



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Lipiec–Sierpień 2020

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 284–285

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. Jerzy B. LACH

ZAPOMNIENIE

Chorzy schodzą pod ziemię. Korytarze się zawężają, robi się coraz cieplej, goręcej, parzy. Rzednie światło latarki, tunele lepią się do ciała. Ktoś rzezi, ktoś kaszle. *Wysiadka!* – drze się motorniczy. Garbaci, paralitycy i kulawi gramolą się i wypadają z wagonu. Potykają się, po omacku szukają swoich pryczy, potem długo leżą nieruchomo, jakby przywiązani pasami. Nie śpią. Zamknięci w swoim bólu czuwają. Tego strzyka w kolanie, tamten ma zgrabiałe palce, jeszcze inny pluje krwią. Doktor paraduje między nimi; dziarski, szczupły, zadbany. Mierzy temperaturę, opukuje plecy, masuje nadgarstki. Udają, że go nie widzą. Ślizgają się wzrokiem po kamieniach. Kamienie żyją. Odbiły się w nich paprocie. Milion lat temu.

Dawniej była tu kopalnia. Nie byle jaka. W 1557 roku wydobyto z niej 830 kg złota i 2723 kg srebra. Ale złotośne żyły wyschły. W połowie XIX wieku zasypano więc szyby i zaryglowano włazy. Pod koniec II wojny światowej ktoś przypomniał sobie o Radhausbergu i wpuścił pod ziemię jeńców wojennych: Polaków, Rosjan i Francuzów. Mieli tak długo fedrować, kopać i wiercić, aż trafią na złoto. Zapuszczali się coraz to głębiej i głębiej, przeczesywali korytarze, pieczary, jaskinie, przecierali nowe szlaki, drenowali zatłakane tunele. I natknęli się na coś cenniejszego niż złoto.

Uczonych ściągnięto z Innsbrucka. Wsiedli do rozklekotanej kolejki i zjechali pod ziemię, jak tamci ludzie w pasiakach. Zamiast kilofów mieli fiolki, pipety i słoiczki, radary, termometry i czujniki. Przeczesywali tunele, łapali we flaszki powietrze, skrobali głązy i zbierali kamienie. Potem wrócili do swoich laboratoriów, coś tam filtrowali, odsączali, farbowali, wreszcie ogłosili, że kopalnia leczy. Goi liszaje, suszy krosty i egzemy, uśmierza bóle w kościach i luzuje napięte ścięgna.

W latach 50. XX wieku do austriackiego Bad Gastein przybyli pierwsi pacjenci: cherlawcy, kostropaci, suchotnicy. I zaludnili wymarłe hotele. Zrobiło się gwarno. Co prawda nie tak jak w czasach monarchii austro-węgierskiej, kiedy w kurorcie bawili wyśmienici goście. Kąpali się w gorących źródłach, ale też malowali, komponowali, romansowali, spi-

skowali, knuli, podjudzali, węszyli i politykowali. Bo polityka na wysokim szczeblu była jedną z głównych specjalizacji spa. Mężowie stanu negocjowali tam traktaty, zawierali sojusze i planowali wojny.

Zapytajcie lepiej kogo tam nie było! Cesarz Niemiec Wilhelm I zaliczył aż dwadzieścia turnusów w górskim uzdrowisku. Bywali też król Bułgarii Ferdynand i Wilhelm von Humboldt, książę Otto von Bismarck i Mikołaj Gogol, Franciszek

Schubert i Johann Strauss, Tomasz Mann i Zygmunt Freud, Helmuth von Moltke, Wilhelm Opel, cesarz Franciszek Józef i jego żona Elżbieta. Każdy przyjazd Sisi był dla kurortu świętem. Dokąd pójdzie? Kogo spotka? Czego zapagnie? Na 35 urodziny zażyczyła sobie tygrysa bengalskiego. I dostała. A gdyby zechciała pawiana? – głowili się mieszkańcy źródła. Na szczęście żądała tylko kąpeli termalnych. Za to kilka razy dziennie. Oznaczało to wyścig z czasem. Specjalny beczkowóz dzień i noc czekał w pogotowiu, aby na umówiony znak gnać po wodę i dowieźć gorącą do Straubingera, Marenhausu czy Helenenburga, gdzie się akurat zatrzymała. Dziś co hotel – to Sisi w nazwie, co kawiarnia – to z jej ulubionym torcikiem, co sklep – to w witrynie makieta cesarzowej. Ale miasteczko i tak umiera.

Białe i czarne parkany ciągną się wzdłuż chodników, otaczają odrapane kamienice, zamykają budynki

z belle époque. Ich dachy porosły mchem, okiennice zamknięto na sztaby, drzwi zabito gwoździami. Ze szpar wylażą pomięte gazety i lachmany. Tu i tam straszą zagrzybione fasady, łatanie folią rynny i połamane balustrady. Przez potłuczone szyby w oknach można zobaczyć zwinięte w rulon dywany, rozmokły parkiet i zbutwiałą boazerię, rozbebeszone kanapy, zegar z rozbitym cyferblatem i szafy bez drzwi. Żadna kopalnia ich nie uleczy. Bad Gastein nie choruje na gruźlicę czy sztywne kości. Doświadcza zapomnienia.



Fotografia – Bad Gastein



No i mamy lato w pełni! Ale to zupełnie inne lato, niż te poprzednie. Nadal nad nami wisi – niczym miecz Damoklesa – pandemia COVID-19. Ludzie zupełnie oszaleli po lockdownie!!!. Latają, jak wściekli po Polsce, jakby za chwilę miał się skończyć świat. Wszystkie miejsca letniskowe obłożone, nie ma gdzie wsadzić przysłowiowego palca. Pal diabli, że ciasno! Najgorsze jednak jest to, że w tym szaleńczym odreagowywaniu 2-miesięcznego zamknięcia w domach zupełnie zapomnieli o wirusie. A on spokojnie przyczaił się i czeka na dogodny moment, by znów zaatakować. Cały czas mam nadzieję, że nie będzie już

powtórki z wiosny – ale chyba to mrzonki. Zobaczymy, jak będzie!

A poza tym? A poza tym jesteśmy po wyborach! I co, jak Wam się udało przedwyborcze obstawiania wyniku? Wyszło na Wasze?

Ja tu o polityce i wielkich sprawach, a Wy macie przed sobą kolejny numer Biuletynu. Trochę zmniejszyłem wam dawkę informacji o pandemii, bo i wszyscy zdążyliśmy się do niej przyzwyczaić. Z godnie z praktyka „odmrażania” życia po napaści wirusa, ja także postanowiłem wrócić nieco do normalności. A zresztą mamy przecież wakacje. Życzę więc wszystkim spokojnej i miłej lektury na łonie natury.

Jerzy B. LACH



Koleżanki! Koledzy!

Mija kolejny miesiąc stanu epidemii. Powoli zaczynamy odnajdywać się w tej nowej rzeczywistości, choć jak sądzę, nie przychodzi to nam łatwo. O ile w kraju mamy stopniowe „odmrażanie” gospodarki, to w ochronie zdrowia niewiele się zmieniło. Cały czas usprawniane jest to z poziomu gabinetów rządowych i często nijak się ma do rzeczywistości, z którą my, lekarze, lekarze dentyści, borykamy się na co dzień. Brak jasnych wytycznych powoduje, że każdy, niezależnie czy dotyczy to szpitali czy praktyk lekarskich i lekarsko-dentystycznych musi zdać się na siebie samego, swoją wiedzę w tym zakresie, a często i swoją intuicję.

Wracając do naszego Izbowego „podwórka” pragnę poinformować, że skończymy w czerwcu (piszę to jeszcze, gdy akcja trwa) dystrybucję środków ochrony indywidualnej, przekazanej nam do dystrybucji przez Fundację „Lekarze Lekarzom” z darowizny Kulczyk Foundation. Nie mogę tu nie wspomnieć o naszych lokalnych darczyńcach w osobach członków Opolskiego Oddziału Stowarzyszenia Sędziów Polskich „Iustitia”, którzy za pośrednictwem Opolskiej Izby Lekarskiej wsparli darami kilka szpitali naszego województwa. Dar serc jest prostym przekazem i zostanie przez medyków Opolszczyzny zapamiętany.

Z innych rzeczy, które chciałabym przekazać – bo dotyczą w zdecydowanej większości wielu z nas – to fakt,

że przedłużono termin na składanie sprawozdań o odpadach za rok 2019 do 31 października 2020 r. Przedłużenie terminu zostało wprowadzone na mocy ustawy z 14 maja 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz.U. 2020.875).

Mamy także więcej czasu na zakup i instalację kas fiskalnych online. Ze względu na przedłużającą się epidemię COVID-19, rząd wprowadził zmiany w ramach Tarczy Antykryzysowej. Lekarze i lekarze dentyści mieli wymienić swoje urządzenia na kasy fiskalne online do 1 stycznia 2021 r. W nowym harmonogramie instalacji kas online termin ten został przesunięty dla nas do 1 lipca 2021 r. Ponadto, niezależnie od tego, czy lekarz, lekarz dentysta, zobowiązany do wymiany kasy na online’ową zdecyduje się kupić kasę tuż przed 1 lipca 2021 r., czy kupi ją wcześniej, ma prawo do ulgi. Odliczenie takie wynosi do 90% kwoty zakupu urządzenia (nie więcej niż 700 zł). Prawo do ulgi przysługuje nawet wtedy, gdy dokonano wcześniej takiego odliczenia przy rozpoczęciu ewidencjonowania za pomocą kasy z elektroniczną lub papierową kopią paragonu.

Na koniec życzę, bo przecież mamy miesiące letnie i stosowną do tego aurę, dobrego humoru i udanego wypoczynku.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Szanowna Pani Doktor,
Szanowny Panie Doktorze,
Szanowni Państwo,

Informuję, że Izba Adwokacka w Opolu działając w porozumieniu z Fundacją Mediatio, w ramach projektu Opolskiego Centrum Rozwoju Gospodarczego, realizuje pomoc prawną udzielaną mikro, małym i średnim przedsiębiorcą z województwa opolskiego finansowaną w całości z funduszy unijnych. Z darmowej pomocy prawnej, mogą korzystać przedsiębiorcy (m.in. prywatne praktyki lekarskie i gabinety) dotknięte skutkami pandemii Covid-19. W pozostałych przypadkach poradnictwa prawnego istnieje możliwość uzyskania dofinansowania na świadczone usługi prawnicze w wysokości 70%.

Wszystkich Państwa zainteresowanych skorzystaniem z tych projektów zapraszam do kontaktu.

Adw. Marian A. JAGIELSKI
(*mec.m.jagielski@onet.eu*)

* * *

Szanowna Pani Doktor,
Szanowny Panie Doktorze,

W odpowiedzi na postulaty zgłoszone na spotkaniu zorganizowanym w siedzibie naszej Izby w dniu 15 czerwca 2020 r. z adwokatem Marianem Jagielskim, którego przedmiotem było omówienie problemów wynikających z realizacji **umów na odbiór, transport i utylizację odpadów medycznych**, Opolska Izba Lekarska podjęła inicjatywę celem rozpoczęcia negocjacji z odbiorcami odpadów medycznych warunków nowych umów, które obowiązywałyby od stycznia 2021 r.

Uważamy, że działanie w imieniu wszystkich członków naszej Izby, a więc działanie grupowe pozwoli nam wynegocjować korzystniejszą umowę, zarówno w odniesieniu do cen odbioru odpadów, jak i poszczególnych zapisów tej umowy dotyczących między innymi nienależytego jej wykonywania (terminowości odbioru odpadów, przerw w odbiorze odpadów, sporządzania kart odbioru odpadów) oraz warunków rozwiązania umowy.

Jednocześnie informuję, że posiadanie aktualnej umowy na odbiór odpadów medycznych nie jest przeszkodą dla uczestnictwa w inicjatywie. Istnieje bowiem możliwość rozwiązania obecnie obowiązującej umowy i zawarcia nowej, korzystniejszej.

Prosimy zatem osoby zainteresowane tą problematyką o zgłaszanie do Izby Lekarskiej swojego udziału w tej inicjatywie **w terminie do dnia 24 lipca 2020 roku (e-mail: opole.praktyki@hipo-karates.org, tel.: 77 454 59 39).**

Prezes ORL
Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

INTERNETOWE POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ



W związku z nadal utrzymującym się z powodu COVID-19 stanem epidemii w Polsce, kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej odbyło się internetowo w dniu 27 maja 2020 r. Udział w nim wzięło 17 osób, a Rada zajmowała się następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Lek. dent. Said Rayad (pochodzenia marokańskiego) złożył wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu, jako członkowi OIL w Opolu, posiadającemu od siedmiu lat obywatelstwo polskie. Uchwałę podjęto przy 15 głosach za (2 członków Rady nie głosowało).

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Brak wniosków.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

O wykreślenie z rejestru praktyk wnioski złożyło dwoje lekarzy – uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych

Jeden lekarz złożył do Funduszu wnioski o zapomogę, która została przyjęta przy 1 głosie wstrzymującym się.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Brak wniosków.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

W związku z nie osiąganiem przychodów wnioski o zwolnienie z opłacania składki członkowskiej złożyło dwoje lekarzy – obie uchwały podjęto przy jednym głosie przeciwnym.

Projekt uchwały i regulaminu XXXIX Okręgowego Zjazdu Lekarzy w formie obiegowej w dniach 18–19 czerwca br.

Prezydium zarekomendowało Radzie formę Zjazdu, Regulamin i projekty uchwał. Dwudniowy termin Zjazdu ma umożliwić wszystkim Delegatom oddanie głosu. Rada Uchwałę podjęła przy 1 głosie wstrzymującym się i 1 głosie przeciwnym.

Informacje na temat działalności NRL

Informacje te są na bieżąco umieszczane na stronie internetowej NRL (wszystkie) i na naszej stronie (wybrane), m. in. komunikaty dotyczące jakości maseczek FFP2 czy informacje o dystrybucji środków ochrony indywidualnej przez OIL.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Brak informacji.

Sprawy różne i wolne wnioski

W związku z pandemią COVID-19 przewodniczący zespołu powołanego do organizacji obchodów 30-lecia naszej izby, kol. Lach przesłał do Prezes Smerkowskiej-Mokrzyckiej pismo z informacją, że decyzją członków Komisji Kultury NRL II Kongres Kultury Lekarzy został w całości przeniesiony na wrzesień 2021 r. W związku z tym Prezydium postanowiło rekomendować Radzie następujące rozwiązanie:

- wyjazdowe Prezydium NRL i Konwent Prezesów OIL przenieść na wrzesień 2021 r., by dalej towarzyszyły II Kongresowi Kultury Lekarzy,
- natomiast w przewidzianym wcześniej terminie, tj. 26 września br., zorganizować skromne obchody 30-lecia naszej Izby, tak aby móc wręczyć przyznane w tym roku honorowe tytuły Prymariuszy oraz odznaczenia (jeśli takowe zostaną przyznane).

Na te skromne obchody mamy zarezerwowaną Salę Błękitną Uniwersytetu Opolskiego. Zaproszone byłyby także władze Województwa, członkowie organów naszej Izby oraz Prezes NRL A. Matyja. Ostateczna decyzja o uroczystości zapadłaby na początku września. W przypadku zaostrzenia epidemii – zostałyby odwołane i z tego tytułu raczej nie ponieśliśmy – jako Izba – żadnych kosztów.

Jednocześnie Prezydium rekomenduje, że ze względu na zaawansowanie rozmów, należy zrealizować wykonanie szeregu gadżetów (prezentów dla gości Jubileuszu) oraz krótkiego filmowego spotu prezentującego 30-letnie dokonania Opolskiej Izby Lekarskiej. Z kwoty 35.000 zł zarezerwowanej w budżecie na te uroczystości, Prezydium rekomenduje wykorzystanie kwoty 15.000 zł w tym roku (celem dokonania zakupu zamówionych



rzeczy). Pozostałe 20.000 zł pozostanie do wykorzystania w 2021 r. Rada wniosek zaakceptowała jednogłośnie.

Kol. Łuszczynska-Ostrowska, Przewodnicząca Komisji Kształcenia poinformowała o możliwości organizacji kursu z ratownictwa medycznego dla 30 osób on-line w ciągu 3 dni w czerwcu-lipcu oraz praktyczne w ciągu 2 dni – jesienią. Koszt kursu – jak w latach ubiegłych – wynosi ok. 8 tys. zł. Kurs prowadzi prof. K. Sosada z Katowic. Przewodnicząca wnioskuje więc o wyrażenie przez Radę zgody na przeprowadzenie tego kursu. Za wnioskiem głosowało 16 osób (1 osoba była przeciwna).

Jednocześnie Przewodnicząca poinformowała, że jako Izba zostaliśmy wpisani do rejestru NIL do prowadzenia szkoleń.

Kol. Smerkowska-Mokrzycka poinformowała (w ślad za mailem z NIL), że uwagi Prezydium NRL zgłoszone

w stanowisku z 15 maja br. do projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, dotyczących konieczności odbywania kwarantanny przez pracowników medycznych przekraczających granicę RP w celu wykonywania zawodu, zostały uwzględnione. W dniu 16 maja br. na stronie Rządowego Centrum Legislacji opublikowany został projekt w wersji skierowanej do podpisu, który nie przewiduje już obowiązku poddania się kwarantannie przez pracowników medycznych wracających do kraju.

Na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

DO KOGO NALEŻĄ SŁOWA „WARSZAWA WARTA JEST MSZY”

Po śmierci króla Jana III Sobieskiego było trzech kandydatów do objęcia tronu polskiego: królewicz Jakub Sobieski, francuski książę Franciszek Ludwik de Conti (z dynastii Burbonów) – kuzyn króla Ludwika XIV oraz elektor saski Fryderyk August Wettin. Pierwsza odpadła kandydatura Jakuba Sobieskiego.

W dniu 27 czerwca 1697 r. na polu elekcyjnym na warszawskiej Woli wybrano królem księcia francuskiego de Conti. Z pola elekcyjnego zaczęli wyjeżdżać elektorzy przeświadczeni o zakończeniu elekcji. Wówczas wysłannicy głównego rywala francuskiego księcia de Conti, czyli elektora saskiego nie pogodzeni z jego porażką, za grube pieniądze przekupili tych elektorów, którzy jeszcze nie opuścili Warszawy i doprowadzili jeszcze tego samego dnia do ponownego głosowania, podczas którego na króla polskiego wybrano elektora saskiego Fryderyka Augusta. Tym samym po raz pierwszy w ciągu jednego dnia Polska miała dwóch królów, co było ewenementem w naszej historii.

Na wieść o swoim wyborze elektor saski przyjął imię Augusta II (pierwszym był Zygmunt August) i natychmiast ruszył na czele potężnej armii do koronacyjnego miasta Krakowa. Największym problemem księcia saskiego był fakt, że był on praktykującym luteraninem. Szybko doszedł do wniosku, że „Warszawa jest godna mszy” i przeszedł na katolicyzm.

Tymczasem książę de Conti nadal zwlekał z przybyciem do Polski. Po przybyciu do Krakowa kustosz skarbcza koronnego nie wydał polskich regaliów Augustowi II

uznając, że może je wydać wyłącznie wybranemu prawomocnie księciu de Conti.

Wówczas August dokonał wyłomu i ze skarbcza wydobyl koronę, berło, jabłko oraz miecz koronacyjny i w dniu 15 września 1697 r. został koronowany na króla polskiego.

Tymczasem król Ludwik XIV wreszcie wyraził zgodę na wyjazd do Polski księcia de Conti. Książę stanął wówczas na czele eskadry złożonej z siedmiu okrętów dowodzonych przez admirała Jeana Barta. To opóźnienie było bardzo niekorzystne dla księcia de Conti ponieważ August II był już na terenie Rzeczypospolitej. Dopiero pod koniec września 1697 r. eskadra admirała Barta dotarła do Gdańska, a centrum dowodzenia de Conti znalazło się w Klasztorze w Oliwie.

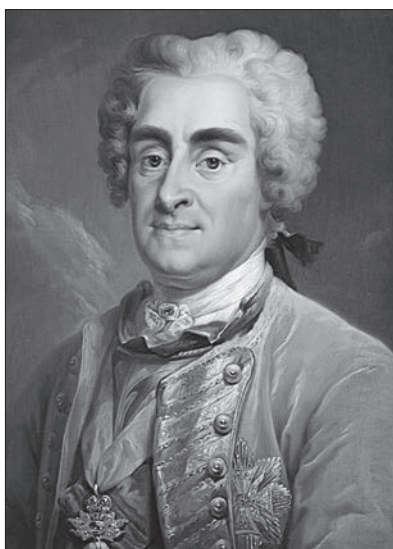
Wówczas silna armia saska wyruszyła w kierunku Gdańska. Książę de Conti zaczął zdawać sobie sprawę o fiasku swojej misji i kiedy pierwsze oddziały saskie pojawiły się na przed-

mieściach Gdańska, zarządził natychmiastowy powrót do Francji uznając, że nie warto umierać za Gdańsk i Polskę.

Po powrocie do Francji król Ludwik XVI nie lubiący swojego kuzyna wysłał go do Włoch, jako głównodowodzącego tam wojsk francuskich.

PS. August II Sas zwany Mocnym zapoczątkował powstanie nowej, a zarazem ostatniej dynastii w Polsce – Saskiej. Jego synem był August II Sas ostatni król Polski.

Dr. hab. n. med. Janusz KUBICKI



August II Sas Mocny

NIE ZMARNUJMY WIELKIEGO KRYZYSU

Działalność – czy to w ogóle coś znaczy?

Swoją drogę z aktywnością okołozawodową zacząłem w październiku 2017 r., kiedy to dołączyłem – wraz z kolegami i koleżankami – do tzw. protestu rezydentów. Do Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy przystąpiłem 31 stycznia 2018 r., gdy – reaktywując Oddział Terenowy OZZL przy Szpitalu „Biziela” – zostałem jego przewodniczącym. Następnie było przewodniczenie Regionowi Kujawsko-Pomorskiego OZZL i przynależność najpierw do Zarządu Krajowego OZZL, a potem Prezydium Zarządu Krajowego OZZL. Warto wspomnieć, że protest rezydentów, który zakończył się podpisaniem porozumienia 8 lutego 2018 r., przyniósł historyczne, największe w ujęciu całościowym podwyżki: dla lekarzy rezydentów o ok. 50% dotychczasowego wynagrodzenia, a dla lekarzy specjalistów ustanowienie minimalnego wynagrodzenia na poziomie 6750 zł brutto (równowartość, w tamtych czasach, ok. 1,5 średniej krajowej). Zdecydowano również o uzależnieniu nakładów na zdrowie od PKB. Oczywiście wbrew temu, co się niektórym wydaje, zwiększenie finansowania ochrony zdrowia i wyższe wynagrodzenia nie pojawiły się w systemie od razu, lecz dzięki ciężkiej, wręcz siłowej – i wiążącej się z negatywnymi konsekwencjami – walce. Wszak jako główny dowódzący akcją na Kujawach i Pomorzu stałem się wrogiem i obozu rządzącego, i wielu zarządzających placówkami leczniczymi (w Polsce z rzadka docenia się pracowników ochrony zdrowia adekwatnymi warunkami pracy i płacy, więc w tej sytuacji trzeba było znaleźć kozła ofiarnego, a naturalnym wyborem stała się moja osoba).

Lekarze – wiecznie niedoceniona grupa zawodowa

Od starszych kolegów oraz z literatury dowiaduję się, że żadna partia rządząca nie liczyła się z lekarzami. Pozostawała głucha na postulaty reformy systemu opieki zdrowotnej, zwiększenia finansowania ochrony zdrowia, zmiany warunków pracy czy poprawy wynagrodzeń naszej grupy zawodowej. Zdrowie nigdy nie było priorytetem decydentów. Pewnie dlatego, że pomysły i cele większości parlamentarzystów skupione są wokół 4 najbliższych lat, bo tyle trwa kadencja. Zarazem wiedzą doskonale, że kosztowna reforma ochrony zdrowia przyniesie efekty dopiero za 10–12 lat, czyli długo po zakończeniu ich rządów. Upraszczając – parlamentarzyści nie mają interesu politycznego, aby zajmować się systemem opieki zdrowotnej. W głównej mierze kierują się w swojej działalności manipulacjami, które przyno-

szą szybkie i krótkotrwałe rezultaty, a nie inspiracjami, które przyniosłyby długotrwałe korzyści, lecz widoczne po dłuższym okresie. I jest jeszcze coś, co sprawia, że rządzący nie muszą zajmować się tematem zdrowia. To środowisko lekarskie i ogólny brak woli, aby zaprotestować przeciw – bądź co bądź – złej kondycji systemu opieki zdrowotnej.

Górnicy – przykład skuteczności?

Kiedy myślę o strajkach, protestach, realizacji założonych celów czy spełnianiu żądanych postulatów, zawsze widzę górników i ZZ „Solidarność”. Ci drudzy, niestety, odeszli od swoich pierwotnych ideałów, więc pokrótce opiszę górników. Pod koniec stycznia br. zażądali oni od Zarządu Polskiej Grupy Górniczej S.A. realizacji następujących roszczeń: wypłaty 14 pensji za rok 2019 oraz podwyżki wynagrodzeń na rok 2020. Z powodu braku pozytywnej odpowiedzi w ciągu 3 dni – 12 z 13 organizacji związkowych reprezentujących górników powołało wspólny Sztab Protestacyjno-Strajkowy. Nie trzeba się domyślać, że w kolejnym miesiącu doszło do kilku spotkań z Zarządem Polskiej Grupy Górniczej S.A., następnie z kilkoma oficjelnymi państwowymi w randze ministrów. I problem zażegnano. Nie chwałę tutaj różnych sposobów walki z władzą (najazdy na Warszawę i palenie opon), lecz umiejętność szybkiego oraz skutecznego, a nade wszystko solidarnego działania dla realizacji postawionego celu. Czego w grupie zawodowej lekarzy brakuje.

Co my powinniśmy zrobić?

Światowa pandemia koronawirusa pokazała, że jedną z najważniejszych gałęzi gospodarki na rzecz obywatela jest ochrona zdrowia. Bez systemów opieki zdrowotnej śmiertelność z powodu COVID-19 byłaby bardziej podobna do tej wynikającej z pandemii hiszpanki. Pracownicy ochrony zdrowia są więc na wagę złota. W każdym okresie – pokoju czy wojny biologicznej. Ponadto braki kadrowe, z którymi boryka się większość systemów opieki zdrowotnej na świecie, a w szczególności polski, powinny ułatwić nam realizację postulatów o godnych warunkach pracy i płacy.

Jednak do tego potrzebny jest wysiłek. Jakiś impuls. Ludzie. Pospolite ruszenie. Chęć zajęcia się czymś innym, aniżeli tylko pracą w tych chorych warunkach. Nie uważam, że powinno się wykorzystywać kryzys przeciw społeczeństwu. Uważam jednak i zgadzam się z tym, co powiedział świetny mówca, strateg i premier Wielkiej





Brytanii – Winston Churchill: „*Nigdy nie marnujcie dobrego (wielkiego) kryzysu*”.

Moglibyśmy wykorzystać światowy kryzys związany z pandemią koronawirusa do celów poprawy jakości w ochronie zdrowia, dotyczącej zarówno systemu (korzyść głównie dla pacjentów, ale również i dla nas), jak i pracowników ochrony zdrowia (korzyść głównie dla nas, ale również i pacjentów).

A my nie robimy w tym kierunku nic i jesteśmy na świetnej drodze, aby ten kryzys zmarnować.

Bartosz FIAŁEK

* używając w tekście słowa „lekarz”, mam również na myśli lekarza dentystę, aczkolwiek zdaję sobie sprawę z tego, że nie wszystkie wpisy dotyczą w jednakowym stopniu obu tych dziedzin, głównie z powodu prywatyzacji usług stomatologicznych.

Bartosz FIAŁEK jest przewodniczącym Regionu Kujawsko-Pomorskiego OZZL oraz Komisji Młodych Lekarzy przy BIL. Kontakt z autorem: bartek4448@wp.pl

(przedruk z „Primum” nr 6/20)

DYREKTORZE JAK Z PANEM ŻYĆ?!

W latach 60. I sekretarz PZPR Władysław Gomułka stwierdził, iż „*lekarze sami sobie poradzą*” i w związku z tym nie ma sensu poświęcać ich dziedzinie więcej uwagi. Mam wrażenie, że ta doktryna obowiązuje po dziś dzień. Kolejne rządy dbają jedynie o zachowanie względnego spokoju, ewentualnie gaszą lokalne pożary. Przekaz indywidualny (choć nigdy oficjalnie się tego nie mówi) – niezależnie od miejsca pracy – brzmi: nie wychylaj się, bo możemy sprawić, że będziesz miał gorzej.

Obietnica podwyższenia nakładów finansowych bez zmian systemowych niczego nie poprawi – system konsumuje dowolne pieniądze, a opowiadanie o skróceniu kolejek bez zwiększenia liczby specjalistów to fikcja. Obecni na rynku pracują, przekraczając wszelkie dopuszczalne normy obowiązujące w cywilizowanym świecie. Kształcenie nowych kadr coraz bardziej mnie zadziwia. Znam klinikę i katedrę, gdzie 5 rezydentów ze studentami samodzielnie wykonuje zakontraktowane w NFZ procedury medyczne, zapisując je i rozliczając na nieobecnego profesora. Legitymuje się on trzema specjalizacjami, ale nie tą, z której prowadzi specjalizację. Niedawno pracowałem z młodym lekarzem po specjalizacji. Nie radził sobie z najprostszymi procedurami. Nie widząc innego wyjścia, otworzył przewód doktorski i niedługo będzie uczył zawodu innych. Na szczęście opisywane powyżej sytuacje mają miejsce w dwóch różnych ośrodkach akademickich. Strach pomyśleć, co by mogło być, gdyby połączyli siły. We wzmiankowanej dyscyplinie w większości wojewódzkich poradni specjalistycznych w Polsce tak właśnie wygląda praca i kształcenie. Nic dziwnego, że w efekcie końcowym dyplom specjalistyczny coraz bardziej oddala się od potwierdzonych w nim umiejętności. Jeżeli warunkiem koniecznym do kształcenia jednego rezydenta jest obecność dwóch specjalistów, to nasuwa się pytanie, jak ich liczyć. Jeden pełny etat specjalistyczny czy powszechne dzisiaj umowy na godziny stanowiące nierzadko 0,2 lub 0,3 etatu? Zwycięża drugi wariant ze wszystkimi negatywnymi konsekwencjami dla wszystkich.

Byłem obecny podczas rozmowy kwalifikacyjnej z młodym lekarzem. Gdy dowiedział się, że w poradni nie mamy podpisanej umowy z NFZ, odmówił i stwierdził, że prywatni pacjenci są zbyt wymagający, a tym z NFZ-u to on będzie robił łaskę podczas przyjmowania. Taka postawa nie jest wyjątkowa. To, co opisuję, jest tylko drobnym wycinkiem problemów podyplomowej edukacji. Jednak musi się to wszystko dziać choćby za cichą zgodą (brakiem sprzeciwu) odpowiedzialnych za poszczególne podmioty dyrektorów. Bo skoro widzą nieprawidłowości i nie protestują, to prawdopodobnie muszą mieć w tym jakiś interes. Inny wariant to dobór ludzi na te stanowiska zgodnie z kluczem dyspozycyjności. W tej sytuacji kompetencje stają się fikcją, a decyzje podejmuje bliżej nieznany zleceniodawca. Taki dyrektor – nawet gdyby w przebiegu intelektu chciał zachować własne zdanie – jest przyparty do muru i nie ma gdzie się wycofać (zwołać) – no bo co dalej? Znałem lekarza wojskowego pracującego w jednostce polowej, gdzie nie było kobiet. Zrobił specjalizację z ginekologii. Mamy więc trzecią możliwość – służba lub specjalizacja były fikcją. Ta ostatnia to przykład na realne istnienie niewidzialnej ręki. Po zderzeniu z pacjentem kolega zdecydował się jednak na karierę administracyjną. Można powiedzieć, że kobiety odetchnęły z ulgą i mogą spać spokojnie, sprawy urzędowe już jednak nie. Piszę to jako przykład zmuszenia przez życie do służebności innym czynnikom. Po prostu nie ma innego wyjścia, a życie kosztuje i jakoś trzeba na nie zarabiać. Swoją drogą czasami zastanawiam się, ilu decydentów w całej Polsce poradziłoby sobie z tak skomplikowanym biznesem, jak np. osiedlowy warzywniak, gdyby zostać ich samym sobie?

Poprzednia władza na pewnym etapie chciała zastąpić specjalizacje umiejętnościami. Oczywiście umiejętności nabywa się szybciej, taniej, więc wydaje się, że byłby to jakiś sposób. Niestety, nigdzie na świecie nie wycofano się ze specjalizacji. Umiejętności oczywiście prawie wszędzie istnieją, ale jako uzupełnienie ogólnego wykształcenia medycznego. Bo np. jeżeli ktoś posiada tytuł profesora, specjalizację jedną, drugą i do pracy jest mu

potrzebny wąski zakres medycyny wchodzący w kompetencje trzeciej specjalizacji, to rozpoczynanie jej byłoby zarówno stratą czasu, jak i czynem z wielu względów niepolitycznym. Po to, panowie dyrektorzy, na całym świecie wymyślono umiejętności, nie zaś w celu zastąpienia nimi specjalizacji.

Skoro już wspominałem o osobach z kilkoma specjalizacjami, to dodam, że powinny one służyć czemuś więcej niż zaspokajaniu ego posiadacza, ale bywa, że podczas pracy podyplomowej robimy doktorat, dwie specjalizacje i już w trakcie nauki wiemy, że nie będziemy leczyć ludzi, a zdziwionym znajomym opowiadamy, że „*kolejny papier może się przydać*”. Czy nie jest to hipokryzja – zajmowanie miejsc specjalizacyjnych młodym, a czasu nauczycielom? A opisuję tutaj zachowanie znanego polityka i byłego ministra zdrowia. Czego wymagać od innych?

Młodzi lekarze podczas rezydentury często dorabiają w prywatnych poradniach specjalistycznych, reklamowani w internecie i na tablicach informacyjnych już jako specjaliści. Jest to jakiś sposób na przynajmniej chwilowe zatrzymanie ich w kraju (pensja), rozładowanie kolejek w sektorze prywatnym (już takie istnieją), pozorne zmniejszenie braku specjalistów – tak bardzo pożądane przez władze. Gdy ten trend się utrwali, będziemy chyba jedynym krajem na świecie, gdzie w pełni zrealizowano ideę uznaniowego egzaminu specjalizacyjnego (są kraje, w których w pewnym momencie kierownik specjalizacji uznaje adepta za specjalistę, takich, w których robiłby to on sam, jeszcze nie ma).

Szpitala powiatowe stały się w wielu przypadkach azylami dla uciekinierów z dużych ośrodków. Nie piszę tu o ordynatorach oddziałów, tylko o wielu dobrych specjalistach, którzy – nie widząc dla siebie miejsca w klinikach – znaleźli na różnych zasadach zatrudnienie w zasięgu codziennego dojazdu. Próba ściągnięcia ich z powrotem

do klinik, w których brakuje specjalistów (przede wszystkim rąk do czarnej, codziennej pracy), jest niemoralna z dwóch powodów. Po pierwsze nie po to ci lekarze z bólem odchodzili, żeby teraz wracać, a po drugie w ten sposób umożliwi się wieloletnie dalsze funkcjonowanie takim profesorom, jak opisany powyżej, i to bez wysiłku, pracy i odpowiedzialności z ich strony, ale za to z dobrą pensją wypracowaną przez dużą część zespołu. Strasznie więc likwidacją małych szpitali (np. w formie plotek lub pseudopoważnych dyskusji dyrektorskich) nie prowadzi do niczego innego, jak do finalnej katastrofy. Przynajmniej ze wspomnianych względów należy, moim zdaniem, te szpitale rozwijać, bo dużo łatwiej będzie tam zatrudniać wyselekcjonowanych speców (zatrzymując ich w kraju), niż w dużych ośrodkach zwalniać skompromitowane, ale ustosunkowane osoby. To może nawet w przyszłości uratować nas jako pacjentów.

O sanacji ochrony zdrowia rozmawiamy od dawna (ostatnio jakby ostrożniej). Potrzebę taką deklarują wszystkie siły polityczne. A realnie nie robi się jednak prawie nic. Czy nie wynika to z cichych interesów poszczególnych grup, które okopały się na swoich terenach i są zainteresowane takimi zmianami, które nic nie zmienią? Naszym dramatem jest to, że interesy wspomnianych grup są krańcowo rozbieżne z interesem narodowego zdrowia. W czasie stanu wojennego Jerzy Urban przypomniał obywatelom znaną zasadę mówiącą, że władza się zawsze wyżywi, pozostali już niekoniecznie. Dlatego nie dziwi mnie, że dyrektor, który w pokoju lekarskim 20 lat temu powiedział: „*po mnie choćby potop*”, nadal kieruje.

Jerzy KOCHAN

O autorze: jest chirurgiem szczękowo-twarzowym i ogólnym, lekarzem dentystą. (przedruk z „Primum” nr 2/20)

W CIĄŻY U STOMATOLOGA

O opiece stomatologicznej nad kobietą ciężarną mówi lek. dent. Angelika KOBYLIŃSKA, asystent w Zakładzie Stomatologii Dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Jaką rolę pełni lekarz dentysta w opiece nad kobietą ciężarną?

Okres ciąży w życiu kobiety sprzyja koncentracji uwagi na zdrowiu jej oraz rozwijającego się dziecka. To okres regularnych wizyt u lekarza, podczas których ciężarne są kierowane również do dentysty w celu oceny stanu zdrowia jamy ustnej oraz podjęcia stosownych działań profilaktycznych i leczniczych. Lekarz dentysta współpracuje zatem z personelem medycznym sprawującym opiekę ginekologiczną i okołoporodową w dbaniu o zdrowie ogólne kobiety, dobrostan dziecka i zdrowie jamy ustnej zarówno matki, jak i potomstwa.

Czy ginekolodzy kierują ciężarne pacjentki do dentysty na badania profilaktyczne?

Zgodnie z wynikami badania ankietowego kobiet do pięciu lat po porodzie, skierowanie od lekarza ginekologa do stomatologa otrzymało podczas ciąży 17,6% ankietowanych. 62,3% spośród 3.439 respondentek zgłosiło się do dentysty, będąc w ciąży. Skierowanie przez lekarza prowadzącego ciążę stanowi istotny czynnik zwiększający szansę na odbycie wizyty stomatologicznej przez ciężarne. Szanse te są jeszcze większe w przypadku żądania pisemnej informacji zwrotnej o stanie zdrowia jamy ustnej pacjentki. Jednak konieczne jest podjęcie działań zwiększających udział lekarzy sprawujących opiekę nad





ciężarnymi w edukacji i motywowaniu pacjentek do zgłoszenia się do gabinetu stomatologicznego.

Dlaczego wizyty u stomatologa w okresie ciąży są ważne?

Ze względu na zmiany w jamie ustnej towarzyszące ciąży miejscowe stany zapalne błony śluzowej, przyzębia, uzębienia czy kości mogą się zaostrzać i powodować ból lub infekcje szerzące się przez krew i zagrażające zdrowiu matki oraz dziecka. Znany jest związek między chorobami przyzębia a ryzykiem przedwczesnego porodu i niskiej masy urodzeniowej dziecka.

Jakie są zalecenia dotyczące opieki stomatologicznej nad kobietą w ciąży?

W czasie ciąży kobieta powinna odbyć dwie wizyty profilaktyczne w gabinecie stomatologicznym – pierwszą w trzecim lub czwartym miesiącu ciąży i kolejną w ósmym. Pierwszą wizytę należy poświęcić nie tylko na działania profilaktyczne, lecz i na ustalenie indywidualnego planu leczenia, który najlepiej realizować w drugim trymestrze ciąży. To trymestr uznawany za najdogodniejszy do działań leczniczych ze względu na zakończony proces organogenezy, dobre samopoczucie pacjentki oraz wielkość płodu i macicy niepowodującą jeszcze dyskomfortu w pozycji leżącej i półleżącej, a także mniejsze ryzyko wystąpienia objawów zespołu żyły głównej dolnej. Pamiętajmy jednak, że ostre stany zapalne należy eliminować natychmiast, niezależnie od etapu ciąży. U kobiet ciężarnych można bezpiecznie prowadzić leczenie zachowawcze, endodontyczne, drobne zabiegi chirurgiczne, w tym ekstrakcje zębów w znieczuleniu miejscowym z wykorzystaniem środków obkurczających naczynia krwionośne (w przypadku braku innych przeciwwskazań do

ich stosowania, takich jak schorzenia ogólne), leczenie schorzeń przyzębia, m.in. skaling z użyciem ultradźwięków, egzogenną profilaktykę fluorkową. W celach diagnostycznych i podczas leczenia endodontycznego oraz ekstrakcji zęba można bezpiecznie wykonać wewnątrzustne zdjęcie RTG.

Profilaktyka próchnicy w trosce o zdrowie dziecka powinna zacząć się już w ciąży?

Działania profilaktyczne należy rozszerzyć na grupę kobiet w wieku rozrodczym, gdyż jeszcze przed zajściem w ciążę pacjentki można jej jamę ustną skutecznie przygotować, eliminując stany zapalne i ogniska próchnicowe, przeprowadzić higienizację i zmotywować pacjentkę do utrzymywania higieny. W każdym momencie jest również czas na profilaktykę fluorkową. Im dłużej kobieta będzie ćwiczyła prawidłowe nawyki higieniczne i żywieniowe, tym większe szanse na przekazanie dobrych wzorców dziecku. Czas ciąży można wykorzystać na edukację w zakresie dbania o zdrowie jamy ustnej dziecka: przedstawienie zaleceń dotyczących szczotkowania z użyciem pasty z fluorem już od pierwszego zęba, informacji o terminie pierwszej wizyty małego człowieka u dentystry oraz unikaniu przez opiekunów zachowań niosących ryzyko wczesnego przedostania się bakterii próchnicotwórczych do jamy ustnej dziecka.

Pytała Anetta CHEĆCIŃSKA

Tekst przygotowano na podstawie materiałów z panelu dyskusyjnego ekspertów pod przewodnictwem prof. Doroty Olczak-Kowalczyk, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Stomatologii Dziecięcej, zorganizowanego podczas CEDE 2018.

(przedruk z „Pulsu” nr 3/20)

KOMPLEKSOWA OPIEKA OSACZY CHOROBY PARKINSONA

O pilotażu koordynowanego leczenia choroby Parkinsona z dr. hab. med. Dariuszem KOZIOROWSKIEM z Kliniki Neurologii Wydziału Nauki o Zdrowiu WUM, Mazowiecki Szpital Bródnowski, współautorem programu Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad pacjentem z chorobą Parkinsona (KOS-ChP), rozmawia Monika STELMACH

MT: *Jeszcze w tym roku ma ruszyć pilotażowy program kompleksowej koordynowanej opieki nad osobami z chorobą Parkinsona, co od lat postulowali neurologi oraz chorzy i ich opiekunowie.*

DR HAB. DARIUSZ KOZIOROWSKI: Dzisiaj pacjenci z chorobą Parkinsona i ich opiekunowie są zagubieni w systemie ochrony zdrowia. Pacjent dostaje informację, że ma ciężką nieuleczalną chorobę, która będzie postępowała i w niektórych przypadkach niewiele więcej się dowiaduje, bo jest prowadzony przez ośrodek, bez dostępu do wszystkich metod diagnozy, leczenia i rehabilitacji. Na wizytę u neurologa czeka od kilku miesięcy do roku. Część pacjentów nie jest dobrze monitorowana, a więc w porę nie są wyłapywane zaostrzenia, które

wymagają zmiany terapii. Zdarza się, że w pewnym momencie wypadają z systemu, co niweczy efekty leczenia i prowadzi do pogłębienia objawów. Niezwykle ważne jest zachowanie ciągłości terapii, której do tej pory zdecydowana większość chorych była pozbawiona.

MT: *Zmiana modelu leczenia osób z chorobą Parkinsona jest niezbędna.*

D.K.: Tak, i dlatego Polskie Towarzystwo Choroby Parkinsona, Sekcja Schorzeń Pozapiramidowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i całe środowisko neurologiczne od kilku lat postulowały, żeby wprowadzić program koordynowanej opieki, ponieważ jest najsukcesowniejszym schematem postępowania. Ma on na celu wdrożenie wszystkich elementów leczenia: od dobrze po-

stawionej diagnozy, poprzez terapię farmakologiczną po rehabilitację ruchową neurologiczną i neurologopedyczną w jednym miejscu. Pamiętajmy, że u każdego pacjenta choroba ma nieco inny przebieg, dlatego leczenie i rehabilitacja powinny być zindywidualizowane, cykliczne, a efekty weryfikowane.

MT: Lekarze miewają problem z postawieniem rozpoznania.

D.K.: Pierwsze objawy są trudne do wyłapania: zaparcia, zaburzenia depresyjne, utrata węchu, zaburzenia snu fazy REM nie kojarzą się z chorobą Parkinsona i pacjenci nie zawsze zgłaszają je lekarzom. Lekarze też często są niepewni, więc najpierw wpisują podejrzenie choroby, nie stawiając kropki nad „i” oraz nie decydując się na leczenie. W późniejszych etapach pojawiają się typowe objawy ruchowe, takie jak spowolnienie, drżenie spoczynkowe, sztywność mięśniowa i zaburzenia równowagi. Pacjenci i ich bliscy mogą zaobserwować znamienne zmiany charakteru pisma, co jest symptomem spowolnienia ruchowego z asymetrycznym przebiegiem dotyczącym kończyny górnej albo z pociąganiem nogą w przypadku kończyny dolnej. W specjalistycznych ośrodkach możemy wykonywać diagnostykę neuroobrazową oraz izotopowe badanie mózgu, które przybliżają nas do rozpoznania tej choroby i pozwalają uniknąć błędów; np. drżenie samoistne bywa błędnie diagnozowane jako choroba Parkinsona.

MT: Nadal nie ma terapii pozwalających spowolnić jej przebieg.

D.K.: Neurolodzy z dużą nadzieją patrzą w przyszłość. Na świecie jest prowadzonych wiele ciekawych badań nad neuroprotekcją. Być może przełożą się na wyniki, które pozwolą na spowolnienie tej choroby, a marzeniem byłoby zahamowanie jej chociażby na etapie tzw. miodowego miesiąca. Na razie nie ma możliwości zatrzymania zmian. Niemniej wczesna diagnoza jest istotna dla wdrożenia odpowiedniej terapii. Choroba Parkinsona może być skutecznie leczona objawowo, w niektórych przypadkach udaje się doprowadzić do całkowitego wyeliminowania objawów i przywrócenia pacjentowi komfortu życia na wiele kolejnych lat. Osoba dobrze leczona oraz rehabilitowana może pracować i prowadzić w miarę normalną aktywność na każdym innym polu.

Wybór metody leczenia zależy od wieku chorego, wieku zachorowania, obecności innych chorób i stosowania innych leków oraz od etapu choroby. Leki doustne zdają egzamin szczególnie na pierwszym etapie leczenia. W Polsce większość z nich jest dostępna: lewodopa, agoniści dopaminy, amantadyna, inhibitory MAOB. Istotne jest monitorowanie chorych, żeby wyłapać moment, kiedy kończy się „miodowy miesiąc”, a zaczynają powikłania ruchowe i pozaruchowe i konieczne staje się włączenie zaawansowanej terapii. Należy podkreślić, jak ważna w opiece koordynowanej jest właśnie ewaluacja leczenia i rehabilitacji. Stan zdrowia i wyniki zaleceń terapeutycznych

powinny być weryfikowane co kilka miesięcy i oceniane w odpowiednich skalach.

MT: Jaką mamy dostępność zaawansowanych terapii?

D.K.: Leczeniem z wyboru jest głęboka stymulacja mózgu – DBS (deep brain stimulation). Jednocześnie jest to najdłużej, bo od 2008 r., i najpowszechniej stosowana terapia zaawansowana. DBS ma udokumentowaną skuteczność i przekłada się na poprawę jakości życia. Jednak nie każdy chory kwalifikuje się do tej metody. Przeciwwskazaniem są zaburzenia poznawcze na poziomie otępienia, a także nasilone zmiany naczyniopochodne uwidocznione w badaniu obrazowym mózgu. Ci pacjenci mają do dyspozycji terapie infuzyjne: apomorfina podawaną we wlewie podskórnym oraz żel lewodopa/karbidopa we wlewie dojelitowym. Obie formy leczenia są terapiami drugiego rzutu, zarezerwowanymi dla pacjentów, u których wyczerpano standardowe sposoby leczenia. Infuzje weszły do Polski dopiero na przełomie 2017 i 2018 r. Chorych tak leczonych jest ok. 80. Z pewnością więcej pacjentów powinno być zakwalifikowanych do zaawansowanych terapii.

MT: Dlaczego nie wszyscy chorzy otrzymują optymalne leczenie?

D.K.: Sporą przeszkodą są problemy organizacyjne. Terapie infuzyjne wymagają przeszkolenia zespołów zajmujących się chorymi, zatrudnienia pielęgniarki parkinsonowskiej. Oddziały neurologiczne są przepełnione i cierpią z powodu niedoborów kadrowych, co powoduje, że terapie planowe schodzą na dalszy plan w stosunku do chorych przyjmowanych w trybie ostrym. Innym problemem są kolejki oczekujących na przyjęcia ambulatoryjne lub hospitalizację w celu kwalifikacji do odpowiedniej metody leczenia. Poza tym od 10 lat borykamy się z niewłaściwym prowadzeniem chorych po zabiegach DBS. Żeby to zmienić, powinny być stworzone neurologiczne poradnie stymulatorowe. Dziś chorzy po operacjach trafiają do ośrodków rejonowych, które nie są przygotowane na ich dalsze prowadzenie.

MT: W założeniach Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad pacjentem z chorobą Parkinsona (KOS-ChP) ważne miejsce zajmuje rehabilitacja.

D.K.: Rehabilitacja ruchowa i neurologiczna ma znaczenie na każdym etapie choroby. Należy ją wdrożyć możliwie najszybciej, ponieważ poprawia jakość życia i w sposób istotny chroni pacjenta przed powikłaniami związanymi np. z upadkami oraz złamaniami. Ocena skuteczności terapii rehabilitacyjnej w chorobie Parkinsona jest tematem wielu badań naukowych. Z badań na zwierzętach wynika, że rehabilitacja może mieć działanie spowalniające postęp choroby dzięki ochronie szlaków dopaminowych przed uszkodzeniem. Zobaczmy, co przyniesie przyszłość. Ale dziś są już udokumentowane przesłanki proponowane np. przez prof. Bastiana Bloema, który opracował unikalny system rehabilitacji chorych z chorobą Parkinsona w Holandii. Udowodnił,





że regularne i profesjonalne zajęcia terapeutyczne mogą zmniejszyć liczbę groźnych upadków powikłanych złamaniem szyjki kości udowej. A to, jak możemy sobie wyobrazić, istotnie przekłada się na redukcję śmiertelności.

MT: Jakie warunki powinien spełnić ośrodek, który wejdzie do programu?

D.K.: Placówki, które będą realizować KOS-ChP, muszą zapewnić koordynację leczenia i dostęp do świadczeń z zakresu pełnej diagnostyki, hospitalizacji na oddziale neurologii, konsultacji specjalistów oraz rehabilitacji prowadzonej według indywidualnie opracowanego programu. Taką opiekę jest w stanie zorganizować tylko wielospecjalistyczny zespół referencyjny złożony z neurologa, pielęgniarki parkinsonowskiej, neuropsychologa, neurologopedy, neurochirurga oraz zespołu rehabilitantów, w niektórych przypadkach także z dietetyka. Dlatego konieczny jest wybór ośrodków referencyjnych, które mają odpowiednie doświadczenie, kompetencje i zaplecze umożliwiające kompleksowe prowadzenie terapii.

Uważam też, że osią opieki może być pielęgniarka parkinsonowska, której rola jest dziś niedoceniana. Taką osobą powinna być dostępna dla chorych i ich opiekunów 24 godziny na dobę, chociażby dyżurując pod telefonem, żeby w razie wątpliwości mieli do kogo zwrócić się o pomoc. Dzisiaj często pielęgniarki udostępniają pacjentom swoje prywatne telefony, ale po pierwsze nie muszą tego robić, po drugie nikt im za to nie płaci. Dlatego trzeba to rozwiązać systemowo.

MT: Ile ośrodków w Polsce jest na to gotowych organizacyjnie i kadrowo?

D.K.: Myślę, że około 10-12 ośrodków w Polsce, łącznie z naszym, jest w stanie spełnić warunki pilotażu. Przede wszystkim są to placówki, które prowadzą terapię zaawansowaną oraz mają zaplecze rehabilitacyjne. Pamiętajmy jednak, że dyrekcje szpitali wejdą do pilotażu pod warunkiem, że nie będą musiały z tego powodu zadłużać zarządzanych przez siebie placówek. Na razie niewiele wiemy o finansowaniu programu pilotażowego.

MT: Jakie są szacowane koszty pilotażu?

D.K.: Tego również nie wiemy. Czekamy na rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia w sprawie KOS-ChP. Pamiętajmy jednak, że właściwe diagnozowanie i wybór terapii są opłacalne. Zdarza się, że drżenie samoistne jest błędnie rozpoznane jako choroba Parkinsona i zupełnie niepotrzebnie leczone drogimi lekami dopaminowymi, a to konkretny koszt dla płatnika. To tylko jeden przykład, a takich kosztownych pomyłek w przypadku choroby Parkinsona może być wiele. Dobrze opracowana terapia i rehabilitacja przekłada się na lepszy stan pacjenta, rzadsze leczenie powikłań i mniejszą liczbę hospitalizacji.

MT: Powinniśmy liczyć też koszty społeczne. Szacuje się, że ZUS co roku wydaje blisko 50 mln zł na renty z tytułu niezdolności do pracy z powodu objawów ruchowych i psychicznych choroby Parkinsona. Wydatki pośrednie wiążą się też z utratą produktywności tej

grupy pacjentów oraz ich opiekunów i wynoszą kolejne ok. 113 mln zł rocznie.

D.K.: Tym bardziej że choroba Parkinsona nie zawsze dotyczy ludzi starszych, u części pacjentów ma początek w trzeciej dekadzie życia. Średni wiek zachorowania to 58 lat, czyli nadal są to osoby w wieku produkcyjnym. Absencja zawodowa z powodu choroby z pewnością generuje straty dla systemu ochrony zdrowia oraz ubezpieczeń społecznych. Przywrócenie tych osób na rynek pracy jest efektem, którego byśmy oczekiwali. A mówimy o chorobie, którą w Polsce może być dotkniętych 100 tys. osób. Efektywne leczenie ze wszech miar się opłaca. Mijmy nadzieję, że pilotaż docelowo przełoży się na wprowadzenie opieki koordynowanej, którą będą objęci wszyscy pacjenci, najbliżej swojego miejsca zamieszkania.

MT: Twórcy programu apelują też o utworzenie centralnego rejestru chorych na chorobę Parkinsona.

D.K.: To pozwoliłoby na większą skalę monitorować postęp choroby i ocenić jakość leczenia. Dzisiaj pacjenci dostają jedną z terapii, ale nie wiemy, czy dobrze na nią odpowiadają. Nie wiemy, jaka jest skala powikłań po metodach inwazyjnych, ponieważ tego nie badamy.

ZAŁOŻENIA KOMPLEKSOWEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ NAD PACJENTEM Z CHOROBA PARKINSONA (KOS-CHP)

W ramach modelu będą realizowane:

- kompleksowe świadczenia dla pacjenta z chorobą Parkinsona wykonywane u jednego świadczeniodawcy, wraz z premiowaniem jakości leczenia,
- plan leczenia jako optymalny element zarządzania chorobą,
- Ogólnopolski Rejestr Pacjentów z Chorobą Parkinsona.

Świadczenia w ramach Koordynowanej Opieki Nad Pacjentem z ChP obejmują diagnostykę i terapię realizowaną na rzecz pacjenta.

- przeprowadzenie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wykonanie niezbędnych badań i konsultacji, z wyłączeniem badań potwierdzających wstępne rozpoznanie.
- zaordynowanie niezbędnych leków i wyrobów medycznych.
- w razie potrzeby zapewnienie konsultacji innych lekarzy specjalistów.
- zapewnienie dostępu do rehabilitacji leczniczej w ramach programu rehabilitacyjnego opracowanego dla każdego pacjenta.
- przeprowadzenie edukacji zdrowotnej.
- przeprowadzenie konsultacji psychologicznej chorego i jego rodziny.

Źródło: „Model kompleksowej i koordynowanej opieki nad pacjentem z chorobą Parkinsona jako nośniki wartości zdrowotnej”. Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelnia Łazarskiego w Warszawie, Warszawa, 2018 r.

(przedruk z „Medical Tribune” nr 10/19)

RAK JAJNIKA – NOWE PERSPEKTYWY LECZENIA

Rozmowa z dr hab. n. med. Radosławem MAŁDYM, ginekologiem-onkologiem, kierownikiem Oddziału Ginekologii Onkologicznej w Szpitalu Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, członkiem zarządu Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, przewodniczącym Polskiej Grupy ds. Raka Jajnika

Ile kobiet w Polsce zapada na raka jajnika?

Rocznie mamy ok. 3,5 tys. zachorowań, najczęściej u kobiet w wieku około i pomenopauzalnym, rzadko przed 40. rokiem życia. Zdarzają się jednak także u dziewczynki i kobiet po 70. roku życia. Około 2/3 chorych umiera w ciągu pierwszych 5 lat, a wyleczalność nie przekracza 20%.

Dlaczego tak się dzieje?

Jest to nowotwór, którego nie potrafimy wykryć wcześnie, bo nie mamy narzędzi do badań przesiewowych. Nie wychytujemy stanów przedrakowych. Jest to problem ogólnościowy. Około 70% chorych zgłasza się do lekarza, kiedy rak jest już rozsiany.

Wśród kobiet, które są nosicielkami mutacji genu BRCA1/2, nowotwór ten występuje częściej niż w grupie bez tej mutacji. Podłoże genetyczne dotyczy 20–25% pacjentek z rakiem jajnika.

Jakie są jego objawy?

Są niespecyficzne i mogą występować już rok przed rozpoznaniem. Najczęściej dotyczą przewodu pokarmowego. Są to puste odbijania, zaparcia, luźne stolce, uczucie pełności w brzuchu. Pojawiają się też objawy ze strony układu moczowego – uczucie jak przy zapaleniu pęcherza moczowego oraz dolegliwości związane z wypróżnianiem się. U kobiet po menopauzie może występować płamienie. Klasyczna kombinacja objawów wskazująca na raka jajnika to: płyn w jamie brzusznej, guz w przydatkach oraz wysoki marker CA 125. Do pełnego rozpoznania potrzebny jest materiał histopatologiczny.

Co wiemy o naturze tego nowotworu?

Jest agresywny i często przebiega szybko. Jego komórki łatwo złuszczać się z nabłonka pokrywającego jajnik lub z jajowodu i krążą w jamie brzusznej, wszczepiając się w różne miejsca. Bywa, że znajdujemy zaawansowany rak jajnika u kobiety, która 3 miesiące wcześniej była u ginekologa i nic niepokojącego się nie działo.

W Polsce umieralność z powodu raka jajnika rośnie i jest o 15% większa niż w innych krajach. Czy jest nadzieja na poprawę?

Ogromne szanse daje diagnostyka molekularna, która pozwala wykrywać osoby z mutacją genów, głównie BRCA1/2. Tym osobom możemy zaproponować leczenie wydłużające czas do progresji. Ponadto po wykryciu patogennej mutacji u danej kobiety, możemy przeprowadzić badania genetyczne w jej rodzinie i w razie potrzeby zaproponować działania zmniejszające ryzyko raka – usunięcie jajowodów i jajników. Ta metoda zmniejsza ryzyko rozwoju nowotworów jajnika z 50–60% do około 4%.

W Izraelu, gdzie badania genetyczne i działania operacyjne redukujące ryzyko są bardzo zaawansowane, liczba nowych zachorowań na raka jajnika spada.

Jak leczy się raka jajnika?

Leczeniem skojarzonym: operacyjnym i chemioterapią. Podstawą leczenia operacyjnego jest laparotomia, czyli otwarcie jamy brzusznej i usunięcie macicy, jajników z jajowodami oraz zmian nowotworowych z intencją do całkowitego usunięcia tych zmian. Po zabiegu operacyjnym u 90% chorych stosujemy chemioterapię (*karboplatyna z paklitakselem*). Część chorych może w trakcie chemioterapii i po niej otrzymać dodatkowo trzeci lek – *bewacyzumab*. Pacjentki, u których nie można przeprowadzić takiego zabiegu, po uzyskaniu wyniku histopatologicznego – obecnie głównie drogą laparoskopii poddawane są chemioterapii neoadjuwantowej składającą się z trzech powyższych leków.

Czym jest ten trzeci lek?

Jest to przeciwciało monoklonalne, które wpływa na hamowanie tworzenia się naczyń krwionośnych. Wydłuża życie pacjentek z zaawansowanym rakiem jajnika o około 10 miesięcy. Po zastosowaniu chemioterapii u 70% pacjentek uzyskujemy całkowitą lub częściową odpowiedź na leczenie. Problem z rakiem jajnika polega jednak na tym, że po pierwszej linii leczenia u około 70% chorych dochodzi do wznowy. Jeżeli jednak te kobiety będą miały odpowiednio długą przerwę przed wznową, mogą otrzymać następną chemioterapię. Jeżeli uzyskają odpowiedź na leczenie szansą na wydłużenie czasu do progresji jest zastosowanie jako terapii podtrzymującej *inhibitorów PARP*.

Czym są inhibitory PARP?

Jest to nowa grupa leków molekularnych, które hamują wzrost nowotworów. Takim lekiem możemy leczyć osoby, które uzyskały odpowiedź na leczenie w I linii albo po wznowie (w II, III czy IV linii). Jest to wspomniane leczenie podtrzymujące, w postaci tabletek lub kapsułek. Badania wskazują, że leki te znacznie opóźniają progresję choroby zarówno po I linii leczenia (z około 10,4 do 22 miesięcy), jak i po wznowie (z ok. 5,5 miesiąca do ok. 19–21 miesięcy). Nie mamy jeszcze danych dotyczących całkowitego czasu przeżycia. Największą korzyść ze stosowania inhibitorów PARP odnoszą pacjentki z mutacją genów BRCA1/2.

Czy leki te są dostępne w Polsce?

Tak, mamy program terapeutyczny finansowany przez NFZ. Wskazania dotyczą jedynie leczenia po wznowie. Lek dostępny w Polsce jest refundowany jedynie do stosowania u osób z mutacją BRCA. Dla pacjentek bez tej mutacji terapia podtrzymująca inhibitorami PARP nie jest obecnie refundowana.

» Gdzie powinno się leczyć raka jajnika?

W wyspecjalizowanych ośrodkach. Pacjentką powinien zajmować się zespół lekarzy – ginekolog-onkolog, chirurg onkolog, onkolog kliniczny, genetyk, histopatolog i radiolog. To pozwala na szybką ścieżkę leczenia. Niestety, część pacjentek w Polsce jest leczona w ośrodkach, które nie mają odpowiedniego doświadczenia i sprzętu. Daleko nam np. do Holandii czy Szwecji, gdzie leczenie raka jajnika odbywa się tylko w akredytowanych placówkach.

Co jest ważne w profilaktyce raka jajnika?

Istotna jest możliwość zmniejszania częstości owulacji. U kobiet, które miały liczne ciążę, długo karmiły piersią lub stosują antykoncepcję hormonalną zmniejsza się częstość występowania raka jajnika. Czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia raka jajnika jest natomiast otyłość, a także hormonalna terapia zastępcza.

8 maja obchodzimy Światowy Dzień Świadomości Raka Jajnika, którego symbolem jest turkusowa kokardka. Podsumowując – na jakim etapie jesteśmy?

W ostatnich latach dokonał się przełom w diagnostyce molekularnej i leczeniu *inhibitorami PARP*, z którego nasze pacjentki mogą korzystać. Za pieniądze NFZ można wykonać zaawansowane badania genetyczne. W grupie chorych z mutacją genów BRCA1/2 możliwość zastosowania *inhibitorów PARP* zmienia ich los, bo istotnie wydłuża czas do progresji choroby. Sądzę, że w krótkim czasie połowa naszej populacji chorych z rakiem jajnika będzie miała bardzo długie okresy remisji. Może nawet będziemy mieli szansę na istotną poprawę wyleczalności.



Autoryzowany wywiad prasowy przygotowany przez Stowarzyszenie Dziennikarzy dla Zdrowia w związku ze Światowym Dniem Świadomości Raka Jajnika, 8 maja 2020, *Quo vadis medicina*, XXII edycja, „Rak jajnika – niespodziewane zagrożenie”

SZTUCZNA INTELIGENCJA W MEDYCYNIE. FAKTY I MITY

Wraz z rozwojem technologii komputerowych, również do medycyny zawitało pojęcie sztucznej inteligencji. Samo określenie AI (Artificial Intelligence) zostało wymyślone już w 1956 r. przez amerykańskiego informatyka Johna McCarthy'ego.

AI kontra człowiek

W dzisiejszym rozumieniu, AI definiujemy ją jako hipotetyczną inteligencję realizowaną w procesie inżynierijnym. Do algorytmów sztucznej inteligencji zaliczamy zarówno algorytmy odczytujące pismo (OCR), rozpoznające mowę, ale również sieci neuronowe dokonujące samodzielnej analizy i wnioskowania.

Daleko dziś jeszcze procesom AI do filmowych robotów imitujących człowieka i działających niezależnie. Aczkolwiek wielu ekspertów uważa, że w ciągu najbliższych kilkudziesięciu lat osiągnięty zostanie poziom „ludzki” w dziedzinie AI. Algorytm taki, po przekroczeniu pewnej umownej granicy, uczyłby się, wyciągał wnioski i podejmował samodzielne decyzje. Za granicę taką uważa się uzyskanie przez algorytm poczucia samostanowienia i tożsamości. Autorzy literatury science-fiction podnoszą, że byt, który uzyska świadomość, stworzy instynkty, w tym najważniejszy – instynkt przetrwania. A stąd już bliska droga rozumowania do tego, iż należy eliminować zagrożenia dla własnego istnienia. Podążając za twórcami filmu „Terminator”, trudno nie zgodzić się z tym, iż od stwierdzenia zagrożenia do jego eliminacji przez AI dzielą tylko bariery technologiczne. Byt pozbawiony uczuć, podejmujący decyzje na podstawie zero-jedynkowych obliczeń, wyeliminuje największe zagrożenie

dla swojego istnienia, jedyny gatunek zdolny go wyłączyć – nas, ludzi.

Precyzja algorytmów

Na szczęście pozostało nam technologicznie jeszcze wiele wyzwań do rozwiązania zanim stworzymy taki byt, który nam zagrozi. Dziś zagrożenie AI dla gatunku ludzkiego możemy potraktować jako mit. Na pewno faktem jest obecność prostszych procesów AI w medycynie. Spotykamy je na każdym kroku. Upowszechnienie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej (EHR) spowodowało rozwój algorytmów do rozpoznawania pisma i mowy. Wiele systemów umożliwia lekarzowi wprowadzanie danych medycznych poprzez ich dyktowanie lub pisanie w postaci odręcznych notatek rozpoznawanych przez algorytm AI.

Ale mechanizmy sztucznej inteligencji odpowiadają nie tylko za rozpoznawanie lekarskich bohomazów. Coraz powszechniej wykorzystuje się sztuczną inteligencję w radiologii i patomorfologii. AI analizuje obraz radiologiczny lub mikroskopowy, porównuje go z posiadaną bazą danych i proponuje diagnozę. W dużych badaniach naukowych, rozwiązania takie uzyskują dokładność zbliżoną, a czasem lepszą od wyników osiąganych przez lekarzy radiologów czy też patomorfologów. Niestety nie możemy zapominać, że dokładność diagnozy postawionej przez AI zależy od jakości materiału porównawczego jaki wprowadzono do systemu. Dobry algorytm wymaga dziesiątków tysięcy materiałów porównawczych. Co ważne, znaczenie ma nie tylko ilość, ale i jakość danych, jak również porównywalność techniki i warunków, w jakich wprowadzono materiał badany

i porównawczy. Ogromną pracę należy włożyć nie tylko w napisanie algorytmu, ale i także dobór materiału do analizy. Wyobraźmy sobie, że AI „nakarmimy” dwoma tysiącami zdjęć zeskanowanych z klisz RTG, na których nie ma raka płuc i dwustu z rakiem w różnych miejscach kliszy. Jeżeli na stu piętnastu z nich ktoś wydrapał strzałkę wskazującą podejrzenie o nowotwór miejsce, to z dużym prawdopodobieństwem system rozpozna jako patologiczny obraz zdrowych płuc z wydrapaną strzałką. Ten przykład oczywiście jest przejawiskawiony, ale nie wolno zapominać, że AI w takich systemach jedynie wychwytyje piksele różniące się od zapisanego wzorca. Te systemy nie myślą, a jedynie porównują.

Automatyzacja analizy danych

Innym przykładem zastosowania AI są wyszukiwarki interakcji lekowych. W wielu systemach tzw. e-recepty, lekarz wpisując nazwę leku uruchamia „w tle” algorytmy, które nie tylko wyszukują w bazach danych leków dotychczas zapisanych pacjentowi, ale także uwzględniają ich wzajemne interakcje. Systemy AI potrafią wyświetlić ostrzeżenie o leku o podobnym działaniu, ale przede wszystkim ostrzec przed możliwym działaniem niepożądanym. Algorytmy te, czerpiąc dane z elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta, potrafią na etapie wystawiania e-recepty zaproponować lekarzowi zmianę dawkowania z uwagi na chociażby zapisaną w EHR niewydolność nerek. Szkoda, że tego typu popularnych i łatwych do opracowania funkcjonalności nie wdrożono w polskiej e-receptie. Pozostają komercyjne bazy danych, dostępne także w Polsce odczytujące leki z dokumentacji pacjenta i ostrzegające przed interakcjami.

Coraz powszechniej używane są systemy eksperckie, polegające na wspomaganie pracy lekarza. Co prawda jeszcze daleko im do znanego z popularnego serialu „Star-Trek” tricodera, czyli podręcznego urządzenia wspomagającego kosmicznych lekarzy. Ale i w obecnej postaci, zbierając i porównując ogromne bazy danych, są dużym wsparciem dla lekarzy. Lekarz, badając pacjenta, wprowadzając jego dane medyczne do historii choroby, uruchamia w ten sposób wirtualne wsparcie, które porównuje dane z zapisaną literaturą naukową i po dokonaniu analizy zadaje lekarzowi dodatkowe pytania. Po uzyskaniu odpowiedzi, sugeruje diagnozę i sposób postępowania. Wszystko odbywa się w pełni automatycznie i bardzo szybko. Szczególnie w przypadku rzadkich chorób niespotykanych przez lekarza na co dzień, systemy takie niosą nieocenione wsparcie.

Rozwiązania tego typu zbliżają się wiedzą do wiedzy lekarza. Są w stanie czerpać dane z urządzeń telemedycznych, samodzielnie zlecać i przeprowadzać dodatkowe analizy, a także stawiać diagnozę i wdrażać terapie. Należy pamiętać, że algorytmy będą tak dokładne, jak zakres i jakość wiedzy medycznej, na których bazują.

Wyzwania dla sztucznej inteligencji

Czym urządzenie chce być bardziej przyjazne użytkownikowi, tym niestety rośnie komplikacja wprowadzanych danych i możliwość pomyłki. Wyobraźmy sobie najmniej przyjazny interfejs polegający na wypełnianiu pół wyboru. Wprowadzając płeć pacjenta, dając pole wyboru K/M, praktycznie rozwiązujemy problem. Możemy oczekiwać, że dane odnośnie płci zostaną wprowadzone poprawnie. Sprawa skomplikuje się, jeżeli pozostawimy możliwość wprowadzenia płci z klawiatury. W takim przypadku możemy się spodziewać wpisów „męska”, „mężczyzna” „m”, „k”, „kobieta”, „żeńska”, „ż” o kombinacjach wielkich i małych liter, o rozpoznawaniu polskich znaków nie wspominając. Programista musi przewidzieć wszystkie możliwości. Jeszcze większym wyzwaniem jest wprowadzenie interfejsu rozpoznawania mowy. Dowolność i swoboda w udzielaniu odpowiedzi może nieść problemy nawet w tak podstawowym pytaniu, jak pytanie o płeć, zażywane leki i przebyte choroby.

Dlatego dziś w pełni autonomicznie komunikujące się z pacjentem systemy są domeną fantastyki. I to nie z powodu ogromu wiedzy medycznej, ale trudności stworzenia interfejsów. Jak na razie wsparcie personelu medycznego wydaje się niezbędne. Potrzeba stworzenia w pełni autonomicznych systemów AI w medycynie pojawiła się na dość nieoczekiwanej drodze – drodze do gwiazd. Załogowa misja na Marsa jest coraz bliżej. Raczej nie należy się spodziewać tego, że w każdej załodze znajdzie się lekarz, a niestety wraz z odległością od ziemi, telemedycyna zależna od łączności traci na znaczeniu. Wymagane będą w takich misjach autonomiczne systemy diagnozujące i podejmujące decyzje terapeutyczne.

Podobnie jak misje kosmiczne wpłynęły na rozwój silników rakietowych, półprzewodników i izolatorów termicznych, tak i w dziedzinie rozwoju sztucznej inteligencji w zastosowaniach medycznych możemy w najbliższych latach spodziewać się przełomu.

Najważniejszym pytaniem, jakie zadają sobie dziś zarówno pacjenci jak i lekarze, jest: „czy sztuczna inteligencja zastąpi lekarza?” Czy jest w stanie postawić diagnozę porównywalną do tej stawianej przez lekarza? Wydaje się, że dziś w ograniczonym zakresie jest w stanie zastąpić lekarza w patomorfologii, radiologii. W innych dziedzinach bez wątpienia jest w stanie ustrzec lekarza przed popełnieniem błędów i wesprzeć go w diagnozie. Wraz z rozwojem baz danych medycznych i sprawnością algorytmów, znaczenie AI będzie rosło, tak samo jak autonomia sztucznej inteligencji w medycynie. O ile jednak jestem w stanie wyobrazić sobie jeszcze za mojego życia automatycznych lekarzy leczących w kosmos i leczących astronautów, to ja też nie mogę sobie wyobrazić robota wykonującego cięcie cesarskie. I co najważniejsze – medycyna to nie tylko ciało, ale i psychika. Sztuczna inteligencja nie zastąpi lekarza trzymającego dłoń umierającego pacjenta.

Wojciech ZAWALSKI (przedruk z „OSOZ” nr 1/20)

OLEOKANTAL – REMEDIUM W PROFILAKTYCE CHORÓB CYWILIZACYJNYCH

Rozmowa z dr hab. n. med. Gretą WOŹNIAK – Kliniknym Neurofizjologiem Uniwersytetu Cypryjskiego w Nikozji

Prowadzi Pani badania kliniczne nad działaniem wysokopolifenolowych oliw z pierwszego tłoczenia, które przynoszą różnorodne korzyści zdrowotne. Dotychczasowe wyniki wskazują na możliwość wykorzystania tych wysokopolifenolowych oliw w leczeniu wspomagającym choroby neurodegeneracyjne takie jak stwardnienie rozsiane czy też we wczesnych objawach demencji typu Alzheimer. Które, z substancji zawartych oliwach wykazują takie właściwości?

Od czasów starożytnej Grecji oliwa była niezbędnym elementem codziennej diety. W Kodeksie Hipokratesa istnieje ponad sześćdziesiąt zastosowań leczniczych oliwy z oliwek, w szczególności przeciwko chorobom skóry, a Homer nazywał ją „złotym płynem”. W oliwie z oliwek zostało odkrytych ponad 200 różnych związków chemicznych, w tym kwasy tłuszczowe, sterole, karotenoidy, terpenoidy, lawonoidy – luteolina, tokoferole i polifenole. Do tej pory natomiast uważano, że oliwa z oliwek, ze względu na zawartość nienasyconych kwasów tłuszczowych ma dobroczynne właściwości zdrowotne.

Polifenole są to drugorzędne metabolity wtórne występujące w oliwie z oliwek, które składają się z wielu struktur fenolowych. Przykładami głównych polifenoli z oliwek są tyrozol, hydroksytyrozol, oleokantal, oleaceina, ligstrozyd czy też oleuropeina. Spośród tych polifenoli oleokantal zwrócił naszą uwagę, ze względu na interesujące działania biologiczne udokumentowane w badaniach in vitro, które potwierdzają silne właściwości przeciwzapalne, antyoksydacyjne, chemoprewencyjne oraz immunomodulujące, dlatego jest uznawany obecnie za potencjalny środek terapeutyczny przeciwko chorobom neurodegeneracyjnym, sercowo-naczyniowym i nowotworowym. Oleokantal jest fenolem o silnym działaniu przeciwzapalnym porównywalnym do ibuprofenu.

Właśnie ten efekt działania wykorzystaliśmy w badaniach in vitro. Oleokantal powstaje w wyniku reakcji chemicznych zachodzących w trakcie procesu przetwarzania zielonych (niedojrzałych) oliwek wykorzystywanych do produkcji oliwy wysokopolifenolowej. W badaniach, które prowadzimy, wykorzystujemy wysokopolifenolową oliwę Eliama D.V. Gold (wytworzoną z kretańskiej odmiany oliwek Koroneika gdzie cały proces produkcji odbywa się pod ścisłą kontrolą laboratoryjną). Eliama D.V. Gold jest certyfikowana przez European Food Safety Authority (EFSA), oznakowana Health Claim oraz spełnia warunki Rozporządzenia Komisji Europejskiej nr 432/2012. Zgodnie z tym rozporządzeniem oliwa musi zawierać od-

powiednią ilość substancji mających działanie prozdrowotne. Średnie wartości określone w tym rozporządzeniu wynoszą: 135 mg/kg dla oleokantalu oraz 105 mg/kg dla oleaceiny. Eliama D.V. Gold wielokrotnie przekracza minimalne normy zalecane przez to rozporządzenie, dlatego jako jedyna została wybrana do naszych badań klinicznych w chorobach neurodegeneracyjnych.

Na jakim etapie są badania kliniczne które Pani prowadzi?

Badania kliniczne prowadzę we współpracy z dr Magdą Tsolaki z Uniwersytetu Arystotelesa w Salonikach, Ordynatorem Oddziału Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala AHEPA, jak również z Narodowym Uniwersytetem w Atenach oraz ze Światowym Centrum Oliwy dla Zdrowia (World Olive Center for Health), które zaczęły się w 2019 r. w marcu i planujemy zakończyć końcem 2021 r. W badaniach uczestniczy 150 pacjentów zdiagnozowanych z pierwotnie i wtórnie postępującym stwardnieniem rozsianym, przy skali niepełnosprawności ≥ 4 według EDSS (rozszerzona skala stanu niepełnosprawności), oraz z objawami świadczącymi o zaburzeniach funkcji poznawczych według m.in. skali Frontal Assessment Battery (FAB), Brief International Cognitive Assessment MS (BICAMS).

Pacjenci uczestniczący w badaniach mają problem z koncentracją, ogólne spowolnienia wykonywania codziennych czynności czy też zapamiętywania informacji. Zaburzenia funkcji poznawczych to jedno z objawów, które widoczne są w wyniku narastającego zmniejszenia objętości mózgu, a tym samym pogorszenia jakości życia. Jak do tej pory niestety nie ma leku, który mógłby usprawnić czy też dopomóc funkcjom poznawczym i choćby w małym procencie ograniczyć proces atrofii mózgu. W naszych badaniach klinicznych (randomizowane, podwójnie zaślepienie, kontrolowane prospektywne Randomized, Double Blind, Controlled Prospective Study), wprowadzamy w codzienną dietę naszych pacjentów wysokopolifenolową Eliama D.V. Gold Health Claim o wysokim stężeniu oleokantalu. Zalecana dzienna dawka wynosi 40 mg (50 ml). Jej wielkość określona jest na podstawie wcześniejszych prowadzonych badań klinicznych, według których polifenole podawane w takich ilościach wykazują swoje działania przeciwzapalne i neuroprewencyjne. Możliwość zahamowania procesu atrofii mózgu jest szczególnie ważna, gdyż może to zapobiec pogorszeniu funkcji poznawczych u pacjentów z tym typem stwardnienia rozsianego, jak również postępowi niepełnosprawności fizycznej.

W naszych badaniach, modulując oś mózgowo-jelitową wykorzystujemy wysokopolifenolową oliwę, doprowadzając do zmniejszenia działania czynników de-

strukcyjnie wpływających na komórki nerwowe oraz ich połączeń synapsowych poprzez ograniczenie mechanizmu demielinizacji mózgu. W teorii naszych badań klinicznych, trzewne informacje z układu pokarmowego wpływają na funkcjonowanie mózgu, a sygnały z mózgu wpływają na modalność ruchową, czuciową i wydzielniczą układu pokarmowego.

Wysokopolifenolowa oliwa, którą wykorzystujemy w naszych badaniach zwiększa przeżywalność neuronów poprzez ich działanie na szlaki sygnałowe kinazy, 3-kinazy fosfoinozytydowej (PI3K/Akt) oraz kinazy białkowej aktywowanej mitogenem (MAPK) regulowanej kinazą pozakomórkową (ERK), wpływając na rozwój ośrodkowego układu nerwowego. Ponadto wykazuje działanie anty-apoptotyczne poprzez zwiększenie stosunku białka BCL-2 do aktywacji efektorów Bax (BCL-2/Bax) poprzez zwiększenie ekspresji BCL-2 a zmniejszenie ekspresji Bax. Mamy więc pomocną modulację interakcji między białkami z rodziny BCL2, które są odpowiedzialne za apoptozę komórek. Ponieważ wiele chorób przewlekłych, takich jak stwardnienie rozsiane czy też inne choroby neurodegeneracyjne, ma ukryte podłoże zapalne i oksydacyjne. Oleokantal jest obiecującym środkiem zapobiegawczym przeciwko tym schorzeniom.

Na dzień dzisiejszy mamy bardzo obiecujące wyniki badań, nie chciałabym zapeszać, ale widzimy polepszenie stanu pacjentów zarówno w funkcjach poznawczych jak i funkcjach fizycznych, które potwierdzają badania follow up oraz nasze relacje z pacjentami. Badania wciąż trwają, czekamy na końcowe wyniki, które przedstawię w nadchodzącym roku 2021.

Pozytywne działanie wykazuje również wprowadzenie Eliama D.V. Gold w diecie u dzieci ze spektrum autystycznym. Efekty potwierdzają rodzice podający Eliama D.V. Gold dzieciom w ramach terapii. Jedna z klinik niemieckich prowadzi badania nad zastosowaniem oliw wysokopolifenolowych jako suplement diety u chorych na łuszczycę. Z przekazanych raportów wynika, że efekty są bardzo obiecujące. Nadchodzące do nas pozytywne sygnały od pacjentów uczestniczących w różnych badaniach opartych na terapiach z zastosowaniem w diecie oliwy wysokopolifenolowej świadczą o jej szerokim spektrum działania.

Zmiany środowiskowe zaszły już tak daleko, że kluczowa jest zmiana stylu życia całego społeczeństwa. Uboża wartość odżywcza współcześnie spożywanych pokarmów, jak i ich zanieczyszczenie chemiczne zmusza nas do wspierania organizmu naturalnymi produktami o wysokiej wartości biologicznej. Jednym z takich produktów jest oliwa wysokopolifenolowa, której regularne i długofalowe spożywanie uzupełnia naszą dietę o cenne związki i składniki odżywcze wzmacniające i chroniące nasz organizm.

Możemy zadać sobie pytanie czy nie prościej suplementować polifenole w tabletkach? Oczywiście, prowadzone są próby wyekstrahowania oleokantalu i oleaceiny

w celu stosowania ich w farmakologii. Niestety okazało się, że problemem nie do pokonania jest w chwili obecnej rozkład tych fenoli, do którego dochodzi podczas ich ekstrakcji. Ponowna synteza tych związków jest zaś bardzo skomplikowana ze względu na ich niestabilność w środowisku wodnym. Poza tym polifenole w takiej postaci wykazują niską wydajność i nie mają takich właściwości prewencyjnych jak te, które występują w stanie naturalnym. Ponadto oleokantal oraz inne związki zawarte w naturalnej oliwie działając na siebie synergicznie wzmacniają nawzajem swoje terapeutyczne działanie.

Już w czasach (469–399 p.n.e) grecki ilozof Sokrates podkreślał „*jemy, aby żyć, nie żyjemy aby jeść*”, jak też Galenus i inni filozofowie udowadniali podstawę związku między dietą a zdrowiem cielesno-duchowym. Stwierdzenie Hipokratesa (460–370 p.n.e.) „*Niech pożywienie będzie lekarstwem, a lekarstwo pożywieniem*” czy też stwierdzenie „*wszystkie choroby pochodzą od jelita*”, powinno nam służyć jako drogowskaz w zdrowym trybie życia.

W naszych badaniach kierujemy się maksymami, które są ponadczasowe i zawsze będą aktualne!!!

Które odmiany oliwek są szczególnie bogate w te lecznicze polifenole. Od czego zależy zawartość tych substancji w oliwkach?

Niektóre polifenole występują już w samych oliwkach, a część z nich, jak oleokantal, oleacyna i oleuropeina powstają dopiero w momencie wytłaczania. Dlatego proces produkcji i przechowywania oliwy jest bardzo ważny. Odmiana, jak i położenie geograficzne drzew oliwnych, stadium dojrzewania, stopień nawadniania oraz warunki klimatyczne modulują skład polifenolowy oliwy.

Oliwy wysokopolifenolowe wytwarzane są z różnych odmian oliwek. Ja prowadzę badania na odmianie Koroneiki, która występuje w konkretnych regionach na terenie Grecji dokładnie na Krecie w okolicy Agia Varvara.

Nie wszystkie oliwy z oliwek mają takie same własności, mam tutaj na uwadze EVOO (Extra Virgin Olive Oil, kwasowość <0.8). Dostępnych jest wiele rodzajów oliw polifenolowych, o zawartości od 250 do 300 mg polifenoli/kg i spełniają one wymagania rozporządzenie Komisji UE 432/2012. Ale są również dostępne oliwy wysokopolifenolowe o zawartości polifenoli pomiędzy 1000–2000 mg w 1 kg oliwy – jest to dokładnie 960 gr czyli 1 litr oliwy. Do wysokopolifenolowych EVOO zaliczają się oliwy o zawartości polifenoli powyżej 800 mg/960 gr oliwy i taką właśnie jest oliwa Eliama D.V. Gold, na której prowadzimy badania.

Jak rozróżnić w handlu oliwy polifenolowe, czy mają swoje oznaczenia?

Oliwa EVOO jest produktem, w którym polifenole mogą występować w bardzo różnych stężeniach. Dlatego trzeba odróżnić oliwy polifenolowe – wysokopolifenolowe od zwykłych Oliw Extra Virgin. Oliwa wysokopolifenolowa powinna posiadać certykat o zawartości polifenoli, oraz wpis Komisji UE 432/2012, informujący o minimalnej (5 mg/20 gr oliwy) zawartości oleokanta-



lu (oliwy polifenolowe). Natomiast oliwa wysokopolifenolowa musi być oznaczona dodatkowo naklejką Health Claim. Pojemność butelki dla oliwy wysokopolifenolowej nie może przekroczyć 250 ml, a sama butelka powinna być z ciemnego specjalnego szkła, przygotowanego wyłącznie do tego rodzaju oliwy.

Dobroczynne polifenole łatwo ulegają procesowi utlenienia, dlatego każda butelka musi być dopełniana azotem, co zabezpiecza oliwę przed reakcjami REDOX.

Oliwy polifenolowe, z tego co mogłam zaobserwować w trakcie mojego ostatniego pobytu w Polsce, są jeszcze stosunkowo mało znanymi produktami. Oliwy określane tym mianem uznawane są w Unii Europejskiej za produkty lecznicze wyróżnione oznaczeniem Health Claim. Zgodnie z rozporządzeniem Komisji Europejskiej nr 432/2012 zawierają one odpowiednią ilość substancji mających działanie prozdrowotne, w tym w szczególności hydroksytyrozolu i jego pochodnych (np. kompleksu oleuropainy i tyrozolu).

Według moich i innych prowadzonych badań nawet niewielka ilość wpływa korzystnie na ochronę lipidów znajdujących się we krwi przed stresem oksydacyjnym, który jest bardzo niebezpiecznym zjawiskiem.

To tak na koniec proszę powiedzieć jak to się stało, że Rzeszowianka – bo stąd się Pani wywodzi – trafiła do Grecji, a później na Cypr i tam prowadzi swoje badania?

Pani Redaktor, jest to długa historia i nie na łamy Biuletynu Lekarskiego, ale również bardzo ciekawa i egzotyczna przygoda, która bym pozostawiła na inny wywiad. Dziękując Pani za zaproszenie, chciałabym jeszcze raz podkreślić znaczenie diety kreteńskiej, która ma potwierdzony wpływ na długowieczność mieszkańców

w tym regionie Grecji. To co jest na naszym talerzu może być pięknym bukietem leków pochodzenia naturalnego. Przyroda daje nam mnóstwo substancji leczniczych stosowanych w medycynie od dawna, dlatego więc oleokantal nie miałby stać się remedium w profilaktyce i leczeniu chorób cywilizacyjnych.

Dziękuję za rozmowę.

WYBRANA BIBLIOGRAFIA:

- Magda Tsolaki, Greta Wozniak, Randomized, Double Blind, Controlled Prospective Study, to Evaluate the Therapeutic Effects of Early Harvest Olive Oil in Cognitive Functions of Patients With Primary (PPMS) or Secondary (SPMS) Progressive Multiple Sclerosis. ClinicalTrials.gov Identifier: NCT04120675
- Greta Wozniak, Tsolaki Magda., Therapeutic effects of early harvest olive oil in primary (PPMS) & secondary (SPMS) progressive multiple sclerosis on cognitive functions and neuropsychiatric symptoms. In press, 2020
- Magda Tsolaki, Eutuchia Lazarou, Management of Mild Cognitive Impairment Patients With Extra Virgin Olive Oil – MICOIL (MICOIL), ClinicalTrials.gov Identifier: NCT03362996
- Sandra Martín-Peláez et al., Influence of Phenol-Enriched Olive Oils on Human Intestinal Immune Function, Nutrients 2016, 8, 213.
- Parkinson, L.; Cicerale, S. The health benefiting mechanisms of virgin olive oil phenolic compounds. Molecules, 2016, 21, 1734.
- Carito, V.; Ceccanti, M.; Tarani, L.; Ferraguti, G.; Chaldakov, G.N.; Fiore, M. Neurotrophins' modulation by olive polyphenols. Curr. Med. Chem., 2016, 23, 3189-3197.
- Carmela Santangelo et al., Anti-inflammatory Activity of Extra Virgin Olive Oil Polyphenols: Which Role in the Prevention and Treatment of Immune-Mediated Inflammatory Diseases?,
- Moosavi, F.; et al., Modulation of neurotrophic signaling pathways by polyphenols. Drug Des. Devel. Ther., 2016, 10, 23-42.
- Deiana M., Serra G., Corona G., Modulation of intestinal epithelium homeostasis by extra virgin olive oil phenolic compounds, Food and Function, Volume 9, 2018.

(przedruk z Biuletynu Rzeszowskiej Izby Lekarskiej nr 1/20)

POLSCY „NIESZCZĘŚLIWI UZDROWICIELE”

Jak pisał Erich Segal w tekście wprowadzającym do swojej kultowej powieści „Doktorzy” – lekarze to „nieszczęśliwi uzdrowiciele”. Dlaczego nieszczęśliwi? Bo cena, jaką płacą za uprawianie tego ciężkiego i odpowiedzialnego zawodu, jest bardzo wysoka. Szacuje się, że w którymś momencie kariery zawodowej problem uzależnienia dotyka 10–12% lekarzy. Odsetek ten jest zbliżony do odsetka dla całej populacji, a nawet nieznacznie wyższy. Szczególnie narażeni na te niepokojące zjawiska są lekarze o specjalnościach zabiegowych, anestezjolodzy, lekarze medycyny ratunkowej, psychiatry, a więc ci wszyscy, u których stężenie adrenaliny we krwi w dzień i w nocy jest znacznie wyższe niż u lekarzy innych specjalności. Czynnikiem sprzyjającymi mogą być stres spowodowany pracą, łatwy dostęp do substancji psychoaktywnych w miejscu pracy i przypuszczalnie większy odsetek osób o profilu osobowości sprzyjającym uzależnieniom.

Zawód lekarza (według opracowań socjologów) oznacza wysoki status społeczny i liczne profity społeczne, ale paradoksalnie niesie ze sobą duże ryzyko napię-

nowania i wykluczenia społecznego w razie wyjścia na jaw problemu uzależnienia. To kolejna odsłona naszego zawodu, o której nie chce się wiedzieć, nie chce pamiętać... Groźba izolacji lekarza od jego naturalnego, lekarskiego środowiska może prowadzić do poważnych konsekwencji – opóźnienia rozpoznania i wdrożenia terapii, a w konsekwencji istnieje wysokie ryzyko śmierci z powodu przedawkowania substancji uzależniających czy nawet samobójstwa. Spóźnione rozpoznanie tych skłonności jest również powodowane ich ukrywaniem i obawą, że ujawnienie uzależnienia może nie tylko negatywnie wpłynąć na autorytet lekarza, ale również pozbawić go prawa wykonywania zawodu, a co za tym idzie – środków do życia. Z tego też powodu instynktownie rodzina i współpracownicy często wchodzi z chorym w zмовę milczenia, by chronić go przed utratą pracy i dochodów.

Jak wspomniano, uzależnienia to suma profilu osobowości sprzyjającego uzależnieniom i narażenia środowiskowego. Uzależnić się można od wszystkiego: alkoholu,

narkotyków, pracy, zakupów, innej osoby. Z wymienionych czynników pracołizm, z którego słyną polscy lekarze, jest najbardziej akceptowalnym społecznie „holizmem”. Może właśnie dlatego lekarze popadają w ten nałóg najsilniej, zapominając o groźnych skutkach zdrowotnych, stratach osobistych i społecznych. Doszło do groźnego zjawiska, częściowo spowodowanego małą liczbą lekarzy w Polsce i wydłużanym czasem pracy w ramach pojemnych godzinowo kontraktów, że dziś licytujemy się między sobą, kto ma więcej godzin pracy i nocnych dyżurów. Taką mamy rzeczywistość... Prowadzimy codziennie „czarny” ranking: kto pracuje więcej? A w konsekwencji: kto ma większe ryzyko choroby? Kto ma większe ryzyko śmierci? Zupełnie nad tym straciliśmy kontrolę. Mamy dużo pracy, ale mało... zdrowego rozsądku!

Cena za takie podejście do uprawiania zawodu bywa wysoka – udary, zawały, nowotwory, przedłużające się infekcje z powikłaniami, skłonność do nadużywania leków, alkoholu. Jakoś przecież trzeba żyć, jakoś odreagować... A przecież nijak się taka sytuacja ma do wyidealizowanego wizerunku lekarza – władcy życia, zdrowia i szczęścia! Mocno ten wizerunek nadszarpuje...

Przez całe lata dominuje w naszym życiu brak czasu na relaks i dłuższe okresy regeneracji organizmu. A „zużycie materiału” następuje powolnie i podstępnie, pustoszy układ krwionośny i immunologiczny, łamie bariery odporności na stres. Zmieniamy się z wiekiem charakterologicznie. Proces ten opisał jednoznacznie prof. Andrzej Szczeklik, twierdząc, że na skutek uprawiania zawodu lekarza, przewlekłego stresu, złych warunków pracy u większości lekarzy zmienia się charakter – zanika wrażliwość na drugiego człowieka, pojawiają się przewlekłe znużenie, apatia, brak zaangażowania w pracę i związki emocjonalne. Oczywiście nie u wszystkich. Profesor Szczeklik nakreślił jednak w swoich opracowaniach dramatycznie podupadający w miarę upływu lat obraz osobowości lekarskiej – od pełnego pasji, wrażliwego na cierpienie ludzkie młodego medyka do wypalonego, szarego na twarzy, zobojętniałego na bodźce emocjonalne starszego wiekiem lekarza. Rozejrzyjmy się wokół siebie. Czyż on nie miał choć trochę racji?

Z jakichś też powodów autorzy scenariusza filmu, opartego na prawdziwych wydarzeniach, pt. Zabawa, zabawa, traktującego o wstydlivym problemie alkoholizmu kobiet, na jedną z trzech przedstawionych postaci wybrali lekarzkę na wysokim stanowisku, ordynator oddziału pediatricznego, chirurg. Obraz kobiety chirurg w średnim wieku operującej w stanie nietrzeźwym chore dziecko i „zaadaptowanego” do jej nałogu personelu podległego, przyzwalającego tym samym na takie zachowania, miał prawo widzom wstrząsnąć i wprowadzić w przerażenie. Był przerażający.

Jak więc my, środowisko medyczne, reagujemy na takie nabrzmiałe już problemy, widoczne nie tylko przez

wymagającą „lupe” społeczną, lecz raczej przez szeroko rozwarłe drzwi?

Z obserwacji własnej muszę stwierdzić, że zasadniczo angażujemy się i wspieramy kolegów „z problemem” celem udzielenia im pomocy w wyjściu z nałogu. I to jest bardzo budujące zjawisko, bo my wyjątkowo dobrze znamy prawdziwe tło takich wydarzeń, mamy w związku z powyższym często większe oddziaływanie na naszych kolegów niż ich nie zawsze lekarska rodzina. Mogą liczyć na nasze zrozumienie. Wiele pomyślnie zakończonych terapii odwykowych inicjowali koleżanki i koledzy ze szpitala. Jednak dla wielu z nas podjęcie działań w tej kwestii może być trudne i krępujące z różnych powodów, począwszy od standardowych dylematów: „Czy mam prawo jej/jemu mówić, jak ma kierować własnym życiem?”, po obawę przed ewentualną koniecznością wystąpienia w roli świadka w procesie sądowym. Natomiast w USA rady lekarskie w wielu stanach zagroziły sankcjami lekarzom, którzy wiedząc o uzależnieniu kolegi, nie powiadomili o tym samorządu (izb lekarskich). W Polsce dla odmiany powstał pomysł, który oparł się o instytucje samorządowe, zorganizowania domów leczenia odwykowego i terapii tylko dla lekarzy, ale szczęśliwie został on oprotestowany. Z pewnością spowodowałoby to jeszcze większą stygmatyzację społeczną „nieszczęśliwych uzdrowicieli”.

Jest jednak bardzo istotne, aby w miejscu zatrudnienia opracować zasady postępowania w przypadkach stwierdzonego u lekarzy uzależnienia, a tym samym odczarować wstydlive TABU. Podstawą myślenia jest fakt, że my wszyscy podlegamy miażdżącemu wpływowi zawodu lekarskiego, ponosimy jego koszt, a niektórzy z nas niestety większy. Pomóżmy im! Nigdy nie wiadomo, kiedy nam będzie potrzebna pomoc. Dobro wraca!

Podsumowując, trudno jednoznacznie stwierdzić, czy jako lekarze najpierw wybieramy zawód, który sprzyja uzależnieniom, czy uzależnienia rodzą się w trakcie jego uprawiania. Przypomina to trochę odwieczną dyskusję, co było pierwsze – kura czy jajo? Jak wiadomo, nikt do tychczas nie znalazł odpowiedzi na to pytanie.

Co więc robić, by nie paść ofiarą wyżej opisanych nieszczęść i życiowych kataklizmów? Według specjalistów do spraw leczenia duszy, tj. psychologów, należy: więcej odpoczywać, mniej pracować, uprawiać sporty, dbać o kondycję fizyczną, rozwijać pasję, a przede wszystkim dbać o więzi i kontakty z bliskimi nam ludźmi – rodziną i przyjaciółmi. To ostatnie jest szczególnie wartościową „odtrutką” na każdą życiową toksynę.

W tym wywodzie chodzi o to, byśmy się stali „szczęśliwymi uzdrowicielami”, a o taki obrót sprawy z pewnością warto powalczyć!

Beata JANUSZKO-GIERGIELEWICZ

(przedruk z Biuletynu Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej nr 2/20)

ANTYSZCZEPIONKOWCY, ZNACHORZY I PSEUDODOKTORZY Z INTERNETU

Wmawiają ludziom, że chorobę nowotworową najlepiej leczyć uryną lub „witaminą B17”. Straszą, że dzieci zachorują na autyzm po szczepionce skojarzonej. Mają nawet gotową receptę na koronawirusa, którego panicznie się boi cały świat. Dlaczego pacjenci tak łatwo wierzą znachorom i internetowym szarlatanom?

URYNA i Witamina B₁₇ zamiast chemio – i radioterapii

Wrzesień 2018 r. – szczecińska prokuratura skierowała do sądu akt oskarżenia przeciwko Krzysztofowi Ż. Znachor irydolog leczył bez uprawnień, a choroby diagnozował na podstawie wyglądu tęczy oka pacjenta. Prokuratura zarzuciła podejrzanemu narażenie na utratę życia chorej na nowotwór 60-latk. Po dwóch latach terapii kobieta trafiła do szpitala. Guz był tak duży, że rozzerwał jej pierś.

– Podejrzany utwierdzał w błędnym przekonaniu kobietę co do postawionej diagnozy, a także w tym, że nie jest konieczne podjęcie leczenia konwencjonalnego – informowała Joanna Biranowska-Sochalska z Prokuratury Okręgowej w Szczecinie.

Styczeń 2019 r. – Ryszard K. usłyszał 36 zarzutów za swoją działalność paramedyczną. Mężczyzna, który „leczył” raka witaminą B₁₇, został tymczasowo aresztowany.

Mieszkaniec Sądeckizny – z wykształcenia inżynier mechanik, oferował „leczenie” nowotworów m.in. poprzez terapię Gersona, suplementy diety czy wodę Kangen. Chorych przyjmował w Ośrodku Niekonwencjonalnego Wspomagania Terapii Antynowotworowej w Piwnicznej-Zdroju na 3-tygodniowe kuracje lecznicze dla osób z nowotworem. Zdesperowani ludzie płacili nawet 13 tys. zł. Nie wszyscy przeżyli. 12-latek zmarł w trakcie kuracji. Prokuratura stwierdziła, że Ryszard K. naraził swoich „pacjentów” na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku. Podawał im w formie zastrzyków domięśniowych i doustnie zawyżoną dzienną dawkę amigdaliny. Podobnych przykładów można wymieniać bez liku.

Antyszczepionkowcy

Przez ostatnie kilka lat samorząd lekarski poczynił od izb okręgowych na Naczelnej Izbie Lekarskiej skończywszy walczyć z ruchem antyszczepionkowym. Organizacje rozpowszechniające informacje sprzeczne z wiedzą medyczną, sprawiają, że spada liczba osób szczepiących się, a co gorsza, przybywa przypadków, gdy rodzice nie pozwalają zaszczepić swoich dzieci. To wszystko dzieje się w czasie, gdy lawinowo rośnie liczba zachorowań na odrę (pisaaliśmy nie raz o tym na łamach „Eskulapa”).

Trzeba przyznać, że także w naszym środowisku były, czy też są, osoby popierające ruchy antyszczepionkowe. Niektórzy stanęli za to przed sądem. Jesienią ubiegłego roku lekarzowi z Opoczna Okręgowy Sąd Lekarski wymierzył karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres jednego roku.

Witamina C i nadtlenek wodoru na koronawirusa

Od kilku tygodni opinia publiczna żyje zagrożeniem spowodowanym przez pojawienie się nowego wirusa 2019-nCoV nazywanego potocznie Wuhan (od miasta w Chinach, w którym się pojawił), czy koronawirusem. Kiedy naukowcy na całym świecie nerwowo szukają preparatu, który będzie w stanie pokonać śmiertelne drobnoustroje, w Internecie pojawia się film, w którym absolwent Akademii Górniczo-Hutniczej ogłasza, że ma antidotum – zaleca ludziom, by koronawirusa leczyli między innymi lewoskrętną witaminą C, czy dożylnie podawanym perhydrole.

Na szczęście dzięki szybkiej reakcji prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej i Głównego Inspektora Sanitarnego kanał wideo tego „propagatora zdrowia i niekonwencjonalnych terapii” został zablokowany. Jednak Internet aż pęka w szwach od propagatorów zdrowego stylu życia, pseudodoktorów i dietetyków, którzy radzą jak się leczyć domowymi sposobami, a słuchanie ich rad może przynieść więcej złego niż dobrego.

Wszechobecny dr Google

Lekarze POZ biją na alarm: – *Nie ma dnia, kiedy podczas wizyty pacjenta, informując o diagnozie i propozycji wdrażanego leczenia, nie słyszeliśmy słów „a w Internecie przeczytałem na ten temat że...”* – mówią zgodnie lekarze rodzeni. Leszek Kryczka, prezes Związku Pracodawców Podstawowej Opieki Zdrowotnej Województwa Świętokrzyskiego „Porozumienie Zielonogórskie” stwierdza:

– Doktor Google jest wszędzie i o każdej porze. Leczę prawie czterdzieści lat i muszę stwierdzić, że jest coraz trudniej właśnie przez to, że ludzie czytają różne bzdury w Internecie i nie wykonują zaleceń – stwierdza. – Ile razy miałem tak, że pacjent podczas wizyty kontrolnej mówił, że coś tam przeczytał i odstawił leki. Nie ma zachowania ciągłości leczenia i terapia staje się nieskuteczna. Są pacjenci, którym mam ochotę powiedzieć, by wyrobili sobie pieczątki i sami się leczyli. Ja po tylu latach nauki i blisko czterdziestu latach praktyki zawodowej nie wiem wszystkiego, a jest wielu pacjentów, którzy uważają, że wiedzą lepiej ode mnie – stwierdza Leszek Kryczka.

Nie wszędzie tak jest

Nasz rozmówca wskazuje przy tym na ogromną różnicę w mentalności Polaków i innych narodów. – *Moja przyjaciółka leczona we Francji onkologicznie nawet nie wie jaki ma nowotwór. Kiedy w rozmowie z nią wyraziłem zdziwienie tym faktem, odpowiedziała mi, że ona nie musi wiedzieć na co choruje. „Wystarczy, że mój lekarz wie, mnie do niczego to nie jest potrzebne” – oświadczyła.*

Tymczasem w Polsce nawet osoby walczące z chorobą nowotworową próbują leczyć się „domowymi sposobami” albo słuchają rad internetowych znachorów, którzy z medycyną mają często mniej wspólnego niż sprzątaczką w szpitalu (z całym szacunkiem dla sprzątaczek).

– *Dla mnie jest to zjawisko, którego nie potrafię zrozumieć. Kiedy zepsuje nam się samochód, to czy oddajemy go do naprawy do piekarza lub malarza? Nie, do mechanika i do tego szukamy jak najlepszego fachowca. Tymczasem w sytuacji, kiedy chodzi o tak ważną kwestię jak zdrowie ludzie potrafią zwlekać w nieskończoność z wizytą u lekarza, albo zamiast iść do specjalisty szukają pomocy u nie wiadomo kogo – mówił podczas jednej z konferencji dr Sławomir Okła, kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii. Dlaczego tak jest?*

Winna psychologia czy niewiedza?

– *Powodów jest wiele, często są one bardzo indywidualne – twierdzi Marta Pasternak-Herdy, specjalista psychologii klinicznej i psychoterapeuta. – Niektórzy ludzie mają stosunkowo niski poziom wiary w skuteczność farmakoterapii. Boją się pobytu w szpitalu, który często kojarzy się z bólem czy cierpieniem. Wiele osób, przeważnie są to ludzie ciężko chorzy, na przykład onkologicznie, szukają wszelkiej możliwej pomocy. Uważają, że im więcej znajdą możliwości leczenia, tym większą szansę mają na powrót do zdrowia. W ten sposób wzbudzają w sobie poczucie, że kontrolują sytuację, panują nad chorobą – informuje pani psycholog.*

– *Niestety w naszym społeczeństwie wciąż panuje stereotyp, że rak oznacza wyrok śmierci – stwierdza nasza rozmówczyni. Jej zdaniem kiedy osoba o tego typu przekonaniach trafi na oszusta, który obieca jej (wręcz zagwarantuje) powrót do zdrowia, skutek jest właśnie taki, jak w historiach przytoczonych na wstępie tego artykułu – oszukani, ograbieni ludzie, dla których jest już za późno na leczenie.*

Włodzimierz Tadeusz Gajewski, znany psychiatra i filozof, słynący z trafnych i często bardzo dobitnych

diagnoz mówi krótko: – *Kluczowe znaczenie w takich sytuacjach odgrywa niewiedza pacjentów na temat ich choroby, naiwność, a przy tym ogromne pragnienie i nadzieja na wyzdrowienie – stwierdza dr Gajewski.*

Sztuka manipulacji

Niestety dziś oszuści mają potężne narzędzie do prowadzenia swojej działalności – Internet i szybko rozwijające się media społecznościowe, których nikt tak na dobrą sprawę nie kontroluje. O tym jak łatwo je wykorzystać do zmanipulowania rzeczywistości przekonał się cały świat choćby podczas ostatnich wyborów prezydenckich w USA. Z fake newsami jest jak z ogniem w lesie podczas suszy. Wystarczy mała iskra, by doszło do gigantycznego pożaru, którego później nie sposób ugasić. Do tego dochodzi wspomniana przez doktora Gajewskiego niewiedza lub wiedza częściowa (to drugie chyba nawet gorsze).

Gdy w większym gronie osób (nie lekarzy) padnie słowo „autyzm”, niemal natychmiast słychać „szczepionka”. Czasem się zdarzy, że ktoś mądrzejszy doprecyzuje, że chodzi o MMR. Niestety, gdy w tym samym gronie spytamy: kto to był Wakefield?, zapada niezręczna cisza. Przeważnie nikt nie wie, że jego badania były obciążone poważnym błędem metodologicznym, bez grupy kontrolnej, wyniki sfałszowano, a sam Wakefield był zaangażowany w proces sądowy przeciwko producentowi szczepionki MMR. O tym, by ktoś słyszał nazwisko Briana Deer’a – dziennikarza, którego śledztwo doprowadziło do ujawnienia oszustwa Wakefielda, nie ma już mowy.

Chodzi o pieniądze?

Niestety trudno nie odnieść wrażenia, że miliony internetowych bzdur powstają tylko po to, by zarobić na naiwności ludzi, by sprzedać im witaminę C („lewowoskrętną”) za 120 złotych czy magnez za 50 złotych.

Czym innym jest jednak sprzedawanie suplementów diety i witamin za kilkaset procent ich wartości, a czym innym pobieranie kilkunastu tysięcy złotych za „terapię onkologiczną”, która nie może pomóc czy doradzanie, by żrącą substancję podawać dożylnie w celu zwalczania koronawirusa? Niestety tacy ludzie żyją wśród nas bawiąc się życiem i zdrowiem innych.

Artur PEDRYC

(przedruk z „Eskulapa Świętokrzyskiego” nr 1-2/20)

Przegląd badań kohortowych i opinii ekspertów

MLEKO KROWIE – PIĆ CZY NIE PIĆ – KORZYŚCI I SZKODY ZDROWOTNE

Wprowadzenie

Konsumpcja mleka krowiego i jego przetworów jest przedmiotem licznych dyskusji związanych ze zdrowym odżywianiem i troską o zdrowie konsumentów. Spotkałem się z informacjami internetowymi typu: „mleko krowie jest białą śmiercią”, „cichym zabójcą”, „dobre dla cieląt, a nie dla ludzi”, „zwiększa zachorowalność na nowotwory i choroby układu sercowo-naczyniowego”, „powoduje alergię, nietolerancję laktozy, stan zapalny, osteoporozę, zaćmę, anemię czy kamienie nerkowe” itp.

Konsumpcja mleka i jego przetworów jest ważnym składnikiem zrównoważonej diety w każdym wieku, zwłaszcza kiedy zwiększa się masa kości. Liczne badania kliniczne i epidemiologiczne wykazały ochronny efekt mleka w odniesieniu do nadwagi, otyłości, cukrzycy, schorzeń sercowo-naczyniowych. Dwa stany kliniczne – alergię i nietolerancję mleka wykluczają mleko z jadłospisu. Negatywny efekt picia mleka odnośnie erytropoezy, z uwagi na niewielką ilość żelaza, stwarza ograniczenia w żywieniu do 9-10 miesiąca życia. Po tym okresie takich zagrożeń nie ma pod warunkiem konsumpcji 500 ml mleka dziennie łącznie z innymi bogatymi w żelazo produktami. Niskotłuszczowe mleko, jeżeli jest taka konieczność, należy podawać dopiero po 24-36 miesiącach życia.

Skład chemiczny mleka i wskaźnik PRAL

Mleko, poza tym, że stanowi bardzo dobre źródło potasu, dostarcza także wapnia, fosforu, witaminy D, ryboflawiny, witaminy B₁₂, tiaminy, magnezu, cynku i białek oraz probiotyków w przypadku produktów fermentowanych. Skład chemiczny mleka krowiego na 100 ml: białko – 3-6 g, Ca – 124 mg, witamina – B₁₂ 0-9 µg, ryboflawina – 0-24 mg, jod – 31 Mg, K – 60 mg, P – 97 mg i witamina B₅ – 0-7 mg. Wskaźnikiem zalecanym do oceny zakwaszenia żywności jest wskaźnik PRAL, czyli potencjalne obciążenie kwasem nerek (potential renal acid load), które odnosi się do ilości białka, fosforu, potasu, magnezu i wapnia w żywności. Równowaga kwasowo-zasadowa organizmu jest podstawą prawidłowego przebiegu procesów metabolicznych. Optymalny zakres pH krwi wynosi 7,35-7,45. Wynik wskaźnika PRAL uzyskuje się w mi-

lirównoważnikach (mEq) po przeliczeniu ilości białka, fosforu, potasu, magnezu i wapnia w 100 g produktu lub porcji żywności spożytej w 24 godz. Najważniejszymi składnikami pokarmowymi o działaniu zasadotwórczym są: sód, potas, magnez i wapń, podczas gdy największe właściwości kwasotwórcze posiadają: chlor, fosfor i siarka. Należy dodać, że składniki mineralne w owocach i niektórych warzywach występują w postaci soli kwasów organicznych, takich jak kwas cytrynowy (cytryny, ananasy, pomidory), kwas jabłkowy (jabłka, śliwki, pomidory), kwas winowy (winogrona), kwas szczawiowy (niedojrzałe pomidory, truskawki, rabarbar, szpinak, szczaw) i kwas benzoesowy (borówki, żurawina). Wpływ tych kwasów na równowagę kwasowo-zasadową jest zróżnicowany. Z kwasu jabłkowego i cytrynowego pozostają kationy działające alkalizująco, a z kwasu benzoesowego kationy o działaniu zakwaszającym. Z kolei kwasy winowy i szczawiowy są tylko w niewielkim stopniu wchłaniane z przewodu pokarmowego, ulegają jednak utlenieniu i są wydalone w postaci dwutlenku węgla oraz wody nie powodując zakwaszenia.

$PRAL = 0,49 \times \text{białko (g)} + 0,037 \times \text{fosfor (mg)} - 0,021 \times \text{potas} - 0,026 \times \text{magnez (mg)} - 0,013 \times \text{wapń (mg)}$. Wskaźnik PRAL diety zachodniej, która uważana jest za niezdrową ze względu na obfitość produktów o dużym stopniu przetworzenia, w tym żywności typu fast food, jest wysoki i waha się w przedziale 50-70 mEq. Wskaźnik PRAL dla mleka jest korzystny, bo dla mleka pełnotłustego wynosi 0,7 mEq/l, natomiast dla jogurtu naturalnego 1,5 mEq/l.

Rodzaje mleka

Napoje mleczne możemy podzielić na fermentowane i niefermentowane. Do niefermentowanych należy mleko spożywcze pasteryzowane, mleko spożywcze sterylizowane, mleko spożywcze sterylizowane UHT, mleko z dodatkiem składników odżywczo-smakowych i mleko preparowane. Natomiast do mlecznych napojów fermentowanych zaliczamy: jogurt, kefir, mleko ukwaszone, oraz produkty mleczne nowej generacji. Wśród mlecznych napojów fermentowanych możemy wyróżnić 4 generacje:

I generacja – do tej grupy zalicza się zsiadłe mleko lub inne napoje fermentowane. Fermentacja jest przeprowadzana spontanicznie przez bakterie *Lactobacillus thermophilus* i *Lactobacillus bulgaricus*.

II generacja – są to kefiry, jogurty i inne produkty mleczne. Dodaje się do nich najczęściej: *Lactobacillus acidophilus* oraz bifidobakterie.

III generacja – powstają w oparciu o procesy fermentacyjne probiotyków. Wykorzystuje się tu bakterie jelitowe, takie jak: *Lactobacillus plantarum* i *Lactobacillus casei*. Są to m.in. napoje mleczne i lody wzbogacone kulturą probiotyków, które są dodawane do schłodzonego mleka (4°C) i dalej utrzymywane w takiej, bądź niższej temperaturze.

IV generacja – wśród napojów nowej generacji możemy wyróżnić również biojogurty, charakteryzujące się dodatkiem szczepów o potwierdzonych korzystnych cechach, dzięki czemu nadają one jogurtom dodatkowe wartości zdrowotne.

Podczas fermentacji jogurtów, zmieniane właściwości mleka polegają:

na częściowym rozkładzie laktozy – wytwarzana jest glukoza i galaktoza,

zwiększeniu liczby wolnych aminokwasów,

uwolnieniu kwasów tłuszczowych,

wzroście przyswajalności wapnia, żelaza i fosforu oraz zawartości witaminy B₁₂ i folianów oraz

wytworzeniu kwasu mlekowego, octowego i bakteriocyn oraz 6-galaktozydazy, która wspomaga trawienie laktozy w jelicie cienkim.

W procesie fermentacji powstaje kwas mlekowy, który powoduje zakwaszenie środowiska zapobiegające rozwojowi bakterii gnilnych w jelitach.

Porcja produktów mlecznych to: szklanka mleka, kefiru lub jogurtu, średni plaster twarogu, mały serek topiony, 2 plastry sera żółtego.

Surowe mleko

Trwają dyskusje o prozdrowotnych wartościach surowego mleka. Zwolennicy twierdzą, że składniki surowego mleka takie jak α -laktoglobulina czy β -laktoglobulina, cytokiny TGF- β i IL-10 aktywizują odporność organizmu, i w ten sposób mogą zmniejszać ryzyko chorób infekcyjnych dróg oddechowych oraz reakcji alergicznych i astmy. Sceptycy twierdzą, że picie surowego mleka stwarza zagrożenie dla organizmu z powodu zakażenia drobnoustrojami. Dzieci spożywające surowe mleko krowie są mniej podatne na infekcje błony śluzowej nosa, zakażeń układu oddechowego i zapalenia ucha w porównaniu z dziećmi spożywającymi mleko przetworzone. Mimo, że w wielu krajach europejskich stanowczo odradza się spożywania surowego mleka,

praktyka jest dość powszechna w rodzinach żyjących na wsi. Niemowlęta są szczególnie podatne na zakażenia z uwagi na niedojrzałość układu immunologicznego. Jednak z tych samych powodów ta właśnie grupa wiekowa może odnieść największe korzyści z immunomodulujących właściwości nieprzetworzonego mleka krowiego m.in. stymulacji markerów 0467, CCR9 i CCR10 na limfocytach oraz oddziaływania na subpopulacje limfocytów – na komórki Th1, komórki Th2 oraz Th17, wydzielające głównie IL-17. Limfocyty Th1 wspierają głównie odpowiedź komórkową, natomiast Th2 odpowiedź humoralną. Ponadto cytokiny wytwarzane przez Th1 wpływają ujemnie na rozwój komórek Th2 i vice versa. Zjawiska te są podstawą polaryzacji immunologicznej, pełniącej kluczową rolę w regulowaniu odpowiedzi odpornościowej. Dzieci karmione mlekiem wzbogacanym IgG i laktoferryną rzadziej zapadały na zapalenie ucha środkowego i miały niższe stężenia przeciwciał antypneumokokowych w krwi.

Nowotwory

Mleko i jego przetwory istotnie zmniejszają ryzyko zachorowania na raka jelita grubego, a konkretnym czynnikiem ochronnym jest duża zawartość wapnia. Większe spożycie produktów mlecznych wiąże się także ze zmniejszonym ryzykiem zachorowania na raka pęcherza moczowego u mężczyzn, na raka żołądka oraz raka piersi u kobiet. Kobiety z rakiem piersi spożywały mniej o 20% wapnia obecnego w produktach mlecznych w porównaniu z kobietami zdrowymi. Mleko, masło, margaryna, jogurt, ser nie miały wpływu na ryzyko raka żołądka. Metaanaliza 11 badań populacyjnych, ogółem 778.929 osób, dotycząca związków pomiędzy konsumpcją produktów mlecznych i śmiertelnością na nowotwory dostarczyła następujących wyników:

- konsumpcja wszystkich produktów nie miała wpływu na śmiertelność;
- niskie spożycie redukowało śmiertelność oraz
- w grupie osób pijących pełne mleko obserwowano wzrost śmiertelności z powodu raka prostaty.

Prawdopodobnie istnieje zależność przyczynowa pomiędzy wysokim spożyciem wapnia a rakiem prostaty. Spożywanie przez mężczyzn dużych ilości wapnia zwiększa ryzyko raka prostaty, średnio o 39%.

Osteoporoza

Jedna na trzy kobiety i jeden na pięciu mężczyzn w wieku powyżej 50 lat chorują na osteoporozę. Zachorowalność rośnie wraz z wiekiem. Według prognoz, liczba złamań biodra wzrośnie z 1,5 mln obecnie do 6 mln w 2050 r. Spożycie mleka i produktów mlecznych w dzieciństwie oraz w wieku dojrzewania może popra-



wić gęstość mineralną kości i zmniejszyć ryzyko osteoporozy u dorosłych osób. Mleko i produkty mleczne działają korzystnie na remodeling i mineralizację kości oraz zmniejszają ryzyko złamań biodra. Niektóre obserwacje kliniczne wykazały, że nadmierna konsumpcja mleka zagraża częstszymi złamaniami biodra, ale część badaczy nie obserwowało żadnego wpływu konsumpcji mleka na powyższą patologię. Zdecydowana większość prac wskazuje, że zalecane zdrowym osobom trzy porcje produktów mlecznych w ciągu dnia mogą poprawić stan kości i zmniejszyć ryzyko ich złamań w późniejszym życiu.

Stan zapalny

Jedną z cech starzenia organizmu jest występowanie przewlekłego stanu zapalnego, który wynika z pobudzenia wytwarzania cytokin prozapalnych, takich jak m.in. CRP, IL-1, IL-6 lub TNF- α , wydzielanych m.in. przez komórki szpiku kostnego i krwi obwodowej, komórki śródbłonna naczyń krwionośnych, komórki tłuszczowe (adipocyty). Cytokiny prozapalne mogą być przenoszone przez układ krwionośny, do tkanek bardzo odległych od miejsca ich wytwarzania. Przykładem ogólnoustrojowego wpływu przewlekłego stanu zapalnego na nasz organizm jest depresja i zespół przewlekłego zmęczenia. Stan zapalny obserwuje się u osób chorujących na osteoporozę, chorobę niedokrwienną serca, choroby neurodegeneracyjne i cukrzycę typ 2. Otyłość to ciągła produkcja czynników zapalnych przez adipocyty powodujących niszczenie tkanek własnych organizmu. Produkty mleczne, w szczególności fermentowane, mają właściwości przeciwzapalne. Co więcej, najsilniejszy efekt przeciwzapalny mleka zaobserwowano u osób z nadmierną masą ciała i zespołem metabolicznym.

Choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca, otyłość i inne schorzenia

Zespół metaboliczny to współwystępowanie czynników ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy, takich jak: otyłość centralna (brzuszna), podwyższone ciśnienie tętnicze oraz zaburzenia przemiany węglowodanów i tłuszczów w organizmie. Niskotłuszczowe produkty mleczne, szczególnie mleko i jogurty spożywane w codziennych dietach powodują redukcję ryzyka zespołu metabolicznego. Konsumpcja produktów mlecznych, zwłaszcza jogurtu redukuje w 40-45% ryzyko cukrzycy typ 2 u starszych osób z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym.

Korzystny, umiarkowany wpływ (2-3 porcje) podaży mleka i przetworów mlecznych, zaobserwowano również w odniesieniu do ryzyka insulinooporności, cukrzycy typu 2 (szczególnie u mężczyzn) czy nadciśnienia tętniczego. Kojarzenie tłuszczów mlecznych z otyłością wynika

z ich wysokiej kaloryczności. Faktem jest, że 1 g tłuszczu dostarcza aż 9 kcal, podczas gdy 1 g białka i węglowodanów zaledwie 4 kcal. Pełne krowie mleko zawiera prócz 3,7% tłuszczu a mleka odtłuszczone od 0,3 do 1,8% także substancje, które regulują przemiany energetyczne w organizmie człowieka, m.in. fosfolipidy. W rzeczywistości epidemia otyłości jest konsekwencją przede wszystkim stosowania diety niskotłuszczowej, wysokowęglowodanowej. Tłuszcze, w odróżnieniu od cukrów prostych, zmniejszają apetyt. Trawione są głównie w jelicie z wytworzeniem wolnych kwasów tłuszczowych, z których w wątrobie wytwarzane są ciała ketonowe. Ich poziom we krwi jest sygnałem do sytości. Systematyczny przegląd badań klinicznych wykazał, że konsumpcja produktów mlecznych bogatotłuszczowych w różnych dietach albo nie miały wpływu, albo ujemnie korelowała z ryzykiem otyłości. U dzieci i młodzieży obserwowano brak lub odwrotną zależność między spożyciem mleka oraz produktów mlecznych i występowaniem próchnicy zębów, nadciśnienia tętniczego oraz wskaźników otyłości. Przegląd literatury z lat 1980-2010 odnośnie wpływu konsumpcji mleka i produktów mlekopochodnych na masę ciała osób w różnym wieku nie wykazał związku z otyłością. Ostatnio dokonano metaanalizy angielskich publikacji z lat 1990-2017 znajdujących się w trzech bazach danych dotyczących wpływu konsumpcji mleka i produktów mlecznych na masę ciała dzieci głównie w wieku 8-10 lat. Nie stwierdzono wystarczających dowodów aby zalecać ograniczenie konsumpcji tych produktów w profilaktyce nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Z badań ankietowych wynika, że spożycie mleka i produktów mlecznych powoduje zmniejszenie całkowitego ryzyka zgonu o 2% (dla produktów sfermentowanych o 8%), zmniejszenie ryzyka zgonu z powodu udaru o 4%, ale w przypadku konsumpcji samego mleka obserwowano zwiększenie ryzyka zgonu wieńcowego o 4%. Wykazano zmniejszenie ryzyka choroby niedokrwiennej serca o 7% dla przyrostu spożycia jogurtu o 100 ml dziennie oraz o 8% dla przyrostu spożycia sera o 30 g dziennie. Spożycie mleka i produktów mlecznych niskotłuszczowych, nie miały wpływu na ryzyko choroby niedokrwiennej serca oraz na ciśnienie tętnicze, poziom całkowitego cholesterolu i LDL. Dane dotyczyły metaanalizy licznych artykułów w ramach badań kohortowych z okresu 2013-2018. Większe o 200 g dzienne spożycie mleka redukowało o 8% ryzyko udaru mózgu. Ostatnie dowody kliniczne z różnych regionów świata wskazują na neutralny lub pozytywny wpływ produktów mlecznych na ryzyko kardiometyaboliczne. Analiza 7.708 artykułów dotyczących obserwacji klinicznych i 11 programów badawczych odnośnie wpływu mleka na wydolność mięśni po wysiłku wykazały pozytywny efekt albo brak takiej

go działania. Różnice te prawdopodobnie wynikają ze znacznej heterogenności wyników oceniających wydolność mięśni oraz różnic w konsumpcji mleka co do jego składu chemicznego, kaloryczności, ilości czy czasu spożycia. Mleko i jego przetwory mogą nasilać zmiany trądzikowe poprzez wpływ na nadmierne wydzielanie łoju i u części chorych następuje poprawa cery po ograniczeniu bądź eliminacji mleka krowiego i produktów mlecznych.

Alergia

Białka mleka krowiego wywołują uczulenia najczęściej u niemowląt oraz dzieci. Jest to najczęściej występująca alergia pokarmowa u dzieci. Mleko krowie zawiera około 20-30 białek, które mogą uczulać. Wyróżnia się dwie podstawowe frakcje białek mleka krowiego: kazeiny i białka serwatkowe. Białka kazeinowe dzielą się na frakcje: α 1, α 2, β , γ 1, γ 2, γ 3, k, z których najczęściej uczulają frakcje α , najmniej k. Białka serwatkowe to: α -laktoglobulina, β -laktoglobulina, bydlęca albumina surowicza, bydlęca immunoglobulina. Najsilniejszym alergenem serwatki jest β -laktoglobulina, która występuje w mleku wielu ssaków (brak jej w mleku kobiecym) a 13-76% chorych prezentuje objawy na ten alergen. Kolejnym alergenem jest α -laktoglobulina, liczba uczulonych na to białko pacjentów waha się od 0 do 80% (w zależności od prezentowanych wyników badań). Reakcja nadwrażliwości na białka mleka może przebiegać jako natychmiastowa IgE-zależna (typ I wg Gella i Coombsa) oraz jako reakcja opóźniona (typ IV, komórkowy). U większości pacjentów dochodzi do samoistnego nabycia tolerancji na alergeny. Badania kliniczne wskazują na dość optymistyczny przebieg alergii na mleko krowie, w których ponad 60% dzieci samoistnie nabywało tolerancji w ciągu kilku lat. Ochronny wpływ na wystąpienie alergii ma karmienie piersią. U dorosłych zdecydowanie częściej występuje nadwrażliwość na ryby, owoce morza czy alergeny pochodzenia roślinnego, np. orzechy, pomidor, seler oraz przyprawy. Alergię na białka mleka krowiego zazwyczaj obserwuje się w okresie wczesnodziecięcym i według różnych danych epidemiologicznych dotyczy to 2-7,5% dzieci <1. roku życia, 0,06-2,5% przedszkolaków, 0,3% starszych dzieci i nastolatków. Szacuje się, że alergia na białka mleka krowiego występuje u <0,5% osób dorosłych. Objawy kliniczne alergii na mleko mogą dotyczyć przewodu pokarmowego, skóry lub układu oddechowego, a u wielu dzieci manifestacja kliniczna może być wielonarządowa.

Nietolerancja laktozy

Cukier mleczny, czyli laktoza to podstawowy węglowodan znajdujący się w mleku kobiecym, zwierzęcym i w produktach pochodnych. Absorpcja jelitowa lakto-

zy wymaga hydrolizy do jej składowych monosacharydów – glukozy i galaktozy. Obecność laktazy w przewodzie pokarmowym warunkuje zatem przyswojenie przez organizm cukru mlecznego występującego w pożywieniu. Gdy w organizmie brakuje laktazy, laktoza nie może zostać rozłożona i ulega fermentacji bakteryjnej w jelicie grubym. W konsekwencji tworzą się gazy, które powodują wzrost ciśnienia osmotycznego treści jelitowej oraz działają drażniąco na błonę śluzową, czego konsekwencją są przykre dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Wyróżniono trzy rodzaje niedoboru laktazy:

- alaktazja – wrodzony niedobór laktazy,
- hipolaktazja dorosłych – pierwotny niedobór laktazy, jest to stan naturalny u dużej części ludzkiej populacji,
- wtórny niedobór laktazy – nabyty.

Całkowity brak laktazy w organizmie jest nazywany alaktazją i występuje bardzo rzadko. W przypadku tego schorzenia wymagane jest stosowanie diety bezlaktozowej przez całe życie.

Objawy nietolerancji laktozy są niespecyficzne i przypominają objawy wielu chorób przewodu pokarmowego (zwłaszcza zespołu jelita drażliwego). Pojawiają się bowiem: biegunki (stolce mają charakterystyczny kwaśny zapach); wzdęcia, bóle brzucha, „przelewanie” w jamie brzusznej, oddawanie nadmiernej ilości gazów, nudności i wymioty. Nietolerancja laktozy typu dorosłych wymaga rezygnacji z mleka słodkiego i jego przetworów. Dobrze tolerowane jest mleko fermentowane w postaci kefirów lub jogurtów. Zawarte w tych produktach probiotyki są zdolne do wytworzenia laktazy, a same produkty poddane fermentacji mlekowej zawierają mniej laktozy. Bezpiecznie można spożywać twarde sery, jak Cheddar. Sery długo dojrzewające mogą praktycznie nie zawierać laktozy. W aptekach dostępne są gotowe preparaty zawierające laktazę.

Diagnostyka nietolerancji laktozy opiera się na analizie wywiadu i obrazu klinicznego oraz bezpośrednich i pośrednich badaniach diagnostycznych. Najpopularniejszym badaniem sprawdzającym jest pomiar stężenia wodoru w wydychanym powietrzu oraz test tolerancji laktozy z krwi (metody pośrednie). Do tych oznaczeń można dołączyć również badanie pH kału. Pierwotną oraz wrodzoną nietolerancję można potwierdzić wykonując biopsję jelita cienkiego lub badania genetyczne (metody bezpośrednie).

Piśmiennictwo: 26 pozycji u Autora.

Prof. dr hab. med. Paulin MOSZCZYŃSKI

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie nr 5/19)

TELEPORADA MEDYCZNA WYMAGA TELEUMIEJĘTNOŚCI

Pandemia koronawirusa wpływa na różne sfery naszego życia. Obostrzenia związane z przemieszczaniem i komunikowaniem się ograniczyły możliwość bezpośredniego kontaktu lekarza z pacjentami. Gdy tylko stan chorego na to pozwala, konsultacja lekarska odbywa się przez... telefon.

Dla wielu lekarzy to nowy sposób pracy. A skoro nowy, to połączony ze zmianą, która nigdy nie dokonuje się w jednym momencie. Opanowanie nowej techniki wymaga wysiłku, zanim stanie się umiejętnością rutynową – częścią lekarskiego warsztatu. Dlatego też warto przyjąć się komunikacji na odległość, zastanowić się nad jej specyfiką, możliwościami i ograniczeniami. Zrobimy to, zakładając wirtualne, psychologiczne okulary. Tak przy okazji: czy wiesz, kto wynalazł telefon? Odpowiedź jest oczywista? Niezupełnie... Ale o tym na końcu artykułu.

Odcięci od części fabuły

Rozpocznijmy od krótkiego doświadczenia. Wyobraź sobie następującą sytuację: oglądasz interesujący, trzymający w napięciu film. W momencie zbliżającego się rozwiązania filmowej zagadki niespodziewana awaria odcina obraz, słyszysz jakieś rozmowy, później kroki, skrzypnięcie otwieranych drzwi, strzały, krzyki, a po chwili z odbiornika płynie muzyka zwiastująca jego zakończenie. Czy masz pewność, jak skończyła się fabuła filmu, jakie emocje odczuwasz? Czego pozbawił nas brak obrazu?

Opisana sytuacja pokazuje, jak wielkie znaczenie ma wielotorowość przepływu informacji, jak wiele z nich dociera do nas dzięki zmysłowi wzroku i jak wiele tracimy, gdy części informacji zabraknie. A teraz przyjrzyjmy się lekarskiej codzienności – kontakty z pacjentami to zazwyczaj rozmowy twarzą w twarz, obie strony się widzą, słyszą, czują swój zapach, czasami wykorzystywany jest także zmysł dotyku.

Wiele psychologicznych badań udowadnia, jak dużą rolę w procesie komunikowania się odgrywają tzw. akty niewerbalne. Należą do nich:

- postawa ciała,
- mimika
- gesty (pantomimika);
- głos i jego cechy;
- sposób poruszania się;
- odległości, jakie przyjmujemy względem innych;
- miejsca oraz przestrzenie, które traktujemy jak swoje;
- wygląd zewnętrzny;
- nasze spojrzenie;
- zapach.

Słowa są nośnikami informacji. Mowa ciała potęguje ich znaczenie zwiększa czytelność – odkrywa intencje, postawy, emocje mówiącego. W rozmowach bezpośrednich doświadczamy pełni informacji

W rozmowie telefonicznej do dyspozycji mamy tylko nasze słowa i głos. Gdy dodamy do tego jeszcze dyskomfort i napięcie wynikające z braku wprawy oraz możliwe zakłócenia zewnętrzne (techniczna jakość rozmowy, wpływ otoczenia np. hałasujące w tle dzieci czy dźwięk telewizora), oczywistym staje się stwierdzenie, że teleporada może być nie lada wyzwaniem dla niejednego profesjonalisty.

W takim razie skoncentrujmy się na tym, nad czym mamy pełną kontrolę i co w pełni możemy wykorzystać podczas rozmów telefonicznych, a więc na właściwościach głosu i słowach.

Zacznijmy od głosu i sposobu mówienia

To, jak Twój głos brzmi w słuchawce, może mieć zasadniczy wpływ na to, jak pacjent sobie Ciebie wyobraża i jak będzie nastawiony do rozmowy z Tobą. Głos ma wiele różnych cech – możemy mówić o jego sile, barwie, tonie. Opisując sposób mówienia, określamy tempo, akcentowanie, dykcję. Każdy z wymienionych elementów ma swoje znaczenie.

Dzięki **sile** głosu możemy okazać pewność siebie, znajomość przedmiotu rozmowy (swoją profesjonalizm), możemy być oczywiście lepiej słyszani. Jednak uważaj! Jeśli będziesz krzyczał do słuchawki, w najlepszym razie wzbudzisz u rozmówcy dyskomfort, a nierzadko niepokój, strach lub złość. A więc mów tak, jakbyś rozmawiał z kolegą siedzącym po drugiej stronie stołu.

Gdy opisujemy **barwę** głosu, zazwyczaj używamy określeń: ciepła, miła, chłodna, szorstka, głęboka, obca... Barwę w dużej mierze determinuje Twoje nastawienie do rozmówcy. Jeśli będziesz nastawiony przyjaźnie, pozytywnie i choćby lekko się uśmiechał, zapewne Twoja barwa zostanie odebrana jako miła i zachęcająca dla rozmówcy. Gdy rozmowę będziesz traktował jak przykrą konieczność, Twoja barwa głosu stanie się chłodniejsza.

Ton (wysokość). Być może doświadczyłeś niemiłego uczucia klucia w uszach, gdy Twój rozmówca (częściej rozmówczyni) przemawiał do Ciebie piskliwym głosem. Nic dziwnego, to naturalne. Bardzo wysokie tony na wielu z nas działają drażniąco, niskie są zaś łagodniejsze, a poza tym brzmią wiarygodnie i poważnie. Staraj się więc mówić niższym głosem niż zazwyczaj. Oddychanie przeponowe (z wykorzystaniem mięśni brzucha) da Ci większą kontrolę nad głosem.

Tempo – powinno być umiarkowane. Jeśli będziesz mówił szybko, mogą pojawić się kłopoty ze zrozumieniem Twojej wypowiedzi. Jeżeli mówisz zbyt wolno – stracisz zainteresowanie rozmówcy.

Akcentowanie. Niektóre fragmenty wypowiedzi – szczególnie ważne, powinny przykuwać uwagę i być lepiej zapamiętane, np. nazwa leku, sposób dawkowania

itp. Aby to osiągnąć, akcentuj je, używając siły głosu lub stosując pauzę pomiędzy słowami.

I na zakończenie banalna uwaga o znaczeniu **dykcji**. Banalna, bo jeśli ktoś ma ją słabą i mówi niewyraźnie, zazwyczaj trudno go zrozumieć. W tym miejscu przychodzi mi na myśl scena z filmu „Miś” Stanisława Barei, podczas której spikerka na lotnisku z kluskami w ustach przekazuje komunikat w języku angielskim. Aby mówić z dobrą dykcją, zrozumiale i wyraźnie, szeroko otwieraj usta. A jeśli słowa są skomplikowane, wypowiadaj je wolniej.

Słowa – werbalne aspekty komunikowania się

Wypowiadane przez nas słowa są częścią języka, a ten, wraz z zespołem zasad decydujących o sensie wypowiedzi, systemem, który służy do opisu rzeczy, zjawisk i stanów. Zwykliśmy mówić, że ktoś posiada werbalną kompetencję komunikacyjną, jeśli potrafi posługiwać się językiem odpowiednim dla danej osoby, grupy i sytuacji. Na tę kompetencję składają się:

- umiejętność jasnego i precyzyjnego wyrażania własnych myśli,
- umiejętność zadawania pytań,
- umiejętność aktywnego słuchania,
- umiejętność budowania klimatu rozmowy za pomocą słów.

Pytaj i słuchaj

Przyjrzyjmy się dwóm kluczowym dla teleporady kwestiom – zadawaniu pytań i umiejętności słuchania.

Nie sposób przecenić umiejętności zadawania pytań. Dzięki właściwym pytaniom możemy nawiązać kontakt z drugą osobą, okazać jej zainteresowanie, przede wszystkim jednak uzyskać interesujące nas informacje. Biorąc pod uwagę cel, w jakim zadawane są pytania, można je podzielić na dwie kategorie: otwarte i zamknięte.

Pytania otwarte pozwalają prowadzącemu rozmowę zdobyć obszerne informacje o opiniach i poglądach swojego interlokutora. Umożliwiają rozmówcy rozwinięcie wypowiedzi. Sprzyjają budowaniu pozytywnego klimatu rozmowy. Dzięki nim rozmówca nie ma poczucia, że jest przesłuchiwany. Zazwyczaj rozpoczynają się od zaimeków pytajnych: kto, gdzie, kiedy, co, jak, dlaczego.

Pytania zamknięte zadajemy zaś po to, aby skoncentrować rozmowę na interesującym nas temacie, szybko dotrzeć do meritum, ograniczyć naszemu rozmówcy możliwość dywagowania. Zazwyczaj można na nie odpowiedzieć krótko lub używając partykuły „tak/nie”. Najczęściej zaczynają się od zaimka pytajnego „czy”. Odmianną pytań zamkniętych są pytania:

- sugerujące: Czy zgodzi się pan ze mną, że profilaktyka zdrowotna jest równie ważna jak leczenie?
- warunkowe: Czy będzie pan stosował się do zaleceń, jeśli przepiszę panu lek, który należy zażywać tylko raz dziennie?

- alternatywne: Które rozwiązanie jest dla pani optymalne, to czy to?

Zbyt częste zadawanie pytań zamkniętych może spowodować, że w rozmówcy zrodzi się poczucie wywierania presji. To zaś przełoży się, a przynajmniej istnieje takie ryzyko, na ograniczenie otwartości lub wręcz odmowę odpowiedzi. Warto pamiętać o tym, aby pytań tego rodzaju nie stosować w tzw. kaskadach, a więc jedno po drugim. Wskazana jest sekwencja, w której pytania otwarte i zamknięte występują prawie naprzemiennie, np.: Jakie są pana dolegliwości? Co dzieje się, gdy zje pan tłusty, smażony posiłek? Czy bóle pojawiają się rano, na czczo?

Kolejną ważną kompetencją komunikacyjną jest umiejętność tzw. aktywnego słuchania. To jedna z najważniejszych umiejętności komunikacyjnych w ogóle – dzięki niej można dokładnie zrozumieć sens wypowiedzi, rozpoznać przekonania, intencje, sugestie. To także sposób, aby okazać zainteresowanie i szacunek rozmówcy, a przez to tworzyć sprzyjający rozmowie klimat. Słuchanie to nie tylko koncentracja uwagi na rozmówcy, to także stosowanie konkretnych werbalnych technik komunikacyjnych, takich jak parafrazowanie, precyzowanie, podsumowanie czy udzielanie informacji zwrotnej.

Parafrazowanie to powtórzenie własnymi słowami tego, co się zrozumiało z wypowiedzi rozmówcy. Często zaczyna się od słów: Inaczej mówiąc..., Powiedział pan, że..., Czy chciał pan powiedzieć..., O ile dobrze pana zrozumiałem...

Precyzowanie to dopytywanie o szczegóły, uściślanie wypowiedzi, wyjaśnianie zawiłych kwestii: Co ma pan na myśli, mówiąc..., Dlaczego to jest dla pana ważne...

Podsumowanie jest zwięzłym streszczeniem rozmowy, uchwyceniem jej ogólnego sensu. Sprowadza się do przedstawienia zasadniczych ustaleń w kilku zdaniach (często w punktach), sprzyja zapamiętywaniu faktów i realizacji podjętych przez chorego zobowiązań: Panie Kowalski, dzisiaj rozmawialiśmy o..., Ustaliliśmy, że..., Pana zadaniem od jutra jest..., Tak?

Informacja zwrotna to komunikat obrazujący, jak zachowanie rozmówcy lub treści, które wypowiada, wpływają na prowadzącego rozmowę. W rozmowie telefonicznej jest ona szczególnie ważna, ponieważ tylko w ten sposób możemy to okazać. Aby nie stała się barierą komunikacyjną, musi być komunikatem „typu ja”, czyli podkreślać subiektywizm wypowiedzi (słyszałem, miałem wrażenie, zastanowiło mnie, itp.), opierać na faktach (odnosić do konkretnych słów czy zachowań rozmówcy), nie zawierać ocen i pokazywać związków przyczynowo-skutkowe: Od kilku minut rozmawiamy o konieczności stałego przyjmowania leków na nadciśnienie. Ponieważ wciąż poddaje pan w wątpliwość moje zalecenia, mam wrażenie, że nie przekonałem pana wystarczająco. Proszę powiedzieć, dlaczego tak sceptycznie odnosi się pan do konieczności leczenia? Co jest zasadniczą trudnością?





To tyle, jeśli chodzi o rozważania ogólne. A teraz zobaczmy, jak krok po kroku można przeprowadzić rozmowę z pacjentem.

Krok pierwszy – przygotowanie

Połowa sukcesu to przygotowanie – jego brak powoduje, że rozmowa przebiega nerwowo i chaotycznie. Przed rozmową sprawdź, z kim będziesz rozmawiał. Jeśli masz dostęp do danych archiwalnych, historii chorób, wyników badań – przejrzyj je. Jeśli to Ty jesteś inicjatorem rozmowy, zastanów się, co w danej rozmowie chcesz osiągnąć, o czym poinformować lub jakie zadać pytania.

Krok drugi – otwarcie rozmowy

Po nawiązaniu kontaktu, powitaj rozmówcę, przedstaw się, spytaj, czy rozmawiasz z właściwą osobą, podaj cel rozmowy i poproś o zgodę na jej kontynuowanie.

Krok trzeci – wywiad

Zadając pytania otwarte, zamknięte, stosując techniki aktywnego słuchania, pozwól pacjentowi opowiedzieć dokładnie o swoich problemach.

Krok czwarty – diagnoza i zalecenia

Po zebraniu wystarczającej ilości informacji przedstaw diagnozę i zalecenia. Ponieważ sukces terapii w dużej mierze zależy od współpracy pacjenta, warto zadbać o to, aby był przekonany, o ich słuszności. Trzeba je więc uzasadnić, pokazując związki przyczynowo-skutkowe i używając mieszanej racjonalno-emocjonalnej argumentacji. Aby informacje zostały zapamiętane powtarzaj najważniejsze kwestie, sprawdzaj, czy wszystko jest jasne i zrozumiałe. Zachęcaj do zadawania pytań.

Krok piąty – zamknięcie rozmowy

Wszystkie etapy są ważne, ale z racji ograniczonych środków oddziaływania to, jak zamkniesz rozmowę, może mieć istotne znaczenia dla powodzenia zaleconego leczenia. Podsumuj ustalenia i jeszcze raz podkreśl najważniejsze kwestie. Ponownie sprawdź, czy pacjent wszystko zrozumiał. Ustal kolejne kroki, np. termin ewentualnej rozmowy kontrolnej. Podziękuj za rozmowę i pożegnaj rozmówcę.

Na zakończenie garść uwag praktycznych:

- mów prosto do słuchawki (nie trzymaj jej pod brodą) – pamiętaj o dykcji (scena z „Misia”);
- uśmiechaj się, gdy mówisz – barwa głosu stanie się miłsza;
- próbuj mówić niższym niż zazwyczaj głosem;
- używaj pozytywnych sformułowań;
- nie przeskakuj z tematu na temat;
- używaj przerywników. Wtrącenia „tak”, „rozumiem” odgrywają taką samą rolę jak kontakt wzrokowy podczas rozmowy bezpośredniej;

- bądź cierpliwy. Nawet długa pauza nie zawsze znaczy, że pacjent już zakończył wypowiedź;
- nie wyciągaj pochopnie wniosków;
- wsłuchuj się w podteksty. Sposób mówienia pacjenta może być ważniejszy od tego, co mówi;
- nie oceniaj rozmówcy i nie rób napastliwych uwag;
- nie wykonuj równolegle innych czynności, a jeśli to robisz, powiedz o tym: Teraz przejrzę najnowsze badania;
- kończąc rozmowę, nie odkładaj gwałtownie słuchawki;
- pamiętaj – jeśli w trakcie rozmowy połączenie nagle zostało przerwane, obowiązek ponownego kontaktu leży zawsze po stronie dzwoniącego;
- jeśli trafi Ci się nieuprzejmy rozmówca, nigdy nie odpowiadaj tym samym. Możesz zapytać, co wywołało zdenerwowanie lub inne negatywne emocje. Czasami przydatny może okazać się komunikat FUO – fakty: Mówi pan do mnie podniesionym głosem, uczucia (emocje): To powoduje, że jestem napięty i nie mogę się skoncentrować, oczekiwania: Chciałbym, aby jeszcze raz spokojnie opowiedział pan o swoich dolegliwościach. W niektórych przypadkach warto zapytać, czy możesz zadzwonić w innym terminie. Może się także zdarzyć, że niezbędne okaże się zakończenie rozmowy – zawsze jednak zapowiedz takie działanie i pamiętaj o zrobieniu właściwej notatki w dokumentacji.
- gdy rozmawiasz z „gadulą”, staraj się przejąć inicjatywę i kontrolę, sparafrazuj wypowiedź rozmówcy. Podkreśl, jak ważne są jego opinie, powtórz ustalenia. Możesz także powiedzieć jasno, że musisz zakończyć już rozmowę.

Poznałeś zasady, a teraz czas na praktykę. Truizmem jest stwierdzenie, że tylko trening czyni mistrza – a więc ćwicz, rozmawiaj jak najwięcej. Z każdą rozmową będziesz coraz lepszy. Dobrze wykonane zadanie nie tylko przynosi satysfakcję, ale także buduje siłę i pewność siebie. A tych cech tak nam przecież potrzeba w obecnych trudnych czasach. Powodzenia!

Lek. Dariusz DELIKAT

O AUTORZE: lekarz laryngolog i psycholog. Absolwent Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz Uniwersytetu SWPS. Posiada wieloletni staż pracy w szpitalu i przychodni oraz w branży farmaceutycznej, gdzie m.in. zarządzał działem HR i działem szkoleń. Autor wielu programów szkoleniowych z zakresu szeroko pojętych umiejętności psychologicznych. Od 5 lat prowadzi cieszące się zainteresowaniem szkolenia w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej (Wywieranie wpływu na zachowania i postawy pacjentów, Lekarz asertywny..., Analiza transakcyjna na co dzień..., Wypalenie zawodowe, Psychologia pacjenta...).

(przedruk z „Medium” nr 6/20)

DR BOGDAN NIKIFOROW

Dnia 3.06.2020 roku pożegnaliśmy naszego Drogiego Kolegę, **Pana Doktora Bogdana Nikiforowa**, który spoczął na Cmentarzu Komunalnym przy ul. Jana Pawła II w Namysłowie. Pan Doktor przeżył 97 lat.

Z Namysłowem był związany od 1945 roku, pełniąc funkcję Komendanta Szpitala Wojskowego. Następnie pracował w Przychodni Rejonowej jako specjalista dermatolog.

Był osobą o dużej wiedzy medycznej, serdecznym dla pacjentów i wzorem dla nas młodych lekarzy. Pan Doktor był osobą o wielkiej kulturze osobistej, spolegliwości, skromności i wielkim sercu, którym dzielił się z pacjentami. Pozostanie w naszej pamięci jako wspaniały Kolega – lekarz.

Z wyrazami współczucia dla Rodziny i bliskich pozostaje

Lek. med. Anna KOS



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

Ahoj żeglarze! Niezmiernie miło jest nam
zaprosić na kolejne

Jubileuszowe XXX Żeglarskie Mistrzostwa 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.wrotamazur.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 żeglarsza jachtowego.

Tradycyjnie, obydwa 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.

Zatrudnimy na umowę zlecenie:

ortopedę do wykonywania:

- iniekcji kwasu hialuronowego i blokad pod kontrolą USG,
 - terapii osoczem bogatopłytkowym (PRP),
- chirurga** do wykonywania:
- USG Doplera żył kończyn górnych i dolnych,
 - małoinwazyjnych zabiegów wewnątrzżylowych pod kontrolą USG.

„Nowoczesna Medycyna” Gabinety Lekarskie, Folwark, ul. Krapkowicka 4, tel. 606-678-951, folwark_przychodnia@interia.pl

Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni:
lekarzy **specjalistów psychiatrów**,
lekarzy **w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w psychiatrii**,
lekarza **internistę** oraz
lekarza **rehabilitacji medycznej**.

Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz **mieszkanie służbowe**. Tel.: 77/403-43-07 lub e-mail: sws.kadry@op.pl.

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE
Sp. z o.o. z siedzibą w Kup zatrudni:

lekarza ze specjalizacją z chorób wewnętrznych lub innej specjalności zachowawczej do pracy w charakterze Kierownika Izby Przyjęć (niezabiegowej)

lekarza – dowolna specjalizacja zachowawcza do pracy na Oddziale Geriatrycznym, Forma zatrudnienia do uzgodnienia – umowa o pracę lub umowa kontraktowa.

Bardzo dobre warunki finansowe – do negocjacji. Kontakt telefoniczny: 77/403-28-51 lub mailowy: kadry@szpital-kup.eu

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.

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



SIATKÓWKA I CIAŁO SZKLISTE. BCSC 12. Seria basic and clinical science course

wyd. 2, red. M. Rękas, R. Rejda
rok wydania 2020
ISBN978-83-66310-54-4, format 175 x 235, oprawa mięk-
ka, liczba stron 480, cena 134,10 zł

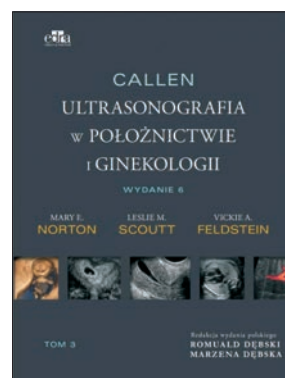
Seria podręczników Basic and Clinical Science Course™ (BCSC), to kompleksowe, a zarazem zwarte kompendium wiedzy w zakresie szeroko pojętej okulistyki.

Co roku członkowie Amerykańskiej Akademii Okulistyki (American Academy of Ophthalmology – AAO) weryfikują zawartość podręczników, wzbogacają je o wiele nowych tekstów, liczne ilustracje i materiały filmowe, zwracając szczególną uwagę na wprowadzanie uaktualnień naukowych, co pozwala okulistom na bieżąco zaznajamiać się z najnowszymi odkryciami dotyczącymi wielu podspecjalności i stosować je w swojej praktyce klinicznej.

Seria BCSC powstaje dzięki wysiłkowi i doświadczeniu ponad 90 znakomitych autorów oraz zespołu redakcyjnego AAO. Przed publikacją każdy tom oceniany jest m.in. przez członków Akademickiego Komitetu Doradczego Okulistów Praktyków ds. Nauki (Academy's Practicing Ophthalmologists Advisory Committee for Education). Dodatkowo członkowie Europejskiej Rady Okulistyki (European Board of Ophthalmology) sprawdzają tekst pod względem różnic między amerykańską a europejską praktyką okulistyczną.

Niniejsza książka jest autoryzowanym tłumaczeniem publikacji zatytułowanej Basic and Clinical Science Course™, Section 12: Retina and Vitreous wydanej przez American Academy of Ophthalmology (San Francisco); 2018–2019.

* * *



CALLLEN. ULTRASONOGRAFIA W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII. TOM 3

L.M. Scoutt, M.E. Norton, V.A. Feldstein
wyd. 6, red. R. Dębski, M. Dębska
rok wydania 2020
ISBN978-83-66310-15-5, format 210 x 275, oprawa twar-
da, liczba stron 296, cena 161,10 zł

[...] Callena powinien przeczytać każdy zajmujący się ultrasonografią położniczo-ginekologiczną, czyli w praktyce każdy położnik-ginekolog. Kolejne wydania Callena to były książki absolutnie podstawowe dla rozwoju mojej wiedzy, nie tylko ultrasonograficznej, ale i położniczej; uczyłem się z nich patologii ciąży i terapii prenatalnej. Tak naprawdę to nie jest podręcznik ultrasonografii, tylko raczej przewodnik po zastosowaniu metod obrazowych w położnictwie i ginekologii. Kiedykolwiek ktoś mnie zapytał, z jakiego podręcznika powinno się uczyć ultrasonografii, odpowiadałem: z Callena. Dla wielu ze względu na barierę językową był on niezbyt dostępny. Dlatego też z ogromną radością przekazuję Państwu tłumaczenie na język polski podręcznika Callena, biblii ultrasonografii położniczo-ginekologicznej. Jeżeli chce się dobrze i mądrze prowadzić diagnostykę ultrasonograficzną, należy zapoznać się z tą książką.

Romuald Dębski

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



Specjalistyczne Centrum Medyczne

45-301 Opole, ul. Romana Horoszkiewicza 6 (Błękitna Wstęga)
www.endopractica.pl



nawiąże współpracę z lekarzami specjalistami

Oferujemy:

Nowocześnie wyposażone gabinety
Rejestracja telefoniczna i internetowa
System elektronicznej dokumentacji medycznej
Internet
E-recepta, eWUŚ, e-ZUS ZLA
Laboratorium analityczne

Kontakt:

Tel. 602 795872

E-mail: endopractica@endopractica.pl