



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

BIULETYN INFORMACYJNY

Maj 2021

ISSN 1426-661X

Nr 293

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



zdj. Mirosław Mokrzycki

DZIEWCZYNA SZATANA

Dziewiątego kwietnia 2021 roku Galeria Sztuki Współczesnej w Opolu przemieniła się w jacht. Na piętrze załopotalo osiemnaście żagli rozpiętych na drągach przyszpilonych do sufitu. Każda płachta to osobna opowieść. Przez długie tygodnie Malwina Mielniczuk, punktualnie o szóstej po południu, zwijała w trąbkę swój fartuch medyczny, wciskała go do plecaka i biegła do salonu sztuk. Tam zarzucała na plecy podobny chałat, tyle że pochlapany farbami, i malowała. Na klęczkach, bo wielkie płaty zwiewnych tkanin leżały na podłodze, jeden przy drugim, niczym tusze śledziowe rozplaszczone na desce kuchennej.

Artystka używa akryli i sprejów. Przywykła do nich. Co większa ściana, co mur, co płótek tam jej graffiti: kobiety-gady, ryboskoczki, płetwonurki i tygrysy o spiralnych oczach. Zamalowywała niemal całe Opole. Czegóż to ona nie robi? Rysuje, dzierga, haftuje, gra na perkusji, urządza wernisaże, a do tego jeszcze ratuje ludziom zdrowie!

Tytuł jej ostatniej wystawy brzmi Dziewczyna szatana. Tym razem Malwina Mielniczuk niczym Hermes, ten gibki, szybki, sprytny, bystry bóg mknący po gościńcach świata (jak go opisała Olga Tokarczuk) wiedzie widza do krainy erotyki i magii, udręki i ekstazy, pragnienia i spełnienia, opowiada o strachu, bólu i wytchnieniu, o miłości i oddale-

niu. Jest pośredniczką pomiędzy kulturami, tłumaczką światów i półświatków. Nie godzi się na żadne tabu. Nic nie ukrywa, nie kamufluje, nie kluczy. Nie zasłania się żadnym tam sumieniem, wstydem ani religią.

Na wystawie naga kobieta dosiada ogiera, lubieżna kusi czorta, wyuzdana staje okrakiem nad kochasiem. Widz krążący po salach GSW (bo można spacerować, tyle że wirtualnie), ociera się o palce poklejone mazią, oczy zaszczone żądzą, spierzchnięte wargi, uda obumarłe od splotów i usta wyschłe od szeptów.

Wydaje się, że namalowane postacie żyją, że w ich żyłach krąży krew, że leniwe jaszczury człapią, strzygi o zmierzwiowych włosach się mizdrzą, a czarownica gra na gitarze basowej. Słysząc sapanie, ciche gwizdy i pomruki, można zobaczyć jak macho wywalił język, zaś owłosiony drab wyciąga łapy żeby obłapić wygiętą w pałąk chudą kobietę.

Niektóre postacie są pozbawione detali, ledwie zarysowane, za twarz wystarcza kontur, jakby oblicze było jedynie wstępem, preludium. Inne portrety aż kipią od szczegółów, od drobiazgowo wykaligrafowanych tatuaży, zmarszczek i piegów. Te ostatnie przypominają trochę mapy, na których zamiast gór i rzek pojawiła się geografia człowieka: fałdy szyi, płaszczowiny policzków, usko-

ki ust i kraterzy oczodołów.

Kto użycza twarzy Dziewczynie szatana? Skąd ona czerpie pomysły na bohaterów i bohaterki? Czy ktoś się jej wypożycza? Malwina Mielniczuk nie przyznaje się do modeli. Wertuję minuty, godziny, dni, tygodnie – opowiada – odkurzam zdarzenia, gry słowne, odgaduję ludzi, podglądam ich z półcienia, kiedy nie grają, nie pozują, się nie kryją.

Artystka drwi sobie z przesądów i uprzedzeń. Wystawia na próbę sztuczną mgłę rozpylaną przez Rosjan, szczepionkę powodującą autyzm i tajemnicze ciasteczka Oreo. Niektórzy wierzą, że skomplikowany wzór na czekoladowym herbatniku ukrywa sekrety wolnomularzy, templariuszy i szatana. Ponoć zjedzenie ciasteczka jest równoznaczne z uczestnictwem w satanistycznej mszy i przyjęciem komunii. Pośród niezliczonych szkiców Dziewczyny szatana można się doszukać i herbatników i szprycy i mgły.

O ile naigrywa się z guseł i zabobonów, to staje po stronie bezradności, ułomności i jąkania się. Bierze stronę wykluczonych, osobnych, odmiennych, złąknionych, niepewnych. I wolnych. Bo przecież absolutna wolność to jej znak szczególny.



„Dziewczyna szatana” - Malwina Mielniczuk, akryl na poliestrze.

Agnieszka KANIA

OD REDAKCJI



Przed Wami kolejny numer naszego izbowego Biuletynu. Wokół nas nadal szaleje COVID-19, nic więc dziwnego, że także i ten numer zdominowany jest przez tą tematykę.

Tym nie mniej w pierwszej części znajdziecie komplet informacji z naszego opolskiego podwórka. Są to materiały z Okręgowego Zjazdu Lekarzy, kolejnego posiedzenia Rady Okręgowej oraz Komisji Stomatologicznej.

W drugiej zaś dominują teksty dotyczące panującej pandemii. Są więc rozważania nt. poszczególnych rodzajów szczepionek, metod walki z ciągle jeszcze rosną-

ca liczbą zachorowań oraz skutków niekorzystnych skutków całej tej pandemii. W tym zwłaszcza - co wydaje mi się szczególnie ważne dla Koleżanek i Kolegów z POZ - o powikłaniach pocovidowych.

Mam jednak nadzieję, że tak jak przyroda coraz śmielej budzi się do życia wiosenno-letniego, tak i my może w końcu dostrzeżemy światelko w tym koszmarnym, trwającym już ponad rok tunelu covidowym na uspokojenie się epidemii. Czego Wam wszystkim i sobie życząc żegnam się do numeru letniego.

Jerzy B. LACH



Koleżanki! Koledzy!

Wszystko teraz ma związek z pandemią i niewydolnością naszego systemu ochrony zdrowia i trudno pisać o innych sprawach. Ze względu na zapotrzebowanie kadr medycznych do Szpitala Tymczasowego (narastająca szybko ilość pacjentów) w ostatnim czasie nasiliły się oddelegowania lekarzy do pracy. Izba Lekarska współpracuje z Wojewodą Opolskim w tym temacie, ściśle trzymając się prawa. Na obecną chwilę nie przekazywaliśmy - jako Izba - żadnych list lekarzy, a poprzedniemu Wojewodzie przesłaliśmy na początku stycznia tego roku listy lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych oraz anestezjologii i intensywnej terapii z uwzględnieniem nadesłanych do nas oświadczeń o podleganiu wyłączeniu. Listy zawierały tylko dane personalne, bez udostępniania żadnych, podkreślam jeszcze raz, żadnych danych adresowych. Nasza Izba nie dysponuje wiedzą o trybie podejmowania decyzji o oddelegowaniu przez aktualnego Wojewodę, a interweniować możemy tylko w przypadku, gdy ktoś podlega wykluczeniu a otrzymał takie oddelegowanie.

Z rzeczy, które nas dotyczą, a przynajmniej znakomitą większość, to obowiązek posiadania kasy online przez lekarzy i lekarzy dentystów od 1 lipca 2021r. Pisał o tym obszernie w poprzednim Biuletynie nasz Ko-

SZPALTA PREZESA

lega, dr Stanisław Kowarzyk, ale chciałabym zaapelować o niezostawianie tego na ostatnią chwilę, gdyż ten obowiązek dotyczy znacznej liczby podatników, nie tylko lekarzy i lekarzy dentystów. Może to skutkować brakiem dostępności do „chodliwych” modeli, a bez tego pracować się nie da.

Obecna sytuacja epidemiologiczna w dalszym ciągu nie pozwoliła na przeprowadzenie XL Okręgowego Zjazdu Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej w formule stacjonarnej. Odbył się on, podobnie jak w zeszłym roku, w formie obiegowej. W tym wydaniu Biuletynu jest obszerny materiał dotyczący Zjazdu: sprawozdania roczne Okręgowej Rady Lekarskiej i poszczególnych Komisji, protokół Zjazdu i podjęte uchwały. W tym miejscu chcę serdecznie podziękować tym wszystkim Delegatom, którzy nie zawiedli i wypełnili swój samorządowy obowiązek. Ale niestety część Delegatów, z niewiadomych dla mnie przyczyn nie wypełniła tego zobowiązania. Wiem, że czasy są trudne, niezwykłe, ale żeby w ciągu 48 godzin nie znaleźć parę minut na zalogowanie się i wysłanie swoich głosów? Izba w czasie pandemii ma takie same zadania do spełnienia, co przed pandemią. Dotyczy to także Delegatów.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

XL OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ



Sytuacja epidemiologiczna panująca już ponad rok w Polsce i na świecie wymusiła zdalne przeprowadzenie budżetowego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej, który odbył się w dniach 19 – 20 marca 2021 r. Poniżej przedstawiam dorobek tego spotkania.

Jerzy B. LACH

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu w okresie między XXXIX a XL (marzec 2020 – luty 2021) Okręgowym Zjazdem Lekarzy

W okresie sprawozdawczym Rada spotkała się 12 razy, jej Prezydium 19. Na bieżącą działalność administracyjną, związaną z wydawaniem prawa wykonywania zawodu i prowadzeniem rejestru Opolskiej Izby Lekarskiej, prowadzeniem rejestru podmiotów uprawnionych do realizacji kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz prowadzeniem rejestrów praktyk lekarskich, złożyły się:

- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza (dla odbycia stażu podyplomowego) – 30,
- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty (dla odbycia stażu podyplomowego) – 9,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza (po odbyciu stażu podyplomowego) – 31,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty (po odbyciu stażu podyplomowego) – 6,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza zgodnie z uzyskanym obywatelstwem – 2,
- wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarza – 1,
- ponowne wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca na czas określony – 3,
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy, przenoszących się z innych izb – 14,
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy dentystów, przenoszących się z innych izb – 2,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy, przenoszących się do innych izb – 16,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentystów, przenoszących się do innych izb – 1,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy z powodu zgonu – 31,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentystów z powodu zgonu – 6,
- skreślenie z listy członków OIL lekarza z powodu upływu terminu ważności ograniczonego PWZ – 1,

- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza – 4,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza dentysty – 1,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie przez lekarza specjalizacji – 3,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego okres wykonywania zawodu przez lekarza dentystę – 2,
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza – 7,
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza dentysty – 2,
- zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza – 4,
- zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza dentysty – 1,
- wznowienie wykonywania zawodu po zaprzestaniu wykonywania zawodu lekarza – 1,
- stwierdzenie odbycia przeszkolenia lekarza w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu dłuższą niż 5 lat – 1,
- ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza – 2,
- uzupełnienia wpisów do rejestru o nowe zdarzenia edukacyjne (dotyczy podmiotów wpisanych do rejestru OIL) – 1,
- potwierdzenie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia (dot. podmiotów wpisanych do rejestrów innych izb, zgłaszających szkolenie na terenie Opolskiej Izby Lekarskiej – 1,
- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej – 7 (w tym 4 członków innych izb),
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej – 4 (w tym 4 członków innych izb),
- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 28 (w tym 21 członków innych izb),
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 21 (w tym 14 członków innych izb),

- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania – 3,
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania – 3 (w tym 1 członek innej izby),
- wyrejestrowania praktyki – 36.

W ramach działalności samopomocowej Okręgowa Rada Lekarska w okresie sprawozdawczym udzieliła:

- 15 zapomóg na łączną kwotę 69.330 zł (14 lek./lek. dent. i 1 dziecko zmarłego lekarza),
- 12 odpraw pośmiertnych na łączną kwotę 55.464 zł.

Udzieliła wsparcia finansowego w związku z narodzinami dziecka („becikowe”) dla 25 osób (lekarze i lekarze dentyści – członkowie OIL) – (26 dzieci) na łączną kwotę 13.000 zł oraz przyznała pomoc socjalną dla 15 osób, które w roku 2021 ukończyły 90 lat życia na kwotę 15.000 zł.

Ponadto Rada przyznała 54 nagrody za uzyskanie specjalizacji na łączną kwotę 49.928 zł, 3 osoby otrzymały nagrodę za uzyskanie tytułu doktora nauk medycznych (kwota 11.094 zł).

Okręgowa Rada Lekarska zwolniła z obowiązku płacenia składki członkowskiej w związku z nieosiąganiem przychodu – 29 lekarzy i 13 lekarzy dentyistów, natomiast przywróciła obowiązek płacenia składki członkowskiej w związku z osiągnięciem przychodu – 9 lekarzom i 3 lekarzom dentyistom.

Okręgowa Rada Lekarska wyznaczyła swoich przedstawicieli do:

- 3 komisji, powołanych dla wyboru zastępcy dyrektora ds. lecznictwa,
- 1 komisji, powołanej do wyboru ordynatora,
- 1 komisji, powołanej do wyboru pielęgniarki naczelnej,
- 21 komisji, powołanych do wyboru pielęgniarki oddziałowej,
- 1 komisji, powołanej do wyboru położnej oddziałowej.

Okręgowa Rada Lekarska ponadto w okresie sprawozdawczym podjęła uchwały w sprawie:

- wyrażania opinii o kandydatach na funkcje konsultantów wojewódzkich w kilkunastu dziedzinach medycyny,
- ustalenia terminów posiedzeń Rady i jej Prezydium w II półroczu 2020 r. oraz I półroczu 2021 r., a także zwołania XL Okręgowego Zjazdu Lekarzy,
- powołania Komisji Orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu,
- desygnowania przedstawiciela ORL do Komisji Bioetycznej PMWSZ w Opolu,
- zwołania XXXIX Okręgowego Zjazdu Lekarzy w trybie obiegowym,

• upoważnienia do zawarcia umowy z Ministerstwem Zdrowia,

• dofinansowania V Ogólnopolskiego Turnieju Tenisa Ziemnego Lekarzy w Opolu,

• zawarcia i sfinansowania umowy w ramach grupowego ubezpieczenia pokrywającego ryzyko działalności organów Opolskiej Izby Lekarskiej oraz ich członków.

Okręgowa Rada Lekarska przyjęła stanowiska w sprawie:

- zwiększenia liczby testów w kierunku SARS-CoV-2,
- poparcia zmian legislacyjnych obowiązujących pracowników medycznych w okresie walki z epidemią COVID-19,
- poparcia akcji protestacyjnej środowisk medycznych,
- konieczności wprowadzenia zmian do strategii walki z pandemią COVID-19.

Przedstawiciele Okręgowej Rady Lekarskiej brali udział w:

- posiedzeniach Rady Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ on-line,
- posiedzeniu Rady Społecznej USK.

Prezes OIL prowadziła korespondencję m.in. z: Wojewodą Opolskim, której tematem przewodnim jest obecna pandemia SARS-CoV-2, Ministrem Zdrowia, Dyrektorem Oddziału Opolskiego NFZ, Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym w sprawach dotyczących pandemii, samorządu lekarskiego, wykonywania zawodu lekarza.

26 września 2020 r. odbyła się skromna uroczystość jubileuszu 30-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej. Ze względu na sytuację epidemiologiczną uroczystość odbyła się w auli starego Gmachu Głównego Uniwersytetu Opolskiego z zachowaniem reżimu sanitarnego i zgromadziła – oprócz osób, którym przyznano wyróżnienie Opolskiej Izby Lekarskiej „Prymariusz Opolski” i odznaczenia re-sortowe - niewielką liczbę gości. Statuetki „Prymariusza Opolskiego” wręczyła Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej. Otrzymali je: Wojciech Derkowski, Adam Martyniszyn, Kazimierz Drosik, Barbara Szczepanik, Paweł Olszewski, Katarzyna Rączy, Teresa Sicińska-Werner, Donata Hałaburdo, Aleksander Szlachta i Rafał Pędich. Odznaczenia Ministra Zdrowia „Za zasługi dla ochrony zdrowia” wręczył przedstawiciel Wojewody Opolskiego, Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Mieczysław Wojtaszek. Otrzymali je: Marta Rodziewicz-Kabarowska, Marek Błaszczyk, Janusz Cholewiński, Wojciech Derkowski, Kazimierz Drosik, Antoni Junosza-Szaniawski, Zbigniew Kuzyszyn, Jerzy B. Lach, Wiesław Latała, Jacek Miarka, Paweł Olszewski, Janusz Suzanowicz.

W związku z wystąpieniem pandemii i raptownym wzrostem zapotrzebowania na środki ochrony indywi-





dualnej Opolska Izba Lekarska we współpracy z Fundacją „Lekarze Lekarzom” Naczelnej Izby Lekarskiej rozprawiała nieodpłatnie pakiety tychże środków. Największym sponsorem środków finansowych dla Fundacji była pani Dominika Kulczyk i jej Kulczyk Foundation, ale nie można zapominać także o innych firmach czy stowarzyszeniach, które przekazywały naszej Izbie do rozpro-

wienia środki ochrony indywidualnej. Należy tu wspomnieć o Oddziale Terenowym w Opolu Stowarzyszenia Sędziów Polskich IUSTITIA i firmie POLOmarket. Sama Fundacja „Lekarze Lekarzom” także wygospodarowała finanse na zakup środków ochrony indywidualnej, które rozprawiała Opolska Izba Lekarska.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Sprawozdanie z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej VIII kadencji w roku 2020

W roku 2020 wpłynęły 73 nowe sprawy (o 8 więcej niż w roku poprzednim), a z poprzedniego okresu pozostało 27 spraw. W sumie w zespole Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w 2020 r. rozpatrywano 100 spraw (wobec 98 w roku poprzednim), udało się zakończyć 66 spraw, a 34 sprawy pozostały na okres następny.

Spośród zakończonych postępowań, w 15 przypadkach (około 23%) Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej odmówił wszczęcia postępowania, także 15 spraw (około 23%) umorzono. Natomiast 27 spraw zakończono w inny sposób (np. przekazano ze względu na właściwość do innych OROZ).

Najczęściej zarzucane przez skarżących przewinienia to nadal:

- brak należytej staranności - 67% - wzrost o 14% w porównaniu z rokiem ubiegłym,

- nieetyczne zachowanie - 11%.

Skargi dotyczyły najczęściej następujących specjalności:

- choroby wewnętrzne - 23%,

- stomatologia zachowawcza - 12%,

- ortopedia - 11%.

Do Okręgowego Sądu Lekarskiego skierowano 9 spraw (o 3 mniej niż w poprzednim roku) o ukaranie 9 lekarzy i lekarzy dentystów (o 7 mniej niż w poprzednim roku).

Wpłynęło jedno doniesienie - wyrok prawomocny z Wydziału Karnego Sądu Rejonowego.

Spośród 30 spraw, które spotkały się z odmową wszczęcia postępowania lub umorzeniem, zażalenia rozpoznawane przez Okręgowe Sądy Lekarskie były w 10 sprawach (33%), a Okręgowy Sąd Lekarski we Wrocławiu uwzględnił w części jedno z nich.

Na koniec należy zauważyć, że w 2020 r. zespół Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej liczył nadal 11 osób, wobec 23 osób w poprzedniej kadencji oraz 30 osób w kadencji VI. Przełożyło się to na znaczny wzrost obciążenia pracą rzeczników, którym za ich ofiarność, czasami także kosztem własnego zdrowia, wyrażam głębokie uznanie i składam podziękowanie za ich wkład pracy.

Szczególnie dziękuję doktorowi Pawłowi Olszewskiemu, który pomimo obciążenia licznymi dotychczasowymi sprawami zgodził się w 2020 r. przyjąć do prowadzenia 9 nowych spraw! Doktor Kazimierz Drosik i pani doktor Jolanta Jarka, pomimo już i tak znacznego obciążenia prowadzonymi sprawami z poprzednich lat, zgodzili się mimo to przyjąć w 2020 r. po 5 nowych spraw do prowadzenia.

Praca w tak trudnych warunkach nie byłaby możliwa bez osobistego zaangażowania pani mgr Bożeny Jachymskiej-Kansy, prowadzącej perfekcyjnie Sekretariat Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i przejmującej na siebie często znaczną część naszej pracy. Podziękowania należą się także wspierającej nas na bieżąco radą pani mec. Elżbiecie Jeznach.

Pisząc sprawozdanie z 2020 r. wypadałoby wspomnieć o pandemii COVID-19, jednak pomimo niej Biuro OROZ działało nieprzerwanie, nie doszło też do żadnych istotnych perturbacji w prowadzonych postępowaniach. Pojawiły się oczywiście skargi związane z telemedycyną, jednak ich ilość nie wymaga na razie osobnej sprawozdawczości.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Dr n. med. Wojciech DERKOWSKI

Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Lekarskiego OIL od 01.01.2020 r. do 31.12.2020 r.

W okresie od 01.01.2020 r. do 31.12.2020 r. w Okręgowym Sądzie Lekarskim w Opolu rozpatrzono 5 spraw, w których wniesiono 5 wniosków o ukaranie (3 sprawy z 2019 r., 2 sprawy z 2020 r.)

W 2020 r.:

- karą upomnienia ukarano 1 lekarza,
- karą nagany ukarano 1 lekarza,
- uniewinniono 1 lekarza,

• umorzono postępowanie dyscyplinarne w stosunku do 1 lekarza, w oparciu o § 2 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich (sąd lekarski może umorzyć postępowanie w przypadku przewinienia mniejszej wagi albo jeżeli orzeczenie wobec obwinionego kary byłoby oczywiście niecelowe ze względu na rodzaj i wysokość kary prawomocnie orzeczonej za ten sam czyn w innym postępowaniu przewidzianym przez ustawy, a interes pokrzywdzonego temu się nie sprzeciwi),

• karą ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza ukarano 1 lekarza.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Opolu w 2020 r. przekazał do Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu 6 zażaleń na postanowienie rzecznika (w tym: 5 zażaleń na odmowę wszczęcia postępowania przez rzecznika i 1 zażalenie na umorzenie postępowania). Przekazano ponadto do rozpatrzenia 1 zażalenie na umorzenie postępowania wyjaśniającego przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Częstochowie, które dotyczyło członka Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu.

W 2020 r. podczas posiedzeń jawnych rozpatrzono 9 zażaleń (w tym: 4 zażalenia z 2019 r., 5 zażaleń z 2020 r.) na postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Opolu. Okręgowy Sąd Lekarski w Opolu w przypadku wszystkich rozpatrzonych zażaleń w 2020 r. wszystkie utrzymał w mocy.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Opolu w 2020 r. przekazał do Okręgowego Sądu Lekarskiego 8 wniosków o ukaranie, w tym:

- 1 wniosek z zakresu etyki lekarskiej,
- 1 wniosek dotyczący złamania tajemnicy lekarskiej,
- 1 wniosek z dziedziny neurologii,
- 1 wniosek z dziedziny pediatrii,
- 1 wniosek z dziedziny stomatologii,
- 2 wnioski z dziedziny psychiatrii,
- 1 wniosek z dziedziny chirurgii ogólnej.

W przypadku jednego lekarza Naczelny Sąd Lekarski w Warszawie przekazał do ponownego rozpatrzenia Okręgowemu Sądowi Lekarskiemu w Opolu jeden wniosek o ukaranie z dziedziny stomatologii.

Obecnie rozpatrywane w Sądzie Lekarskim jest:

- 20 wniosków o ukaranie z lat ubiegłych,
- 2 wnioski o ukaranie z 2021 r.,
- 3 zażalenia na postanowienia Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, w tym: 2 zażalenia z 2020 r. i 1 zażalenie z 2021 r.

W 2020 r. odbyło się 15 wokand sądu, w tym 6 rozpraw i 9 posiedzeń w sprawie rozpatrzenia zażalenia na postanowienie rzecznika. Odbyły się również 2 posiedzenia niejawne.

Przewodnicząca
Okręgowego Sądu Lekarskiego OIL
Lek. dent. Ewa NOCEN-FIRLEJ

Sprawozdanie z działalności Rzecznika Praw Lekarza OIL na XL Okręgowy Zjazd Lekarzy

Informuję, że w ostatnim okresie między Zjazdami zajmowałem się czterema sprawami. Pierwsza z nich związana była z kłamliwymi banerami przeciwko lekarzowi, które pojawiły się w Opolu. Ponieważ problem zgłoszony był po fakcie, procedowanie go mogłoby mieć odwrotny skutek od zamierzonego. W przypadku powtórnego pojawienia się problemu konieczna jest natychmiastowa reakcja na podobne szkalowania naszego środowiska.

Z ramienia sprawowanej funkcji uczestniczyłem w pomocy w powrocie do pracy w zawodzie w Polsce lekarzowi stomatologowi pracującemu w Wielkiej Brytanii, a należącemu wcześniej do naszej Izby. Kolejną sprawą z którą zwrócono się do mnie była próba wyłudzenia

na lekarzu stomatologu odszkodowania za domniemany błąd w sztuce lekarskiej. Niewątpliwie najistotniejsza w obronie przed tego typu incydentami jest prawidłowo prowadzona dokumentacja medyczna. Na chwilę obecną problem został oddalony.

Ostatnią ze spraw z którą zgłoszono się do Rzecznika Praw Lekarzy było dręczenie lekarza przez roszczeniowego pacjenta. Poszkodowany lekarz został poinformowany o przysługujących mu w takim przypadku prawach i możliwości rozwiązania tego problemu.

Rzecznik Praw Lekarzy OIL
Lek. Adam BĄK

Sprawozdanie Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL za rok 2020

W czasie objętym sprawozdaniem otrzymałem trzy zgłoszenia dotyczące stanu zdrowia lekarzy, uzasadniające podejmowanie działań z mojej strony.

W jednym wypadku wystosowałem pismo do Prezes Izby po rozpatrzeniu, którego złożony został wniosek o powołanie Komisji Orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu.





W jednym wypadku po zbadaniu sytuacji nie znalazłem podstaw do interwencji.

Ostatni przypadek jest w trakcie badania.

Kontynuowany jest monitoring jednej ze spraw z poprzedniego okresu, która zakończyła się uznaniem zdolności lekarza do wykonywania zawodu z zastrzeżeniem konieczności kontynuowania leczenia podtrzymujące-

go remisję i uzgodnienia sposobu jego monitorowania, co jest realizowane wg przyjętych uzgodnień. Sprawa ta nie dotyczy uzależnienia od środków psychoaktywnych.

Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy
i Lekarzy Dentystów OIL
Lek. Maciej SZCZEŚNIAK

Sprawozdanie z działalności Komisji Stomatologicznej za 2020 rok

W okresie sprawozdawczym odbyło się niestety jedyne stacjonarne posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Na zebraniu poruszone zostały zagadnienia dotyczące finansowania kontraktów z NFZ, gospodarowania odpadami oraz kolejnych obciążeń administracyjnych nakładanych przez Fundusz na świadczeniodawców.

Globalna pandemia koronawirusa zmusiła członków komisji do zmienienia formy spotkań z odbywających się w siedzibie izby na te odbywające się on-line.

Głównymi podejmowanymi tematami były:

- organizacja placówki medycznej w dobie Covid 19;
- procedury przyjmowania pacjentów;
- zagadnienia prawne dotyczące przyjmowania pacjentów w dobie Covid 19;
- dostępność (bądź jej brak) środków ochrony osobistej w pierwszej fali zachorowań;

- zmiany wyceny świadczeń przez NFZ spowodowanych dużym wzrostem cen środków ochrony osobistej;
- problemy z umowami z firmą Remondis odbierającą odpady medyczne.

Komisja na bieżąco na łamach naszego biuletynu bądź mailowo informowała o wszelkich ważnych sprawach dotyczących prowadzenia praktyk stomatologicznych oraz organizowanych zgodnie z duchem czasu webinarium.

Wszyscy członkowie komisji z ogromnym utęsknieniem czekają na możliwość organizowania posiedzeń ponownie w formie stacjonarnej.

Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej
Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

Sprawozdanie z działalności Komisji Kształcenia OIL za okres marzec 2020 r. – luty 2021 r.

Komisja Kształcenia OIL działa w składzie: Andrzej Bunio, Katarzyna Jusiel-Rosińska, Katarzyna Kałuża, Emilia Knosala, Aleksandra Ignatowicz, Marcin Lechicki, Małgorzata Lechniak, Małgorzata Łuszczzyńska-Ostrowska – przewodnicząca, Ewa Nocoń-Firlej, Aleksander Wojtyłko, Piotr Zieliński.

Komisja w okresie sprawozdawczym nie brała czynnego udziału w spotkaniach z powodu ogłoszenia pandemii COVID-19. Wstrzymano wszystkie szkolenia w porozu-

mieniu z CMKP w Warszawie pomimo przygotowanych i uzyskanych pozwoleń.

Najbliższe szkolenia dla lekarzy w trakcie specjalizacji odbędą się w marcu w trybie on-line.

Informacje dotyczące szkoleń umieszczane są na stronie internetowej Izby i w Biuletynie.

Przewodnicząca Komisji Kształcenia
Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Sprawozdanie z działalności Komisji Etyki Lekarskiej OIL w okresie pomiędzy XXXIX a XL Okręgowym Zjazdem Lekarzy

Komisja Etyki Lekarskiej działa w 10 osobowym składzie:

- Przewodnicząca: Marta Rodziewicz-Kabarowska,
- V-ce Przewodnicząca: Barbara Szczepanik,
- Sekretarz: Małgorzata Falenta-Hitnarowicz,
- Członkowie: Ewa Junosza-Szaniawska, Antoni Junosza-Szaniawski, Małgorzata Łuszczzyńska-Ostrowska,

Teresa Sicińska-Werner, Rafał Pędich, Barbara Radecka, Barbara Suzanowicz.

W okresie sprawozdawczym odbyło się 1 zebranie członków komisji. W dniu 12 listopada 2020 r. w związku z przedłużającym się stanem zagrożenia epidemiologicznego i brakiem możliwości rzetelnego rozpatrywania

zażaleń, które wpłynęły do KEL, działalność komisji została czasowo zawieszona. Mając nadzieję, że ta sytuacja jest przejściowa, kiedy powstaną warunki do kontynuowania naszej pracy, natychmiast ją wznowimy.

Komisja Etyki Lekarskiej ma aktualnie do rozpatrzenia 3 sprawy dotyczące konfliktów między lekarzami,

nad którymi prace będzie kontynuować po przywróceniu możliwości bezpiecznego spotkania się i obradowania członków komisji.

Przewodnicząca Komisji Etyki Lekarskiej
Lek. dent. Marta RODZIEWICZ-KABAROWSKA

Sprawozdanie Komisji Kultury OIL za rok 2020

W ubiegłym roku działalność Komisji Kultury, ze względu na pandemię, była mocno ograniczona.

Udało nam się nagranie płyty przez chór izbowy „Medicanto” w studio nagraniowym Polskiego Radia w Opolu z okazji 30-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej oraz nakręcenie klipu promocyjnego dla Komisji Kultury Naczelnej Izby Lekarskiej na spotkanie chórów ze wszystkich izb lekarskich, które ma się odbyć w Opolu w październiku tego roku.

Zespół rockowy naszej Izby uczestniczył muzycznie w Balu Charytatywnym Izby Lekarskiej i Izby Adwokackiej.

Ze względu na pandemię działalność Komisji Kultury została czasowo zawieszona.

Przewodniczący Komisji Kultury OIL
Lek dent. Rafał PĘDICH

Sprawozdanie z działalności Komisji Młodych Lekarzy OIL w okresie pomiędzy XXXIX a XL Okręgowym Zjazdem Lekarzy

Przed XL Okręgowym Zjazdem Lekarzy zaplanowano spotkania Komisji Młodych Lekarzy. Przed pierwszym spotkaniem z funkcji zastępcy zrezygnował kol. Konrad Rekucki z powodu zmiany województwa i miejsca pracy.

Członkowie Komisji zajmowali się głównie problemami lekarzy rezydentów, związanymi z realizacją programu szkolenia specjalizacyjnego. Aktualnie przygotowywany jest raport oceniający przebieg kształcenia podyplomowego na terenie działania Izby.

Ze względów na pandemię COVID 19 program cyklu spotkań naukowych, podczas których młodzi lekarze przedstawiali mieli koleżankom i kolegom innych specjalizacji istotne aspekty swojej dziedziny, celem usprawnienia pracy młodych lekarzy w SOR, POZ, NPL zostały odwołane. Próbowaliśmy zrealizować to w formie on-line.

Dostępne są karnety rekreacyjno-sportowe FitProfit/FitSport dla członków OIL.

W Opolskiej Izbie Lekarskiej funkcjonuje „becikowe” czyli jednorazowa bezzwrotna pomoc finansowa dla lekarzy, którzy zostali rodzicami.

W dniu 08.08.2020 r. liczna grupa Opolskich Młodych Lekarzy z Opolskiej Izby aktywnie uczestniczyła w manifestacji w Warszawie przeciwko zmian art. 37a kodeksu karnego. Jego treść ma wpływać na zasady wymierzania przez sądy kar za przestępstwa zagrożone karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą 8 lat, co obejmuje m.in. te przestępstwa, które mogą być popełniane przez lekarzy w związku z wykonywaniem zawodu.

Przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy
Lek. Jacek CHEŁCHOWSKI

Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Lekarzy Seniorów za okres luty 2020 - luty 2021.

Ostatnie zebranie Komisji odbyło się 10 lutego 2020 r. na którym ustalono m.in. terminy: „Spotkań Wiosennych” na 25 kwietnia 2020 i wycieczki do Ojcowa i Pieskowej Skali na 20 maja 2020 r. Przygotowane imprezy, jak i następne zebrania Komisji nie odbyły się z powodu pandemii.

Superseniorom przekazano osobiście oraz drogą pocztową, okolicznościowe dyplomy i pieniądze. Z członkami Komisji utrzymywano nieformalny, telefoniczny kon-

takt. Zaproponowano, aby w Biuletynie Informacyjnym zamieszczano krótkie nekrologi o śmierci członków OIL. Biuro Izby z rejestru wykazuje 39 „50-latków” i 15 Superseniorów, w roku bieżącym.

Czekamy na zniesienie ograniczeń kontaktów.

Przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Seniorów
Dr med. Tadeusz CHOWANIEC





Informacja o działalności Komisji Bioetycznej OIL za okres od 01.03.2020 – 31.01.2021

Komisja działała w składzie :

- Dr n. med. Jacek Miarka - kardiolog (przewodniczący),
- Mgr Anna Krauze - prawnik (z-ca przewodniczącego),
- Lek. Antoni Junosza-Szaniawski - psychiatra,
- Dr med. Tadeusz Chowaniec - ginekolog,
- Prof. dr hab. Piotr Morciniec - teolog,
- Mgr Barbara Szczegielniak - farmaceuta,
- Dr n. med. Agnieszka Kossowska - psycholog,
- Dr n. med. Aleksander Wojtyłko - chirurg dziecięcy,
- Dr n. med. Piotr Feusette - kardiolog,
- Dr hab. n. med. Tomasz Czarnik - anestezjolog,
- Lek. Robert Żurawel - chirurg naczyniowy.

W ciągu ostatniego roku Komisja spotykała się na posiedzeniach stacjonarnych w Izbie, a w okresie pandemii kontynuowała prace w systemie hybrydowym i zdalnym.

Łącznie Komisja podjęła uchwały w sprawie 30 projektów naukowych własnych i badań międzynarodowych

z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, Politechniki Opolskiej, Szpitala Wojewódzkiego i Onkologii w Opolu.

Większość posiedzeń dotyczyła jednak, zgodnie z wymogami sytuacji, wyrażenia zgody na leczenie eksperymentalne osoczem ozdrowieńców ciężko chorych na COVID-19 w warunkach szpitalnych.

Jako pierwsza Komisja w Polsce przeszła w okresie pandemii na system zdalny, co umożliwiło wydawanie zgody w ciągu kilku godzin od złożenia wniosku w nagłych stanach zagrożenia życia, z czego skorzystały, oprócz większości szpitali z województwa opolskiego, także szpitale w Raciborzu i Gliwicach.

Należy podkreślić, że za zgodą Prezesa ORL, Komisja nie pobierała żadnych opłat za zgody na leczenie osoczem, traktując je jako projekty własne lekarzy.

Przewodniczący Komisji Bioetycznej
Dr n. med. Jacek MIARKA

Sprawozdanie Okręgowej Komisji Rewizyjnej na Zjazd Sprawozdawczo-Budżetowy za rok 2020

Komisja Rewizyjna w składzie:

1. Marek Błaszczuk – przewodniczący,
2. Marek Piętka – członek,
3. Andrzej Bunio – członek

przeprowadziła w dniu 25.02.2021 r. badanie wykonania budżetu za rok 2020. Na posiedzeniu wspólnie z główną księgową zapoznano się z przychodami i wydatkami - porównując plan do wykonania. Omówiono rachunek wyników oraz bilans. Jednocześnie przyjęto do wiadomości preliminarz przychodów i wydatków na 2021 r.

W przyjętym w 2020 r. planie przychody określono w wysokości 2.128.500 zł i koszty w takiej samej wysokości. Tymczasem ostateczne wykonanie wynosiło: przychody 1.943.932,75, koszty 1.877.974,38 zł.

Na podstawie przedstawionych dokumentów należy stwierdzić, że zmniejszenie przychodów w stosunku do planu o kwotę 184.567,25 zł wynikało głównie ze zmniejszenia wpływów ze składek członkowskich, opłat za rejestrację gabinetów lekarskich oraz refundacji wydatków za zadania przejęte z budżetu i stażów podyplomowych. Po stronie wydatków niższe wartości o kwotę 250 225,62 zł wynikały przede wszystkim z niższych kosztów w dziale inne materiały, usługi pocztowe, nagrody za specjalizację, mniejszych wydatków na działanie samej Izby - jak posiedzenia Prezydium i Rady OIL, Komisji Problemowych, kosztów podróży oraz wydatków na Sport, Kulturę i Turystykę.

Z przedstawionych danych jasno widać jak duży wpływ na wykonanie budżetu miała trwająca od marca 2020 r. pandemia koronawirusa. Nastąpiło obniżenie kosztów we wszystkich tych rodzajach aktywności Izby która była związana z bezpośrednimi spotkaniami członków, konferencjami, szkoleniem podyplomowym czy wyjazdami. I niestety należy oczekiwać, że taki stan obniżonej aktywności utrzyma się jeszcze w roku 2021.

W toku omawiania gospodarki finansowej po raz kolejny zwrócono uwagę na zaległości w ściąganiu składek członkowskich, które w okresie 2016-2020 osiągnęły wartość 558.120,94 zł. I w ciągu ostatniego roku zwiększyły się o 112.694 zł. Mimo tak istotnych ubytków po stronie przychodów, w końcowym wyniku uzyskano w 2020 r. zysk netto w wysokości 62.516,37 zł. Oznacza to, że - podobnie jak w poprzednich latach - bieżące zarządzanie finansami Izby prowadzone jest ostrożnie i rozważnie.

Dlatego Komisja Rewizyjna pozytywnie ocenia prowadzoną gospodarkę finansową Izby i jednocześnie rekomenduje:

1. Przekazanie wypracowanego zysku na zwiększenie funduszu statutowego OIL.

2. Dalsze prowadzenie działań zmierzających do zwiększenia ściągłości składek.

Jednocześnie Komisja Rewizyjna wnioskuję do Okręgowej Zjazdu Lekarzy:

1. O przyjęcie uchwały o zatwierdzeniu wykonania budżetu za 2020 r.

2. O udzielenie Okręgowej Radzie Lekarskiej absolutorium za 2020 r

Załączniki:

1. Rachunek wyników i bilans za 2020 r.

2. Wykonanie budżetu 2020 r i plan na 2021 r.

3. Naliczenia i wpłaty składek członkowskich za lata 2016-2020.

Marek BŁASZCZYK

Marek PIĘTKA

Andrzej BUNIO

Opole, 22.02.2021

Informacja skarbnika

W preliminarzu budżetowym pojawiły się dwie nowe pozycje. W tabeli 2 w pozycji II.7 zarezerwowana została kwota, która przypadła naszej Izbie w ramach partycypowania wszystkich izb w sfinansowaniu nowego rejestru lekarzy, natomiast w pozycji VII.5 uwzględniono koszty wspólnego (NIL + wszystkie izby okręgowe) ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej organów izb (również ta kwota wynika z liczebności naszej Izby).

Potrzeba takiego ubezpieczenia jest uzasadniona ostatnimi zmianami w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, które wprowadziły bardzo uproszczony tryb przyznawania uprawnień do wykonywania zawodu na terenie Polski lekarzom spoza Unii Europejskiej. Spodziewamy się, że w wielu przypadkach dochodzić będzie do spraw w sądach administracyjnych, ponieważ wspólną decyzją wszystkich Prezesów okręgowych rad lekarskich przyjęty został regulamin postępowania, zgodnie z którym komisje w izbach będą jednak weryfikować upraw-

nienia takiego lekarza (znajomość języka polskiego, autentyczność dokumentów), mimo iż z ustawy wynika, że po decyzji administracyjnej Ministra Zdrowia izba ma po prostu wpisać lekarza do rejestru i wydać mu prawo wykonywania zawodu.

W pozostałych pozycjach zmiany są nieznaczne. Zwraca uwagę, że kierowaliśmy się bardziej planem 2020 niż wykonaniem 2020, ponieważ rok ubiegły był wyjątkowy ze względu na ograniczenia pandemiczne.

Ponieważ na organizację obchodów 30-lecia Izby wydaliśmy mniej niż było to zaplanowane, a środki miały pochodzić z części zysku za 2019 r., w projekcie uchwały nr 1 Zjazdu zostało zapisane, że pozostałość z tego zysku również powiększy fundusz zasadniczy.

Skarbnik ORL

Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

PRELIMINARZ BUDŻETOWY NA 2021 ROK

Wyszczególnienie	Plan 2020	Wykonanie 2020	Plan 2021
I. PRZYCHODY	2.128.500,00	1.943.932,75	2.006.500,00
1. Przychody z działalności statutowej	2.073.000,00	1.889.357,45	1.949.000,00
Składki członkowskie	1.900.000,00	1.732.684,90	1.800.000,00
Refundacja z Ministerstwa Zdrowia (zadania przejęte)	100.000,00	92.248,08	95.000,00
Opłaty za rejestracje praktyk	25.000,00	19.874,00	21.000,00
Refundacja z Urzędu Marszałkowskiego (staż podyplomowy)	13.000,00	7.540,00	10.000,00
Komisja Bioetyczna – wydanie opinii	12.000,00	12.578,09	13.000,00
Przychody finansowe	13.000,00	8.683,89	-
Inne przychody	10.000,00	15.748,49	10.000,00
2. Przychody pozostałe	55.500,00	54.575,30	57.500,00
Wynajem pomieszczeń	500,00	515,57	500,00
Reklamy w Biuletynie Informacyjnym	7.000,00	2.000,00	5.000,00
Prowizja OC	46.000,00	51.951,45	52.000,00
Pozostałe przychody operacyjne	2.000,00	108,28	-
A3. Zyski nadzwyczajne	-	-	-
II. WYDATKI	2.128.200,00	1.877.974,38	2.006.500,00
1. Koszty rodzajowe	1.528.200,00	1.4023,68	1.4620,00
a) Zużycie materiałów, energii, wody	115.500,00	96.389,35	102.300,00



Wyszczególnienie	Plan 2020	Wykonanie 2020	Plan 2021
Energia, gaz, woda	65.000,00	61.233,29	65.000,00
Artykuły biurowe	11.000,00	13.214,68	13.000,00
Środki czystości	7.000,00	6.647,62	7.000,00
Prenumerata czasopism	2.500,00	2.026,16	2.300,00
Inne materiały	30.000,00	13.267,60	14.000,00
Wybory korespondencyjne	-	-	1.000,00
b) Usługi obce	275.000,00	295.417,20	294.000,00
Remonty, konserwacja	30.000,00	37.638,78	20.000,00
Koszty kolportażu	20.000,00	25.859,50	26.000,00
Koszty Biuletynu Informacyjnego	50.000,00	47.844,34	50.000,00
Usługi pocztowe	40.000,00	28.090,72	32.000,00
Usługi prawne	89.000,00	88.848,00	89.000,00
Inne usługi	45.000,00	67.135,86	61.000,00
Tworzenie nowego rejestru lekarzy			15.000,00
Wybory korespondencyjne, zjazd	1.000,00		1.000,00
c) Podatki i opłaty	7.600,00	7.693,71	7.000,00
d) Wynagrodzenia	706.000,00	679.660,67	703.800,00
Osobowe wynagrodzenia	489.000,00	474.740,67	490.000,00
Umowa zlecenia, umowa o dzieło	142.000,00	153.750,00	157.200,00
Nagrody za specjalizację	70.000,00	47.170,00	50.000,00
Komisja Bioetyczna	5.000,00	4.000,00	5.000,00
Wybory korespondencyjne	-	-	1.600,00
e) Świadczenia na rzecz pracowników	123.800,00	118.070,19	119.500,00
Składka ubezpieczeniowa, Fundusz Pracy, FGŚP	111.000,00	105.587,09	107.000,00
Zakładowy Fundusz Nagród	-	-	-
Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	12.100,00	11.910,00	12.100,00
BHP	700,00	573,10	400,00
f) Amortyzacja środków trwałych	101.000,00	100.640,13	101.000,00
g) Pozostałe koszty	199.300,00	104.802,43	134.900,00
Posiedzenia ORL i Prezydium ORL	41.000,00	30.257,58	35.000,00
Posiedzenia komisji problemowych	15.000,00	3.077,10	5.300,00
Zjazd	6.000,00	-	-
Ubezpieczenia majątkowe	7.300,00	7.230,57	7.300,00
Ubezpieczenie OC organów OIL	-	-	4.300,00
Sport, kultura, turystyka	24.000,00	5.500,00	6.000,00
Komisja Bioetyczna ryczałt	10.000,00	7.400,00	8.000,00
Koszty podróży	31.000,00	11.529,63	14.000,00
Ryczałt OROZ	21.000,00	16.800,00	17.000,00
Ryczałt OSL	16.000,00	13.600,00	14.000,00
Spotkania seniorów	9.000,00	-	5.000,00
Inne koszty	19.000,00	9.407,55	19.000,00
Wybory korespondencyjne	-	-	-
2. Składki do NIL	285.000,00	258.660,45	270.000,00
3. Kształcenie podyplomowe	70.000,00	-	60.000,00
4. Fundusz Samopomocy	130.000,00	130.000,00	140.000,00
5. Pozostałe koszty operacyjne	-	2,12	-
6. Straty operacyjne, odsetki od kredytu	103.000,00	81.283,13	62.000,00
7. Rzecznik Praw Lekarza	2.000,00	-	2.000,00
8. Wydatki delegatur	10.000,00	5.355,00	10.000,00
III. WYNIK - DOCHÓD/STRATA	300,00	65.958,37	0,00
Podatek dochodowy od osób prawnych	-	3.442,00	-

**Protokół z XL Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
19-20 marca 2021 r.**

Zjazd odbył się w formie obiegowej. W głosowaniu drogą elektroniczną wzięło udział 74 delegatów, wszystkie głosy były ważne. W głosowaniu przy użyciu przesyłki pocztowej udział wzięło 3 delegatów. Dwa głosy były ważne, jeden nieważny (przesyłka nadana o dzień za późno).

Łącznie w głosowaniu wzięło udział 76 delegatów co stanowi 63,3% ogółu delegatów, dzięki czemu Zjazd był prawomocny do podejmowania uchwał.

W głosowaniu nad Uchwałą nr 1 wszyscy głosujący byli za. W głosowaniu nad Uchwałą nr 2 wszyscy głosujący byli za.

Sekretarz ORL
Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL
Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

**Uchwała Nr 1
XL Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
z dnia 20 marca 2021 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. z 2019 r., poz. 965) oraz w związku z art. 52 i 53 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2019 r., poz. 351) uchwała się co następuje:

§ 1

Na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej zatwierdza się roczne sprawozdanie finansowe Opolskiej Izby Lekarskiej za rok 2020, które zamyka się sumą bilansową po stronie aktywów i pasywów w kwocie 5.640.084,46 zł.

§ 2

Zysk netto za rok 2020 w kwocie 62.516,37 zł oraz pozostałość z zysku za rok 2019 w kwocie 15.000 zł przeznacza się na podwyższenie funduszu zasadniczego.

Sekretarz ORL
Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

§ 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, XL Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu udziela Okręgowej Radzie Lekarskiej absolutorium za okres między XXXIX a XL Zjazdem Lekarzy.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Prezes ORL
Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

**Uchwała Nr 2
XL Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
z dnia 20 marca 2021 r.
w sprawie uchwalenia budżetu Opolskiej Izby Lekarskiej na 2021 rok**

Na podstawie art. 24 pkt 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r., poz. 965) uchwała się co następuje:

§ 1

Po zapoznaniu się z preliminarzem budżetowym na rok 2021, przedstawionym przez Okręgową Radę Lekarską, XL Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu uchwała budżet Opolskiej Izby Lekarskiej na rok 2021 zgodnie z przedstawionym preliminarzem.

Sekretarz ORL
Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

§ 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 2021 r.

Prezes ORL
Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 17 marca odbyło się kolejne posiedzenie Rady Okręgowej. Także i tym razem prowadzone było zdalnie i Rada w ten sposób obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynął wniosek o przyznanie PWZ po odbytym stażu podyplomowym dla lek. Boichuk Tetiany (uchwałę podjęto jednogłośnie) oraz o wydanie duplikatu PWZ dla lek. Woźniak-Paweli Lucyny (uchwałę podjęto przy jednym głosie wstrzymującym się).

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Wniosek o wpis do Rejestru Podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy złożyła firma „Medical-Rescue” z Kędzierzyna-Koźła, która przeprowadzi szkolenie i warsztaty praktyczne z zakresu ratownictwa medycznego (stany nagłe w gabinecie stomatologicznym) - uchwałę podjęto przy jednym głosie wstrzymującym się.

Z kolei Optima Medycyna S.A. przeprowadzi szkolenie na temat: „Wybrane zagadnienia w praktyce lekarza POZ” - uchwałę podjęto jednogłośnie. Rada przyznała 8 pkt. edukacyjnych.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Prezes przedstawiła wniosek o wykreślenie jednej indywidualnej praktyki lekarskiej z powodu zgonu (uchwałę podjęto przy jednym głosie przeciwnym) oraz dwa wnioski z powodu zaprzestania wykonywania działalności leczniczej (uchwały podjęto jednogłośnie).

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Do Rady wpłynął jeden wniosek o zapomogę oraz wnioski o pomoc finansową dla lekarzy 90- latków (10 lekarzy i 4 lekarzy dentyków). Wszystkie uchwały podjęto jednogłośnie.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Wnioski o zwolnienie ze składki członkowskiej złożyła dwójka lekarzy - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Sprawozdanie z posiedzenia on-line Konwentu Prezesów ORL w dniu 11 marca 2021r. oraz NRL w dniu 12 marca 2021 r.

Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka przedstawiła sprawozdanie z hybrydowego posiedzenia Konwentu Prezesów ORL. Tradycyjnie gościem Konwentu był Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Matyja, który poinformował Prezesów OIL o rozmowach w sprawie wspólnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej osób funkcyjnych i organów Samorządu Lekarskiego. W nowej wersji jedynym podpisującym ubezpieczenie w imieniu NIL i wszystkich izb okręgowych będzie Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Ubezpieczycielem będzie TU Inter Polska S.A., kwoty ubezpieczenia pozostają bez zmian. Zupełną nowością jest brak jakiegokolwiek wkładu finansowego OIL w to ubezpieczenie.

Następnie Prezes Matyja wspominał o bardzo trudnych rozmowach z Ministrem Zdrowia w sprawie regulacji wynagrodzeń w ochronie zdrowia i o możliwym cofnięciu dodatku „covidowego” z uwagi na wyszczerpienie pracowników medycznych (są takie zakusy w Ministerstwie). Wspominał także o przygotowaniach do obchodów 100-lecia Samorządu Lekarskiego, których patronem medialnym ma zostać Polsat oraz wymianie korespondencji z Ministerstwem Zdrowia w sprawie odstąpienia od ustnej części PES. Tu - według relacji Prezesa Andrzeja Matyji - największym orędownikiem ich odbycia, mimo trzeciej fali pandemii są konsultanci krajowi poszczególnych dziedzin medycyny.

Następnie Konwent obradował nad nierozwiązaną do dziś sprawą z Confido (sprawy toczą się w sądzie) i przekazanych do NIL transz finansowych z poszczególnych izb okręgowych. Konwent chciałby uregulowania tych kwestii do końca bieżącej kadencji.

W końcowej części posiedzenia głos zabrał Prezes OIL w Łodzi Paweł Czekalski, odpowiedzialny z ramienia NIL za czuwanie nad pracami modernizacyjnymi Finna, który ponowił apel do Prezesów OIL o oddelegowanie do zespołu koordynującego tę pracę po jednym pracowniku z każdej izby, by wzmocnić merytorycznie prace nad funkcjonalnością modernizowanego systemu.

Z kolei sprawozdanie z posiedzenia NIL przedstawił Jerzy Jakubiszyn. Posiedzenie odbyło się w trybie zdalnym za pośrednictwem systemu GoToMeeting.

Przed rozpoczęciem właściwego programu Rady odbyło się Zgromadzenie Wyborcze, które wybierało Zastępcę Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej (vacat był efektem wyboru na styczniowym posiedzeniu NRL dotychczasowego Zastępcy Sekretarza, Artura Drobnia, na stanowisko Wiceprezesa NRL). Prezes Andrzej Matyja proponował na to stanowisko Zytę Kaźmierczak-Zagórską. W tajnym głosowaniu została ona wybrana na stanowisko Zastępcy Sekretarza NRL.

W ramach właściwego posiedzenia NRL przyjęte zostały następujące dokumenty:

- Apel do Ministra Zdrowia o zorganizowanie debaty poświęconej problemom środowiska lekarzy dentyków - projekt przedstawił A. Cisło, który zwrócił uwagę na olbrzymie problemy związane ze specjalizowaniem się lekarzy dentyków (w ostatnim postępowaniu liczba przyznanych rezydentur dla lekarzy dentyków stanowiła tylko 1,5% wszystkich rezydentur), a także bardzo niskie nakłady na publiczne leczenie stomatologiczne (wydatki na stomatologię stanowią poniżej 2% budżetu NFZ),
- Stanowisko w sprawie bezwartościowych lub szkodliwych metod leczenia w chorobach onkologicznych - projekt przedstawił A. Drobnia, który poinformował, że powstał on na podstawie uwag, przedstawionych przez

ekspertów z towarzystw naukowych działających w obszarze onkologii,

- Stanowisko w sprawie zapowiedzianej w „Strategii na Rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030” reformy systemu orzekania o niepełnosprawności - projekt przedstawił D. Hankiewicz, który zwrócił uwagę, że przygotowywana przez Rząd Strategia nie była w ogóle konsultowana z Samorządem Lekarskim, pomimo że to właśnie lekarze oceniają stan zdrowia pod kątem uznania osoby za niepełnosprawną,

- Stanowisko w sprawie regulacji wynagrodzeń w ochronie zdrowia - projekt przedstawił Prezes A. Matyja, który zwrócił uwagę, że z końcem czerwca br. wpływa zapis ustawowy, który mówił o minimum 6.750 zł dla lekarza specjalisty. W 2018 r., gdy zapis ten wynegocjowany został po proteście rezydentów, kwota ta stanowiła 1,67% średniej płacy, aktualnie stanowi 1,31%. W toczących się rozmowach w Komisji Dialogu Społecznego Rząd zaproponował zwiększenie tej kwoty do 1,38% średniej. Prezes Matyja zwrócił uwagę, że Ministerstwo przedstawiając zarobki lekarzy stale bierze pod uwagę wszystkie składowe, w tym dyżury.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

SPRAWOZDANIE Z KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 22.03.2021 r. odbyło się pierwsze w bieżącym roku stacjonarne spotkanie Komisji Stomatologicznej.

Zebranie rozpoczęła przewodnicząca komisji dr Barbara Hamryszak od smutnej wiadomości dotyczącej śmierci naszych kolegów stomatologów:

- lek. stom. Juliusza Warenickiego,
- lek. stom. Stanisława Tołkacza,
- lek. stom. Adama Duniewskiego,
- lek. stom. Andrzeja Sekuta,
- lek. stom. Adama Bazgiera,
- lek. stom. Ewy Ciepły,
- lek. stom. Danuty Koniecznej,
- lek. stom. Bożeny Kubickiej.

Członkowie uczcili zmarłych minutą ciszy.

Następnie dr Hamryszak odczytała stanowisko Prezydium NRL z dnia 22.01.2021 r. w sprawie tragicznej

Sekretarz KS

Lek. dent. Agnieszka CHOMIK-RĄCZY

W trakcie posiedzenia Prezes Matyja poinformował o:

- dobiegających do końca ustaleniach w sprawie wspólnego ubezpieczenia organów izb okręgowych i NRL od odpowiedzialności cywilnej za podejmowane uchwały,

- ustalaniu ostatecznej formy obchodów 100-lecia Samorządu Lekarskiego,

- korespondencji z Ministerstwem Zdrowia dotyczącej osób, które rozpoczęły w ubiegłych latach specjalizację w trybie wolontariatu (od 1 stycznia 2021 r. nie ma możliwości specjalizowania się w tym trybie i nie zostawiono żadnego okresu przejściowego),

- korespondencji z Ministerstwem Zdrowia w sprawie odwołania egzaminów ustnych w ramach PES (podał przykład anestezjologów, którzy już zdawali test – 91% osób zdało – i czekają na egzaminy ustne, które rozpoczyna się dopiero 26 marca i nie ma ich w pracy).

Sprawy różne i wolne wnioski

Brak wniosków

Wobec wyczerpania programu obrad na tym posiedzenie zakończono.

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA



sytuacji gabinetów stomatologicznych zlokalizowanych w szkołach.

Komisja przypomina, że w dniu 01.07.2021 r. upływa termin zaopatrzenia się przez gabinety w kasy fiskalne działające online.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej złożyło apel do Ministra Środowiska i Klimatu o usprawnienie funkcjonowania bazy danych BDO, po licznych informacjach od środowiska stomatologicznego dotyczących trudności w składaniu sprawozdań.

Informujemy, że od 01.07.2021 r. wchodzi obowiązek udostępniania danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej poprzez platformę P1 do systemu informacji medycznej zgodnie z art. 56 ust. 4 o systemie informacji – przepis dotyczy wszystkich placówek medycznych.

Przewodnicząca KS

Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA

W natłoku docierających do mnie informacji umknęła mi niestety wiadomość o wręczeniu przez Prezes Opolskiej Izby Lekarskiej odznaczenia „Za zasługi dla ochrony zdrowia”. Skromna – ze względu na szalejącą pandemię – uroczystość odbyła się w trakcie posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej dn. 10 marca br. Bohaterką jej zaś była Pani dr Alina KOWALCZYKIEWICZ-KUTA. Należy dodać, że pierwotnie odznaczenie to miał jej wręczyć przedstawiciel Wojewody Opolskiego w trakcie uroczystości 30-lecia powstania Opolskiej Izby Lekarskiej we wrześniu ub. roku, ale niestety Pani Doktor nie mogła w nim uczestniczyć – stąd ten „poślizg”. Poniżej przed-

stawiam krótką sylwetkę odznaczonej, serdecznie gratuluję, a za moją gafę gorąco ją przepraszam.

PS. W trakcie tej samej uroczystości figurkę Karolinki-Opolanki otrzymał także dr Marek SABAT, Prezes Opolskiej Izby Lekarskiej II kadencji w latach 1993-1997. On także miał zostać uhonorowany w trakcie jubileuszu naszej izby, ale niestety choroba uniemożliwiła mu udział w tym święcie. Również serdecznie gratulujemy!!!

Jerzy B. LACH



Alina KOWALCZYKIEWICZ-KUTA

Dr n. med. Alina Kowalczykiewicz-Kuta ukończyła Wydział Lekarski w Zabrzu Śląskiej Akademii Medycznej w 1991 r. W 1996 r. uzyskała I stopień specjalizacji z pediatrii, w 2000 r. II stopień specjalizacji z neonatologii. W 2009 r. uzyskała stopień naukowy doktora nauk medycznych w Collegium Medicum UJ w Krakowie.

Od 1992 r. pracuje w Klinicznym Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu. W latach 1992-2003 pełniła funkcję konsultanta w Poradni Patologii Noworodków i Wcześnieńców oraz w Poradni Laktacyjnej. Jest Wojewódzkim Koordynatorem ds. Upowszechniania Karmienia Piersią w Opolu. W 2016 r. została Instruktorem Neonatal Life Support Europejskiej Rady Resuscytacji.

W latach 2010-18 była Kierownikiem Zakładu Neonatologii. Przez lata była Starszym Wykładowcą na Wydziale Położnictwa PMWSZ w Opolu, a od 2018 r. jest Adiunktem w Klinice Pediatrii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Opolskiego, w której prowadzi zajęcia

dydaktyczne w Wieloprofilowym Centrum Symulacji Medycznej (WCSM) z zakresu: propedeutyki pediatrii oraz opieki pielęgnacyjnej z elementami pierwszej pomocy.

W 2019 r. została powołana przez Wojewodę Opolskiego na funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii.

Wieloletni członek Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, aktywnie uczestniczy w sympozjach, kursach udoskonalających oraz międzynarodowych i krajowych konferencjach naukowych. Jest autorką szeregu publikacji oraz doniesień naukowych.

Od 2011 r. prowadzi Specjalistyczną Praktykę Lekarską w Opolu.



PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA I PÓŁROCZE 2021 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
27-28.IV. 2021 r. wtorek-środa	Dr n. med. Iwona Rajca-Biernacka	Przetaczanie krwi i jej składników	Lekarze/lekarze dentyści w trakcie specjalizacji modułowych wszystkich specjalności
14-18.VI.2021 r. poniedziałek-piątek	Prof. dr hab. Krystyna Sosada	Ratownictwo medyczne	Lekarze/lekarze dentyści w trakcie specjalizacji modułowych wszystkich specjalności

Wszystkie szkolenia odbywać się będą on-line ze względu na pandemię COVID-19. Zgłoszenia proszę już wypełniać na formularzu (do pobrania na stronie internetowej Izby - szkolenia podyplomowe): opole.szkolenia@hipokrates.org.

Terminy szkoleń, które są w trakcie ustalania pojawiają się najszybciej na stronie internetowej Izby.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

DLACZEGO RZECZPOSPOLITA STRACIŁA DZIEDZICZENIE KSIĘSTWA KRÓLOWEJ BONY SFORZY NAD MORZEM ŚRÓDZIEMNYM?



Po śmierci Izabeli Aragońskiej (zmarła na syfilis - leczono ją rtęcią, co ją zabiło) w roku 1524 matki królowej polskiej Bony Sforzy, Bari i Rossano przypadły jej córce. Natychmiast wysłano z Polski do Apulii (Bari) i Kalabrii (Rossano) dwóch namiestników: urodzonego w Gdańsku wybitnego dyplomata Jana Dantyszka oraz Lodofico Ali-fio, prawnika urodzonego w Bari osobistego sekretarza królowej Bony. Po przybyciu do Włoch polscy namiestnicy nawiązali kontakt z Ludwikiem Decjuszem wybitnym humanistą, władającym biegle językiem łacińskim, który reprezentował interesy królowej Bony we Włoszech (w Krakowie na Woli Justowskiej znajduje się Willa Decjusza z ekskluzywną restauracją).

W roku 1526 w Katedrze Wawelskiej przedstawiciele Bari i Rossano złożyli przed obliczem króla Zygmunta Starego i królowej Bony przysięgę wierności. Był to tzw. „Hołd włoski” na wzór słynnego „Hołdu pruskiego”. Mieszkańcy Bari i Rossano doskonale wiedzieli, że ich władczyni polska królowa Bona Sforza rezyduje na Wawelu i niejednokrotnie osobiście wybierali się do Krakowa, ażeby połatwiać swoje sprawy.

W roku 1556 Bona Sforza, skonfliktowana ze swoim jedynym synem, królem Zygmuntem Augustem, po 38 latach spędzonych w Polsce postanowiła powrócić do Włoch - oficjalnie dla podreperowania zdrowia (skarżyła się na chorobę oczu). Liczyła wówczas 62 lata. Do Bari wpłynęła w maju 1556.

Marząc o godności wicekróla królestwa Neapolu udzieliła gigantycznej pożyczki Filipowi II Habsburgowi królowi Hiszpanii i Neapolu. Tymczasem zaufany agent cesarski dworzanin Bony Gian Lorenzo Pappacoda otrul umierającą już Bonę podsuwając sfałszowany testament, w którym przekazywała Bari i Rossano Filipowi II. Niedługo po tym Bona odzyskała przytomność i sporządziła nowy testament czyniąc dziedzicem obu księstw swego jedynego syna - Zygmunta Augusta. Następnego dnia królowa Bona zmarła. Niestety Filip II zawsze powoływał się na ten sfałszowany testament.

W latach 1589 – 1593 w rzymskim kościele pod wezwaniem św. Mikołaja (jest on tam pochowany w kryptach) w Bari staraniem córki królowej Bony Anny Jagiellonki wzniesiono piękne mauzoleum Bony, zaś obok postawiono posąg św. Stanisława Szczepanowskiego

patrona Polski, zaś na ścianach umieszczono portrety królów polskich, później zamalowane.

Dyplomacja polska zaczęła walkę o te włoskie księstwa i zwrot gigantycznej pożyczki natychmiast po śmierci Bony. Osobisty wysłannik króla Zygmunta Augusta, Piotr Dunin Wolski spędził w Hiszpanii 12 lat i nic nie wskórał. Podobnie we Włoszech działał kardynał Stanisław Hozjusz - również bez efektu.

Zygmunt August zmarł w roku 1572 zapisując księstwa Bari i Rossano swoim trzem siostram, a po ich śmierci miały one przejść na własność Rzeczypospolitej. W roku 1575 kandydat do tronu polskiego Maksymilian Habsburg obiecywał przyłączenie obu księstw do Polski.

O zwrot księstw Bari i Rossano starali się później król Zygmunt III Waza ostatni wnuk Bony Sforzy oraz kolejny władca Polski król Władysław IV Waza i jego młodszy brat król Jan Kazimierz. Polscy Wazowie odnieśli niewielki sukces ponieważ hiszpańscy Habsburgowie wypłacili tylko niewielki procent z tych „sum neapolitańskich” królowej Bony.

Z punktu prawnego Bari i Rossano przestały być częścią Rzeczypospolitej dopiero w roku 1596, kiedy zmarła ostatnia córka Bony Sforzy Anna Jagiellonka. Nigdy później Polska nie zwracała się o zwrot Bari i Rossano jak również o tzw. „sumy neapolitańskie”.

P. S. Najśłynniejszy sułtan turecki Sulejman Wspaniały, którego flota w tamtych czasach niepodzielnie panowała na Morzu Śródziemnym zakazał łupienia zamków w Bari i Rossano, ponieważ był on wówczas w dobrych stosunkach z polskim królem Zygmuntem Starym.

Prof. Janusz KUBICKI



Królowa Bona Sforza i król Zygmunt Stary

LOCKDOWN? TAK, ALE... JAK?

Od 20 marca obowiązuje trzeci lockdown całego kraju. Rząd wycofał się z regionalizacji obostrzeń, bo trzecia fala, wszystko na to wskazuje, wypiętrzy się wyżej niż jesienna i może być dla systemu ochrony zdrowia jeszcze poważniejszym testem wydolności. Czy zamknięcia, jakich okresowo doświadczamy już od roku, mają sens? W ogóle i w naszym, polskim, wydaniu?

Nauka zdalna dla wszystkich, również młodszych klas. Otwarte – przedszkola i żłobki. Zamknięte naглуcho restauracje, siłownie, instytucje kultury, obiekty sportowe, galerie handlowe. Otwarte – wolno stojące sklepy (większość), salony fryzjerskie i ogólnie branża beauty, kościoły. Tych ostatnich minister broni wbrew opinii większości ekspertów i zdecydowanemu vox populi. Z sondażu przeprowadzonego przez ośrodek BioStat 18–19 marca wynika, że 60% Polaków uważa, iż świątynie powinny zostać zamknięte (obowiązuje w nich limit 1 osoby na 15 m², który jest w większym stopniu nieprzestrzegany niż przestrzegany, o czym łatwo się przekonać, idąc w niedzielę do kościoła lub pod kościół). W kontekście zbliżających się Świąt Wielkanocnych, które dla wiernych są najważniejszym świętem, trudno nie zastanawiać się, do ilu zakażeń dojdzie, jeśli rząd przymknie oko (tak jak robi to co najmniej od Bożego Narodzenia) na lekceważenie norm sanitarnych podczas nabożeństw.

To jest stan lockdownu na 20 marca. W kolejnych dniach mogą jednak zostać podjęte surowsze decyzje – łącznie z zakazem przemieszczania się. Co prawda bez wprowadzenia stanu wyjątkowego decyzja ta będzie obciążona wadą prawną, ale rząd ma przecież jeszcze inne narzędzia – także zawieszenie dalekobieżnych połączeń kolejowych i zakaz lotów, zastosowane rok temu. Może też oddziaływać psychologicznie, by zniechęcać Polaków do podróży po kraju w świąteczne dni. Wszystko to przerażaliśmy wiosną 2020.

Pierwszy lockdown wprowadzono, nie ma co do tego wątpliwości, w porę i miał pełne uzasadnienie. System ochrony zdrowia był bowiem zupełnie nieprzygotowany na zagrożenie – brakowało środków ochrony indywidualnej, system testowania dopiero powstawał (kto dziś pamięta, że w pierwszych tygodniach wysyłaliśmy próbki zagranicę, bo żadne polskie laboratorium nie miało materiałów niezbędnych do przeprowadzania testów?). Zamknięcie Polaków w domach, całkowita izolacja, były jedynym sposobem na zatrzymanie epidemii. Cel został osiągnięty, a Polska – według raportów międzynarodowych – do początków września była wymieniana, jako

jedno z państw, które stosunkowo dobrze radziły sobie z pandemią, właśnie dzięki wystarczająco wcześniej podjętej decyzji o zamknięciu kraju.

O ile pierwszy lockdown był potrzebny, o tyle czas, jaki dzięki niemu kupiliśmy, został zmarnowany. Polska do drugiej fali pandemii była niemal tak samo nieprzygotowana, jak do pierwszej. Niemal, bo oczywiście środki ochrony indywidualnej i płyny do dezynfekcji już były, kapitał stanowiły szpitale jednoimienne i mozolnie budowany system testowania. Nie było natomiast wiedzy eksperckiej, która przekładałaby się na podejmowane decyzje. Rząd w październiku, gdy już druga fala pięła się ostro w górę, tłumaczył, że zawiodły prognozy. Ale przecież niezależni eksperci, w tym zespół Polskiej Akademii Nauk, latem przestrzegali, czym skończy się szerokie otwarcie nieprzygotowanych do funkcjonowania w reżimie sanitarnym szkół. – Mury nie zarażają – mówił tymczasem ówczesny minister edukacji Dariusz Piontkowski, który co prawda jesienią stracił stanowisko, ale odnalazł się w resorcie jako wiceminister.

Drugi i trzeci lockdown mają wspólny mianownik: w przeciwieństwie do tego z marca 2020 zostały wprowadzone zbyt późno, jako reakcja na już nie tyle rozpędzającą się, co rozpędzoną falę zakażeń. Reaktywność to niejedyna wspólna cecha. Drugą jest pasywność. Lockdown bez szerokiego testowania, bez dochodzeń epidemiologicznych, bez szukania źródeł zakażeń, bez wiedzy, gdzie najczęściej dochodzi do transmisji wirusa (jesienią królowało wyrażenie-wytrych „transmisja pozioma”, które miało usprawiedliwiać brak wiedzy, gdzie się zakażamy), nie ma tak naprawdę sensu, jest środkiem daleko niewystarczającym do duszenia pandemii. Przekonaliśmy się o tym w styczniu, gdy po fali bożonarodzeniowych zachorowań uzyskaliśmy „wypłaszczenie” krzywej, ale na bardzo wysokim poziomie. W dodatku Ministerstwo Zdrowia przez kilka tygodni ignorowało głosy niezależnych ekspertów i praktyków – lekarzy oddziałów covidowych – raportujących, że w szpitalach dzieje się coś dziwnego, bo przybywa młodszych chorych w ciężkim stanie. W styczniu nie można było tłumaczyć tego zjawiska szczepieniami seniorów, bo one jeszcze nawet się nie rozpoczęły.

Najprawdopodobniej już wtedy w szpitalach pojawiły się ofiary beztróskiego zastosowania metody „hammer and dance”, o której w pierwszych tygodniach roku wspominał minister zdrowia. „Młot i taniec” to określenie strategii walki z pandemią polegającej na naprze-

miennym luzowaniu i zaostrzaniu ograniczeń. Ma ona głęboki sens, gdy jest prowadzona rozsądnie. W polskim wydaniu „młot i taniec” polegał np. na poluzowaniu obostrzeń na lotniskach w grudniu 2020 r., gdy praktycznie cała Europa kasowała połączenia z Wielką Brytanią. Polska, w przeciwieństwie, choćby do Włoch, nie wprowadziła masowego testowania przyjeżdżających na Boże Narodzenie rodaków. Godząc się tym samym na niekontrolowany import brytyjskiej mutacji wirusa.

Ona z pewnością prędzej czy później by do nas dotarła, ale każde „później” było na wagę złota, bo spowolnienie ekspansji brytyjskiego mutantu dawałoby większą szansę bezproblemowego prowadzenia akcji szczepień przeciw COVID-19.

„Dance” w polskim wydaniu, w drugiej połowie stycznia, oznaczał również drastyczne – jak na sytuację epidemiczną wokół naszych granic i na kontynencie – poluzowanie obostrzeń. W sytuacji, gdy niemal wszystkie europejskie kraje wysoko trzymały gardę, z niepokojem śledząc wyniki z laboratoriów, pokazujące jak szybko brytyjska odmiana wypiera „starego” wirusa („To potwór” – mówił w pewnym momencie premier Włoch), Polska zdecydowała się na otwarcie części obiektów sportowych, hoteli, a przede wszystkim szkół dla klas 1–3.

Taniec się urwał, gdy okazało się, że na północy Polski krzywa zakażeń wystrzeliła w górę. Regionalne obostrzenia się nie sprawdziły, więc – lockdown, jako ostatnia deska ratunku dla poddanego ponownie testowi wytrzymałości systemu ochrony zdrowia.

Co przynosi ta strategia? Jeśli chodzi o liczbę zakażeń, Polska od początku pandemii zajmuje 14. miejsce w świecie. W pierwszej piętnastce jesteśmy przy tym krajem zdecydowanie najmniejszym. Pod względem liczby zgonów zajmujemy miejsce 16. Ale już gdy brać pod uwagę tylko sytuację bieżącą, jeśli chodzi o liczbę nowych przypadków praktycznie od początku roku nie wypadamy poza pierwszą dziesiątkę, często plasując się – w liczbach bezwzględnych – na piątym, szóstym miejscu. „Przegrywamy” z Indiami (1,3 mld mieszkańców), USA (ponad 330 mln), Brazylią (213 mln). Pod względem liczby nowych zgonów – to samo. Szóste, piąte, czwarte – ba, nawet trzecie miejsce w świecie.

Gdyby skorygować liczbę zgonów w stosunku do wielkości populacji, wyprzedza nas jedynie Brazylia – kraj, w którym nie tylko nie ma lockdownu, ale w którym prezydent i duża część decydentów podważa istnienie pandemii. Brazylia zajmuje w tej chwili 24. miejsce w świecie pod względem liczby zgonów w przeliczeniu na wielkość populacji (1370 zgonów na 1 mln mieszkańców). 25. miejsce przypada Szwecji (1307) – jednemu krajowi w Europie, który ani rok temu, ani jesienią 2020 r. nie wprowadził lockdownu, nie zamknął gospodarki, nie narzucił obywatelom ograniczeń. 26. miejsce, z bardzo dużymi „szansami” na wyprzedzenie Szwecji, zajmuje Polska (1291, dane z 20 marca 2021). A są to przecież jedynie potwierdzone zgony covidowe. Statystyki dotyczące umieralności ogółem są dla Polski jeszcze bardziej niekorzystne.

Małgorzata SOLECKA
(przedruk z „Pulsu” nr 4/21)

RÓŻNICE W SZCZEPIONKACH

Do połowy marca tego roku, na całym świecie podano 345 mln dawek szczepionki przeciw COVID-19, a ponad 78 mln osób zostało zaszczepionych dwiema dawkami. W Polsce 1,56 mln osób otrzymało dwie dawki szczepienia, a ogółem podano 4,39 mln dawek. Najwięcej emocji wzbudzają rodzaje szczepionek podawanych pacjentom.

Pierwsza w Polsce pojawiła szczepionka mRNA-Comirnaty (BNT 162b2), którą powszechnie nazywa się szczepionką Pfizera. Substancja znajduje się w fiolce wielodawkowej, której zawartość należy rozcieńczyć przed użyciem. Jedna fiolka (0,45 ml) po rozcieńczeniu zawiera 6 dawek po 0,3 ml. Jedna dawka to 30 mikrogramów szczepionki mRNA przeciw COVID-19 (zawartej w nanocząsteczkach lipidowych). Jednoniciowy informacyjny RNA (ang. messenger RNA, mRNA) z czapeczką na końcu 5', wytwarzany jest z wykorzystaniem bezkomórkowej transkrypcji in vitro na matrycy DNA, kodując białko szczytowe (ang. spike, S) wirusa SARS-CoV-2. Za wytworzenie biologicznych substancji czynnych odpowiedzialne są BioNTech Manufacturing GmbH i Rentschler Biopharma SE z Niemiec oraz Wyeth BioPharma Division of Wyeth Pharmaceuticals LLC ze Stanów

Zjednoczonych. Według zaleceń producenta, szczepionkę można podawać u osób powyżej 16 roku życia. Nie ma przeciwwskazań do stosowania u kobiet w ciąży. Szczepionka jest dwudawkowa, podawana w odstępie co najmniej 21 dni. Powinna być przechowywana w temperaturze od –60 do –80°C. W temperaturze 2–8°C może być przechowywana przez 5 dni, a w temperaturze pokojowej – maksymalnie do 2 godzin. Skuteczność jej jest oceniana na 52% po podaniu jednej dawki oraz prawie 95% po przyjęciu dwóch dawek.

Jako kolejna w kraju pojawiła się wektorowa szczepionka Oxford-AstraZeneca (nazwa producenta to CHAdOx1, AZS1222). Jedna dawka (0,5 ml) szczepionki zawiera adenowirus szympansi z sekwencją kodującą glikoproteinę S (ang. spike) wirusa SARS-CoV-2 ChAdOx1-S, nie mniej niż 2,5 razy 108 jednostek zakaźnych. Wytworzony jest on w genetycznie zmodyfikowanych ludzkich embrionalnych komórkach nerki (HEK) 293, z wykorzystaniem technologii rekombinacji DNA. Biologicznie czynna substancja wytwarzana jest przez Henogen SA w Belgii, Catalent Maryland Inc w Stanach Zjednoczonych oraz Oxford Biomedica (UK) Ltd w Wielkiej Brytanii. Cykl





szczepień składa się z dwóch oddzielnych dawek po 0,5 ml każda, podawanych w odstępie 4–12 tygodni. Występuje w dwóch opakowaniach ośmio- i dziesięciodawkowych. Czas przechowywania nieotwartej fiolki w lodówce w temperaturze od 2 do 8°C to 6 miesięcy, otwartej fiolki w podanych warunkach to 48 godzin. Skuteczność ochrony przed zachorowaniem ocenia się na 60–80%. Można podawać ją u osób powyżej 18 lat, natomiast brakuje danych o jej skuteczności u osób powyżej 55 roku oraz wpływu na kobiety w ciąży. Ze względu na domniemane powikłania, stosowanie tego preparatu lub niektórych jego serii zostało w ostatnim czasie zawieszono w kilku krajach.

Kolejnym preparatem dostępnym na rynku polskim jest COVID-19 Vaccine Moderna (mRNA-1273). Fiolka zawiera 10 dawek po 0,5 ml. Jedna dawka zawiera 100 mikrogramów informacyjnego RNA (ang. messenger RNA, mRNA), w nanocząsteczkach lipidowych SM-102. Technologia produkcji jest podobna do szczepionki Pfizera. Biologiczna substancja czynna wytwarzana jest przez LONZA AG w Szwajcarii. Preparat można przechowywać w temperaturze od –15 do –25°C, po rozmrożeniu nienakłutą fiolkę można trzymać w lodówce w temperaturze od 2 do 8°C przez 30 dni, nakłutą fiolkę maksymalnie 6 godzin. Preparat można podawać u osób w wieku 18 lat i starszych, przy czym skuteczność jego jest oceniana podobnie we wszystkich grupach wiekowych. W badaniach na myszach nie stwierdzono toksyczne-

go wpływu na reprodukcję. Zalecany odstęp między 2 dawkami określono na 28 dni. Skuteczność szczepionki ma sięgać 95%.

Ostatnim z dostępnych w Polsce preparatów będzie wektorowa szczepionka przeciw COVID-19 firmy Johnson&Johnson (nazwa robocza Ad.26. COV2.S lub JNJ-78436725), o której wiadomo najmniej. Szczepionka wykorzystuje niezdolny do replikacji wektor adenowirusa ludzkiego typu 26 z ekspresją glikoproteiny S wirusa SARS-CoV-2. Wcześniej taki sam wektor (technologia AdVac®) wykorzystano w szczepionce przeciw gorączce Ebola. Transport i przechowywanie szczepionki wymaga klasycznych warunków łańcucha chłodniczego (temp. 2–8°C przez 3 miesiące, przez 2 lata może być przechowywana w temperaturze –20°C). Jest to szczepionka jednodawkowa, do tej pory dopuszczona warunkowo jedynie w Stanach Zjednoczonych.

Na terenie Unii Europejskiej rozważane jest również dopuszczenie do obrotu szczepionek chińskiej i rosyjskiej. Ostatnio prasę obiegła informacja o planach stworzenia szczepionki polskiej przez firmę Mabion SA i Polski Fundusz Rozwoju w kooperacji z amerykańskim producentem szczepionek Novavax. Szczepionka miałaby być produkowana w Konstantynowie Łódzkim.

Patrycja PROC

Źródła: ec.europa.eu/health; www.ema.europa.eu; szczepienia.pzh.gov.pl
(przedruk z „Panaceum” nr 4/21)

CZY PANDEMIA ZABIERZE NAM LEKARZY?

Brytyjskie Stowarzyszenie Medyczne opublikowało niedawno nieco zatrważające wyniki badania, przeprowadzonego wśród lekarzy walczących z pandemią Covid 19. Okazało się, że 60% konsultantów myśli o opuszczeniu brytyjskiej państwowej służby zdrowia – National Health Service (NHS) przed osiągnięciem wieku emerytalnego.

Co trzeci lekarz pracujący w NHS chce zredukować swój czas pracy o minimum 50%, zaś 18% lekarzy specjalistów chce jeszcze bardziej ograniczyć liczbę swoich godzin pracy. Prawie 70% badanych bardzo chciałoby osiągnąć równowagę pomiędzy życiem zawodowym a osobistym. Niewielu, bo mniej niż 7% wszystkich specjalistów, wyraziło zainteresowanie zatrudnieniem w NHS po ukończeniu 65. roku życia. Aż dwie trzecie respondentów planuje odejść z państwowej służby zdrowia w ciągu najbliższych trzech lat.

Wielu lekarzy nie wytrzymuje napięcia towarzyszącego pracy w niespotykanych dotąd warunkach. Stres, który towarzyszy im w codziennej pracy, jest niemal identyczny, jak ten, który odczuwają żołnierze na polu bitwy. Dla wielu z nas widok tak dużej liczby chorych w ciężkim stanie, duszących się i łapiących ostatni oddech niczym ryby wyrzucone na brzeg, potrafi wyryć głęboki

ślad w psychice. Do tego często dochodzi obawa o to, by nie zachorować lub nie zarazić najbliższych.

Czy podobne piętno pandemia odcisnęła na lekarzach pracujących w Polsce? Według raportu opracowanego przez **Centrum Polityk Publicznych Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie** 9% polskich lekarzy planuje wyjechać z kraju. Odnosząc te dane do liczby medyków, którzy posiadają prawo wykonywania zawodu – oznacza to odpływ ponad 12 tysięcy lekarzy! Z kolei 6% lekarzy (8,5 tysiąca w skali kraju) z powodu pandemii planuje rezygnację z wykonywanego zawodu, zrzekając się prawa wykonywania zawodu. Niemal co trzeci spośród badanych lekarzy planuje ograniczyć swoją aktywność zawodową. W związku z ciężką, odpowiedzialną i niezwykle stresującą pracą, aż 72% lekarzy w Polsce poważnie rozważa osobiste konsultacje z psychologiem. **W tym celu, z myślą o pracownikach medycznych, Naczelna Izba Lekarska przygotowała bazę psychologów, którzy bezpłatnie udzielają konsultacji.**

Jeżeli chodzi o zawodową emigrację, to jeszcze gorzej wygląda sytuacja wśród najmłodszych medyków. Komisja Młodych Lekarzy, działająca przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku, wśród lekarzy do 35. roku życia

przeprowadziła ankietę pytając, czy chcieliby wyjechać do pracy za granicę. Większość, bo aż 43% chce wyemigrować, 40% chce pozostać w Polsce, zaś pozostałych 17% medyków nie jest jeszcze zdecydowanych. Konkretnie działania w celu rozpoczęcia medycznej kariery poza Polską podjęło już około 20% lekarzy.

Główne przyczyny opuszczenia kraju przez lekarzy są podobne. Najczęściej to troska o własne zdrowie psychiczne, zbyt wysoki poziom stresu, towarzyszącego pracy w czasie pandemii, zbyt niskie zarobki, a także coraz częściej brak godnych warunków pracy oraz lekceważenie ich, jako grupy zawodowej przez rządzących, którzy często zdają się nie rozumieć, jak ważną rolę pełnią lekarze, szczególnie w czasie pandemii. Polska ma najniższe w Unii Europejskiej wskaźniki zatrudnienia lekarzy, realnie wynoszące 2,2 lekarza/1000 mieszkańców. Średni wiek lekarzy w Polsce, wynoszący 52 lata, również powinien budzić niepokój polityków odpowiedzialnych za ochronę zdrowia. Sytuacja stale się pogarsza, bo niemal 70% polskich szpitali ma dla lekarzy wolne wakaty.

Wielu zawodowo czynnych lekarzy w wieku emerytalnym (stanowią ponad 1/3 wszystkich lekarzy zatrudnionych w Polsce) zaplanowało zakończenie pracy 30 czerw-

ca br. i przejście na zasłużoną emeryturę. To właśnie 30 czerwca 2021 roku wygaśnie możliwość stosowania dotychczasowych papierowych druków recept, a duża część lekarzy po 60. roku życia obawia się, iż nie podoła e obowiązkom. Według szacunków NIL, w Polsce już przed pandemią brakowało ok. 68 tysięcy lekarzy. Jeśli z pracy w ochronie zdrowia odejdzie kolejnych kilkanaście tysięcy medyków, to system rozsypie się w drobny mak.

Brak troski o kadry medyczne, a wręcz niekiedy nawet wrogie nastawienie rządzących, może w szybkim tempie doprowadzić do wielkiej katastrofy ochrony zdrowia w Polsce. Przykładem niech będzie haniebna – w opinii niektórych, wręcz celowo złośliwie zaproponowana – podwyżka dla lekarzy specjalistów, wynosząca 19 zł miesięcznie. Przeliczając kwotę na godzinę pracy lekarza wychodzi, że zaproponowano nam nominalnie około 12 groszy więcej. Przy takiej polityce niestety daleko nie zajedziemy, zwłaszcza że już kilka tygodni temu w angielskim NHS wykazano 8278 wolnych miejsc pracy dla lekarzy. Być może znaczną część tych etatów zajmą lekarze z Polski.

Marek DERKACZ
marekderkacz@interia.pl
(przedruk z „Medicusa” nr 4/21)

MASKA MEDYCZNA TO STANOWCZO ZA SŁABA OCHRONA PRZED KORONAWIRUSEM

Z prof. dr hab. n. med. Andrzejem Gładyszem - rozmawia Maciej Sas

Maciej Sas: Rok od wybuchu epidemii można zaryzykować stwierdzenie, że niemal wszystko na ten temat zostało już napisane i powiedziane. Pan, wypowiadając się na temat COVID-19, wielokrotnie podkreślał, że wygrana z koronawirusem jest możliwa tylko pod warunkiem, że zjednoczymy się w działaniach, a więc ma to być wysiłek nie tylko lekarzy, środowiska medycznego, ale również całego społeczeństwa, które musi w sposób dobrze zorganizowany stosować się do procedur sanitarnych, nawyków higienicznych itd. Dlaczego to tak ważne?

Prof. dr. hab. n. med. Andrzej Gładysz: Za każdym razem podkreślam, że na tym polu walki liczy się współdziałanie nas wszystkich – nie tylko lekarzy, świata nauki, ale każdego człowieka, bo dotyczy to wszystkich. W dużej mierze to nasze zachowania społeczne są istotnym czynnikiem, który wpływa na rozprzestrzenianie się chorób i nie zawęża się to tylko do COVID-19.

M.S.: Rozumiem, że to dotyczy również, a może przede wszystkim środków bezpieczeństwa, jakie stosujemy i w jakim stopniu ich przestrzegamy w kontaktach społecznych. Wiele informacji z różnych źródeł przybliżyło nam wiedzę na temat sposobu ochrony górnych dróg

oddechowych. Czy uważa Pan, że w tej sprawie również powiedziano już wszystko?

A.G.: Faktycznie, wydawałoby się, że temat został zupełnie wyczerpany. Jak sądzę, niewiele pozostało takich osób, które należałoby przekonywać do używania masek ochronnych.

Dzisiaj, zamiast pytania CZY potrzebujemy masek, należy raczej postawić sobie pytanie JAKICH masek używać. Pandemia trwa na dobre od roku, dlatego wiele procedur i nawyków utrwaliło się w naszym życiu społecznym i gospodarczym. Ludzie nauczyli się funkcjonować w tej nowej rzeczywistości. Wiedzą o znaczeniu i potrzebie noszenia masek, zachowania dystansu, mycia rąk i – co najważniejsze – stosują się do tych zasad, które rozumieją i akceptują.

M.S.: Większość z nas wielokrotnie szukała w ostatnich miesiącach informacji dotyczących tego, jakie maski są najskuteczniejsze. Informacji na ten temat jest ogromnie dużo. Brakuje, niestety, jednoznacznego głosu, który rozwiałby wątpliwości na temat tego, jakich masek (chodzi mi o jakość) używać podczas pandemii.

A.G.: Faktycznie, w tym względzie wiedza wymaga uporządkowania. Na początku zwróć uwagę na kwestię, ►►

która być może nam umyka lub która nie jest dość jednoznaczna. Otóż maska medyczna, której powszechnie używają lekarze, pielęgniarki i inny personel medyczny (oraz wiele osób spoza tego grona) niestety kompletnie nie spełnia oczekiwań, jakie z jej użyciem są związane, a wręcz należy powiedzieć, że nie nadaje się do używania podczas pandemii. Dlaczego? Bo jej parametry techniczne i konstrukcja miały na celu spełnić całkiem inną funkcję! Natomiast w walce z pandemią koronawirusa potrzebujemy bardziej wyrafinowanego urządzenia. Mam na myśli na przykład półmaski filtrujące, czyli urządzenia, które są środkami ochrony indywidualnej. Tylko takie urządzenia stanowią skuteczną ochronę zarówno dla użytkownika, jak i jego otoczenia. Koronawirus, z którym się zmagamy, niestety, jest bardziej podstępny i tym samym skuteczniejszy w transmisji niż inne wirusy, dlatego wymusza stosowanie narzędzi sprawdzonych – skutecznych zarówno dla użytkownika, jak i osoby eksploatowanej. W obecnych warunkach maska medyczna powinna zostać odłożona na bok, bo niestety nie zapewnia wystarczającej ochrony w czasie trwającej pandemii.

M.S.: Jakich urządzeń w takim razie używać? I dlaczego?

A.G.: Jak wspomniałem, koronawirus ma naturalny dar do skuteczniejszej transmisji niż inne wirusy. Potrafi utrzymywać się dość długo w powietrzu, jest względnie odporny na różnice temperatury. Jest w stanie przetrwać na różnego rodzaju powierzchniach (ubraniach, włosach czy skórze) przez długi czas, różny dla każdej z wymienionych struktur. Dlatego tak ważna jest m.in. nieustanna dbałość o higienę rąk. Przy tego rodzaju epidemii znacznie bardziej istotnym elementem jest właśnie ochrona górnych dróg oddechowych, szczególnie nosa. Z tego powodu powinniśmy używać najskuteczniejszych urządzeń, jakie są dostępne. W tym przypadku taki warunek spełniają półmaski filtrujące typu FFP2 i FFP3, które cechują się sprawdzalnym, bardzo wysokim poziomem ochrony. Pamiętajmy, że skuteczność ochrony zależy zarówno od poziomu filtracji, który w przypadku tych urządzeń jest bardzo wysoki, jak również od ilości powietrza, którą zasysamy poprzez nie szczelności maski. To jest właśnie podstawowa różnica pomiędzy maską medyczną a półmaską filtrującą: konstrukcja tych ostatnich bardzo ogranicza możliwość oddychania powietrzem, nieprzechodzącym przez materiał filtrujący. Uzyskanie tej cechy istotnej z punktu widzenia epidemiologicznego bada się stosownym testem. W przypadku maski medycznej cecha ta nie była najważniejsza, bo urządzenie miało spełniać inną funkcję – chronić pacjenta, a nie lekarza. W masce medycznej duża część powietrza przedostaje się poprzez szczeliny i niedopasowanie do twarzy. Podkreślam zawsze, że ta maska nie została stworzona w celu ochrony użytkownika, lecz w celu ochrony pacjenta przed skażonym aerozolem – skażonym, czyli wydychanym przez lekarza!

Jestem przekonany o zasadności tego argumentu, zalecając używanie w stanach epidemii półmasek filtrujących. Regulują to ponadto argumenty prawne oraz obowiązujące europejskie normy w tym zakresie, czyli: EN 14683 dla masek medycznych i EN 149 dla półmasek filtrujących. W tym rozumieniu prawo i normy wyraźnie wskazują, że w przypadku ochrony użytkownika i pacjenta zaleca się urządzenia o normie EN 149. I z tych względów w epidemii wirusowej należy właśnie używać półmasek filtrujących FFP2 oraz FFP3.

Pamiętajmy jednak, że środowisko medyczne to specyficzne warunki pracy, gdzie reguły bezpieczeństwa obowiązują w bardziej rygorystycznym wymiarze, ponieważ każdy pacjent może być potencjalnym źródłem ekspozycji zakaźnej. Zatem wszystkie maski używane w tym środowisku winny być (szczególnie w czasie epidemii) bezpieczne dla użytkownika, a z tym wiąże się ich jakość techniczna i czystość biologiczna.

Maskę zakładamy na twarz (usta, nos), a to miejsca, w których łatwo może dojść do dodatkowego zakażenia bakteryjnego. Czasami z przerażeniem obserwuję, jak maski medyczne nieposiadające jednostkowego opakowania są przekazywane z rąk do rąk przez personel medyczny. Za chwilę szpitale będą walczyć z infekcjami bakteryjnymi rozprzestrzeganymi przez pacjentów i personel. Dlatego bardzo ważne jest, by nie tylko w czasie tej pandemii używać właściwych urządzeń. Podsumowując, do ochrony używajmy (także w środowisku medycznym) półmasek filtrujących FFP2 i FFP3, czystych biologicznie. One muszą być koniecznie bez zaworów wentylacyjnych, które jednostronnie chronią tylko użytkownika maski. To ważne tym bardziej, że na rynku są już dostępne maski o właściwościach spełniających obie wymagane normy bezpieczeństwa oraz zapewniające swobodę oddychania.

M.S.: Wspomniał Pan, że bardzo ważne jest bezpieczeństwo pracy w środowisku medycznym. Ale nie brakuje opinii lekarzy związanych z tym, że ciągła praca z zakrytą twarzą staje się bardzo uciążliwa za sprawą ograniczeń w swobodnym oddychaniu.

A.G.: Oczywiście, sam słyszę to bardzo często, ale jest to kwestia wyboru sprzętu o właściwej jakości. W tym przypadku chodzi o urządzenia, które posiadają niskie opory oddychania, bo ten parametr bezpośrednio wpływa na jakość oddychania, a tym samym na komfort pracy. W Polsce mamy już producentów, którzy oferują takie urządzenia – wprowadzają na rynek półmaski testowane na skuteczność ochrony nawet wobec tak małej cząstki, jaką jest koronawirus. Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie opracował i wprowadził metodę badawczą sprawdzającą maski pod tym kątem. Półmaski, o których mówię i które znam, posiadają certyfikat Centralnego Instytutu Ochrony Pracy właśnie w tym zakresie. Dzisiaj stosowanie właściwych urządzeń to w równym stopniu kwestia świadomości, jak i dostępności tej klasy produktów. Szczególnie mając na uwadze, że wirus rozprzestrze-

nia się również za pośrednictwem osób bezobjawowych, optymalnym rozwiązaniem byłoby stosowanie półmasek filtrujących FFP2 i FFP3, a także upowszechnienie ich w użyciu – zarówno w każdym miejscu pracy, jak i poza nim. Podkreśliśmy jeszcze, że osoby starsze, będące częściej pacjentami szpitali i przychodni, są najbardziej narażone na działanie koronawirusa. Dlatego powinny być zachęcane do używania wyłącznie takich urządzeń.

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Gładysz - emerytowany wieloletni konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych

Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, obecnie profesor Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy. Autor i współautor kilkunastu monografii i podręczników medycznych oraz ponad trzystu publikacji naukowych. Laureat Zespołowej Nagrody Jędrzeja Śniadeckiego PAN za test szybkiego wykrywania wirusowych zapaleń wątroby. Wielokrotnie odznaczany i wyróżniany nagrodami państwowymi. W 2005 r. wyróżniony wraz z zespołem katedry i kliniki nagrodą prezydenta Wrocławia, a w 2018 r. odznaką honorową „Zasłużony dla Województwa Dolnośląskiego”.

(przedruk z „Medium” nr 4/21)

PANDEMIA W LABORATORIUM, CZYLI JAK POKONAĆ COVID-19

**Z dr n. med. Elżbietą Puacz, specjalistką mikrobiologii,
byłą Prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, rozmawia Anna Augustowska**

Bez pracy diagnostów laboratoryjnych nie moglibyśmy walczyć z pandemią. Czego pandemia nauczyła diagnostów?

Przede wszystkim wielkiej pokory oraz szybkich działań logistycznych w sytuacji, kiedy trzeba natychmiast diagnozować nowe zakażenie. Zdobyliśmy umiejętności doboru badań diagnostycznych i metodyki ich wykonywania oraz interpretacji. Pandemia bardzo wyraźnie pokazała, jak ważną rolę stanowi medycyna laboratoryjna w całym procesie diagnostyczno-terapeutycznym. W bardzo krótkim czasie musiały powstać nowe testy diagnozujące zakażenie SARS CoV 2 metodami genetycznym RTPCR, czy też oceniające układ odpornościowy w postaci odpowiedzi humoralnej i komórkowej.

Najbardziej znane jest badanie oznaczania poziomu przeciwciał anty SARS CoV 2, czy ono w pełni ocenia odporność na Covid 19?

Badania obecności przeciwciał skierowanych przeciw chorobie zakaźnej wykonywane są nie tylko jako rozpoznanie choroby, ale także od lat służą w epidemiologii jako badania przesiewowe w celu odpowiedzi na pytanie: czy w danym społeczeństwie nie podejrzewamy danej choroby lub czy nastąpiło zakażenie bezobjawowe i jaka część społeczeństwa jest uodporniona na zakażenie. W wielu państwach Europy już w maju 2020 r. w celach epidemiologicznych wykonywano badania przesiewowe obecności przeciwciał w klasie IgG anty SARS CoV 2 wśród krwiodawców jako grupie reprezentującej różne stany i zawody. Niestety, u nas nadal takie badania nie są prowadzone. Pamięć immunologiczna wytworzona na skutek pierwotnej infekcji lub szczepienia jest odpowiedzialna za odporność na reinfekcję. Pozostaje jednak pytanie: jak długo ta odporność się utrzyma? W grudniu 2020 r. pojawiły się doniesienia informujące, iż przeciwcia-

ła powstałe po zakażeniu wirusem SARS CoV 2 wywołują silną odpowiedź immunologiczną, która utrzymuje się przez co najmniej osiem miesięcy. Według literatury naukowej, co potwierdził w badaniach własnych prof. Waldemar Rastawicki z PZH NIZP, w Polsce widoczna jest korelacja między odpowiedzią immunologiczną a ciężkością przebiegu zakażenia. Lecz nie tylko odpowiedź humoralna w postaci przeciwciał obrazuje odporność na reinfekcję, jest także odpowiedź komórkowa.

Czy wiemy przez jaki okres od przyjęcia szczepionki przeciwciała będą się utrzymywać i na jak długo zapewnią ochronę przed zakażeniem?

Nie znamy jeszcze odpowiedzi na te pytania. Wiemy natomiast, że szczepionki przeciw Covid 19 oparte są na białku S (spike) wirusa SARS CoV 2. Po podaniu preparatu, podczas kontaktu komórek immunologicznych z obcym antygenem, dochodzi do rozwoju pierwotnej odpowiedzi immunologicznej, wtedy powstają przeciwciała w klasie IgM i IgA, które po krótkim okresie znikają, stąd ich oznaczanie nie ma większego znaczenia klinicznego, lecz one zastępowane są przez przeciwciała w klasie IgG. Przeciwciała te ograniczają rozprzestrzenianie się wirusa SARS CoV 2 w organizmie między innymi dzięki zapobieganiu jego replikacji. Wyjątkową rolę przeciwciał przeciwko białku S jest neutralizacja wirusa SARS CoV 2, która następuje w wyniku blokowania jego integracji z komórką docelową ACE gospodarza. Ze względu na te właściwości przeciwciała przeciwko białku S określane są mianem neutralizujących (nAbs). Istnieje korelacja między poziomem przeciwciał przeciwko białku S a właściwościami neutralizującymi osocza, co zostało wykorzystane w terapii osoczem ozdrowieńców. Obecnie trwają prace nad ustaleniem, jaki dokładny poziom nAbs jest niezbędny do zapewnienia ochrony





ny przed zakażeniem SARS CoV 2. Ciekawostką jest fakt, że stężenie przeciwciał anty SARS CoV 2 klasy IgG przeciwko podjednostce S1 białka S u osób zaszczepionych jest wyższe niż stężenie przeciwciał powstałych po przebiegu Covid 19.

Jak prawidłowo interpretować wyniki badania?

Przede wszystkim bardzo ważny jest czas, po jakim od zaszczepienia czy przechorowania wykonano badania immunologiczne. Aby były wiarygodne, należy wykonać je dopiero po upływie 10-14 dni od podania drugiej dawki szczepionki lub wystąpienia objawów chorobowych. Mediana dla serokonwersji wynosi około dwóch tygodni. Materiałem do badania w kierunku przeciwciał jest surowica/osocze (pacjent nie musi być na czczo w momencie pobrania). Ponieważ szczepionki przeciw Covid 19 oparte są wyłącznie na antygenie S wirusa SARS CoV 2, do badania odporności poszczepiennej nie mogą być używane testy serologiczne oparte na białku N wirusa, które wykorzystywane było we wcześniejszych testach diagnostycznych do oznaczania przeciwciał dla pacjentów po zakażeniu SARS CoV 2, a niestety często ten błąd jest popełniany. U osób zaszczepionych (które nie miały wcześniej kontaktu z SARS CoV 2) nie dochodzi do syntezy przeciwciał skierowanych przeciwko białku N (nukleokapsydu) wirusa SARS CoV 2. Białko S wirusa SARS CoV 2, na którym oparte są szczepienia, złożone jest z podjednostek S1 i S2. Wykazano, że podjednostka S1 cechuje się najniższą homologią z analogicznymi regionami innych patogennych koronawirusów i w związku z tym wiarygodne testy diagnostyczne w kierunku przeciwciał syntezowanych po szczepieniu przeciw Covid 19 muszą być oparte właśnie na tym antygenie.

Obecnie wyniki badania przeciwciał podawane są w różnych jednostkach. Jak je oceniać?

Przyczyną tej sytuacji był brak określonego tzw. wzorca odniesienia, czyli materiału referencyjnego immunoglobuliny anty SARS CoV 2. Dopiero w grudniu 2020 r. Komitet Ekspertów WHO ds. Standaryzacji Biologicznej udostępnił pierwszy materiał referencyjny „First WHO International Standard Anti SARS-CoV 2 Immunoglobulin”, który został opracowany przez Narodowy Instytut Wzorców Biologicznych i Kontroli w Wlk. Brytanii. Instytut ten odpowiada za opracowywanie i produkcję ponad 90% międzynarodowych standardów biologicznych, stosowanych w diagnostyce laboratoryjnej na całym świecie. Stąd obecnie wszystkie firmy dostarczające testy muszą skorelować swoje opracowania z nowym materiałem referencyjnym WHO tak, by wyniki oznaczeń były podawane w wystandaryzowanych, międzynarodowych jednostkach: BAU/ml (binding antibody units) i była możliwość ich porównywania. Dziś nie ma możliwości porównania wartości wyników wykonywanych różnymi testami, wiem, że niektórzy już na jesieni próbowali dokonać korelacji lecz nie miało to żadnych podstaw analitycznych i merytorycznych.

Są osoby, które przechorowały zakażenie SARS CoV 2 a nie wytworzyły przeciwciał.

Tak, są pacjenci seronegatywni, mimo posiadania pozytywnego wyniku RTPCR, czy też po łagodnym przebiegu zakażenia, którzy nie wykazują serokonwersji. W każdej populacji odsetek osób niezdolnych do wytwarzania przeciwciał stanowi od 2 do 10% średnio 4%, dlatego w ocenie odpowiedzi immunologicznej u tych pacjentów ważna jest ocena odpowiedzi komórkowej układu immunologicznego, a dokładnie, badanie aktywności komórek T CD8+ (cytotoksycznych) i komórek T CD4+ (pomocniczych). Na podstawie badań wiemy, że na skutek zakażenia wirusem SARS CoV 2 następuje silne pobudzenie limfocytów T przez białko S wirusa. Z ponad 6 miesięcznych obserwacji ozdowieńców wynika, iż u 92% pacjentów po przejściu Covid 19 występują specyficzne dla SARS CoV 2 limfocyty T CD4+, a u 50% limfocyty T CD8+. Nadzieją na długotrwałą odporność na reinfekcję są również wyniki badań prowadzonych z udziałem ozdowieńców po pierwszej epidemii SARS, spowodowanej zakażeniami SARS CoV(1). Specyficzne przeciwciała, które powstały na skutek zakażenia wirusem SARS CoV(1), były wykrywalne jeszcze po trzech latach od infekcji u około 50% ozdowieńców, zaś po sześciu latach od przebycia SARS nie stwierdzono już obecności przeciwciał. Natomiast z badań opublikowanych w lipcu 2020 r. wynika, że u ozdowieńców limfocyty T, reaktywne wobec antygenów SARS CoV(1), są wciąż obecne, czyli po 17 latach od zakończenia epidemii SARS. Stąd możemy się spodziewać, że w przypadku ozdowieńców z Covid 19 odpowiedź komórkowa będzie intensywna i długotrwała, choć czas wszystko zweryfikuje.

Mamy też osoby, które mimo ewidentnego kontaktu z wirusem nie ulegają zakażeniu.

To prawda, są to przede wszystkim cechy osobnicze. Różna jest wrażliwość układu odpornościowego także w ramach odporności wrodzonej. Osoby, które posiadają miano komórek NK (Natural Killer) ponad 300/ml, zasadniczo nie ulegają zakażeniu. Przy niedużej dawce SARS CoV 2 komórki NK zabijają wirusa i te osoby nie ulegają zakażeniu.

Czy osoby, które przechorowały Covid 19 mogą gorzej przechodzić szczepienia?

Mogą, zdecydowanie, zwłaszcza gdy po przechorowaniu wytworzyły przeciwciała. Dlaczego? Ponieważ w takich przypadkach wytwarzają się krótkotrwałe krążące kompleksy immunologiczne (CIC), które zwykle osadzają się w drobnych naczyniach powodując bóle w mięśniach i kościach. Dlatego osoby, które przechorowały Covid 19 powinny w pierwszej kolejności ocenić poziom wytworzonych przez siebie przeciwciał w klasie IgG. Obecnie uważa się, że ozdowieńców należy szczepić w dalszej kolejności. Trwają także dyskusje, dotyczące liczby dawek szczepionki dla ozdowieńców, czy tylko jedna jako przypominająca, czy cały cykl dwu dawek. Według

prof. Grzegorza Dworackiego, druga dawka szczepionki powinna być podawana także ozdrowieńcom, ponieważ zwiększa rozpoznawanie przez przeciwciała potencjalnie zmutowanych miejsc wiązania wirusa, stąd jego zdaniem ozdrowieńcy powinni być szczepieni także dwoma dawkami. Jak widać, czas pandemii jest okresem intensywnego rozwoju technik diagnostycznych, których

celem jest nie tylko ułatwienie pracy lekarzom, ale także prognozowanie dalszego przebiegu epidemii. Szkoda, że w Polsce tak mało czerpie się ze skarbnicy, jaką jest medycyna laboratoryjna i współpraca z diagnostami laboratoryjnymi.

(przedruk z „Medicusa” nr 4/21)

WYPALENIE ZAWODOWE WŚRÓD LEKARZY DENTYSTÓW

Nie cierpisz niedzielnych wieczorów? W poniedziałek nie jesteś w stanie podnieść się z łóżka? Na myśl o powrocie do pracy przeszywa Cię dreszcz? Od dawna wykonujesz identyczne nudne obowiązki i starasz się unikać kontaktu z przełożonymi oraz współpracownikami? – pyta na swoim blogu Wojciech Martyniński, ekspert kariery i sam odpowiada – Prawdopodobnie nie jest to tylko „gorszy moment”, lecz symptomy wypalenia zawodowego.

Według definicji syndrom wypalenia zawodowego występuje, gdy praca przestaje dawać satysfakcję, pracownik przestaje się rozwijać zawodowo, czuje się przepracowany i niezadowolony z wykonywanego zajęcia, które niegdyś sprawiało mu przyjemność. Jak możemy przeczytać na stronie Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, czynnikiem wywołującym objawy zespołu wypalenia są chroniczny stres i nieumiejętność efektywnego radzenia sobie z nim. Do grup zawodowych szczególnie narażonych na jego wystąpienie zalicza się profesje wymagające intensywnych kontaktów z innymi ludźmi, czyli m.in. lekarzy, w tym lekarzy dentystów. Polskie Towarzystwo Stomatologiczne zatem w pierwszej połowie 2019 r. przeprowadziło badanie ankietowe dotyczące poziomu wypalenia zawodowego wśród 353 aktywnie praktykujących stomatologów.

We wspomnianym badaniu, poziom wypalenia zawodowego wśród polskich stomatologów w Kwestionariuszu do Mierzenia Skali Odczuć Zawodowych osiągnął rekordowo wysoką średnią – 27,9 punktów w tzw. skali Maslach. Co ciekawe, najwyższe wskaźniki poziomu wypalenia uzyskiwali lekarze dentyści łączący pracę w ramach NFZ i praktykę prywatną. Porównując wyniki z uzyskiwanymi przez przedstawicieli innych zawodów, stwierdzono, że lekarze innych specjalności uzyskali wyniki na poziomie 18 pkt, policjanci 16,7 pkt, menedżerowie 15,6 pkt, a strażacy (nomen omen) zaledwie 9,3 pkt. Natomiast średnie wyniki tzw. testu depersonalizacji (określającego zaburzenie postrzegania samego siebie) były na niemal identycznym poziomie wśród wszystkich lekarzy różnych specjalności. Jednak problem wypalenia zawodowego jest powszechny nie tylko wśród polskiej populacji.

Na portalu Dentistry Online wspomina o nim doktor Jana Denzel z Londynu i wymienia następujące cechy świadczące o wypaleniu zawodowym: trudności z zasy-

pianiem, problemy ze snem, natłok negatywnych myśli, utrata motywacji, obniżona produktywność, niepokój i stany depresyjne, brak energii i chroniczne uczucie zmęczenia, chęć zrobienia przerwy w pracy i/lub w relacjach ze współpracownikami, utrata zainteresowania pracą, którą kiedyś lubiłeś i która jeszcze niedawno była źródłem satysfakcji. Najbardziej dramatycznym objawem wypalenia zawodowego jest unikanie kontaktów międzyludzkich, ignorowanie potrzeb innych i bycie wobec nich obojętnym. Nie trzeba chyba podkreślać, jak może to być niebezpieczne w kontekście relacji lekarz–pacjent.

W portalu DENTONET można posłuchać wypowiedzi na ten temat doktor Doroty Merecz-Kot, kierownik Zakładu Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. Ekspertka podkreśla, że lekarz wypalony zawodowo zaczyna traktować pacjenta w sposób przedmiotowy, nie jako człowieka, który przychodzi z bólem, ale jako czwórkę do leczenia kanałowego. Jako dodatkowe elementy wypalenia zawodowego dr Merecz-Kot wymienia: trudności w regeneracji po pracy, przemęczenie i brak pozytywnych emocji związanych z pracą. Jako ostateczny etap – poczucie braku sensu, a nawet myślenie, że wybór tego zawodu był pomyłką.

Jak się zatem uchronić przed wypaleniem zawodowym? - Dbać o różnorodność i równowagę między życiem zawodowym i prywatnym – radzi D. Merecz-Kot. – Chodzi również o różnorodność w obrębie wykonywanego zawodu, trzeba dywersyfikować pracę i działać w różnych jej obszarach.

Natomiast doktor J. Denzel podaje konkretne zalecenia: ćwicz uwagę, porozmawiaj ze specjalistą, postaw na aktywność fizyczną, pielęgnuj pozytywną atmosferę w pracy i nie podejmuj zbyt wielu wyzwań naraz.

W Polsce od wielu lat studia stomatologiczne biją rekordy popularności wśród najchętniej wybieranych kierunków. Czy powinno się jednak dokonywać wyboru zawodu tylko w wymiarze antycypowanych korzyści? Mówi się, że nie wypala się tylko ten, kto nigdy nie płonął. Być może jedną z przyczyn tak powszechnego wypalenia wśród lekarzy dentystów są ich nadmierne oczekiwania.

Patrycja PROC

Źródła: pts.net; dentonet.pl; dentistry.co.uk
(przedruk z „Panaceum” nr 4/21)

SERCOWY ZESPÓŁ POSTCOVIDOWY: SKALA ZJAWISKA MOŻE BYĆ BARDZO DUŻA

Oprócz zapalenia płuc, typową patologią związaną z COVID-19 jest uszkodzenie mięśnia sercowego. Z retrospektywnych danych, które przeanalizowali naukowcy z Polski, wynika, że powikłanie to występuje u 20-30% chorych i przyczynia się do 40% zgonów. „Faktyczna skala problemu jest jeszcze większa” — sygnalizują autorzy na łamach „Cardiology Journal”.

„Za takim wnioskiem przemawiały wyniki badań autopsyjnych, które wykonano u 39 pacjentów zmarłych z powodu COVID-19. Cechy nieprawidłowości w mięśniu sercowym wykazano u pacjentów, u których wcześniej nie rozpoznano powikłań kardiologicznych. Ocena histopatologiczna mięśnia sercowego nie spełniała kryteriów ostrego zapalenia mięśnia sercowego, ale u 62% pacjentów (24 na 39) potwierdzono obecność SARS-CoV-2 w mięśniu sercowym” — mówi prof. dr hab. n. med. Miłosz Jaguszewski, współautor pracy „Post-COVID-19 heart syndrome”, która ukazała się ostatnio na łamach „Cardiology Journal”.

Progresja w kierunku niewydolności serca

Postępujące uszkodzenie mięśnia sercowego w przebiegu COVID-19 może być bezobjawowe, ale finalnie przyczynić się do rozwoju niewydolności serca i innych powikłań sercowo-naczyniowych w grupie tzw. ozdrowieńców.

„Hipotezę tę potwierdzają wyniki innego badania, które opublikowano na łamach „JAMA Cardiology”. Badacze wykonali rezonans magnetyczny serca u 100 ozdowieńców po 2-3 miesiącach od ostrej fazy choroby. U 78% badanych obserwowano trwałe zajęcie serca, a u 60% zapalenie mięśnia sercowego, co było niezależne od ciężkości i ogólnego przebiegu COVID-19 oraz czasu od pierwotnego rozpoznania. Ponadto podwyższone stężenie troponiny wykazano u 76% pacjentów bez klinicznie jawnych objawów dysfunkcji mięśnia sercowego” — przytacza wyniki badania prof. Miłosz Jaguszewski.

Przed wszystkim u 37% pacjentów obserwowano cechy zapalenia mięśnia sercowego w rezonansie magnetycznym po średnio 10 tygodniach od zakażenia. Co ważne, tylko połowa uczestników miała objawy COVID-19.

Wskazuje to, że następstwa sercowe mogą być związane ze zmienioną lub opóźnioną odpowiedzią immunologiczną, a nawet bezobjawowi pacjenci i/lub pacjenci nieświadomi infekcji mogą cierpieć na poważne powikłania sercowo-naczyniowe w dłuższej perspektywie.

Objawy po hospitalizacji u pacjentów z Wuhanu

Długoterminowe konsekwencje zdrowotne przechorowania COVID-19 zostały również ocenione u 1733 pacjentów w chińskim Wuhan, które było kolebką epidemii. Sześć miesięcy po wypisie ze szpitala utrzymującymi się objawami były głównie: zmęczenie lub osłabienie mięśni (63%), trudności ze snem (26%) oraz lęk lub depresja (23%). 76% badanych pacjentów (1265 na 1655) zadeklarowało przynajmniej jeden utrzymujący się objaw. „Chociaż obrazowanie sercowo-naczyniowe nie było częścią tego badania jest prawdopodobne, że przynajmniej u części pacjentów, którzy zgłaszali zmęczenie i osłabienie mięśni, mogła rozwinąć się dysfunkcja mięśnia sercowego” — przypuszcza prof. Jaguszewski.

W podsumowaniu badacze z Polski piszą że pojawiające się wyniki dotychczasowych badań wskazują iż zakażenie SARS-CoV-2 może być związane z długotrwałymi pozapłucnymi objawami narządowymi, przy czym zajęcie serca jest jednym z najczęściej występujących.

„Długoterminowy wpływ na układ krążenia związany z COVID-19, pozostaje nieznany. Dlatego istotna jest ocena obecności potencjalnego uszkodzenia mięśnia sercowego u pacjentów z zakażeniem SARS-CoV-2 w wywiadzie, nawet jeśli przebieg był bezobjawowy. Ponadto należy zwrócić uwagę na grupę pacjentów, którzy nie byli świadomi zakażenia ponieważ post-COVID-19 heart syndrome może być pierwszym wskaźnikiem przebytej infekcji w przeszłości” — podkreślają autorzy pracy.

Ewa KURZYŃSKA

Źródło: Gąsecka A., Pruc M., Kukuła K., Gilis-Malinowska N., Filipiak K.J., Jaguszewski M.J., Szarpak Ł.: Post-COVID-19 heart syndrome. *Cardiology Journal* 2021; doi: 10.5603/CJ.a2021.0028.

(przedruk z „Pulsu Medycyny” nr 5/21)

PO COVID-19 - OKIEM PULMONOLOGA

Czy ozdrowieńcy mogą się czuć już szczęściarzami? Niestety, nie jest to wcale pewne. A przynajmniej nie wszyscy. Początkowo wysiłki lekarzy skupiały się głównie na pacjentach chorych. Najważniejsze było utrzymanie ich przy życiu. Obecnie coraz częściej mówi się o powikłaniach po chorobie. I podobnie jak samo nasilenie choroby, są one różne u różnych osób. Pierwsza ważna informacja dla pacjentów jest taka, że sam przebieg choroby, czas jej trwania, nie musi mieć wpływu na pojawienie się powikłań. Z drugiej strony u pacjentów bezobjawowych mogą pojawić się niepokojące objawy, których nie wolno lekceważyć. W cyklu artykułów „Po Covid-19” przedstawimy państwu, jakie mogą pojawić się problemy po przejściu zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Przedstawimy je z punktu widzenia lekarzy zajmujących się różnymi dziedzinami medycyny i nauk pokrewnych.

Doktor Maciej Brudnoch, specjalista pulmonolog

Po otrzymaniu pozytywnego wyniku badania na obecność wirusa SARS-CoV-2, pacjenci najbardziej obawiają się problemów z oddychaniem. Czy ci, którzy w miarę łagodnie przechodzą Covid i powracają do codziennych zajęć po zakończeniu izolacji mogą odetchnąć z ulgą? W wielu przypadkach tak, ale nie zawsze – mówi doktor Maciej Brudnoch, pulmonolog.

– Z wirusem mamy do czynienia już prawie rok. I każdego dnia więcej o nim wiemy – tłumaczy Brudnoch. – Początkowo skupialiśmy się na leczeniu najcięższej choroby. Jednak już wiosną zauważyliśmy, że wyzdrowienie nie oznacza dla niektórych pacjentów końca kłopotów. Co ciekawe, okazuje się, że powikłania ze strony układu oddechowego pojawiają się nie tylko u pacjentów, którzy mieli problemy z oddychaniem w czasie choroby, ale również u osób, które w miarę łagodnie ją przechodziły – dodaje.

Przypomnę, że podstawą rozpoznania Covid-19 jest wywiad i pozytywny wynik testu na obecność wirusa SARS-CoV-2, jednak pacjenci kierowani na badanie nie zawsze mają wynik dodatni. Czasami, jeśli wywiad i badanie fizykalne wskazują na zakażenie, lekarz może zlecić ponowne wykonanie testu. W sytuacjach szczególnych można wykonać bronchoskopię dolnych dróg oddechowych w celu pobrania materiału do badań.

Po izolacji

Badania pokazują, że u pacjentów pełny powrót do zdrowia następował przeciętnie dopiero po około 90 dniach od zachorowania (grupa 384 osób badanych przez Mandal i wsp., mediana wieku 59,9 roku, 66% z chorobami towarzyszącymi). Ponadto 53% osób zgłaszało uczucie duszności, 34% kaszel, 69% zmęczenie, a 14,6% miało depresję. Spośród 244 chorych, u których wykonano kontrolne badanie RTG klatki piersiowej, tylko w 62% obraz był w pełni prawidłowy. U 2% nie nastąpiła popra-

wa, a u 9% wystąpiło znaczące pogorszenie wymagające pogłębienia diagnostyki pulmonologicznej.

Najczęstszymi powikłaniami, które mogą wystąpić w układzie oddechowym po przebytych Covid-19 są: niewydolność oddychania, której objawem może być duszność, ale także śródmiąższowe zapalenie płuc bądź choroby naczyń płucnych, gdzie oprócz duszności występować mogą: kaszel, zmęczenie, mała tolerancja wysiłku.

Dlatego też, z punktu widzenia pulmonologa, po izolacji trzeba wykonać kilka badań dodatkowych. Pierwszym z nich jest badanie RTG klatki piersiowej. Najlepiej, by było wykonane kilka tygodni po ozdrowieniu. Po przeprowadzeniu wywiadu z pacjentem powinien je zlecić lekarz pierwszego kontaktu. Jeśli wynik wskazuje na obecność zmian w miąższu płuc, zazwyczaj kolejnym krokiem jest skierowanie do pulmonologa i wykonanie tomografii komputerowej płuc. Kolejnym badaniem, które w łatwy sposób można wykonać, jest pomiar saturacji krwi. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowych wartości także warto rozważyć skierowanie do specjalisty.

– Pacjentowi po covidzie, w ramach gabinetu lekarza rodzinnego, zleciłbym także badania krwi: morfologia, jonogram, kreatynina, poziom cukru, ASPAT, ALAT. Pamiętałbym o EKG. Inne badania dobierałbym indywidualnie. Nawet jeśli wszystkie wyniki są w normie, uważam, że pacjent powinien być pod kontrolą nawet przez rok po chorobie – dodaje doktor Brudnoch.

Rehabilitacja

Istotną metodą radzenia sobie z dolegliwościami po przebytej chorobie Covid-19 jest rehabilitacja oddechowa. Pacjenci po ciężkim przebiegu powinni być kierowani na Oddział Rehabilitacji Oddechowej. Natomiast rodzi się pytanie, co z chorymi, którzy przechodzili chorobę w sposób łagodny, a mimo to mają dolegliwości. Tu pomocne będą zalecenia przygotowane we współpracy Krajowej Izby Fizjoterapeutów (KIF) i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Informator dla pacjentów dostępny pod adresem: <https://kif.info.pl/fizjoterapeuci-wspierajachorych-po-covid-19/> oraz filmy promujące samodzielną rehabilitację, dostępne pod adresem: <https://fizjoterapiaporusza.pl/rehabilitacja-po-covid>.

– Uważam, że powinny pojawić się wytyczne dla lekarzy pierwszego kontaktu – jak prowadzić pacjenta i jakie badania zlecać mu po przejściu choroby – mówi doktor Maciej Brudnoch. – To lekarze pierwszego kontaktu mają możliwość szybkiego zbadania pacjenta, zlecenia badań dodatkowych i w razie potrzeby skierowania do specjalisty – dodaje.

Maciej Brudnoch – specjalista chorób wewnętrznych i chorób płuc, kierownik Pracowni Endoskopowej w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy

*Dorota KOWALEWSKA
(przedruk z „Primum” nr 4/21)*

ODESZLI OD NAS

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 21 marca 2021 roku odeszła w wieku 91 lat
Nasza Kochana Mama, Siostra, Babcia, Prababcia

ŚP. Barbara OLEJNIK-KNOPIŃSKA

długoletni lekarz pediatra ze Szpitala Dziecięcego w Opolu

Żegnamy ją ze smutkiem, ale również i radością wierząc w wieczny spokój i odpoczynek.
Pogrążona w żalu

Rodzina

OGŁOSZENIA

Szanowni Państwo,
ostatni rok zmienił wszystko w naszym życiu, dotykając znacząco naukę i edukację. Od ponad roku nie było nam dane spotykać się w trakcie zjazdów czy kursów. Byliśmy zmuszeni odwołać zjazd Naszego, jeszcze młodego, Polskiego Towarzystwa Barku i Łokcia. Mamy świadomość, że pandemia nadal trwa, ale jesteśmy przekonani, że będziemy mogli spotkać się twarzą w twarz w bezpiecznych warunkach. Dlatego postanowiliśmy zorganizować III Zjazd PTBL 15 września 2021 r. tradycyjnie w Poznaniu, w przeddzień organizowanego Kongresu Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Barku i Łokcia (SECEC).

Jesteśmy przekonani, że będzie to Nasze wspólne święto. Planujemy wystąpienia naukowe, jak również wykłady zaproszonych gości. Omówimy opracowane wytyczne

ekspertów Naszego Towarzystwa dotyczące postępowania po pierwszym zwichnięciu stawu ramiennego.

W Zjeździe wezmą udział zaproszeni wykładowcy ze Stanów Zjednoczonych, Francji, Niemiec i Korei Południowej.

Następnego dnia - 16 września, rozpocznie się najważniejsze wydarzenie tego roku na świecie, dotyczące zagadnień barku i łokcia, czyli kongres SECEC. Dla wszystkich uczestników spotkania SECEC udział w zjeździe PTBL będzie bezpłatny.

Wszyscy zasługujemy, żeby podyskutować, wymienić doświadczenia zawodowe, a przede wszystkim spotkać się w Poznaniu. Wszelkie informacje znajdziecie Państwo na stronie www.ptbl2021.pl

Do zobaczenia! Serdecznie zapraszamy

Prezes PTBL
Roman Brzóska

Prezydent Zjazdu PTBL i Kongresu SECEC
Przemysław Lubiowski

NZOZ Eskulap S.C. w Wołczynie zatrudni do pracy w poradni POZ w Wołczynie lekarza internistę lub lekarza rodzinnego, ewentualnie w trakcie w/w specjalizacji.

Oferujemy:

- atrakcyjne warunki pracy i płacy,
- elastyczny czas pracy,
- umowa kontraktowa: docelowo możliwość planowanego przejęcia całego biznesu, tj.: przychodni z wyposażeniem, pacjentów, kontraktu z NFZ.

Kontakt: Jerzy Sobkowiak - e-mail: intor.bdf@wp.pl, tel.: 698-695-709 lub 605-540-798.



Komisja Kultury Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi zaprasza serdecznie do udziału w **XVIII Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy**, która odbędzie się w dniach 30 maja - 5 czerwca 2021 r. w Klubie Lekarza w Łodzi (także w maju - kontynuując tym samym tradycję wiosennych wernisaży).

Koleżanki i Kolegów lekarzy zainteresowanych udziałem w wystawie prosimy o dostarczenie swych prac do Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) do 14 maja br. Obrazy mogą być wykonane w dowolnych technikach i formatach. Wraz z tytułami prac i nazwami technik, w jakich wykonane, prosimy o przesłanie następujących danych: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji, adres zamieszkania. Przyjmujemy maksymalnie 2 prace od jednego autora ze względu na ograniczenia powierzchni wystawienniczej.

Kontynuując tradycję zapoczątkowaną podczas wcześniejszych edycji wystawy planujemy przeprowadzenie konkursu, w którym prace oceni jury złożone z trójki profesjonalistów.

Wernisaż wystawy odbędzie się 30 maja 2021 r. (niedziela) o godzinie 1700 w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3, a Wystawa potrwa do 5 czerwca br. Wernisaż może zostać odwołany z przyczyn niezależnych od organizatorów (sytuacja epidemiczna). W tej sytuacji materiał filmowy z przebiegu otwarcia Wystawy, ogłoszenia wyników Konkursu i wręczenia nagród będzie wyemitowany na platformie YouTube. Planujemy też wydanie Katalogu.

Kontakt: Kierownik Sekretariatu Iwona Szelewa, tel. 42/683-17-01, fax. 42/683-13-78, adres internetowy: biuro@oil.lodz.pl

Okręgowa Izba Lekarska w Płocku, jako współorganizator serdecznie zaprasza do udziału w **XVI Triathlonie o Puchar Prezydenta Miasta Płocka**, w ramach którego odbędą się **VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie MTB** oraz Otwarte Mistrzostwa Płocka Amatorów w Triathlonie. Zawody odbędą się dn. 19 czerwca 2021 r. (sobota) o godz. 12.00 na Kąpielisku Miejskim „Sobótka” w Płocku.

Zgłoszenia należy składać do dnia 19 maja 2021 r. po dokonaniu opłaty startowej i wypełnieniu formularza znajdującego się na stronie internetowej: <https://foxter-sport.pl/xvi-triathlon-o-puchar-prezydenta-miasta-plocka>. Zgłoszonym po 19 maja 2021 r. organizator nie gwarantuje otrzymania na mecie pamiątkowego medalu, posiłku i upominków od sponsorów. **O terminie zgłoszenia decyduje data dokonania opłaty startowej.** Wszystkie koszty opłaty startowej pokrywa osoba wpłacająca. Opłaty startowe uiszczać należy za pomocą płatności elektronicznych (Przelew24 w serwisie Foxter-Sport) w trakcie rejestracji na zawody.

Organizator zapewnia po zawodach w ramach opłaty startowej posiłek regeneracyjny, napoje w trakcie zawodów na trasie i na mecie. Organizatorzy nie zapewniają miejsc noclegowych (informacja o noclegach: www.plock.eu/pl/noclegi.html).

Wszelkie informacje dotyczące XVI Triathlonu o Puchar Prezydenta Miasta Płocka można znaleźć na stronie: www.pttdelta.pl.

Stobrawskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Kup pilnie zatrudni:

- lekarza ze specjalizacją z chorób wewnętrznych lub innej specjalności zachowawczej do pracy w charakterze Kierownika Izby Przyjęć;
- lekarza ze specjalizacją z chorób wewnętrznych lub innej specjalności zachowawczej do pracy na Oddziale Chorób Wewnętrznych;
- lekarza ze specjalizacją z chorób wewnętrznych lub reumatologii do pracy na Oddziale Reumatologicznym;
- lekarza ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej, reumatologii, chorób wewnętrznych do pracy na Oddziale Rehabilitacyjnym;
- lekarzy na dyżury w pionie internistycznym – specjalizacja nie jest wymagana.

Forma zatrudnienia do uzgodnienia – umowa o pracę lub umowa kontraktowa. Bardzo dobre warunki finansowe – do negocjacji. Kontakt telefoniczny: 77/403-28-51 lub mailowy: kadry@szpital-kup.eu.





Praca dla Lekarza Endodonta w nowoczesnym, prywatnym Centrum Stomatologicznym - Opole

Od 20 lat prowadzimy prywatną praktykę stomatologiczną. W naszym centrum posiadamy najnowszy sprzęt stomatologiczny oraz wysokiej jakości materiały. Prowadzimy kompleksowe leczenie ze wszystkich dziedzin stomatologii. W związku z dużym zainteresowaniem poszukujemy Lekarza Endodonta na jeden cały dzień w tygodniu – do leczenia pacjentów pod mikroskopem.

Oferujemy:

- pracę w 6-fotelowej klinice,
- wypełniony grafik,
- BARDZO bogate wyposażenie i zaplecze sprzętowe,
- możliwość rozwoju, realizacji pasji i kompetencji zawodowych,
- świetną atmosferę, dobry klimat, wygodę pracy,
- wyłącznie prywatnych pacjentów,
- bardzo dobry dojazd do kliniki.

Oczekujemy:

- doświadczenia w leczeniu pod mikroskopem,
- dyspozycyjności min. 1 dzień w tygodniu,
- dobrych umiejętności interpersonalnych.

Wyposażenie kliniki:

- tomograf komputerowy GXCB-500 3D firmy GNDEX,
- pantomograf cyfrowy OP 3D firmy KAVO,
- aparaty wewnętrzne: KAVO FOCUS, Gendex Expert DC, RTG Kodak Elitys Trophy,
- mikroskop firmy KARL KAPS,
- lasery; biostymulacyjny LASOTRONIX; Waterlase Express; fotodynamiczny FotoSan 630,
- znieczulenie komputerowe The Wand .

Zapraszamy do Kontaktu drogą telefoniczną, mailową lub przez wysłanie CV.

Kontakt – mail: maria.ponceleusz@op.pl, tel.: 731-644-255.

NZOZ Otmęt zatrudni lekarza POZ w Krapkowicach.(na godziny, 1/2 lub cały etat).

Tel. 606-125-271.

Przychodnia Lekarska MegaMed sp. z o. o. Oddział w Opolu poszukuje lekarzy do pracy:

- dermatologa,
- okulistę,
- neurologa,
- internistę,
- lekarza rodzinnego,

dotyczy również lekarzy w trakcie specjalizacji. Oferujemy pracę w pełnym lub częściowym wymiarze godzin z możliwością indywidualnego uzgodnienia czasu pracy oraz formy zatrudnienia (umowa o pracę, umowa zlecenia, kontrakt w ramach działalności gospodarczej). Gwarantujemy korzystne warunki finansowe, stabilną pracę w znanej przychodni z Grupy LuxMed oraz przyjazną atmosferę. Kontakt: tel. 506064040, mail: sglogowski@megamed.pl tel. 601079783, mail: akarkosz@megamed.pl

SAMSUNG

Gabinet pełen możliwości



Zobaczysz jeszcze więcej

Samsung RS85 Prestige

Samsung RS85 to istna rewolucja w ultrasonografii dzięki nowym funkcjom diagnostycznym i doskonałej jakości obrazowania. To jeszcze większa pewność diagnostyczna i uproszczony, bardziej przyjazny system. RS85 to aparat, który zrewolucjonizuje Twój gabinet.



Technologia w zasięgu

Samsung HS40

Atrakcyjna cena w połączeniu z nowoczesną technologią – to właśnie aparat ultrasonograficzny Samsung HS40. Popraw możliwości wizualne każdego badania i zapewnij efektywną diagnostykę.



GEMED | ul. Batorego 19, 41-506 Chorzów | 32 350 04 18 | gemed@gemed.info.pl



GINEKOLOGIA. DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA I TERAPIA

T. Fehm, W. Janni, E. Stickeler, C.B. Tempfer
red. K. Czajkowski
rok wydania 2021

ISBN 978-83-66548-76-3, format 210 x 270, opr. twarda,
str. 258, cena: 116.10 zł

Wiedza na temat podstawowych zasad diagnostyki i leczenia jest niezbędna każdemu lekarzowi. Wiadomości z obszernych podręczników akademickich, skupiających się na niuansach związanych z patofizjologią choroby i objawami w praktyce klinicznej miewają ograniczoną przydatność. Lekarz w obliczu konkretnego chorego powinien sprawnie postawić diagnozę, zaproponować badania niezbędne dla potwierdzenia rozpoznania i prowadzenia terapii.

Niniejszy podręcznik jest swoistą mapą drogową obejmującą praktyczne postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne w ginekologii. Jest on podzielony na część diagnostyczną i terapeutyczną. W każdej z nich zawarto szczegółowe schematy ustalania rozpoznania i co ważne propozycje postępowania w zależności od specyfiki danej choroby. Takie rozwiązanie pozwala na łatwe przyswojenie wiedzy i przyspiesza możliwość podjęcia decyzji terapeutycznej.

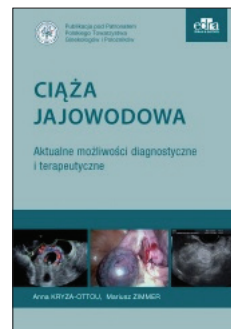
NOWOŚCI WYDAWNICZE

EDRA URBAN & PARTNER Sp. z o.o. •

50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29

Zamówienia: ksiegarnia@edraurban.pl •

tel.: 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86w



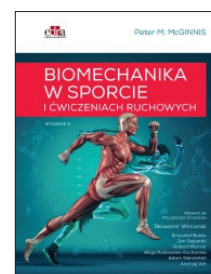
Cięża jajowodowa. Aktualne możliwości diagnostyczne i terapeutyczne

A. Kryza-Ottou, M. Zimmer

rok wydania 2021

ISBN 978-83-66548-73-2, format 148 x 210, oprawa miękka, str. 46, cena: 28.80 zł

Cięża ektopowa powstaje w wyniku implantacji jaja płodowego poza jamą macicy. Stanowi ona 0,6–2% wszystkich cięż, z najczęstszym umiejscowieniem w jajowodzie. Diagnostyka schorzenia jest oparta na seryjnych badaniach stężenia gonadotropiny kosmówkowej oraz powtarzanych badaniach ultrasonograficznych. Wraz z rozwojem ultrasonografii nastąpił wzrost czułości i specyficzności badania, umożliwiając coraz dokładniejszą diagnostykę i rozpoznanie na wcześniejszym etapie choroby. Postęp metod diagnostycznych pozwolił zaś na rozpowszechnienie metod leczenia i wprowadzenie mniej inwazyjnych technik terapeutycznych. Opracowano systemy kwalifikacji do sposobu postępowania terapeutycznego – obserwacji, leczenia farmakologicznego i operacyjnego, oparte na otrzymanych w toku diagnostycznym danych laboratoryjnych i ultrasonograficznych. W publikacji w sposób przystępny i skomasowany przedstawiono zebraną na podstawie piśmiennictwa aktualną wiedzę dotyczącą diagnostyki i terapii ciąży jajowodowej.



BIOMECHANIKA W SPORCIE I ĆWICZENIACH RUCHOWYCH

P.M. McGinnis

red. K. Buško, J. Gajewski, R. Michnik, A. Rutkowska-Kucharska, A. Siemiński, S. Winiarski, A. Wit,
tłum. z j.ang. W. Petryński

wyd. 3

rok wydania 2021

ISBN 978-83-66310-03-2, format 210 x 270, opr. miękka,
str. 480, cena: 147.60 zł

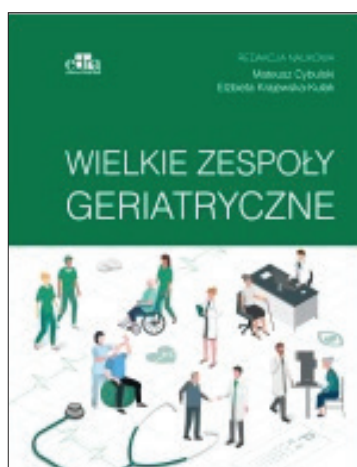




W książce Biomechanika w sporcie i ćwiczeniach ruchowych w przystępny sposób przedstawiono zagadnienia tej dziedziny nauki. Nie zawarto w niej jedynie abstrakcyjnych zasad, ale umożliwiono studentom również samodzielne odkrywanie praw biomechaniki w wyniku obserwacji. Analizując codzienne czynności, studenci mogą sami budować istotne wyjaśnienia, skutkujące głębszym zrozumieniem uzasadniających je praw mechaniki.

Przejrzysty i powtarzalny układ ułatwia czytelnikowi korzystanie z podręcznika. Każdy rozdział rozpoczyna lista celów i otwierający go scenariusz prowadzący do pytań, na które czytelnik może odpowiedzieć po przeczytaniu i zrozumieniu materiału przedstawionego w danym rozdziale. W tekście każdego rozdziału znajdują się praktyczne przykłady ilustrujące omawiane koncepcje. Wybrane problemy i procedury ich rozwiązania zostały przedstawione krok po kroku. Zadania i pytania sprawdzające znajdują się na końcu każdego rozdziału w celu sprawdzenia, czy czytelnik zrozumiał materiał w nim omówiony.

Opracowanie graficzne i wykresy ułatwiają zrozumienie mechaniki zjawisk zachodzących w świecie rzeczywistym. 200 pytań sprawdzających oraz 120 zadań umożliwia sprawdzenie wiedzy teoretycznej i jej praktyczne zastosowanie.



Wielkie zespoły geriatryczne

red. M. Cybulski, E. Krajewska-Kułak

rok wydania: 2021

ISBN: 978-83-66548-75-6, format: 180 x 225, oprawa miękka, 288 str., cena: 80.09 zł

Starzenie się społeczeństwa to postępujący proces, niosący ze sobą wiele negatywnych następstw – nie tylko zdrowotnych, ale również społecznych i ekonomicznych. Do jednej z negatywnych konsekwencji starzenia się i starości zalicza się tzw. wielkie zespoły geriatryczne (ang. geriatric giants). Wielkie zespoły geriatryczne są stanami, które bardzo często sprawiają różnego rodzaju trudności w terapii i wymagają zespołowego podejścia o charakterze interdyscyplinarnym. Równie często są również mylone i błędnie utożsamiane z choroba-

mi przewlekłymi, charakterystycznymi dla okresu starości. Z powodu ich częstego występowania, negatywnych skutków oraz kosztów niezbędnej opieki medycznej i społecznej, stanowią one istotny problem w opiece nad osobami starszymi.

Niniejszy podręcznik pt. „Wielkie zespoły geriatryczne” w sposób szczegółowy, a zarazem całościowy ujmując te charakterystyczne dla seniorów, przewlekłe zaburzenia. Publikacja jest zbiorowym opracowaniem ujmującym w jedną całość najważniejsze wielkie zespoły geriatryczne, takie jak demencja, depresja, delirium, zespół kruchości (słabości), politerapia i geriatryczny zespół jatrogenny, zaburzenia lokomocji, upadki i zaburzenia równowagi, zaburzenia narządu wzroku (zaćma, jaskra, zwyrodnienie płamki żółtej związane z wiekiem), zaburzenia narządu słuchu, zaburzenia funkcji zwieraczy oraz niedożywienie, z uwzględnieniem ich epidemiologii, etiologii, objawów klinicznych, rozpoznania, leczenia i profilaktyki.

Podręcznik adresowany jest w głównej mierze do studentów kierunków medycznych, przede wszystkim studentów kierunku lekarskiego, pielęgniarstwa, fizjoterapii, zdrowia publicznego, w ramach których poruszana jest tematyka z zakresu geriatric. Ponadto odbiorcami książki mogą być zawodowo czynni lekarze, w szczególności specjaliści chorób wewnętrznych i lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki, fizjoterapeuci, a także opiekunowie osób starszych. Informacje w nim zawarte mogą być również wykorzystane w ramach kursów, szkoleń, warsztatów i studiów podyplomowych. Autorami poszczególnych rozdziałów podręcznika są wybitni eksperci z zakresu medycyny, autorytety naukowe w Polsce i poza granicami kraju.

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454–59–39

opole@hipokrates.org

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

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

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

piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej:

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

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:

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

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426–661X