



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Maj 2012

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 189

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

Kolejni laureaci „Prymariuszy Opolskich”



*Jolanta Smerkowska-Mokrzycka
i Jerzy Jakubiszyn*

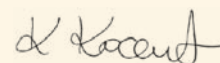
16. OGÓLNOPOLSKI ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA ORTODONTYCZNEGO POZNAŃ

27-30 września 2012

Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego
60-356 Poznań, ul. Przybyszewskiego 37

*Serdecznie zapraszam do wzięcia udziału w sesjach i kursach
dla lekarzy ortodontów organizowanych w Poznaniu*

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego
lek. dent. Kamila Kocent



Sponsor Główny Zjazdu

GRAND  ORTHO wyłączny dystrybutor:  opal
ORTODONTICS
ULTRADENT

27 września 2012 roku - kursy przedzjazdowe

**„Jak radzić sobie z leczeniem dysfunkcji stawów skroniowo-żuchwowych w świetle
najnowszych doniesień naukowych?”**

*Rola leczenia ortodontycznego i protetycznego w powstawaniu chronicznego bólu obszarów
ustno-twarzowych* - poprowadzi **prof. Jeffrey Okeson**

„Przypadki graniczne - Co można osiągnąć bez chirurgii” - poprowadzi **prof. Dietmar Segner**

„Wady klasy II - trudne przypadki, różne metody leczenia” - poprowadzi **dr Paolo Manzo**

28-29 września 2012 roku - sesje naukowe

30 września 2012 roku - kursy pozjazdowe

„Znaczenie periodontologii w ortodoncji” - poprowadzi **dr Elie Amm**

„Strategie postępowania klinicznego w końcowej fazie leczenia ortodontycznego.

Finishing w leczeniu ortodontycznym i interdyscyplinarnym” - poprowadzi **dr Davide Mirabella**

Tematy przewodnie sesji naukowych

Staw skroniowo-żuchwowy

Leczenie zespołowe ortodontyczno-periodontologiczne

Leczenie wad klasy II

Tematy wolne

Patroni medialni

DENTAL FORUM

FORUM ORTODONTYCZNE

Więcej informacji o jeździe, cenach, bazie hotelowej, imprezach towarzyskich
oraz formularz zgłoszeniowy znajduje się na:

www.16zjazdpto.pl

Biuro 16 Zjazdu PTO, ul. Łużycka 32 A, 61-614 Poznań
tel./fax 61 65 64 325, 509 404 675, 531 557 708
info@16zjazdpto.pl

Wielkopolskie Koło Regionalne
Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego
60-867 Poznań, ul. Norwida 10, tel. 605 830 216

Wokół szaleje wiosna, nieszczęsne kasztany zakwitły po raz kolejny, ale jak tak dokładnie rozglądać się dokoła, to skrzydła opadają! Poniżej znajdziecie komentarz Prezesa Jakubiszyna, który wcale nie zachęca do radosnych podskoków. Po raz kolejny władza manifestuje swoją arogancję i całkowity brak liczenia się z opiniami społecznymi – w tym także i dużych grup zawodowych. Stare powiedzenie: „Obyś żył w ciekawych czasach” zaczyna stawać się powoli naszym przekleństwem. Czasem marzę sobie, że tak bardzo chciałbym – choćby przez chwilę – pobyc w znacznie mniej ciekawych, a nawet nudnych czasach. Sam bym go sobie zagospodarował w sposób bardziej ciekawy, niż robią to za mnie „wybrańcy narodu”. No, ale cóż...

Wygląda na to, że planowany na najbliższe tygodnie protest środowiska lekarskiego (być może i aptekarskiego) utonie w rykach wuwuzeli i wrzaskach kiboli na ulicach miast, a władza uda, że nic się takiego nie stało. Obym się mylił, ale mając w pamięci słowa mego Kolegi Mariusza Janikowskiego wypowiedziane przez niego na naszym Zjeździe (*patrz dalej – JBL*), obawiam się, że nie uda się nam zachować solidarności środowiska. Po raz kolejny zadziałają sprzeczne interesy i interesiki poszczególnych grup lekarskich i cała para protestu pójdzie w gwizdek, a nie w koła. Jeśli będzie inaczej z radością wejdę pod stół i odszczekam to, co napisałem przed chwilą. Ano zobaczmy, jak będzie!

Pomimo tych dość ponurych stwierdzeń zapraszam Was do lektury kolejnego numeru naszego Biuletynu. Znajdziecie w nim sprawozdanie z obrad najważniejszego organu naszego Samorządu na Opolszczyźnie – XXX Okręgowego Zjazdu Lekarzy oraz jego dorobku. Przypominam, że w kwietniowym numerze zamieściłem wszystkie sprawozdania oraz preliminarz budżetowy Izby na ten rok. Ponadto zamieszczam aktualne sprawozdania z posiedzenia marcowej Rady Okręgowej i Komisji Stomatologicznej. Ponadto prezentuję skład Opolskiej Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, informacje Prezesa dla lekarzy praktykujących prywatnie oraz zawiadomienie o konferencji dotyczącej dokumentacji lekarskiej.

Ze spraw lżejszych należy wspomnieć, że inicjatywa dr Marka Kani obrodziła „rozkwitem” talentów muzycznych wśród naszych Koleżanek i Kolegów. O pierwszym koncercie muzykujących lekarzy pisałem przed miesiącem, a teraz z niecierpliwością oczekuję na kolejny ich występ (piszę te słowa w po-

łowie kwietnia na dwa dni przed koncertem lekarzy-muzyków w siedzibie Izby). Mało tego apetyty rosną, czego dowodem niech będą zamieszczone nieco dalej dwa ogłoszenia: o naborze kolejnych muzyków oraz inicjatywa powołania naszego izbowego chóru. Aleśmy się muzycznie rozdokazywali!!!

A teraz wypada mi wspomnieć o kolejnym tekście. Przed ok. 2 miesiącami otrzymałem list naszego Kolegi ze Śląska – Pana Doktora Stefana Kasperka, który przesłał na moje ręce materiał poświęcony polskim lekarzom pracującym na terenie Śląska na ziemiach zajętych po plebiscycie przez Niemców, a związanych ze Związkiem Polaków w Niemczech „Rodło”. Tekst przywracał naszej pamięci sylwetki naszych poprzedników na tych ziemiach i wydał mi się bardzo ciekawy. W rozmowie telefonicznej dr Kasperek zaproponował, aby nieco „dostosować” zawartość tego materiału do granic współczesnej Opolszczyzny i w ostatnich dniach nadesłał mi poprawiony tekst. Śpieszę więc z jego prezentacją.

W części „zamejskowej” znajdziecie natomiast ponownie materiał o Komisjach ds. Zdarzeń Medycznych omawiający dokładniej ich rolę i strukturę oraz informację o portalu dla lekarzy. W części medycznej komentarz poświęcony aktualnej sytuacji chorych z wirusem HIV, europejskie wytyczne walki z rakiem – w tym także o paleniu tytoniu, jako najsilniejszym zabójcy; a na zakończenie o ludzkich zegarach biologicznych.

Biuletyn zamykają – jak zwykle – ogłoszenia i nowości wydawnicze. Życząc przyjemnej i ciekawej lektury żegnam się z Wami do czerwca.

Jerzy B. LACH

PS. Poniżej jeszcze krótka informacja z ostatniej chwili.

Komisja ds Lekarzy Seniorów przy OIL w Opolu planuje kilkugodzinną wycieczkę do Mosznej, w dniu 26 maja br. (sobota). W planie: zwiedzanie Zamku i koncert muzyczny o godz.17⁰⁰. Bilety normalne – 20 zł, ulgowe 10 zł. Prosimy o pilne zgłaszanie uczestnictwa (najdalej do 10 maja) do Biura Izby, z podaniem telefonu kontaktowego.

Przewodniczący Komisji
Tadeusz CHOWANIEC

Koleżanki i Koledzy!

Pewne powiecie, że jestem nudny, bo w każdym *Słowie Prezesa* piszę o tym samym czyli o umowach na wystawianie refundowanych recept, ale bezczelność i tupet szefa NFZ nie pozwala na uwolnienie się od tego tematu.

Kilkakrotnie ostatnio wspominałem o tym, że tekst nowej umowy, która obowiązywać ma od 1 lipca br. będzie negocjowany przez wspólny zespół Centrali Funduszu i Naczelnej Rady Lekarskiej. Ciągłe obowiązuje bowiem porozumienie, podpisane wspólnie przez Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, Prezesa NFZ i Ministra Zdrowia w październiku ubiegłego roku, z którego to wynika. Zespół spotkał się dwukrotnie i poczynił pewne ustalenia.

I co?? Prezes Paszkiewicz, bez żadnego uzgodnienia z drugą stroną opublikował 11 kwietnia na stronie NFZ wzór nowej umowy, która nie tylko zawiera te kary, któ-

re zostały przez Parlament wykreślone z ustawy refundacyjnej, ale wprowadza dodatkowo nowe sankcje.

Koleżanki i Koledzy!

Narodowy Fundusz Zdrowia pod kierownictwem tego Prezesa na każdym kroku okazuje lekarzom swoją buzę. Pacjent, który jest ubezpieczony ma prawo do refundowanej recepty niezależnie od tego, czy przychodzi do przychodni, czy do prywatnej praktyki. Ale lekarz prywatnie praktykujący ma prawo się bronić przed szykanami, sankcjami, karami umownymi i zwrotem nienależnej refundacji czyli tym wszystkim czym straszy Prezes NFZ. **Apeluję więc do nas wszystkich, którzy możemy z tej współpracy zrezygnować – zrezygnujmy z niej gremialnie.** W najbliższym czasie dotrze do Was pismo z wzorem deklaracji przystąpienia do protestu i nie podpisania nowej umowy na wystawianie refundowanych recept. Tylko w jedności siła. Frazes? Chyba nie.

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

Sprawozdanie z XXX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej

W sobotni, słoneczny poranek 24 marca 2012 r. w sali konferencyjnej Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu rozpoczął się XXX Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolszczyzny.

Zjazd otworzył wiceprzewodniczący Opolskiej Izby Lekarskiej Stanisław Kowarzyk, który serdecznie przywitał gości Zjazdu oraz wszystkich przybyłych nań delegatów. Pośród zaproszonych gości znaleźli się:

- Senator RP Piotr Wach,
- poławie na Sejm RP – Ryszard Galla i Rajmund Miller (nasz kolega – lekarz),
- Wicemarszałek Województwa Opolskiego (także nasz kolega po fachu) – Roman Kolek,
- Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego – Stanisław Łągiewka,
- Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej – Andrzej Prygiel,
- Sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej – Mariusz Janikowski,

- członek Naczelnej Rady Lekarskiej i zarazem Prezydium Śląskiej Rady Lekarskiej – Janusz Heyda,
- Przewodniczący Zarządu Regionu Śląska Opolskiego OZZL – Tomasz Mazurek.
- Następnie kol. Kowarzyk odczytał listy, jakie napłynęły na ręce Prezesa do delegatów Zjazdu od:
- Dyrektora Oddziału Opolskiego NFZ w Opolu Piotra Nowaka,
- Posłanki na Sejm RP Janiny Okrągły,
- Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej kol. Macieja Hamankiewicza,
- Prezesa Dolnośląskiej Izby Lekarskiej kol. Igora Chęcińskiego,
- Prezesa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu Sabiny Wiatkowskiej.

Po tej wstępnej części nadszedł uroczysty moment. W obecności zaproszonych gości oraz Delegatów kol. Kowarzyk wręczył kolejne statuetki Honorowego Tytułu „Prymariusz Opolski”. Decyzją Okręgowej Rady Lekarskiej tegorocznymi laureatami tej nagrody zostali

kol. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka i kol. Jerzy Jakubiszyn. Kol. Kowarzyk krótko przedstawił charakterystyki obojga Laureatów i wręczył im wiązanki kwiatów, a sala gorącymi brawami nagrodziła wybór Rady. Laureaci z wyraźnym wzruszeniem dziękowali za to wyróżnienie podkreślając, że nagroda ta jest dla nich najważniejsza, bo jest dowodem uznania własnego środowiska dla ich osiągnięć i pracy na rzecz samorządu.

Po tej uroczystości przystąpiono do wyboru Przewodniczącego Zjazdu. Na tę funkcję Wiceprezes Kowarzyk zaproponował kol. Jerzego Lacha, którego kandydatura została zaakceptowana przez delegatów. Po przejęciu prowadzenia obrad kol. Lach zaproponował w imieniu Rady kandydatury pozostałych członków Prezydium: na sekretarzy – kol. kol. Annę Adamską oraz Pawła Mielczarka, a na protokolanta kol. Martę Rodziewicz-Kabarowską. Wszystkie propozycje zostały przyjęte przez Zjazd.

Po ukonstytuowaniu się Prezydium jego Przewodniczący przedstawił projekt porządku obrad Zjazdu i po stwierdzeniu braku uwag, co do jego treści, poddał go pod głosowanie delegatów. Zjazd przyjął zaproponowany porządek obrad.

Następnie delegaci przegłosowali składy dwóch komisji Zjazdowych. Do Komisji Mandatowej powołano kol. kol. Ewę Nocęń-Firlej, Zbigniewa Leszczyńskiego i Wojciecha Derkowskiego (przewodniczący), a do Komisji Uchwał i Wniosków – kol. kol. Wiesława Sienkiewicza (przewodniczący), Jarosława Mijasa i Marcina Mielczarka. Także i te kandydatury uzyskały aprobatę Zjazdu. Kol. Lach poprosił więc członków Komisji Mandatowej o sprawdzenie listy delegatów przybyłych na Zjazd i kontynuował obrady.

W kolejnej części obrad Przewodniczący udzielił głosu gościom Zjazdu. Jako pierwszy przed delegatami wystąpił Senator RP Piotr Wach, który pogratulował lekarzom wyróżnionym tytułem „Prymariusza Opolskiego” i podkreślił, jak ważną rolę w życiu społecznym odgrywa działalność samorządowa. Stwierdził ponadto, że obecna sytuacja w ochronie zdrowia jest trudna, ponieważ nakłady na nią są nazbyt małe. Niestety nie ma społecznej zgody na podniesienie składki zdrowotnej, jednak jego zdaniem istnieją jeszcze możliwości dokonania oszczędności wewnątrz samego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Następnym mówcą był poseł Ryszard Galla, który podzielił zdanie senatora co do szczupłości puli pieniędzy przeznaczonych na zdrowie i jednocześnie wyraził nadzieję, że ten niedobór nie przysporzy większych kłopotów pacjentom. Wyraził też pewne zdziwienie, że w naszym województwie „mimo wszystko” ochrona zdrowia i tak dobrze funkcjonuje. Dziękując za otrzymane stale informacje od Samorządu Lekarskiego, przydatne w działalności poselskiej, złożył życzenia owocnych, merytorycznych obrad. Jako członek Sejmowej Komisji Finansów Publicznych zadeklarował też, że bę-

dzie dbał o uczciwy podział środków – w tym także na ochronę zdrowia.

Drugi z posłów – Rajmund Miller – stwierdził, że przede wszystkim czuje się lekarzem, a dopiero potem posłem. Wyjaśnił, że w ustawie refundacyjnej chodzi głównie o uszczelnienie systemu sprzedaży leków. Jako członek sejmowej Komisji Zdrowia zapowiedział, że jej członkowie będą dążyć do nowelizacji ustawy refundacyjnej. Dodał także, że dojdzie do zmiany przepisów nakładających na jednostki ochrony zdrowia dodatkowe obowiązkowe ubezpieczenie (o których ostatnio jest tak głośno) i potwierdził, że stanie się ono nieobowiązkowe.

Marszałek Roman Kolek w swoim krótkim wystąpieniu zaznaczył, że strategię regionalną będą lepiej realizowane. Warunkiem jest dokonanie zmian w polityce finansowej, która obecnie preferuje świadczenia wykonywane poza regionem miejsca zamieszkania. Należy również dążyć do stabilizacji kontraktów. Ponadto wyraził nadzieję, że w związku z istniejącymi napięciami na linii Ministerstwo Zdrowia i NFZ, a Samorząd Lekarski powinna nastąpić poprawa tych relacji. Jednocześnie wyraził swoje zaniepokojenie zapowiedziami czynników rządowych zaostreżenia kursu w polityce zdrowotnej państwa. Stwierdził również, że istnieje paląca potrzeba znalezienia środków finansowych na kształcenie lekarzy w naszym województwie.

Prezes Rady Aptekarskiej Andrzej Prygiel mówił o swoim wielkim zadowoleniu z powodu stałego pogłębiania współpracy obu samorządów – aptekarskiego i lekarskiego, zwłaszcza w obliczu ostatnich poczynąń Ministerstwa Zdrowia i Prezesa NFZ. Jego głęboki niepokój nadal budzi sytuacja, wynikająca z wprowadzenia w życie pakietu ustaw zdrowotnych – zwłaszcza tzw. ustawy refundacyjnej. Samorządowi Aptekarskiemu, w przeciwieństwie do lekarzy, nie udało się niestety doprowadzić do wykreślenia z rozporządzenia zapisów o karach. Jednocześnie, wyraził nadzieję, że kary za złą refundację nakładane na lekarzy i aptekarzy nie będą stanowić formy zasilania budżetu państwa.

Kolejnym zabierającym głos był Sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej Mariusz Janikowski, który przekazał delegatom pozdrowienia i życzenia owocnych obrad od członków Naczelnej Rady i jej Prezesa kol. Macieja Hamankiewicza. W swoim wystąpieniu podkreślił, że obecnie wykonywanie zawodu lekarza wiąże się z coraz większym – rosnącym z roku na rok – ryzykiem prawnym. Organizowane są specjalne szkolenia dla lekarzy dotyczące wypisywania recept, by nie „podpaść”, uniknąć karania i nie trafić do aresztu. Tymczasem lekarz powinien leczyć, a nie martwić się, że z powodu drobnego błędu na recepcie może zostać surowo ukarany. Przedstawił także delegatom plany dotyczące dalszego przebiegu protestu środowiska lekarskiego, które miałyby polegać na niepodpisywaniu z NFZ umów na

wypisywanie recept na leki refundowane. Protest ten będzie – zgodnie z decyzjami Rady Naczelnej – koordynowany przez nią na terenie całego kraju. Stwierdził, że protest ten będzie sprawdzianem solidarności całej naszej grupy zawodowej – i albo odniesiemy spektakularny sukces, albo poniesiemy sromotną klęskę. Następnie komentując wypowiedzi opolskich parlamentarzystów, zwrócił ich uwagę na fakt, że po raz pierwszy protest środowiska spotyka się z tak szerokim zrozumieniem i poparciem społecznym, którego nie sposób nie zauważyć. Tymczasem klasa polityczna zdaje się ignorować narastające nastroje niezadowolenia z prowadzonej w ochronie zdrowia polityki. Na koniec zapelował do nich o podjęcie starań o zmianę złego prawa w ochronie zdrowia.

Wypowiedź kol. Janikowskiego sprowokowała naszych gości do krótkiej dyskusji. Jako pierwszy ponownie zabrał głos Senator Wach, który powiedział, że nowy pakiet ustaw zdrowotnych służyć ma przede wszystkim reorganizacji systemu ochrony zdrowia oraz jego finansowemu uszczelnieniu. Nie może bowiem być tak, że lekarze – dysponujący publicznymi pieniędzmi – nie podlegają żadnemu nadzorowi.

Z kolei Prezes Jakubiszyn stwierdził, że politycy zamiast wprowadzać restrykcyjne dla lekarzy i aptekarzy przepisy, które mają ich rzekomo zdyscyplinować, powinni jasno i odważnie powiedzieć całemu społeczeństwu prawdę, że państwa nie stać na sfinansowanie opieki zdrowotnej w tak szerokim zakresie, jak to ma miejsce do tej pory. I to zadanie należy akurat do polityków, bez względu na wynikające z tego dla nich konsekwencje polityczne.

Marszałek Kolek, który także dołączył się do tej dyskusji powiedział, że dopłacanie pacjentów do leków w Polsce jest największe w Europie. Trudno jest znaleźć rozwiązanie. Skonstatował również ze smutkiem, że obserwuje brak reakcji najwyższych gremiów politycznych na głośno wyrażane krytyczne opinie społeczne dotyczące zmian w ochronie zdrowia.

W dalszej części wystąpień gości głos zabrał Janusz Heyda – członek Rady Naczelnej oraz Prezydium Śląskiej Izby Lekarskiej, który odczytał list Prezesa swej izby kol. Jacka Kozakiewicza z życzeniami owocnych obrad.

I wreszcie na koniec tej części obrad zjazdowych przed delegatami wystąpił Przewodniczący Zarządu Regionu Śląska Opolskiego OZZL kol. Tomasz Mazurek. Pokrótkę przedstawił siedzącym na sali wyniki ostatniego posiedzenia Zarządu Krajowego Związku – w tym przyjęte tam stanowisko. W stanowisku tym wyrażono pełne poparcie wysiłków wszystkich organizacji i samorządów zawodów medycznych na rzecz nowelizacji części zapisów nowych aktów prawnych. Ponadto powrócił do sygnalizowanej przez kol. Janikowskiego sprawy planowanego protestu polegającego na niepodpisywaniu

przez lekarzy nowych umów z NFZ na wypisywanie recept na leki refundowane.

W trakcie tych wystąpień Komisja Mandatowa dokonała stosownych obliczeń i jej Przewodniczący Wojciech Derkowski przedstawił sprawozdanie Komisji. Wynikało z niego, że na ogólną liczbę delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolszczyzny w liczbie 147, na XXX Zjazd przybyło – 75 spośród nich, co stanowi 51,02% ogółu delegatów. Tak więc XXX Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolszczyzny jest władny podejmować decyzje.

Po oficjalnej części obrad rozpoczęła się część robocza Zjazdu. Przewodniczący przypomniał delegatom, że każdy z nich miał okazję wcześniej zapoznać się ze sprawozdaniami wszystkich organów Izby, znajdującymi się w materiałach zjazdowych. W związku z czym zaproponował, by nie odczytywać ich treści. Jednocześnie zwrócił się do autorów poszczególnych sprawozdań z pytaniem, czy mają jakieś dodatkowe informacje uzupełniające sprawozdania.

Jako pierwszy głos zabrał Prezes Jakubiszyn, który podkreślił, że wszystkie ostatnie działania Izby związane były przede wszystkim z protestem lekarzy. Innym problemem, na który zwrócił uwagę jest sprawa refundacji przez Ministerstwo Zdrowia kosztów za czynności administracyjne realizowane przez izbę. Prawie wszystkie izby okręgowe nie zgodziły się na kwoty zaproponowane przez Ministerstwo, ponieważ pokrywałyby one tylko niewielką część wydatków izbowych na ten cel (ok. 30%). Ponieważ jednocześnie brak było po stronie rządowej chęci do negocjacji wysokości tych kwot, 21 izb (w tym także i Opolska) zdecydowało się oddać sprawę do sądu. Na koniec kol. Jakubiszyn wspomniał również o inicjatywie powołania przy Opolskiej Izbie Lekarskiej lekarskiego zespołu muzycznego. Pomysł ten zaczął się już powoli realizować, ponieważ na początku marca w Opolskim Centrum Onkologii w Opolu odbył się koncert muzykujących lekarzy, który spotkał się z wielkim zainteresowaniem publiczności.

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego kol. Zbigniew Kuzyszyn z kolei podkreślił niepokojący wzrost liczby spraw trafiających do Sądu – w tym dotyczących pozwów lekarzy przeciwko lekarzom sprawującym funkcje administracyjne w ochronie zdrowia.

Przewodnicząca Komisji Etyki kol. Marta Rodziej-Kabarowska uzupełniła swoje sprawozdanie mówiąc o zmianach personalnych, do jakich doszło w ostatnim okresie w Komisji. Jednocześnie, nawiązując do informacji o muzykujących lekarzach, przedstawiła delegatom pomysł utworzenia izbowego chóru lekarskiego, zachęcając do zgłaszania swego uczestnictwa w nim.

W związku z tym, że nie było żadnych innych głosów, Przewodniczący Zjazdu zamknął dyskusję nad sprawozdaniami i oddał głos Przewodniczącemu Okręgowej Komisji Rewizyjnej – kol. Adamowi Martyniszynowi, który przedstawił sprawozdanie swojej Komisji.

W uzupełnieniu tego głosu Prezes Jakubiszyn przyznał, że przestał już mieć obiekcje odnośnie windykcji zaległych składek. Do osób zalegających z ich opłacaniem wysyłane są pisma ostrzegające o skierowaniu przez Izbę informacji do Urzędu Skarbowego. Na razie – poza 1 osobą – wszystkie ostrzeżone w ten sposób osoby spłaciły swój dług lub poprosiły o rozłożenie swoich zaległości na raty.

W związku z wnioskiem Komisji Rewizyjnej, kol. Lach przedstawił delegatom projekt uchwały zjazdowej dotyczącej udzielenia Okręgowej Radzie Lekarskiej absolutorium za miniony rok.

UCHWAŁA NR 1
XXX Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
z dnia 24 marca 2012 r.

w sprawie zatwierdzenia sprawozdania
Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu i udzielenia
jej absolutorium

Na podstawie art. 24 pkt. 3 i 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) oraz w związku z art. 52 i 53 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2009 r., nr 152, poz. 1223, z późn. zm.) uchwała się co następuje:

§ 1

Na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej zatwierdza się roczne sprawozdanie finansowe Opolskiej Izby Lekarskiej za rok 2011, które zamyka się sumą bilansową po stronie aktywów i pasywów w kwocie 2.329.128,70 zł.

§ 2

Nadwyżkę w kwocie 154.363,44 zł przeznacza się na podwyższenie funduszu zasadniczego.

§ 3

Po zapoznaniu się z całokształtem działalności Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu oraz po dokonaniu oceny wykonania budżetu Izby, działając na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej, XXX Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu udziela Okręgowej Radzie Lekarskiej absolutorium za okres między XXIX a XXX Zjazdem Lekarzy.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY
XXX OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Jerzy B.LACH

SEKRETARZ
XXX OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Paweł MIELCZAREK

Zjazd jednogłośnie przyjął powyższą uchwałę.

Następnie Zjazd przystąpił do obrad nad finansami Izby. Ponieważ preliminarz budżetowy Opolskiej Izby Lekarskiej został przedstawiony delegatom w materiałach zjazdowych, Skarbnik izbowy – kol. Zbigniew Kowalik ograniczył się jedynie do krótkiego skomentowania jego ogólnego kształtu i wprowadzenia autopoprawki polegającej na zwiększeniu kwoty przeznaczonej na Fundusz Samopomocy o dodatkowe 30.000 zł. Tak więc ostatecznie na ten cel zaplanowano kwotę 80.000 zł, a nie 50.000 – jak zakładano pierwotnie.

Przy tej okazji kol. Lach zaapelował do delegatów, aby zgłaszali do Izby Lekarskiej informacje o lekarzach, zwłaszcza seniorach, znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej. W budżecie izby są środki przeznaczone na pomoc potrzebującym lekarzom. Najtrudniej jest rozpoznać sytuację w tej sprawie w delegaturach

Ponieważ żaden z delegatów nie zgłosił zastrzeżeń ani też innych propozycji do projektu, kol. Lach przedstawił projekt kolejnej uchwały zjazdowej.

UCHWAŁA NR 2
XXX Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
z dnia 24 marca 2012 r.

w sprawie uchwalenia budżetu Opolskiej Izby
Lekarskiej na 2012 r.

Na podstawie art. 24 pkt 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwała się co następuje:

§ 1

Po zapoznaniu się z preliminarzem budżetowym na rok 2012, przedstawionym przez Okręgową Radę Lekarską, XXX Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu uchwała budżet Opolskiej Izby Lekarskiej na rok 2012 zgodnie z przedstawionym preliminarzem.

§ 2

Preliminarz budżetowy, o którym mowa w § 1 niniejszej uchwały, stanowi jej załącznik.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2012.

PRZEWODNICZĄCY
XXX OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Jerzy B.LACH

SEKRETARZ
XXX OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Paweł MIELCZAREK

Także i ta uchwała została przyjęta jednogłośnie.

Przechodząc do kolejnej części Zjazdu jego Przewodniczący przekazał głos Przewodniczącemu Komisji Uchwał i Wniosków. Kol. Sienkiewicz przedstawił kolejne następujące projekty dokumentów zjazdowych, jakie wpłynęły do Komisji podczas obrad XXX Zjazdu.

UCHWAŁA NR 3
XXX Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
z dnia 24 marca 2012 r.

w sprawie rekomendacji dla świadczeniodawców

Na podstawie art. 24 pkt 1 w związku z art. 5 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) oraz uchwały nr 1/12/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z 10 lutego 2012 r., biorąc pod uwagę fakt, że zapisy o karach umownych za błędy przy wypisywaniu recept, zawarte w umowach na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanych dalej „umowami”, zostały wprowadzone do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 81, poz. 484), zwanego dalej „rozporządzeniem”, z przekroczeniem upoważnienia ustawowego, a więc w sposób niekonstytucyjny, uchwała się co następuje:

§ 1

Rekomenduje się wszystkim świadczeniodawcom Województwa Opolskiego skorzystanie z § 43 ust. 1 załącznika do rozporządzenia i wystąpienie do Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z pisemnym wnioskiem o zmianę zapisów umowy i wykreślenie z niej zapisów, dotyczących kar umownych za błędy przy wypisywaniu recept.

Rekomenduje się, aby wnioski, o których mowa w ust.1, składane były jednocześnie, w sposób skoordynowany z podobnymi działaniami, podejmowanymi w całym kraju, w terminie ustalonym wspólnie przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Porozumienie Organizacji Lekarskich czyli w dniu 26 kwietnia br.

§ 2

Ustala się wzór wniosku, o którym mowa w § 1 ust.1, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY

XXX OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU

Jerzy B.LACH

SEKRETARZ

XXX OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU

Paweł MIELCZAREK

* * *

Załącznik do uchwały nr 3

XXX Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu

WNIOSEK O ZMIANĘ WARUNKÓW UMOWY

Działając na podstawie § 43 ust.1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 81, poz. 484), składam wniosek o zmianę zapisów umowy nr z dnia zawartej z OOW NFZ.

Wnioskowana przeze mnie zmiana polega na wykreśleniu przepisów, dotyczących kar umownych, nakładanych na świadczeniodawcę za błędy przy wypisywaniu recept.

Uzasadnieniem dla wniosku jest fakt, że przepisy te zostały ujęte w umowie na podstawie §§ 29–31 w/w załącznika do rozporządzenia, a treść tych paragrafów została wprowadzona do załącznika z przekroczeniem upoważnienia ustawowego, a więc w sposób niezgodny z prawem.

W/w rozporządzenie jest wykonaniem upoważnienia ustawowego, zawartego w art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.). Artykuł ten brzmi:

Art. 136. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności:

- 1. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;*
- 2. warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;*
- 2a. sposób realizacji instrumentów dzielenia ryzyka, o których mowa w art. 11 ust. 5 ustawy o refundacji, dotyczących danego leku albo środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego – w przypadku umowy o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15 i 16;*
- 3. wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach;*
- 4. zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami;*
- 5. kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy;*
- 6. zasady rozpatrywania kwestii spornych;*
- 7. postanowienie o rozwiązaniu umowy, które może nastąpić za uprzednim nie krótszym niż 3 miesiące okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej;*
- 8. postanowienie o karze umownej w przypadku niezastosowania terminu i trybu, określonych w pkt. 7.*

Jak więc widać, nie ma tu umowy o żadnych innych karach umownych, w tym o karach związanych z wypisywaniem recept. Skoro więc przepis o karach został wydany w sposób niezgodny z prawem, niezgodne z prawem są też same kary.

Jednocześnie oczekuję, że zgodnie z § 43 ust. 2 załącznika do w/w rozporządzenia, OOW NFZ podejmie nie później niż w terminie 30 dni od dnia złożenia niniejszego wniosku negocjacje, dotyczące ustalenia nowych warunków umowy w uchylonym zakresie, w oparciu o właściwe podstawy prawne.

Oświadczam, że upoważniam Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu do reprezentowania mnie w tych negocjacjach.

Opole, dn.

Podpis

O projekcie takiej uchwały mówił już wcześniej Sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej kol. Janikowski oraz Przewodniczący Zarządu Regionu Śląska Opolskiego OZZL kol. Mazurek. Delegaci jednogłośnie przyjęli uchwałę wraz z załącznikiem w zaproponowanym kształcie.

Projekt kolejnego dokumentu odnosił się bezpośrednio do poprzedniej uchwały.

UCHWAŁA NR 4

XXX Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 24 marca 2012 r.

w sprawie wsparcia działań zmierzających do uzdrowienia systemu refundacji leków

Na podstawie art. 24 pkt 1 w związku z art. 5 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708), biorąc pod uwagę apel Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 marca 2012 r., uchwała się co następuje:

§ 1

Zaleca się Okręgowej Radzie Lekarskiej w Opolu zorganizowanie spotkań z lekarzami i lekarzami dentydami, członkami Opolskiej Izby Lekarskiej, w celu jak najszybszego dotarcia z informacjami o zagrożeniach, wynikających z nowych zasad ordynacji leków oraz planowanych działaniach samorządu lekarskiego, zmierzających do zmian w tym zakresie.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY

*XXX OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Jerzy B.LACH*

SEKRETARZ

*XXX OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Paweł MIELCZAREK*

Także i tę uchwałę przyjęto jednogłośnie.

Następnie kol. Sienkiewicz przedstawił projekt stanowiska Zjazdu.

STANOWISKO NR 1

XXX Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 24 marca 2012 r.

w sprawie nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie postępowań konkursowych na stanowiska kierownicze

XXX Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu wyraża zdecydowaną dezaprobatę wobec regulacji prawnych, zawartych w nowym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym nie będącym przedsiębiorcą (Dz. U. poz.182).

Wyeliminowanie przedstawicieli samorządów zawodów medycznych oraz organizacji związkowych ze składu komisji, wybierającej kierownika podmiotu jest jednoznacznym przejawem upolitycznienia tego stanowiska.

Jeszcze bardziej bulwersujące jest wycofanie ze składu komisji, wybierającej ordynatora, zarówno konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie, jak i przedstawiciela towarzystwa naukowego, przy jednoczesnym zwiększeniu liczby osób, desygnowanych przez kierownika podmiotu. Oznacza to zdecydowanie ograniczenie możliwości merytorycznej oceny kandydata.

Tryb wprowadzenia tych zmian w przepisach, to jest bez konsultacji i w ostatniej chwili przed ogłoszeniem treści rozporządzenia, uczestnicy XXX Okręgowego Zjazdu Lekarzy odbierają jako kolejny przejaw politycznej nonszalancji Ministra Zdrowia oraz całkowitego braku poszanowania dla środowisk opiniotwórczych, w tym także samorządu lekarskiego.

XXX Okręgowy Zjazd Lekarzy oczekuje od Ministra Zdrowia przywrócenia dotychczasowych zasad przeprowadzania konkursu na stanowisko ordynatora, a przede wszystkim możliwości merytorycznej oceny doświadczenia zawodowego i fachowego przygotowania kandydata do pełnienia tej funkcji.

PRZEWODNICZĄCY

*XXX OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Jerzy B.LACH*

SEKRETARZ

*XXX OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Paweł MIELCZAREK*

W dyskusji nad tym dokumentem głos zabrał kol. Redelbach, który zgłosił swoje zastrzeżenia, co do nadmiernego – jego zdaniem – użycia określenia „upolitycznione”. Kol. Jakubiszyn w odpowiedzi na te wątpliwości stwierdził, że w wyniku wyborów władza w samorządach lokalnych może trafiać w ręce różnych ugrupowań politycznych. Jeśli ponadto z procesu konkursowego wyłaniania kierowników w podmiocie leczniczym (czyli mówiąc „po staremu” – dyrektorów szpitali) wyeliminowano przedstawicieli samorządów zawodów medycznych, to może to nieść za sobą próby arbitralnego podejmowania decyzji sprzyjających powoływaniu na te stanowiska „swoich ludzi” z tzw. nadania partyjnego. Po tych komentarzach, wobec braku innych Zjazd jednogłośnie zaakceptował dokument w niezmienionej treści.

Kolejnym projektem przedstawionym Zjazdowi był apel powracający do sprawy wypisywania recept na leki refundowane, a raczej planowanego na połowę tego roku protestu Samorządu Lekarskiego, o którym także mówił wcześniej kol. Janikowski.

Prezes Jakubiszyn zgłosił autopoprawkę do przedstawionego wcześniej projektu, polegającą na dopisaniu ostatniego akapitu w dokumencie, który znajduje się poniżej.

APEL NR 1
XXX Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
z dnia 24 marca 2012 r.

do lekarzy i lekarzy dentyistów, członków
Opolskiej Izby Lekarskiej

XXX Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu apeluje do wszystkich członków Opolskiej Izby Lekarskiej o niepodpisywanie nowych umów, upoważniających do wystawiania refundowanych recept do czasu zaakceptowania przez Naczelną Radę Lekarską wzoru takiej umowy.

XXX Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu przypomina, że wszystkie dotychczasowe umowy obowiązują do 30 czerwca 2012 r., niezależnie od tego kiedy były podpisane.

XXX Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu apeluje do członków Opolskiej Izby Lekarskiej o złożenie pisemnej deklaracji przystąpienia do protestu, polegającego na niepodpisaniu nie zaakceptowanej przez Naczelną Radę Lekarską umowy.

PRZEWODNICZĄCY
XXX OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Jerzy B.LACH

SEKRETARZ
XXX OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Paweł MIELCZAREK

Delegaci nie zgłosili żadnych innych uwag i przyjęli ten apel jednogłośnie.

Kolejny projekt stanowił apel do Narodowego Funduszu Zdrowia o zapłatę nadwykonań za rok ubiegły.

APEL NR 2
XXX Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
z dnia 24 marca 2012 r.

do Narodowego Funduszu Zdrowia

XXX Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu apeluje do Narodowego Funduszu Zdrowia o wypłacenie świadczeniodawcom należności za wykonane w 2011 roku świadczenia medyczne ponad limit, wynikający z umów kontraktowych.

Wykonanie świadczeń ponad limitowych było w większości przypadków konsekwencją działań medycznych ratujących życie.

PRZEWODNICZĄCY
XXX OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Jerzy B.LACH

SEKRETARZ
XXX OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Paweł MIELCZAREK

Także i ten apel przyjęto jednogłośnie.

Projekt ostatniego apelu odniósł się do sprawy ciągnących się od szeregu lat problemów ze zwrotem przez Ministerstwo Zdrowia kosztów za czynności wykonywane

przez izby lekarskie w imieniu administracji państwowej. O problemie tym wspominał na początku Zjazdu, w komentarzu do sprawozdania Okręgowej Rady Lekarskiej, kol. Jakubiszyn.

APEL NR 3
XXX Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
z dnia 24 marca 2012 r.
do Ministra Zdrowia

XXX Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu apeluje do Ministra Zdrowia o respektowanie zapisów własnego rozporządzenia z 18 maja 2010 r. w sprawie przekazywania izbom lekarskim środków finansowych na pokrycie kosztów czynności wykonywanych przez izby lekarskie (Dz. U. nr 94, poz. 611) i podjęcie rzeczywistych negocjacji w sprawie ustalenia kwoty refundacji.

Przekazywanie corocznie kwoty, która zaledwie w ok. 40% pokrywa rzeczywiste wydatki Opolskiej Izby Lekarskiej, ponoszone na realizację zadań zleconych, oznacza lekceważenie samorządu lekarskiego.

PRZEWODNICZĄCY
XXX OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Jerzy B.LACH

SEKRETARZ
XXX OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Paweł MIELCZAREK

Ten apel również znalazł pełne zrozumienie wśród delegatów i został przyjęty jednogłośnie.

Kol. Sienkiewicz na zakończenie przedstawił jeszcze projekt jednego dokumentu swego autorstwa, w którym apelował o likwidację obowiązku podpisywania jakichkolwiek umów o wypisywanie recept. Prezes Jakubiszyn w dyskusji nad tym projektem stwierdził, że z ustawy o zawodzie lekarza wynika fakt, że jedną z form wykonywania zawodu lekarza jest wypisywanie recept. Natomiast to, czy lekarz zechce podpisać umowę z NFZ na wypisywanie recept na leki refundowane jest jego wolnym wyborem. Brak bowiem takiej umowy nie powoduje, że nie może wypisać recepty, lecz, że będzie to recepta na leki ze 100% odpłatnością. Wobec tych tłumaczeń kol. Sienkiewicz wycofał projekt swojego dokumentu.

W związku z brakiem innych projektów dokumentów zjazdowych, Przewodniczący zakończył ten punkt obrad Zjazdu.

W ostatniej części poświęconej wolnym wnioskom głos zabrał Przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów kol. Tadeusz Chowaniec, który mówiąc o potrzebie zorganizowania specjalnych kursów obsługi komputera dla lekarzy-seniorów, zaapelował jednocześnie do delegatów Zjazdu o rozpoznanie potrzeb w tej materii na terenie poszczególnych Delegatur.

Wobec wyczerpania porządku obrad Przewodniczący Zjazdu zamknął jego obrady, żegnając się do następnego roku.

Jerzy B. LACH



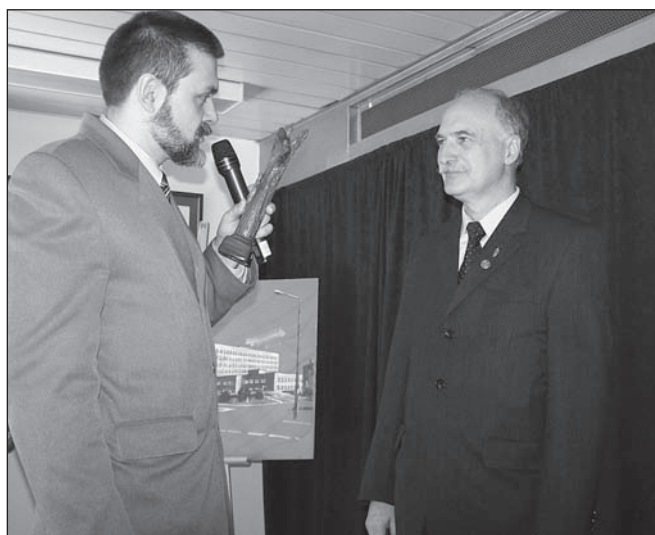
Zaproszeni goście – od lewej: poseł Ryszard Galla, senator Piotr Wach, wicemarszałek Roman Kolek i poseł Rajmund Miller



*Wręczenie statuetki „Prymariusza Opolskiego”
kol. Jolancie Smerkowskiej-Mokrzyckiej przez Wiceprezesa OIL kol. Stanisława Kowarzyka.*



*Żywiłowe wystąpienie Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej
kol. Mariusza Janikowskiego*



*Drugi z „Prymariuszy Opolskich” –
Prezes OIL Jerzy Jakubiszyn*



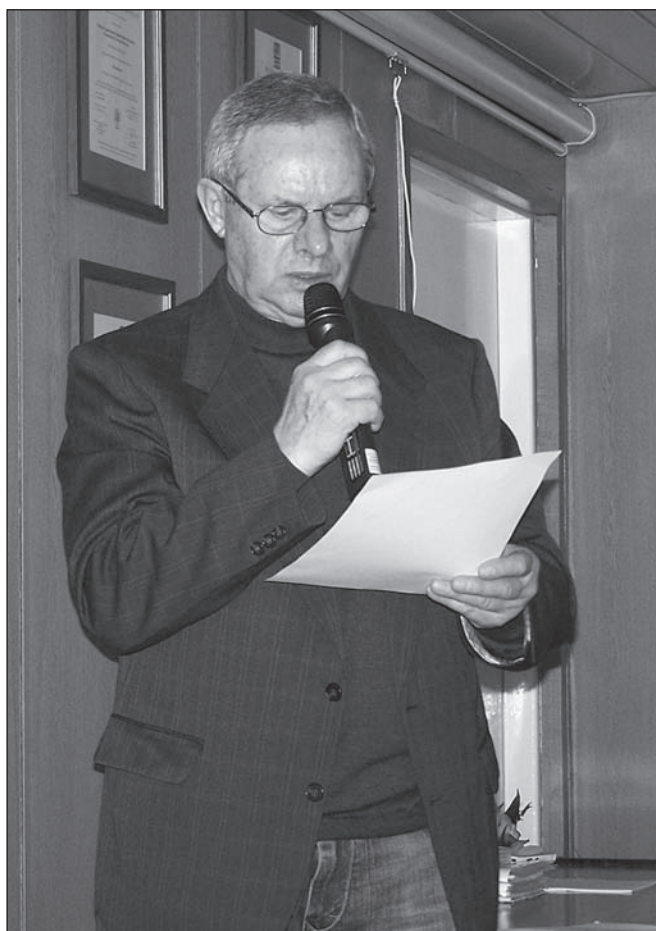
Prezydium Zjazdu w całej okazałości



Skarbnik izbowy kol. Zbigniew Kowalik przedstawia delegatom preliminarz budżetowy izby na bieżący rok



Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego kol. Zbigniew Kuzyszyn komentuje swoje sprawozdanie



Prezentacja projektów dokumentów Zjazdu przez Przewodniczącego Komisji Uchwał i Wniosków kol. Sienkiewicza



Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej kol. Adam Martyniszyn składa wniosek o udzielenie absolutorium



Delegaci na Zjazd



*Wystąpienie Przewodniczącego
Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Ren-
cistów kol. Tadeusza Chowańca.*



*Dyskusje
na Sali obrad...*



... i w kuluarach Zjazdu

Sprawozdanie z posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej w dniu 21 marca 2012 r.

Program zebrania:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
3. Rejestracja indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
6. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
7. Przygotowanie dokumentów na Okręgowy Zjazd Lekarzy.
8. Sprawozdanie ze spotkania Konwentu Prezesów okręgowych rad lekarskich z Wicemarszałkiem Senatu RP Stanisławem Karczewskim (16.03.)
9. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
10. Sprawy różne i wolne wnioski.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej, dr med. Jerzy Jakubiszyn powitał zebranych i przystąpił do realizacji programu posiedzenia.

Ad 1.

W zastępstwie nieobecnego kol. Lacha, Prezes przedstawił wnioski:

- o wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza po ukończonym stażu podyplomowym dla Justyny Czech,
- o wpis do rejestru OIL lekarzy, przenoszących się z innych izb – Michała Bączkowskiego (OIL Warszawa) i Pawła Chrzastka (OIL Częstochowa).

Wnioski zostały przez Radę przyjęte przy 1 głosie wstrzymującym.

Ad 2.

Prezes Jakubiszyn przedstawił wnioski o rejestrację szkoleń podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy:

- firma MIP „Pharma” z Gdańska (uchwała Prezydium NRL) zamierza przeprowadzić cykl szkoleń dla lekarzy dentystów na terenie miasta Opoła. Szkolenia o różnej tematyce będą się odbywały w każdym kolejnym miesiącu tego roku do maja 2012 r. łącznie (po 3 punkty edukacyjne),
- firma „Medius” Artykuły Medyczne i Stomatologiczne (zarejestrowana w OIL), organizuje w dniu 14 kwietnia 2012 r. szkolenie dla lekarzy dentyków z zakresu pierwszej pomocy (5 punktów edukacyjnych),

- firma „Marku” (zarejestrowana w Częstochowie), organizuje w dniu 31 marca 2012 r. szkolenie dla lekarzy dentystów (5 punktów edukacyjnych),
- firma „Amader” (zarejestrowana w OIL), organizuje w dniu 24 marca 2012 r. szkolenie dla lekarzy dentystów (4 punkty edukacyjne).

Rada przy 2 głosach wstrzymujących przyznała wnioskowane ilości punktów edukacyjnych za poszczególne szkolenia.

Ad 3.

Jednogłośnie podjęto uchwały o wykreśleniu jednej z lokalizacji specjalistycznej praktyki lekarskiej (Miroslaw Kamiński) i specjalistycznej praktyki dentystycznej (Jolanta Smertycha-Chimowicz).

Ad 4.

Do Funduszu Samopomocy wpłynęły 4 podania o zapomogi i zostały przyznane przy 1 głosie wstrzymującym się.

Ponadto Prezes przedstawił podanie Witolda Pędicha o dofinansowanie udziału w Mistrzostwach Polski Lekarzy w Siatkówce. Kol. Pędich dodał, że jego syn zdobył złoty medal i został uznany za najlepszego zawodnika turnieju. Uchwałę przyjęto przy 1 głosie wstrzymującym.

Ad 5.

Prezes przedstawił zmiany, jakie wprowadził Minister do rozporządzenia o konkursach na stanowiska kierownicze. Nie zmieniony został skład komisji, wybierającej zastępcę dyrektora. Ze składu komisji „ordynatorskiej” wykreślono ordynatora jednoimiennego oddziału, konsultanta wojewódzkiego oraz przedstawiciela towarzystwa naukowego, wprowadzono natomiast do komisji od 3 do 6 przedstawicieli dyrektora. W składzie komisji, wybierającej dyrektora są natomiast sami przedstawiciele organu założycielskiego oraz Rady Społecznej. Rada krytycznie oceniła nowe rozporządzenie i zaproponowała przyjęcie stanowiska przez Okręgowy Zjazd Lekarzy, który odbędzie się 24 marca 2012 r.

Rada, przy 1 głosie wstrzymującym, wyznaczyła (już według nowych zasad) swoich przedstawicieli do komisji konkursowej na stanowisko ordynatora Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Szpitala MSWiA. Na Przewodniczącego został wybrany kol. Zbigniew Kowalik, a na członków – kol. Ireneusz Łotecki i Marek Bek.

Ad 6.

Do ORL wpłynęły 3 podania o zmniejszenie składki członkowskiej z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego. W przypadku 1 osoby Rada odrzuciła rozpatrywanie wniosku ze względu na brak pełnego wieku emerytalnego. W stosunku do pozostałych osób, przy 1 głosie wstrzymującym, podjęto stosowne uchwały.

Ad 7.

Omówiono stan przygotowań do najbliższego XXX Okręgowego Zjazdu Lekarzy, w tym projekty uchwał, apeli i stanowisk oraz założenia do budżetu na rok 2012. Zgłoszono kandydatury członków OIL, lekarzy i lekarzy dentystów, do Prezydium Zjazdu. Ponadto Prezes Jakubiszyn poinformował, że przedstawicielem Naczelnej Rady Lekarskiej na Zjeździe będzie dr Mariusz Janikowski – Sekretarz NRL.

Kol. Mielczarek zaproponował, aby Zjazd przyjął apel do NFZ o zapłatę zaległych nadwykonań. W dyskusji pojawiały się głosy, że większość świadczeniodawców wystąpiła już na drogę sądową w tej kwestii, ale większość członków Rady poparła wniosek.

Ad 8.

Prezes przedstawił sprawozdanie ze spotkania Konwentu Prezesów okręgowych rad lekarskich z Wicemarszałkiem Senatu RP S. Karczewskim z PIS, które odbyło się 16 marca. Generalny wniosek ze spotkania jest następujący – opozycja popiera wszystkie postulaty Samorządu Lekarskiego. Zapowiedziane zostało spotkanie Konwentu z senacką Komisją Zdrowia.

Ad 9.

Kol. Redelbach, Dyrektor OCO, zrelacjonował koncert, jaki odbył się dla pacjentów OCO i członków OIL w Opolu, którego inicjatorem był dr Marek Kania. Głównym wykonawcą był zespół KardioBand, towarzyszyli im muzycy-lekarze członkowie OIL. Koncert cieszył się

dużym zainteresowaniem. Poszukiwani są w dalszym ciągu medycy-muzycy, zwłaszcza grający na instrumentach perkusyjnych.

Ponadto zdano sprawozdania ze spotkania z kombatantami (kol. Redelbach), wspólnego posiedzenia naukowo-szkoleniowego Komisji Stomatologicznej OIL w Opolu i Opolskiego Oddziału PTS (kol. Latała) oraz spotkania Rzeczników Praw Lekarzy (kol. Mazur).

Ad 10.

Kol. Wojtyłko poinformował o mającym się odbyć w dniu 1 czerwca br. szkoleniu dla pediatrów w Opolu na temat: „Wyzwania pediatrii XXI wieku”.

Prezes przekazał informację Wydziału Polityki Społecznej o wynikach kontroli jednostki uprawnionej do prowadzenia staży podyplomowych lekarzy dentystów na terenie Opolszczyzny (kontrola zakończyła się bez zaleceń pokontrolnych).

Na stronie internetowej naszej Izby znajdują się informacje, dotyczące najnowszego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich („stare” druki recept tracą ważność z dniem 31 grudnia 2012 r.), ponadto najważniejsze informacje na ten temat ukażą się w najnowszym Biuletynie Informacyjnym Opolskiej Izby Lekarskiej.

Na tym posiedzenie zakończono.

Prezes ORL

Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

Z-ca Sekretarza ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Kolejne spotkanie Komisji Stomatologicznej

Dnia 29.03.2012 odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Zebranych powitał, w zastępstwie dr Hamryszak, dr Robert Rypniewski.

Dr Rypniewski przytoczył treść listu, który dr Anna Lella, w imieniu NRL, przesała do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. W treści listu Pani Dr przypomina spotkanie przedstawicieli NRL z reprezentantami Departamentu Gospodarki Lekowej MZ, Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Izby Gospodarczej Techników Dentystycznych oraz Krajowego Stowarzyszenia Techników Dentystycznych, które odbyło się w kwietniu 2011 r. W trakcie powyższego spotkania, przedstawiciele Urzędu przekazali zebrany dokument, z którego wynikało, iż definicja wyrobu medycznego wykonywanego na zamówienie „nie obejmuje wyrobów, które wykonuje sam lekarz dentysta podczas wizyty pacjenta w gabinecie lub pod kontrolą i na odpowiedzialność lekarza wykonuje dla tego pacjenta technik dentystyczny zatrudniony w tym gabinecie”. Dr Lella wskazuje, iż takie sformułowanie wywołuje wie-

le wątpliwości interpretacyjnych. W związku z powyższym, dr Lella prosi o jednoznaczną interpretację tego zapisu z wyjaśnieniem, jakie ma to praktyczne skutki dla pracowni protetycznych w zakresie obowiązku dokonywania zgłoszeń oraz sporządzania i załączania do wyrobu oświadczenia odnoszącego się do wymogów zasadniczych.

Departament Polityki Lekowej i Farmacji MZ, zauważa, iż większość ze zgłoszonych postulatów na spotkaniu w kwietniu 2011 jest zasadnych, natomiast zmiana tych przepisów wymaga zmiany samej Ustawy, co wydłuża proces legislacyjny. W tej kwestii zostały już podjęte prace przygotowawcze do jej nowelizacji, które obejmują również postulaty zgłaszane przez środowisko techników dentystycznych. Departament nie podziela obaw co do niejednoznaczności przepisów przytaczanych przez dr Lellę, wskazując, iż przepis § 5 ust. 3 rozporządzenia „W sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych” odnosi się przede wszystkim do sytuacji nietypowych, a nie rutynowych procesów wytwórczych, zaś wyłączenie obowiązku wykonywania oceny klinicznej przez techników dentystycz-

nych byłoby niezgodne z przepisami dyrektywy unijnej 93/42/EWG.

W dalszej części zebrania dr Rypniewski poinformował, iż dr J. Mokrzycka, za swoje zasługi dla Samorządu Lekarskiego, została uhonorowana „Prymariuszem Opolskim”. Zebrani przyjęli informację gorącymi brawami.

Dr M. Kabarowska zgłosiła propozycję utworzenia chóru lekarskiego. Propozycja spotkała się z dużym zainteresowaniem zebranych. Informacje na ten temat zo-

staną opublikowane na łamach Biuletynu. Pierwsze próby planowane są na wrzesień 2012.

Na koniec zebrania dr Rypniewski zachęcił do przeglądania „Newsletter NIL” i złożył zebrany życzenia z okazji zbliżających się Świąt.

*Wiceprzewodniczący Komisji
lek. dent. Robert Rypniewski*

*Sekretarz Komisji
lek. dent. Jerzy Drzyzga*

Uwaga lekarze prywatnie praktykujący!

Jak już wspominałem w jednym z ubiegłorocznych Biuletynów, z końcem czerwca powinny zostać zaktualizowane rejestry praktyk lekarskich, uwzględniając zmiany wprowadzone ustawą o działalności leczniczej.

Najistotniejszą i najpilniejszą sprawą jest przerejestrowanie tych praktyk na wezwanie, które były rejestrowane dla zawarcia kontraktu na różne świadczenia. Praktyki takie, zgodnie z nowymi regulacjami, noszą teraz nazwę praktyk w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

W najbliższym czasie do wszystkich z Was, którzy mają zarejestrowane praktyki na wezwanie, wysłane zostanie pismo, w którym zawarty będzie nowy wzór wniosku o rejestrację wraz z krótką instrukcją, które rubryki należy wypełnić jeżeli jest to praktyka „kontraktowa”, a które, jeżeli jest to rzeczywiście praktyka na wezwanie. Wypełniony wniosek trzeba będzie jak najszybciej dostarczyć do biura Izby.

Przy okazji przypomnienie, jakie dokumenty – oprócz wypełnionego wniosku – powinny być dostarczane w momencie rejestrowania praktyki.

- praktyka klasyczna, wykonywana w gabinecie stacjonarnym – zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, kserokopia polisy ubezpieczenia OC (chyba, że ubezpieczenie zawarte jest za pośrednictwem Izby), opinia San-Epid;
- praktyka na wezwanie oraz praktyka „kontraktowa” – zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, kserokopia polisy ubezpieczenia OC (chyba, że... – jak powyżej)

Ci z Was, którzy nie korzystają z pośrednictwa Izby w zawarciu ubezpieczenia OC muszą pamiętać, że co roku, po podpisaniu nowej polisy, w ciągu 7 dni należy dostarczyć kserokopię polisy do biura Izby.

Zgłaszając praktykę do ewidencji działalności gospodarczej należy pamiętać, że w przypadku praktyki na wezwanie oraz praktyki „kontraktowej” adresem wykonywanej działalności jest adres domowy.

Jerzy JAKUBISZYN

Wojewódzka Komisja do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych

Zgodnie ze znowelizowaną Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, której przepisy weszły w życie 1 stycznia br., przy Opolskim Urzędzie Wojewódzkim powołana została Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. Jak zapewne pamiętacie Państwo Okręgowa Rada Lekarska jeszcze we wrześniu ub. roku zaproponowała do składu tej komisji cztery kandydatury, które zostały zaaprobowane. Tak więc ostateczny skład Wojewódzkiej Komisji wygląda następująco.

Członkowie Wojewódzkiej Komisji powołani przez Wojewodę Opolskiego:

- Małgorzata Łuszczyńska-Ostrowska – lekarz medycyny,
- Teresa Sicińska-Werner – lekarz medycyny,
- Jacek Mazur – lekarz medycyny,

- Wojciech Osiński – lekarz medycyny,
- Maria Grzeczna – pielęgniarka,
- Dariusz Klonowski – pielęgniarka,
- Wojciech Gernand – lekarz, diagnosta,
- Antonina Dankowska – prawnik,
- Agnieszka Maj-Koziołek – prawnik,
- Bronisława Nabzdyk-Kaczmarek – prawnik,
- Magdalena Panek – prawnik (Przewodnicząca Komisji),
- Irena Plebanek – prawnik,
- Rafał Krzysztof Ganowski – prawnik,
- Jerzy Gruszczyński – prawnik,

Członkowie Wojewódzkiej Komisji powołani przez Ministra Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta:

- Danuta Henzler – lekarz medycyny,
- Szymon Fac – prawnik.

Jerzy B. LACH

Konferencja „Dokumentacja medyczna a bezpieczeństwo prawne lekarza”

Komisja Kształcenia Medycznego zaprasza na Konferencję „Dokumentacja medyczna a bezpieczeństwo prawne lekarza”, która odbędzie się w siedzibie Izby Lekarskiej w Opolu ul. Grunwaldzka 23 w dniu 1 czerwca 2012 r. (piątek) o godz. 13⁰⁰. Konferencję – szkolenie prowadzi Kancelaria Doradca Rafał Piotr Janiszewski z Warszawy.

Program:

1. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej.
2. Rola poszczególnych grup medycznych w prowadzeniu dokumentacji.
3. Odpowiedzialność lekarza za prowadzenie dokumentacji medycznej.
4. Najczęstsze błędy w prowadzeniu dokumentacji medycznej.

5. Odpowiedzialność zawodowa personelu medycznego.
6. Odpowiedzialność personelu medycznego, a kontrole NFZ.
7. Zdarzenie medyczne.
8. Postępowanie w przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego.
9. Komisja Wojewódzka – orzecznictwo.

Prosimy o telefoniczne zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniu do siedziby OIL w Opolu – 77/454-59-39. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują 4 pkt. edukacyjne.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

OGŁOSZENIA MUZYCZNE

Uwaga!

Projekt Muzyczny KardioBand i Opolska Grupa Lekarzy Muzyków poszukują Koleżanki/Kolegów zainteresowanym wspólnym muzykowaniem, w szczególności:

1. **Grających na harmonijce ustnej** (optymalnie – z doświadczeniem w bluesie),
2. **Grających na altówce z wykształceniem muzycznym** (do kameralnego zespołu smyczkowego),
3. **Grających na gitarze basowej/kontrabasie** (muzyka uniwersalnego),
4. **Kierownika artystycznego** – poszukiwany jest także kandydat na kierownika artystycznego naszej Grupy Muzycznej gotowy rozwijać zainteresowania muzyczne Kolegów i wspomóc merytorycznie rozwijane przez nas programy tematyczne (m.in. opracowywanie aranżacji dla zespołów) – wykształcenie muzyczne raczej niezbędne, medyczne – niekoniecznie.

Wszystkie propozycje prosimy kierować na adres mailowy: **kardioBand@o2.pl** z dopiskiem odpowiednio: „harmonijka”, „bas”, „altówka”, „kierownik”

* * *

Zapraszamy wszystkich chętnych śpiewających lekarzy do powstającego przy OIL CHÓRU LEKARZY

Nie jest konieczna znajomość nut.

Pierwsze zebranie organizacyjne przewidziane jest pod koniec czerwca, natomiast próby rozpoczną się z początkiem września. Poprowadzenia chóru podjęli się Elżbieta i Alfred Wilimowie. Proszę o telefoniczne zgłaszanie się do biura OIL – tel. 77/454-59-39, bądź do kol. Marty Kabarowskiej, tel. 602-776-429.

Lekarze ze znakiem Rodła

Spośród symboli, które w XX wieku wzbogaciły polską historię, obok kotwicy Polski Walczącej czy gdańskiej „solidarycy”, na utrwalenie w narodowej pamięci zasługuje też RODŁO – szczególny znak łączności Polaków w Niemczech z Macierzą. Wymyśliło go grono działaczy Związku Polaków w Niemczech w odpowiedzi na wprowadzenie swastyki jako godła państwowego. Rodło, białe na czerwonym tle, przedstawia stylizowany bieg Wisły z zaznaczonym Krakowem. Hitlerowcy znak zaakceptowali najwidoczniej nie zdając sobie sprawy z jego głębokiej treści.

Polacy w ówczesnych Niemczech byli dobrze zorganizowani. Mimo dyskryminacji, czy indywidualnego terroru, mieli swoje szkoły – w tym gimnazja w Bytomiu i Kwidzynie, wydawnictwa i prasę, spółdzielnie, harcerstwo, związki śpiewacze i szereg innych organizacji. Od 1932 r. wymownym symbolem tego życia organizacyjnego stało się Rodło.

Na Górnym Śląsku znaczącą część nielicznej inteligencji polskiej stanowili lekarze. Od początku wieku napływali tu głównie z Wielkopolski, z czasem jednak rekrutowali się coraz liczniej z miejscowej ludności. Jako niemieccy obywatele podlegali niemieckiemu ustawodawstwu z obowiązkiem służby wojskowej włącznie.

Dzięki iście benedyktyńskiej pracy badawczej dr med. Krzysztofa Brożka z Katowic, znane są ich nazwiska, a biogramy znalazły się w bezcennej monografii Autora z 2009 r. Przypominanie niektórych z nich tutaj uzasadnia powinność zachowania żywej pamięci o tych naszych poprzednikach. Kilku z nich stało się ofiarami hitleryzmu, a wszyscy dali przykład wierności Ojczyźnie.

W dzisiejszym województwie śląskim mniej od **dr Andrzeja Mielęckiego** z Katowic, zamordowanego przez niemieckich nacjonalistów, spopularyzowana jest postać **dr Augustyna Kośnego** (1896 – 1939), syna rolni-

ka z Chróścic w pow. opolskim. Po studiach, m. in. w Krakowie i Wrocławiu, jako wybitnie zaangażowanemu w polską działalność organizacyjną, odmówiono mu prawa praktyki na terenie Opolszczyzny. W 1937 r. podjął więc pracę w Berlinie. W lipcu 1939 r., w atmosferze nagonki antypolskiej został zamordowany. Jego ciało wyłowiono z berlińskiego kanału rzeczno. Warto przypomnieć, że zwłoki dr Mielęckiego wyłowiono 19 lat wcześniej z katowickiej Rawy.



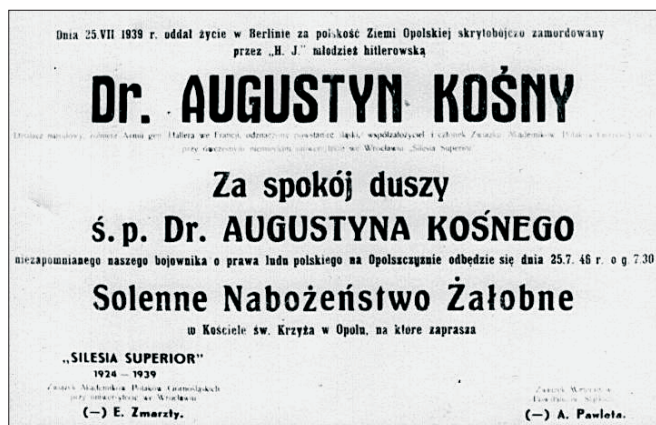
*Znak Rodła –
autorką znaku
jest artystka
Janina Kłopotcka
(1904–82)*

Dr Franciszek Gabriel (1904–44), syn rolnika z Dobrzeń Wielkiego w pow. opolskim, po studiach m. in. we Wrocławiu, nie uzyskał prawa do praktyki w Niemczech. Dopiero jesienią 1937 r. został lekarzem szkolnym w Polskim Gimnazjum w Kwidzynie. Aresztowany wraz z gronem nauczycielskim w końcu sierpnia 1939 r. – więzień obozów koncentracyjnych Stutthof, Sachsenhausen, a od 1941 r. i Majdanka – zginął podczas próby ucieczki w czasie ewakuacji obozu w lipcu 1944 r.

Dr Franciszek Gralla (1905–45) z gliwickich Sobieszowic, wybitny działacz polskich organizacji studenckich, prezes Związku Akademików Górnoślązaków „Silesia Superior” we Wrocławiu. Dyplom uzyskał w 1934 r., pracował jednak tylko zastępując lekarzy niemieckich na Dolnym Śląsku w czasie ich nieobecności, ponieważ nie uzyskał prawa do stałej pracy. Interesował się neurologią. Od 1941 r.(?) więzień KL Auschwitz. Pracując w szpitalu obozowym uratował od śmierci wielu współwięźniów, w tym ojca niżej podpisanego. Zginął po ewakuacji do KL Neuengamme i załadunku na statek „Cap Arcona”, zatopiony przez Aliantów 3 maja 1945 r.

Dr Juliusz Kołeczko (1910–43?) z Mechnicy pow. Koźle, studiował w Wiedniu i we Wrocławiu, dyplom – 1937 r., doktorat – 1938 r., czynny w organizacjach studenckich „Silesia Superior” i „Piast” we Wrocławiu. Po wybuchu wojny wcielony do Wehrmachtu, tamże aresztowany (1941) pod zarzutem zdrady stanu, torturowany. Zmarł we wrocławskim więzieniu na Kłęczkowskiej.

Nie sposób przypomnieć tu wszystkich, którym udało się uniknąć losu wymienionych kolegów, mimo iż w czasie studiów lekarskich otwarcie przyznawali się do polskości, a po dyplomie i wcześniej zasilili kadrę organizacji spod znaku Rodła. Płacili za to z reguły zakazem praktyki podyplomowej w niemieckich szpitalach, a po-



*Nekrolog dr Augustyna Kośnego – z archiwum
Krzysztofa Brożka*

tem odmową prawa wykonywania zawodu co najmniej na terenie Śląska Opolskiego, a nawet całych Niemiec.

Opolskie gestapo od 1936 r. prowadziło kartotekę polskich działaczy na Opolszczyźnie. Obejmowała ponad 10.000 nazwisk, w tym kilku lekarzy. Byli to:

Leon Głogowski (1908–70) z Gliwic, wnuk uczestnika Powstania Styczniowego, czynny w harcerstwie i Związku „Silesia Superior”, więzień KL Auschwitz. Po wojnie lekarz w Katowicach.

Tadeusz Kania (1906–86) ze Starych Siołkowic, pow. Opole, syn chłopcy poety ludowego Jakuba, więziony m. in. w latach 1941–44 w więzieniu w Brzegu za kontakt z konspiracyjną grupą „Olimp” we Wrocławiu. W PRL lekarz i działacz społeczny na Opolszczyźnie.

Maksymilian Kośny (1905–89) z Chróścic, brat zamordowanego Augustyna, uczestnik III Powstania Śląskiego. Po dyplomie (1932) bez prawa do stałej pracy w Niemczech. Podczas okupacji ukrywał się w Krakowie, uczestniczył w konspiracji. W PRL lekarz w Dobrzemiu Wielkim.

Jan Kurpiers (1904–76) z Opola, szykanowany za propolską postawę, dopuszczony do egzaminu dyplomowego (którego mu zresztą nie zaliczono!) dopiero na podstawie zgody MSW. Od początku do końca wojny w obozach koncentracyjnych. Po wojnie pracował w laboratorium PZH we Wrocławiu.

Jan Kwoczek (1895–1950) z Grabiny, pow. Prudnik. Od 1919 r. miał praktykę lekarską w Opolu. Jeden z czołowych działaczy polskich. Aresztowany we wrześniu 1939 r. Potem wysiedlony na Łużycę. Po wojnie lekarz szkolny w Opolu.

Mirosław Spychalski (1906–85) z Opola, zaangażowany w życie Polonii wrocławskiej, dyplom 1932 r. Lekarz szkolny w Polskim Gimnazjum w Bytomiu (1933–39). Później pozbawiony prawa wykonywania zawodu, szykanowany, zesłany do KL Buchenwald. W PRL ftyzjatra w Kluczborku.

Ten gestapowski spis bez trudu, dałoby się uzupełnić choćby o dr **Adolfa Warzoka** (1915–97) spod Raciborza, maturzystę Gimnazjum Polskiego w Bytomiu, studenta medycyny we Wrocławiu w latach 1937–39 (dyplom dopiero 1950), członka organizacji studenckich i ZHP w Niemczech. Uwięziony 1939–40 w KL Buchenwald, następnie wcielony do Wehrmachtu (1940–45), z kolei w latach 1952–53 do Ludowego Wojska Polskiego. W latach 1954–80 lekarz Oddziału Urologicznego Szpitala Wojewódzkiego w Opolu – w tym 23 lata jego ordynator. Aktywny działacz społeczny w Opolu, harcmistrz.



„Pięć Prawd Polaków” zostało uchwalonych i uroczystie proklamowanych w niedzielę, 6 marca 1938 r., w największej sali teatralnej w Berlinie, w czasie Kongresu Związku Polaków w Niemczech – w XV-lecie istnienia tegoż Związku – w obecności prawie sześciu tysięcy przedstawicieli Polaków w Niemczech.

Etos jakim się kierowali wymienieni tu i nie wymienieni lekarze wraz z całą społecznością polską w Niemczech niejako „streszczony” został na Kongresie Polaków w Berlinie w marcu 1938 r. w formie pięciu tzw. Prawd Polaków:

Jesteśmy Polakami!

Wiara Ojców naszych jest wiarą naszych dzieci

Polak Polakowi bratem!

Co dzień Polak narodowi służy

Polska Matką naszą, nie wolno mówić o Matce źle

Szkoda, że dziś brzmią one cokolwiek anachronicznie.

Źródła:

1. K. Brożek: *Polscy lekarze na Górnym Śląsku i Śląsku Cieszyńskim od końca XIX do połowy XX wieku*. Thesaurus Silesiae, Katowice 2009.

2. F. Hawranek (red.): *Ludzie spod znaku Rodła. Biografie działaczy Związku Polaków w Niemczech na Śląsku Opolskim*. Opole 1972, t. I.

Stefan KASPEREK

XVIII Międzynarodowa Konferencja „Człowiek żyjący z HIV/AIDS w rodzinie i społeczeństwie”

W dniach 1–2 grudnia 2011 r. w Hotelu „Mariott” w Warszawie odbyła się XVIII Międzynarodowa Konferencja „Człowiek żyjący z HIV/AIDS w rodzinie i społeczeństwie”.

Jak wszystkie dotychczasowe, zorganizowana została przez Polską Fundację Pomocy Humanitarnej „Res Humanae”, którą kieruje Mateusz Witold Liwski i ks. Arkadiusz Nowak – Prowincjał Zakonu Karmelitów w Polsce.

Fundacja działa od 1993 r. i ma duże osiągnięcia w zakresie propagowania postaw humanitarnych w społeczeństwie oraz pomocy osobom żyjącym z HIV/AIDS. Patronat honorowy objęła Prezydent Miasta Stołecznego Warszawy Hanna Gronkiewicz-Waltz.

Uroczysta sesja z okazji Światowego Dnia AIDS, który obchodzony jest z inicjatywy Światowej Organizacji Zdrowia od 1988 r., odbyła się w Teatrze „Och Teatr”. Honorowym gościem na tej uroczystości był Profesor Marek Krawczyk – Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie wraz z zespołem, który pierwszy w Polsce dokonał w sierpniu 2011 r. przeszczepu wątroby u chorego zakażonego HIV oraz WZW typu B. U 20-letniego pacjenta, który przed zabiegiem miał bardzo wysoką wiramię sięgającą kilkuset tysięcy, po przeszczepie i wznowieniu leczenia antyretrowirusowego poziom wirēmii obniżył się do zaledwie 100 w 1 ml. Jest to duży sukces Profesora i całego zespołu. Uczestnicy spotkania serdecznie im podziękowali, a organizatorzy wręczyli symboliczne upominki i odznaczenia.

Były to m.in. „czerwone kokardki”, których idea powstała w USA w 1991 r. Kolor czerwony wybrano ze względu na skojarzenia jakie wywołuje: krew, namiętność, walka i miłość. Kokardka jest w kształcie odwróconego V, ponieważ jeszcze nie odniesiono zwycięstwa nad HIV/AIDS. W tym roku także ogromną „czerwoną kokardką” udekorowany był Warszawski Pałac Kultury i Nauki.

Ciekawym wydarzeniem artystycznym było przedstawienie sztuki „Miss HIV”, którą napisał Maciej Kowalewski zainspirowany wyborami Miss HIV/AIDS Stigma Free, odbywającymi się od kilku lat w Botswanie. „Miss HIV” to próba mówienia o życiu z HIV bez skupiania się na smutku, goryczy czy traumie. Zamiast nich w sztuce jest dużo czarnego humoru i ironii. Akcja rozgrywa się krótko przed wyborami „Miss HIV”. Cze-

ry kobiety o silnym charakterze, mocno różniące się od siebie, walczą o tytuł najpiękniejszej. W sztuce wystąpili znani artyści: Ewa Szykulska, Maria Seweryn, Iza Kuna, Patrycja Szczepanowska. Kostiumy zaprojektował znany z mediów Tomasz Jacyków.

Na sesji plenarnej wprowadzenie do dyskusji na temat sytuacji epidemiologicznej przedstawili: prof. Ireneusz Krzemiński – socjolog z Uniwersytetu Warszawskiego („*Retrospektywny wykład o HIV/AIDS*”), prof. Andrzej Gładysz z Akademii Medycznej we Wrocławiu („*30 lat HIV w Polsce i na świecie*”), Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS prof. Anna Marzec-Bogusławska („*Epidemia HIV/AIDS – wybrane aspekty*”), oraz prof. Antonina Ostrowska z Polskiej Akademii Nauk („*Jakość życia osób zarażonych HIV w Polsce – wyniki badań*”).

Generalnie przeważają głosy mówiące że wygrywamy bitwę w wojnie z wirusem, że epidemia AIDS powoli hamuje, ale – jak powiedział na konferencji prasowej ks. Arkadiusz Nowak – do zwycięstwa wciąż daleko. W tym kontekście bardzo ambitne obietnice złożyła Światowa Organizacja Zdrowia, stwierdzając, że od 2015 r. żadna osoba, która zarazi się HIV nie będzie musiała z tego powodu umrzeć. Wygłosił to zdanie sekretarz generalny ONZ Ban Ki-Moon z okazji tegorocznego Dnia AIDS. Optymizm ten ma duże uzasadnienie dzięki spektakularnemu postępowi nauki, szybkiej diagnostyce, zastosowaniu nowych, skutecznych leków, co daje szansę na życie przez dziesięciolecia, ponieważ choroba przechodzi w stan przewlekły. Na konferencji obecne były osoby żyjące z HIV już ponad 25 lat.

Według aktualnego raportu UNAIDS dotychczas na świecie HIV zaraziło się około 68 milionów osób. Obecnie z wirusem żyją około 34 mln, z czego 32 mln to dorośli (16 milionów kobiet) i ponad 2 mln dzieci. W ostatnim okresie sytuacja poprawia się ze względu na większą dostępność leków antyretrowirusowych. Śmiertelność w ciągu ostatnich 5-ciu lat obniżyła się o 21%, a o 25% spadła również liczba nowych zakażeń. Największy postęp udało się osiągnąć w ubogich krajach Afryki, najbardziej dotkniętych epidemią AIDS. W ciągu 12 miesięcy udało się o 20% poprawić dostępność do terapii – obecnie leki otrzymuje już 50% chorych. W ubiegłym roku zmarło w tym rejonie 1,8 mln osób, a w poprzednich latach liczba ta wynosiła ponad 2,2 mln rocznie.

Epidemia HIV w Europie ma charakter niejednorodny. W Europie Zachodniej i Środkowej zakażonych HIV

jest ponad 800 tys. osób i sytuacja epidemiologiczna jest stabilna. Do nowych zakażeń dochodzi tam już nie drogą iniekcji substancji psychoaktywnych, ale poprzez kontakty seksualne. Z kolei w Europie Wschodniej liczbę zakażonych szacuje się na około 1,5 mln osób. Dotyczy to głównie Federacji Rosyjskiej, Ukrainy, i Państw Bałtyckich, gdzie obserwuje się lawinowy wzrost liczby zakażeń HIV i umieralności na AIDS. Jest to obecnie jedyny region na świecie, gdzie liczba zakażeń szybko rośnie. W ostatnich latach liczba zakażeń wzrosła tam o 66%. Populacją najbardziej dotkniętą epidemią w tym rejonie są osoby stosujące środki psychoaktywne w iniekcjach. Przy tak poważnej sytuacji epidemiologicznej niestety tylko 19% zakażonych ma dostęp do leków antyretrowirusowych.

W Polsce, dzięki wcześniej rozpoczętej profilaktyce, pomocy władz i organizacji pozarządowych, przebieg epidemii jest umiarkowany, a obecnie stabilny. Od 1985 r. do listopada 2011 r. zdiagnozowano w Polsce 14.900 osób zakażonych, w tym 4 tys. poprzez używanie narkotyków drogą dożylną. W okresie tym zachorowało 2700 osób, a zmarło 1100 chorych. Statystycznie każdego dnia w Polsce zakażają się 2–3 osoby (rocznie około 800). Coraz częściej zakażają się osoby o orientacji homoseksualnej, stosujące substancje psychoaktywne. Szacunkowe dane epidemiologiczne wskazują, że około 20 tys. osób może nie wiedzieć o swoim zakażeniu. Obecnie leczonych jest około 5500 chorych, a koszty leczenia wynoszą ok. 200 mln złotych. Wiadomo, że każdego roku odbywa się w Polsce 70–100 porodów kobiet z potwierdzonym zakażeniem HIV. Zastosowanie terapii antyretrowirusowej w czasie ciąży i porodu daje prawie 100% szansę urodzenia zdrowego dziecka.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 7 kwietnia 2011 r. oraz rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego lekarz powinien zaproponować wykonanie testu w kierunku HIV każdej kobiecie w ciąży lub planującej macierzyństwo. Jak wynika z danych, w Polsce odsetek kobiet w ciąży wykonujących to badanie wynosi tylko 10%. W niektórych krajach Unii Europejskiej odsetek ciężarnych wykonujących taki test sięga nawet 90%.

W województwie lubuskim od rozpoczęcia rejestracji w roku 1985 (wtedy w województwach zielonogórskim i gorzowskim) wykryto do listopada 2011 r. w skumulowanej rejestracji 520 osób (wzrost o 20%), zachorowań 110 (wzrost o 10), zgonów 56 (wzrost o 6 osób) w porównaniu z ubiegłym rokiem. Powyższe dane wskazują, że sytuacja epidemiologiczna w tym zakresie jest stabilna.

Należy podkreślić, że 75% całej grupy zakażonych to ludzie młodzi, w wieku 15–39 lat. Wzrasta także liczba nowowykrytych zakażeń wymagających natychmiastowego leczenia antyretrowirusowego (wysoka wiremia i spadek liczby komórek CD4).

Warto przypomnieć, że jedna na 300 osób zakażonych HIV potrafi naturalnie, bez udziału żadnych leków, kontrolować replikację wirusa tak, aby nie dopuścić do zachorowania na AIDS. Za odporność tę odpowiadają niewielkie różnice w strukturze białka HLA-B (*human leukocyte antigens*) – głównego białka układu zgodności tkankowej. Być może jest to droga do stworzenia w przyszłości dobrej szczepionki terapeutycznej?

Zdania naukowców na temat oczekiwanej szczepionki profilaktycznej są natomiast często pesymistyczne. Wiele prób zakończyło się niepowodzeniem, ponieważ HIV to bardzo specyficzny wirus – jest autonomiczny. Do rozmnażania używa własnych enzymów. HIV dysponuje własnymi środkami replikacji i wbudowuje w ludzkie komórki odpornościowe części swojego DNA, i integruje się z oryginalnym kodem, czemu nie potrafimy na razie zapobiec.

W tym właśnie kierunku zmierzają ostatnio ogłoszone na łamach „Nature” wyniki badań naukowców z Harvardu nad najnowszą szczepionką (przetestowaną tylko na małpach). Jednej grupie małp z gatunku *Rezus* podano tę szczepionkę (mva), a drugiej grupie placebo. Okazało się, że u zaszczepionych zwierząt ryzyko zakażenia się SIV (*simian immunodeficiency virus* – małpi odpowiednik HIV) było o ponad 80% mniejsze niż w grupie placebo. U tych, które uległy zakażeniu liczba wirusów była wyraźnie mniejsza.

Świat czeka nie tylko na szczepionkę przeciw HIV, ale także przeciw malarii oraz na nowoczesną, lepszą od obecnej BCG (szczepionki przeciw gruźlicy). Warto przypomnieć, że prace nad szczepionką przeciw grypie trwały ponad 20 lat. Wiadomo, że o odporności decyduje ludzki układ immunologiczny, a szczepionka ma tylko ten układ pobudzić do działania.

Wprawdzie trójkłowa terapia haart potrafi obniżyć poziom wiremii do prawie niezauważalnego, zahamować postęp zakażenia, ale nie jest w stanie wyeliminować wirusa z organizmu. Obecnie dostępne są cztery grupy leków: nukleotydowe i nukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (rtni), nienukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (hrti), inhibitory proteazy (pi) i inhibitory fuzji (fi) limfocytów. Leczenie należy bezwzględnie wdrożyć, gdy liczba limfocytów CD4 jest poniżej 250–300/1 ml. Celem leczenia jest wzrost tych odpornościowych powyżej 500, oraz doprowadzenie do najniższego poziomu wiremii – nawet poniżej wykrywalności (50–100 kopii). Według profesora Andrzeja Gładysza rozpoczęcie leczenia, gdy jeszcze nie został zniszczony układ immunologiczny, może przedłużyć życie o ponad 35 lat, i obecnie niektóre osoby dobrze współpracujące z lekarzem wchodzą w wiek dojrzały.

W Konferencji, jak zwykle, uczestniczyły osoby żyjące z HIV. Prof. Antonina Ostrowska – socjolog z PAN – wspólnie z organizacją „Sieć Plus” przygotowała ankietę skierowaną do osób żyjących z HIV, która mia-

ła odpowiedzieć na pytanie o jakość życia. W ankiecie udział wzięło ponad 200 osób – w blisko 60% byli to mężczyźni. Główne wnioski wypływające z ankiety są następujące:

- większość respondentów uważa, że stan ich zdrowia jest dobry,
- na zły stan zdrowia skarży się co dziesiąty uczestnik badania,
- z leczenia zadowolony jest co drugi ankietowany,
- bardzo zadowolonych z leczenia jest 37%,
- połowa badanych żyje z renty, a druga połowa pracuje,
- co trzecia osoba przyznała, że spotkała się z dyskryminacją w rodzinie i/lub otoczeniu.

W tym kontekście przypomniano sprawę policjanta z Gdańska zakażonego HIV, którego komisja uznała za niezdolnego do służby. Odwołał się do Sądu Administracyjnego, a sąd wystosował pytanie prawne do Trybunału Konstytucyjnego, który orzekł postępowanie za niezgodne z Konstytucją, przywracając policjanta do służby.

Na Konferencji wystąpił przedstawiciel firmy L’Oreal, Maciej Sochacki, która wspólnie z UNESCO, a w Polsce z Krajowym Centrum ds. AIDS realizuje program edukacyjno-prewencyjny w ramach walki z epidemią HIV/AIDS „*Fryzjerzy świata wobec AIDS*”. Program ten ma zasięg globalny, a w Polsce wdrażany jest od 2007 roku. To jedyny światowy program, w którym szkoli się fryzjerów w zakresie przeciwdziałania epidemii HIV/AIDS. Firma przygotowała dla uczestników Konferencji kalendarz edukacyjny o HIV/AIDS z atrakcyjnymi modelkami i ich fryzurami.

Poinformowano, że podczas zbliżającego się Euro 2012 zostanie przeprowadzona kampania edukacyjno-informacyjna dotycząca bezpieczeństwa seksualnego, zorganizowana przez Organizację Safe Games Polska 2012. Projekt ten był już realizowany na największych imprezach sportowych na świecie, np. na Olimpiadzie w Salt Lake City i w Vancouver. Będą przeprowadzone działania w kierunku promowania bezpiecznego seksu, przeciwdziałania przemocy oraz ograniczenia szkód związanych z używaniem narkotyków i alkoholu. Przy programie będzie pracowało 20 polskich organizacji pozarządowych.

W związku ze stałym wzrostem liczby kobiet zakażonych HIV (około 35%) powstał pierwszy europejski program wzajemnej pomocy i edukacji kobiet, mający na celu poprawę jakości ich życia. Program stawia sobie za cel stworzenie społeczności silnych, świadomych swoich praw, seropozytywnych kobiet (*strong HIV-positive empowered women*) – w skrócie SHE. W ramach tej inicjatywy w kilku miastach Polski odbędą się warsztaty dla kobiet zakażonych HIV. Będą one okazją dla kobiet do podzielenia się swoimi doświadczeniami życia z HIV – by stało się łatwiejsze i pozbawione dyskryminacji.

Pojawił się także nowy projekt „zdrowie psychiczne i HIV/AIDS”. Wiadomo, że HIV/AIDS często wiąże się z problemami zdrowia psychicznego, zarówno jako czynnik sprawczy, jak i skutek zaburzeń. Według różnych źródeł od 50% do 70% wszystkich osób żyjących z HIV przynajmniej raz w życiu doświadczyło problemów ze zdrowiem psychicznym. Celem programu jest poprawa jakości życia osób z podwójną lub nawet potrójną diagnozą (HIV, uzależnienie od substancji psychoaktywnych i zaburzenie zdrowia psychicznego).

Wiadomo, że ważnym elementem w profilaktyce HIV/AIDS jest wiedza społeczeństwa na ten temat. Problem ten jest stale monitorowany i zmienia się. Ostatnie badania OBOP wykazały, że wiedza Polaków o HIV/AIDS jest wciąż niewystarczająca, a nawet mniejsza niż w poprzednich latach. Prof. Ireneusz Krzemiński – socjolog z Uniwersytetu Warszawskiego – cytował te badania:

- 35% osób uważa, że HIV można zakazić się w WC,
- 25% uważa, że wirusa mogą przenosić komary.

Małą wiedzę mają studenci ostatniego roku medycyny i młodzi lekarze. Nawet doświadczeni zapominają, że często powtarzające się zapalenie płuc u młodych ludzi może być następstwem zakażenia HIV (obniżenie odporności). Taką sprawę oceniał ostatnio w sądzie jako biegły prof. Andrzej Gładysz z Wrocławia. Przyczyną tej sytuacji może być m.in. malejący strach przed AIDS, ponieważ znaczne postępy w metodach leczenia zmieniły tę chorobę ze śmiertelnej w schorzenie przewlekłe. Jednakże hasło „*Wiedza ratuje życie*” w dalszym ciągu powinno być aktualne.

Tuż przed Światowym Dniem AIDS nadeszła niekorzystna wiadomość, że Globalny Fundusz do Walki z AIDS finansujący leczenie na kontynencie afrykańskim nie będzie prowadził nowych programów, ponieważ nie otrzymał od sponsorów ok. 1,2 mld dolarów. Globalny Fundusz jest największą na świecie organizacją finansującą opiekę zdrowotną i ocalił życie około 8 mln ludzi. Fundusz finansował dotychczas 70% kosztów leków antyretrowirusowych w Afryce, gdzie mieszkają dwie trzecie wszystkich chorych na AIDS.

Na sesjach w trakcie konferencji poza HIV/AIDS omawiano także problemy narkomanii na świecie i w Polsce.

Przed 25 laty Organizacja Narodów Zjednoczonych zadeklarowała działania pod hasłem „Świat Wolny od narkotyków”. Obecnie jednak uważa się, że „wojna z narkotykami” została przegrana. Uwolnienie świata od narkotyków jest nierealne, podobnie jak niemożliwe jest uwolnienie od alkoholu czy nikotyny. W tej sytuacji możliwa jest jedynie realizacja strategii i programów ograniczenia szkód, a więc minimalizowanie negatywnych społecznych, zdrowotnych i ekonomicznych konsekwencji używania narkotyków, zarówno w wymiarze indywidualnym (uzależnieni i ich rodziny), jak i społecznym

(społeczności, w których żyją uzależnieni), bez jednoczesnego stawiania warunku całkowitego zaprzestania zażywania takich substancji (np. *International Harm Reduction Association/Programme*).

W tym czasie nastąpił niestety wzrost użycia substancji psychoaktywnych oraz duży wzrost zysków grup handlujących narkotykami. Roczne obroty z tytułu handlu narkotykami szacuje się na około 450 mld dolarów. Jest to najbardziej opłacalny rodzaj handlu (poza handlem bronią). Walka z handlem narkotykami kosztuje świat ponad 100 mld dolarów. Szacuje się, że na świecie uzależnionych jest 250 mln ludzi, a 25 mln ma poważne problemy zdrowotne. Najwięcej – bo 160 mln – pali marihuanę. Z powodu stosowania narkotyków umiera na świecie 200 tys. ludzi rocznie, a z powodu palenia papierosów umiera 6 mln. Z powodu nadużywania alkoholu rocznie umiera 2,5 mln ludzi. Są to m.in. argumenty ruchów, które chcą legalizacji narkotyków, głównie marihuany, organizując „marsze wyzwolenia konopii”.

W Polsce liczbę uzależnionych szacuje się na 100–125 tys., z czego ponad 25 tys. uzależnionych jest od opiatów. Zgony – z powodu narkomanii (opiaty) – 300 osób rocznie, alkohol – 30 tys., palenie papierosów – 50 tys. rocznie. W ostatnich latach w naszym kraju organizowano wiele kampanii edukacyjnych, np. „*Narkotyki – najlepsze wyjście nie wchodzić*”, „*Uczelnie wolne od narkotyków*”, „*Blżej siebie – dalej od narkotyków*”, „*Brales? Nie jedź. Po narkotykach rozum wysiada*”, „*Pilnuj drinka*”. W tej ostatniej kampanii przestrzegano młode kobiety przed przestępczymi działaniami nieznanych im osób w trakcie imprez rozrywkowych. Chodzi o podrzucenie tzw. „pigułki gwałtu” – GHB (kwas gamma-hydroksymasłowy). Substancja podrzucana jest do napojów w postaci proszku, płynu lub tabletki. Łatwo się rozpuszcza, nie ma smaku, zapachu i nie wpływa na kolor napoju. Substancja zaczyna działać po 20–30 minutach. Powoli pojawia się senność prowadząca do utraty świadomości na kilka godzin z niepamięcią wsteczną. W użyciu są testy, którymi można natychmiast wykryć w napoju GHB i ketaminę. W badaniach laboratoryjnych – we krwi – można ją wykryć do 24 godzin. W moczu – po dłuższym okresie, a we włosach pojawia się po 4 tygodniach. Wiadomo jednak, że młodzież z różnych powodów (lęki, napięcia, trudności życiowe, bezsenność), przyjmuje leki psychoaktywne, najczęściej z grupy benzodiazepin, często łącznie z alkoholem.

Ostatnio zasygnalizowany został nowy problem. W sklepikach szkolnych pojawiły się cukierki z substancją psychoaktywną zawartą w barwnikach, działające pobudzająco (jak dopalacze). Są legalnie dopuszczone do obrotu w Unii Europejskiej. Substancjami aktywnymi są żółcień pomarańczowa (E110), tetrazyna (E102) i żółcień chinolinowa (E122).

Na Konferencji było wiele wystąpień i dyskusji na temat leczenia substytucyjnego metadonem osób uzależ-

nionych od opiatów. Pierwszy taki program został wprowadzony w 1993 roku. Obecnie jest ich 17, a leczonych jest około 1800 osób. Terapii takiej wymaga 20–25 tysięcy uzależnionych. Metadon jest preparatem syntetycznym o działaniu zbliżonym do morfiny, heroiny, fentanilu (agonista opiatowy). Uzyskano go jeszcze przed II Wojną Światową, a w czasie wojny, gdy brakowało morfiny, podawano go żołnierzom w celu łagodzenia bólu pourazowego. W 1964 r. w USA zastosowano metadon do leczenia narkomanów opiatowych „dożylnych”, a po pewnym czasie stwierdzono, że uzależnieni zmienili styl życia, a nawet zaczęli się uczyć i pracować. Po tych pozytywnych doświadczeniach został on rozpowszechniony w krajach Europy Zachodniej i wszędzie był akceptowany. Niewątpliwie w ostatnich latach atrakcyjność metadonu wzrosła, ponieważ przyjmowany doustnie ogranicza ryzyko zakażenia HIV oraz WZW typu B i C. Znacznie przyczynił się do redukcji szkód społecznych (rozboje, kradzieże, włamania), a także ułatwił prowadzenie edukacji prozdrowotnej. Zasadą jest stosowanie metadonu w warunkach ściśle kontrolowanych i podawanie go jedynie przez dobrze przeszkolone osoby (np. lekarzy psychiatrów). Nie mogą być wydawane „zapasowe” dawki leku. Argumenty uzasadniające stosowanie tego preparatu osobom uzależnionym od opiatów to m.in.:

- uniezależnienie od handlu narkotykami,
- zmniejszenie lub zaniechanie produkcji „polskiej heroiny”,
- umożliwienie zarejestrowania i przebadania osoby uzależnionej,
- uniknięcie nowych zakażeń HIV oraz WZW typu B i C,
- zmniejszenie liczby samobójstw,
- i znacznie zmniejszenie liczby przestępstw.

Metadon jest traktowany jako środek stosowany przejściowo. Równocześnie uzależnionego obowiązuje terapia indywidualna, grupowa i rodzinna.*

Ostatnio w kraju, a także na konferencji, wyrażano dezaprobatę wobec dotychczasowej polityki narkotykowej, ponieważ działania represyjne poniosły klęskę. Czas więc na depenalizację z lepszą profilaktyką i na skuteczniejsze leczenie. W tej sprawie podjęty został apel 20 światowych autorytetów, podpisany m.in. przez Wisławę Szymborską, Lecha Wałęsę, Aleksandra Kwaśniewskiego, byłego prezydenta USA Jimmy’ego Cartera, byłego sekretarza generalnego UE Javiera Solanę, muzyków – Yoko Ono, Stinga.

Pierwsza w polsce ustawa o zapobieganiu narkomanii z 1985 r. nie kryminalizowała posiadania nieznacznych ilości narkotyków, natomiast karaniu podlegały wszelkie formy obrotu i dystrybucji tych środków. Ustawa ta preferowała działalność profilaktyczno-leczniczą. Po zmianie systemu politycznego i otwarciu się kraju na rynki zagraniczne do Polski dotarły nowe modele zażywania narkotyków. Popularny dotychczas „kompot” za-

częły zastępować inne substancje psychoaktywne. Pojawiły się głosy za zaostrzeniem polityki narkotykowej, a następne ustawy o zapobieganiu narkomanii z 1992 r., 2000 r. i 2005 r. bardziej penalizowały niż stwarzały szanse na leczenie. Dlatego najnowsza ustawa, która weszła w życie 9 grudnia 2011 r., daje prokuratorowi większe możliwości umarzania i nie kierowania do sądu spraw o posiadanie niewielkich ilości narkotyków „na własne potrzeby”.

Duża różnorodność tematyczna Konferencji uniemożliwia w krótkim opracowaniu omówienie wszystkich problemów dotyczących HIV/AIDS i narkomanii. Autorzy ogłosili na te tematy kilkadziesiąt referatów, odbyło się kilkanaście sesji problemowych. Jest to niewątpliwie du-

ży dorobek edukacyjny i informacyjny, z którego należy korzystać. Duża w tym zasługa Polskiej Fundacji Pomocy Humanitarnej „Res Humanae” i jej długoletniego Prezesa Witolda Mateusza Liwskiego – bardzo zaangażowanego w organizowanie kolejnych Konferencji.(...)*

Reasumując – należy stwierdzić, że XVIII konferencja na temat HIV/AIDS i narkomanii była udanym i potrzebnym spotkaniem. Należy zachęcić organizatorów do kontynuacji.

Włodzimierz JANISZEWSKI

Specjalista epidemiolog

* skróty pochodzą od Redakcji opolskiej.

(przedruk z „Doktora” nr 5/12)

Europejskie wytyczne walki z rakiem

Zgony spowodowane przez choroby nowotworowe stanowią ok. 12,5% wszystkich zgonów. W całej Unii Europejskiej w 2000 r. odnotowano 1.122.000 zgonów z powodu nowotworów. W 2015 r. prognozuje się śmiertelność na około 1.405.000 zgonów. Według statystyk, najwięcej przypadków śmiertelnych spowodowanych jest rakiem płuc i rakiem żołądka.

Palenie papierosów

Palenie tytoniu jest nałogiem wywoływanym przez uzależnienie farmakologiczne od nikotyny oraz uzależnienie behawioralne, na które mają wpływ czynniki psychologiczne, środowiskowe i społeczne.

Nikotyna szybko dostaje się do krążenia płucnego, a następnie do mózgu (10–15 sekund od zaciągnięcia się dymem), gdzie stymuluje wydzielanie takich neuroprzekazników, jak acetylocholina, noradrenalina, dopamina i serotonina.

Dym tytoniowy jest aerozolem, składającym się z gazów i cząsteczek o wymiarze 0,1–2 mikronów, głównie cząsteczek węgla (40–80 miliardów z 1 papierosa) opłaszczonych różnymi związkami chemicznymi. 97% tych cząsteczek zostaje zatrzymanych w drogach oddechowych.

Za główne trucizny dymu tytoniowego uważa się wspomnianą już nikotynę i jej pochodne, benzopiren oraz inne cykliczne węglowodory, metale ciężkie, tlenek azotu, aceton, metanol, cyjanki, amoniak, benzen, nitrozoaminy, formaldehyd i chlorek winylu, pierwiastki promieniotwórcze (węgiel C^{14} i polon Po^{210}).

Kancerogenne działanie posiada nikotyna. Związek ten powoduje proliferację komórek macierzystych w hodowlach komórek raka sutka MCF-7 (Hirata N. et al.: *Nicotine increases cancer stem cell population in MCF-7 cells*. 2010, 403:138–43).

Nikotyna metabolizowana jest ostatecznie do ketonu, kotyniny, ale dochodzi także do biotransformacji do

wysokie reaktywnych substancji, np. nikotynopochodnych nitrozamin tworzących kowalencyjne połączenia z DNA.

Wśród wielu nitrozoamin dwie z nich: 4-(N-metylo-N-Nitrozoamino)-1-(3-pirydylo)-1-butanon (NNK) i N-nitrozonornikotyna (NNN) odznaczają się silnymi własnościami kancerogennymi w stosunku do niektórych komórek ssaków. NNK indukuje zmiany nowotworowe w płucach, wątrobie i jamie nosowej szczurów.

Należy podkreślić, że dym tytoniowy zawiera duże ilości wolnych rodników. Reaktywne formy tlenu są produktami redukcji lub wzbudzenia tlenu cząsteczkowego. Szczególnie toksyczny jest rodnik hydroksylowy (-OH), który może reagować ze wszystkimi napotkanymi na swojej drodze związkami, w tym także z podstawowymi składnikami komórki, jakimi są lipidy, cukry, białka i DNA. W wyniku reakcji rodników z innymi związkami chemicznymi powstają nowe rodniki, które często są bardziej toksyczne niż ich formy prekursorowe, jak np. rodnik nadtlenkowy ROO-. Wolne rodniki tlenowe mogą także reagować z innymi rodnikami, np. reakcja anionorodnika ponadtlenkowego z tlenkiem azotu, w wyniku której powstaje anion nadtlenoazotynu. Anion ten nie tylko uszkodza komórki, a także może ulec metabolizmowi do innych toksycznych związków takich, jak dwutlenek azotu, rodnik hydroksylowy lub jon nitroniowy.

Dym tytoniowy to główne, obok żywności, źródło kadmu. Przeprowadzone badania wykazały, że w organizmie palacza występuje około dwukrotnie większe zawartości kadmu, niż u człowieka nie palącego. Kadm zaliczany jest do grupy najsilniej toksycznych metali ze względu na swoje właściwości toksykodynamiczne. Przeprowadzone badania wykazały, że w organizmie palacza występuje około dwukrotnie większe zawartości kadmu, niż u człowieka niepalącego.

Pierwsze szczegółowe dane odnośnie toksycznego działania na organizm człowieka zawdzięczamy japońskiemu lekarzowi Hagino. W 1946 r. opisał dziwną chorobę, która występowała głównie u starszych kobiet mieszkających w sąsiedztwie kopalń rud cynku i kadmu. Schorzenie to charakteryzowało się uszkodzeniem nerek i rozmiękaniem kości. Występowały przy tym bóle krzyża, kończyn dolnych i żeber. Już przy niewielkich urazach dochodziło do złamań kości. W 1993 r. Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (IARC) uznała, że kadm wywołuje raka prostaty i płuc.

W Polsce pali obecnie 29% dorosłej populacji, co stanowi około 9 mln osób. Wyniki przeprowadzonych w 2007 r. ogólnopolskich badań pokazują, że odsetek codziennie palących mężczyzn wynosił 34%, zaś kobiet – 23%. Badania Instytutu Matki i Dziecka z 2006 r. wykazują, że odsetek młodzieży 15-letniej, która podjęła próbę palenia tytoniu i pali codziennie, wynosi 12,4% w tym blisko 15% chłopców i ponad 10% dziewcząt. Jest to niewielki spadek w stosunku do badań prowadzonych w latach 1998 i 2002. W miejscach pracy na wdychanie dymu tytoniowego narażonych jest 19% niepalących Polaków, w domu zaś 25%. Skala biernego narażenia dzieci na dym tytoniowy w Polsce jest ciągle ogromna – codziennie około 4 mln. z nich wdycha biernie dym tytoniowy w domu lub miejscach publicznych.

Rak płuca zajmuje pierwsze miejsce na liście przyczyn zgonów z powodu nowotworu, zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Odsetek przeżyć 5-letnich wśród wszystkich chorych wynosi 13–15%.

80–90% przypadków raka płuca jest bezpośrednio związanych z paleniem papierosów (*Mannino D.M.: Tobacco smoke, malignancies, and history. Chest. 2010, 138:468–9*). Z badań w ramach programu Cancer Prevention Study II, jednym z największych jakie dotychczas przeprowadzono wynika, że ryzyko zgonu z powodu raka płuca wśród mężczyzn i kobiet aktualnie palących było odpowiednio 20-krotnie i 12-krotnie większe w porównaniu z osobami, które nigdy nie paliły.

Metaanaliza badań epidemiologicznych dotyczących związków przyczynowych między paleniem tytoniu i zapadalnością na raka płuc pozwala na wysunięcie następujących wniosków:

- palenie papierosów niesie ze sobą znacznie większe ryzyko niż palenie tytoniu w innej formie,
- ryzyko wiąże się bezpośrednio z liczbą wypalanych papierosów, im większa konsumpcja, tym większe ryzyko
- ryzyko zależy bardziej od czasu trwania nałogu niż od liczby wypalanych papierosów: na przykład wypalanie jednej paczki papierosów dziennie przez 40 lat jest ośmiokrotnie bardziej niebezpieczne niż wypalanie dwóch paczek dziennie przez 20 lat,
- ryzyko zmniejsza się po zaprzestaniu palenia. Po 10–15 latach, ryzyko to u byłych palaczy jest pra-

wie, ale nie takie samo, jak u osób, które nigdy nie paliły.

Kancerogenne właściwości dymu tytoniowego powodują, że połowa raków płuc występująca w populacji niepalącej tytoniu jest następstwem biernej inhalacji dymu papierosowego. Jeśli odniesiemy powyższą hipotezę do ludności polskiej, to bierne palenie jest odpowiedzialne za 600–1200 zgonów rocznie z powodu tego schorzenia.

Stężenia niektórych związków chemicznych w „strumieniu bocznym” znacznie przewyższają stężenia w „strumieniu głównym”. W strumieniu bocznym jest 2 razy więcej substancji smolistych i nikotyny, 3 razy więcej fenoli i pirenu, 4-krotnie – tlenku azotu i kadmu, 5-krotnie – tlenku węgla i benzopirenu oraz aż 50 razy więcej amoniaku.

Zawierający ponad 4000 substancji chemicznych, w tym co najmniej 40 o działaniu rakotwórczym, dym tytoniowy zwiększa ryzyko zachorowania na inne nowotwory (*Boniol M, Autier P. Prevalence of main cancer lifestyle risk factors in Europe in 2000. Eur J Cancer. 2010, 46:2534–44; Moszczyński P.: Szkody zdrowotne wywołane paleniem papierosów. Przegl. Lek. 2005, 62:253–256*):

- rak nosogardzieli (dwukrotny wzrost ryzyka),
- rak języka, jamy ustnej, ślinianek (ryzyko wzrasta od 6 do 27 razy),
- nowotwór gardła (ryzyko wzrasta 12 razy),
- przełyku (8 do 10 razy wzrost ryzyka),
- żołądka (2 do 3 razy wzrost ryzyka),
- nerek (pięciokrotny wzrost ryzyka),
- pęcherza moczowego (trzykrotny wzrost ryzyka),
- trzustki (2 do 5 razy wzrost ryzyka),
- okrężnicy (trzykrotny wzrost ryzyka).

Niektóre badania epidemiologiczne wskazują na związek pomiędzy paleniem a rakiem sutka i białaczkami.

Otyłość i nadwaga

Od pewnego czasu obserwuje się wyraźny wzrost liczby ludzi otyłych. Otyłość przybiera cechy globalnej epidemii. Wydawałoby się, że problem ten dotyczy mieszkańców krajów wysoko rozwiniętych, tymczasem otyłość pojawia się coraz częściej także w Indiach, Chinach, Egipcie, a nawet w krajach najuboższych, jak Tanzania. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia obecnie na Ziemi mamy więcej osób otyłych niż głodujących: ponad miliard ludzi z nadwagą i około 800 milionów niedożywionych. Obecnie nadwaga dotyczy 35%, a otyłość 33% populacji osób dorosłych. Problem obejmuje także młodsze pokolenia. U dzieci w wieku szkolnym i nastolatków częstość występowania otyłości szacuje się na 17%. W populacji polskiej, wśród przebadanych na Śląsku prawie 3 tys. nastolatków rozpoznano nadmierną masę ciała u 15,4% dzieci. Prawdopodobieństwo otyłości w wieku dojrzałym jest tym wyższe, im większa była wyjściowa masa ciała przed 18 rokiem życia Stwierdzo-

no, że 32% otyłych chłopców i 41% otyłych dziewczynek pozostało otyłymi w wieku dorosłym

Odżywianie dostosowane pod względem kalorycznym do masy ciała jest jedynym udowodnionym czynnikiem chroniącym przed otyłością i jednocześnie zwalniającym procesy starzenia się organizmu. Wydłuża zarówno średni, jak i maksymalny czas życia ssaków. Powyższe obserwacje dotyczyły nie tylko ssaków i człowieka, ale także robaków, owadów, pierwotniaków i innych niższych ewolucyjnie zwierząt. Mechanizm tych zjawisk wynika z mniejszej produkcji, a tym samym mniejszego uszkodzenia komórek przez wolne rodniki, wolniejszego metabolizmu glukozy, obniżenia poziomu glikozylacji, korzystnych zmian w ekspresji genów oraz w cyklach wydzielania hormonów.

Dobowe zapotrzebowanie kaloryczne należy obliczać w odniesieniu do masy ciała należnej, a nie faktycznej. Osoby z nadwagą lub pacjenci leżący powinni otrzymywać 20, pracownicy umysłowi, względnie wykonujący lekką pracę fizyczną – 30, a osoby ciężko pracujące 40 kcal/dobę/kg masy ciała.

Najbardziej rozpowszechnioną metodą oceny masy ciała jest „wskaźnik masy ciała” – BMI (Body Mass Index), wyrażany stosunkiem masy ciała w kilogramach do kwadratu wysokości wyrażonej w metrach. 18,5–24,9 kg/m² – m.c. prawidłowa, 25–29,9 kg/m² – nadwaga, 30–39,9 kg/m², otyłość, powyżej 40 kg/m² – otyłość ciężka.

- 1 cal = 4,1855 J
- 4 kcal = 1 g białek lub węglowodanów
- 9 kcal = 1 g tłuszczów
- 7 kcal = 1 g czystego alkoholu etylowego

Nowotwory związane patogenetycznie z otyłością to nowotwór sutka u kobiet, macicy, gruczołu krokowego, nerki, jelita grubego. Zwiększona zapadalność na nowotwory osób otyłych wiąże się z metabolizmem tkanki tłuszczowej, która jest nie tylko magazynem energii, ale aktywnym narządem endokrynnym, mającym wpływ na wiele procesów toczących się w organizmie. Zbudowana z adipocytów, komórek tkanki nerwowej, naczyń krwionośnych, komórek immunologicznych oraz podścieliska łącznotkankowego, tworzy integralny system reagujący zarówno na bodźce nerwowe, jak i hormonalne, oraz wydzielający wiele hormonów i substancji aktywnych biologicznie o działaniu autokrynnym, parakrynnym i endokrynnym. Należą do nich: leptyna, cytokiny, adiponektyna, składniki dopełniacza, inhibitor aktywatora plazminogenu (PAI-1), białka układu renina-angiotensyna i rezystyna. Podnoszona jest rola adiponektyny (stężenie w krwi) jako nowego czynnika ryzyka zapadalności na nowotwory związane z otyłością

– to jest rak endometrium, sutka, jelita grubego i prostaty (Barb D. et al.: *Adiponectin in relation to malignancies: a review of existing basic research and clinical evidence. Am J Clin Nutr.* 2007, 86:858–66). Produkcja i uwalnianie adiponektyny podlega regulacji hormonalnej. Hamujące działanie posiada insulina, TNF- α , endotelina I i glikokortykosteroidy. Badania eksperymentalne i kliniczne potwierdzają związek między obniżonym stężeniem adiponektyny a występowaniem insulinooporności i cukrzycy typu 2.

Zwiększona zapadalność na nowotwory narządów płciowych u kobiet otyłych jest ponadto związana ze wzrostem poziomu estrogenów bez równoczesnego wzrostu stężenia progesteronu. Nadmierna ilość tkanki tłuszczowej powoduje wzrost aktywności aromatazy – enzymu obecnego w adipocytach, przekształcającego androgeny do estrogenów.

Aktywność fizyczna

„Ruch jest w stanie zastąpić prawie każdy lek, ale wszystkie leki razem nie zastąpią ruchu”

Wojciech Oczko, medyk XVI w.

Przez aktywność fizyczną rozumie się wszelkie ruchy ciała, wywołane skurczami mięśni szkieletowych, które zwiększają wydatek energetyczny organizmu powyżej wartości spoczynkowej. Natomiast wysiłek fizyczny oznacza aktywność fizyczną wykonywaną celowo i powtarzalnie, według określonego schematu, aby zwiększyć sprawność własnego organizmu. W zależności od liczby zaangażowanych mięśni wyróżnia się wysiłki lokalne, które wykorzystują < 30% całkowitej masy mięśniowej (przykładowo, ćwiczenia kończyn górnych) oraz ogólne, o większej liczbie uczestniczących mięśni. Ze względu na czas trwania wysiłek dzieli się na krótkotrwały (< 30 minut) i długotrwały (> 30 minut). Osoby aktywne fizycznie żyją 5–7 lat dłużej. Społeczeństwo nie docenia znaczenia aktywności fizycznej w profilaktyce i leczeniu nowotworów. Leczenie raka, na które składają się zabiegi operacyjne, chemioterapia i hormonoterapia, trwa miesiącami, a nawet lata. Pierwsze badania dotyczące wpływu aktywności fizycznej na przebieg choroby nowotworowej miały charakter ankietowy. W niewielkich grupach chorych (np. 12 kobiet z rakiem sutka w trakcie chemioterapii pooperacyjnej czy 71 kobiet wyleczonych z raka piersi, 25 mężczyzn z rakiem prostaty) stwierdzano, że wysiłek fizyczny przynosił poprawę jakości życia, znaczący wzrost wydolności fizycznej, mniejsze zmęczenie, zwiększoną gotowość do rozwiązywania problemów, mniej nasiloną depresję (Courneya K.S. i wsp.: *Wysiłek fizyczny w walce z rakiem. Med. po Dypl.*, 2001, 10:161–170). Badania przeprowadzone w Polsce w 2000 r. (OMNIBUS) wykazały istotny, pozytywny związek między aktywnością fizyczną a jakością życia. W ostatniej dekadzie publikowano

szereg badań epidemiologicznych oceniających wpływ aktywności fizycznej na zapadalność na nowotwory. W populacji osób aktywnych fizycznie w celach rekreacyjnych stwierdzono spadek ryzyka zapadalności na raka płuc kobiet o 20–30% i mężczyzn o 20–50% (*Thune E.A.: Physical activity and lung cancer prevention: Recent Results Cancer Res. 2011, 186:101–33*). Korzystny wpływ wysiłku fizycznego obserwowano wśród kobiet z nowotworami endometrium, szyjki macicy i jajników. W przypadku raka endometrium redukcja zapadalności wynosiła 20–30%. Patomechanizm tego zjawiska wynikał z wpływu aktywności fizycznej na biosyntezę hormonów i insulinooporność oraz na regulację masy ciała (*Physical activity and gynecologic cancer prevention. 2011, 186:159–85*). Podobne rezultaty wynikają z analizy 73 badań odnośnie zapadalności kobiet na raka piersi. Redukcja zapadalności wynosiła średnio 25% (*Lynch B.M, i wp.: Physical activity and breast cancer prevention. Recent Results Cancer Res. 2011, 186:13–42*). Przegląd badań odnośnie wpływu wysiłku fizycznego na częstość występowania nowotworów układu pokarmowego obejmował 52 obserwacji dotyczących raka okrężnicy, 31 – raka odbytu i 16 – raka żołądka. 25% zmniejszenie zapadalności stwierdzono jedynie w przypadku raka jelita grubego (*Wolin KY, Tuchman H.: Physical activity and gastrointestinal cancer prevention. 2011, 186:73–100*). Wysiłek fizyczny redukował także średnio o 10% częstość występowania raka prostaty i nerki (*Leitzmann MR: Physical activity and genito-urinary cancer prevention. Recent Results Cancer Res. 2011, 186:43–71*).

Zdrowy model życia współczesnego człowieka powinien uwzględniać codzienną aktywność fizyczną od wczesnej młodości. Młodzież polska spędza przed monitorem w dni powszednie 3–4 godz., a w dni świąteczne 5–6 godz. Rezultatem takiego stylu życia jest fakt, że tylko co trzeci nastolatek drugich klas sopockich gimnazjów publicznych jest zdrowy. Wysiłek fizyczny (aerobowy) posiadający walory prozdrowotne powinien łączyć ćwiczenia wytrzymałościowe o umiarkowanej intensywności, np. szybki marsz, nordic walking, jazda na rowerze, pływanie, z ćwiczeniami oporowymi (siłowymi). Ćwiczenia należy wykonywać przez 6 dni w tygodniu od 30–60 min. Zasada 6 x 30 x 130, oznacza wysiłek 6 razy w tygodniu po 30 min. wysiłek doprowadzający częstość tętna do 130 na min. Badania HART-D (*Health Benefits of Aerobic and Resistance Training in Individuals with Diabetes*) wykazały, że największe korzyści metaboliczne z aktywności fizycznej uzyskuje się uwzględniając w programie ćwiczeń, zarówno ćwiczenia aerobowe, jak i siłowe.

Podział wysiłków fizycznych

- w zależności od wielkości zaangażowanych grup mięśniowych: wysiłki dynamiczne, statyczne i mieszane,

- w zależności od czasu ich trwania: wysiłki długotrwałe, wysiłki o średnim czasie trwania, wysiłki krótkotrwałe,
- w zależności od intensywności: wysiłki submaksymalne, maksymalne i supramaksymalne,
- w zależności od procesów biochemicznych dominujących w pokrywaniu zapotrzebowania na energię: wysiłki tlenowe (aerobowe) i beztlenowe (anaerobowe).

Funkcje organizmu po jednorazowym wysiłku

- przyspieszenie i pogłębienie oddechów – zwiększenie wentylacji płuc,
- przyspieszenie akcji serca,
- zwiększenie wydzielania większości hormonów,
- wzrost kwasowości mięśni oraz środowiska wewnątrznośnego ustroju,
- zwiększenie temperatury wewnętrznej ustroju,
- zmiany w profilu lipidowym,
- zmniejszenie stężenia glukozy we krwi,
- zmiany aktywności układu krzepnięcia i fibrynolizy,
- wzrost syntezy śródbłonkowego tlenu azotu.

Wysiłek o przewadze skurczów izometrycznych, a więc praca statyczna, bez istotnego ruchu kończyn (podważanie ciężkich kamieni, kopanie ziemi, grabienie itp.) utrudnia krążenie i ogranicza czynności oddychania, a za tym nie jest korzystny pod względem zdrowotnym. Układ krążenia jest bardziej obciążony, gdy pracujemy więcej przy użyciu kończyn górnych niż dolnych. W przeciwieństwie do pracy statycznej, wysiłek dynamiczny (obejmuje prawie wszystkie grupy mięśniowe) działa korzystnie na organizm. Nie krępuje ruchów oddechowych klatki piersiowej, ułatwia dopływ krwi żyłnej do serca, a rytmiczna praca mięśni usprawnia krążenie w naczyniach żylnych.

Najlepszą formą ćwiczeń są takie, które sprawiają pacjentowi przyjemność i nie przekraczają jego możliwości fizycznych. Dzienny wydatek energii rzędu 200 do 300 kcal, odpowiadający spacerowi długości 34,5 km (w dowolnym tempie) lub 35 minutom energicznych ćwiczeń (np. pływanie, wchodzenie po schodach nordic walking lub jogging) okazał się najbardziej skuteczny w utrzymaniu zmniejszonej masy ciała (*Pavlou K.N. i wsp.: Am. J. Clin. Nutr. 1989, 49:1115–1123; Schoeller D. i wsp.: Am. J. Clin. Nutr., 1997, 66:551–556*).

Nalogi a sprawność fizyczna

Istotny wpływ na sprawność fizyczną człowieka mają używki. Badania dotyczące tego wpływu przeprowadzono w czterech regionach USA, wśród 9704 kobiet. Wydolność fizyczną oceniano 12 testami. Stwierdzono, że palenie papierosów powoduje osłabienie sprawności porównywalne z pięcioletnim okresem starzenia się organizmu. Można więc stwierdzić, że 50-letnia ko-

bieta paląca papierosy posiada sprawność fizyczną 55-letniej, niepalącej. Analiza wpływu większych ilości alkoholu na sprawność fizyczną wykazała, że konsumpcja taka jest porównywalna z 2–3 letnim okresem starzenia się ustroju. Panuje ogólny pogląd, że palenie tytoniu zmniejsza, a nawet znosi prozdrowotny efekt aktywności ruchowej.

Wysiłek fizyczny a nagły zgon

Co pewien czas dochodzi do publicznych dyskusji i zwiększa się społeczne zainteresowanie zagadnieniem wpływu wysiłku fizycznego na zdrowie człowieka. Dzieje się to wówczas, kiedy umiera w czasie wysiłku fizycznego osoba znana szerszym kręgom społeczeństwa. Najwcześniejszy przypadek takiego zgonu sięga czasów starożytnych, kiedy to opisano nagłą śmierć Feidypidesa, który przybiegł z Maratonu do Aten z wieścią o zwycięstwie. Tragiczne były nagłe zgony sportowców – Hanka Gathersa, podczas meczu koszykówki NBA, Peta Maravicha, także koszykarza w czasie treningu, Ro Hyman siatkarki, w czasie Igrzysk Olimpijskich, w 1984 r. Przyczyny nagłej śmierci podczas aktywności fizycznej są różne. U osób młodych, sportowców, nagły zgon spowodowany jest zmianami strukturalnymi w sercu, zwykle kardiomiopatią przerostową (24,6% zgonów po wysiłku). Wśród innych przyczyn wymienia się wrodzone nieprawidłowości tętnic wieńcowych (13,7%), idiopatyczny przerost lewej komory (7,5%), zapalenie mięśnia sercowego (5,2%), wypadanie płatków zastawki dwudzielnej, stenozę zastawki aorty, wrodzone nieprawidłowości tętnic wieńcowych, arytmogenną dysplazję prawej komory czy zespół Marfana. Zespół Marfana, wprawdzie jest rzadką chorobą, to należy go brać pod uwagę zawsze u osób wysokiego wzrostu. Urazy serca mogą powodować wstrząśnienie serca i powstanie groźnych zaburzeń rytmu serca (19,9%) (*Wrzosek K. i wsp.: Wybrane pro-*

blemy kardiologii sportowej. Choroby serca i naczyń. 2005, 2:179–186).

Przyczyną zgonów podczas wysiłków fizycznych po 35 roku życia, jest zwykle choroba wieńcowa serca. Badania amerykańskie wykazały, że choroba wieńcowa serca była powodem zgonu 77,5% osób powyżej 40 roku życia, zmarłych w trakcie aktywności fizycznej. Często podawanym przykładem jest zgon podczas biegu Jima Fixxa autora podręcznika o bieganiu – *Complete Book of Running*.

Powyższe dane wskazują na konieczność wykonywania specjalistycznych badań kardiologicznych u osób mających zamiar intensywnie trenować. Stwierdzenie choroby nie przesądza jednak o konieczności zaniechania treningów. Należy wówczas ustalić program ćwiczeń na poziomie bezpiecznym dla stopnia zaawansowania schorzenia.

Częstość występowania nagłego zgonu u osób trenujących szacowana jest od 4 do 56 razy częściej, w porównaniu z osobami nie trenującymi. Ze szczegółowych danych jednak wynika, że jeden zgon przypada na 396 tys. godzin ćwiczeń lub na 15–18 tys. osób ćwiczących rocznie (*Jahson R.J.: Nagły zgon w czasie wysiłku. Med. Po Dypl. 1993, 2:102–108*). Tak więc względne zagrożenie nagłym zgonem wzrasta w czasie wysiłku, lecz bezwzględne wartości tego ryzyka pozostają niewielkie. Poziom zagrożenia w czasie treningu ulega zmniejszeniu przy systematycznym treningu. Osoby mało aktywne fizycznie narażone są na większe ryzyko zgonu w czasie wysiłku niż osoby o większej aktywności. Należy jednak podkreślić, że korzyści płynące z regularnych ćwiczeń fizycznych przewyższają wynikające z nich zagrożenia.

*Prof. Paulin MOSZCZYŃSKI,
Anna MOSZCZYŃSKA-SERAFIN*

Piśmiennictwo: ogółem 78 pozycji u autorów.

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie nr 1/11)

Palenie – najsilniejszy pojedynczy killer

„Gdybym miał taką wiedzę na temat palenia, jaką mam teraz, prawdopodobnie nigdy nie zacząłbym palić. Moja choroba była najlepszym dowodem na to, że palenie rzeczywiście jest niebezpieczne i może zabić”. Tak powiedział profesor Zbigniew Religa w ostatnim przed śmiercią wywiadzie. Świadczy to, jak silne jest uzależnienie od nikotyny. Można je porównać tylko do uzależnienia od heroiny.

Obecnie nie ma żadnych wątpliwości, że palenie papierosów jest głównym czynnikiem ryzyka poważnych chorób i przedwczesnej śmierci.

Tytoń jest przyczyną około 50% nowotworów złośliwych układu oddechowego (krtani, oskrzeli i płuc) oraz w 90% przyczyną przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

(POCHP). Lista zagrożeń jest oczywiście dłuższa i może dotyczyć nawet 18 lokalizacji.

Liczne badania laboratoryjne i epidemiologiczne prowadzone od ponad 40 lat udowodniły, że palenie zwiększa ryzyko choroby wieńcowej prowadzącej do zawału serca, udaru mózgu, nadciśnienia tętniczego, miażdżycy obwodowego układu krążenia, chorób pęcherza moczowego, nerek, trzustki, wątroby, białaczki, zaćmy, osteoporozy, paradontozy, a także powoduje zaburzenia płodności.

Obecnie uważa się, że przyczyną powstania nowotworów są zmiany w cząsteczce DNA komórki u osób palących. Główną rolę odgrywa benzoapiren z grupy ciał smolistych dymu tytoniowego, który uszkadza gen p.53.

Gen ten powstrzymuje podział komórek z uszkodzonym DNA. Gdy nie spełnia tej roli, wtedy następuje niekontrolowany wzrost tych uszkodzonych komórek, które nagromadzone w nadmiarze powodują przerzuty do wielu narządów. Najnowsze doniesienia amerykańskich badaczy z Uniwersytetu Stanu Minnesota są wręcz rewolucyjne. Udowodniono, że palenie ma natychmiastowe działanie rakotwórcze. Mutagenne karcynogenne zmiany biochemiczne w komórkach powstają już po 15–30 minutach od wypalenia papierosa. Pod wpływem wspomnianego benzoapirenu, w wyniku metabolicznej aktywacji tworzą się tzw. epoksydy dioli, które, łącząc się z DNA, powodują powstawanie nieodwracalnych mutacji inicjujących proces kancerogenezy.

Należy podkreślić, że palenie jest nonsensem biologicznym, ponieważ organizm człowieka nie potrzebuje nikotyny, ani żadnego składnika dymu tytoniowego. Charakterystyczne, że 100% palących to osoby uzależnione, w przeciwieństwie do ludzi pijących alkohol, z których tylko kilka procent się uzależnia. Skutki palenia, chociaż inicjacja nowotworowa w komórce następuje natychmiast – są oddalone w czasie. Występują po 20–30 latach palenia, co palących uspakaja i nie odczuwają postępującego zagrożenia. Niestety, choroba pojawia się najczęściej już w zaawansowanym stanie.

Nikotynizm jest także drogą do innych uzależnień. Słusznie, że to głębokie fizyczne i psychiczne uzależnienie zostało przez medycynę uznane za chorobę (F-17), podobnie jak inne uzależnienia chemiczne (narkomania i alkoholizm). Warto przypomnieć, że dym tytoniowy zawiera co najmniej sześć grup toksycznych substancji.

Nikotyna – alkaloid – jedyna substancja, która uzależnia. Nie ma zastosowania w medycynie. Do mózgu dostaje się w ciągu około 30 sekund, a działa 30 minut. Na korę mózgową działa hamująco, uspakajająco, lekko znieczula zakończenia nerwów czuciowych, zmniejsza uczucie głodu, przyspiesza czynność serca, kurczy, a następnie zwęża naczynia układu sercowo-naczyniowego i mózgu. Jest czynnikiem uszkadzającym śródbłonek, a jednocześnie silnie zwiększającym skłonność krwi do tworzenia zakrzepów w świetle naczynia. Dawka śmiertelna wynosi 50 mg – jedna kropla nikotyny.

Gazy duszące – m.in. tlenek węgla (blokuje hemoglobinę i zmniejsza ilość tlenu przenoszonego do tkanek), cyjanowodor, siarkowodor.

Gazy drażniące – np. amoniak, formaldehyd, chłorowodor, tlenek azotu, fenol.

Metale ciężkie (około dwudziestu) – kadm, ołów, cez, rtęć, chrom.

Pierwiastki radioaktywne – m. in. polon, fosfor.

Substancje smoliste – benzoapiren (udowodniono działanie rakotwórcze), benzoantracen, naftalen, hryzen, arsen i wiele innych podejrzanych o działanie kancerogenne.

Nikotyna w centralnym układzie nerwowym, pobudza receptory, które uwalniają różne neurohormony – dopaminę, acetylocholinę, wazopresynę, serotoninę i endorfinę – które przez krótki okres powodują pobudzenie, uczucie przyjemności, poprawę nastroju, osłabienie odczuwanie bólu. Jest to tzw. „pułapka nikotynowa”. Po ustąpieniu tych przyjemnych dla palacza doznań, zapala on następującego papierosa, żeby je podtrzymać. W tym okresie, w przypadku głębokiego uzależnienia, powstrzymanie się od zapalenia powoduje wystąpienie tzw. zespołu abstynencyjnego w postaci niepokoju, drażliwości, pogorszenia koncentracji, zwiększenia łaknienia, bólów i zawrotów głowy oraz bezsenności. Jest to sytuacja trudna do zaakceptowania przez palacza.

Coraz więcej wiemy na temat „biernego palenia”, które do pewnego czasu było bagatelizowane. Osoba paląca inhaluje substancje dymu tytoniowego w „strumieniu centralnym” spalane w temp. 950°C. Natomiast osoby niepalące, przebywające w tym środowisku, wdychają substancje ze „strumienia bocznego”, które nie są do końca spalane w temp. 600°C (żarzenie). Dlatego w „bocznym strumieniu” jest więcej – węglowodorów aromatycznych (m. in. benzoapirenu), nitrozoamin, amoniaku, kadmu, benzenu, formaldehydu, a także nikotyny. Ocenia się, że w Polsce z tego powodu ponad 1000 osób umiera na chorobę nowotworową.

Dym tytoniowy w domu palącego przenika wszędzie, zagrożone są dzieci, a także młodzież. Udowodniono, że młode dziewczęta, które wdychają dym biernie, zaczynają palenie od okresu miesiączkowania i palą 5 lat, mają skłonność do zachorowania na raka piersi ze względu na szybki rozwój komórek piersi w tym okresie.

W Polsce, niestety, 48% dorosłych przyznaje, że pali lub paliło w obecności dzieci, a 27% czyni to w obecności kobiet ciężarnych. Około 100 tys. dzieci podczas pierwszych 9 miesięcy istnienia razem z matką, jest ekspozowane na szkodliwe związki chemiczne zawarte w dymie tytoniowym.

Prawie cały świat aktywnie walczy z paleniem od ponad 35 lat. Epidemiologia i statystyka nikotynizmu jest dobrze poznana i monitorowana. **Aktualnie na świecie pali ponad miliard ludzi**, którzy wypalają 6 trylionów sztuk papierosów. W Europie pali 30% dorosłych mieszkańców, najwięcej w Grecji – 45% i na Węgrzech – 40%.

W Polsce pali co trzeci dorosły mężczyzna (około 8 mln.) i co piąta dorosła kobieta (ponad 3 mln.). W ciągu ostatnich kilkunastu lat przestały palić 3 miliony osób. Większość palaczy uzależnia się od nikotyny w wieku szkolnym, a doświadczenie z paleniem papierosów deklaruje 60% dzieci kończących szkołę podstawową.

Na świecie z powodu chorób odtytoniowych umiera rocznie 6 mln. osób oraz 600 tys. niepalących, którzy przebywali w otoczeniu palaczy. W Europie z tego powodu umiera rocznie 650 tys. osób, a w Polsce około

40 tys. Aktualnie w Polsce wypala się 60 mld. papierosów (przed kilku laty było to aż 100 mld.).

Średnio statystyczny palacz wydaje miesięcznie na papierosy około 208 zł, natomiast całość wydatków na papierosy to tyle, ile wynosi połowa budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przyjmuje się statystycznie, że **wypalanie dziennie 20 papierosów skraca życie o 5 lat.**

Palacze papierosów różnią się siłą uzależnienia oraz stopniem gotowości do zerwania z nałogiem. Siłę uzależnienia można zmierzyć prostym zestawem pytań, znanych jako test Fageströma:

- czy budzisz się w nocy aby zapalić papierosa (tak – 3 punkty);
- jak szybko po przebudzeniu zapalasz pierwszego papierosa (do 5 min. – 3 pkt., 30–60 min. – 1 pkt.);
- czy masz trudności z powstrzymaniem się od palenia w miejscach zakazanych (tak – 1 pkt);
- z którego papierosa jest ci najtrudniej zrezygnować – z pierwszego rano (tak – 1 pkt);
- czy częściej palisz w ciągu pierwszych godzin po przebudzeniu (tak – 1 pkt);
- czy palisz papierosy nawet wtedy, gdy jesteś chory (tak – 1 pkt).

Suma łączna poniżej 7 punktów – szansa na szybkie rzucenie nałogu, a powyżej 7 – to silne uzależnienie biologiczne i psychiczne, wymagające dostarczania nikotyny do organizmu.

Aktualnie w wielu krajach Świata, w Europie i w Polsce, prowadzone są dwie duże kampanie antynikotynowe. Pierwsza została podjęta w USA w 1973 r., gdy miejscowy wydawca gazety w małym miasteczku Ponticello zaproponował swoim czytelnikom zaprzestanie palenia na 24 godziny. Efekt był nadzwyczajny, 10% już nie wróciło do nałogu. W Polsce organizowana jest od 1991 r. pod hasłem „Rzuć palenie razem z nami”, zawsze w trzeci czwartek listopada.

Druga to „Światowy Dzień bez tytoniu”, 31 maja, uchwalona przez Światową Organizację Zdrowia w 1988 r., pod hasłem docelowym „Europa wolna od dymu tytoniowego”.

Prekursorem kampanii zwalczania tytoniu w Europie był jednak prof. Richard Doli, który pierwszy na świecie udowodnił zależność między paleniem tytoniu i rakiem płuc. Było to 60 lat temu. Duże zasługi w profilaktyce palenia ma były prezydent USA B. Clinton. W 1996 r. uznał nikotynę za narkotyk i wprowadził ograniczenie palenia wśród młodzieży.

Ostatnio ukazała się informacja, że Islandia zamierza za kilka lat wprowadzić sprzedaż papierosów wyłącznie na receptę i tylko tym osobom, u których lekarz stwierdza trwałe uzależnienie.

Efekty kampanii antynikotynowej w Polsce:

- powstała pierwsza ustawa antynikotynowa,

- zaprzestano palenia około 3 mln. osób,
- zmniejsza się ilość zachorowań mężczyzn na raka,
- nie przyrasta ilość palących,
- zmniejszyła się ilość sprzedawanych papierosów (o 10–15%),
- znacznie zmniejszyła się ilość palących lekarzy (o 50%) – pali nadal 10–15%,
- nie ma już „mody na palenie”,
- częściej palą osoby mniej wykształcone.

Ostatnio w naszym kraju, w ramach konsensusu profilaktyki chorób układu krążenia, zarekomendowano u wszystkich osób od 10 roku życia wzwyż scenariusz „5P”. Polega on na regularnym pytaniu przez wszystkich lekarzy pacjentów o palenie tytoniu, udzielanie porad palaczom, przygotowanie do zerwania z nałogiem, udzielanie pomocy wszystkim zamierzającym zaprzestać palenia oraz planowanie dalszego wspierania pacjenta.

Leczenie uzależnienia od nikotyny jest bardzo trudne, ale choroba jest uleczalna. Metod i leków jest coraz więcej, lecz najważniejsza jest gotowość i silna wola osoby uzależnionej, przy wsparciu farmakologicznym i psychologicznym. Od kilkunastu lat trwa praca nad szczepionką przeciw nikotynizmowi – były już pierwsze próby na ochotnikach. Szczepionka zawiera cząstkę nikotyny połączoną z białkiem pochodzącym z bakteriofagów. Żeby była skuteczna, układ odpornościowy musi rozpoznać nikotynę i wytworzyć przeciwciała, które mają ją związać i nie dopuścić do receptorów mózgu, żeby nie spowodowała wytwarzania dopaminy i jednocześnie likwidowała głód nikotynowy. Niestety, efekty działania szczepionek w tej fazie badań są jeszcze nie zadowalające.

Na zakończenie krótka historia tytoniu – tej bardzo szkodliwej dla zdrowia człowieka rośliny:

- 1492 – Krzysztof Kolumb otrzymał w prezencie od tubylców z okolic San Salvador suche liście tytoniu,
- około 1500 r. – tytoń sprowadzono do Europy, gdzie znalazł zastosowanie jako lekarstwo,
- 1560 – Jean Nicot, francuski ambasador Portugalii, opisał własności głównej substancji zawartej w liściach tytoniu, nazwanej później od jego nazwiska nikotyną,
- około 1600 r. – pierwsza plantacja w stanie Wirginia w USA,
- 1818 r. – pierwsza maszyna do skręcania papierosów o wydajności 120 tys. sztuk dziennie,
- 1890 – początek ruchu przeciwników palenia w USA,
- Papież Urban VIII groził palącym ekskomuniką,
- I Wojna Światowa – amerykański Departament Wojny dołączył papierosy do żołnierskich racji żywnościowych,
- II Wojna Światowa – Prezydent Roosevelt popierał uprawę tytoniu,

- 1953 Ronald Reagan – wtedy aktor – pojawia się w reklamie z papierosem, w tym okresie umierają z powodu palenia znani artyści H. Bogart, Nat King Cole i Y. Bruner,
- 1964 – naczelny lekarz USA ogłosił, że palenie ma związek z chorobą nowotworową i zawałem serca,
- 1966 – na paczce papierosów pojawił się napis: „palenie może zagrażać zdrowiu”,
- 1971 – zakaz reklamy tytoniu w amerykańskich mediach,
- 1989 – powstało określenie „bierne palenie”,
- 1989 – ustalono, że prawdopodobieństwo zgonu palacza w stosunku do osoby niepalącej jest 15-krotnie większe.

Reasumując, należy stwierdzić, że palenie tytoniu to epidemia naszych czasów, obejmująca ogromną populację narażoną na wiele poważnych chorób odtytoniowych. W tym kontekście warto zastanowić się nad znanym powiedzeniem: **„Kto myśli nie pali, a kto pali nie myśli”**. Popularnie mówi się, że „to mózg musi rzucić palenie”, ponieważ tam powstaje i kończy się uzależnienie.

Oprócz przywołanego na początku tego artykułu cytatu z wypowiedzi prof. Zbigniewa Religi, warto cytować jeszcze jedno zdanie tego wybitnego lekarza: **„Zwracam się z apelem do palaczy – starajcie się rzucić palenie”**.

Lek. med. Włodzimierz JANISZEWSKI
specjalista epidemiolog
(przedruk z „Doktora” nr 4/11)

Zegary biologiczne w fizjopatologii człowieka

Każda funkcja wewnątrzustrojowa podlega zmianom rytmów biologicznych sterowanych przez specjalne struktury znajdujące się w układzie nerwowym i umożliwiające przystosowanie podstawowych procesów życiowych organizmu do zmian w jego środowisku wewnętrznym i zewnętrznym. Te rytmy biologiczne powstały w wyniku działania ruchów obrotowych Ziemi wokół swej osi, pociągających za sobą występowanie dnia i nocy oraz obiegu naszej planety wokół Słońca, warunkującego występowanie pór roku oraz wpływu wielu innych czynników środowiskowych na organizm.

Do najbardziej poznanych rytmów biologicznych ssaków, w tym także człowieka, należą te pozwalające na odczytywanie upływającego czasu, pory dnia i roku, umożliwiające synchronizowanie funkcji życiowych ze zmianami zachodzącymi w środowisku zewnętrznym i, co ważne, przewidywanie zmian zachodzących w tym środowisku. Wyróżnia się rytmy krótkoterminowe – jak okołodobowe i długoterminowe – jak sezonowe, okołoroczne i wieloletnie. W rytmie np. okołodobowym zmienia się m.in. stężenie we krwi wielu różnych hormonów, aktywność lokomocyjna ciała (rytm sen – czuwanie), jego temperatura, wrażliwość wzrokowa, ciśnienie tętnicze i akcja serca, motoryka układu trawiennego i wydzielanie soków trawiennych przez gruczoły trawienne, aktywność metaboliczna komórek i tkanek i in.

W procesie ewolucyjnym trwającym miliony lat wykształciły się specjalne neurony w ośrodkowym układzie nerwowym, monitorujące fotoperiody środowiskowe i warunkujące odpowiednie zmiany w funkcjach narządów ciała. W odmierzaniu czasu w ciągu doby główną rolę odgrywa tzw. kompleks okołodobowy złożony z:

- 1) naczelnego zegara (zegar matka) odpowiedzialnego za wytwarzanie rytmu biologicznego,
- 2) szlaków doprowadzających sygnały środowiskowe do tego zegara i

3) szlaków, którymi przekazywane są sygnały z tego naczelnego zegara do obwodowych struktur efektorowych organizmu.

U ssaków ten naczelny zegar biologiczny znajduje się w jądrach nadskrzyżowaniowych w przedniej części podwzgórza (z ang. *Suprachiasmatic nuclei* – SCN) złożonych z gęsto upakowanych (około 10000) neuronów, w których zasadniczą rolę odgrywają tzw. geny zegarowe, do których zalicza się geny Clock, Bmal1, Per1, Per2, Cry1, Cry2. Rytmiczna ekspresja tych genów koordynowana przez melatoninę, hormon uwalniany rytmicznie, głównie przez szyszynkę, warunkuje wytwarzanie rytmu zegara biologicznego.

Naczelny zegar biologiczny w podwzgórzu potrzebuje informacji ze środowiska zewnętrznego, pełniącego rolę „dawcy czasu” (z niem. *Zeitgeber*). Rolę dawcy czasu pełnią cykliczne zmiany środowiskowe głównie w postaci zmian w intensywności oświetlenia, temperatury, wilgotności i in. Odbiór zmian w oświetleniu dla potrzeb zegara biologicznego zachodzi w siatkówce, z tym że nie przez jej komórki fotoreceptorowe, tzn. czopki i pręciki, ale poprzez stosunkowo niewielką liczbę światłoczułych komórek zwojowych zawierających nowo odkryty barwnik wzrokowy melanopsynę i zbierających informacje świetlne z obrazu siatkówki, przekazujących je dalej do neuronów SCN.

Kluczowym elementem kompleksu systemu okołodobowego są jego mechanizmy wykonawcze, przekazujące informacje chronobiologiczne przekazywane z naczelnego zegara w centralnym układzie nerwowym do tkanek i narządów. Tę funkcję przekaźnikową do narządów wykonawczych pełni odkryty w 1958 r. przez Aarona B. Lerner, amerykańskiego dermatologa z Yale University, hormon melatonina, który wyosobniono w nadziei, że znajdzie zastosowanie w leczeniu odbarwienia skóry (bielactwa) u ludzi. Melatonina jednak okazała się

bez wpływu na przebarwienia skóry i dopiero w 1980 r. udało się Lernerowi otrzymać z przysadki świni hormon stymulujący melanocyty skóry (*Melanocyte stimulating hormone, MSH*). Początkowo sądzono, że tylko szyszynka jest jedynym miejscem wytwarzania melatoniny, ale w ostatnich latach, także dzięki naszym pracom prowadzonym w Zakładzie Fizjologii UJ w Krakowie, okazało się, że inne narządy, szczególnie śluzówka przewodu pokarmowego, wytwarza blisko 400 razy więcej tej substancji na drodze biosyntezy z tryptofanu, jednego z niezbędnych aminokwasów pobieranych z pokarmem białkowym, a tylko niewielkie ilości tego hormonu powstają także w siatkówce i szpiku kostnym, nie wykazując tu jednak rytmiki okołodobowej.

Endogenne okołodobowe rytmy biosyntezy melatoniny w szyszynce jest zsynchronizowany z rytmem oświetleniowym środowiska zewnętrznego. Profil syntezy melatoniny w szyszynce jest regulowany przez światło, którego brak w nocy, najczęściej między godziną 2. a 4. warunkuje najwyższą ekspresję genową melatoniny w pinealocytach szyszynki i jej szczytowe stężenie we krwi, połączone z głębokim snem. Tak jak dla szyszynki czynnikiem generującym melatoninę jest brak światła, to dla przewodu pokarmowego te funkcje pobudzającą syntezę melatoniny spełnia podawanie pokarmu, szczególnie o dużej zawartości tryptofanu, z którego bezpośrednio w śluzówce żołądka i jelit powstaje serotonina i z niej dalej melatonina. Melatonina w tabletkach 1–5 mg jest powszechnie dostępna bez recepty i zalecana w zaburzeniach snu. Podobne działanie wywiera L-tryptofan stosowany doustnie w dawce 500 mg i prowadzący do wzrostu stężenia melatoniny we krwi połączony ze wzmożoną sennością, szczególnie u osób cierpiących na zaburzenia w zasypianiu lub odbywających długie podróże pomiędzy strefami czasowymi i cierpiących na bezsenność, a także wykonujących pracę zmianową.

Zaburzenia rytmu biologicznego np. występujące u ludzi z ograniczeniem snu, u pracowników zmianowych (praca nocna), u ludzi często przekraczających różne strefy czasowe, u starzejących się, w stanach stresowych i innych może prowadzić do zaburzeń aktywności zegarów biologicznych. W następstwie zaburzeń zegarów biologicznych może dojść do poważnych chorób takich jak zarzucanie żołądkowo-przełykowe, wrzód trawienny, zespół jelita nadwrażliwego, cierpienie, a nawet rak przewodu pokarmowego. Stosowanie melatoniny lub jej prekursora, tryptofanu może być skuteczne w leczeniu tych zaburzeń dzięki m.in. przywracaniu rytmów biologicznych z udziałem melatoniny. Dzięki współpracy z prof. K. Celińskim z Kliniki Gastroenterologicznej w Lublinie, udało się nam wykazać, że podawanie doustne melatoniny lub tryptofanu zapobiega i przyspiesza gojenie ostrych uszkodzeń błony śluzowej żołądka wywołanych pobieraniem niesterydowych leków przeciwzapalnych np. aspiryny i ułatwia gojenie wrzodów trawiennych żołądka i dwunastnicy wywołanych infekcją *Helicobacter pylori* u ludzi. Te korzystne skutki stosowania tryptofanu i melatoniny w chorobach układu trawiennego mogą zależeć po części od poprawy efektywności zegarów biologicznych zaburzonych w wyniku choroby oraz od bezpośredniego hamowania przez te substancje wolnych rodników powstających w wyniku uszkodzeń trawiennych.

Zegary biologiczne uczestniczą w kontroli czynności wszystkich podstawowych funkcji organizmu ludzkiego, a szczególnie w regulacji funkcji układu nerwowego, sercowo-naczyniowego, oddechowego, dokrewnego i in., ale badania nad udziałem rytmów biologicznych w tej kontroli wymagają dalszej pracy.

Prof. Stanisław J. KONTUREK
Katedra Fizjologii CM UJ

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 2/12)

CO PISZĄ INNI

Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych

Czy lepsze jest wrogiem dobrego?

W dniu 28 kwietnia 2011 r. Sejm znowelizował ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, której przepisy weszły w życie 1 stycznia br., dlatego przy urzędach wojewódzkich w całej Polsce zostały na przełomie roku powołane Wojewódzkie Komisje ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. Pod terminem „zdarzenie medyczne” – jak stanowi przepis ustawy – mamy rozumieć niezgodną z aktualną wiedzą medyczną diagnozę, niekorzystne skutki leczenia (w tym zabiegu ope-

racyjnego), czy zastosowanie niewłaściwego produktu medycznego, następstwem czego stała się szkoda pacjenta (zakażenie, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia albo śmierć).

Do składu szesnastoosobowej komisji, która ma być złożona – zgodnie z przepisami – pół na pół z przedstawicieli zawodów medycznych oraz prawników, po jednym jej członku powołują minister zdrowia i Rzecznik Praw Pacjenta, a czternastu wojewoda. Wybiera ich spo-

śród kandydatów rekomendowanych przez samorządy zawodów medycznych: lekarski, pielęgniarski i diagnostów laboratoryjnych – łącznie cztery osoby oraz przez samorządy prawnicze – również czterech przedstawicieli, a ponadto przez organizacje działające na rzecz pacjenta – pozostałe sześć osób.(...)*

Poszkodowany pacjent lub jego rodzina składa do komisji wniosek z uzasadnieniem zaistnienia zdarzenia medycznego i propozycją wysokości oczekiwanego odszkodowania, wnosząc stosowną 200-złotową opłatę. Komisja przekazuje wniosek do szpitala, na który chory skarży się (i to szpital jest stroną w sprawie), jak też do firmy, która ten szpital ubezpiecza. W ciągu 30 dni mają one (szpital i ubezpieczyciel) czas na przedstawienie swego stanowiska, wraz z dowodami na jego poparcie. Brak tegoż oznacza akceptację roszczenia, natomiast określenie stanowiska pozwanych stron skutkuje zwołaniem posiedzenia komisji, która orzeka w składzie czteroosobowym. Po przeprowadzeniu czynności dowodowych, komisja wydaje orzeczenie w formie pisemnej. Całe postępowanie przed komisją nie może trwać dłużej niż 7 miesięcy. Celem jej postępowania ma być ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda, stanowiło zdarzenie medyczne.

Zgodnie z ustawowymi zapisami, za utratę zdrowia pacjent może otrzymać maksymalnie 100 tys. zł, a rodzina za śmierć bliskiej osoby spowodowaną „błędem” w szpitalu – do 300 tys. zł. Na szpitala nałożono obowiązek wykupywania specjalnych polis ubezpieczeniowych od zdarzeń medycznych (do tej pory musiały mieć tylko ubezpieczenie OC). Jeżeli pacjent przyjmie zaproponowane mu przez ubezpieczyciela odszkodowanie, zrzeka się tym samym dalszych roszczeń na drodze sądowej. Sądzę, że w założeniu ma to zmniejszyć liczbę rozpraw przed sądami powszechnymi (które – jak wiadomo – nierzadko toczą się latami), ale czy tak się w istocie stanie? Jak ogólnie wiadomo, liczba spraw o odszkodowanie w sprawach lekarskich wnoszonych do sądów lawinowo rośnie, a przyczyna tkwi nie tylko w większej świadomości pacjentów co do swoich praw, ale głównie w coraz większej rzeszy specjalizujących się w tych zagadnieniach prawników. Jest to kolejny przykład zdarzeń, które razem z Mc Donalds'em przekroczyły naszą zachodnią granicę.

Utworzenie tej osobnej instytucji (?), komisji (?), a może swego rodzaju sądu (?) – trudno wybrać odpowiednią nazwę – zbyt mocno kojarzy się z okresem PRL-u, gdzie takie komisje (zwane komisjami kontroli zawodowej), również mające w nazwie wojewódzkie, były powoływane – na mocy ustawy z 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia – do rozstrzygania sporów głównie między pacjentami i lekarzami. Kres ich działalności przyniosło reaktywowanie izb lekarskich, co było niewątpliwie olbrzymim osiągnięciem naszych czasów, przy których powołano do życia orga-

ny odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Każda skarga wnoszona przez poszkodowanego pacjenta lub jego rodzinę najpierw jest rozpatrywana przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, który decyduje o dalszym postępowaniu i ewentualnym skierowaniu sprawy do Okręgowego Sądu Lekarskiego. Tylko część skarg, oprócz udowodnienia popełnienia błędu oskarżonemu lekarzowi, związana jest z chęcią uzyskania materialnego zadośćuczynienia, jednak uznanie winy przez sąd lekarski znacznie ułatwia uzyskanie rekompensaty finansowej przed sądem powszechnym. To do jego bowiem wyłącznych kompetencji należy ustalenie sumy ewentualnego zadośćuczynienia czy odszkodowania, z uwzględnieniem wielu czynników, które rozpatrywane są podczas przewodu sądowego, a także wniosków zarówno prokuratora, jak i obrońcy.

Sprawa, która trafia do sądu lekarskiego, rozpatrywana jest w składzie trzech lekarzy, najczęściej z dużym doświadczeniem zawodowym. Jest w zwyczaju, że jednym z sędziów jest specjalista z dziedziny, której sprawa dotyczy. Wielokrotnie mogłem się przekonać podczas rozpraw, w których uczestniczyłem, jak ważna i pomocna jest opinia tego członka składu orzekającego. Należy również podkreślić, że najczęściej wydanie końcowego orzeczenia i ustalenie wymiaru kary jest poprzedzone burzliwą dyskusją. O jej znaczeniu i wartości wiedzą ci (zwłaszcza trochę mniej młodzi!), którzy pamiętają znakomity film Sidneya Lumeta pt. „Dwunastu gniewnych ludzi”. Dla przypomnienia muszę dodać, że jest to historia ławy przysięgłych obradujących po procesie młodego chłopaka oskarżonego o morderstwo. Końcowy werdykt ławników poprzedzony był długą wymianą opinii i wątpliwości, co zmieniło całkowicie wstępny osąd o winie oskarżonego.

Przykład ten dowodzi, jak skomplikowane i trudne jest wydanie końcowego orzeczenia w znacznej części wnoszonych skarg do izbowych organów odpowiedzialności zawodowej. Rola Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych będzie pozornie znacznie prostsza. Będzie musiała ustalić tylko, czy zdarzenie medyczne zaistniało albo o jego braku. Ale na podstawie jakich kryteriów? Pozostaje zatem otwarte pytanie, czy nie będzie to jak przez lata, że głos decydujący będzie miał bardzo ważny i skompromitowany „czynnik społeczny”? Bo jeśli nawet – jak stanowi ustawa – w skład komisji wchodzi przedstawiciel palestry, to czy będzie on miał w niej głos decydujący? Jak również będzie wyglądała możliwość odwołania się od orzeczenia komisji i do kogo? Te pytania można dalej mnożyć...

Przełom minionego i bieżącego roku, za sprawą ustawy refundacyjnej, uświadomił społeczeństwu, jak wiele wad ma struktura naszego lecznictwa podporządkowana NFZ-etowi. Mimo jednak istotnych utrudnień na rynku leków i kolejnych, jak zwykle, oskarżeń rzucanych pod adresem lekarzy przez media, 70% ankietowanych w tej sprawie uważało, że mamy rację. Broniąc naszego

czasu i kieszeni, broniliśmy również pacjentów, którym narzucone nam biurokratyczne czynności odbierają czas badania. Nie jestem jednak pewien, czy – choć korzyści płynące z wprowadzenia tzw. szybkiej ścieżki w dochodzeniu roszczeń są tylko pozorne – powołanie komisji nie umocni lansowanej opinii o „złych, bezdusznym i egoistycznym” lekarzach pracujących w szpitalach.

Osobnym, a niezwykle ważnym aspektem prac komisji jest problem biegłego, który nierzadko powoływany jest przez sąd lekarski, a prawie zawsze w sprawach lekarskich przez sąd powszechny. Komisja ma również prawo powołać biegłego – co ustawa dopuszcza, a co znowu upodabnia jej czynności do sądu powszechnego, ale też niewątpliwie przedłuża i podnosi koszty postępowania, które z pewnością przekroczą 200-złotową opłatę wniesioną przez skarżącego.

W założeniu komisja przekazuje wniosek skarżącego do odpowiedniego szpitala (zazwyczaj już zadłużonego) oraz jego ubezpieczyciela. Wątpię, że będzie on od razu akceptowany, w każdym innym przypadku byłaby to kolejna próba dyskryminacji prawnej szpitala czy zatrudnionego w nim lekarza. Z dotychczasowej praktyki wiadomo, że jednym z najczęstszych wniosków o odszkodowanie jest zarażenie wirusem żółtaczką zakaźną czy zakażenie wewnątrzszpitalne, jako przyczyna powstałych powikłań. Jestem przekonany, że wspomniana, stosunkowo niewielka opłata będzie zapewne zachętą do wnoszenia skarg w przypadkach nie tak jednoznacznych, ale wymagających zaangażowania biegłego, o skutkach czego już wyżej pisałem.

Dalszy bieg postępowania rodzi kolejne wątpliwości, a dotyczą one znacznego zwiększenia stawek ubezpieczeniowych dla mających stałe trudności finansowe szpitali. Według szacunków PZ, na to dodatkowe ubezpieczenie wydadzą one około 240 milionów zł rocznie. Tę sumę ze składek zbiorą ubezpieczyciele, a wychodzi to średnio po 300 tysięcy zł na szpital i będzie zależało od stopnia ryzyka wykonywanych procedur (takie szacunki podała „GW” ze stycznia 2012 r.). Czy na przykład w przypadku skargi na przedłużający się proces gojenia się rany pooperacyjnej, co spowoduje konieczność wypłaty pacjentowi odszkodowania, szpital nie wystąpi z regresem do leczącego go lekarza? Pozostaje wiele wątpliwości, zwłaszcza że ustawodawca przedmiot skargi określa jako „zdarzenie medyczne”(!), co już z założenia ułatwia bardzo dowolną interpretację tego określenia.

Nadal niejasna jest rola ubezpieczyciela w procesie orzekania o wypłacie odszkodowania. O ile w sprawie uznania, że przyczyną skargi jest ewentualny błąd lekarski, będzie mogła decydować „medyczna część” składu komisji (4-osobowego), to jakie będą kryteria ustalenia wysokości odszkodowania? Ustawa stanowi, że propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia przedstawia podmiotowi składającemu wniosek ubezpieczyciel szpitala, nie może ona jednak przekraczać maksymalnych kwot, o których było na początku. Szczegółowe stawki

w przypadku orzeczenia przez komisję określonego zdarzenia medycznego ma ustalić w rozporządzeniu minister zdrowia. Jakże to będą konkretnie kwoty? – wiadomo będzie wkrótce, jako że gotowy jest już projekt tego aktu prawnego**. Z góry można jednak przypuszczać, że... nie będą satysfakcjonujące dla poszkodowanych pacjentów lub ich rodzin.

W rozprawie przed sądem lekarskim obwiniony lekarz może korzystać z pomocy innego wybranego przez siebie lekarza, ale również profesjonalnego adwokata. Czy ta forma, w odniesieniu do pełnomocnika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, będącego stroną w sprawie, będzie możliwa podczas posiedzeń komisji wojewódzkiej? Obwiniony może odwołać się od decyzji komisji, kolejną sprawę prowadzi już inny skład osobowy, ale... tej samej komisji. Różni się to od przypadku sądu lekarskiego czy powszechnego, gdzie adresatem odwołania jest instytucja nadrzędna. Te pytania można nadal mnożyć...

Nieodparcie nasuwa się porównanie obecnie tworzonych wojewódzkich komisji do powołania przed kilku laty sądów doraźnych do natychmiastowego karania prowodyrów bijatyk stadionowych. Ta pozornie słuszna decyzja ostatnio jest szeroko krytykowana za niezwykle dysproporcję między poniesionymi nakładami (finansowymi, personalnymi itd.), a uzyskiwanymi korzyściami. Mam wiele wątpliwości, czy dalsze losy komisji wojewódzkich nie będą podobne. Stąd rodzą się kolejne pytania, czy ta forma, mająca jakoby zaspokoić przede wszystkim żądania finansowe pokrzywdzonych pacjentów ma na celu ominięcie dotychczasowych sprawdzonych form? – zarówno w sądach lekarskich, jak i powszechnych. Czy nie jest to kolejna próba, aby udowodnić publicznie, że przyczyną narastających trudności w lecnictwie społecznym są przede wszystkim błędy lekarzy?

I wreszcie, czy kwota 200 złotych wnoszona przez skarżącego pacjenta będzie miała na celu podreperowanie budżetu wojewody? Jak wynika z regulaminu komisji, uczestnictwo w posiedzeniach jest honorowane ekwiwalentem finansowym, którego łączna wartość wielokrotnie przekracza wpłatę składającego wniosek. Czy ta sytuacja nie będzie podobna do utworzenia skomplikowanego i pewno bardzo drogiego systemu komputerowego do wykrycia – jak się szacuje – 0,3% nieubezpieczonych chorych?

Decyzja została jednak podjęta, a najbliższe miesiące prawdopodobnie wykażą jej racjonalność albo też... wręcz odwrotnie.

*Ryszard MARKERT
Łódź, 8 lutego 2012 r.*

* Skrót pochodzi od Redakcji opolskiej.

** Rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego – minister zdrowia podpisał 10 lutego 2012 r., opublikowane ono zostało w Dz. U. z 2012 r., poz. 27 i obowiązuje od 22 lutego br.

(przedruk z „Panaceum” nr 4/12)

KONSyliUM24.PL – czyli lekarze dla lekarzy

Z Arturem CICHONIEM, pomysłodawcą i założycielem portalu Konsylium24.pl, rozmawia Marek Derkacz

Skąd zrodził się pomysł na stworzenie specjalistycznego portalu dla lekarzy?

Pomysł pojawił się na wiosnę 2008 r., jako rezultat obserwacji rozwoju tzw. mediów społecznościowych na świecie i refleksji nad możliwościami, jakie oferują nowe media komunikacji on-line. Sam portal został uruchomiony w październiku 2008 r.

Ile osób liczy zespół czuwający nad właściwym funkcjonowaniem portalu?

Nadzór nad funkcjonowaniem serwisu oraz prace nad jego rozwojem wymagają obecności wielu specjalistów – informatyków, menedżerów projektu, grafików oraz oczywiście tzw. community managerów. Tymi ostatnimi są lekarze. Aktualnie mamy dwóch lekarzy w zespole.

Czy Konsylium24.pl jest portalem przeznaczonym wyłącznie dla lekarzy?

Portal jest przeznaczony tylko i wyłącznie dla lekarzy. Każde zgłoszenie jest weryfikowane w Centralnym Rejestrze Lekarzy w Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Czym różni się Konsylium24.pl od innych polskich portali medycznych?

Głównym wyróżnikiem portalu jest to, że jego zawartość jest tworzona i pisana wyłącznie przez lekarzy. Jest to serwis, w którym są informacje od lekarzy dla lekarzy.

Czy korzystanie z portalu jest dla jego użytkowników całkowicie bezpłatne?

Tak. Spółka wydająca portal zarabia na publikacji materiałów reklamowych lub informacyjnych przeznaczonych dla lekarzy oraz na badaniach ankietowych opinii lekarzy przeprowadzanych on-line.

Jak można zostać członkiem portalu?

Każdy lekarz posiadający numer PWZ zgłoszony w NIL może wypełnić formularz rejestracyjny i po pozytywnym zweryfikowaniu danych uzyskuje dostęp do serwisu.

Konsylium24.pl zdobywa coraz większą popularność wśród lekarzy. Ilu medyków obecnie zrzesza portal?

W tej chwili mamy zarejestrowanych ponad 30.500 lekarzy.

Jakie korzyści daje rejestracja w serwisie?

Obecność na portalu daje lekarzom możliwość komunikacji z 30.000 innych polskich lekarzy. Formuła portalu jest oparta na dyskusji. Cała zawartość jest pisana przez lekarzy, którzy sami zgłaszają problemy, a następnie o nich rozmawiają, szukając praktycznych rozwiązań. Konsylium24.pl w swojej idei ma ułatwiać codzienną pracę lekarzom – umożliwia niezwykle szybkie konsultacje z tysiącami specjalistów z całej Polski,

daje łatwy dostęp do informacji i opinii na różne zawodowe tematy, potrzebne każdemu lekarzowi praktykowi. Pozwala to zaoszczędzić czas, a przy okazji rozwijać się i nawiązywać ważne, z zawodowego punktu widzenia, kontakty. Według naszych obserwacji często to właśnie lekarze, którzy mają najmniej wolnego czasu – najbardziej doświadczeni – najczęściej korzystają z Konsylium24.pl.

Portal ma różne działy...

Głównym działem portalu jest sekcja „Problemy kliniczne”, poświęcona rozwiązywaniu problemów klinicznych zgłoszonych przez samych użytkowników. Do tej pory przedyskutowano kilkanaście tysięcy takich problemów. Kolejnym działem jest część nazwana „Fora dyskusyjne”, skupiająca prawie pięćdziesiąt różnotematycznych paneli pozaklinicznych – od problemów w pracy, poprzez tematy związane z edukacją lekarzy, a na humorze lekarskim kończąc. W styczniu wyjątkową popularnością cieszył się nowo powstały dział „Refundacja 2012”. Jest również dział z wiadomościami medycznymi i doniesieniami naukowymi, dział z ofertami pracy, baza konferencji medycznych oraz indeks leków.

Czy na stronach portalu będzie można znaleźć aktualizowane co dwa miesiące listy leków refundowanych?

Tak. Z serwisem Konsylium24.pl jest zintegrowana wyszukiwarka leków z aktualną bazą informacji o lekach dostępnych w Polsce.

Jakie zagadnienia medyczne cieszą się największą popularnością wśród lekarzy korzystających z serwisu?

Patrząc okiem statystyka, najwięcej problemów klinicznych (do dzisiaj 4160) dotyczy specjalizacji choroby wewnętrzne. Ale w serwisie są dyskusje ze wszystkich 72 specjalizacji medycznych, w tym do dzisiaj mieliśmy już 1999 dyskusji z psychiatrii, 1379 z kardiologii, 1485 z neurologii i wiele innych.

Przeciętny użytkownik portalu to...?

Rozkład specjalizacji lekarskich naszych użytkowników odzwierciedla sytuację w świecie realnym, tak więc najwięcej mamy internistów i lekarzy rodzinnych, ale w sumie jest ich mniej aniżeli 1/3 wszystkich zarejestrowanych. W serwisie są lekarze ze wszystkich 72 specjalizacji medycznych. 25% naszych użytkowników ma staż pracy do 5 lat, ale tyle samo zarejestrowanych ma staż powyżej 20 lat pracy. Większość (ok.70%) zarejestrowanych w serwisie lekarzy, tak jak wśród lekarzy w ogóle, to kobiety.

(przedruk z „Medicusa” nr 4/12)

Duża Praxisklinik w Zagłębiu Ruhry poszukuje lekarza ogólnego z możliwością wieloletniego doksztalcania i późniejszego przejścia ośrodka. Kontakt: **praxis@sworszt.de**, tel. 00491714123221. **Praxis-klinik Sworszt, Cranegr Str. 276, 45891 Gelsenkirchen, Niemcy.**

* * *

Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Branicach zatrudni lekarza rehabilitacji medycznej, lekarzy psychiatrów, małżeństwo psychiatra-neurolog, psychiatra-internistę, lekarzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w zakresie psychiatrii. Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz nowe mieszkania służbowe. Kontakt pod numerem telefonu: 77/40-34-307 lub e-mail **sws.kadry@op.pl**.

* * *

NZOZ SPECJALISTYKA w Opolu ul. Ozimska 20 zatrudni w formie umowy cywilno-prawnej lekarzy specjalistów z zakresu endokrynologii i kardiologii lub w trakcie specjalizacji w tych dziedzinach. Szczegółowe informacje pod numerem telefonu 602-892-187.

* * *

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Słupsku zatrudni lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej i onkologii kli-

nicznej. Informacje: tel. 59/84-60-624; e-mail – **kadry@szpital.slupsk.pl**.

* * *

Sprzedam **unit stomatologiczny Exima** razem z końcówkami na światło i kamerę wewnątrzustną.

Tel. kontaktowy 693-629-034.

* * *

Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji ORL w Szczecinie, przy współpracy Jacht Klubu AZS w Szczecinie, organizuje w dniach 22–24.06.2012 r. **IX OGÓLNOPOLSKIE MISTRZOSTWA IZB LEKARSKICH w żeglarstwie w klasie OMEGA**. Mistrzostwa odbywać się będą na Jeziorze Dąbie.

Zgłoszenia należy kierować do:

- mgr Kamila Sidor tel. 91/48-74-936 OIL w Szczecinie,
- dr Halina Teodorczyk tel. 601-416-864,
- dr Halina Ey-Chmielewska tel. 601-576-160.

Termin nadsyłania zgłoszeń upływa 15 maja 2012 r. Opłata startowa wynosi 1.200 zł od 3-osobowej załogi (wyłącznie członkowie izby lekarskiej z Polski). Wpłaty należy kierować na konto: ING BANK ŚLĄSKI 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034 z dopiskiem: Regaty OIL.

Dodatkowe informacje i formularz zgłoszeniowy można znaleźć na stronie internetowej: **www.oil.szczecin.pl** w zakładce Sport, Kultura i Rekreacja.

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



Atlas technik chirurgicznych górnego odcinka przewodu pokarmowego i jelita cienkiego

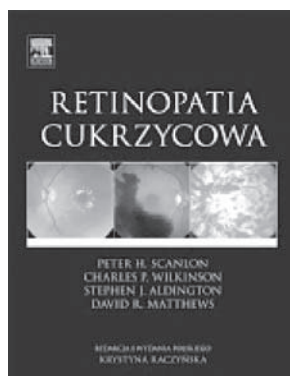
J. Ponsky, M. Rosen

Wyd. I polskie, red. J. Szmidt
 ISBN: 978-83-7609-661-2, format: 210x280, opr. twarda, 254 strony, cena det.: 163.00 zł, twoja cena: 146.71 PLN (326 ELS pkt.)

Atlas przeznaczony jest dla praktykujących chirurgów, chirurgów w trakcie specjalizacji oraz studentów dokonujących przeglądu swoich umiejętności przed wykonaniem operacji bądź egzaminem. Postęp technologiczny i farmakologiczny powoduje, iż opracowywane są nowe rodzaje operacji, które zastępują stare metody. Prezentowana tematyka to najbardziej aktualne sposoby postępowania zilustrowane krok po kroku, z anatomią chirurgiczną, uwagami przed i pooperacyjnymi oraz radami i pułapkami, przedstawione na bazie osobistego doświadczenia autorów. Wyniki takiego postępowania zostały sprawdzone w ich codziennej praktyce. Chirurgia operacyjna pozostaje sztuką manualną, w której wiedza, trafność oceny oraz zdolności techniczne chirurga idą w parze

z korzyścią dla chorego. Perfekcyjne wykonanie operacji jest kluczem do sukcesu.

(Z przedmowy)



Retinopatia cukrzycowa

P.H. Scanlon, C.P. Wilkinson, D.R. Matthews, S.J. Aldington

Wyd. I polskie, red. K. Raczyńska
 ISBN: 978-83-7609-641-4, format: 208x272, opr. twarda, 211 stron, cena det.: 159.00 zł, twoja cena: 143.10 zł (318 ELS pkt.)

Jest to obszerne, bogato ilustrowane opracowanie, które powinno zainteresować okulistów, diabetologów i lekarzy rodzinnych mających kontakt z pacjentem zgłaszającym zaburzenia widzenia, często charakterystyczne dla cukrzycy. Choroba ta staje się problemem zdrowia publicznego. W 2010 r. na świecie liczba osób chorych wynosiła około 221 milionów, wśród nich 20–30% miało retinopatię cukrzycową. Problemy, jakie wynikają z tych faktów dla medycyny, są ogromne. Lekarze różnych specjalności podejmują leczenie choroby układowej i jej powikłań. Autorzy książki omawiają ważne badania diagnostyczne poprzedzające rozpoznanie retinopatii, np. angio-

grafię fluoresceinową, koherentną tomografię optyczną (OCT), przedstawiają konkretne przypadki, obrazy dna ocznego, przekroje siatkówki, wraz z bogatym dydaktycznym komentarzem.

(Z przedmowy do wydania polskiego)



Fizjoterapia

R. Preis, G. Ebelt-Paprotny

Wyd. II polskie, red. E. Saulicz
 ISBN: 978-83-7609-309-3, format: 120x185, opr. broszurowa, 1350 stron, cena det.: 149.00 zł, twoja cena: 134.10 zł (298 ELS pkt.)

W książce zawarto szeroki przegląd różnych koncepcji terapeutycznych i metod leczenia poszczególnych jednostek chorobowych. Stanowi ona skompensowany zbiór informacji i służy fizjoterapeutom jako kompendium wiedzy niezbędnej w ich codziennej praktyce. W podręczniku w zwięzły sposób przedstawiono różne możliwości zastosowania fizjoterapii, opisane pod kątem praktycznego wykorzystania w wielu dziedzinach medycyny, tak aby terapeuta po przeczytaniu książki

mógł je zastosować w swojej pracy. Autorzy publikacji przedstawili sposób postępowania terapeutycznego, który obejmuje pacjenta jako całość bio-psycho-socjalną, a jako podstawowy cel terapii stawiają osiągnięcie indywidualnych celów i potrzeb pacjenta. Książka skierowana jest przede wszystkim do fizjoterapeutów, a także do terapeutów sportowych i lekarzy.

* * *



Zaburzenia psychiczne w ciąży i porożu

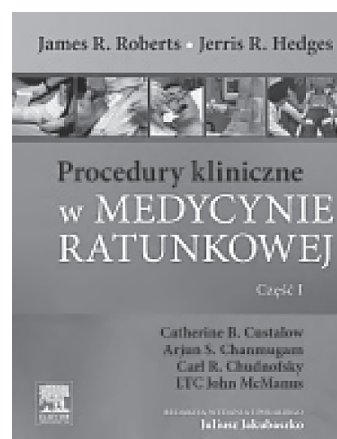
J. Hanley; wyd. I polskie, red. S. Sidorowicz

ISBN: 978-83-7609-611-7, format: 167x237, opr. broszurowa, 254 strony, cena det.: 80.00 zł, twoja cena: 72.00 zł (160 ELS pkt.)

Zdrowie psychiczne kobiet w ciąży i matek po porodzie zasługuje na ogromną uwagę. Z badań przeprowadzonych w sieci Netmums wśród 5000 matek wyłania się posępny obraz na progu XXI wieku: kobiety czują się samotne, wyizolowane, a nawet nie w pełni zdrowe. Według autorów jest to spowodowane naciskiem, pod jakim się znajdują, w związku z wymaganiami oraz brakiem wsparcia ze strony lokalnych społeczności. Ponad połowa matek uważa, że w okresie ciąży, porodu i porożu przeszła jakąś formę depresji. Waler tej pozycji tkwi nie tylko w barwnym i szerokim opisie problematyki zaburzeń psychicznych u kobiet w kluczowym okresie życia, ale i w ukazaniu wielu możliwości pomocy młodym matkom dotkniętym cierpieniem psychicznym. Książka jest przewodnikiem dla pracowników opieki medycznej (położników, ginekologów, psychiatrów, położnych, pielęgniarek, asystentów socjalnych oraz innych osób zainteresowanych), a także świadczeniobiorców (kobiet i ich rodzin). Wprowadza ona Czytelnika w bardzo ważną

dziedzinę, która dotąd w Polsce nie doczekała się gruntownego opracowania.

* * *



Procedury kliniczne w medycynie ratunkowej. Część I

J.R. Roberts, J.R. Hedges, C.B. Custalow, A.S. Chamugam, C.R. Chudnofsky, LTC J. McManus; wyd. I polskie, red. J. Jakubaszko

ISBN: 978-83-7609-657-5, format: 216x276, opr. twarda, 536 stron, cena det.: 249.00 zł, twoja cena: 224.10 zł (498 ELS pkt.)

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

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

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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

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

Warszawa
ul. Sobieskiego 102a
pokoje 2 i 3 osobowe

60 zł
za dobę
dla lekarza Śląskiej
Izby Lekarskiej

80 zł
dla pozostałych gości
możliwość wystawienia
faktury na gabinet




Rezerwacje i opłaty w Śląskiej
Izbie Lekarskiej w Katowicach
przy ul. Grażyńskiego 49a
tel. (32) 203 65 47/48
fax. (32) 352 06 38
pon., śr. 8.15-17.00
wt., czw., pt. 8.15-16.15
Konto: 43 1020 2313 0000 3102 0020 0246

UWAGA:

Istnieje możliwość skorzystania z noclegu
(w miarę wolnych miejsc) z pominięciem
wcześniejszej rezerwacji.
tel. (22) 851 45 79 (repcja Hotelu)

Uprzejmie informujemy, że recepcja Hotelu
jest czynna w godzinach od 6.00 do 22.00.
Po godzinie 22.00 klucze można odebrać
w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej
przy ul. Sobieskiego 110 za okazaniem
dowodu wpłaty.

 www.elsevier.pl

PROMOCJA
75 zł / za tom

Atlas anatomii człowieka Sobotta.
Tom 1.: Głowa, szyja, kończyna górna
Tom 2.: Klatka piersiowa, brzuch, miednica, kończyna dolna
J. Sobotta

wyd. III polskie, red. W. Woźniak, K.S. Jędrzejewski
432 stron (tom 1) 400 stron (tom 2)
rok wydania: 2006
ISSN: 978-83-89581-04-4
ISSN: 978-83-89581-09-9
cena detaliczna za tom: 134,00 PLN

Cena promocyjna nalicza się po wpisaniu
kodu **Sobotta75** na www.elsevier.pl

Trzecie polskie wydanie znanego na całym świecie Atlasu anatomii człowieka. Kolorowe plansze opatrzone wyczerpującymi objaśnieniami, tabelami i uwagami. Cennym uzupełnieniem są liczne zdjęcia radiologiczne i ultrasonograficzne uzyskane w tomografii komputerowej oraz w rezonansie magnetycznym. Fotografie endoskopowe oraz ryciny przedstawiające określone epizody operacyjne mają na celu przybliżenie anatomii do medycyny praktycznej oraz teoretyczne przygotowanie studentów do zajęć klinicznych.

Zasługą autorów nowych wydań jest staranne analizowanie uwag i wskazówek czytelników oraz umieszczanie obrazów uzyskanych za pomocą nowych technik diagnostycznych. W obecnym wydaniu uwzględniono zalecenia reformy studiów medycznych, mającej na celu znaczną integrację z dyscyplinami klinicznymi.

Dolączone do atlasu tabele stawów, mięśni oraz nerwów znacznie ułatwiają studiowanie i powtarzanie materiału.

Promocja trwa do
30 czerwca 2012

KRS: Sąd Rejonowy Wrocław-Fabryczna, VI Wydział Gospodarczy, nr 0000123635, NIP: 898-001-39-48, kapitał zakładowy: 7 023 000 PLN

**Elsevier Urban & Partner
Sp. z o.o., 50-011 Wrocław,
ul. Kościuszki 29**

Zamówienia:
www.elsevier.pl;
tel. 42/680-44-09,
fax: 42/680-44-86
e-mail:
zamowienia@elsevier.com

ultrasonografy.pl



Twój Dystrybutor Sprzętu Medycznego

**Wiosenna
Rewolucja Cenowa**
GE Healthcare

W PREZENCIE

ZESTAW
MULTIMEDIALNY

KARTA
PREZENTOWA

99.000 pln
BRUTTO

LOGIQ P5

PREMIUM

GŁOWICA W ZESTAWIE

LINIOWA CONVEX

119.000 pln
BRUTTO

VIVID S5

GŁOWICA W ZESTAWIE

SEKTOROWA

195.000 pln
BRUTTO

VOLUSON S6

GŁOWICE W ZESTAWIE

ENDO WOLUM. CONVEX 4D

Niniejszy informacja nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego oraz innych właściwych przepisów prawnych

System LOGIQ P5 Premium

- najnowsza wersja klasycznego systemu LOGIQ P5 o znacznie zwiększonej ilości kanałów obrazowych
- wyposażony w standardzie w funkcje: SRI oraz CrossBeam, co lokalizuje niniejszy system w rodzinie urządzeń Premium
- możliwość rozbudowy: B-flow, obrazowanie 4D

System VIVID S5

- najnowszym o futurystycznym wyglądzie zaawansowany system echokardiograficzny
- możliwość pełnej regulacji konsoli i monitora

System VOLUSON S6

- potężny w swych możliwościach i niedrogi w swej klasie system ultrasonograficzny
- możliwość pełnej regulacji konsoli oraz monitora (LCD 19")
- znakomite obrazowanie w technologii 2D, 3D oraz 4D.

PROMOCJA
TYLKO
U NAS

GEMED
Autoryzowany Dystrybutor
Sprzętu Medycznego

ul. Sowińskiego 50
40-018 Katowice

+48 32 251 18 35
+48 609 333 288

sprzedaz@gemed.info.pl

www.gemed.pl

Promocja "Wiosenna Rewolucja Cenowa" dotyczy trzech wyżej wymienionych systemów diagnostycznych i trwa do 30 czerwca lub do wyczerpania zapasów.

Podane ceny są cenami **BRUTTO** i zawierają podatek VAT.

Powyższe ceny uwzględniają kompletne zestawy wraz z wymienionymi powyżej głowicami do danego systemu oraz zestawami prezentowymi.

Szczegóły promocji na stronie www.gemed.pl

Partner Finansowy:

**IMPULS
LEASING**
POLAND

Zapytaj
o leasing lub pożyczkę:
tel. kom. +48 662 344 160

www.impuls-leasing.pl