

Wygląda na to, że zima powoli zabiera się do wyjścia. Śniegi stopniały, wokół słychać pierwsze świergolenia ptasząt, w powietrzu zaś czuje się już zapach budzącej się do życia ziemi. Tymczasem przede mną ekran komputera, a na nim niespecjalnie „lekkie” tematy – zawartość marcowego numeru *Biuletynu*.

W dalszym ciągu odrabiam jeszcze zaległości, ale obiecuję, że to już ostatnia ich porcja. Będzie więc zakończenie sprawy sporu wokół wyboru nowego ordynatora Oddziału Chirurgii Dziecięcej WCM w Opolu, sprawozdanie z Walnego Zgromadzenia PTS (w poprzednich numerach drukowałem tylko jego fragmenty) oraz materiał przygotowany przez dr Janusza Piechurskiego na temat perspektyw Opolskiej (i nie tylko) chirurgii. Ten ostatni materiał nie napawa zbyt optymizmem. Z moich osobistych spostrzeżeń oraz z opinii moich kolegów z innych dziedzin medycyny widać jednak, że problem ten dotyczy nie tylko chirurgii. Na dodatek z podobnymi kłopotami borykają się również inne kraje. Tyle tylko, że tam coś zaczyna się w tej materii robić, a u nas. A u nas jest jak zwykle – to problem wyłącznie lekarzy.

W *Biuletynie* zamieszczam także materiały traktujące o bieżących sprawach Izby, w tym pismo WOMP-u w sprawie zaświadczeń o zdolności do pracy (wraz

z komentarzem Prezesa) oraz sprawozdanie z obrad Rady Lekarskiej. Jest także kącik zabawowicza – czyli sprawozdania z Balu Lekarza i Balu Stomatologa (powinno być chyba Dentysty??) wraz z kolekcją zdjęć.

Z rodzimych materiałów należy wspomnieć również o dalszych rozważaniach historycznych prof. Kuwickiego i ciekawy tekst o badaniu stóp.

W części „obcej” kolejny tekst o starzeniu się (proszę nie patrzeć tak na mnie, to zupełny przypadek) oraz o jednym z najsłynniejszych leków – czyli witaminie C.

Ponieważ – jak wspomniałem na początku – nieuchronnie zbliża się już wiosna i część z nas (i to nie tylko panie) coraz uważniej przygląda się sobie w lustrze nie tylko powyżej kołnierzyka, zamieszczam pierwszą część obszernej publikacji dotyczącej diety ABC, wziętej z magazynu dla mężczyzn (a co, my też chcemy być piękni, zdrowi i bogaci!!!) „*Men's Health*”.

Będą także porady prawne, a na koniec – jak zwykle – ogłoszenia i nowości wydawnicze, a także ostatnie pożegnanie dr Zdzisława Pizia.

Zapraszam do lektury i do widzenia do następnego – wiosennego już – numeru.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

REFLEKSJE POZJAZDOWE

Jechałem na ten Zjazd z mieszanymi uczuciami. Wiedziałem, że jednym z kandydatów na nowego Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej będzie Andrzej Włodarczyk, dotychczasowy szef OIL w Warszawie, Wiceprezes NRL kończącej się kadencji, były Wiceminister Zdrowia, osoba, która kilkakrotnie w trakcie ostatnich 2 lat podejmowała działania sprzeczne z oficjalnym stanowiskiem NRL - nierzadko skierowane przeciwko lekarzom (vide stanowisko, jakie zajmował w okresie protestów lekarzy w Radomiu w 2008 roku czy dążenie do likwidacji tzw. małych izb poprzez propozycję dostosowania terytorium izb do granic województw). Niewybredne ataki, skierowane pod koniec kadencji przeciwko Prezesowi Konstantemu Radziwiłłowi, złożenie do Prokuratury zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa przez Naczelną Radę Lekarską, dopełniały obra-

zu kandydata. Znając umiejętności A. Włodarczyka w przekonywaniu do swojego stanowiska miałem obawy, czy delegaci nie ulegną jego retoryce.

Ale miałem też nadzieję i wiarę, że większość delegatów nie da się zwieść i będzie miała w pamięci dotychczasowe zachowanie i postawę kandydata. Nie zawiódłem się. A. Włodarczyk dwukrotnie poddał się procedurze wyborczej, bowiem druga tura wyborów, do której nie wszedł, nie przyniosła rozstrzygnięcia i potrzebne były nowe wybory. W tych powtórzonych wyborach przegrał zdecydowanie.

Druga refleksja dotyczy wyborów do Naczelnej Rady Lekarskiej. Spotkaliśmy się kilkakrotnie w gronie prezesów okręgowych rad lekarskich, by zaproponować Zjazdowi pewien parytet miejsc tak, by mniejsze izby nie były reprezentowane w Naczelnej Radzie Le-

karskiej tylko przez swoich prezesów. Niestety ustale-
nia sobie, a rzeczywistość sobie. Duże izby wprowadzi-
ły do składu NRL więcej osób, niż wynikało to z tego
parytetu. Jednocześnie kilka mniejszych izb – w tym
niestety nasza – nie wprowadziły nikogo. Tylko ja, ja-
ko prezes, jestem członkiem NRL bieżącej kadencji.
Zrobiło mi się przykro, przez chwilę byłem wściekły
na siebie, że nie umiałem odpowiednio zarekomendo-
wać naszych kandydatów.

Uświadomiłem sobie wówczas, że podobny mecha-
nizm zadziałał w trakcie naszego ostatniego Zjazdu
Wyborczego, kiedy to do Okręgowej Rady Lekarskiej
wybrano najmniejszą – w porównaniu do poprzednich

kadencji – liczbę lekarzy spoza Opola. Tak samo jak ja
w Warszawie, zawiedzeni wówczas na pewno poczu-
li się delegaci wywodzący się z wielu mniejszych re-
jonów naszej izby. Dyskutowaliśmy o tym problemie
na ostatnim posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej.
Przyjęty przez Zjazd w Warszawie nowy regulamin
wyborów dopuszcza, by w trakcie wyborów na Okrę-
gowym Zjeździe Lekarzy przydzielić poszczególnym
delegaturom określoną liczbę miejsc, co zapewni repre-
zentowanie tych delegatur w składzie Okręgowej Rady
Lekarskiej. Przed kolejnymi wyborami za 4 lata trzeba
będzie z tej możliwości skorzystać.

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 24 lutego 2010 r., odbyło się kolejne posie-
dzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. W jego trakcie
podjęto decyzje o wydaniu Ograniczonego Prawa Wy-
konywania Zawodu Lekarza w celu odbycia stażu po-
dyplomowego od 1 marca w Kędzierzynie-Koźlu dla
lek. Wojciecha Kuleszyńskiego oraz wpisano do reje-
stru Opolskiej Izby Lekarskiej lekarzy przenoszących się
z innych izb:

- Lek. Kubica Andrzej (przeniesienie z Wielkopol-
skiej Izby Lekarskiej),
- Lek. Jeżewska Joanna (przeniesienie z OIL w Zie-
lonej Górze).

Rada zarejestrowała indywidualne praktyki lekarskie
(tzw. stacjonarne):

- Lek. dent. Jędryszczak Oksana – stacjonarna prak-
tyka stomatologiczna,
- Lek. dent. Kinasz Katarzyna – stacjonarna prak-
tyka stomatologiczna,
- Lek. dent. Betlej Jolanta – stacjonarna praktyka
stomatologiczna,
- Lek. dent. Chomik-Raczy Agnieszka – stacjonar-
na praktyka stomatologiczna,
- Lek. dent. Chomik Artur – stacjonarna praktyka
stomatologiczna,
- Lek. dent. Kandora Ewelina – stacjonarna prak-
tyka stomatologiczna,
- Lek. Niziołek Elżbieta – stacjonarna specjalistycz-
na praktyka lekarska,
- Lek. Wantuła Tomasz – stacjonarna specjalistycz-
na praktyka lekarska,
- Lek. Kowalczyk Jacek – stacjonarna specjalistycz-
na praktyka lekarska,
- Lek. Wilgorska-Dorau Iwona – stacjonarna spe-

cialistyczna praktyka lekarska,

- Lek. Sendal Lidia – stacjonarna specjalistyczna
praktyka lekarska,

oraz praktyki lekarskie na wezwanie:

- Lek. Nanowski Zbigniew – specjalistyczna prak-
tyka lekarska,
- Lek. Smolska-Ciszewska Beata – specjalistyczna
praktyka lekarska.

W dalszej części posiedzenia Rady przyznano 5 za-
pomóg z Funduszu Samopomocy.

Jednocześnie, w związku z osiągnięciem wieku
emerytalnego obniżono składki członkowskie do 10 zł
następującym 5 osobom. Zupełnie zwolniono z płace-
nia składek członkowskich Kolegę Krzysztofa Kosidłę
(bezrobotnego).

Prezes Jakubiszyn poinformował Radę, iż Prezy-
dium ORL desygnowało do komisji konkursowej w ce-
lu wyłonienia Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa OCR
w Korfantowie kol. J. Lacha (ze względu na terminy po-
dane przez organizatora nie można było czekać do po-
siedzenia Rady).

W kolejnym punkcie obrad Rady, Prezes zrelacjono-
wał przebieg obrad X Krajowego Zjazdu Lekarzy. Sko-
mentował przebieg głosowania nad absolutorium dla
ustępującej Rady Naczelnej, wniosku Komisji Rewizyj-
nej i dyskusji z tym wnioskiem związanej. Następnie
przedstawił przebieg głosowania nad kandydaturami na
Prezesa NRL oraz z przebiegiem wyboru członków Na-
czelnej Rady Lekarskiej. Pomimo wcześniejszych usta-
leń, co do parytetu podziału miejsc w Radzie Naczelnej,
umawiający się wcześniej nie dotrzymali tej umowy.
W związku z tym część izb lekarskich nie wprowadzi-
ła do składu Naczelnej Rady Lekarskiej (poza prezesa-

mi) innych członków. Tak też się stało z Izłą Opolską (*więcej komentarzy na te tematy znaleźliście Państwo w lutowym numerze Gazety Lekarskiej – przyp. Red.*). W dalszej części kol. Jakubiszyn w skrócie zrelacjonował dyskusję zjazdową i najważniejsze uchwały X Zjazdu. Relacje Prezesa uzupełniali pozostali delegaci na Zjazd Krajowy – kol. J. Smerkowska-Mokrzycka, R. Olejnik, J. Mazur i A. Wojtyłko.

Następnie Prezes omówił pierwsze posiedzenie nowo wybranej Rady Naczelnej, na którym dokonano wyboru Prezydium NRL. Jednocześnie w związku z koniecznością zgłoszenia przedstawiciela naszej Izby do Komisji Stomatologicznej NRL, kol. Jakubiszyn przedstawił propozycję komisji stomatologicznej ORL, by do składu tej Komisji rekomendować kol. Jolantę Smerkowską-Mokrzycką. Rada jednogłośnie zaakceptowała tę propozycję.

Kol. J. Smerkowska-Mokrzycka poinformowała przy okazji o tym, iż na ostatnim posiedzeniu Konwentu prezesów okręgowych rad lekarskich, jego Przewodniczącym wybrany został kol. Jakubiszyn.

W trakcie dyskusji o przebiegu Krajowego Zjazdu Lekarzy, kol. J. Mazur zwrócił uwagę na analogie, jakie zachodzą pomiędzy głosowaniem na członków NRL i tym, co stało się przy ustalaniu składu Okręgowej Rady Lekarskiej na ostatnim zjeździe. Doszło bowiem do wyeliminowania kandydatów - przedstawicieli części delegatur, co spowodowało dominację przedstawicieli z Opola w Radzie Okręgowej. W tej części dyskusji zastanawiano się nad tym, jak ustrzec się w przyszłości takiej sytuacji. Prezes zwrócił członkom Rady uwagę na to, że nie ma formalno-prawnych przeszkód do ustalenia przed następnym zjazdem sprawozdawczo-wyborczym zasad podziału miejsc w Radzie Okręgowej, zabezpieczającym udział w niej przedstawicielom delegatur (*odsyłam do „Refleksji pozjazdowych” Prezesa w tym numerze Biuletynu – przyp. Red.*)

Następnie kol. Jakubiszyn przedstawił przebieg posiedzenia Rady OOW NFZ, w którym ostatnio uczestniczył. Jego głównym tematem było sprawozdanie z realizacji świadczeń w 2009 r. oraz plan na 2010 r. W minionym roku OOW NFZ przeznaczył na świadczenia poz o 7,5 mln złotych więcej, niż było w planie. Generalnie nie będzie płacenia za ubiegłoroczne nadwykonania, choć Oddział wyraził zgodę na przenoszenie kwot pieniężnych do wysokości kontraktu pomiędzy poszczególnymi oddziałami szpitalnymi. Jednocześnie, w przypadku tzw. diagnostyki kosztochłonnej, na OIO-M-ach oraz w chemioterapii, będą zapłacone nadwykonania, ale regresywnie. Wskutek takich decyzji wartość niezapłaconych nadwykonań w szpitalach wynosi ok. 27 mln złotych, w pozostałych działach – ok. 6 mln złotych. W 2010 r. szpitale otrzymają kontrakty o wartości nie mniejszej, niż miały na ostatni dzień I półrocza 2009 r. Centrala NFZ, by zrealizować swo-

je obietnice finansowe na bieżący rok, zmuszona była „sztucznie” zmniejszyć kwotę przeznaczoną w 2010 r. na refundację leków.

Kol. A. Martyniszyn (przewodniczący Komisji Rewizyjnej OIL) zwrócił uwagę na to, że znaczna część kwoty przeznaczonej na poz została przekazana na świadczenia pielęgniarstwa w ramach opieki długoterminowej i środowiskowej. Dyskutujący podnosili również problem zapłaty za świadczenia wykonane na rzecz podopiecznych Opolskiego Oddziału NFZ na terenie innych województw. System ten powoduje dodatkowe obciążenie budżetu naszego Oddziału NFZ.

W dalszej części spotkania Rada zajęła się projektem Regulaminu Rzecznika Praw Lekarza, który przedstawił kol. Jakubiszyn. Zapisy tego projektu wywołały bardzo burzliwą dyskusję wśród członków Rady. Zgłaszane uwagi dotyczyły głównie paragrafu, mówiącego o zakresie działania Rzecznika. Podniesiono ponadto sprawę powołania jego zastępcy oraz sposobu finansowania jego działalności. Ze względu na dużą liczbę uwag oraz konieczność przeanalizowania nowego tekstu przez wszystkich członków Rady, zatwierdzenie Regulaminu przesunięto na następne posiedzenie Rady, które odbędzie się 17 marca (w miejsce planowanego na ten dzień posiedzenia Prezydium).

Następnie kol. Z. Kowalik przedstawił projekt preliminarza finansowego OIL na 2010 rok, który ma zostać uchwalony na najbliższym – marcowym Okręgowym Zjeździe Lekarzy. Omówił pokrótce główne elementy tego dokumentu, ze szczególnym uwzględnieniem różnic pomiędzy obecnym a ubiegłym rokiem. W dyskusji zwrócono uwagę na to, że preliminarz powinien uwzględniać również koszty funkcjonowania Rzecznika Praw Lekarza.

Później kol. S. Kowarzyk przedstawił ofertę pracowni projektowej na wykonanie inwentaryzacji budynku Izby oraz propozycję treści umowy na wykonanie tej inwentaryzacji.

Prezes zapoznał członków Rady z odpowiedzią Wojewody na jego zapytanie dotyczące sposobu tworzenia Centrów Urazowych. Odpowiedzią była kserokopia pisma, skierowanego do Wojewody przez Wiceministra Zdrowia Habera, z którego wynikało, że brak jest pieniędzy na utworzenie centrów we wszystkich województwach i dlatego nie zaplanowano takiego centrum na Opolszczyźnie. W dyskusji na ten bulwersujący wszystkich fakt kol. M. Dryja poinformował, że interwencję w tej sprawie podjął Marszałek Województwa i zaproponował, by Rada skierowała kolejne pismo bezpośrednio do Ministerstwa. Prezes zapowiedział rozesłanie projektu tego pisma wraz z projektem Regulaminu Praw Lekarza.

Kol. Jakubiszyn przedstawił następnie odpowiedź, jaka napłynęła z WOMP-u na pytanie w sprawie wydawania przez lekarzy zaświadczeń o zdolności do pracy.

Z odpowiedzi tej wynika konkluzja, że lekarze powinni wydawać zaświadczenia zawierające jedynie informację o czasokresie przebywania pacjenta na zwolnieniu lekarskim, z podaniem numeru statystycznego choroby (*obszerne fragmenty tego pisma znajdują Państwo w bieżącym numerze Biuletynu – przyp. Red.*).

Na zakończenie Prezes poinformował, że w związku z rezygnacją ze stanowiska konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie diagnostyki obrazowej przez dr Dębskiego i zamiarem powołania na to stanowisko dr Sznajdra, zostanie on zaproszony na najbliższe posiedzenie Rady.

Jerzy B. LACH

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI POLSKIEGO TOWARZYSTWA STOMATOLOGICZNEGO ODDZIAŁU W OPOLU ZA OKRES OD 2005–2009 R.

Na pierwszym zebraniu Zarządu w nowej kadencji 2005-2009 ukonstytuował się nowy Zarząd Oddziału Opolskiego PTS. W skład Zarządu Oddziału weszli:

- Prezes – dr Wiesław Latała
- W-ce Prezes – dr Krzysztof Malotki
- Sekretarz – dr n. med. Justyna Grzybowska-Substelna
- Z-ca sekretarza – dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka
- Skarbnik – dr Grzegorz Palacz
- Z-ca Skarbnika – dr Tomasz Latała
- Kronikarz – dr n. med. Piotr Wiśniewski
- Członkowie Zarządu:
 - dr Anna Szczombrowska
 - dr Stanisław Chruszczyk
 - dr Ewa Noceń-Firlej

W skład Sądu Koleżeńskiego weszli:

- dr Danuta Hoszowska – przewodnicząca
- dr Maria Piechura – z-ca przewodniczącej
- dr Katarzyna Jastrzębska
- dr Elżbieta Stępień
- dr Jolanta Jednaki
- dr Anna Adamska
- dr Małgorzata Szymoszek-Majgier

W skład Komisji Rewizyjnej weszli:

- dr Włodzimierz Fijałkowski – przewodniczący
- dr Jerzy Drzyzga
- dr Rafał Smerkowski
- dr Kinga Maciąg
- dr Ewa Pawliszyn

Liczba członków Oddziału Opolskiego na dzień 28 listopada 2009 r. wynosi 255 lekarzy stomatologów.

W okresie sprawozdawczym Zarząd Oddziału PTS w Opolu spotkał się na 12 posiedzeniach, omawiając między innymi:

- tematykę i formę szkolenia na posiedzeniach
- nawiązanie współpracy z innymi Oddziałami PTS, Oddziałami Towarzystw Lekarskich i Izbami Lekarskimi
- opracowanie wniosków i postulatów na zebrania ZG PTS
- działalność pozaszukeniową Oddziału
- sprawy członkowskie (przyjęcia nowych członków, skreślenia).

W omawianym okresie odbyło się 36 posiedzeń naukowo-szkoleniowych, na których wygłoszono 51 referatów. Posiedzenia naukowo-szkoleniowe były poświęcone głównie wybranym zagadnieniom kliniczno-badawczym, nowym metodom i materiałom w stomatologii, prezentacji osiągnięć naukowych współpracujących z naszym Oddziałem PTS pracowników naukowych Akademii. Większość referatów była poświęcona zagadnieniom stomatologicznym, chociaż staraliśmy się włączyć również problemy ogólnomedyczne. Referaty wygłaszali pracownicy naukowi i dydaktyczni z AM we Wrocławiu, Warszawy, Łodzi, Katowic, Poznania, Krakowa. Gościliśmy na naszych posiedzeniach 2 razy Prezydenta PTS, 2 Rektorów AM, 3 Konsultantów Krajowych, 2 Redaktorów Naczelnych wydawanych w naszym kraju naukowych czasopism stomatologicznych. Naszymi gośćmi było 21 Profesorów i 20 samodzielnych pracowników naukowych.

Przy Oddziale PTS w Opolu działają:

Koło Sekcji Periodontologii – przewodniczący dr Tomasz Latała

Koło Sekcji Protetyki Stomatologicznej – przewodniczący dr n. med. Piotr Wiśniewski

Koło Sekcji Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i Stomatologicznej – przewodnicząca dr Beata Mazurek-Gmirek

Koło Sekcji Ortopedii Szczękowo-Twarzowej – przewodnicząca dr Danuta Hoszowska

Do tradycji naszego oddziału należy organizowanie corocznego Balu Stomatologa. W trakcie tej kadencji odbyły się 4 bale.

Za pracę na rzecz oddziału złote odznaki otrzymali:

- lek. stom. Krzysztof Malotki
 - lek. stom. Tomasz Latała
 - dr n. med. Piotr Wiśniewski
- srebrną odznakę PTS otrzymał:
- lek. stom. Rafał Smerkowski

Podsumowując działalność Zarządu należy wspomnieć, iż nie wszystkie plany udało się zrealizować. Nie doszło do zorganizowania Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej. **Udało się natomiast zrealizować w pełni coroczny plan posiedzeń naukowo-szkoleniowych**

oraz stworzyć harmonogram kursów organizowanych z Komisją Stomatologiczną Opolskiej Izby Lekarskiej optymalizując możliwość zdobycia punktów edukacyjnych przez naszych kolegów. Liczymy, że nowo wybrany Zarząd przy współpracy członków będzie prowadzić do dalszego rozkwitu Oddziału PTS w Opolu.

Nowo wybrane władze Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego:

- Prezes – lek. stom. Tomasz Latała
- W-ce Prezes - lek. stom. Wiesław Latała
- Sekretarz – dr n. med. Justyna Grzybowska-Substelna
- Z-ca sekretarza – lek. stom. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka
- Skarbnik – lek. stom. Grzegorz Palacz

*Sekretarz
Oddziału Opolskiego
Dr n. med. Justyna
Grzybowska-Substelna*

*Prezes
Oddziału Opolskiego
Lek. stom. Wiesław
Latała*

- Z-ca Skarbnika - lek. stom. Rafał Smerkowski
- Kronikarz – dr n. med. Piotr Wiśniewski
- Członkowie Zarządu:
 - lek. stom. Anna Szczombrowska
 - lek. stom. Krzysztof Malottki
 - lek. stom. Ewa Noceń-Firlej

W skład Sądu Koleżeńskiego weszli:

- lek. stom. Danuta Hoszowska
- lek. stom. Barbara Ziobrowska
- lek. stom. Maria Piechura

W skład Komisji Rewizyjnej weszli:

- lek. stom. Włodzimierz Fijałkowski
- lek. stom. Małgorzata Gąsiorowska
- lek. stom. Agata Pros

UCHWAŁA NR 1 WALNEGO ZEBRANIA CZŁONKÓW OPOLSKIEGO ODDZIAŁU PTS Z DN. 22 LISTOPADA 2009 R.

Walne Zebranie Członków Opolskiego Oddziału PTS stanowczo sprzeciwia się obniżaniu wyceny pracy. Pomimo znacznego niedoszacowania (od lat do chwili obecnej) naszych procedur (co zostało udowodnione oficjalnie) oraz rosnącej inflacji, zamiast obiecanego dochodzenia do urealnienia kosztów, nasi decydenci stawiają nam coraz większe wymagania za coraz to mniejsze. Dlaczego my, lekarze, mamy zawsze ponosić konsekwencje i koszty za nieudolność rządzących i organizatorów służby zdrowia w Polsce.

UCHWAŁA NR 2 WALNEGO ZEBRANIA CZŁONKÓW OPOLSKIEGO ODDZIAŁU PTS Z DN. 22 LISTOPADA 2009 R.

Walne Zebranie Członków Opolskiego Oddziału PTS sprzeciwia się rejestracji praktyk stomatologicznych w miejscu wezwania. Jest to pewnego rodzaju fikcja na potrzeby biznesowe. Forma ta deprecjonuje nasze środowisko stomatologiczne i jest nie korzystne, w dłuższej perspektywie czasu, dla rejestrujących te praktyki młodych lekarzy. Stanowisko nasze jest zgodne ze stanowiskiem Komisji Stomatologicznej Naczelnej Izby Lekarskiej

UCHWAŁA NR 3 WALNEGO ZEBRANIA CZŁONKÓW OPOLSKIEGO ODDZIAŁU PTS Z DN. 22 LISTOPADA 2009 R.

Walne Zebranie Członków Opolskiego Oddziału PTS występuje o nadanie Godności Członka Honorowego Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego dla Prof. dr hab. n. med. Marka Ziętka - Prezydenta Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

KOLEŻANKI I KOLEDZY!

Kilkumiesięczna przerwa w wydawaniu *Biuletynu Informacyjnego* sprawiła, że pewne materiały nie ukazały się w odpowiednim dla nich czasie.

Jednym z takich materiałów jest pismo, skierowane w lipcu ubiegłego roku do Okręgowej Rady Lekarskiej przez asystentów Oddziału Chirurgii Dziecięcej WCM w Opolu. Było ono elementem dyskusji, jaka toczyła się wokół wyboru nowego ordynatora tego Oddziału.

Decyzją ówczesnej Rady, pismo to miało się ukazać we wrześniowym numerze *Biuletynu*, opatrzone jedynie krótkim komentarzem, że dla dobra Oddziału publikacją tą kończymy wszelkie polemiki w tej sprawie.

Poniżej publikujemy to pismo. Za tak długi okres zwłoki, autorów pisma oraz wszystkich zainteresowanych przepraszamy.

*Prezes ORL
Dr med. Jerzy Jakubiszyn*

*Redaktor Biuletynu
Lek. Jerzy Lach*

Wokół konkursu na stanowisko Ordynatora Oddziału Chirurgii Dziecięcej WCM

Pan Przewodniczący Opolskiej Izby Lekarskiej

Z poczuciem rozgoryczenia przeczytaliśmy Pana tekst, zamieszczony w majowym Biuletynie Informacyjnym Opolskiej Izby Lekarskiej, w którym odniósł się Pan do atmosfery, jaka wytworzyła się wokół konkursu na stanowisko ordynatora Oddziału Chirurgii Dziecięcej WCM.

Zaczął Pan od obcojęzycznego przysłowia ludowego „It is a dirty bird which fouls its nest” w dosłownym tłumaczeniu ”Brudny jest ptak, który zanieczyszcza własne gniazdo”. Zastanawiamy się kogo powyższe przysłowie miało dotyczyć?

Po konkursie na stanowisko ordynatora wszyscy asystenci Oddziału Chirurgii Dziecięcej podpisali pismo adresowane wyłącznie do Dyrektora WCM w Opolu, które nie zawierało oceny rzetelności postępowania konkursowego. Upublicznienia całej sprawy na łamach Biuletynu Informacyjnego OIL dokonał wyłącznie Pan.

Zarzuca nam Pan brak zdroworozsądkowego myślenia, niechęć do zmian i podbija kartę gwarancyjną na lepsze jutro po tych, jak pan niestosownie nazywa wiosennych porządkach, które wykreowały nowego, trudnego do zaakceptowania przez nasz zespół ordynatora. Wiosenne porządki prowadzone przez OIL, pomogą w Pana opinii uprzątnąć nasz oddział i wprowadzić do niego świeżość i „nową jakość”. Być może dlatego, że lekarz wybrany w konkursie na ordynatora jest członkiem Prezydium OIL i Redaktorem Biuletynu Informacyjnego Opolskiej Izby Lekarskiej.

Z całą stanowczością i odpowiedzialnością stwierdzamy, że zbyt daleko posunął się Pan w jednostronnej ocenie sytuacji i publikuje ją Pan w odcinkach w czasopiśmie adresowanym do lekarzy naszego województwa. Nie wiadomo dlaczego, w swoim tekście nazywa Pan nowo wybranego ordynatora lekarzem spoza oddziału. Lekarz ten pracował z nami przez wiele lat i jest znany wszystkim starszym asystentom. Około 10 lat temu odszedł z Oddziału z własnej woli.

Przez ten czas Oddział pracował, rozwijał paletę zabiegów operacyjnych, przybywało specjalistów (obecnie ponad 80 % lekarzy zatrudnionych jest specjalistami -praktykami,

radzającymi sobie z trudem pracy ostro dyżurowej), 3 osoby obroniły doktoraty, zdobyliśmy silną pozycję w chirurgii noworodka i urologii dziecięcej. Dzięki zdobytej w pełnym zakresie akredytacji kształcą się u nas lekarze specjalizujący się w różnych dziedzinach medycyny. Oddział nasz zapewnia leczenie chirurgiczne pacjentom od urodzenia do 18-go roku życia. Obecnie WCM w Opolu jest jednym z kilkunastu strategicznych szpitali leczących noworodki w Polsce. Dzięki dobrej współpracy z Oddziałem Intensywnej Terapii dla Dzieci, do WCM przyjeżdżają noworodki z województw ościennych, ośrodków uniwersyteckich celem leczenia chirurgicznego. Skąd więc przekonanie, że bronimy złego, starego ?

Ubolewamy nad tym, że młodszych kolegów - lekarzy, pracujących w naszym Oddziale, Pan Przewodniczący wyrzuca poza margines, wytykając im złożenie podpisów pod pismem skierowanym do dyrektora WCM. W piśmie tym na temat lekarza, który wygrał konkurs wypowiadają opinię starsi asystenci, ale pismo to zawiera także informacje o zdarzeniach, których świadkami i współuczestnikami byli młodzi koledzy. Nasi młodszy koledzy są pełnoprawnymi członkami naszego zespołu.

Uważamy, że usiłuje się nasz zespół celowo przedstawić w niekorzystnym świetle o czym świadczy kolejny numer Biuletynu Informacyjnego OIL. Do całej tej sytuacji chętniej użylibyśmy polskiego powiedzenia „Uderz w stół a nożyce się odezwą”. Pozostaje naszym życzeniem aby nie stosował Pan niedomówień i skrótów, które nie wyjaśniają lekarzom Opolszczyzny wszystkich faktów. Do nas też docierały i nadal jeszcze docierają pogłoski i różne opinie wiążące się z w / w konkursem, jednak nigdy nie używaliśmy ich jako argumentów. Fakt powierzenia komukolwiek mandatu poprzez akt wyborczy nie pozbawia wyborcy prawa do swobodnego wyrażania swoich poglądów. Jesteśmy członkami Izby Lekarskiej i nie akceptujemy coraz bardziej podkreślanego podziału na My i Wy, czego wyraz dał Pan w protokole z posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej cyt. „...w tym momencie weszła delegacja.” Przecież to Pan nas zaprosił na posiedzenie Rady i to Pan nas wprowadził do sali obrad.

W protokole z posiedzenia Rady nie zamieszczono żadnych wyjaśnień składanych przez naszych przedstawicieli, tłumaczących naszą postawę, a jedynie wyrwane zdania zgrabnie pasujące do Pana tezy. Interesuje nas również, jakież to „pewne informacje”, które nie zostały opublikowane w protokole przekazał dr J. Jakubiszyn, będący przewodniczącym komisji konkursowej?

Dlaczego dr J. Jakubiszyn przypomniał sobie o tym, że dr A. Wojtyłko brał udział w wyborze sprzętu dla Oddziału Chirurgii Dziecięcej, czemu było to tak ważne, że aż znalazło odbicie w protokole, a pominął fakt, że dotychczasowy ordynator w tym przedsięwzięciu także brał udział, co najmniej na równi z dr A. Wojtyłko.

Jesteśmy przekonani, że nie nasz zespół jest adresatem angielskiego przysłowia ludowego. Oczekujemy też na wyjaśnienie, co Pan ma na myśli twierdząc „... ale nie wierzę w czystość waszych intencji.”

Uważamy, że upublicznienie przez Pana Prezesa całej tej sprawy w prasie przysłużyło się jak najgorzej wizerunkowi zarówno Oddziału Chirurgii Dziecięcej, jak i Opolskiej Izby Lekarskiej i nie rozumiemy w jakim celu Pan Przewodniczący zaostreza i tak już istniejący konflikt.

lipiec 2009

Żądamy opublikowania na łamach najbliższego Biuletynu Informacyjnego Opolskiej Izby Lekarskiej naszego listu w całości - bez skrótów.

*Zespół Chirurgów Dziecięcych
WCM Opole*

*Janusz Uziński
Marek Stenkiński
Marek Piotrowski - Kremenaster
Paweł Mielczarek
Aleksander Bęgorzka
Zbigniew Koschowski
Ryszard Kozłowski
Juliusz Jermoluk*

SPRAWA ZAŚWIADCZEŃ O ZDOLNOŚCI DO PRACY

W związku z sygnałami, które dotarły od lekarzy poz i lekarzy specjalistów, dotyczących wystawiania zaświadczeń dla pacjentów, którzy przebywali na zwolnie-

niu lekarskim ponad 30 dni, wystosowałem pismo do Dyrektora Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy. Poniżej treść tego pisma.

* * *

L.dz.. OIL 51/10

Opole, 18.01.2010 r.

Sz. P.
Dr Helena Kozłowska
Dyrektor
Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy

Chciałbym poruszyć temat zaświadczeń, wystawianych zwyczajowo pacjentom po zakończeniu ponad 30-dniowego okresu niezdolności do pracy przez lekarzy prowadzących. Zaświadczenia te są przedkładane lekarzom uprawnionym do badań profilaktycznych, celem orzeczenia o zdolności do wykonywania pracy na dotychczasowym stanowisku (zgodnie z art. 229 § 2 Kodeksu Pracy).

Otrzymaliśmy sygnały od lekarzy rodzinnych i lekarzy specjalistów, że niektóre poradnie medycyny pracy wymagają, aby w takim zaświadczeniu znalazło się sformułowanie „**może wrócić do pracy**” albo też w innym przypadku „**zakończono leczenie**”. Bywa, że z tego powodu pacjenci są odsyłani do lekarza leczącego, celem poprawy treści zaświadczenia. Pomijając tymczasem kwestię podstawy prawnej wymogu przedłożenia takiego zaświadczenia, w moim rozumowaniu sformułowanie „może wrócić do pracy” nie jest odpowiednie, gdyż o zdolności do powrotu do pracy zdecydować ma właśnie lekarz uprawniony do badań profilaktycznych. Z informacji uzyskanych od pacjentów wiemy, że dla niektórych lekarzy profilaktyków zaświadczenie tak wydane, służy jako podstawa do wydania orzeczenia bez dodatkowych badań kwalifikacyjnych, co oczywiście upraszcza procedurę dopuszczenia do pracy, jednakże może przerzucić ciężar odpowiedzialności za ewentualne powikłania na lekarza wydającego zaświadczenie wstępne. Drugie przytoczone sformułowanie nie zawsze jest możliwe do zamieszczenia w zaświadczeniu, gdyż jakkolwiek po np. złamaniu nogi można w pewnym momencie zakończyć leczenie, tak w przypadku wyrównywania ciężkiej niedoczynności tarczycy, po jakimś czasie chory może wrócić do pracy, ale leczenie nie jest zakończone, ponieważ pacjent dożywotnio będzie zażywał suplementację hormonalną.

Nasuwa się zatem wniosek, czy wydawanie takich zaświadczeń ma w ogóle jakiś sens orzeczniczy. Czy nie wystarczyłaby ustna informacja od pacjenta, że zakończył mu się okres niezdolności do pracy i prosi o wydanie orzeczenia dopuszczającego do pracy.

W związku z powyżej przedstawionymi wątpliwościami, bardzo proszę Panią Doktor o zajęcie stanowiska w tej sprawie, a przede wszystkim o przekazanie, jakie akty prawne nakładają na lekarza, wystawiającego pacjentowi druki ZLA o łącznym okresie ponad 30 dni, obowiązek wystawiania końcowego zaświadczenia, a jeżeli taki obowiązek prawny istnieje, to jakie informacje (określenia) powinny być w nim zawarte. Uzyskaną odpowiedź opublikujemy w Biuletynie Informacyjnym OIL, aby ostatecznie rozwiązać wątpliwości naszych Kolegów, ponieważ w tak ważnej materii, jak orzekanie o zdolności do pracy nie powinno być nieudomówień.

*Z poważaniem
Prezes ORL
dr med. Jerzy Jakubiszyn*

* * *

Pani Dyrektor nadesłała odpowiedź, której najistotniejsze fragmenty publikujemy poniżej.

* * *

Wydawane przez lekarzy poz lub lekarzy specjalistów zaświadczenia lekarskie po zakończeniu ponad 30-dniowego okresu niezdolności do pracy na pewno nie są zaświadczeniami o zakończeniu leczenia, ani możliwości powrotu do pracy. Zaświadczenie informuje o okresie niezdolności do pracy oraz powódzie tej niezdolności, a zadaniem lekarza profilaktyka jest ocena możliwości powrotu do pracy na określone stanowisko. W związku z art. 229 § 4 Kodeksu pracy („Pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego, stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku”) **badanie kontrolne powinno być przeprowadzone w ostatnim dniu niezdolności do pracy.** Dopuszczalne jest również przeprowadzenie badania kontrolnego **w dniu następnym**, ponieważ okresowe i kontrolne badania lekarskie przeprowadza się w miarę możliwości w godzinach pracy (art. 229 § 3 Kp).

Lekarz medycyny pracy, wykonując swoje zadania współdziała z różnymi podmiotami, w tym z lekarzami udzielającymi pracującym świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Współdziałanie to polega w szczególności na wymianie informacji o stanie zdrowia pracujących objętych ich opieką, zwłaszcza o stanach chorobowych mogących mieć związek z zagrożeniami zawodowymi lub sposobem wykonywania pracy.

W trakcie badania okresowego lub kontrolnego pacjent - pracownik jest zainteresowany uzyskaniem zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku, dlatego zdarza się, że nie informuje lekarza o istotnych schorzeniach. Ma to kapitalne znaczenie w orzekaniu do pracy na stanowiskach, gdzie występują czynniki szkodliwe, uciążliwe lub niebezpieczne dla zdrowia, a szczególnie w zawodzie kierowcy, pracy przy obsłudze urządzeń będących w ruchu, czy pracy na wysokości.

Nie ma jednoznacznego przepisu prawnego, zobowiązującego lekarza poz lub lekarza specjalistę do wydawania zaświadczenia o zakończeniu okresu niezdolności do pracy. W przypadku, kiedy pacjent nie dostarczy takiego zaświadczenia, podczas badania kontrolnego lekarz profilaktyk zwróci się z prośbą do lekarza leczącego o jego wydanie, co znacznie przedłuży procedurę orzecznictwa i narazi pacjenta na dodatkowe, a zupełnie nieuzasadnione koszty przyjazdu.

W imieniu lekarzy-profilaktyków województwa opolskiego wyrażam przekonanie, że zaświadczenie lekarskie wydane na druku Mz/L-1 o treści: „*W/w pa-*

cient przebywał na zwolnieniu lekarskim od ... d o ... z powodu (podać numer/y statystyczny choroby z klasyfikacji ICD – 10)” - znacznie ułatwi podjęcie decyzji orzeczniczej.

* * *

Chciałbym tylko na jedną rzecz zwrócić uwagę. Proszę uprzedzać pacjentów, którym takie zaświadczenie będzie wydawane, że jest to zaświadczenie dla lekarza profilaktyka i nie musi być ono okazywane pracodawcy, który nie znał dotychczas numeru statystycznego choroby (kopia druku ZLA dla pracodawcy nie zawiera tego numeru). I wcale nie musi go teraz poznać.

Jerzy JAKUBISZYN

CZY GROZI NAM LUKA POKOLENIOWA W ZAWODZIE CHIRURGA?

Od kilku lat systematycznie zmniejsza się ilość młodych lekarzy, chcących specjalizować się w dziedzinie chirurgii ogólnej. Zjawisko to zaczyna być dostrzegane niemal w całym kraju.

Młodzież lekarska doskonale orientuje się, jak trudna, stresująca i jednocześnie mało satysfakcjonująca finansowo jest praca chirurga. Entuzjazmu nie dodaje również świadomość podjęcia pracy w oddziale, który będzie generował straty finansowe szpitala z powodu od lat zaniżanej przez NFZ wyceny procedur chirurgii ogólnej.

Czas trwania specjalizacji z chirurgii ogólnej jest długi i wynosi 6 lat. Z powodu wprowadzenia nowych zasad czasu pracy może zaistnieć realne zagrożenie realizacji programu specjalizacji (brak możliwości przeprowadzenia wymaganej liczby operacji). W związku z tym już pojawiają się propozycje wydłużenia okresu specjalizacji do 7, a nawet - 8 lat. Może to jeszcze bardziej zniechęcić młodych lekarzy do szkolenia się w chirurgii ogólnej.

Prof. dr hab. med. Jan Kulig – Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej stwierdził, że „w sesjach kwalifikacyjnych 2008 roku obsadzono tylko 50% miejsc specjalizacyjnych zaplanowanych przez Ministerstwo Zdrowia dla potrzeb chirurgii ogólnej. Grozi to zapaścią zawodową, tym bardziej, że większość obecnie pracujących chirurgów wkroczy w wiek emerytalny w ciągu najbliższych 10 lat”.

W województwie opolskim od dłuższego czasu istnieje duży problem z naborem kadry chirurgicznej. Pomimo posiadanych miejsc szkoleniowych brak jest chętnych do specjalizacji. W ostatnich 3 latach województwo dysponowało 24 miejscami szkoleniowymi, a zgłosiło się jedynie 2 chętnych do specjalizacji (jeden z nich przebrał szkolenie i wyjechał do Niemiec).

WYNIKI SESJI KWALIFIKACYJNYCH (WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE 2006 – 2009)

SESJA	PRYZNANE MIEJSCA	URUCHOMIONE MIEJSCA
JESIEŃ 2006	3	0
WIOSNA 2007	3	0
JESIEŃ 2007	4	0
WIOSNA 2008	5	1
JESIEŃ 2008	5	1
WIOSNA 2009	4	0
RAZEM	24	2

Z danych uzyskanych od ordynatorów wynika, że we wszystkich 16 oddziałach chirurgicznych naszego województwa pracuje 83 specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej. Średnia ich wieku wynosi 50,2 lata.

Na Opolszczyźnie w ciągu najbliższych 10 lat ponad

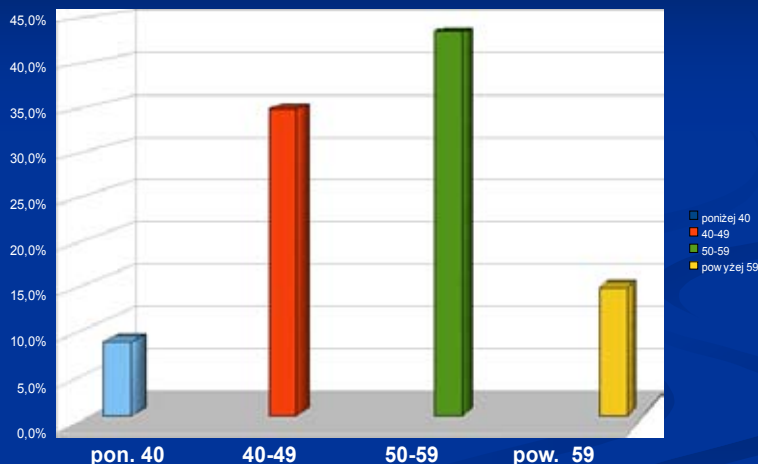
30% specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej osiągnie wiek emerytalny.

Ordynatorzy 9 spośród 16 oddziałów chirurgicznych naszego województwa zgłaszają niedobory kadry lekarskiej.

WIEK SPECJALISTÓW CHIRURGII OGÓLNEJ (WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE 2009)

GRUPY WIEKOWE	LICZBA LEKARZY
PONIŻEJ 40	7 (8,4%)
40 - 49	28 (33,7%)
50 - 59	36 (43,4%)
POWYŻEJ 59	12 (14,5%)

WIEK SPECJALISTÓW CHIRURGII OGÓLNEJ (WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE 2009)



Z danych uzyskanych od Konsultanta Krajowego wynika, że w całej Polsce średnio na jeden oddział chirurgii ogólnej przypada 8,7 lekarza, podczas gdy w województwie opolskim średnio na jeden oddział chirurgii ogólnej wypada średnio 5,9 lekarza. W całej Polsce średnia liczba operacji wykonanych przez jednego chirurga w ciągu roku to 119,5. Średnia liczba operacji wykonanych przez jednego chirurga w województwie opolskim w ciągu roku wynosi 143,2.

Aktualnie w województwie opolskim, mimo niedoborów kadrowych w części oddziałów, istnieje prawidłowy dostęp do świadczeń zdrowotnych w dziedzinie chirurgii ogólnej. Jednak za kilka lat sytuacja może ulec zasadniczej zmianie.

W czerwcu 2009 roku, na spotkaniu konsultantów wojewódzkich z Wojewodą Opolskim, w obecności przedstawicieli Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego, przedstawiłem prezentację zawierającą dane związane z tym tematem dotyczące naszego województwa. Tematem zainteresowałem wcześniej Opolskie Centrum Zdrowia Publicznego.

Problem z naborem kadry chirurgicznej występuje w całym kraju i był tematem kilku sesji na ostatnim 64 Kongresie Towarzystwa Chirurgów Polskich, który niedawno odbył się we Wrocławiu. Zastanawiano się, jak zmodyfikować i uatrakcyjnić program specjalizacji, by pozyskać chętnych do szkolenia w dziedzinie chirurgii ogólnej. Jak zachęcić wyszkolonych już chirurgów, by nie wyjeżdżali do pracy poza granice kraju (ok. 15% już wyjechało!)?

Ostatnie decyzje Ministerstwa Zdrowia z pewnością nie pomogą chirurgom. Chirurgia ogólna nie znalazła się na ministerialnej liście specjalności priorytetowych, co jeszcze bardziej pogłębi brak zainteresowania młodych lekarzy tą specjalizacją.

Zjawisko braku zainteresowania specjalizacją w dziedzinie chirurgii ogólnej obserwowane jest nie tylko w Polsce, ale i w innych krajach - nawet w odległej Japonii, gdzie zarobki chirurgów są zdecydowanie większe niż w Polsce. Na przykład w Szwecji, z powodu braku chętnych, specjalizacja z chirurgii ogólnej w ogóle nie jest otwierana. Pozyskuje się tam wyszkolonych już chirurgów z innych krajów, kusząc ich doskonałymi warunkami pracy i wysokimi zarobkami.

DANE (WOJ. OPOLSKIE 2009)

LICZBA SPECJALISTÓW, KTÓRZY W CIĄGU NAJBLIŻSZYCH 10 LAT OSIĄGNĄ WIEK EMERYTALNY	26 (31 %)
LICZBA SPECJALISTÓW, KTÓRZY W CIĄGU NAJBLIŻSZYCH 6 LAT OSIĄGNĄ WIEK EMERYTALNY	8 (9,6 %)
LICZBA NADAL CZYNNIE PRACUJĄCYCH SPECJALISTÓW, KTÓRZY JUŻ OSIĄGNĘLI WIEK EMERYTALNY	6 (7,2 %)

Zgodnie z dyrektywą Komisji Europejskiej, tygodniowy czas pracy chirurga nie będzie mógł przekraczać 48 godzin. To wobec niedoboru chirurgów, jaki się obserwuje, może doprowadzić do dramatycznych braków w obsadzie kadrowej zarówno oddziałów, jak i przychodni chirurgicznych.

Coraz częściej i głośniejsze mówi się, że brak chirurgów ogólnych może być zagrożeniem dla bezpieczeństwa pacjentów nie tylko w Polsce, ale i w całej Europie.

Dr n. med. Janusz PICHURSKI
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chirurgii ogólnej
woj. opolskiego
e-mail: pichur@mp.pl
Opole 02.10.2009

BAL LEKARZA 2010 R.

W bajeczno-zimowej scenerii przywitały nas Trzebie-szowice, a na dziedzińcu w „Zamku na Skale” - ciepło z kominka. Po skorzystaniu z uroków spaceru po okolicy i relaksu w SPA, o godzinie 17-tej duże grono rozpoczęło śpiewy w takt melodii przygrywanych na fortepianie przez Pana Łukasza. W miarę upływu czasu chórzystów przybywało, a i atmosfera robiła się coraz gorętsza - i to nie z powodu wesoło buzującego ognia na komin-ku. Rolę gospodyni objęła dr Małgosia Stępień. Proces integracji następował bardzo szybko, a humory dopisy-wały wszystkim uczestnikom. Niektórzy rozpoczęli na-wet wstępnie płasy tak, by do głównej części balu być przygotowanym duchowo i fizycznie. Krótka, godzinna przerwa pomiędzy imprezą wstępną a oficjalną została przewidziana, by umożliwić wszystkim doprowadzenie swojego wizerunku do perfekcji, by uświetnić to wspa-niałe święto, jakim jest Bal Lekarza. Punktualnie o go-dzinie 20-tej w galowych strojach, po oficjalnym przy-witaniu organizatora - Alka Wojtyłko (szkoda, że tego nie mógł dokonać nowo wybrany Prezes) rozpoczął się sam Bal.

Było radośnie, przyjaźnie i bardzo tanecznie. Najwy-trwalsi zakończyli balowanie nad ranem. Na śniadaniu widać było, że niechętnie wszyscy się rozstawali. Cieszy fakt, że zawsze jest obecne wierne grono miłośników ba-lu, jak również to, że przybywa młodych lekarzy.

Jesteśmy wszyscy gospodarzami tego naszego ba-lu, zatem wszystkie propozycje, uwagi i innowacje pro-szę kierować do Biura Izby Lekarskiej, aby wszyscy by-li nie tylko zadowoleni, ale bardzo, bardzo zachwyceni. Do zobaczenia za rok.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

P. S. 1

Wirusy napadły na moją kartę z aparatu fotograficz-nego. Co udało mi się uratować, to przekazałam do Red. Nacz. Biuletynu. Jeżeli ktoś ma ciekawe fotografie, pro-szę o przesłanie do redaktora Jurka Lacha na adres e-mail jblach@poczta.onet.pl z dopiskiem „Bal”.

P. S. 2

Wiadomość dla Pań dla lepszego samopoczucia – w „Zamku na Skale” przebywały również uczestniczki konkursu Miss World 2006.



BAL STOMATOLOGA 2010

Dnia 23 stycznia 2010 r. w salach Hotelu „Festiwal” odbył się tradycyjny Bal Stomatologa. Zabawę uświetnił występ

zespołu tanecznego oraz loteria z nagrodami. Przedstawiamy Państwu kilka zdjęć z balu

Wiesław LATAŁA



ANTYKONCEPCJA W STAROŻYTNOŚCI I ŚREDNIOWIECZU.

Problem zapobiegania ciąży nurtował już cywilizacje starożytne i średniowiecza, tym bardziej, że rozmaite religie świata różnie podchodziły do problemów seksu, płodności i macierzyństwa.

Już w starożytności i średniowieczu niejednokrotnie stosowane były liczne metody „naturalne”, a więc:

- stosunki przerywane (Afryka Południowa),
- stosunki udowe (Afryka Północna),
- unikanie orgazmu (Soranos, najwybitniejszy ginekolog grecki 98-138 n.e.),
- wstrzemięźliwość płciowa po miesiączce (Afryka Wschodnia, Indianki z Nowego Meksyku), tutaj należy podkreślić, że dopiero japoński ginekolog Kyusaku Ogino (1929) oraz wiedeński ginekolog Hermann Knauss (1930) opracowali metodę „rytmu” owulacji i tzw. „kalendarzyk małżeński”,
- eskimoski z wyspy Baffina celowo przedłużały okres karmienia piersią, co współcześnie często stosują kobiety (aczkolwiek niejednokrotnie nieskutecznie).

Aborygenki z Australii usuwały nasienie z pochwy poprzez gwałtowne ruchy i potrząsania biodrami. Ten sam efekt osiągały kobiety z wysp Oceanu Spokojnego, skacząc po stosunku.

Cytowany powyżej Soranos zalecał po stosunku kichanie w przysiadzie. „Ojciec medycyny” Hipokrates z kolei był zwolennikiem płukania pochwy strumieniem moczu bezpośrednio po stosunku.

W większości krajów starożytności i średniowiecza przede wszystkim propagowane było stosowanie w celu zapobiegania ciąży rozmaitych środków dopochwowych.

I tak w papirusach egipskich „Kalum” (sprzed 4000 lat) polecano dopochwowe zakładanie masy z odchodów krokodyli zmieszanych z ciastem, zaś w papirusie „Ebersa” z 1550 roku p.n.e. masę z kory akacji, daktyli i miodu. Można by było to ocenić dzisiaj metodą skuteczną, ponieważ reakcja fermentującej akacji z cukrem wydzielala duże ilości kwasu mlekowego, który jest składnikiem współczesnych środków plemnikobójczych.

W niektórych krajach arabskich stosowano dopochwowe wprowadzanie „prawego” jądra wilka owiniętego w bawełnę. Zresztą Beduini, poganiacze wielbłądów, rutynowo przed wyruszeniem karawan wkładali wielbłądcom do macicy kamienie pustynne, aby zapobiec ich ciąży podczas długich podróży przez pustynię.

W celach antykonceptyjnych w Afryce Północnej stosowano dopochwowo miksturę zawierającą pot wielbłąda zmieszany z prochem.

Na Nowej Gwinei po stosunku kobiety płukały pochwę sokiem z cytryn i łusek nasiona drzewa mahoniowego.

W niektórych plemionach murzyńskich w obronie przed zajściem w ciążę zakładano do pochwy duże nasiona roślin egzotycznych. Kobiety w wysp Oceanii w tym celu zatykały sobie pochwę wodorostami i glonami morskimi. Natomiast na Sumatrze (Indonezja) do pochwy kobiety wprowadzały sobie kulki z ugniecionym opium.

W starożytnej Grecji, za czasów Arystotelesa, zalecano przed stosunkiem smarowanie pochwy olejkami cedrowym, bądź oliwką z oliwek, co miało osłabiać ruchliwość plemników.

Najsłynniejszy kochanek Europy - Giacomo Casanova – żyjący około 1700 roku zalecał natomiast przed stosunkami umieszczanie w pochwie połówki cytryny.

Nieprawdopodobne wydają się doniesienia, że już w średniowieczu aborygeni australijscy w celach zapobiegania ciąży wykonywali operacje zmieniające przebieg ujścia zewnętrznego cewki moczowej u mężczyzn do nasady członka. Również w Europie dokonywano w średniowieczu w tym celu przekłuwania członka i zakładania na nim różnych „obrączek”. Zresztą już w starożytnym Egipcie wykonywano sterylizację zarówno kobiet, jak i mężczyzn (nie mówiąc o trepanacjach czaszki).

W tym miejscu podkreślić należy, że prekursorami stosowania antykoncepcji hormonalnej byli Chińczycy, którzy już ponad 2000 lat temu otrzymali „hormony kobiece” odparowując 800 litrów kobiecego moczu. Również za prekursorów tej antykoncepcji należy uznać niektóre plemiona Ameryki Południowej, które zalecały kobietom picie naparów z ziół zawierających substancje o działaniu hormonalnym.

Kolejnym etapem antykoncepcji było pojawienie się prezerwatyw. Prezerwatywy były już znane w starożytnym Egipcie (stosowali je faraonowie), Rzymie oraz w krajach Dalekiego Wschodu.

Ojcem nowożytnej prezerwatywy był XVI-wieczny włoski lekarz Gabriele Falloppio, który w roku 1564 opisał jej zastosowanie w książce „De Morbe Galico”, przede wszystkim jako profilaktykę przed szerzącym się syfiliśsem („Chorobą francuską”, „Przymiotem dworskim”) przywleczonym przez marynarzy Krzysztofa Kolumba z Ameryki (1492). W cudzysłowie można, więc nazwać Kolumba „ojcem prezerwatywy”.

Prezerwatywy bardzo szybko zostały rozpowszechnione w Europie dzięki publikacjom nadwornego medyka angielskiego króla Karola II (1630-1635) o nazwisku Condoine. Istnieją jednak podzielone poglądy na temat, czy kondomy zawdzięczają swoją nazwę angielskiemu lekarzowi, ponieważ „condus” po łacinie oznacza zbiornik i być może w tej nazwie należy szukać źródła jego nazwy (podobnie jak *sectio caesarea* pochodzi od Juliusza Cezara, czy też od łacińskiego *caesare* – *ciąć*). We Francji prezerwatywy wkrótce nazwano „angielskimi kapeluszkami”.

Pierwsze prezerwatywy wykonywane były z jelit

zwierzęcych, a zwłaszcza z obwodowego odcinka jelita cienkiego owiec, pęcherzy pławnych ryb, zaś w Ameryce ze skór węży. Z czasem zaczęto produkować eleganckie prezerwatywy z szlachetnego jedwabiu i miękkiego aksamitu. Takie prezerwatywy stosował właśnie Giacomo Casanova oraz na dworze francuskim król „Słońce” – Ludwik XIV.

Dopiero w roku 1885 Charles Goodyear (producent słynnych opon samochodowych) rozpoczął na skalę masową produkcję pierwszych elastycznych prezerwatyw z wulkanicznego kauczuku.

Pod koniec XIX wieku rozpoczął się kolejny etap antykoncepcji - stosowania krążków dopochwowych rozmaitych rozmiarów i kształtów, wykonywanych z gumy, plastiku, lateksu i innych. Ich prekursorem był w roku 1838 niejaki dr Wide.

Wreszcie po pionierskich pracach Ernesta Grafenberga, który w Niemczech przed II wojną światową w celach antykoncepcyjnych zakładał do macicy tzw. „pierścienie Grafenberga” składające się z tzw. niemieckiego srebra (stop srebra z miedzią), rozpoczęła się nowa era antykoncepcji „wewnątrzmacicznej”. Istnieją domniemania, że w starożytnych Indiach w celach antykoncepcji do macicy wprowadzano perły wierząc, że obecność ciała obcego, uniemożliwia zagnieżdżenie się ciąży.

Tuż po zakończeniu II wojny światowej w roku 1959 w Japonii Teurel Ota oraz w Izraelu Oppenheimer rozpoczęli propagowanie antykoncepcji wewnątrzmacicznej. Najnowsze wkładki wewnątrzmaciczne zawierają miedź (najsilniejszy środek plemnikobójczy - vide pionierskie prace Grafenberga potępionego przez Niemieckie Towarzystwo Ginekologiczne, dlatego też wyemigrował do Stanów Zjednoczonych).

Zastosowanie miedzi w wkładkach wewnątrzmacicznych zawdzięczamy Jaime Zipperowi (Chile) oraz Howardowi Tatum (USA) – rok 1969.

Najnowsza, najskuteczniejsza i posiadająca również aspekty terapeutyczne - antykoncepcja hormonalna będzie przedmiotem historii mojej następnej publikacji.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

Prorektor d/s studenckich PMWSZ w Opolu

BADANIA PODOSKOPOWE STÓP ORAZ INDYWIDUALNE ZAOPATRZENIE ORTOPEDYCZNE

Stopy są istotnym organem naszego ciała, spełniającym ważną rolę w funkcjonowaniu całego organizmu. Niestety nie zawsze pracują prawidłowo. Każdy człowiek codziennie stawia wiele kroków na nienaturalnym, twardym podłożu. Skutkiem tego jest pasywna postawa aparatu ruchu, dolegliwości stóp, nóg, pleców, jak i stawów,

wiązadeł i ścięgien. Od dziecka jesteśmy przyzwyczajeni do chodzenia po twardych posadzkach i w obuwiu. Stopa nieprzyzwyczajona do prawidłowej pracy szuka podparcia, co pociąga za sobą położenie na wewnętrznej krawędzi pięty - czyli jej skoślawienie. Do tak ustawionego tyłostopia przystosowuje się przodostopie - powstaje zatem płaskostopie podłużne, poprzeczne, paluch koślawy. Dalej będą pojawiać się nieprawidłowości w ustawieniu goleni, dolegliwości stawu kolanowego, biodrowego czy miednicy. W konsekwencji ucierpi także kręgosłup, a wszystko to spowodowane jest (wydawałoby się nieistotnym) ustawieniem stopy. Dlatego leczenie, zarówno wad stóp, jak i zespołów bólowych kręgosłupa i stawów musi uwzględniać przywrócenie prawidłowych wartości kątowych w obrębie stopy, aby zapobiec koślawości kolana, zwiększonej rotacji w biodrze, zwiększenia pochylenia miednicy, pogłębienia lordozy, a tym samym zapobieżenia zmianom przeciążeniowym w segmentach wyżej położonych. Nie bez znaczenia jest jednak sprawdzenie po skorygowaniu, jak funkcjonuje i ustawia się stopa. **Należy zwrócić szczególną uwagę na prowadzenie kontroli okresowej, która powinna odbywać się u dzieci co ½ roku, a u dorosłych co 8-12 miesięcy. Badanie podoskopowe ma na celu monitorować postępy terapeutyczne i należy je traktować jako ciągłość procesu leczenia.**

Zastosowanie wkładek ortopedycznych dokładnie dopasowanych do kształtu stóp, pozwala zmniejszyć dolegliwości i nie dopuścić do nierównomiernego obciążania tylko niektórych części podeszwy. Zróżnicowana twardość, w odpowiednich partiach stopy, daje efekt większego komfortu podczas chodzenia lub stania, pozwala również zapobiec powstawaniu modzeli i innych deformacji.

Choroby i zmiany w obrębie stóp utrudniają poruszanie się, sprawiają ból i potęgują zmęczenie. Wiele chorób kończyn dolnych pojawia się już w dzieciństwie, a ich wynikiem są wady postawy, przewlekłe bóle i nasilenie się chorób naczyniowych.

Jedną z najbardziej powszechnych dolegliwości stóp jest **płaskostopie**. W wieku szkolnym nie musi dostarczać dolegliwości bólowych, jednak zaniedbanie i brak korekcji może spowodować odległe, negatywne skutki w późniejszym okresie życia. Od urodzenia do około czwartego roku życia w stopie dziecka występują liczne poduszeczki tłuszczowe, które maskują szkielet stopy (największa znajduje się po stronie przyśrodkowej śródstopia) i wywołują wrażenie istnienia płaskostopia. Dziecko rozpoczynające chodzenie, stawia szeroko nogi, aby zwiększyć w ten sposób tzw. czworobok podparcia, a tym samym utrzymać równowagę ciała. Obciążenie statyczne nóg w czasie rozkroku powoduje, że koordynacja mięśni stóp jest bardzo utrudniona i niewystarczająca. Jeśli ponadto uwzględnimy grubą podściółkę tłuszczową stóp, otrzymamy pełny **obraz pozornego płasko-**

stopia; zjawisko to zanika ostatecznie w wieku 4-5 lat. Dlatego niezwykle ważna jest w tym okresie życia diagnostyka, pozwalająca wyeliminować lub potwierdzić zaburzenie statyki stóp.



*Badanie stóp podoskopem komputerowym
w NZOZ ZSOiR Korfantów.*

Zgodnie z najnowszymi badaniami ortopedycznymi, niekorzystne jest stosowanie u dzieci - w przypadku zdrowych stóp - wkładki podpierającej sklepienie podłużne, ponieważ powoduje ona osłabienie siły mięśniowej. Dlatego wkładka ortopedyczna, która jest stosowana w procesie leczenia, musi być indywidualnie dopasowana do leczonej stopy - jej wymiarów, proporcji, rodzaju wady i głębokości schorzenia.

Przyjmuje się, że jedną z najważniejszych form leczenia wad stóp jest zastosowanie indywidualnej, właściwej wkładki ortopedycznej.

Troszcząc się o to, aby zniekształcenia stóp nie spowodowały uszkodzenia innych stawów, np. kolan, bioder i kręgosłupa, należy pamiętać, że wczesna korekcja i właściwe ćwiczenia stóp pomogą w zachowaniu równowagi całego układu kostno-stawowego.

Wkładka noszona przez wiele godzin w ciągu dnia w obuwiu zewnętrznym i domowym, wymusi na stopie jej właściwe ułożenie i zapewni prawidłowy jej wzrost i rozwój. Efekty terapeutyczne powinny być kontrolowane co 6-12 miesięcy na specjalnym urządzeniu – podoskopie. Komputerowe badanie stóp umożliwia bowiem szybkie wychwycenie, nawet wczesnych - zapowiadających deformację - zmian.

Metodyka badań stóp na podoskopie z oprogramowaniem komputerowym

Badanie to wykonuje się na podoskopie – elektronicznym urządzeniu pomiarowym, które pozwala na szybkie zdiagnozowanie anatomicznych wad stóp. Wykonuje się badanie statyczne i dynamiczne stopy.

W badaniu statycznym pacjent staje na podoskopie,

dzięki czemu możemy obejrzeć kształt stóp, obecność zgrubień na skórze, odciski, sposób obciążania przodostopia, śródstopia i palców. Daje nam możliwość oceny wad stopy takich, jak między innymi: płaskostopie, stopa płasko-koślawą, stopa wydrążona czy koślawość palucha.

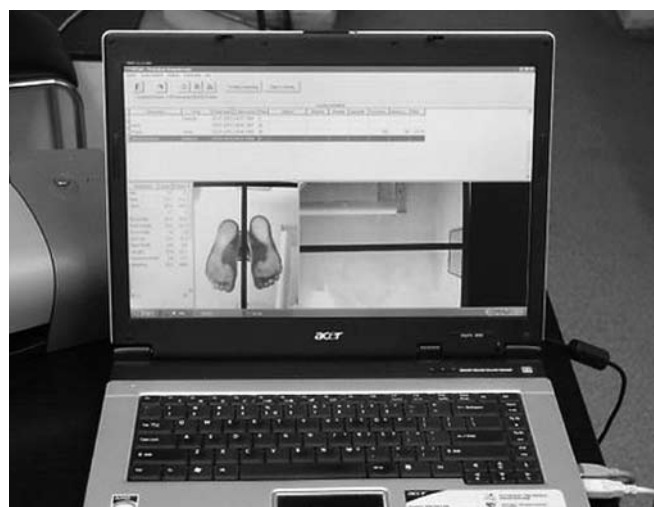
Badanie dynamiczne polega na naprzemiennym staniu na jednej nodze. Dzięki temu możemy ocenić zmianę kształtu stopy pod obciążeniem, stabilność dolnego stawu skokowego, pracę całej kończyny dolnej, miednicy czy kręgosłupa. To badanie jest także schematycznym odwzorowaniem faz chodu.

Dzięki wykorzystaniu podoskopu, który sprzężony jest z komputerem wyposażonym w specjalistyczny program analizujący obraz i geometrię badanej strony podszwowej stopy, zostają wyznaczone takie parametry jak: długość i szerokość stopy, kąt koślawości palucha, kąt szpotawości palca, kąt piętowy, kąt Clarke'a, wskaźnik Wejsfloga i wiele innych. Wszystkie dane badanego są przetwarzane przez specjalistyczny program komputerowy i na ich podstawie uzyskujemy precyzyjne informacje o stanie stóp pacjenta. W trakcie wizyty pacjent otrzymuje wydruk obserwacji, stanowiący dokument badania, który jest podstawą do monitorowania postępów terapii. Dodatkowo zostaje poinformowany o możliwościach korekcji poprzez wykonywanie specjalnych ćwiczeń oraz dostaje do nich odpowiedni instruktaż.

Wskazania do stosowania wkładek ortopedycznych

Zaleca się wykonanie indywidualnych wkładek przy następujących dolegliwościach:

- stopy płasko-koślawe, – chód skierowany do wewnątrz
- stopy końsko-szpotawe, – stopy wydrążone
- stopy płaskie wzdłużnie, – stopy przywiedzione
- stopy końskie, – stopy poprzecznie płaskie
- koślawość kolan, – skrót kończyny
- szpotawość kolan – choroby neurologiczne
- kolano przykurczone w zgięciu, – paluchy koślawe



*Badanie stóp podoskopem komputerowym
w NZOZ ZSOiR Korfantów.*

we (*hallux valgus*)


- chód skierowany do wewnątrz, – paluch sztywny (*hallux rigidus*)
- stopy wrażliwe – palce młotkowate

Reasumując, podoskop dostarcza nam informacji nie tylko o pracy stóp, ale ułatwia także dalszą diagnozę bólów ścięgna Achillesa, stawu rzepkowo-udowego, stawu kolanowego, miednicy, kręgosłupa - a co najistotniejsze - pozwala na ocenę zespołów chorobowych i niestabilności dolnego stawu skokowego. Wczesna diagnoza niestabilności pozwala na wdrożenie odpowiedniego leczenia, które rozpoczynamy od zaopatrzenia pacjenta w specjalnie przygotowane wkładki do obuwia.

Badanie podoskopowe stóp powinno być wykonane u każdego człowieka. Dzięki temu badaniu możemy o wiele szybciej zdiagnozować, a co najważniejsze i zapobiegać wielu schorzeniom, które w późniejszym stadium choroby są niewyleczalne. Niejednokrotnie trudno jest powiązać nieprawidłowe obciążanie i budowę stóp z przyczyną powstawania wielu dolegliwości bólowych. Dlatego tak ważna jest diagnostyka, którą należy wykorzystywać w procesie leczenia. Powinno się jednak pamiętać, że **selektywny dobór odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego jest równie ważny, jak samo badanie, gdyż pozwala uniknąć mankamentów niedopasowania wkładki komercyjnej.** Indywidualne wkładki ortopedyczne dają możliwość ich stosowania w jednostkowych przypadkach niedomogi stopy, w których tzw. „wkładki ogólnodostępne” są nieprzydatne, a można powiedzieć, że nawet szkodzą. Dobrze wykonana wkładka może w pewnym zakresie skorygować wadę stopy, ale jedynie u człowieka w okresie wzrostu. Natomiast w odniesieniu do dorosłych, wkładkę ortopedyczną należy traktować jako swoisty reduktor, pozwalający przywrócić prawidłowe lub zbliżone do prawidłowych, warunki obciążania stopy w sytuacjach jej morfologicznego niedopasowania i czynnościowej niedomogi.

Po wcześniejszym badaniu na podoskopie, zaleca się wykonanie indywidualnych wkładek ortopedycznych. Są one dostosowywane do stóp pacjenta, w zależności od

Karta badania			
Badana osoba	Jan Kowalski	Data badania	26.01.2010
Adres	ul. Mickiewicza Bytom	Data urodzenia	04.01.1980
Badal	IDF	Uwagi	
Masa ciała	70 kg	Wysokość ciała	182 cm
		BMI	21,13

Odcisk stóp	
	Opis stóp
	lewa stopa wydrążona prawa stopa wydrążona

Stopa lewa		Stopa prawa	
Pięta koślawą	Kolana koślawe	Pięta koślawą	Kolana koślawe
K# Clarka	45,9 #	K# Clarka	43,5 #
High Foot	5,1 cm	High Foot	3,5 cm
Ocena wg. Wejsfloga	%	Ocena wg. Wejsfloga	%
Długość stopy	26,2 cm	Długość stopy	27 cm
Length I toe	26,2 cm	Length I toe	27 cm
Szerokość stopy	8,3 cm	Szerokość stopy	8,1 cm
Szerokość piąty	5,6 cm	Szerokość piąty	5,3 cm
Foot angle	10,3 #	Foot angle	12,8 #
k#t Hallux 'a	-8,5 #	k#t Hallux 'a	2,3 #
V toe angle	10,2 #	V toe angle	6,3 #

Baza: c:\Podoskop\BASES\test

8202 Zakład Sprzętu Ortopedycznego i Rehabilitacyjnego
ul. Wyzwolenia 15, 44-217 Katowice
tel. (032) 47-10-01
www.korfantow.pl

stwierdzonych w badaniu patologii. Zapewniają optymalny rozkład nacisków na podłoże, naturalnie kształtują stopę, a dodatkowe peloty, korygują stwierdzoną w badaniu wadę. Wykorzystywane w naszym zakładzie technologie i materiały umożliwiają wykonanie wkładek, które bardzo precyzyjnie dostosowane są do indywidualnego stanu anatomiczno-czynnościowego pacjenta i natury jego schorzenia. Są ponadto wygodne w użyciu, trwałe i umożliwiają utrzymanie higieny.

Elżbieta MARZEC – fizjoterapeuta
NZOZ Zakład Sprzętu Ortopedycznego
i Rehabilitacyjnego
„KORFANTÓW”

MEDYCYNA PO DYPLOMIE

WYBRANE ELEMENTY STARZENIA SIĘ CZŁOWIEKA

Wstęp

Na terenach Gruzji i Azerbejdżanu żyje wiele osób, których wiek przekroczył 100 lat, a w górach Karakorum, na granicy Pakistanu z Afganistanem i Chinami,

mieszkają ludzie w wieku powyżej 110 lat. Najstarszym człowiekiem, którego wiek biologiczny został faktycznie udowodniony, był 121-letni wieśniak z Yicambamba

w Ekwadorze. Jeszcze dłużej żyły postacie biblijne, bowiem ich okres życia wynosił 80-250 lat. Metuszelach, potomek Adama, zmarł mając 969 lat.

Zgodnie z wyliczeniami prof. Agnusa Meddisa z Uniwersytetu Gröningen liczba ludności w roku 1000 nie przekraczała 270 mln. W roku 1700 osiągnęła poziom 600 mln, a ok. roku 1820 przekroczyła miliard. Potem zajęło zaledwie dwa wieki jej podwojenie, a zaledwie 40 lat osiągnięcie 3 mld. Obecnie przyrost zwolnił i całkowita liczba ludności wynosi ok. 6,5 mld. ONZ szacuje, że w roku 2030 będzie żyło 8,2 mld osób, a w 2050 roku niewiele ponad 9 mld.

Wzrastająca długość życia, w powiązaniu z niską rozrodczością, spowoduje szybki proces starzenia się społeczeństwa. Połowa z 2,5 mld przyrostu ludności, w ciągu najbliższych 40 lat, będzie w wieku powyżej 60 roku życia. Jeszcze szybciej nastąpi przyrost osób najstarszych, powyżej 80 lat. O ile obecnie żyje ich na świecie ok. 90 mln., to w roku 2050 liczba seniorów przekroczy 400 mln. W Warszawie mieszka prawie 700 tys. osób powyżej 60 lat, w tym ponad 200 tys. w wieku 65-79 lat i prawie 80 tys. powyżej 80-tego roku życia.

Starzenie się ustroju jest nieuniknionym, naturalnym, biologicznym oraz psychicznym procesem życiowym. Polega on na systematycznym zmniejszeniu się biologicznej aktywności komórek, spowolnieniu procesów regeneracyjnych, obniżeniu odporności i odpowiedzi na stres oraz obniżeniu właściwości adaptacyjnych organizmu. Wszystkie te zjawiska znajdują się pod kontrolą czynników genetycznych i środowiskowych.

Teorie genetyczne

Nadzór genetyczny polega na kontrolowaniu procesów wzrostu, rozwoju, różnicowania oraz dezintegracji komórek. Teoria zaprogramowanej śmierci komórki powstała w latach siedemdziesiątych. Wprowadzono wówczas pojęcie apoptozy, zaprogramowanej śmierci komórki. Nazwa pochodzi od greckiego słowa określającego „kwiat tracący płatki” lub „drzewo tracące swoje liście”. Samobójczy, genetycznie zakodowany program komórki realizuje niszczenie komórek starych lub „nieużytecznych”, uszkodzonych przez różne czynniki wewnętrzne i środowiskowe. Dochodzi wówczas do uaktywnienia genu p53, który kontroluje produkcję białek odpowiedzialnych za apoptozę. Gen ten, produkt mutacji genu TP 53 nazywany jest genem śmierci (*death gene*). Zjawisko odwrotne, a więc zablokowanie „genu śmierci” hamuje apoptozę i wydłuża czas życia komórki. Zablokowana forma genu p53 występuje w procesie nowotworowym, co powoduje przedłużone życie komórek rakowych. Badania doświadczalne wykazały możliwość hamowania rozwoju guzów nowotworo-

wych u zwierząt poprzez „sztuczną” aktywację genu p53. W świetle tych danych można przyjąć, że każda komórka ma własny zegar biologiczny, zaprogramowany na określony czasokres. Istotne znaczenie w aktywacji apoptozy ma wzrost stężenia TNF-alfa, którego apoptyczne działanie polega na wiązaniu się z receptorem błonowym, generowaniu wolnych rodników tlenowych i indukcji hydrolizy sfingolipidów.

Ludzkie telomery mają długość do 25 tys. bp (*base pairs - par zasad*) i są zbudowane z powtarzających się heksanukleotydów TTAGGG. Liczba powtórzeń różni się pomiędzy chromosomami tej samej komórki, w obrębie populacji, pozostaje jednak w ściśle określonym przedziale. Telomery zabezpieczają DNA przed rearanżacjami prowadzącymi do niestabilności genomu i zmian w kariotypie. Chronią one chromosomy przed zmianą struktury i ich fuzji z innymi chromosomami, biorą udział w przestrzennej organizacji jądra komórkowego, segregacji chromosomów podczas podziału komórki i w regulacji transkrypcji genów zlokalizowanych w ich pobliżu. Telomeraza jest enzymem o charakterze odwrotnej transkryptazy, która poprzez zdolność syntetyzowania telomerów zabezpiecza końce chromosomów przed ich nadmiernym skracaniem się w trakcie podziałów komórkowych oraz stabilizuje ich strukturę.

Jedna z teorii genetycznych zakłada, że wraz z wiekiem maleje aktywność telomerazy, enzymu odpowiedzialnego za długość telomerów, które ulegają skróceniu wraz z każdym podziałem komórki. Skracanie telomerów można zatem uznać za „wewnętrzny regulator” kontrolujący okres funkcjonowania i życia komórek.

Wpływ środowiska i stylu życia na procesy starzenia

Czynnik dziedziczny jest w około 30% odpowiedzialny za starzenie się organizmu. Na tempo procesów starzenia posiadają wpływ sposób żywienia i czynniki środowiskowe. Nadmiar pożywienia nasila procesy lipoperoksydacji i glikozylacji, które nasilają produkcję wolnych rodników. Używk (np. dym tytoniowy), niewłaściwy tryb życia oraz wpływ czynników środowiskowych (np. ekspozycja na promieniowanie UV, smog elektromagnetyczny, smog fotochemiczny, metale ciężkie) wywołują różne mechanizmy przyspieszające proces starzenia.

U podłoża strukturalnych i czynnościowych zmian inwolucyjnych prowadzących do śmierci, leży upośledzenie syntezy białka. Wraz z wiekiem możliwości syntezy białek maleją o około 20-80%, co upośledza sprawne funkcjonowanie ustroju i jest przyczyną różnych schorzeń.

Teoria wolnorodnikowa

Koncepcja wolnorodnikowa starzenia się organizmu zakłada kumulację tych cząstek, które w końcu powodują stres tlenowy, w następstwie którego dochodzi do deintegracji komórek. Wolne rodniki to atomy lub cząsteczki, posiadające na ostatniej orbicie jeden lub więcej niesparowanych elektronów. Z tego względu są bardzo aktywne chemicznie i szybko wchodzą w reakcje, mające na celu związanie wolnych elektronów.

Synonimy wolnych rodników:

- wolne rodniki tlenowe
- rodniki tlenowe
- toksyczne formy tlenu
- reaktywne formy tlenu

Według obowiązującego stanu wiedzy najważniejszymi reaktywnymi formami tlenu są:

- obecny w powietrzu atmosferycznym tlen cząsteczkowy (słabo reaktywny, zwiększający swą reaktywność pod wpływem jonów żelaza i miedzi),
- powstający w wyniku reakcji zachodzących wg mechanizmu Russella tlen singletowy,

- anionorodnik ponadtlenkowy, powstający w wyniku przeniesienia elektronu na tlen cząsteczkowy,
- nadtlenek wodoru, powstający w wyniku redukcji tlenu cząsteczkowego,
- rodnik hydroksylowy,
- tlenek azotu,
- anion kwasu nadtlendioazotowego,
- rodnik alkoksylowy
- rodnik alkiloperoksydowy

Głównym źródłem wolnych rodników w organizmie człowieka są reakcje biochemiczne zachodzące podczas oddychania komórkowego, w mitochondriach. W następstwie przyłączenia elektronu do tlenu cząsteczkowego powstają rodniki nadtlenkowe, które reagując między sobą tworzą jeszcze bardziej aktywne rodniki hydroksylowe.

Szereg czynników jest odpowiedzialnych za tworzenie się wolnych rodników w środowisku. Należą do nich: promieniowanie jonizujące, promieniowanie ultrafioletowe, smog fotochemiczny, dym papierosowy.

Przyczyny powstawania wolnych organizmów

Czynniki zewnętrzne	Czynniki wewnętrzne
<ul style="list-style-type: none">• Procesy oddechowe komórki• Procesy enzymatyczne katalizowane przez niektóre enzymy• Autooksydacja związków biologicznie czynnych• Fagocytoza• Wątrobowa hydroksylacja leków	<ul style="list-style-type: none">• Reakcja tlenu z paliwem napędowym• Powstawanie smogu• Produkcja mas plastycznych• Spalanie substancji organicznych• Jęłczenie tłuszczu

Kiedy ilość powstających wolnych rodników przekracza pewien poziom, dochodzi do „stresu tlenowego”. Jest on następstwem wyczerpania się możliwości antyutleniających (układu dysmutazy nadtlendiowej, magnezolub selenozależnych peroksydaz, katalaz glutationowych,

białek wiążących żelazo oraz systemu drobnocząsteczkowych antyoksydantów). Skutkiem zaburzenia homeostazy peroksydacyjno-antyoksydacyjnej dochodzi do uszkodzenia lipidów, białek, cukrów oraz kwasów nukleinowych komórki.

Mechanizmy toksycznego działania wolnych rodników

- Uszkodzenie materiału genetycznego (mutacje, nowotwory)
- Utlenianie wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (miażdżyca)
- Przyspieszenie procesów starzenia się komórek (inaktywacja enzymów, uszkodzenie kolagenu, śmierć komórki)

Inne teorie procesu starzenia

Według *teorii membranowej* w miarę starzenia się organizmu zmienia się skład błon komórkowych. Ule-

ga zwiększeniu zawartość lipidów kosztem wody, co w znacznym stopniu utrudnia błonowy transport substancji. Dochodzi do nagromadzenia się w komórce sub-

stancji toksycznych. Duże znaczenie może mieć również glikoproteina nazywana „antygenem starości”, która pojawia się wraz z wiekiem w błonie komórkowej.

Teoria mitochondrialna wiąże śmierć komórek z malejącą, wraz z wiekiem, liczbą mitochondriów oraz ze spadkiem aktywności adenosynotrifosforanu (ATP) w tych substrukturach.

Inna hipoteza zakłada, że przyczyną starzenia się organizmu jest **miażdżycza**, która powoduje degradację różnych narządów - głównie serca i mózgu.

Teoria immunologiczna wyjaśnia procesy starzenia się organizmu osłabieniem układu odpornościowego, który w pewnym okresie staje się bardziej podatny na zakażenia, nowotwory i białaczki.

Zespół słabości – Frailty

Jednym z zasadniczych problemów zdrowotnych osób w podeszłym wieku jest „zespół słabości”. Stwierdzono go u około 7% społeczeństwa amerykańskiego powyżej 65 roku życia i u około 30% w wieku 80 lat. Pojęcie tego zespołu funkcjonuje od 2001 r., kiedy to po raz pierwszy opracowano fenotyp zespołu słabości na podstawie budowy ciała, odżywiania i sprawności psychomotorycznej.

Patomechanizm „zespołu słabości” w znacznym stopniu uzasadnia starzenie się organizmu. Spektrum procesów patologicznych prowadzących do powyższego zespołu obejmuje zaburzenia neurohormonalne, układu krzepnięcia krwi i fibrynolizy oraz nieprawidłowe reakcje układu immunologicznego. Obok spadku stężenia insulino podobnego czynnika wzrostu (IGF), stwierdzano niskie stężenia testosteronu, melatoniny i dehydroepiandrosteronu (DHEA). Obserwowano także niskie stężenia 25-hydroksywitaminy D. Niedobór tej witaminy występuje u osób starszych spędzających wiele czasu w domu i unikających ekspozycji na słońce. Wśród starszych mieszkańców 16 miast europejskich, badanych od grudnia do marca, stężenie 25 OHD w surowicy było znacznie obniżone u 36% mężczyzn i 47% kobiet. W zakresie wskaźników krzepnięcia krwi i fibrynolizy wykazano większe stężenia fibrynogenu, czynnika VIII i VII oraz D-dimerów w krwi.

„Zespół słabości” definiują takie objawy, jak sarkopenia, utrata masy ciała, spadek aktywności fizycznej i sprawności ruchowej. Fenotyp tego zespołu mogą określać następujące cechy: sprawność ruchowa, siła fizyczna, zmysł równowagi, szybkość przetwarzania bodźców ruchowych, sprawność intelektualna, stan odżywienia, wytrzymałość fizyczna. Inni autorzy do fenotypu „zespołu słabości” zaliczają kłopoty ze wzrokiem i słuchem, nietrzymanie moczu i kału, depresję. Sprawność fizyczna, proponują oceniać na podstawie szybkości chodu, siły uścisku dłoni i męczliwości, siły mięśnia czworogłowego uda.

Zespół niedoboru testosteronu

Ocenia się, że w 2020 roku w Europie będzie mieszkać około 50 milionów mężczyzn po 65 roku życia (obecnie w Polsce żyje około 38 milionów mieszkańców). Należy się spodziewać, że w 2010 roku populacja mężczyzn powyżej 65 roku życia wyniesie w Polsce około 2,5-2,6 miliona. Ważną rolę w procesie starzenia się organizmu odgrywa zmniejszenie produkcji androgenów gonadowych i nadnerczowych (testosteronu i DHEA). Obok dysfunkcji podwzgórzowo-przysadkowej, w etiopatogenezie andropauzy zasadniczą rolę odgrywają zmiany wsteczne zachodzące w gonadach. Proces zmniejszania się syntezy testosteronu rozpoczyna się około 35-40 roku życia i jest zmienny osobniczo. Procesy degeneracyjne w obrębie jąder charakteryzują się postępującym zmniejszeniem liczby komórek Leydiga oraz pogorszeniem ich czynności, stopniowym upośledzeniem funkcji komórek Sertoliego i w konsekwencji zmniejszeniem wydzielania inhibiny, gorszym mikrokrażeniem i ukrwieniem komórek jąder oraz zmianami wstecznymi w obrębie podścieliska. Wiele czynników składa się na dynamikę tego zjawiska. Istotną rolę odgrywają uwarunkowania genetyczne, tryb życia, nałogi, przyjmowane leki, toksyny (wolne rodniki), masa ciała, a także - trudne do precyzyjnego zdefiniowania - środowisko psychospołeczne.

Testosteron syntetyzowany jest w ilości około 6mg dziennie w rytmie dobowym, z najwyższym wydzielaniem do krwioobiegu w godzinach porannych i najmniejszym w godzinach popołudniowych. Jednym z objawów andropauzy jest spłaszczenie rytmu dobowego wydzielania testosteronu, tzn. stężenia poranne i wieczorne nie różnią się istotnie od siebie. Tylko niewielka pula testosteronu krąży w krwioobiegu w postaci wolnej (fT) - około 2%. Pozostała część jest związana z transkortyną (C8G) - około 2%, albuminami osocza (40%) oraz globuliną wiążącą hormony płciowe (SHBG) - około 58%. Postacią aktywną biologicznie jest tylko wolny testosteron. Badania epidemiologiczne wskazują, że stężenie SHBG wzrasta wraz z wiekiem o około 1-1,2% rocznie od 40 roku życia. Postępujący wzrost stężenia SHBG zmniejsza aktywną biologicznie frakcję testosteronu, pogłębiając hipogonadyzm.

Wraz z wiekiem zmniejsza się także synteza estrogenów u mężczyzn. Wyniki ostatnich badań wskazują, że estrogeny odgrywają niezwykle istotną rolę w prawidłowym rozwoju i funkcjonowaniu organizmu mężczyzny (metabolizm tkanki kostnej, funkcja ośrodkowego układu nerwowego). Stężenie estradiolu zmniejsza się wraz z wiekiem u mężczyzn. W większości powstaje on w wyniku aromatyzacji, która zachodzi przy współudziale aromatazy w lipocytach obwodowej tkanki tłuszczowej brzusznej. Średnie stężenie całkowitego testosteronu obniżała się o około 0,8% rocznie, a łączne stężenie testosteronu wolnego i związanego z albuminami (testostero-

nu biodostępnego) o 2% rocznie. Współistnienie otyłości, nadużywania alkoholu, cukrzycy, nadciśnienia, chorób serca, anemii, chorób nowotworowych i choroby wrzodowej pogłębiało te niekorzystne zmiany. Zespół niedoboru testosteronu objawia się zmniejszeniem libido i potencji, stałym zmęczeniem, pogorszeniem samopoczucia i jakości snu, nerwowością, uderzeniami gorąca.

Zaskakujące są dwuletnie badania 87 starszych mężczyzn, którym podawano testosteron lub DHEA oraz 57 starszych kobiet, które leczono DHEA. U wszystkich badanych uzasadnieniem terapii były wyjściowo niskie stężenia powyższych hormonów. Leczenie nie przyniosło korzyści w zakresie sprawności fizycznej, gęstości kości (BMD), tolerancji glukozy oraz jakości życia. Inne obserwacje wykazały niewielki przyrost masy mięśniowej po stosowaniu testosteronu lub DHEA, ale nie miały one wpływu na funkcje intelektualne badanych osób. Metaanaliza niektórych obserwacji ujawniła korzystny wpływ substytucji testosteronem w zakresie jakości życia, sprawności seksualnej i niektórych procesów metabolicznych. Należy podkreślić, że leczenie zastępcze testosteronem jest powszechną, bezpieczną, polecaną nie tylko przez lekarzy, ale szeroko reklamowaną w mass mediach metodą leczenia andropauzy. W terapii stosuje się zwykle domięśniowe estrы testosteronu oraz 1% i 2% preparaty testosteronu w żelu.

Zaburzenia immunologiczne

W „zespołe słabości” zwraca uwagę spaczona odporność ustroju, w kierunku aktywacji reakcji prozapalnych. Wzrasta stężenie białka C-reaktywnego, interleukiny-6, czynnika martwicy nowotworów. Stężenie tych wskaźników osiąga podwójną wartość między 40 a 65 rokiem życia. Przyczyna powyższego zjawiska nie jest poznana. Podnosi się kumulujący wpływ uszkodzonych tkanek oraz przewlekłych stanów zapalnych, jak również upośledzenie mechanizmów regenerujących nasilające się wraz z wiekiem. W wielu badaniach stwierdzono, że wyższe poziomy białka C-reaktywnego zwiastowały późniejsze występowanie epizodów sercowo-naczyniowych. Zwraca uwagę zjawisko występowania w „zespołe słabości” upośledzonej syntezy limfokin po stymulacji limfocytów przez LPS. Należy podkreślić, że w trakcie starzenia organizmu dochodzi do spadku liczby limfocytów CD8, spadku poziomu cytokin i IgM oraz wzrostu stężenia IgA i IgG. (14). Badania własne wykazały destabilizację lizosomów limfocytarnych korelującą z wiekiem. U osób starszych obserwuje się wzrost poziomów autoprzeciwciał oraz przeciwciał autoantyidiotypowych.

Sarkopenia

Masa ciała, która w okresie od 20 do 50 roku życia się zwiększa, po 65 roku życia zaczyna stopniowo spa-

dać. Zmniejsza się beztłuszczowa masa ciała i w mniejszym stopniu również ilość tkanki tłuszczowej. Obniża się również podstawowa przemiana materii o 20% u mężczyzn i o 13% u kobiet. Między 20 a 80 rokiem życia zapotrzebowanie kaloryczne ulega redukcji o 30%. Częstość niedożywienia i wyniszczenia jest różna w zależności od wieku i charakteru badanej populacji geriatrycznej. Im starsze są badane osoby, tym częściej stwierdza się znaczną utratę masy ciała. Niedożywienie stwierdza się najrzadziej wśród mieszkających samodzielnie osób w podeszłym wieku (ok.10%), natomiast u pensjonariuszy domów opieki lub pacjentów hospitalizowanych może ono występować u około 50% badanych. Zmniejszenie aktywności fizycznej i niedożywienie stanowią podstawowe przyczyny sarkopenii, przez którą rozumie się postępującą z wiekiem redukcję masy mięśni szkieletowych, zwykle skojarzoną ze zmniejszeniem siły, prędkości skurczu i mocy mięśni. Do innych mechanizmów, którym przypisuje się znaczenie w tym procesie, należą zmiany w układzie nerwowym i hormonalnym, w metabolicznych procesach w obrębie mięśni, działanie wolnych rodników, zmniejszenie zdolności proliferacji komórek, a także wpływ przewlekłych stanów chorobowych czy stosowanych leków. Duże znaczenie w regulacji homeostazy energetycznej posiadają mechanizmy regulacji łaknienia. Nadzór nad poborem energii sprawuje jądro łukowate w podwzgórzu, do którego docierają sygnały z obwodu o stanie energetycznym i o zawartości tłuszczu w organizmie.

W obrębie jądra łukowatego neurony tworzą dwa szlaki: pobudzający - neuropeptyd Y/AgRP (*agouti-related protein*) oraz hamujący - POMC/CAR (*pro-opio-melanocortin/cocaine and amphetamine-regulated transcript*) pobór energii. Wśród sygnałów, napływających do podwzgórza z obwodu, należy wyróżnić czynniki hamujące apetyt, takie jak: leptyna, hormon jelitowy - peptyd YY, cholecystokinina (CCK) oraz czynniki pobudzające apetyt, jak na przykład ghrelina.

Zmniejszenie aktywności fizycznej, wzrost zawartości tkanki tłuszczowej w obrębie mięśni i wątroby, jak również zwiększona produkcja IL-6, rezystyny i leptyny prowadzą do nasilenia insulinooporności. Zjawisko insulinooporności wiąże się ze zmniejszeniem szybkości syntezy białek w mięśniach szkieletowych. Poza tymi procesami obserwowano zmiany w funkcjonowaniu kanałów jonowych komórek mięśniowych, mających istotny wpływ na patomechanizm sarkopenii, na poziomie molekularnym.

Profilaktyka procesów starzenia

Od zarania dziejów człowiek poszukuje sposobów na przedłużanie życia i uczynienia go nieśmiertelnym. Średniowieczni jatrochemicy i alchemicy produkowali „eliksiry młodości” destylując, ekstrahując i macerując prze-

różne rośliny, jady, tkanki zwierzęce i minerały. Powstały w ten sposób substancje nazywane „piątą esencją”, „kamieniem filozoficznym” czy „eliksirem młodości”. Legendarny hrabia, lekarz-cudotwórca, Alessandro Cagliostro wytwarzał „wodę młodości”, która miała zapewnić człowiekowi młodość i bardzo długie życie. Kupowali ją moiżni całego świata, ale z powodu braku efektu w działaniu „leku” jej wytwórca został osadzony w więzieniu, gdzie zmarł w 1795 r. Na wzór średniowiecznych alchemików, współczalni naukowcy wykrywają coraz to inne substancje, hamując starzenie się organizmu. Co pewien czas mass media donoszą o wykryciu cudownego „eliksiru młodości”. Wśród nich należy wspomnieć o:

- **siarczanie dehydroepiandrosteronu, alfafe-toproteinie (AFP).** Jest to białko produkowane przez płodową wątrobę i z tego względu większe jego stężenia w krwi występują tylko w okresie płodowym. Później, u 2-letnich dzieci, ilości AFP w krwi są mikrośladowe. Stężenie AFP gwałtownie wzrasta w stanach zapalnych organizmu, np. w trakcie wirusowego zapalenia wątroby czy marskości wątroby, a także w niektórych nowotworach. Oczywiście nie jest to dokładnie taka sama AFP, jak białko płodowe. Pomimo braku danych naukowych o działaniu AFP na procesy starości, w mass mediach pojawiają się informacje o stosowaniu jej jako środka dopingującego czy hamującego starzenie się organizmu;
- **koenzymie Q10** jest to bowiem substancja powstająca w komórkach zużywających dużo energii, a więc przede wszystkim w mięśniu sercowym). Wspólnie z witaminą „E” neutralizuje wolne rodniki, obniża poziom cholesterolu, pobudza układ immunologiczny i stymuluje syntezę neuroprzekazników w mózgu. Przed kilkoma laty opublikowano wielce spektakularne obserwacje doświadczalne. Otóż koenzym Q10 podawany myszom przedłużał ich życie o 56%;
- **melatoninie** (szereg danych wskazuje, że melatonina hamuje procesy starzenia się organizmu, neutralizuje wolne rodniki, pobudza układ odpornościowy, działa nasennie oraz posiada właściwości antymiażdżycowe. Podawana zwierzętom laboratoryjnym - szczurom, myszom, chomikom - hamowała rozwój nowotworów. Stwierdzono także, że wydzielanie melatoniny u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca jest niższe w porównaniu z osobami zdrowymi).

Przeciwdziałanie procesom związanym ze starzeniem się organizmu polega na agresywnej modyfikacji czynników ryzyka chorób, a zwłaszcza miażdżycy, cukrzycy, nowotworów, choroby Alzheimera i innych. Możliwe jest również, w niedługiej przyszłości, stosowanie bardziej efektywnych metod, np. inhibitorów telomerazy czy inhibitorów transferazy farnezylowej. W przypadku starzenia

się układu krążenia korzystną rolę mogą odgrywać metody terapeutyczne ukierunkowane na obniżanie stężenia zaawansowanych produktów glikacji białek. Związki te, będące produktami zaawansowanej glikacji (*advanced glycation end products*), powstają jako efekt spontanicznej interakcji tłuszczów i białek z węglowodanami. Najważniejsze z nich to metyloglioksal oraz N-karboksymetylolizyna. Zawartość glukotoksyn w produktach spożywczych jest proporcjonalna do okresu przechowywania żywności, czasu i temperatury obróbki termicznej oraz stopnia odwodnienia potraw. Glukotoksyny występują w produktach spożywczych bogatych w tłuszcze zwierzęce oraz w mniejszym stopniu w rybach i jajach. Natomiast produkty pełnoziarniste, jarzyny i owoce zawierają niewielkie ilości tych związków. Glukotoksyny powodują rozwój miażdżycy i cukrzycy typu 2.

Właściwości miażdżycorodne i diabetogenne glukotoksyn

- insulinooporność
- apoptoza komórek β wysp trzustkowych
- synteza białka C-reaktywnego, TNF oraz molekuł adhezyjnych

Badania doświadczalne wykazały, że karmienie myszy dietą bogatą w glukotoksyny powodowało wzrost TNF, CRP i LDL w surowicy, podczas gdy dieta z niską zawartością glukotoksyn działała odwrotnie. Jednym z czynników, przyczyniających się do rozwoju deficytów poznawczych u starszych pacjentów, jest hiperglikemia powodująca tworzenie się końcowych produktów zaawansowanej glikacji. Zaburzają one czynność śródbłónka, uszkodzają naczynia krwionośne oraz inicjują procesy zapalne i gromadzenie się amyloidu. Hiperglikemia upośledza również dopływ krwi do mózgu i działanie neurotransmiterów oraz zaburza regularne dostarczanie składników odżywczych do mózgu, prowadząc w ten sposób do neuropatii mózgowej. Zarówno chorobę Alzheimera, jak i cukrzycę typ 2 charakteryzuje wzrost częstości występowania wraz z wiekiem (choruje odpowiednio 8% i 13% osób po 65 roku życia), predyspozycja genetyczna i podobne zmiany patomorfologiczne (amyloid pochodzący z beta-amyloidu jest magazynowany w mózgu u osób z chorobą Alzheimera, a amyloid pochodzący z polipeptydu amyloidowego - w wyspach trzustki u osób z cukrzycą typ 2).

Prof. Paulin MOSZCZYŃSKI,
Anna MOSZCZYŃSKA-SERAFM Piśmiennictwo
– 43 pozycje u autorów.
(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby w Koszalinie nr 5/09)

WITAMINA C

Furore robi jako panaceum na rozliczne choroby i jako czynnik przeciwstarzeniowy. Czy witaminę C możemy aplikować sobie zupełnie bezkarnie?

Ma też drugie oblicze ale...

Cień na dotychczasowe – dobre imię witaminy C – rzuciły doświadczenia, głównie przeprowadzane in vitro (między innymi z izolowanym z komórek DNA, przetrzymywanym w roztworze o dużym stężeniu witaminy C), które wykazały dwoistą rolę (naturę) tego związku. W badaniach tych stwierdzono, że kwas askorbinowy może wykazywać efekty pro-oksydacyjne. Należy przy tym podkreślić, iż początkowo sądzono, że pro-oksydacyjna aktywność witaminy G może ujawnić się tylko w obecności jonów metali przejściowych. Tymczasem, w przeprowadzonych kilka lat temu badaniach uczeni z *Center for Cancer Pharmacology (University of Pennsylvania, USA)* wykazali, że kwas askorbinowy bardzo łatwo może oddać elektrony na wodoronadtlenki lipidowe, które przekształcone zostają w tzw. związki genotoksyczne uszkadzające materiał genetyczny (DNA) komórki. Związki te to: 4-okso-2-nonenal; 4,5-epoksy-2[E]-decenol i 4-hydrokso-2-nonenal. Związek wymieniony jako drugi jest prekursorem eteno-2'-deoksyadenozyny, wysoce mutagennego uszkodzenia DNA komórek człowieka. Odkrycia powyższe wskazujące, że witamina C może przyczyniać się do formowania genotoksycznych związków z wodoronadtlenków lipidowych pod nieobecność metali przejściowych, być może pozwoli zrozumieć, dlaczego nadmiar witaminy C jest niekorzystny dla pacjentów poddawanych chemio- i radioterapii. Niemniej nie należy pomijać faktu, że czynnikiem wspomagającym mutagenne działanie witaminy C jest obecność jonów żelaza i miedzi. Można to tłumaczyć udziałem witaminy w reakcji Fentona prowadzącej do powstania rodników hydroksylowych, odpowiedzialnych za oksydacyjne uszkodzenia DNA. Jednocześnie ciekawych wyników dostarczyły badania, w których ochotnicy przyjmowali przez okres kilkunastu tygodni witaminę C w zwiększonych dawkach, łącznie z solami żelaza. W limfocytach krwi pobranych następnie od tych osób wykryto aż 13 typów zmodyfikowanych zasad azotowych DNA tych komórek. Co ciekawe, wraz ze wzrostem liczby innych uszkodzeń, odnotowano spadek poziomu typowej mutagennej 8-oksoguaniny, co wskazywać może raczej na ochronną, antyoksydacyjną aktywność witaminy C. Interesujące jest także to, że witamina C w hodowlach komórkowych aktywuje czynniki transkrypcyjne AP-1 i NF- κ B, które uczestniczą w regulacji ekspresji genów naprawy DNA typu NER (naprawy przez wycinanie nukleotydów), a to - jak

wiemy - zapewnia ochronę stabilnego działania naszych genów. Dość kontrowersyjne i nie do końca jeszcze potwierdzone są też wyniki badań, w których wykazano, że witamina C indukować może proces apoptozy (programowanej śmierci komórki). W tym przypadku witamina C miałaby udział w aktywacji białka p53, które hamuje podziały komórek i aktywuje apoptozę. Można zatem stwierdzić, że witamina C miałaby w odniesieniu do nowotworu działanie terapeutyczne, ponieważ aktywacja białka p53 prowadzi do zahamowania wzrostu nowotworu. Niemniej zbyt ni optywizm w tym przypadku byłby jeszcze przedwczesny.

Jedzenie z rozważą i pochwała kiwi

Dotychczas potwierdzono, że przed nowotworami i chorobami serca chroni w pewnym stopniu dieta bogata w warzywa i owoce. Co, i jak może o tym fakcie decydować? Poszczególne składniki pokarmu, w tym np. prowitaminy, jak β -karoten, czy też może wzajemny ich konglomerat w odpowiednich proporcjach? Tego nie zapewniają przecież dostępne w aptekach i sklepach spożywczych suplementy żywności. Ponadto decydującym jest tu także czynnik biodostępności (przyswojenia i wykorzystania), który może być genetycznie uwarunkowany. Zatem każdy z nas indywidualnie reaguje z większą, bądź mniejszą podatnością na działanie w organizmie poszczególnych witamin i innych składników diety.

Wydałym źródłem witaminy C są owoce kiwi, które w 100 gramach zawierają prawie 100 mg witaminy, co pokrywa dobowe zapotrzebowanie organizmu dorosłego człowieka na tą witaminę. W badaniach eksperymentalnych wykazano, że ekstrakt z owoców kiwi jest bardziej skuteczny w ochronie DNA, niż roztwór samej witaminy C. U osób przyjmujących 500 ml homogenizowanych owoców kiwi (8 owoców) stwierdzono większą odporność DNA limfocytów na uszkodzenia indukowane przez wolne rodniki, w porównaniu do grupy przyjmującej placebo. Efekt był szybki, bo spadek ilości pęknięć nici DNA przy jednoczesnym wzroście stężenia witaminy C we krwi obserwowano już po 3 godzinach od spożycia owoców kiwi. Po upływie doby nadal utrzymywał się niski poziom uszkodzeń DNA, natomiast stężenie witaminy C wróciło do poziomu podstawowego. Zatem wyłania się tu wniosek, że wzbogacenie diety owocami kiwi może zapewnić ochronę przeciw uszkodzeniom DNA naszych komórek. Możliwe, ale potrzebne są dalsze badania wyjaśniające, że działania takie mogą prowadzić do obniżenia ryzyka powstawania mutacji prowadzących do rakowacenia komórek!

Regularnie znaczy dobrze

Według aktualnych zaleceń dzienna dawka witaminy C przyjmowanej w pokarmach to 75 mg, chociaż w wie-

lu ostatnich publikacjach, głównie amerykańskich, sugeruje się potrzebę zwiększenia tej dawki nawet do 120 mg dla mężczyzn i nieco niższej dla kobiet. Pamiętajmy, że długotrwały nadmiar witaminy C (ale też i witaminy E) może powodować także takie niekorzystne objawy, jak brak apetytu, zmęczenie, trudności w koncentracji, rozdrażnienie, apatię, zaburzenia snu. Należy zatem zbadać poziom witamin we krwi zanim podejmie się decyzję o ich dodatkowej suplementacji. Lepiej jednak zadbać o odpowiednią dietę (bogatą w warzywa i owoce), niż zastępować ją syntetycznymi witaminami i mikroelementami. Ponadto, istotnych z naukowego punktu widzenia, ale i ze względów praktycznych, wyników dostarczają badania, w których oceniano wpływ regularnego spożywania produktów bogatych w witaminy i inne związki ograniczające aktywność wolnych rodników, a tym samym uszkodzenia naszych genów. Takie

efekty uzyskano w przypadku stosowania soku z marchwi, owoców kiwi i przecieru pomidorowego, a także homogenizowanych owoców kiwi. Zatem w profilaktyce i wspomaganiu leczenia nowotworów, ale również utrzymaniu dobrej kondycji organizmu powinna znaleźć się dieta bogata w owoce i warzywa, które zasobne są - nie tylko w witaminy - ale i w wiele innych skutecznych w ochronie naszych komórek przed wolnymi rodnikami, związków, jak np. flawonoidy i antocyjany.

Marek JURGOWIAK

Dr Marek Jurgowiak - jest wykładowcą w Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
(przedruk z biuletynu „Primum Non Nocere” nr 11/09)

CO PISZĄ INNI

DIETA ABS CZ. I

Niech inni się głodzą. Ty chudnij, jedząc do woli. Większe mięśnie, lepsza kondycja, bogatsze życie seksualne... Dieta ABS to furtka do nowego życia.

Kiedy myślimy o sześciopaku na brzuchu, wyobrażenia podsuwa nam obraz aktorów i modeli z okładek magazynów i reklam bielizny. Później włącza się cyniczna strona naszych umysłów, która „rozszyfrowuje” sekret ich wspaniałej muskulatury, podsuwając „odpowiednie” wyjaśnienia: drakońskie diety, wyczerpujące głodówki, mordercze treningi... W rezultacie dochodzisz do wniosku, że prędzej zdobędziesz Mount Everest w kąpielówkach, niż dorobisz się płaskiego brzucha.

Ale jako redaktor naczelny amerykańskiego wydania *Men's Health* zapewniam, że możesz stać się właścicielem wymarzonej tarki. Na wzór maklerów giełdowych przeanalizowałem dostępne informacje na temat żywienia, wybierając spośród nich tylko te najwartościowsze, najszybciej przynoszące największy zysk. Wysłuchałem tysięcy facetów, którzy podzielili się z MH swoimi historiami o tym, jak zrzucali wagę. Poza tym wiem, co robić, by nie mieć problemów z niepotrzebnym balastem, bo sam kiedyś byłem grubasem.

Jako dzieciak robiłem wszystkie błędy, jakie tylko można sobie wyobrazić. Woląłem opychać się w fast foodach, niż jeść porządne posiłki w domu. Grałem w gry wideo, zamiast biegać z kumplami po boisku. Dzięki temu w wieku 14 lat ważyłem aż 96 kg, przy wzroście 178 cm. Ale miałem szczęście. Po szkole średniej za-

ciągnąłem się do rezerwy Marynarki Wojennej, gdzie wpojono mi konieczność dbania o kondycję fizyczną. Po skończeniu szkolenia trafiłem do redakcji MH i dowiedziałem się, jak ważne jest zdrowe odżywianie się i jak niebezpieczne jest bycie grubym.

Jeśli masz za dużo ciała wokół pasa, oznacza to, że twoje organy wewnętrzne, łącznie z sercem, są obłożone tłuszczem. Przypomina to sytuację, w której wynajmujesz mieszkanie podpalaczowi – nigdy nie wiesz, kiedy lokal pójdzie z dymem. Jeśli chcesz zmienić swoje ciało, tak by poprawić swój stan zdrowia i wygląd, kondycję fizyczną i psychiczną oraz formę seksualną, dieta ABS (skrót ten oznacza „*abdominal body system*” - grupa mięśni brzucha) gwarantuje ci jedno: zmienisz siebie, osiągając każdy z tych celów. Ona nie tylko poprawi jakość twojego życia. Ona je ocali.

Zasady diety ABS

Wszyscy faceci, którzy decydują się powalczyć o szczupłą, wysportowaną sylwetkę, zaczynają od fundamentalnego pytania: co mam jeść? To dobre pytanie. Większość diet mówi, z jakiego jedzenia masz zrezygnować. Natomiast z diety ABS dowiesz się przede wszystkim, co powinieneś jeść. Jeśli zależy ci na tym, aby wkrótce odkryć, że masz zupełnie nowe ciało, musisz mieć duży wybór produktów i wolność decydowania, co zjesz, aby nie być głodnym.

Wskazówka 1: jedz sześć posiłków w ciągu dnia

Tak bardzo przyzwyczailiśmy się do twierdzenia „Jedz mniej, jeśli chcesz schudnąć”, że stało się ono jedną z głównych dietetycznych doktryn. Natomiast filozofia odchudzania, którą chcę wam przedstawić, jest oparta na bilansie energetycznym. Badacze z Georgia State University opracowali technikę mierzenia godzinowego bilansu energetycznego. Inaczej mówiąc, ustalili, jak dużo kalorii spalamy w ciągu godziny i porównali ten wynik z liczbą kalorii, które w tym samym czasie pochłaniamy. Odkryli w ten sposób, że jeśli w ciągu 60 minut nadwyżka dostarczanych lub deficyt spalonych kalorii utrzyma się w granicach 300 - 500 kcal, masz największe szanse, aby pozbyć się nadmiaru tłuszczu i zyskać czystą masę mięśniową. Ludzie z największymi zaburzeniami bilansu energetycznego (czyli ci, u których nadwyżka lub deficyt kalorii przekracza poziom 500 kcal) są więc najgrubsi, a ci z poprawnym bilansem - najszczuplejsi. To oznacza, że jeśli jesz tylko trzy razy dziennie, doprowadzasz do dużej dysproporcji między liczbą przyjmowanych i zużywanych kalorii w ciągu godziny. Taki sposób odżywiania się jest znakomity - pod warunkiem, że chcesz wyglądać jak Elvis Presley u schyłku kariery. Jeśli jednak chcesz być szczuplejszy, musisz jeść częściej. Jedz obfitsze posiłki na zmianę z przekąskami (informacje o nich znajdziesz w dalszej części tekstu), a twój żołądek nigdy nie będzie pusty, co zredukuje prawdopodobieństwo rujnującego każdą dietę niepomaganego obżerania się.

Wskazówka 2: pij koktajle

Mikser (blender) może być wspaniałą bronią w walce z nadwagą. Zmiksowane na aksamitną masę chude mleko, niskotłuszczowy jogurt, białko serwatkowe, lód, owoce i inne smaczne rzeczy mogą z powodzeniem zastąpić normalny posiłek i stać się pożywną przekąską. Atutami koktajli są: szybkość przygotowania, owoce, które zaspokoją twój głód słodczy, i gęstość, dzięki której porządnie wypełniają żołądek. Badania przeprowadzone na University of Tennessee potwierdzają, że mężczyźni, którzy zjadają trzy jogurty dziennie, w ciągu 12 tygodni tracą o 61% więcej podskórnego tłuszczu i o 81% więcej tłuszczu brzuszego niż ci, którzy ich nie włączają do diety. Naukowcy przypuszczają, że obecny w nich wapń pomaga spalać tłuszcz i ograniczać produkowanie go przez organizm. Pij więc 250 ml koktajlu na śniadanie, zamiast obiadu albo jako przekąskę przed lub po powrocie z siłowni.

Wskazówka 3: dowiedz się, co musisz, a czego nie wolno ci pić

Alkohol potrafi na wiele sposobów wpędzić człowieka w kłopoty. Sprawia on, że nie czujesz się najedzony

i wciąż masz ochotę coś wrzucić do ust. Powoduje też, że twoje ciało spala o 36% mniej tłuszczu i gromadzi w tkance tłuszczowej większość tego, co zjadasz. Może też hamować produkcję testosteronu i hormonu wzrostu, które pomagają budować mięśnie. Nie musisz całkowicie rezygnować z alkoholu i wznosić każdy toast wodą. Pamiętaj jednak, że wypijanie ośmiu szklanek H₂O dziennie przynosi wiele korzyści. Pomoże ci czuć się sytym - często to, co uważamy za głód, jest po prostu pragnieniem. Woda wypłukuje zbędne produkty przemiany materii i transportuje do mięśni składniki odżywcze, podtrzymując proces metabolizmu. Inne dobre napoje to odtłuszczone mleko i zielona herbata.

Wskazówka 4: 12 grup produktów diety ABS

Twórcy diety ABS zachęcają do jedzenia produktów, które można podzielić na 12 grup (w amerykańskiej wersji diety ochrzczono je mianem „*ABS Diet Power 12*”). Wszystkie one zaspokoją całkowicie twoje potrzeby. Co najważniejsze, skład tych grup opracowałem w taki sposób, aby możliwe było tworzenie z nich tysięcy kombinacji posiłków (część z nich znajdziesz w tym artykule, inne na stronie www.menshealth.pl/dietaabs). Im więcej tych produktów będziesz jadł, tym łatwiej twojemu ciału będzie pozbywać się tłuszczu i budować mięśnie. Kieruj się następującymi zasadami:

- do śniadań, obiadów i kolacji włączaj produkty z co najmniej dwóch grup i przynajmniej z jednej z nich do pozostałych trzech posiłków;
- dbaj o różnorodność produktów, z których robisz posiłki, by każdy z nich dostarczał ci odpowiedniej kombinacji białek, węglowodanów i tłuszczów;
- staraj się, aby w każdej przekąsce znalazło się trochę białka.

Wskazówka 5: przestań liczyć kalorie

Mimo że spalanie kalorii ma pierwszorzędne znaczenie dla spadku wagi, ich liczenie sprawia, że tracisz cel i motywację. W przypadku diety ABS, nie musisz liczyć kaloryczności zjadanych potraw, aby zachować albo poprawić swoje zdrowie i jednocześnie nie być wiecznie głodnym. Poza tym produkty, które wybrałem do tej diety, przypominają odzwierciedlenie w dobrym klubie nocnym: nie pozwalają, aby jakiegokolwiek niepożądane elementy dostały się do środka.

Wskazówka 6: raz w tygodniu możesz zjeść wszystko, na co masz ochotę

Jestem przeciwny oszukiwaniu współmałżonka, pracodawcy i urzędu podatkowego. Ale zdecydowanie po-

pieram oszukiwanie diety. Raz w tygodniu nałóż na swój talerz wszystko, na co masz ochotę, i zapomnij o wyrzutach, że nie są to dobre białka, tłuszcze i węglowodany. Sięgnij po to, za czym najbardziej tęsknisz: po pizzę z salami, golonkę z piwem, paczkę czekoladek albo kielbaski z grilla. Pomyśl o tym oszustwie, jak o marchewce w nagrodę za cały tydzień zdrowego jedzenia. Rozkoszuj się obżarstwem, ale proszę o jedno: niech to będzie naprawdę tylko ten jeden posiłek w tygodniu.

Dwunastka diety ABS

Budowa mięśni

Jedzenie bogate w niezbędne do wzrostu tkanki mięśniowej, roślinne i zwierzęce białka zasługuje zdecydowanie na ten symbol. A także produkty zawierające duże ilości niektórych minerałów, np. magnezu, które są istotne dla osiągnięcia i utrzymania odpowiedniej muskulatury.

Utrata kilogramów

Jedzenie bogate w wapń i błonnik (jedno i drugie chroni nas przed otyłością) oraz inne produkty, które pomagają wykorzystać zapasy tłuszczu do budowy tkanki mięśniowej.

Wzmocnienie kości

Wapń i witamina D są bardzo ważne dla utrzymania kości w dobrej formie i pomagają oddalić niebezpieczeństwo osteoporozy, a nawet jej uniknąć.

Obniżenie ciśnienia krwi

Produkty bogate w potas, magnez lub wapń, a ubogie w sód.

Walka z rakiem

Badania dowodzą, że ludzie stosujący dietę nisko-tłuszczową i bogatą w błonnik są mniej narażeni na ryzyko zachorowania na niektóre typy nowotworów. Możesz również uchronić się przed rakiem, jedząc produkty bogate w wapń, β -karoten i witaminę C. Również warzywom kapustnym i cebulowym należy się odznaczyć strażników organizmu przed nowotworami.

Wzmocnienie odporności

Kwas foliowy, cynk mineralny oraz witaminy A, B₆, C i E w jedzeniu mogą bardzo pozytywnie wpłynąć na

funkcjonowanie twojego systemu immunologicznego i poprawić twoją odporność na choroby.

Walka z chorobami serca

Zatykający arterie cholesterol może sprowadzić na ciebie spore kłopoty z krążeniem - stanie się tak, jeśli będziesz żywił się produktami obfitymi w tłuszcze trans i nasycone. Z kolei pokarm bogaty w tłuszcze jednonienasycone i wielonienasycone, pomagające obniżyć poziom złego cholesterolu (LDL), da ci stałe miejsce w gronie ludzi, których szanse na zawał serca są równe szansom na główną wygraną w totka.

Dwanaście elementów diety ABS

1. Pełnoziarniste pieczywo i płatki zbożowe

- Działanie: powstrzymywanie organizmu przed gromadzeniem tłuszczu.
- Sekretna broń: błonnik, białko, tiamina, ryboflawina, niacyna, witamina E, magnez, cynk, potas, żelazo, wapń.
- Chroni przed: otyłością, rakiem, nadciśnieniem, chorobami serca.
- Sojusznicy: brązowy ryż, pełnoziarnisty makaron.
- Wrogowie: biały chleb, bagietki, pączki.

Żaden człowiek nie przeżyłby zbyt długo na diecie złożonej wyłącznie z białek, jedząc tylko sałatę albo żywiąc się jedynie jakimkolwiek innym produktem. Ludzki organizm potrzebuje węglowodanów i prędzej czy później zmusi cię, byś po nie sięgnął. Rzecz w tym, aby jeść węglowodany z produktami bogatymi w błonnik, wspomagający serce i wypełniający żołądek. Pełnoziarniste pieczywo może ponadto utrzymać niski poziom insuliny, co uchroni cię przed gromadzeniem tłuszczu.

2. Migdały i orzechy

- Działanie: budowa mięśni, zwalczanie uczucia głodu.
- Tajna broń: białka, jednonienasycone kwasy tłuszczowe, witamina E, kwas foliowy (w orzeszkach ziemnych), błonnik, magnez, fosfor.
- Walczą przeciwko: otyłości, chorobom serca, nowotworom.
- Sojusznicy: nasiona dyni, nasiona słonecznika, awokado.
- Wrogowie: solone i prażone orzechy.

Tak, jak istnieją dobrzy i źli gliniarze, tak samo są dobre i złe tłuszcze. To oznacza, że część z nich stoi po stronie twojego zdrowia, ale po innych powinienś spodziewać się raczej najgorszego. Na orzechach generalnie

możesz zawsze polegać - zawierają jednonienasycone tłuszcze, które pomagają oczyścić naczynia krwionośne i dają poczucie sytości. Wszystkie orzechy są bogate w białko. Ale migdały to król wszystkich orzechów. Staraj się jeść dwie garście tych owoców dziennie. Jeśli zjesz 60 g migdałów (ok. 24 sztuk) i popijesz je szklanką wody, stłumisz uczucie głodu.

3. Oliwa z oliwek

- Działanie: obniżanie poziomu cholesterolu, wzmacnianie odporności.
- Tajna broń: jednonienasycone kwasy tłuszczowe, witamina E.
- Walczą przeciwko: nadwadze, nowotworom, chorobom serca, nadciśnieniu.
- Sojusznicy: olej sezamowy, olej z orzechów ziemnych.
- Wrogowie: inne tłuszcze roślinne (zwłaszcza uwodornione) i margaryny zawierające kwasy tłuszczowe trans.

Nie będę się nad oliwą z oliwek i jej pochodnymi długo rozwodził: po pierwsze duszą w zarodku poczucie głodu, po drugie pomagają spalić nadmiar tłuszczu i utrzymać cholesterol w normie. Potrzebujesz jeszcze innych powodów, aby w supermarkecie wrzucić butelkę oliwy do koszyka?

4. Maliny i owoce leśne

- Działanie: ochrona serca, poprawa wzroku, wzmacnianie pamięci, osłabianie uczucia głodu.
- Tajna broń: antyoksydanty, błonnik, witamina C, tanina (w borówkach).
- Walczą przeciwko: chorobom serca, nowotworom, nadwadze.
- Sojusznicy: większość innych owoców, szczególnie jabłka i grejpfruty.
- Wrogowie: galaretki owocowe - bez błonnika, za to z cukrem.

Wszystkie owoce leśne są OK - przy wyborze tych, które chcesz jeść, kieruj się swoimi gustami. Przepadam za malinami, które cenię za smak i wartości odżywcze. Kubek malin to 6 g błonnika i ponad połowa naszego dziennego zapotrzebowania na witaminę C. Jagody to z kolei jedne z najzdrowszych owoców. W rankingu właściwości antyoksydacyjnych plasują się w ścisłej czołówce. A poziomki (podobnie jak grejpfruty, brzoskwinie i pomarańcze) zawierają cenny rodzaj błonnika, zwany pektyną, który pozwoli ci długo czuć się najedzionym.

5. Fasola i inne warzywa strączkowe (m.in. soja, ciecierzycy, jasek, fasola szparagowa)

- Działanie: budowa mięśni, pomoc w spalaniu tłuszczu.
- Tajna broń: błonnik, białko, żelazo, kwas foliowy.

- Walczą przeciwko: otyłości, rakowi okrężnicy, chorobom serca, nadciśnieniu.
- Sojusznicy: soczewica, groch, hummus, edamame (soja warzywna).
- Wrogowie: purée z fasolki, które zawiera dużo tłuszczów nasyconych; pieczona fasola, która ma zbyt wiele cukru.

Niektórzy z nas mogą żywić niechęć do fasoli, bo wywołuje sensacje jelitowe w najmniej oczekiwanych momentach. Warto jednak zmienić swój negatywny stosunek do niej, ponieważ jest dobra dla serca. Wszystkie rodzaje fasoli są ubogie w tłuszcz, a bogate w białko, błonnik i żelazo - mikroelement o kluczowym znaczeniu dla budowy mięśni. Jeśli zastąpisz posiłek, którego głównym składnikiem jest mięso, na danie z fasolą przynajmniej 2-3 razy w tygodniu, wyrzucisz ze swojej diety sporo tłuszczów nasyconych.

6. Nabiał (odtłuszczone mleko, jogurty, sery i twarogi wiejskie)

- Działanie: budowanie mocnych kości, przyspieszanie procesu chudnięcia.
- Tajna broń: wapń, witaminy A i B₁₂, ryboflawina, fosfor, potas.
- Walczą przeciwko: osteoporozie, nadwadze, nadciśnieniu, nowotworom.
- Sojusznicy: brak.
- Wrogowie: tłuste mleko, lody jogurtowe.

Nabiał ma tak dobre recenzje za wzmacnianie kości, że inne jego talenty pozostają prawie niezauważalne. A przecież zawarty w nim wapń znakomicie zwalcza „oponę” wokół brzucha. Naukowcy z University of Tennessee odkryli, że osoby na diecie, które zjadały codziennie 1200 - 1300 mg wapnia, pozbywały się prawie dwukrotnie więcej kilogramów, niż osoby bez suplementacji wapniem. Nisko-tłuszczowe jogurty, sery żółte i inne produkty nabiałowe mogą odgrywać znaczącą rolę w twojej diecie. Ale polecam mleko jako główne źródło wapnia. Płyn zajmuje sporo miejsca w żołądku, więc twój mózg szybko dostanie informację, że jesteś już najedzony. Dodanie kakao pozwoli ci zdławić głód słodczy.

7. Szpinak i inne zielone warzywa

- Działanie: neutralizowanie wolnych rodników (cząsteczek powodujących starzenie się organizmu i pojawianie się nowotworów).
- Tajna broń: witaminy (m.in. A, C i K), kwas foliowy, β-karoten, błonnik, składniki mineralne (wapń, magnez).
- Walczą przeciwko: rakowi, zawałowi serca, udarowi, otyłości, osteoporozie.
- Sojusznicy: warzywa kapustne (brokuły, brukselka), zielone, żółte, czerwone i pomarańczowe.

warzywa (np. papryka).

- Wrogowie: sałatki warzywne z tłustym sosem majonezowym.

Wiesz oczywiście, że warzywa dosłownie kipią cennymi składnikami odżywczymi - uczą o tym w szkole. Musisz też wiedzieć, że to jeden z najważniejszych składników diety ABS. Lubię bardzo szpinak, bo jedna jego porcja zaspokaja niemal całkowicie zapotrzebowanie organizmu na witaminę A i w połowie na witaminę C. Ma także dużo kwasu foliowego, który chroni przed schorzeniami serca, udarem i rakiem okrężnicy. Brokuły z kolei są bogate w błonnik i zawierają więcej witamin i minerałów niż niemal każde inne warzywo. Jeśli nie lubisz warzyw, ukryj je. Zrób z nich purée i dodaj do sosu lub dressingu. Im bardziej je posiekasz, tym mniej będziesz czuł ich smak i tym łatwiej twoje ciało wchłonie zawarte w nich składniki odżywcze.

8. Płatki owsiane (błyskawiczne, niesłodzone)

- Działanie: dodawanie energii, wzmacnianie popędu seksualnego, obniżanie poziomu cholesterolu, utrzymywanie właściwego poziomu cukru we krwi.
- Tajna broń: złożone węglowodany i błonnik.
- Walczą przeciwko: chorobom serca, cukrzycy, rakowi okrężnicy, otyłości.
- Sojusznicy: płatki śniadaniowe bogate w błonnik.
- Wrogowie: wszystkie płatki słodzone.

Błyskawiczne płatki owsiane doładują twoje akumulatory w ponury poranek. Możesz opróżnić miskę płatków kilka godzin przed treningiem, jeśli chcesz nabrać energii do walki z nadwagą. Możesz też przygotować je sobie wieczorem, by uniknąć nocnych wędrówek do lodówki. Kupuj niesłodzone - ich smak poprawisz, dodając produkty z innych grup diety ABS: mleko, owoce leśne itd. Płatki owsiane zawierają rozpuszczalny błonnik, który wchłania płyny i pozostaje dłużej w żołądku, niż błonnik nierozpuszczalny. Owsiany błonnik działa jak bramkarz w barze, pokazując nieproszonym gościom wyjście, na przykład pomagając organizmowi pozbyć się „złego” cholesterolu (LDL) z układu krążenia. Inny ważny fakt dotyczący płatków owsianych: wstępne badania wskazują, że jedzenie ich podnosi poziom testosteronu, wpływając pozytywnie na potencję seksualną i zwiększając zdolność organizmu do budowy mięśni i spalania tłuszczu.

9. Jajka

- Działanie: budowanie mięśni, spalanie tłuszczu.
- Tajna broń: białko, witaminy A i B₁₂.
- Walczy przeciwko: nadwadze.
- Sojusznicy: brak.
- Wrogowie: brak.

Przez wiele lat jajka były uważane za dietetycznego diabła wcielonego i lekarze radzili używać ich raczej do wyrażania swojej dezaprobaty na słabych koncertach, niż do przygotowywania omletu. Działo się tak dlatego, że dwa jajka mają tyle cholesterolu, ile przewidują dzienne normy żywienia człowieka. Ale nowsze badania dowodzą, że zjedzenie dwóch jajek z żółtkami dziennie nie podniesie niebezpiecznie poziomu cholesterolu. Dziś już wiadomo, że większość cholesterolu w naszych ciałach powstaje ze spożywanego tłuszczu. Dlatego powinieneś w pełni docenić wartość jajek, wynikającą z ich ogromnej zawartości pełnowartościowego białka. Białko znajdujące się w jajkach ma najwyższą wartość biologiczną spośród wszystkich produktów, które jemy. Inaczej mówiąc, jest efektywniejszym źródłem budulca dla mięśni niż białko pochodzące z innych źródeł, nawet mleka i wołowiny. Jajka mają też sporo wit. B₁₂, która jest potrzebna do spalania tłuszczu.

10. Indyk i inne chude mięsa (chuda wołowina, kurczak, ryby)

- Działanie: budowanie mięśni, wzmacnianie systemu odpornościowego.
- Tajna broń: białko, żelazo, cynk, kreatyna (w wołowinie), kwasy tłuszczowe omega-3 (w rybach), witamina B₆ (w kurczaku i rybach) i B₁₂, fosfor, potas.
- Walczy przeciwko: otyłości, problemom z pamięcią, chorobom serca.
- Sojusznicy: małże, bogate w kwasy omega-3 siewniki.
- Wrogowie: kiełbaski, bekon, wędliny, szynka, tłuste kawałki tuszy wołowej.

Klasyczny produkt żywnościowy służący budowie mięśni - pełnowartościowe białko, to podstawa każdej solidnej diety. Pierś z indyka to jedno z najchudszych mięs, jakie możesz kupić, i pokrywa prawie jedną trzecią dziennego zapotrzebowania na niacynę i witaminę B₆. Wołowina, która jest równie wspaniała, to najlepsze źródło kreatyny - substancji używanej przez organizm do tworzenia nowych włókien mięśniowych; wybieraj raczej polędwicę, niż inne, bardziej tłuste kawałki tuszy wołowej. Aby jeszcze bardziej ograniczyć ilość spożywanych tłuszczów nasyconych jedz ryby, głównie tuńczyka i łososa, ich mięso jest bogate, nie tylko w białko, ale też w kwasy tłuszczowe omega-3. Badacze ze Sztokholmu odkryli, iż mężczyźni, którzy unikają jedzenia ryb, są trzy razy bardziej narażeni na raka prostaty od tych, którzy regularnie nakładają je na swoje talerze.

11. Masło orzechowe (tylko naturalne składniki, bez cukru)

- Działanie: budowa mięśni, spalanie tłuszczu.
- Tajna broń: białko, jednonienasycone kwasy tłuszczowe, witamina E, magnez.

- Walczy przeciwko: nadwadze, utracie masy mięśniowej, zmarszczkom, chorobom układu krążenia.
- Sojusznicy: orzechy nerkowca.
- Wrogowie: masło orzechowe zawierające tłuszcze trans i słodzone cukrem.

To prawda, masło orzechowe ma swoje wady: jest wysokokaloryczne i nie serwują go w restauracjach. Ale zawiera korzystne dla zdrowia serca jednonienasycone kwasy tłuszczowe, które potrafią podnieść produkcję testosteronu, a on z kolei pozytywnie wpływa na wzrost mięśni i spalanie tłuszczu. Trzy łyżki masła orzechowego dziennie powinny przynieść ci korzyści, bez przeładowywania organizmu tłuszczem.

12. Białko serwatkowe

- Działanie: budowa mięśni, spalanie tłuszczu.
- Tajna broń: białka, cysteina, glutation.

- Walczy przeciwko: otyłości.
- Sojusznicy: ser ricotta.
- Wrogowie: białko sojowe.

Białko serwatkowe zawiera bezcenne, wykorzystywane do budowy mięśni, aminokwasy. Jego efektywność wynika z tego, że przy dużej ilości białka ma bardzo niewiele kalorii. Ale to nie wszystko. Białko serwatkowe może pomóc twemu ciału w zapobieganiu rakowi prostaty - jest świetnym źródłem cysteiny, której organizm używa do tworzenia antyoksydantu, zwanego glutationem. Dodając choćby niewielką ilość białka serwatkowego do swoich posiłków, możesz podnieść poziom glutationu nawet o 60%.

David ZINCZENKO
(tekst pochodzi z magazynu „Men's Health”)

OGŁOSZENIA



IV KONGRES TOP MEDICAL TRENDS

IV Kongres Top Medical Trends - tak jak poprzednie - umożliwi zapoznanie się w zwięzłej formie i krótkim czasie z najnowszymi osiągnięciami medycyny, pochodzącymi ze światowych i krajowych kongresów, przedstawionymi w formie autorskiego wyboru przez najlepszych, najciekawiej prezentujących tematy naukowców-praktyków.

Wśród zaproszonych wykładowców znalazło się wielu konsultantów krajowych, prezesów towarzystw naukowych i członków gremiów naukowych o zasięgu krajowym i międzynarodowym, którzy podzielą się swoją wiedzą i doświadczeniem. Wykłady inauguracyjne wygłoszą: prof. dr hab. Andrzej Steciwko, prof. dr hab. Henryk Skarżyński oraz prof. dr hab. Jerzy Woy-Wojciechowski.

Termin:

12-14 marca 2010 r.

Miejsce:

Poznań – Centrum Kongresowe Międzynarodowych

Targów Poznańskich (pawilon 15)

Organizatorzy:

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz wydawnictwo *Termedia*, wydawca czasopisma *Przewodnik Lekarza*

Uczestnicy Kongresu otrzymają punkty edukacyjne.

Biuro organizacyjne:

Termedia sp. z o.o., ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań,
tel./faks +48-61-656-22-00, szkolenia@termedia.pl
www.termedia.pl

* * *



TRENDY W REUMATOLOGII NA PRZEŁOMIE 2009/2010

Ogólnopolska konferencja, której celem jest przekazanie najbardziej istotnych nowości w diagnostyce i leczeniu chorób reumatycznych. Podczas obrad zostaną zasygnalizowane nowe tendencje w reumatologii, które pojawiły się w artykułach z piśmiennictwa światowego i zostały opublikowane w wersji drukowanej lub inter-

netowej po 1 stycznia 2009 r.

Na konferencji zostaną poruszone zagadnienia, takie jak wczesne zapalenie stawów, genetyczne uwarunkowanie reumatoidalnego zapalenia stawów, patogenezą reumatoidalnego zapalenia stawów, rozwój miażdżycy w reumatoidalnym zapaleniu stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczykowe zapalenie stawów, osteoporoza w chorobach zapalnych stawów, toczeń rumieniowaty trzewny, zespół antyfosfolipidowy, zapalenie naczyń, fibromialgia, dna moczanowa i twardzina układowa.

Termin:

26-27 marca 2010 r.

Miejsce:

Wrocław – Centrum Kongresowe Politechniki Wrocławskiej

Organizatorzy:

Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej we Wrocławiu, Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego oraz wydawnictwo *Termedia*.

Kierownik naukowy:

dr hab. prof. nadzw. Piotr Wiland

Biurowo organizacyjne: Termedia sp. z o.o.,

ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań, tel./faks +48-61-656-22-00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *



KARDIODIABETOLOGIA XXI WIEKU – III Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

III Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego przedstawi całokształt postępów naukowych i praktycznych w zakresie zwiększenia wiedzy i umiejętności w prewencji i leczeniu chorób sercowo-naczyniowych w wielomilionowej populacji chorych na cukrzycę, ze stanem przedcukrzycowym oraz innymi czynnikami ryzyka kardiometabolicznego. Zjazd podejmuje wyzwanie polepszenia rokowania w tej - tak bardzo ważnej - dziedzinie klinicznej. Udział zapowiedzieli liderzy polskiej diabetologii i kardiologii. Tematyka Zjazdu przedstawiona będzie w formie sesji naukowych ustnych i posterowych oraz paneli dyskusyjnych.

Termin:

15-17 kwietnia 2010 r.

Miejsce:

Warszawa - Hotel Gromada

Organizatorzy:

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Wojewódzki Szpital Bródnowski w Warszawie oraz wydawnictwo *Termedia*, wydawca czasopisma *Przegląd Kardiologiczny*

Patronat honorowy:

prof. zw. dr hab. n. med. Marek Krawczyk - JM Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Biurowo organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *



NOWOTWORY WYZWANIEM XXI WIEKU. ONKOLOGIA SPERSONALIZOWANA – II Kongres Współczesnej Onkologii

Tematem wiodącym będzie *Onkologia spersonalizowana*. Dyskutowane będą ponadto postępy w leczeniu raka płuc, piersi i jelita. Planujemy warsztaty, szkolenia dla lekarzy pierwszego kontaktu, dyskusje okrągłego stołu. Udział zapowiedzieli czołowi onkolodzy polscy oraz wielu ekspertów z całego świata.

Termin:

22-24 kwietnia 2010 r.

Miejsce:

Poznań - Centrum Kongresowe Międzynarodowych Targów Poznańskich

Organizatorzy:

wydawnictwo *Termedia*, wydawca czasopisma *Współczesna Onkologia*, Wielkopolskie Centrum Onkologii oraz Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.

Biurowo organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *

Opolski Oddział Towarzystwa Internistów Polskich

zaprasza na konferencję naukowo- szkoleniową w dniu 9 kwietnia 2010 r., która odbędzie się w sali konferencyjnej Szpitala Onkologicznego w Opolu o godzinie 15⁰⁰. Wykłady prowadzić będzie prof. Andrzej Szawłowski

Program konferencji:

- Leczenie chirurgiczne nowotworów endokrynnych układu pokarmowego.
- Współczesna diagnostyka i leczenie nowotworów trzustki.

*Przewodniczący TIP Oddziału Opolskiego
Dr n. med. Mariusz Szczerbowski*

* * *

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęborku ul. Węgrzynowicza 13 zatrudni w oparciu o umowę o pracę lub umowę cywilno-prawną:

- lekarzy specjalistów lub chcących specjalizować się do pracy na Oddziale Położniczym, Patologii Ciąży i Ginekologii,
- specjalistów lub chcących się specjalizować z Neonatologii oraz pediatrów do pracy na Oddziale Neonatologii,
- lekarzy posiadających specjalizację z chorób wewnętrznych lub kardiologii, a także chcących się specjalizować w dziedzinie chorób wewnętrznych,
- lekarza zainteresowanego rozwojem w endoskopii przewodu pokarmowego do pracy w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Kardiologii,

- diabetologa do pracy w Poradni Diabetologicznej i Oddziale Chorób Wewnętrznych,
- lekarza kierującego Oddziałem Chorób Wewnętrznych i Kardiologii oraz
- lekarza kierującego Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym.

Zapewniamy dobre warunki pracy i płacy, a także możliwość rozwoju zawodowego. Bliższych informacji udziela Naczelny Lekarz Szpitala SPS ZOZ w Łęborku 59/86-35-271. Oferty prosimy przysyłać na adres: SPS ZOZ 84-300 Łębork, ul. Węgrzynowicza 13. Kontakt: Małgorzata Bławat – 59/86-35-261.

* * *

Zakład Karny w Brzegu nawiąże współpracę z lekarzem pierwszego kontaktu – mile widziany internista. Szczegółowych informacji udzielamy pod numerem telefonu 77/416-20-11.

* * *

Zakład Usług Profilaktyczno-Lecznicznych „ME-GAVITA” Sp. z o.o. z siedzibą w Brzeziu k/Opola, poszukuje osoby na stanowisko – Lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Informacje o zatrudnieniu: 77/423-66-50.

Po raz kolejny przypominamy o obowiązku odprowadzania składek członkowskich do Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu. A oto aktualny numer konta:

**PKO BP I O/OPOLE
54 1020 3668 0000 5102 0009 8277**

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

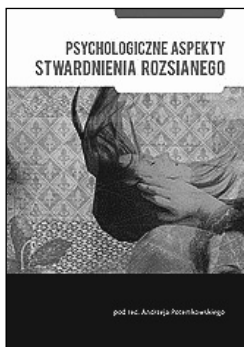
WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, www.izbalekarska.opole.pl

REDAKCJA: Jerzy Lach; ZDJĘCIA: I str. okładki – fot. Dariusz Patkowski, OPRACOWANIE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE I DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 6

NAKŁAD: 2.500 egz.

ISSN 1426-661X



NOWOŚCI WYDAWNICZE

Termedia sp. z o.o.

61-614 Poznań, ul. Wenedów 9/1,

tel./faks: +48 61 656 22 00

tel.: +48 61 656 22 02

www.termedia.pl

Psychologiczne aspekty stwardnienia rozsianego

pod redakcją Andrzeja Potemkowskiego

ISBN 978-83-62138-05-0, format B5, liczba stron

146, oprawa miękka, cena: 37.00 zł

Niniejsza monografia to pierwsza w polskim piśmiennictwie pozycja tak szeroko opisująca problemy psychologiczne będące następstwem zachorowania na stwardnienie rozsiane. Przedstawiono w niej poglądy neurologów, psychiatrów i psychologów. Skierowana jest przede wszystkim do lekarzy powyższych specjalności, ale także lekarzy rodzinnych, często na co dzień i przez wiele lat opiekujących się chorymi na stwardnienie rozsiane. Autorzy są przekonani, że wiele zawartych w książce treści przyczyni się do lepszej współpracy lekarzy i chorych na SM.

WSPOMNIENIE O DR N. MED. ZDZISŁAWIE JACKU PIZIO

W miesiącu styczniu 2010 roku odszedł na „wieczny dyżur” dr n. med. Zdzisław Jacek Pizio, wspaniały lekarz, operator, organizator, ale przede wszystkim człowiek - jak napisał na łamach „Nowej Trybuny Opolskiej” redaktor Krzysztof Ogiolda - symbol miłości i wiary. Udowodnił to nam wszystkim bezgranicznie opiekując się przez ponad 5 lat swoją ciężką chorą żoną Elżbietą. W tym miejscu należy podkreślić, że dr Elżbieta Orzechowska, pracująca pod skrzydłami dr Aleksandry Pospieszalskiej w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym przy pl. Kopernika (obecnie *Collegium Minus* Uniwersytetu Opolskiego) była uwielbiana przez małych pacjentów i dlatego też często nazywana „Złotą Elą”.

Pierwsze moje spotkanie z dr Pizio, to staż podyplomowy w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej ówczesnego Szpitala Wojewódzkiego im. Karola Miarki w Opolu przy ul. Katowickiej. Ten 6-miesięczny staż wspominam do dzisiaj niezwykle sympatycznie. Oddział, kierowany przez Docenta Witolda Arcta, posiadał wspaniałe osobowości lekarskie, że wymienię dr Tadeusza Pisarskiego, Andrzeja Wolnego, Gerarda Obłóczka i in. Wyróżniał się swoją posturą, taktem i kulturą osobistą, nie tylko dla nas młodych lekarzy, ale również w szczególności dla pacjentów właśnie dr Pizio.

Każdy z nas uwielbiał asystowanie Doktorowi podczas zabiegów operacyjnych, zwłaszcza stawu biodrowego z użyciem młotków, dłut i śrubokrętów, ponieważ asystowanie z nim połączone było z dydaktyką anatomii i fizjologii (do dzisiaj pamiętam wygląd wiązadła głowy kości udowej).

Po przejściu dr Pizio do Szpitala MSWiA w Opolu, gdzie od podstaw zorganizował Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, spotkałem się z nim niejednokrotnie m.in. podczas:

- licznych konferencji naukowych w Opolu,
- spotkaniach opłatkowych z Arcybiskupem Alfonssem Nossolem,
- tzw. „wykładów błękitnych” w Auli Uniwersytetu Opolskiego - ostatnio z udziałem Prof. Andrzeja Szczeklika, byłego Rektora Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, autorem licznych publikacji filozoficznych z zakresu medycyny.

Mam wielką satysfakcję, że kilkakrotnie „potykaliśmy” się na łamach naszego biuletynu Opolskiej Izby Lekarskiej. Pierwsza „potyczka” dotyczyła kontrowersji, które gimnazjum w Polsce jest najstarsze: moje - im. Bartłomieja Nowodworskiego w Krakowie (Jan III Sobieski, Jan Matejko, Stanisław Wyspiański, Kazimierz Tetmajer, Władysław Boy-Żeleński), czy też gimnazjum Św. Marii Magdaleny w Poznaniu, które ukończył dr Pizio.

Największym moim osiągnięciem było zdopingowanie dr Pizio do przedstawienia na łamach naszego Biuletynu wspomnień o ekshumacji i badań szczątków księcia Jana II Dobrego (1460-1532) (*Vide Biuletyn nr 95 z maja 2003*).

Ponieważ kilkakrotnie na łamach naszego Biuletynu opisywałem postać ostatniego Piasta Opolskiego - Jana II Dobrego, chciałbym przypomnieć, że:

- był twórcą największego Księstwa Śląskiego, sięgającego do granic Księstwa Brzeskiego, na pół-

nocy do Kluczborka i Byczyny, na południu przyłączył Ziemię Raciborską, natomiast na wschodzie obejmujące Bytom, Tarnowskie Góry i nieistniejące jeszcze wówczas Katowice,

- był autorem pierwszej Konstytucji Księstwa Opolskiego „*Wielkiego Przywileju Ziemskiego*” oraz pierwszej „*Kasy Chorych Gwarków w Tarnowskich Górach*” pod nazwą Ordunek Górny w roku 1528,
- panował ponad 56 lat (ewenement w średniowieczu), nie prowadząc żadnych wojen.

Po jego śmierci w podziemiach istniejącej nadal „Wieży Piastowskiej” znaleziono jednak 13 zbroi (największa ich wytwórnia znajdowała się w austriackim Grazu, przy czym jedna zbroja kosztowała kilka wsi) oraz olbrzymie kosztowności mieszczące się nawet w beczkach po śledziach. Niestety te kosztowności natychmiast skonfiskowali Habsburgowie, którzy już przed oczekiwaną śmiercią starego Księcia zamieszkali w Opolu.

Jan II Dobry był bezzenny i bezdzietny – na nim wygasła linia Piastów Opolskich (dwa stulecia po ostatnim Piaście Krakowskim – Kazimierzu Wielkim).

W roku 1998 po odkryciu miejsca pochówku księcia Jana II Dobrego przez proboszcza Katedry pw. Podwyższenia Krzyża Świętego Ks. Prałata Stefana Błedego, opolski Arcybiskup Alfons Nossol wyraził zgodę na ekshumację i eksplorację zwłok Księcia. W tych czynnościach brał aktywny udział dr Pizio (dokładny opis w ww. Biuletynie) stwierdzając m.in. na podstawie pomiarów kości długich wzrost na około 170 cm (jak również rudawy zarost Księcia).

Ponownie Książę Jan II Dobry spoczął w pięknym Sarkofagu w Kaplicy Książęcej Katedry Opolskiej, zaś jego pomnik - w pozycji siedzącej z „*Wielkim Przywilejem Ziemskim*” w ręku - stanął przed wejściem do budynku starego Rektoratu Uniwersytetu Opolskiego przy ul. Oleskiej.

W ten sposób dr Pizio przeszedł do historii dziejów Opolu. Dowodem tego był wzruszający pogrzeb w Opolu-Półwsi, w którym uczestniczyły setki przyjaciół, znajomych, ale przede wszystkim Opolan, którym przywracał zdrowie.

Tym krótkim wspomnieniem o dr Zdzisławie Jacku Pizio chciałbym oddać cześć tej niezwyklej postaci



Opolskiej Medycyny. Życzę, aby wszyscy młodzi adepci medycyny brali przykład z tej pięknej osobowości lekarza, naukowca, ale przede wszystkim człowieka oddanego całym sercem wszystkim.

Niech zawsze pamięć o Nim pozostanie z nami.

P.S. W załączeniu zdjęcie dr Pizio podczas badania szczątków Księcia Jana II Dobrego (na zdjęciu również Ks. Prałat Stefan Baldy). Badania były bardzo żmudne, ponieważ w roku 1774 Prusacy szczątki „politycznie niepoprawnego” Księcia zalali wapnem.

*Dr hab. n .med. Janusz KUBICKI
Prorektor Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły
Zawodowej w Opolu.*

