



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Grudzień 2012

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 196

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Zdrowych
i spokojnych świąt

Jeżeli kiedykolwiek zadałeś sobie któreś z pytań:

- jak zabezpieczyć swoje finanse prywatne?
- jak korzystnie i zgodnie z prawem przekazać majątek bez podatków?
- jaka forma działalności jest dla mnie najkorzystniejsza?
- jak najkorzystniej przekazać dziecku biznes?
- co z moją rodziną po śmierci? Jak ją zabezpieczyć?

skorzystaj ze sprawdzonych rozwiązań, tak jak zrobiło to już wielu lekarzy z całej Polski, współpracujących z DSA Investment S.A.

DSA Investment S.A. jest członkiem międzynarodowej grupy kapitałowej DSA Financial Group S.A., powstałej w 1999 roku. W skład holdingu wchodzi ponad 20 spółek, specjalizujących się w obsłudze prawno – finansowej, doradztwie inwestycyjnym i emerytalnym oraz obsłudze finansowej przedsiębiorców. Jako jedni z nielicznych w Polsce tworzymy Indywidualne Plany Sukcesji.

Jeżeli jesteś zainteresowany szczegółami – proszę o kontakt

Wojciech Łągiewka

tel.: 604 961 730

e-mail: wojciech.lagiewka@dsa.pl

Za chwilę w głównym miejscu naszego mieszkania stanie choinka i zapłoną na niej lampki, a po domu rozniesie się zapach igliwia i cała gama smakowitych woni z kuchni. Będziemy krzątać się w podniosłej i wesołej atmosferze przygotowując Święta. A kiedy już zasiądziemy przy wigilijnym stole, przy opłatku cieszymy się z obecności naszych najbliższych. Niech spłynie na nas wszystkich cała magia tych Świąt i niech nas wzmocni na przyszłe dni. Postarajmy się być nieco lepsi, bardziej kochający i czuli. Zadbajmy o to, by ta cudowna chwila dała nam siłę tak potrzebną w codziennej krzątaniu. A te dobre myśli towarzyszące Świętom by nie uleciały równie szybko, jak dym z płonących świec. Pamiętajmy, że dobro zawsze do nas wróci – nawet nie wiemy w jakiej chwili i z której strony. Może więc warto tak cichutko, samemu sobie obiecać, że będziemy dobrzy – dla siebie i innych. Święta to taka szczególna okazja na takie postanowienia!

Nie będę w takiej chwili zawracał Wam głowy zawartością grudniowego Biuletynu. Kto zechce go otworzyć i tak będzie wiedział. Życzę więc Wam wszystkim:

- dużo pogody ducha – bo potrzeba jej wiele, by przeżyć każdy dzień,
- wytrwałości – bo ciągle musimy się nią wykazywać w obliczu nieprzyjemnej rzeczywistości,
- otwartości na ludzi – także tych inaczej myślących,
- współczucia i serdeczności dla cierpiących – pamiętajmy, że my także możemy stanąć po drugiej stronie biurka lekarskiego.

**Zdrowych, spokojnych i pogodnych
Świąt Bożego Narodzenia!!**

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Zbliża się Nowy Rok, a z nim wejść w życie nowe regulacje prawne odnoszące się do naszej codziennej działalności lekarskiej.

Recepty

Uwagi poniższe odnoszą się tylko do recept refundowanych!!! Od 1 stycznia recepty takie będą musiały mieć **22-cyfrowy** numer identyfikacyjny. Jeżeli ktoś z Was odbierał w Oddziale Funduszu zakres numerów recept w kwietniu lub – później otrzymał już 22-cyfrowe numery. Natomiast wielu posługuje się jeszcze receptami, dla których numery były przydzielone wcześniej (numery 20-cyfrowe). Z takich recept przy wypisywaniu leków, które miałyby podlegać refundacji, nie będzie już można korzystać w przyszłym roku. Trzeba więc pobrać jak najszybciej w Oddziale Funduszu nowy zakres numerów.

Od 1 stycznia recepty, które będą miały podlegać refundacji, będą musiały zawierać **dotatkowe kody paskowe**. W polu przewidzianym dla pieczętki nagłówkowej w formie kodu paskowego musi być przedstawiony numer REGON jednostki wystawiającej receptę (praktyki lekarskiej lub podmiotu leczniczego), a w przypadku recept wystawianych wyłącznie dla siebie i rodziny – numer umowy zawartej z Funduszem. Natomiast w polu przewidzianym dla pieczętki imiennej lekarza w formie kodu paskowego musi być przedstawiony numer prawa wykonywania zawodu. Zlecając drukowanie

recept trzeba przekazać te numery firmie, która będzie recepty drukować.

Jeżeli są wśród Was osoby, które podpisały wiosną nową umowę z OOW NFZ na wystawianie refundowanych recept i nie aneksowały jej po 30 czerwca, muszą one przed końcem roku skontaktować się z Oddziałem Funduszu.

Praktyki lekarskie

Do końca roku muszą być uaktualnione i poprawione wpisy do rejestru praktyk lekarskich. Odnosi się to przede wszystkim do tych z Was, którzy przed 1 lipca ubiegłego roku mieli zarejestrowaną praktykę na wezwanie, ale de facto mieli podpisane umowy kontraktowe. Jeżeli nie dokonaliście tej aktualizacji w tym roku musicie to zrobić natychmiast. Do końca roku wszelkie wnioski związane z rejestrem praktyk (wniosek o wpis do rejestru, wniosek o zmianę wpisu, wniosek o wykreślenie z rejestru) mogą być jeszcze składane w formie papierowej. Od nowego roku będą mogły być składane już tylko w formie elektronicznej. Potrzebne do tego będzie założenie konta ePUAP i uzyskanie tzw. profilu zaufanego. Instrukcję jak to zrobić znajdziecie w dalszej części Biuletynu.

Kasy fiskalne

W momencie kiedy będziecie czytać ten materiał najprawdopodobniej nowe rozporządzenie Ministra Finansów, dotyczące kas fiskalnych, będzie już podpisane. Ja

piszę ten materiał opierając się na projekcie rozporządzenia. Obniżony zostanie limit przychodów, których osiągnięcie zmusza do zainstalowania kasy fiskalnej. Ponieważ obowiązek zainstalowania kasy może dotyczyć dużej grupy lekarzy, w dalszej części Biuletynu znajdziecie materiał, będący pewnym kompendium na

ten temat. Ponieważ nie mogę wykluczyć, że ostateczna wersja rozporządzenia będzie się różniła od projektu, bardzo proszę o sprawdzenie informacji na stronie internetowej izby – tam będą wszystkie informacje zgodne z treścią opublikowanego rozporządzenia.

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W DNIU 24 PAŹDZIERNIKA 2012 R.

Program posiedzenia:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie poddyplomowe lekarzy.
3. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
4. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
5. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
6. Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL, Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej i Przewodniczących OSL (Szczyrk 28-30.09.12)
7. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
8. Sprawy różne i wolne wnioski.

Zebranie Rady otworzył Prezes, który powitał wszystkich zebranych i przekazał głos Sekretarzowi Rady. Kol. Lach. przedstawił wniosek kol. Mateusza Śnieżka o przyznanie Prawa Wykonywania Zawodu Lekarza Dentysty po odbyciu stażu, który Rada przyjęła.

Następnie kol. Jakubiszyn zaprezentował zebrany wnioski, jakie wpłynęły od podmiotów prowadzących szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentystów:

- Firma „Medius” Artykuły Medyczne i Stomatologiczne z Nysy zamierza przeprowadzić w dn. 24 listopada 2012 r. szkolenie dla dentystów pt. „Anatomiczna technika odbudowy ubytków” – Rada zatwierdziła ten wniosek i przyznała 4 pkt. edukacyjne za to szkolenie.
- Firma dr K. Kamińskiego z Nysy w okresie od października br. do lipca 2013 r. prowadzić będzie wieloetapowy kurs endoskopowy dla lekarzy. Rada przyznała na to całe szkolenie 50 pkt. edukacyjnych.
- Instytut Zdrowia Publicznego Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu organizuje w dn. 13 listopada 2012 r. konferencję naukową pt.

„Cukrzyca a zdrowie publiczne”, za które Rada przyznała 4 pkt. edukacyjne.

- Centrum Doradcze Prawa Medycznego z Krakowa (zarejestrowane w Izbie w Krakowie) poinformowało o szkoleniu, które odbyło się 7 września 2012 r. w siedzibie OIL, a dotyczyło prawa medycznego. Rada podjęła uchwałę potwierdzającą spełnianie wymagań do prowadzenia szkolenia.
- Firma „Marku” z Częstochowy (zarejestrowana w Izbie w Częstochowie) informuje o kursach dla stomatologów, z których jeden odbył się 3 października br., a drugi odbędzie się 23 listopada br. (jest to powtórzenie szkoleń, które odbyły się już wiosną). Także i w tym przypadku Rada podjęła uchwałę potwierdzającą spełnianie wymagań do prowadzenia szkolenia.

Ponadto Prezes przedstawił dwa wnioski o dofinansowanie szkoleń:

Opolski Oddział Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego zwrócił się do Izby o dofinansowanie w wysokości 1.500 zł organizowanego przez siebie dwudniowego posiedzenia szkoleniowego w Jarnońtówku (19-20 października br.) – Rada wyraziła swą zgodę na wsparcie finansowe szkolenia.

Opolski Oddział Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego zwrócił się o dofinansowanie w wysokości także 1.500 zł swojego posiedzenia, które odbyło się 20 października br. Również i w tym przypadku Rada wyraziła swoją zgodę.

Jednocześnie w związku ze swoją wcześniejszą decyzją odnośnie przyznania punktów edukacyjnych na podstawowy kurs USG prowadzony przez Oddział Opolski PTUSG w listopadzie br. w Nysie, członkowie Rady podjęli decyzję o dofinansowaniu tego kursu kwotą 10.000 zł. Pieniądze na ten cel będą pochodzić z budżetu Komisji Kształcenia.

W dalszej części posiedzenia Prezes odniósł się do dyskusji, jaka miała miejsce na poprzednim posiedzeniu Rady, mającej związek ze wzrastającą liczbą wniosków

o zapomogi napływających do Rady. Większość z tych wniosków dotyczyła kolejnych w bieżącym roku zapomóg dla tych lekarzy. Wnioskiem końcowym tej dyskusji było zalecenie nowelizacji regulaminu Funduszu Samopomocy. Kol. Jakubiszyn stwierdził, że kolejna nowelizacja musiałaby mieć za podstawę prawną inną ustawę niż ta, która była podstawą samej uchwały (zmiana ustawy o izbach lekarskich). Wobec tego wskazane jest przyjęcie przez Radę nowej uchwały, która obejmie wszystkie dotychczasowe zmiany oraz tę, która będzie przyjęta na obecnym posiedzeniu. Prezes zaproponował, aby zapis dotyczący powtórnego składania wniosku o zapomogę zawierał zapis, że wniosek o zapomogę składać można tylko raz w roku, ale nie wcześniej niż po 6 miesiącach od poprzedniego wniosku. Dodał też, że ta druga część zapisu ma zapobiec sytuacji, gdy jeden wniosek o zapomogę składany jest pod koniec roku, a kolejny zaraz po Nowym Roku. Proponowane zmiany wywołały ożywioną dyskusję, w której zwracano uwagę, że druga część zapisu i tak preferuje osoby, które złożyły wniosek w drugiej połowie roku kalendarzowego, wobec tego należy pozostawić tylko zapis o ubieganiu się raz w roku. Kilku członków Rady uznało, że należy pozostawić Radzie możliwość przyznawania kolejnej zapomogi wcześniej jedynie w wyjątkowej sytuacji. Kol. Mazur zgłosił propozycję, aby wniosek o kolejną zapomogę mógł zostać złożony nie wcześniej niż po 9 miesiącach od daty przyznania poprzedniej zapomogi.

Prezes uznał ten ostatni wniosek za pewien kompromis pomiędzy zgłaszanymi propozycjami i poddał go pod głosowanie. Rada przy 2 głosach wstrzymujących się zaakceptowała tę propozycję.

W dyskusji zwrócono również uwagę, że pod koniec roku, gdy może brakować już środków na wypłatę zapomóg, pierwszeństwo w przyznaniu pomocy finansowej powinny mieć osoby, które zgłaszają wniosek po raz pierwszy. Prezes poddał tę propozycję pod głosowanie, jednak Rada odrzuciła tę propozycję.

Kol. Mazur zaproponował więc, by do regulaminu wprowadzić zapis, że w przypadku problemów finansowych izby Rada ma prawo czasowo wstrzymać wypłatę świadczenia. Jego zdaniem wniosek o zapomogę powinien być rozpatrywany na najbliższym posiedzeniu Rady, która zadecyduje czy świadczenie powinno być wypłacone. Jeżeli zasoby Funduszu nie będą pozwalały na wypłatę tego świadczenia, wypłata zostanie wstrzymana do czasu zgromadzenia odpowiednich środków na koncie Funduszu. Rada zaakceptowała tę propozycję.

Następnie kol. Jakubiszyn przedstawił dwa podania o zapomogi. Rada przyznała je, choć nie jednogłośnie.

Kol. Mazur zgłosił swoje zastrzeżenia co do tego, że procedowano ponownie wnioski o zapomogi, które na poprzedniej Radzie zostały odroczone. Prezes odpowiedział, że uzyskał informację od kol. Kowarzyka, że wnioski te odroczone zostały do przyszłego roku (były to powtarzające się wnioski lekarzy, którzy uzyska-

li już zapomogi w 2012 r.). Taka informacja została też tym lekarzom przekazana pisemnie. Kol. Mazur stwierdził, że nie było decyzji o odroczeniu do przyszłego roku, a jedynie o odroczeniu do następnego posiedzenia Rady. Odczytano zapis z protokołu z poprzedniej Rady, z którego wynikało, że podjęta została decyzja o odroczeniu procedowania wniosków do przyszłego roku. W tym momencie kol. Dryja zaproponował, by każdorazowo posiedzenie Rady zaczynać od odczytania protokołu z poprzedniej Rady. Kol. Mazur z kolei zaproponował, by protokół z posiedzenia poprzedniej Rady rozsyłać drogą elektroniczną razem z zaproszeniem na kolejne posiedzenie Rady. Prezes przyjął takie zobowiązanie do realizacji.

Na zakończenie tej części obrad kol. Jakubiszyn przedstawił prośbę kol. Tętnowskiego z Komisji Sportu NIL o przesłanie do dn. 5 listopada br. informacji o terminach planowanych imprez sportowych, których organizatorzy chcieliby, aby odbywały się one pod patronatem NIL.

W części dotyczącej konkursów Prezes przedstawił propozycje obsady komisji konkursowych:

- na Pielęgniarkę Oddziałową Oddziału Psychiatrii C Szpitala w Branicach – kol. Antoni Junosza-Szaniawski;
- na Ordynatorów Oddziałów Psychiatrii Ogólnej B i C Szpitala w Branicach – kol. kol. Adam Bąk (przewodniczący) oraz Ewa Pendzialek i Małgorzata Czaplak-Kielc (członkowie).

W części dotyczącej opłacania składek członkowskich, Prezes przedstawił wnioski:

- jeden o bezterminowe zwolnienie z tego obowiązku z powodu pozostawania bez pracy (jest rejestracja w PUP), jeden z powodu braku możliwości zarabkowania z powodu choroby oraz jeden z powodu podjęcia przeszkolenia po wieloletniej przerwie w wykonywaniu zawodu (zgodnie z uchwałą ORL),
- jeden o zwolnienie do końca bieżącego roku (rejestracja jako bezrobotny w PUP),
- dwa wnioski o przywrócenie opłacania składki w wysokości 10 zł w związku z podjęciem ponownie działalności zarobkowej.

Rada przyjęła wszystkie wnioski.

Następnie Prezes przedstawił członkom Rady krótkie sprawozdanie z obrad Konwentu prezesów okręgowych rad lekarskich, które odbyło się w Szczyrku. W jego ramach spotkano się z przedstawicielami samorządów terytorialnych – Zastępcą Sekretarza Związku Powiatów Polskich oraz Wicemarszałkiem Województwa Małopolskiego. W trakcie dyskusji nad problematyką ochrony zdrowia i polityką zdrowotną samorządów stwierdzono, że w chwili obecnej brak jest realnej kontroli ze strony rządu nad tym, co się w ochronie zdrowia dzieje.

W części poświęconej funkcjonującym od początku roku Komisjom Orzekającym o Zdarzeniach Medycznych stwierdzono, że jest wiele niedociągnięć legislacyjnych w związanych z ich istnieniem. Przy okazji okaza-

ło się, że w skali kraju Opolszczyzna jest wyjątkiem jeśli chodzi o liczbę członków tej Komisji, będących przedstawicielami samorządów zawodów medycznych (7 osób – w tym także osoba, którą Minister Zdrowia wyznaczył na swego przedstawiciela).

W trakcie spotkania prezesów ustalono także, że w związku z pozytywną opinią prof. Izdebskiego co do możliwości sądowego dochodzenia pieniędzy refundacyjnych za 2011 rok, na razie z pozwem wystąpi Izba w Gdańsku, a wszystkie izby będą solidarnie partycypować w kosztach sądowych.

Kol. Jakubiszyn poinformował również, że prezes Izby w Częstochowie przedstawił symulację finansową wyborów korespondencyjnych w rejonach wyborczych nowej kadencji. Wg tych symulacji koszt przypadający na jednego członka izby wynosić będzie ok. 7 zł.

Następnie kol. Pędich przedstawił przebieg spotkania w Szczyrku w części odnoszącej się do funkcjonowania Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowych Sądów Lekarskich. Stwierdził, że wszystkie postulaty, które zgłaszała opolska delegacja odnośnie zmian w ustawie o izbach lekarskich w zakresie odpowiedzialności zawodowej, zostały przyjęte przez forum i znajdują się w propozycji nowelizacji ustawy.

Poruszano również sprawy rozdzielenia funkcjonowania biur Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowego Sądu Lekarskiego we wszystkich izbach. Kol. Jakubiszyn odniósł się do tego i poinformował, że od 1 stycznia przyszłego roku w naszej izbie będą funkcjonowały dla tych dwóch organów dwa odrębne biura, z odrębną obsługą prawną.

Kol. Hamryszak przekazała z kolei krótką informację ze zorganizowanego przez Samorząd Województwa Opolskiego spotkania dotyczącego projektu powołania na Opolszczyźnie Specjalnej Strefy Demograficznej. Inicjatywa ta powstała w związku ze spodziewanym w najbliższych latach wzrostem liczby ludzi starych w naszym województwie przy równoczesnym zmniejszaniu się całej populacji mieszkańców Opolszczyzny.

Kol. Wojtyłko zgłosił członkom Rady problem szybkiego zmniejszania się liczby specjalistycznych gabinetów lekarskich, związany ze zbyt rygorystycznymi zapisami warunków kontraktowania świadczeń w AOS przez NFZ w tym roku (dotyczy to obowiązku funkcjonowania poradni minimum 3 x w tygodniu, przy jednocześnie niskich wysokościach samego kontraktu). Prezes stwierdził, że w Centrali NFZ dostrzeżono ten problem, w związku z czym podjęto decyzję o usunięciu tego zapisu w warunkach kontraktowania świadczeń na przyszły rok.

Kol. Jakubiszyn poinformował, że nadal przedłuża się patowa sytuacja lekarzy, którzy nie mając prywatnej praktyki, chcą podpisać umowę z OOW NFZ na wystawianie refundowanych recept, gdyż w dalszym ciągu żąda się od nich zaświadczenia o wpisie do rejestru praktyk OIL.

Na zakończenie kol. Jakubiszyn zapoznał członków Rady z bieżącą korespondencją, jaka napłynęła do Izby w minionym okresie.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Sekretarz ORL
lek. Jerzy LACH

Prezes ORL
dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

Dnia 29.10.2012 odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Zebranych powitała przewodnicząca dr Hamryszak.

Na wstępie przewodnicząca przytoczyła treść listu Wiceprezesa NRL dr Anny Lelli do Ministra Zdrowia, w sprawie interpelacji posła Z. Girzyńskiego, w której to poseł proponował poszerzenie uprawnień zawodowych techników dentystycznych. Dr Lella stanowczo, zgodnie ze zdaniem Naczelnej Komisji Stomatologicznej, sprzeciwia się takiej propozycji. Swoje stanowisko argumentuje m. in. tym, że kwestia świadczenia usług zdrowotnych nie może być rozpatrywana przez pryzmat oszczędności ekonomicznych, a „populistyczne hasła obniżania ceny usług medycznych nie mogą być bodźcem dla wprowadzania rozwiązań nie gwarantujących pacjentowi właściwej jakości pomocy medycznej”.

W kolejnym punkcie zebrania dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka poinformowała, że 12.09.2012 r., pod patronatem Ministerstwa Zdrowia i Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, miał miejsce „V Światowy Dzień

Zdrowia Jamy Ustnej”, którego celem było pogłębienie wiedzy społeczeństwa w tym zakresie.

28.09.2012 r. miało miejsce posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL. Wśród poruszanych tematów znalazła się między innymi nowa ordynacja wyborcza oraz aspekty prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Dyskutowany był również projekt kształcenia podyplomowego lekarzy. Wynika z niego, że specjalizacja ma trwać 3 lata, kursy specjalizacyjne będą organizowane przez CMKP, a kierownik specjalizacji będzie decydował o rodzaju koniecznych staży specjalizacyjnych. Szkolący się lekarz będzie miał obowiązek 6-godzinnej pracy przy fotelu. Na koniec sprawozdania dr Mokrzycka poinformowała również, że Naczelna Izba Lekarska planuje przeprowadzenie kursów w zakresie ochrony radiologicznej oraz dla inspektorów ochrony radiologicznej.

W przyszłym roku w siedzibie naszej Izby planowane są kursy z BHP, ratownictwa medycznego oraz prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicz-

nej. Terminy tych szkoleń zostaną podane do wiadomości w późniejszym terminie. Również w kwietniu przyszłego roku Komisja Etyki przy OIL wraz z Komisją Kształcenia planuje organizację sympozjum. Jednym z tematów będą „Dylematy w praktyce lekarskiej”.

Na koniec zebrania dr Anna Adamska zgłosiła postulat, aby nasza Izba wystosowała pismo do NFZ, w którym zostałyby sformułowane żądanie zwiększenia przez NFZ wyceny świadczeń przynajmniej o wskaźnik inflacji. Dr Chruszczyk poparł tę propozycję zwracając przy tym uwagę, że w naszej specjalności koszty niestety stale dosyć szybko rosną. Dla przykładu zostało podane, że same koszty kontroli sterylizacji w autoklawach zostały podniesione o 100%. Dr Adamska przytoczyła wyliczenia księgowe, z których wynika, że w 2009 r. punkt „ortodontyczny” został wyceniony na 1,20 zł (doszło wtedy

do obniżenia wyceny w stosunku do roku poprzedniego o 10 gr czyli o 7,7%). Inflacja, liczona rok do roku, wyniosła od tamtego czasu: 2008 – 4,2%, 2009 – 3,5%, 2010 – 2,6%, 2011 – 4,3%, I półrocze 2012 – 4%. Jednocześnie w tym czasie wzrosły koszty wykonawstwa laboratoryjnego oraz koszty materiałów. Jasno stąd wynika, że realnie lekarze za pracę są coraz mniej wynagradzani (na przykładzie ortodoncji punkt w 2012 r. – uwzględniając inflację – powinien być wyceniony co najmniej na poziomie 1,35 zł). Padła również propozycja, aby Fundusz, skoro nie może zaplanować zwiększenia wydatków na leczenie, w ramach posiadanych środków zmniejszył ilość świadczeń podwyższając wycenę punktu.

Na tym zakończono zebranie.

Sekretarz
lek. dent. J. Drzyzga

Przewodnicząca
Lek. dent. B. Hamryszak

50 LAT POLSKIEGO TOWARZYSTWA STOMATOLOGICZNEGO NA OPOLSZCZYŹNIE 1962–2012

W 1962 r. w Opolu powstaje Koło Terenowe Oddziału PTS w Katowicach. Założyła je garstka stomatologów Opolszczyzny chcąc podnosić swoje kwalifikacje i stworzyć pewnego rodzaju więź pomiędzy lekarzami – jednocząc środowisko. Jego przewodniczącym zostaje dr n. med. Jan Pogorzelski.

Zebrania odbywały się stosunkowo rzadko i w gronie tylko kilkunastu Koleżanek i Kolegów (po uzyskaniu zezwolenia Komitetu Wojewódzkiego PZPR i Komendanta Milicji Obywatelskiej w Opolu). Szkolenia prowadzone były początkowo, przez lekarzy naszego województwa. Z biegiem czasu, kiedy to liczba zainteresowanych zaczęła się zwiększać, zaczęto zapraszać pracowników naukowych uczelni z Wrocławia i Katowic.

Ze względu na skąpe materiały archiwalne, załane podczas powodzi i trącone zębem czasu, przedstawiam 50-lecie naszego Towarzystwa w formie bardzo skróconej. Jednakże zapewniam, że życie Oddziału było bardzo bujne i ciekawe, a zaangażowanie jego członków – wielkie.

Z dniem 1 czerwca 1971 r. – na wniosek Koła Terenowego w Opolu i Oddziału PTS w Katowicach, decyzją Zarządu Głównego PTS z dnia 23.IV.1971 r. powstaje Oddział Opolski PTS. Przekształcenie Koła w Oddział następuje bez wyborów i Prezesem zostaje dr n. med. Jan Pogorzelski. W dwa lata później odbywają się pierwsze wybory w nowo powstałym Oddziale.

Oddziałowi prezesowali:

- 1971–1973 – dr n. med. Jan Pogorzelski,
- 1973–1976 – dr Leszek Sawiński,
- 1976–1987 – dr n. med. Jerzy Werner,

- 1987–1989 – dr Zbigniew Kowalczyk,
- 1989–1997 – dr Stanisław Chruszczyk,
- 1997–2001 – dr Anna Szczombrowska,
- 2001–2010 – dr Wiesław Latała,
- 2010 r. do nadal – dr Tomasz Latała.

Obecnie Oddział liczy około 250 członków. W posiedzeniach uczestniczy średnio 120 lekarzy. To daje jeden z największych procentowo udziałów naszych kolegów w zebraniach, w stosunku do liczby pracujących. W ciągu tych lat Oddział Opolski PTS zorganizował kilka konferencji naukowych. Najważniejsze to:

- **Krajowa Konferencja Naukowa Sekcji Ortodoncji PTS** (8–9.06.1973 r.) – głównym organizatorem z ramienia Oddziału był dr Leszek Sawiński,
- **Międzynarodowa Konferencja Naukowa PTS** „Współczesna diagnostyka radiologiczna części twarzowej czaszki, a implikacje w terapii” (27–28.09.1991 r.) – głównym organizatorem był dr Wiesław Latała,
- **Ogólnopolska Konferencja Naukowa PTS** „Profilaktyka w stomatologii” (7–8.10.1994 r.) – głównymi organizatorami byli dr Stanisław Chruszczyk i dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka.

Koleżanki i Koledzy skupiali się w licznych kołach naukowych działających przy Opolskim Oddziale PTS:

- **Koło Terenowe w Raciborzu**, które w latach 1975–97 skupiało 30–40 członków; działało bardzo prężnie, jednak „Powódź Stulecia” przyczyniła się do zakończenia jego działalności,
- **Koło Sekcji Protetyki Stomatologicznej**, którego organizatorem i pierwszym przewodniczącym (w latach 1973–81) był dr Józef Liszowski; później Koło roz-

padło się i dopiero po 7 latach zostało reaktywowane przez jego następnego przewodniczącego dr Wiesława Latałę (1988–97),

- **Koło Sekcji Periodontologii i Protetyki Stomatologicznej** – powstało w 1997 r., jako kontynuacja Koła Protetyki; szefem został dr Krzysztof Malottki (1997–2005); w 2005 r. Koło podzieliło się na **Koło Sekcji Protetyki**, które prowadzi dr n. med. Piotr Wiśniewski i **Koło Sekcji Periodontologii**, które prowadzi dr Tomasz Latała,
- **Koło Sekcji Chirurgii Stomatologicznej**, którego organizatorem i pierwszym przewodniczącym był dr Bronisław Fischer (1973–81); także i to Koło zaprzestało na jakiś czas swej działalności i dopiero w 1997 r. zostało ponownie powołane do życia; jego przewodniczącym został dr Rafał Pędich (1997–2005), a jego następczynią jest obecnie dr Beata Mazurek-Gmirek,
- **Koło Sekcji Ortodoncji**, któremu od 2002 r. przewodniczy dr Danuta Hoszowska.

Posiedzenia Oddziału Opolskiego PTS odbywały się na początku nieregularnie – 3–6 razy do roku. Od końca lat 90. regularnie 9 razy. Od 2004 r. szkolenia odbywały się również wspólnie z Komisją Stomatologiczną OIL i z zespołem Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Opolu. Przez cały okres działalność Oddziału opiera się głównie na pracy lekarzy i pracowników Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Opolu. Miejscami tych spotkań były m. in.: Miejski Dom Kultury, Szkoła Muzyczna, Przychodnia Sportowo-Lekarska, Filharmonia Opolska, a obecnie hotel „Festival”.

W posiedzeniach, w charakterze wykładowców, uczestniczyli początkowo pracownicy naukowcy Akademii Medycznych z Wrocławia i Zabrze, a następnie – coraz częściej – także z innych uczelni. Byli to głównie profesorowie – kierownicy katedr i zakładów Akademii Medycznych z całego kraju. Między innymi gościliśmy takie sławy, jak:

- ze Szczecina – prof. Zbigniew Jańczuk i prof. Jadwiga Banach,
- z Gdańska – prof. Barbara Adamowicz-Klepalska i prof. Edward Witek,
- z Poznania – prof. Stefan Włoch, prof. Kazimierz Stawiński i prof. Stefan Flieger,
- z Warszawy – prof. Maria Wierzbicka, prof. Janusz Piekarczyk i prof. Eugeniusz Spiechowicz,
- z Wrocławia – prof. Stanisław Potoczek, prof. Adam Masztalerz, prof. Bogumił Płonka i prof. Tadeusz Paweła,
- z Zabrze – prof. Maria Barańska-Gachowska, prof. Leszek Ilewicz i prof. Antoni Karasiński,
- z Krakowa – prof. Stanisław Majewski i prof. Bartłomiej W. Loster,
- z Łodzi – prof. Danuta Piątkowska, prof. Włodzimierz Józefowicz i prof. Stanisław Suliborski.

Ponadto na naszych szkoleniach prezentowali swoje wykłady:

- Prezydenci Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego,
- Redaktorzy Naczelni Czasopism PTS: prof. UJ dr hab. Bartłomiej W. Loster z „Czasopisma Stomatologicznego”, prof. Eugeniusz Spiechowicz z „Protetyki Stomatologicznej”, prof. Tomasz Konopka z „Dental and Medical Problems”, prof. Ryszard Koczorowski z „Dental Forum” i prof. Stanisław Majewski z „Implantoprotetyki”,
- Prezesi wszystkich sekcji działających przy Polskim Towarzystwie Stomatologicznym (Protetyki Stomatologicznej, Periodontologii, Ortodoncji, Pedodoncji oraz Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej),
- Konsultanci Krajowi ze wszystkich dyscyplin stomatologicznych, a także – spoza stomatologii – Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych – prof. zw. dr hab. Andrzej Gładysz,
- Rektorzy Akademii Medycznych z Warszawy i z Wrocławia,
- kolejni Przewodniczący Sekcji Polskiej Akademii Pierre Faucharda (Światowa Honorowa Organizacja Dentystryczna): prof. Zbigniew Jańczuk, prof. Eugeniusz Spiechowicz i prof. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska,
- kolejni Przewodniczący Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej: dr n. med. Andrzej Fortuna, dr n. med. Zbigniew Żak i dr Anna Lella.

Bardzo ważnymi wydarzeniami w historii naszego Oddziału, poza organizacją konferencji i goszczeniem sław stomatologii polskiej, były niewątpliwie:

- powstanie w 1990 roku **Klubu Stomatologa** przy naszym Oddziale PTS, którego Honorowym Przewodniczącym był dr n. med. Jerzy Werner, a z którego to klubu w 1993 r. **wyłonila się Komisja Stomatologiczna Opolskiej Izby Lekarskiej**,
- podpisanie z naszej inicjatywy w 2004 r., w obecności członka Prezydium Zarządu Głównego PTS prof. dr hab. Zdzisława Krysińskiego i Prezesa OIL w Opolu dr n. med. Jerzego Jakubiszyna oraz naszych Koleżanek i Kolegów w Kamieniu Śląskim **listu intencyjnego o współpracy pomiędzy naszym Oddziałem i Komisją Stomatologiczną Izby**. List ten podpisał: Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej – lek. stom. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka i Prezes Oddziału PTS – lek. stom. Wiesław Latała.

Te wydarzenia skutkowały dla dalszej działalności Opolskiego Oddziału PTS tym, że od 2004 r. mamy możliwość zdobywania przez stomatologów punktów edukacyjnych bez konieczności wydawania pieniędzy na drogie kursy i szkolenia. Dzieje się tak, dzięki bardzo dobrej współpracy Towarzystwa i Samorządu Lekarskiego w naszym województwie. Tej współpracy zazdroszczą nam i zaczynają się powoli do niej przekonywać lekarze z innych regionów Polski.

Na koniec pragnę przypomnieć, że nieprzerwanie i już od 25 lat w karnawale organizowany jest przez nasz Oddział **BAL STOMATOLOGA**, na który – jak zawsze

– serdecznie zapraszamy wszystkich naszych przyjaciół.
Tym razem odbędzie się on w dn. 19.01.2013 r.

Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia
życzę wiele radości i szczęścia w rodzinach, a w nadcho-
dzącym 2013 roku dużo zdrowia, pomyślności i sukces-
sów. Jak to mówią „Alleluja i do przodu” – trzymajmy
tak dalej!

Lek. stom. Wiesław LATAŁA

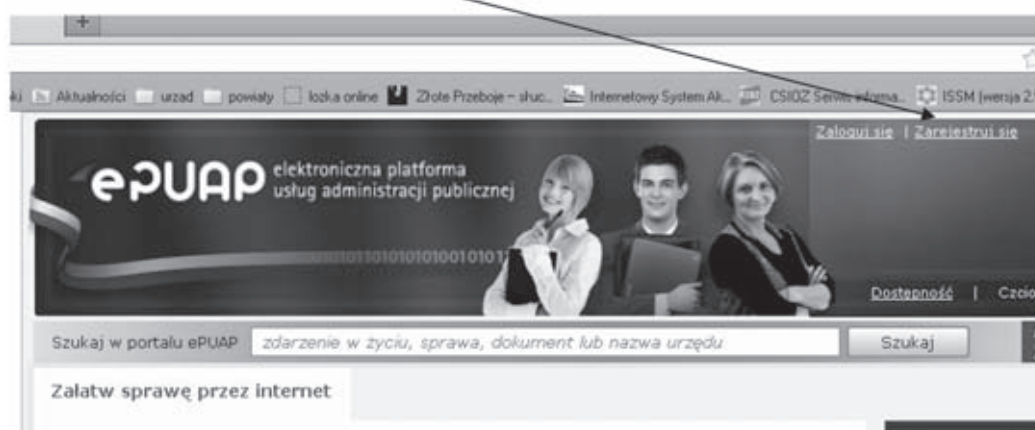
Serdecznie zapraszamy na
Jubileuszowy 25 BAL STOMATOLOGA
który odbędzie się w salach hotelu „Festival”
w Opolu, dnia 19 stycznia 2013 r.
Kontakt: tel. 77/45-20-924, 606-665-202

Zakładanie konta ePUAP

Krok.1. Wpisujemy w przeglądarce internetowej adres: <http://epuap.gov.pl/>



Krok.2. W prawym górnym rogu klikamy na **Zarejestruj się**.



Krok.3. Wypełniamy **Podstawowe dane**.

| Twoje dane | | Dane adresowe | |
|------------------------|---|----------------------|--|
| Podstawowe dane | | | |
| Pierwsze imię | * | <input type="text"/> | |
| Drugie imię | | <input type="text"/> | |
| Nazwisko | * | <input type="text"/> | |
| PESEL | | <input type="text"/> | |
| NIP | | <input type="text"/> | |
| Adres e-mail | * | <input type="text"/> | |
| Powtórz e-mail | * | <input type="text"/> | |

* pola wymagane

Krok.4. Następnie wypełniamy dane w **Dostęp do Portalu ePUAP**, znajdującego się poniżej **Dane dodatkowe**.

Adres e-mail *

Powtórz e-mail *

* pola wymagane

Dane dodatkowe [rozwiń](#)

Dostęp do Portalu ePUAP

Login *

Sprawdź login

☒ Wybieram logowanie przy pomocy hasła ☐ Wybieram logowanie przy pomocy certyfikatu

Od tej pory przy każdym logowaniu się do Portalu Od tej pory przy każdym logowaniu się do Portalu

Sprawdź login

Krok.5. Wpisujemy swoje hasło i klikamy na przycisk

Dostęp do Portalu ePUAP

Login *

Sprawdź login

☒ Wybieram logowanie przy pomocy hasła ☐ Wybieram logowanie przy pomocy certyfikatu

Krok.6. Jeśli nasz login jest wolny pojawia się stosowny komunikat.

The screenshot shows a login form with the following elements:

- Login** label and a text input field containing **darekignaciuk**.
- A button labeled **Sprawdź login**.
- A message box stating: **Login darekignaciuk jest wolny.**
- A help box with an information icon and text: **Twój unikalny identyfikator, którego będziesz używał podczas logowania się do Portalu. Uwaga: Identyfikator nie może zawierać polskich znaków, spacji oraz znaków specjalnych (np.: '!', '@', '\$', '/', '%', '&', '^', etc. z wyjątkiem '_', '-').**
- Two radio buttons at the bottom: **Wybieram logowanie przy pomocy hasła** (selected) and **Wybieram logowanie przy pomocy certyfikatu**.

Krok.7. Wpisujemy hasło.

The screenshot shows a password form with the following elements:

- Hasło** label and a password input field with masked characters.
- Powtórz hasło** label and a password input field with masked characters.
- A link: **Instrukcja korzystania z certyfikatu**.
- A help box with an information icon and text: **Hasło musi mieć od 8 do 32 znaków długości oraz zawierać minimum 1 cyfrę i 1 znak specjalny (np.: !, @, \$, /, %, &, ^, etc.).**
- A note at the bottom right: *** pola wymagane**.

Krok.8. Następnie przepisujemy litery z obrazka i zaznaczamy pole, że zapoznaliśmy się z regulaminem

The screenshot shows a captcha and terms of service section with the following elements:

- A **Captcha** header.
- An image of the word **an string** in a stylized font.
- A label **Przepisz tekst widoczny na obrazku** and a text input field containing **anstring**.
- A note at the bottom right: *** pola wymagane**.
- A checkbox section with the text: *** ☒ Zapoznałem się z zakresem i warunkami korzystania z ePUAP i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych**.

Krok.9. Klikamy na **Załącz konto**.

* ☒ Zapoznałem się z [zakresem i warunkami korzystania z ePUAP](#) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych

Anuluj **Załącz konto**

Krok.10. Uzupełniamy **Dane adresowe**.

Twe dane **Dane adresowe** **Potwierdzenie**

Dane adresowe

Miejscowość wpisz miejscowość/gminę/delegaturę i skorzystaj z podpowiedzi lub wpisz miejscowość, powiat i gminę ręcznie

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica wpisz ulicę i skorzystaj z podpowiedzi lub uzupełnij pole ręcznie

Numer domu

Numer lokalu

Pocztą

Kod pocztowy

Krok.11. Po uzupełnieniu danych klikamy w prawym dolnym rogu na **Zakończ**

Ulica zmień ulicę

Numer domu

Numer lokalu

Pocztą

Kod pocztowy

Zakończ

Krok.12. Pojawi się komunikat o założeniu konta.

Rejestracja w Portalu ePUAP

Twe dane **Dane adresowe** **Potwierdzenie**

Twoje konto użytkownika zostało utworzone

☒ Twoje konto zostało utworzone. Możesz używać loginu wyświetlonego poniżej podczas korzystania z portalu. Zalecamy wydrukowanie tej strony.

Profil zaufany

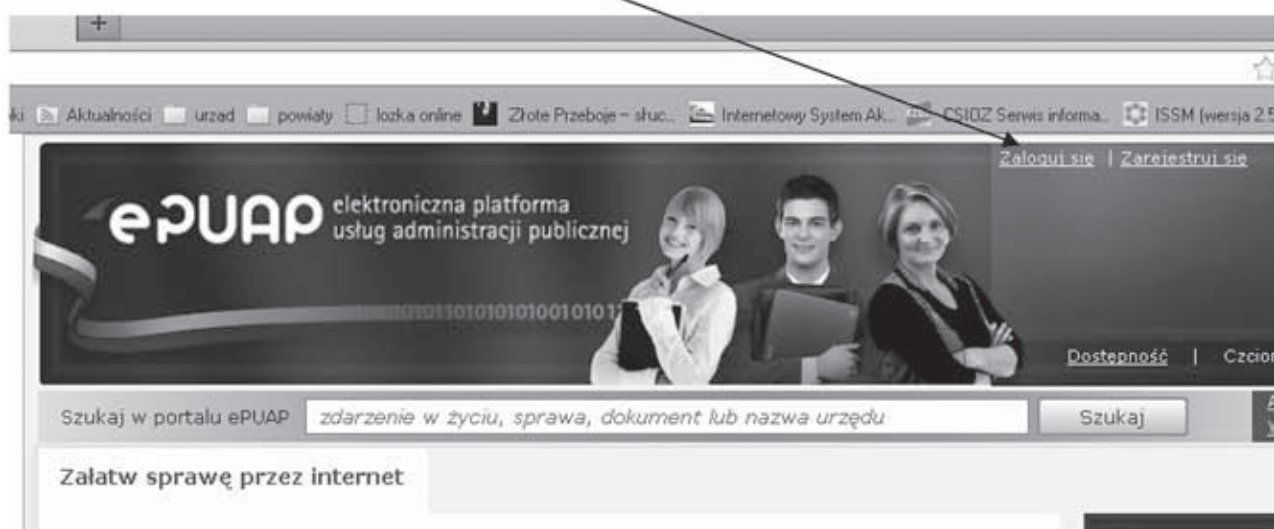
☒ Jeśli chcesz wiedzieć więcej o profilu zaufanym kliknij tutaj
Jeśli chcesz założyć **wniosek o profil zaufany** naciśnij link [wniosek o profil zaufany](#)

Wniosek o profil zaufany

Krok.1. Wpisujemy w przeglądarce internetowej adres: <http://epuap.gov.pl/>



Krok.2. W prawym górnym rogu klikamy na **Zaloguj się**.

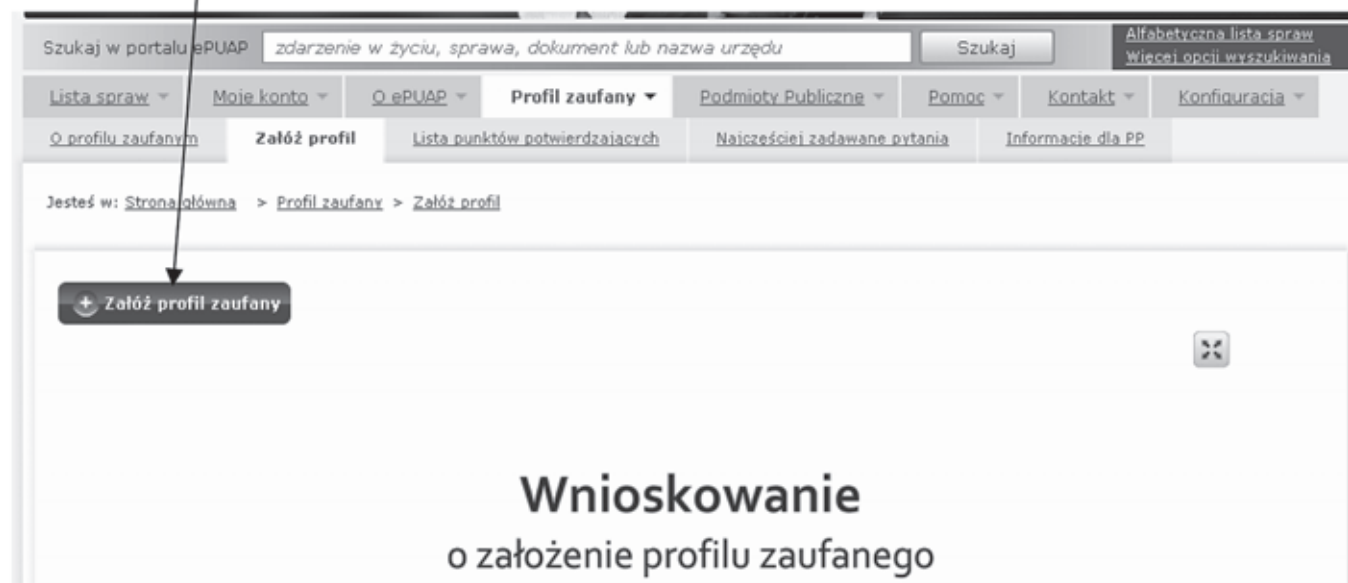


Krok.3. Po zalogowaniu się klikamy na **Załącz profil zaufany**



Krok.4. Klikamy na

 Załóż profil zaufany




Szukaj w portalu ePUAP Szukaj [Alfabetyczna lista spraw](#) [Wiecej opcji wyszukiwania](#)

[Lista spraw](#) [Moje konto](#) [O ePUAP](#) [Profil zaufany](#) [Podmioty Publiczne](#) [Pomoc](#) [Kontakt](#) [Konfiguracja](#)

[O profilu zaufanym](#) **Założ profil** [Lista punktów potwierdzających](#) [Najczęściej zadawane pytania](#) [Informacje dla PP](#)

Jesteś w: [Strona główna](#) > [Profil zaufany](#) > [Założ profil](#)

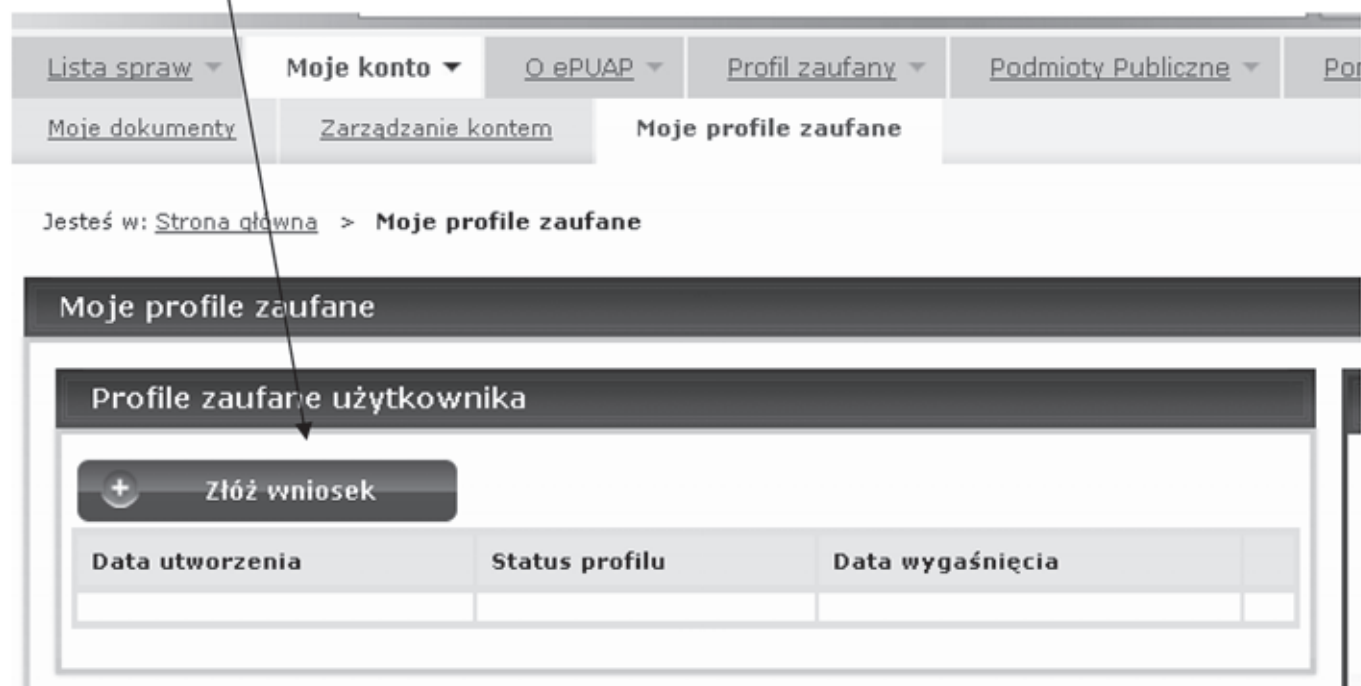
 Załóż profil zaufany

Wnioskowanie

o założenie profilu zaufanego

Krok.5. Klikamy na

 Złóż wniosek




[Lista spraw](#) [Moje konto](#) [O ePUAP](#) [Profil zaufany](#) [Podmioty Publiczne](#) [Poradnik](#)

[Moje dokumenty](#) [Zarządzanie kontem](#) **Moje profile zaufane**

Jesteś w: [Strona główna](#) > **Moje profile zaufane**

Moje profile zaufane

Profile zaufane użytkownika

 Złóż wniosek

| Data utworzenia | Status profilu | Data wygaśnięcia | |
|-----------------|----------------|------------------|--|
| | | | |

Krok.6. Wypełniamy dane i klikamy na **Sprawdź poprawność**, kiedy wpisujemy adres e-mail

Identyfikator użytkownika (login) * darekignaciuk

Imię *

Nazwisko *

PESEL * Pole wymagane

Adres e-mail *

Sposób przekazywania danych służących autoryzacji

Metoda zabezpieczeń * e-mail

Podaj e-mail *

Sprawdź poprawność

Podpis

☐ Samozaufanie?

Wyślij wniosek

Krok.7. Na naszą skrzynkę e-mail przyjdzie wiadomość, w której będzie podany kod.

Autoryzacja PZ: kod nr 1 z dn. 2012-11-07

Od: Profil Zaufany ePUAP <powiadomienie.epuap@mac.gov.pl>

Do: <dargn@wp.pl>

Data: Środa, 7 Listopada 2012 10:30

Temat: Autoryzacja PZ: kod nr 1 z dn. 2012-11-07

Profil Zaufany ePUAP - wiadomość autoryzacyjna.
Kod autoryzacyjny nr 1 z dn. 2012-11-07:
NKMDOEJN

W celu uniknięcia pomyłki przy wprowadzaniu kodu autoryzacyjnego, zaznacz go i skopiuj (przy pomocy kombinacji klawiszy Ctrl+c) a następnie wklej (przy pomocy kombinacji klawiszy Ctrl+v) na stronie ePUAP w rubryce kodu.

Krok.8. Kod z wiadomości e-mail przepisujemy w pole **Podaj kod ...**, następnie klikamy na ok

Sposób przekazywania danych służących autoryzacji

Metoda zabezpieczeń * e-mail

Podaj e-mail * dargn@wp.pl

Podaj kod nr 1 z dn. 2012-11-07: NKMD0EJN

Ok Anuluj

Podpis

☐ Samozaufanie?

Wyślij wniosek

Krok.9. Po zatwierdzeniu kodu możemy kliknąć na

Wyślij wniosek

Metoda zabezpieczeń * e-mail

Podaj e-mail * dargn@wp.pl

Zmień

Podpis

☐ Samozaufanie?

Wyślij wniosek

Krok.10. Pojawi się komunikat o potwierdzenie wniosku.

Metoda zabezpieczeń * e-mail

Potwierdzenie złożenia wniosku

Czy chcesz złożyć wniosek o nadanie profilu zaufanego ePUAP? Dodatkowo, spowoduje to nadpisanie danych w profilu konta danymi podanymi na wniosku. Czy zgadzasz się na to?

Tak Nie

☐ Samozaufanie?

Punkty Potwierdzające

Krok.11. Po kliknięciu na TAK, pojawi się informacja o złożeniu wniosku o wydanie profilu zaufanego.

 **Wniosek o założenie profilu zaufanego dla użytkownika** **złożony.**

Profile zaufane użytkownika

 **Złóż wniosek**

| Data utworzenia | Status profilu | Data wygaśnięcia | |
|-----------------|----------------|------------------|--|
| | | | |

Krok.12. Na adres e-mail zostanie wysłana wiadomość:

Wniosek o nadanie profilu zaufanego dla użytkownika () przyjęty.

- Identyfikator użytkownika:
- Imię:
- Nazwisko:
- PESEL:
- E-mail:
- Data złożenia: 2012-11-07

W celu zweryfikowania wniosku o profil zaufany użytkownika prosimy udać się do wybranego przez siebie punktu potwierdzającego z dowodem osobistym lub paszportem w ciągu 14 dni od daty wysłania wniosku. Po upływie 14 dni od daty wysłania wniosek zostanie automatycznie odrzucony przez system.

Krok.13. W ciągu 14 dni od daty wysłania wniosku należy się udać z dowodem osobistym do Punktu Potwierdzenia. Informację o punktach uzyskamy klikając na **Lista Punktów Potwierdzenia**

Wniosek w sprawie nadania profilu zaufanego

Moje profile zaufane

Profile zaufane użytkownika

 **Złóż wniosek**

| Data utworzenia | Status profilu | Data wygaśnięcia | |
|-----------------|----------------|------------------|--|
| | | | |

Twoje profile zaufane

Obok widnieje lista wszystkich Twoich profili zaufanych użytkownika (ważnego, unieważnionych /wygasłych). Jeśli chcesz przejść do szczegółów profilu, kliknij Szczegóły profilu.

Jeśli nie posiadasz ważnego profilu zaufanego użytkownika, kliknij **Złóż wniosek** w celu przejścia do formularza wniosku o jego nadanie.

Aby znaleźć Punkt Potwierdzenia, w którym można potwierdzić profil należy nacisnąć **Lista Punktów Potwierdzenia**

Krok.14. Wpisując w nazwie Województwo – opolskie, możemy wyszukać wszystkie punkty w województwie.

Lista punktów potwierdzających

Filtruj

Nazwa Adres Miejscowość Województwo

Kraj Komentarz

Filtruj

Wyczyść

| Nazwa | Adres | Miejscowość | Województwo ↑ | Kraj | Komentarz |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------|---------------|--------|--|
| ZUS Inspektorat w Oleśnicy | Oleśnica, ul. Lwowska 34-38 | Oleśnica | dolnośląskie | Polska | Czynny pon.: 8.00-17.00, wt.-pt.: 8.00-15.00 |
| ZUS II Inspektorat we Wrocławiu | Wrocław, ul. Litomska 36 | Wrocław | dolnośląskie | Polska | Czynny pon.: 8.00-17.00, wt.-pt.: 8.00-15.00 |
| ZUS I Inspektorat we Wrocławiu | Wrocław, ul. Reymonta 4/6 | Wrocław | dolnośląskie | Polska | Czynny pon.: 8.00-17.00, wt.-pt.: 8.00-15.00 |

ABC KASY FISKALNEJ

Podstawowe pytanie – kogo dotyczą nowe regulacje prawne?

Poniższe informacje dotyczą lekarzy i lekarzy dentyków, którzy dotychczas nie mieli obowiązku ewidencjonowania swoich przychodów przy użyciu kas fiskalnych. Dla tych z Was, którzy już z kas korzystają, nowe regulacje prawne niczego nie zmieniają.

Nowe rozporządzenie Ministra Finansów obniża próg przychodów, którego osiągnięcie zmusza do zainstalowania kasy fiskalnej. Dla lekarzy i lekarzy dentyków, którzy rozpoczęli swoją działalność w formie praktyki przed 1 stycznia 2011 r. próg ten wynosił dotychczas 40.000 zł. Teraz będzie to 20.000 zł – podobnie, jak dla osób otwierających dopiero swoje praktyki.

Punktem odniesienia będzie przychód osiągnięty w 2012 r. Należy podliczyć swoje przychody w praktyce w trakcie całego 2012 r., wynikające z tzw. obrotu konsumenckiego, czyli tylko te pochodzące od osób fizycznych (nie wchodzi w tę kwotę przychody uzyskane od przeróżnych firm, którym wystawiano rachunki; nie będzie też w tę kwotę wchodzić przychód uzyskany od pacjenta, który poprosił, żeby rachunek wystawić na jego firmę).

Jeżeli te przychody wyniosły **20.000 zł lub więcej** – kasa musi być **od 1 marca 2013 r.** zainstalowana. Jeżeli

li te przychody w 2012 r. wyniosły 19.999 zł lub mniej – kasy od 1 marca 2013 r. nie trzeba instalować. **Jeżeli kasę trzeba będzie zainstalować, to korzystanie z niej będzie konieczne już zawsze, niezależnie od tego jaki będzie w przyszłości obrót konsumencki.**

Jeżeli w 2012 r. obrót konsumencki był mniejszy niż 20.000 zł i nie powstał obowiązek zainstalowania kasy fiskalnej z dniem 1 marca 2013 r., należy sumować obrót konsumencki w trakcie 2013 r. Jeżeli jego kwota dojdzie do 20.000 zł, od następnego dnia trzeba będzie kasę zainstalować. Jeżeli do końca 2013 r. nie dojdzie do tej kwoty – od 1 stycznia 2014 r. liczenie zacznie się od początku.

Kolejne pytanie – które przychody wprowadzamy do kasy fiskalnej?

Tylko i wyłącznie te, które pochodzą z obrotu konsumenckiego czyli od osób fizycznych. Nie wprowadzamy do kasy tych przychodów, które udokumentowane są rachunkami wystawianymi na rzecz podmiotów działalności gospodarczej. Natomiast wystawienie rachunku pacjentowi nie zwalnia z obowiązku wprowadzenia przychodu do kasy (różnica wówczas polega tylko na tym, że pacjent nie dostaje wydruku z kasy fiskalnej tylko rachunek, a wydruk z kasy dopina się do kopii rachunku).

Następne pytanie – czy prowadząc praktykę w kilku lokalizacjach trzeba mieć odrębną kasę w każdej z tych lokalizacji?

Można przyjąć takie rozwiązanie, ale nie jest to konieczne. Można mieć 1 kasę przenośną. Trzeba jednak o wyborze wariantu zdecydować na samym początku, bo tylko przy pierwszym instalowaniu kasy (kas) można wystąpić do Urzędu Skarbowego o częściowy zwrot kosztów kasy (kas), a można ubiegać się o zwrot do każdej zainstalowanej kasy. Zwrot ten wynosi 90% ceny, nie więcej niż 700 zł. Trzeba pamiętać, że jeżeli z jakiś powodów dojdzie do awarii kasy, to do czasu jej naprawienia nie można prowadzić działalności gospodarczej – dobrze jest więc mieć kasę zastępczą (też refundowaną). O wszelkich zmianach związanych z używaniem kas (np. kasa w jednej lokalizacji się zepsuła i kasa z innej lokalizacji będzie teraz używana w obu lokalizacjach) należy niezwłocznie powiadamiać Urząd Skarbowy. Oczywiście lekarz ma obowiązek udzielania pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia, jeżeli więc taka potrzeba zaistnieje w okresie „niesprawnej” kasy fiskalnej, należy bezwzględnie takiej pomocy udzielić, a uzyskany przychód wprowadzić do kasy po jej naprawieniu.

Wreszcie – jakie są kolejne etapy procesu instalowania kasy fiskalnej?

1. Do Urzędu Skarbowego, właściwego ze względu na siedzibę praktyki, należy zgłosić zamiar zainstalowania kasy (kas). Zgłoszenie należy zaadresować na Naczelnika tego Urzędu, w nagłówku podać dane praktyki wraz z nr NIP, w treści wspomnieć o liczbie kas i poszczególnych lokalizacjach albo o stosowaniu kasy przenośnej, jak też o zamiarze posiadania kasy zastępczej (od tego co będzie w tym zgłoszeniu zależy krotność zwrotu kosztów zakupu). Należy też podać jaką firmę będzie serwisować kasę (kasy).
2. Do firmy serwisującej należy zgłosić potrzebę ufiskalnienia kasy. Kasa po jej zakupieniu może być używana w celu nabycia wprawy i operacje wykonywane w tym okresie nie wchodzą do pamięci kasy. Jednak najpóźniej w przeddzień rozpoczęcia pełnego korzystania z niej (28 lutego 2013) musi ona zostać zaplombowana i od tego momentu nie można z niej usunąć żadnych operacji. Przedstawiciel firmy serwisującej po dokonaniu tego ufiskalnienia zostawia specjalny dokument, który należy w terminie do 7 dni przekazać do Urzędu Skarbowego (jeżeli osobiście to trzeba zrobić kserokopię i poprosić o potwierdzenie daty wpływu, jeżeli listownie to bezwzględnie listem poleconym za potwierdzeniem odbioru). **Przekroczenie tych 7 dni pozbawia możliwości ubiegania się o refundację kosztów zakupu.** Przedstawiciel serwisu wprowadzi również do pamięci kasy odpowiednie kody, które będą musiały być stosowane potem przez lekarza. Kody te muszą być zgodne z aktualną Polską Klasyfikacją Wyrobów i Usług. Na szczęście ich

zakres jest bardzo ograniczony. Każdy lekarz prowadzący indywidualną praktykę lekarską będzie stosował jeden kod – 86.21.10.0 – *usługi w zakresie ogólnej praktyki lekarskiej*. Lekarze prowadzący praktyki specjalistyczne mają dwa kody – 86.22.11.0 – *usługi w zakresie analizy i opisywania obrazów medycznych* lub 86.22.19.0 – *pozostałe usługi w zakresie specjalistycznej praktyki lekarskiej*. Lekarze dentyści mają również do dyspozycji dwa kody – 86.23.11.0 – *usługi w zakresie praktyki ortodoncyjnej* lub 86.23.19.0 – *pozostałe usługi w zakresie praktyki dentystycznej*.

3. Urząd Skarbowy powiadomi o nadaniu kasie numeru identyfikacyjnego, który konieczne trzeba w sposób trwały nanieść na obudowę kasy.

Rodzaje kas

Są kasy tańsze, które kopię paragonu fiskalnego drukują na zapasowym pasku papieru wewnątrz kasy i są kasy droższe, które mają pamięć elektroniczną i w niej zapisują poszczególne transakcje. W przypadku wydruku papierowego, kopie paragonów należy przechowywać **przez okres 2 lat**. W przypadku praktyki, która korzysta z systemu elektronicznego obsługującego działalność tej praktyki, a system z kolei jest rozbudowany o moduł fiskalny, można zamiast kasy fiskalnej posiadać drukarkę fiskalną sprzężoną z komputerem. Ceny w/w urządzeń oscylują w granicach 1000-1500 zł.

Kasy są zaopatrzone w zapasowe zasilanie bateryjne, które pozwala na wydrukowanie minimum 200 paragonów (ważne gdy mamy awarię zasilania w energię elektryczną).

Korzystanie z kasy

Oryginał paragonu fiskalnego otrzymuje pacjent. Wyjątkiem, o którym już wyżej wspomniano, jest sytuacja, gdy pacjentowi wydajemy rachunek – wówczas paragon fiskalny doczepiany jest do kopii rachunku i pozostaje u lekarza.

Na koniec każdego dnia przyjmowania pacjentów należy sporządzić raport dzienny (w kasie jest odpowiedni przycisk, pozwalający na dokonanie tego podsumowania). Jeżeli po sporządzeniu takiego raportu trafi się niespodziewany pacjent (np. pacjent z bólem zęba u lekarza dentyisty), należy go oczywiście przyjąć, wprowadzić kolejny przychód do kasy i wydrukować nowy raport dzienny. Na koniec każdego miesiąca należy sporządzić raport miesięczny. Raportyienne i miesięczne należy przechowywać **przez 5 lat**.

Kasa musi być serwisowana co 24 miesiące, nawet gdyby – jako kasa zastępcza – nie była w ogóle używana.

Jeżeli kasa została zainstalowana i pobrano zwrot kosztów zakupu, a z jakichś względów nie była przez 3 lata używana, to trzeba będzie oddać te 700 zł (nie dotyczy to kasy zastępczej).

Wszystkie awarie, kradzieże, „zapełnienia” pamięci, itp. wymagają zgłoszenia do Urzędu Skarbowego i do Serwisu.

Jerzy JAKUBISZYN

PODPOWIEDZI APTEKARZA

Chciałbym Państwu przypomnieć, że niezaznaczenie na receptce odpłatności przy leku choć dozwolone (§ 6.1. 6a rozp. MZ z 09.03.2012 r.), to jednak automatycznie określa ten lek jako refundowany dla pacjenta (§ 16.1. 1h tiret pierwsze w/w rozp.). Dopiero postawienie znaku X (lub 100% – oba są równoważne) sprawia, że aptekarz wyda ten lek pełnopłatnie. Pomijam tu nieokreślenie w przypadku pacjentów krajowych płatnika – bez wpisanego numeru właściwego Oddziału Wojewódzkiego NFZ każda recepta jest pełnopłatna.

Powyższe uwagi są bardzo ważne przede wszystkim przy wypisywaniu leków stosowanych „we wskazaniach określonych stanem klinicznym” czyli dawna lista leków stosowanych w chorobach przewlekłych (art. 6.1. 1b Ustawy refundacyjnej z 12.05.2012 r. Dz. U. 2011 nr 122 poz. 0696). Przepisanie np. carvedilolu czy też clopidogrelu bez określenia odpłatności spowoduje, że pacjent bez określonego wskazania klinicznego dostanie ten lek w aptece ze zniżką (§ 16.1. 1h tiret pierwsze w/w rozp.).

W przypadku leków posiadających dwa różne poziomy odpłatności, tzn. wyższy w całym zakresie wskazań (Art.6.1. 1a w/w ustawy – lista podstawowa czyli Ryczałt oraz 30% i 50%) oraz niższy we wskazaniach określonych stanem klinicznym (jw. ppkt b) ustawy – Bezpłatnie, Ryczałt, 30%, 50%) niezaznaczenie odpłatności spowoduje wydanie tego leku, jak w zakresie a) – czyli drożej dla pacjenta (§ 16.1. 1h tiret drugie w/w rozp.).

Jeżeli wpisujemy nieistniejącą czyli błędną odpłatność (lek ma odpłatność 30% i B, a wpisaliśmy R), to pacjent

również dostanie lek z odpłatnością wyższą (droższą). Wpisanie przy leku znaku „P” spowoduje, że lek zostanie wydany z niższą odpłatnością (§ 16.1. 1h tiret pierwsze w/w rozp.).

Reasumując mój wywód:

1. Pacjent nieubezpieczony – nie wpisujemy numeru NFZ – wszystkie leki pełnopłatne,
2. Pacjent ubezpieczony – numer NFZ wpisujemy (prawidłowość danych),
 - nie przysługuje mu dany lek z refundacją – wpisujemy X lub 100%,
 - przysługuje mu dany lek (który ma jeden poziom odpłatności – dotyczy leków w całym zakresie wskazań, a także we wskazaniach określonych stanem klinicznym) – nie zaznaczamy nic lub możemy wpisać właściwą odpłatność,
 - przysługuje mu dany lek w całym zakresie wskazań (ale lek ma dwa poziomy odpłatności) nie zaznaczamy nic lub możemy wpisać właściwą odpłatność (wyższą),
 - przysługuje mu dany lek we wskazaniach określonych stanem klinicznym (ale lek ma dwa poziomy odpłatności) – wpisujemy znak „P” lub możemy wpisać właściwą (niższą) odpłatność.

Mam nadzieję, że przybliżyłem Państwu problemy z odpłatnościami.

*Sekretarz Opolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej
Mgr farm. Marek MATYSIK
marematy@poczta.onet.pl*

OPERACJE TARCZYCY NEUROMONITORINGIEM W ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO W OPOLU

W Polsce ponad 300 oddziałów i klinik zajmuje się chirurgią gruczołu tarczowego. Rocznie wykonywanych jest blisko 25.000 strumektomii. W województwie opolskim rocznie operowanych jest ponad 300 pacjentów.

Jednym z najpoważniejszych powikłań operacji tarczycy jest uszkodzenie nerwów krtaniowych. To powikłanie zdarzało się od zarania historii chirurgii gruczołu tarczowego i prawdopodobnie nie uda się go całkowicie wyeliminować również i w przyszłości.

Przyczynami pooperacyjnej dysfunkcji nerwów krtaniowych może być uraz termiczny lub uszkodzenie mechaniczne (pociąganie, ucisk, podwiązanie, zmiżdżenie, przecięcie).

Wyróżniamy uszkodzenia wczesne (przemijające) i późne (utrwalone). Częstość uszkodzeń jednostronnych wynosi 4%, a uszkodzeń obustronnych 1%. W chirurgii wola nawrotowego lub złośliwego odsetek uszkodzeń nerwów krtaniowych wzrasta czterokrotnie.

W wyniku uszkodzenia nerwów krtaniowych może dojść do osłabienia siły głosu lub zmiany jego brzmienia. Może wystąpić chrypka lub całkowity bezgłos. W skrajnych przypadkach może dochodzić do zaburzeń oddychania wymagających wykonania tracheostomii.

W zapobieganiu jatrogennym uszkodzeniom nerwów krtaniowych dużą rolę odgrywa doświadczenie operatora oraz staranna technika operacyjna. Nową bronią w rękach chirurga, która zmniejsza ryzyko uszkodzeń



Zespół chirurgów Szpitala Wojewódzkiego w Opolu podczas operacji tarczycy z zastosowaniem neuromonitora

nerwów krtaniowych podczas operacji tarczycy, jest zastosowanie neuromonitoringu. Metoda ta została wdrożona 15 lat temu w USA. W Europie stosowana od ponad 7 lat. W Niemczech blisko 90% operacji tarczycy przeprowadzanych jest z wykorzystaniem neuromonitora. W Polsce neuromonitoring, w operacjach tarczycy, stosowany jest od niedawna. W chwili obecnej tylko kilkanaście ośrodków posiada własny neuromonitor.

W województwie opolskim 3 pierwsze operacje tarczycy, z zastosowaniem neuromonitoringu, przeprowadzono w Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego w 2010 roku. Kolejne 4 zabiegi przeprowadzono w 2011 r. Korzystano wówczas ze sprzętu testowego. W bieżącym roku dokonano zakupu neuromonitora.

W skład urządzenia wchodzi: neuromonitor, elektroda odbiorcza (naklejana na rurkę intubacyjną) oraz elektroda stymulująca (którą manipuluje operator).

Urządzenie ułatwia identyfikację nerwu krtaniowego oraz pomaga ustalić jego przebieg. Ostrzega sygnałem dźwiękowym i wizualnym przed kolizją z nerwem. Poprawia bezpieczeństwo i komfort pracy chirurga. Neuromonitor zapamiętuje dane z zabiegu operacyjnego i prze-



chowuje je w swojej pamięci. W razie potrzeby można je przenieść do komputera (w postaci pliku), wydrukować i dołączyć do historii choroby pacjenta jako dowód prawidłowo przeprowadzonego zabiegu.

Neuromonitor, który został zakupiony dla potrzeb Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, jest pierwszym w Polsce aparatem, który został podłączony do sieci informatycznej Szpitala, co pozwala na uproszczenie obsługi w zakresie dokumentacji medycznej.

Członkowie Grupy Badawczej ds. Neuromonitoringu Polskiego Klubu Chirurgii Endokrynologicznej, w trakcie posiedzenia w dniu 16.04.2011 r. w Krakowie, uznali za wskazane wyposażenie ośrodków chirurgii tarczycy w aparaturę do neuromonitoringu. Po analizie literatury światowej i w oparciu o własne doświadczenia stwierdzono potrzebę wprowadzenia programu rutynowych szkoleń w zakresie standaryzowanej techniki neuromonitoringu nerwów krtaniowych oraz stosowania tej metody w operacjach tarczycy.

Dr n. med. Janusz PICHURSKI

DRAB Z GRUBA CIOSANY

Ten pies jest naprawdę zły. Potrafi się zjeżyć, naburmuszyć i umie marszczyć brwi. Czasem się sroży, udając wilka, czasem warczy i szczerzy kły, i nawet ślina mu cieknie z pyska. A dziś postawił uszy i wybałuszył oczy, dał znak, że w każdej chwili może uderzyć, zetrzeć w pył przeciwnika. Wystarczy, że usłyszy: Bierz go! I już naciera, aby gryźć i wyszarpywać trzewia. Spójrzmy na jego zęby, połamał je, chuligan, drab z gruba ciosany, bo on nikomu nie przepuści – ani potworowi, ani pieskowi francuskiemu.

A może to nie pies, tylko człowiek przemieniony w wilka? Powróćmy do średniowiecza, kiedy bez trudu można było kogoś zaczarować, rzucić zaklęcie, sprawić,

że nieuczciwy rejent kładł się spać jako urzędnik państwowy, a budził się jako wilkołak. Czarodziejów było wielu, prawie każda wioska miała swojego maga. Niechby tylko ktoś spojrzał inaczej, włożył koszulę na lewą stronę, wypił psią juchę, potknął się o wystający korzeń, a wróż natychmiast zabierał się do pracy, robił wszystko, by obrócić człowieka w diabła. Co roku przybywało również zezowatych, garbatych, sześciopalczastych, takich z plamami na policzkach albo z bielmem na oczach; ich też należało zaczarować, a najlepiej przeobrazić w zwierzęta. Jean Bodin (1530–1596), sędzia królewski, profesor prawa na uniwersytecie w Tuluzie i autor *Demonomanii czarowników*, opowiadał, jak pewnego dnia w 1542

roku na placu w Konstantynopolu zebrało się stu pięćdziesięciu wilkołaków. Skąd się tam wzięli? Z uroków oczywiście. A po Białorusi jeszcze w osiemnastym wieku *wilkołaków takie stada snuły się (...) że aż strach było wyjść w pole* – pisał Jan Barszczewski.

Wszędzie roilo się od zmór. Bo nie dość, że wilkołaki po śmierci przybierały postać wampirów, to jeszcze Anthony Masters podał aż czterysta osiemdziesiąt sześć przyczyn, dla których zwykły nieboszczyk mógł się stać upiorem. Wystarczyła mała pomyłka, zaniechanie, niedopełnienie rytuału przejścia i umrzyk szukał pomsty, wył, straszył, nawiedzał żyjących. W demony przeobrażały się także (według Jeana Claude’a Schmita) ofiary gwałtownej śmierci, dusze skalane, niepożrebiani (*insepulti*), samobójcy (*biothanati*) i kobiety zmarłe w połogu. Jeśli doliczyć ekskomunikowanych, nieochrzczonych, pozbawionych ostatniego namaszczenia, dzieci ze związków kazirodczych, urodzone jako siódme w rodzinie oraz – o dziwo – w czepku urodzone, to okazuje się, że na każdym rogu pomieszkiwał przynajmniej jeden diad.

W strachy przeradzali się też denaci, których pochowano na pograniczu, na skraju wioski bądź we wgłębieniu. Nie wolno było też dokonywać pochówku na podmokłych łąkach i rozdrożach, zmarli nie potrafili się bowiem odnaleźć, źle się czuli wydziedziczeni, bez przynależności, już nieludscy, w trupim stroju, a jeszcze bez obywatelstwa krainy zmarłych, tej Miłoszowskiej *podszewki świata*, pozbawieni paszportu krainy *Anaon*, zamieszkanego przez tych, którzy odeszli.

Niełatwo było kiedyś przeżyć – od narodzin do zniknięcia – pozostając człowiekiem. Nieprzynależność była zmorą tamtych czasów, ludzie ciągle doświadczali obecności niedostatecznej, a także nietrwałości i podzielnosci. Tak wiele się działo w czasie pośrednim. Wychodząc do pracy w polu, można było powrócić jako wilkołak (*odszedł, obrócił się trzykroć na ziemi i stał się wilkiem* – opowiadał Adolf Czerny w *Istotach mitycznych Serbów Łużyckich*). Nawet śmierć nie była śmiercią, tylko przejściem do stanu bezgranicznego cierpienia, bo zaledwie nielicznych przyjmowano do nieba.

I to ma być pies? Ten bydlak, najeżony potwór, umięśniony zabijaka? Ignacy Nowodworski stworzył psa nie psa, postać z teraźniejszości i przeszłości. Tak jak niegdyś życie nie oznaczało jedynie życia, a i na prawdziwą śmierć trzeba było sobie zasłużyć, tak też ten drewniany szczeniak to jednocześnie bies, zmora. I samotny wędrowiec.

Agnieszka KANIA



KIM BYŁA ELEONORA LOTARYŃSKA GRANA PRZEZ ALICJĘ BACHLEDĘ-CURUŚ W „BITWIE POD WIEDNIEM” (z wątkami onkologicznymi)

Przed 2 laty w rocznicę 12 września 1683 r. w „Pulsie Uczelni” Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu zamieściłem artykuł pt. „Czy Viktoria Wiedeńska króla Jana III Sobieskiego dała Polsce wymierne efekty polityczne” (3,10,2012).

Obecnie wszyscy jesteśmy pod wrażeniem filmu pt. „Bitwa pod Wiedniem” w reżyserii Renzo Martinelli, w którym jedną z głównych ról gra Alicja Bachleda-Curuś, jako Eleonora Lotaryńska. Kim była Eleonora Maria Józefa Habsburżanka (1653–97)?

Eleonora Habsburżanka była córką cesarza Ferdynanda III Habsburga i siostrą cesarza austriackiego Leopolda I. 27 lutego 1670 r., jako 17-letnia arcyksiężna poślubiła na Jasnej Górze w Częstochowie polskiego króla Michała Korybuta Wiśniowieckiego, a 19 października tegoż roku w Katedrze św. Jana w Warszawie została koronowana na królową Polski.

W czasie pobytu w Polsce (ale również później na dworze wiedeńskim) Eleonora Wiśniowiecka słynęła ze szczególnej elegancji i bogatych strojów ozdobianych klejnotami, perłami i diamentami. Równocześnie była powszechnie szanowana z uwagi na łagodność, dobroć, ale także za takt i rozsądek w łagodzeniu sporów na dworze królewskim (bardzo szybko nauczyła się języka polskiego).

Z Michałem Korybutem Wiśniowieckim nie doczekała się potomstwa, aczkolwiek pod koniec 1670 r. miała poronić (stąd kilkumiesięczne opóźnienie jej koronacji), ale prawdopodobnie w ten sposób starano się zatuszować impotencję Króla Michała Korybuta.

Po śmierci męża w roku 1673 Eleonora przez kilka lat pozostawała w Polsce, a po wyborach elekcyjnych na króla polskiego Jana III Sobieskiego istniała nawet koncepcja, aby Jan III rozwiódł się ze swoją żoną słynną „Marysieńką” i poślubił królową – wdowę.

Ostatecznie Eleonora powróciła do Austrii i 6 lutego 1678 r. poślubiła w Wiener Neustadt swojego dawnego narzeczonego Karola V Lotaryńskiego (1643-90), brata cesarza niemieckiego Franciszka I. Małżeństwo Eleonory z Karolem było niezwykle udane i doczekali się 6-ciorga dzieci (w tym 5-ciu synów).

Karol V Lotaryński, zwycięzca wielu bitew z Francuzami i Turkami, na odsiecz Wiednia w roku 1683 przybył jako feldmarszałek wojsk niemieckich. Po zwycięskiej bitwie pod Wiedniem cesarz austriacki Leopold I (grany w filmie przez Piotra Adamczyka), który podczas oblężenia Wiednia uciekł do Linzu właśnie Karolowi V Lotaryńskiemu starał się przyznać decydujące znaczenie w pokonaniu Turków pod Wiedniem. Tym bardziej zresztą, że jego żona Eleonora Lotaryńska za Janem III Sobieskim (wspaniała rola Jerzego Skolimowskiego) nie przepadała, od kiedy próbowano ją z nim swatać.



Karol V Lotaryński zmarł w roku 1690 i Eleonora została po raz drugi wdową. Zmarła 7 lat później i została pochowana w kryptach Kościoła Kapucynów na wiedeńskim Ringu, przy czym na jej trumnie znajduje się herb Rzeczypospolitej Obojga Narodów.

Król Michał Korybut Wiśniowiecki spoczywa w krypcie św. Leonarda w podziemiach Katedry Wawelskiej obok swojego następcy króla Jana III Sobieskiego.

Monumentalny pomnik Karola V Lotaryńskiego stoi natomiast na terenie cesarskiego pałacu Hofburg w Wiedniu. Takiego pomnika Janowi III Sobieskiemu Austriacy niestety nie postawili.

W filmie „Bitwa pod Wiedniem” istnieje również wątek onkologiczny. Otóż Eleonora Lotaryńska została cudownie wyleczona z zaawansowanego raka piersi przez mnicha, kapucyna Marka z Avione (granego przez laureata Oscara Murraya Abrahama). Marek z Avione był duchownym przywódcą armii chrześcijańskiej pod Wiedniem w walce z islamem, który miał po zdobyciu Wiednia zalać całą Europę, zdobyć Rzym i uczynić z Katedry św. Piotra meczet (tak, jak to uczyniono w Stambule z Haga Sopią).

Marek z Avione został beatyfikowany przez Papieża Jana Pawła II w dniu 27 kwietnia 2003 r. w Rzymie. Jego postać znajduje się także na obrazie „Sobieski pod Wiedniem”, który Jan Matejko ofiarował Muzeum w Watykanie.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

Od Redakcji: Właśnie ukazała się wydana w Wydawnictwie MS z Opolą nakładem autora zgrabna książka pt. „Żony królów i władców Polski”, w której prof. Kubicki zebrał krótkie szkice dotyczące małżonek naszych władców. Z częścią tych tekstów mogliście się Państwo zapoznać na łamach naszego Biuletynu. Wszyscy chcący kupić tę pozycję, by móc poznać zawartość książki mogą zwracać się bezpośrednio do autora lub do Biura Opolskiej Izby Lekarskiej przy ul. Grunwaldzkiej 23, e-mail: izba61@pro.onet.pl, tel.: 77/454-59-39.

XV STRESSOWY ZŁAZ MEDYKA – REAKTYWACJA!!

Koleżanko! Kolego!

Absolwentko/Absolwencie Akademii Medycznej we Wrocławiu sprzed lat kilkudziesięciu!

Czy pamiętasz może jeszcze Stressowy Złaz Medyka? Czy od czasu do czasu wracają do Ciebie wspomnienia z tras turystycznych Kotliny Kłodzkiej lub Jeleniogórskiej? A może pamiętasz jeszcze słowa i melodie piosenek śpiewanych wtedy przy dźwiękach gitary?

Jeśli tak, to chcemy zaprosić Cię w piękne dni na przełomie maja i czerwca 2013 r. na **kolejny (!!!) XV Stressowy Złaz Medyka! Po 34 latach chcemy wrócić na wędrowne szlaki z plecakami, by przywrócić barwę i zapach wspomnieniom z tamtych lat!**

Na szlaku na pewno spotkasz swoich dawno nie widzianych starych przyjaciół, przypomnisz sobie dawno nie śpiewane piosenki, a już na pewno poprawisz sobie swoją kondycję fizyczną (choć zapewniamy, że nie będzie hardkorowych tras).

Oprócz znaczka i plakietki każdy uczestnik otrzyma odtworzony z pietyzmem stary AKT-owski* śpiewnik z kilkuset piosenkami. Mamy także nadzieję na pełne niespodzianek zakończenie Złazu, ale o szczegółach dowiesz się nieco później.

Jeśli więc jesteś gotów wyciągnąć ze schowka swój zakurzony plecak, założyć swe stare buty turystyczne i spotkać się z nami na szlaku – daj znać!!! Wstępne zgłoszenia swojego uczestnictwa prosimy kierować na nasze adresy mailowe. A więc: „*W góry, w góry miły bracie, tam przygoda czeka na Ciebie*”.

PS. Wszyscy młodzi medycy są także mile widziani – zobaczcie, co Was kiedyś ominęło!!!!

Jerzy LACH (Opole)
jerzy.lach@poczta.onet.pl

Ryszard ŚCIBORSKI (Wrocław)
sciborski@poczta.onet.pl

* AKT – to Akademicki Klub Turystyczny.

MEDYCyna PO DYPLomie

W MŁODEJ CYTOPLAZMIE MŁODE JĄDRO

Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny za rok 2012 otrzymali John B. Gurdon i Shinya Yamanaka

Jak wiadomo, komórki składają się z jądra i cytoplazmy. Za komórkową głowę powszechnie uważa się jądro, w którym znajduje się materiał genetyczny, czyli DNA. To, co jest w cytoplazmie, powstaje na matrycy zapisów w tym materiale i wydawać by się mogło, że cytoplazma jest całkowicie podporządkowana jądro. No, może z wyjątkiem mitochondrium, które ma własny, oddzielny materiał genetyczny (zawsze dziedziczony po matce). Ale oczywiście nigdy nie jest tak, że na początku istnieje samo jądro, które wytwarza sobie cytoplazmę z pojedynczych substratów: aminokwasów, cukrów i tłuszczów. Powstająca komórka potomna przejmuje jedno i drugie od komórki rodzicielskiej. W każdym z nas wszystkie komórki mają taki sam genom, ale bardzo się różnią między sobą: komórki włosów wyglądają zupełnie inaczej niż komórki krwi. Ta różnorodność wyglądu i funkcji dotyczy kilkuset różnych rodzajów komó-

rek. W poszczególnych rodzajach komórek jedne geny ulegają aktywacji, a inne zahamowaniu i dlatego różnie wygląda ich cytoplazma. Jądro więc wpływa na to, czym jest i jak wygląda cytoplazma, ale pozostaje pytanie, czy cytoplazma też wpływa na jądro. Aby na to pytanie odpowiedzieć, trzeba komórki pozamieniać jądrami i zobaczyć, co się stanie.

Niełatwo wziąć pojedynczą komórkę, usunąć z niej jądro, a następnie wprowadzić tam jądro z innej. Komórki są na ogół bardzo małe i taka manipulacja jest technicznie bardzo trudna. Chyba, że chodzi o naprawę dużą komórkę. Taką np. jak skrzek (czyli zapłodniona komórka jajowa) żaby. Historia zaczęła się w latach 50. ubiegłego wieku (dokładnie 60 lat temu, to jest w roku 1952), kiedy Robert Briggs i Thomas J. King z Instytutu Fox Chase w Filadelfii wyjęli jądro z komórki żabiej blastuli i przetransferowali je do zapłodnionej komórki jajowej żaby, i ostatecznie uzyskali kijankę posiadającą cechy odpowiadające przeniesionemu jądro. Taki był początek nowej technologii – technologii transfe-

ru jądra (ang. *nuclear transfer*). Zwykła żaba była jednak bardzo niewygodnym modelem do tych badań, gdyż rozmnaża się tylko o jednej porze roku, a badania trzeba prowadzić ciągle. I oczywiście chodzi o to, aby próbować transferować jądra z komórek dorosłych żab. Ten problem rozwiązał John B. Gurdon, który zwrócił uwagę na żabę południowoafrykańską *Xenopus levis*. Ją można rozmnażać i następnie badać jej skrzek przez cały rok. Dzięki temu John B. Gurdon zbadał i opracował podstawowe zagadnienia związane z transferem jądra. Dziesięć lat później po odkryciach Briggsa i Kinga (w 1962 r.) uzyskał żabę z zarodka, który powstał po transferze do komórki jajowej jądra z komórki jelita, a więc komórki znacznie starszej niż pochodząca z blastuli. Potem udowodnił, że za odprogramowanie jądra komórki zróżnicowanej w jakimś kierunku odpowiedzialna jest cytoplazma. Tym samym potwierdził tezę, że „w młodej cytoplazmie odmłodzone jądro”. Briggs zmarł w 1983 r., a King w 2000. Najmłodszy z nich, Gurdon, w bieżącym roku odbierze Nagrodę Nobla.

Ktoś się zachnie: Nobel za żabę? Tak, gdyż ta właśnie technologia, technologia transferu jądra, umożliwiła klonowanie ssaków, najpierw powstanie słynnej owieczki Dolly, a następnie klonowanych ssaków wielu innych gatunków. Czyli klonowanie reprodukcyjne. Wprowadziła też w stan amoku różnych fanatyków religijnych, gdyż potencjalnie umożliwia także klonowanie człowieka. Spieszę uspokoić: siłą gatunku ludzkiego nie jest jednorodność, lecz odwrotnie – różnorodność. Nie klony, lecz mieszańce. Klony nie mają szans z mieszańcami.

Ale technologia transferu jądra umożliwiła także klonowanie terapeutyczne, potrzebne tzw. medycynie regeneracyjnej. Jej celem jest leczenie różnych schorzeń, spowodowanych ubytkiem komórkowym, za pomocą transplantacji odpowiednich komórek macierzystych, czyli wyjściowych dla tych komórek, których u danego chorego brakuje: nerwowych, mięśniowych, krwiotwórczych itd. Takie komórki bardzo trudno uzyskać, a poza tym muszą być zgodne tkankowo, czyli zgodne w układzie HLA. Zwykle nie można ich uzyskać od samego chorego, gdyż z racji wieku zanikły, a uzyskane od innych (młodszych) osób będą różne tkankowo. Z kolei liczba różnych kombinacji cech tego układu to kilka miliardów i bardzo trudno znaleźć inną osobę całkowicie zgodną w HLA, w dodatku ona też będzie dorosła i uboga w komórki macierzyste. Najlepszym rozwiązaniem byłoby wytworzenie komórek macierzystych zgodnych tkankowo drogą transferu jądra od dojrzałej komórki chorego do cytoplazmy komórki zarodkowej. Obecnie medycyna dysponuje liniami ludzkich zarodkowych komórek macierzystych. Proste zaadaptowanie technik Gordona nie przyniosło jednak powodzenia.

W międzyczasie stało się wiadome, że za włączanie i wyłączanie genów są odpowiedzialne inne geny, tzw.

geny regulacyjne, które kodują białka będące czynnikami transkrypcyjnymi. Czynniki transkrypcyjne pod wpływem określonych bodźców, np. cytokin, rozwijają helisę DNA w określonych miejscach i umożliwiają transkrypcję znajdujących się w tych miejscach genów. Czyli w pewnym sensie one włączają lub, jeśli ich nie ma, wyłączają określone geny kodujące białka czynności komórki, a więc np. gen kodujący łańcuch hemoglobiny w krwinkach czerwonych. Pozostało określić, które z genów czynników transkrypcyjnych muszą być włączone, aby komórka była wielopotencjalna, aby była macierzysta. Zrobił to metodą prób i błędów Shinya Yamanaka ze współpracownikami z Uniwersytetu w Kyoto. W 2006 r. okazało się, że wystarczą cztery takie geny: OCT4, SOX-2, c-MYC i KLF4. Wprowadzenie ich do dojrzałych komórek powoduje odprogramowanie i powstanie komórek wielopotencjalnych. Tak uzyskanym komórkom nadano nazwę wzbudzonych wielopotencjalnych komórek macierzystych (*iPS cells*, ang. *induced pluripotent stem cells*). Z kolei z nich można uzyskiwać różne bardziej ukierunkowane komórki macierzyste i to komórki swoiste dla danego pacjenta.

Inaczej mówiąc, zabieg wygląda w ten sposób, że pobiera się od dorosłego osobnika komórki i wprowadza do nich wymienione cztery geny. Wówczas niektóre przypominają komórki zarodkowe i można je teraz próbować zmusić do zróżnicowania w określonym, pożądanym kierunku.

Metoda ta ma co najmniej trzy zastosowania: po pierwsze lecznicze – do wykorzystania w medycynie regeneracyjnej, po drugie – do badania leków. Po trzecie wreszcie pozwala opracować nowe modele niezbędne do badania chorób człowieka, gdyż da się unieśmiertnić dla celów badania komórki od chorych na bardzo rzadkie choroby (obecnie trzeba bardzo długo czekać na następny przypadek). Gurdon jest człowiekiem osiemdziesięcioletnim, ale 30 lat młodszy Yamanaka może jeszcze bardzo wiele zdziałać. Największy problem praktyczny polega na tym, że dziś do transferu tych genów wykorzystuje się nośniki (wektory) będące zmodyfikowanymi wirusami. To w zastosowaniu klinicznym grozi wyrwaniem się spod kontroli i wywołaniem zmian nowotworowych. Konieczne jest zatem znalezienie innego sposobu równie skutecznego transferu genów albo bardziej skutecznej kontroli nad tymi wirusami. Poza tym należy wypracować metody generowania z komórek iPS potrzebnych tkankowo swoistych komórek macierzystych w ilościach niezbędnych klinicznie, a więc miliardowych. To na razie pieśń przyszłości

Prof. dr hab. med.
Wiesław Wiktor JĘDRZEJCZAK

Autor jest kierownikiem Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych WUM

(przedruk z „Pulsu” nr 11/12)

INTERAKCJE LEKÓW Z POŻYWIENIEM, SUPLEMENTAMI DIETY ORAZ PREPARATAMI ROŚLINNYMI

Szczególnym rodzajem interakcji leków są interakcje ze składnikami spożytych pokarmów oraz suplementami diety. Często bagatelizowane, w istocie mogą spowodować wiele negatywnych skutków. Większość pacjentów pytanych o substancje, jakich należy unikać podczas przyjmowania leków, bez dłuższego namysłu wymienia alkohol etylowy, ponieważ o tym rodzaju interakcji często się dyskutuje. Istotnie działa on za pośrednictwem receptorów GABA, przez co przyjęcie preparatów, zwłaszcza o działaniu ośrodkowym, staje się bardzo niebezpieczne (zmniejsza zarówno krytyczną dawkę leku, jak i samego alkoholu). Ponadto spożywanie alkoholu podczas antybiotykoterapii (np. leczenie cefalosporinami) może grozić niebezpieczną reakcją disulfiramową, będącą rezultatem zmniejszenia metabolizmu alkoholu, uniemożliwiając utlenianie aldehydu octowego, będącego silnie toksycznym związkiem, do kwasu octowego — bezpieczniejszego dla organizmu. Ten sam mechanizm jest wykorzystywany w popularnym leku o nazwie Esperal — stosowanym jako „narzędzie” do walki z uzależnieniem od alkoholu.

Nieczęsto jednak się zdarza, aby pacjent był świadomy niebezpieczeństw, wynikających z połączenia stosowanego przez niego leku z produktami spożywczymi, czy też ziołowymi, które na co dzień przyjmuje.

Obecnie zauważalne jest dążenie społeczeństwa do sięgania po środki ekologiczne, naturalne, ponieważ są one kojarzone z bezpieczeństwem. Pejoratywny wydźwięk dla wielu konsumentów mają substancje otrzymywane na drodze chemicznej. Manipulacja skojarzeniami może prowadzić do pułapki czyhającej na konsumentów, jaka często jest stosowana w marketingu obejmującym suplementy diety czy preparaty ziołowe. Osoba kupująca produkt naturalny jest przekonana o jego bezpieczeństwie; w rzeczywistości naturalny nie ozna-

cza „bezpieczny”. Udokumentowano wiele przypadków działań niepożądanych wywoływanych przez preparaty pochodzenia roślinnego, np. dziurawiec wchodzący w wiele interakcji z lekami różnych grup.

Interakcje leków z pożywieniem na etapie wchłaniania

Do interakcji z pożywieniem dochodzi już na etapie wchłaniania leku poprzez zwiększenie lub upośledzenie jego stopnia. W celu uniknięcia zaburzeń wchłaniania lub działań niepożądanych część leków powinna być przyjmowana godzinę przed albo dwie godziny po posiłku, natomiast niektóre należy przyjmować z pożywieniem (tab. 1). Aby umożliwić optymalną biodostępność leków stosowanych doustnie, konieczne jest zapewnienie ich dobrej rozpuszczalności, a w związku z tym nie bez znaczenia pozostaje ciecz, jaką popija się lek. W tym celu zalecana jest czysta woda. Jednakże w przypadku niektórych leków, których przykładem są niesterydowe leki przeciwzapalne, ze względu na tendencje do wywoływania podrażnień błony śluzowej przewodu pokarmowego może być zalecane popijanie ich mlekiem.

Zwiększone wchłanianie leków może nastąpić w przypadku spożycia tłustych potraw, gdy pacjent przyjmuje leki lipofilne (tj. propranolol, amiodaron, haloperydol, mebendazol, trójcykliczne leki przeciwdepresyjne, niektóre leki hipotensyjne). Sytuacja taka prowadzi do zwiększenia stężenia tych leków i nasilenia ich działań oraz stwarza ryzyko wystąpienia działań niepożądanych.

Zmniejszenie wchłaniania leków może nastąpić, gdy spożywane są produkty zawierające jony wapnia — nabiał. Pod wpływem tworzenia nierozpuszczalnych w wodzie soli wapnia zmniejszają, a nawet zupełnie hamują wchłanianie leków, takich jak tetracyklina, etidronian di-

Tabela 1. Zalecane sposoby przyjmowania leków, przykłady leków

| Leki, które powinny być przyjmowane godzinę przed posiłkiem albo 2 godziny po nim | Leki, które powinny być stosowane z posiłkiem |
|--|---|
| Ampicylina, captopril, cilostazol, felodypina, lanzoprazol, lewotyroksyna, metotreksat, omeprazol, oksacylina, penicylamina, ryfampicyna, ryfabutyne, sukralfat, sulfadiazyna, tetracykliny, tolkapone | Allopurinol, Augmentin, kwas acetylosalicylowy, amiodaron, baclofen, bromokryptyna, carvedilol, cefpodoxym, cymetydyna, diklofenak, doksycyklina, hydrokortyzon, indometacyna, itrakonazol, karbamazepina, kwas walproinowy, metronidazol, naltrekson, prednizon, preparaty żelaza, naproksen, sole potasu, spironolakton |

Opracowano na podstawie: www.globalrph.com/drugfoodrxn.htm

sodu, fluorochinolony. W efekcie niemożliwe jest uzyskanie satysfakcjonującego efektu terapeutycznego.

Ponadto na proces wchłaniania leków istotny wpływ mają zmiany pH środowiska przewodu pokarmowego. Niektóre pokarmy mogą powodować istotne zmiany pH, a co się z tym wiąże, wpływać również na wchłanianie leków.

Interakcje leków na etapie metabolizmu

Niektóre preparaty ziołowe mogą w istotny sposób nasilać lub zmniejszać metabolizm leków, w konsekwencji czego zmniejsza lub zwiększa się ich biodostępność. Sytuacja taka ma miejsce w przypadku stosowania preparatów zawierających popularny dziurawiec przez pacjentów zakażonych HIV przyjmujących inhibitory proteazy (indynawir), gdzie dochodzi do indukcji enzymów metabolizujących, a tym samym zmniejszenia w osoczu stężenia tego leku o ok. 80%. Indukcja enzymatyczna może utrzymywać się nawet do 2 tygodni po odstawieniu dziurawca.

Popularny przykład inhibicji izoenzymu CYP 3A4 z rodziny cytochromu P450 następuje po wypiciu soku grejpfrutowego; w konsekwencji biodostępność leków metabolizowanych przez ten enzym zauważalnie wzrasta, np. statyny, leki immunosupresyjne, antagoniści wapnia, leki przeciwhistaminowe, metadon, diazepam, sildenafil (cechą charakterystyczną tych leków jest uleganie w dużym stopniu efektowi pierwszego przejścia).

Ponadto sok grejpfrutowy powoduje inhibicję P-glikoproteiny, która jest odpowiedzialna za usuwanie leków z wnętrza komórek, zapobiegając ich kumulacji. Warto zdawać sobie sprawę, że wypicie jednej szklanki tego soku może prowadzić do inhibicji izoenzymu CYP 3A4 oraz P-glikoproteiny nawet przez 24 godziny.

Innym przykładem są inhibitory MAO, których cechą charakterystyczną jest wchodzenie w interakcje z wieloma produktami spożywczymi. Inhibitory MAO mogą hamować enzymy MAO-A i MAO-B, prowadząc w ten sposób do zahamowania metabolizmu noradrenaliny, serotoniny, tyraminy lub dopaminy (selektywność leków wobec enzymów MAO przedstawiono w tab. 2).

MAO-A (izofорма A — oksydaza aminowa) jest odpowiedzialna za metabolizowanie noradrenaliny, sero-

toniny, adrenaliny i tyraminy, natomiast MAO-B metabolizuje dopaminę, fenyloetyloaminę.

Tyramina powstaje na skutek dekarboksylacji aminokwasu tyrozyny. Jej ilość w pokarmach zwiększa się, gdy pożywienie jest przechowywane przez zbyt długi okres czasu, nieświeże, sfermentowane. Brak selektywności leków lub większa selektywność w stosunku do MAO-A prowadzi do zahamowania rozkładu pozyskanej z pożywieniem tyraminy w wyniku niewystąpienia efektu pierwszego przejścia (który w normalnych okolicznościach zapobiega jej nadmiernej kumulacji). Inhibitory MAO poprzez zwiększanie magazynowania katecholamin prowadzą do uwrażliwienia przyjmujących je osób na substancje, takie jak: tyramina, efedryna, leki sympatykomimetyczne, stwarzając ryzyko wywołania zagrażającego życiu przełomu nadciśnieniowego.

Produkty mogące zawierać duże ilości tyraminy, których należy unikać, przyjmując inhibitory MAO, to: sery pleśniowe, marynowane i wędzone ryby, pasztetowa, salami, czerwone wino, duże ilości kawy i herbaty, bób, ogórki, oliwki, sos sojowy, duże ilości czekolady. Należy mieć na uwadze zmienność osobniczą wrażliwości na tyraminę.

Interakcje leków na poziomie wydalania

Oczywistym faktem jest stosowanie w leczeniu manipulacji pH moczu w celu przyspieszenia eliminacji niektórych leków. Sytuacja taka następuje w przypadku przedawkowania przez pacjentów kwasu acetylosalicylowego, podczas stosowania alkalizacji moczu przez podanie wodorowęglanu sodu.

Warto jednak pamiętać, że zmiana pH moczu może być niebezpieczna, powodując zmniejszenie wydalania niektórych leków. W przypadku, gdy pacjent stosuje dietę bogatą w witaminę C (w szczególności, gdy dodatkowo suplementuje ją w dostępnych preparatach), dochodzi do obniżenia pH moczu; kwaśne pH może w istotny sposób wpływać na wydalanie leków. U pacjentów przyjmujących leki będące słabymi kwasami, np. kwas acetylosalicylowy, dochodzi do resorpcji zwrotnej w kanalikach nerkowych, a tym samym do zmniejszenia wydalania tych leków z organizmu, a w efekcie — kumulacji i nasilenia działań niepożądanych.

Tabela 2. Selektywność leków wobec enzymów MAO

| Leki hamujące głównie enzym MAO-A | Względnie selektywny inhibitor MAO-B | Leki nieselektywne — hamujące MAO-A i MAO-B |
|--|---|--|
| Moklobemid (Aurorix, Mocloxil) stosowany w leczeniu depresji i fobii społecznej (lek ten w większych dawkach hamuje również MAO-B) | Selegilina (Selerin, Selgin), którą wykorzystuje się w chorobie Parkinsona (należy mieć na uwadze, że w większych dawkach hamuje również MAO-A) | Fenelzyna stosowana nadal w niektórych krajach (Nardil) w leczeniu fobii społecznej i atypowej |

Tabela 3. Przykłady interakcji leków z pożywieniem i suplementami diety

| Pożywienie | Interakcja z lekiem | Efekt |
|--|--|--|
| Lukrecja | Digoksyna | Zwiększenie ryzyka toksyczności |
| | Leki obniżające ciśnienie, diuretyki (spironolakton, hydrochlorotiazyd) | Zmniejszenie efektu terapeutycznego |
| Czosnek, cebula, imbir | Doustne antykoagulanty, kwas acetylosalicylowy | Zmniejszenie agregacji płytek krwi — stwarzają ryzyko krwawień |
| Guarana (napoje energetyczne, izotoniczne, niektóre herbaty, inne preparaty) | Efedryna | Wiele niebezpiecznych działań niepożądanych, takich jak: udar mózgu, zawał serca, arytmie, podwyższenie ciśnienia tętniczego |
| | Kwas acetylosalicylowy, tiklopidyna i kłopidogrel, doustne antykoagulanty — warfaryna | Zwiększone ryzyko krwotoku, ponieważ guarana zmniejsza agregację płytek krwi i syntezę tromboksanu |
| | Inhibitory MAO | Silne bóle głowy |
| Tłuste potrawy (tłuszcz zwierzęcy i roślinny) Przyspieszenie wchłaniania leków lipofilnych | Teofilina | Zwiększenie stężenia teofiliny w organizmie, zaburzenia rytmu serca, bóle głowy, znaczne obniżenie ciśnienia tętniczego |
| | Leki przeciwpasożytnicze, np. mebendazol (Vermox) | Zwiększone ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, takich jak bóle głowy, zawroty głowy, świąd skóry |
| | Trójęcykliczne leki przeciwdepresyjne (np. amitryptylina, doksepina, imipramina) | Zaburzenia świadomości, drgawki, znaczne obniżenie ciśnienia |
| | Beta-adrenolityki (np. propranolol) | Ryzyko bradykardii, nasilenie niewydolności serca, wystąpienie bloku przedsionkowo-komorowego, znaczne obniżenie ciśnienia tętniczego |
| Blonnik roślinny | Digoksyna, trójęcykliczne leki przeciwdepresyjne | Oslabienie wchłaniania, mniejszy efekt terapeutyczny |
| Kapsaicyna (w dużych ilościach w papryce chili, papryce habanero, tabasco) | Inhibitory konwertazy angiotensyny | Istnieje przypuszczenie o nasileniu częstotliwości występowania kaszlu, który jest częstym działaniem ubocznym IKA |
| | Leki uspokajające | Nadmierna sedacja |
| | Leki hipotensyjne i antyarytmiczne | Zmniejszenie efektu leczniczego — kapsaicyna może zwiększać wydzielanie katecholamin |
| Tyramina (np. nieświeże pokarmy, sery pleśniowe, czerwone wino, duże ilości czekolady) | Inhibitory MAO (zwłaszcza nieselektywne, lub selektywne względem MAO-A) | Przełom nadciśnieniowy, bóle głowy |
| Kofeina (kawa, napoje energetyczne, duże ilości czekolady) | Inhibitory zwrotnego wychwyty dopaminy, np. metylofenidat (Concerta®) | Nasilenie działania, nadmierna stymulacja ośrodkowego układu nerwowego |
| | Leki uspokajające i nasenne, np. zolpidem | Zmniejszenie efektu terapeutycznego |
| | Chemioterapeutyki, np. chinolony | Nasilenie działania kofeiny, nadmierne pobudzenie, nerwowość |
| | Leki o działaniu przeciwłukowym i uspokajającym, np. diazepam, alprazolam | Zmniejszenie skuteczności leków, nadmierne pobudzenie i nerwowość |
| | Paracetamol | Nasilenie ośrodkowego działania kofeiny, nasilenie działania przeciwbólowego paracetamolu (często efekt pożądany) |
| | Kwas acetylosalicylowy | Nasilenie i przyspieszenie działania przeciwbólowego (często efekt pożądany) |
| Mleko i produkty zawierające wapń | Tetracykliny i fluorochinolony | Znaczne zmniejszenie wchłaniania, zmniejszenie lub całkowite zniesienie działania przeciwbakteryjnego |
| Nadmiar soli w diecie | Diuretyki (np. spironolakton) | Zatrzymanie wody w organizmie, zmniejszenie efektu terapeutycznego |
| Mocna herbata | Preparaty żelaza | Znaczne zmniejszenie wchłaniania żelaza przez tworzenie się trudno rozpuszczalnych związków — w efekcie brak skuteczności leczenia niedokrwistości |
| Dziurawiec | Digoksyna, leki obniżające stężenie cholesterolu — lowastatyna, leki stosowane w zaburzeniach erekcji — sildenafil (Viagra), cyklosporyna, leki antykoncepcyjne, indinawir | Zmniejszenie stężenia leków we krwi — osłabienie ich działania, ponieważ dziurawiec jest induktorem enzymów wątrobowych |

| Pożywienie | Interakcja z lekiem | Efekt |
|---|--|---|
| Witamina E | Doustne antykoagulanty np. warfaryna | Zwiększenie efektu przeciwzakrzepowego i stworzenie ryzyko zagrażających życiu krwawień |
| Witamina K (nadmierne spożywanie produktów roślinnych, takich jak np. brokuły, cykoria, kalafior, kapusta, pietruszka, sałata, szpinak, zielona herbata) | Doustne antykoagulanty | Zmniejszenie efektu przeciwzakrzepowego, ryzyko zakrzepicy Nadmierne spożycie witaminy K może powodować utrzymującą się ok. tygodnia oporność na działanie antykoagulantów za sprawą kumulowania się tej witaminy w wątrobie Niedostateczne przyjmowanie witaminy K wraz z pożywieniem w trakcie leczenia doustnymi antykoagulantami może powodować zwiększenie działania przeciwzakrzepowego |
| Żeń-szeń | Heparyna, niesteroidowe leki przeciwzapalne (np. kwas acetylosalicylowy, ketoprofen, ibuprofen, naproksen) | Zwiększenie ryzyka krwawień |
| | Inhibitory MAO | Zwiększenie ryzyka wystąpienia działań niepożądanych, takich jak: problemy z zaśnięciem, bóle głowy, nadpobudliwość, rozdrażnienie |
| Milorzab dwukłapowy lub japoński | Leki przeciwpadaczkowe (karbamazepina, kwas walproinowy) | Zmniejszenie skuteczności leczenia przeciwpadaczkowego |

Podsumowanie

Spożycie różnorodnych suplementów diety w ostatnich latach w widoczny sposób wzrosło. Łatwa dostępność i brak wiedzy sprawiają, że są one często nadużywane. Łączne stosowanie takich preparatów z lekami, które pacjent stale lub incydentalnie przyjmuje, może prowadzić do wystąpienia wielu niebezpiecznych interakcji. W celu uniknięcia niepożądanych interakcji leków z pożywieniem i suplementami diety konieczne jest zrozumienie mechanizmów ich wzajemnego oddziaływania (przykłady interakcji leków z pożywieniem i suplemen-

tami diety przedstawiono w tab. 3). Pacjent powinien być świadomy ryzyka wiążącego się ze stosowaniem niektórych produktów w trakcie farmakoterapii, a rolę lekarza i farmaceuty powinno być przekazywanie informacji na temat produktów, które powinny być wykluczone z jego jadłospisu.

Daria SCHETZ, Ivan KOCIC
Katedra i Zakład Farmakologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
dariaschetz@gumed.edu.pl
(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 7/12)

A NAM JEST SZKODA LATA!

O zaletach i negatywnych skutkach kąpieli słonecznych napisano już zapewne wiele, ale temat to wciąż aktualny pomimo końca lata, bo przecież pozostają jeszcze wizyty w solariach, nawet zimą kuszących ciepłem letniego słońca. Jednak solaria są obecnie w wielu krajach na cenzurowanym, a władze Niemiec zakazały nawet korzystania z nich przez osoby nieletnie. To dlatego, że promieniowanie UV-A w solarium działa na nas aż 25 razy intensywniej, niż to pochodzące ze słońca. Zatem warto opalać się, czy lepiej unikać słońca?

Słońce warunkuje życie na Ziemi, a jednocześnie światło słoneczne to źródło promieniowania typu UV-A i UV-B, które mogą negatywnie oddziaływać na nasz organizm. Na szczęście w znikomych ilościach dociera do nas promieniowanie UV-C, które niemal w całości wychwytywane jest przez warstwę ozonową już 35–40 km nad Ziemią. Na Ziemię trafia tylko 2% tej frakcji nadfioletowej.

Promieniowanie UV-A i UV-B docierając do powierzchni naszego ciała może przysparzać nam kłopotów zdrowotnych i kosmetycznych. Jest bowiem przyczyną rumienia, zmian depigmentacyjnych, czy nawet nowo-

tworowych oraz może nasilać starzenie skóry. Ponadto UV-A zwiększa wrażliwość skóry na światło słoneczne przy stosowaniu tzw. fotouczulaczy, a wśród nich sulfonamidów, tetracykliny, niesteroidowych leków przeciwzapalnych, czy hipercyny występującej w ziele dziurawca.

W epoce przedantybiotykowej opalanie na słońcu było powszechną metodą leczenia gruźlicy. Wtedy było to niezrozumiałe, dziś wiemy, że efekt ten występował dzięki witaminie D₃ syntetyzowanej w skórze pod wpływem promieniowania UV. Obecnie znane jest przeciwbakteryjne działanie tej witaminy. Już w wieku XIX opalanie słoneczne polecano też jako metodę przeciwdziałania i leczenia krzywiczy.

Dla większości z nas głównym źródłem witaminy D jest jej synteza w skórze właśnie pod wpływem słońca, a jej poziom we krwi spada zazwyczaj wraz ze wzrostem szerokości geograficznej. Pewne różnice mogą tu być wynikiem różnic etnicznych, czy dietetycznych oraz odmienności warunków geograficznych. U osób rasy czarnej (często z niedoborami witaminy D), ciemna skóra produkuje witaminę D sześć razy słabiej, niż u osób

z jasną skórą. Odpowiada za to wysoki poziom melaniny (barwnika skóry), która blokuje dostęp promieniowania UV do skóry.

Propagowanie poglądu, że słońce uszkadza skórę (rak, przedwczesne starzenie) powoduje fobię, z powodu której wiele osób unika słońca. Tym właśnie faktem tłumaczy się wielkie niedobory witaminy D, jakie obserwowane są obecnie w wielu populacjach na całym świecie.

Kremy z filrami ochronnymi (głównie przeciw UV–B) mogą powodować redukcję syntezy witaminy D nawet o 98%. Dla większości osób wystarczy jednak tylko lekkie zaróżowienie skóry (tak mała dawka UV), aby wyprodukowana została wystarczająca ilość tej życiodajnej witaminy. To oznacza, że latem wystarczy od 5 do 15 minut ekspozycji na słońce pomiędzy godzinami 10.00 a 15.00.

Co ciekawe, o ile możemy przedawkować witaminę D przyjmowaną w pigułkach, to nigdy nie obserwowano toksycznego działania witaminy D produkowanej pod wpływem słońca. Kobieta dorosła o jasnej karnacji podczas letniej kąpieli słonecznej wytworzy w skórze około 10.000 jednostek witaminy D zaledwie w ciągu kwadransa. Dłuższe opalanie w tym aspekcie nie ma sensu, ponieważ UV–B rozkłada witaminę D, zapobiegając tym samym jej nadprodukcji.

Natura chroni nas przed wpływem światła słonecznego i to nie tylko dzięki melaninie barwiącej skórę. Chroni jednak wyłącznie przed nadmierną ekspozycją na UV, bowiem tak jak bez tlenu, tak i bez słonecznego światła nasze życie nie byłoby możliwe, a przy jego niedoborach ujawniają się i nasilają choroby i to tak poważne, jak stwardnienie rozsiane (choroba ta występuje częściej w strefach oddalonych od równika (Ameryka Północna, Europa, Australia). Znalezione nawet odwrotną zależność między intensywnością ekspozycji na słońce w dzieciństwie, a późniejszym ryzykiem zachorowania na stwardnienie rozsiane. Podobne relacje odnotowano też dla cukrzycy typu I, choroby Leśniowskiego–Crohna, czy nawet pewnych nowotworów złośliwych nie związanych ze skórą.

Groźne oblicze słońca kojarzy się nam głównie z jego potencjalną rolą jako czynnika prokancerogennego. Rak skóry może być wywołany zarówno działaniem UV–A, jak i UV–B. Łatwiej rozwija się u osób o jasnym fototypie skóry i umiejscawia się w okolicach silnie ekspozowanych na słońce. Aby uspokoić sumienia lubiących kąpiele słoneczne dodajmy, że częstość występowania koreluje z czasem ekspozycji na słońce w poprzedzających wystąpienie choroby co najmniej 10 latach. Czerniaki złośliwe są następstwem licznych, okresowych ekspozycji albo oparzeń słonecznych w dzieciństwie oraz w życiu dorosłym. Najbardziej narażone są osoby z jasnym fototypem skóry i takie powinny ograniczać kąpiele słoneczne.

Nie istnieją filtry słoneczne, które całkowicie chroniłyby nas przed promieniowaniem słonecznym i jednocześnie same były całkowicie bezpieczne podczas ich stosowania.

Obecnie przestrzegać się powinno przed stosowaniem filtrów słonecznych, nie popartym pełną wiedzą o ich właściwościach i działaniu. Główną wadą ich stosowania jest to, że po użyciu filtra nie powstaje na skórze rumień, a ten przecież jest głównym sygnałem alarmowym podrażnienia skóry! Powoduje to, że wystawiamy nadmiernie skórę na działanie słońca i znaczną dawkę promieni UV–A, a to przy długiej ekspozycji może być niebezpieczne. Zatem powiedzenie – co za dużo to niezdrowo – ma tu swoje zastosowanie.

Obecnie stosuje się zazwyczaj filtry UV–B w połączeniu z filrami UV–A. Co ważne – zwraca się obecnie też uwagę na fakt, że w kosmetykach do opalania nie powinno się stosować środków przeciwzapalnych, bo te także niwelują rumień, co skutkować może dłuższą ekspozycją na słońce. Środki przeciwzapalne raczej powinny być obecne w preparatach zalecanych po opalaniu.

Należy uważać ze stosowaniem filtrów, a jeśli już używamy – to tych najnowocześniejszych, które nie powinny przekraczać bariery skórnej i przedostawać się do krążenia. Wzrasta też liczba przypadków uczuleń na niektóre substancje stosowane w filtrach, a to także dlatego, że są często stosowane w różnych produktach kosmetycznych, jak np. pochodne kwasu p-metoksycynamonowego.

Zatem zamiast solarium (obecnie coraz mniej popularna forma opalania) delectujmy się słońcem o każdej porze roku, dla zdrowia, nie zapominając o niekorzystnym jego wpływie na nasz organizm przy nadmiernej ekspozycji. Nie bez znaczenia jest też efekt kosmetyczny, brązowienia skóry – czasem nadaje to nam zdrowego, pięknego wyglądu. Jednak natura wyzwalając w naszej skórze intensywną produkcję melaniny oraz intensyfikując podziały melanocytów (komórek syntetyzujących ten barwnik) pod wpływem słońca, nie ma na celu poprawy naszej urody, a raczej chroni nas w ten sposób, gdy korzystamy z kąpieli słonecznych.

Podkreślmy na zakończenie, że nie sam fakt opalania się, ale sposób ekspozycji i wiele czynników środowiskowych oraz predyspozycje indywidualne mają wpływ na rozwój nowotworów i przyspieszone starzenie skóry oraz pojawianie się innych dosłonecznych powikłań.

Marek JURGOWIAK

Dr n. med. Marek Jurgowiak jest starszym wykładowcą w Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej CM UMK. Marek Jurgowiak od wielu lat popularyzuje naukę, publikując między innymi w Wiedzy i Życiu, Fokusie i Gazecie Wyborczej. Jest członkiem Rady Programowej Primum Non Nocere, współpracuje z Wiadomościami Akademickimi.

(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 10/12)

KIEDY NIE UMARŁ JESZCZE CZŁOWIEK?

Zachęcony do udziału w dyskusji artykułem prof. Wojciecha Rowińskiego „Kiedy umiera człowiek?” (Puls nr 4/2012, a także w listopadowym *Biuletynie – przyp. Red.*), przytoczę kilka faktów polemicznych. Coraz szerzej podnoszone są argumenty na rzecz rewizji pojęcia „śmierci mózgowej”, zgodnie z którymi nie oznacza ona śmierci człowieka. Czy można nie wspomnieć o kontrowersjach wokół kwestii decydującej o ostatnich chwilach życia tutaj, na ziemi? Personel medyczny nie może przejść obojętnie nad istniejącymi dylematami.

Od czasu Deklaracji z Sydney z 1968 r. oraz wprowadzenia definicji przez Komisję Harvardzką w 1968 r. zagadnienie „śmierci mózgowej” jest przedmiotem międzynarodowych sporów dotyczących metodologii orzekania wobec niejednorodnych kryteriów kwestionowanej, trudnej do weryfikacji „nieodwracalności” ustania czynności mózgu, a przede wszystkim koncepcji utożsamiania śmierci mózgu ze śmiercią człowieka. Prof. Rowiński powołuje się na materiały wydane przez Papieską Radę „Cor Unum” w 1981 r., Papieską Akademię Nauk 21 października 1985 r. oraz wypowiedź Jana Pawła II do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego w Rzymie w 2000 r. Sprawia to mylne wrażenie, że orzekanie „śmierci mózgowej” jako śmierci człowieka nie pozostawia żadnych wątpliwości. Autor nie wspomniał jednak o dalszym ciągu dyskusji, tj. o konferencji zwołanej z inicjatywy Jana Pawła II w Watykanie 3 i 4 lutego 2005 r. przez Papieską Akademię Nauk, we współpracy ze Światową Organizacją na rzecz Rodziny, zatytułowanej „Oznaki śmierci” (*Signs of death*). Jej celem było ponowne przedyskutowanie rzeczywistych oznak śmierci i weryfikacja na poziomie naukowym ważności kryteriów „śmierci mózgowej” w orzekaniu śmierci człowieka (por.: „Watykańska konferencja o śmierci mózgowej”, „Ukryta strona transplantacji”, „Tabu śmierci mózgowej”, A. Żurek, ND 28.12.11, 3.01.12, 7.02.12).

W liście Jana Pawła II, skierowanym do uczestników konferencji Papieskiej Akademii Nauk w 2005 r., czytamy, że „*Potrzebny jest stały dialog między ekspertami dyscyplin antropologicznych i etycznych, aby zagwarantować szacunek dla życia i osoby ludzkiej oraz zapewnić ustawodawcom dane niezbędne do ustalenia rygorystycznych norm na tym polu*”. Wypowiedzi neurologów i anestezjologów zaprezentowane podczas konferencji można znaleźć w artykułach na stronie The Life Guardian Foundation. Jedną z konkluzji było, że przyjęcie przy orzekaniu śmierci jedynie kryteriów neurologicz-

nych nie jest wystarczające, aby uzyskać moralną pewność co do zaistnienia śmierci. Konsensusem natomiast ostatniej konferencji poświęconej tematyce „śmierci mózgowej”, zorganizowanej w Rzymie przez Associazione Famiglia Domani w lutym 2012 r., ze strony uczestniczących w niej lekarzy, m.in. prof. Paula Byrne’a, było natomiast stwierdzenie, że „*Śmierć mózgu nie jest śmiercią osoby: człowiek nie może być zredukowany tylko do aktywności jego mózgu*”.

Co z obecnie funkcjonującymi niejednorodnymi wytycznymi, które różnią się w zależności od kraju, tj. np. albo wymagają przeprowadzenia jedynie prostych badań weryfikujących brak funkcji pnia mózgu lub szerszych, w celu stwierdzenia śmierci całego mózgu? Czy mimo „ściśle określonych” kryteriów przyjętych przy orzekaniu „śmierci mózgowej” nie są możliwe pomyłki, jak autorytatywnie postuluje prof. Rowiński? A jeśli nie, to czy „śmierć mózgowa” jest procesem nieodwracalnym? Co z przypadkami osób opisanymi przez Alana Shewmona, które przeżyły, mimo orzeczenia „śmierci mózgowej” (*Neurology* 1998; 51:1538)? Zwolennicy tej koncepcji orzekania zgonu podnoszą argument, że prawdopodobnie podczas procedury dokonano błędnej diagnozy. Z drugiej strony zaprzeczają, twierdząc, że kryteria są „ściśle” i jednoznaczne, nie pozostawiające cienia wątpliwości, a orzeka komisja składająca się ze specjalistów. Brak jednolitych kryteriów prowadzi także do paradoksu, że pacjent uznany za zmarłego w jednym kraju, według kryteriów z innego wcale nie musiałby być określony „zmarłym”. Sam twórca brytyjskich dyrektyw dotyczących śmierci pnia mózgu, obowiązujących również w Polsce (por.: nowa definicja zmodyfikowana), C. Pallis przyznał, że „*nie jest technicznie możliwe, by zanim dojdzie do zatrzymania krążenia, stwierdzić z całą pewnością, że wszystkie funkcje całego mózgu zostały całkowicie i nieodwracalnie utracone*” oraz że „*kliniczna diagnoza »śmierci całego mózgu« jest w tym znaczeniu fikcją*”. (J. Norkowski, *Medycyna na krawędzi śmierci*, Polwen 2011). Nawet pomimo spełnienia kryteriów „śmierci mózgowej”, mogą być zachowane pewne integrujące funkcje mózgu, np. funkcje wydzielnicze przysadki i podwzgórza, funkcja ośrodków termoregulacji, naczynioruchowego, co jest dowodem zachowania minimalnego krążenia, koniecznego do utrzymania tkanek mózgu przy życiu.

Dylemat budzi próba bezdechu (apnea test), przeprowadzana po wysunięciu podejrzenia „śmierci mózgowej” w celu weryfikacji spontanicznej czynności oddechowej

ośrodka oddechowego. Kontrowersje wokół procedury orzekania „śmierci mózgowej” wynikają właśnie z podnoszonego faktu, że próba bezdechu może przyspieszyć śmierć pacjenta w mechanizmie nasilania obrzęku mózgu i spadku perfuzji. Każdy lekarz, który miał do czynienia z próbą wie, że podczas jej wykonywania może narastać (w różnym stopniu) kwasica oddechowa, mimo biernej insuflacji tlenem oraz przerywania próby w razie znacznego spadku saturacji.

Dr n. med. Jacek Norkowski (por.: Medycyna na krawędzi śmierci) odnosi się do zjawiska uogólnionego półcienia niedokrwienego – penumbry, znanego neurologom, tj. obszaru otaczającego bezpośrednio ognisko uszkodzenia tkanki mózgowej, w którym dzięki minimalnemu krążeniu obocznemu nie doszło do martwicy, chociaż obserwuje się zanik odruchów nerwowych sugerujący podejrzenie śmierci pnia mózgu. Penumbra stanowi strategiczny dla terapii obszar, oczywiście w odpowiednim czasie. Rzeczywiście, nie można nie zastanowić się nad alternatywą, czy zastosować np. hipotermię, czy też próbę bezdechu z myślą o orzeczeniu zgonu. Niestety, dogłębne opracowanie dr Jacka Norkowskiego spotyka się niejednokrotnie z podobnym przyjęciem ze strony części zwolenników koncepcji „śmierci mózgowej”, co tezy głoszone przez wielu znakomitych naukowców na przestrzeni dziejów medycyny. Przyjmuje się je, jeśli nie z jawną niechęcią (bo autor nie jest anestezjologiem), to z początkowym niezrozumieniem. Warto jednak sięgnąć po to opracowanie, zwłaszcza że dr Norkowski odnosi się do wypowiedzi również polskich anestezjologów.

Prof. Rowiński, bez wątpliwości przyjmując tę koncepcję, sugeruje, że zbyt rzadko orzeka się „śmierć mózgową” na oddziałach intensywnej terapii, poza kontekstem transplantologii. Częstsze orzekanie pozwoliłoby według niego na „zwiększenie dostępności łóżek na oddziałach intensywnej terapii” oraz „zaoszczędzenie poważnej kwoty pieniędzy, które mogłyby być wykorzystane na leczenie ciężko chorych”. Czy nie są to jednak argumenty czysto utylitarne? Wątpliwości dotyczące zasadności orzekania „śmierci mózgowej” dobitnie ukazuje artykuł opublikowany w *New England Journal of Medicine* (NEJM 2008; 359, 7). Autorzy liberalnie podchodzący do pobierania narządów wskazują jednak na brak uzasadnienia pojęcia „śmierci mózgowej” i, co szokujące, kwestionują zasadę „martwego dawcy” (dead donor rule), zgodnie z którą pobranie narządów może mieć miejsce tylko od dawcy nieżyjącego. Według nich „reguła ta dostarczyła wprowadzającą w błąd pretekst etyczny, który nie wytrzymuje skrupulatnej analizy. Lepszym podejściem uzasadniającym pobieranie narządów, zabezpieczającym pacjenta przed nadużyciami, byłby wymóg świadomej zgody lub zgody opiekunów prawnych przed pobraniem narządów”. Nie kryją przerażającego toku myślenia: „Reguła martwego dawcy jako etyczny wymóg pobrania narządów wymaga zbędnych i niemożliwych do

podtrzymania rewizji definicji śmierci mózgowej”. Oceną tych twierdzeń jest jednoznacznie negatywna moralnie: „*Nie możemy też przemilczeć istnienia innych, lepiej zamaskowanych, ale nie mniej groźnych i realnych form eutanazji. Mielibyśmy z nimi do czynienia na przykład wówczas, gdyby w celu uzyskania większej ilości organów do przeszczepów przystępowałoby się do pobierania tychże organów od dawców, zanim jeszcze zostaliby uznani według obiektywnych i adekwatnych kryteriów za zmarłych*”. (Jan Paweł II, *Evangelium Vitae*, pkt 15). Według prof. Trouga (Harvard Medical School) „*koncepcja śmierci mózgowej nie daje się uzgodnić z żadnym spójnym biologicznie i filozoficznie rozumieniem śmierci*” (Critical Care Med. 2003,31(9)).

Trudno odmówić solidności anestezjologom, którzy – skrupulatnie stosując się do wytycznych zamieszczonych w obwieszczeniu ministra zdrowia z 17 lipca 2007 r. – przestrzegają również nadrzędnej klauzuli tam zawartej: „*w przypadku jakiegokolwiek wątpliwości dotyczącej śmierci mózgu komisja odstępuje od jej stwierdzenia*” (pkt III.6 obwieszczenia). Nie można jednak przejść obojętnie wobec podnoszonych wątpliwości dotyczących samej teorii „śmierci mózgowej” i opierać się tylko na administracyjnych wytycznych. Prowadziłoby to do „zawinionej niewiedzy”. Sprzeciw różnych środowisk widoczny jest również w Niemczech. Renate Greinert, autorka książki „*Konfliktfall Organspende. Unversehrt sterben. Der Kampf einer Mutter*” (Kösel-Verlag 2009), w liście kierowanym do Angeli Merkel postuluje przeprowadzenie rzetelnej debaty na temat przemilczanych aspektów transplantologii. Na uznanie zasługują refleksje średniego personelu związane ze współudziałem w pobieraniu narządów w sytuacjach niejasnych i wątpliwych. Klauzula sumienia powinna chronić każdego przed działaniem w sytuacji moralnie niejednoznacznej. Fakt, że komuś „*przeszkadza bijące serce*”, mimo że „*pacjent został uznany za zmarłego*” (z reguły przez zupełnie inny zespół, z innego oddziału), nie oznacza braku profesjonalizmu, ale ludzką wrażliwość i kierowanie się rozsądkiem. Wątpliwości te próbuje się nieraz zagłuszyć emocjonalnym odwoływaniem do altruizmu, posługując się argumentem, że „*pobrane narządy posłużą do ratowania życia innych*”, chociaż to organy dawcy, a nie osoby pobierającej. Oczywiście to jak najbardziej chwalebny akt miłości bliźniego, pod warunkiem, że nie ma wątpliwości, iż rzeczywiście dawca nie żyje (por.: Jan Paweł II, *Evangelium Vitae*, pkt 15). Ale czy martwe narządy byłyby zdadne do przeszczepienia?... Z tym paradoksem mierzy się dyskusyjna koncepcja śmierci jako „*procesu zdysocjowanego w czasie*”, mająca punkt wyjścia w teorii „śmierci mózgowej”.

Niestety powszechne jest podejście wywodzące się z heglowskiej koncepcji samoświadomości, w którym „*osoby z uszkodzonym mózgiem zaczyna się traktować tak, jak gdyby przestały być ludźmi*” podchodzi się do

człowieka tak, jakby jego dusza przebywała w mózgu. (Virginia Coda Nunziante, kierownik Departamentu Spraw Międzynarodowych Consiglio Nazionale delle Ricerche, ND 10.03.12). Z tego sposobu myślenia wywodzą się określenia: „zwłok z bijącym sercem” – stosowane niestety niekiedy wobec osób spełniających kryteria definicji „śmierci mózgowej”, i „warzyw” – względem osób pozostających w innych stanach uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, m.in. stanie wegetatywnym. Takie określenia nie powinny mieć miejsca wobec chorych mających swoją godność! Miejmy nadzieję, że światowe kontrowersje wokół koncepcji „śmierci mózgowej” nie zostaną w Polsce zamiecione pod dywan, a szersza dyskusja przyczyni się do rozwoju medycyny opartej na faktach, także w zakresie tanatologii.

dr hab. med. Andrzej LEWANDOWICZ

* * *

KIEDY UMIERA CZŁOWIEK?

Każda publiczna dyskusja o transplantologii obarczona jest obawą o społeczny odbiór tej niezwykle istotnej, a zarazem budzącej wiele emocji i obaw gałęzi medycyny. Wypowiadając się na tematy związane z przeszczepianiem, chirurg transplantolog musi sobie zdawać sprawę ze skutków, jakie mogą przynieść jego słowa, oraz z nieporozumień i kontrowersji, jakie otaczają kwestię przeszczepiania narządów w dyskusji publicznej. Duża część wątpliwości dotyczących etycznej strony przeszczepiania wynika z faktu, że jest to dziedzina me-

dycyny fundamentalnie związana z kwestiami śmierci i życia oraz z niełatwym zadaniem wytyczenia granicy między nimi.

Oczekiwałem, że temat jest tak ważny, iż głos zabiorą lekarze specjaliści (neurologrzy, neurochirurdzy, anestezjolodzy) oraz etycy. Sądziłem, i nadal sędzę, że bardzo celowe jest przeprowadzenie rzeczowej, merytorycznej dyskusji dotyczącej rozpoznawania zgonu człowieka. Artykuł swój napisałem w celu rozpoczęcia dyskusji w środowisku lekarskim na temat rozpoznawania zgonu. Pierwszy odpowiedział na mój artykuł, w bardzo głęboki, ale i emocjonalny sposób, doc. Andrzej Lewandowicz, lekarz internista specjalizujący się w nefrologii. Obaj jesteśmy lekarzami, mamy prawo mieć własne, odmiennie poglądy, ale żaden z nas nie jest specjalistą. Sądzę również, że obaj nie mamy dość kompetencji, aby wypowiadać się autorytatywnie na temat rozpoznawania śmierci mózgu.

Wszystkie materiały źródłowe cytowane przez doc. Lewandowicza doskonale znam. Część z nich interpretuję odmiennie, ale nie zamierzam rozpoczynać polemiki. Szanuję poglądy doc. Lewandowicza przedstawione w sposób głęboki, ale bardzo emocjonalny i subiektywny. Mam jednak nadzieję, że znajduje się w nich miejsce na obiektywną dyskusję. Jest bardzo potrzebna, bo na pytanie „kiedy umiera człowiek?” doc. Lewandowicz nie odpowiedział. Nadal liczę, że wypowiedzą się na ten temat również inni koledzy lekarze.

prof. dr hab. med. Wojciech ROWIŃSKI

(przedruk z „Pulsu” nr 6-7/12)

CO PISZĄ INNI

SYSTEMOWE KONTROLE RECEPT

Zarządzenie w sprawie kontroli

8 sierpnia 2012 r. prezes NFZ Agnieszka Pachciarz wydała zarządzenie nr 50/2012/DGL w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia kontroli recept refundowanych. Wbrew zapowiedziom medialnym, karane mają być nie tylko nadużycia lekarzy lub poważne błędy merytoryczne, lecz wszystkie, również drobne uchybienia formalne. Zgodnie z §3 ust. 1 zarządzenia, kontroli ma podlegać sześć następujących obszarów tematycznych:

1. spełnianie przez recepty wymogów formalnych (w tym prawidłowość użytych druków recept, pieczęci nagłówkowych i lekarskich),
2. czytelność danych na receptce i prawidłowość dokonanych poprawek,

3. kompletność i poprawność danych niezbędnych do wystawienia recepty,
4. przestrzeganie zasad wystawiania recept, w tym zgodności danych na nich umieszczonych z prowadzoną dokumentacją medyczną oraz z innymi regulacjami prawnymi,
5. zgodność uprawnień świadczeniobiorcy ze stanem faktycznym,
6. udokumentowanie zasadności wyboru leków.

Według zarządzenia kontrole mają mieć charakter skoordynowany i obejmować co najmniej 3% kosztów refundacji leków, co oznacza dramatyczne zwiększenie ich częstości. Przyjmując, że kwota przeznaczana z budżetu NFZ na refundację to 8 mld zł, a średnia wartość dopłaty do jednego opakowania leku zgodnie z danymi

NFZ wynosi 18 zł, należy się spodziewać, że rocznie zostaną sprawdzone średnio 24 recepty jednego lekarza. Zwiększenie intensywności kontroli wynika zapewne z narzuconego w art. 3 ust. 1 ustawy refundacyjnej ograniczenia wydatków NFZ na refundację.

Niezawinione błędy

Zakres kontroli określony w zarządzeniu oznacza, że możemy być karani za całą gamę zaskakujących dla nas błędów, których istnienia nawet sobie nie uświadamiamy. Przykładem nieprawidłowe wpisanie na receptę adresu zameldowania pacjenta, zamiast wymaganego w rozporządzeniu w sprawie recept adresu zamieszkania. Błąd ten może być wygenerowany bez naszego udziału przez system komputerowy drukujący receptę.

Z kolei do nieprawidłowości w danych świadczeniodawcy należą zamieszczenie logo przychodni (obowiązuje zakaz zamieszczania znaków niezwiązanych z przeznaczeniem recepty), wpisanie adresu siedziby świadczeniodawcy, zamiast adresu udzielania świadczeń, wynikającego z umowy o wystawianie recept, lub kilku adresów udzielania świadczeń. Błędy te mogą się pojawiać szczególnie często do końca bieżącego roku, ze względu na używanie starych recept numerowanych, generowanych przed końcem 2011.

Lekarz ponosi karę również w przypadku niezgłoszenia przez pacjentkę zmiany nazwiska panińskiego, „ucięcia” zbyt długiego dwuczłonowego nazwiska podczas drukowania recepty, pomyłkowej zamiany cyfry w odręcznie wpisanym numerze PESEL (np. 1 z 7, 0 z 6), wpisania kodu oddziału NFZ łącznie z kodem uprawnień dodatkowych pacjenta (!). Najbardziej zaskakująca jest jednak kara za wystawienie recepty refundowanej studentowi zgłoszonemu do ubezpieczenia zdrowotnego przez rodziców, który podjął dorywczą pracę, zaprzestał jej wykonywania i nie został ponownie zgłoszony do ubezpieczenia przez rodzinę.

Nagminnie popełniany przez nas błąd polega na przepisaniu leku w ilości przekraczającej 90-dniowy okres terapii. Dotyczy to np. recepty na jedno opakowanie insuliny długodziałającej (opakowania leków parenteralnych mogą być dzielone) czy dwóch opakowań zawierających po 50 tabletek leku przyjmowanego raz dziennie. Wielu lekarzy błędnie uważa, że wolno przepisać dwa opakowania leku, jeżeli nie zamieści się na receptę schematu dawkowania. Zgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie recept regulacja ta dotyczy jedynie dwóch najmniejszych opakowań, a ściśle rzecz ujmując, ilości leku odpowiadającej dwóm najmniejszym opakowaniom określonym w wykazach leków refundowanych (czyli sumarycznej ilości substancji czynnej). Powodem nałożenia ka-

ry jest też brak oryginalnej nazwy leku (np. furosemid zamiast furosemidum).

Oczywiście NFZ może nałożyć karę za wszystkie inne „klasyczne” uchybienia formalne, o których wielokrotnie wspomniano, takie jak brak dokumentacji, brak adnotacji o wystawieniu recepty, uchybienia formalne w prowadzeniu dokumentacji, nieprawidłowe oznaczenie stopnia refundacji lub wystawienie recepty niezgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi.

Prywatni mają gorzej

Warto zwrócić uwagę na istniejącą rozbieżność w zakresie odpowiedzialności za błędy popełnione przy wystawianiu recept refundowanych. Obecnie dużo większe ryzyko ponoszą lekarze wypisujący recepty refundowane w ramach umowy z NFZ (lekarze zatrudnieni w sektorze prywatnym). Mogą zostać obciążeni karą co najmniej 200 zł za każdą nieprawidłowo wystawioną receptę. Kary te teoretycznie obowiązują nawet wówczas, gdy lek został przepisany ze 100% odpłatnością (o ile wykorzystano receptę numerowaną z kodem paskowym). Lekarze ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ-owscy) muszą liczyć się z koniecznością zwrotu nienależnej refundacji leku (w przypadku samodzielnego zawarcia kontraktu z NFZ) lub regresem odpowiedzialności (w przypadku zatrudnienia u świadczeniodawcy). Kwoty te często będą niższe od ryczałtowej kary 200 zł.

Jak się bronić

Istotą sporu między lekarzami a NFZ dotyczącego recept refundowanych jest odmienne postrzeganie nakładanych na nas kar. My traktujemy je jako niesprawiedliwość wynikającą z przestrzegania litery, a nie ducha obowiązującego prawa. NFZ twierdzi, że kary mają służyć „efektywnemu gospodarowaniu środkami publicznymi” i dyscyplinowaniu nieuczciwych lekarzy.

Jedynym pewnym sposobem uniknięcia kar w tej absurdalnej rozgrywce jest wywrócenie szachownicy, czyli niepodpisywanie lub wypowiedzenie umowy o wystawianie recept refundowanych. Lekarze, którzy się na to nie zdecydują, powinni dostosować się do wszelkich ograniczeń w wystawianiu recept refundowanych, narzuconych w ramach obowiązujących przepisów, lub wybierać leki spoza listy refundacyjnej. W przypadku wystawiania recept ze 100% odpłatnością pamiętajmy o używaniu recept nienumerowanych bez kodu paskowego.

*Maciej JĘDRZEJOWSKI
przewodniczący Zespołu ds. Wynagrodzeń ORL
w Warszawie, członek ORL w Warszawie
(przedruk z „Pulsu” nr 11/12)*

CZY DBAMY O DOBRO DZIECKA?

Z prof. dr hab. n. med. Tomaszem WOLAŃCZYKIEM, kierownikiem Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM, krajowym konsultantem w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, rozmawia Małgorzata SKARBEK

Jakie są najczęstsze choroby psychiczne dzieci i młodzieży?

Zależy to od ich wieku. U dzieci w wieku przedszkolnym największym problemem są całościowe zaburzenia rozwoju, czyli grupa zaburzeń autystycznych. Powinno się je rozpoznawać najpóźniej do drugiego roku życia, a nawet przed pierwszym rokiem. Im wcześniej zaczniemy rehabilitację, tym lepsze efekty. W niektórych ośrodkach mówi się, że rehabilitacja powinna być rozpoczęta do szóstego miesiąca życia, bo wtedy jest skuteczna. Inna grupa zaburzeń, występujących we wszystkich grupach wiekowych, to zaburzenia lękowe, ale u przedszkolaków bywają szczególnie widoczne.

W wieku szkolnym na pierwszy plan wysuwają się zaburzenia, które utrudniają funkcjonowanie w szkole. Niekoniecznie związane z tym, co klasycznie uważa się za choroby psychiczne, ale kodowane w dziale zaburzeń psychicznych: specyficzne trudności szkolne – dysleksja, dysgrafia, dyskalkulia, zespół nadpobudliwości psychoruchowej, czyli zaburzenie hiperkinetyczne (ADHD). W tym wieku utrzymują się nadal zaburzenia lękowe. W związku z nimi mamy do czynienia z pewnym paradoksem. Stosunkowo często występują, o czym wiemy na podstawie badań epidemiologicznych, natomiast nieproporcjonalnie rzadko dzieci z nimi zgłaszane są do lekarza. Przyczyna tkwi w tym, że dziecko z zaburzeniami lękowymi jest niezwykle wygodne dla rodziców – grzeczne, ciche, nie przeszkadza. Zgłoszenie po pomoc zależy nie od tego, czy dziecko ma problem, tylko od tego, czy dorośli mają z nim kłopot. Dorośli nawet zauważają szczególne wyciszenie swojego dziecka, ale jeśli im to nie przeszkadza, nie reagują.

Nie oszukujemy się, że dorośli zawsze myślą w kategoriach dobra dziecka. Dziecko zachowuje się właściwie, gdy jest grzeczne i słucha, a nie wtedy, kiedy jest szczęśliwe. A dzieci z zaburzeniami lękowymi są ciche, zahamowane, boją się, więc realizują wszystkie polecenia, nie wychodzą po zmroku. Do nas stosunkowo często dzieci z zaburzeniami lękowymi, z kilkuletnim wywiadem, trafiają dopiero wtedy, gdy objawy narastają tak bardzo, że dziecko przestaje wychodzić z domu albo chodzić do szkoły.

W okresie szkolnym pojawiają się zaburzenia zachowania, które też są kategorią wpisaną w dział diagnoz psychiatrycznych, ale nie podlegają de facto diagnozie psychiatrycznej, lecz społecznej. Mogą być wtórne w stosunku do psychicznych, ale nie muszą. Jednak zawsze wymaga to diagnozy. Agresja u ośmiolatka może wynikać z wielu przyczyn, z których część jest związana

z psychopatologią, a część ma podłoże społeczne, rodzinne, wychowawcze.

U nastolatków mamy do czynienia z wszystkimi już wymienionymi zaburzeniami, bowiem na ogół nie ustępują, w większym lub mniejszym stopniu się utrzymują. Ponadto pojawiają się: choroby afektywne (depresja, zespoły depresyjne), zaburzenia odżywiania – jadłowstręt, bulimia, wreszcie uzależnienia.

Zmienia się charakter uzależnień. Rzadko mamy do czynienia z uzależnieniem od opiatów, częściej od marihuany, amfetaminy, dopalaczy, mieszanek kilku substancji. Obraz młodego narkomana pokłutego igłami już jest nieaktualny. Na Mazowszu istniał oddział detoksykacyjny dla dzieci i młodzieży uzależnionych od opiatów i został zamknięty ze względu na brak pacjentów.

Ale uzależnienia istnieją nadal. Trudno ocenić, czy to zmiana na lepsze, czy na gorsze. Mimo wszystko może lepiej, że nie są to opiaty, chociażby ze względu na następstwa, typu zakażenie WZW lub HIV. Przesuwa się w dół wiek, w którym następuje pierwszy kontakt z substancjami psychoaktywnymi, a także wiek inicjacji alkoholowej, związany z dostępnością piwa i kulturowym przyzwoleniem na jego picie przez młodych ludzi. Pójście gimnazjalistów na piwo po szkole nie wiąże się dziś z dużym ostracyzmem społecznym. Zatem, paradoksalnie, jest społeczne przyzwolenie na uzależnienia. Oczywiście, nie można oczekiwać, że wychowamy naród abstynentów, ale warto walczyć, aby wiek inicjacji był wyższy.

Jakie są przyczyny tych zaburzeń i chorób?

Zwykle złożone, także zależnie od grupy wiekowej. Część zaliczamy do zaburzeń neurorozwojowych. ADHD, specyficzne trudności szkolne zazwyczaj są genetycznie uwarunkowaną, konstytucyjną odmiennością funkcjonowania mózgu. Objawy są niezależne od dziecka, ale stopień ich wyrażenia może zależeć od otoczenia. Ich natężenie wynika zatem z tego, na ile wychowanie, rodzina, otoczenie skompensuje niedostatki dziecka. Na przykład dziecko z określonym natężeniem zaburzeń uwagi, typowych dla ADHD, w zależności od tego, jak chaotyczny lub uporządkowany jest świat wokół niego, funkcjonuje jako „roztrzepane” albo bardzo zaburzone.

Etiologia tych zaburzeń jest biologiczna, w znaczeniu biologicznego uwarunkowania cech temperamentu. Zdolność do skupiania uwagi dziedziczymy, tak jak wzrost. Na ową czysto biologiczną warstwę nie mamy wpływu. Ale uczyliśmy się w życiu kontroli swoich zachowań, możemy ćwiczyć skupianie uwagi w procesie

wychowania. W psychiatrii dziecięcej mamy zawsze do czynienia ze współgraniem czynników biologicznych, rodzinnych, społecznych. W przypadku zaburzeń zachowania rola czynników społecznych jest większa. Podobnie przy zaburzeniach odżywiania. Niektórzy ludzie mają pewną predyspozycję osobowościową do ich rozwoju, ale te zaburzenia są mocno uwarunkowane zewnętrznie, kulturowo. Bulimia pojawiła się w latach 70. XX w., w następstwie upowszechnienia wzorca szczupłej sylwetki. Zatem w tej grupie zaburzeń komponenta biologiczna jest raczej predyspozycją i rozwijają się one pod wpływem czynników społecznych.

Z ewidentną predyspozycją genetyczną mamy do czynienia w przypadku zespołów depresyjnych, chorób afektywnych. Określa ona naszą reakcję na trudne sytuacje. Wystąpienie zespołu depresyjnego jest znów wynikiem współgrania podatności lub wrażliwości danej osoby z kolejami życia, zdarzeniami losowymi. Dziecko może mieć dużą podatność genetyczną i mimo przyjemnego dzieciństwa jednak zachorować, a może mieć niedużą podatność, ale ciężką dysleksję i dysgrafię, powtarzające się doświadczenie porażki, odrzucenia, złe stopnie, doznawać przemocy, i też zapaść na depresję.

Jaka jest skala tych problemów?

Dzieci wymagających na pewnym etapie życia, ze względu na pewne trudności, konsultacji niekoniecznie psychiatry, ale tylko psychologa szkolnego, jest 17-20%. Natomiast cierpiących na zaburzenia na tyle nasilone, że należałoby im postawić szeroko rozumianą diagnozę psychiatryczną lub psychologiczną, jest ok. 10%. Dzieci z tej grupy wymagają, przynajmniej przez pewien okres, choćby psychoedukacji i wsparcia specjalistycznego.

Nie ma medycyny szkolnej, ale są lekarze rodzinni. Jakie mają powinności w tym zakresie?

Lekarze medycyny rodzinnej i pediatrizy, choć są pierwszą grupą kontaktu dla dziecka z różnymi problemami, nie są niestety dobrze przygotowani do udzielania pomocy psychiatrycznej. Pediatrizy w systemie kształcenia wiedzę psychologiczną i psychiatryczną mają w rubryce samokształcenia. Z tych dziedzin nie ma stażu, kursów, żadnych zajęć. Zatem sugestia jest taka: poczytajcie sobie w wolnym czasie, po dyżurze. Oczywiście wierzę, że to robią. Ale też wiem, jaka jest praktyka i warunki pracy. Stosunkowo rzadko mają na to czas. I uczą się w trakcie specjalizacji mnóstwa innych rzeczy. Podobnie lekarze rodzinni nie mają wielu zajęć dotyczących tej problematyki czy też psychologii rozwojowej.

Zauważyłem pewien niepokojący fakt – prawie 90% dzieci zgłaszanych do nas z autyzmem miało prawidłowy bilans dwu- i trzylatka. Ktoś notował właściwy rozwój dziecka, które nie mówiło, nie reagowało na otoczenie i nie patrzyło na lekarza. Wiedza pediatri skupiona jest na rozwoju ruchowym, wadze, wzroście, obwodzie głowy. To oczywiście bardzo ważne, ale rodzice nie są

pytani o zabawę, mowę w znaczeniu innym niż pierwsze słowa, kontakt z dzieckiem, jego reakcje na otoczenie.

Lekarze rodzinni mają bardzo ważne zadanie, polegające choćby na dopingowaniu rodziców do pójścia do specjalisty – niekoniecznie do psychiatry, czasami na początek do psychologa szkolnego lub Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. Psycholog szkolny powinien być odpowiednikiem lekarza rodzinnego w zakresie problemów psychicznych.

Każdy z nich ma obowiązek wyjaśniać rodzicom, że mogą pójść do psychiatry. U nas wizyta u psychiatry ciągle jeszcze stygmatyzuje i wiąże się z poczuciem winy. W Polsce np. nie leczy się dzieci moczących się w nocy, bo matki obawiają się, że ujawnienie problemu zostanie odebrane jako coś rzucającego cień na rodziców. Zachęcanie do szukania pomocy, bez obwiniania, jest ogromnie ważne.

Niekiedy pojawia się opinia, że mamy do czynienia z nadmierną psychiatryzacją, twierdzenie, że kiedyś nie było tych diagnoz i dzieci jakoś żyły. Oczywiście. Kiedyś nie było też diagnozy zespołu metabolicznego, po prostu ktoś był grubasem. Z drugiej strony tendencja do szukania pomocy specjalistycznej jest powszechna. Pomyślmy – 30 lat temu sami naprawialiśmy samochody i pralki, a 50 lat temu chleb piekło się w gospodarstwach domowych. Przez długie lata uważano, że rodzicielstwo ma być instynktowne, a dziś już nie. Dziś chwalebne jest radzenie się dietetyka, jak jeść, aby lepiej żyć. Naprawdę można czasem radzić się psychologa, jak lepiej wychować swoje dziecko.

W jakich przypadkach lekarz rodzinny powinien bezwzględnie kierować dziecko do psychiatry?

Kiedy ma podejrzenie całościowych zaburzeń rozwoju, czyli grupy zaburzeń autystycznych. Dziecko nie interesuje się otoczeniem, ma opóźniony rozwój mowy, nie nawiązuje kontaktu wzrokowego, nie podąża za uwagą osób dorosłych, nie obserwuje się w jego przypadku zabaw imitacyjnych. To brzmi naukowo, ale dotyczy zwykłego zjawiska – gdy rodzic się czymś interesuje, zdrowe dziecko natychmiast robi to samo. Autystyczne tak się nie zachowuje. Odroczenie pomocy w takich przypadkach pogarsza rokowanie, które i tak jest przecież niezbyt dobre. Do specjalisty należy kierować też dzieci nadmiernie lękowe. Takie, które lęk powstrzymuje przed zabawami z kolegami, poznawaniem świata. Należy zwrócić uwagę na przedszkolaki stale nieobecne z powodu choroby. Przyczyną może być oczywiście osłabienie odporności i przeziębienia, ale też ucieczka w chorobę z obawy przed oddzieleniem od matki. A ona, obawiając się komplikacji zdrowotnych, zostawia dziecko w domu. W perspektywie taki stan utrudni rozwój dziecka.

Nie należy także lekceważyć podejrzeń depresji u nastolatków. Ważne są zwłaszcza wszelkie sygnały o zagrożeniu próbą samobójczą. U dorosłych próba samobójcza zwykle jest związana z zespołem depresyjnym. U nasto-

latków niekoniecznie. Ale należy reagować nawet wtedy, gdy dorosłym wydaje się, to tylko próba zwrócenia na siebie uwagi. Przykład, który często przytaczam: po kłótni z matką dziewczyna połknęła kilka tabletek witaminy C. Lekarz zbagatelizował sprawę, wyśmiał ją i odesłał do domu. Dwa dni później w podobnej sytuacji dziewczyna połknęła lek babci – digoksynę. I umarła.

Kolejna kwestia – zwracanie uwagi na zaburzenia w odżywianiu, na dziewczęta z niedożywieniem, z podejrzeniem jadłowstrętu. W tej sprawie uwrażliwieni powinni być także ginekolodzy. Zgłaszają się do nas krańcowo wyniszczone dziewczyny, u których farmakologicznie wywoływano miesiączkę. Jak się ma BMI 14, trudno liczyć na regularne miesiączki. Pacjenci z zaburzeniami odżywiania zwykle negują dolegliwości. Należy zbadać pacjentkę somatycznie. Może pod kilkoma podkoszulkami kryje się wychudzone ciało, dziewczyna ma wolną akcję serca, niskie ciśnienie.

Pacjenci z ADHD to specyficzna grupa, o której zaburzeniach panują różne opinie. Czy jest to choroba, zaburzenie? Jak je traktować?

Z pewnością jest to zaburzenie. Istnieje grupa dzieci, które mają duże kłopoty z koncentracją, wykazują impulsywność, nadruchliwość nasilone w takim stopniu, że utrudnia im to funkcjonowanie. Te dzieci nie radzą sobie w szkole, w domu nie radzą sobie z nimi dorośli. Rodzic zaczyna się denerwować, krzyczeć, może bić. Dziecko otrzymuje negatywne informacje o sobie od otoczenia.

Objawy ADHD występują oczywiście w różnym stopniu. Od pewnej granicy nasilenia stają się zaburzeniem. Funkcjonowanie takiego dziecka zależy też od otoczenia. Uczeń z kłopotami ze skupieniem uwagi w małej klasie, z kompetentnym nauczycielem, sobie poradzi. W klasie 30-osobowej, z nauczycielem nerwowym, zmęczonym zawodem, nie da sobie rady.

Zatem jak ma postępować lekarz rodzinny?

Uważnie wysłuchiwać skarżących się rodziców. Sprawdzić, na czym polega „niegrzeczność”. W przypadku dziecka, którego „wszędzie jest pełno”, które robi coś źle, a potem żałuje, „nie słucha”, lekarz powinien zbadać, czy nie są to przyczyny somatyczne, np. niedosłuch, przerost trzeciego migdałka, niedokrwistość. Jeśli je wykluczy, powinien zaproponować konsultacje u psychologa lub psychiatry. Możliwe, że dziecko ma ADHD. A jeśli nie ma, to rodzic nieradzący sobie z dzieckiem też potrzebuje pomocy. Może to matka ma kłopoty psychiczne, jest przeciążona albo po prostu nie umie wychowywać dziecka.

Moim zdaniem lekarz rodzinny powinien wystrzegać się dwóch rodzajów błędów. Pierwszym jest obwinianie rodziców, bo wtedy już po raz drugi nie zgłoszą się po pomoc. A drugim jest udzielanie porad typu wychowawczego, wynikających z doświadczenia potocznego, własnej historii rodzinnej, a przekazywanych z pozycji i aury lekarza jako profesjonalisty. Warto odróżniać, kiedy się coś radzi jako doświadczony człowiek czy rodzic, a kiedy wydaje się zalecenia lekarskie.

(przedruk z „Pulsu” nr 10/12)

PYTAĆ O PRZYCZYNY SWOJEGO STANU

Są ludzie, którzy mają poważne trudności z akceptacją siebie, którym brak zaufania lub chęci pracy, nadziei na lepsze. Konsekwencje tego stanu są wielorakie i wyliczenie ich jest trudne. Z pewnością stan taki prowadzi do samotności, co pogłębia negatywne myślenie o sobie, i pogorszenia relacji z innymi. Osoby, niepewne swojej wartości, stają się nieporadne w życiu i mają opóźnienia rozwojowe. Nie wierzą, że stać je na sukces, że osiągną to, czego pragną. Zamykają się w sobie, stają się nieufne i raczej krytykanckie. Kiedy jednak pytają, jak z tego wyjść, trzeba doradzić, aby zaczęły zmieniać sposób myślenia o sobie.

Kiedy moje myśli są inne, zmieniają się również moje odczucia, nastawienia, myśli o przyszłości. Wiadomo przecież, że samopoczucie i sposób przeżywania różnych spraw zależy bardzo od tego, w jaki sposób spogląda się na nie, co o nich się sądzi. Aby do tego dojść, być może trzeba będzie zwolnić tempo życia, zatrzymać się i znaleźć czas na zastanowienie, aby poznać, co jest źródłem moich negatywnych odczuć, co sprawia, że brak mi pewności siebie, że czuję się źle we własnej skórze, nie akceptu-

ję lub wręcz odrzucam siebie. Niepoprawne odniesienie do własnej osoby rzutuje następnie na moją karierę zawodową, relację w rodzinie, w gronie przyjaciół. Warto więc zapytać, dlaczego nie awansuję, dlaczego inni nie biorą pod uwagę mojego zdania, dlaczego nie mam przyjaciół albo mam ich niewielu, mniej niż inni.

Powodów do smutku, do złego samopoczucia, do pokusy wyłączenia się z codziennego biegu zdarzeń może być, oczywiście, znacznie więcej i różnych, lecz niezależnie od ich rodzaju i liczby, człowiek zawsze trudno sobie z nimi radzi. Cierpi, jawnie lub w ukryciu, kuszony pokusą wycofania się z aktywności, przejścia na margines egzystencji. Zaczyna stronić od ludzi. Czuje do nich nutę żalu, lecz nie stać go, aby pytać o jego zasadność, o powody.

Co robić w takich sytuacjach? Z pewnością nie wolno ulec sile kuszącego pesymizmu. Łatwo powiedzieć, ale trudno zrobić – ktoś powie. Może i tak, ale dlaczego nie można spróbować? Dlaczego zamiast zamykać się w milczeniu i uważać się za ofiarę, nie zacząć działać? Zanim ktoś przyjdzie mi z pomocą, pierwszy krok mu-

szą wykonać sam. Będzie nim poddanie w wątpliwość moich negatywnych odczuć, zakwestionowanie moich czarnych myśli i biernej postawy. Jest to odwaga konfrontacji z pytaniem: a może to wyłącznie moja indywidualna, subiektywna opinia na ten temat? Może inni wcale tak nie sądzą? Może to ja projektuję na nich swoje negatywne odczucia, przerzucam na nich moją chorobę wyobraźnię?

Zabieg niezwykle ważny

Jest to zabieg niezwykle ważny, który przynieść może bardzo pozytywne skutki. Oto zamiast snuć negatywne myśli o sobie, zamiast dostrzegać wyłącznie braki i punkty nieudane, usiłuję, nawet z trudem, budować myślenie pozytywne. Zaczynam poddawać w wątpliwość moje przypuszczenia. Stawiam pytanie, które przychodzi mi trudno, ale które może być brzemiennie w skutkach. Brzmi ono następująco: a może tego, co osobiście uważam za negatywne w sobie, inni wcale tak nie widzą albo przeciwnie, uważają to za moją mocną stronę? Życie uczy, że często tak właśnie bywa. Zresztą mówi o tym sam Bóg: *Bo myśli moje nie są myślami waszymi ani wasze drogi moimi drogami. Bo jak niebiosa górują nad ziemią, tak drogi moje – nad waszymi drogami i myśli moje – nad myślami waszymi* (Iz 55, 8-9).

To, co myślę na temat samego siebie, niekoniecznie musi być jedynie słuszne, i to zarówno w sprawach negatywnych jak i pozytywnych. Mogę bowiem się mylić i to poważnie. Kreować fałszywy obraz siebie, swoich radości czy problemów. Jestem wyłącznym twórcą i właścicielem swoich myśli, dlatego warto im czasem niedowierzać. Skoro wiem, że decyduję o tym, co my-

ślę i jak oceniam to, co widzę wokół, mogę więc poddać w wątpliwość niektóre z moich myśli, odrzucić te z nich, które mnie ranią lub osłabiają moje życie. Leży to w mojej gestii.

Kontrola myśli

Kontrola myśli dotyczy wyobrażeń, które są sprzeczne, przesadnie negatywne albo niepoprawnie pozytywne. Jednych i drugich należy unikać. Jedne i drugie są szkodliwe, nie ułatwiają życia. Lecz myśli negatywne są znacznie gorsze od nadmiernie pozytywnych. Te ostatnie wprawić mnie mogą w pozytywne samopoczucie, które może nie zawsze będzie uzasadnione, ale przynajmniej nie będzie mnie ustawiać krytycznie do świata i do innych. Lecz kiedy górę przejmie we mnie myślenie negatywne, znaczy, że nie tylko ja, ale także osoby wokół, będą cierpieć z tego powodu. Warto zatem dołożyć starań, aby zmienić „na plus” każdą myśl, która wprawia mnie w zły nastrój, która nie pozwala mi uwierzyć w siebie i która w konsekwencji obniża moją aktywność. Kiedy więc zaczyna się chwiać moja pozytywna samoocena, muszę pytać się, co jest tego powodem i szukać sposobów jej zwalczania. Bóg będzie mi zawsze udzielał w tym pomocy, bo jest On pierwszym i najważniejszym moim lekarzem. Jeżeli powodem moich negatywnych myśli nie jest grzech, to nie mam prawa być smutny. A kiedy ich źródłem jest grzech, muszę się oczyścić.

Prof. Zdzisław Józef Kijas
OFMConv

(przedruk z „Doktora” nr 5/12)

Konkurs Fotograficzny "Okiem Eskulapa"



Zapraszamy do udziału w III Ogólnopolskim Konkursie Fotograficznym Lekarzy organizowanym przez Śląską Izbę Lekarską w Katowicach.

Tematy konkursu:

- Lekarz, pacjent - współodczuwanie
- Zwierzęta wokół nas
- Detal w architekturze

Termin nadsyłania prac upływa **31 marca 2013 roku**.

Regulamin konkursu dostępny na stronie internetowej Śląskiej Izby Lekarskiej: <http://www.izba-lekarska.org.pl>

Firma POZYTRON Radiologia w Medycynie zaprasza na: szkolenie z zakresu „OCHRONA RADIOLOGICZNA PACJENTA”. Szkolenie odbędzie się 12 stycznia 2013 roku we

Kurs przeznaczony jest dla wszystkich osób wykonujących badania oraz zabiegi lecznicze z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, w tym dla lekarzy stomatologów, lekarzy radiologów, lekarzy wykonujących procedury z zakresu radiologii zabiegowej, fizyków medycznych oraz techników elektroradiologii.

Szkolenie zostanie przeprowadzone zgodnie z programem określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011r. (Dz. U. z 2012 r., Nr 0, poz. 470) w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej. Za szkolenie przyznane jest 7 punktów edukacyjnych.

Termin: 12 stycznia 2013 r. (sobota), godz. 9.00

Miejsce: Wrocław – Quality System – Hotel Wrocław ***, al. M. Kromera 16,

Koszt: 430 zł + 140 zł (koszty egzaminu, na podstawie §13.1 w/w rozporządzenia z dnia 18 lutego 2011r.)

W przypadku zbyt małej liczby uczestników, organizatorzy zastrzegają sobie możliwość zmiany terminu egzaminu. Szkolenie odbywa się drogą korespondencyjną. Kurs zakończony jest egzaminem i otrzymaniem certyfikatu ważnego przez 5 lat. Wszelkie informacje o szkoleniu dostępne są na stronie www.pozytron.pl

W przypadku pytań prosimy o kontakt telefoniczny lub mailowy: Daria Stępin, tel: 505-440-173; www.pozytron.pl/szkolenia/.

* * *

SP Zespół Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych z/s w Kup (46-082 Kup, ul. K. Miarki 6) zatrudni lekarzy internistów. Szczegółowe informacje: Kierownik Działu Personalno-Płacowego Sylwia Skutecka, tel. 77/40-32-859.

* * *

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Opolu poszukuje do współpracy w latach 2013 do 2014, w charakterze konsultantów, specjalistów z zakresu: chirurgii naczyniowej, dermatologii, diabetologii, endokrynologii, ginekologii, hematologii, kardiologii, nefrologii, neurochirurgii, neurologii, okulistyki, onkologii, ortopedii, otolaryngologii, psychiatrii, pulmonologii, reumatologii, stomatologii oraz psychologii klinicznej.

Zainteresowanych prosimy o pilny kontakt. Szczegółowe informacje pod numerami telefonów: 77/45-11-572, 77/45-11-780.

* * *

NZOZ „MED-IZB” Izbicko poszukuje lekarza do pracy w POZ, z możliwością wejścia do spółki. Kontakt: Bernard Knosala, tel: 606-641-484.

* * *

Gabinet ortodontyczny nawiąże współpracę z lekarzem pedodontą lub stomatologiem chcącym leczyć małe dzieci i logopedą. Kontakt: 608-443-523.

* * *

NZOZ poszukuje lekarza (internistę, lekarza rodzinnego lub pediatrę) do pracy w POZ w **Krapkowicach**. Kontakt pod numerem 516-086-500.

* * *

Działający w Śródmieściu Opola gabinet stomatologiczny **eMdent** posiada do wynajęcia pomieszczenie (14,4 m²) gotowe do adaptacji na gabinet. Tel. 603-761-294.

* * *

Sprzedam lub zamienię budynek o pow. 250 m², dwukondygnacyjny, z parkingiem, położony w Chmielowicach przy ulicy Nyskiej 2 (główna droga do i z Opola, 4 km od centrum Opola). Nieruchomość składa się z hali głównej, pomieszczeń biurowych i gospodarczych, aneksu kuchennego, toalety, łazienki, a także pokoi na piętrze. **IDEALNY DLA ADAPTACJI NA PRZYCHODNIE LEKARSKIE STOMATOLOGICZNE I APTEKĘ – JEDNOCZEŚNIE**. Kontakt – Karolina Wyciślik, tel. 884-995-448, adres mailowy: kacprezes@gmail.com

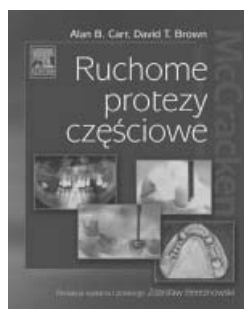
ultrasonografy.pl



Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.
50—011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: www.elsevier.pl; tel.
42/680-44-09, fax: 42/680-44-86;
e-mail: zamowienia@elsevier.com

Ruchome protezy częściowe. McCracken

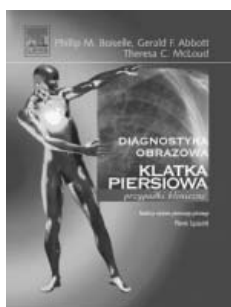
A.B. Carr, D.T. Brown; wyd. I polskie, red. Z. Bereznowski; ISBN: 978-83-7609-287-4, format: 215x290, opr. twarda, 400 stron, cena det.: 277.00 zł, twoja cena: 235.45 zł (554 ELS pkt)



W najnowszym wydaniu znane go na świecie podręcznika omawiającego ruchome protezy częściowe w ujęciu McCrackena czytelnik znajdzie wszystkie niezbędne informacje dotyczące diagnostyki i planowania leczenia, przygotowania jamy ustnej do rehabilitacji protetycznej, pobierania wycisków czy procedur laboratoryjnych. W książce opisano także możliwości zastosowania implantów wraz z protezami częściowymi. Cennym uzupełnieniem publikacji są kolorowe zdjęcia prezentujące aspekty techniczne protez, rodzaje stosowanych materiałów, a także szczegóły anatomiczne. Podręcznik jest doskonałą pozycją skierowaną zarówno do studentów, jak i praktykujących stomatologów, a także techników dentystycznych.

Klatka piersiowa. Seria Diagnostyka Obrazowa Przypadki Kliniczne

P.M. Boisselle, G.F. Abbott, T.C. McCloud; wyd. I polskie, red. M. Sasiadek; ISBN: 978-83-7609-729-9, format: 210x280, opr. broszurowa, 338 stron, cena det.: 167.00 zł, twoja cena: 141.95 zł (334 ELS pkt)



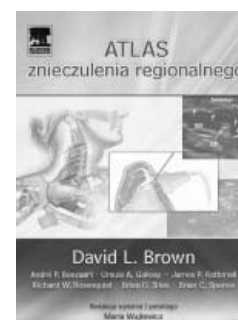
Cóż jest ważniejszego w radiologii od obrazowania klatki piersiowej? Bez wątpienia właśnie od tej dziedziny rozpoczyna się szkolenie większości rezydentów, a jednak zgłębianie patologii serca i płuc trwa aż do ostatniego roku szkolenia lub stażu. Płuca i serce stanowią coraz większe wyzwanie dla diagnosty, mimo iż techniki obrazowania stają się coraz bardziej wyrafinowane. (...)

Książki z tej serii przeznaczone są dla rezydentów, lekarzy przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego i praktykujących radiologów. Każdy tytuł z serii podzielony jest na trzy rozdziały, różne pod względem trudności interpretacyjnej i /lub częstości występowania

danego przypadku w praktyce klinicznej. Pierwszy rozdział nazwany „Runda wstępna” charakteryzuje się niewielką trudnością interpretacyjną i jest przeznaczony dla rezydentów specjalizujących się w radiologii. Kolejny rozdział – „Krytyczne spojrzenie” wymaga poszerzonej wiedzy i doświadczenia klinicznego. Trzeci rozdział nazwany „Próba sił” jest przeznaczony dla wykładowców i praktykujących radiologów, którzy zapewne z łatwością potrafią opisać przedstawione na zdjęciach patologie i przypisać im prawdopodobne rozpoznanie. Opisane przypadki zachęcają do dyskusji i pobudzają zdolność medycznego rozumowania.

Atlas znieczulenia regionalnego

D.L. Brown; wyd. I polskie, red. M. Wujtewicz; ISBN: 978-83-7609-665-0, format: 186x234, opr. twarda, 200 stron, cena det.: 252.00 zł, twoja cena: 214.20 zł (504 ELS pkt)



Opierając się na własnym ogromnym doświadczeniu, autorzy tego bogato ilustrowanego podręcznika przedstawili niezwykle szeroki zakres technik znieczulenia regionalnego możliwych do zastosowania w zakresie poszczególnych obszarów ciała. Nie ograniczono się jedynie do tradycyjnej techniki blokad, ale tam gdzie to jest możliwe, przedstawiono ich wykonanie z zastosowaniem ultrasonografii, która w znieczuleniu regionalnym jest coraz szerzej stosowana, dając dzięki wizualizacji struktur anatomicznych i rozprzestrzeniania się środka miejscowo znieczulającego większą skuteczność i powtarzalność wykonywanych blokad. Szczególnie cenne, a wynikające z dużego doświadczenia autorów, jest nie tylko podkreślenie potencjalnych problemów, z jakimi można spotkać się podczas wykonywania blokady, ale także istotne są praktyczne rady, których udzielają autorzy tego opracowania.

Z przedmowy do wydania polskiego

Z przyjemnością informujemy Państwa, że od 2012 roku czasopismo *Polish Annals of Medicine* jest wydawane przez Elsevier – jednego z największych promotorów nauki na świecie. Z zasobów Elsevier – ponad 2500 czasopism i ponad 11000 książek on line – korzysta ponad 30 milionów naukowców i studentów na świecie.

Polish Annals of Medicine – półrocznik w angielskiej wersji językowej Olsztyńskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i Warmińsko-Mazurskiej

Izby Lekarskiej. Ukazuje się pod auspicjami Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. REDAKTOR NACZELNY prof. Ireneusz M. Kowalski.

Polish Annals of Medicine jest interdyscyplinarnym pismem medycznym, o zasięgu międzynarodowym, publikującym artykuły oryginalne (kliniczne i doświadczalne), kazuistyczne, przeglądowe i poglądowe, spełniające standardy międzynarodowe. W publikacji zamieszczane są prace doktorskie i habilitacyjne, komentarze i recenzje naukowe, raporty z kongresów, zjazdów i sympozjów naukowych.

Polish Annals of Medicine – wszystkie artykuły w wersji elektronicznej dostępne są w ScienceDirect (<http://www.sciencedirect.com/science/journal/12308013>). Więcej informacji:

Instytucje rozwojowo-badawcze i akademickie – Piotr Gólkiewicz tel. 695-306-017, p.golkiewicz@elsevier.com

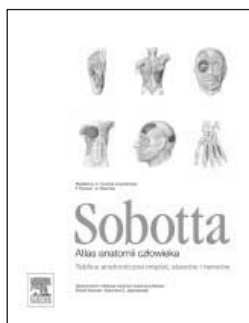
Szpitala, kliniki i inne ośrodki medyczne – Michał Krupa tel. 517-044-166, m.krupa@elsevier.com

Odbiorcy indywidualni – Jacek Sołtyk tel. 510 134 282, j.soltyk@elsevier.com

* * *

Sobotta. Tablice anatomiczne mięśni, stawów i nerwów. Atlas anatomii człowieka

red. F. Paulsen, J. Waschke; wyd. IV polskie, red. W. Woźniak, K.S. Jędrzejewski; ISBN: 978-83-7609-717-6, format: 230x314, opr. broszurowa, 100 stron, cena det.: 42.00 zł, twoja cena: 35.70 zł (84 ELS pkt)



Sześćdziesiąt tablic pozwala na szybkie i systematyczne powtórzenie oraz pogłębienie wiedzy wszystkie mięśnie ciała człowieka z uwzględnieniem ich początków, przyczepów, unerwienia oraz czynności każda tablica zawiera schematyczny rysunek opisywanego mięśnia, odpowiadający rycinom z Atlasu anatomii człowieka J. Sobotty w tomach 1, 2 i 3 gałęzie i zakresy unerwienia splotów szyjnego, barkowego oraz lędźwiowo-krzyżowego stawu i nerwy czaszkowe. Każda tablica zawiera odsyłacze do odpowiadających jej rycin w Atlasie anatomii człowieka J. Sobotty (tomy 1, 2, 3).

* * *

Diagnostyka laboratoryjna

B. Neumeister, I. Besenthal, B.O. Böhm; wyd. II polskie, red. M. Pietruczuk, A. Bartoszko-Tyczkowska; ISBN: 978-83-7609-804-3, format: 100x171, opr. broszurowa, 200 stron, cena det.: 154.00 zł, twoja cena: 130.90 zł (308 ELS pkt)



Diagnostyka laboratoryjna. Poradnik kliniczny to kompendium skierowane do lekarzy praktyków, w tym lekarzy medycyny rodzinnej, a także diagnostów laboratoryjnych wszystkich specjalności. Książka ta jest również doskonałym uzupełnieniem wiadomości z zakresu diagnostyki laboratoryjnej dla studentów analityki medycznej. Zawarto w niej nie tylko informacje o badaniach i testach laboratoryjnych, ale, co bardzo ważne, omówiono również elementy fazy przedanalizycznej, dotyczące tego, jak przygotować pacjenta do badania laboratoryjnego, jak pobrać krew i do jakiego rodzaju próbek, w jakiej temperaturze i czasie należy próbkę transportować, aby materiał do badań dostarczyć do laboratorium.

W podręczniku przedstawiono też fazę postanalizyczną, w której dla różnych testów laboratoryjnych opisano przyczyny uzyskiwania wyników fałszywie dodatnich i ujemnych, a także wpływ czynników interferujących na fazę analityczną poszczególnych badań laboratoryjnych.

Dr hab. n. med., prof. nadzw. Mirosława Pietruczuk
Z przedmowy do wydania II polskiego

* * *

Choroby krążka międzykręgowego. Przypadki kliniczne, diagnostyka, leczenie, profilaktyka

J. Kraemer; wyd. I polskie, red. A. Dziak; ISBN: 978-83-7609-695-7, format: 200x275, opr. twarda, 396 stron, cena det.: 189.00 zł, twoja cena: 160.65 zł (378 ELS pkt)

Zgodnie z tytułem niniejszego podręcznika autorzy położyli nacisk na omówienie klinicznych aspektów chorób krążka międzykręgowego. Inne zagadnienia, takie jak embriologia, histopatologia, badania mikroskopii elektronowej oraz specjalistyczne procedury chirurgiczne, są poruszane tylko w stopniu niezbędnym. Naświetlono najczęstsze objawy wszystkich chorób krążka międzykręgowego, aby ułatwić ich zdiagnozowanie i uprościć leczenie. Przykładem tego jest zależność bólu od pozycji ciała, to znaczy zmiany nasilenia dolegliwości w zależności od tego, czy pacjent przyjmuje pozycję stojącą czy leżącą.

Ze wstępu

* * *

Nelson Pediatrics. Tom 2

K.J. Marcadante, R.M. Kliegman, H.B. Jenson, R.E. Behrman; wyd. I polskie, red. A. Milanowski; ISBN: 978-83-7609-672-8, format: 220x280, opr. twarda, 783 strony, cena det.: 189.00 zł, twoja cena: 160.65 zł (378 ELS pkt)



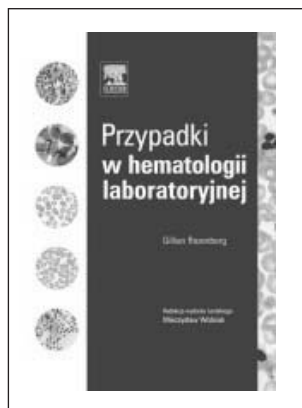
Dwutomowa publikacja, którą oddajemy do rąk czytelnika, jest tłumaczeniem amerykańskiego podręcznika *Nelson Essentials of Pediatrics*, zwanego popularnie „małym Nelsonem”. Od roku 1990, regularnie co 4 lata, w Stanach Zjednoczonych ukazuje się jego nowe wydanie. Obecnie, 6 już z kolei, pojawiło się w 2010r., zawiera więc najbardziej aktualną wiedzę z dziedziny pediatrii. Podręcznik przeznaczony jest dla lekarzy specjalizujących się w pediatrii i rezydentów pediatrycznych, ale również dla nauczycieli akademickich i lekarzy rodzinnych. Omówiono w nim najczęstsze problemy i choroby dzieci i młodzieży, z jakimi może się zetknąć lekarz pierwszego kontaktu w swojej pracy z pacjentem w wieku rozwojowym. W każdym rozdziale, oprócz omówienia etiologii i patogenez chorób, podano algorytmy postępowania diagnostycznego oraz praktyczne wskazówki terapeutyczne.

Z przedmowy do wydania polskiego

Przypadki w hematologii laboratoryjnej

G. Rozrnbeg; wyd. I polskie, red. M. Woźniak; ISBN: 978-83-7609-789-3, format: 175x245, opr. broszurowa (spiral), 250 stron, cena det.: 100.00 zł, twoja cena: 85.00 zł (200 ELS pkt)

W książce przedstawiono opisy 80 przypadków chorób układu krwiotwórczego oraz innych chorób, np. zakaźnych. Wydawnictwo to obrazuje zastosowanie wyników badań cytomorfologicznych krwi i szpiku kostnego do diagnozy klinicznej i przeznaczone jest dla osób, które opanowały już podstawy hematologii laboratoryjnej. Opis konkretnych przypadków klinicznych ilustrowany jest doskonałymi rycinami przedstawiającymi obraz mikroskopowych preparatów krwi obwodowej lub szpiku kostnego. Książka stanowi niezbędne uzupełnienie wiedzy na temat podstaw hematologii laboratoryjnej i adresowana jest do lekarzy i diagnostów laboratoryjnych oraz studentów kierunków medycznych.



W pierwszej części autorka przedstawiła w przystępnej formie opis przypadku klinicznego, wyniki niezbędnych badań laboratoryjnych, sugeruje też, aby czytelnik zastanowił się nad propozycją badań dodatkowych i postawieniem wstępnej diagnozy. W drugiej części książki zawarta jest ostateczna diagnoza oraz ewentualnie krótki komentarz.

Ta nowatorska forma prezentacji poszczególnych zagadnień klinicznych zakłada większą niż zwykle aktywność czytelnika w pogłębianiu wiedzy z zakresu hematologii laboratoryjnej w porównaniu z tradycyjnym opisem przypadków klinicznych.

Książka ta będzie stanowiła niezbędną pomoc naukową dla grona diagnostów laboratoryjnych, którzy kształcą się w swojej dziedzinie i specjalnościach towarzyszących

Ultrasonografia jamy brzusznej

J. Bates; wyd. II polskie, red. W. Jakubowski; ISBN: 978-83-7609-688-9, format: 195x250, opr. twarda, 352 strony, cena det. 169.00 zł, twoja cena: 143.65 zł (338 ELS pkt); **e-book EPUB** – cena det.: 143.65 zł, twoja cena: 122.10 zł (287 ELS pkt); **e-book PDF** – cena det.: 143.65 zł, twoja cena: 122.10 zł (287 ELS pkt)

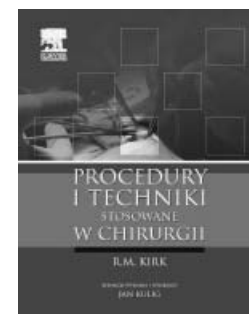
Ultrasonografia jamy brzusznej jest fundamentalną monografią dla wszystkich, którzy wykonują badania USG jamy brzusznej, którzy mają chęć się doskonalić w tych badaniach i którzy mają odczucie, że chcą być jeszcze lepsi w zakresie diagnostyki USG narządów położonych poniżej przepony jamy brzusznej.

Monografia jest przeznaczona głównie dla lekarzy, którzy już samodzielnie wykonują zadania USG. Dla początkujących jest znakomitą źródłem wiedzy, z tym podręcznikiem warto zacząć naukę badań USG narządów jamy brzusznej. To jedna z najlepszych książek z tej dziedziny medycyny.

Procedury i techniki stosowane w chirurgii

R.M. Kirk; wyd. I polskie, red. J. Kulig; ISBN: 978-83-7609-349-9, format: 190x250, opr. broszurowa, 236 stron, cena det.: 129.00 zł, twoja cena: 109.65 zł (258 ELS pkt); **e-book PDF** – cena det.: 90.29 zł, twoja cena: 76.75 zł (181 ELS pkt); **e-book EPUB** – cena det.: 90.29 zł, twoja cena: 76.75 zł (181 ELS pkt)

Podręcznik R.M. Kirka Procedury i techniki stosowane w chirurgii stanowi bardzo syntetyczne i wyczerpujące opracowanie podstawowych czynności i technik chirurgicznych stosowanych na co dzień w chirurgii ogólnej. Zawarto w nim przejrzyste opisy wszystkich niezbędnych czynności manualnych oraz procedur instrumentalnych, którymi posługuje się chirurg ogólny. Znakomite ilustracje i instruktaż wykonywania poszczególnych technik, takich jak szycie, wiązanie, techniki zespożeń, drenaży czy podstawy użycia szwów mechanicznych i współczesnych narzędzi chirurgicznych stosowanych w chirurgii ogólnej, laparoskopowej i endoskopowej stanowią doskonałą lekcję praktycznej nauki zawodu.



* * *



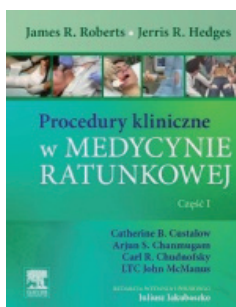
Anestezja. Znieczulenie regionalne i postępowanie przeciwbólowe

D.R. Burkey; wyd. I polskie, red. J. Wordliczek, J. Dobrogowski; ISBN: 978-83-7609-352-9, format: 152x234 mm, opr. broszurowa, 460 stron, cena det. 119.00 zł, twoja cena: 101.15 zł (238 ELS pkt); **e-book EPUB** – cena det.: 101.16 zł, twoja cena: 85.98 zł (202 ELS pkt); **e-book PDF** – cena det.: 101.16 zł, twoja cena: 85.98 zł (202 ELS pkt)

Ból jest podstawowym objawem w medycynie, a zrozumienie zarówno całego szeregu procesów związanych z jego powstawaniem, mechanizmów działania poszczególnych leków, jak i metod stosowanych w postępowaniu przeciwbólowym jest kluczowe dla prawidłowego i skutecznego leczenia bólu. Także w zakresie diagnostyki zespołów bólowych wprowadzane są do praktyki klinicznej coraz doskonalsze techniki obrazowania, a w terapii zaleca się stosowanie postępowania wielokierunkowego z uwzględnieniem skojarzonej farmakoterapii, technik inwazyjnych, neuromodulacji, rehabilitacji i psychoterapii.

Do wszystkich tych zagadnień odnoszą się Autorzy podręcznika Znieczulenie regionalne i postępowanie przeciwbólowe, a podstawową jego zaletą jest przedstawienie współczesnych poglądów z zakresu medycyny bólu, ze szczególnym uwzględnieniem możliwości i perspektyw terapeutycznych. Poszczególne rozdziały tego podręcznika mają charakter szczegółowych opracowań zagadnień, związanych zarówno z patomechanizmem, kliniczną oceną chorego z bólem, obrazem klinicznym, diagnostyką różnicową, jak i leczeniem zespołów bólowych, tych najbardziej istotnych w praktyce lekarskiej.

* * *



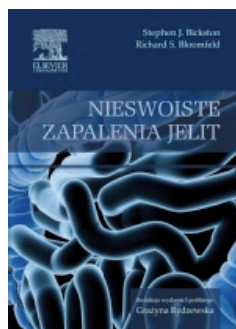
Procedury kliniczne w medycynie ratunkowej. Część 1

J.R. Roberts, J.R. Hedges, C.B. Custalow, A.S. Chanmugam, C.R. Chudnofsky, LTC J. McManus; wyd. I polskie, red. J. Jakubaszko; ISBN: 978-83-7609-657-5, format: 216x276, opr. twarda, 536 stron, cena det.: 249.00 zł, twoja cena: 211.65 zł (498 ELS pkt); **e-book EPUB** – cena det.: 211.65 zł, twoja cena: 179.90 zł (423 ELS pkt)

Przekazywana Państwu pierwsza część polskiej edycji piątego wydania Procedur klinicznych w medycynie ratunkowej Roberta i Hedgesa jest nowością na naszym rynku wydawniczym. Otwieramy w ten sposób nowy rozdział w programach edukacyjnych i praktyce klinicznej medycyny ratunkowej w Polsce. Zakres kompetencji lekarza medycyny ratunkowej systematycznie rośnie, a wymagania wobec jego umiejętności praktycznych, koniecznych w szerokim spektrum nagłych zagrożeń zdrowotnych - stale rosną. W wielu krajach proces ten trwał ponad 40 lat. My nadrabiamy zaległości w tym zakresie dopiero od mijającej dekady. Toteż niezwykle ważny jest ten podręcznik opisujący szczegółowo procedury kliniczne medycyny ratunkowej - od podstawowych, codziennych (jak ratunkowa intubacja dotchawicza) do zaawansowanych i trudnych (jak torakotomia resuscytacyjna).

Podręcznik ten jest zalecany przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej lekarzom studiującym medycynę ratunkową i przygotowującym się do egzaminu specjalizacyjnego w tej dyscyplinie. Jest też zalecany kandydatom do Europejskiego Dyplomu Medycyny Ratunkowej.

* * *



Nieswoiste zapalenia jelit

R.S. Bloomfeld, S.J. Bickston; wyd. I polskie, red. G. Rydzewska; ISBN: 978-83-7609-860-9, format: 140x204, opr. broszurowa, 196 stron, cena det.: 89.00 zł, twoja cena: 75.65 zł (178 ELS pkt)

Zapewnienie optymalnej opieki choremu z nieswoistym zapaleniem jelit wymaga współpracy specjalistów z różnych dziedzin. Książka skierowana jest do wszystkich zaangażowanych w ten proces, zarówno lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów, jak i do personelu pielęgniarstwa oraz dietetyków. Włączając do opracowania rozdziały dotyczące pielęgniarstwa, leczenia osób ze stomią oraz problemy żywieniowe, podkreślono znaczenie współdziałania różnych specjalistów zajmujących się chorymi z nieswoistym zapaleniem jelit.

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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

UWOLNIJ BESTIĘ

NOWY GS 250



JUŻ OD **189 900** PLN
TYLKO **101** SAMOCHODÓW
W LEASINGU **101%**

Szczegóły u autoryzowanego dealera.
Zapraszamy do salonu:
Lexus Wrocław
ul. Legnicka 164
tel.: (71) 359 85 85

www.nowy-gs.pl

Nowy Lexus GS w niepowtarzalny sposób łączy w sobie drapieżny design oraz potężną moc. Najbardziej wyrafinowane rozwiązania techniczne sprawiają, że nowy Lexus GS jest niepokonany.

 **LEXUS**
creating amazing

Lexus GS 250 - zużycie paliwa oraz emisja CO₂ (UE 80/1268 z późniejszymi zmianami) odpowiednio 8,9 l/100km (cykl mieszany) oraz 207 g/km.
Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji: www.lexus-polska.pl