



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

# BIULETYN INFORMACYJNY

Luty 2012

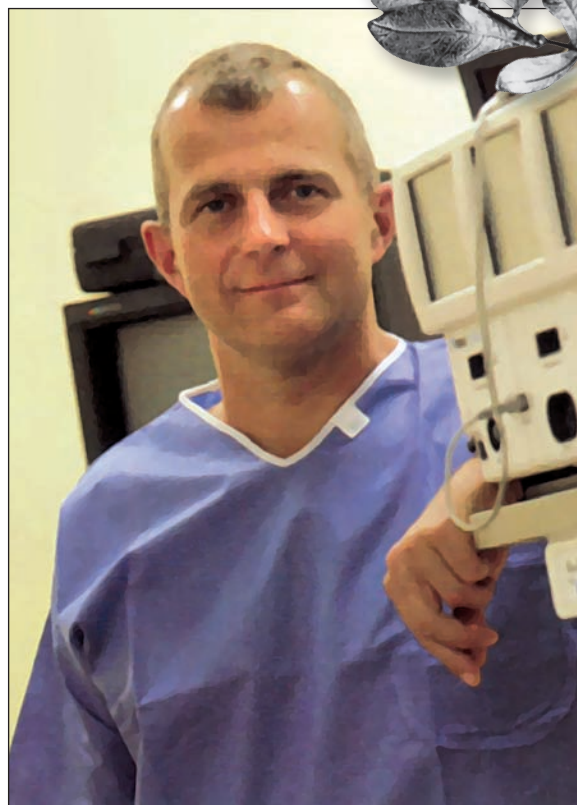
ISSN 1426-661X

Nr 186

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

[www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)

## Kolejne Laury Umiejętności i Kompetencji rozdane



*Dr n. med. Grzegorz Krasowski*



*Dr n. med. Janusz Pichurski*

Się porobiło!!! Początek roku należał do jednych z najgorętszych od kilku lat – i to wcale nie (a raczej nie wyłącznie) z powodu wyższych temperatur za oknem! Ministerstwo Zdrowia przejęło się chyba zbyt nawoływaniem do rozpoczęcia karnawału i urządziło nam już od 1 stycznia niezły bal!!! Na naszej sali balowej wodzirej, co prawda ucichł i nieco oklapł, ale na sąsiedniej (tzn. u aptekarzy) – zabawa idzie na całego!!!

Już się ucieszyłem, że najbardziej ekscytujące gry towarzyskie są za nami, ale – jak pisze o tym poniżej Prezes – wygląda na to, że nasz wodzirej łapie już drugi oddech i za chwilę zacznie od nowa!!! Rozglądam się dookoła i zastanawiam się, czy ja naprawdę kupiłem bilet na tę (!) imprezę? Na dodatek zdaje się, że to dopiero pierwsza połowa balu! Nie wiem sam, czy mam jeszcze ochotę na te tańce. Wygląda na to, że organizatorzy tego balu załatwili nam nie najlepszego wodzireja i z nienajlepszymi pomysłami zabaw. A i orkiestra nazbyt często fałszuje. No, ale cóż, trudno – trzeba trwać na posterunku. To tyle reminiscencji z karnawału pomysłów ministerialnych.

Przed Państwem drugi w tym roku numer Biuletynu. Proszę nie zdziwcie się, jeśli w skrzynce nie znajdziecie razem z nim lutowej „Gazety Lekarskiej”, ale zawirowania z jej wydawaniem spowodowały, że numer lutowy i marco-

wy GL ukażą się łącznie dopiero za miesiąc. Myśmy podjęli decyzję, że nie będziemy oglądać się na Warszawę i stąd nasz Biuletyn znalazł się u Was już teraz.

Co w nim znajdziecie? W naszej opolskiej części, poza wspomnianym tekstem Prezesa – dwa sprawozdania (z obrad Rady Okręgowej i Komisji Stomatologicznej), dwie istotne informacje izbowe, tekst o naszych Kolegach, którzy otrzymali honorowe „Laury Umiejętności i Kompetencji”, krótką ilustrowaną notkę o promocji książki naszej Koleżanki oraz opinię w sprawie badań kierowców.

W części „ogólnopolskiej” zaś – materiał o suplementach diety wspomagających pamięć, rozmowę z psychologiem i drugą część materiału na temat zgody pacjenta (pierwsza ukazała się w poprzednim Biuletynie). Ponadto dywagacje o ryzyku związanym z leczeniem, kolejna rozmowa – tym razem z genetykiem o biobankowaniu i refleksje dotyczące, tak modnej obecnie, pogoni za młodością.

Biuletyn zamykają – jak zawsze – ogłoszenia i nowości wydawnicze. Mam nadzieję, że lektura uspokoi nieco emocje związane z wydarzeniami z I połowy stycznia. Oby oszczędzono nam następnych wygibasów na tym niespecjalnie przyjaznym parkiecie. Nie wierząc zbyt w to, co napisałem przed chwilą, pozdrawiam mimo to serdecznie i żegnam się do następnego numeru.

*Jerzy B. LACH*

## SZPALTA PREZESA

### Koleżanki i Koledzy,

Pierwsza połowa stycznia, to był bardzo gorący okres protestu lekarzy przeciwko niektórym zapisom Ustawy o refundacji leków. Dzięki zdecydowanej i solidarnej postawie naszego środowiska w całym kraju, z ustawy wykreślone zostały dwa ustępy artykułu 48, mówiące o karaniu lekarzy za pomyłki popełnione przy wypisywaniu recept, na dodatek pomyłki, na które lekarz nie miał wpływu, ani narzędzi, by się ich ustrzec. Można więc powiedzieć – sprawiedliwości stało się zadość. Ale pierwsze tygodnie funkcjonowania ustawy refundacyjnej obnażyły kolejne pułapki, które w niej zostały zastawione. Chodzi o to, kiedy dany lek jest pacjentowi refundowany. Otóż zgodnie z ustawą nie decyduje o tym aktualny stan wiedzy medycznej i nawet wieloletnie pozytywne doświadczenia w stosowaniu danego leku w jakiejś jednostce chorobowej, czy w pewnej wiekowej grupie chorych. Podstawą jest zakres wskazań zawarty w ulotce rejestracyjnej leku. A ulotki te, w bardzo dużej liczbie przypadków, nie przystają do aktualnego stanu wiedzy medycznej, bo:

- lek był rejestrowany dawno temu, a firmie nie opłaca się ponosić dużych kosztów na kolejne badania, które pozwoliłyby formalnie rozbudować ulotkę,
- większości leków nie testowano na dzieciach, czy kobietach w ciąży, a na możliwość i bezpieczeństwo sto-

sowania ich w tych grupach chorych wskazywały badania różnych ośrodków klinicznych.

Oczywiście lekarz będzie ten lek wypisywał nadal, bo wypisywał go dotąd i pacjent odnosił korzyść z przyjmowania tego leku. Tylko, że pacjent będzie musiał teraz zapłacić za taki lek 100% jego ceny.

Nie rozumiem, jak spod ręki tego samego Ministra Zdrowia wychodzi, zarówno ustawa o prawach pacjenta, która temu pacjentowi daje prawo do bycia leczonym zgodnie z aktualnymi standardami wiedzy medycznej, jak i ustawa o refundacji leków, która za bycie leczonym w taki sposób nakłada na pacjenta karę w postaci braku refundacji leku.

W dniach, a może nawet godzinach, w których piszę te słowa dogrywane są szczegóły oferty ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, które przedstawimy Wam, jako rekomendację Izby, na okres od 1 marca 2012 r. do 28 lutego 2013 r. Być może szczegóły te znajdą się w specjalnej wkładce do tego numeru Biuletynu. Najważniejsza zmiana polega na tym, że lekarzowi i lekarzowi dentyście wystarczać będzie jedno ubezpieczenie obowiązkowe. Jednocześnie też zostało określone, że lekarz i lekarz dentysta pracujący tylko i wyłącznie w oparciu o umowę o pracę (a więc nie prowadzący praktyki lekarskiej, nie mający żadnych umów cywilno-prawnych) nie musi takiego ubezpieczenia zawierać.

*Jerzy JAKUBISZYN*

# Sprawozdanie z posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu w dniu 21 grudnia 2011 r.

Program zebrania:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja indywidualnych praktyk lekarskich.
3. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
4. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
5. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
6. Przyjęcie stanowiska Okręgowej Rady Lekarskiej w związku z zakończeniem prac komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu, powołanej uchwałą nr 49/11/VI.
7. Podjęcie uchwały w sprawie powołania komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu.
8. Sprawozdanie z posiedzeń Konwentu prezesów okręgowych rad lekarskich i posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej (1–2 grudnia oraz 16 grudnia).
9. Ustawa refundacyjna – ustalenia w sprawie akcji protestacyjnej.
10. Sprawa umowy z Ministerstwem Zdrowia, dotyczącej refundacji kosztów poniesionych na wykonywanie zadań przejętych od administracji państwowej.
11. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
12. Ustalenie harmonogramu posiedzeń w I półroczu 2012 r.
13. Sprawy różne i wolne wnioski.

Na wstępie Prezes powitał zebranych i oddał głos Sekretarzowi Rady. Kol. Lach przedstawił wnioski o wpisanie na listę członków OIL w Opolu następujących Koleżanek i Kolegów, przenoszących się z innych izb – Anna Grabelus (przeniesienie z OIL w Krakowie), Szymon Grabelus (przeniesienie z OIL w Krakowie), Ewa Kowalska (przeniesienie z OIL w Łodzi), Urszula Gosk (przeniesienie z OIL w Białymstoku), Elżbieta Pilewska (przeniesienie z DIL we Wrocławiu) – a także wniosek o wydanie Prawa Wykonywania Zawodu Lekarza Dentysty dla Tomasza Gołowkina (po zakończeniu stażu podyplomowego). Wszystkie wnioski zostały przez Radę jednogłośnie zaaprobowane.

Następnie Prezes poinformował o dokonanych w ostatnim czasie wpisach do rejestru praktyk lekarskich. Jednocześnie przypomniał członkom Rady, że niedawno wprowadzone przepisy dotyczące rejestracji praktyk dają Radzie prawo do przeprowadzenia wizytacji tychże praktyk, natomiast nie zakładają obowiązku wizytacji przed zarejestrowaniem. Zeszłotygodniowe Prezydium zaproponowało by obligatoryjnie, na etapie wpisywania do rejestru, wizytować praktyki lekarzy z innych izb (też przy spełnianiu przez nie wymogów formalnych nie można odmówić wpisu do rejestru).

Do Funduszu Samopomocy wpłynął jeden wniosek o pożyczkę szkoleniową w związku z prowadzoną specjalizacją, który został przez Radę (przy 1 głosie wstrzymującym się) zaakceptowany.

Następnie Prezes przedstawił sprawę innego wniosku, tym razem o zapomogę bezzwrotną, który wpłynął od Koleżanki z orzeczoną grupą inwalidzką. Tyle tylko, że przed 4 miesiącami Koleżanka ta otrzymała już zapomogę, a zgodnie z Regulaminem Funduszu wnioski takie mogą być rozpatrywane tylko raz na pół roku. Macierzyśta Delegatura lekarki, na prośbę Prezydium, zaaprobowwała ten wniosek. Kol. Jakubiszyn zwrócił jednak uwagę na to, że przyznanie tej zapomogi przed upływem regulaminowych 6 miesięcy – choć być może uzasadnione sytuacją materialną wnioskodawczyni – wymaga zmiany Regulaminu funkcjonowania Funduszu. Członkowie Rady po krótkiej dyskusji, przy 2 głosach sprzeciwu, zdecydowali się odłożyć podjęcie decyzji w tej sprawie do lutego przyszłego roku, dla zachowania regulaminowego półrocznego okresu.

W części dotyczącej konkursów Prezes przedstawił wnioski o powołanie przedstawicieli Rady do komisji konkursowych w:

- Szpital w Branicach – na stanowisko ordynatora Oddz. Leczenia Zespołów Abstynencyjnych – A. Junosza-Szaniawski (przewodniczący) oraz E. Sadowska, I. Fijałkowska i K. Ruciński – jako ordynator (członkowie),
- Szpital w Branicach – na świadczenia zdrowotne – A. Junosza-Szaniawski,
- Szpital Neuro-Psychiatryczny w Opolu – na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddz. Psychiatrii dla Dorosłych „C” – E. Sadowska. Rada zaaprobowwała jednogłośnie wszystkie powyższe kandydatury.



W dalszej części posiedzenia Prezes przedstawił trzy wnioski o obniżenie do 10 zł wysokości składki członkowskiej w związku z osiągnięciem wieku emerytalnego. Rada jednogłośnie podjęła uchwały w tej sprawie.

Następnie kol. Jakubiszyn przedstawił efekty pracy komisji Rady powołanej dla oceny dalszej przydatności do wykonywania zawodu jednego z Kolegów. Na swoim posiedzeniu w dniu 14 grudnia Komisja – po przeanalizowaniu całości materiałów sprawy – stwierdziła, że brak jest przesłanek do ograniczenia możliwości wykonywania zawodu przez tego Kolegę. Rada jednogłośnie przyjęła uchwałę i stanowisko w tej sprawie.

Jednocześnie do Rady wpłynęła kolejna taka sprawa dotycząca tym razem lekarki, leczącej się z powodów psychiatrycznych i niedopuszczonej z tego powodu przez lekarza profilaktyka do pracy. W związku z powyższym Rada jednogłośnie powołała kolejną Komisję w następującym składzie: Stanisław Kowarzyk – przewodniczący, członkowie – Wiesław Dawidziuk, Stanisław Piwowarczyk, Małgorzata Czaplok-Kielc i Halina Kalinowska.

W kolejnym punkcie obrad Rady Prezes zapoznał jej członków z przebiegiem obrad dwóch Konwentów Przewodniczących Rad Okręgowych oraz dwóch posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej. W posiedzeniu Rady w dniu 2.12. uczestniczyli jako goście Wicemarszałek Senatu, posłowie z Sejmowej Komisji Zdrowia z jej wiceprzewodniczącym (także poseł J. Okrągły), Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej Ministerstwa Zdrowia, przedstawiciele OZZL (w tym K. Bukiel), Porozumienia Zielonogórskiego (w tym J. Krajewski), przedstawiciele Rzecznika Praw Obywatelskich i Centrali NFZ. NRL podjęła decyzję o rozpoczęciu z dniem 1 stycznia 2012 r. protestu lekarzy, polegającego na nie wpisywaniu na receptę symbolu, potwierdzającego ubezpieczenie pacjenta oraz poziomu refundacji danego leku i zaopatrywaniu takie recepty w pieczętkę „Refundacja leku do decyzji NFZ”.

W drugim z posiedzeń NRL uczestniczył już nowy minister zdrowia – Bartosz Arłukowicz. W czasie spotkania minister poinformował o decyzjach, jakie podjął w tej sprawie w uzgodnieniu z kierownictwem Narodowego Funduszu Zdrowia, które miałyby zminimalizować ewentualne negatywne skutki wprowadzenia ustawy w jej obecnym brzmieniu. Dotyczyły one m.in. interpretacji zapisów o tzw. uzasadnionych względach medycznych (wystarczy wpisanie rozpoznania jednostki chorobowej w dokumentacji chorego), poświadczania faktu ubezpieczenia (wystarczy oświadczenie pacjenta), dokumentowania recept wypisywanych *pro auctore* lub *pro familia* (wystarczy prowadzenie rejestru wypisywanych recept). Jednocześnie jednak minister Arłukowicz przyznał, że nie ma w tej chwili możliwości dokonania zmiany zapisów ustawy, bo musi ona zacząć obowiązywać od 1 stycznia 2012 r. Zaproponował jednak, aby po-

wołany został wspólny ministerialno-samorządowy zespół, który zająłby się przygotowaniem zmian w tym i w innych aktach prawnych. W związku z powyższym NRL przyjęła propozycję min. Arłukowicza i powołała do tego zespołu swoich przedstawicieli. Jednocześnie przyjęła za obiecujące zmiany podjęte przez ministra zdrowia i postanowiła zawiesić na 2 miesiące akcję protestacyjną, odkładając ostateczną decyzję w tej sprawie do Krajowego Zjazdu Lekarzy, który odbędzie się pod koniec lutego 2012 r.

Relacja Prezesa wywołała burzliwą dyskusję (decyzja NRL nie spotkała się z aprobatą przedstawicieli OZZL oraz Porozumienia Zielonogórskiego, które zapowiedziały rozpoczęcie protestu w dniu 1 stycznia 2012). Członkowie Rady podkreślali, że ten brak jednomyślności wśród organizacji skupiających lekarzy jest zjawiskiem niekorzystnym, wpływającym negatywnie na pozycję samorządu. Po raz kolejny samorząd postrzegany jest jako organizacja, która nie reprezentuje interesów środowiska. Podsumowując dyskusję, Prezes stwierdził, że wszystkie bieżące informacje dotyczące całej sprawy (nowe rozporządzenie w sprawie recept oraz inne dokumenty związane z ustawą refundacyjną, instrukcja jak wypisywać receptę w nowych uwarunkowaniach prawnych) będą sukcesywnie – w miarę ich ukazywania się – zamieszczane na stronie internetowej naszej Izby.

Kol. Jakubiszyn przedstawił także aktualny stan negocjacji izb lekarskich z ministerstwem zdrowia w sprawie refundacji kosztów za działania administracyjne przejęte przez izby od administracji państwowej. Zaproponowane przez ministerstwo kwoty stanowiły jedynie ok. 1/3 wydatków poszczególnych izb na te cele. W związku z powyższym poszczególne izby przedstawiły ministerstwu swoje propozycje finansowe i oczekują na odpowiedź z Warszawy. Prezes zaproponował, aby Rada podjęła uchwałę, upoważniającą jego lub kol. Kowarzyka (prezes wyjeżdża za granicę na tygodniowy urlop) oraz skarbnika do podpisania umowy, jeżeli Ministerstwo zwiększy środki. Rada jednomyślnie podjęła uchwałę w tej sprawie.

Prezes poinformował członków Rady o odbytym w dn. 30 listopada 2011 r. posiedzeniu Rady Społecznej przy OOW NFZ w Opolu, na którym przedstawiono bieżący stan kontraktowania świadczeń medycznych na Opolszczyźnie. Wg relacji kierownictwa Oddziału nie zakończono jeszcze negocjacji w sprawie świadczeń na następny rok m.in. ze Szpitalem Wojewódzkim w Opolu i szpitalem w Branicach. Od nowego roku rozszerzony będzie obowiązek prowadzenia list oczekujących (oprócz endoprotez, zaćmy i kilku jeszcze innych obecnie obowiązujących) na ok. 50 dodatkowych procedur.

Prezes wspominał też o spotkaniu u Przewodniczącego Sejmiku w dniu 11 grudnia 2011 r., w którym uczestniczyli także poseł R. Miller, Wicemarszałek Kolek oraz szef Izby Aptekarskiej A. Prygiel.

W dalszej części posiedzenia Prezes przedstawił kalendarz spotkań Rady i jej Prezydium na I półrocze 2012 r.

- Rada spotykać się będzie: 25.I, 22.II, 21.III, 25.IV, 23.V i 20.VI 2012 r.
- Prezydium obradować będzie: 18.I, 15.II, 14.III, 28.III, 18.IV, 16.V i 13.VI 2012 r.
- Okręgowy Zjazd Lekarzy odbędzie się w dn. 24.III.2012 r. w Opolu.

Kol. Jakubiszyn przedstawił prośbę Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej o udzielenie pożyczki, dzięki której możliwe będzie zakupienie nowej siedziby dla tej izby. Jednocześnie zaproponował, aby była to kwota 100 tys. zł z części nie przeznaczonej na bieżące funkcjonowanie Izby, a termin jej spłaty wynosił 1 rok. Rada, przy 1 głosie wstrzymującym się, propozycję Prezesa przyjęła.

Kol. Kos z Namysłowa zwróciła się do Rady z prośbą o dofinansowanie w wysokości 3000 zł wydania napisanej przez nią monografii o namysłowskiej służbie zdrowia pt. „Ludzie w bieli”. Kol. Kos poinformowała, że udało się jej uzyskać częściowe wsparcie finansowe ze strony samorządu powiatowego, ale brakującej kwoty nie jest w stanie wyasygnować z własnych pieniędzy. W dyskusji kol. Wojtyłko stwierdził, że jego zdaniem samorząd powinien wspierać tego typu inicjatywy, które utrwalają pamięć o historii leczenia na terenie Opolszczyzny. Skarbnik kol. Kowalik zaproponował więc, aby dofinansować to wydawnictwo w kwocie 2000 zł z jednoczesnym zobowiązaniem autorki do umieszczenia logo OIL w Opolu w wydawnictwie. Rada jednogłośnie przyjęła ten wniosek.

Na tym posiedzenie Rady zakończono.

*Jerzy B. LACH*

## Spotkanie Komisji Stomatologicznej

Dnia 19.12.2011 odbyło się ostatnie w tym roku kalendarzowym posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Dr Hamryszak przypomniała, że ponieważ od 2004 r. właściciele Indywidualnych Praktyk Lekarskich traktowani są jako przedsiębiorcy, spoczywają na nich następujące obowiązki:

przekazania w terminie do 31.01.2012 r. do Marszałka Województwa informacji o wprowadzonych do powietrza gazach i pyłach, a do 29.02.2012 r. obowiązek złożenia raportu o emisji gazów za 2011 r. (dotyczy to zarówno zarejestrowanych na praktykę samochodów, jak i zainstalowanych w praktykach kotłowni);

złożenia do 15.03.2012 r. do Marszałka Województwa zbiorczego zestawienia danych o rodzaju i ilości wytworzonych odpadów;

dostosowania do 30.06.2012 działalności do przepisów Ustawy o działalności leczniczej (art. 208 ust. 2) – dla indywidualnych praktyk oznacza to wprowadzenie regulaminu organizacyjnego oraz zgłoszenie odpowiednich zmian do rejestru praktyk.

W dalszej części zebrania dr Mokrzycka zdała sprawozdanie z posiedzenia KS NRL. Z relacji ze spotkania można było się dowiedzieć, iż niecałe 60% społeczeństwa przynajmniej raz w roku korzysta z wizyty u stomatologa. Państwo przeznacza na leczenie stomatologiczne 50 zł rocznie na jednego ubezpieczonego.

Dr Mokrzycka przypomniała, że dotychczasowe ubezpieczenia OC zachowują ważność na czas ich zawarcia, jednakże nie dłużej niż do 31 grudnia 2012 r. Jest to związane z przygotowywaną zmianą przepisów, mającą doprowadzić do powstania jednego ubezpieczenia – zamiast funkcjonujących aktualnie kilku. Nieoficjalnie wiązać będzie się to również z podwyżką składki.

KS NRL zajmowała się również problemem reklam pojawiających się w Internecie, namawiających do zgłaszania roszczeń odszkodowawczych przeciwko lekarzom. Firmy takie, po udzieleniu im pełnomocnictwa, kontaktują się z lekarzami domagając się zwrotu kosztów leczenia, bądź wypłaty odszkodowania. Pacjent w przypadku zawinionego postępowania lekarza ma prawo domagać się zadośćuczynienia, jednakże samorząd lekarski nie może pozostać obojętny wobec stojących na pograniczu prawa i etyki działań nierzetelnych firm, obiecujących pacjentom wysokie odszkodowania, wywierających presję na lekarzy, a jednocześnie ukrywających swoją tożsamość (status, kwalifikacje zawodowe, siedziba). Lekarzom zaleca się, by w razie wysuwanych pod ich adresem roszczeń, kierowali te sprawy do firmy ubezpieczeniowej, z którą posiadają umowy. Osobę zgłaszającą się do gabinetu i podającą się za pełnomocnika pacjenta, można wylegitymować i zażądać od niej okazania pełnomocnictwa. Natomiast lekarze mają, co najwyżej, obowiązek wydania kserokopii dokumentacji medycznej – przyjmuje się, że jest na to tydzień czasu. Jest to też okres, w którym możemy skontaktować się z ubezpieczycielem. Wydając odpis dokumentacji, powinniśmy jednocześnie żądać od odbierającego dokumentację potwierdzenia tego faktu własnoręcznym podpisem na oryginale dokumentacji. W żadnym wypadku nie powinno się wyrzucać dokumentów poświadczających ubezpieczenie, które już wygasło – roszczenia odszkodowawcze mogą sięgać daleko wstecz!!

Na zebraniu zostały przytoczone wnioski KS NRL po analizie projektu Ministerstwa Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Projekt przewiduje zrównanie w wymaganiach

NZOZ-ów i Indywidualnych Praktyk Lekarskich, co skutkowało by, m.in. koniecznością likwidacji jednostek mieszczących się w budynkach mieszkalnych i korzystających ze wspólnej z mieszkańcami klatki schodowej. W innych punktach projektu brak jest doprecyzowania wymagań sanitarnych i budowlanych, co stwarza groźbę niejednoznacznej interpretacji przepisów przez organy uprawnione do ich oceny.

Na koniec posiedzenia dr Hamryszak przypomniała o zgłaszaniu kandydatur do tytułu „Prymariusza Opol-

skiego”. W związku z tym dr Subtelna zgłosiła dr Mokrzycką, motywując nominację wieloletnim zaangażowaniem Pani dr w pracę na rzecz Samorządu. Kandydatura została jednomyślnie poparta przez członków Komisji.

Na tym zakończono zebranie.

*Protokołował*

*lek. dent. Jerzy DRZYŻGA*

*Przewodnicząca KS*

*lek. dent. Barbara HAMRYSZAK*

## SPROSTOWANIE

W zamieszczonym w styczniowym numerze Biuletynu sprawozdaniu z grudniowego posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej popełniłem błąd dotyczący osoby głównego prelegenta na wspólnym posiedzeniu naukowo-szkoleniowym PTS i Komisji Stomatologicznej. Nieopatrznie bowiem „zdymisjonowałem” ze stanowiska Prezydenta Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego Pana prof. Bartłomieja W. Losterę. Otóż Pan Profesor nadal pełni tę funkcję, a ja za swoją pomyłkę bardzo wszystkich czytelników przepraszam.

*Jerzy B. LACH*

## Komunikaty izbowe

### Uwaga składki!

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu przypomina wszystkim członkom Opolskiej Izby Lekarskiej o - wynikającym z ustawy o izbach lekarskich - obowiązku comiesięcznego opłacania składek członkowskich.

Wysokość składki została określona uchwałą nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z 4 kwietnia 2008 r. I tak:

I. Miesięczna składka członkowska wynosi:

1. 40 zł dla lekarza/lekarza dentysty (bez zmian);
2. 10 zł dla lekarza/lekarza dentysty emeryta, który:
  - a) albo ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie,
  - b) albo ukończył 65 lat w przypadku mężczyzny albo 60 lat w przypadku kobiety oraz złoży odpowiednie dokumenty do OIL:
    - podanie do ORL o ustalenie wysokości składki członkowskiej na 10 zł/miesiąc z zaznaczeniem okresu wnioskowanego,
    - kopię decyzji emerytalnej,
    - zaświadczenie o przychodach za rok poprzedni (ew. PIT 36 lub 37 z roku poprzedzającego złożenie wniosku), w którym udokumentowane jest, iż nie został przekroczony przychód w wysokości 24.084 zł (nie wliczając świadczenia emerytalnego);
- 3) 10 zł dla lekarza/lekarza dentysty rencisty, który:
  - a) albo ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie,

b) albo złoży odpowiednie dokumenty do OIL:

- podanie do ORL o ustalenie wysokości składki członkowskiej na 10 zł/miesiąc z zaznaczeniem okresu wnioskowanego.
- kopię decyzji rentowej;

4) 10 zł dla lekarza stażysty, lekarza dentysty stażysty (z wyłączeniem członków izby, którzy już posiadają pełne prawo wykonywania zawodu).

II. Zwolniony z opłat członkowskich może być:

1. lekarz/lekarz dentysta, który złoży podanie do ORL o zwolnienie z konieczności opłacania składki członkowskiej z zaznaczeniem okresu wnioskowanego oraz:

- a) albo udokumentuje brak przychodów za okres wnioskowany (zaświadczenie o przychodach, ew. PIT 36 lub 37) lub przedstawi zaświadczenie z urzędu pracy określające okres pozostawiania osobą bezrobotną (od – do),
- b) albo jest emerytem w pełnym wieku emerytalnym (65 lat w przypadku mężczyzny, 60 lat w przypadku kobiety) i złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu,
- c) albo jest rencistą i złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu,
  - lekarz/lekarz dentysta, który zrzeknie się prawa wykonywania zawodu.

Ponadto przypominamy, że na lekarzu ciąży obowiązek pisemnego zgłaszania do Biura Izby następujących informacji:



- miejsca zatrudnienia wraz z informacją dotyczącą potrącania składek członkowskich,
- adresu zamieszkania i adresu do korespondencji,
- daty przejścia na emeryturę bądź rentę (kserokopia decyzji wydanej przez ZUS),
- terminu rozpoczęcia i zakończenia urlopu wychowawczego bądź bezpłatnego,
- daty i miejsca rozpoczęcia pracy przez lekarza/lekarza dentystę po zakończeniu stażu podyplomowego,
- rejestracji w Urzędzie Pracy jako osoby bezrobotnej,
- zaprzestania pracy zarobkowej przez lekarza/lekarza dentystę emeryta bądź rencistę (oświadczenie);
- wyrejestrowaniu praktyki indywidualnej,
- zawieszeniu praktyki, np. w związku z chorobą, urlopem wychowawczym, wyjazdem za granicę, itp.

Przypominamy także, że składka może być odprowadzana przez Wasz macierzysty zakład pracy tylko wtedy, jeśli wyrazicie na to zgodę na piśmie. Jeśli nie zrobicie tego kroku, to składka nie będzie odprowadzana automatycznie przy wypłacie pensji i będziecie musieli zrobić to sami. Konto, na które należy przysyłać składki znajdziecie w stopce redakcyjnej na ostatniej stronie wkładki Biuletynu.

\* \* \*

## Kolejne legitymacje lekarskie do odbioru

Informujemy, że w siedzibie Opolskiej Izby Lekarskiej w Opolu przy ul. Grunwaldzkiej 23 można odebrać kolejną partię naszych izbowych legitymacji lekarskich. Poniżej zamieszczam pełną listę Koleżanek i Kolegów.

1. Białobrzaska-Lewacka Krystyna Jadwiga,
2. Domagała Dariusz,
3. Grad Jędrzej Michał,
4. Gudek Maria Teresa,
5. Jędrzejczak Marian,
6. Kampa Teresa,
7. Kotlińska-Stolarz Maria,
8. Kryczka Gabriel,
9. Kwiecień-Drab Katarzyna Joanna,
10. Łuszpaj Ryszard Andrzej,
11. Masłoń Radosław Edmund,
12. Onisk Marianna,
13. Pisarczyk Lucyna Maria,
14. Szejna-Rams Anna Katarzyna,
15. Trojniak Jan Zbigniew,
16. Wierzchowicz Jan Wojciech,
17. Wywiół Adam,
18. Wojdyła-Latacz Teresa,
19. Zdrał-Marusia Zofia Stanisława.

*Jerzy B. LACH*

# Laur Umiejętności i Kompetencji

W tym roku już po raz dwudziesty Kapituła honorowego tytułu „**Laur Umiejętności i Kompetencji**” Opolskiej Izby Gospodarczej przyznała swoje nagrody. Także i w tym roku, pośród laureatów tej nagrody znaleźli się nasi Koledzy lekarze. Serdecznie im tego gratulujemy! Poniżej przedstawiam ich krótkie charakterystyki.

*Jerzy B. LACH*

## **ZŁOTY LAUR UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI w kategorii „Pro Publico Bono” – Janusz PICHURSKI**

Dr n. med. Janusz Pichurski jest ordynatorem Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu. Jest także konsultantem w dziedzinie chirurgii ogólnej dla województwa opolskiego. Urodził się w 1956 r. w Opolu. Ukończył Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Katowicach. Ma II stopień specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej oraz 30-letni staż pracy na oddziale, którego dziś jest ordynatorem. Ukończył studia podyplomowe z zakresu „Orzecznictwo medyczne i ubezpiecze-



nia” w Zakładzie Medycyny Sądowej Akademii Medycznej we Wrocławiu. Swoją rozprawę doktorską poświęcił chirurgii reoperacyjnej tarczycy.

Jest konsultantem z zakresu chirurgii ogólnej w Wojewódzkim Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym w Opolu oraz biegłym sądowym dla Sądu Okręgowego i Sądu Rejonowego w Opolu. Należy do Towarzystwa Chirurgów Polskich i jest członkiem Zarządu Oddziału Opolskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich. Jest także członkiem Sekcji Wideochirurgii Towarzystwa Chirurgów Polskich. W 2010 r. zajął drugie miejsce w kategorii „Lekarz” w plebiscycie „Opolski Hipokrates” organizowanym przez „Nową Trybunę Opolską”.

Jako swoje główne zainteresowania zawodowe wymienia chirurgię laparoskopową i chirurgię endokrynologiczną. Jako pierwszy w województwie, w lutym 2008 r., przeprowadził operację guza nadnercza metodą laparoskopową, czyli bez użycia skalpela. Wcześniej na takie zabiegi Opolanie musieli jeździć do Wrocławia. Także pierwszy w regionie, we wrześniu 2010 r., zoperował tarczycę z użyciem neuromonitoringu nerwów krtaniowych.

– *Neuromonitor poprawia bezpieczeństwo pacjentów i komfort pracy lekarza. Dzięki podłączonej do monitora sondzie, którą manipuluje chirurg, lokalizujemy nerw krtaniowy i ustalamy jego przebieg. Pozwala to uniknąć uszkodzenia podczas operacji* – tłumaczy Janusz Pichurski. – *Bez tego urządzenia lekarz zawsze z duszą na ramieniu czekał, aż pacjent się wybudzi i dopiero wtedy będzie wiadomo, czy coś się nie stało z jego głosem.*

W ubiegłym roku Janusz Pichurski został nagrodzony przez Opolską Izbę Gospodarczą Srebrnym Laurem Umiejętności i Kompetencji, w kategorii: „Pro Publico Bono”.

Po pracy stara się uprawiać sport. Jest prezesem klubu hokeja na lodzie THL „Lancet”, który działa przy opolskim Toropolu już od 1987 r. i zrzesza lekarzy. – *Jako junior grałem w hokeja w Odrze Opole* – mówi dr Pichurski. – *Mam 55 lat, ale dzięki hokejowi utrzymuję się w dobrej kondycji. Wbrew pozorom hokej to nie jest niebezpieczny sport. Razem z kolegami graliśmy w przeszłości w piłkę nożną i było wówczas znacznie więcej kontuzji.*

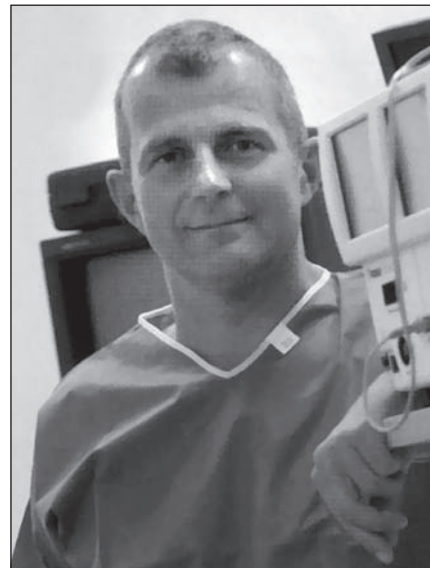
Lekarze odnotowali kilka hokejowych sukcesów. Trzy lata temu podczas Zimowych Igrzysk Lekarzy w Nowym Targu dotarli aż do finału rozgrywek, w którym przegrali z gospodarzami, ale dopiero w rzutach karnych. Po tym meczu zostali powołani do kadry narodowej lekarzy.

Dr Pichurski jest też prezesem klubu windsurfinowego „Ekosurf” funkcjonującego nad Jezioro Dużym w Turawie. Uwielbia podróżować i kosztować dania kuchni azjatyckiej.

\* \* \*

## SREBRNY LAUR UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI w kategorii „Pro Publico Bono” – Grzegorz KRASOWSKI

Dr n. med. Grzegorz Krasowski ukończył Akademię Medyczną we Wrocławiu w 1993 r. Pięć lat później zdał egzaminy i uzyskał tytuł chirurga ogólnego, a w 2004 r. specjalisty z zakresu chirurgii ogólnej. W 2001 r. obronił pracę doktorską „Niewydolność żył kończyn dolnych u kobiet w ciąży i w porożu” i uzyskał tytuł doktora nauk medycznych. Stale podnosi swoje kwalifikacje uczestnicząc w różnych kongresach, zjazdach i kursach. Prowadzi badania naukowe i publikuje w literaturze naukowej. Uczestniczy także w pisaniu podręczników medycznych.



Grzegorz Krasowski pełni funkcję Ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o. Pracuje też jako nauczyciel akademicki na Wydziale Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii Politechniki Opolskiej. Praktykuje na terenie Anglii i prowadzi Indywidualną Specjalistyczną Praktykę Lekarską. Realizowany przez doktora projekt „Poprawa opieki nad pacjentami z przewlekłymi ranami kończyn dolnych” wyróżniono w konkursie „Złoty Skalpel 2008”.

W pracy zawodowej interesuje się problemami przewlekłej choroby żyłnej, zajmuje się leczeniem m.in. żyłaków i pajączków żylnych. Wykonuje operacje usunięcia tarczycy oraz zabiegi laparoskopowe. Przeprowadza operacje związane ze schorzeniami żołądka, jelita cienkiego, jelita grubego, śledziony, pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych. Wykonuje operacje plastyczne w przypadkach przepuklin pachwinowych i brzusznych.

Od czasu, kiedy został ordynatorem Oddziału Chirurgicznego w Krapkowicach znacznie podniosła się jakość świadczonych usług medycznych na tym oddziale. Wprowadził wiele nowych procedur medycznych. Wśród codziennych obowiązków znajduje czas na edukację kadry medycznej oraz personelu zewnętrznego. Należy do ludzi, którym „chce się chcieć” i tą cechą potrafi umiejętnie zarazić ludzi ze swojego otoczenia.

(przedruk z „Forum Opolskiego Biznesu” nr 1/12)



# Promocja książki naszej koleżanki Dr Agnieszki Kani w Muzeum Śląska Opolskiego

Lekarze, w tym także lekarze stomatolodzy, często poza swoją pracą zawodową, zajmują się np. uprawianiem sportów lub oddają się bardziej wyrafinowanym zajęciom, jak np. fotografia artystyczna. Są też członkami chórów, malują albo też piszą. I to jak piszą!

Oto przez ostatni rok mieliśmy okazję czytać w każdym piątkowym wydaniu Gazety Wyborczej felietony o malarstwie. Każdy z osobną poświęcony jednemu, związanemu z Opolem, artyście i jego twórczości. Rolę krytyka lub raczej recenzenta, albo jeszcze lepiej przewodnika, wzięła na siebie lekarz stomatolog – Agnieszka Kania. Ta niezwykła osoba, oprócz pracy zawodowej, dla potrzeb której wciąż się doksztalca, znajduje czas na rozwijanie pasji artystycznych. Jest nie tylko kolekcjonerką dzieł sztuki, nie tylko zaprosiła artystów do swojej Kliniki, gdzie organizuje cyklicznie wernisaże, ale także sztukę tworzy. Maluje, pisze poezję. Jakiś czas temu mieliśmy okazję zapoznać się z Jej wierszami, do których ilustracje wykonał znany opolski grafik Andrzej Sznejweis. Całość zaprezentowana została w Galerii Pierwsze Piętro przy Opolskim Rynku. Natomiast 8 grudnia tego roku (2011 – przyp. Redakcji) w Muzeum Śląska Opolskiego odbyła się promocja książki dr Agnieszki Kani „Zapatrzenia”.

Jest to zbiór esejów o dziełach sztuki i ich twórcach. Pięknie wydana, staraniem Oficyny Piastowskiej, opracowaniu graficznym Magdaleny Hlawacz. Spotkanie w Muzeum poprowadził dr Adam Wierciński, który opisał autorkę „Zapatrzeń” w „Głowach opolskich” (cytat poniżej). Na spotkanie z Autorką przybyła cała ogromna rzesza i artystów, i odbiorców sztuki, szczerlnie wypełniając salę odczytową Muzeum. Myślę, że książkę tę, można potraktować jako swoisty almanach sztuki i jej twórców, przy czym sposób recenzowania sam w sobie jest na tyle specyficzny, odmienny, pokazujący niespotykaną, a przede wszystkim inną wrażliwość autorki, że warto poddać się i jej oczyma tę sztukę raz jeszcze chłonąć. Warto dać się uwieść, w te długie zimowe wieczory,



*Publiczność dopisała*



*Bohaterka artykułu – dr Agnieszka Kania*

magii słów i wyobraźni. Smakować każde słowo i każdy wers. Aż nie chce się wracać. Polecam.

„Pasja poznawania i odkrywania, wieczny głód nowości i wrażeń, ciekawość ludzi, miejsc i krajobrazów. I ciągle służy jej apetyt do widzenia świata. Wiadomo, wieczna studentka podyplomowa. Non scholae, sed Vitae discimus – powtarza pewnie za Seneką. A to posłucha przez semestr wykładów o teatrze i literaturze, a to lekcje rysunku sobie zafunduje, potem zapisze się jeszcze na warsztaty dziennikarskie i literackie. Bawi ją uroda i dziwność świata, stąd ciągle ponawiane próby oswojania przestrzeni. I bezustanne sprawdzanie. Przejechać kilka granic, żeby zobaczyć obrazy prerafaelitów? A dla czegoż by nie? Polecieć za Wielką Wodę, żeby się zorientować, co nowego w światowej stomatologii? To oczywiste. Sprawdzić, czy na Krecie dużo zostało po dawnej świetności? Ależ tak. Upewnić się, czy rynek w Sienie wciąż taki piękny? Też warto. I jeszcze zrobić wypad z Kraju Faraonów za granicę tak pilnie strzeżoną, żeby nacieszyć oczy jerozolimskimi zaułkami, gdzie czas się cofnął, czy tylko zatrzymał, i gdzie tak dobrze powtarzać słowa psalmu-placzu Super flumina Babylonis. Pójść – po dniu spędzonym przy fotelu dentystycznym – na wykład, czy spotkanie autorskie, posłuchać rozważań filozofów o czasie? Przecież to oczywiste. I jeszcze wpaść na Zimowe Igrzyska Lekarskie. I przywieźć trochę medali (w 2011: trzy złote i po jednym srebrnym i brązowym).”

*dr Adam Wierciński – Z cyklu „Głowy opolskie”*

# Głos w sprawie badań kierowców

Szanowna Redakcjo,

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Niedawno temu zwracałem Wam głowę i oczy, być może zaskakującą, formą podziękowania (wstępu) dla dr I. Łuczak. Ośmielony zamieszczeniem tego tekstu chcę obecnie przedstawić pod Wasz osąd, moje uwagi związane z orzekaniem o zdolności do prowadzenia samochodu. I nie tylko.

Tak, jak nie ma dnia, aby któraś stacja TV nie informowała o kolejnym wypadku samochodowym tak nie ma też dnia w mojej codziennej działalności profilaktycznej, abym nie miał osoby albo z daltonizmem, albo też znaczną różno wzrocznością i tym samym – mniejszym lub większym brakiem widzenia przestrzennego. Nie byłoby tego materiału, gdyby pewnego dnia nie pojawił się w gabinecie kierujący TIREM dwudziestodwuletni młodzieniec, który na każde oko widział wprawdzie po 1,5, ale miał nieznacznego zez. To niewielkie zezowanie widziane było już w dzieciństwie, ale ponieważ ciągle „widział dobrze” nie podjęto żadnych działań. Test Muchy wypadł oczywiście całkowicie negatywnie. Na dokładkę okazało się, że kolory rozróżnia tylko pełne. Prawo jazdy – dane bezterminowo. Żyjemy w czasach pełnych paradoksów!

Z jednej strony, posunięta do granic absurdu ochrona danych osobowych i praw obywatelskich, a z drugiej ogromnie w pełni przemyślanych aktów prawnych i nie mniejsza ilość wypadków komunikacyjnych na fatalnych, skądinąd, drogach. Nie mogąc (?) sobie poradzić z pijanymi, dopuszczamy do kierowania osoby z daltonizmem i zaburzeniem widzenia przestrzennego, co w sumie nigdy nie może dać niczego dobrego.

Czy przypadkiem (?) nie można by – choćby częściowo – przeciwdziałać temu poprzez eliminację tych osób?!

I w ten oto sposób dochodzimy do pytania: jak to zrobić i co wybrać?

**1** – narastającą ilość skarg do Rzecznika Praw Obywatelskich na dokonywaną dyskryminację (?) osób żywych, osób z zaburzonym rozpoznawaniem kolorów, które potwierdzone zostanie dynamicznym testem komputerowej diagnostyki rozróżniania kolorów i zachowań (reakcji) w czasie prowadzenia testowego samochodu, jadącego w modulowanych (zależnych od pory dnia i roku oraz warunków pogodowych) warunkach drogowych (tylko taki test mógłby nam przybliżyć świat widziany oczami daltonisty),

- skargi narkomanów i alkoholików,
- skargi osób z brakiem widzenia przestrzennego (negatywny powyższy test),
- skargi osób, które nie mają predyspozycji do prowadzenia samochodu...

Czy też ma to być:

**2** – godzenie się (jakoby w imię praw obywatelskich i właściwego stosunku do drugiego człowieka) na ciągle wysoką ilość wypadków, kalek i zabitych (częstokroć osób nie uczestniczących w ruchu drogowym). Zawsze są to ogromne szkody psychofizyczne i finansowe.

W tym momencie można by myśleć, że na przerwanie tego błędnego (?) koła (którego istnienie jest korzystne jedynie dla przemysłu motoryzacyjnego, komisów samochodowych i szkół nauki jazdy) winno zależeć (chyba zależeć?), tak firmom ubezpieczeniowym, jak i wszystkim instytucjom państwowym – poczynając od Policji, a kończąc na... MZ i NFZ. Jednakże?!

Jednakże żywi mają większe prawa, jak inwalidzi i zabici! Żywych jest przecież więcej, jak inwalidów i zabitych, nawet jeśli są nimi kierujący samochodem. Żywych przecież słyszać, a tych drugich nie – już nie! Z żywymi trzeba się przecież (?) liczyć, a zabitych (ewentualnie) jedynie wspominać!

\*

Skończmy z biadoleniem i fałszywą litością nad kilku -set, -tysiącami osób, które nie będą mogły otrzymać prawa jazdy i przestańmy budować w nich poczucie, że są (w pewnym sensie) ponad prawem, które jest źle konstruowane i tym samym skłania je do brawury... Skoro mam „papierek”, to mnie jest wolno... Lepšie jest, według mnie, biadolenie nawet kilku tysięcy osób, jak płacz następnych tysięcy inwalidów i rodzin zabitych. Czas, aby wszyscy zrozumieli i pogodzili się z tym, że prawo jazdy nie jest czymś, co każdemu się należy (wtedy wydawano by je razem z metryką urodzenia), lecz dokumentem stwierdzającym brak przeciwwskazań = psychofizyczną zdolność do prowadzenia / posługiwania się samochodem w sposób, który nie będzie stwarzał, a właściwie minimalizował, zagrożenia, tak dla kierującego, jak i dla innych użytkowników dróg!

\*

Wieloletnia praca w charakterze lekarza profilaktyka upoważnia mnie także do stwierdzenia, że w/w „zgrzytom” występującym w momencie doboru do zawodu (w którym istotne jest prawidłowe rozróżnianie kolorów i widzenie przestrzenne, łącznie z uprawianiem sportu takiego, jak np. siatkówka, koszykówka, hokej) podobnie, jak bycia kierowcą można by przeciwdziałać poprzez:

- a) wczesne wykrywanie wad rozpoznawania kolorów – określanie stopnia daltonizmu,
- b) wczesne wykrywanie wad wzroku, ze szczególnym uwzględnieniem zezu i nieleczonej różno wzroczności, która prowadzi do wtórnej utraty widzenia przestrzennego,
- c) wczesne uświadamianie, tak badanym, jak i rodzicom skutków tych odchyleń w stanie zdrowia:

- negatywnych – całkowita utrata widzenia przestrzennego, w przypadku zbyt późnego zastosowania szkieł korekcyjnych, względnie pochopnego zaprzestania ich stosowania,
- pozytywnych – możliwość zachowania zdolności widzenia przestrzennego (stereo) poprzez wczesny dobór i noszenie szkieł korekcyjnych.

Skoro już po pięciu latach istnienia różnicy ostrości 0,4 – 0,5 dioptrii dochodzi do częściowego zaburzenia widzenia przestrzennego, którego nie przywracają okulary, a w niektórych wypadkach do całkowitego jego zniesienia (utruty), to jest co uświadamiać i o co walczyć. Pamiętajmy, że ostrość widzenia 1,0 połączona z mniejszym lub większym zezem, to także brak widzenia przestrzennego.

Badajmy, patrzmy dzieciom w oczy i myślmy (wspólnie) perspektywicznie. Nie róbmy dzieciom krzywdy, a rodzicom kłopotów! W chwili obecnej dużo mówi się

o profilaktyce i tworzy przeróżne programy w tym zakresie. Skoro tak, to może wczesne wykrywanie daltonizmu, wad wzroku i zaburzeń widzenia przestrzennego mogłoby być uznane za czynnik profilaktyczny, gdyż poprawiający prawidłowy dobór do wykonywania niektórych zawodów, wymagających pracy na wysokości – w szczególności związanych z obsługą maszyn w ruchu i prowadzeniem pojazdów mechanicznych (ze szczególnym położeniem nacisku na zdolności do prowadzenia samochodów).

W tym momencie można chyba powiedzieć jeszcze i to, że dla niektórych głoszenie takich poglądów (o potrzebie swobody na wydanie udokumentowanej odmowy) może być równoznaczne z herezją, koniecznością jej zwalczania, tak jak się zwalcza Al Kaidę, zważywszy to, że odmowy takie musiałyby spotykać nie tylko osoby starające się o prawo jazdy, ale i te które starają się o jego przedłużenie.

*Dr n. med. Ja. Al. SAGAN*

## MEDYCYNĄ PO DYPLOMIE

# Suplementy diety wspomagające pamięć i koncentrację

Po suplementy diety mające poprawić pamięć i koncentrację sięga dzisiaj zarówno intensywnie ucząca się młodzież, jak i osoby starsze, z zaburzeniami poznawczymi. Preparaty te są często kombinacją wielu substancji, które ułatwiają zapamiętywanie nowych informacji (metyloksantyny, tauryna, karnityna) lub zapobiegają osłabieniu pamięci związanemu z procesami starzenia (m.in. lecytyna, kwasy omega-3, wyciągi roślinne). Ich skuteczność została w różnym stopniu udokumentowana. Artykuł prezentuje mechanizmy działania oraz wyniki badań nad efektywnością składników suplementów diety w poprawianiu pamięci i koncentracji.

### Wstęp

Pamięć jest jedną z najważniejszych funkcji ludzkiego mózgu, bez której niemożliwe byłoby zachowanie własnej osobowości ani funkcjonowanie w społeczeństwie. Wraz z gwałtownym rozwojem cywilizacji, wydłużeniem czasu życia i aktywności zawodowej pojawiła się konieczność zapamiętywania coraz większej liczby informacji, a także zachowania sprawności intelektualnej w wieku, który kiedyś uchodził już za początek starości. Różnorakie sposoby wspomagania pamięci (w tym także farmakologiczne) są potrzebne zarówno intensywnie uczącym się młodym ludziom, jak również

osobom po czterdziestce z drobnymi deficytami pamięci oraz starszym, u których doszło do uszkodzenia lub zaniku komórek nerwowych [21]. Rynek suplementów diety w Polsce oferuje dzisiaj całą gamę produktów mających poprawiać pamięć i koncentrację. Są to najczęściej preparaty złożone, zawierające różne kombinacje zarówno substancji wspomagających uczenie się (metyloksantyny, tauryna, karnityna), jak również składników o działaniu długofalowym, zapobiegających związanemu z wiekiem osłabieniu pamięci (lecytyna, kwasy omega-3, wyciągi roślinne) [21].

### Składniki suplementów diety wspomagających pamięć i koncentrację

#### *Substancje wspomagające proces uczenia się*

Adresowane do młodzieży szkolnej i studentów suplementy diety zawierają w swoim składzie najczęściej substancje psychostymulujące, które znoszą uczucie zmęczenia, znużenia, senności oraz wzmagają zdolność koncentracji uwagi i zapamiętywania nowych informacji.

#### *Metyloksantyny*

Najpopularniejszymi związkami z tej grupy są metyloksantyny (kofeina, teofilina i teobromina) obecne w:



- nasionach kawy (*Coffea arabica*) i kakao (*Theobroma cacao*)
- zarodkach coli (*Cola nitida*)
- liściach herbaty (*Camelia sinensis*)
- paście gwarana (uzyskiwanej z nasion brazylijskiej liany *Paulinia guarana*)
- liściach ostrokrzewu paragwajskiego (*Ilex paraguariensis*), nazywanych często yerba matą [21, 33].

Doskonale znana **kofeina** nasila przemianę energii w mózgu, aktywuje neurony adrenergiczne, jest antagonistą receptorów adenylozynowych i wpływa na uwalnianie dopaminy [11].

Warto jednak pamiętać, że chociaż metyloksantyny zmniejszają senność, to jednak ich wpływ na bardziej złożone czynności poznawcze jest raczej dyskusyjny. W badaniach Mednicki i wsp. uczestnicy otrzymujący kofeinę (200 mg) uzyskiwali słabsze wyniki w testach pamięci niż osoby stosujące drzemki w środku dnia (60–90 min) [26]. Z drugiej strony badania Alhaider i wsp. dowiodły, że długotrwałe podawanie szczurom małych dawek kofeiny (roztwór wodny o stężeniu 0,3 g/l przez 3 tygodnie) zapobiega osłabieniu pamięci związanemu z 24-godzinny brakiem snu [1].

Kolejną substancją wspomagającą proces uczenia się jest obecna w niektórych suplementach diety tauryna (kwas 2-aminometylosulfonowy), o właściwościach hamujących aktywność układu dopaminergicznego, aktywujących metabolizm komórek glejowych i zwiększających ogólną sprawność neuronów [21].

Zdania na temat korzystnego wpływu tauryny na pamięć są podzielone. W pracy Koichi i wsp. podawano taurynę (1% roztwór wodny) sześciu szczurom, których zdolność uczenia się badano następnie za pomocą labiryntu wodnego Morrisa (duży, okrągły basen wypełniony wodą, pod powierzchnią której w określonym, stałym miejscu ukryta jest platforma). Zwierzęta z grupy badanej były w stanie przepląnąć dłuższe dystanse niż te otrzymujące placebo, jednakże nie zaobserwowano u nich szybszego zapamiętywania miejsca położenia platformy [15]. Z kolei w pracy Vohra i wsp. wykazano, że tauryna chroni myszy przed zaburzeniami pamięci związanymi z podawaniem etanolu, fenobarbitalu, cykloheksymidyny [37]. El Idrissi i wsp. udowodnili z kolei, że długotrwała suplementacja tauryną u starych myszy znacząco niweluje związane z wiekiem ubytki pamięci poprzez wywoływanie zmian w układzie GABA-ergicznym (wzrost poziomu neurotransmitera GABA i dekarboksylazy glutaminianowej) [9].

Kolejną substancją usuwającą uczucie zmęczenia i poprawiającą zdolność koncentracji jest **karnityna** (maślan  $\beta$ -hydroksylo- $\gamma$ -trimetyloaminy), dostępna na rynku w postaci tabletek (najczęściej w dawce 300 mg) i płynów energetycznych. Wywiera słabe działanie cholinergiczne, nasila działanie acetylocholino i acetylotransferazy karnitynowej, a także przyspiesza metabolizm kwasów tłuszczowych.

Wykazano, że przyjmowanie karnityny (w dawce 100 mg/kg masy ciała przez 3 miesiące) korzystnie wpływa na proces uczenia się starych szczurów [20]. Jest to związane najprawdopodobniej z niwelowaniem stresu oksydacyjnego i poprawą funkcjonowania mitochondriów [24]. Karnityna poprawia także sprawność młodych ludzi w grach komputerowych, niweluje defekty poznawcze u starszych osób oraz spowalnia rozwój choroby Alzheimera [21].

### ***Substancje działające długofalowo (zapobiegające osłabieniu pamięci związanemu z wiekiem)***

Zaburzenia pamięci u osób w podeszłym wieku związane są głównie z wymieraniem neuronów cholinergicznych na skutek działania neurotoksyn i wolnych rodników. Podstawowym problemem staje się wówczas nie tyle zapamiętywanie nowych informacji, ale przede wszystkim przywoływanie śladów pamięciowych (przypominanie sobie nazwisk, adresów, terminów spotkań itd.). Wymaga to innego podejścia farmakologicznego niż u osób intensywnie uczących się. Stosuje się wówczas środki usprawniające funkcjonowanie układu cholinergicznego, poprawiające metabolizm w neuronach i przeciwdziałające niedokrwieniu tkanki mózgowej. Takie długofalowe efekty można uzyskać za pomocą m.in. lecytyny, fosfatydylocholino, kwasów omega-3 oraz niektórych wyciągów roślinnych [21].

### ***Lecytyny i fosfatydylocholina***

Wyniki wielu badań wskazują na korzystny wpływ lecytyny i fosfatydylocholino na procesy poznawcze ludzi i zwierząt oraz funkcjonowanie układu nerwowego. Z chemicznego punktu widzenia są to glicerofosfolipidy, w których glicerol jest związany estrowo z dwoma kwasami tłuszczowymi oraz ufosforylowaną grupą, zawierającą cholinę (lecytyny) lub serynę (fosfatydyloseryna) [21].

Obecna w **lecytynach** cholina jest prekursorem acetylocholino. Jej dostarczanie zwiększa syntezę tego neuroprzekaźnika w mózgu, co z kolei nasila osłabioną u osób w podeszłym wieku pracę układu cholinergicznego. Dodatkowo lecytyna powoduje również zmniejszenie poziomu cholesterolu we krwi, co chroni przed zaburzeniami pamięci związanymi z miażdżycą oraz tworzeniem się płytek starczych, upośledzających funkcjonowanie neuronów [42].

Jej skuteczność w zwiększaniu zdolności poznawczych wykazano zarówno u myszy z demencją (100 mg przez 45 dni) [4], jak i u osób po 55. r.ż. [38]. Jednocześnie udowodniono, że podawanie fosfatydylocholino zdrowym myszom, bez zaburzeń funkcji poznawczych, nie wywiera istotnego wpływu na procesy uczenia się [4]. Obecnie lecytyna jest bardzo popularnym składnikiem suplementów diety przeznaczonych zarówno dla osób w podeszłym wieku, jak i uczących się. Otrzymuje się ją najczęściej z nasion soi zwyczajnej (*Glycine soja*) [33].

### **Fosfatydyloseryna**

Fosfatydyloserynę otrzymywano dawniej z mózgu wołowego, jednakże metoda ta była mało wydajna (ok. 3 g fosfatydyloseryny/mózg), a ponadto wiązała się z zagrożeniem prionami. Obecnie uzyskuje się więc ją głównie z lecytyny sojowej przez enzymatyczną reakcję z L-seryną [16, 21].

Korzystny wpływ fosfatydyloseryny odzwierciedlającej na pamięć i koncentrację (w dawkach 100–500 mg dziennie) potwierdzono w wielu badaniach z udziałem osób w podeszłym wieku, chorobą Alzheimera i z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi [16, 21, 34]. Fosfatydyloseryna sojowa, mimo iż różni się od zwierzęcej składem kwasów tłuszczowych, wydaje się być również skuteczna. Suzuki i wsp. wykazali, że suplementacja fosfatydyloseryną sojową (w dawce 60 mg/kg masy ciała przez 60 dni) poprawia wyniki osiągane przez stare szczury w labiryncie wodnym Morrisa. Ponadto udowodniono, że zwiększa ona uwalnianie acetylocholino do poziomu charakterystycznego dla młodych zwierząt oraz nasila aktywność ATP-azy  $\text{Na}^+/\text{K}^+$  [34]. W kilku pracach stwierdzono także, iż fosfatydyloseryna (w dawkach 100 lub 300 mg dziennie przez okres od 3 tygodni do 6 miesięcy) pozytywnie wpływa na pamięć i koncentrację u osób w podeszłym wieku, z upośledzonymi zdolnościami poznawczymi. Jest ona także skuteczna przy opóźnionym przypominaniu, będącym jednym z pierwszych objawów demencji – może być więc stosowana w prewencji tego schorzenia [16].

### **Kwasy tłuszczowe omega-3**

Obecne w dużych ilościach w olejach rybich kwasy tłuszczowe z grupy omega-3 (np. EPA, czyli kwas eikozapentaenowy i DHA, czyli kwas dokozapentaenowy) charakteryzują się obecnością w cząsteczce wielu wiązań nienasyconych, z których pierwsze zlokalizowane jest przy trzecim atomie węgla [33]. Są to ważne składniki błon komórkowych oraz prekursorzy dokozanoidów – substancji o działaniu przeciwzapalnym. Ich odpowiednia podaż w diecie (nie są syntetyzowane w ludzkim organizmie) jest niezbędna do prawidłowego rozwoju i funkcjonowania układu nerwowego [19].

Wiadomo, że DHA jako czynnik upłynniający błonę komórkową jest niezbędny do prawidłowego rozwoju i funkcjonowania neuronów, tworzenia aksonów, dendrytów, synaps oraz siatkówki. Jego deficyt w okresie prenatalnym i w pierwszych miesiącach po urodzeniu u zwierząt i ludzi powoduje znaczne upośledzenie wzroku i zdolności poznawczych. Zaobserwowano także, iż u dzieci w wieku 5–12 lat suplementacja kwasami omega-3 (174 mg DHA i 558 mg EPA przez 3 miesiące) poprawia zdolność czytania i wysławiania się [19]. Ciekawych wyników dostarczyło również porównanie z placebo skuteczności 91-dniowej suplementacji kwasami omega-3 (250 mg DHA/EPA dziennie) oraz kwa-

sami omega-3 w połączeniu z fosfatydyloseryną (250 mg DHA/EPA i 300 mg PS dziennie) u 60 dzieci z symptomami ADHD, w wieku ok. 9 lat. Grupa, której podawano kombinację omega-3/PS osiągnęła później najlepsze wyniki w oceniającym koncentrację uwagi teście TO-VA [19]. Z kolei u zdrowych młodych ludzi suplementacja kwasami omega-3 zmniejsza poziom agresywności w sytuacjach stresowych (w dawkach 1,7 g DHA i 200 mg EPA dziennie przez 3 miesiące) oraz poprawia ogólne samopoczucie, zdolność koncentracji i czas reakcji na bodźce (800 mg DHA i 1600 mg EPA dziennie przez 35 dni) [19].

Ponadto zaobserwowano, że częste spożywanie ryb (przynajmniej raz w tygodniu) zmniejsza ryzyko wystąpienia zaburzeń poznawczych, demencji i choroby Alzheimera w podeszłym wieku [19]. Stwierdzono także spowolnienie postępu zaburzeń poznawczych u pacjentów z wczesną chorobą Alzheimera, którym przez 6 miesięcy podawano 1,6 g DHA i 0,6 g EPA dziennie (badanie na grupie 174 osób) [12]. Istnieją również doniesienia o korzystnym wpływie kwasów omega-3 na choroby afektywne (depresja maniakalna, schizofrenia, anoreksja). W celu zachowania jak najdłużej sprawności umysłowej zaleca się obecnie profilaktyczne spożycie przynajmniej 57 mg DHA/EPA dziennie (czyli 400 mg tygodniowo, np. w postaci dwóch posiłków rybnych) [19].

### **Ekstrakty roślinne**

W suplementach diety poprawiających pamięć i koncentrację obecne są najczęściej ekstrakty z miłorzębu japońskiego (*Ginkgo biloba*), żeń-szenia (*Panax ginseng*), wąkroty azjatyckiej (*Centella asiatica*), eleuterokoka kolczystego (*Eleutherococcus senticosus*) i różenia górskiego (*Rhodiola rosea*). Mniej popularne są jagody acai i *Bacopa monnieri*. Wyniki badań klinicznych dotyczących ich wpływu na zdolności poznawcze ludzi i zwierząt są jednak sprzeczne.

#### **Milorzęb japoński (*Ginkgo biloba*)**

Liść miłorzębu japońskiego jest obecnie najpopularniejszym roślinnym składnikiem suplementów wspomagających pamięć. Surowiec ten zawiera m.in. laktony diterpenowe (ginkgolidy), charakterystyczne biflawonoidy (bilobetynę, ginkgetynę, amnetoflawon), laktony seskwiterpenowe (bilobalid, elemol), monoterpeny i flawonoidy [33].

Uważa się, że 24% standaryzowany ekstrakt z miłorzębu działa neuroprotekcynie, zapobiega osłabieniu pamięci oraz poprawia koncentrację u osób starszych, z zaburzeniami poznawczymi [2]. Wyniki niektórych badań wskazują, że ma on również właściwości antyoksydacyjne, antyagregacyjne i uelastyczniające ściany naczyń krwionośnych, przez co poprawia krążenie mózgowe. Ponadto hamuje apoptozę, aktywność monoaminoksydazy oraz produkcję i agregację  $\beta$ -amyloidu – podstawo-

wego składnika płytek starczych, których tworzenie się prowadzi do śmierci neuronów i jest charakterystyczne dla choroby Alzheimera. Wpływa także na metabolizm neuronów, obniża poziom cholesterolu i nasila uwalnianie acetylocholinę [2, 7].

W pracy Walesiuk i wsp. wykazano skuteczność ekstraktu z miłorzębu w leczeniu i zapobieganiu zaburzeniom pamięci u szczurów, którym podawano podskórnie wydzielany w stresie kortykosteron (5 mg/kg), prowadzący do trwałych zmian w odpowiedzialnym za pamięć hipokampie. Zwierzęta, które otrzymywały dodatkowo standaryzowany ekstrakt z *G. biloba* w dawce 100 mg/kg masy ciała przez 21 dni, uzyskały zdecydowanie lepsze wyniki w labiryncie wodnym Morrisa [39]. Podobnie w badaniach Blecharz-Klin i wsp. szczury otrzymujące przez 3 miesiące standaryzowany wyciąg w dawkach: 50, 100 i 150 mg/kg dziennie szybciej zapamiętywały położenie platformy w teście Morrisa oraz miały wyższy poziom 5-hydroksytryptaminy w hipokampie [2].

Wyniki badań klinicznych z udziałem ludzi są jednak niespójne i często sprzeczne. W kilku pracach wykazano brak wyższości nad placebo ekstraktu z miłorzębu w dawce 120 mg dziennie u młodzieży (Burns i wsp. 2006) oraz osób po 60. r.ż. (6-tygodniowe badanie na grupie 98 mężczyzn i 128 kobiet) [31].

Lepsze wyniki uzyskano dla dawki 240 mg wyciągu dziennie. W małym badaniu klinicznym (Kennedy i wsp. 2000) z udziałem młodych ochotników zaobserwowano pod jej wpływem zwiększenie zdolności koncentracji i uczenia się w porównaniu do placebo. Wyniku tego nie udało się jednak powtórzyć (Kennedy i wsp. 2002.) [10]. Praca Dodge i wsp. wykazała, że podawany przez 42 miesiące standaryzowany ekstrakt w tej dawce działa ochronnie na układ nerwowy, spowalnia postępy zaburzeń poznawczych i proces rozwoju starczej demencji u pacjentów po 85. r.ż. [8]. Natomiast w dużym, trwającym 8 lat, randomizowanym badaniu klinicznym przeprowadzonym w 5 ośrodkach w USA nie wykazano większej niż placebo skuteczności ekstraktu z *G. biloba* w dawce 240 mg dziennie w zapobieganiu starczej demencji i chorobie Alzheimera. W badaniu wzięło udział 3069 ochotników powyżej 75. r.ż. (bez zaburzeń lub z niewielkimi zaburzeniami poznawczymi), których co 6 miesięcy kontrolowano pod kątem wystąpienia incydentów demencji i choroby Alzheimera [7].

Zastanawiająca jest również wartość preparatów poszczególnych producentów. W pracy Fransem i wsp. dokonano analizy składu dostępnych w Holandii suplementów zawierających ekstrakt z *G. biloba*, pod kątem zawartości flawonoidów i laktonów terpenowych. Z 29 przebadanych produktów tylko jeden zawierał standaryzowany ekstrakt. W większości preparatów zawartość substancji czynnych była inna od deklarowanej na etykiecie [10].

Nie można zatem jednoznacznie stwierdzić istotnego klinicznie wpływu wyciągów z miłorzębu na pamięć i koncentrację u młodych oraz starszych osób [10].

### **Żeń-szeń (*Panax ginseng*)**

Korzeń żeń-szenia zawiera saponiny triterpenowe (ginsenozydy), olejki, alkohole, aminokwasy, peptydy, cholinę i flawonoidy.

Tradycyjnie stosuje się ten surowiec jako środek działający pobudzająco oraz podnoszący ogólną sprawność fizyczną i seksualną. Ponadto wykazano, że ginsenozydy obniżają poziom cholesterolu i podnoszą ciśnienie krwi poprzez zwiększenie stężenia adrenaliny i noradrenaliny. U sportowców stwierdzono natomiast zwiększenie wydolności organizmu na skutek hamowania przez nie syntezy kwasu mlekowego. Uważa się również, iż ginsenozydy opóźniają procesy starzenia, poprawiają pamięć i koncentrację [33].

Badania z udziałem szczurów wykazały korzystny wpływ wyciągów z żeń-szenia na proces uczenia się tych zwierząt. Odkryto, że ginsenozydy nasilają przekąźnictwo cholinergiczne w OUN przez zwiększenie gęstości receptorów cholinergicznym i stężenia acetylocholinę. Nasilają także biosyntezę protein w OUN, hamują apoptozę, zwiększają gęstość synaps w hipokampie, wpływają na proliferację komórek progenitorowych neuronów i ich zdolność przeżycia [3, 13].

Podobnie jak w przypadku miłorzębu, istnieją jednak rozbieżności w ocenie wpływu żeń-szenia na pamięć i koncentrację ludzi. Thomenssen i wsp. nie zaobserwowali poprawy zdolności poznawczych i aktywności fizycznej u 60 pacjentów, którym podawano wyciąg z żeń-szenia w połączeniu z zestawem multiwitamin w porównaniu z grupą otrzymującą tylko multiwitaminy [35]. Ale już Marasco i wsp. stwierdzili znaczącą poprawę jakości życia u 625 pacjentów skarżących się na zmęczenie i stres, którym podawano taki zestaw przez 4 miesiące [25]. Poprawę zdolności poznawczych u 28 młodych ludzi w wieku 18–24 lat otrzymujących 200 mg wyciągu z żeń-szenia dziennie wykazali także Kennedy i wsp. [18]. Wyniki badań Lee i wsp. wskazują natomiast na zwiększanie zdolności poznawczych u pacjentów z chorobą Alzheimera na skutek suplementacji sproszkowanym wyciągiem z żeń-szenia (4,5 g dziennie przez 12 tygodni) [23].

### **Wąkrota azjatycka (*Centella asiatica*)**

Ziele wąkroty azjatyckiej (zwane Gotu Cola) zawiera kwasy triterpenowe (azjatykowy, betuliryczny) i ich estry oraz azjakozyd B (ester kwasu terminalowego).

Wyciągi z niego poprawiają krążenie obwodowe i działają przeciwobrzękowo w niewydolności żylniej [33]. Uważa się także, iż wywierają one stymulujący wpływ na ośrodkowy układ nerwowy, zwiększają zdolności poznawcze oraz mają właściwości antyoksydacyjne [40].



Istnieją doniesienia o możliwości wykorzystania ekstraktów z *C. asiatica* w leczeniu choroby Alzheimera. W pracy Kumara i wsp. badano wpływ tej rośliny na zaburzenia poznawcze u szczurów indukowane kolchiciną, która powoduje zniszczenia w hipokampie, utratę neuronów cholinergicznym i zmniejszenie aktywności acetylocholinoesterazy. Okazało się, że podawanie ekstraktu z wąkroty (w dawce 150 lub 300 mg/kg) przez 25 dni, rozpoczynając 4 dni przed podawaniem kolchicyny, znacząco niweluje wywołane przez nią zaburzenia pamięci [22].

Działanie ekstraktów z *C. asiatica* jest jednak stosunkowo słabo udokumentowane.

### **Różeniec górski (*Rhodiola rosea*)**

Wykorzystywane w lecznictwie kłącze różenia górskiego zawiera glikozydy fenolowe (rozwinę, rozyne), flawonoidy i fenolokwasy.

Uważa się, że działa ono pobudzająco (podobnie jak żeń-szeń), ułatwia koncentrację oraz zwiększa aktywność fizyczną [33]. Roślina ta była szczególnie intensywnie badana w Rosji i Skandynawii, gdzie została sklasyfikowana jako tzw. adaptogen, czyli środek niespecyficzenie zwiększający odporność organizmu na wiele czynników fizycznych, chemicznych i biologicznych, zaburzających homeostazę [17]. Prawdopodobnie mechanizm jej działania wiąże się z wpływem na poziom monoamin w mózgu (obniżanie poziomu noradrenaliny i dopaminy oraz zwiększanie stężenia serotoniny), na skutek hamowania aktywności rozkładających je enzymów [17].

Skuteczność standaryzowanego ekstraktu z różenia (3,6% rosawiryny, 1,6% salidrozydu, < 0,1% p-tyrosolu) potwierdzono w kilku badaniach z udziałem ludzi. W pracy Darbinyan i wsp. podawano go w dawce 170 mg przez 14 dni 56 zdrowym ochotnikom (24–35 lat) pracującym na nocne zmiany. Następnie za pomocą specjalnych testów sprawdzano zdolność odbioru bodźców wzrokowych i słuchowych, skupienia, koncentracji i pamięć krótkotrwałą. Grupa badana uzyskała zdecydowanie lepsze wyniki niż otrzymująca placebo grupa kontrolna [5]. Także w pracy Spasova i wsp. studenci medycyny otrzymujący przez 20 dni 2 razy dziennie 50 mg ekstraktu z różenia uzyskali zdecydowanie lepsze wyniki na egzaminach niż grupa otrzymująca placebo. Wykazano również poprawę kondycji fizycznej, funkcji psychomotorycznych i ogólnego samopoczucia na skutek suplementacji różencem [32].

### **Eleuterokok kolczysty (*Eleutherococcus senticosus*)**

Eleuterokok kolczysty, nazywany często żeń-szeniem syberyjskim, występuje powszechnie w Azji, na terenach północnych Chin, Korei, Japonii, Mandżurii i Syberii.

W lecznictwie wykorzystywane jest jego kłącze zawierające saponozydy, syringinę (eleuterozyd B), glukozę

sydingarezynolu (eleuterozyd D), kwas chlorogenowy, lignany i kumaryny.

Wyciągi z kłącza są stosowane w celu zwiększenia sprawności umysłowej, podniesienia odporności organizmu na stres oraz w stanach przemęczenia, czy po operacjach [33]. Roślina ta również określana jest mianem adaptogenu.

Wielu rosyjskich badaczy dowodziło jego skuteczności w zwiększaniu wydolności fizycznej sportowców, odporności na stres i zmęczenie oraz podnoszeniu poziomu leukocytów [27]. Wyniki te są jednak często kwestionowane ze względu na błędy metodologiczne [14]. Badania Tohda i wsp. wskazały z kolei, że ekstrakty z *E. senticosus* (a w szczególności eleuterozyd B) wspomagają regenerację aksonów, dendrytów i synaps neuronów zniszczonych na skutek odkładania się  $\beta$ -amyloidu, co może się okazać istotne w leczeniu choroby Alzheimera [36].

Właściwości tej rośliny zostały jednak odkryte stosunkowo niedawno i wymagają dokładniejszego opisu [33].

### ***Brahmia* (*Bacopa monnieri*) i jagody acai**

Kolejną rośliną wchodzącą w skład niektórych suplementów diety jest *Bacopa monnieri* (*Brahmia*), tradycyjnie wykorzystywana w Indiach jako środek wspomagający pamięć i koncentrację.

Za składniki aktywne uważane są bakozydy A i B, których dokładny mechanizm działania wciąż pozostaje zagadką.

Istnieją przesłanki, że *B. monnieri* wykazuje aktywność antyoksydacyjną oraz wpływa na przekaznictwo cholinergiczne w OUN poprzez modulowanie uwalniania acetylocholino, aktywności acetylazy cholinowej i wiązania do receptorów muskarynowych [29]. W kontrolowanym badaniu klinicznym Raghaw i wsp. wykazali, że 12-tygodniowa terapia standaryzowanym ekstraktem z *B. monnieri* (125 mg 2 razy dziennie) znacząco poprawia w stosunku do placebo pamięć i koncentrację u osób z niewielkimi zaburzeniami poznawczymi (badanie na grupie 86 pacjentów) [29]. Podobne wyniki uzyskali Morgan i Stevens na grupie 98 zdrowych Australijczyków po 55. r.ż., którym przez 12 tygodni podawano dziennie 300 mg ekstraktu z Brahmi [28]. Z kolei Roodenrys i wsp. w swojej pracy nie zaobserwowali korzystnego wpływu długotrwałego podawania wyciągu z tej rośliny (300 lub 450 mg przez 3 miesiące) na pamięć roboczą, krótkotrwałą, koncentrację uwagi oraz ogólne samopoczucie. Stwierdzono jednakże poprawę przechowywania nowych informacji (zapamiętywania niepowiązanych par słów) [30].

W niektórych suplementach wspomagających pamięć obecne są także zawierające antocyjany i witaminę C egzotyczne jagody acai (owoce palmy brazylijskiej *Euterpe oleracea*), o właściwościach antyoksydacyjnych i obniża-

jących poziom cholesterolu. Brakuje jednak odpowiednich badań klinicznych na temat ich wpływu na zdolności poznawcze ludzi [6].

## Podsumowanie

Istnieje wiele przesłanek pozwalających stwierdzić, że stosowanie dostępnych na rynku suplementów diety może zwiększyć sprawność umysłu zarówno u dzieci i młodzieży, jak i u osób starszych z różnorodnymi zaburzeniami poznawczymi. Skuteczność poszczególnych składników tych preparatów wymaga jednak dokładniejszego udokumentowania odpowiednimi badaniami.

Warto również pamiętać, że same suplementy diety nie wystarczą do prawidłowego zachowania funkcji poznawczych w podeszłym wieku. Niezbędny jest tu przede wszystkim stały, różnorodny wysiłek intelektualny (choćby rozwiązywanie krzyżówek i rebusów, praca dydaktyczna i twórcza), a także unikanie czynników niszczących neurony (niedotlenienie, palenie tytoniu) i odpowiednia dieta, zapobiegająca rozwojowi miażdżycy i niedoborom witamin oraz składników mineralnych [21].

## Piśmiennictwo:

1. Alhaidar I.A., Aleisa A.M., Tran T.T., Alzoubi K.H., Alkadhhi K.A.: Chronic caffeine treatment prevents sleep deprivation-induced impairment of cognitive function and synaptic plasticity. *Sleep*. 2010; 1:437-44.
2. Blecharz-Klin K., Piechal A., Joniec I., Pyrzanowska J., Widy-Tyszkiewicz E.: Pharmacological and biochemical effects of Ginkgo biloba extract on learning, memory consolidation and motor activity in old rats. *Acta Neurobiol Exp*. 2009; 69:217-31.
3. Cheng V., Shen L.H., Zhang J.T.: Anti-amnestic and anti-aging effects of ginsenoside Rg1 and Rb1 and its mechanism of action. *Acta Pharmacol. Sin*. 2005; 26:143-9.1391.
4. Chung S.Y., Moriyama T., Uezu E., Oezu K., Hirata R., Yohena N., Masuda Y., Kokubu T., Yamamoto S.: Administration of phosphatidylcholine increases brain acetylcholine concentration and improves memory in mice with dementia. *J. Nutr*. 1995; 125:1484-9.
5. Darbinyan V., Kteyan A., Panossian A.: Rhodiola rosea in stress induced fatigue – a double blind cross-over study of a standardized extract SHR-5 with a repeated low-dose regimen on the mental performance of healthy physicians during night duty. *Phytomedicine* 2000; 7:365-371.
6. de Souza M.O., Silva M., Sita M.E., Oliveira Rde P., Pedrosa M.L.: Diet supplementation with acai (*Euterpe oleracea* Mart.) pulp improves biomarkers of oxidative stress and the serum lipid profile in rats. *Nutrition*. 2010; 26:804-10.
7. DeKosky S.T., Williamson J.D., Fitzpatrick A.L., Kronmal R.A., Ives D.G., Saxton J.A., Lopez O.L., Burke G., Carlson M.C., Fried L.P., Kuller L.H., Robbins J.A., Tracy R.P., Woolard N.F., Dunn L., Snitz B.E., Nahin R.L., Furberg C.D.: Ginkgo biloba for prevention of dementia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2008; 19; 300:2253-62.
8. Dodge H.H., Zitzelberger T., Oken B.S., Howieson D., Kaye J.: A randomized placebo-controlled trial of Ginkgo bi-

loba for the prevention of cognitive decline. *Neurology*. 2008; 61809-17.

9. El Idrissi A., Boukarrou L., Splavnyk K., Zavyalova E., Meehan E.F., L'Amoreaux W.: Functional implication of taurine in aging. *Adv. Exp. Med. Biol*. 2009; 643:199-206.

10. Fransen H.P., Pelgrom S.M., Stewart-Knox B., de Kaste D., Verhagen H.: Assessment of health claims, content, and safety of herbal supplements containing Ginkgo biloba. *Food. Nutr. Res*. 2010; 30:540.5221.

11. Fredholm B.B., Battig K., Holmen J., Nehlig A., Zvartau E.E.: Actions of caffeine in the brain with special reference to factors that contribute to its widespread use. *Pharmacol. Rev*. 1999; 51:83-133.

12. Freund-Levi Y., Eriksdotter-Jonhagen M., Cederholm T. et al: Omega-3 fatty acid treatment in 174 patients with mild to moderate Alzheimer disease: OmegAD study: a randomized double-blind trial. *Arch. Neurol*. 2006; 63:1402-1408.

13. Fugh-Berman A., Cott J.M.: Dietary supplements and natural products as psychotherapeutic agents. *Psychosom. Med*. 1999; 61:712-28.

14. Goulet E.D., Dionne U.: Assessment of the effects of *eleutherococcus senticosus* on endurance performance. *Int J Sport Nutr Exerc Metab*. 2005; 15:75-83.

15. Ito K., Arko M., Kawaguchi T., Kuwahara M., Tsubone H.: The effect of subacute supplementation of taurine on spatial learning and memory. *Exp Anim*. 2009; 58:175-80.

16. Kato-Kataoka A., Sakai M., Ebina R., Nonaka C., Asano T., Miyamori T.: Soybean-derived phosphatidylserine improves memory function of the elderly Japanese subjects with memory complaints. *J. Clin. Biochem. Nutr*. 2010;47:246-55.

17. Kelly G.S.: Rhodiola rosea: a possible plant adaptogen. *Altern Med Rev*. 2001; 3:293-302.

18. Kennedy D.O., Haskell C.F., Wesnes K.A., Scholey A.B.: Improved cognitive performance in human volunteers following administration of guarana (*Paullinia cupana*) extract comparison and interaction with Panax ginseng. *Pharmacol Biochem Behav*, 2004; 79:401-11.

19. Kidd P.M.: Omega-3 DHA and EPA for cognition, behavior and mood: clinical findings and structural-functional synergies with cell membrane phospholipids. *Altern Med Rev*. 2007;12:207-27.

20. Kobayashi S., Iwamoto M., Kon K., Waki H., Ando S., Tanaka V.: Acetyl-L-carnitine improves aged brain function. *Geriatr Gerontol Int*. 2010Jul;10Suppl 1:899-106.155].

21. Kostowski W., Herman Z.: Farmakologia. PZWL 2008.

22. Kumar A., Dogra S., Prakash A.: Neuroprotective effects of *Centella asiatica* against intracerebro-ventricular colchicine-induced cognitive impairment and oxidative stress. *Int J Alzheimers Dis*. 2009 Sep 13;2009. pii: 972178.

23. Lee S.T., Chu K., Sim J.Y., Heo J.H., Kim M.: Panax ginseng enhances cognitive performance in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2008; 22:222-6.

24. Lin J., Head E., Gharib A.M., Yuan W., Ingersoll R.T., Hagen T.M., Cotman C.W., Ames BN.: Memory loss in old rats is associated with brain mitochondrial decay and RNA/DNA oxidation: partial reversal by feeding acetyl-L-carnitine and/or R-alpha -lipoic acid. *Proc Natl Acad SciUSA*. 2002;19;99:2356-61.

25. Marasco C., Ruiz V., Villagomez S., Infante B.: Double-blind study of a multivitamin complex supplemented with ginseng extract. *Drugs Exp Clin Res* 1996;22:323-9.
26. Mednick S.C., Cai D.J., Kanady J., Drummond S.P.: Comparing the benefits of caffeine, naps and placebo on verbal, motor and perceptual memory. *Behav Brain Res*. 2008; 193:79-86.
27. Monograph. *Eleutherococcus senticosus*. *Altern Med Rev*. 2006;11:151-5.
28. Morgan A., Stevens J.: Does *Bacopa monnieri* improve memory performance in older persons? Results of a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *J Altem ComplementMed*.2010;16:753-9.
29. Ragbay S., Singh H., Dalal P.K., Srivastava J.S., Asthana O.P.: Randomized controlled trial of standardized *Bacopa monnieri* extract in age-associated memory impairment. *Indian J Psychiatry*. 2006;48:238-42.
30. Roodenrys S., Booth D., Bulzomi S., Phipps A., Micallef C., Smoker J.: Chronic effects of Brahmi (*Bacopa monnieri*) on human memory. *Neuropsychopharmacology*. 2002;27:279-81.
31. Solomon P.R., Adams F., Silver A., Zimmer J., DeVaux R.: Ginkgo for memory enhancement a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002; 21; 835-40.
32. Spasov M., Wikman G.K., Mandrikov V.B., et al.: A double-blind, placebo-controlled pilot study of the stimulating and adaptogenic effect of *Rhodiola rosea* SHR-5 extract on the fatigue of students caused by stress during an examination period with a repeated low-dose regimen. *Phytomedicine* 2000;7:85-89.
33. Strzelecka H., Kowalski J.: *Encyklopedia zielarstwa i ziołolecznictwa*. Wyd. I. PWN, Warszawa 2000.
34. Suzuki S., Yamatoya H., Sakai M., Kataoka A., Furushiro M., Kudo S.: Oral administration of soybean lecithin transphosphatidylated phosphatidylserine improves memory impairment in aged rats. *J Nutr*. 2001;131:2951-6.
35. Thommessen B., Laake K.: No identifiable effect of ginseng (Gericomplex) as an adjuvant in the treatment of geriatric patients. *Aging Clin Exp Res* 1996;8:417-20.
36. Tohda C., Ichimura M., Bai Y., Zhu S., Komatsu K.: Inhibitory effects of *Eleutherococcus senticosus* extracts on amyloid beta(25-35)-induced neuritic atrophy and synaptic loss. *J Pharmacol Sci*. 2008; 107:329-39.
37. Vohra B.P., Hui X.: Improvement of impaired memory in mice by taurine. *Neural Plast*. 2000;7(4):245-59.
38. Volz H.P., Hehnke U., Hauke W.: Improvement in quality of life in the elderly. Results of a placebo-controlled study on the efficacy and tolerability of lecithin fluid in patients with impaired cognitive functions. *MMW Fortschr Med*. 2004; 9; 99-106.
39. Walesiuk A., Trofimiuk E., Braszko JJ.: Ginkgo biloba extract diminishes stress-induced memory deficits in rats. *Pharmacol Rep*. 2005; 57:176-87.
40. Zheng C.J., Qin L.P.: Chemical components of *Centella asiatica* and their bioactivities. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao*.2007;5:348-51.

*Mgr farmacji Joanna KALBARCZYK*  
*e-mail: joanna.kalbarczyk@wp.pl*  
 (przedruk z „Lek w Polsce” vol. 21 nr 8/11)

## Psychologia pomaga lekarzom

Z prof. **Stanisławą Steuden**, kierownikiem Katedry Psychologii Klinicznej KUL rozmawia Anna Augustowska

### Czy ciało można leczyć z pominięciem psychiki pacjenta?

W podejściu do człowieka chorego, ale także zdrowego, do którego kierowane są przecież różne akcje związane z promocją zdrowia, potrzebne jest bardziej holistyczne, szerokie spojrzenie. Jesteśmy jednością psychofizyczną; jeśli leczona jest choroba ciała, nie można pominąć tego, co dzieje się w sferze psychicznej człowieka i na odwrót: jeśli są problemy natury psychicznej, często ma to odzwierciedlenie w sferze somatycznej.

Poszukiwanie powiązań między sferą psychiczną a somatyczną będzie przedmiotem rozważań na organizowanej już po raz drugi konferencji z cyklu „Psychologia w medycynie – medycyna w psychologii”. Tegorocznej przyświeca hasło: „Jakość życia w zdrowiu i chorobie”. Konferencja adresowana jest zarówno do psychologów, pedagogów, socjologów, jak i do szeroko rozumianego środowiska medycznego: lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, rehabilitantów itd. Chcielibyśmy, aby to spotkanie stało się okazją do stworzenia interdyscyplinarnej platformy wymiany doświadczeń naukowych,

a także źródłem wiedzy o najnowszych osiągnięciach, przyczyniających się do podniesienia jakości życia osób chorych i zdrowych. To także szansa zbliżenia do siebie dorobku i osiągnięć naukowych medycyny i psychologii, co w efekcie może przynieść ważne korzyści teoretyczne i praktyczne.

**Mam wrażenie, że lekarze, skupiając się głównie na leczeniu ciała, nie zawsze biorą pod uwagę takie „subtelności”, jak stan psychiczny chorego. Stąd obecne formy przekazywania diagnozy, np. („to wstrętne raczysko”), rozmowy o stanie chorego na korytarzu w obecności postronnych osób. Czy wszystko można tłumaczyć brakiem czasu i przepracowaniem?**

Nie zgodziłabym się z tak uproszczonym stanowiskiem, jest bowiem wielu lekarzy, którzy w sposób bardzo profesjonalny, a zarazem z postawą pełną szacunku i zrozumienia odnoszą się do człowieka chorego. Trzeba jednak przyznać, że kontakt z człowiekiem cierpiącym na różne dolegliwości może być trudny i to nie tylko na etapie diagnozowania, ale także w trakcie dalszego leczenia.



Postawa osób chorych wobec własnej choroby i oczekiwania wobec leczenia mają charakter bardzo subiektywny. Oczekiwania stawiane lekarzowi są często zbyt duże i niewspółmierne nie tylko do jego możliwości, ale także możliwości medycyny. W tej sytuacji lekarz ma prawo czuć się bezradny i zmęczony, czuć się winny, zagubiony i przygnębiony niepowodzeniami w leczeniu.

W oddziałach szpitalnych, szczególnie tych, gdzie trafiają osoby z trudnymi do leczenia chorobami, coraz lepiej działa profesjonalna pomoc psychologiczna. Chorzy, a także ich bliscy mogą z niej korzystać, szukać wsparcia i pomocy w trudnej sytuacji, jaką jest choroba, szczególnie przewlekła albo źle rokująca. W mojej ocenie takie wsparcie jest również potrzebne lekarzom – głównie po to, aby umieli poradzić sobie z trudnymi emocjami, stresem związanym z wykonywaną pracą. Dobrze by było, aby lekarze mogli, a jednocześnie chcieli, korzystać z pomocy profesjonalistów. Aby wiedzieli, że taka pomoc daje efekty, poprawia ich jakość życia, daje siłę do dalszej pracy.

**Stereotypowe widzenie lekarza jako tego, który ma w swych rękach zdrowie i życie chorego, nie pasuje do wizerunku kogoś, kto sam wymaga pomocy. Może dlatego lekarze nie garną się do gabinetów psychologów i terapeutów?**

Lekarz ma leczyć i pomagać. Najlepiej szybko, skutecznie i bezbłędnie. Wymaga się od niego profesjonalizmu i dobrej osobowości – taktu, inteligencji, zaangażowania, ciepła, empatii, wyłączności. Jeśli ma pomagać, musi być silniejszy, nie może okazać swojej słabości. Wszystko to sprawia, że lekarz znajduje się pod silną presją społeczną, a także presją wymagań stawianych samemu sobie w związku z wykonywanym zawodem. Niewiele mówi się o kosztach osobistych, rodzinnych, jakie w związku z tym ponosi. Więcej – zawód lekarza łączy się z powołaniem do często bezgranicznej pomocy drugiemu człowiekowi w jego zmaganiu się z chorobą czy niepełnosprawnością. W małym stopniu mówi się o tym, jaki jest pacjent. A przecież wielu z nich przejawia postawę roszczeniową, wrogą, buntow-

niczą. Oczywiście, generalnie chorzy są współpracujący, chcą się leczyć i ufają swoim lekarzom. I zwykle relacja tych stron jest pozytywna: lekarz z troską i uwagą zajmuje się chorym, daje mu poczucie bezpieczeństwa, co w pacjencie również wyzwala pozytywną energię, spokój i zaufanie. Gorzej, kiedy leczenie nie przebiega tak jak powinno, diagnoza jest niekorzystna, a efekty leczenia niezgodne z oczekiwaniami.

**Trzeba jednak o tym powiedzieć choremu i jego rodzinie. Jak to dobrze zrobić?**

Przede wszystkim pacjentowi trzeba powiedzieć prawdę, ale z uwzględnieniem jego prawa do szacunku, godności, a także nadziei. Prawdą o chorobie musi być podana w sposób, który nie rani, nie odbiera choremu nadziei, ale daje szansę na poradzenie sobie z trudnymi emocjami, reinterpretację znaczenia choroby, podkreśli sens leczenia, a często pozwoli wypracować akceptację życia, np. z chorobą przewlekłą, taką, która na zawsze odmieni życie, ale nie uczyni je mniej wartościowym. W tym mechanizmie ważną rolę może odegrać sam chory, poprzez swoją postawę wobec choroby, leczenia i osoby leczącej. Jest wielu chorych, dla których choroba jest nie tylko doświadczeniem trudnym, związanym wyłącznie z poczuciem zagrożenia, lęku i bezradności, ale staje się swoistym wyzwaniem. Pozwala dostrzec inny wymiar życia – docenić je i uporządkować, a w doświadczanym cierpieniu dostrzec głęboki sens. W psychologii dość często uważa się, że czynnikiem wzrostu osobowości są sytuacje trudne, które „sprawdzają nas”. Taka postawa pacjenta jest też wsparciem dla lekarza.

**Psychologia może też pomóc?**

Jak najbardziej. O pomoc warto się zwrócić, bo lekarz, który wie, jak reaguje w trudnych sytuacjach, który umie sobie radzić ze swoimi emocjami w konstruktywny sposób, ma większą satysfakcję zawodową. Na warsztatach można nauczyć się np. sztuki komunikowania się z pacjentami; radzenia sobie z trudnymi sytuacjami w pracy; rozładowywania emocji itp.

(przedruk z „Medicusa” nr 8–9/11)

Okręgowa Rada Lekarska informuje, że

## **XXX Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej (budżetowy)**

odbędzie się w dniu 24 marca 2012 r. w sali konferencyjnej  
Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu przy al. Witosa 26.  
Obrady Zjazdu rozpoczną się o godz. 10.00.

## Zgoda pacjenta na leczenie – cz. II

### I. Forma zgody pacjenta na świadczenie zdrowotne oraz czas jej udzielenia

Zgoda pacjenta na świadczenie zdrowotne może być wyrażona ustnie lub nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym. W konsekwencji pacjent, który podaje rękę w celu pobrania krwi, wyraża zgodę na badanie, chociaż de facto nie wypowiada żadnego słowa.

Wyjątek stanowi w tej mierze zgoda na zabieg operacyjny lub metodę leczenia czy diagnostyki, stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, która powinna być udzielona w formie pisemnej. Pisemna forma odnosi się nie tylko do pacjenta, ten sam wymóg dotyczy oświadczenia złożonego przez przedstawiciela ustawowego pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, a także pacjenta małoletniego, który ukończył lat 16, osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej psychicznie czy upośledzonej umysłowo, lecz dysponującej dostatecznym rozeznanieniem, które również mają prawo do wyrażenia zgody (art. 17 ust. 2 i ust. 3 Prawa pacjenta).

Uprawniony może cofnąć zgodę w każdym czasie, zarówno sama zgoda, jak i jej cofnięcie musi być jednak wyraźne.

W ostatnim czasie powstaje zasadnicze pytanie, czy pacjent może wyrazić z góry sprzeciw na dokonanie określonego zabiegu. Niesłuchanie ciekawy jest w tym względzie stan faktyczny, który stanowił podstawę rozstrzygnięcia Sądu Najwyższego.<sup>1</sup> Chodziło w nim o zgłoszony na przyszłość sprzeciw świadka Jehowy na przetoczenie krwi, niezależnie od konieczności ratowania życia. Zdaniem sądu takie oświadczenie jest dla lekarza wiążące, jeśli było wyraźne, jednoznaczne, nie budzące żadnych wątpliwości oraz posiadało przewidzianą przez prawo formę.

### II. Warunki skutecznej (ważnej) zgody pacjenta na świadczenie zdrowotne

Zgoda wyrażona przez pacjenta musi spełniać wymogi tzw. zgody oświeconej lub też inaczej objaśnionej. Pacjent powinien sobie zdawać sprawę, że wyraża zgodę i na co ją wyraża. Dlatego z zagadnieniem zakresu udzielonej zgody łączy się nierozzerwalnie problematyka rodzaju informacji, jakie powinny być tej osobie przekazane. W piśmiennictwie prawniczym wskazuje się, że przed złożeniem odpowiedniego oświadczenia pacjent powinien być powiadomiony nie tylko o ryzyku, ale i skutkach zabiegu, przy czym informacja ta musi być sformu-

lowana w sposób dla niego zrozumiały. W przeciwnym razie zachodzi taki stan, jak gdyby zgoda w ogóle nie została wyrażona. Nie ma w tej mierze żadnych elementów czy też ogniów pośrednich: zgoda jest udzielona w sposób świadomy i prawidłowy albo jako nieobjaśniona jest wadliwa, a wtedy wystąpią takie skutki, jakby w ogóle nie została udzielona.

Znacznie szersze stanowisko w tej mierze prezentuje Sąd Najwyższy. Jego zdaniem pacjent winien być poinformowany nie tylko o sposobie przeprowadzenia konkretnego zabiegu, ale też o „technicznej” jego stronie i ewentualnym ryzyku. Lekarz nie może zataić pewnych danych w obawie, że ze względu na możliwość powikłań, pacjent nie wyrazi zgody na proponowany zabieg. Podmiot ten jest związany treścią oświadczenia chorego i nie powinien zastępować woli pacjenta swoją wolą, samodzielnie decydując o tym, co jest dla niego korzystne. Przeciwnie, obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa każdego człowieka do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji medycznych dotyczących jego zdrowia oraz nietykliwości cielesnej.

W analizowanej przez Sąd Najwyższy sprawie w czasie zabiegu gastrokopii doszło do przebicia ściany przełyku, co spowodowało konieczność poddania chorej kolejnej operacji oraz długotrwałego pobytu w szpitalu. Zgodnie z dokonanymi ustaleniami, poddając się wspomnianemu zabiegowi pacjentka wiedziała tylko tyle, że będzie on polegał na „ogłądaniu żołądka” i pobraniu wycinka. Jak wynika z zeznań prowadzącego lekarza, brak danych na temat ewentualnych powikłań i ryzyka operacyjnego był celowy, podmiot ten zdawał sobie bowiem sprawę, że podanie tych informacji tej konkretnej pacjentce skutkowałoby brakiem zgody. Zdaniem sądu w podanym stanie faktycznym nie było żadnych racjonalnych pobudek, aby zataić tę wiadomość, pozbawiając pacjentkę możliwości świadomego decydowania o konieczności przeprowadzenia zabiegu.

Korzystną dla pacjenta interpretację uzupełnia fakt, że w razie powstania jakichkolwiek wątpliwości, ciężar dowodu ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny, spoczywa na lekarzu.<sup>2</sup> Innymi słowy to lekarz powinien udowodnić, że udzielił pacjentowi przystępnej informacji o ryzyku i skutkach zabiegu, i że stanowiła ona podstawę wyrażenia zgody przez pacjenta lub jej odmowy.

Każda osoba, która wyraża zgodę na dokonanie zabiegu operacyjnego bierze na siebie ryzyko z nim zwią-

zane, tj. jego typowe, bezpośrednie i zwykłe skutki.<sup>3</sup> Spoczywający na lekarzu obowiązek wyjaśnienia pacjentowi konsekwencji konkretnej ingerencji ma na celu takie zapoznanie tej osoby ze stanem jej zdrowia oraz następstwami proponowanej operacji, aby pacjent podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na ten zabieg z pełną świadomością, na co się godzi i czego się może spodziewać.<sup>4</sup> Dlatego lekarz powinien wyjaśnić choremu nie tylko cel i rodzaj zabiegu, ale też zwykłe jego następstwa. Nie ma natomiast obowiązku zapoznawać go z nietypowymi następstwami, nie objętymi normalnym ryzykiem, które mogą wystąpić tylko w przypadku szczególnych powikłań. Według opinii Sądu Najwyższego, tego rodzaju informacja może nawet negatywnie wpłynąć na zdrowie i samopoczucie pacjenta.

W stanie faktycznym, który stał się podstawą wyprowadzonych przez SN wniosków, powódka została poddana tzw. zabiegowi Werheima, polegającemu na rozległym usunięciu narządów rodnych w związku ze wznowionym procesem nowotworowym szyjki macicy. W następstwie wykonanej operacji, która – jak dowodzi materiał dowodowy – wykonana została w sposób prawidłowy, doszło do uszkodzenia pęcherza oraz moczowodu. Uszkodzenie to doprowadziło do powstania przetoki moczowej, a następnie kolejnych powikłań w postaci wytworzenia się roponercza, co w konsekwencji doprowadziło do usunięcia nerki. Z opinii biegłych wynika, że powstanie przetoki moczowej przy tego rodzaju zabiegach wynosi zaledwie kilka procent (poniżej 10%), jeszcze mniejsze prawdopodobieństwo dotyczy roponercza i usunięcia nerki. Skoro powikłania te nie stanowią bezpośrednich, normalnych następstw objętych ryzykiem operacji, chory nie musi być o nich informowany.

Podobne zapatrywanie wyraził Sąd Najwyższy w wyroku z 28 sierpnia 1973 r., z którego wynika, że nie można domagać się od lekarza, by uprzedzał pacjenta o wszystkich mogących wystąpić komplikacjach, zwłaszcza takich, które zdarzają się niezmiernie rzadko. Takie uprzedzenie mogłoby prowadzić do zbędnego pogorszenia samopoczucia pacjenta i do bezpodstawnej odmowy wyrażenia zgody na dokonanie zabiegu.<sup>5</sup>

Wyjątek od powołanej zasady, że godząc się na zabieg pacjent bierze na siebie ryzyko związane z jego wykonaniem oraz typowe skutki, stanowią zabiegi wykonywane wyłącznie dla celów estetycznych. W razie ingerencji służącej jedynie polepszeniu wyglądu zewnętrznego, wymóg zgody jest zachowany, gdy pacjent zostanie uprzednio dostatecznie poinformowany także o szczególnych, czyli wszelkich – mniej lub bardziej możliwych do przewidzenia – skutkach interwencji, nie stwarzającej dla niego ryzyka wyższego od przeciętnego.<sup>6</sup> W przedmiotowej sprawie poszkodowana twierdziła, że nie poddałaby się zabiegowi usunięcia kępek żółtych z powieki oka, gdyby przed zabiegiem lekarz poinformował ją, że w toku operacji może być konieczne wypełnienie ubytku

ku pola pooperacyjnego skórą z policzka oraz trwałego podciągnięcia powieki.

Akceptacja ryzyka kończy się w miejscu, w którym zaczyna się wina lekarza. Przyjmuje się, że pacjent nigdy nie wyraża zgody na szkodę, która może być wynikiem zawinionego działania lub zaniechania tego podmiotu. W wyroku z 29 października 2003 r. Sąd Najwyższy stwierdził, że ryzyko, jakie bierze na siebie chory udzielając stosownej zgody, nie obejmuje pomyłki lekarza.<sup>7</sup>

W spornym stanie faktycznym pacjentka została poddana zabiegowi operacyjnemu nadgarstka lewego, polegającego na uwolnieniu nerwu pośrodkowego. W czasie znieczulenia doszło do niezamierzonego nakłucia opłucnej, które stało się przyczyną odmy. Chorej założono dwa dreny, a następnie przewieziono ją do specjalistycznej kliniki. Po wyjściu ze szpitala powódka nadal uskarżała się na ogólnie zły stan zdrowia, częste anginy, niemożność odchrząknięcia, duszności i trudności w oddychaniu, a także znaczne dolegliwości bólowe.

Zdaniem Sądu Najwyższego nie można uznać, że wyrażenie zgody na zabieg operacyjny jest tożsame ze zgodą na wszystkie powikłania i niekorzystne następstwa, zwłaszcza gdy pacjent nie ma świadomości możliwości wystąpienia takich powikłań. Działanie lekarza zawsze jest bezprawne, jeżeli pozostaje w sprzeczności z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko przepisy prawa, ale także obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego. Do jednej z takich zasad należy przeprowadzanie zabiegów zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny.

*dr Małgorzata SERWACH*

*Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Katedra Prawa Cywilnego  
Uniwersytet Łódzki, Katedra Polityki Ochrony Zdrowia*

1. Wyrok SN z 27 października 2005 r. III CK 155/05.

Wyrok SN z 17 grudnia 2004 r., Monitor Prawniczy 2005, nr 2, s. 67.

2. Wyrok SN z 28 lipca 1972 r., OSN 1973, nr 5, poz. 86.

3. W spornym stanie faktycznym powód wyraził zgodę na dokonanie resekcji górnego płata płuca lewego (gruźliczak). Po zabiegu wystąpił zator tętnicy mózgu, w następstwie którego powód doznał zaburzeń mowy o typie afazji, częściowego upośledzenia słuchu i częściowego niedowładu oraz padaczki.

4. OSN 1974, nr 7–8, poz. 131. Orzeczenie to zostało wydane na podstawie następującego stanu faktycznego: Po zabiegu angiografii mózgowej nastąpiła niemota czuciowo-ruchowa, a następnie niedowład kończyny dolnej oraz utrzymująca się niemota, uniemożliwiająca kontakt słowny.

5. Wyrok SN z 5 września 1980 r., OSP 1981, nr 10, poz. 170.

6. OSP 2005, nr 4, poz. 54.

(przedruk z „Panaceum” nr 10/11)



## Ryzyko leczenia

Cesarzowi Francuzów przypisuje się powiedzenie, że istnieją tylko dwa rodzaje przyczyn śmierci. Jedną z nich jest śmierć z przyczyn naturalnych. Drugą śmierć spowodowana działaniem lekarzy. Niejednemu te słowa cesarza mogą wydawać się żartem. Jednak rzeczywistość pokazuje, że w tym ironicznym twierdzeniu Napoleona jest niestety wiele prawdy.

Pod koniec XX wieku przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych analizę zgonów w szpitalach. W kraju tym, liczącym obecnie ponad 300 mln. ludności, umiera rocznie około 2,6 mln. ludzi. Jak obliczono 8,5% tych zgonów wynika z przyczyn jatrogennych. Liczbowo wynosi to nawet do 300 tys. zgonów. Analizując bardziej szczegółowo te przyczyny jatrogennych zgonów stwierdzono, że blisko 12 tys. wynika z powikłań po operacjach dokonywanych nie ze wskazań bezwzględnych; 7 tys. z błędów lekarzy; około 20 tys. z błędów w trakcie leczenia; ponad 80 tys. z zakażeń wewnątrzszpitalnych, a blisko 100 tys. z powodu niepożądanych działań leków.

Stany Zjednoczone szczycą się najlepszą techniką medyczną na świecie, ale nie najlepszą opieką zdrowotną. Ponad 15% ludności nie jest jednak objętych ubezpieczeniami zdrowotnymi ze względu na ich wysokie koszty. Spróbujmy przenieść te, dokonane w Stanach Zjednoczonych, oszacowania na warunki polskie, dokonując pewnych interpolacji danych. Przyjmując, że w Polsce przyczyny zgonów rozkładają się podobnie, jak i w Stanach Zjednoczonych, należałoby przyjąć, że w naszym kraju każdego roku umiera rocznie około 350 tys. obywateli, w tym:

- około 20–30 tys. z przyczyn jatrogennych, a więc w następstwie stosowanego leczenia,
- około 1,5 tys. zgonów z powikłań (nie bezwzględnie koniecznych) zabiegów operacyjnych,
- około 1 tys. z błędów w sztuce lekarskiej,
- 2,5–3 tys. zgonów z innych błędów w trakcie leczenia,
- około 10 tys. z zakażeń wewnątrzszpitalnych,
- a około 15 tys. z niepożądanego działania leków.

Są to z pewnością obliczenia niepokojące. Wprawdzie nie są one potwierdzone odpowiednimi i w pełni wiarygodnymi danymi, ale są jednak wysoce prawdopodobne. Szereg tych jatrogennych przyczyn zgonów znajdują swoje odbicie w procesach sądowych z powodztwa rodzin zmarłych w trakcie leczenia chorych. Wprawdzie liczba tych procesów przeciwko naszym lekarzom nie jest jeszcze tak wielka, jak ma to miejsce w Stanach Zjednoczonych, to jednak rzuca ujemne światło na po-

ziom świadczeń zdrowotnych i w naszym kraju. Warto się nad tymi zjawiskami zastanawiać. Jak im przeciwdziałać? Jak do nich nie dopuszczać, choć z pewnością nie da się ich całkowicie wyeliminować w działaniach leczniczych?

Każdy lekarz zabiegowy z dłuższym stażem pracy może z własnych obserwacji przytaczać przypadki zgonów po zabiegach dokonywanych nie ze wskazań bezwzględnych. Nie ma takiego zabiegu, który nie może spowodować groźne, a nawet śmiertelne powikłania. Dla ratowania życia podejmuje się niejednokrotnie desperackie zabiegi. Jeżeli w ich następstwie dochodzi do zgonu – lekarz nie czuje się winny. Inaczej jednak ocenia się przypadki zgonów po zabiegach operacyjnych, podejmowanych nie ze wskazań bezwzględnych. Kiedy w następstwie takiego zabiegu dochodzi do zgonu, z nie dających się przewidzieć uprzednio powikłań, tragedię przeżywają nie tylko członkowie rodziny zmarłego, ale obciążają one również sumienie lekarza. Każdy zabieg obciążony jest ryzykiem powikłań, a nawet zgonu. Dlatego też każdy chory poddawany zabiegowi podpisuje zgodę na jego zgodę, uprzedzony o ryzyku takiego leczenia.

W niezabiegowych specjalnościach przyjmuje się, że chory zgłaszając się o pomoc do lekarza tym samym wyraża zgodę na proponowane mu procedury medyczne, a więc na postępowanie diagnostyczne i lecznicze. Przyjmując zaordynowane leki chory jest przekonany, że służyć będą poprawie jego zdrowia oraz likwidacji choroby. A gdy to nie jest już możliwe, przynajmniej do usuwania przykrych dolegliwości związanych z chorobą. Z reguły więc chory taki nie dostrzega w ogóle ryzyka leczenia i oczekuje zawsze pożądanego skutku. A jednak w każdym działaniu medycznym kryje się mniejsze lub większe ryzyko pojawienia się niepożądanych zjawisk, niekiedy groźnych, a czasami nawet i śmiertelnych. Weźmy dla przykładu szczepienia profilaktyczne podejmowane dla zapobiegania chorobom infekcyjnym.

W ogromnej liczbie szczepionych okazują się one bezpieczne i niezwykle skuteczne w zapobieganiu chorobom infekcyjnym. Żaden jednak lekarz nie wystawi świadectwa, że w następstwie szczepienia nie wystąpi powikłanie nawet groźne, a w najbardziej niepomyślnym przebiegu kończące się zgonem. Wiadomo, że takie powikłania zdarzają się niezwykle rzadko, a wartość profilaktyczna szczepień jest ogromna. Istnieją jednak obawy przed poddawaniem się tym zabiegom. Nie tak dawno cały świat zaalarmowany został informacją o zagrożeniu pandemią groźnej świńskiej grupy. W różnych

krajach rozpoczęto masowe szczepienia przeciw wirusowi tej choroby. Wkrótce potem w środkach masowego przekazu pojawiły się informacje o zgonach kilku szczepionych. Zasadniczo zmniejszyło to liczbę szczepionych, nawet wśród osób najbardziej narażonych na zachorowanie.

Warto przytoczyć historię szczepień przeciwko rdzeniowemu porażeniu dziecięcemu, chorobie zwanej od nazwisk odkrywców chorobą Heinego-Medina. W 1946 r. w Stanach Zjednoczonych rozpoczęto masowe szczepienia przeciwko tej chorobie, szczepionką opracowaną przez Jonasa Salka. Grupę 450 tys. dzieci zaszczepiono szczepionką składającą się z martwych wirusów. 200 tys. dzieci stanowiło grupę kontrolną, którym podano placebo. W grupie szczepionych zanotowano znaczny spadek zachorowań na chorobę Heinego-Medina, w porównaniu do nieszczepionych. Zaczęto prowadzić szczepienia masowe. Jednak w maju 1955 r. ogłoszono, że w następstwie tych szczepień zmarło sześćdziesięć dzieci. Okazało się, że wynikało to z niezgodnej z przepisami produkcji szczepionki w jednym z laboratoriów. W następnych trzech latach połowa mieszkańców Stanów Zjednoczonych poniżej 40 roku życia poddała się jednak dobrowolnie szczepieniu szczepionką Salka. Zachorowalność na chorobę Heinego-Medina spadła o 86%. Wkrótce potem amerykański wirusolog Albert Sabina opracował wygodniejszą, bo doustną szczepionkę, którą stopniowo wprowadzono do masowych szczepień w wielu krajach. Powikłania poszczepienne zdarzały się niezwykle rzadko. Jeden przypadek na milion szczepionych. Ryzyko jest więc niewielkie. Ale nie jesteśmy od niego całkowicie wolni. Wielkie korzyści wypływające ze szczepień nie budzi już wątpliwości! W wielu krajach prowadzi się obowiązkowe szczepienia przeciwko zarazkom powodującym choroby infekcyjne. Wystarczy wspomnieć, że w Polsce przed wprowadzeniem szczepień przeciwko odrze rocznie na tę chorobę notowano 200 tys. zachorowań i 200 zgonów. Dzięki szczepieniom powszechnych na świecie przeciwko ospie prawdziwej – całkowicie zlikwidowano jej występowanie. Ryzyko powikłań poszczepiennych jest więc znikome. Ale żaden lekarz nie może zapewnić szczepionemu, że takie powikłanie nie może się zdarzyć.

Przysłowie mówi: „*Błądzić jest rzeczą ludzką*”. Zdarzają się niekiedy pomyłki przy produkcji leków, powodujące tragiczne skutki u osób leczonych. W 1924 r. francuscy bakteriologowie: Albert Calmette i Camille Guérin opracowali doustną szczepionkę przeciwko gruźlicy, składającą się z żywych, lecz osłabionych prątków. Wprowadzono ją do powszechnego stosowania z bardzo dobrymi rezultatami. W 1930 r. w Lubece zaszczepiono nią 250 dzieci, z których 60 zmarło z powodu gruźlicy. Śledztwo w tej sprawie wykazało, że u producenta pomylono hodowlę prątków. Do produkcji użyto zamiast osłabionych, żywe zjadliwe zarazki. Winnych za to za-

niedbanie skazano na kary więzienia. Ale ten wypadek podważył na długo w społeczeństwie zaufanie do szczepień profilaktycznych.

Pomyłki w trakcie produkcji leków zdarzają się niezwykle rzadko. Mimo prowadzonych kontroli jednak niekiedy i do nich dochodzi, z tragicznymi skutkami dla leczonych. Niedawno w jednej z polskich fabryk farmaceutycznych zdarzyło się, że do opakowań z ampułkami corhydronu (hydrocortisonu) – leku używanego w groźnych stanach wstrząsowych, omyłkowo zamieszczono chlorosuccilinę, lek stosowany dla zwiotczania mięśni prążkowanych w intubacji dotchawiczej, w krótkich zabiegach chirurgicznych. Skutki tej pomyłki musiały być tragiczne dla chorych.

Nie tylko jednak mylą się zakłady produkujące lekarstwa. Pomyłki z nieuwagi, przemęczenia, niedbałości popełnia również i personel medyczny. Przed kilku laty głośna była sprawa pomyłki z płynami podawanymi dożylnie w kroplówkach na oddziale noworodków we wrocławskim szpitalu. Zamiast soli fizjologicznej noworodkom podano roztwór soli potasowej. Zakończyło się to śmiercią kilku noworodków i wyrokami sądowymi dla personelu. Szczególnie często zdarzają się takie przypadki wśród lekarzy zabiegowych. Pozostawienie instrumentów, gazików w ciele operowanego, niedostateczna hemostaza, niezauważone zranienie narządów itp. Niektóre zabiegi trwające czas dłuższy wyczerpują uwagę operatora. A momenty takiej nieuwagi – powodują niekiedy tragiczne skutki.

Również w leczeniu niezabiegowym trafiają się tragiczne dla chorych skutki z niedostatecznej kontroli leczenia. Przykładem takich pomyłek stosunkowo nierzadkim, jest brak dostatecznej kontroli przy stosowaniu antykoagulantów w leczeniu przeciwzakrzepowym. W następstwie niedostatecznej kontroli leczenia dochodzi niekiedy do powikłań krwotocznych, niezwykle groźnych dla życia leczonych nimi chorych. O takich pomyłkach mówią chorzy – „*Chorobę bym wytrzymał. Nie wytrzymam leczenia.*”

A trafnie określając można powiedzieć, że niestety niekiedy leczenie jest gorsze od choroby. Zakłady lecznicze ubezpieczają się od odszkodowań finansowych takich leczenia przez ubezpieczenia. Obecnie w Polsce wprowadzono takie obowiązkowe ubezpieczenia lekarzy, obojętnie na miejsce zatrudnienia. Suma gwarancyjna jest wysoka i sięga 100 tys. euro. Wyższe składki będą obowiązywać płacić lekarze zabiegowi. Przypomnijmy jednak, że prawie 4 tys. lat temu, w starożytnej Babilonii cesarz Hammurabi karał chirurgów za zadanie ciężkiej rany i spowodowanie śmierci chorego albo też zniszczenia przy zabiegu oka – obcięciem ręki lekarzowi.

Mimo prowadzenia przez firmy produkujące leki starannych badań przed ich wprowadzeniem do powszechnego stosowania, zdarzają się przypadki i to nawet bardzo groźne z niepożądanego ich działania. W 1989 r.

przerwano badania kliniczne CAST (*Cardiac Arrhythmic Suppression Trial*), mające ocenić leki zmniejszające liczbę nagłych zgonów sercowych powodowanych przez niemiaryowości komorowe, występujące niekiedy w przebiegu świeżego zawału serca. Do oceny wybrano leki antyarytmiczne klasy I-c (flekainid, enkainid, meryzycynę). W uprzednich próbach stosując rejestrację elektrokardiograficzną ciągłą, leki te skutecznie zmniejszały liczbę tych groźnych pobudzeń komorowych. W trakcie jednak badań klinicznych okazało się, że w grupie chorych nimi leczonych śmiertelność była większa niż w grupie kontrolnej, otrzymującej placebo. W grupie leczonych tymi lekami zmarło 168 chorych, a w grupie otrzymujących placebo – 99. Okazało się więc, że leki antyarytmiczne mogą również powodować groźne niemiaryowości.

Innym przykładem ryzyka leczenia z powodu niepożądanego działania leku może być afera thalidomidowa, którą ujawniono w Zachodnich Niemczech w 1961 r. W tym to roku na Zjeździe Pediatrów w Düsseldorfie – jeden z pediatrów wyraził przypuszczenie, że lek thalidomid, powszechnie stosowany jako lek uspokajający, przyjmowany przez kobiety w ciąży, powoduje poważne wady u płodów. Noworodki tych matek rodziły się z brakami kończyn. Lek ten stosowano powszechnie od 1954 r. po uprzednich próbach na zwierzętach. W latach 1955–56 poddano 300 pacjentów próbom klinicznym i nie stwierdzono żadnych ujemnych skutków. Przeprowadzono również próby na zwierzętach. W ciągu pięciu lat poprzedzających aferę thalidomidową – około 5 mln. Niemców stosowało go nawet trzy razy dziennie. 70 tys. przyjmowało go regularnie jako lek uspakajający. Po wybuchu afery zarejestrowano 3 tys. dzieci z opisywanymi wadami wrodzonymi kończyn, jako następstwo stosowania thalidomidu przez kobiety w ciąży. Podobne przypadki zarejestrowano również i w innych krajach. Lek oczywiście wycofano ze stosowania. Na tym przykładzie widać jednak wyraźnie – jak trudno jest ustalić związek przyczynowy między przyjmowanym lekiem, a występowaniem poważnych ubocznych skutków. Niekiedy wymaga to bardzo długiego czasu, choć przecież przed wprowadzeniem leku na rynek jest on zawsze bardzo dokładnie sprawdzany i na zwierzętach i na ludziach – ochotnikach. Ale niekiedy i po dłuższych obserwacjach na większym materiale nie udaje się wykryć niepożądanych objawów ubocznych.

Istnieje powiedzenie, że lek, który nie powoduje działań ubocznych, nie jest lekiem. Niepożądane działania uboczne leku wykrywa się często dopiero po dłuższym stosowaniu, jak pokazuje to historia thalidomidu. Tak na przykład wydarzyło się z lekami z grupy fibratów, zmniejszających stężenie trójglicerydów i cholesterolu w osoczu (clofibratu i lipobay). Okazało się, że mogą one wpływać na tworzenie się nowotworów. Podobnie zdarzyło się z niektórymi lekami z grupy cyklooksyge-

nezy-2 o działaniu p-zapalnym, p-bólowym, stosowanym w reumatologii. Wiadomości takie, niekiedy niedostatecznie sprawdzone paraliżują producentów z obawy przed znacznymi odszkodowaniami, a szczególnie chorych. Niedawno w prasie powszechnej podano przypuszczenie, że insulina glarginowa – (analog insuliny ludzkiej wytwarzany metodą rekombinacji DNA, z zastosowaniem szczepu bakterii) – może sprzyjać powstawaniu nowotworów. Nie jest to informacja dostatecznie potwierdzona. Ale zrozumiale spowodowała zahamowanie wykorzystania tego leku. Potwierdzenie lub odrzucenie tego przypuszczenia wymaga jednak dłuższych badań i na większym materiale, w różnych ośrodkach badawczych, przede wszystkim na zwierzętach doświadczalnych, a później i na ochotnikach. Nie jest to zadanie łatwe. Nigdy nie ma dość ostrożności przed wprowadzaniem do obrotu nowych leków, aby jak najbardziej eliminować ryzyko leczenia.

Każde leczenie objęte jest mniejszym lub większym ryzykiem. Znana dewiza lekarska głosi: „*primum non nocere*”. Jest to prawda oczywista, ale jak pokazuje to praktyka, niemożliwą do bezwzględnego sprawdzenia. Każdy lekarz, zwłaszcza szpitalny i z dłuższą praktyką może przytaczać przypadki niepożądanych i szkodliwych efektów leczenia zdarzających się nieoczekiwanie i wbrew podjętemu właściwemu leczeniu. Ryzyko leczenia jak cień towarzyszy praktyce lekarza. Warto i należy zastanawiać się, jak maksymalnie go pomniejszać. Oto przyczyny najczęściej występujących niepożądanych zjawisk w praktykach lekarskich:

- Polipragmazja, często spotykana u ludzi w wieku podeszłym, cierpiących na kilka schorzeń i przyjmujących z tego powodu wiele leków. Jaka jest między lekami interakcja w ich ustrojach nie sposób ustalić.
- Ordynowanie niezbyt poznanego jeszcze leku – ogłoszonego jako rewelacja medyczna.
- Niewłaściwe monitorowanie leczenia, szczególnie leków wymagających szczególnej kontroli, np. antykoagulantów
- Brak wiadomości o lekarsztwach przyjmowanych przez chorych z ordynacji innych lekarzy.
- Leczenie chorego przez wielu lekarzy, wzajemnie nie wiedzących o sobie.
- Uleganie naciskom chorym o przepisywanie nowego, rzekomo cudownego leku.
- Zapisywanie lekarstw kobietom w ciąży, bez dostatecznej wiedzy o ich wpływie na ustrój w tym stanie oraz na płód.
- Lekarstwa zapisywane niemowlętom, u których występuje jeszcze niewykształcony metabolizm oraz eliminowanie leków.
- Zakażenia wewnątrzszpitalne.

Jeszcze nie tak dawno powodem zakażeń wewnątrzszpitalnych było korzystanie z igieł, strzykawek, zestawów



do wielorazowego przetaczania i przez niedostateczną ich sterylizację. Niebezpieczne były również przetaczania krwi uzyskiwanych od dawców – nieświadomych nosicieli wirusów. Szczególnie groźna była krioglobulina uzyskiwana z krwi wielu dawców, wśród których byli nieświadomi nosiciele groźnego wirusa HIV czy WZW typu C. Tylko szczególne starania i pamiętanie o różnorodnych przyczynach ryzyka leczenia można go pomniejszać, choć z pewnością nie da się tego całkowicie eliminować.

Ryzyko leczenia nie zawsze jest dostrzegane przez lekarzy, zwłaszcza młodych. Niejeden z nich uważa, że jeśli będzie trzymał się kanonów sztuki lekarskiej, jakie wyniósł w czasie studiów i późniejszych praktyk u doświadczonych lekarzy, to uniknie ryzyka leczenia. Jest to złudne przeświadczenie. Wybitny lekarz i pisarz angielski Archibald Cronin w autobiograficznej powieści: „Cytadela” na pytanie, co uważa za najbardziej słuszną dewizę lekarską, napisał: „*Nigdy nie być pewnym!*” Oznaczało to niepewność rozpoznania choroby, jak i też podjętego leczenia. Wytwórcy leków piszą na ulotkach informacyjnych, że każdy lek niewłaściwie stosowany może być groźny dla życia lub zdrowia. Jest to oczywiste. Ale również każdy lek prawidłowo stosowany może być również groźny dla życia i zdrowia. Ileż to lekarzy przeżywało śmierć swoich pacjentów na przykład ze wstrząsu anafilaktycznego – po podaniu prawidłowo surowicy przeciwtężcowej, w trakcie urografii po wstrzyknięciu środka diagnostycznego, w trakcie przetaczania krwi czy też po podaniu środka narkotycznego dla wykonania operacji. Historia medycyny zna tysiące takich przypadków. Dewiza Cronina niestety sprawdza się w praktyce lekarskiej nie tak znowu rzadko.

Ze względu na te nieoczekiwane i niepożądane działania uboczne występujące przy stosowaniu leków – wielcy odkrywcy obawiali się, po przeprowadzeniu nawet z dobrymi wynikami prób na zwierzętach, rozpoczęcia ich na ludziach. Paul Ehrlich, po opracowaniu bakteriobójczego leku salvarsanu obawiał się, jak reagować będzie na niego ustrój ludzki. Przekazał próbkę leku profesorowi dermatologii Konradowi Altowi, by wypróbował go u chorych na kiłę. Dwóch lekarzy w klinice wypróbowało wprawdzie ten lek na sobie, czy nie powoduje groźnych objawów ubocznych, i dopiero później zaczęto leczyć nim chorych na kiłę. Podobnie było z wprowadzeniem do leczenia sulfonamidów, które wykrył prof. Gerhard Domagk w 1932 r. Ale dopiero po zastosowaniu go na własnej córce, której groziła amputacji ręki z powodu ropowicy i stwierdzeniu, że jego stosowanie jest bezpieczne, odważył się opublikować wyniki swego rewelacyjnego odkrycia.

Niekiedy upływa bardzo dużo czasu zanim lekarzom udaje się stwierdzić związek przyczynowy między przyjmowanym lekiem a jego niepożądanym skutkiem na organizm. Tak było z fenacetyną, składnikiem proszku przeciw bólom głowy, powszechnie stosowanym w Pol-

sce przed wojną i wiele lat po niej. Proszki te nazywano „kogutkami” od rysunku na opakowaniu. Były one dostępne powszechnie i sprzedawano je bez recepty. Dopiero wiele lat po wojnie zorientowano się, że fenacetyna – jeden ze składników tych proszków, jest nefrotoksyczna i proszki te wycofano całkowicie ze sprzedaży. Ale ilu osobom uprzednio uszkodziła zdrowie i skróciła życie? Nigdy nie udało się to ustalić. Kto ponosił winę za ten stan? Producent, który przeprowadził badania dopuszczające lek jako bezpieczny do obrotu farmaceutycznego? Czy też nabywcy, którzy zaufali reklamie leku, jako wartościowego, nie dającego groźnych skutków ubocznych? Każdy lek obciążony jest tym ryzykiem niepożądanych skutków, choć najczęściej nie dostrzegamy tego.

Rzadko, ale zdarza się i tak niekiedy, że lek wykazuje plejotropowe nieoczekiwane efekty, wysoce pozytywne. Tak zdarzyło się ze statynami, lekami hipolipemicznymi, obniżającymi poziom lipidów we krwi. Leki te nie są wolne od objawów ubocznych, nawet bardzo groźnych jak rhabdomyoliza (jeżeli nie przestrzega się odpowiedniej kontroli leczenia i odpowiednich dawek). Przy prawidłowo prowadzonym leczeniu te groźne objawy uboczne zdarzają się rzadko, a przeważają natomiast znaczne efekty dodatnie. Szczególnie cennym okazało się, że leki te właściwie stosowane obniżają śmiertelność z powodu zawałów serca czy udarów mózgowych, oraz zmniejszają również nieoczekiwane zapadalność na choroby nowotworowe. Korzystne efekty leczenia w profilaktyce wtórnej choroby wieńcowej i udarów mózgowych wynikają ze stabilizacji płytek miażdżycowych w naczyniach. Takie niespodzianki plejotropizmu spotyka się jednak niezwykle rzadko. Dużo częściej lekarz w swej codziennej praktyce napotyka na niepożądane działania leków, które powiększają ryzyko leczenia. Medycyna to wiedza i sztuka. Wraz z wielkim postępem techniki coraz trudniejsza jest do nauczenia i wykonywania poprawnie zadań. Staroindyjska maksyma głosi, że lekarz powinien wyleczyć chorego. Jeśli jest to niemożliwe – powinien przynosić mu ulgę w cierpieniach. A zawsze tworzyć nadzieję. Niekiedy jest możliwe spełnienie tylko tego pierwszego podstawowego warunku. Niekiedy tylko drugiego i trzeciego. Starożytni Rzymianie dorzucili do tego maksymę: „*Primum non nocere*” – przede wszystkim nie szkodzić. Ryzyko towarzyszące każdemu leczeniu powoduje, że ten warunek niekiedy nie bywa jednak spełniony. Droga zawodowa lekarza to sinusoida pełna gór i dolin. Przy niepowodzeniach, nawet niezawinionych przez lekarza, pozostaje zawsze odpowiedzialność za leczenie i podjęte ryzyko. Odpowiedzialność i sądowa i zawodowa i ta wobec własnego sumienia: czy słusznie postąpiliśmy wybierając taką a nie inną metodę leczenia. Ryzyko bowiem leczenia wpisane jest w zawód lekarza, i niestety towarzyszy mu stale w jego codziennej praktyce.

prof. Stanisław STERKOWICZ

(przedruk z biuletynu OIL w Koszalinie nr 6/10)

# Biobankowanie po polsku

z dr n. med. **Jakubem Pawlikowskim**, członkiem nowo powołanego Zespołu do Spraw Molekularnych Badań Genetycznych i Biobankowania, działającego przy Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego rozmawia Marek Derkacz

## Jakie są cele i zadania nowo powołanego zespołu?

W ostatniej dekadzie nastąpił bardzo dynamiczny rozwój genetyki i biobankowania, dlatego MNiSW zauważyło potrzebę uregulowania tych obszarów. Przed naszym zespołem zostało postawionych kilka zadań, do których należy opracowanie propozycji dotyczących kryteriów wyboru sieci krajowych laboratoriów referencyjnych w zakresie molekularnych badań genetycznych, zharmonizowanie molekularnych badań genetycznych, ocena możliwości stworzenia w Polsce krajowego biobanku genomowego i wprowadzenia przepisów prawnych w zakresie biobankowania materiału ludzkiego i tworzenia baz danych genetycznych dla celów naukowych. Nasz zespół powinien wypracować zalecenia i wytyczne, które mają stać się następnie podstawą rozporządzeń ministerialnych, a być może również ustawy regulującej wykonywanie badań naukowych na ludzkim materiale biologicznym.

## W skład zespołu wchodzi przedstawiciele wielu dyscyplin.

Przede wszystkim jego członkami są genetycy kliniczni i molekularni z różnych ośrodków w Polsce (Warszawa, Gdańsk, Poznań, Wrocław), ale również diagnosty laboratoryjni oraz specjaliści z dziedziny prawa i etyki. Przewodniczącym zespołu jest prof. Michał Witt – dyrektor Międzynarodowego Instytutu Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie.

## Jest pan chyba najmłodszym członkiem zespołu. Jak udało się panu wejść w skład tak szacownego grona?

Być może zdecydowały o tym moje zainteresowania i publikacje na temat aspektów etycznych biobankowania. Między innymi kilka lat temu uczestniczyłem w warsztatach w Genewie, poświęconych aspektom etycznym i prawnym biobankowania, po czym napisałem chyba jeden z pierwszych artykułów na ten temat w Polsce. Następnie, wraz z prof. Krzysztofem Marczewskim i dr Jarosławem Sakiem, przeprowadziliśmy badania dotyczące kwestii etycznych i prawnych związanych z biobankowaniem w naszym kraju. Wyniki udało się opublikować w dość prestiżowym czasopiśmie, co zostało zauważone przez MNiSW, które poprosiło mnie i Jarosława Saka o wykonanie ekspertyzy dotyczącej możliwości utworzenia w Polsce Krajowego Biobanku Genomowego. W ostatnim roku uzyskałem również ministerialny grant naukowy w ramach programu dla młodych naukowców, dzięki któremu miałem możliwość pobytu w biobankach populacyjnych Hiszpanii, Wielkiej Brytanii i Estonii.

## Czym właściwie jest biobankowanie?

Najprościej rzecz ujmując, biobanki to różnego rodzaju zorganizowane zbiory materiału biologicznego i powiązanych z nimi danych. W zależności od celu gromadzenia materiału ludzkiego możemy wyróżnić biobanki dla celów klinicznych (np. banki krwi przeznaczonej do transfuzji, banki tkanek i narządów do transplantacji), policyjno-sądowych (w celu szybszego i pewniejszego identyfikowania przestępców), edukacyjnych czy naukowo-badawczych. Nasz zespół będzie zajmował się tą ostatnią kategorią: biobankami, które powstały w celu prowadzenia badań naukowych na zgromadzonym materiale biologicznym, np. określonych schorzeń neurodegeneracyjnych, nowotworowych, badań farmakogenetycznych, ale również badań poznawczych, np. nad bliźniętami monozygotycznymi czy populacjami izolowanymi.

## Jakie nadzieje wiąże się z rozwojem biobanków?

Nadzieje są wielkie, choć czas zweryfikuje, które z nich okażą się płonne, a które się zrealizują. Biobanki, dzięki oferowaniu naukowcom dużej liczby wystandaryzowanych próbek i danych, przyspieszą rozwój badań naukowych, mających na celu lepsze poznanie uwarunkowań genetycznych i środowiskowych chorób dziedzicznych, udoskonalenie badania ludzi pod kątem ich podatności na określone choroby, umożliwienie dostosowania terapii do indywidualnych cech genetycznych pacjenta (tzw. medycyna personalizowana), przyczynią się do odkrywania i wprowadzania na rynek nowych leków, czy pomogą w odkryciu nowych biomarkerów wielu chorób. Nadzieje wiąże się również z rozwojem nutrigenomiki, czyli dziedziny, która ma określać zależności pomiędzy składnikami żywienia a genetycznym podłożem alergii pokarmowych i innych chorób. Rozwój biobanków ma również pozwolić na obniżenie w przyszłości kosztów w systemie opieki zdrowotnej dzięki bardziej celowanym formom terapii i zmniejszeniu szkód jatrogennych. Trzeba jednak zawsze pamiętać, że czynniki genetyczne warunkują zdrowie populacyjne w około 10–20 procentach, więc złudzeniem byłoby oczekiwanie od badań genetycznych rozwiązania większości trapiących społeczeństwo problemów zdrowotnych.

## Biobankowanie to również pewne zagrożenia. Jakie obawy społeczne wiążą się z biobankowaniem?

W społeczeństwie dane genetyczne postrzegane są niekiedy jako bardziej wrażliwe niż inne rodzaje danych z powodu możliwości uzyskania informacji, które mogą być

np. przyczyną dyskryminacji. Obawy związane z rozwojem biobanków wiążą się m.in. z możliwością komercyjnego wykorzystywania biobanków, dyskryminowania ze względu na dziedzictwo genetyczne (np. przez pracodawcę, towarzystwa ubezpieczeniowe, szkoły, instytucje adopcyjne) lub wpływania za ich pomocą na prywatne życie ludzi (zwłaszcza osób znanych publicznie).

### **Jakie problemy etyczno-prawne związane z biobankowaniem wymagają już w tej chwili uregulowania?**

Podkreśla się zwłaszcza problem świadomej zgody, zapewnienia prywatności (przechowywania, ochrony danych i stopnia anonimowego zakodowania próbek) i prawa do niewiedzy. Problem świadomej zgody jest najszerszej dyskutowany, ponieważ wiąże się z uzyskaniem zgody na wykorzystanie próbek biologicznych do badań naukowych w przyszłości, których cel nie jest w chwili obecnej jasno określony, możliwością dostępu do zgromadzonych zasobów przez naukowców z innych instytucji i krajów, wykorzystaniem materiału biologicznego od dawców nieżyjących i dzieci, a także kwestią praw własności próbek i komercjalizacją wyników badań uzyskanych z próbek dawcy. Te ostatnie kwestie wynikają z niezwykle dynamicznie rozwijającego się rynku ludzkich próbek biologicznych, gdzie próbki krwi nabrały wartości rynkowej (pojawia się określenie „biovalue”) i nazywane są niekiedy „czerwonym złotem” przyszłości, a wartość tej gałęzi rynku szacowano już kilka lat temu na kilka miliardów dolarów rocznie.

**Wydaje się, że jednym z najtrudniejszych problemów etycznych jest formuła świadomej zgody na badania naukowe, których cel w chwili obecnej nie jest do końca jasno określony?**

Zdecydowanie tak, pobieranie zgody na badania naukowe, które będą prowadzone w przyszłości, budzi największe spory i wątpliwości. To powoduje niekiedy opór ze strony komisji bioetycznych, aby wydać zgodę na tworzenie biobanków. Restrykcyjne podejście do wymogów świadomej zgody w genetycznych badaniach populacyjnych zmuszałoby do częstego stawiania pytań o wykorzystanie wcześniej pobranych danych, co mogłoby być nużące i zniechęcało do badań, zarówno badaczy, jak i uczestników. Trzeba więc wypracować formułę, która będzie chronić prawa dawców, a jednocześnie nie będzie niepotrzebnie hamować rozwoju badań naukowych.

**Dziękuję za rozmowę i przy okazji serdecznie gratuluję przyznanego panu niedawno przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego stypendium dla wybitnych młodych naukowców.**

Dziękuję bardzo – to dla mnie duża radość, wynikająca przede wszystkim z docenienia przez ministerstwo dotychczasowych badań i publikacji. Nie ukrywam również, że jest to istotne wsparcie finansowe i zachęta do tego, aby nadal pracować naukowo.

(przedruk z „Medicusa” nr 12/11)

Medycyna w nowym stylu

## **W pogoni za młodością**

Najsłynniejsze angielskie stylistki – Trinny Woodall i Susannah Constantine prowadzą w Wielkiej Brytanii niezwykle popularny program telewizyjny „Jak się nie ubierać”. Program stacji BBC, realizowany wcześniej w wielu krajach: Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych, Ameryki Północnej, Belgii, Holandii i Izraelu, pod koniec marca tego roku zawitał do Łodzi. Spacerując po rynku Manufaktury i ulicy Piotrkowskiej, stylistki wybrały osiem osób (w tym sześć kobiet i dwóch mężczyzn), a następnie zmieniając ubrania i fryzury ochotników, przeprowadziły totalną metamorfozę ich wyglądu.

Przedsięwzięcie spotkało się z gorącym przyjęciem mieszkańców naszego miasta, którzy tłumnie ściągnęli do łódzkiej galerii na jego realizację. Autorki programu, komentując wygląd łódzian, obaliły wysokie mniemanie o naszej elegancji, a najgorzej wypadli przy tym mężczyźni. Angielki nie znalazły w trakcie swo-

jej wizyty w Łodzi ani jednego, ich zdaniem, dobrze ubranego Pana.

Takich programów uczących, jak się ubierać, żyć, jeść, meblować dom, czy wychowywać dzieci, jest w telewizji wiele. Do najbardziej popularnych produkcji, dotyczących stylu, należą np. „Metamorfozy”, „Salon piękności”, „SOS moda”, „Jak dobrze wyglądać nago?”, „Chcę być piękna”, czy „Łabędziem być”. Świat mody jest na tyle pociągający, że wkraczają do niego ludzie znani z polityki. Niezwykle elegancka Jolanta Kwaśniewska prowadzi autorski program pt. „Lekcje stylu”, ucząc w nim Polki nie tylko zasad dobrego wychowania, ale też np. jak dobrać kolor butów do torebki. Najbardziej znaną metamorfozę wyglądu przeszła natomiast była posłanka Samoobrony – Anna Kalata, która dzięki poprawie wizerunku stała się telewizyjną celebrytką.

Duży udział w opisanych przemianach mają nie tylko styliści, projektanci mody, fryzjerzy i kosmetyczki,



ale też lekarze: dentyści, chirurdzy plastyczni oraz inni specjaliści, uprawiający szeroko pojętą medycyną estetyczną. Swoisty pojedynek między tymi dwiema grupami: specjalistów medycznych i niemedycznych odbywa się w jednym z moich ulubionych programów tego rodzaju pt. „Dziesięć lat mniej”. Jego konwencja opiera się na rywalizacji dwóch kobiet, które chcą poprawić swój wygląd. U jednej z uczestniczek wykorzystywane są wszelkie dostępne metody, w tym również z zakresu chirurgii plastycznej, natomiast u drugiej – różnorodne zabiegi kosmetyczne, ale bez użycia skalpela. Uczestniczki poddawane są dwukrotnej ocenie przechodniów, którzy „na oko” określają ich wiek przed i po zabiegach (charakterystyczne, że częściej wygrywa ta, u której zastosowano interwencję chirurgiczną).

Jednak dla mnie – jako lekarza dentysty – najciekawszym wątkiem tego programu jest prowadzone w nim leczenie stomatologiczne. Zazwyczaj są to zabiegi z zakresu stomatologii estetycznej, a pacjentkom najczęściej zakładane są licówki porcelanowe, rzadziej korony lub mosty protetyczne. Zwykle też „leczenie” ogranicza się do zębów szczęki, gdyż to właśnie zęby górne są najbardziej widoczne podczas uśmiechu. Zadziwiające jest tempo tych przemian, w ciągu zaledwie kilku dni, użebienie uczestniczek jest „gruntownie naprawione”. Trzeba przyznać, że efekt kosmetyczny jest zazwyczaj dobry, a lekarka uczy czasami pacjentki, jak prawidłowo dbać o zęby. W jednym z odcinków udała się nawet do centrum handlowego i tam rozdawała tabletki wybarwiające złogi nazębne, a następnie instruowała przechodniów, jak prawidłowo używać elektrycznej szczoteczki do zębów. Jest to jednak chlubny wyjątek, w większości produkcji tego typu, problem profilaktyki pozabiegowej czy higieny jamy ustnej jest zupełnie przemilczany, choć samo leczenie bywa dalece bardziej inwazyjne.

Kreujące styl programy telewizyjne uwidoczniły też, jak bardzo zmieniają się wymagania co do współczesnej stomatologii. Estetyka stomatologiczna jest jedną z najszybciej rozwijających się gałęzi tej specjalności, szczególnie w krajach zamożnych. Typowe procedury wykonywane w gabinetach stomatologicznych bywają też łączone z innymi zabiegami z zakresu kosmetyki – u dentystry, oprócz wybielania zębów, można np. usunąć zmarszczki mimiczne z użyciem botoksu. Jest to powszechnie praktykowane w krajach zachodnich, a trend ten dotarł również do Polski.

O tym, że rynek usług z zakresu medycyny estetycznej jest bardzo lukratywny, świadczyć mogą powstające licznie nowe gabinety dermatologiczne, oferujące różnorodne tego rodzaju zabiegi kosmetyczne. Ich ceny, jak na kieszeń przeciętnej Polki, wydają się być wysokie, a rezultaty – niestety – są dość krótkotrwałe. Korekta zmarszczek mimicznych przy użyciu botoksu to wydatek rzędu 600–1400 zł, poprawa ust – kolejne 600–1800 zł, a efekty takich zabiegów utrzymują się maksymalnie 18–24 miesiące. W gabinetach dermatologicznych wykonywane są też inne zaawansowane procedury, np. z użyciem kwasu hialuronowego, fotoodmładzania i depilacji laserowej, mezoterapii cellulitu czy lipolizy.

Oprócz niebezpieczeństwa wystąpienia efektów ubocznych lub niepożądanych, niektóre z opisanych zabiegów są bardzo bolesne. Osoby biorące udział w programach telewizyjnych płaczą na ekranie z bólu po głębokich peelingach czy innych inwazyjnych zabiegach operacyjnych, polegających na korekcie kształtu nosa, piersi czy pośladków. Nic nie jest jednak w stanie je zniechęcić. Zrobią wszystko, by przez chwilę znaleźć się w centrum uwagi swoich bliskich i znajomych. Nie wiadomo jednak, na jak długo po programie starcza im determinacji, by bez pomocy sztabu specjalistów utrzymać uzyskany z takim trudem efekt.

Pogoń za wieczną młodością i nieskazitelną urodą nie jest znakiem naszej epoki, ona istniała zawsze. Postęp medycyny pozwala jednak w dużo większym stopniu, niż to było kiedyś, na ingerencję i korektę tego, co nas oszpeca, czy jest efektem upływającego czasu. Nie można potępiać tych, którzy chcą z tego postępu korzystać, aby realizować pragnienia, będące udziałem chyba każdego z nas. Problemem może być natomiast sytuacja, kiedy te pragnienia zamieniają się w obsesję. Obsesję podsycaną niestety przez bezkrytyczne działania niektórych przedstawicieli naszego zawodu.

Na stronie internetowej jednego z gabinetów dermatologicznych znalazłam taką reklamę: „Zapotrzebowanie na zdrowie i piękno mobilizuje lekarzy na całym świecie. Możemy Państwu zaoferować coraz nowsze rozwiązania podnoszące jakość życia i pozwalające zatrzymać niepożądane procesy starzenia”. Czyżby staromodne „*primum non nocere*” już nas nie obowiązywało?

Patrycja PROC

(przedruk z „Panaceum” nr 6/11)

\* \* \*



### Trendy w reumatologii na przełomie 2011/2012

Nie tylko lekarzy zajmujących się na co dzień chorobami układu kostno-stawowego, ale również lekarzy innych specjalności, w tym specjalistów chorób wewnętrznych i lekarzy rodzinnych serdecznie zapraszamy na konferencję Trendy w Reumatologii na przełomie 2011/2012. Uczestnicy tego wydarzenia będą mieli okazję poznać najnowsze trendy w diagnostyce i terapii różnych chorób reumatycznych opisanych w ubiegłym roku w piśmiennictwie światowym.

Konferencja odbędzie się 30–31 marca br. we Wrocławiu – mieście „z klimatem”, które zostało ogłoszone Europejską Stolicą Kultury 2016 r.

W programie: fibromialgia i zespół przewlekłego zmęczenia, perspektywy leczenia dny moczanowej, mio-patie zapalne, zapalenie naczyń, polimialgia i olbrzymiokomórkowe zapalenie naczyń, patogenezą reumatoidalnego zapalenia stawów, twardzina układowa, postępy w leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawów, postępy fizjoterapii chorób reumatycznych, zespół antyfosfolipidowy, osteoporoza w chorobach zapalnych stawów, wczesne zapalenie stawów, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, praktyczne aspekty farmakoterapii osteoporozy, układowe choroby tkanki łącznej wieku rozwojowego, zespół suchości, łuszczycowe zapalenie stawów, toczень rumieniowaty układowy, terapia RZS syntetycznymi lekami modyfikującymi – bezpieczeństwo i skuteczność, leczenie biologiczne RZS, zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa, rzadkie choroby tkanki łącznej, ciąża

w układowych chorobach tkanki łącznej oraz niezróżnicowane choroby tkanki łącznej, zespoły nakładania i mieszana choroba tkanki łącznej.

Termin: 30–31 marca 2012 r.

Miejsce: Wrocław, Regionalne Centrum Turystyki Biznesowej WP Hala Stulecia, ul. Wystawowa 1

Organizatorzy: Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, wydawnictwo Termedia

Kierownik naukowy: dr hab., prof. nadzw. Piotr Wiland

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

\* \* \*

**Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. NZOZ Szpital Powiatowy w Kluczborku** zatrudni lekarzy specjalistów w zakresie ginekologii i położnictwa do pracy w oddziale ginekologiczno-położniczym. Zatrudnienie w ramach umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej (kontrakt). Szczegółowe warunki zatrudnienia do uzgodnienia z Dyrekcją szpitala. Zgłoszenia zawierające CV prosimy o przesłanie na adres e-mail [wilk@pczszpital-kluczbork.pl](mailto:wilk@pczszpital-kluczbork.pl) lub na adres: 46-200 Kluczbork, ul. M.C. Skłodowskiej 23. W przypadku pytań prosimy o kontakt pod nr tel.: 77/417-35-00.

\* \* \*

**Wynajem pomieszczeń** pod gabinety lekarskie w centrum Czarnowąsy. Tel. kontakt. 602-217-956.

## KALENDARZ KONFERENCJI MEDYCZNYCH 2012

### Choroby układu oddechowego u dzieci

Termin: 10–11 luty 2012 r.

Miejsce: Warszawa, Hotel Courtyard Marriott Warsaw Airport

Przewodniczący Komitetu Naukowego: Prof. dr hab. n. med. Marek Kulus,

Organizator: Klinika Pneumonologii i Alergologii Wieku Dziecięcego WUM w Warszawie

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.alergie2012.agora-konferencje.pl](http://www.alergie2012.agora-konferencje.pl)

\*

### Polska Pediatria – w poszukiwaniu dróg dalszego rozwoju

Termin: 24–25 luty 2012 r.

Miejsce: Lublin – Centrum Konferencyjne UM  
Przewodnicząca Komitetu Naukowego: Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Pac-Kożuchowska,

Organizatorzy: Klinika Pediatrii UM w Lublinie, Polskie Towarzystwo Pediatryczne

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.pediatria2012.agora-konferencje.pl](http://www.pediatria2012.agora-konferencje.pl)

\*

## **II Szkoła Otolaryngologii**

Termin: 23–24 marzec 2012 r.

Miejsce: Ciechocinek – Pałac Targon,

Przewodniczący Komitetu Naukowego: Prof. dr hab. med. Dariusz Jurkiewicz – Konsultant Krajowy w dziedzinie Otolaryngologii

Organizator: Polskie Towarzystwo Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.agora-konferencje.pl](http://www.agora-konferencje.pl)

\*

## **Mikrobiota – moda czy konieczność**

Termin: 21 kwietnia 2012 r.

Miejsce: Poznań

Przewodniczący Komitetu Naukowego: Prof. dr hab. med. Wojciech Cichy

Organizator: I Katedra Pediatrii, Klinika Gastroenterologii Dziecięcej i Chorób Metabolicznych UM w Poznaniu

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.agora-konferencje.pl](http://www.agora-konferencje.pl)

\*

## **III Nowe Trendy w Ginekologii Onkologicznej**

Termin: 20–21 kwietnia 2012 r.

Przewodniczący Komitetu Naukowego: Prof. dr hab. med. Janusz Emerich

Organizator: Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.agora-konferencje.pl](http://www.agora-konferencje.pl)

\*

## **XXX Sympozjon Retinologiczny**

Termin: 26–28 kwietnia 2012 r.

Miejsce: Poznań – Centrum Konferencyjne MTP

Przewodniczący Komitetu Naukowego: Prof. dr hab. med. Jarosław Kocięcki

Organizator: Klinika Okulistyki UM w Poznaniu, Polskie Towarzystwo Okulistyczne

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.retina2012.com](http://www.retina2012.com)

\*

## **V Aktualności w Ginekologii i Położnictwie**

Termin: 11–12 maja 2012 r.

Miejsce: Ciechocinek – Pałac Targon

Przewodniczący Komitetu Naukowego: Prof. dr hab. n. med. Ryszard Poręba

Organizator: Polskie Towarzystwo Ginekologiczne

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.agora-konferencje.pl](http://www.agora-konferencje.pl)

\*

## **II Nowe Trendy w Chirurgii Gastroenterologicznej**

Termin: 25–26 maja 2012 r.

Miejsce: Ciechocinek – Pałac Targon

Przewodniczący Komitetu Naukowego: Prof. dr hab. Piotr Krokowicz

Organizator: Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej UM w Poznaniu

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.agora-konferencje.pl](http://www.agora-konferencje.pl)

\*

## **Nowe Trendy w Farmakoterapii 2012**

Termin: 1–2 czerwca 2012 r.

Miejsce: Szczyrk – Hotel Orle Gniazdo

Przewodniczący Komitetu Naukowego: Prof. dr hab. Zbigniew Gąsior

Organizator: Śląska Izba Aptekarska, Oddział w Katowicach Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.agora-konferencje.pl](http://www.agora-konferencje.pl)

\*

## **IV Szkoła Neonatologii: Badanie kliniczne noworodka – patrzysz! myślisz! wiesz?**

Termin: 15–16 czerwca 2012r.

Miejsce: Ciechocinek – Pałac Targon

Przewodnicząca Komitetu Naukowego: Prof. dr hab. med. Maria K. Kornacka

Organizator: Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka WUM w Warszawie, Polskie Towarzystwo Neonatologiczne

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.agora-konferencje.pl](http://www.agora-konferencje.pl)

\*

## **IX Sympozjum Polskiego Klubu Koloproktologii**

Termin: 30 sierpnia – 1 września 2012 r.

Miejsce: Poznań – Centrum Konferencyjne Politechniki Poznańskiej

Przewodniczący Komitetu Naukowego: Prof. dr hab. Piotr Krokowicz

Organizator: Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej UM w Poznaniu

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.agora-konferencje.pl](http://www.agora-konferencje.pl)

\*

## **XLV Zjazd Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi**

Termin: 5–8 września 2012 r.

Miejsce: Gdańsk – Centrum Konferencyjne Filharmonii Gdańskiej

Przewodniczący Komitetu Naukowego: Prof. dr hab. med. Czesław Stankiewicz



Organizator: Klinika Otolaryngologii GUMed, Polskie Towarzystwo Otolaryngologów, Chirurgów Głowy i Szyi

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.orlgdansk2012.pl](http://www.orlgdansk2012.pl)

\*

### **Pediatrya 2012: przyczyny – rozpoznanie – leczenie**

Termin: 7–8 września 2012 r.

Miejsce: Ciechocinek – Pałac Targon

Przewodnicząca Komitetu Naukowego: Prof. dr hab. med. Mieczysława Czerwionka-Szafarska

Organizator: Katedra i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii CM UMK w Bydgoszczy, Polskie Towarzystwo Pediatryczne

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.agora-konferencje.pl](http://www.agora-konferencje.pl)

\*

### **Neurologia Polska – w poszukiwaniu dróg dalszego rozwoju**

Termin: 13–14 października 2012 r.

Miejsce: Ciechocinek – Pałac Targon

Przewodnicząca Komitetu Naukowego: Prof. dr hab. med. Barbara Książkiewicz

Organizator: Katedra i Klinika Neurologii CM UMK w Bydgoszczy, Polskie Towarzystwo Neurologiczne

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.agora-konferencje.pl](http://www.agora-konferencje.pl)

\*

### **Endokrynologia i Diabetologia Dziecięca: współpraca endokrynologa, pediatry i lekarza rodzinnego**

Termin: 19–20 października 2012 r.

Miejsce: Poznań – Centrum Konferencyjne MTP

Przewodniczący Komitetu Naukowego: Prof. dr hab. med. Piotr Michna

Organizator: Klinika Diabetologii i Otyłości Wieku Rozwojowego UM w Poznaniu, Polskie Towarzystwo Endokrynologii Dziecięcej, Sekcja Diabetologii Pediatrycznej Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Oddział Wielkopolski Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.agora-konferencje.pl](http://www.agora-konferencje.pl)

### **XXII Konferencja Sekcji Strabologicznej Polskiego Towarzystwa Okulistycznego**

Termin: 18–20 października 2012 r.

Miejsce: Poznań – KINEPOLIS

Przewodnicząca Komitetu Naukowego: Dr hab. med. Anna Gotz-Więckowska – Przewodnicząca Sekcji Strabologicznej PTO

Organizator: Polskie Towarzystwo Okulistyczne

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.agora-konferencje.pl](http://www.agora-konferencje.pl)

\*

### **IX Profilaktyka w Medycynie**

Termin: 20 października 2012 r.

Miejsce: Katowice – Hotel Tubus

Przewodniczący Komitetu Naukowego: Prof. dr hab. Zbigniew Gąsior

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.agora-konferencje.pl](http://www.agora-konferencje.pl)

\*

### **III Nowe Trendy: Gastroenterologia w zasięgu ręki**

Termin: 26–27 października 2012 r.

Miejsce: Ciechocinek – Pałac Targon

Przewodniczący Komitetu Naukowego: Prof. dr hab. med. Wojciech Cichy

Organizator: I Katedra Pediatrii, Klinika Gastroenterologii Dziecięcej i Chorób Metabolicznych UM w Poznaniu

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.agora-konferencje.pl](http://www.agora-konferencje.pl)

\*

### **Nowe trendy w pediatrii – nurtujące aspekty chorób skóry u dzieci**

Termin: 23–24 listopada 2012 r.

Miejsce: Poznań

Patronat Naukowy: Polskie Towarzystwo Dermatologiczne, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Sekcja Dermatologii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego

Biuro organizacyjne: AGORA ul. Żurawia 10–12/31 Poznań tel/fax 61/842 74 65, e-mail: [biuro@agora-konferencje.pl](mailto:biuro@agora-konferencje.pl), strona: [www.agora-konferencje.pl](http://www.agora-konferencje.pl)

## **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](http://www.izbalekarska.opole.pl);

nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

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

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



## **Cukrzyca typu 1 problemem nie tylko pediatrycznym**

Serdecznie zapraszamy na konferencję skierowaną nie tylko do lekarzy diabetologów, ale także do kardiologów, nefrologów, okulistów, ginekologów i lekarzy rodzinnych oraz dietetyków.

„Cukrzyca typu 1 problemem nie tylko pediatrycznym” – to temat konferencji, która odbędzie się 25 lutego br. w Poznaniu. Kierownikiem Naukowym tego wydarzenia jest prof. dr hab. med. Bogna Wierusz-Wysocka. W programie: epidemiologia cukrzycy typu 1 osób dorosłych, odrębności kliniczne cukrzycy, insulino-terapia w cukrzycy, żywienie i aktywność fizyczna u osób dorosłych z cukrzycą, ostre powikłania cukrzycy, cukrzycowa choroba oczu, nerek, kardiomiopatia i niewydolność serca, ciąża u kobiety z cukrzycą oraz organizacja opieki diabetologicznej i edukacja osób dorosłych z typem 1 cukrzycy.

Termin: 25 lutego 2012 r.

Miejsce: Centrum Kongresowo-Dydaktyczne UMP, ul. Przybyszewskiego 37a, Poznań,

Kierownik naukowy: prof. dr hab. med. Bogna Wierusz-Wysocka

Organizatorzy: Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, wydawnictwo Termedia

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

\* \* \*



## **Opieka paliatywna w Polsce 2012**

Konferencja pod patronatem Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej odbędzie się 15-16 marca 2012 r. w Warszawie. Jej organizatorami są: wydawnictwo Termedia, redakcja czasopisma Medycyna Paliatywna oraz Pracownia Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Na konferencję w szczególności zapraszamy: osoby zarządzające placówkami medycyny paliatywnej, organizatorów służby zdrowia, pracowników prywatnego sektora opieki zdrowotnej, pracowników opieki paliatywnej oraz przedstawicieli MZ, NFZ, AOTM. W programie konferencji: leki i inne technologie w medycynie paliatywnej (aktualne wytyczne w leczeniu bólu nowotworowego, nowe leki w medycynie paliatywnej, procedury medyczne wymagające odrębnego finansowania, inne technologie medyczne w medycynie paliatywnej, definicja stanu nagłego w medycynie paliatywnej – czy w medycynie paliatywnej są wskazania do objęcia opieką w trybie sytuacji nagłej, dyskusja okrągłego stołu na temat możliwości leczniczych) oraz sytuacja i wyzwania organizacyjne opieki paliatywnej w Polsce (miejsce opieki paliatywnej w systemie opieki zdrowotnej, zarządzanie jednostką opieki paliatywnej – aspekty prawne, koszty i wycena świadczeń opieki paliatywnej,

problemy finansowania opieki paliatywnej, jakość w medycynie paliatywnej, certyfikat jakości Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, dyskusja okrągłego stołu na temat problemów organizacyjnych w medycynie paliatywnej). Kierownikiem naukowym konferencji jest dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Termin: 15–16 marca 2012 r.

Miejsce: Warszawa

Konferencja pod patronatem redakcji czasopism Medycyna Paliatywna i Menedżer Zdrowia oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej

Organizatorzy: wydawnictwo Termedia, Redakcja czasopisma Medycyna Paliatywna, Pracownia Medycyny Paliatywnej Katedra Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Kierownik naukowy: dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl.

\* \* \*



## **Pediatria update 2012**

W programie konferencji: szereg nowoczesnych, interaktywnych wykładów w formie sesji plenarnych z takich dziedzin, jak: diabetologia wieku dziecięcego, choroby tarczycy u dzieci, hematatoonkologia dziecięca, nefrologia, ze szczególnym naciskiem na zakażenia układu moczowego, gastroenterologia – nietolerancje pokarmowe, schematy żywienia, pulmonologia z elementami alergologii (astma oskrzelowa wczesnodziecięca); warsztaty pediatryczne: atopowe zapalenie skóry, ciekawa kazuistyka pediatryczna, neonatologia, spotkanie z wybitnymi ekspertami; kursy doskonalące: profilaktyka chorób zakaźnych wieku dziecięcego – szczepienia ochronne, pediatra na dyżurze szpitalnym, z uwzględnieniem udzielania pierwszej pomocy i resuscytacji noworodka; filmy szkoleniowo-instruktażowe: współczesne możliwości terapeutyczne w kardiochirurgii wrodzonych wad serca u dzieci z komentarzem wybitnego kardiochirurga dziecięcego, nowoczesne możliwości diagnostyki prenatalnej z zastosowaniem techniki obrazowania USG z komentarzem wybitnego specjalisty w zakresie USG płodu; interaktywna sesja plenarna z udziałem wszystkich wykładowców pt. „Pytania i odpowiedzi”. Ten rodzaj sesji umożliwia wymianę doświadczeń pomiędzy wykładowcami a uczestnikami konferencji i stanowi ważną i cenioną przez lekarzy formę doskonalenia zawodowego.

Termin: 13-14 kwietnia 2012 r.

Miejsce: Poznań

Kierownik Naukowy: prof. dr hab. Wojciech Służewski

Organizatorzy: Polskie Towarzystwo Pediatryczne, wydawnictwo Termedia

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

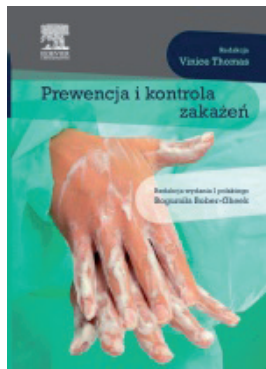
**Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.;** 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29; Zamówienia: [www.elsevier.pl](http://www.elsevier.pl); tel. 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86; e-mail: [zamowienia@elsevier.com](mailto:zamowienia@elsevier.com)



**Ultrasonografia jamy brzusznej**, J. Bates, wyd. II polskie, red. W. Jakubowski; ISBN: 978-83-7609-688-9, format: 195x250, opr. twarda, 352 strony, cena det.: 169.00 zł, twoja cena: 152.10 zł (338 ELS pkt.)

Ultrasonografia jamy brzusznej jest fundamentalną monografią dla wszystkich, którzy wykonują badania USG jamy brzusznej, którzy mają chęć się doskonalić w tych badaniach i którzy mają odczucie, że chcą być jeszcze lepsi w zakresie diagnostyki USG narządów położonych poniżej przepony jamy brzusznej. Monografia jest przeznaczona głównie dla lekarzy, którzy już samodzielnie wykonują zadania USG. Dla początkujących jest znakomitą źródłem wiedzy, z tym podręcznikiem warto zacząć naukę badań USG narządów jamy brzusznej. To jedna z najlepszych książek z tej dziedziny medycyny.

\*\*\*



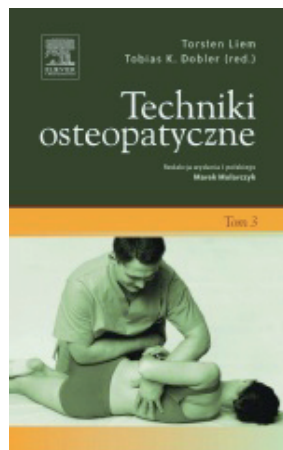
**Prewencja i kontrola zakażeń**, oprac. V. Thomas, wyd. I polskie, red. B. Bober-Gheek; ISBN: 978-83-7609-494-6, format: 150x210, opr. broszurowa, 272 strony, cena det.: 79.00 zł, twoja cena: 71.11 zł (158 ELS pkt.)

wa, 244 strony, cena det.: 89.00 zł, twoja cena: 80.09 zł (178 ELS pkt.)

Książka *Prewencja i kontrola zakażeń* to cenne źródło wiedzy dla personelu służby zdrowia, pomocne w ograniczeniu zakażeń związanych z wykonywaniem zawodów medycznych. Zawarte są w niej podstawowe informacje na temat czynników zakaźnych, ich klasyfikacji i sposobów transmisji. Dodatkowo prezentowane są zalecenia dotyczące postępowania w przypadku infekcji i ich leczenia, takie jak podział obowiązków pomiędzy członków personelu, higiena środowiska pracy, sterylizacja oraz użyteczne wskazówki dotyczące prewencji zakażeń.

W poszczególnych rozdziałach, aby wspomóc proces uczenia się, zawarto istotne wyniki badań i opisy przypadków, ćwiczenia praktyczne oraz pytania do dyskusji.

\*\*\*

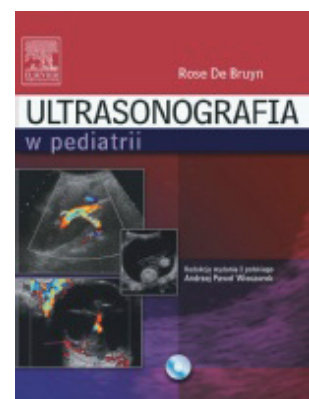


**Techniki osteopatyczne. Tom 3**, T. Liem, T.K. Dobler, wyd. I polskie, red. M. Mularczyk; ISBN: 978-83-7609-263-8, format: 135x210, opr. broszurowa, 272 strony, cena det.: 79.00 zł, twoja cena: 71.11 zł (158 ELS pkt.)

Publikacja może być przydatna zarówno dla doświadczonych praktykujących terapeutów, jak i studentów. Osteopatia jest metodą diagnozowania i leczenia oparta na zabiegach manualnych. W sferze diagnostyki polega na analizie ruchomości tkanek jako miary ich stanu funkcjonalnego. W procesie leczenia zaś usuwa przeszkody naturalnej ruchomości tkankowej, wykorzystując wyspecjalizowane techniki manualne i doprowadza do zdrowia.

Torsten Liem i Tobias Dobler zaprosili do współtworzenia tej książki grupę międzynarodowych specjalistów z dziedziny osteopatii. Powstała więc praca, która stała się swoistym rodzajem podręcznika, a zarazem przewodnika po podstawowych technikach osteopatycznych, m.in. z zakresu osteopatii strukturalnej, czaszkowo-krzyżowej oraz technik funkcjonalnych.

\*\*\*



**Ultrasonografia w pediatrii**, R. de Bruyn, wyd. I polskie, red. A.P. Wiczorek; ISBN: 978-83-7609-599-8, format: 185x250, opr. twarda, 432 strony, cena det.: 189.00 zł, twoja cena: 170.10 zł (378 ELS pkt.)

Książka została napisana w formie poradnika, w którym omówiono zagadnienia ultrasonografii pediatrycznej, począwszy od embriologii poszczególnych układów, poprzez ich anatomię prawidłową i ultrasonograficzną, aż do aspektów klinicznych diagnostyki i monitorowania leczenia poszczególnych jednostek chorobowych. Autorka Rose de Bruyn opisuje zastosowania nowoczesnej ultrasonografii w diagnostyce i monitorowaniu leczenia najczęstszych jednostek klinicznych spotykanych w pediatrii ze wskazaniem miejsca diagnostyki ultrasonograficznej w łańcuchu diagnostycznym.

Monografia jest bogato ilustrowana doskonałą jakością rycinami i obrazami ultrasonograficznymi opisywanych patologii przedstawiającymi w sposób przejrzysty omawiane zagadnienia.