Prowadzenie rozmowy z kpiną w głosie, z podniesionym tonem i brakiem proponowanego rozwiązania dla pacjenta zdecydowanie nie powinno znajdować się w standardzie obsługi. Oczywiście jest, że panie rejestratorki również zmagają się z obiekcjami ze strony pacjentów i różnymi ich humorami. Jednak obwinianie osoby zmagającej się z infekcją i kiepskim samopoczuciem o to, że miała czelność dzwonić do przychodni w sezonie infekcji i oczekiwać umówienia na wizytę, nie powinna mieć miejsca. Jednym ze sposobów na radzenie sobie w takiej sytuacji jest asertywność i szukanie rozwiązań. W tej sytuacji dobrze byłoby poinformować pacjenta o braku wolnych miejsc w sposób okazujący zrozumienie dla jego sytuacji i podjąć próbę znalezienia wyjścia z trudnej sytuacji: *„Przykro mi, nie ma już wolnych miejsc do doktora. To, co mogę zrobić dla pani w tej sytuacji, to zaproponować, aby pani zapytała doktora czy przyjmie panią jeszcze dziś”*. Proste? Tak. Ale trzeba chcieć.

Często obserwowaną przeze mnie sytuacją w gabinetach jest lekceważenie pacjenta. Przykładem na to może być sytuacja, w której pani w rejestracji rozmawia z innym pacjentem przez telefon, próbując umówić go na wizytę, zgrać terminy, etc. W tym czasie do gabinetu wchodzi drugi pacjent, podchodzi do kontuaru rejestracji, patrzy na panią rejestratorkę i czeka. Rejestratorka pochłonięta umawianiem wizyty nawet nie spojrzy na stojącego, a oczekującego na zainteresowanie pacjent ma poczucie lekceważenia. Lekceważenie kogokolwiek nie sprzyja budowaniu lojalności, a już na pewno nie wpływa pozytywnie na wizerunek gabinetu. Co zrobić w takiej sytuacji? Okazać zainteresowanie, pokazać czekającemu pacjentowi że jesteśmy świadomi jego obecności, popatrzeć na niego, niewerbalnie dać mu do zrozumienia, że teraz rozmawiamy, ale za chwilę jemu poświęcimy czas. Jeśli istnieje przypuszczenie, że rozmowa może potrwać trochę dłużej, dobrze jest niewerbalnie wskazać pacjentowi, aby usiadł i zająć się nim po odłożeniu słuchawki.

Niestety w wielu przypadkach obserwuję również przekraczanie kompetencji przez osoby rejestrujące pacjentów na wizyty. Pacjenci już tak mają, że jeśli chodzi o ich dolegliwości, to najpierw szukają wiedzy w internecie, a potem „konsultują” ją z osobami w białych fartuchach. O ile pierwszą osobą w białym fartuchu okaże się lekarz,

to dobrze, gorzej gdy natrafi na rejestratorkę, która owym wiedzę medyczną posiadać może, ale lekarzem nie jest, a już na pewno nie posiada uprawnień do udzielania porad przez telefon. Przykładem na przekraczanie kompetencji jest mająca miejsce w rzeczywistości rozmowa telefoniczna z pacjentką, która zainteresowana była wybielaniem zębów. Pani rejestratorka wyjaśniła, jakie są metody wybielania stosowane w tym gabinecie, wskazała wybielanie nakładkowe jako jej zdaniem skuteczniejszą metodę, poinformowała, jak długo trwają poszczególne zabiegi, podała ceny, powiedziała również o konsekwencjach wybielania, że jest to duża ingerencja w szkliwo i po zabiegu bolą zęby z powodu nadwrażliwości. Z jednej strony należy tę panią pochwalić za wiedzę o zabiegach wykonywanych w tym gabinecie oraz za wiedzę w zakresie samego wybielania. Brawo. Jednak udzielając tak szczegółowych informacji o konsekwencjach oraz rekomendując jedną z metod bez obejrzenia pacjentki, przekroczyła swoje kompetencje. O doborze metody leczenia decyduje lekarz po wywiadzie i zbadaniu pacjenta, a nie pani rejestratorka przez telefon, co do tego nie ma wątpliwości.

Dlaczego warto wprowadzić standardy obsługi pacjenta?

W obszarze budowania standardów obsługi pacjenta w gabinetach lekarskich i placówkach służby zdrowia jest jeszcze sporo pracy i luk do wypełnienia. Jednak stale rosnąca świadomość właścicieli, menedżerów i personelu medycznego przyczynia się do tego, iż opisywana dzisiaj obsługa pacjenta jest coraz bardziej znaczącym elementem niż pięć czy dziesięć lat temu. Pamiętajmy, że pacjent obsługiwany w gabinecie według ustalonych standardów biznesowych ma ogromne szanse na to, aby stać się lojalnym klientem wracającym do nas po usługę, rekomendującym nasze usługi wśród potencjalnych klientów i przyprowadzającym nowych. Obsługa pacjenta oferowana na odpowiednim poziomie jest również narzędziem budowania pozytywnego wizerunku gabinetu na rynku usług medycznych. Warto pamiętać, iż wspomniany wizerunek jest elementem wyróżniającym gabinet lekarski czy stomatologiczny na tym rynku, jest również czymś, co odróżnia jeden gabinet od drugiego. Zachęcam więc Państwa, abyście w czasach stale rosnącej konkurencji zadbali o niepowtarzalność Waszych gabinetów pod względem obsługi pacjenta.

BIBLIOGRAFIA:

A. Bukowska-Piastryńska, *Obsługa klienta gabinetu stomatologicznego*, Czelej, Lublin 2011.

J. Witek, *Jakość obsługi klienta w aspekcie zarządzania firmą usługową*, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 1999.

M. Christopher, A. Payne, P. Ballantyne, *Relationship Marketing*, 30 Oct. 2002

D. Tomaszewicz, *Sprzedaż i profesjonalna obsługa klienta*, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn, grudzień 2010.

Anna KACZYŃSKA

(przedruk z „Vox Medici” nr 2/15)

DLACZEGO W APTEKACH BRAKUJE LEKÓW?

Rozmowa z Aliną FORMAL, prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Warszawie, wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

Pani Prezes, dlaczego pacjent tak często słyszy, że zapisanego na receptę leku nie ma w aptece, a niektóre są wręcz nie do kupienia?

Jest kilka przyczyn złego zaopatrzenia aptek. Bardzo duże braki leków refundowanych są spowodowane ich reeksportem zagranicę. W wyniku wynegocjowania istotnie niższych cen leków w Polsce w stosunku do cen w wielu krajach europejskich o wiele bardziej opłacalna jest ich sprzedaż zagranicę niż pacjentom w kraju, a większość otwieranych przez niefarmaceutów aptek powstaje głównie w tym celu. Firmy producenckie dostarczają bardzo wiele leków wyłącznie do trzech hurtowni i stworzyły systemy sprzedaży tzw. bezpośredniej, co ma podobno zapobiegać wywozowi.

Mimo to proceder kwitnie i przedstawiciele firm przyznali już rok temu, na spotkaniu w GIF, że z Polski wywozi się ponad 40% sprowadzanych leków. Oznacza to, że system się nie sprawdza, a w ocenie aptekarzy ma służyć kontrolowaniu rynku przez producentów i hurtownię. Jak inaczej bowiem oceniać fakt, że jedne apteki nie mogą kupić leku nawet na jedną receptę dla pacjenta (leków takich jak przeciwzakrzepowe, na astmę, na padaczkę, na cukrzycę czy po przeszczepie i wielu innych), a inne apteki mogą realizować zamówienia na dziesiątki lub setki opakowań? Przypadki wywozu przez hurtownię kilkudziesięciu tysięcy opakowań są znane. I co z tego? Możliwość zaopatrzenia aptek w potrzebne leki pogarsza się od kilku lat. Opublikowany wyrok sądowy przedstawia sprzedaż zagranicę przez jednego przedsiębiorcę prowadzącego aptekę w ciągu 14 miesięcy leków za prawie 36 mln zł, czyli miesięcznie za około 2,6 mln zł. Jeśli przyjąć za średnią cenę opakowania kwotę około 100 zł, to okaże się, że tylko ten jeden przedsiębiorca wywiózł średnio miesięcznie 25.700 opakowań. Czy to tak trudno wykryć? W mojej ocenie – nie. Przedsiębiorca nie jest farmaceutą. Wojewódzki inspektor farmaceutyczny po wielomiesięcznej procedurze zamyka mu aptekę, a ktoś z jego rodziny czy znajomych w ciągu miesiąca otwiera nową, która prowadzi taki sam proceder.

Inną przyczyną braku leków jest zbyt duża liczba aptek w Polsce i całkowity brak regulacji prawnych w tym zakresie. Ministerstwo jest głuche na sugestie Izby Aptekarskiej, że w obecnej sytuacji koniecznie trzeba wprowadzić moratorium na otwieranie nowych aptek, które pozwoliłoby uregulować prawo i uporządkować rynek leków w Polsce. W większości krajów Unii ustala się liczbę aptek według zasad demografii i geografii, jedna przypada przeciętnie na około 4–4,5 tys. mieszkańców, w Polsce – na 2,5 tys. mieszkańców (licząc apteki i punkty apteczne).

Poza tym w ustawie refundacyjnej ustalono marżę apteczne na dramatycznie niskim poziomie. Koszty przeceny leków co dwa miesiące obciążają apteki i po takiej przecenie leki kupione wcześniej często muszą być sprzedane poniżej ceny zakupu. Trudno przewidzieć, kiedy pacjent będzie potrzebował leku, a apteki nie mają tak dużych zapasów jak kiedyś. Wszystko to, przy systemie regulowania rynku przez firmy farmaceutyczne i hurtownię, m. in. przez sprzedaż tzw. bezpośrednią i ograniczanie dostaw, powoduje brak leków, co – szczególnie w przypadku tak ważnych, jak wcześniej wymienione – stwarza zagrożenie dla zdrowia wcześniej wymienione i życia pacjentów.

Jak widać potrzebna jest pilna zmiana przepisów. Czy procedowana właśnie w parlamencie nowelizacja prawa farmaceutycznego zmieni coś na rynku leków na lepsze, a jeżeli nie, to dlaczego?

Sposób procedowania projektu poselskiego złożonego do łaski marszałkowskiej pod dużym naciskiem Naczelnej Rady Aptekarskiej, aby wreszcie rozwiązać problem wywozu leków, niestety na razie nie daje nadziei na korzystne zmiany. Większość zgłoszonych propozycji poprawek jest odrzucana albo kierowana do analiz dotyczących zgodności z prawem unijnym. Przepisy unijne pozwalają państwom członkowskim stosować rozwiązania chroniące własny rynek w szczególnych przypadkach. Czyż dramatyczny brak leków dla pacjentów nie jest szczególnym przypadkiem? Czy zamiast szukać korzystnych dla eksporterów rozwiązań, bo GIF ma tylko siedem dni na wydanie zakazu wywozu, nie należałoby szybko uchwalić dobre przepisy? Ustawa refundacyjna zobowiązuje firmy do dostarczenia określonej ilości leków na nasz rynek, więc logiczne byłoby, aby można za zgodą GIF eksportować leki dopiero po zaspokojeniu potrzeb polskich pacjentów.

Niestety, projekt nie zakłada zmian, które faktycznie poprawiłyby funkcjonowanie rynku leków w Polsce. Wracam do demografii, geografii i moratorium na otwieranie nowych aptek. Jeśli wiadomo, że obecnie funkcjonujących aptek jest zbyt dużo, monopolizacja rynku następuje bardzo szybko, a liczba aptek prywatnych maleje z miesiąca na miesiąc, to może zaistnieć sytuacja nawet bardziej dramatyczna dla państwa, niż problem zamknięcia przychodni przez lekarzy skupionych w Porozumieniu Zielonogórskim. Negocjacje z monopolistą są bardzo trudne.

Czy to prawda, że po ponad dwóch latach funkcjonowania ustawy refundacyjnej zbankrutowało lub jest na granicy bankructwa większość aptek rodzinnych w Polsce, i dlaczego tak się dzieje?

Tak, to jest smutna prawda, tym bardziej że w przypadku firmy rodzinnej cała rodzina pozostaje bez pracy, a koszt zamknięcia apteki, utylizacji leków i wypłaty wynagrodzeń pracownikom zwiększa zadłużenie farmaceuty.

Przyczyn jest kilka, do najważniejszych należy wspomniana wcześniej zbyt duża liczba aptek, brak regulacji ustawowych obowiązujących w prawie wszystkich krajach Unii Europejskiej, możliwość prowadzenia apteki przez każdego przedsiębiorcę. Duże znaczenie ma nieszanowanie prawa w zakresie zakazu monopolizacji, czyli ograniczenia liczby posiadanych aptek do 1% w skali województwa i posiadanie aptek przez hurtownie farmaceutyczne, co powoduje nierówny dostęp farmaceutów do leków deficytowych. Bardzo ważnym czynnikiem jest też system marżowy, ustalony ustawą refundacyjną, w którym marża apteki zależy nie od ceny leku, ale od limitu finansowania. Im więcej wydajemy tańszych leków pacjentom, tym bardziej maleje marża określana w każdym następnym obwieszczeniu.

Dla zobrazowania zmian marż, które nastąpiły, podam przykład statyny w dawce 20 mg.

Rok obowiązywania	2011	2012	Od 2014
Kwota marży leku oryginalnego	4,55 zł	3,52 zł	1,62 zł
Kwota marży leku genericznego	3,78 zł	3,52 zł	1,62 zł

W obydwu przypadkach spadek kwoty marży wynosi 57–64%.

Minister mówi nam, że procentowo od ceny leku marża nie zmniejszyła się, ale my, Panie Ministrze, nie płacimy hurtowniom i pracownikom procentami, tylko pieniędzmi, a kwota marży spadła średnio o 40–50%.

Szkoda, że nikt nie analizuje, jakie są faktyczne koszty pracy aptekarzy, jakie wykonują dodatkowe zadania (np. raporty do NFZ) i ile własnych pieniędzy zainwestowali w zakup leków czekających na pacjentów, które czasem po przecenie się nie zwrócą. Gruntowna ocena skutków regulacji, która pokazałaby jak niekorzystny, nie tylko dla aptekarzy, jest kierunek zmian, może pomogłaby w rozmowach o zmianach przepisów i przyspieszyłaby proces legislacyjny. Nie po to w prawie farmaceutycznym sformułowano przepisy antykoncentracyjne, aby teraz wypuszczać spod kontroli państwa tak ważną dziedzinę, jak ochrona zdrowia obywateli. Dlatego, Panie Ministrze, nie mówimy, że w pierwszej kolejności muszą się zmienić marże, ale że musi się zmienić prawo. Przykłady Kanady czy Norwegii dowodzą, że wystarczą dwa lata na zmonopolizowanie rynku aptek.

Z jaką sugestią chciałaby się pani zwrócić na łamach „Pulsu” do lekarzy?

Przy tak dotkliwych brakach leków, jakie omawiamy, pacjentom byłoby dużo łatwiej realizować recepty, gdyby lekarz przepisywał ordynację na krótsze okresy, np. miesięczne. W obecnych warunkach bowiem dla większości aptek zakupienie w hurtowni od razu 6 czy 12 opakowań leków, np. na padaczkę, cukrzycę, leków immunosupresyjnych czy innych trudno dostępnych jest nieosiągalne.

Byłoby również najkorzystniejsze, by lekarz ordynował leki, stosując nazwy międzynarodowe. Bo wtedy w przypadku braku leku, który pacjent przyjmuje, farmaceuta może wydać każdy dostępny odpowiednik. Oczywiście zamiana nie może dotyczyć wszystkich grup terapeutycznych i obowiązuje zasada, że lekarz może napisać – nie zamieniać!

Rozmawiała Ewa GWIAZDOWICZ-WŁODARCZYK

(przedruk z „Pulsu” nr 3/15)

CZY POTRAFIMY RADZIĆ SOBIE Z BÓLEM... W NASZEJ ŚWIADOMOŚCI?

Ból jest wszechobecny. Można nawet pokusić się o stwierdzenie, że niezależnie, jakim obszarem medycyny się zajmujemy, w całej mnogości objawów, jakie występują u naszych pacjentów, ból będzie nie tylko jednym z nich, ale także jednym z najczęstszych. Jak sobie umiejętnie radzić z bólem? Celowo nie chcę użyć słowa „walczyć”, bo nie ma to być walka, tylko świadome postępowanie w celu zmniejszenia dolegliwości oraz poprawy jakości życia. Przed wyborem leku przeciwbólowego staje każdy z nas, niezależnie od tego, czy dopiero ukończył studia, szczęśliwie jest po okresie specjalizacji czy ma za sobą wieloletnią praktykę powiązaną z doświadczeniem klinicznym. Z drugiej strony mam świadomość, że wszyscy posiadamy określone umiejętności

związane z wybraną przez siebie dziedziną medycyny, zatem nie każdy z nas zna się na leczeniu bólu, tak jak nie każdy sięga po leki kardiologiczne i czuje się w tym obszarze swobodnie.

Zalecenia i wytyczne

Schematy leczenia bólu przewlekłego, bólu u pacjenta chorego na nowotwór, są powszechnie znane i dostępne. Każdy z lekarzy przynajmniej raz w swoim życiu zetknął się z pojęciem drabiny analgetycznej WHO. Wiemy, że istnieje hierarchia mocy leków, od najłagodniejszych do najsilniejszych. Nieobcy jest też fakt, że analgetyki mają różne mechanizmy działania. Poza typowo przeciwbólowymi, możemy na każdym szczeblu drabi-

ny wykorzystać koanalgetyki, czyli leki wspomagające leczenie bólu poprzez wykorzystanie swoich specyficznych właściwości (jak choćby leki przeciwdrgawkowe, przeciwdepresyjne). Nie sposób na łamach naszego periodyku dokładnie omówić poszczególnych leków oraz zasad postępowania.

Kolejną trudność może stanowić określenie typu bólu. Zastanawiamy się, czy w danym przypadku mamy do czynienia z bólem receptorowym, a jeśli tak, to czy jest to ból somatyczny, czy raczej trzewny. A może wynika on z uszkodzenia struktur nerwowych i mamy do czynienia z bólem neuropatycznym? Czy też może nasz pacjent odczuwa ból somatyczny, ale ze współwystępującym komponentem neuropatycznym, jak ma to miejsce np. w bólach przerzutowych do kości? Myślę, że każdy z nas z własnego doświadczenia wie, że właściwe rozpoznanie charakteru bólu może być trudne w codziennej praktyce.

Odczuwanie bólu możemy również rozpatrywać jako cierpienie na poziomie psychologicznym, społecznym czy duchowym. Co chyba najistotniejsze – ból zawsze pozostaje objawem subiektywnym. Ból bowiem zawsze jest takim, jak określa go pacjent, a nie takim, jakim my uważamy, że być powinien. Do nas należy próba obiektywizacji tego, co słyszymy i widzimy, zwłaszcza, że kanał pozawerbalny jest w dużym stopniu nośnikiem istotnych informacji. Rzadko określamy u pacjentów ich doznania bólowe, dotyczy to zarówno oceny jakościowej, jak i ilościowej. W codziennej praktyce nie tylko zapominamy o używaniu skal oceny bólu, ale niestety często zapominamy nawet zapytać o to, czy ból w ogóle występuje.

Leczenie bólu w naszej świadomości

Należałoby zadać sobie pytanie, czym jest ból w naszej świadomości oraz czy cała niezbędna wiedza w zakresie jego leczenia w niej dostatecznie zaistniała. Czym innym jest silny opioid dla specjalisty, który używa go w swojej codziennej praktyce, czym innym dla lekarza, który chciałby go wykorzystać w leczeniu kilka razy do roku. Z czego to wynika? Myślę, że z kilku powodów. Przypomnijmy sobie studia medyczne i pewne schematy myślowe oraz stosowaną nomenklaturę. Czy opioid nie jest w naszej świadomości tym samym co narkotyk? A przecież narkotyk, to pojęcie nie tyle medyczne, co prawnicze, które obejmując wszystkie substancje psychoaktywne, w tym również opioidy, podlega normom prawnym. Właśnie z tego powodu mamy książki rozchodu narkotyków, w których musimy dokładnie rozpisywać ich zużycie, a w raportach lekarskich informujemy „narkotyków nie wydawano”.

Czy nie uczono nas, że opioidy powodują wiele objawów niepożądanych i istnieje ryzyko niewydolności oddechowej? Co się dzieje w naszej świadomości, jeśli dowiemy się, że należy włączyć silny opioid, jakim jest morfina, z powodu duszności w przebiegu choroby no-

wotworowej, niewydolności serca czy POChP albo połączyć go z benzodwazepiną (lorazepam, midazolam) w celu łagodzenia duszności w chorobie nowotworowej? Oba leki mają swój depresyjny wpływ na ośrodek oddechowy, a tu, w takim trudnym do opanowania objawie, mielibyśmy stosować je razem? Nie tylko jest to możliwe, ale często konieczne i wprost mówią o tym dostępne badania kliniczne. Nie pamiętamy o tym, że depresja oddechowa pojawia się najczęściej, jeśli zastosujemy dużą dawkę silnego opioidu w krótkim czasie, tak, jak ma to miejsce w anestezjologii, zaś podczas prawidłowego leczenia bólu, kiedy to stosujemy małe dawki leku i stopniowo je zwiększamy, nie ma w zasadzie takiego ryzyka („start low and go slow”).

Badanie APPEAL (Advancing the Provision of Pain Education And Learning) wykazało, że polscy studenci medycyny oceniani w krótkim teście posiadają najwyższą w Europie wiedzę w zakresie bólu. Może przygotowując nowych adeptów sztuki medycznej do wykonywania zawodu za mało wysiłku wkładamy w to, aby rozwiewać wszystkie wątpliwości i konsekwentnie obalać mity dotyczące leków opioidowych? Przekazując wiedzę młodszemu kolegom częściej wspominamy o tym, co grozi pacjentowi (a wtórnie i nam), niż o tym, jakie korzyści możemy osiągnąć, stosując opioidy. Poprawa w zakresie kontroli bólu lub całkowite ustąpienie dolegliwości spowoduje szereg pozytywnych zmian, nie tylko w odczuciu pacjenta, w jego zachowaniu, ale wywoła także pozytywny wpływ na jego rodzinę czy opiekunów. Mity należy obalać za pomocą wiedzy opartej na doświadczeniu i na faktach. Najlepiej byłoby także podnosić własne kwalifikacje i samemu zdobywać doświadczenie. Jak pokazało badanie przeprowadzone przez naszą Katedrę, wiedza teoretyczna lekarzy na temat leczenia przeciwbólowego jest wystarczająca, powiedziałbym nawet dobra. Ale co z praktycznym wykorzystaniem tej wiedzy? Niestety, zastosowanie teorii w praktyce dla wielu z nas bywa bardzo trudne, a często wręcz niemożliwe. Może właśnie dlatego połowa badanych lekarzy oceniła własną wiedzę na temat opioidów jako niewystarczającą.

Rozwiązanie

Jak zmienić obecną sytuację, podążając w jednym słusznym zarówno dla pacjenta, jak i lekarza kierunku, jakim jest ulga w bólu? Odpowiedź jest prosta! Szkolić, szkolić, szkolić...

Michał GRACZYK

Dr n. med. Michał GRACZYK – absolwent Akademii Medycznej w Bydgoszczy, specjalista chorób wewnętrznych i medycyny paliatywnej. Od 2004 r. związany z Katedrą i Zakładem Opieki Paliatywnej CM UMK oraz Hospicjum im. bł. ks. J. Popiełuszki w Bydgoszczy. Główne obszary zainteresowań to postrzeganie opioidów, opioidofobia, ból w przewlekłej chorobie nerek, szpiczak plazmocytowy.

(przedruk z „Primum” nr 2/15)

W GMO POWSTAJĄ NIEZNANE RODZAJE PROTEIN

Rozmowa z prof. dr. hab Janem NARKIEWICZEM-JODKO

Jest Pan przeciwnikiem modyfikowanych genetycznie organizmów. Dlaczego?

Od wielu lat zajmuję się tą problematyką i śledzę najnowsze, niezależne od firm biotechnologicznych, doniesienia naukowe na temat GMO. One niezbiecie dowodzą, że w roślinach transgenicznych powstają dotychczas nieznane rodzaje protein, które wywołują nieprzewidywalne efekty zdrowotne i środowiskowe. W genomy roślin transgenicznych zabijających szkodniki wbudowany jest gen lub kilka genów Bt produkujących przez cały okres wegetacji wewnątrz roślin toksyczne białko zwane toksyną Bt, która nie tylko niszczy szkodniki, lecz także szkodzi zdrowiu ludzi i zwierząt. Koncentracja toksyn zwiększa się wraz z dojrzewaniem roślin transgenicznych. Wraz ze spożywaniem roślin transgenicznych zjadamy wbudowane w nie toksyny, których szkodliwość dla organizmów stałocieplnych objawia się w różny sposób. Badania laboratoryjne udowodniły, że soja transgeniczna powoduje u karmionych nią zwierząt zmiany patomorfologiczne w wątrobie i trzustce. W wątrobie powstają mikropory i mikrowłókienka, trzustka zaś nie wydzielą dostatecznej ilości enzymów trawiennych. Kukurydza transgeniczna NK 603 wywołuje natomiast we krwi organizmów stałocieplnych zmiany hematologiczne objawiające się zwiększeniem stężenia hemoglobiny (makrocytoza).

Endotoksyny Bt występujące w roślinach transgenicznych wykazują mutagenne działanie na mikroflorę jelita grubego, zakłócenie równowagi mikrobiologicznej i rozwój patologicznej bakterii – *Escherichia coli*.

Jakie badania naukowe dowodzą tych wniosków?

Najnowsze badania Uniwersytetu Caën (Francja) wykazały kancerogenny wpływ kukurydzy transgenicznej Roundup Ready u doświadczalnych zwierząt. Badania prowadzone przez Stowarzyszenie Bezpieczeństwa Genetycznego w Rosji wykazały, że po dwóch latach karmione soją transgeniczną chomiki utraciły zdolności reprodukcyjne. Potwierdził to prof. Rosman w USA i inni badacze w doświadczeniach ze świniami karmionymi kukurydzą transgeniczną.

W wyniku badań klinicznych stwierdzono, że kukurydza transgeniczna Star Link wywołuje alergię u ludzi. Wyraźne objawy alergii stwierdzono również u osób, które miały kontakt z transgeniczną kukurydzą w okresie kwitnienia oraz z bawełną w czasie zbiorów i obróbki technicznej. Alergia objawiała się zaczerwienieniem i swędzeniem skóry oraz spojówek i zaburzeniem oddy-

chania. Na toksyczne działanie endotoksyn Bt zawartych w roślinach transgenicznych narażeni są szczególnie ludzie chorzy z obojętnym lub zasadowym odczynem w przewodzie pokarmowym oraz dzieci.

Najnowsze badania wykazały, że fragmenty transgenicznego DNA znajdujące się w paszach transgenicznych przeżywają trawienie i przenikają do genomu i krwi, a także płodu organizmów stałocieplnych.

I tu pojawia się już mocno pulsujące czerwone światło dla zdrowia ludzi i zwierząt...

Tak, bo może pojawić się nowa generacja chorobotwórczych mikroorganizmów. W genotypach organizmów żywych występują uśpione zjadliwe formy wirusów i bakterii. Wprowadzone do nich transgeny, szczególnie wirus CMK, jako promotor przy produkcji GMO, mogą powodować reaktywację, nieprzewidywalne rekombinacje i mutację utajonych form mikroorganizmów i rozwój nowych generacji chorobotwórczych mikroorganizmów groźniejszych od wirusów SARS, H5N1 i AH1N1.

A jakie działanie na środowisko mają endotoksyny Bt występujące w roślinach transgenicznych, przecież oprócz szkodników występują w nim przede wszystkim pożyteczne organizmy?

Badania prowadzone w Austrii wykazały, że w uprawach rolniczych oprócz szkodników jest ponad 100 gatunków owadów pożytecznych: to motyle, chrząszcze, błonkówki, które także niszczone są w znacznym stopniu przez endotoksyny Bt. Jak wykazały badania zreferowane na Światowym Kongresie Entomologii, pyłek z roślin transgenicznych z genem Bt wykazuje toksyczny wpływ w stosunku do owadów pożytecznych, takich jak np. błonkówki. Już w pierwszym pokoleniu następuje zmniejszenie rozpiętości skrzydeł, około 40% skrócenie długości życia, a także ograniczenie o około 40% płodności.

Ciekawe są też badania, jakie przeprowadził prof. Kartz na Uniwersytecie w Halle. Wykazały one toksyczne oddziaływanie endotoksyn występujących w pyłku roślin transgenicznych w stosunku do rodzin pszczoł. W kombinacji, w której podkarmiano pszczoły cukrem z dodatkiem endotoksyn Bt, śmiertelność pszczoł w czasie zimowania była znacznie większa niż w grupie kontrolnej. Masowy upadek kolonii pszczoł w USA – jak dowodzi Jim Stone – wyraźnie powiązany jest z GMO. Sąsiedztwo upraw kukurydzy transgenicznej spowodowało np. utratę 600 rodzin pszczoł, to przykład z Kanady a dotyczy Dave'a Schmitta.

Badania Ramireza i innych naukowców wykazały, że toksyny Bt w dawce 5000 ppb (pięć tysięcy części na miliard) zakłócają nawigację pszczół robotnic, podobnie jak insektycydy z grupy neonikotynoidów.

Albert Einstein podobno powiedział, że kiedy wyginie ostatnia pszczoła, rodzajowi ludzkiemu pozostaną już tylko 4 lata. Niezależnie od tego czy jest udokumentowane autorstwo tego cytatu, to prawda w nim zawarta jest niepokojąca...

Unia Europejska i Trybunał Sprawiedliwości dostrzegły zagrożenie roślin genetycznie modyfikowanych dla pszczół i rozwoju pszczelarstwa. Ze względu jednak na to, że ilość endotoksyn Bt w miodzie zawierającym pyłek GMO nie przekracza dopuszczalnej normy, zgodnie z decyzją Parlamentu Europejskiego, obecnie nie wprowadza się obowiązku znakowania miodu w krajach Unii Europejskiej. Ale produkty pszczele coraz częściej są stosowane jako leki, dlatego nie powinny zawierać żadnych ilości składników GMO, a pszczoły jako czynnik plonotwórczy i pośrednio prozdrowotny zasługują na szczególnej opiece. Składniki GMO z roślin transgenicznych znajdujące się w miodzie i pyłku zwiększają wrażliwość pszczół na warrozę, nosemozę i inne choroby.

Chciałbym jeszcze wspomnieć o jednych badaniach przeprowadzonych w Kanadzie nad obsadą pszczół na uprawach ekologicznych, konwencjonalnych i modyfikowanych genetycznie rzepaków. Wykazały one stosunkowo największy niedosyt zapylaczy na poletkach GMO. Jedynym wyjściem z tej sytuacji jest zakaz uprawy roślin transgenicznych w całej Unii Europejskiej. Jak na razie ostatnie dyrektywy unijne dają możliwość decyzji w tej sprawie poszczególnym krajom członkowskim.

Chciałabym zapytać o jeszcze jeden aspekt upraw GMO, zwiększenie plonów i likwidację głodu na świecie, ten argument wysuwają zwolennicy upraw transgenicznych.

To jest bardzo złudne stwierdzenie. Wiele doświadczeń polowych w ostatnich latach wykazało obniżenie plonów upraw transgenicznych, soi, rzepaku i buraków cukrowych od 5 do 20% w stosunku do tradycyjnych odmian tych roślin. Naukowcy wyjaśniają, że przyczyną gorszego plonowania upraw modyfikowanych jest brak ustabilizowania genetycznego w GMO. Mechanizm obronny genów biorcy powoduje osłabienie lub inaktywację genów dawcy, prowadząc do obniżenia plonów. Naukowcy z Uniwersytetu w Nowej Zelandii stosując zasadę przezorności przeprowadzili wieloletnią, porównawczą, ekonomiczną ocenę technologii uprawy pszenicy, rzepaku i kukurydzy w Stanach Zjednoczonych i w wybranych krajach Europy Zachodniej. Znacznie wyższą ocenę uzyskały tradycyjne, nowoczesne stosowane w Europie zachodniej technologie bez GMO (lepsze plony, mniejsze zużycie pestycydów, bogatsza bio-

różnorodność, mniejszy ubytek pszczoł). A GMO ma alternatywę w uprawach konwencjonalnych. Zdaniem wybitnego genetyka W.R. Doruchowskiego dobrą alternatywą dla GMO mogą być także odmiany heterozyjne F1 uzyskane w oparciu o najnowsze osiągnięcia genomiki i biologii molekularnej przy zachowaniu genetycznych praw Mendla. W ten sposób uzyskujemy bardziej wydajne gatunki roślin niż GMO, z kompleksową odpornością na szkodniki i choroby tolerancyjne na warunki środowiska oraz podniesione wartości odżywcze i inne korzystne cechy. Odmiany heterozyjne F1 uzyskujemy w sposób naturalny.

Przy zastosowaniu klasycznej metody heterozyjnej hodowli na Filipinach, uzyskano nową odmianę ryżu (IR68144) z wysoką zawartością witaminy A, żelaza i cynku oraz odporną na choroby wirusowe. Duży postęp w ostatnich latach w hodowli klasycznej pozwolił także na uzyskanie niemodyfikowanych genetycznie, wolnych od GMO, tańszych od importowanych odmian soi, które z powodzeniem mogą być uprawiane w naszych warunkach klimatycznych.

Panie Profesorze współczesny świat opiera się na ekonomii, uprawa roślin transgenicznych to wielki biznes, który ma silne światowe lobby. Jak Pan widzi perspektywę wprowadzania GMO do środowiska?

Pochopne wprowadzanie do praktyki niektórych odkryć, nieoprzemych rzetelnymi badaniami, może prowadzić do nieszczęść. Przykładem może być lek Talidomid, DDT, eternit, tytoń i wiele innych. Forsowanie ekspansji GMO leży w interesie wielkich firm biotechnologicznych dążących do zmonopolizowania produkcji żywności, pasz, nasion i leków. Warto się uczyć na cudzych błędach. Po upływie określonego czasu sprawdzić skutki masowego uwalniania do środowiska GMO w Stanach Zjednoczonych, i wyciągnąć odpowiednie wnioski. Wprowadzenia GMO do produkcji rolniczej można dokonać bardzo szybko. Natomiast w razie potwierdzenia szkodliwego wpływu wycofać się nie da.

George Wald laureat medycznej Nagrody Nobla ostrzegł, że podążanie drogą inżynierii genetycznej, bez całkowitej wiedzy o jej skutkach, jest nie tylko niemądre, ale wręcz niebezpieczne. W ten sposób mogą powstać dotychczas nieznane choroby organizmów stałocieplnych i roślin, nowe źródła raka i nieznane wcześniej epidemie.

Dziękujemy za rozmowę.

Prof. dr hab. Jan NARKIEWICZ-JODKO jest niezależnym ekspertem, był doradcą ministra Ochrony Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa Jana Szyszko i ministra Rolnictwa Stanisława Kalemby w sprawach GMO, także członkiem grupy eksperckiej w Komisji Europejskiej w 2007 r.

(przedruk z biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie nr 1/15)

„CUKIER KRZEPI”

Za ten krótki slogan reklamowy – wymyślony jeszcze przed II wojną światową dla Związku Cukrowników Polskich – Melchior Wańkowicz otrzymał bardzo duże honorarium.

Obecnie jednak cukier często nazywany jest „białą trucizną”. Po kilkudziesięciu latach badań naukowych wykazano, że jego nadmierne spożywanie może spowodować otyłość i cukrzycę typu drugiego. Stwierdzono, że podczas trawienia cukru zwiększa się zapotrzebowanie na witaminę B, wapń, magnez i selen. Może to powodować przewlekłe zmęczenie, osłabienie koncentracji, zmniejszenie odporności, a nawet depresję. Dla zapewnienia podstawowych czynności życiowych w pożywieniu, dostarczone muszą być: węglowodany, tłuszcze, białka, witaminy, składniki mineralne i woda – niezbędne dla spełnienia funkcji energetycznej, budulcowej i regulacyjnej.

Odpowiednia ilość węglowodanów w diecie człowieka jest niezbędna i powinna pokryć 55% całkowitego zapotrzebowania energetycznego (tłuszcze 30%, białka 15%).

W konkurencji do cukru białego pojawił się na naszym rynku cukier brązowy. Jest on nieco mniej kaloryczny i może zawierać niewielkie ilości składników mineralnych. Często jest jednak tylko barwiony (dużo droższy od białego).

Obecnie nie ma wątpliwości, że cukier spożywany w nadmiarze powoduje nie tylko wspomnianą otyłość i cukrzycę typu drugiego, ale także przyspiesza miażdżycę, osteoporozę, próchnicę, a także nowotwory. Stwierdzono, że w 80% przypadków guzów nowotworowych, układ cukier-insulina, stymuluje ich wzrost. To udowodnił już dawno Otto Warburg, niemiecki biochemik. Obecnie jest to nawet wykorzystywane przy diagnostyce przerzutów nowotworowych podczas tomografii PET, polegającej na wprowadzeniu do organizmu chorego roztworu glukozy z radioaktywnym izotopem.

Wielu badaczy uważa, że cukier stymuluje te same obszary w mózgu, co kokaina i heroina. Powoduje to wytwarzanie neurohormonów (endorfyny, enkefaliny), które są elementem uzależnienia.

Ostatnio w sprawie nadużywania cukru wypowiedziała się Światowa Organizacja Zdrowia i o połowę obniżyła rekomendowane ilości codziennego jego spożycia. Obecnie z cukru może pochodzić tylko 10% wszystkich kalorii, jakie codziennie spożywamy. Jest to pięć łyżeczek cukru stołowego, czyli około 25 gramów. Jest pewna szansa, że swoim stanowiskiem organizacja ta wymusi na producentach ograniczenie dodawania cukru do żywności. Silne lobby przemysłu cukierniczego i spożywczego kwestionuje szkodliwość nadmiaru spożywania cukru, ale w środowisku naukowym jest w sprawie jego szko-

dliwości pełny konsensus. Można przewidywać, że rządy wielu krajów, w tym Polski, wprowadzą podatek od nadmiernie słodzonych napojów i produktów.

Czytając etykietę produktów, można się łatwo przekonać, że znajdują się w nich liczne, dotychczas mało znane substancje słodzące: syrop glukozowo-fruktozowy, słód jęczmienny i buraczany, karmel, inwertowany syrop kukurydzy, glukoza, syrop kukurydziany i inne.

Dużo cukru może znajdować się w lekach, szczególnie w syropach. Podczas kilkudniowej kuracji, przyjąc możemy kilkadziesiąt łyżeczek cukru. W jednym homeopatycznym syropie, autor zauważył, że na 150 ml objętości jest ponad 125 gramów sacharozy.

Obecnie statystyczny Polak spożywa około 40 kg cukru rocznie. Jest to 140 gramów cukru dziennie. Przed wojną spożywaliśmy jedynie 11 kg rocznie.

Powszechnie wiadomo, że w ciągu ostatnich 30 lat w USA wystąpiła duża epidemia otyłości, w szczególności wśród dzieci i młodzieży. Prof. Robert Lustig, endokrynolog na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Francisco, analizował ten problem i stwierdził, że główną przyczyną – poza ograniczeniem aktywności fizycznej – jest nadmierne spożywanie fruktozy zawartej w syropie glukozowo-fruktozowym, produkowanym metodą przemysłową z kukurydzy. Jest tani i trwały, dlatego producenci żywności dodają go do wielu produktów, m. in. napojów, soków owocowych, przetworów mlecznych, płatków śniadaniowych, sosów, dżemów, lodów, ketchupu, słodkich napojów alkoholowych, sałatek rybnych i mięsnych, a nawet do pieczywa i wędlin.

Syrop zwiększa apetyt, ponieważ powoduje spadek wrażliwości na leptynę, hormon odpowiedzialny za informowanie centralnego układu nerwowego o sytości.

Liczne badania potwierdziły, że nadmierne spożywanie tego syropu powoduje:

- szybki przyrost tkanki tłuszczowej do 10 kg rocznie, powodując otyłość brzuszna,
- prowadzi do gwałtownych zmian poziomu glukozy i insuliny we krwi,
- podwyższa poziom lipoprotein o niskiej gęstości i trójglicerydów, co przyspiesza rozwój miażdżycy.

Według profesora Lustiga, kiedy spożywamy wspomniany syrop, to tak, jakbyśmy spożywali tłuszcz.

Należy podkreślić, że występująca w owocach fruktoza nie powoduje takich szkodliwych skutków biologicznych, jak duże ilości fruktozy przemysłowej. Warto jednak pamiętać, jakie ilości cukru zawierają niektóre owoce i warzywa. Dla przykładu: wiśnie, które uważamy za mało słodkie, zawierają 8% cukru; marchew 9% cukru; jabłka 10% cukru; najwięcej, bo aż 17%, cukru zawierają jagody i mandarynki. W popularnych produktach spożywczych również znajdziemy duże ilości cu-

kru: cola 11%, jogurt owocowy 13%, płatki śniadaniowe 30%, bita śmietana 53%, a żelowe misie 77%.

W tym kontekście bardzo korzystne dla zdrowia jest spożywanie miodu. Ma on niski wskaźnik glikemiczny i zawiera kilkadziesiąt innych substancji wykazujących korzystny wpływ na profil flory jelitowej, zmniejszenie stanów zapalnych i stresu oksydacyjnego.

Świadomość naszego społeczeństwa o szkodliwości nadmiernego spożywania cukru jest coraz większa.

Świadczy o tym funkcjonująca w internecie kampania „Nie dla cukrów”.

Na podstawie podanych faktów należy jednoznacznie uznać, że „cukier nie krzepi”, lecz spożywany w nadmiarze niewątpliwie szkodzi.

Włodzimierz JANISZEWSKI
specjalista epidemiolog

(przedruk z „Doktora” nr 2/15)

MĘŻCZYŻNO, PALISZ? STRACISZ CHROMOSOMY!

W grudniowym numerze tygodnika „Science” (2014) opublikowano pracę, z której wynika, że mężczyźni palący papierosy tracą w komórkach krwi chromosom Y. Badacze pod kierunkiem prof. Jana Dumańskiego z Uniwersytetu w Uppsali sugerują, że może to być przyczyną częstszych zachorowań mężczyzn na niektóre typy nowotworów i ich krótszego życia.

Powyższe rewelacje potwierdzałyby znane już wcześniej doniesienia o utracie męskiego chromosomu Y w komórkach guzów krtani u palaczy tytoniu. Obserwacji tych dokonał zespół prof. Krzysztofa Szyftera z Instytutu Genetyki Człowieka PAN w Poznaniu. W komórkach takich guzów często obserwuje się brak męskiego chromosomu Y, który obecny jest w prawidłowych komórkach tej samej badanej osoby. Być może na chromosomie Y zlokalizowane są geny chroniące komórki przed transformacją nowotworową, a ich utrata w wyniku mutacji prowadzi do rozwoju choroby.

Wracając do badań zespołu z Uppsali, badacze ci wysunęli uogólniony wniosek, że mężczyźni wykazują wyższe ryzyko zachorowania na wiele typów nowotworów, a ma to związek właśnie z utratą chromosomu Y i ...paleniem tytoniu. Zależność jest tym większa, podkreślają autorzy doniesienia, im wyższa jest liczba wypalanych papierosów.

Obecnie powszechnie wiadomo, że palenie tytoniu stanowi czynnik ryzyka zachorowania na nowotwory płuc oraz krtani i szereg innych chorób, jak na przykład POChP. W sposób szczególny dotyczy to mężczyzn, co potwierdzają badania epidemiologiczne.

Obserwowane dysproporcje płciowe dotyczące wyższej zapadalności mężczyzn głównie na nowotwory próbowano wyjaśnić większym rozpowszechnieniem nałogu tytoniowego wśród panów i częstszym podejmowaniem przez nich pracy w warunkach sprzyjających ekspozycji na czynniki pronowotworowe, obecne także w dymie tytoniowym. Inna próba wyjaśnienia koncentrowała się na wpływie hormonów płciowych. Należy jednak

pamiętać, że mowa tu o nowotworach niezaliczanych do hormonozależnych.

Badania opisane w artykule z Science sugerują natomiast, że przyczyną kłopotów mężczyzn palących tytoń jest utrata w krwinkach białych (leukocytach) chromosomu męskiego Y. Wcześniej już (wiosna 2014), na łamach „Nature Genetics”, wspomniany zespół badaczy wykazał, że chromosom Y odgrywa ważną rolę w hamowaniu rozwoju nowotworów. Udowodniono mianowicie, że krócej żyją mężczyźni, których leukocyty charakteryzuje utrata chromosomu Y. Częściej też dotyczy takich mężczyzn choroba nowotworowa. Chromosom Y posiada zatem geny chroniące męskie komórki przed rakowaceniem.

Duży wpływ na utratę chromosomu Y w leukocytach ma palenie tytoniu. Przypomnijmy o kluczowym znaczeniu tych komórek dla sprawnego działania układu immunologicznego.

Inny z badaczy zespołu z Uppsali, Lars Forsberg, podkreśla, że zależność ta jest jednak odwracalna. Stwierdzono mianowicie, że u mężczyzn, którzy przestali palić tytoń, liczba komórek zawierających chromosom Y była taka sama jak u osób, które nigdy nie paliły. Może to świadczyć o tym, że po zaprzestaniu palenia – czyli zniknięciu czynnika sprawczego – komórki pozbawione wcześniej chromosomu Y po prostu zanikają.

Nadal jednak nie jest jasne, w jaki sposób wywołana paleniem tytoniu utrata chromosomu Y w leukocytach jest związana z powstawaniem nowotworów w tkankach całego organizmu. Jest prawdopodobne, że taka modyfikacja białych krwinek osłabia ich zdolność zwalczania komórek, w których zachodzą procesy transformacji nowotworowej. Czyli mniej sprawny jest system tzw. nadzoru immunologicznego organizmu.

Wydaje się, że komórki przeżywają, tolerując utratę chromosomu Y, ponieważ jest to chromosom niewielki z niedużym zestawem genów. Co ciekawe – komórki bez Y nie wchodzi na drogę apoptozy (jak w przypad-

ku raka krtani), czyli programowanej śmierci komórkowej, ale poprzez nasilenie zdolności podziałowych stają się niebezpiecznymi komórkami o cechach nowotworowych, co dotyczy także samych leukocytów.

Przytoczone badania powinny być argumentem zachęcającym nałogowych palaczy do zerwania z nałogiem tytoniowym. Wytyczają też ciekawy kierunek w dociekaniaх nad istotą procesu transformacji nowotworowej

komórek i próbach zrozumienia różnic płciowych w występowaniu szeregu chorób, nie tylko o charakterze nowotworowym.

*Dr n. med. Marek JURGOŹIAK
Katedra Biochemii Klinicznej
Collegium Medicum UMK,*

(przedruk z „Primum” nr 2/15)

MEDYCYNIA PO DYPLOMIE

PRAKTYCZNE ASPEKTY INTERAKCJI LEKÓW PSYCHOTROPOWYCH Z ALKOHOLEM ETYLOWYM I PALENIEM PAPIEROSÓW

Alkohol etylowy (AE)

W praktyce klinicznej nierzadko spotykamy się z pytaniem pacjenta, czy podczas stosowania leków można spożywać napoje alkoholowe. W wyniku jednoczasowego przyjmowania wielu grup leków, w tym w szczególności działających na funkcje ośrodkowego układu nerwowego (OUN), może dochodzić do wielu interakcji zarówno farmakokinetycznych, jak i farmakodynamicznych, których konsekwencją jest najczęściej synergiczne nasilenie depresyjnego działania alkoholu i leków na OUN. Obraz kliniczny interakcji farmakokinetycznych może być bardzo różny. Alkohol etylowy (AE) i jego własności farmakologiczne obejmują wpływ na przewód pokarmowy, układ sercowo-naczyniowy oraz OUN. AE zaburza równowagę pomiędzy pobudzającymi i hamującymi bodźcami w mózgu, konsekwencją czego jest odhamowanie, ataksja i sedacja. W porównaniu z lekami, wywołanie określonych efektów wymaga dużej ilości alkoholu, co można obrazowo odnieść do spożywania leków, a nie ich zażywania. Po spożyciu alkoholu jest on szybko wchłaniany do krwi z żołądka oraz jelita cienkiego. Szczytowe stężenia etanolu osiągane są po około 30 minutach od spożycia. Żołądkowy metabolizm etanolu jest niższy u kobiet niż u mężczyzn, co przekłada się również na większe ryzyko niekorzystnych interakcji farmakodynamicznych u kobiet, w porównaniu z mężczyznami. Biodostępność AE jest dodatkowo zwiększana przez zażycie aspiryny na drodze hamowania żołądkowej dehydrogenazy alkoholowej. Oprócz reakcji oksydacji, AE jest również metabolizowany przy udziale izoenzymu 2E1 cytochromu P450 i jest to miejsce potencjalnych interakcji farmakokinetycznych ze stosowanymi przez pacjenta lekami. CYP2E1 ulega induk-

cji w przypadku przewlekłego spożywania alkoholu, co w sposób oczywisty prowadzi do zwiększenia klirensu substratów tego izoenzymu. Również spożycie dużej ilości alkoholu etylowego klirens leków metabolizowanych przy udziale CYP2E1 może ulec zmniejszeniu. Indukcja CYP2E1 u pacjentów spożywających alkohol jest jednym z głównych przyczyn występowania hepatotoksyczności, która także może mieć istotny wpływ zarówno na farmakokinetykę, jak i farmakodynamikę leków stosowanych w psychiatrii. AE wykazuje wpływ depresyjny na funkcje OUN. Zaburza on równowagę pomiędzy pobudzającymi i hamującymi bodźcami w mózgu, powodując sedację, ataksję oraz znosząc uczucie lęku. Efekty te osiągane są bądź poprzez wzmacnianie przekąźnictwa hamującego, bądź też przez antagonizowanie przekąźnictwa pobudzającego. W dawkach, które nie powodują objawów zatrucia, AE wywiera wpływ na korę mózgową oraz ośrodki kontrolujące zachowanie. Zaburza dodatkowo funkcje wielu białek wpływających na pobudliwość neuronalną. Do białek, których funkcja fizjologiczna ulega zaburzeniu pod wpływem AE, należy zaliczyć kanały jonowe, kinazy białkowe, a także receptory układu GABA, w szczególności receptor GABA_A, neuronalne cholinergiczne receptory nikotynowe, a także receptory NMDA. W wyniku interakcji AE z kanałem chlorkowym receptora GABA_A dochodzi do masywnego napływu jonów chlorkowych do komórki i do zjawiska hiperpolaryzacji. U pacjentów przewlekłe nadużywających alkohol może dochodzić do zmiany aktywności receptorów poprzez zmianę ich struktury białkowej oraz fosforylację. Zmienia się także profil lipidowy neuronów z uwagi na fakt, że zawierają one więcej miejsc hydrofobowych, co w sposób bezpośredni zmienia właściwości

Tabela 2

LEK/GRUPA LEKÓW	KLINICZNE ZNACZENIE INTERAKCJI
Klozapina	Zmniejszenie stężenia leku w surowicy, ograniczenie skuteczności terapeutycznej
Olanzapina	Stężenie leku w stanie stacjonarnym u pacjentów palących papierosy może być pięciokrotnie niższe w stosunku do populacji niepalących
Amitryptylina	Zmniejszenie skuteczności przeciwdepresyjnej
Klomipramina	Zmniejszenie skuteczności przeciwdepresyjnej
Fluwoksamina	Zmniejszenie skuteczności przeciwdepresyjnej
Pochodne benzodwiazepiny (alprazolam, lorazepam, diazepam)	Skrócenie okresu biologicznego półtrwania, możliwość zmniejszenia efektu przeciwlękowego
Memantyna	Zmniejszenie skuteczności terapeutycznej leku

blon neuronalnych. Dodatkowo, spożycie alkoholu etylowego powoduje wydłużenie odstępu QT, wydłużenie czasu repolarizacji komórek oraz stymulację współczulną. Konsekwencją tych działań może być zwiększone ryzyko wystąpienia komorowych zaburzeń rytmu serca, w szczególności u pacjentów przyjmujących równocześnie leki przeciwpyschotyczne lub niektóre przeciwdepresyjne, mogące wydłużać odstęp QT w zapisie EKG.

Stosowanie z AE leków wykazujących efekt sedatywny będzie powodowało zawsze nasilenie sedacji, zwiększenie senności oraz nasilenie zaburzeń ruchowych.

W tabeli 1 zebrano leki i grupy leków, których łączne podanie z AE powoduje wzrost ryzyka wystąpienia działań niepożądanych ze strony OUN.

Tabela 1

<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepiny • Niebenzodiazepinowe leki nasenne (zaleplon, zolpidem, zopiklon, eszopiklon) • Barbiturany • Neuroleptyki pochodne fenotiazyny, tioksantenu i butyrofenonu • Klozapina • Olanzapina • Kwetiapina • Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne • Doksepina • Mianseryna • Mitrazapina • Trazodon • Agomelatyna • Tianeptyna • Opipramol • Hydroksyzyna
--

Palenie tytoniu

Zmienna wrażliwość na stosowane leki psychotropowe może dotyczyć również pacjentów palących papierosy. Zawarte w dymie tytoniowym węglowodory aromatyczne działają jak induktory izoenzymów cytochromu P450, takich jak CYP1A2 oraz CYP2E1. Skutkiem interakcji palenia papierosów z lekami psychotropowymi może być zmniejszenie, a nawet całkowite zniesienie ich efektu terapeutycznego. Z praktycznego punktu widzenia istotny jest fakt, że interakcje leków ze składnikami dymu tytoniowego mogą dotyczyć również tzw. biernych palaczy.

Najistotniejsze z praktycznego punktu widzenia interakcje farmakokinetyczne pomiędzy lekami psychotropowymi i paleniem papierosów zebrano w tabeli 2.

Jak widać z przedstawionych faktów, zarówno palenie papierosów, jak i spożywanie alkoholu mogą zmienić efekt terapeutyczny leków psychotropowych, jednak ryzyko to w każdym przypadku wymaga indywidualnej oceny i obserwacji pacjenta.

*Dr Jarosław WORON, prof. dr hab. Ryszard KORBUT
Katedra Farmakologii WL CM UJ Kraków,
Zakład Farmakologii Klinicznej
Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania
i Badania Niepożądanych Działań Leków*

ŹRÓDŁA:

1. Brunton L i wsp.: *Podręcznik farmakologii i terapii*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2010
2. Cozza KL i wsp.: *Drug Interactions and Principles*. APP, 2003
3. Ulrich J i wsp.: *Sedative, hypnotic, anxiolytic and opioid medicament use and its co-occurrence with tobacco smoking and alcohol risk drinking in a community sample*. BMC Public Health 2007; 7: 337-351
4. Kostka-Trąbka E i wsp.: *Interakcje leków w praktyce klinicznej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 1/15)

AGRESJI STOP! OCHRONA PRAWNA PRZYSŁUGUJĄCA LEKARZOWI

W jednym ze śląskich szpitali ranny pacjent bez ostrzeżenia uderzył w twarz lekarza udzielającego mu pomocy. Przedstawiciele zawodów medycznych coraz częściej narażeni są na agresję ze strony pacjentów i ich rodzin.

– *Przemoc skierowana przeciwko lekarzowi w związku z wykonywaniem przez niego zawodu może przybrać taką postać. Po pierwsze, celem ataku ze strony pacjenta lub osób mu towarzyszących może być nietykalność cielesna lekarza, naruszona w szczególności poprzez uderzenie go* – mówił dr Jan Kulesza, adiunkt w Katedrze Prawa Karnego Uniwersytetu Łódzkiego, na konferencji „Problematyka przemocy w praktyce lekarza”, zorganizowanej przez Uniwersytet Jagielloński w 2010 r.¹

Do ataków na lekarzy dochodzi również na terenie województwa śląskiego. Jaskrawym tego przykładem jest wiadomość, która w pierwszych dniach lutego pojawiła się w mediach. Informowano o lekarzu rezydencie, który został uderzony przez pacjenta znajdującego się pod wpływem alkoholu. Do zdarzenia doszło w jednym ze szpitali, w trakcie udzielania pomocy pacjentowi na oddziale SOR.

– *Pacjenta z raną głowy przywiozło pogotowie, był agresywny, niewspółpracujący, niegrzeczny wobec personelu* – relacjonuje poszkodowany medyk.

W momencie, gdy lekarz spytał, czy ranny zgodzi się na szycie rozcięcia, ten bez ostrzeżenia uderzył go w twarz. W tym czasie na oddziale poza personelem medycznym nie znajdował się nikt z ochrony, kto mógłby zareagować.

– *Pacjent był na tyle bezczelny i uparty, że stwierdziłem, że nie odpuszczę i wezwałem policję* – opowiada zaatakowany.

Po przybyciu na miejsce patrol sporządził notatkę w tej sprawie i zakwalifikował ją jako naruszenie nietykalności cielesnej funkcjonariusza, za co grozi do trzech lat więzienia. Napastliwy pacjent został zatrzymany, a następnie przewieziony do izby wytrzeźwień.

Na całe szczęście w tej konkretnej sprawie nikt nie doznał obrażeń, więc niby nic wielkiego się nie wydarzyło. Ale tego rodzaju sytuacje nie są wyjątkiem na izbach przyjęć czy SOR-ach, gdzie niosący pomoc medyczną najczęściej spotykają się z agresją pacjentów, zarówno słowną, jak i fizyczną. Lekarze, z którymi rozmawialiśmy, zwracają uwagę na fakt, że niestety zatrudnianie przez szpitale pracowników ochrony, chociażby w godzinach nocnych czy w weekendy, kiedy personel medyczny

szczególnie narażony jest na tego typu incydenty, to nadal rzadkość. Standardem jest natomiast portier z trzecią grupą inwalidzką, noszący szumne miano ochroniarza.

Śląska Izba Lekarska stara się monitorować tego typu przypadki i udzielać pomocy poszkodowanym lekarzom. Jednak zbyt często źródłem wiedzy o podobnych zdarzeniach są jedynie media. A tymczasem przy Izbie działa Rzecznik Praw Lekarzy, do którego każdy indywidualnie może zwrócić się ze swoim problemem i uzyskać pomoc lub poradę. W omawianym przypadku z poszkodowanym lekarzem spotkał się prezes ORL Jacek Kozakiewicz, który przedstawił mu sposoby dalszego postępowania.

– *Śląska Izba Lekarska nie może wystąpić do sądu w sprawie lekarza, który został zaatakowany fizycznie, szkalowany, narażony na obelgi, jednym słowem takiego, którego w ten czy inny sposób dobra osobiste zostały naruszone. Jednak jeśli taka osoba wyrazi chęć, wówczas nasz samorząd chętnie zajmie się pomocą prawną dla takiego lekarza celem reprezentowania go, np. przed sądem* – wyjaśnia prezes Kozakiewicz.

Śląska Izba Lekarska z powodzeniem podejmowała się już takiej roli występując m. in. do prokuratury w sprawie obraźliwych wpisów na lekarzy, jakie znajdowały się na jednym z portali internetowych, w efekcie czego strona została zablokowana. Z kolei we wrześniu 2012 r. korzystnie dla lekarza zakończyło się postępowanie sądowe, w którym ŚIL udzieliła pomocy lekarzowi w dochodzeniu roszczeń służących ochronie jego dóbr osobistych. – *Agresji należy się przeciwstawić. Dochodzenie swych praw, choć często skomplikowane i czasochłonne, warte jest zachodu. To jedna z ważnych dróg do obrony godności i bezpieczeństwa nas lekarzy* – podsumowuje prezes ORL Jacek Kozakiewicz.

¹ Anna Wojnar „Przemoc w praktyce lekarskiej” w: „AL-MAMATER” nr 126–127

Anna ZADORA-ŚWIDEREK

Ochrona prawna przysługująca lekarzowi

Zgodnie z przepisem art. 44 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm., dalej zwana ustawą), **lekarzowi, który wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadku, o któ-**

rym mowa w art. 30 (tj. obowiązku udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki), **przysługuje ochrona prawna należna funkcjonariuszowi publicznemu**.

Omawiana regulacja wprowadza dla lekarzy szczególny rodzaj ochrony, który przynależy jest funkcjonariuszowi publicznemu i który jest możliwy w przypadku wystąpienia sytuacji opisanych w tym przepisie.

Z uwagi na fakt, iż opis i kwalifikacja poszczególnych czynów zabronionych zawarte są w Kodeksie karnym, wraz z wejściem w życie nowej regulacji karnej powstała wątpliwość, czy omawiany przepis z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nadal obowiązuje. W sprawie wypowiedział się Sąd Najwyższy, który w postanowieniu z dnia 7 września 2000 r., sygn. akt I KZP 26/2000, przyjął, że **przepisy art. 44 ustawy o zawodach lekarza i art. 24 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej mają charakter przepisów szczególnych i nadal obowiązują**, gdyż art. 3 § 1 przepisów wprowadzających Kodeks karny, statujący, że „Z dniem wejścia w życie Kodeksu karnego tracą moc przepisy dotyczące przedmiotów w tym kodeksie unormowanych, chyba że przepisy tej ustawy stanowią inaczej”, nie może się do nich odnosić. **Nie pozostają one bowiem w bezpośredniej „konkurencji” z „przedmiotem unormowanym w Kodeksie karnym”, lecz mają szerszy charakter, na co wskazuje, po pierwsze, użycie w nich określenia „ochrona prawna”, a nie „prawno-karna”, a po wtóre, nie regulują one odpowiedzialności karnej sprawcy (będącej domeną Kodeksu karnego), lecz regulują uprawnienia oznaczonych osób (których naruszenie ma dopiero określony wpływ na zakres odpowiedzialności karnej innych osób – sprawców przestępstwa).**

Najczęściej występującymi sytuacjami, w których lekarz będzie korzystał z ochrony, będą przypadki opisane w przepisach art. 222, 223 oraz 226 Kodeksu karnego. Powołane przepisy przewidują odpowiedzialność karłą za naruszenie nietykalności cielesnej funkcjonariusza publicznego, czynną napaść oraz znieważenie jego osoby. Ww. przepisy Kodeksu karnego mają na celu zagwarantowanie ochrony funkcjonariuszowi publicznemu oraz umożliwienie mu wykonywania zadań służbowych.

KODEKS KARNY

Art. 222

§ 1. Kto narusza nietykalność cielesną funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Jeżeli czyn określony w §1 wywołało niewłaściwe zachowanie się funkcjonariusza lub osoby do pomocy mu przybranej, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.

Art. 223

§ 1. Kto, działając wspólnie i w porozumieniu z inną osobą lub używając broni palnej, noża lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu albo środka obezwładniającego, dopuszcza się czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu przybraną podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 2. Jeżeli w wyniku czynnej napaści nastąpił skutek w postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

Art. 226

§ 1. Kto znieważa funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu przybraną, podczas i w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

§ 2. Przepis art. 222 § 2 stosuje się odpowiednio.

§ 3. Kto publicznie znieważa lub poniża konstytucyjny organ Rzeczypospolitej Polskiej, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat dwóch.

W doktrynie i orzecznictwie przyjmuje się, że do **naruszenia nietykalności cielesnej** dochodzi w wyniku uderzenia lub innego oddziaływania na ciało funkcjonariusza publicznego (np. popchnięcia, szarpnięcia za włosy, oblania wodą) niepowodującego skutków dla zdrowia pokrzywdzonego. **Czynną napaścią** jest energiczne, intensywne, zaczepne wystąpienie sprawcy przeciw funkcjonariuszowi publicznemu z zastosowaniem przemocy. Są to działania kwalifikowane jako coś więcej niż naruszenie nietykalności cielesnej, ponieważ musi temu działaniu towarzyszyć zamiar wyrządzenia funkcjonariuszowi krzywdy fizycznej. Aby działanie to wypełniało znamiona przestępstwa z art. 223 § 1 k.k. czynna napaść musi być dokonana przez sprawcę wspólnie i w porozumieniu z inną osobą (czyli muszą w niej brać udział co najmniej dwie osoby) lub być dokonana przy użyciu określonych narzędzi – broni palnej, noża lub podobnie niebezpiecznego przedmiotu albo środka obezwładniającego. Do **znieważenia** funkcjonariusza publicznego dochodzi wówczas, gdy mamy do czynienia z ublizaniem lub zachowaniem obraźliwym względem osoby, w której godność jest ono wymierzone (np. wyzwiska, obelgi).

Każde ze wskazanych powyżej przestępstw (art. 222, 223 i 226 Kodeksu karnego) może być popełnione tylko

umyślnie, tym samym sprawca przestępstwa musi mieć świadomość, że atakowaną osobą jest funkcjonariusz publiczny, i musi co najmniej godzić się na to, iż atakuje taką właśnie osobę. Jednocześnie, wymagane jest aby działania sprawcy (naruszenie nietykalności cielesnej, czynna napaść lub zniewaga) miały miejsce podczas lub z związku z pełnieniem obowiązków służbowych przez funkcjonariusza publicznego (w przypadku lekarzy – podczas udzielania świadczeń medycznych).

Aby przyznać lekarzowi szczególną ochronę przynależną funkcjonariuszowi publicznemu, muszą wystąpić warunki opisane w przepisie art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a więc lekarz musi wykonywać czynności:

- a) w ramach pomocy doraźnej,
- b) w przypadku, o którym mowa w art. 30 ustawy, tj. wtedy gdy ma obowiązek udzielenia pomocy, gdy:
 - zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia,
 - zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz
 - w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie definiuje pojęcia „pomocy doraźnej”, stwarzając przez to trudności interpretacyjne. Niektórzy, chcąc „odnaleźć”

sytuacje, które kryją się pod wskazanym pojęciem, odwołują się do pojęcia pierwszej pomocy zdefiniowanej w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Jeśli chodzi o przypadki z art. 30 ustawy, one również zostały zdefiniowane w sposób opisowy, poprzez określenie negatywnych skutków, które mogą powstać u pacjenta w przypadku nieudzielenia pomocy przez lekarza we właściwym czasie.

Biorąc pod uwagę trudności interpretacyjne powstałe na tle art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, każdorazowo do decyzji organu prowadzącego postępowanie karne pozostanie czy sytuacja, która miała miejsce w konkretnym przypadku kwalifikuje się jako ta, która została opisana w tym przepisie. Organy prowadząc postępowanie, będą musiały zbadać czy lekarz, w stosunku do którego dopuszczono się określonych czynności, działał jako funkcjonariusz publiczny. Wiele sytuacji, które będą miały miejsce podczas udzielania pomocy medycznej przez lekarza w izbie przyjęć szpitala lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w trakcie których pacjent zachował się niewłaściwie w stosunku do lekarza, może zostać potraktowanych jako te, w których lekarzowi zostanie przyznana ochrona prawna przysługująca funkcjonariuszowi publicznemu.

Katarzyna RÓŻYCKA

Radca prawny Zespół Radców Prawnych ŚIL

(przedruk z „Pro Medici” nr 4/15)

JAKIE INFORMACJE LEKARZ MOŻE PRZEKAZAĆ INNEMU PERSONELOWI MEDYCZNEMU?

Gwarancja zachowania tajemnicy lekarskiej jest ważnym zagadnieniem związanym z procesem leczenia. Ochrona danych medycznych stanowi prawo człowieka, będące pochodną prawa do ochrony życia prywatnego.¹ W tej materii wypowiadał się wielokrotnie Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu, uznając, że ochrona danych medycznych jest szczególnie istotna, gdyż bez należytych gwarancji jej zapewnienia pacjenci mogą unikać ujawniania intymnych informacji niezbędnych dla właściwego leczenia, co naraża na niebezpieczeństwo zdrowie ich samych, czy innych osób (wyrok w sprawie *Z. v. Finlandia* z 1997 r.). Trybunał podkreślał, że ustawodawstwo krajowe musi zapewniać mechanizmy zapobiegające ujawnianiu danych medycznych.²

W polskim systemie prawnym ochrona informacji medycznych ma źródło w Konstytucji RP, konkretnie w art. 47 gwarantującym prawo do ochrony życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym. Gwarancje ochrony dają również art. 23 i 24 Kodeksu Cywilnego, dotyczące dóbr osobistych.³ Prawo do utrzymania w tajemnicy danych

medycznych wyrażają także art. 13 i 14 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ustanowiony w nich obowiązek nieujawniania danych medycznych dotyczy nie tylko lekarzy, lecz „osoby wykonujące zawód medyczny”, co pozwala zaliczyć do tego grona także niższy personel medyczny, w tym pielęgniarki i pielęgniarzy.⁴

Artykuł 40 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty nakłada na lekarza obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.⁵ Przepis ten precyzuje zakres przedmiotowy tajemnicy lekarskiej – obejmuje ona informacje związane z pacjentem (przede wszystkim informacje dotyczące stanu zdrowia, ale też inne, umożliwiające identyfikację pacjenta – stan cywilny, stan majątkowy i in.).⁶ Zdobyte w związku z wykonywaniem zawodu lekarza. Ustęp drugi wspomnianego artykułu zawiera szereg odstępstw od wymogu zachowania tajemnicy lekarskiej. W świetle niniejszego tekstu najważniejszy będzie punkt 6, mówiący, że dopuszczalne jest odstępstwo od zachowa-

nia tajemnicy lekarskiej, gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.⁷ Tak sformułowany przepis wydaje się odpowiadać na pytanie zadane w temacie tekstu – lekarz może przekazać innemu personelowi medycznemu informacje dotyczące pacjenta, jednak z pewnymi ograniczeniami. Przede wszystkim przekazywane informacje powinny być ograniczone tylko do tych niezbędnych, a ich przekazanie powinno pozostawać w ścisłym związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych pacjentowi. Lekarz powinien więc dokonywać selekcji przekazywanych informacji i wykazywać się ostrożnością w tym zakresie, np. w czasie obchodów czy porad lekarskich, nie dopuszczając do ujawnienia informacji o pacjencie osobom postronnym. Nie istnieją unormowania prawne regulujące dopuszczalność uczestniczenia personelu niższego stopnia w tych czynnościach, w praktyce kwestia ta często rozwiązywana jest za pomocą regulaminów zakładów opieki zdrowotnej. Lekarze zobowiązani są każdorazowo oceniać możliwość przekroczenia granic tajemnicy zawodowej i jeżeli w konkretnym przypadku uznają, że w czasie narady lekarskiej może dojść do ujawnienia informacji w zbyt szerokim zakresie, powinni poprosić niższy personel o nieuczestniczenie w spotkaniu czy wykonywaniu konkretnej czynności medycznej. Dodatkowo wspomnieć należy, że Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 28 stanowi, iż lekarz powinien czuwać nad tym, by osoby asystujące lub pomagające mu w pracy przestrzegały tajemnicy zawodowej.⁸

Bardziej konkretnych informacji dostarcza ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej. Art. 13 precyzuje, jakie dane ma prawo uzyskać pielęgniarka od lekarza – są to informacje: o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań – wszystko to w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarka ma także prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta w takim samym zakresie.⁹ Jednocześnie ustawa nakłada na pielęgniarkę obowiązek zachowania w tajemnicy ww. danych, wyłączając jednak sytuację przekazania niezbędnych informacji osobom uczestniczącym w udzielaniu pacjentowi świadczeń zdrowotnych.¹⁰

Otwarta pozostaje jednak kwestia tego, czy lekarz może ostrzec personel medyczny o chorobie zakaźnej pacjenta i potencjalnym ryzyku zakażenia przy wykonywaniu koniecznych czynności medycznych i opiekuńczych. W myśl 40 ust. 2 pkt. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry lekarz zwolniony jest z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej tylko wówczas, gdy jej zachowanie może stanowić niebezpieczeństwo dla zdrowia lub życia samego pacjenta lub innych osób. Mając

na uwadze to, że poufne informacje ujawniane mogą być tylko w niezbędnym zakresie, poinformowani mogą być tylko ci członkowie personelu, którzy dokonują czynności zdrowotnych przy zakażonym pacjencie i którym grozi bezpośrednie ryzyko zakażenia.

Innym problemem, jaki pojawia się w związku z tematem, są informacje ujawniane psychologowi w związku z procesem leczenia oraz zakres ich ochrony. Psycholog, jak wiadomo, lekarzem nie jest, jednak jego pomoc lub opinia często są konieczne w trakcie leczenia pacjenta w zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 13 Ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, psycholog, po poinformowaniu klienta o sposobie udostępniania wyników postępowania, powinien uzyskać jego akceptację w tym zakresie. Dodatkowo art. 14 wskazanej ustawy formułuje wyraźny obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z klientem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Z obowiązku tego zwolniony jest jedynie w wypadku, gdy zagrożone jest życie lub zdrowie klienta czy innych osób oraz gdy tak stanowią ustawy.¹¹ Czy w takim razie psycholog może przekazać lekarzom i innemu personelowi medycznemu informacje uzyskane od pacjenta? Jak uznał Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 20 kwietnia 2005 r.¹² – do psychologów wypełniających czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (tj. przede wszystkim zapobieganie zaburzeniom psychicznym i zapewnianie osobom z zaburzeniami różnych form opieki i pomocy) zastosowanie mają przepisy tej właśnie ustawy. Zgodnie z art. 50 ust. 2 pkt 1 tego aktu psycholog będzie zwolniony od zachowania tajemnicy w stosunku do lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi. Z kolei w myśl punktu 21 Kodeksu Etyki Psychologa ujawnienie informacji objętych tajemnicą zawodową w ramach współpracy ze specjalistami z innych dziedzin (także wykonywania badań na ich zlecenie) możliwe jest tylko w takim stopniu, w jakim jest to potrzebne. Uznać należy więc, że psycholog może przekazać lekarzowi sprawującemu opiekę nad pacjentem uzyskane informacje, jednak powinien je ograniczyć do tych, które są niezbędne dla prawidłowego przebiegu procesu leczenia.

Tajemnica lekarska zabezpieczona jest licznymi sankcjami – za jej złamanie lekarzowi, jak i pielęgniarce, grozić może odpowiedzialność karna, cywilna oraz dyscyplinarna. Odpowiedzialność karna wynika z art. 266 Kodeksu Karnego, który stanowi, iż ten, kto wbrew przepisom ustawy ujawnia informację uzyskaną w związku z wykonywaną pracą, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Postępowanie karne wszczynane jest na wniosek poszkodowanego. Zarówno Kodeks Cywilny, jak i Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dają możliwość dochodzenia finansowego zadośćuczynienia za krzywdę wywołaną ujawnieniem tajemnicy. Ponadto na mocy

ustawy o izbach lekarskich możliwa jest odpowiedzialność zawodowa lekarza przed sądem lekarskim.

Podsumowując, z mocy prawa lekarz jest związany tajemnicą zawodową także wobec innego personelu medycznego, jeżeli nie zachodzą wymagane przesłanki – osoba, której są ujawniane informacje uczestniczy w udzielaniu świadczeń konkretnemu pacjentowi, a informacje te są niezbędne dla właściwego udzielenia tych świadczeń. Personel medyczny jest objęty obowiązkiem dalszego zachowania tajemnicy, zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

PRZYPISY:

1. M. Jackowski, *Ochrona danych medycznych*, 2011, s. 46
2. Tamże, s. 49 – 50
3. R. Kubiak, *Prawo medyczne*, 2010, s. 269
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

5. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty
6. L. Ogiegło, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, 2010.
7. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty
8. R. Kubiak, *Prawo medyczne*, 2010, s. 288
9. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej
10. Tamże
11. Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów
12. Postanowienie SN z dnia 20 kwietnia 2005 r., sygn. akt I KZP 6/05

Aneta NAWORSKA
radca prawny z Kancelarii

Naworska Marszałek Jarzemska sp.k. w Toruniu
www.knmp.pl
(przedruk z „Meritum” nr 2/14)

ODESZLI OD NAS

DOKTOR WŁADYSŁAW WOŹNIAK

(wspomnienie w drugą rocznicę śmierci)

Władysław WOŹNIAK, lekarz stomatolog – specjalista protetyk. Był wyjątkowym człowiekiem, którego życie związane było z trudnymi latami w historii Polski. Stał się jej częścią, tak jak częścią historii nyskiej stomatologii.

Urodził się 29 stycznia 1919 r. w Chomiakówce, pow. Czortków na Kresach Wschodnich. Do gimnazjum i liceum uczęszczał w Czortkowie, gdzie w 1939 r. zdał maturę. Należał do Związku Harcerstwa Polskiego i Sodalicii Mariańskiej. Gdy w grudniu 1939 r. próbował przekroczyć granicę rumuńską, by zaciągnąć się do formującego się we Francji Wojska Polskiego, został aresztowany przez NKWD. Skazany na 5 lat łagrów i wywieziony do Peczorskiego Gułagu w Komi ASSR, pracował ciężko fizycznie w niehumanitarnych warunkach przy budowie linii kolejowej do Workuty.

W sierpniu 1941 r., po zawarciu układu Sikorski-Majski, został zwolniony z łagru. W marcu 1942 r. wstąpił do Armii Polskiej formującej się w ZSSR, a następnie z wojskiem Andersa był ewakuowany na Bliski Wschód. W maju 1942 r. został wcielony do 3 Dywizji Strzelców Karpackich w Palestynie. Po zakończeniu wojny, jeszcze jako żołnierz, wstąpił na Wydział Stomatologii Uniwersytetu Francuskiego w Bejrucie. W październiku 1946 r. zakończył służbę wojskową w stopniu kaprała podchorążego.

Studia stomatologiczne skończył w czerwcu 1949 r. z wyróżnieniem, uzyskując dyplom doktora chirurgii stomatologicznej. Bezpśrednio po tym wrócił do Polski i zamieszkał w Warszawie. Po uzyskaniu prawa praktyki i zakończeniu stażu w Żyrardowie, przeniósł się z żoną Zofią do Nysy.

Od 1952 r. organizował leczenie protetyczne w Nysie, kierując Poradnią Protetyki Stomatologicznej i Pracownią Protetyczną. W latach 1956–63 był inspektorem stomatologii, prowadził staże specjalizacyjne i szkolenia dla lekarzy stomatologów. W grudniu 1984 r., po 34 latach pracy przeszedł na emeryturę.

Za zasługi był odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Defence Medal, Krzyżem Czynu Bojowego Polskich Sił

Zbrojnych na Zachodzie, Odznaką Honorową Sybiraka, Pamiątkowym Krzyżem 3 Dywizji Strzelców Karpackich, Złotą Odznaką Zdrowia i wieloma innymi.

Miałem zaszczyt być uczniem i asystentem Pana Doktora. Imponował mi – i wszystkim lekarzom – swoją wiedzą, profesjonalizmem, doświadczeniem i oddaniem pracy. Posiadał wielkie umiejętności manualne, dlatego można Go nazwać protetykiem-artystą. Szkolił na stażach z protetyki wszystkich stomatologów, z którymi współpracował. W kontaktach z ludźmi – zarówno z pacjentami, jak i współpracownikami – wyróżniał się spokojem, skromnością i serdecznością. Doktor Władysław Woźniak zmarł 15 czerwca 2013 r. w wieku 94 lat.

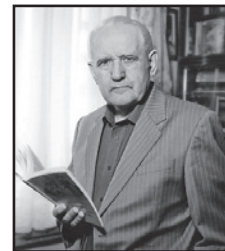
W moim sercu na zawsze pozostanie, jako wyjątkowy człowiek i lekarz – wdzięczny uczeń.

Marek JODEŁKA



Śp. lek. TADEUSZ KUKIZ 9.05.1932–14.05.2015 r.

Specjalista chorób zakaźnych i chorób wewnętrznych, popularyzator historii i kultury Kresów oraz autor cyklu książek o losach obrazów maryjnych przywiezionych do Polski z Kresów po II wojnie światowej. W 2012 r. został uhonorowany Brązowym Medalem Zasłużony Kulturze Gloria Artis, rok później został laureatem Nagrody IPN Kustosz Pamięci Narodowej.



14 maja 2015 r. zmarł Tadeusz Kukiz, były ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych w Niemodlinie koło Opola, a we Wrocławiu znany jako autor publikacji dotyczących historii i kultury Kresów Południowo-Wschodnich.

Urodził się 9 maja 1932 r. w Dębownicy w pow. radziechowskim (Tarnopolskie) w rodzinie komendanta posterunków Policji Państwowej, który służył kolejno w kilku okolicznych miejscowościach, m. in. w Łopatynie. 10 kwietnia 1940 r. ojciec został aresztowany przez NKWD i 26 czerwca 1941 r. podczas znanych sowieckich mordów w więzieniach na Kresach rozstrzelany we Lwowie. Rodzina, deportowana na głodowe stepy północno-wschodniego Kazachstanu, powróciła do kraju w 1946 r. i zamieszkała na Śląsku Opolskim.

Tadeusz szkołę średnią ukończył w Prudniku, w latach 1951–1957 studiował medycynę – kolejno na Uniwersytecie w Ołomuńcu oraz w Akademii Medycznych w Zabrzu, Lublinie i Warszawie. Należał do Studenckiego Towarzystwa Naukowego (Koło przy Zakładzie Epidemiologii), w którym zajmował się badaniem odporności w błonicy i tężcu i był wówczas współautorem dwóch prac. Po uzyskaniu dyplomu kierownik katedry i opiekun koła prof. Jan Kostrzewski (późniejszy minister zdrowia, następnie prezes PAN) zaproponował mu asystenturę: w tym charakterze pracował do 1960 r. Na I Zjeździe Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych wygłosił referat *Tężeć w Polsce na tle sytuacji światowej*. Prowadząc badania nad szczepionkami przeciwężcowymi i przeciwbłoniczymi opublikował samodzielnie lub jako współautor kilka kolejnych prac. *Swoista profilaktyka tężca*. Tematykę tę prezentował też w warszawskich towarzystwach lekarskich. Brał również udział w badaniach terenowych nad skutecznością doustnej szczepionki Hilarego Koprowskiego przeciw wirusowi polio. W latach 1959–1962 jako stypendysta Ministerstwa Zdrowia odbywał staż specjalizacyjny z zakresu chorób zakaźnych i uzyskał w tej dziedzinie pierwszy stopień.

Z powodu braku mieszkania zmuszony został do rezygnacji z pracy naukowej i przeniósł się z rodziną z Warszawy do Paczkowa w pow. nyskim, gdzie w latach 1962–1968 pracował jako asystent na oddziale chorób wewnętrznych uzyskując – po licznych stażach i kursach klinicznych (w tym pół roku we wrocławskiej AM) – specjalizację z tego zakresu. Poza oddziałem pracował w przychodni rejonowej, w 1965 r. został jej kierownikiem, zorganizował tam gabinety rentgenodiagnostyki i elektrokardiografii oraz dobrze wyposażone laboratorium analityczne.

Jeszcze przed ukończeniem drugiego stopnia specjalizacji z chorób wewnętrznych w 1968 r. kierownik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia w Opolu zaproponował mu ordynaturę w szpitalu powiatowym w Niemodlinie i po konkursie stanowisko to objął. Prowadził oddział prawie trzydzieści lat, poza tym przez kilka lat z upoważnienia dyrektora ZOZ w Opolu kierował służbą zdrowia w rejonie Niemodlina. Z jego inicjatywy powstało tam w 1971 r. Koło Polskiego Towarzystwa Lekarskiego: prowadził je niemal do emerytury w 1997 r. W tym czasie pod jego opieką dziewięciu lekarzy uzyskało specjalizację. Jako współautor opublikował wówczas dwie prace z kazuistyki klinicznej i jedną o charakterze statystycznym dotyczącą prowa-

dzzonego oddziału. Wraz ze swoim małym zespołem zorganizował w Niemodlinie kilka konferencji Opolskiego Oddziału Towarzystwa Internistów Polskich.

Był bezpartyjny. Poza pracą zawodową interesował się sztuką, głównie grafiką, bibliofilstwem i medalierstwem (wraz z synem przekazał w darze Zakładowi Narodowemu im. Ossolińskich ponad 140 medali i plakietek poświęconych Opolszczyźnie). Przez dwie kadencje był prezesem Oddziału Opolskiego Towarzystwa Przyjaciół Książki. Był jednym z inicjatorów powołania w Opolu izby lekarskiej (później członkiem sądu) i powstania Opolskiego Oddziału Związku Sybiraków; włączył się też w działalność Towarzystwa Miłośników

Lwowa i Kresów Południowo-Wschodnich. Na łamach czasopism i w radiu popularyzował historię i kulturę Kresów. Szczególnie wiele pracy włożył w zgromadzenie materiałów i opisanie losów kresowych obrazów sakralnych przywiezionych po II wojnie światowej do Polski w nowych granicach. Wyniki tych badań opublikował w serii książek pt. *Madonny Kresowe* (1997–2002) oraz w tomie *Wołyńskie Madonny* (1998).

Opracował historię miejscowości na Kresach, z którymi związana była jego rodzina: *Łopatyn. Dzieje i zabytki* (2010), *Ziemia Radziechowska i ludzie stamtąd* (2008), *Uhnów. Kresowe miasteczko nad Solokiją* (2010) oraz *Kukizów. Miasteczko koło Lwowa* (2010).

Przez wiele lat gromadził materiały do genealogii rodu Kukizów i do pochodzenia swego nazwiska. Wyniki tych badań ogłosił w publikacji *Kukizowscy i Kukizowie. Poszukiwanie rodowego gniazda*. Większość wymienionych wydawnictw omówił na łamach miesięcznika „Medium” dr Jerzy B. Kos.

W 1971 r. otrzymał Srebrny Krzyż Zasługi. Spośród kilku otrzymanych wyróżnień wysoko sobie cenił: odznakę Za wzorową pracę w służbie zdrowia, Nagrodę im. dr Kuczyńskiego przyznaną mu przez Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej za zasługi w kształtowaniu i upowszechnianiu etosu kresowego i dolnośląskiego środowiska lekarskiego oraz medal za opiekę nad zabytkami (z inicjatywy Stowarzyszenia Odnowienia Kościoła w Łopatynie). Zwieńczeniem tych i innych otrzymanych wyróżnień był medal Zasłużonemu Kulturze Gloria Artis i nagroda IPN Kustosz Pamięci Narodowej (2013 r.).

Mieliśmy szczęście przez wiele lat współpracować i być podwładnymi powszechnie szanowanego i do końca oddanego swej pracy lekarza dr Tadeusza Kukiza. Kierowany przez Niego oddział chorób wewnętrznych w Niemodlinie był ośrodkiem skutecznego leczenia chorych oraz miejscem nauki nowoczesnej medycyny dla licznych lekarzy i pozostałych pracowników służby zdrowia zatrudnionych w różnych placówkach tamtejszego ZOZ-u. Zgodnie z opinią konsultanta wojewódzkiego z zakresu chorób wewnętrznych dr hab. Jana Urbańczyka: „Jako ordynator wyróżniał się wnikliwością w rozpoznawaniu i terapii chorób, umiejętnością w kierowaniu zespołem i właściwą opieką nad leczeniem podstawowym”.

Koło PTL w Niemodlinie z comiesięcznymi posiedzeniami naukowymi, w ocenie przewodniczącego Zarządu Oddziału Opolskie-

go dr Ryszarda Kwiecińskiego, należało do przodujących i najbardziej aktywnych.

Zawsze będziemy Go wspominać jako dobrego człowieka o szerokich horyzontach, olbrzymim doświadczeniu życiowym i głębokiej wiedzy w wielu dziedzinach, którą chętnie się dzielił z innymi. Jako szef był wymagający, wytykał niedociągnięcia, ale życzliwie traktował współpracowników. Nie zapomniemy też, że interesował się naszym codziennym życiem, nigdy nie odmawiał pomocy i porady w życiowych kłopotach, również zdrowotnych naszych rodzin. Z ogromną wdzięcznością wspominają dr Kukiza liczne rzesze pacjentów, którzy darzyli Go głębokim zaufaniem i często uważali za ostatnią instancję ratunku.

Przez wiele dziesiątków lat mogliśmy cieszyć się przyjaźnią i życzliwością naszego „Szefa”. Podziwialiśmy Jego dokonania w pracy zawodowej oraz sukcesy w okresie emerytalnym, po zamieszkaniu we Wrocławiu i włączeniu się w życie naukowo-kulturalne miasta. Cechowała Go zawsze pasja badacza, co podkreślił w prywatnym liście prof. Jan Kostrzewski. Jego patriotyzm, umiłowanie wiedzy, kultury i sztuki znajduje potwierdzenie w działalności historyczno-literackiej. Powyżej wymienione dzieła uzyskały wysoką ocenę Prymasa Polski, kardynała Józefa Glempa, który podziękował Mu „za trud przybliżenia kultu Matki Bożej na polskich Kresach i ocalenia od zapomnienia piękna tamtejszych wizerunków Madonny”. Wybitne

osiągnięcia na polu popularyzacji historii i kultury dawnych Kresów Wschodnich podkreślali minister kultury i dziedzictwa narodowego Bogdan Zdrojewski oraz prezes IPN dr Łukasz Kamiński przyznając swoje nagrody. Wysoko oceniali prace badawcze i dokumentacyjne dr T. Kukiza nad ocaleniem zapomnianego dziedzictwa Kresów współpracujący z Nim prof. Jan Ostrowski – dyrektor Zamku Królewskiego na Wawelu i prof. Adolf

Juzwenko – dyrektor Zakładu Narodowego im. Ossolińskich.

Tadeusz mówił zawsze o wsparciu i bezcennej pomocy żony Marianny w swoich wieloletnich, licznych poszukiwaniach źródeł historycznych i redakcji tekstów, podkreślał też rolę pierwszego recenzenta. Widzieliśmy Jego radość oraz dumę z sukcesów dzieci i wnuczek, które odziedziczyły postawę patriotyczną i zainteresowania historyczne. W ostatnich dniach życia był świadkiem bezprecedensowego sukcesu syna Pawła w wyborach prezydenckich.

Zmarł po długiej i heroicznej walce z ciężką chorobą. Na zawsze pozostanie w naszej wdzięcznej pamięci!

lek. Krzysztof BUNIA (Niemodlin)

lek. Lesław GUTKA (Wrocław)

dr n. med. Paweł KNOSAŁA (Katowice)

(przedruk z „Medium” nr 6/15)

OGŁOSZENIA



Wszystkich zainteresowanych współczesnymi możliwościami leczenia schorzeń układu żylnego, a przede wszystkim aspektem estetycznym tego rodzaju postępowania zapraszamy 19 września do Warszawy na konferencję **Flebologia Estetyczna**. W trakcie spotkania pojawią się tematy dotyczące nie tylko sposobów leczenia pozwalających uzyskać najlepsze efekty kosmetyczne, ale także szereg informacji praktycznych dotyczących kwalifikacji, wykonywania zabiegów, jak również powikłań i możliwości ich zapobiegania.

Tematy konferencji

1. Leczenie żyłaków kończyn:

- miniflebektomia czy skleroterapia?
- stripping czy ablacja termiczna?
- co nowego w metodach ablacji wewnętrzno-naczyniowej?
- zabiegi operacyjne z zachowaniem żyły odpiszczelowej
- niewydolne perforatory – kiedy i jak leczyć?
- miniflebektomia – uwagi praktyczne
- krioablacja niewydolnych żył – znana metoda w nowej odsłonie

2. Skleroterapia:

- co nowego w skleroterapii?
- zabiegi hybrydowe
- powikłania skleroterapii

- skleroterapia pajęczków i żyłaków – uwagi praktyczne

3. Laseroterapia:

- klasyfikacja skórnych zmian naczyniowych
- wykorzystanie laserów w leczeniu przebarwień
- wykorzystanie laserów w leczeniu pajęczków żylnych kończyn i twarzy
- wykorzystanie laserów w leczeniu naczynek i malformacji naczyniowych
- przegląd nowości w systemach laserowych

4. Leczenie uciskowe:

- czy noszenie wyrobów uciskowych wpływa na postęp choroby?
- leczenie uciskowe po skleroterapii i zabiegach na układzie żylnym
- nowości w leczeniu uciskowym
- leczenie uciskowe w leczeniu owrzodzenia żylnego goleni – wybór optymalnej kompresji

5. Farmakoterapia w leczeniu chorób układu żylnego:

- czy istnieje tabletki na żyłaki?
- kiedy stosować leczenie farmakologiczne u chorych z przewlekłą chorobą żylną?
- leczenie przebarwień skóry – punkt widzenia dermatologa
- cera naczynkowa – trudny problem i duże wyzwanie!

6. Leczenie owrzodzeń żylnych goleni:

- owrzodzenia o etiologii mieszanej – jak leczyć?

- jak dbać o skórę okolicy owrzodzenia i bliźny po wygojonym owrzodzeniu – uwagi praktyczne
- strategia TIME – co nowego w leczeniu miejscowym owrzodzeń żylnych goleni
- nowe opatrunki – stare wyzwania

7. Informacja dla pacjenta i świadoma zgoda chorego na zabiegi z zakresu flebologii i flebologii estetycznej

* * *



I Kongres Ogólnopolski dla pielęgniarek i lekarzy mikrobiologów, członków zespołów kontroli zakażeń szpitalnych. Bezpieczny personel i pacjent – działajmy razem: Epidemiologia XXI wieku

Pielęgniarki, lekarzy mikrobiologów i członków zespołów kontroli zakażeń szpitalnych zapraszamy na pierwszy ogólnopolski kongres Epidemiologia XXI wieku, który przebiegał będzie pod hasłem Bezpieczny personel i pacjent – działajmy razem. Spotkanie odbędzie się w Katowicach, 11–12 września 2015 r. Organizatorem jest wydawnictwo Termedia, a partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy sprawuje Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych.

Planowa tematyka:

1. Pielęgniarstwo Epidemiologiczne XXI wieku
2. Współczesne problemy epidemiologii szpitalnej

3. Metody nadzoru epidemiologicznego w świetle obowiązujących aktów prawnych
4. Wzrost bezpieczeństwa i jakości opieki poprzez zarządzanie ryzykiem zakażeń
5. Filary edukacji personelu medycznego

Termin: 11–12 września 2015 r.

Miejsce: Katowice

Kierownik Naukowy: dr n. med. Beata Ochocka, dr n. med. Mirosława Malara, dr n. przyr. Grzegorz Ziółkowski

Organizator: Wydawnictwo Termedia

Patronat: Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych, Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarnictwa Epidemiologicznego

Opłaty:

- członkowie Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych: 90 zł
- pozostali uczestnicy: 190 zł

Więcej informacji na stronie: <http://www.termedia.pl/Konferencje?Intro&e=387&p=2877>



VI Kongres Top Nephrological Trends. Aktualności nefrologiczne

Tematyka tegorocznego kongresu **Top Nephrological Trends** dotyczyć będzie różnorodnych problemów leczenia nerkozastępczego zarówno w odniesieniu do dializoterapii, jak i przeszczepiania nerek czy trzustki. Korzystając z wiedzy i doświadczenia wybitnych polskich nefrologów pragniemy poruszyć najbardziej aktualne zagadnienia terapii nerkozastępczej.

Termin: 9–10 października 2015 r.

Miejsce: Poznań, IBB Andersia Hotel, plac Andersa 3

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Andrzej Oko

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego: dr hab. n. med. Ilona Idasiak-Piechocka

Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy: Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

Opłaty:

- do 30 czerwca – 370 zł
- od 1 lipca – 390 zł
- wpłaty na miejscu – 700 zł

Strona konferencji: <http://www.termedia.pl/Konferencje?Intro&e=359&p=2726>

Konferencje?Intro&e=359&p=2726

I Konferencja Onkologiczno-Paliatywna Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza SAC w Gdańsku, 3 października 2015 r.

W imieniu komitetu organizacyjnego mamy zaszczyt zaprosić Państwa do udziału w I

Konferencji Onkologiczno-Paliatywnej Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza SAC, która odbędzie się w dniu 3 października 2015 r. w Gdańsku.

Opieka nad chorym onkologicznym jest nie lada wyzwaniem dla lekarzy wielu specjalności. W czasie leczenia zarówno pacjenci jak, i zespół terapeutyczny na każdym etapie choroby muszą stawić czoła różnym trudnościom. W dobie rozwoju medycyny, obok terapii podstawowej, równie ważnym aspektem, umożliwiającym osiągnięcie sukcesu, jest znajomość leczenia wspomagającego.

Celem konferencji jest przede wszystkim zintegrowanie środowiska medycznego, które na co dzień związane jest z pacjentem chorym onkologicznie, oraz przybliżenie tematów ważnych w codziennej praktyce lekarskiej. Serdecznie zapraszamy lekarzy onkologów, specjalistów medycyny rodzinnej, specjalistów chorób wewnętrznych i medycyny paliatywnej do udziału w tym interesującym wydarzeniu. Mamy nadzieję, że zarówno poruszone tematy, jak i grono znanych wykładowców wzbudzą Państwa zainteresowanie i chęć udziału w wydarzeniu.

W imieniu organizatorów z wyrazami szacunku, *Jacek Januszczak, Andrzej Grynciewicz*

INFORMACJE OGÓLNE:

Organizator: Fundacja Hospicyjna oraz Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza SAC w Gdańsku

Miejsce konferencji: Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza SAC, Gdańsk ul. Kopernika 6

Koszt udziału w konferencji: 60 zł, zostanie przekazany na bieżące potrzeby Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza SAC w Gdańsku.

Płatność na konto: BOŚ S.A. I o. Gdańsk, Chodowieckiego 10, 80-208 Gdańsk

Tytuł przelewu: udział w konferencji

Nr rachunku: 50 1540 1098 2001 5562 4727 0009

Zapisy oraz szczegółowe informacje na stronie: www.konferencja-dutkiewicza.pl

Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu wraz z Uniwersytetem Wrocławskim – Interdyscyplinarną Pracownią Prawa Medycznego i Bioetyki serdecznie zapraszają do udziału w ogólnopolskiej konferencji naukowej objętej patronatem Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz Okręgowej Izby Radców Prawnych we Wrocławiu pt. „**PRAWA LEKARZA**”, która odbędzie się 18 września 2015 r. w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45.

Program konferencji oraz kwestionariusz zgłoszeniowy dostępny jest na stronie: <http://konferencja.dilnet.wroc.pl>

Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy pod hasłem „Wokół nas...”

W Klubie Lekarzy w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, tradycyjnie jak co roku, powakacyjna Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy – tym razem pod hasłem – „Wokół nas...”. Realizację tego tematu pozostawiamy inwencji i wyobraźni lekarzy i lekarzy dentystów, chcących wziąć udział w tegorocznej Wystawie.

Tegorocznej edycji Wystawy, podobnie jak poprzedniej, towarzyszyć będzie konkurs, w którym prace oceni jury złożone z profesjonalistów.

Wernisaż wystawy planujemy na 18 października 2015 r. (niedziela) o godz. 17. Wystawa potrwa do 23 października br.

Zapraszamy do udziału w prezentacji zdjęć Koleżanki i Kolegów nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce. Prosimy nadsyłać na nasz adres nie później niż do 9 października br.

Fotogramy winny być nie mniejsze niż w formacie A5, wykonane w technikach dowolnych, opatrzone następującymi informacjami: imię i nazwisko, specjalizacja i miejscowość zamieszkania Autora, a także ewentualnie tytułem.

Kontakt: Iwona Szelera, Sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3, tel. 42/ 683-17-01.

Centralny Szpital Kliniczny MSW w Warszawie zatrudni w Klinice Ortopedii i Traumatologii:

• **lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ortopedii i traumatologii lub lekarzy bez specjalizacji (albo w trakcie) zainteresowanych specjalizacją w dziedzinie chirurgii ogólnej.**

Posiadamy wolne etaty w ramach rezydentury. Wymagana dyspozycyjność. Oferujemy atrakcyjne warunki wynagrodzenia. Forma zatrudnienia do uzgodnienia. Oferty zawierające CV prosimy kierować na adres e-mail: rekrutacja@cskmswia.pl. Odpowiadamy tylko wybranym kandydatom.

Dyrekcja **Brzeskiego Centrum Medycznego SP ZOZ**, 49-301 Brzeg, ul. Mossora 1 – zatrudni lekarzy specjalistów; lekarzy w trakcie specjalizacji lub lekarzy chcących specjalizować się w następujących dziedzinach:

- choroby wewnętrzne,
- ginekologia i położnictwo,
- anestezjologii i intensywnej terapii do pracy w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- lekarzy do pracy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

Warunki pracy i płacy do uzgodnienia z Dyrekcją BCM w siedzibie zakładu lub tel. kontaktowy (77) 444-65-36.”

Zespół Opieki Zdrowotnej w Białej zatrudni:

- lekarza internistę,
- kardiologa,
- lub lekarza bez specjalizacji (z możliwością jej uzyskania)

do pracy w szpitalnym Oddziale Wewnętrznym lub Internistyczno-Kardiologicznym. Gwarantujemy mieszkanie.

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt: 77/438-70-33.

Krapkowickie Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Krapkowicach zatrudni lekarza – specjalistę ginekologii i położnictwa do pracy Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w Szpitalu w Krapkowicach.

Szczegóły informacji pod nr telefonu 77-446-72-95 lub e-mail sekretariat@kcz.krapkowice.pl

Prezes Zarządu
Marcin Misiewicz

Fundacja Dom Rodzinnej Rehabilitacji Dzieci z Porażeniem Mózgowym w Opolu poszukuje lekarza stomatologa do gabinetu stomatologicznego Fundacji. Gabinet stomatologiczny prowadzimy od 1997 roku, którego pacjentami są osoby niepełnosprawne (w różnym wieku).

Gabinet jest wyposażony we wszystkie potrzebne urządzenia od unitu do aparatu rentgenowskiego przystanowiskowego. W gabinecie oprócz stomatologa pracuje asystentka stomatologiczna.

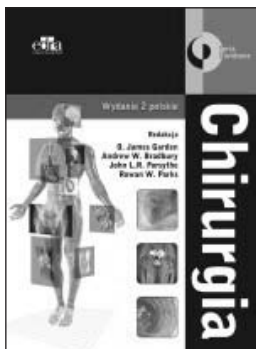
Gabinet stomatologiczny jest w strukturze Niepublicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej Fundacji i realizuje kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie stomatologii ogólnej i stomatologii dziecięcej.

Kazimierz Jednoróg
tel. 600 483 337

Prywatny gabinet stomatologiczny „Dental Care” w Opolu poszukuje lekarza dentysty do współpracy. Telefon kontaktowy 505-160-280. Adres email: gabinet@dentalcare.opole.pl

NOWOŚCI WYDAWNICZE

Edra Urban & Partner Sp. z o.o.
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: ksiegarnia@edraurban.pl
tel.: 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86



CHIRURGIA

O.J. Garden, A.W. Bradbury, J.L.R. Forsythe, R.W. Parks; wyd. II polskie; rok wydania: 2015; ISBN: 978-83-65195-04-3 568 stron, format: 195x265, opr. broszurowa, cena: 134.10 zł

Jest to kompleksowy podręcznik zarówno dla studentów, jak i dla lekarzy specjalizujących się w zakresie chirurgii ogólnej. Sprawnie prowadzi czytelnika przez kluczowe zagadnienia chirurgiczne, napotymane zarówno podczas edukacji medycznej, jak i w późniejszej praktyce klinicznej. Pomimo podobnego do Chorób wewnętrznych Davidsona formatu i stylu, podręcznik ten stanowi odrębną całość, pozwalającą na zgłębienie zarówno ogólnomedycznych, jak i chirurgicznych skutków chorób napotykanych na oddziałach chirurgicznych.

Najważniejsze cechy:

- znakomite zilustrowanie omawianych zagadnień za pomocą rycin, wysokiej jakości obrazów radiologicznych i kolorowych fotografii

- treść podzielona na trzy działy: „Podstawy opieki okołoperacyjnej”, „Chirurgia gastroenterologiczna” i „Specjalności chirurgiczne”

- dwa nowe rozdziały zawierające kompleksowe informacje na temat odpowiedzi metabolicznej na uraz, etyki oraz rozważań przedoperacyjnych, mających na celu uniknięcie nawrotu choroby

- treść podręcznika dostosowana do obecnych obowiązujących wytycznych oraz utrzymana w spójności z programem nauczania z zakresu chirurgii



PODSTAWOWY KURS CHIRURGII SKÓRY

A. Bieniek, W. Baran; wyd. II; rok wydania: 2015; ISBN: 978-83-60295-09-8, 200 stron, format: 165x235, opr. broszurowa (spiralna), cena: 55.81 zł

Autorzy drugiego wydania książki Podstawowy kurs chirurgii skóry w sposób zwięzły i zrozumiały zaprezentowali zarówno podstawowe, jak i najnowsze, dotychczas szerzej nie omawiane metody szycia powłok. Publikacja ma formę ilustrowanego atlasu, co w połączeniu ze szczegółowym, przejrzystym opisem poszczególnych technik chirurgicznych umożliwia ich łatwe opanowanie oraz samodzielne przeprowadzenie nawet w warunkach domowych. Przeznaczona jest dla osób rozpoczynających swoją przygodę z chirurgią. Sięgną po nią niewątpliwie także lekarze wszystkich dyscyplin zabiegowych, dermatolodzy oraz studenci medycyny.

ANGIELSKI DLA MEDYKÓW

Katarzyna Moczulska, Warszawa 2015

Kancelaria Doradcza Rafał Piotr Janiszewski, ma przyjemność przedstawić Państwu najnowszą publikację pt. „Angielski dla medyków”, autorstwa Pani Katarzyny Moczulskiej. W obecnych czasach znajomość języków obcych jest nieodzownym elementem naszego życia zawodowego. Niejednokrotnie zajmowane przez nas stanowiska, wymagają poznania specjalistycznego słownictwa danej branży.

- Praktyczna forma
- Zagadnienia z różnych dziedzin medycyny
- Nauka języka angielskiego w pigułce

Ze szczególnie trudnymi zagadnieniami mamy do czynienia w profesjach medycznych. Coraz więcej lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników ochrony zdrowia, bierze udział w międzynarodowych konferencjach, sympozjach i warsztatach, na których wymieniają się doświadczeniem i wiedzą. W takich chwilach, bardzo przydatna może być nasza najnowsza książka. „Angielski dla Medyków” to zbiór zagadnień z różnych obszarów medycyny opisanych w języku polskim i angielskim. Forma w jakiej została wydana publikacja pomaga w przyswajaniu trudnych słów i zagadnień medycznych. Książka podzielona jest na rozdziały pogrupowane według chorób i schorzeń, w każdym z nich omówione są najczęściej występujące jednostki chorobowe, badania, terapie. Dla ułatwienia czytelnik otrzymuje również pomocny słowniczek gramatyki w języku angielskim.

FORMA I MOŻLIWOŚĆ ZAMÓWIENIA:

Koszt publikacji: 10 zł + 5% VAT. Publikację mogą zamawiać instytucje świadczące usługi lecznicze, fundacje, stowarzyszenia, oraz inne podmioty prowadzące działalność gospodarczą. Placówki zainteresowane, proszone są o przesłanie formularza zamówienia na adres email: ewelina.wojcik@iuz.org.pl bądź faksem pod numer: (22) 625-73-99. W razie pytań proszę o kontakt telefoniczny pod numer: 697-602-707. Po złożeniu zamówienia, wystawiamy fakturę proforma, po jej opłaceniu wysyłamy żądaną ilość książek wraz z fakturą właściwą.



POD AUSPICJAMI FIAP

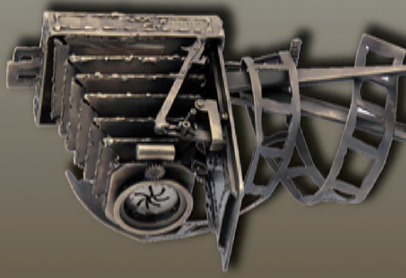


Patronat medialny
**NATIONAL
GEOGRAPHIC**
POLSKA

Partner Międzynarodowego Salonu Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica

intra
UBEZPIECZENIA

OLYMPUS



III Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy 3rd International Salon of Artistic Photography for Physicians **PhotoArtMedica 2015**

26 września 2015 r. Częstochowa - Poland September 26, 2015



NAGRODY PhotoArtMedica 2015

NAGRODY PhotoArtMedica 2015

Zapraszamy
lekarzy, lekarzy dentyistów, nauczycieli akademickich i studentów uniwersytetów medycznych
do udziału w kolejnej edycji PhotoArtMedica 2015
www.photoartmedica.pl



NEURONIKA

OŚRODEK BADAŃ I TERAPII ZABURZEŃ PAMIĘCI



DIAGNOZUJEMY

CHOROBY OTĘPIENNE W BARDZO
WCZESNYM STADIUM ROZWOJU



WYKONUJEMY

BADANIA MEDYCZNE
I NEUROPSYCHOLOGICZNE



STOSUJEMY

TERAPIĘ
WIELOPOZIOMOWĄ

POLEĆ NAS SWOIM PACJENTOM
STROBAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE W KUP

