



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

BIULETYN INFORMACYJNY

Maj 2020

ISSN 1426-661X

Nr 282

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. Alfred Polok

W KĄCIE UMARŁYCH

Przenieśmy się w czasie, Brugia, rok 1778. Biją kościelne dzwony, układają do snu uliczki. Bim-bam i śpi dzielnica tkaczy, bim-bam – zasypiają chaty przy kanale. Dachy wybrzuszają się, krzywią, falują, prawie wszystkie ceglasterude, w czarne kropki wron. Okna wychylają się z zaułków, migoczą i zapraszają do środka.

Znów dżyń-dżyń spada na bruk, tłucze się i kulejąc ociera o ściany kamienicy na rogu, jednej z najmniejszych w Brugii, z ciemnym oknem pośrodku i drzwiami tak wąskimi, że trudno się przez nie przecisnąć. Tuż za nią wyrósł szpital świętego Jana. Założony w 1150 roku, należy do najstarszych w Europie. Obok niego stoi kościół, są budynki zakonne, cmentarz, stajnie, piekarnie i browar, a także sady pełne jabłoni, grusz i jaśminu. W ogrodach zieleni się groch i łuszczy cebula.

Od południa szpital przegląda się w wodzie, zaś główne wejście znajduje się od ulicy Marii. Brama jest ciężka, zwieńczona bogatym, profilowanym portalem. Po skosie, na prawo przycupnęła Matka Boska. Aż dziw, że nie spadnie, kiedy tak odpowiada na ukłony przechodniów. Tuż za drzwiami mieści się sala na jakieś sto łóżek. Stoją w ciasnych szeregach – przyklejone plecami i bok do boku. Wokół krążą zakonnice w siedemnastu warstwach sukna. Czarno na białym opadają szkaplerze na habity, a kornety prawie dotykają sufitu. Mają chyba

oddzielać od zła i choroby, obłędu i zachwyty. U pasa siostr wiszą na sznurach pęki kluczy, obijają się o uda i znaczą ślady na skórze. Te klucze pasują do tyłu zamków z zapadniami, do tyłu komnat. Wystarczy przekręcić, rozpoznać łoskot i wejść do apteki czy skarbca.

Bo siostry od świętego Augustyna dbają o wszystko. Sporządzają mikstury, proszki i pigułki, ekstrakty i balsamy, robią trociczki, oleje, maści i plastry. Mieszą wódki i spirytusy, elakuaria i konfekty, produkują konserwy, szykują likwory, soki, syropy, octy, esencje. I mają recepty na różne

go rodzaju tynktury. To one, a nie doktorzy z dyplomami, rozpoznają temperament chorego: krwisty, choleryczny, melancholijny albo flegmatyczny. Sprawdzają krew – jak krzepnie i czy nie nosi śladów zapalenia, oznaczają ciepłotę ciała, wpatrują się w barwę odchodów, opisują zapachy i towarzyszą lekarzom podczas obchodu. Zapisują uwagi, interpretują wyniki badań, przeganiają śmierć, która czai się za rogiem, śmieje z cudownego oleju ze skorpionów przeciwko zarazie morowej. I raz po raz przychodzi nieproszona. Wtedy zakonnice zapalają świece, długie i cienkie, odczytują fragmenty Ewangelii. Poprawiają księdzu ornat, kiedy ten odprawia mszę za duszę i znaczy krzyżem drogę od piekła do nieba.

Malarz miejski Jan Beerblock przycupnął na stołku na przeciw wejścia. Rozejrzał się, jakby chciał sprawdzić obecność, policzyć bezdomnych i chorych – kto przybył, a kto odpadł. Wszędzie jej szukał. To dla niej przyjął zlecenie na obraz od zarządcy szpitala. Dzieło nazwie później „*Wnętrze szpitala świętego Jana w Brugii*”.

Najpierw przebiegł wzrokiem po łóżkach dla kobiet, ustawionych w jednej linii, wzdłuż ściany. Potem zajął do mężczyzn w drugim rzędzie, bo przecież ona, z fryzurą na pazia, wygląda zupełnie jak chłopiec. Wreszcie zatrzymał się w części chirurgicznej. Rozpoznał

małego Frycka od sąsiadów, który krzywił się, biadolił, pokazywał kikut ręki okryty mecherzyną wołową.

– *Tatko mnie zabije, jak zobaczy – jęczał.* Nagle pies, szary, kudłaty, podbiegł do malca i polizał go po twarzy. – *Kto tu wpuścił kundla?* – warknęła siostra Barbara. – *To szpital, nie jarmark!*

Nie było jej też na bękarcich łóżkach w korytarzu. – *Więc leży w kącie umarłych* – westchnął rozkładając farby i płótna, lecz tam bał się zaglądać.

Agnieszka KANIA



Jan Beerblock – „*De ziekenzalen van het Brugge-Sint-Janshospitaal*” (1778)

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X

OD REDAKCJI



Czas zarazy! Część z naszych Koleżanek i Kolegów przeżywa teraz niezwykle gorący czas. Walczą z koronawirusem na pierwszej linii, pracując pod olbrzymią presją społeczną i w wielkim stresie o zdrowie własne i swoich najbliższych. To ciężki czas. A wokół nas najpierw atmosfera wielkiego wsparcia dla białego personelu, a potem – niestety jak zawsze – także i fala hejtu internetowego i w kontaktach prywatnych.

Rząd zapowiedział powolne „odmrażanie” gospodarki i życia publicznego, ale myślę, że wielu z Was (tak, jak i ja sam) mamy spore wątpliwości, czy nie jest to próba przygotowań do wyborów prezydenckich. Miałem nadzieję, że nasz minister zachowa się nie jak polityk, ale jak lekarz w takiej sytuacji. Niestety okazało się inaczej.

Jak jednak ostatecznie będzie? Gdy będziecie czytać te słowa będzie już wszystko wiadome.

COVID jest teraz absolutnym „panem” mediów. Nic więc dziwnego, że także i w naszym Biuletynie poświęcam mu sporo miejsca. Myślę, że wszystkie te materiały zainteresują Was.

Jest także odzew po liście naszej Koleżanki dr Jakobi-Róż o braku wspomnień o odchodzących od nas na wieczny dyżur Koleżankach i Kolegach. List w tej sprawie napisał do mnie prof. Kubicki, a szef Komisji naszych Seniorów przygotował dwuczęściowy materiał wspomnieniowy o dwóch Superseniorach (druga część tego materiału pojawi się w następnym numerze Biuletynu).

Życząc więc wszystkim wytrwałości, odporności na stres i nadziei na normalność, żegnam się do następnego numeru.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA



Koleżanki! Koledzy!

Nie ma teraz ważniejszych tematów niż te, które są powiązane z szalejącą na całym świecie pandemią, wywołaną koronawirusem. Nie ma kraju, nie ma kontynentu, wolnego od tego „niewidzialnego” wroga. Jak wiecie, ogłoszony stan epidemii w naszym kraju i zakaz zgromadzeń spowodował, że nasz – jak też i wszystkie inne – zjazdy budżetowe w kraju, nie wyłączając Nadzwyczajnego XV Krajowego Zjazdu Lekarzy (miał się odbyć w maju br.) zostały odwołane.

Idziemy z duchem czasu i staramy się jako Izba reagować na problemy i potrzeby zgłaszane przez lekarzy i lekarzy dentyistów. Rośnie systematycznie liczba osób zakażonych, powiększają się i nasze problemy, które dotyczą nie tylko zawodowej sfery życia. W trosce o naszych seniorów uruchomiliśmy w Izbie tzw. „**Pomoc dla seniora**”, gdzie zainteresowane osoby mogą zgłaszać do Biura Izby potrzebę o pomoc. My zaś postaramy się po-

łączyć wolontariusza z potrzebującą osobą. We współpracy z Zarządem Województwa Opolskiego stworzyliśmy **bazę noclegową dla lekarzy**, którzy stykając się w pracy z chorymi na COVID-19 i nie chcąc narażać swych rodzin, potrzebują innego zakwaterowania – miejsca te są do ich dyspozycji – zarówno na terenie miasta Opola, jak i poza nim. Nowa sytuacja wyzwała też nowe problemy i wiele wątpliwości. Staramy się je rozwiązywać lub udzielać na stronach internetowych Izby fachowych porad (patrz informacje szczegółowe, jak skorzystać z **tarczy antykryzysowej**, stanowisko Urzędu Skarbowego dotyczące **teleporad**, itp.). Stworzyliśmy na stronie Izby – to teraz nasza główna „tablica informacyjna” (Biuro Izby pracuje obecnie w zmniejszonym wymiarze godzinowym, w godz. 10:00-13:00) – **Forum OIL**, czyli platformę wymiany myśli i poglądów naszych członków. Zachęcam do jej odwiedzania.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

INTERNETOWE POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ



W dniu 25 marca, w związku z ogłoszeniem stanu epidemii w Polsce z powodu COVID-19, posiedzenie Rady odbyło się internetowo. Udział w nim wzięło 17 członków Rady. Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynęły dwa wnioski o wpisanie na listę członków naszej Izby w związku z przeniesieniem:

- lek. Martyna Bator – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej,
- lek. Maksymilian Grzegórzko – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

O przyznanie pełnego prawa wykonywania zawodu po stażu i wpisanie do rejestru OIL w Opolu zwrócił się lek. Igor Arseniy, obywatel Ukrainy posiadający zgodę na stały pobyt na obszarze RP. Uchwałę podjęto przy 1 głosie wstrzymującym się (1 osoba nie zagłosowała).

O ponowne przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza na obszarze RP do dn. 10.02.2025 r. zwrócił się lek. Tahiraj Shpatjon (miał już trzykrotnie wydanie PWZ – dwa ostatnie razy przez Opolską Izbę Lekarską). Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Firma Cartis Group organizuje w Opolu konferencję „Pułapki diagnostyki laboratoryjnej chorób tarczycy. Przypadki kliniczne w diabetologii” w dniu 02.04 br. Firma posiada zaświadczenie ORL w Łodzi o wpisie do rejestru podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów. ORL w Łodzi przyznała za szkolenie 2 pkt. edukacyjne. OIL Opole potwierdza spełnienie warunków dla w/w Firmy dotyczące szkolenia jednak z zastrzeżeniem konieczności zmiany terminu szkolenia. Uchwałę podjęto przy 1 głosie wstrzymującym i 1 głosie sprzeciwu.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Brak wniosków.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych

O bezzwrotne zapomogi wnioski złożyło dwoje lekarzy. W jednym przypadku uchwałę podjęto przy 2 głosach wstrzymujących (1 osoba nie głosowała), a w drugiej – przy 1 głosie wstrzymującym się (1 osoba nie głosowała).

Prezes Smerkowska-Mokrzycka przekazała podziękowanie od jednego z lekarzy za przyznaną mu wcześniej zapomogę pieniężną.

W tym roku 14 lekarzy i lekarzy dentystów kończy 90 lat życia i zgodnie z Uchwałą zostanie im wręczony list gratulacyjny wraz z finansową pomocą socjalną w wysokości 1000 zł. Uchwałę w tej sprawie podjęto jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu złożył informację o zamiarze przeprowadzenia konkursu na stanowisko Z-cy Dyrektora ds. medycznych. Prezydium zarekomendowało Radzie kol. Henryka Bugiela. Rada zaakceptowała tę propozycję (przy 2 głosach wstrzymujących).

Dyrektor ZOZ w Oleśnie planuje konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej. Prezydium rekomendowało na członków Komisji Konkursowej: kol. Marcina Mielczarka (przewodniczący) oraz kol. Bogusława Kudybę i Aleksandra Wojtyłkę (członkowie). Uchwałę podjęto przy 1 głosie wstrzymującym i 1 przeciw.

Ponadto w tym samym szpitalu mają odbyć się konkursy na stanowiska: Naczelnej Pielęgniarki, Pielęgniarek Oddziałowych Oddziałów Wewnętrznych, Stacji Dializ, Dziecięcego, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Chirurgii Ogólnej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Prezydium rekomendowało kol. Marcina Mielczarka. Rada Uchwałę podjęła przy 1 głosie wstrzymującym i 1 głosie sprzeciwu.

Dyrektor ZOZ w Nysie przeprowadzi konkursy na stanowiska Pielęgniarki Oddziałowej Oddziałów: Dziecięcego Psychiatrycznego, Urologicznego, Internistycznego „B”, Obserwacyjno-Zakaźnego, Chirurgii Ogólnej, Laryngologicznego, Neurologicznego, Dziecięcego, Noworodkowego, Ginekologiczno-Położniczego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala w Nysie oraz ZOL Szpitala w Paczkowie. Prezydium rekomendowało kol. Stani-

sława Kowarzyka. Ten jednak zaproponował z kolei kol. Adama Bąka, który lepiej zna szpitalne realia. Rada obradowała nad kandydaturą kol. Adama Bąka – podjęła przy 1 głosie wstrzymującym się.

Rekomendacja w sprawie powołań na konsultantów wojewódzkich

Wojewoda Opolski zwrócił się z pismem do Prezes Izby Lekarskiej o planowanym powołaniu lek. Anny Świercz na funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Medycyny Paliatywnej. Kandydatura ta została zarekomendowana przez prof. dr hab. n. med. Wojciecha Leperta – Konsultanta Krajowego w tej dziedzinie. Poprzednio zgłoszona kandydatura lek. Janusza Cholewińskiego nie została zaakceptowana przez Konsultanta Krajowego. Prezydium pozytywnie oceniło kandydaturę, a Rada podjęła Uchwałę przy 1 głosie wstrzymującym się.

Kolejna prośba dotyczyła prof. dr hab. n. med. Roberta Śmigieła – Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Genetyki Klinicznej (kontynuacja pełnionej funkcji). Prezydium oceniło tę kandydaturę i Rada jednogłośnie podjęła Uchwałę w tej sprawie.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

Rada jednogłośnie podjęła Uchwałę o zwolnieniu z opłacania składek członkowskich 1 lekarza w związku z nieosiąganiem przez niego przychodu.

Sprawozdanie z konwentu Prezesów ORL

Prezes Smerkowska-Mokrzycka przekazała informację z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL z dnia 12.03.2020 r. W godzinach wieczornych odbyło się wspólne posiedzenie Konwentu Prezesów ORL i Prezydium NRL z Wiceministrem Zdrowia W. Kraską i Głównym Inspektorem Sanitarnym J. Pinkasem. Nieobecność Ministra Zdrowia na tym spotkaniu skutkowała tym, że ponad dwugodzinna dyskusja nie dała spodziewanych rezultatów – Minister Kraska tylko skrętnie notował uwagi Samorządu i obiecał przekazać je Ministrowi Szumowskiemu. Uwag i postulatów było z naszej strony wiele:

- złe zabezpieczenie w podstawowe środki ochrony,
- brak dostępu lekarzy do testów na obecność koronawirusa,
- brak jednoznacznych decyzji władz centralnych, dotyczących zakazu odwiedzin w placówkach medycznych oraz odwołania zabiegów planowych, które wzmocniłyby postanowienia wydawane lokalnie przez dyrektorów szpitali,
- problemy finansowe szpitali,

- problem prywatnych praktyk lekarskich, które są ważne w systemie zabezpieczenia zdrowotnego obywateli, a nie mają obecnie uprawnień do zakupów w hurtowniach w wypadku wydania obwieszczenia o ograniczeniu sprzedaży.

Padły zapewnienia Ministra Kraski, że w kraju jest odpowiednia ilość sprzętu ochrony osobistej, uruchamiane są dodatkowo rezerwy, ale dostawy będą kierowane przede wszystkim do szpitali i placówek POZ. Uczestnicy spotkania usłyszeli jedynie deklarację rozważenia zgody na rozszerzenie listy podmiotów z katalogu 85a prawa farmaceutycznego. Cały czas podkreślaliśmy, że chcemy pełnić naszą misję, ale jesteśmy na „pierwszej linii frontu” i chorzy lekarze, lekarze odbywający kwarantannę nie będą w stanie wypełniać swych zadań i pomagać chorym.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Brak sprawozdań.

Sprawy różne i wolne wnioski

Ze względu na brak powiadomienia na piśmie przez Izbę lekarza o powołaniu Komisji orzekającej w przedmiocie jego niezdolności do wykonywania zawodu, dotyczącej jego osoby oraz z brakiem powstania wniosków z pracy tej Komisji w okresie 3-ch miesięcy od chwili jej powołania (termin już upłynął), Rada zobligowana została do podjęcia nowej Uchwały w tej materii. Proponowany skład Komisji: przewodniczący Stanisław Kowarzyk, członkowie: Ewa Pendzialek-Grunwald, Elżbieta Sadowska i Izolda Świstun. Rada jednogłośnie podjęła Uchwałę w tej sprawie.

Prezydent Miasta Opola poinformował Radę w piśmie o objęciu swym patronatem II Kongresu Kultury Lekarzy.

13 marca odbyło się dodatkowe posiedzenie Prezydium, które w trybie pilnym (ze względu na sytuację) zaopiniowało kandydata Wojewody Opolskiego, lek. Macieja Gawora na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Podjęto stosowną uchwałę po pozytywnej ocenie kandydata na tę funkcję.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

WSPOMNIENIE O IRZYSKU

Nie tak dawno, bo przed rokiem, wspominałem kolejne Spotkanie Wiosenne lekarzy seniorów, na którym dr Jerzy Rekucki – neurolog, prezentował swoje okolicznościowe kuplety (Biuletyn Informacyjny OIL nr 271). W naszym Spotkaniu uczestniczyła także Redaktor Danuta Starzec, która przeprowadziła kilka wywiadów z uczestnikami, w tym także z dr Rekuckim. Były one następnie prezentowane w radio DOXA i w Internecie w dniu 10 maja 2019 r. Pani Redaktorka wyraziła zgodę na opublikowanie wywiadów w Biuletynie. IRZYK – tak nazywali go przyjaciele, tak rozmawiał z Redaktorką.



Tadeusz
CHOWANIEC

Danuta Starzec: Panie Doktorze, w żartobliwy sposób przedstawił Pan nam urodę swojego wieku i nie ma się z czego śmiać, ale zostały z pewnością wspomnienia.

Jerzy Rekucki: Tak, to nie są żarty. Okoliczność, z powodu której znalazłem się tutaj sprawia mi przyjemność, ale jeszcze większy smutek, bo to się wiąże z wiekiem. A 90 lat to już nie są żarty.

D.S. A kiedy Pan rozpoczął pracę jako lekarz?

J.R. W 1956 r. znalazłem się w Opolu z nakazem pracy. Zaczynałem studia w Czechosłowacji, ale ukończyłem w Zabrzu i nakaz pracy obowiązywał mnie na terenie województwa śląskiego. Z moją przyszłą żoną – sympatią wtedy – postanowiliśmy pojechać do sąsiedniego województwa, gdzie nie ma Akademii Medycznej i spróbować znaleźć pracę. I w ten sposób znaleźliśmy się w Opolu. Przedstawiciel Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia coś kręcił i powiedział, że są wolne etaty w Niemodlinie. Wzięliśmy taksówkę i pojechaliśmy zobaczyć szpital. Szybko wróciliśmy do Opoli i powiedzieliśmy, że albo w Opolu, albo wracamy na Śląsk. I tak zostaliśmy w Opolu.

Żona chciała specjalizować się w laryngologii i dostała ten etat, a ja na neurologii. W Opolu nie było jeszcze oddziału neurologicznego, więc przez 9 miesięcy pracowałem na Internie na stażu, co mi się później przydało. Pracowałem na Neurologii aż do wieku emerytalnego, a później jeszcze 10 lat – jako emeryt, bo zajmowałem się EEG (elektroencefalografią), a byłem w tym prekursorem w Opolu. Ponieważ nie było jeszcze specjalistów w tej dziedzinie, to dyrektor zaproponował mi pracę na 1/2 etatu.

D.S. W którym roku wybudowano Szpital Neurologiczny na Wodociągowej?

J.R. Na przełomie 1972/73 r, ale pierwszy Oddział Neurologiczny był na obecnym pl. Kopernika – w ówczesnym Szpitalu Wojewódzkim. Czasy TK i rezonansu magnetycznego, były jeszcze nieznane. My wykonywaliśmy punkcje lędźwiowe, badanie płynu lędźwiowo-mózgowego, żeby zobaczyć czy są tam jakieś zmiany, zdjęcia przeglądowe czaszki. Robiło się odmę mózgową wprowadzając drogą nakłucia lędźwiowego powietrze do ka-

nału kręgowego, które szło do góry, wypełniając komory mózgowe. W ten sposób łatwiej stawiało się diagnozę.

Nasz Oddział pierwszy – ordynatorem był dr Mazur – jeszcze przed Kliniką Neurologiczną we Wrocławiu, wprowadził tzw. angiografię. Wkłuwało się igłę do tętnicy szyjnej i podawało kontrast, który wypełniał cały obieg krwionośny głowy i po tym też bardzo dużo można było powiedzieć.

D.S. Czy ówcześni lekarze mieli większą intuicję?

J.R. Trafiła Pani w 10-kę. Nie chcę ubliżać młodzieży. My stawialiśmy diagnozę igłą i młotkiem, badaniem dna oczu. I na tej podstawie można było diagnozować. Od-ruchy mówiły z jakiego nerwu, czy jego korzonka, czy z kręgosłupa są dolegliwości.

D.S. A teraz jest postęp.

J.R. Postęp jest tak duży, że pewnie bym się teraz nie odnalazł. Byłem operowany w 2002 r z powodu wypadnięcia dysku, to przyznam się, że się zdziwiłem. Było takie pobieżne badanie, ale właściwie niepotrzebnie, bo co było potrzebne ustalono komputerowo. Pewnie uczą w klinice badać neurologicznie, ale nie wiem, czy młodzież teraz dotyka pacjenta.

D.S. Tu by się Pan pewno z trudem odnalazł?

J.R. A tak, to prawda. A teraz jeszcze elektronika do-szła, e-recepty itd. Ja nie wiem jak to będzie, bo ja się na tym nie znam.

D.S. Obiecałam, że nie będę Pana długo męczyć. Dziękuję, że chciał Pan się ze mną spotkać i porozmawiać.

J.R. I ja dziękuję. Rozmowa była przyjemna, której się bałem, bo jak powiedziałem – napisać coś umiem, zagrać (akordeon). Mówić – nie! Ale jakoś Pani prowadziła tak tę rozmowę, że języka w gębie – jak się mówi – nie zapomniałem.

D.S. Dziękuję Panu bardzo.

IRZYK (dr Jerzy Rekucki) zmarł 29 lutego 2020 r.

Tadeusz CHOWANIEC

CZYNGIS-CHAN TWÓRCA NAJWIĘKSZEGO W HISTORII ŚWIATA IMPERIUM

Temudżyn przyszedł Czyngis-Chan urodził się w roku 1162. W wieku 40 lat w 1206 r. zjednoczył wszystkie plemiona mongolskie i przyjął imię Czyngis-Chana czyli „Władcy Oceanu”.

Bardzo szybko zorganizował liczną, silną i dobrze zorganizowaną armię, do której wcielani byli wszyscy mężczyźni podbijanych krain, przy czym każdy z nich miał obowiązek zabrania ze sobą dwóch lub trzech koni stepowych, dzięki czemu Mongołowie pokonywali ogromne odległości z niespotykaną prędkością bez jakichkolwiek przerw, pojawiając się niespodziewanie jakby znikąd. W razie konieczności potrafili spać w siodłach nie schodząc z konia. Jeśli wojownikom mongolskim brakowało pożywienia nacinali żyłą szyjną konia i wypijali z niej krew. Każdy wojownik był wyposażony w krótki, ale bardzo silny łuk, którym umiał posługiwać się również pod-

chód tzw. „Lajkonika”). Mongołowie ruszyli następnie w kierunku najbogatszego miasta Wrocławia. Hordy mongolskie zostały zatrzymane pod Legnicą przez księcia Henryka Pobożnego (ojcem jego był Henryk Brodaty, zaś matką św. Jadwiga Trzebnicka). Pod Legnicą doszło do krwawej bitwy w 1241 r., w której Henryk Pobożny zginął. Mongołowie obcięli mu głowę. Ciało na pobojuwisku odnalazła jego żona Anna, ponieważ Henryk miał dodatkowe szóste palce u nóg. Henryk Pobożny został pochowany w kościele św. Franciszka we Wrocławiu. Dopiero na wieść o śmierci swojego ojca Batu-Chan wycofał się z Europy Wschodniej, a nie wiadomo czy nie najeżdżałby Europy Zachodniej.

Czyngis-chan zmarł w roku 1227 (żył 65 lat) i nazwa-

no go „Biczem Bożym”. Jego imperium rozciągało się od Morza Japońskiego do Morza Kaspijskiego obejmując znaczną część Chin oraz Rosję. W średniowieczu rozpoczął się upadek imperium mongolskiego. Mongołowie przeszli na islam, a później znaleźli się pod panowaniem Chin.

We współczesnej Mongolii Czyngis-Chan postrzegany jest jako najwybitniejszy Mongoł w historii, jako prawdziwy geniusz wojny. Stał się symbolem nowoczesnej Mongolii. Miał w podbijanych krajach tworzyć podstawy edukacji, systemu pocztowego oraz prawa. Wspomagając tzw. „Szlak jedwabny” łączył Azję z Euro-

pą. Nigdy obecnie nie wspomina się o niszczeniu podbijanych krajów, nie mówiąc o zbrodniach przez nich popełnianych.

W roku 2006 minęła 800 rocznica zjednoczenia plemion mongolskich przez Czyngis-Chana. Data ta jest uznana za początek powstania państwa mongolskiego. Z tej okazji w szczerym stepie, poza stolicą kraju Ułan-Bator postawiono monumentalny 40-metrowy pomnik siedzącego na koniu Czyngis-Chana. Pomnik ten jest wykonany z nierdzewnej stali.



40-metrowy pomnik Czyngis-Chana nieopodal Ułan-Bator

czas jazdy. Posiadali opanowaną do perfekcji technikę celności strzałów. Posiadali również umiejętność strzelania podczas jazdy nawet w galopie za siebie.

W 1211 r. armia Czyngis-Chana najeżdżała Chiny. Po zburzeniu Wielkiego Muru zdobyła Pekin mordując tysiące jego mieszkańców i grabiąc doszczętnie miasto.

Wnuk Czyngis-Chana Batu-Chan skierował swoją armię na zachód do Europy najeżdżając tereny Węgier, Czech oraz Polski. W Polsce Mongołowie dotarli do Krakowa, który niemal w całości puścili z dymem (pamiątką po tym wydarzeniu jest coroczny barwny po-

Janusz KUBICKI

Szanowny Kolego!

Ośmielam się tak zwrócić jako jeden z seniorów naszego środowiska. Otóż z wielkim smutkiem przeczytałem „List do Redakcji” naszej koleżanki dr Haliny Jakobi-Róż o braku pamięci naszych zmarłych kolegów dr n. med. Zdzisława Zgryźniaka i dr n. med. Ireneusza Pawełczaka.

Szczególnie dla mnie bliski był dr Zdzisław Zgryźniak. Otóż po ukończeniu studiów medycznych na Akademii Medycznej w Krakowie i przyjeździe do Opola przed 50-ciu laty, dr Zgryźniak był pierwszym lekarzem, który wprowadzał mnie do środowiska lekarskiego. Wspominam Go jako lekarza spokojnego, zrównoważonego, cieszącego się wielkim autorytetem i sympatią pielęgniarek i pracowników obsługi.

Szczególnie często wspominam nasze wspólne podróże do Szpitala Dziecięcego w Tułowicach, który podlegał Wojewódzkiemu Szpitalowi Dziecięcemu (którego Dyrektorem była niezapomniana dr Aleksandra Pospieszalska). Otóż bardzo wcześnie (koło godziny 6-tej, koleją docieraliśmy do Tułowic, a później kilkuset metrową drogą do Szpitala. Tutaj należy podkreślić wielką miłość dr Zgryźniaka dla dzieci powierzonych jego opiece – od przedszkolaków do dorastających wychowanków. Poprzez stanowisko Ordynatora został Dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Ginekologiczno-Położniczego im. dr S. Mossora, gdzie dał się poznać jako wzorowy administrator cieszący się sympatią całego personelu medycznego.

Również częste stosunki koleżeńskie i towarzyskie łączyły mnie z dr Ireneuszem Pawełczakiem. Pamiętam Go jako pogodnego i wesołego kolegę. Zawsze podziwiałem jego umiejętności chirurgiczne, które przez stano-

wisko Ordynatorskie doprowadziło Go do funkcji Dyrektora Szpitala MSW w Opolu.

Podkreślić należy, że obaj koledzy poświęcali swoje umiejętności i wiedzę przez dziesięciolecia jednemu miastu – Opolu, Opolanom i ich dzieciom.

Ostatnie lata ubiegłego wieku wspominam niezwykle często. Były to lata częstych spotkań koleżeńskich i towarzyskich – bez zazdrości i nienawiści. Poza ciężką pracą zawodową w dzień i nocy (dyżury) nieopłacaną, rozwijała się działalność naukowa, czego wyrazem były comiesięczne Towarzystwa Pediatryczne, Chirurgiczne i Ginekologiczne, a także liczne doktoraty.

Być może w prasie lokalnej nie ukazały się klepsydry po śmierci naszych kolegów, ale wypadało przekazać kondolencje rodzinom zmarłych przez dyrekcje szpitali, w których pracowali, Towarzystwa Naukowe, Izbę Lekarską oraz Komisję ds. Emerytów, nie mówiąc o wspomnieniach na łamach naszego Biuletynu.

Wzruszyła mnie sekwencja cytowana przez dr Jakobi-Róż „*Non omnis moriar*”. W tym miejscu chciałbym cytować słowa naszego papieża Jana Pawła II „...*żyjemy, aby w końcu umrzeć, ale umieramy, aby żyć*” w pamięci naszych najbliższych i przyjaciół. Myślę, że obaj nasi koledzy na to zasługują. Myślę również, że jest jeszcze czas aby na łamach naszego Biuletynu ukazały się wspomnienia kolegów i przyjaciół o dr n. med. Zdzisławie Zgryźniaku i dr n. med. Ireneuszu Pawełczaku.

Z wyrazami szacunku i pozdrowieniami

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

Opole 30.03.2020

CO PISZĄ INNI

PANDEMIA WIRUSA CZY PANDEMIA STRACHU?

Obecnie mamy do czynienia nie tylko z pandemią wirusa, ale również pandemią strachu. Sytuacja ta przypomina niemal zbiorową „hipnozę lęku”. Jest to mechanizm, który bardzo prosto uruchomić w społeczeństwie w ogromnej mierze wychowanym przy użyciu lęku. W społeczeństwie, które dźwiga bagaż nieprzepracowanych traum poprzednich pokoleń (tj. wojna, stan wojenny).

Zbiorowa „hipnoza lęku”

Myśl o koronawirusie nabrała tak dużego potencjału lękotwórczego, jak objaw chorobowy dla hipochondryka. Gdzie więc leży problem? Z psychologicznego punktu widzenia w opartym na lęku procesie socjalizacji, o którym pisałam wcześniej. Jesteśmy, niczym psy Pawłowa, nauczeni się bać. Staliśmy się społeczeństwem neurotycznym i załękniwym. Cechy te ujawniają się wyraźnie, gdy

zostajemy rodzicami. Gdy nasze dziecko się przewróci, skaleczy, dostanie wysypki, zazwyczaj towarzyszy nam wtedy przerażenie, a mógłby spokój i świadomość, że żywy organizm wysyła różne sygnały i jest to naturalne.

W trakcie procesu socjalizacji w dużej mierze korzysta się z lęku, aby wykształcić w jednostce pożądany sposób myślenia bądź zachowania. System kar i nagród opiera się w ogromnej mierze na lęku. Niektórzy eufemizują stosowanie lękowych projekcji dotyczących przyszłości, nazywając je „mówieniem o konsekwencjach”, co sprawia, że szkodliwe psychicznie działanie brzmi lepiej i zyskuje aprobatę.

Gdy rodzic mówi swojemu dziecku, że „*nic z niego nie będzie*”, jeśli nie zacznie uczyć się matematyki, nie mówi o konsekwencjach, lecz stosuje okrutną projekcję lękową, która ma za zadanie skłonić dziecko do na-

uki. Często osiąga tym zamierzony rezultat, wywołując jednocześnie poważny skutek uboczny: wysoki poziom lęku. Większość z nas słyszała podobnie sformułowane komunikaty: w domu, w szkole, w pracy, a nawet w reklamach firm ubezpieczeniowych. Ostatecznie doprowadziło to do sytuacji, w której portret psychologiczny naszego społeczeństwa w 80% składa się z lęków. Od tych dużych, takich jak: utrata pracy, zaległości w spłacie kredytu, rozstanie z bliską osobą czy kryzys osobisty; po małe (ale konsekwentnie pogarszające nasze samopoczucie): spóźnienie się do pracy, pretensje ze strony przełożonego, krytyka, konflikt z partnerem, problemy ze snem. Czym innym jest realnie doświadczyć danego „zagrożenia”, a czym innym jest każdego dnia podskórnie odczuwać niepokój.

Gdy znajdujemy się w sidłach lęku, nasz organizm działa w trybie ciągłej mobilizacji, czyli tzw. trybie walcz lub uciekaj, który pochłania bardzo dużo naszej energii, niczym serce pozostające w ciągłym skurczu. Jest to sytuacja nienaturalna, patologiczna i stanowi podstawowe zaburzenie normalnego funkcjonowania psychicznego. Ścisły związek psychiki z organizmem sprawia, że osłabia to też organizm i jego możliwości radzenia sobie z zagrożeniem (np. chorobą). Jakie jest więc rozwiązanie? Co trzeba zrobić, by nasza psychika nie ucierpiała w obliczu epidemii?

Musimy przebudzić się ze zbiorowej „hipnozy lęku” i zacząć odnajdować w sobie spokój. Nie zewnętrzny, tylko wewnętrzny. Ten, za który sami jesteśmy odpowiedzialni, gdyż sami go budujemy. Nie jest to stan oparty na przesłankach typu: jestem spokojny, bo mam swój dom/spłaciłem kredyt/mam oszczędności na koncie/jestem dyrektorem/sytuacja w Polsce nie jest wcale taka zła, jak w innych krajach. Ten spokój odczuwa się „po prostu” i bez względu na okoliczności. Jeśli opieramy go tylko na czynnikach zewnętrznych, okazuje się bardzo kruchy i jakakolwiek gorsza wiadomość może go zburzyć.

Pozorny spokój zewnętrzny powoduje, że gdy tylko usłyszymy wiadomość o nowym przypadku zakażenia, wpadamy w panikę. Myśl, która chroniła nas wcześniej, że coś się dzieje daleko od nas, już nie działa. To niesamowicie wykańczająca walka wewnętrzna: nieustanne szukanie potwierdzenia, ciągle podążanie za informacjami medialnymi. Zaistniałe okoliczności pokazują, jak bardzo większość z nas była dotąd zależna w swojej emocjonalności od czynników zewnętrznych i nie posiada sprawnego systemu zarządzania własnymi stanami. Tak podstawowa dla dorosłego człowieka umiejętność jak kontrolowanie tego, co czuje oraz generowanie w sobie spokoju i uwalnianie lęku, daje teraz o sobie znać.

Potrzeba nam wyciszenia

Po pierwsze – „nie dokładajmy” sobie niepokoju, karmiąc się każdego dnia, godzina po godzinie, minuta po minucie informacjami na temat koronawirusa. Wbrew

powszechnemu przekonaniu wiedza nie zawsze jest skarbem. Niewłaściwa forma przekazu może być brzemienna w skutkach, o czym doskonale wiedzą onkolodzy, mając na co dzień do czynienia z trudnymi tematami i dużą dawką lęku. Informację trzeba umieć przekazać w taki sposób, aby nie szkodziła. Przesycony sensacją perswazyjny język wywołuje ogromne pokłady lęku (np. „konieczność”, „niezwłocznie”, „natychmiast”) i nakręca pandemię strachu. Zamiast zwrotów, które w sferze emocjonalnej wprowadzają nas w stan gotowości, potrzeba nam więcej wyciszenia.

Zwróćmy uwagę, w jaki sposób środki masowego przekazu korzystają z naszych emocji. Możecie sprawdzić, czy po obejrzeniu programu informacyjnego czujecie się spokojni, stabilni i umocnieni, czy raczej osłabieni, zagubieni i przestraszeni. Media wręcz atakują nas wiadomościami o kolejnych zakażeniach, dobudowując to tego silnie poruszającą historię – że zaraził się pielęgniarz w szpitalu lub nauczyciel w szkole. Im więcej dostaniemy szczegółów, tym więcej realistycznych wizji wygeneruje nasz owładnięty strachem umysł. Działa to już nie tylko na tych, którym pewnie sami wielokrotnie powtarzaliście, by przestali mnożyć czarne scenariusze, ale także na osoby dotąd zachowujące zdrowy dystans. Czy więc takie informacje, pełne szczegółów, prowadzą do czegoś dobrego czy jedynie zwiększają odczuwany lęk? A co z pacjentami, którzy muszą trafić do szpitala z powodów innych niż koronawirus, np. kobiety w ciąży? Nie trzeba chyba wyjaśniać, jakie potencjalne zagrożenia niesie wysoki poziom lęku u ciężarnych lub osób cierpiących na różnego rodzaju przewlekłe dolegliwości. Warto to ocenić indywidualnie pod kątem odpowiedzialności zawodowej lekarza za drugiego człowieka. Jedno jest jednak, mam nadzieję, oczywiste: to, co media ładnie nazywają „informowaniem” i „uświadamianiem”, może wpływać negatywnie na nasze zdrowie.

Uspokajaj, nie strasz

W obliczu epidemii w większości z nas, na skutek procesu socjalizacji opartego na lęku, wzmógł się stan napięcia. W dużej mierze wychowaliśmy się w otoczeniu, w którym przesadne martwienie się o innych było aprobowane. Kiedy przyjrzymy się temu zjawisku z bliska, zauważymy, że postępując w ten sposób, przekazujemy drugiej osobie sygnały świadczące o tym, iż nie wierzymy, że wszystko będzie dobrze, i sami się boimy. A to, czego potrzeba, to taki przekaz, który wyraża spokój – spokój, zamiast martwienia się, i wiarę w to, że organizm pacjenta sobie poradzi.

W sferze psychologicznej obecna sytuacja wymaga od nas, aby zwiększyć nasze kompetencje w zakresie zarządzania naszymi stanami emocjonalnymi. I to o parę poziomów, w trybie przyspieszonym. Jednym z kluczowych elementów właściwie działającej psychiki człowieka jest możliwość zarządzania. Niepokój i lęk, zarówno



ten aktualny, jak i wcześniej skumulowany, należy uwalniać. Jedną z najbardziej skutecznych strategii jest uwalnianie go w codziennej praktyce wyciszenia i relaksacji. Musimy nauczyć się zauważać własne napięcie (np. po trudnej rozmowie z rodziną chorego, po przyjeździe w pośpiechu do pracy, po długim zabiegu, po wyjściu ze szpitala) i pozbywać się go, chociażby poprzez głośny, długi wydech. Regularnie, wielokrotnie w ciągu dnia. Bardzo skuteczne są wszelkiego rodzaju relaksacyjne czynności rytualne: dla jednych będzie to wspólnie wypita herbata na tarasie z partnerem po powrocie z pracy, dla innych odpoczynek na kanapie ze słuchawkami po dyżurze, dla jeszcze innych modlitwa przed snem. Sposobów jest wiele, ale cel jeden: zadbać o zrównoważenie napięcia relaksacją, a niepokoju – spokojem.

W momencie, kiedy niemal w każdym z nas zaistniała sytuacja uruchomiła jakiegoś rodzaju lęk lub emocje, ważne jest, aby zdawać sobie sprawę ze swojego pobudzenia emocjonalnego i świadomie je uwalniać. W ten właśnie sposób odzyskujemy spokój znajdujący się pod warstwą negatywnego pobudzenia i negatywnych projekcji umysłu. Sytuacją odwrotną jest zaangażowanie w myśli i pozwolenie im, by mnożyły czarne scenariusze.

Warto uświadomić sobie, że wprowadzony w kraju stan wyjątkowy uruchamia się u większości z nas również lęk będący dziedzictwem poprzednich pokoleń: lęk o byt, lęk przed głodem. Ta grupa lęków jest niejako spadkiem po przodkach, którzy przeżyli wojnę. Reakcje, jakie obserwowaliśmy u siebie bądź innych osób po pierwszych decyzjach związanych z wprowadzeniem powszechnej kwarantanny, uaktywniły w naszej psychice wspomnienia innych stanów wyjątkowych, przeżytych przez nas lub przez naszych przodków. Te tzw. traumy rodowe, obecne w zbiorowej podświadomości, dały o sobie znać w postaci historycznych zachowań, działań w strachu i popłochu. Przesadne robienie zapasów to paniczna reakcja wielu osób, które wpadły w schemat stanu wyjątkowego. W wyniku tych działań w przestrzeni publicznej zaczęły pojawiać się komunikaty: „*Nie ma potrzeby*

panikować”. Jest to jednak strategia zupełnie nieskuteczna i w moim odczuciu zwyczajnie niesprawiedliwa. Nie można najpierw wprowadzać człowieka w hipnozę lęku, a potem wmawiać mu, że tak naprawdę nie ma się czego bać, kiedy ten jest już roztrzęsiony. Stanowi to niespójny przekaz dla naszego podstawowego systemu psychicznego reagowania na zagrożenie: z jednej strony zostaje pobudzony, czyli rozumie, że dzieje się coś złego, z drugiej zaś jest wyciszany.

Niestety, wielu z Państwa pacjentów znajduje się w trybie ucieczki, jednej z podstawowych odpowiedzi psychiki na sytuację odbieraną jako zagrożenie. Powszechna kwarantanna niejako umacnia ten schemat. A potem zdarza się, że konieczna jest wizyta u lekarza... I pojawia się silny lęk. Ktoś, kto nie przejawia podstawowej wiary w możliwości samoobrony organizmu, bądź nie czerpie spokoju z innego źródła, w kontakcie z drugim człowiekiem może być obezwładniony przez lęk. Jako lekarze mogą Państwo ten lęk skutecznie wyciszyć. Nic przecież nie działa na rozemocjonowanego pacjenta tak kojąco, jak uzyskana od medyka informacja, że nie ma powodów do zmartwienia: „*Jest pan po prostu przeziębiony. Proszę o siebie zadbać, a pana organizm sam sobie z tym poradzi. Jak miliony innych razy*”. Chodzi tu o bazowanie na stanie faktycznym w połączeniu z wiarą i spokojem. Dla jednych z nas jest to wiara w organizm ludzki, biologię, układ odpornościowy, życie, dla innych: spokój oparty na tym, co medycyna i epidemiologia przeszły już w swojej historii.

Bez względu na to, jak silny lęk wzbudzają w nas zewnętrzne okoliczności, my zawsze możemy znaleźć dostęp do wewnętrznego spokoju.

O AUTORZE: psycholog, trener komunikacji. Prowadzi szkolenia dla lekarzy z zakresu budowania relacji z pacjentem, komunikacji, asertywności oraz zarządzania emocjami. Kontakt: a.masterin@gmail.com.

Mgr Anna MASTERNAK

(przedruk z „Medium” nr 4/20)

SOCJOLOGICZNY KONTEKST PANDEMII KORONAWIRUSA W POLSCE

KORONA – PANIKA? INFODEMIA?

Socjologowie są zdania, że ludzie znajdują się w ryzykownych sytuacjach nie ze względu na to, kim są (np. w sensie płci czy wieku), lecz ze względu na to, kogo znają i w jakiej sieci społecznej się obracają (Christakis N., Fowler J.H., W sieci, Smak słowa, Sopot 2011, s. 107). Wyłączenie z sieci społecznej choćby jednej osoby powoduje przerwanie łańcucha „zaraźliwych” czynności, prowadzących do szerzenia się (epidemii) niewłaściwych zachowań. Niektóre sieci społeczne są odporne na usuwanie jednostek (kluczowych węzłów komunikacji). Tak może zdarzyć się w sieciach rówieśniczych albo innych, opartych

na podobieństwie poglądów (np. ruchów antyszczepionkowych). Mamy także takie przypadki, w których lider tworzy wokół siebie wianuszek wyznawców i na poparcie swoich racji używa argumentu ilościowego („*zobaczcie, ile mam lajków*”).

Sieci społeczne to zbudowane przez połączenia grupy społeczne. Składają się z jednostek (nazywanych ego) oraz węzłów (alterzy), swoistych punktów komunikacyjnych, influencerów umożliwiających rozprzestrzenianie się zachowań (lub idei) społecznych. Niezwykle przydatne do zrozumienia tego zjawiska są graficzne ilustracje sieci

społecznych. Sektor analiz sieci społecznych rozwija się bardzo dynamicznie i wspiera epidemiologów i medycynę rodzinną. W sieciach społecznych przenoszone są nie tylko wirusy i bakterie, ale przede wszystkim zachowania prowadzące do choroby. Udowodniono, że członkowie rodzin i grup znajomych wzajemnie oddziałują m.in. na zachowania żywnościowe, tworząc grupy (klastery) z osobami z podobnym BMI („Epidemia otyłości” – Nicholas A. Christakis, M.D., Ph.D., M.P.H., and James H. Fowler, Ph.D., *The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years*, 2007, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa066082>).

Naśladownictwo społeczne jest ogromną siłą, z której często nie zdajemy sobie sprawy. W ramach lokalnych sieci rozprzestrzeniają się idee i zachowania, a zależą od nasilenia więzi (kontaktów) pomiędzy jednostkami. Członkowie sieci społecznych w mniej czy bardziej świadomy sposób uzgadniają sposób głosowania w wyborach (Jackson J.E., Mach B.W., Sadowski I., *Wpływ otoczenia społecznego na decyzje wyborcze* [w] *Ludzie w sieciach*. Znaczenie otoczenia społecznego dla funkcjonowania jednostki, Instytut Studiów Politycznych PAN, Warszawa 2018). Ludzie o podobnej wadze (poglądach, hobby) lubią swoje towarzystwo (zjawisko to nazywamy homofilią) i uruchamiają szereg działań, by wesprzeć racjonalnymi (lub nieracjonalnymi) argumentami zasadność wspólnego objadania się (dyskutowania, spędzania czasu na ulubionych zajęciach). Zresztą wspólny grzech ciąży ludziom jakby mniej...

Środowisko medyczne rzadko docenia wyniki badań nad wpływem sieci społecznych na zdrowie. W ostatnich latach ukazały się jednak ważne artykuły, ukazujące znaczenie otoczenia społecznego w zapobieganiu rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. W bazie PUBMED możemy znaleźć artykuł ukazujący znaczenie sieci społecznych w rozprzestrzenianiu się ryzykownych zachowań wśród migrantów (Wenqing W., Muessig K.E., *Social network correlates of HIV risk-related behaviors among male migrants in China*, BMC Public Health, 2017), chorych na HIV (Felsher M., Koku E., *Explaining HIV Risk Multiplexity: A Social Network Analysis*, AIDS and Behavior, 2018), nastoletnich palaczy (Seo D-C, Huang Y., *Systematic review of social network analysis in adolescent cigarette smoking behavior*, Journal of School Health, 2012) czy chorób wenerycznych (Trecker M.A., Dillon J.R., Lloyd K, Hennink M, Jolly A, Waldner C., *Can Social Network Analysis Help Address the High Rates of Bacterial Sexually Transmitted Infections in Saskatchewan? Sexually Transmitted Diseases*, 2017). Ostatnio coraz częściej zwraca się uwagę na system wsparcia społecznego w sieciach społecznych pacjentów z bólem przewlekłym (Fernández-Peña R., Molina J.L., Valero O., *Personal Network Analysis in the Study of Social Support: The Case of Chronic Pain*, Int. J. Environ. Res. Public Health 2018) czy chorych psychicznie (Rosenquist J.N.,

Fowler J.H., Christakis N.A., *Social network determinants of depression*. Molecular psychiatry, 2011). Osoby posiadające duży krąg przyjaciół lepiej tolerują ból (<https://www.theguardian.com/science/2016/apr/28/people-with-more-friends-have-higher-pain-thresholds-study-suggests>; Johnson K.A., Dunbar R., Dunbar M., *Pain tolerance predicts human social network size*, Sci Rep. 2016; 6: 25267; doi: 10.1038/srep25267), ale skłonne są też bezgranicznie ufać osobom z własnej sieci społecznej.

Kobiety zwykle tworzą bardziej rozległe sieci społeczne niż mężczyźni. Z pewnością pomagają im w tym kompetencje społeczne i umiejętność emocjonalnego dopasowania się. Osoby na peryferiach sieci czują się bardziej samotne niż te w centrum (w klastrach). Osoby otaczające się wieloma przyjaciółmi czują się mniej samotne, ale ulegają zwielokrotnionym wpływom społecznym. W perspektywie sieciowej słowo „epidemia” ma dwa znaczenia: po pierwsze, oznacza nieprzeciętnie częste występowanie jakiegoś stanu (np. ilości zachorowań). Po drugie wskazuje na możliwość zarażenia się i sugeruje, że jakiś czynnik rozprzestrzenia się bardzo szybko (Christakis, Fowler, *W sieci...*, s. 10). Oznacza to, że jeśli utyje (naszym zdaniem) najlepszy przyjaciel, to ryzyko, że my także przytyjemy, zwiększa się trzykrotnie. Wydaje się więc, że wyjaśnienie nieprawidłowych zachowań zdrowotnych poprzez analizę sieci może być co najmniej tak samo skuteczne, jak doszukiwanie się związków pomiędzy nadużywaniem alkoholu, zażywaniem narkotyków itd. a miejscem zamieszkania czy rasą (czyli czynnikami indywidualnymi).

Sieci społeczne mają wpływ na zachowania zdrowotne w określony sposób. Nie są jedynie sumą zachowań indywidualnych, lecz siecią osób i przekazywanych między nimi informacji. Christakis porównał światową epidemię otyłości rozwijającą się w XX wieku do garści kamieni wrzuconej do dużego akwenu. W wielu miejscach naraz powstają lokalne skupiska podobnych zjawisk. Kontakty społeczne nie są naturalnie jedynym czynnikiem sprzyjającym tyciu czy innym niezdrowym zachowaniom. Są nimi także: wzrost podaży, reklama, całe to „kuszenie”, które sprawia, że konsumenci „jedzą oczami”. Ludzie zaczynają się objadać pod wpływem stresu, napięcia, rozvodu, problemów osobistych, ale także wtedy, gdy rzucają palenie lub biorą niektóre leki. Głównym wektorem są tu jednak jednakowe zachowania, czyli naśladownictwo społeczne. Obserwacja ludzi, którzy zachowują się podobnie jak my, wywołuje w nas uczucie spokoju. Na tej samej zasadzie rozprzestrzeniają się fake newsy, lęk i panika.

Użyjmy wyobraźni socjologicznej (Mills C.W., *Wyobraźnia socjologiczna*, PWN, Warszawa 2007). Co się stanie, jeśli ludziom pozwolimy robić to, co chcą? Najprawdopodobniej najpierw pomyślą: „Ale super! Teraz mogę robić to, co chcę”, ale sekundę później pojawi się kolejna myśl: „A co w tym czasie będą robić inni?”. Zanim więc



zaczną realizować swoje plany, w pierwszej kolejności rozejrzą się wokół, sprawdzając, co robią inni. Szczególnie wtedy, gdy sytuacja jest nowa, poszukujemy norm, które odpowiedzą nam, jaki sposób myślenia czy działania jest słuszny. Czasem normy te preferują interes jednostki, czasem interes grupy.

Jeśli w nowej sytuacji społecznej nie wiemy, co się dzieje („Czy koronawirus naprawdę istnieje?”, „Czy jest groźny?”), czekamy na reakcję innych, wierząc, że liderzy odpowiedzą, co myśleć i co robić. Takie społeczne (informacyjne, normotwórcze) lokomotywy robią z nas „pasażerów na gapę” (tzw. prawo Olsona). Dokładnie tak stało się w przypadku koronawirusa. Opinia publiczna czekała na opinię ekspertów (zarówno chińskich, jak i rodzimych epidemiologów, lekarzy chorób zakaźnych), ale też i na ekspertów-laików (Collins H., Czy wszyscy jesteśmy ekspertami?, PWN 2018). W sieciach każdego z nas występują obywatele-sceptycy – poddający w wątpliwość rzetelność badań naukowych oraz obywatele-demaskatorzy – dopatrujący się w projektach naukowych konfliktu interesów, czy też „eksperci” w dziedzinach, którymi po prostu się interesują. A może sami jesteśmy kimś takim?

Liderzy opinii (naukowi bądź nie) robią to, czego od nich oczekujemy. Konstruują definicję zjawiska (np. czy SARS-CoV-2 jest groźny). We własnych sieciach społecznych tworzymy jednak normy zachowań dedykowane tym definicjom. Niezależnie od podawanej listy czynników ryzyka i zalecanych działań profilaktycznych lub ochronnych (np. noszenie maseczki, unikanie miejsc publicznych), w sieciach wyczuwane są i powielane normy dotyczące akceptacji zaleceń. „Norma społeczna to przyjęta, ustalona reguła, zasada albo wzór zachowania” (Encyklopedia Socjologii, 1999, T. 2, s. 336). Niektóre normy tworzą się bardzo długo (np. powstające w politycznych bólach normy prawne), ale niektóre mogą powstawać w sposób „obiegowy”. Niektóre normy, mówiąc kolokwialnie, są bardziej „zaraźliwe”. Im mniej czasu ma osobnik na podjęcie decyzji, jak się zachować, tym chętniej opiera się na jakimkolwiek autorytecie.

Koronawirus i wywoływana przez niego choroba COVID-19 to zdradziecki patogen. Gdyby, podobnie jak Ebola, powodował szybkie i straszliwe objawy, wielu ludzi natychmiast dałoby się zamknąć na dwa tygodnie w szpitalnej izolacji. Jeśli jednak został on zdefiniowany przez ekspertów jako „grypopodobny” i brakuje obrazów ukazujących zakażonych ludzi pod respiratorami, strach ma niski poziom. Lęk nie generuje wtedy norm społecznych, które są definiowane jako obowiązujące.

„Cancel everything” – to jedyna skuteczna szeroko dostępna metoda walki z epidemią koronawirusa na poziomie społecznym. Jeśli zostanie uznana za definicję sytuacji i normę zachowania, to ludzkość wygra z zarazą. Dlaczego nie zawsze zwyciężają najrozsądniejsze opcje? Co jeśli ludzie postanowią jednak zachować się inaczej?

W kilku ostatnich tygodniach byliśmy świadkami, jak kształtują się ścieżki naśladownictwa społecznego. Kiedy pojawiły się pomysły na izolację jako skuteczną formę walki z koronawirusem, Polacy podzielili się na dwa obozy. Ognisko pierwszej sieci informacyjnej było skupione wokół pomysłu „idzie wojna, zrobimy zapasy”, drugi zaś „nie dajcie się panice, koronawirus to tylko kolejna odmiana grypy”. Nie ulega wątpliwości, że obozy te były konsekwencją braku jasnego i spójnego przekazu eksperckiego. Lekarze i naukowcy nie poznali jeszcze charakterystyki nowego wirusa, polegając jedynie na szczątkowych doniesieniach chińskich badaczy. Politycy z kolei łagodzili i zapewniali, że stosowne kroki zostaną bądź już zostały podjęte. Lukę w wiedzy eksperckiej chętnie wypełnili „obywatele-sceptycy” czy „obywatele-demaskatorzy”.

Obserwacje czynione w kolejnych dniach marca 2020 r. ukazały zjawiska, polegające przede wszystkim na walce z niedowiarkami i szerzącymi się fake newsami w ob-szarze:

- etiologii wirusa (chińskie laboratoria „wypuściły” wirusa podczas badań nad bronią biologiczną, wirus to próba zatuszowania wprowadzenia sieci 5G, zwierzęta roznoszą koronawirusa),
- zachowań ochraniających (domowe testy na koronawirusa, szczepionki jako sposób na zachipowanie obywateli, wzmacniacze odporności typu ssanie tabletek z cynkiem lub wlewki z perhydrolu),
- konsekwencji epidemii: wprowadzenie stanu zagrożenia epidemicznego przez rząd RP (łańcuszek wiadomości na komunikatorach o wprowadzeniu stanu wojennego w piątek, 13.03.2020),
- społecznym (kto zachorował, np. fake news dotyczący Daniela Radcliffe’a czy izolatek dla VIP-ów).

Ostatecznie jednak Polacy (na co wskazuje pierwszy tydzień ogólnopolskiej akcji „zostań w domu”) przyjęli za wytyczne eksperckie definicje sytuacji. Sam wirus nie wywołał paniki. Może ją jednak wywołać brak pracy, zarobku, możliwości kontaktu z innymi ludźmi (podczas izolacji czy kwarantanny).

Bardzo silne i spójne sieci tworzy ruch antyszczepionkowy (Stahl J.P., Cohen R., Denis F., Gaudelus J., Martinot A., Lery T., Lepetit H., The impact of the web and social networks on vaccination. New challenges and opportunities offered to fight against vaccine hesitancy, Médecine et Maladies Infectieuses. 2016 May;46(3):117-22. doi: 10.1016/j.medmal.2016.02.002), który (odwołując się do pewnej sekwencji zdarzeń: szczepienie = autyzm) służy „wyjaśnieniami” osobistych tragedii rodziców dzieci z objawami ze spektrum autyzmu. Tak pisze o sile sieci Harry Collins: „Trzeba wykazać się empatią wobec rodziców, którzy twierdzili, że ich dzieci zachorowały na autyzm wskutek szczepień MMR. Nie możemy wymagać, by zwykli ludzie rozumieli nawet podstawowe dane statystyczne związane z opisywanym tematem. Rodzice dostrzegali zaskakującą i przerażającą sekwencję wyda-

rzeń związaną z czymś, co wyglądało na nieodpartą logikę: ich dzieciom wykonywano zastrzyk MMR i wkrótce po tym pojawiały się u nich oznaki autyzmu. W obliczu tragedii wszyscy szukamy przyczyn, możemy wręcz sądzić, że to kara Boża za popełnione w przeszłości złe uczynki. W jaki sposób rodzice mogli widzieć coś innego niż to, że zastrzyk wywołał autyzm? *Presja psychologiczna, by tak właśnie to postrzegać, była obezwładniająca*” (Collins H., *Wszyscy jesteśmy ekspertami*, s. 131-132). Anegdotycznym dowodom, świadectwom i innym przekonaniom sieciowym prowadzącym do podważania wiedzy eksperckiej powinniśmy przeciwdziałać. Co jednak w sytuacji, kiedy wiedza naukowa dopiero powstaje, tak jak w przypadku koronawirusa?

Lekarz stanowi bardzo ważną część informacyjnej sieci społecznej każdego pacjenta. Pacjenci liczą na ekspercką wiedzę i rzetelne stosowanie się do sztuki leczenia. Dlatego lekarz powinien być na bieżąco z rozwijającą się błyskawicznie wiedzą medyczną i wiedzieć, jak może rozprawić się z nieprawdziwymi informacjami, którymi karmią się pacjenci. Pełnienie roli autorytetu nie wszystkim przychodzi jednak z taką samą łatwością.

Jak lekarz może – korzystając z kilku socjotechnik – zachować spokój i rozsądek u pacjenta, który jest bombardowany zaraźliwym lękiem i mnóstwem nieprawdziwych informacji? Po pierwsze, nie podkreślać faktu, że sieci laickie generują czasem fałszywe wnioski. Warto pamiętać, że w większości sytuacji „co dwie głowy to nie jedna” i dlatego sieci są bardzo skuteczne w zaspokajaniu potrzeb jednostek. Po jednej stronie stoi wtedy (jeden) lekarz, po drugiej zaś (wieloosobowa i rozległa) sieć społeczna pacjenta (także ta wirtualna). Eksperci wpadają czasem w pułapkę wyższości (jestem przecież lekarzem, człowiekiem wykształconym itp.), ale – bądźmy szczerzy – za takim podkreśleniem nierówności kryją się interesy osobiste, służące podtrzymaniu wysokiej samooceny, a nie chęć przekonania kogoś. Mimo tego, że lekarz może mieć rację, pacjent skonfrontuje i uzgodni normę postępowania w ramach własnej sieci społecznej. Po drugie, w celu

uchronienia pacjenta przed epidemią strachu, terapeuta może wzmacniać kompetencje intelektualne i społeczne pacjenta poprzez odwołanie się do jego wcześniejszych sukcesów w radzeniu sobie z problemami zdrowotnymi.

Warto uwrażliwić się na emocjonalną sytuację pacjenta i rozważyć następujące techniki upodmiotawiające:

- traktować pacjenta jako tego, który wiedzę buduje w różnych sieciach społecznych (najczęściej niemedyceńskich, ale to nie znaczy nieprofesjonalnych!). Z tych sieci pochodzi bowiem wiedza na temat przyczyn choroby, sposobu rozprzestrzeniania się, leczenia itd. Warto podkreślać, że „każdy szuka wyjaśnień w trudnej sytuacji, a ile osób, tyle opinii. Poczekajmy na opinię ekspertów (choćby nawet mieliby być z Chin)”.
- wspierać autonomię sieci społecznej pacjenta (w myśl patient empowerment): „Każdy musi ochronić siebie i swoją rodzinę. Lepiej działać wspólnie niż w pojedynkę. Proszę razem z rodziną zastanowić się, jakie wyjście będzie rozsądne”.
- pomóc wyszukać w sieci społecznej pacjenta te osoby lub sytuacje, z którymi sobie poradzono, dostrzec i docenić osobiste doświadczenia pacjenta.
- przekazać pacjentowi dostęp do wiarygodnych danych, organizacji rządowych i pozarządowych, które publikują instrukcje, porady, instruktaże.

O AUTORCE: socjolog medycyny, zdrowia i choroby. Adiunkt w Zakładzie Medycznych Nauk Społecznych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Zastępca redaktora naczelnego kwartalnika „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, opiekun Studenckiego Koła Badań Naukowych w Medycynie. Zainteresowania naukowe: metodologia badań społecznych w obszarze zdrowia, socjologia medycyny, zdrowia i choroby, komunikowanie w obszarze usług zdrowotnych, kampanie zdrowotne. Prywatnie miłośniczka Japonii, mama dwóch synów.

Dr Monika WÓJTA-KEMPA

(przedruk z „Medium” nr 4/20)

LEKARZ KONTRA WIRUS

Nowy koronawirus o kryptonimie 2019-nCoV przywędrował z Chin i zaatakował świat w grudniu 2019 roku. W trzy miesiące zainfekował ponad 70 tys. osób, zabił około 2000. Jedną z pierwszych ofiar był 34-letni okulista Li Wenliang, który próbował ostrzec innych lekarzy przed tajemniczą chorobą.

Zdr. hab. n. med. Jerzym JAROSZEWICZEM – kierownikiem Katedry i Oddziału Klinicznego Chorób Zakaźnych i Hepatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego rozmawia Piotr BIERNAT.

– Co Pan pomyślał, gdy dowiedział się, że w Chinach pojawił się nikomu nieznany groźny wirus?

– Spodziewałem się tego, właściwie to zwykle jesienią czekamy, która z chorób zakaźnych ujawni się w kolejnym roku. My, lekarze leczący choroby zakaźne, wiemy, że epidemie pojawiają się regularnie raz na kilka lat i to zwykle w sezonie jesienno-zimowym. Przede wszystkim w Chinach i w innych azjatyckich krajach. Dlatego, że występuje tam duże zagęszczenie ludzi, ciepły klimat, a w dodatku ludzie żyją blisko zwierząt i spożywają różne ich odmiany – czasem egzotyczne. Tymczasem ostatnie epidemie to właśnie koronawirusy, wirusy od-





zwierzęce i myślę, że właśnie dlatego Azja stała się teraz taką – powiedzmy – wylęgarnią wirusów. Potwierdzają to także badania WHO i Amerykańskie Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom (CDC).

– Myśli Pan doktor, że nasi lekarze dobrze wiedzą, co robić, gdy pojawi się pacjent z groźną zakaźną chorobą?

– Myślę, że czymś innym jest wiedzieć, a czymś innym mieć to przetrenowane i potrafić tę wiedzę zastosować. My, zakaźnicy, na naszych oddziałach staramy się prowadzić takie treningi „na sucho”. Stosujemy symulację, aby cały personel był zgrany, umiał sprawnie i szybko zareagować na pojawienie się symptomów choroby zakaźnej, niezależnie czy wirusowej, czy bakteryjnej. Przecież w takim przypadku liczy się szybkość reakcji, zwłaszcza umiejętność odizolowania pacjenta od innych, zastosowanie środków ochrony osobistej, współpraca z pogotowiem itd. Wszystko musi być dobrze zorganizowane, bo chaos grozi przeniesieniem wirusa na innych chorych, na personel, a to najgorsze, co mogłoby się wydarzyć. Nie wiem, jak jest na SOR-ach i w innych szpitalach, ale obawiam się, że niektórzy lekarze, choćby rodinni, nigdy nie przechodzili takich treningów.

– No dobrze, to co Pan zrobił, gdy już było wiadomo, że wirus może przemieszczać się do Europy?

– Pierwszą rzeczą byłoby zdobyć jak najwięcej informacji rzetelnych, bo w szumie informacyjnym trudno zorientować się, co jest prawdą, a co nie. Dlatego jako lekarze sięgaliśmy do źródeł sprawdzonych. Szukaliśmy opisów trzech pierwszych przypadków zachorowań i opisów ich przebiegu, a potem śledziliśmy meldunki epidemiologiczne oraz zalecenia – ale nie te podawane przez media i prasę, tylko publikowane przez Światową Organizację Zdrowia, Amerykańskie i Europejskie Centra Zapobiegania Chorobom Zakaźnym. To są wiarygodne źródła wiedzy dla lekarzy.

– Nasi politycy w oficjalnych mediach uspokajali twierdząc, że jesteśmy przygotowani na epidemię i chiński wirus nie jest dla nas tak groźny. Ale czy faktycznie? Naczelna Izba Lekarska zwróciła przy okazji uwagę, że mamy tylko dziesięć oddziałów zakaźnych i ponad 900 lekarzy tej specjalizacji. To nie brzmiało zbyt optymistycznie...

– Ale dobrze, że w ogóle ten pion chorób zakaźnych jest w Polsce. W Europie przyjęto inny model organizacji i w wielu krajach nie funkcjonują wydzielone oddziały chorób zakaźnych. U nas pewnie przydałaby się lepsza infrastruktura, choć po ostatniej epidemii „świńskiej grypy” dużo w tej sprawie zrobiono. Dlatego faktycznie możemy powiedzieć, że jako lekarze chorób zakaźnych jesteśmy przygotowani do przyjęcia chorych z wirusem, choć trudno przewidywać, jak naprawdę epidemia się rozwinie.

– Zwłaszcza, że lekarzy zajmujących się chorobami zakaźnymi nie jest w Polsce imponująco dużo.

– To fakt. Nasza specjalizacja nie jest zbyt popularna, bo nie wiąże się z szybko rosnącymi możliwościami zarobkowymi. Za to przyciąga pasjonatów, bo jest ciekawa. Działamy trochę jak Sherlock Holmes, bo poszukujemy przyczyn chorób tam, gdzie inni sobie z tym nie poradzili i często dotykamy tajemnic medycyny.

– Czy kiedykolwiek zdarzyło się, że lekarz powiedział Panu, że się boi zarażenia?

– Ależ my się boimy cały czas. Wszyscy. Dzięki temu jesteśmy uważni, a ten strach wymusza pewne zachowania i jest nam potrzebny.

– Ale przecież lekarz nie może być sparaliżowany strachem i bać się podejść do pacjenta. A o takich przypadkach donoszono dziesięć lat temu, podczas epidemii świńskiej grypy.

– Gdy mamy sytuację kryzysową lub podwyższonego ryzyka w związku z epidemią lub pojawieniem się nowego wirusa czy bakterii, to siadamy i dyskutujemy. Pytam, kto czuje się na siłach i jest chętny do podjęcia się opieki nad tym pacjentem. Nie ma powodu, żeby wszyscy się nim zajmowali. Stosujemy zasadę personelu dedykowanego. Lekarz, może dwie pielęgniarki, i zwykle to wystarczy. Pamiętam takie sytuacje, ale nigdy nie było tak, żeby nie zgłosił się chętny lekarz, albo odmówił dobrowolnie wybrany spośród tych, którzy najmniej ryzykują. Nigdy więc pacjent nie pozostał u nas bez opieki, bo personel bał się zarazić lub obawiał, że sobie z tym lękiem nie poradzi.

– Czy to prawda, że żadna szczepionka nie uodparnia lekarza tak, jak codzienny kontakt z chorymi? Ponoć dlatego organizm lekarza jest zawsze bardziej odporny niż innych ludzi.

– To prawda. Gdy byłem w Niemczech na stypendium, badaliśmy m.in. odporność immunologiczną lekarzy i dziś wiem, że tak samo jak umysł, ciało również i układ odpornościowy możemy trenować i przez to stać się bardziej odpornymi. Oczywiście pod warunkiem, że nie chorujemy na chorobę obniżającą odporność.

– Może nie ma co ukrywać przed studentami medycyny, że w zawód lekarza wpisane jest ryzyko zarażenia i choroby.

– Tylko czy podejmując studia medyczne, ktoś o tym myśli? Czy tak głęboko zadaje sobie pytanie, dlaczego chce być lekarzem? Myślę, że nie. Natomiast podczas studiów moim studentom o tym mówię wprost i wiele razy. Dlatego, wzorem lekarzy zajmujących się chorobami zakaźnymi, wszystkich namawiam do szczepień. Nie wyobrażam sobie, żeby lekarze kwestionowali taką potrzebę. My robimy to chętnie i często, widząc, że faktycznie to nasza tarcza przed chorobami, zarówno takimi powszechnymi, ale groźnymi, jak grypa, aż po takie, których dawno już w Polsce nie ma, ale przecież zawsze mogą wrócić.

– Dlaczego, mimo postępu medycyny światowej, wciąż pojawiają się nowe wirusy? Czy będzie kiedyś tak, że

znajdziemy uniwersalny na nie lek, a nie będziemy tylko czekać aż się wyklują kolejne?

– Obawiam się, że tak nigdy nie będzie, a epidemie grozić nam będą zawsze. Sprzyja temu wiele czynników, takich jak zbyt liczne miasta, zmiany klimatyczne powodujące, że w cieple lepiej rozwijają się tak zwane wektory wirusa, czyli kleszcze, stawonogi, komary, muchy, a także postępujące zanieczyszczenie środowiska. Nasz układ oddechowy, mający być pierwszą bramą obronną, często okazuje się niesprawny właśnie z powodu smogu lub innych trujących substancji w powietrzu. To wszystko zatem – i łatwość przemieszczania się – powoduje, że jesteśmy skazani na epidemie, a nawet pandemie. Proszę zobaczyć, że koronawirus z Chin potrzebował ledwie kilku tygodni, żeby pojawić się w 25 krajach i trudno to zatrzymać.

– To może tabliczki z zakazami odwiedzin na oddziałach szpitalnych nie wiszą tak na wszelki wypadek?

– Myślę, że powieszenie takich informacji na drzwiach szpitali, to połączenie lęku z pragmatyzmem. Dopóki nie

jesteśmy pewni, że pacjent nie jest nosicielem, wolimy nikogo nie narażać na zakażenie. Najbardziej obawiamy się przecież rozprzestrzeniania zakażenia. Ja wolę, żeby przysłano nam pięćdziesięciu pacjentów niepotrzebnie, niż żeby przeoczono tego jednego zakażonego. Niech więc te tabliczki z zakazami odwiedzin wiszą, gdy pojawia się taka potrzeba. To zresztą międzynarodowy standard. Takie nasze „dmuchanie na zimne”.

Według chińskich danych, do połowy lutego koronawirusem zaraziło się ponad 1.700 lekarzy i innych pracowników służby zdrowia. Przyczyną tego była niewystarczająca liczba ubrań i masek ochronnych.

Objawy choroby, którą nazwano COVID-19, to: gorączka, trudności w oddychaniu, a także nacieki w płucach. Tajemniczy wirus powoduje zapalenie płuc. Z zebranych do tej pory informacji wynika, że wywołana nim choroba przebiega podobnie, jak ciężki przypadek grypy.

(przedruk z „Pro Medico” nr 3/20)

REFLEKSJA NAD CZASAMI ZARAŻY

Patogen koronawirusa zaraża kolejne osoby, powodując konieczność leczenia, izolacji oraz kwarantanny coraz większej grupy ludzi. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła stan pandemii. Pandemia to globalna epidemia obejmująca duże obszary (kraj, kontynent lub cały świat). Koronawirus zmienił nasze życie. Władze państwowe podejmują kolejne działania mające zapobiegać rozprzestrzenianiu się wirusa, ucząc się na błędach popełnionych w innych krajach. Przybywa osób objętych kwarantanną, nadzorem i hospitalizowanych. W miejscach likwidowanych onegdaj szpitalnych oddziałów zakaźnych powstają tzw. szpitale zakaźne jednoimienne. Te w pierwszej kolejności otrzymują sprzęt ochronny z magazynów rezerw zaopatrzeniowych, a personel innych placówek ogranicza kontakt z pacjentami.

Braki w sprzęcie można uzupełnić, znacznie trudniej będzie uzupełnić personel, jeśli zostanie wyeliminowany przez zarazę. Siła drobnoustrojów jest tak wielka, że zmieniają nie tylko rytm codziennego życia, ale nawiedzając ludzkość od niepamiętnych czasów, siejąc grozę i panikę, zmieniały również ustroje i władze. Szefowie rządów, wykorzystując różnice zdań wśród epidemiologów, podejmują różne decyzje, niekoniecznie zgodne z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia opartymi na zaleceniach jej ekspertów. Przykładem jest choćby Wielka Brytania.

Na naszych oczach toczy się walka między nauką i pieniędzmi biznesu. Pandemia trwa, a już się rodzi pytanie, czy po jej opanowaniu uda się wykorzystać przyniesione przez nią obudzenie odpowiedzialności za innych, widoczne w codziennych zachowaniach ludzi.

Czy mikrob, który przybył z chińskiego Wuhan, spowoduje inne spojrzenie na choroby zakaźne i przypomni historię walki z nimi?

Konsekwencje epidemii: zdrowotne, gospodarcze i polityczne w proporcji do ich skali były zawsze negatywne. Niezależnie od tego, czy to dur brzuszny osłabił Ateny w czasie II Wojny Peloponeskiej (co sugerują historycy medycyny) przeciwko koalicji Sparty, to jego epidemia spowodowała, że na przestrzeni dwóch pokoleń wszystkie miasta greckie znalazły się po przegranej wojnie z Filipem II Macedońskim (bitwa pod Cheroneą 338 r. p.n.e.) pod macedońską hegemonią.

„Zaraza Antoninów”, która wybuchła za rządów cesarza Marka Aureliusza, opisana przez Galena i identyfikowana przez większość współczesnych badaczy jako ospa prawdziwa, spowodowała ogromne straty demograficzne, gospodarcze i polityczne. Zaraza ta wtrąciła Imperium Rzymskie w kryzys, który opanował Dioklecjan pod koniec III w. „Dżuma Justyniana”, za panowania w Bizancjum Justyniana I Wielkiego przywleczona najprawdopodobniej z Etiopii w 542 r., uśmierciła połowę ludności obszaru śródziemnomorskiego, czyli około 50 mln. ludzi. W średniowieczu Europa notowała epidemie lokalne, głównie tyfusu i ospy. Dżuma wielka, czyli pandemia nazwana „czarną śmiercią” w połowie XIV w. spowodowała śmierć 50% populacji południowej i zachodniej Europy. Pod koniec XVIII w. dotarła do Europy z Indii cholera. Spowodowała ona sześć wielkich epidemii, z których ostatnia miała miejsce w Hamburgu w 1922 r., kiedy zanotowano około 100 tys. zachorowań. W czasie I wojny światowej miały miejsce epidemie tyfusu plamistego i brzuszego oraz pandemia zabój-





czej grypy zwanej hiszpanką. Epidemia ta, mimo mylącej nazwy, wyszła ze Stanów Zjednoczonych (Kansas) i przywieźli ją do Europy żołnierze amerykańscy. Różne szacunki podają, że uśmierciła ona w ciągu dwóch lat od 20 do 50 mln. ludzi. Jako że jesteśmy Europejczykami, ze wstydem musimy przypomnieć rolę, jaką odegrały europejskie choroby zakaźne, takie jak ospa czy grypa w podboju Ameryki i zniszczeniu Indian. Epidemia celowo wywołana przez Francuzów w Kanadzie niezdezynfekowanymi kocami ze szpitali, w których leczono chorych na ospę, jest tego przykładem.

Na szczęście w polskiej historii związanej z epidemiologią nie odnotowujemy takich zachowań, jak podrzucanie skażonych przedmiotów czy trupów dotkniętych dżumą do oblężonych miast. Możemy za to pochwalić się tym, że zniszczony wojną kraj (Polska Ludowa) będąc w trudnej sytuacji sanitarnej – związanej z licznymi ogniskami duru brzuszego, odry, polio, dyfterytu, gruźlicy czy przekazywanej dziedzicznie kiły wśród ludności góralskiej – skutecznie zwalczył wszystkie przytoczone choroby dzięki obowiązkowym szczepieniom oraz antybiotykami, w latach 1945–60. W czasach PRL zosta-

ła przywleczona do Polski trzykrotnie ospa prawdziwa. Miało to miejsce 1953 i 1962 r. w Gdańsku oraz 1963 r. we Wrocławiu. W przypadku Gdańska chorowało kilkanaście osób i nie było ofiar śmiertelnych. We Wrocławiu sytuacja była bardziej dramatyczna, zaraziło się dziewięćdziesiąt dziewięć osób, zmarło siedem, w tym cztery osoby z personelu medycznego. Opanowanie epidemii trwało cztery miesiące, wymagało izolowania kordonem sanitarnym Wrocławia, a następnie – ponieważ wirus ospy przedostał się do czterech województw – zaszczepiono całą ludność Wrocławia i województwa oraz pięć milionów w innych regionach kraju, z tego pół miliona osób zaszczepiono w Warszawie.

Przytoczona liczba ofiar, jakie przynosiły epidemie w przeszłości, powinna skłonić wszystkich, którzy dzisiaj ograniczają kontakty z bliźnimi, pozostając w czyszówkach, w M-1, 2, 3... czy podmiejskich posiadłościach, do uznania dla postępu, jaki się dokonał w epidemiologii oraz obiektywnej oceny odpowiednich służb, w tym także pracowników ochrony zdrowia.

Fabian OBZEJTA

(przedruk z „Panaceum” nr 4/20)

SAMOTNY JAK... POLSKI LEKARZ W TRAKCIE EPIDEMII

*Gdy jesteś niewydolny w czasach „pokoju”
nie lódź się, że pokonasz kryzys.*

Stało się. Żadne rozmowy. Żadne negocjacje. Żaden protest. Żaden strajk. Nic nie było w stanie przekonać rządzących do zmiany swojego nastawienia do kondycji systemu opieki zdrowotnej. Zrobi to koronawirus, który zdecydowanie obnaży niewydolność polskiej ochrony zdrowia.

O pierwszych przypadkach koronawirusa w Chinach słyszeliśmy w grudniu ub.r. Nikt się nie zdawał tym przejmować. Chiny. Daleko. Pewnie opanują. W połowie stycznia br. reżim wypuścił w końcu prawdziwe informacje o zarazie. Okazało się, że liczba zakażonych jest bardzo wysoka i rośnie w tempie wykładniczym. Zdecydowano się na restrykcyjne środki. Zamknięto miasto będące epicentrum koronawirusa – Wuhan. Wtedy był też czas, żeby polski rząd zaczął przygotowywać się na ewentualne nadejście epidemii.

1,95 miliarda złotych rekompensaty abonamentowej dla mediów państwowych przez kolejne 5 lat

Podczas gdy wirus spokojnie się rozprzestrzeniał, polscy parlamentarzyści zajęli się bitwą o ustawę ws. przekazania blisko 2 miliardów złotych rekompensaty abonamentowej mediom państwowym (później okazało się, że ma to dotyczyć lat 2020–24). Zaczęła się również kampania prezydencka, więc nikt o ochronie zdrowia – jak zwykle – nie myślał. Tym bardziej o oddalonym o kilka

tysięcy kilometrów wirusie. Środki ochrony osobistej, płyny do dezynfekcji, testy na wykrywanie zakażenia koronawirusem – to wszystko powinno być zabezpieczone w liczbie wystarczającej.

Europa kolejnym epicentrum koronawirusa

Dzięki szeroko otwartym granicom i bardzo dobrze rozwiniętemu transportowi, głównie lotniczemu, wirus przybył do Europy. Najbardziej ucierpieli Włosi, którzy zlekceważyli sugerowane przez tamtejszy rząd restrykcje. Zdecydowanie przodują w kontekście liczby potwierdzonych przypadków zakażenia oraz śmiertelności. Nie lepiej jest w Hiszpanii i Francji. Kraje skandynawskie i Niemcy charakteryzują się niższą w stosunku do innych europejskich państw śmiertelnością. Czechy, Słowacja i Polska zamknęły granice. Kilka dni po tym wydarzeniu zrobiła to cała Unia Europejska. Kiedy Chiny i Korea Południowa wygasili epidemii, rozpoczęła się ona w Europie.

A na froncie

Lekarze i inni pracownicy ochrony zdrowia zostali, jak zawsze, pozostawieni sami sobie. Procedury, które nie działają. Sanepid, do którego ciężko się dodzwonić. Problemy lokalowe – wielokrotnie w czasach „pokoju” brakuje wolnych miejsc w oddziałach czy respiratorów. Szkolenia, które przeszedł może promil lekarzy. No i środki ochrony osobistej. Rządzący przekonywali przez dłuższy czas, że jesteśmy przygotowani. Mówili o Agencji Rezerw Materiałowych. O tym, że nie spodzie-

wają się szybkiego i dużego wzrostu liczby przypadków zachorowań, może 2–3 kolejne. Z biegiem czasu nastroje się zmieniały, a nadchodzącej epidemii nie można było ukryć. Bardzo szybko, bo jeszcze przed jej nadejściem, pojawiły się ogromne problemy z dostępnością środków ochrony osobistej. Maski, kombinezony, gogle już na samym początku okazały się być towarem deficytowym. Podobnie płyn do dezynfekcji. Podobnie zresztą personel medyczny – o wsparcie poproszono studentów ostatnich lat kierunków medycznych – pomagają w selekcji pacjentów, zbieraniu wywiadu. Jedno ze zdjęć przedstawia przerażający obraz dwóch dziewczyn-studentek, które stoją we własnych ubraniach, a jedynym zabezpieczeniem jest maseczka chirurgiczna. Podobnie w szpitalach

– fizelinowy fartuch i maseczka chirurgiczna to zbroja i tarcza personelu medycznego. Przypomina mi to wysłanie zabezpieczonych jedynie w rękawice robotników do uprzątnięcia okolicy po wybuchu reaktora jądrowego w Czarnobylu. Albo, jak powiedziała, była posłanka PiS, a obecnie pracownik Szpitala Wojewódzkiego w Łomży, po tym jak dowiedziała się o przekształceniu go w jednoimienny szpital zakaźny: „*jest tak, jakbyśmy wysłali żołnierzy z pięściami na czołgi*”. Miała na myśli przygotowanie ochrony zdrowia do walki z koronawirusem. Przyszłość rysuje się w czarnych barwach, ale zapewne znowu my – Polacy – poradzimy sobie z nowym wrogiem, jakim jest wirus.

Bartosz FIAŁEK

(przedruk z „Primum” nr 4/20)

WIOSNA ŚREDNIOWIECZA

Słynna monografia o minionej wieki temu epoce pozostawiła w świadomości całych pokoleń tytuł: „Jesień średniowiecza”. Parafrazuję go, bo najwyraźniej powracamy do tamtej ery. Do epoki wypraw krzyżowych, wielkich epidemii, dominacji scholastyki, w myśl której m.in. choroba to kara za grzechy. Wygląda na to, że i dzisiaj na ważnych scenach pojawiają się zwolennicy tej idei.

Najsłynniejsze oszustwo w dziejach medycyny, opublikowane w 1998 roku na łamach „Lancetu”* demontowane wielokrotnie w najważniejszych czasopismach medycznych świata – we współczesnej Polsce, tu i teraz, znajduje poklask. Mam na myśli nowy rekord ok. 46 tysięcy odmów szczepień ochronnych w minionym roku. To jest dynamika, której nie osiągnęliśmy w żadnej dziedzinie. 2010 rok – 3,4 tys.; 2015 rok – 16,6 tys.; 2017 – 30 tys.; 2018 rok – 40,3 tys.; 2019 rok (listopad) – 44,4 tys. odmów. Aż dziwne, że tak lubiąc liczby nikt – ani prezydent, ani premier – tej dynamiki nie zauważyli.

Progi wyszczepialności są różne dla różnych chorób. Dla odry, wg zaleceń WHO wynosi on 95% zaszczepionych. Do niedawna byliśmy nawet chwaleni za jego przestrzeganie. Ale to już przeszłość. Spadliśmy poniżej 93%, a liczba zapadających np. na odrę w ciągu jedenastu miesięcy w 2019 roku wzrosła do 1488, w porównaniu do 234 przypadków w 2018 roku. Notabene poniżej progu wyszczepialności znalazło się też kilka innych krajów z Wielką Brytanią, Czechami i Grecją na czele, o Ukrainie, gdzie sytuacja jest dramatyczna, nie wspominając. Poziom wyszczepialności spada też w Stanach Zjednoczonych.

Choroba jest groźna, może być śmiertelna, a na pewno jest wyjątkowo zaraźliwa. Tymczasem ruchy antyszczepionkowe, żerujące na nieświadomości rodziców, święcą tryumfy. Liczne portale internetowe drukują porady, jak odmówić szczepień i uniknąć kar. Częste jest szantażowanie lekarzy groźbami milionowych odszkodowań w przypadku powikłań poszczepiennych, które w promiowym wymiarze mogą mieć miejsce.

Mimo wielu naukowych argumentów opowiadających się za obowiązkiem szczepień, wydaje się, że niektórzy lekarze także nie są do niego przekonani. Dowodem publikacja sprzed paru laty w jednym z tygodników, na łamach którego pewna lekarz rodzinna dzieliła się swoimi wątpliwościami, dokonując amatorskich w istocie ocen, które szczepienia są warte uwzględnienia, a które można pominąć. Gdy zaś Izba chciała ją pociągnąć do odpowiedzialności, wykpiła się tłumacząc, iż redakcja nie przedstawiła jej tekstu do autoryzacji.

Niestety, brakuje także szczepionek i z tego powodu padają samorządowe programy profilaktyczne, jak np. w zakresie zakażeń HPV czy ospy wietrznej. Także w sferze medialnej np. telewizja publiczna jest niewidoczna. Natomiast liderka Stowarzyszenia STOP NOP Justyna Socha doprowadziła nawet w Sejmie do głosowania projektu ustawy uchylającej obowiązek szczepień. Sejm na szczęście odrzucił projekt, aż 354 posłów było przeciw. A pani Socha wyraziła rozczarowanie rezultatem głosowania. Ja bym też wyraził rozczarowanie, że chyba nie wszyscy obecni na posiedzeniu posłowie głosowali przeciw projektowi.

Nie poszliśmy zbyt daleko z prawodawstwem. Zapowiadane ograniczenia w dostępie do żłobków i przedszkoli pozostały w sferze werbalnej. Niemniej sądy rodzinne uciekają się niekiedy do kar finansowych czy ograniczania praw rodzicielskich w zakresie decydowania o szczepieniach dziecka.

To bardzo przykre, ale tak rodzicom, jak ruchom antyszczepionkowym trzeba powiedzieć wprost: nie mogą decydować o czyimś życiu i zdrowiu. O własnym jak najbardziej, mogą sobie nawet wszczepić kurarę. Natomiast nie mają prawa narażania dziecka na choroby, które stanowią realne zagrożenie dla życia, mogą doprowadzić do kalectwa. Dziecko jest własne, ale nie jest własnością.

W Polsce żyje jeszcze pokolenie pamiętające kosmarne skutki epidemii polio (choroby Heinego-Medi-





na), całkowicie opanowanej dzięki szczepieniom ochronnym. W starszej części naszego społeczeństwa poparcie obowiązku szczepień jest powszechne. Ale o zarazie odmów (jak to inaczej nazwać?) decyduje młode pokolenie rodziców ogłupiane tysiącami kłamliwych internetowych doniesień.

Jest też w społeczeństwie skłonność do ogólnego bagatelizowania szczepień. Bardziej boimy się epidemii koronawirusa z Chin niż grypy, choć liczba zgonów przez nią spowodowanych jest wyższa niż kiedyś z powodu SARS. Lekarze, niestety, też się nie szczepią przeciw grypie. Wracam więc do tytułu. Czyżby rzeczywiście nadchodziła „wiosna średniowiecza”?

*) W 1998 r. brytyjski gastroenterolog Andrew Wakefield opublikował w piśmie „The Lancet” artykuł recenzowany przed drukiem przez kilkunastu naukowców, w którym dowodził, że szczepionka MMR przyczynia się do autyzmu dzieci. Po 10 latach przyznał się do spreparowania dowodów, a recenzenci – do nieczytania tekstu. Wakefield został usunięty z zawodu lekarza i nauczyciela akademickiego. Natomiast sprostowanie tekstu przez „The Lancet” nie przyniosło zadawalającego rezultatu.

Stefan CIEPLY

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 1/20)

MASZ WPŁYW NA SWÓJ WYSIŁEK, ALE NIE ZAWSZE NA REZULTAT

W sprawie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 każdy dzień przynosi nowe informacje. Okoliczności, w których piszę ten tekst, mogą być zupełnie inne niż chwila, w której Państwo będą go czytać. Nie mamy na to większego wpływu. Wiele się dzieje poza naszą kontrolą, choć trudno nam się z tym pogodzić. Właśnie brak wpływu i poczucie bezsilności powodują największy stres. Jak sobie z tym radzić? Nie będę odkrywca, gdy powiem, że tylko spokojne podejście do sytuacji pozwoli nam odpowiednio na nią reagować. Wiemy przecież, że między bodźcem a reakcją jest przestrzeń, którą możemy wykorzystać na naszą uważność i mądrość.

Ostatnia z ludzkich wolności, to wolność wyboru swojego nastawienia do sytuacji – Victor Frankl

Wszelkie działania trzeba wyprowadzać z tego właśnie miejsca – stanu jasnego i klarownego umysłu. W pełni dostosować się do nowej sytuacji i wykonywać właściwe zadania we właściwy sposób od początku do końca. Tak jakby to były zwykłe rzeczy na liście do zrobienia. Ponieważ teraz to, co zwykle, będzie miało inny wymiar. Zaakceptujmy to. Opór, złość, niechęć nie pomogą, a utrudnią mobilizację, przytomność, siłę sprawczą czy niezbędną ostrożność.

Wiatr będzie wiał zawsze, ale jak ty ustawiasz żagle? – Jon Kabat Zinn

Strach jest emocją, która pomaga nam się chronić przed bieżącym niebezpieczeństwem. Jednak prognozowanie bliższej czy dalszej przyszłości na bazie lęku nam nie służy. Zamyka nas, karmi nieufnością, powoduje bunt. Psychologia proponuje otwartość także wobec tego, co trudne. Dlaczego? Funkcjonowanie tylko w zawężonej perspektywie własnego myślenia i oczekiwań, by było inaczej niż jest, zabiera nam kontakt z prawdziwą rzeczywistością. Trudności są przecież częścią życia.

Zamknięcie się na ten fakt nie ułatwia szukania rozwiązań. Panika powoduje, że nasz umysł jest w nieustannym chaosie, zmącony i pobudzony, rozdrażniony. A przecież gdy wokół choroba, najważniejszym jest utrzymanie zdrowego układu odpornościowego.

W obliczu trudności szczególnie lekarze powinni dbać o wzmacnianie swojego systemu odporności. Przecież ich zasoby energii i zdrowia są wyczerpywalne. W trudnych chwilach warto być uważnym na siebie. Tym bardziej gdy praca oznacza służbę innym. Energia podąża za uwagą. Bądźmy świadomi, z jakiej perspektywy patrzymy teraz na rzeczywistość – poziomu lęku i frustracji, które nas osłabiają, czy z gotowości zrobienia tego, co w naszej mocy, by poradzić sobie z nieoczekiwanym wyzwaniem. Nie chodzi o to, by przekroczyć granicę swoich możliwości, ale by świadomie do niej dotrzeć, nie stając się ofiarą. Jasną ocenę tego, czy to jeszcze miękka krawędź granicy, czy już ostra, gdzie kończy się możliwość interwencji, daje tylko spokojny, wyciszony umysł.

Proponuję Państwu wyjątkowe w swojej prostocie i bardzo skuteczne ćwiczenie uważności, jakim jest kojąco-rytmiczny oddech. Poprzez przełączenie naszej uwagi z trybu działania na tryb bycia – zdrowienia i regeneracji, uruchomienie przywspółczulnej części układu nerwowego i nerwu błędnego – możemy generować wewnętrzny spokój, poczucie bezpieczeństwa i łagodnego kontaktu z samym sobą. Pozwala to zachować porządek w głowie mimo zewnętrznego chaosu, presji i pośpiechu. Oddech jak koło ratunkowe stabilizuje system nerwowy, przywraca równowagę i solidną więź z samym sobą.

To ważne, by pamiętać, że...

Mamy wpływ na swój wysiłek, na regulację swoich emocji, na bieżącą pracę z myślami i budowanie kontaktu z oddechem dla uspokojenia. Nie zawsze jednak mamy wpływ na ostateczny rezultat tego, co się wydarza.

Jesteśmy elementem większej całości. Na ostateczne efekty mają wpływ też inni ludzie, system, sytuacja. To ważne, by pamiętać, że w pełni jesteśmy odpowiedzialni za swój wysiłek, a nie za końcowy rezultat. Nie mając pełnego wpływu na to, co się wydarza, mamy wpływ na swój stosunek do tego. Dbajmy o swój układ immunologiczny.

Dorota WOJTCZAK

O AUTORCE: Dorota Wojtczak – certyfikowany trener programów mindfulness MBSR (reedukacja stresu przez uważność) i MBCT (zapobieganie nawrotom depresji dzięki uważności), prowadzi warsztaty grupowe i indywidualny coaching uważności (także on-line); ekspert komunikacji i rozwoju kompetencji osobistych i społecznych, mediator NVC, doradca w obszarze psychologii zarządzania (więcej o autorce na stronie www.myway-eu.pl)

(przedruk z „Primum” nr 4/20)

ĆWICZENIE KOJĄCO-RYTMICZNEGO ODDECHU W CZTERECH KROKACH

1. Zatrzymaj się i skieruj uwagę na swoje ciało – bądź świadom: stóp w kontakcie z podłożem, jeśli stoisz – ciężaru nóg, jeśli siedzisz – miejsc kontaktu pośladków z siedziskiem krzesła; łagodnie wyprostuj plecy, otwierając klatkę piersiową, i rozluźnij brzuch; możesz zamknąć oczy, by lepiej doświadczyć swojej obecności tu i teraz i przekierować uwagę do swojego wnętrza.
2. Przenieś uwagę na wyraz swojej twarzy – czy jest surowy, poważny, ponury czy przyjazny? Zauważ, co się zmienia w poczuciu ciała, gdy delikatnie się uśmiechasz, jak rozluźnia się napięcie.
3. Przekieruj uwagę na oddech – taki, jaki jest teraz, pozwól oddechowi oddychać w jego naturalnym rytmie, nic nie zmieniaj, życzliwie i uważnie go obserwuj; możesz skupić uwagę na brzuchu, który unosi się i opada z wdechem i wydechem; łagodnie podążaj uwagę za głębokim wdechem i całkowitym wydechem.
4. Sformułuj intencję – co chcesz otrzymać dzięki uważnemu kontaktowi ze sobą? O co chcesz świadomie zadbać (np. troska o siebie, cierpliwość dla innych, zrozumienie, akceptacja sytuacji, odwaga w dokonaniu wyboru, spokojniejsze przechodzenie przez trudności, zaufanie do swoich kompetencji)? – intencja wpływa na motywację, a ta – na podejmowanie odpowiednich działań w kierunku, na którym ci zależy.

Ćwiczenie warto powtarzać regularnie – przy zauważeniu oznak niepokoju i rozproszenia umysłu. Nawet kilka razy dziennie. Dzięki temu świadomie osadzimy się w teraźniejszości, uwolnimy napięcie i przywołamy odprężenie. Nie poganiamy się w tym ćwiczeniu. Może ono trwać 3 minuty, a może 10. Tyle, ile potrzeba, by uruchomić kojąco-afiliacyjny tryb systemu nerwowego.

JAK SIĘ MIEWA POLSKA DIABETOLOGIA?

Najważniejsze spotkanie diabetologiczne w Polsce zaplanowano w tym roku w Łodzi. Pierwotną datą był maj, ale już dziś wiadomo, że XXI Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego odbędzie się 27–29 sierpnia. Ale czy się odbędzie?

Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego co roku organizowany jest w innym polskim mieście i corocznie gromadzi ponad dwa tysiące osób. Łódź będzie po raz trzeci gościć największych polskich i zagranicznych ekspertów od cukrzycy.

O kondycji polskiej diabetologii, największych sukcesach i wyzwaniach, „Panaceum” rozmawia z prof. dr hab. Katarzyną Cypryk, kierownikiem Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, jedną z organizatorek zjazdu.

„Panaceum”: – Co roku podczas Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, można posłuchać największych sław Państwa specjalizacji. Kto w sierpniu odwiedzi Łódź?

Prof. dr hab. Katarzyna Cypryk: – Mimo przełożenia terminu zjazdu na późniejszy, przygotowania oczywiście już trwają. Mamy potwierdzonych gości – wybitnych ekspertów ze wszystkich dziedzin diabetologii. Do Łodzi przyjedzie m.in. prof. Kasia Lipska z Yale School of Medicine w USA, która prowadzi niezwykle ciekawe

badania społeczne cukrzycy. To bardzo ważna postać o zasięgu światowym. Będzie również prof. Michael Nauck z Bochum.

Pojawią się oczywiście też koledzy z całej Polski, eksperci w wielu obszarach diabetologii i pokrewnych dziedzin (zachęcam do odwiedzenia strony zjazdowej <http://21ptd.pl>).

– W jakiej kondycji jest polska diabetologia? Jesteśmy w światowej czołówce, czy może wręcz przeciwnie – w ogonie Europy i świata, jeśli chodzi o diagnozowanie i leczenie cukrzycy?

– Nie ma tu jednej odpowiedzi. Są dziedziny, w których jesteśmy rzeczywiście liderami. Nie grozi nam na szczęście brak dostępności do podstawowej insuliny, jak to ma miejsce chociażby w Stanach Zjednoczonych, ale już najnowsze analogi są stosunkowo drogie i nie są tylko częściowo refundowane dla wybranych grup chorych.

– W jakich obszarach warto chwalić polskich diabetologów?

– W terapii cukrzycy dziecięcej jesteśmy wręcz czołową światową, podawaną za wzór dla innych. Pierwsi zaczęliśmy leczyć dzieci pompami insulinowymi. Wielką rolę odegrał tu Jurek Owsiak, który kupił pierwsze pompy z pieniędzy Fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, a tym samym niejako „zmusił” NFZ





do dalszych działań i finansowania leczenia na tym polu. Polskie dzieci i młodzi z cukrzycą mają naprawdę doskonałą opiekę – oddanych lekarzy, pielęgniarki, edukatorów i dietetyków. W diabetologii pediatricznej jesteście również w światowej czołówce w badaniach naukowych. Słynne są ośrodki: gdański, białostocki, krakowski, poznański i oczywiście nasz, łódzki, gdzie prof. Agnieszka Szadkowska, prof. Wojciech Młynarski czy prof. Maciej Borowiec to nazwiska znane i poważane na świecie.

– A jak jest w dziedzinie Pani Profesor, czyli w diabetologii położniczej?

– Tu także jesteście w czołówce. W Polsce kobiety z cukrzycą planujące i będące w ciąży mogą liczyć na profesjonalną opiekę w kilkunastu ośrodkach rozlokowanych w całej Polsce. Dzięki fundacji WOŚP i ogromnemu zaangażowaniu wielu osób – bardzo duża część pracy wykonywana jest poza procedurami finansowanymi przez Fundusz – pacjentki mogą na czas ciąży wypożyczyć osobistą pompę insulinową z systemem ciągłego monitorowania glikemii (NFZ refunduje w ciąży osprzęt do pompy), co pozwala na pełne wyrównanie metaboliczne cukrzycy, które jest konieczne do prawidłowego przebiegu ciąży i urodzenia zdrowego dziecka.

– Czy to jest duży problem?

– Niestety, mimo dużego postępu w opiece nad kobietami z cukrzycą w ciąży, nadal odsetek wad wrodzonych u potomstwa jest około trzech razy większy niż w populacji, a ryzyko makrosomii: od trzech do pięciu razy większe. I cały czas nie potrafimy sobie z tym poradzić.

– Dlaczego?

– Akurat w tej kwestii wiele zależy od gotowości do współpracy nie tylko w obrębie wielu specjalności medycznych, ale także od samych kobiet. Wciąż jeszcze mamy wiele ciąż niezaplanowanych, kiedy do prokreacji dochodzi w czasie słabej kontroli metabolicznej cukrzycy....

– Więc ratunkiem jest...?

– ...edukacja, uświadamianie, zachęcanie do rozważań i odpowiedzialności.

– To gdzie ta łyżka dziegciu? Czym nie może się pochwalić polska diabetologia?

– Można by przewrotnie powiedzieć, że piętą Achillesową polskiej diabetologii jest „stopa”. Oczywiście „stopa cukrzycowa”. Niestety wciąż jest za dużo amputacji, za mało leczenia oszczędzającego. Wynika to z wielu czynników, choć kluczowe wydaje się słabe finansowanie procedur w opiece specjalistycznej ambulatoryjnej oraz szpitalnej. Według obecnych cenników, taniej jest zrobić amputację, niż leczyć owrzodzenia. Oczywiście ironizuję! To jest duży, ogólnopolski problem.

– Czy coś dobrego zadziało się w dziedzinie diabetologii ze strony płatnika, czyli NFZ? Od kilku tygodni w naszym kraju refundowane są nowe leki na cukrzycę. Czy może Pani przybliżyć, na czym polega innowacyjność tych substancji?

– Te leki rzeczywiście są przełomem. Są to dwie kategorie: analogi GLP-1 oraz leki hamujące zwrotny wychwyt glukozy w nerkach, tzw. SGLT2 inhibitory. One oprócz działania hipoglikemizującego, obniżającego stężenie glukozy – ale nie poniżej stężenia fizjologicznego – to jest niezwykle ważne, zaraz o tym powiem, mają szereg dodatkowych działań pleiotropowych u chorych na cukrzycę. Korzystnie wpływają na masę ciała, na metabolizm mięśnia serca, zmniejszają ryzyko niewydolności, a w badaniach klinicznych wykazano, że również zmniejszają śmiertelność całkowitą oraz tę z przyczyn sercowo-naczyniowych u chorych na cukrzycę. Warto pamiętać, że ci pacjenci, żyją statystycznie o około dwunastu lat krócej niż ludzie bez cukrzycy. To bardzo duża dysproporcja. W przypadku osób chorych na cukrzycę i jednocześnie po zawale serca – ryzyko zgonu wzrasta czterokrotnie, a jeśli dołączymy do tego jeszcze udar – ośmiokrotnie w stosunku do populacji.

Wspomniałam wcześniej o potencjale hipoglikemizującym tych leków. W świetle obecnych badań za dużą część zgonów, szczególnie w populacji ludzi starszych, odpowiadają incydenty hipoglikemii. Mogą być wywołane różnymi przyczynami, ale ryzyko znacznie zwiększa się, gdy pacjent otrzymuje insulinę i leki z grupy pochodnych sulfonilomocznika. W tym aspekcie nowe leki są po prostu bezpieczniejsze.

Te leki są innowacyjne również ze względu na korzystne działanie na układ krążenia. Trwają badania nad stosowaniem ich w leczeniu kardiologicznym pacjentów, którzy na cukrzycę chorzy nie są. Obiecująco zapowiadają się też u chorych z niewydolnością nerek. Kardiologowie i nefrologowie są, podobnie jak my, pod dużym wrażeniem efektów terapeutycznych tych medykamentów.

– Czy ta refundacja znacząco poprawiła poziom leczenia polskich pacjentów?

– Niestety, wskazania do refundacji są ograniczone i w efekcie, niewielka grupa pacjentów może z niej korzystać. Prawie w całej Europie te leki są szeroko refundowane. W Polsce jest kryterium, z naszej medycznej perspektywy, niebezpieczne dla pacjentów. Problem rozbija się o wartość hemoglobiny glikowanej – podstawowego, retrospektywnego parametru wyrównania cukrzycy. My uważamy, że pacjent z cukrzycą powinien mieć ten wskaźnik poniżej siedmiu procent, a mocodawca uważa, że refundacja należy się pacjentom, którzy mają osiem procent i więcej, a to wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań. Pacjent musi przejść określony tryb leczenia i wykazać się nieskutecznością terapii, by zostać włączony do programu refundacji. Oznacza to de facto, że powinniśmy narażać pacjentów, by zapewnić im refundację nowoczesnych leków.

To droga donikąd. W 2003 r. ukazało się badanie Steino-2, w którym pacjentów ze zdiagnozowaną niedawno cukrzycą podzielono na dwie grupy: leczonych intensywnie i leczonych metodami tradycyjnymi. Ci pierwszy by-

li poddani wieloczynnikowej interwencji, podczas której leczono choroby towarzyszące: nadciśnienie czy hiperlipidemię. Okazało się, że takie holistyczne podejście sprawiło wydłużenie życia o prawie osiem lat w stosunku do pacjentów leczonych standardowo. Ponadto uzyskano ponad pięćdziesięcioprocentową redukcję zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych. To dowód na to, że warto wprowadzać wczesne i intensywne leczenie.

– W nauce i systemie opieki, jak widać, jest stały progres. A jak wygląda społeczny odbiór cukrzycy?

– Niestety, cukrzyca nie jest postrzegana jako choroba ciężka. Jeśli pacjent nie otrzymuje insuliny, to uważa się, że nie jest chory i nie potrzebuje się leczyć. Dla wielu osób leczenie insuliną jest wyznacznikiem tego, jak ciężka jest to choroba. A pacjent „zaniedbany” na początku, już na starcie ma gorsze rokowania na przyszłość.

– Jaką rolę w leczeniu chorych na cukrzycę pełnią lekarze POZ?

– Zależy nam, by koledzy z podstawowej opieki zdrowotnej monitorowali stan i leczyli pacjentów standardowymi metodami. Jeśli one są nieskuteczne i pacjent nie spełnia kryteriów wyrównania, to powinni skierować go do poradni specjalistycznej. My jesteśmy w stanie pomóc i wskazać, co z tym pacjentem dalej zrobić. Warunek wspólnego sukcesu jest jeden – nie można zwlekać z intensyfikacją leczenia.

– Jak wygląda współpraca diabetologów z lekarzami POZ?

– Prowadzimy wiele spotkań i konferencji. Zarówno na spotkaniach lekarzy POZ swoje wystąpienia mają diabetolodzy, jak i na sympozjach diabetologicznych prelekcje wygłaszają lekarze POZ. Z pewnością obie grupy mają platformy wymiany informacji i dialogu, jeśli tylko chcą się doksztalać.

– A jak jest ze społeczeństwem? Czy wiedza Polaków na temat cukrzycy jest zadowalająca?

– Jest niestety niewystarczająca. My ani jako lekarze, ani jako towarzystwo diabetologiczne, nie mamy odpowiednich narzędzi, by prowadzić edukację na szeroką skalę. Polskie dzieci i młodzi z cukrzycą mają naprawdę doskonałą opiekę. Lekarze praktycy mają kontakt z pacjentem, którego wspierają w przewlekłej chorobie. Ba, dajemy naszym pacjentom wsparcie psychologiczne, bo to nie jest przypadłość, na którą rano jest cudowna tabletką. O cukrzycy pamięta się dzień i noc, ta choroba powinna wymusić zmianę stylu życia. Jeśli pacjent to zrozumie, jest „wygrany”.

Zdecydowanie przydałby się zawód edukatora zdrowotnego. Specjaliści od edukacji i motywacji, którzy we współpracy z lekarzami, pielęgniarkami i dietetykami, mogliby prowadzić rzetelną edukację o cukrzycy na szeroką skalę.

– Niestety, problem braku wiedzy i świadomości zjawiska wśród zwykłych ludzi jest bardzo duży. Kilka dni temu narzeczony mojej koleżanki miał atak hipoglikemii.

Leżał półprzytomny i nikt na ulicy nie chciał mu pomóc, bo uważali, że jest po prostu pijany. Pomógł mu dopiero pracownik stacji benzynowej, który ma w rodzinie osobę chorą na cukrzycę i podał mu szklankę coca-coli i batonik, a następnie zadzwonił po pogotowie. Jak można zminimalizować takie sytuacje?

– Najlepszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie edukacji zdrowotnej do szkół. Nie tylko z tego podstawowego powodu, że szkoły to miejsca, w których się uczy. Ale również dlatego, że coraz więcej dzieci choruje na cukrzycę i trzeba tych młodych ludzi nauczyć wspólnego funkcjonowania i uwrażliwić na chorobę drugiej osoby. Taka edukacja powinna być prowadzona najpierw w szkole, a potem przypominana w środkach masowego przekazu, bo inaczej nie będzie miała odpowiednio dużego zasięgu.

– Jakie działania prowadzi Polskie Towarzystwo Diabetologiczne w dziedzinie edukacji?

– Zabiegamy od lat, by wprowadzić refundowaną poradę edukacyjną. Chcielibyśmy, by pacjent mógł przyjść na wizytę z rodziną, by on i jego bliscy mogli jak najwięcej dowiedzieć się o tej chorobie. Bo im pacjent wie więcej, tym lepiej sobie z radzi z chorobą na co dzień, a ona nad nim nie panuje. Zachęcamy pacjentów, by nie ukrywali, że mają cukrzycę. Wręcz, by nosili kolorowe opaski z informacją o chorobie. Być może dzięki temu takie sytuacje, jak ta wspomniana przez Panią, będą zdarzały się rzadziej. Ważne jest też, by nie piętnować ludzi chorych na cukrzycę. Ba, WHO zachęca, by o pacjentach nie mówić „chorzy na cukrzycę” tylko „osoby z cukrzycą”. Ma to implikacje psychologiczne i społeczne, np. w pracy.

– Czy osoby z cukrzycą mogą czerpać z życia pełni mi garściami i funkcjonować bez ograniczeń?

– My dążymy do tego, by ich tryb życia nie odbiegał od życia osób zdrowych. Są jednak zawody, w których czasowe zaburzenie świadomości może narażać innych ludzi na niebezpieczeństwo – np. pilot samolotu czy kierowca autobusu. Praca zmianowa również nie jest wskazana, ze względu na zaburzenie rytmu dobowego, co niekorzystnie wpływa na stan metaboliczny. Ograniczenia można mnożyć lub ich nie doceniać. Wszyscy jednak – chorzy i lekarze – powinni je mądrze wdrażać.

Ale właśnie po to jest ta edukacja, żeby pacjent, który, np. poczuje się gorzej w pracy, wiedział, jak się zachować. Dobrze też, by współpracownicy wiedzieli o chorobie i też umieli odpowiednio zareagować w razie potrzeby. Ja z kolei miałam pacjentkę, która podróżując autobusem, miała niedocukrzenie. Trzykrotnie przejechała trasę od krańcówki do krańcówki i dopiero wtedy kierowca zainteresował się, że coś może być nie tak...

– Rozmawiamy w chwili, gdy tematem numer jeden jest koronawirus. Bardzo wiele się mówi o cukrzycy jako czynniku zwiększającym ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19. Jaki jest związek cukrzycy z wirusem SARS-CoV2?





– Pierwsze doniesienia z Chin mówiły, że osoby z cukrzycą stanowiły od 17 do 22% chorych na COVID-19, więc stosunkowo dużo. W Polsce na cukrzycę choruje około 8% społeczeństwa, ale w populacji powyżej siedemdziesiątego roku życia to już jest ponad 20%. Cukrzyca nieprawidłowo kontrolowana, źle leczona, zaburza funkcjonowanie układu odpornościowego i odpowiedzi immunologicznej, więc w ten sposób zwiększa ryzyko zachorowania i gorszego przebiegu infekcji. W tym kontekście można powiedzieć, że pacjenci z cukrzycą są bardziej narażeni na skutki obecnej pandemii.

– Natknęła się Pani Profesor w ostatnim czasie na jakieś zaskakujące odkrycie w diabetologii?

– Wciąż nie do końca zbadany jest obszar wpływu odżywiania na stan zdrowia organizmu. Ważne jest nie tylko to, co jemy, ale także w jakich proporcjach, ilościach, a nawet w jakiej postaci. Powszechnie uważa się, że pacjenci z cukrzycą powinni ograniczać węglowodany, ze względu na wzrost poziomu cukru po ich spożyciu. Możemy na to wpływać, zmieniając postać skrobi –

tej „zwykłej” skrobi znajdującej się w ziemniakach, ryżu, kaszach, roślinach strączkowych. Okazało się, że skrobia może być niewrażliwa na procesy trawienne. To tzw. skrobia oporna, która nie wchłania się w jelicie cienkim, a jako nierozpuszczalny błonnik pokarmowy przechodzi do jelita grubego, gdzie korzystnie wpływa na florę bakteryjną. Ta z kolei chroni jelito, uszczelnia jego ścianę, zmniejsza zapalenie i jeszcze korzystnie wpływa na stężenie lipidów. Jak więc tę skrobię uzyskać? Prosto! Po przygotowaniu produktów skrobiowych, należy je schłodzić w lodówce przez kilka godzin. W ten sposób część skrobi nie zostaje wchłonięta, tylko przedostaje się do jelita grubego, gdzie stanowi pożywkę dla „dobrych” bakterii i dzieją się te wszystkie dobre procesy. Tak więc ziemniaki z obiadu dzień wcześniej są naprawdę zdrową przekąską. Krótko mówiąc: niech żyje sałatka jarzynowa! (śmiech).

– Bardzo dziękuję za ciekawą rozmowę.

Rozmawiała Agnieszka DANOWSKA-TOMCZYK

(przedruk z „Panaceum” nr 4/20)

POLSKA SZCZEPIONKA PRZECIW MIAŻDŻYCY JUŻ W 2026 ROKU?

Rozmowa z prof. Maciejem BANACHEM, kardiologiem, kierownikiem Zakładu Nadciśnienia Tętniczego UM w Łodzi, przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego, dyrektorem Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

Pana zespół pracuje nad szczepionką przeciw miażdżycy – czy faktycznie uda się stworzyć szczepionkę przeciw miażdżycową? To znaczy: będzie ją można przyjąć raz, dwa razy i nie będzie ryzyka zachorowania na miażdżycę?

Leczenie, nad którym pracujemy, przewiduje rzeczywiście taki sposób podawania jak szczepionka. To znaczy – nie będzie konieczności regularności przyjmowania teku. Podajemy pierwszą dawkę, później prawdopodobnie 2-3 dawki przypominające i udaje się osiągnąć długotrwały efekt związany z obniżeniem stężenia cholesterolu LDL. Mówimy o szczepionce, ponieważ sposób jej tworzenia, właściwości związane z wytwarzaniem przeciwciał oraz sposób podawania są charakterystyczne dla szczepień. Wykorzystaliśmy nanoliposomy jako system dostarczania szczepionki, a jako nośnik egzotoksyny tężcowej, ponieważ koniugaty, w skład których wchodzi te białko, wzbudzają odpowiedź przeciwko prezentowanym na ich powierzchni antygenom. Immunogeny peptyd, tj. toksoid tężcowy związany z białkiem PCSK9, wprowadzono następnie na powierzchnię nano-

liposomów. Puste liposomy stanowiły kontrolę negatywną. Tak przygotowaną szczepionką w naszych badaniach zaszczepiono czterokrotnie – co dwa tygodnie – grupę specjalnie przygotowanego szczepu myszy, którym podawano dietę wysokotłuszczową. Zauważyliśmy, że szczepionka indukowała wysoką odpowiedź przeciwciał IgG przeciwko białku PCSK9 u zaszczepionych myszy z wysokim stężeniem cholesterolu i zaawansowanym procesem miażdżycy. Przeciwciała indukowane przez szczepionkę specyficznie wiązały się z białkiem PCSK9 i istotnie zmniejszały jego stężenie w osoczu nawet o 60% w porównaniu z grupą kontrolną.

Dla kogo docelowo ma być przeznaczona: będzie stosowana w prewencji czy leczeniu?

Jestem daleki od myślenia, że każdy będzie mógł dostać szczepionkę na miażdżycę, a następnie nie będzie musiał stosować się do żadnych wytycznych związanych ze stylem życia, dietą, wysiłkiem fizycznym. Szczepionka na pewno nie sprawi – co często pokazują reklamy, z którymi walczymy – że będzie można dalej jeść tłusto i nie być aktywnym fizycznie.

Sądzę, że szczepionka będzie przeznaczona w pierwszej kolejności dla pacjentów wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego, czyli tych, u których jest konieczna interwencja farmakologiczna, zarówno pierwotna (nie mają jeszcze choroby sercowo-naczyniowej), jak i wtórna (osoby, które już np. przeszły zawał czy udar). Sądzę, że szczepionka będzie również przeznaczona dla pacjentów z genetycznie uwarunkowanymi chorobami,

które powodują wysokie stężenie cholesterolu LDL, a także dla osób z nietolerancją statyn. Liczba pacjentów, którzy mogą odnieść potencjalną korzyść z tej szczepionki, jest naprawdę bardzo duża. Warto zwrócić uwagę, że szczepionka będzie mogła zapewnić stałe obniżenie stężenia

cholesterolu LDL z wysoką skutecznością u wszystkich, a nie tylko u 30-40% pacjentów regularnie przyjmujących statyny, ponieważ niestety adherence, czyli stosowanie się do leczenia statynami, jest niskie. Co więcej, nie będzie działań niepożądanych, takich chociażby jak bóle mięśniowe. To wszystko przełoży się na jeszcze skuteczniejsze zmniejszenie ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych. Co dla mnie ważne, będziemy mogli zrobić to już w prewencji pierwotnej, więc rola profilaktyczna takiej szczepionki może być unikalna.

Skąd pomysł na taką szczepionkę?

Koncepcję wymyśliliśmy wspólnie z naukowcami z Mashhad University of Medical Sciences w Iranie, z którymi współpracujemy już od ponad 6 lat. Obecnie jesteśmy na etapie pozyskiwania środków i kontynuacji badań pierwszej i drugiej fazy na ludziach już w Polsce. W grę wchodzi również partner farmaceutyczny, który będzie z nami docelowo uczestniczył w kolejnych fazach badań, a w przypadku potwierdzenia korzystnych wyników z badań doświadczalnych – będzie wprowadzał ją na rynek.

Mechanizm działania jest oczywiście konsekwencją odkrycia roli białka PCSK9 w metabolizmie cholesterolu w roku 2003. My opracowaliśmy inną metodę hamowania tego białka. Wytworzone przeciwciała w wyniku podania szczepionki nie tylko hamują syntezę i stężenie białka PCSK9, ale jego wiązanie z receptorem dla cholesterolu LDL-R. Tym samym receptor może wiązać się z cholesterolem LDL i ponownie wracać na powierzchnię hepatocytu, nie ulegając degradacji, co następuje, jeśli jest związany z białkiem PCSK9. W wyniku przeprowadzonych badań wykazaliśmy, że wytworzone przeciwciała skutecznie hamowały interakcję białka PCSK9 z receptorem LDL-R na powierzchni hepatocytu. Szczepionka obniżyła cholesterol całkowity i cholesterol LDL odpowiednio o 45%, 52% po czwartym szczepieniu przypominającym, w porównaniu z grupą kontrolną w 8. tygodniu. Co ważne, ten efekt był widoczny w długoterminowej obserwacji zaszczepionych myszy z hipercholesterolemią; zaobserwowaliśmy bowiem, że szczepionka indukowała długotrwałą humoralną odpowiedź immunologiczną przeciwko białku PCSK9, co wiązało się z istotnym zmniejszeniem cholesterolu LDL nawet o 42% po 16 tygodniach.

Wiele jeszcze jednak przed nami; zdarzało się, że badania na zwierzętach nie przekładały się na efekty u ludzi. Jest jednak duża nadzieja, że w tym przypadku osiągniemy sukces. W pierwszych badaniach eksperymentalnych okazało się, że ta metoda działa, udaje się zahamować białko PCSK9. Intensywne badania na zwierzętach trwały ponad 2 lata, teraz czas na ich publikację. Kolej-

ne badania już są w przygotowaniu; mają ocenić rolę szczepionki anty-PCSK9 na modelu myszy z cukrzycą oraz w prewencji pierwotnej.

Kiedy można spodziewać się, że szczepionka będzie dostępna dla pacjentów?

Chcemy rozpocząć badania kliniczne w drugiej połowie 2020 roku: zaczynamy od badań bezpieczeństwa terapii, następnie są badania związane z ustaleniem wielkości dawki i częstości podawania, potem dotyczące skuteczności w porównaniu z placebo, kolejne – z komparatorami, by ostatecznie oceniać efekt szczepionki na redukcję incydentów sercowo-naczyniowych. Chcielibyśmy, by była ona dostępna w ciągu 7-10 lat, choć oczywiście wszystko zależy od efektów badań pierwszej i drugiej fazy. Na pewno do badań trzeciej fazy będziemy potrzebowali partnera – dużej firmy farmaceutycznej. Jeśli chodzi o badania pierwszej i początku drugiej fazy, to sądzę, że wystarczy nam finansowanie, o które obecnie aplikujemy.

Mówię ostrożnie: 7-10 lat, choć chciałbym, żeby to stało się szybciej. Ostatnie przykłady z wprowadzeniem nowych leków na rynek są bardzo zachęcające. Sądzę, że gdyby wszystko się udało, to nawet koniec 2026 roku byłby realny, oczywiście, o ile nie pojawi się konieczność np. wydłużania okresu badania, powiększania grupy pacjentów, nie pojawią się wątpliwości co do bezpieczeństwa i skuteczności terapii. Od każdego z tych elementów będzie zależało, jak długo będzie trwała całość badań.

Zwykle mówi się o współpracy z naukowcami brytyjskimi, amerykańskimi. Jak to się stało, że przy pracach nad szczepionką współpracujecie z naukowcami z Iranu?

To bardzo dobra grupa badawcza. Współpracujemy z nimi od lat – to już kolejny nasz wspólny projekt. Poza tym w Iranie było łatwo zdobyć finansowanie rządowe na prace nad szczepionką, a badania były kilkukrotnie tańsze niż te prowadzone w Europie.

Wspomina Pan o współpracy z firmą farmaceutyczną przy badaniach ostatnich faz. Czy jest szansa, by był to polski lek?

Staram się znaleźć w Polsce partnera farmaceutycznego, ponieważ bardzo bym chciał, żeby to był lek wytworzony od samego początku w Polsce, z udziałem polskich grup badawczych. Oczywiście nie ma możliwości, żeby w pracach uczestniczyły tylko polskie grupy badawcze. Konieczna jest współpraca, chciałbym jednak, żeby dominującą rolę odgrywały polskie grupy badawcze. Będę się starał, żeby to były polskie firmy, polscy inwestorzy, fundusze inwestycyjne, firmy farmaceutyczne. Jednak może to być trudne, jeśli chodzi o finanse – nie znam w Polsce żadnej firmy, która byłaby w stanie sama przeprowadzić badania trzeciej fazy oraz badań związanych z oceną wpływu na incydenty sercowo-naczyniowe. Ale bez względu na wszystko zapewniam, że polska myśl badawcza odegra tutaj kluczową rolę.

Rozmawiała Katarzyna PINKOSZ

(przedruk ze „Świata lekarza” nr 1/20)

KLIMAT DLA EMPATII NIE JEST NAJLEPSZY

O zrozumieniu, współczuciu i różnicach międzypokoleniowych z prof. dr. hab. Pawłem ŁUKOWEM, kierownikiem Zakładu Etyki Instytutu Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego, rozmawia Katarzyna REDMERSKA

MT: Prawdziwego lekarza tworzą etyka i nauka. Zgadza się pan z tą tezą?

PROF. PAWEŁ ŁUKÓW: Trudno się z nią nie zgodzić. Lekarze od zawsze uważali, że podstawą ich zawodu jest przywiązanie do wartości moralnych, takich jak odpowiedzialność czy współczucie. Hipokrates pisał, że tam, „gdzie jest umiłowanie człowieka, tam też jest umiłowanie sztuki”. Wiedzę medyczną bez wsparcia etycznego można wykorzystać zarówno do dobrych, jak i do złych celów. To właśnie lekarskie motywacje dyktowane przywiązaniem do norm etycznych sprawiają, że ktoś zostaje lekarzem, a więc osobą, która podejmuje się zaradzić złu, jakim jest choroba.

MT: Czym konkretnie jest etyka lekarska?

P.Ł.: Najkrócej można powiedzieć, że zasady etyki lekarskiej to rodzaj obietnicy, jaką lekarze składają reszcie społeczeństwa, oświadczając publicznie, że będą troszczyć się o swoich pacjentów według określonych standardów. Dzięki temu pacjenci, powierzając lekarzowi swoje zdrowie i życie, mają podstawy, by darzyć go zaufaniem. W przeciwnym razie nie będą chcieli skorzystać z jego opieki. W trakcie opieki nad pacjentem zaufanie to zostaje poddane sprawdzianowi. Jeżeli lekarz przestrzega tych standardów, może liczyć na dalsze zaufanie pacjenta. Jeżeli zaś je lekceważy, to pacjent będzie nieufny.

MT: Czy etyka lekarska jest potrzebna?

P.Ł.: Oczywiście. Jak powiedziałem, bez zaufania i przekonania pacjenta, że lekarz dołoży starań, aby możliwie najlepiej zaopiekować się chorym, wykonywanie tego zawodu, może z wyjątkiem kilku szczególnych specjalności, jest niemożliwe. Wierność zasadom etyki lekarskiej jest instrumentem sprawności zawodowej lekarza, porównywalnym do roli wiedzy z zakresu anatomii, znajomości aktualnego stanu wiedzy medycznej czy umiejętności diagnostycznych.

MT: Czy istnieje międzypokoleniowy konflikt w pojmowaniu etyki lekarskiej?

P.Ł.: Myślę, że przesadą byłoby mówić o konflikcie międzypokoleniowym, ale dają się zauważyć pewne różnice między pokoleniami w pojmowaniu społecznej roli lekarza, a także relacji między pacjentem a lekarzem. W najogólniejszym zarysie można powiedzieć, że młodzi lekarze są chyba bardziej przyzwyczajeni do tego, że kluczowe kroki w diagnostyce i terapii trzeba ustalać – czasem szczegółowo – z pacjentem. Część młodych lekarzy ma też tendencję do postrzegania swojego za-

wodu, jakby to był zawód jak każdy inny, a nie wyróżniony przez stojący za nim etos. Ale też zawód ten, jak każdy inny, podlega ewolucji, również jeśli chodzi o postrzeganie jego rangi przez osoby go wykonujące. Różnic między pokoleniami nie należy więc traktować jako czegoś niezwykłego.

MT: Współczucie stanowi część definicji profesjonalizmu lekarza. Niestety w praktyce różnie z tym bywa.

P.Ł.: Trzeba odróżnić współczucie polegające na paternalistycznym rozczulaniu się nad bezradną osobą od współczucia rozumianego jako dążenie do zrozumienia specyficznego położenia pacjenta, którego spotkało zło w postaci choroby. Naturalnie, różnie bywa w praktyce. Lekarze bywają przepracowani, nie mają czasu, aby indywidualnie potraktować każdego pacjenta. Ale też prawdą jest, że polscy lekarze na ogół nie są odpowiednio edukowani z zakresu komunikacji z pacjentem. Empatyczne rozmawianie z pacjentem najczęściej uczą się w czasie pracy ci, którzy wpadną na ten pomysł. Inni pewnie nawet nie wiedzą, że mogliby poprawić swoją komunikację z pacjentami, a tym samym być lepszymi lekarzami. Jeśli do tego dodać częste obieguowe opinie, że współczucie skazuje lekarza na wypalenie zawodowe, to klimat dla empatii nie jest najlepszy.

MT: Lekarzem się jest, czy bywa?

P.Ł.: Lekarz to profesja, czyli zawód zdefiniowany m.in. przez normy etyczne i wartości, którym służy. A tym samym to sposób życia. Widać to np. w obowiązku lekarza udzielania pomocy w sytuacjach nagłych także wtedy, gdy jest po pracy, a nie ma na miejscu nikogo innego, kto mógłby tej pomocy udzielić. Jakiś czas temu głośny był przypadek pewnego polskiego lekarza, ponieważ udzielił pomocy w nagłym przypadku pasażerowi samolotu, którym leciał, a potem wystawił liniom lotniczym rachunek za usługę. Wzbudziło to oburzenie części środowiska lekarskiego. Właśnie dlatego, że większość lekarzy uważa, że służą wartościom, które mają priorytet względem wartości materialnych.

MT: Jaki powinien być zatem „dobry lekarz”?

P.Ł.: Trudno odpowiedzieć w kilku zdaniach. Może tak na szybko, niech wystarczy tyle: to osoba, która przede wszystkim lubi ludzi i darzy ich szacunkiem i dlatego jest gotowa troszczyć się o nich, gdy chorują; jest wrażliwa na cudze cierpienie; jest wytrwała i opanowana w opiece nad chorymi; lubi się uczyć, żeby podnosić swoje kwalifikacje; potrafi słuchać pacjentów bez zniecierpliwienia i ma poczucie pokory wobec ludzkiego losu i możliwości medycyny.

(przedruk z „Medical Tribune” nr 2/20)

www.podyplomie.pl/medicaltribune

LEKARZU ZADBAJ O SIEBIE

Lekarz jest ponoć najtrudniejszym pacjentem, między innymi dlatego, że przedkłada zdrowie innych nad swoje. A przecież wiarygodność medyków w tym zakresie to nasza ogromna siła i odpowiedzialność.

Lekarz powinien, mówiąc kolokwialnie, „błyszczeć przykładem” – promować zdrowy styl życia, regularnie poddawać się badaniom, uprawiać aktywność fizyczną, pilnować prawidłowej wagi ciała, ograniczać używki, a przede wszystkim nie palić tytoniu! Pacjent niejednokrotnie odnosi się do swojego lekarza prowadzącego, zwraca uwagę na jego zachowania i formę, lekarz uwiarygadnia diagnozę oraz leczenie swoją postawą.

Niestety, w natłoku codziennych zajęć, trudno jest zadbać o higieniczny tryb życia. Taki właśnie niepokojący wniosek płynie z ostatnich doniesień o stanie zdrowia Polaków, oczywiście w tym także samych lekarzy.

Liczby są nieubłagane – choroby nowotworowe stanowią jedną czwartą przyczyn zgonów, a w niektórych grupach wiekowych (pomiędzy 20 a 44 r.ż. u kobiet) są najczęstszą przyczyną zgonu. Polscy onkolodzy prognozują, że w ciągu najbliższych pięciu lat liczba pacjentów onkologicznych może wzrosnąć o 15%, zaś w perspektywie dziesięciu lat o 28%. Według prognoz Krajowego Rejestru Nowotworów, do 2025 r. nastąpi wzrost liczby zachorowań wśród kobiet do 97,7 tys. a wśród mężczyzn do 89,9 tys.

Wobec tak dramatycznych danych nie wolno nam pozostać bezradnymi. Warto zacząć od siebie. Udzielając porad pacjentom, kierując ich na badania, wymagając dyscypliny w prowadzeniu zdrowego trybu życia, pomyślmy też o sobie...

Zatem pozwolę sobie zwrócić uwagę na kilka rad, które tak niewiele wymagają i zależą tylko od nas samych:

Po pierwsze – Doktorze, nie pal!

Palenie tytoniu jest odpowiedzialne za 30% przypadków raka. Niestety od lat poziom palących dorosłych jest stały i wynosi ok. 25% populacji. I aż strach pomyśleć, ilu w tej liczbie jest lekarzy?

Po drugie – Doktorze, wejdź na wagę!

Przyczyną kolejnych 30% zachorowań są nawyki żywieniowe, a kolejne 5% znajduje przyczynę w braku aktywności fizycznej oraz nadwadze i otyłości. W Polsce nadmierną, patologiczną masę ciała stwierdza się u ponad 45% kobiet i 62% mężczyzn. Wciąż za mało jest lekarzy wśród aktywnych sportowo osób. A przecież chodzi o nasze życie i o naszą wiarygodność w oczach pacjentów. Zbyt otyły lekarz, ociążały ruchowo i zmęczony niezdrowym życiem, nie może być wiarygodnym przykładem dla pacjentów.

Po trzecie – Doktorze, regularnie zgłaszaj się na badania!

Profilaktyka wtórna ma na celu wykrycie stanów przednowotworowych lub raka w stadium przedklinicznym. Celem badań przesiewowych w kierunku wykrycia nowotworu jest zwiększenie skuteczności leczenia i prawdopodobieństwa przeżycia, poprzez wczesne rozpoczęcie terapii. Niestety, także w naszym medycznym środowisku zgłaszalność na badania przesiewowe jest niewystarczająca. Ochoczo kierujemy na nie swych pacjentów, rzadko myśląc o sobie.

Tymczasem rak piersi jest nowotworem najczęściej występującym. Co piąte zachorowanie u kobiet to rak piersi. Wiadomo, że od stopnia zaawansowania nowotworu w momencie diagnozy zależy prawdopodobieństwo wyleczenia. Regularne wykonywanie badań cytologicznych ma na celu wykrywanie i leczenie zmian przednowotworowych, a więc unikanie zachorowania na raka. W przypadku wykrycia raka w trakcie badania cytologicznego, szansa na wyleczenie stanowi aż 81,9%, a w przypadku zgłoszenia się do diagnostyki z objawową chorobą szansa ta spada do 50,74%.

W przypadku raka jelita grubego program badań przesiewowych polega na wykonywaniu badań kolonoskopowych. W 2016 r. zanotowano w Polsce ponad 16 tys. zachorowań, a wyleczenia obserwuje się u 76,9% w przypadku wykrycia nowotworu podczas badań przesiewowych i tylko 47,1%, jeżeli choroba jest w stadium klinicznym. Biorąc pod uwagę fakt, że odsetek pięcioletnich przeżyć u mężczyzn wynosi 48%, a u kobiet – 52%, to można śmiało stwierdzić, że odsetek korzystających z tych badań jest znikomy.

Znakomitą większość zachorowań na nowotwory złośliwe można przypisać szeroko pojętym czynnikom stylu życia i czynnikom środowiskowym. Nie bójmy się jednak zmieniać swoje przyzwyczajenia – nie tylko dla dobra ogółu, ale przede wszystkim swojego. A dla pacjentów nic tak nigdy nie będzie skuteczne, jak nasz własny przykład.

Dr hab. n. med. Iwona GISTEREK

*Kierownik Katedry Onkologii i Radioterapii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach*

(przedruk z „Pro Medico” nr 3/20)

POZ bez tajemnic

BADANIA DIAGNOSTYCZNE

W roku 1999 POZ dysponował największą liczbą badań diagnostycznych. Spadek finansowania POZ i zmniejszenie ilości badań w dyspozycji lekarzy nastąpił wraz z przekształceniem Kas Chorych w NFZ. Potem z roku na rok było gorzej. Wyjątkiem był rok 2009, gdy testowo wprowadzono możliwość zlecenia w POZ m.in.: TK, MRI czy USG Doppler. Okazało się, że w tym roku udzielono 300 tys. mniej porad specjalistycznych niż w 2008. W 2010 r. ww. zasady już nie funkcjonowały. Pierwsze rozszerzenie zakresu badań diagnostycznych POZ nastąpiło w 2016 oraz 2017 r. i obejmowało jedynie kilka pozycji.

Zasady zlecania badań diagnostycznych

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego kierujący na badania dodatkowe (poradnia, szpital) pokrywa koszty ich wykonania. Jeżeli badanie nie jest przeprowadzane na miejscu, ma obowiązek wskazania, gdzie pacjent może wykonać je bezpłatnie.

Wyjątkiem są zalecone w karcie informacyjnej badania dodatkowe do wykonania po hospitalizacji. W takim przypadku koszty ich wykonania pokrywa lekarz AOS lub POZ w ramach swoich kompetencji.

Kierowanie do poradni specjalistycznych

Jeżeli lekarz POZ stwierdzi, że konieczne jest wykonanie badań diagnostycznych spoza jego listy lub chory wymaga leczenia specjalistycznego, wydaje skierowanie do AOS.

Rozporządzenie MZ z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej §12.1. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierujący świadczeniodawcą do poradni specjalistycznej lub do leczenia szpitalnego, dołącza do skierowania: 1) kopie wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi (...) postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania.

To oznacza, że lekarz POZ nie przeprowadza złożonej i specjalistycznej diagnostyki różnicowej, a jedynie dołącza badania diagnostyczne uzasadniające wydanie skierowania do AOS.

Jakiś czas temu kierowałem chorego do poradni endokrynologicznej celem diagnostyki chorób nadnercza. Dołączyłem stosowne badania laboratoryjne (zgodne z kompetencjami lekarza POZ) i USG jamy brzusznej.

Pacjent wrócił z karteczką od rejestratorki, że powinien wykonać badania: TSH, FT3, FT4 i USG tarczycy! Tak to jest, kiedy rejestratorka „zaleca lekarzowi POZ”, jakie ma wykonać badania dodatkowe...

Kolejnym absurdem jest karteczka z rejestracji, że badania dodatkowe nie mogą być starsze niż miesiąc! Lekarz rodzinny/POZ przeprowadza wstępną diagnostykę i wykonuje wiele kosztownych badań dodatkowych, a potem podejmuje decyzję o potrzebie konsultacji. Nie ma żadnych podstaw do powtarzania tych samych badań i marnotrawienia publicznych pieniędzy.

Oczywiście „karteczki” od rejestratorek nie posiadają żadnych pieczęci ani podpisów.

Pacjenci leczeni w AOS, w poradniach posiadających kontrakt z NFZ, jak i prywatnych, bardzo często odsyłani są do POZ celem wykonania badań kontrolnych. Jest to niezgodne z obowiązującymi przepisami.

Rozporządzenie MZ z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (OW) §12.6. W przypadku, gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania niezbędnych do prawidłowego leczenia dodatkowych badań diagnostycznych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Pacjenci oczekujący na planowane zabiegi operacyjne również często odsyłani są do POZ celem wykonania badań diagnostycznych. Taka sytuacja rodzi niepotrzebny stres dla pacjenta i konieczność zbędnego oczekiwania na poradę w POZ. Za przygotowanie do planowych operacji odpowiedzialny jest szpital!

Rozporządzenie MZ z 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej §12.7. W przypadku skierowania pacjenta do szpitala, w szczególności do planowanego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne dla leczenia w szpitalu badania diagnostyczne i konsultacje.

Przyczyną wielu problemów i nieporozumień na polu badań dodatkowych jest olbrzymie niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia oraz błędy organizacyjne. Wiele konfliktów udałooby się uniknąć, gdyby kierować

się dobrem pacjenta, profesjonalizmem i przestrzegać kilku podstawowych zasad:

- komunikacja między lekarzami powinna odbywać się w formie pisemnej,
- rejestracja nie może wydawać zaleceń lekarzowi,
- lekarze AOS i SZP powinni znać zakres badań dodatkowych możliwych do wykonania w POZ,
- wszyscy lekarze powinni zapoznać się z OW.

Obserwuję również niepotrzebne powtarzania w AOS czy szpitalach badań wykonanych w POZ, mimo że le-

karze rodzinni/ POZ niejednokrotnie korzystają z usług tych samych laboratoriów, co AOS czy szpitale.

Jerzy RAJEWSKI

O AUTORZE: Jerzy Rajewski, prezes Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, jest specjalistą w dziedzinie medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej i chorób wewnętrznych. Kierownik Przychodni Lekarskiej RODZINA w Koronowie, wiceprezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

(przedruk z „Primum” nr 2/20)

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

Specjaliści o witaminie D

SUPLEMENTACJA – POTRZEBNA CZY MOŻE TYLKO MODNA?

Reklamowe szaleństwo, jakie zapanowało w segmencie suplementów diety, spowodowało częściowo skutek odwrotny do zamierzonego. Lekarze, nie lubiąc poddawać się nieuzasadnionej często presji pacjentów i producentów, zaczęli podchodzić do kwestii suplementacji z dużo większą ostrożnością. Szczególnym przykładem jest tu witamina D₃, której nadmiar nie jest dla organizmu obojętny. No więc – suplementować czy nie – zastanawiano się podczas VII Środkowo Europejskiego Kongresu Osteoporozy i Osteoartrozy, który odbył się pod koniec września w Krakowie. Oczywiście omawiano podczas konferencji wiele innych, bardzo istotnych problemów związanych z diagnostyką i leczeniem osteoporozy oraz osteoartrozy (program naukowy Kongresu obejmował m.in. blisko 50 wykładów), jednak z tym akurat dylematem w postępowaniu profilaktycznym borykać się mogą lekarze różnych specjalności.

Z punktu widzenia specjalistów zajmujących się leczeniem osteoporozy, a także geriatrów, suplementacja witaminy D₃ jest jednak niezbędna. – *Niedobór witaminy D₃ u dorosłych oraz u osób starszych w naszej części Europy jest problemem powszechnym i dotyczy większości populacji* – zaznaczyła prof. Ewa Marcinowska-Suchowierska z Kliniki Geriatrii, Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Kości Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, dodając: – *Zaledwie 20% tej witaminy pochodzi z pożywienia, natomiast aż 80% otrzymujemy w wyniku syntezy skórnej. Pod naszą szerokością geograficzną, biorąc pod uwagę to, że coraz mniej czasu spędzamy na słońcu i stosujemy kremy z filtrami, mamy niewielkie szanse na uzyskanie prawidłowej ilości witaminy D. Problem ten dotyczy szczególnie osób starszych.*

W okresie od maja do września spędzenie 15 min. dziennie na słońcu (bez zachmurzenia), w godz. 10-15, z odsłoniętymi przedramionami i podudziami, bez stosowania kremów z filtrami, powinno wystarczyć do wytworzenia odpowiedniej dawki witaminy D. W praktyce jednak – biorąc pod uwagę liczbę dni pochmurnych i fakt, że w godzinach przedpołudniowych przebywamy zwykle w pomieszczeniach zamkniętych (praca, szkoła) – nawet w tym okresie suplementacja może okazać się wskazana.

Znaczące niedobory witaminy D odnotowuje się również u osób otyłych – być może istnieje wiele mechanizmów tego zjawiska, ale jednym z nich, niezwykle istotnym, jest magazynowanie witaminy w tkance tłuszczowej, co skutkuje zmniejszeniem jej biodostępności. Suplementację witaminy D należy więc szczególnie rozważyć u osób ze zwiększoną masą ciała.

Poza znanym i oczywistym wpływem witaminy D na gospodarkę wapniowo-fosforanową oraz układ kostny i mięśniowy trzeba pamiętać o jej działaniu pleiotropowym. Receptor witaminy D znajduje się w większości komórek organizmu człowieka, a sam kalcytriol kontroluje transkrypcję aż ponad 200 genów. Wpływ witaminy D na ludzki organizm wymaga z pewnością jeszcze wielu obszernych badań, ale dostępne już doniesienia wskazują związek między niskim stężeniem tej substancji a zwiększonym ryzykiem rozwoju chorób autoimmunologicznych, nowotworowych, otyłości, cukrzycy i zespołu metabolicznego.

– *Wiemy też, że niedobór witaminy D jest czynnikiem rozwoju osteoporozy* – podkreślała prof. Marcinowska-Suchowierska: – *Wpływa na zmniejszenie masy kostnej, a co za tym idzie – masy mięśniowej.*





Uczestnicy kongresu zastanawiali się więc także, czy witamina D jest dobrym środkiem zapobiegającym upadkom. – *Czy tak prosta i tania interwencja, jak suplementacja witaminy D może być skutecznym sposobem na upadki, które nazywamy „wielkim problemem geriatrycznym” i które są ogromnym problemem medycznym i społecznym?* – pytała Małgorzata Berwecka z Zakładu Chorób Kości i Stawów CM UJ, po chwili tłumacząc: – *Dotyczy to jedynie tych pacjentów, u których stwierdzono niedobory. Przy prawidłowych poziomach witaminy D nie będzie to „cudowna pigułka” wpływająca na sprawność. Największą skuteczność w profilaktyce upadków wykazuje połączenie suplementacji witaminy D z regularnymi ćwiczeniami fizycznymi.*

W przypadku prowadzenia suplementacji podstawowej u zdrowej populacji nie ma potrzeby wykonywania oznaczeń poziomu witaminy D. Jeżeli natomiast pacjent jest zagrożony niedoborem, to takie oznaczenie jest niezbędne, a podawanie witaminy D w przypadku niedoborów powinno się odbywać pod kontrolą lekarską i przy wykorzystaniu oznaczeń jej poziomu.

Czy witamina D może być niebezpieczna? – *Hiperwitaminoza i zatrucie witaminą D to przypadki bardzo rzadkie w praktyce klinicznej* – stwierdziła prof. Marciniowska-Suchowierska. – *Należy pamiętać, że o hiperwitaminozie mówimy przy przekroczeniu górnej granicy normy, czyli 60 ng/ml, a o zatruciu – przy przekroczeniu wartości 150 ng/ml u dorosłych i 100 ng/ml u dzieci z łącznym wystąpieniem hiperkalcemii, hiperkalciurii oraz zahamowania aktywności parathormonu.*

Wprowadzając suplementację u pacjenta trzeba też pamiętać o innym rzadkim zjawisku, jakim jest nadwrażliwość na witaminę D. – *Jest to nieprawidłowa odpowiedź organizmu na właściwą i uznawaną za bezpieczną dawkę. Dzieje się tak najczęściej u pacjentów z chorobami zianakowymi oraz w pierwotnej nadczynności przytarczyc* – wyjaśnia prof. Marciniowska-Suchowierska.

Joanna SIERADZKA

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 5/19)

Zalecane dawki suplementacji witaminy D u osób dorosłych i starszych

Dorośli od 19. do 65. roku życia

1. W okresie od maja do września u zdrowych osób przebywających na słońcu z odkrytymi przedramionami i podudziami co najmniej przez 15 min. w godzinach od 10 do 15, niestosujących kremy z filtrem, suplementacja witaminy D nie jest konieczna, chociaż jest wciąż zalecana i bezpieczna.
2. Jeżeli powyższe warunki nie są spełnione, zalecana jest suplementacja w dawce 800–2000 IU/dobę, zależnie od masy ciała i podaży witaminy D w diecie, przez cały rok.
3. U dorosłych z otyłością wymagana jest suplementacja w dawce 1600–4000 IU/dobę, w zależności od stopnia otyłości.

Seniorzy od 65. do 75. roku życia oraz osoby z ciemną karnacją skóry

1. Z uwagi na zmniejszoną skuteczność syntezy skórnej zalecana jest suplementacja witaminy D w dawce 800–2000 IU/dobę, zależnie od masy ciała i podaży witaminy D w diecie, przez cały rok.
2. Seniorzy z otyłością wymagają suplementacji w dawce 1600–4000 IU/dobę, w zależności od stopnia otyłości.

Seniorzy >75. roku życia

1. Z uwagi na zmniejszoną skuteczność syntezy skórnej oraz potencjalnie obniżoną absorpcję z przewodu pokarmowego i zmieniony metabolizm witaminy D zalecana jest suplementacja witaminy D w dawce 2000–4000 IU/dobę, zależnie od masy ciała i podaży witaminy D w diecie, przez cały rok.
2. U starszych seniorów z otyłością wymagana jest suplementacja w dawce 4000–8000 IU/dobę, w zależności od stopnia otyłości.

AHOJ ŻEGLARZE! Niezmiernie miło jest nam zaprosić na kolejne **Jubileuszowe XXX Żeglarskie Mi-strzostwa Polski Lekarzy**. Regaty wzorem lat ubiegłych odbędą się w miejscu, które naszym zdaniem sprawdziło się pod każdym względem w Ośrodku „Wrota Mazur” w Imionku k/Pisza, jezioro Roś (www.wrota-mazur.com).

Regaty rozgrywać się będą w terminie 4-6 września 2020 r. Wpisowe od załogi wynosi 2.000 zł (500 zł/os.) i zawiera dwa noclegi (4/5 i 5/6.09.2020 r.), pełne wyżywienie dla czteroosobowej załogi, jacht, koszt organizacji regat oraz ubezpieczenie. Udział dzieci do lat 6 bezpłatnie (w takim przypadku nie gwarantujemy noclegów i wyżywienia). Koszt udziału osoby towarzyszącej jest taki sam, jak w przypadku uczestników regat i wynosi 500 zł. Wpłaty (wpisowe) na konto: 61 1140 1111 0000 3048 4600 1001 (Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska ul. Żołnierska 16 C, 10-561 Olsztyn tel. 89 539 19 29 e-mail: olsztyn@hipokrates.org). Uwaga! W przypadku dużej liczby zgłoszeń liczy się kolejność wpłat. Osoby do kontaktu: Bożena Pątkowska – tel. 609-690-466, Przemek Kalisz – tel. 660-700-356.

Regaty odbędą się na 30 łodziach typu DELPHIA 21 na zasadach dobrze nam już znanych, w systemie przesiadkowym – dla przypomnienia po każdym dniu pływania ponowne losowanie jachtu. Każdy sternik biorący na siebie odpowiedzialność za jacht będzie musiał wnieść jednorazową kaucję w wysokości 200 zł, która zwrócona zostanie po zakończeniu regat. Startują załogi 4 osobowe, w tym minimum 2 lekarzy, przy czym sternikiem jachtu musi być lekarz. Sternik jachtu (tj. osoba osobiście obsługująca urządzenie sterowe) musi posiadać stopień żeglarski – minimum żeglarza jachtowego.

Tradycyjnie, obydwie wieczory żeglarskie spędzimy atrakcyjnie (piątek – przy muzyce na żywo Zespół „Sztynny Rumpel”, sobota – miła niespodzianka). Zgłoszenia osobiste, telefoniczne, faxem lub pocztą elektroniczną w terminie do 20 lipca 2020 r. proszę składać w Biurze Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie. Za zgłoszenie załogi uznaje się złożenie wypełnionego formularza zgłoszeniowego (druk w załączeniu) oraz dokonanie wpłaty.

Dla porządku organizacyjnego prosimy załogi aby składając formularz załączyły kopię patentu sternika. Szczegóły będą publikowane na stronie internetowej: www.regaty.wmil.olsztyn.pl.

* * *

TAR-MED Sp. p. Lekarzy w Tarnowie Opolskim zatrudni lekarza do pracy w POZ w godzinach popołudniowych. Warunki pracy, wynagrodzenie i godziny do uzgodnienia. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt pod nr tel.: 608-509-015; 608-509-016; 604-473-054.

* * *

Stobrowskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Kup poszukuje **lekarza ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej** do pracy na Oddziale Rehabilitacyjnym Szpitala w Pokoju w charakterze **Kierownika Oddziału Rehabilitacyjnego**. Forma zatrudnienia do uzgodnienia – umowa o pracę lub umowa kontraktowa (stawka 120 zł za godzinę). Kontakt telefoniczny: 77/403-28-51 lub mailowy: kadry@szpital-kup.eu.

* * *

Stobrowskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Kup poszukuje **lekarzy ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub balneologii i medycyny fizykanej lub reumatologii lub chorób wewnętrznych** do pracy na Oddziale Rehabilitacyjnym Szpitala w Pokoju w charakterze: **Starszego asystenta Oddziału Rehabilitacyjnego**. Forma zatrudnienia do uzgodnienia – umowa o pracę lub umowa kontraktowa (stawka 100 zł za godzinę). Kontakt telefoniczny: 77/403-28-51 lub mailowy: kadry@szpital-kup.eu.

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, fax 77/454 67 09, opole@hipokrates.org

czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek **7.30–15.30**;
środa **7.30–16.00**; piątek **7.30–15.00**

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Radca prawny – tel. kontaktowy: 601 708 952, przyjmuje:
poniedziałek 9.00–10.30, środa 14.30–17.00, czwartek 14.00–16.00,
piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:

tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

FotOptyk



Fot. Alfred Polok

EDRA URBAN & PARTNER Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: księgarnia@edraurban.pl • tel.: 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86



Stomatologia estetyczna. Licówki porcelanowe na zęby żuchwy i szczęki

J. Cieśliński; rok wydania: 2020
ISBN: 978-83-66548-07-7, format: 210 x 297, oprawa twarda, 180 stron, cena: 80.09 zł (178 EUP pkt)

Współczesny stomatolog, podejmując się pracy w zakresie stomatologii estetycznej, musi dysponować szeroką wiedzą na temat różnorodnych przyczyn uszkodzeń oraz przebarwień zębów, postępowania prewencyjnego w tym zakresie, możliwości odtworzenia pierwotnych warunków estetycznych lub – co częstsze w obecnej rzeczywistości – osiągnięcia ich poprawy.

Publikacja Jacka Cieślińskiego Stomatologia estetyczna. Licówki porcelanowe na zęby żuchwy i szczęki powstała na podstawie wieloletniego doświadczenia klinicznego autora i przeprowadzenia przez niego setek zabiegów i kursów z zakresu leczenia protetycznego z zastosowaniem licówek porcelanowych.

W publikacji:

- Podstawy teoretyczne i liczne wskazówki praktyczne
- Wskazania do zastosowania licówek porcelanowych
- Planowanie zabiegów
- Dobieranie koloru i kształtu zębów
- Bogato ilustrowane przypadki kliniczne
- Materiał filmowy ukazujący „krok po kroku” zabiegi preparacji pod licówki porcelanowe na zębach szczęki i cementowania licówek porcelanowych na zębach żuchwy



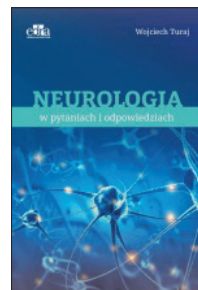
Anestezjologia Larsen. Tom 1

R. Larsen

wyd. 11, red. A. Kübler; rok wydania: 2020; ISBN: 978-83-66310-87-2, format: 210 x 275, oprawa twarda, 664 strony, cena: 234.00 zł (520 EUP pkt)

Kolejne polskie wydanie Anestezjologii Larsena stanowi tłumaczenie jedenastego wydania niemieckiego. Jest całkowicie uzasadnione, aby nowa edycja tego wysoko cenionego podręcznika została udostępniona wszystkim lekarzom uczącym się i zajmującym anestezjologią w Polsce. W obszarze niemieckojęzycznym popularność podręcznika Larsena jest zadziwiająca. Od 1985 roku tak zwana „zielona książka” jest podstawowym źródłem wiedzy dla kolejnych pokoleń personelu anestezjologicznego. Profesor Reinhard Larsen redagując kolejne wydania i aktualizując treść podręcznika utrzymuje konsekwentnie klasyczny układ książki. Jest ona podzielona na część wstępną – Podstawy farmakologiczne i fizjologiczne, następnie na część poświęconą metodom postępowania – Anestezjologię ogólną oraz na szczególnie opis praktyki anestezjologicznej w różnych dziedzinach medycyny zabiegowej – Anestezjologię specjalistyczną. Profesor Larsen, razem z współautorami prof. Annecke i dr. Finkiem, dokonał w nowym wydaniu istotnej aktualizacji wiedzy anestezjologicznej, a w szczególności zaleceń i wytycznych bardzo ważnych dla personelu praktykującego anestezjologię. Ponieważ popularnie nazywany „Larsen” stanowi także w naszym kraju stały element zarówno nauczania, jak i uczenia się sztuki znieczulenia, nie ulega wątpliwości, że dostępność najnowsze wydania tej książki przyczyni się znacząco do poszerzenia wiedzy, a przez to do poprawy jakości praktyki w tej bardzo dynamicznie rozwijającej się specjalizacji lekarskiej, jaką jest anestezjologia.

Prof. dr hab. med. Andrzej Kübler



Neurologia w pytaniach i odpowiedziach; W. Turaj

rok wydania: 2020; ISBN: 978-83-66548-06-0, format: 167 x 240, oprawa miękka, 280 stron, cena: 57.60 zł (128 EUP pkt)

Celem publikacji Neurologia w pytaniach i odpowiedziach jest ułatwienie szkolącym się osobom systematycznego i zorganizowanego powtórzenia materiału, ale przede wszystkim dostarczenie informacji w sposób, który ułatwia ich zapamiętanie, poprzez wyróżnienie w pytaniach kluczowych cech i zwrócenie uwagi na zagadnienia mylone lub pomijane, ale ważne w praktyce klinicznej.

Formuła ponad 1000 pytań zawartych w książce jest zróżnicowana. Niektóre z nich poszerzono o dane wprowadzające lub uzupełniające – dzięki temu służą zapamiętywaniu całości zagadnienia, a nie tylko wycinka sprawdzanego w odpowiedziach.

Zakres wiadomości uwzględnionych w pytaniach pokrywa się z materiałem zawartym w podręcznikach i publikacjach zalecanych do egzaminu specjalistycznego z Neurologią Merritta na czele. W niektórych pytaniach wzięto pod uwagę nowsze kryteria diagnostyczne lub informacje opublikowane w ciągu ostatnich 2-3 lat i nieuwzględniane jeszcze w podręcznikach.



USG kolana; M. Podgórska

rok wydania: 2020; ISBN: 978-83-66310-80-3, format: 185 x 185, oprawa miękka, 128 stron, cena: 39.21 zł (98 EUP pkt)

- Praktyczny przewodnik, z którego skorzystają zarówno osoby

początkujące, jak i doświadczeni ultrasonografści

- schemat badania stawu kolanowego krok po kroku
- niezawodna pomoc przy pulpicie aparatu USG dzięki wyodrębnieniu
- poszczególnych struktur
- obrazy prawidłowe oraz najczęstsze patologie i artefakty
- wskazówki dotyczące tworzenia opisu badania
- ponad 50 materiałów filmowych dostępnych online



Fizjoterapia w trakcie i po leczeniu raka piersi

M. Mastrullo, A. Maestri; red. H. Tchórzewska-Korba; rok wydania: 2020; ISBN: 978-83-66548-00-8, format: 165 x 270, oprawa miękka, 142 strony, cena: 55.20 zł (138 EUP pkt)

Po leczeniu chirurgicznym z powodu raka piersi często występują wtórne powikłania, takie jak obrzęk limfatyczny, deficyty ruchowe w stawach obręczy barkowej i kończyny górnej lub osłabienie siły mięśniowej kończyny po operowanej stronie.

Rola fizjoterapeuty ma zatem zasadnicze znaczenie dla przywrócenia pełnej funkcjonalności kończyny górnej, a tym samym dla poprawy jakości życia pacjentów.

W publikacji omówiono techniki terapeutyczne (drenaż limfatyczny, mobilizacja barku, leczenie blizn, bandażowanie, taping itp.) oraz wskazówki na temat kryteriów ich wyboru i metod wykonania. Szczególną uwagę zwrócono na edukację pacjenta, czyli na wskazania, które fizjoterapeuta musi zasugerować pacjentowi w celu poprawy efektów rehabilitacji.

Tekst wzbogacono licznymi zdjęciami ilustrującymi omawiane techniki terapeutyczne i ćwiczenia ruchowe oraz ramkami, w których podkreślono kluczowe elementy prawidłowej komunikacji z pacjentem.



BAZA NOCLEGOWA **PRO MEDICO**

Preferencyjne
ceny dla lekarzy
i lekarzy dentystów

Warszawa
ul. Sobieskiego 102a
200 m od siedziby NIL



Planujesz

- kurs
- szkolenie
- konferencję
- rodzinną wycieczkę?

Wybierz bazę noclegową

PRO MEDICO

rezerwacja tylko online
www.izba-lekarska.org.pl



Możliwość wystawienia faktury dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
Recepcja czynna w godzinach od 6.00 do 22.00 tel. 22 851 45 79. Po godzinie 22.00 klucze
można odebrać w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej przy ul. Sobieskiego 110 za okazaniem dowodu wpłaty.