



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Czerwiec–Lipiec 2015

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 225/226

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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



Fot.: <http://www.freeimages.com/photo/1274078>



**POLSKIE TOWARZYSTWO MEDYCYNY SPORTOWEJ**  
**POLISH SOCIETY OF SPORTS MEDICINE**

Członek Międzynarodowej Federacji Medycyny Sportowej / Member of International Federation of Sports Medicine FIMS

Członek Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Medycyny Sportowej / Member of European Federation of Sports Medicine Associations EFSMA

Zielona Góra, 17-19 września 2015  
ul. Szafrana 1, [www.ptms.wpsnz.uz.zgora.pl](http://www.ptms.wpsnz.uz.zgora.pl)



## **XXXI ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY SPORTOWEJ**

### **OD PROFILAKTYKI DO SUKCESU SPORTOWEGO**

#### **SESJE TEMATYCZNE:**

- Orzecznictwo sportowo-lekarskie; obowiązujące akty prawne
- Aktywność fizyczna; zalecenia dla zdrowia
- Aktywność ruchowa a starzenie się organizmu
- Fizyczne metody wspomagania treningu sportowego
- Żywnienie w profilaktyce zaburzeń metabolicznych u sportowców
- Wybrane problemy kardiologii sportowej
- Genetyka w diagnostyce i przeciwdziałaniu dopingowi w sporcie
- Aktywność fizyczna a zdrowie seksualne
- Chirurgia regeneracyjna w traumatologii i ortopedii sportowej
- Nowe technologie w medycynie; implantologia i nanotechnologia
- Rehabilitacja sportowa – aktualne metody postępowania
- Aktywność fizyczna, jako czynnik modyfikujący rozwój osobniczy człowieka
- Immunologia wysiłku fizycznego

---

#### **WARSZTATY:**

- Żywnienie w sporcie i rekreacji
  - Spiroergometria w medycynie sportowej
  - Mediacje w sporcie
- 



BIURO KONFERENCYJNE [ptms@wpsnz.uz.zgora.pl](mailto:ptms@wpsnz.uz.zgora.pl)  
KOMITET ORGANIZACYJNY [e.skorupka@kwf.uz.zgora.pl](mailto:e.skorupka@kwf.uz.zgora.pl)  
KOMITET NAUKOWY [a.zembron-lacny@kwf.uz.zgora.pl](mailto:a.zembron-lacny@kwf.uz.zgora.pl)  
KONTAKT ZE SPONSORAMI [a.wandycz@wnb.uz.zgora.pl](mailto:a.wandycz@wnb.uz.zgora.pl)





Drodzy Czytelnicy!

Oddaję w Wasze ręce wczesno-wakacyjny numer Biuletynu. Zgodnie bowiem z rytmem wydawniczym „Gazety Lekarskiej” będzie on musiał wystarczyć Wam na najbliższe 2 mie-

siące – czerwiec i lipiec. Niestety nie mogę obiecać Wam, że zawartość tego numeru w całości będzie rzeczywiście wakacyjna, ale życie dyktuje zupełnie inne warunki. Będzie więc trochę „gorących” tematów.

Ale nie mam zamiaru już na samym początku zniechęcać Was do otwarcia Biuletynu. Zaglądajcie na dalsze strony i zobaczcie sami, że ten numer będzie jednak w pewnym sensie nieco lepszy, niż poprzednie. Więcej będzie informacji kulturalno-sportowych, choć i w części naukowej znajdziecie (nareszcie!!!) trochę informacji z naszego – opolskiego podwórka.

Tak więc, czy będziecie w górkach, czy nad morzem, warto przekartkować nasz Biuletyn. Życząc przyjemnej lektury, żegnam do sierpnia.

*Jerzy B. LACH*

## SZPALTA PREZESA



Koleżanki i Koledzy,

Kilka tygodni temu ukazała się na stronie Ministerstwa Zdrowia opinia, dotycząca sprawy dyżurów, pełnionych przez rezydentów w trakcie trwania specjalizacji. Z opinii wynikało, że rezydenci powinni dyżu-

rować jedynie przez 5 godzin, ponieważ w przypadku dyżuru, trwającego dłużej, konieczność „kodeksowej” przerwy na odpoczynek sprawi, że nie wypełnią normy godzinowej kolejnej „dniówki”, a program specjalizacji jest tak rozpisany, że nie uwzględnia możliwości schodzenia po dyżurze (zejścia po dyżurze spowodują niewypełnienie normy godzinowej realizacji całego programu specjalizacji).

W opinii tej nie dodano, że możliwe są „pełne” dyżury, ale wyłącznie w piątki (zejście z dyżuru w sobotę nie wpływa na ograniczenie realizacji programu specjalizacji) – czyli sytuacja analogiczna, jak ze stażystami.

Czytając tę opinię nie „zapaliłem sobie w głowie” czerwonej lampki, ponieważ odniosłem ją do sytuacji rezydentów u nas w WCM Opole. Otóż w naszym szpitalu obowiązuje system równoważnego czasu pracy, co sprawia, że zejścia po dyżurze są rekompensowane wydłużonym czasem pracy w inne dni. Tym samym nie dochodzi do zmniejszenia godzin realizowania programu specjalizacji. Z rozmowy telefonicznej z ordynatorem jednego z oddziałów innego szpitala zorientowałem się,

że jednak opinia ta stanowi dużą przeszkodę w realizowaniu programu specjalizacji i zapewnianiu odpowiedniej obsady dyżurowej na oddziale.

Zwracam się więc z prośbą do wszystkich rezydentów i kierowników specjalizacji – proszę o sygnały, jak to wygląda w Waszym przypadku. Być może konieczna będzie szybka interwencja na szczeblu centralnym, by wyjść z tej kwadratury koła (dyżury są nieodłącznym elementem programu specjalizacji, ale ich pełnienie zakłóca tok specjalizacji).

W dalszej części Biuletynu zamieszczonych jest kilka materiałów związanych z tym, jak nasze media nie są w stanie uszanować faktu śmierci zasłużonego lekarza. W ostatnich dniach maja w Gdańsku odbyło się spotkanie Konwentu Prezesów okręgowych rad lekarskich oraz redaktorów biuletynów informacyjnych izb okręgowych. W trakcie tego spotkania wykład miała Pani Redaktor Solecka, pisząca kiedyś dla Rzeczypospolitej, ostatnio dla Medycyny Praktycznej i Służby Zdrowia. Wyraźnie dała do zrozumienia, że wielu dziennikarzy nie lubi lekarzy, zazdrości im zarobków, przyznając często, że ich (dziennikarzy) nie stać na rzetelność – mają za zadanie przekazać informację, która się sprzedaje. Jeżeli stwierdzenie to pada ze strony przedstawiciela tego środowiska, to jest to bardzo niepokojące, ponieważ utrudniać nam będzie domaganie się obiektywnego relacjonowania każdego tzw. medialnego zdarzenia medycznego.

*Jerzy JAKUBISZYN*

## DWA OSTATNIE POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

W dniu 22 kwietnia br. odbyła się czwarta już w tym roku Rada Okręgowa. W zastępstwie Prezesa przybyłych członków Rady przywitał Wiceprezes kol. Kowarzyk, który zgłosił autopoprawkę do porządku obrad i poprosił o wprowadzenie pkt 5a – Powołanie komisji dotyczącej zdolności do wykonywania zawodu dla dwójki lekarzy. Zebrani przyjęli te propozycje jednogłośnie i ostateczny program zebrania wyglądał następująco:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
3. Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
- 5a. Powołanie komisji dot. zdolności do wykonywania zawodu dla dwójki lekarzy.
6. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
7. Zgłoszenie kandydatury do funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinach: genetyki klinicznej, chirurgii ogólnej, medycyny nuklearnej oraz transplantologii klinicznej.
9. Sprawozdanie z posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej i Konwentu Prezesów orl.
10. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
11. Sprawy różne i wolne wnioski.

Ad 1.

O wpis na listę członków OIL zwrócili się:

- lek. Katarzyna Jusiel – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej;
- lek. Anna Breguła – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej.

Obie uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 2.

Do Izby zwróciły się następujące podmioty szkolące za prośbą o przyznanie punktów edukacyjnych:

Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Onkologicznego przeprowadzi 25 kwietnia br. w Gogolinie szkolenie dla lekarzy pt. „*Diagnostyka chorób i zmian nowotworowych, badania przesiewowe. Diagnostyka wczesna, wykrywanie i profilaktyka chorób nowotworowych*” –

jednogłośnie przyznano 4,5 pkt edukacyjnego;

MEDIUS Sp. z o.o. z Warszawy przeprowadzi w dniach 15–16 maja br. w Sulisławiu koło Opola szkolenie dla lekarzy pt.: „*Leczenie pod znakiem zapytania, czyli kontrowersje w intensywnej terapii noworodka, neonatologia a chirurgia, przygotowanie noworodka do operacji, zapalenie jelit, niedrożność jelit, zaburzenie motoryki, znieczulenie noworodków, chirurgia endoskopowa, przepuklina przeponowa*” – jednogłośnie przyznano 13 pkt edukacyjnych;

MEDIUS sc. Artykuły Medyczne i Stomatologiczne przeprowadzi 9 maja br. w Otmuchowie szkolenie dla lekarzy dentystów pt. „*Nasz patent na sukces kliniczny czyli zestaw skutecznych rozwiązań w stomatologii zachowawczej*” – jednogłośnie przyznano 6 pkt edukacyjnych.

Ad 3.

Brak było wniosków

Ad 4.

Do Funduszu Samopomocy wpłynęły dwa podania o przyznanie zapomogi. Oba zostały przez członków Rady zaaprobowane. Przyznano również dofinansowanie udziału jednej osoby w Mistrzostwach Polski Lekarzy w Pływaniu w Dębicy.

Ad 5.

Dyrektor Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawicieli do komisji konkursowych, mających na celu wyłonienie kandydata na stanowisko ordynatora następujących oddziałów: Oddział Ratunkowy, Oddział Laryngologii, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Noworodków, Oddziału Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej. Rada wytypowała następujących lekarzy:

- Oddział Ratunkowy: przewodniczący – Jerzy Jakubiszyn, członkowie – Piotr Wandrasz oraz Jarosław Mijas;
- Oddział Laryngologii: przewodnicząca – Barbara Suzanowicz, członkowie – Zbigniew Kowalik oraz Stanisław Kowarzyk;
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Noworodków: przewodniczący – Jerzy Jakubiszyn, członkowie – Krzysztof Stempniewicz oraz Jarosław Mijas;



Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej: przewodniczący – Jerzy Jakubiszyn, członkowie – Stanisław Chruszczyk oraz Jolanta Smerkowska-Mokrzycka.

Z kolei Starosta Brzeski poprosił o przedstawiciela do komisji konkursowej wyłaniającej zastępcę dyrektora Brzeskiego Centrum Medycznego. Rada nie przedstawiła żadnego kandydata, ponieważ uważa, iż osoba pełniąca dotychczas tę funkcję (Barbara Suzanowicz, nota bene członek ORL) została zwolniona ze swojego stanowiska z naruszeniem prawa.

Ad 5a.

Do Izby wpłynęły dwa wnioski o powołanie komisji do oceny stanu zdrowia dwójki lekarzy z podejrzeniem choroby psychicznej. Jeden wniosek został złożony przez kierownika specjalizacji lekarza, drugi przez Prokuraturę Rejonową w Opolu. Rada powołała komisję w składzie: Stanisław Kowarzyk jako przewodniczący oraz Ewa Pendziałek-Grunwald, Stanisław Piwowarczyk i Izolda Świstuć, powierzając im procedowanie obu spraw. Uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 6.

O całkowite zwolnienie z opłacania składek zwróciło się czworo lekarzy. Uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 7.

Rada jednogłośnie zgłosiła kandydaturę dr Roberta Śmigła na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie genetyki klinicznej.

W odniesieniu do chirurgii ogólnej padły kandydatury dwóch osób, które jednak w rozmowie telefonicznej nie wyraziły zgody. Sprawę odłożono więc do następnej Rady. Na następną Radę przesunięto również decyzje dotyczące medycyny nuklearnej i transplantologii.

Ad 8.

Prezes Jakubiszyn przedstawił program obrad Konwentu Przewodniczących okręgowych izb lekarskich. W jego trakcie omawiano ankietę, w której poszczególne Izby przedstawiły zasady rozliczania kosztów ponoszonych przez OROZ i Osl. Mówiono też o propozycji odpisu na tzw. Fundusz Wizerunkowy.

Z kolei na ostatnim posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej przegłosowano wniosek do Trybunału Konstytucyjnego dotyczący pakietu onkologicznego (odnoszący się tylko do tych aspektów, przy których TK nie powinien mieć wątpliwości, co do legitymacji NRL do zgłaszania wniosku) oraz wniosek do Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczący całego pakietu.

NRL zaapelowała także do Ministra Zdrowia, aby wpłynął na zmianę Zarządzenia Prezesa NFZ dotyczącego SOR (chodzi o powrót do sytuacji, w której na SOR prowadzone są tylko czynności związane z udzielaniem pomocy w nagłych przypadkach), a także by znowelizował rozporządzenie o konkursach (w tym przypadku chodzi o wprowadzenie wymogu informowania komisji o karach nałożonych przez sąd lekarski).

Ad 9.

Kol. Latała zdał relację z kwietniowego szkolenia zorganizowanego wspólnie przez KS oraz PTS dla lekarzy dentystów, podczas którego prof. dr hab. n. med. Tadeusz Krzeziński, kierownik Katedry i Zakładu Farmakologii Uniwersytetu Medycznego w Zabrzu, wygłosił wykład pt.: „*Działania niepożądane leków w jamie ustnej*”

Ad 10.

Kol. Kowarzyk zaproponował odwołanie ze stanowiska Pełnomocnika do spraw Zdrowia Lekarzy Wiesława Dawidziuka, ze względu na nieprzestrzeganie postanowień regulaminu działania Pełnomocnika (brak sprawozdań, które corocznie powinna otrzymywać Rada oraz brak możliwości kontaktu z Pełnomocnikiem w sytuacji nagłej potrzeby) oraz powołanie na to stanowisko kol. Macieja Sześcińskiego. Rada dyskutowała o ewentualnym rozdzieleniu obu uchwał (wniosek poparło 7 członków), natomiast przy dwóch osobach wstrzymujących się, 8 członków poparło wniosek, aby ten problem obejmowała jedna uchwała, którą ostatecznie przyjęto.

Kol. Chowaniec zdał relację z wiosennego spotkania lekarzy seniorów, w trakcie którego kolejna grupa lekarzy i lekarzy dentystów otrzymała medale z okazji 50-lecia pracy w zawodzie. Zaprosił też na wycieczkę do Juraparku w Krasiejowie.

Kol. Nociński-Firlej poprosiła o zakup sprzętu do nagrywania posiedzeń Sądu Lekarskiego.

Ponieważ wyczerpano porządek obrad, na tym posiedzenie zakończono.

*Sekretarz ORL*

*Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK*

*Prezes ORL*

*Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

\* \* \*

Dokładnie miesiąc później, w dniu 20 maja br. odbyło się następne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu. Program zebrania obejmował:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
3. Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
6. Zmiany w wysokości składki członkowskiej.
7. Zgłoszenie kandydatury do funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu.
8. Określenie zasad przeszkolenia dla lekarza, który zamierza podjąć wykonywanie zawodu po przerwie dłuższej niż 5 lat.



9. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.

10. Sprawy różne i wolne wnioski.

Ad 1.

Po przywitaniu zebranych przez Prezesa, oddał on głos kol. Lachowi, który przedstawił wniosek o wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza po zakończeniu stażu podyplomowego oraz dwa wnioski o wydanie duplikatów PWZ w związku z ich zagubieniem. Rada jednomyślnie zaakceptowała wszystkie wnioski.

Ad 2.

Do Izby wpłynęły dwa wnioski firm prowadzących szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentystów:

- Firma MARRODENT Sp z o.o z Bielska Białej zorganizowała w dniu 4 maja br. w Strzelcach Opolskich szkolenie dla lekarzy dentystów – przyznało 4 pkt. edukacyjne;
- Firma MARKU z Częstochowy organizuje w Opolu w dniu 13 czerwca br. szkolenie dla lekarzy dentystów. Także i w tym przypadku Rada przyznała 4 pkt. edukacyjne.

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła zawodowa zwróciła się do Prezesa z wnioskiem o przyjęcie honorowego patronatu nad konferencją „*Senior.eu. Pozytywne starzenie się*”, która odbędzie się 21 maja br. w Opolu, a także o przyznanie konferencji punktów edukacyjnych. Rada pozytywnie odniosła się do obu kwestii, przyznając 5 punktów edukacyjnych.

Ad 3.

Kol. Jakubiszyn przedstawił trzy wnioski o skreślenie z listy praktyk lekarskich (z czego dwa z powodu zgonu). Rada jednomyślnie zaakceptowała wszystkie wnioski.

Ad 4.

Do Funduszu wpłynął wniosek o przyznanie zapomogi dla osoby, która jednocześnie zadeklarowała chęć powrotu do wykonywania zawodu po kilkunastoletniej przerwie. W związku z czym, nawiązując również do pkt. 8 obrad, Prezes przedstawił całą sprawę tej osoby.

Po zapoznaniu się z całością sprawy, Rada negatywnie wypowiedziała się na temat przyznania zapomogi, natomiast kwestia przeszkolenia przed powrotem do czynnego wykonywania zawodu będzie wyjaśniana w rozmowie Prezesa z bezpośrednio zainteresowaną osobą.

Ad 5.

Do Izby wpłynęły następujące prośby o wyznaczenie przedstawicieli Samorządu w komisjach konkursowych:

- na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej BCM w Brzegu – proponowano kol. Janinę Szponarską;
- na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Opolu – proponowano kol. Ewę Pendziałek-Grunwald oraz
- w tym samym szpitalu na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neurologii A – proponowano Elżbietę Sadowską.

Rada jednomyślnie przyjęła wszystkie propozycje.

Ad 6.

Do Rady wpłynęły wnioski o zawieszenie opłaty składki od 3 osób, w związku z zaprzestaniem przez nie zarobkowego wykonywania zawodu. Rada zaaprobowała jednomyślnie wszystkie wnioski.

Ad 7.

Prezes powrócił do sprawy nie obsadzonego, z powodu braku kandydatów, stanowiska Konsultanta Wojewódzkiego d/s Chirurgii. Po krótkiej dyskusji proponowano kol. Krzysztofa Kamińskiego z Nysy, który wyraził telefonicznie zgodę, a Rada jednomyślnie poparła tę kandydaturę.

Równocześnie jednak wystąpił problem z Konsultantem d/s Ortopedii. Dotychczasowy konsultant, Marek Czermer, nie złożył w odpowiednim czasie oświadczenia, wymaganego przepisami nowego rozporządzenia i został odwołany przez Wojewodę (podobnie, jak kilkoro innych konsultantów). Ponieważ jednak nadal wyrażał chęć pełnienia tej funkcji (podobnie, jak pozostali odwołani), jego kandydatura została powtórnie zgłoszona, ale tym razem spotkała się ze sprzeciwem Ministra Zdrowia (jako jedyna z tej grupy odwołanych konsultantów, co zostało przyjęte z bardzo dużym zaskoczeniem i zdziwieniem w Urzędzie Wojewódzkim). Uzgodniono, że Prezes zwróci się do Przewodniczącego Oddziału Opolskiego Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego – dr Roberta Pełki, o zaproponowanie kandydata na tę funkcję.

Ad 8.

Punkt ten został w całości zrealizowany już wcześniej (patrz – pkt. 4).

Ad 9.

Jako pierwszy w tej części głos zabrał kol. Jakubiszyn, który powrócił do sprawy komisji orzekających o stanie zdrowia dwójki lekarzy, powołanych na poprzedniej Radzie. Jeden z lekarzy wyraził zgodę na poddanie się badaniu przez tę komisję. Z kolei drugi z nich w ogóle nie podjął pisma w sprawie swego badania. Zostało ono więc ponownie wysłane na inny adres. Jednocześnie z prac w komisji zrezygnowała jedna z osób, proponowano więc w jej miejsce inną osobę.

Kolejną sprawą przedstawioną przez Prezesa jest pomysły Rektora Uniwersytetu Opolskiego o powołaniu Wydziału Lekarskiego, poprzedzone fuzją z PMWSZ. W tej sprawie kol. Jakubiszyn uczestniczył w kilku spotkaniach konsultacyjnych, na których wyrażał swoje wątpliwości, co do celowości podjęcia takich starań – tym bardziej, że władze PWMSZ nie są specjalnie zainteresowane tymi działaniami (Rektor Halski chciałby docelowo utworzyć taki wydział u siebie). Ponadto nie jest to takie proste, choćby ze względu na sposób finansowania takiego przedsięwzięcia. W dyskusji głos zabrał kol. Wojtyłko, który wyrażał pozytywną opinię w tej sprawie. Stwierdził jednocześnie, że Senat PWMSZ pod-

jął już dawno uchwałę, zgodnie z którą uczelnia będzie działała samodzielnie przez okres około 10 lat. Ponadto wyraził pogląd, że PWMSZ nie jest w stanie samodzielnie sprostać takiemu zadaniu. Z kolei kol. Lach wyraził swój sprzeciw dla takich działań, ponieważ jego zdaniem spowoduje to napływ samodzielnych pracowników nauki z sąsiednich ośrodków akademickich oraz zmiany na stanowiskach kierujących oddziałami, które uzyskają status klinicznych.

Ad 10.

W dalszej części obrad kol. Jakubiszyn poinformował zebranych o możliwości składania wniosków do honorowego tytułu i odznaki „Meritus Pro Medicis”. Kol. Lach w uzupełnieniu przedstawił propozycję wystąpienia o odznaczenia dla kol. kol. Jacka Miarki i Wiesława Latały. Zebrani nie zgłaszali zastrzeżeń do obu tych kandydatur.

Następnie Prezes przedstawił członkom Rady odpowiedź Prezesa Okręgowej Izby Aptekarskiej z Opolu na zapytanie dotyczące braku niektórych leków w aptekach Opolszczyzny. Prezes Prygiel (*patrz poniżej – przyp. Red.*) tłumaczył to sprzedażą chodliwych leków przez hurtownie za granicę ze względu na korzystniejsze ceny. Z kolei w przypadku leków limitowanych apteki często nie mają wystarczających ilości tych pozycji. Zaproponował więc, aby w tym ostatnim przypadku na receptach wypisywać pojedyncze opakowania, a nie kuracje na kilka miesięcy, albo pisać recepty z odroczonym terminem realizacji. Kol. Jakubiszyn stwierdził, że w/w pismo zostanie zamieszczone w Biuletynie dla ogólnej wiadomości.

Na zakończenie swego wystąpienia Prezes wrócił do sprawy artykułu wspomnieniowego, jaki ukazał się ostatnio po śmierci dr Bronisława Łabiaka w NTO, w którym dziennikarka pisze o zmarłym w kontekście sprawy śmierci jednego dziecka. Kol. Jakubiszyn wyśtosował w tej sprawie list otwarty do mediów z protestem przeciwko takiemu przedstawianiu sylwetki zmarłego, zasłużonego przecież lekarza. Niestety list ten nie został w ogóle zamieszczony, ani też skomentowany przez media. Zostanie wobec tego zamieszczony na stronie Izby.

Następnie głos zabrała kol. Łuszczyńska-Ostrowska, która podziękowała za wsparcie finansowe udziału naszego chóru w warsztatach wokalnych.

Z kolei kol. Wojtyłko poinformował zebranych o konferencji neonatologicznej, która odbyła się w Sulisławiu oraz o swoim udziale w komisji konkursowej na stanowisko Dyrektora SPZOZ Centrum w Opolu.

Z kolei kol. Mijas mówił o spotkaniu konsultantów ds. Pediatrii z Konsultantem Krajowym, na którym poruszano m. in. kwestię narastającego braku specjalistów z pediatrii w kraju.

Kol. Kowarzyk mówił o swoim udziale w Zjeździe Izby Lekarsko-Weterynaryjnej, w którym uczestniczył.

Nasi Koledzy borykają się z narastającym problemem bezrobocia wśród weterynarzy.

Informował również o tym, że jest już pozwolenie budowlane na przeprowadzenie remontu siedziby Izby. Jednocześnie jednak nagle okazało się, że koszt całej inwestycji wzrósł prawie do kwoty 5 mln. PLN. Sprawa ta jest aktualnie w trakcie wyjaśniania.

Następnie ponownie zabrał głos Prezes, który przedstawił zebranym konieczność podjęcia uchwały o zmianie siatki płac w dotychczasowej uchwale, mówiącej o wynagrodzeniach pracowników Izby. Otóż realizacja podwyżki, zapisanej w budżecie przez ostatni Zjazd, natrafia na problemy, ponieważ zaszeregowania niektórych osób są już na skraju widełek w dotychczasowej siatce. Prezes zaproponował więc podwyższenie prawych widełek we wszystkich grupach wynagrodzenia. Rada w pełni podzieliła pogląd Prezesa.

I wreszcie na zakończenie kol. Jakubiszyn zapytał członków Rady, czy nasz samorząd powinien zająć jakieś stanowisko w prawie protestu pielęgniarek i położnych dotyczącego wysokości ich zarobków. Po krótkiej dyskusji ustalono, że stanowisko zostanie przyjęte. Prezes zaproponował, by w tym stanowisku znalazły się zapisy o tym, że niskie zarobki z ochronie zdrowia dotyczą nie tylko pielęgniarek, ale i innych grup zawodowych. Stwierdził również, że przygotowuje projekt takiego stanowiska i podda go elektronicznemu głosowaniu przez wszystkich członków Rady.

Wobec wyczerpania programu spotkania posiedzenie Rady Okręgowej na tym zakończono.

*Zastępca Sekretarza ORL*

*Lek. med. Jerzy B. LACH*

*Prezes ORL*

*Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

\* \* \*

Opolska Okręgowa  
Izba Aptekarska

Opole, dn. 21.04.2015 r.

Pan dr n. med. Jerzy Jakubiszyn  
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu

Braki lekowe, o których Pan pisze dotyczą całego kraju. Jest to temat obecnie szeroko omawiany i nagłaśniany w mediach. Niestety, ani farmaceuci ani lekarze nie są w stanie temu zaradzić. Składa się na to wiele przyczyn:

1. Jak Pan zapewne wie, część leków apteki mogą zakupić kontaktując się bezpośrednio poprzez infolinię lub mailowo z producentem. Dotyczy to takich leków jak: heparyny małocząsteczkowe, leki p/astmatyczne, leki neurologiczne, leki stosowane w psychiatrii, insuliny, a także pasków testowych do oznaczania cukru. Pozycje te są limitowane i często się zdarza, że apteka po 20-tym danego mie-

siąca ma już wyczerpany limit i operator odmawia rozpisania leków tłumacząc się ich brakiem. Poza tym leki te można zamawiać tylko w dni robocze, a dostawa następuje w ciągu najbliższych 48 h (roboczych).

2. Innym problemem są leki dystrybuowane tylko przez hurtownie farmaceutyczne. Leków tych brakuje, ponieważ hurtowniom farmaceutycznym opłaca się wywozić je do krajów Unii Europejskiej, gdzie jest kilku lub nawet kilkunastokrotne przebicie cenowe. Oczywiście Ministerstwo Zdrowia wprowadziło limity wywozowe, ale dotyczy to tylko pozycji, które hurtownia otrzymała od producenta. Nieuczciwi hurtownicy, w porozumieniu z nieuczciwymi właścicielami aptek (lub sieciami aptek, których właścicielami nie są w większości farmaceuci), „na papierze” sprzedają leki z pkt. pkt. 1 i 2 do aptek, a następnie leki te są „zwracane” do hurtowni. Tych leków limity wywozowe nie dotyczą.
3. Kolejną przyczyną braku leków (w skali całego kraju) są „gabinety lekarskie” oraz NZOZ-y, nie mające umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, a powstające tylko po to, aby wykupywać leki na zapotrzebowania lub recepty 100%. Po otrzymaniu faktury od apteki lub hurtowni, leki są sprzedawane do innych krajów Unii Europejskiej.
4. Następną przyczyną są fałszywe recepty na leki deficytowe, które zawierają nieprawdziwe dane cho-

rych świadczeniodawców, a nawet fikcyjne prawa wykonywania zawodu lekarzy, a realizowane są aptekach popołudniami lub w dniach wolnych od pracy. Farmaceuci dopiero w następnym dniu dowiadują się o „przekręcie”.

Aby zlikwidować powyższe patologie, należałoby zmienić przepisy prawa w bardzo szerokim zakresie. Opolska Izba przekonała opolskich posłów – Panią Janinę Okrągłą oraz Pana Rajmunda Millera do działania w tych sprawach. W pracach tych, ze strony opolskich aptekarzy, bierze udział mgr farm. Marek Tomków – członek Opolskiej Rady Aptekarskiej.

W związku z powyższymi problemami lekowymi Opolska Okręgowa Izba Aptekarska rekomenduje wypisywanie leków deficytowych:

1. na osobnych receptach,
2. w ilości nie przekraczającej 1–2 opakowań,
3. w przypadku większej ilości opakowań – na receptach z odroczonym terminem realizacji.

Zdajemy sobie sprawę, że nasza propozycja przysporzy więcej pracy lekarzom, uważamy jednak, że jest to na obecną chwilę najrozsądniejsze działanie, aby polepszyć dostępność leków dla pacjentów.

*Sekretarz Opolskiej Rady Aptekarskiej*  
*Mgr farm. Marek MATYSIK*  
*Prezes Opolskiej Rady Aptekarskiej*  
*Mgr farm. Andrzej PRYGIEL*

## KOLEJNE DWA POSIEDZENIA KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 20 kwietnia 2015 r. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się kolejne posiedzenie KS OIL. Na wstępie Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i podziękowała wszystkim delegatom, którzy wzięli udział w marcowym Zjeździe Budżetowym naszej Izby. Porządek spotkania obejmował następujące sprawy:

- Przewodnicząca odczytała fragmenty odpowiedzi Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Anny Łukasik na apel KS NRL, dotyczący zachowania zawodu asystentki stomatologicznej. MZ nadal podtrzymuje swoje stanowisko i uważa dalsze kształcenie w tym zawodzie pomocniczym za zbędne. Przewodnicząca KS NRL dr Agnieszka Ruchała-Tyszler na wniosek niektórych członków KS NRL zasięgnęła opinii Zespołu Radców Prawnych NRL nt. możliwości prowadzenia kształcenia w zawodzie asystentki stomatologicznej przez izby lekarskie. Wniosek z końcowej części tej opinii odczytała dr Smerkowska-Mokrzycka: „*Prowadzenie działalności w zakresie kształcenia*

*zawodowego osób niebędących członkami samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów byłoby sprzeczne z konstytucyjnymi i ustawowymi celami samorządu lekarskiego”.*

- 18 kwietnia br. odbyło się posiedzenie KS NRL, na którym głos zabrała m. in. prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk, konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej. Pani Prof. przedstawiła ocenę stanu opieki stomatologicznej nad dziećmi w Polsce. Kolejne wystąpienie dotyczyło obowiązującego systemu organizacji Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinach lekarsko-dentystycznych oraz LDEK, który wygłosił prof. dr hab. n. med. Mariusz Klencki, a o kształtowaniu wizerunku lekarza dentysty mówiła red. Katarzyna Łastowiecka z Kancelarii PR. Omawiano również działalność KS OIL z analizą systemu kształcenia ustawicznego realizowanego przez izby okręgowe (kol. M. Lin-





dorf) oraz historię współpracy KS NRL z NFZ (kol. A. Baszkowski).

- W związku z pismem Przewodniczącej KS NRL do Prezesa NFZ, 17 kwietnia br. odbyło się spotkanie członków Prezydium KS NRL z Prezesem NFZ, na którym uzyskano obietnicę zwiększenia budżetu przeznaczonego z Funduszu na stomatologię o 55mln zł w roku 2016. Do końca czerwca potrwać też w centrali NFZ prace nad ujednoliceniem problemu kolejek – także i w stomatologii. Notatka z tego spotkania będzie rozdana drogą elektroniczną.
- Opinie poszczególnych izb lekarskich dotyczące zmian w koszyku świadczeń gwarantowanych w stomatologii zostaną zebrane i opracowane przez dr A. Pacholec.
- Prezydent PTS i Komisja Spraw Zawodowych PTS przesłały opinię nt. propozycji zmian w koszyku świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. Aktualnie obowiązujący koszyk świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych nie zaspokaja potrzeb ubezpieczonych i nie zapewnia dostępu do świadczeń zgodnych ze współczesnymi wskazaniami wiedzy medycznej w zakresie profilaktyki, diagnostyki i terapii.
- Na listę jednostek uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych częstkowych w zakresie ortodoncji wpisano praktykę dentystyczną NZOZ BIO-ORTO dr n. med. Jakub Malinowski w Opolu, a na listę jednostek uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych lekarzy dentystów trzy praktyki: „Dentica” Prywatna Praktyka Stomatologiczna lek. stom. Anna Baranowska z Opola, „Dental Clinic” Gabinet Stomatologiczny lek. dent. i med. Jarosław Wrona z Kędzierzyna-Koźła oraz Indywidualną Specjalistyczną Praktykę Lekarską lek. stom. Ewa Rogala z Kędzierzyna-Koźła.
- ORL w Warszawie zachęca wszystkich do wzięcia udziału w I Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych, które odbędą się w dniach 12–14 czerwca 2015 r. w Serocku.

Kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej OIL odbędzie się 14 maja br.

*Sekretarz KS*

*Lek. stom. A. ADAMSKA*

*Przewodnicząca KS*

*Lek. stom. J. SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

\* \* \*

Kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej odbyło się w dniu 14 maja 2015 r. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i przystąpiła do realizacji programu posiedzenia.

W trakcie spotkania omówiono notatkę ze spotkania delegacji Komisji Stomatologicznej NRL (z dr Agnieszką Ruchałą-Tyszler na czele) z przedstawicielami Centrali NFZ pod przewodnictwem Prezesa NFZ Tadeusza

Jędrzejczyka, które odbyło się 17 kwietnia br. Spotkanie stanowiło bezpośrednią odpowiedź na pismo Przewodniczącej Komisji Stomatologicznej z dnia 16 marca br., w którym Przewodnicząca zaproponowała Prezesowi przedstawienie i omówienie problemów, z jakim borykają się lekarze dentyści wykonujący zawód na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach NFZ.

Na spotkaniu dyskutowano przede wszystkim nad:

- zagadnieniem ewentualnego wyłączenia z rankinguowania pracy w soboty – przedstawiciele NFZ wykazali brak woli do wycofania tego kryterium;
- uzyskaniem jednolitej linii interpretacyjnej Oddziałów Wojewódzkich Funduszu w odniesieniu do weryfikacji uprawnień przysługujących świadczeniobiorcom w zakresie uzupełnień protetycznych – strona Funduszu wskazywała, że interpretacja prof. Majewskiego, dotycząca wliczania zębów ósmych do tzw. braków zębowych przy brakach skrzydłowych zostanie jeszcze raz przesłana do Oddziałów Wojewódzkich NFZ i uznana za obowiązującą;
- wprowadzeniem zmian w zakresie stomatologicznych świadczeń gwarantowanych, które udzielane są dzieciom (proponowano wprowadzenie współczynnika korygującego) – NFZ stwierdził, że postulat ten powinien być skierowany do Agencji Oceny Technologii Medycznych. Przedstawicielka Agencji poinformowała natomiast, że w planie taryfikacyjnym AOTM na 2015 r. stomatologia nie została uwzględniona – będzie można wnieść tę propozycję przy układaniu planu taryfikacyjnego w 2016 r.;
- określeniem ostatecznego terminu wstecznej weryfikacji już zaakceptowanych usług, po upływie którego nie może być ona przeprowadzana – Fundusz wskazał, że wsteczna weryfikacja będzie przeprowadzana po zamknięciu umowy za cały rok;
- uzyskaniem jednolitej linii interpretacyjnej Oddziałów Wojewódzkich Funduszu w odniesieniu do proporcjonalnego zmniejszenia wymiaru czasu, w którym udzielane są świadczenia w ramach tzw. etatu przeliczeniowego – określono, że w pracach nad OWU ma być możliwość zmniejszenia kontraktu i potencjału;
- udzielaniem przez świadczeniodawcę usług nie gwarantowanych w czasie harmonogramu pracy właściwego dla umowy w NFZ – wskazano, że rozwiązanie tej kwestii leży poza zakresem kompetencji NFZ;
- obowiązkiem prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu stomatologii – NFZ stoi na stanowisku, że nadal obowiązuje nas prowadzenie kolejek oczekujących;
- potrzebą zwiększenia wydatków na stomatologię w całym kraju – Prezes NFZ zaznaczył, że środki

w budżecie funduszu przeznaczone na stomatologię w sposób zauważalny wzrosną w roku 2016.

Ponadto dr Mokrzycka przedstawiła list Prezesa NFZ do Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej dr Hamankiewicza w sprawie kolejek oczekujących. Nadal mamy prowadzić odrębną kolejkę na pierwszą wizytę, a odrębna ma być kolejka na procedury ortodontyczne i protetyczne. Według Prezesa NFZ pierwsza wizyta to rozpoczęcie procedury, co skutkuje skreśleniem z listy kolejkowej.

Ponadto na zebraniu został przedstawiony nowy projekt zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej. Projekt

przewiduje całkowicie nowe brzmienie załącznika nr 6 rozporządzenia, który reguluje zakres oraz częstotliwość wykonywania testów eksploatacyjnych, testów specjalistycznych i podstawowych, możliwość stosowania jezdnego sprzętu radiologicznego do zdjęć wewnątrzustnych, możliwość jednoosobowego wykonywania klinicznego audytu wewnętrznego w jednostkach ochrony zdrowia wykonujących procedury wyłącznie z zakresu stomatologicznych zdjęć wewnątrzustnych.

*Protokolant*

*Lek. stom. J. GRZYBOWSKA-SUBSTELNA*

*Przewodnicząca KS*

*Lek. stom. J. SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

## **„WSZYSTKIE RĘCE NA POKŁAD” – ROLA POSTĘPOWANIA WIELODYSCIPLINARNEGO W LECZENIU RAKA JELITA GRUBEGO**

Szanowne Koleżanki i Koledzy.

Oddajemy w Państwa ręce artykuł dotyczący profilaktyki, wczesnej diagnostyki i podstawowych zasad leczenia raka jelita grubego. W województwie opolskim w 2002 r. raka jelita grubego rozpoznano u 382 osób natomiast w 2012 r. – 454. Wzrost liczby zachorowań obserwujemy u mężczyzn i kobiet w każdej grupie wiekowej, ale najszybszy w grupie mężczyzn po 65 roku życia. Biorąc pod uwagę wydłużający się średni czas życia oraz zwiększenie liczby osób z nadwagą i otyłością należy spodziewać się dalszego wzrostu liczby zachorowań w najbliższych latach. Niestety znaczna część raków jelita grubego jest rozpoznawana w zaawansowanym stadium, gdzie w większości przypadków możemy leczeniem onkologicznym wydłużyć pacjentowi czas życia lub zmniejszyć nasilenie objawów związanych z chorobą, jednak mamy niewielką szansę na wyleczenie pacjenta. W 2011 r. w województwie opolskim rozpoznano raka jelita grubego u 475 osób. Z tej grupy w Opolskim Centrum Onkologii było konsultowanych i leczonych 375 pacjentów, co pozwoliło na określenie u nich stopnia zaawansowania. Niestety u 124 pacjentów (33%) stwierdzono zmiany przerzutowe (IV stopień zaawansowania) w chwili postawienia rozpoznania. Cyfra ta nie napawa optymizmem i trudno się spodziewać wyraźnej poprawy wyników leczenia bez rozpoznawania choroby we wcześniejszym stadium. Wyniki leczenia raków jelita grubego w Polsce są gorsze od średniej europejskiej o około 15%. Zapewne ważną rolę odgrywa niska akceptacja badań przesiewowych i częste bagatelizowanie niespecyficznych, wczesnych objawów. Również informacja o roli badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego jest mniej powszechna niż w kierunku raka piersi lub szyjki

macicy. Jednocześnie postęp nauk podstawowych, biologii molekularnej, wprowadzenie nowych leków „celowanych” wpłynął na poprawę pięcioletnich przeżyć, które wyniosły w 2000 r. 43,7% a w 2005 r. – 48,3%. Poniższy artykuł kładzie nacisk na wczesne objawy choroby i możliwości wczesnego wykrycia oraz porusza istotne informacje dotyczące diagnostyki, leczenia i obserwacji po zakończonym leczeniu onkologicznym. W sposób skrótowy przedstawia najczęstsze objawy uboczne, które mogą pojawić się podczas leczenia onkologicznego i z którymi pacjent może zgłosić się do Państwa gabinetu lekarskiego. Niewątpliwie artykuł stanowi skrócone kompendium i zawiera podstawowe informacje ocenione przez autora jako istotne i przydatne. Jeżeli jakieś zagadnienie szczególnie Państwa zainteresuje to w tekście znajdują się odnośniki do literatury, gdzie są one szerzej omówione oraz podane są dane kontaktowe do autora, który zadeklarował pomoc w przypadku pytań lub wątpliwości. Autorem artykułu jest Marek Gelej, który jest onkologiem klinicznym i pracuje od wielu lat w Oddziale Onkologii Klinicznej Opolskiego Centrum Onkologii, a jego zainteresowania zawodowe szczególnie dotyczą nowotworów przewodu pokarmowego.



*Lek med. Marek SZWIEC*

*Oddział Onkologii Klinicznej Opolskiego*

*Centrum Onkologii*

*Przewodniczący Opolskiego Oddziału PTO w Opolu*

Rak jelita grubego zajmuje drugie miejsce pod względem częstości zachorowań u obu płci. W ostatniej dekadzie obserwuje się stały wzrost zachorowalności i umieralności na ten nowotwór. Wskaźnik przeżyć 5-letnich w Polsce należy do najniższych w Europie i wynosi niewiele ponad 40%. Przyczyny takiego stanu rzeczy są złożone i wieloczynnikowe. Sytuacja wymaga poprawy w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej, jak również systemu wczesnej diagnostyki i leczenia.



## Profilaktyka

Ryzyko rozwoju raka jelita grubego związane jest z czynnikami niemodyfikowalnymi takimi jak wiek i predyspozycja genetyczna oraz czynnikami środowiskowymi. Dowiedziono zależności między otyłością, a zachorowaniem na raka jelita grubego. Patomechanizm rozwoju nowotworu wynika z towarzyszącej otyłości insulinooporności, która powoduje stymulację wielu proliferacyjnych szlaków sygnałowych. Dzielne spożycie powyżej 2 drinków na dobę (ok. 30g etanolu) zwiększa dwukrotnie ryzyko zachorowania na raka jelita grubego – alkohol bowiem nasila insulinooporność i jest bogato kaloryczny. Dieta bogata w czerwone mięso (szczególnie wysoko przetworzone) i w tłuszcze zwierzęce może stymulować rozwój nowotworów jelita grubego. Wynika to nie tylko z nadmiernej kaloryczności pokarmów, ale najprawdopodobniej również z ekspozycji na kancerogeny zawarte w potrawach mięsnych przygotowanych w wysokiej temperaturze (smażone). Z uwagi na ekspozycję na kancerogeny również palenie papierosów zwiększa ryzyko wystąpienia raka jelita grubego. Szacuje się, iż zmiana stylu życia może obniżyć zagrożenie tym nowotworem nawet o 70%. Zaleca się rzucenie palenia, ograniczenie alkoholu i ograniczenie spożycia czerwonego mięsa na rzecz białka zawartego w produktach mlecznych, rybach i drobiu. Ochronny wpływ tego typu diety wiąże się najprawdopodobniej z dużą zawartością w wymienionych produktach metioniny, związku biorącego udział w naprawie DNA. Korzystne działanie ma również dieta bogata w owoce i warzywa, bogata w błonnik, który przyspiesza pasaż jelitowy, co może skracać kontakt wspomnianych kancerogenów ze śluzówką jelita. Zalecane jest spożycie co najmniej 5 porcji dziennie. Regularna aktywność fizyczna pozwala na utrzymanie prawidłowej masy ciała, stąd też zaleca się zachowanie aktywności ruchowej na poziomie co najmniej 30 min. umiarkowanego wysiłku przez 5 dni w tygodniu. Od dłuższego czasu pojawiają się doniesienia o możliwości chemoprewencji tego nowotworu. Badania z randomizacją wykazały, iż wieloletnie stosowanie kwasu acetylosalicylowego w dawce ok 300mg/d zmniejsza ryzyko

wystąpienia raka jelita grubego, jednakże z uwagi na możliwe działania niepożądane (krwawienia) chemoprewencja nie jest zalecana.

Kolejnym elementem profilaktyki raka jelita grubego są badania przesiewowe. Celem skryningu jest wykrycie w zdrowej populacji zmian przednowotworowych oraz wczesnych postaci raka, pozwalających na skuteczne leczenie. Rak jelita grubego rozwija się ze zmian łagodnych – gruczolaków przyjmujących postać polipów, a proces przemiany trwa najczęściej kilkanaście lat. W wielu krajach funkcjonują programy badań przesiewowych wykorzystujące różne metody skryningowe, do których należą: kolonoskopia, sigmoidoskopia i badania kału na krew utajoną.

Badanie kału na krew utajoną może być przeprowadzone metodą gwałakolową (gFOBT) lub immunologiczną (iFOBT). Dysponujemy kilkoma testami gFOBT – starsze testy wykazują bardzo niską czułość na poziomie 30–40%, dopiero badanie kilku próbek zwiększa ich czułość do 80–90%. Pomimo to wykonywany co 1–2 lata test gFOBT pozwala na zmniejszenie umieralności na raka jelita grubego o 14–16%. Badanie metodą immunologiczną, pomimo iż jest droższe, cechuje się lepszą efektywnością – jest bardziej specyficzne, nie wymaga badania kilku próbek, zachowując wysoką czułość. Badania porównujące obie metody wykazały o 10% większą zgłaszalność dla testu immunologicznego.

Olbrzymią zaletą badań endoskopowych jest możliwość usunięcia polipów, co stanowi również sposób profilaktyki pierwotnej raka. Randomizowane badania z zastosowaniem sigmoidoskopii wykazały redukcję umieralności sięgającą 30%, zaś efektywność skryningu za pomocą kolonoskopii została potwierdzona pośrednio przez liczne badania obserwacyjne. Kolonoskopia, w odróżnieniu od sigmoidoskopii, umożliwia ocenę całego jelita grubego. Metaanaliza 10 badań obserwacyjnych z wykorzystaniem sigmoidoskopii i 6 badań obserwacyjnych z wykorzystaniem kolonoskopii sugeruje 40–60% mniejsze ryzyko zachorowania i zgonu z powodu raka jelita grubego w przypadku stosowania kolonoskopii. Prowadzone są również badania dotyczące innych metod diagnostycznych: wirtualnej kolonoskopii, badania mutacji DNA w złuszczonych komórkach nabłonka jelita, obecnych w stolcu. W Polsce program badań przesiewowych opiera się na wykonaniu badania kolonoskopowego i jest realizowany w dwóch systemach: oportunistycznym i „zapraszanym”. Od 2012 r. wysyłane są imienne, jednokrotne zaproszenia na kolonoskopię dla osób w wieku 55–64 lata. Dodatkowo, nadal działa system oportunistyczny, w którym osoby bez zaproszenia mogą same zgłosić się na kolonoskopię przesiewową. Dotyczy to osób w wieku 50–65 lat lub 40–65 lat, jeżeli występuje dodatni wywiad rodzinny w kierunku raka jelita grubego. Do badania nie są kwalifikowane osoby, które miały wykonaną kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat.



Lista pracowni endoskopowych oraz szczegóły programu przesiewowego dostępne są na stronie internetowej [www.pbp.org.pl](http://www.pbp.org.pl). Niestety zgłaszalność na badania kolonoskopowe w Polsce jest nadal bardzo niska. W 2012 r. w województwie opolskim w ramach programu badań przesiewowych realizowanych w systemie oportunistycznym wykonano jedynie 224 kolonoskopie.

## Diagnostyka i objawy

Objawy raka jelita grubego zależą od jego lokalizacji i stopnia zaawansowania. Większość pacjentów z rakiem jelita grubego nie zgłasza istotnych dolegliwości lub są one niespecyficzne i mogą umknąć uwadze pacjenta. Dlatego bardzo ważne jest wyrobienie sobie nawyku samokontroli – obserwacja rytmu wypróżnień i obecności krwi w kale. Do najczęstszych objawów raka odbytnicy i lewej połowy okrężnicy należą bowiem trwająca dłużej niż 6 tygodni zmiana rytmu wypróżnień, jawne krwawienie z odbytu i bóle lub skurcze brzucha. U pacjentów z rakiem zlokalizowanym w prawej połowie okrężnicy objawy chorobowe występują późno, a najczęstszym symptomem jest niedokrwistość związana z utajonym krwawieniem i dolegliwości bólowe brzucha. Do innych objawów mogących towarzyszyć chorobie nowotworowej jelita grubego należą: utrata masy ciała, wyczuwalny guz w jamie brzusznej, ból przy wypróżnianiu, daremne parcie na stolec, poczucie niepełnego wypróżnienia. Istotny wpływ na wartość prognostyczną w/w objawów ma wiek pacjenta – mniej niż 2% raków występuje u osób poniżej 40 r.ż., ponad 3/4 tych nowotworów rozpoznawanych jest po 60 roku życia. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, przyjmując pacjenta z podejrzanymi objawami, musi podjąć decyzję, u którego chorego nowotwór jest mało prawdopodobny, a u którego pacjenta wymagana jest pilna diagnostyka onkologiczna.

Pomocne w odpowiedzi na to pytanie mogą być wytyczne Brytyjskiego Instytutu Zdrowia (NICE). Wytyczne te, uaktualnione w 2011r., dotyczą postępowania w przypadku podejrzenia nowotworu. Można się z nimi zapoznać na stronie internetowej – [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk). Tabela nr 1 zawiera wskazania do pilnej diagnostyki w kierunku raka jelita grubego

Podstawowym badaniem przy podejrzeniu raka jelita grubego jest badanie proktologiczne (per rectum). Około 30% raków leży w zasięgu 20 cm od odbytu i przynajmniej część z nich można stwierdzić podczas badania per rectum. Główną procedurą pozwalającą na postawienie rozpoznania nowotworu jelita grubego jest endoskopia – pozwala na określenie jego lokalizacji oraz pobranie materiału biopsyjnego do badania histopatologicznego. Badaniem pozwalającym na dokładną ocenę zmian w wątrobie oraz ocenę wielkości guza i stopnia naciekania narządów sąsiednich jest tomografia komputerowa (TK). Czulość tomografii komputerowej jest

natomiast niewielka w wykryciu rozsiewu do otrzewnej. Nie zaleca się również rutynowego wykonywania TK klatki piersiowej, gdyż nie wykazano związanych z badaniem korzyści klinicznych. Ultrasonografia jamy brzusznej może być pomocna w wykazaniu przerzutów, chociaż cechuje się dużo niższą czułością niż TK, jest za to cennym badaniem śródoperacyjnym do oceny przerzutów w wątrobie, co pozwala modyfikować strategię postępowania w trakcie zabiegu. Przy umiejscowieniu guza w odbytnicy zaleca się wykonanie badania metodą rezonansu magnetycznego (MR). W badaniu tym ocenia się głębokość nacieku nowotworowego w ścianie odbytnicy, obecność nacieku mezorectum, okoliczne węzły chłonne. Rolą badania MR jest odpowiedź na pytanie czy w danym przypadku powinny być zastosowane terapia neoadjuwantowa radioterapia lub radiochemioterapia. Nie rekomenduje się stosowania rutynowo badania pozytonowej tomografii emisyjnej (PET-CT) w diagnostyce wczesnego raka jelita grubego, może być ono natomiast cenną metodą w diagnostyce wznowy choroby – w przypadku zwiększającego się stężenia antygenu karcinoembrionalnego (CEA) przy prawidłowych wynikach badań obrazowych oraz do różnicowania wznowy choroby od zmian wywołanych leczeniem. Ocena markera CEA przed operacją ma znaczenie prognostyczne, brak normalizacji markera po leczeniu operacyjnym może świadczyć o przetrwałej chorobie.

Osobnym tematem są badania kontrolne przeprowadzane po zakończonym leczeniu onkologicznym. Wytyczne towarzystw naukowych, grup eksperckich i praktyka kliniczna w ośrodkach onkologicznych są rozbieżne. Nie ustalono dotąd jednego standardu odnośnie rodzaju wykonywanych badań i częstości wizyt. Dostępne dane wskazują jednak na zasadność prowadzenia intensywnej obserwacji u pacjentów z nowotworem jelita grubego. U chorych poddanych intensywnej obserwacji dwukrotnie częściej istnieje szansa na podjęcie radykalnej operacji wznowy. W przypadku raka okrężnicy zaleca się wykonywanie regularnych oznaczeń markera CEA i badań TK. Częstość badań zależna jest od stopnia zaawansowania i indywidualnie dostosowana do ryzyka wznowy każdego pacjenta. Według zaleceń ESMO wskazane jest wykonanie oznaczeń CEA co 3–6 miesięcy przez 3 lata i co 6 miesięcy w 4 i 5 roku. Badanie TK jamy brzusznej i klatki piersiowej co 6–12 miesięcy przez 3 lata u chorych z dużym ryzykiem. Poza badaniami obrazowymi ważną rolę odgrywają kontrolne badania kolonoskopowe. Jeżeli przed leczeniem operacyjnym nie było wykonane pełne badanie kolonoskopowe, należy je wykonać po zakończeniu leczenia uzupełniającego, a następnie w trakcie kontroli co 3–6 lat.

## Leczenie

Wybór odpowiedniej terapii raka jelita grubego zależy od stopnia zaawansowania choroby w momencie roz-

poznania. W przypadku wczesnego raka podstawową metodą leczenia jest operacja. Istnieją zasadnicze różnice w leczeniu operacyjnym raka okrężnicy i odbytnicy. W przypadku nowotworów położonych w odbytnicy kluczowy jest wynik badania MR, który pozwala odpowiedzieć na pytanie, czy powinna być zastosowana przedoperacyjna radio- bądź radiochemioterapia. Jest to szczególnie istotne, gdyż wykazano iż radiochemioterapia przedoperacyjna w porównaniu do leczenia pooperacyjnego zmniejsza ryzyko wznowy miejscowej oraz cechuje się mniejszą toksycznością wczesną i późną. Dodatkowo przy guzach położonych w dolnej części odbytnicy pozwala w większym odsetku na zaoszczędzenie zwieraczy. Z tego powodu decyzje przy leczeniu raka odbytnicy powinny być podejmowane przez wielodyscyplinarne konsylia ze szczególnym uwzględnieniem roli radioterapii jako metody stosowanej przed leczeniem operacyjnym, a leczenie operacyjne powinno być prowadzone w ośrodkach z dużym doświadczeniem (odpowiednia liczba operowanych pacjentów). W przypadku wskazań do leczenia przedoperacyjnego możliwe są dwie strategie postępowania: krótka 5-dniowa radioterapia z następczą operacją wykonywaną 2–3 dni później lub 5 tygodniowa radiochemioterapia z odroczonego o 6–8 tygodni zabiegiem. Obie metody cechuje jednakowa skuteczność. Radiochemioterapia jest zawsze metodą z wyboru w przypadku konieczności uzyskania zmniejszenia guza przed operacją. W operacjach radykalnych raka odbytnicy klasyczną techniką jest całkowite usunięcie mezorektum, co pozwala na ograniczenie nawrotów miejscowych do poniżej 10%. W przypadku raka okrężnicy rodzaj i zakres operacji zależą od umiejscowienia nowotworu. Do prawidłowej oceny zaawansowania procesu nowotworowego – a co za tym idzie – ustalenia właściwej strategii terapeutycznej, konieczna jest ocena stanu regionalnych węzłów chłonnych w badaniu histopatologicznym materiału pooperacyjnego (konieczne jest usunięcie 12 regionalnych węzłów chłonnych). Zastosowanie chemioterapii po zabiegu operacyjnym poprawia szansę przeżycia chorych poprzez zniszczenie ewentualnych krążących w organizmie komórek nowotworowych. Wskazania do zastosowania chemioterapii uzupełniającej oceniane są indywidualnie dla każdego chorego na podstawie szeregu czynników prognostycznych. Przy podjęciu decyzji bierze się pod uwagę nie tylko stopień zaawansowania nowotworu, ale również stopień dojrzałości raka, cechy angioinwazji, perforację guza, ilość usuniętych węzłów chłonnych, czy leczenie operacyjne było podejmowane w trybie pilnym. Leczenie trwa 6 miesięcy i pozwala zmniejszyć o 1/3 względne ryzyko zgonu. Stosowane są schematy chemioterapii oparte na fluorouracylu (5FU). Można wykorzystywać ambulatoryjny schemat leczenia LF1 (dożylny bolusy 5FU i folinianu wapnia) lub schematy wymagające przedłużonych wlewów 5FU, np. schemat LF4. Dożylny wle-

wy tego cytostatyku mogą zostać zastąpione doustną pochodną – kapecytabiną. Przy wyższym ryzyku wznowy choroby można rozważyć dodanie oksaliplatyny (schemat FOLFOX-4, XELOX). Dodanie tego leku może poprawiać nieznacznie wyniki leczenia, ale obarczone jest większą toksycznością. Szczególną uwagę należy zwrócić na czuciową neuropatię obwodową występującą po tym leku, która charakteryzuje się zaburzeniami czucia lub przeczulicą kończyn, z występowaniem skurczów mięśni zwłaszcza pod wpływem zimna. Opisywanych objawów doświadcza nawet 90% leczonych pacjentów, zwykle ustępują one pomiędzy cyklami, ale u 12% może rozwinąć się neuropatia utrzymująca się nawet przez kilka lat po zakończeniu terapii. Brak jest specyficznego leczenia opisanych powikłań, w przypadku bólów neuropatycznych możliwe jest zastosowanie, np. gabapentyny czy duloksetyny. Postępowanie jest analogiczne, jak w innych typach neuropatii

U około 1/4 chorych w momencie rozpoznania stwierdza się chorobę przerzutową, natomiast u prawie połowy dochodzi do ujawnienia się rozsiewu na późniejszym etapie leczenia. Dla chorych z jednoczesnym potwierdzeniem zmiany pierwotnej i przerzutów nie ma jednoznacznie określonej taktyki leczenia chirurgicznego. W przypadku powikłań (perforacja, krwawienie, niedrożność) należy wykonać operację w trybie pilnym. W przypadku braku objawów ostrych, leczenie można rozpocząć od chemioterapii. W leczeniu zaawansowanego raka jelita grubego zastosowanie może mieć: chemioterapia systemowa, terapia ukierunkowana molekularnie, radioterapia, leczenie operacyjne (metastazektomia). Strategia leczenia rozsianego nowotworu zależy przede wszystkim od oceny resekcyjności zmian metastatycznych. Z uwagi na drenaż krwi wrotnej z narządów trzewnych najczęstszym miejscem przerzutowania raka jelita grubego jest wątroba – około 1/3 pacjentów ujawnia zmiany przerzutowe w tym narządzie. W przypadku pojedynczych zmian w wątrobie lub płucach leczeniem z wyboru jest metastazektomia. U części chorych, pierwotnie nie kwalifikujących się do resekcji, można zastosować indukcyjną chemioterapię, a po uzyskaniu odpowiedzi leczenie operacyjne. Takie agresywne i radykalne postępowanie skojarzone pozwala na wyleczenie około 25% chorych mających przerzuty do wątroby lub płuc. W przypadku pacjentów z chorobą nieresekcyjną stosuje się paliatywną chemioterapię, której celem jest jak najbardziej efektywne wydłużenie przeżycia. Paliatywna chemioterapia pozwala wydłużyć przeżycie do około 2 lat wobec pół roku u chorych nieleczonych. Najnowsze badania kliniczne pokazują jeszcze lepsze wyniki, osiągając medianę przeżycia na poziomie 30 miesięcy. Cytostatykami stosowanymi w leczeniu rozsianego raka jelita grubego są fluorouracyl, kapecytabina, irynotekan i oksaliplatyna. Najczęściej w I rzucie leczenia u chorych w dobrym stanie ogólnym stosuje się skojarzenie fluorouracylu i folinianu wapnia

z irinotekanem (schemat FOLFIRI) albo oksaliplatyną (schemat FOLFOX-4 lub w przypadku kapecytabiny – XELOX). W momencie progresji stosuje się sekwencyjnie terapię II rzutu schematem alternatywnym (np. FOLFOX lub XELOX po schemacie opartym na irinotekanie; irinotekan w monoterapii lub FOLFIRI po schemacie zawierającym oksaliplatynę). U chorych w gorszym stanie sprawności leczenie należy rozpocząć od fluorouracylu albo od kapecytabiny w monoterapii.

Najczęstszymi ostrymi powikłaniami po chemioterapii są nudności, wymioty, stany zapalne w jamie ustnej, biegunka, a także supresja szpiku. Schematy wielolekowe stosowane w leczeniu raka jelita grubego wykazują średni potencjał emetogeny (ryzyko nudności i wymiotów 30–90%), a monoterapia pochodnymi fluoropirymidyn wiąże się z niskim ryzykiem (10–30%). W przypadku nudności i wymiotów mówi się raczej o profilaktyce przed i po podaniu cytostatyków niż o ich leczeniu. Jeżeli objawy wystąpią, pomimo zastosowania prawidłowej profilaktyki, są trudne do opanowania. Podkreśla się coraz częściej, iż stosowane powszechnie setrony (antagoniści receptorów 5HT<sub>3</sub>) nie wykazują skuteczności w przypadkach nudności i wymiotów opóźnionych, z kolei pewną skuteczność może wykazywać np. zastosowanie deksametazonu w dawce 2x4mg w połączeniu z metoklopramidem w dawce 3x10mg. W przypadku nasilonych wymiotów pacjent wymaga leczenia objawowego zaburzeń elektrolitowych i metabolicznych.

Zapalenie śluzówek przewodu pokarmowego może być dotkliwym i niekiedy bardzo poważnym powikłaniem, występującym nawet w 40% przypadków przy terapii 5FU. W przypadku bólów w jamie ustnej i problemów z połykaniem należy stosować leki p/bólowe np. niesterydowe leki przeciwzapalne w postaci roztworów do płukania (glimbax) czy lidokainę w sprayu. Konieczne może być zastosowanie opioidów np. tramadolu w kroplach (zwykle ok. 15 kropli) lub morfiny w roztworze. Z uwagi na bardzo częste powikłania grzybicze i bakteryjne stosuje się antybiotyki o szerokim spektrum działania i leki przeciwgrzybicze zarówno miejscowo jak i ogólnie (nystatyna, flukonazol). Rozległe zmiany na śluzówkach mogą towarzyszyć głębokiej neutropenii, będącej skutkiem depresji szpiku. Uszkodzenie szpiku jest częstym powikłaniem po chemioterapii, najczęściej występującym pomiędzy 5 a 14 dniem zastosowania cytostatyku. Nie ma konieczności wykonywania badania morfologii krwi każdemu pacjentowi w tym okresie, ale bardzo ważna jest obserwacja chorych – każda zwyżka temperatury ciała powyżej 38°C u pacjenta po chemioterapii jest wskazaniem do wykonania morfologii krwi z rozmazem. Jeżeli wystąpi gorączka neutropeniczna (gorączka powyżej 38°C i liczba neutrocytów poniżej 0,5 G/L) chorego należy hospitalizować. Kolejnym częstym powikłaniem są biegunki, występujące przy terapii 5FU,

kapecytapiną i irynotecanem. W przypadku irynotecanu mogą dotyczyć nawet 80% chorych, a objawy mogą wystąpić z opóźnieniem, zwykle 5–11 dni po zastosowaniu tego cytostatyku. Większość pacjentów z niepokładną biegunką (to jest bez neutropenii, bólów brzucha, gorączki, nasilonych nudności i wymiotów), leczymy ambulatoryjnie, stosując doustne preparaty zawierające elektrolity, uzupełniamy płyny drogą doustną lub rzadziej pozajelitową i stosujemy leki przeciwbiegunkowe. Najczęściej stosowany jest loperamid w dawce początkowej 4 mg, a następnie 2 mg po każdym luźnym stolcu do całkowitej dawki dobowej 16–20 mg. Loperamid odstawiamy 12 godzin po ustąpieniu biegunki. Jeżeli podejrzewamy bakteryjne tło biegunki możemy zastosować nifuroksazyd w dawce 4 x 200 mg.

Do leczenia zostały wprowadzone nowe preparaty wykorzystujące osiągnięcia biologii molekularnej. U chorych możliwe jest zastosowanie tzw. leków celowanych: przeciwciał monoklinalnych hamujących angiogenezę nowotworu (bevacizumab), a także blokujących działanie (EGFR) receptora dla nabłonkowego czynnika wzrostu (cetuksimab, panitumumab). Leczenie przy użyciu nowych cząsteczek realizowane jest w ramach programów terapeutycznych i refundowane przez NFZ. Zastosowanie terapii antyangiogennej nie jest możliwe u wszystkich pacjentów. Obecnie takie leczenie refundowane jest łącznie z chemioterapią II linii FOLFOX-4 u chorych po przeprowadzonej operacji usunięcia ogniska pierwotnego. Z uwagi na specyficzną toksyczność terapia ta przeciwwskazana jest m. in. u pacjentów z niestabilnymi chorobami układu krążenia, stosującymi leki przeciwzakrzepowe i antyagregacyjne, z niegojącymi się ranami czy występującym białkomoczem. Najczęściej występującym działaniem nieporządnym bevacizumabu jest nadciśnienie tętnicze. Zasady leczenia tego powikłania nie odbiegają od ogólnych wytycznych. W przypadku zastosowania przeciwciał anty-EGFR istnieje konieczność przeprowadzenia badań molekularnych tkanki nowotworowej. Leki te mają szansę być skuteczne tylko w przypadku braku obecności mutacji w genie RAS, stwierdzonej w około 50% przypadków. W Polsce możliwe jest ich zastosowanie po niepowodzeniu dwóch kolejnych linii chemioterapii. Aktualnie przygotowywana jest nowa wersja programu lekowego raka jelita grubego umożliwiająca zastosowanie przeciwciał monoklonalnych również w I linii z chemioterapią. Leczenie z użyciem cetuksimabu i panitumumabu wiąże się specyficzną toksycznością skórna. Pojawia się u większości leczonych pacjentów (40–100%), może się objawiać występowaniem rumienia, wysypki grudkowo-krostowej czy zmian okołopaznokciowych. W zmianach o niewielkim nasileniu zaleca się stosowanie miejscowe 1 lub 2% kremu z hydrokortyzonem oraz 1% żelu z klindamycyną. W zmianach bardziej nasilonych stosuje się antybiotykoterapię doksycykliną w dawce 2 x 100 mg.



Optymalne leczenie pacjenta z rakiem jelita grubego powinno być prowadzone przez zespół multidyscyplinarny, składający się z lekarza onkologa klinicznego, radioterapeuty i chirurga onkologa. Niezbędna jest również możliwość skorzystania z pomocy radiologa, histopatologa i lekarzy innych specjalności. Należy również pamiętać o roli psychologa klinicznego w trakcie i po zakończonym leczeniu. Skuteczność leczenia onkologicznego zależy od zachowania należytej staranności na każdym etapie zarówno diagnostyki, jak i poszczególnych elementów terapii. Jeżeli zawiedzie chociaż jeden elementów, ma to niekorzystny wpływ na cały późniejszy proces leczniczy. Opóźnione rozpoznanie znacząco pogorszy rokowanie pacjenta. Nieoptymalna diagnostyka pogłębiona może prowadzić do wyboru złej strategii leczenia. Nieprawidłowa ocena zaawansowania raka odbytnicy może skutkować brakiem rozpoznania wskazań do leczenia przedoperacyjnego i koniecznością przeprowadzenia okaleczających zabiegów. Nierzadko zdarza się iż podejmowane jest leczenie raka jelita grubego bez należytej diagnostyki i oceny zaawansowania pomimo braku pilnych wskazań do takiego postępowania. Natomiast u około 25% stwierdzane są już przerzuty w momencie rozpoznania. Skutkuje to tym, iż w przypadku przerzutów potencjalnie resekcyjnych tracimy szansę na zastosowanie chemioterapii indukcyjnej z następczą operacją, co przynosi najlepsze efekty. W przypadku raka jelita grubego niezmiernie ważna jest jakość leczenia chirurgicznego, w dużej mierze determinująca rokowanie pacjenta. Brak dostatecznej ilości węzłów chłonnych w preparacie pooperacyjnym skutkuje tym, iż pacjent wymaga zastosowania półrocznej chemioterapii uzupełniającej. Brak ścisłej współpracy między poszczególnymi działami onkologii może z kolei skutkować tym, iż pacjent nie skorzysta z wszystkich dostępnych dla niego metod leczenia. Nawet w przypadku rozsianej nieresekcyjnej choroby nowotworowej na różnych etapach zastosowane może być zarówno leczenie systemowe, chirurgia, jak i radioterapia. Wydaje się, iż aby osiągnąć jak najlepsze rezultaty w wykrywaniu i leczeniu nowotworów jelita grubego potrzebna jest większa niż obecnie współpraca między lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzami z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i placówkami szpitalnymi oraz lekarzami onkologami.

W Opolskim Centrum Onkologii leczenie pacjentów z rozpoznaniem rakiem jelita grubego prowadzone jest wielodyscyplinarne, co wiąże się z możliwością wykorzystania wszystkich metod leczenia i pełnym dostępem do nowoczesnych leków stosowanych w ramach „programów lekowych”. Jeżeli w codziennej praktyce będziecie Państwo mieli wątpliwości lub pytania dotyczące wczesnego rozpoznania, leczenia, postępowania z powikłaniami po leczeniu systemowych pacjentów z rozpoznaniem rakiem jelita grubego, to zachęcam do kontaktu z naszym ośrodkiem. Należy pamiętać, że w leczeniu

tego wolno rosnącego nowotworu zwykle pośpiech nie jest dobrym doradcą, a główne znaczenie ma prawidłowe zaplanowanie kolejnych etapów leczenia.

**Tabela nr 1 – Wskazania do pilnej diagnostyki w kierunku raka jelita grubego**

Krew w stolcu ze zmianą rytmu wypróżnień (luźne stolce lub zwiększenie częstości wypróżnień) utrzymująca się ponad 6 tygodni u pacjenta $\geq 40$ r.ż.
Krew w stolcu utrzymująca się ponad 6 tygodni, bez zmiany rytmu wypróżnień u pacjenta $\geq 60$ r.ż.
Zmiana rytmu wypróżnień (luźne stolce lub zwiększenie częstości wypróżnień) utrzymujące się ponad 6 tygodni lub więcej, bez obecności krwi w stolcu u pacjent $\geq 60$ r.ż.
Badalny guz w badaniu per rectum – niezależnie od wieku pacjenta
Badalny guz w jamie brzusznej – niezależnie od wieku pacjenta
Niewyjaśniona przyczyna niedoboru żelaza lub anemia (HGB $< 11\text{g/dl}$ ) u mężczyzn niezależnie od wieku
Niewyjaśniona przyczyna niedoboru żelaza lub anemia (HGB $< 10\text{g/dl}$ ) u niemiesiączkujących kobiet niezależnie od wieku

#### PIŚMIENNICTWO

1. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Tom 1. Red. Krzakowski M. Gdańsk 2013, Wyd. Viamedica
2. Rak jelita grubego. Red. Deptała A., Wojtukiewicz M. Poznań 2012, Wyd. Termedia
3. Nowotwory układu pokarmowego. Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Red. Krzakowski M., Jassem J. Gdańsk 2014, Wyd. Viamedica
4. NICE guidelines. Referral guidelines for suspected cancer. (CG27) Published date: June 2005 (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg27>)
5. Metastatic colorectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Van Cutsem E., Cervantes A., Nordlinger B. i wsp. oraz ESMO Guidelines Working Group. Ann Oncol 25. Suppl 3:1-9 (2014)
6. Early colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Labianca R., Nordlinger B., Beretta G. D. i wsp. oraz ESMO Guidelines Working Group. Ann Oncol 24. Suppl 6: 64-72 (2013)
7. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Glimelius B., Tiet E., Cervantes A. i wsp. oraz ESMO Guidelines Working Group. Ann Oncol 24. Suppl 6: 81-88 (2013)
8. ESMO Consensus Guidelines for management of patients with colon and rectal cancer. a personalized approach to clinical decision making. Schmoll H. J., Van Cutsem E., Stein A. i wsp. Ann Oncol 23(10): 2479-516 (2012)

*Lek. Marek GELEJ*

Adres do korespondencji: Opolskie Centrum Onkologii,  
ul. Katowicka 66a, 45-060 Opole, tel.: (77) 441-60-90  
e-mail: [mgelej@gmail.com](mailto:mgelej@gmail.com),  
e-mail: [pto-opole@onkologia.opole.pl](mailto:pto-opole@onkologia.opole.pl)

# X GŁUCHOŁASKIE WARSZTATY ARTROSKOPOWE

27 i 28 marca 2015 r. w hotelu „Aspen” i Specjalistycznym Szpitalu MSW w Głucholazach odbył się II kurs doskonalący o charakterze ICL (Instructional Course Lectures) Sekcji Chirurgii Barku i Łokcia Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego. Od roku autor tego prasowego doniesienia sprawuje funkcję skarbnika ww. Sekcji.

Organizatorem szkolenia było Centrum Medyczne „Na Dobrze i Na Złe” – NZOZ „Ortopedia” Opole, którego zapleczem chirurgicznym od 2007 r. jest Specjalistyczny Ośrodek Chirurgii Artroskopowej i Ortopedycznej mieszczący się w budynku Specjalistycznego Szpitala MSW w Głucholazach.

Po doświadczeniach poprzednich szkoleń – przychylnie ocenionych przez ich uczestników z całej Polski – organizatorzy pokusili się o organizację kolejnej edycji, już X Głucholaskich Warsztatów Artroskopowych.

Mamy zaszczyt uczestniczyć (również jako region) w organizacji, przełomowego na skalę kraju, przedsięwzięcia – pierwszego w Polsce kursu kadawerowego na preparatach ludzkich stawów, który przełamał istniejącą barierę niemożności. Odbył się on w kwietniu 2010 r. w przygotowanej specjalnie do tych zadań sali prosektoryjnej głucholaskiego szpitala. Od X 2012 r. funkcjonuje w niej Centrum Edukacji Ortopedycznej przystosowane do pracy na preparatach stawów.

Pierwszy kadawerowy kurs w Głucholazach był inspiracją dla wielu innych ośrodków w Polsce.

Do realizacji zadań udało się nam pozyskać znamienitych wykładowców i chirurgów z najlepszych ortopedycznych ośrodków artroskopowych w kraju, którzy zaszczycają nas do dziś swoją obecnością podczas kolejnych edycji kursu.

W Komitecie Organizacyjnym tegorocznych Warsztatów znaleźli się m. in.: prof. dr hab. Stanisław Pomianowski, dr hab. Przemysław Lubiowski, dr Roman Brzóska, dr Bartłomiej Kordasiewicz, dr Sławomir Struzik, dr Krzysztof Otwinowski.

W założeniu Głucholaskie Warsztaty Artroskopowe od lat pełnią rolę platformy edukacyjnej, są miejscem wymiany poglądów, zdobywania „wiedzy tajemnej” i rozwijania technik operacyjnych. W zamyśle organizatorów są to kameralne spotkanie robocze, ustalające strategię postępowania w wybranych procedurach medycznych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy i doświadczeń.

W tym roku, poza częścią prosektoryjną, w programie znalazły się cztery innowacyjne techniki operacyjne, które zostały przeprowadzone na żywo na zintegrowanym bloku operacyjnym głucholaskiego szpitala. Dr Gavriel Mozes z Izraela wraz dr Sławomirem Struzikiem z Kliniki Ortopedii na Lindleya w Warszawie wykonali implantację polimerowego spaceru wypeł-

nionego solą fizjologiczną do przetrzeźnienia podbarkowej w nienaprawialnym uszkodzeniu stożka rotatorów. Dr Bartłomiej Kordasiewicz z Kliniki Ortopedii CMKP w Otwocku pokrył artroskopowo ubytek stożka kolagenową łatą pozyskaną ze świńskiej skóry. Doc. Przemysław Lubiowski z Kliniki Chirurgii Ręki UM w Poznaniu wykonał transfer mięśnia najszerzego grzbietu na guzek większy kości ramiennej w celu przywrócenia balansu mięśniowego i funkcji barku. Ponadto dr Roman Brzóska z Kliniki Św. Łukasza w Bielsku-Białej wykonał w pełni artroskopowy zabieg przeniesienia wyrostka kruczego na ubytek krawędzi panewki w nawykowym zwłóknieniu stawu ramennego.

40 uczestników głucholaskich warsztatów artroskopowych po zaplanowanej „burzy mózgów” wróciło do swoich oddziałów, by wykorzystać wiedzę zdobytą podczas tych dwóch marcowych dni w miejscu na południowym krańcu Polski, gdzie wydawałoby „diabeł mówi dobranoc”.

Pozytywny ferment takich kreatywnych spotkań buduje więź między kolejnymi pokoleniami lekarzy. Cieszy nas, że dzieje się to tu, na Śląsku Opolskim, który zbyt nieśmiało mówi o swoich, niemałych przecież w wielu specjalnościach, osiągnięciach!

Głucholaskie Warsztaty Artroskopowe stały się już pozytywnie postrzeganą cykliczną imprezą na mapie ortopedycznej Polski.

Już dziś zaczynamy przygotowania do kolejnej edycji kursu w roku przyszłym.

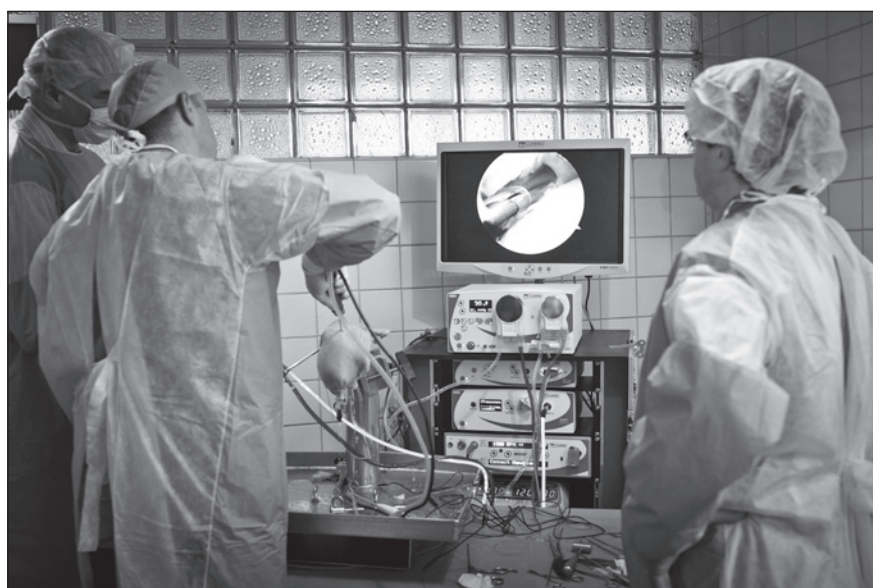
*Robert PELKA  
Kierownik CM „Na Dobrze i Na Złe”  
NZOZ „Ortopedia” Opole-Głucholazy*







*Zajęcia w sali operacyjnej*



*Zajęcia prosektoryjne*



# REANIMATORSI ZAPRASZAJĄ!!

Lekarskie zespoły muzyczne **Reanimators New** i **Reanimators Classic** oraz Opolska Izba Lekarska mają zaszczyt zaprosić wszystkich lekarzy, ich znajomych i przyjaciół na Spotkanie Towarzystwo-Muzyczne, które odbędzie się w **piątek 19 czerwca o godz. 19.00 w Starym Domu w Domecku**. Impreza jest otwarta – wstęp wolny dla wszystkich, a podczas samego koncertu zapewniemy niezłą zabawę.

Któż to taki **Reanimators Classic** i **Reanimators New**? To inaczej Opolska Grupa Lekarzy Muzyków. Każdy z nas ma inną specjalność, ale łączy jedno – wszyscy mieszkamy w jednym regionie i wszyscy uwielbiamy grać.

**Reanimators** to grupa, która integruje nie tylko lekarzy-muzyków i środowisko lekarskie, ale wiele innych grup zawodowych i społecznych w regionie. Bierzymy udział w muzycznych wydarzeniach poświęconych takim problemom, jak przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, profilaktyka chorób cywilizacyjnych („*Tony Zdrowia*”), czy pomoc niepełnosprawnym.

Inicjatorem całego opolskiego muzycznego projektu jest kardiolog – Marek Kania. Po raz pierwszy zagraliśmy razem w 2012 roku na Pierwszym Koncercie Lekarzy w Opolskim Centrum Onkologii. Od tego czasu występowaliśmy wielokrotnie w Opolu i w kraju. Zdarzyła się nam m. in. „przygoda” z nagraniem kolęd dla polskiej telewizji w 2014 r. A **Reanimators New** w 2014 r. podczas Ogólnopolskiego Festiwalu Zespołów Lekarskich Rockowo-Bluesowych w Olsztynie zdobył także nagrodę Prezydenta Olsztyna. Pierwszy skład grupy **Reanimators** liczył sześć osób. Aktualnie w Opolu muzykuje i koncertuje już osób pięćdziesiąt – trzy zespoły muzyczne i chór.

**Reanimators New**, grający covery klasyków bluesa i rocka (m. in. Erica Claptona, Joe Cockera, Johny Lee Hookera i Tadeusza Nalepy, a ostatnio także Marka Knopflera z *Dire Straits* czy Phila Collinsa z *Genesis*) występują w składzie: Katarzyna Odziomek – śpiew, Mieczysław Syrytczyk – gitara, Michał Rybczak – gitara, Marek Piętka – perkusja, Jacek Polewiak – klawisze i Marek Błaszczuk – gitara basowa.

Z kolei **Reanimators Classic**, grający również covery klasyków bluesa i rocka (m.in. *The Shadows*, Janis Joplin, Raya Charlesa, Willie Nelsona, *The Doors*, Tadeusza Nalepy czy Simona & Garfunkla) występują w składzie: Krystian Kościów – gitara, śpiew, Jerzy Przystajko – gitara basowa, śpiew, Marek Kunc – klawisze, Artur Fedyk – perkusja i Kazimierz Drosik – gitara

Jeszcze raz serdecznie zapraszamy na nasz koncert i do zobaczenia w Starym Domu.

Lekarze muzycy  
z zespołów „Reanimators”



# CZAROWNICA, CZYLI POETKA



Porozmawiajmy lepiej o kobietach renesansu. Tym szlachetnie urodzonym dni miały bez zmian. Siedząc na miękkich, purpurowych atlasach, haftowały obrusy w kaczence i wielkookie żaby, zdobiły pościel, obszywały suknie. Szykowały wyprawy dla siebie lub dla córek. Gawędziły i plotkowały, czasem snuły intrygi i spiskowały, próbując rzucić na kogoś cień. Najczęściej jednak starały się rozbudzić w mężczyznach nagle uczucia. Ale musiały być czujne.

Od kiedy w roku 1487 Heinrich Kramer napisał *Młot na czarownice* (*Malleus maleficarum*) – ówcześni łowcy głów z całej Europy ruszyli na poszukiwanie wiedźm. Wieczorami zgłębiali tajniki czarnej magii, czytali szatańskie wersety, uczyli się zaklęć, a za dnia tropili czarujące białogłowy. Niczym gończe psy (dominikanów, którym w 1232 roku papież Grzegorz IX powierzył misję ścigania heretyków, nazywano *Domini canes*, czyli psy Boga) przemierzali ulice grodów i wsi. Zakapturzeni cicho wspinali się na wieże, drażyli korytarze, zaglądali w okna i podsłuchiwali pod drzwiami. Mieli oddanych kucharzy i swoich wśród stajennych, kupowali zaufanie pokojówek i szwaczek. Opłacali nawet spowiedników.

Węszyli, szpiegowali i podglądali. Byli wszędzie. Każdy szczegół, gest czy słowo mogły przecież oznaczać konszachty z diabłem. W poradniku dla inkwizytorów Kramer przekonywał, że kobietom do twarzy ze złem, że ciągnie je do grzechu i *zawsze w rzeczach próżnych*

*i ladejakich kochać się zwykły*. Pisał też o niezwykłych zdolnościach niektórych niewiast do *szatańskich sprośności*. Radził, by szczególnie uważać na szpetne panie, one bowiem, nie mogąc liczyć na uwagę ludzkich kochanków, zadawały się z *szatany latawcami* nazywanymi. Piękności też bywały podstępne.

Czegoż te czarodziejki nie umiały! Jednym spojrzeniem niszczyły plony, sprowadzały pomór na bydło, rujnowały magnatów albo całkiem odbierały im rozum. Potrafiły również odjąć męskie przyrodzenia. I to bez noża czy miecza. Wystarczył niepozorny ruch ręką oraz jakaś przekłeta formuła i już kilkadziesiąt organów lądowało w ich kieszeniach. Członki ukrywały w ptasich gniazdach, gdzie *jakoby żywe pomykają się* – wyjaśniał autor podręcznika – *do jedzenia owsa, abo inszej zobi*. Kramer zalecał ściganie czarownic, przesłuchania – koniecznie z użyciem tortur i wreszcie właściwy sąd. Uważał, że nie ma lepszej kary niż spalenie takiej żywcem. Skrucha mogła zbawić duszę, ale należało jeszcze oczyścić grzeszne ciało.

Gdyby Agnieszka Osiecka żyła w epoce renesansu, mogłaby spłonąć na stosie. Pisała przecież: *Ja lubię panów, / no trudno, cóż – / nie lubię planów, nie pytam wróżb... / Ja lubię panów / dobrych, złych, / wesółych, smutnych, / tych i tych. [...] Czy to stażysta, / czy sam szef, / czy też pianista, / co burzy krew, / na szczyry pójde serca zew, / bo lubię panów na Z i na F*. Iluż to szlachetnych mężów wywiodła na pokuszenie, ilu straciło dla niej głowę! Gdzie się nie pojawiła, tam rozpalala namietności. Pod jej urokiem znalazł się ponoć sam chłodny Jerzy Giedroyc. Kiedy późnym latem 1957 roku wtargnęła do Maisons-Laffitte pod Paryżem, zapomniał na chwilę o literatach i esejach. Przyjechała autostopem uczesana w koński ogon, piękna, zgrabna, o żywej inteligencji. I chyba skradła serce redaktorowi „Kultury?”. Przez nią też skarżył się Jeremi Przybora: *Bez ciebie jestem tak smutny / jak kondukt w deszczu pod wiatr. / Bez ciebie jestem wierutny / pozór mężczyzny i ślad. / Bez ciebie jestem nieładny, / bez żadnej szansy u pań. / Bez ciebie jestem bezradny / jak piesek, co wypadł z sań*.

Na wzgórzu uniwersyteckim, to cała ona. Usiadła na metalowym krześle, założyła nogę na nogę, poszukuje słów. A wiatr roznosi piosenki, już gdzieś odlecieli *Kochankowie z ulicy Kamiennej*, u jej stóp leżą *Okularnicy*. Czarownica! – krzyczałby inkwizytor. My mówimy: poetka.

Agnieszka KANIA

Niedawno ukazała się książka Uli Ryciak pod tytułem „Portargana w miłości”. *Czyta się ją prawie jak autobiografię. Pachnie Osiecką* – napisał Piotr Metz. Niedługo zacznie się sezon na czereśnie, więc chyba trudno o lepszy czas dla Agnieszki O.





# MISTRZOWIE ŚWIATA

Pierwszy dzień wiosny zaczyna się tam od muzyki. O świcie grają w kościele Marii Panny, a w południe i wieczorem dzwony biją u świętego Wirgiliusza. W całej dolinie rozbrzmiewają głośnie uderzenia wzywające mieszkańców Moeny na modlitwę. Bim-bam i podnoszą się princessy z kafejki nad rzeką Avisio, bim-bam – wstają przekupki z targu, znów dzyń-dzyń – rzucają karty mężczyźni i pośpieszają do kościoła na górce. Po drodze rozmawiają, plotkują, przekomarzają się, kobiety zrywają bazie do święcenia albo szukają prymulek, panuje gwar i zamęt. Milkną dopiero przed drzwiami kościoła: oni zdejmują kapelusze, one pochylają się z lekka i wchodzą do świątyni.

W tym roku dźwięki dzwonów zagłuszyły wesołe okrzyki i wiwaty idące z gór. Bo w restauracji z widokiem na szczyty Alpe Lussii, ogłoszono zwycięzców 42. Mistrzostw Świata Lekarzy i Farmaceutów w Narciarstwie Alpejskim.

Jorg Haury, człowiek w sam raz długi i szczupły, urodzony mistrz ceremonii i główny organizator zawodów, wszedł na podium, zachwiał się, zakołysał, wstrzymał oddech i odczytał zdobywców medali. – *W rozgrywkach drużynowych trzecie miejsce zajęli lekarze z Włoch* – zaczął, a publiczność oszalała z radości, rozległy się oklaski, krzyki i piski. – *Drugie miejsce wywalczyli medycy ze Słowenii* – ogłosił. I znów wrzawa i poruszenie. – *Kto triumfuje?* – pytano. – *Kto weźmie złoto?*

Doktor rozejrzał się wokół siebie, jakby czegoś szukał, zszedł ze sceny, zagadnął Giovannę, która mogłaby być zarówno asystentką, jak i hrabianką, kelnerką i waćpanną. Dziewczyna poruszyła się z wdziękiem, odeszła na bok i po chwili wróciła z ogromnym złotym pucharem. Widzowie zamarli. Patrzyli, jak czara lśni, jak połyskuje, jak się mieni. Kilku lekarzy chciało wskoczyć na podest i pomóc signorinie dźwigać nagrodę. – *Piano!* – krzyknął barman Luigi. Narciarze zastygli w oczekiwaniu. – *Kto wygrał? Kto wygrał?* – szeptano.

\* \* \*

Do Moeny przyjechało ze stu trzydziestu narciarzy-lekarzy. Byli też sprawozdawcy sportowi, dziennikarze, operatorzy filmowi i przynajmniej trzech zawodowych fotografów. Oprócz zawodników każda drużyna miała swoich kibiców – prawdziwy fanklub, którego członkinie i członkowie sami uprawiają sporty zimowe, lecz nade wszystko podgrzewają innych do walki, podpowiadają trudne miejsca na trasie, wiedzą, gdzie są przewężenia, garby i uskoki, przynoszą kurtki i ocieplacze, dbają również o kondycję fizyczną i morale sportowców.

Od lat niepisaną przewodniczącą fanklubu polskiego jest Urszula Gałaszek. Robi zdjęcia, liczy punkty, sporządza listę startową i sprawdza numery. Zachęca leniwych, dopinguje szybkich, pociesza lekkomyślnych i rozgrzesza roztargnionych. Często je gorącą herbatą, zna się

na wynikach, dodaje w pamięci sekundy i ich setne części. Potrafi zganić, rozgniewać się i krzyknąć: – *Weź się w garść! Gnaj, to nie wybory mistera stoku!* – Raz pociągnie za ucho syna Jakuba, innym razem szturchnie męża Michała: ścigaj się i nie narzekaj już na kręgosłup! To znów wygraża sędziemu. Zawody bez niej? Nie ma mowy. W tym roku pomagała jej Ewa Dyrda, ze złamanym palcem i złamaną karierą sportową (tylko w tym sezonie), oklaskiwała panie i uskrzydlała panów.

Pierwszego dnia rozstawiono slalom. Ale jaki! Jak na prawdziwym pucharze świata, gdzie jeżdżą Bode Miller i Aksel Svindal. Ze sto tyczek, jedna za drugą, skręty łagodne i podkrecone, rytmiczne i przeloty; łatwo się pogubić, wypaść z trasy, a góra długa i stroma. Dojechać do końca to już nie lada wyczyn, a tu trzeba walczyć o czas.

Polacy byli świetnie przygotowani. Ćwiczyli sami i z trenerami, w Tatrach i Sudetach, Alpach i Himalajach, biegali po łąkach, pływali i podskakiwali, jeździli na deskorolkach i skuterach, doskonalili szybkość i zwrotność. Lekarki wywalczyły w slalomie aż cztery medale. Złoto otrzymały Katarzyna Smolik i Magdalena Błaszke-Kasperska, brąz Małgorzata Salomonowicz i Agnieszka Kania, czwarte miejsce zdobyły w swoich grupach wiekowych: Alina Magner, Karolina Miodek i Katarzyna Wojcieszyn. Ile emocji, jaka walka, jaki hart ducha i zacięcie sportowe.

Wśród mężczyzn triumfowali: Andrzej Golec, Daniel Najdzonek, Szymon Skoczyński i Jakub Gałaszdek – wszyscy zdobyli srebro, świetnie walczyli też inni panowie. Co się tam działo, jaka zwinność i prędkość, jakie śmigi i jazda na krawędziach. Spójrzmy tylko na lekarzy po pięćdziesiątce, w pierwszej dziesiątce znaleźli się Mariusz Smolik i Przemek Nowak, wśród dwudziestu najlepszych lekarzy-narciarzy na świecie byli: Jacek Skoczyński, Jan Plaskacz, Adam Dyrda i Michał Wojcieszyn. Dariusz Wylek spadł trochę niżej. Z innych grup Grzegorz Siteń, Wojciech Gwóźdź i Jakub Skowroński byli w pierwszej piątce. To jest coś!

Potem był gigant i supergigant. Polacy szli na dzidę, nacierali z impetem, przeginali się i rozpędzali. Każdy chciał zjechać jak najszybciej, wygrać, zdobyć medal lub cenne punkty. Na podium stanęły: Katarzyna Smolik (srebro), Agnieszka Kania (brąz), złota Magdalena Błaszke-Kasperska i w tej samej kategorii wiekowej brązowa Katarzyna Wojcieszyn. Andrzej Golec sięgnął po srebro, Daniel Najdzonek wziął medal brązowy, Marek Macyszyn – złoty, tuż za nim uplasował się Szymon Skoczyński. Wśród najmłodszych lekarzy Wojciech Gwóźdź wywalczył srebro. Udało się.

– *Polska mistrzem świata!* – ogłosił Jorg Haury – *Razem z drużyną niemiecką* – dodał rumieniąc się, jakby usprawiedliwiał werdykt sędziów.

Agnieszka KANIA









# II MISTRZOSTWA OPOLSZCZYZNY LEKARZY W TENISIE ZIEMNYM

W dniach 16–17 maja 2015 r. na kortach Winner Tennis w Strzelcach Op. odbyły się II Mistrzostwa Opolszczyzny w Tenisie Ziemnym. W zawodach udział wzięło 12 lekarzy tenisistów z całego województwa – głównie z Opola, ale także z Brzegu, Leśnicy, Strzelce Op. i Kędzierzyna-Koźła.

W pierwszym dniu zawodów, przy pięknej słonecznej pogodzie, zawodnicy rozegrali mecze w 3 grupach po 4 zawodników – co było nie lada wysiłkiem, ale wszyscy wytrzymali kondycyjnie i pomoc lekarska nie była nikomu udzielana.

Niestety podczas pierwszego dnia zawodów kontuzji doznał jeden z faworytów turnieju, zwycięzca z roku 2014 kol. Mariusz Polikowski i musiał się z niego wycofać.

Wyniki rozgrywek grupowych w II Mistrzostwach Opolszczyzny Lekarzy w Tenisie Ziemnym:

W drugim dniu zawodów, ze względu na wietrzną pogodę, finały odbyły się w hali w której temperatura powietrza dochodziła do 27°C, ale zawodnicy również wytrzymali te trudne warunki. W finałach bezkonkurencyjny okazał się Roman Sadowski, który wyraźnie wygrał obydwa pojedynki finałowe.

## Klasyfikacja końcowa:

- I miejsce Roman Sadowski (Opole),
- II miejsce Ryszard Wileński (Strzelce Op.),
- III miejsce Piotr Hudała (Opole).

Dziękujemy wszystkim uczestnikom za udział, a Panu Prezesowi i Okręgowej Izbie Lekarskiej za pomoc w organizacji imprezy. Do zobaczenia za rok na początku czerwca. Pozdrawiamy

*Ryszard WILEŃSKI i Bohdan ZGODA*

## Grupa A

Piotr Hudała,  
Przemysław Sadowski,  
Wojciech Szwedowski,  
Mariusz Polikowski (kontuzja  
w 2 meczu) – niesklasyfikowany.

## Grupa B

Roman Sadowski,  
Bogusław Maj,  
Robert Stępień,  
Bogdan Zgoda.

## Grupa C

Ryszard Wileński,  
Dariusz Łątka,  
Janusz Prokopczuk,  
Robert Rodak.

*Triumfatorzy Turnieju (od lewej):  
Piotr Hudała, Roman Sadowski  
i Ryszard Wileński*





# DLACZEGO KRÓLOWA KASTYLII JOANNA OTRZYMAŁA PRZYDOMEK „SZALONEJ”

Rok 1469 przeszedł do historii Hiszpanii, ponieważ 14 października królowa Kastylii Izabela (1451–1504) poślubiła króla Aragonii Ferdynanda II (1452–1516). Do tego czasu Kastylia i Aragonia pozostawały w nieustannym konflikcie o przywództwo na Półwyspie Iberyjskim. Ten mariaż zapoczątkował powstanie zjednoczonego Królestwa Hiszpanii.

Zachwycony tym faktem ówczesny kontrowersyjny papież Aleksander VI Borghia bullą z roku 1496 nadał im zaszczytne i jedyne w historii papieństwa miano królów katolickich. Na tym wyróżnieniu zaważyło również niezwykle zaangażowanie pary królewskiej w Inkwizycję (Sanctum Officium), której celem była walka z heretykami i ruchami antykościelnymi. Przyjmuje się, że podczas inkwizycji hiszpańskiej (największej w Europie) zginęło ponad 2.000 osób. Papieństwo było równocześnie bardzo zadowolone z tego, że Izabela i Ferdynand wygnali z Hiszpanii ponad 100.000 Żydów nie tylko rzemieślników, ale również ludzi wykształconych (bullę o wprowadzeniu inkwizycji w Hiszpanii wydał papież Sykstus IV w roku 1478).

Największymi sukcesami w okresie panowania Izabeli Kastyljskiej i Ferdynanda Aragońskiego były dwa wydarzenia w roku 1492. Otóż po odmowie króla Portugalii Izabela i Ferdynand sfinansowali i wysłali z Barcelony Krzysztofa Kolumba na czele flotyli składającej się z trzech żaglowców: „Santa Maria”, „Pinta” i „Nina” w celu odnalezienia nowej drogi do Indii (od strony zachodniej), które słynęły z ogromnych bogactw.

W tym samym roku wygnano ostatecznie po sześciu wiekach Arabów (Maurów) z Półwyspu Iberyjskiego do północnej Afryki (Maroko, Algieria, Tunezja) po zdobyciu Grenady i poddaniu się ostatniego emira Muhammeda XII (stąd piękny wiersz Adama Mickiewicza o upadku Grenady).

Ten właśnie rok 1492 uznawany jest za koniec mrocznego średniowiecza i początek Odrodzenia w Europie nauki i kultury. W tym samym roku zmarł w Polsce jeden z najwybitniejszych królów Kazimierz Jagiellończyk, ojciec czterech królów: Władysława króla Czech i Węgier, Jana Olbrachta, Aleksandra, Zygmunta Starego oraz kardynała Fryderyka, św. Kazimierza patrona Litwy i siedmiu córek, które powychodziły za mąż za wielu panują-

cych w Europie (stąd przyjmuje się, że w wielu panujących dynastiach płynie krew Jagiellonów).

Jedną z córek Izabelli i Ferdynanda była Joanna (1475–1555), która 20 października 1496 r. poślubiła księcia Burgundii (formalnie całych Niderlandów) Filipa Habsburga (1478–1506) nazywanego „Pięknym”. Filip Piękny był synem austriackiego cesarza Maksymiliana I Habsburga i faktycznie był niezwykle przystojnym mężczyzną (stad inny jego przydomek „Przystojny”). Nic więc dziwnego, że Joanna zakochała się w nim bez pamięci od pierwszego spotkania i oddała mu się mimo rygorystycznego wychowania katolickiego jeszcze przed uroczystościami zaślubin, które zresztą z tego powodu przyspieszono.



*Filip Piękny*



*Joanna Szalona*

Po ślubie Joanna i Filip powrócili na dwór w Burgundii, ale Filip nieustannie marzył o przejęciu władzy w Hiszpanii mimo, że Joanna była dopiero trzecia w kolejce do dworu. Tymczasem w rok po ich ślubie zmarł książę Jan jedyny męski potomek królów katolickich, zaś rok później starsza siostra Jana i Joanny Izabela królowa Portugalii. W ten sposób korona hiszpańska miała przypaść Joannie.

Tymczasem w Hiszpanii w roku 1505 zmarła jej matka Izabela Kastyljska (wg kronikarzy z powodu raka) i jej ojciec Ferdynand został regentem. Mimo, że na łóżu śmierci Ferdynand obiecywał Izabeli, że nigdy się nie ożeni po niecałym roku 1506 poślubił Germaine, córkę hrabiego Narbonne. Nie spodobało się to kastyljskim Korteżom, które w roku 1506 wysłały poselstwo do Burgundii z prośbą o przybycie do Kastylii Joanny i Filipa.

Na dworze burgundzkim Joanna była wręcz patologicznie zazdrosna o swojego męża, który zresztą prowadził niezwykle niewierny i rozpustny tryb życia, zaś Joannę traktował jako żonę tylko do rodzenia dzieci.

Po przybyciu do Kastylii drogą morską (ponieważ król francuski za namową Ferdynanda Aragońskiego nie wyraził zgody na przejazd przez terytorium francuskie) Filip wraz z Joanną zaczęli objeżdżać miasta kastyljskie aby uzyskać jak największą liczbę zwolenników w walce o władzę z Ferdynandem.

Niestety w czasie pobytu w mieście Burgos Filip się przeziębził, wkrótce wystąpiła wysoka gorączka, dreszcze, zlewne poty, biegunka i wreszcie utrata przytomności (ten opis choroby przez nadwornego medyka de la Farra nasuwa podejrzenie piorunującej sepsy, aczkolwiek oficjalnie uznano, że przyczyną śmierci był tyfus).

Filip Piękny zmarł 25 września 1506 w wieku zaledwie 27 lat w objęciach swojej żony Joanny, która była w szóstym miesiącu ciąży. Istniały sugestie, że za nagłą śmiercią Filipa mógł stać jego teść Ferdynand i jego nowa żona Germaine.

Po śmierci Filipa zrozpaczona Joanna kazała jego zwłoki posadzić na tronie, ubrać w szaty królewskie i czuwała przy nim przez kilka dni. Następnie jego ciało przeniesiono z Burgos do krypt klasztoru w Miraflores.

Jednak po trzech miesiącach w grudniu 1506 wykazując objawy obłąkania królowa Joanna mimo sprzeciwu zakonników wymusiła wydanie z sarkofagu zwłok Filipa, które pozostawały w stanie zaawansowanego rozkładu, z trudną do rozpoznania twarzą, ale przede wszystkim strasznie cuchnące. W drodze do miejsca jego ostatecznego pochówku w Tordesillas kondukt żałobny z uwagi na szaloną zazdrość Joanny poruszał się tylko nocą i zatrzymywał się wyłącznie w klasztorach męskich, gdzie na polecenie Joanny truchło Filipa było wyjmowane z trumny, zaś Joanna je całowała i pieściła.

To zachowanie Joanny po śmierci Filipa spowodowało, że na wieki przylgnął do niej przydomek „Szalonej”. Można śmiało uznać, że był to przypadek niezwykle zaawansowanej schizofrenii.

Dwa lata po śmierci Filipa Joanna, wykazująca coraz bardziej nasilone objawy obłąkania, została ostatecznie przez swojego ojca Ferdynanda zamknięta w klasztorze klarysek Santa Clara w Tordesillas skąd codziennie ze swojego pokoju mogła patrzeć na sarkofag swojego męża.

Joanna Szalona zmarła dopiero w roku 1555 (a więc 50 lat po śmierci Filipa). Została pochowana wraz z Filipem w Katedrze w Grenadzie, gdzie spoczęli również królowie katoliccy Izabela Kastylijska i Ferdynand Aragoński. Zachęcam wszystkie P.T. Koleżanki i Kolegów do odwiedzenia niezwyklej Katedry w Grenadzie podczas peregrynacji po południowej Hiszpanii.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

PS. Pomimo krótkiego stażu małżeńskiego (10 lat) Joanna Szalona urodziła sześcioro dzieci – w tym dwóch cesarzy i cztery królowe:

1. Eleonora królowa Portugalii i Francji,
2. Karol V cesarz i król Hiszpanii,
3. Izabela Burgundzka królowa Danii, Norwegii i Szwecji,
4. Ferdynand I cesarz, król Czech, Węgier i Austrii,
5. Maria Habsburg królowa Czech, Węgier i Niderlandów,
6. Katarzyna Habsburg królowa Portugalii.

Małżeństwo Joanny Szalonej z Filipem Habsburgiem zapoczątkowało powstanie nowej dynastii – Habsburgów hiszpańskich.

## LISTY DO REDAKCJI

Redaktor Naczelny  
„Biuletynu Lekarskiego” OIL

Umarł w cierpieniach nasz Kolega – dr n. med. Bronisław Łabiak. Nie – przestępca, nie – morderca, nie – skazany. Umarł doświadczony, zasłużony lekarz. Lekarz, któremu przyjsście na świat zawdzięczają setki lub tysiące, który uratował wiele istnień ludzkich, który stał przy łóżku chorych i z nimi przeżywał ich cierpienia przez wiele lat. Umarł człowiek.

Jestem głęboko wstrząśnięty informacjami gazetowymi, w których jedyne co się podkreśla – to jego udział w nieszczęsnym zdarzeniu dotyczącym narodzin dzieci pana Bonka. W pogoni za sensacją, a może za tzw. „wierszówką”, dziennikarze zachowują się jak hieny. W kraju, gdzie o zmarłym nie mówi się wcale, albo nie mówi się źle. Zwłaszcza, że nie odbył się jeszcze proces i nie zapadł żaden wyrok. I zdziwienie, ślepa furia oraz brak obiektywizmu ze strony internautów. To jest okropne. W takim świecie żyjemy.

Mimo, iż Go dobrze nie znałem, może nawet niespecjalnie lubilem – ale go szanowałem za wiedzę i fachowość. Nie chciałem być członkiem OIL. Jak mówił prof. Lembrych: „*Nawet do partii nie trzeba było się zapisywać, a do Izby Lekarskiej tak*”. Ja poprosiłem już dawno o nieprzesyłanie mi Biuletynów i to jest realizowane. Szkoda drzew.

Ale – Koledzy moi: Jurku, mój współspaczu z akademika i zacyzny Kolego Redaktorze, Januszu, docencie i mój dobry Kolego i Kolego Bronka – przecież spędziłyśmy ze sobą wiele dyżurów, byliśmy na wielu spotkaniach naukowych, a i spotykaliśmy się często prywatnie. Marku, były Dyrektorze, kolego mój i kompanie – pamiętający różne ciężkie dyżury, w tym nieszczęśliwy poród zawsze uśmiechniętej pacjentki G., grubej jak nie wiem co. Darku, najlepszy ultrasonografisto i uczniu Dra Łabiaka i inni moi drodzy Koledzy, w tym Edku, Dyrektorze obecny, a mój dawny Kolego – nie pozwólcie na to. Proszę o wystosowanie – w stosunku do mediów – żądania przeprosin. A jeśli to jest nie możliwe – sami

uczycie pamięć tego, który odszedł w męce fizycznej i psychicznej. Na pewno nie było mu łatwo.

Jako onkolog, ginekolog i psychoterapeuta – mam pełną świadomość, że praca położnika nie jest taka prosta, jak naiwnym próbują to wtłoczyć niekompetentne, głupie, żadne krwi media.

Izba Lekarska winna otoczyć opieką swoich członków, jeśli ich na mocy durnego prawa obowiązkowo pozyskała. Powinna zwrócić to człowiekowi, co mu się należy. Zachowanie w takich sprawach milczenia – oportunizm, pisanie dziwactw na temat obrazków w galeriach i cytaty z innych biuletynów oraz sprawozdania z zebrań i balów lekarskich – chyba nie o to chodzi. Biuletyn można wydawać w formie elektronicznej, a pieniądze przeznaczyć na potrzeby lekarzy-emerytów, pomoc dla tych, których bliscy odchodzą, pomoc dla lekarzy niesłusznie oskarżonych lub wyrzuconych z pracy przez nierozsądnych i nieobiektywnych dyrektorów, czy mobbing (czego ja także doznałem). Może ubędzie nieco mniej drzew.

Proszę też o wsparcie dla dobrego człowieka, świetnej specjalistki i empatycznej kobiety – Hani Żwirskiej. Nie bójcie się. Może się zdarzyć, że Was za to nie wyrzucą z pracy. A jeśli nawet – to zachowacie twarz. Odezwić się proszę – to jest nasz problem i będzie hołdem także dla tych, którzy odeszli.

*Roman KABAROWSKI*  
*Lekarz*

\* \* \*

Po przeczytaniu tego listu początkowo stwierdziłem, że nie będę na niego odpowiadał. No, bo jakże odpowiadać komuś, kto i tak nie czyta Biuletynu? Po zastanowieniu stwierdziłem jednak, że spróbuję ustosunkować się do przynajmniej niektórych wątków z listu mego „współspacza” akademikowego.

Doskonale rozumiem jego rozgoryczenie. Byłem tak samo, jak i Romek zaskoczony formą tego materiału. W moim przekonaniu wspomnienie o kimś zmarłym piszą jego najbliżsi współpracownicy, rodzina, przyjaciele, a nie zupełnie obca mu osoba. Podzielał także pogląd Prezesa Jakubiszyna (patrz poniżej), że nie jest to właściwszy moment na roztrząsanie kwestii winy i kary – zwłaszcza, że nie ma w tej materii uprawomocnionego orzeczenia sądowego!

Ostatnio w Gdańsku odbyło się coroczne spotkanie redaktorów biuletynów izbowych, na którym rozmawialiśmy m. in. na temat naszych kontaktów z mediami. Dziennikarze, z jakimi mieliśmy okazję dyskutować sami przyznali, że w środowisku dziennikarskim roi się od osób niekompetentnych, nie znających warsztatu zawodowego, często osób zupełnie przypadkowych. Jestem dzieckiem dwojga dziennikarzy i naprawdę wiem, o czym mówię! Dzisiaj wystarczy podetknąć pod nos rozmówcy mikrofon lub dyktafon i już wszyscy wokół tytułują cię „Pani/Panie Redaktorze”. A przecież doskonale wie-

my, że nawet dyplom ukończenia studiów na Wydziale Dziennikarskim nie gwarantuje niczego. Nikt nie dba o jakość informacji, liczy się wyłącznie to, czy ona się dobrze sprzedaje! Czy będą z tego pieniądze dla – pożałuj Boże – redaktorzyń i czy wzrośnie poczytność pisma lub oglądalność programu. I nie ma tutaj znaczenia, czy informacja jest prawdziwa, czy też wyssana z palca. Nasi goście z Gdańska przytaczali przykłady przeinaczania faktów, naginania ich po to, by materiał był bardziej „ociekający krwią”. Zdarzały się również zwykłe kłamstwa!! Np. dla zilustrowania w materiale telewizyjnym, jakimi samochodami jeżdżą lekarze posłużono się jednym z najnowszych modeli Mercedesa ściągniętym bezpośrednio z salonu!! Majstersztyk – prawda!!

Na dodatek, by dolać jeszcze oliwy do ognia, istnieje oczywiście Ustawa „Prawo prasowe”, ale nie wiem, czy wiecie, że jego najgłośniejsze zapisy pochodzą jeszcze z czasów PRL-u (Ustawa z dnia 26 stycznia 1984 r. Prawo prasowe – Dz. U. 1984 nr 5 poz. 24). Ciekawe – prawda?!! Oczywiście wprowadzano w następnych latach szereg poprawek, ale w swoim głównym zarysie funkcjonuje ona prawie niezmieniona już od 31 lat!!! I nikt (a zwłaszcza sami dziennikarze) nie chce tego prawa zmienić. Dlaczego? Ano właśnie tutaj jest „pies pogrzebany”! Bo szereg zapisów o odpowiedzialności dziennikarza za swoje materiały jest tak ogólnikowo sformułowanych, że praktycznie trzeba naprawdę wielkiego samozaparcia i dużej współpracy z drobnymi prawnikami, by móc wyegzekwować od dziennikarza przyznania się do błędu. Zresztą sami doskonale wiecie, że najpierw ukazuje się na I stronie gazety lub w najlepszym czasie antenowym jakaś sensacyjna informacja zaopatrzona w sensacyjne nagłówki, ale sprostowanie do niej jest już zamieszczane zwykle wewnątrz numeru i to drobnym drukiem. O ile w ogóle jest zamieszczane!

Tak więc walka z dziennikarzami jest bardzo trudna. Zaproszeni do Gdańska dziennikarze sugerowali, byśmy próbowali „zaprzyjaźnić się” z kilkoma dziennikarzami, trochę ich „wyedukowali” i kontaktowali się głównie z nimi w sprawach najistotniejszych dla naszego Samorządu. Tyle tylko, że sami przyznali jednocześnie, że takich dziennikarzy zajmujących się poszczególnymi dziedzinami życia społecznego (komentarzem politycznym, ochroną zdrowia, ekonomią itd.) jest bardzo niewielu. Redakcje chcą bowiem zaoszczędzić na wszystkim, więc ich pracownicy „załatwiają” wszystkie sprawy lokalne, popisując się ciągle swoją ignorancją i niewiedzą. Ale na pewno robią to taniej.

Także i my na Opolszczyźnie nie mamy najlepszych doświadczeń z mediami. Staramy się nawiązać dialog z Redakcją NTO, ale idzie to różnie. I nawet, gdy chcieliśmy w przeszłości zamieścić ogłoszenie płatne zawierające stanowisko Okręgowej Rady Lekarskiej w sprawie strajków lekarskich, to i tak go nie przyjęto!! Dobrze, prawda?



A teraz może drugi wątek z listu dr Kadarowskiego – oszczędzanie na kosztach. W ustawie o izbach lekarskich jest zapis o obowiązku prowadzenia polityki informacyjnej przez izby. Najprostszą formą realizowania tego zapisu jest wydawanie biuletynu (lub gazety, jak kto woli). I tak też robią to wszyscy. Od kilku lat w trakcie naszych spotkań redaktorskich dyskutujemy ewentualne przejście na formy elektroniczne. Jednakże przeprowadzone w kilku dużych izbach (dolnośląska, lubelska, warszawska) sondaże jednoznacznie wskazują na minimalne zainteresowanie tą formą informacji. Przypomnę, że w tegorocznym preliminarzu budżetowym na wydawanie Biuletynu zarezerwowano kwotę 40 tys. PLN, przy czym wpływy z reklam obniżą te koszty o ok. 10 tys. Czy to dużo, czy mało? Pieniądze te są przeznaczone wyłącznie na druk, bo Redakcja (jak to dumnie brzmi!) to jedna osoba (niżej podpisany), który robi to od samego początku bezpłatnie. Czy w związku z tym warto wydawać to pismo? Myślę, że warto. Wiem, że czyta go ok. 1/3 członków naszej Izby – bo taka też jest średnia krajowa czytelnictwa pism izbowych (z „Gazetą Lekarską” włącznie). Ale gdzie, jak nie w tych pismach nasze Koleżanki i Koledzy mogą pochwalić się swoimi sukcesami zawodowymi, sportowymi, kulturalnymi. Gdzie, jak nie w Biuletynie może ukazać się wspomnienie o kimś, kto „odszedł na wieczny dyżur” i będzie to często jedyna wzmianka odnotowująca fakt istnienia tej osoby? Gdzie wreszcie można zrealizować za darmo swoje pasje pisarskie, historyczne itp.? Że mojego Kolegi to zupełnie nie obchodzi – no cóż, gdybym pisał o bliskiemu jego sercu hobby – to pewnie byłoby to dla niego interesujące.

Że można zaoszczędzić na Biuletynie – oczywiście, że można. Można również na siedzibie, pracownikach Biura, delegacjach itd. Szkoda tylko, że sami narzekający jakoś za darmo niewiele chcą zrobić. A przecież w naszych wydatkach na ten rok przeznaczylismy:

- na nagrody za specjalizacje i doktoraty – 70 tys. PLN;
- usługi prawne 45 tys. PLN;
- imprezy sportowe i kulturalne – 20 tys. PLN;
- kształcenie podyplomowe – 100 tys. PLN;
- Fundusz Samopomocy – 130 tys. PLN;
- Rzecznika Praw Lekarza – 5 tys. PLN.

Łącznie daje to kwotę – 370 tys. PLN. Czy mogłoby być więcej? Toż to 1/5 wszystkich pieniędzy uzyskanych ze składek w naszej izbie, a po odjęciu części odprowadzanej do NIL – to już nawet ¼. M. in. dlatego, by móc dysponować większymi kwotami dla realizacji głównie wsparcia finansowego dla członków naszej Izby (w różnych formach) toczyła się na Krajowym Zjeździe Lekarzy batalia o zwiększenie składki i bardziej sprawiedliwe obliczanie „haraczu” na rzecz NIL (nie od należnej

składki, lecz od zebranej realnie). Będziemy teraz mieli więcej pieniędzy na zapomogi dla lekarzy, bo ich liczba rośnie w sposób lawinowy. Będzie więcej na dotacje do kształcenia podyplomowego i więcej na realizację pozazawodowych zainteresowań naszych członków.

I to tyle. Jeśli ktoś z Was, Drodzy Czytelnicy zechce zrelacjonować mojemu Koledze, to co napisałem to będę zobowiązany. Bo, znając Romka, nie sądzę, aby zechciał sam sięgnąć po Biuletyn. Chociaż, może choćby tylko po to, by sprawdzić, czy jego list został zamieszczony.

PS. Poniżej zamieszczam całość materiałów dotyczących notki prasowej, która wywołała tę burzę.

Jerzy B. LACH

\* \* \*

## LIST OTWARTY

Czytając zamieszczone we wczorajszym wydaniu NTO wspomnienie o zmarłym dr n. med. Bronisławie Łabiaku, autorstwa Mireli Mazurkiewicz, przypomniała mi się stara łacińska maksyma *De mortuis aut bene aut nihil* (w innej wersji *De mortuis nil nisi bene*), co oznacza *O zmarłych mów tylko dobrze*. Uznano wówczas, że w obliczu majestatu śmierci lepiej mówić mniej, niż trochę za dużo.

Niestety autorka wspomnienia chyba o tej maksymie zapomniała. Kilkudziesięcioletnia praca dr Łabiaka, w tym wieloletnia jako Ordynatora Oddziału, asystowanie przy narodzinach setek Opolan zostały sprowadzone do jednej, niewątpliwie tragicznej sytuacji, która wydarzyła się pod koniec kariery zawodowej i w której żadne ostateczne rozstrzygnięcia jeszcze nie zapadły.

Tym razem majestat śmierci przegrał z ... (nie bardzo nawet wiem z czym).

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu  
Jerzy JAKUBISZYN

Opole, 13.05.2015

\* \* \*

Koleżanki i Koledzy,

W miniony poniedziałek (11 maja – przyp. Red.) odbył się pogrzeb wieloletniego Ordynatora Oddziału Ginekologii w Opolu dr n. med. Bronisława Łabiak (a. We wtorek w „NTO” pojawiła się informacja o tym smutnym fakcie. Niestety redaktor pisząca krótkie wspomnienie zachowała się w sposób dla mnie zupełnie nie do zaakceptowania i pozwoliła sobie na oczernianie zmarłego. Skierowałem więc list otwarty do „NTO”, a jego kopię przekazałem do Radia Opole i Telewizji Opole. Ponieważ „NTO” nie opublikowała tego listu, zamieszczam go na naszej stronie internetowej.

Jerzy JAKUBISZYN

## ZA INWEKTYWY SKREŚLENIE Z LISTY PACJENTÓW? NFZ: TO MOŻLIWE

Przychodnia w woj. warmińsko-mazurskim chce ukarać mężczyznę, który ustawicznie obrażał personel, wykreśleniem z listy pacjentów. Lekarze, choć sporadycznie, coraz śmielej sięgają po taką możliwość. Według NFZ, lekarz może powołać się na § 4 ust. 9 i 10 umowy o udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ.

Z przepisów prawa wynika, iż pacjent, który w swojej ocenie uzna, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie spełnia jego oczekiwań, ma prawo zmienić przychodnię i lekarza.

Ale prawo działa też w drugą stronę. Także lekarz, który dojdzie do wniosku, że nie ma szans na porozumienie z pacjentem, z różnych względów może odmówić mu swojej opieki.

### Pani/Panu dziękujemy

Już kilka lat temu lekarka z Nysy (w 2011 r.) skreśliła pacjentkę z listy osób należących do przychodni, informując wcześniej o tym fakcie pisemnie zarówno pacjentkę, jak i NFZ. Jak mówiła wówczas Beata Cyganiuk, rzeczniczka opolskiego oddziału Funduszu, takie przypadki nie zdarzają się często. To raczej pacjenci rezygnują z lekarzy, nie odwrotnie.

Jak podkreślała rzecznik wszystko odbyło się zgodnie z literą prawa. Lekarka poinformowała pacjentkę i Fundusz o wykreśleniu jej z listy oraz wskazała inne miejsca, w których może się leczyć.

Tym razem do podobnej sytuacji doszło w woj. warmińsko-mazurskim. Do oddziału Funduszu, za pośrednictwem strony internetowej, zostało wysłane pytanie, czy rzeczywiście lekarz może odmówić leczenia pacjenta i skreślić go ze swojej listy.

Jak tłumaczy portalowi rynekzdrowia.pl Magdalena Mił, rzeczniczka Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, świadczeniodawca może zastosować procedurę zawartą w § 4 ust. 9 i 10 umowy o udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

### Wykreślenie z uzasadnieniem

Procedura zawarta w tym paragrafie pozwala odstąpić od leczenia z ważnych przyczyn, o ile nie zachodzi obawa, że zwłoka w udzieleniu świadczenia mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Świadczeniodawca musi o swojej decyzji dostatecznie wcześniej uprzedzić pacjenta i wskazać mu możliwości uzyskania pomocy w innym miejscu. Ma też obowiązek uzasadnić odstąpienie od leczenia w dokumentacji medycznej. Wykreślenie chorego z listy wraz z uzasadnieniem zgłasza do NFZ.

Pytanie skierowane do Warmińsko-Mazurskiego Oddziału NFZ było anonimowe, więc czy w tym przypadku rzeczywiście doszło do skreślania pacjenta z listy przychodni trudno jest powiedzieć. Jak zaznacza rzeczniczka, pytania dotyczące możliwości usunięcia pacjenta z listy zdarzają się sporadycznie, niemniej jednak pamięta podobne zapytanie skierowane do oddziału Funduszu.

Powodem odmowy leczenia mogą też być różnice w ocenie terapii, czyli m. in. sytuacja, gdy pacjent w obraźliwy sposób kwestionuje wiedzę lekarza. Ale czy zawsze?

### Do ilu razy sztuka?

– *Jednorazowa sprzeczka z pacjentem nie uzasadnia skreślenia z listy* – mówił nam w jednej z publikowanych wcześniej w portalu opinii Bartosz Michalski, radca prawny w kancelarii CMS Cameron McKenna Dariusz Greszta Spółka Komandytowa, poproszony o wskazanie prawnej sytuacji lekarza, który uznaje, że nie jest w stanie nadal leczyć pacjenta z powodu różnicy zdań na temat zasadności prowadzonej diagnostyki i terapii.

Nie ulega wątpliwości, iż w sytuacjach określonych przez Ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (UZL), nie będących przypadkami niecierpiącymi zwłoki, lekarz ma prawo nie podjąć się lub odstąpić od leczenia pacjenta. Takie uprawnienie przyznaje mu art. 38 UZL.

Jak podkreślał mecenas, skorzystanie z wskazanego prawa wymaga: odpowiednio wczesnego poinformowania pacjenta, wskazania możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innej placówce udzielającej tego rodzaju świadczeń oraz uzasadnienia podjętej decyzji w dokumentacji medycznej. Jeśli lekarz wykonuje zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, niepodjęcie leczenia lub odstąpienie od leczenia jest możliwe tylko po uzyskaniu zgody przełożonego i tylko z ważnych powodów.

Niezależnie od treści wskazanych przepisów należy mieć na uwadze również fakt, iż etyczny obowiązek pod-

jęcia, czy też kontynuacji leczenia ma szersze granice. Zgodnie z treścią art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL) lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia jedynie w szczególnie uzasadnionych wypadkach.

– Wykładnia przepisów UZL zezwalających na odstąpienie od leczenia powinna być zatem dokonywana w sposób bardzo ostrożny, z uwzględnieniem norm etycznych mających uzasadnienie w szczególnej roli, jaką spełnia lekarz chroniąc życie i zdrowie ludzkie – tłumaczył mecenas.

### Bez zaufania leczyć się nie da

Jak uważa dr Zbigniew Brzezina, Rzecznik Praw Lekarza samorządu lekarskiego, z ustawy o zawodzie lekarza wynika jasno, że może on odmówić leczenia pacjenta o ile jego stan nie zagraża bezpośrednio życiu. Musi mu jednocześnie wskazać miejsce, gdzie otrzyma pomoc.

– Logika wskazuje, że leczenie pacjentów, którzy nie darzą lekarza zaufaniem, obrzucają inwektywami, obrażają go nie ma najmniejszego sensu. Po co leczyć się u kogoś do kogo nie ma się zaufania? – pyta retorycznie dr Brzezina.

Dodaje: – Zaufanie do lekarza jest podstawą sukcesu terapeutycznego, ale wypełnianie zaleceń lekarskich, to już kwestia leżąca poza przepisami.

W Polsce spada zaufanie do zawodu lekarza. Jak mówi rzecznik, największe zaufanie lekarzom pacjenci okazują w tych krajach, gdzie jednocześnie jest największe zaufanie do systemu ochrony zdrowia. Jako przykład podaje Danię, Holandię, Szwajcarię, gdzie w ocenie ekonomistów działa najlepiej zorganizowany system. I tam wskaźnik zaufania do lekarzy jest najwyższy.

Jacek JANIK

(przedruk z „Rynek Zdrowia” z 7.V.15 r.)

## ZWROT W ORZECZNICTWIE

# WEDŁUG SĄDU PROWADZENIE SZPITALA NIE JEST ZADANIEM POWIATU

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Krakowie odideologizował szpitale prowadzone przez samorządy powiatowe. Szpitale można likwidować, wydzierżawiać, przekształcać, sprzedawać, wyburzać. Nie są dobrem szczególnie chronionym. Do tej pory uważano inaczej.

To precedensowy wyrok, bo dotąd w podobnych sprawach sądy pomijały ustawę z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i skupiały się na ustawie o samorządzie powiatowym.

– Wywodziły z tej ustawy, że samorząd ma obowiązek prowadzenia szpitali funkcjonujących w formule samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i nie może ich np. przekształcać, chyba że zachowa ciągłość szpitalnych świadczeń. To blokowało przekształcenia – wyjaśnia nam radca prawny Jakub Cieśliski ze szczecińskiej kancelarii Wybranowski Nowicki Biuro Prawne, która reprezentowała przed krakowskim sądem Grupę Nowy Szpital i Nowy Szpital w Olkuszu.

Ustawa o samorządzie powiatowym z 5 czerwca 1998 r. mówi, że szczegółowy zakres kompetencji powiatu w ochronie zdrowia określają inne ustawy (odnoszące się m. in. do takich zagadnień, jak przeciwdziałanie alkoholizmowi, narkomanii, zwalczanie zagrożeń epidemiologicznych, zapewnienie dostępu do opieki ambulatoryjnej). W samej ustawie o samorządzie powiatowym nie ma jednak zapisu, że lecznicami mają zajmować się powiaty. Skąd więc koncepcja, że decydują o nich?

Uzasadnienia szukano w „innych ustawach” opisujących zadania powiatu w ochronie zdrowia, w szczególności w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (obowiązywała w latach 1991–2011). Jednakże regulowała ona jedynie zasady tworzenia i funkcjonowania tych jednostek, nie zobowiązywała powiatów do utrzymywania i prowadzenia szpitalnych ZOZ-ów.

### Kto rządzi szpitalem?

Według sądu, aktem który niewątpliwie opisuje zadania jednostek publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych jest ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

– Zawarte w niej przepisy wprost definiują zadania, które ustawodawca nakłada na administrację poszczególnych stopni. Opisuje również (w art. 8 ustawy) zadania powiatów i – co warto podkreślić – nie obciąża tych jednostek samorządu terytorialnego ani obowiązkiem prowadzenia szpitali ani obowiązkiem udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych – mec. Jakub Cieśliski relacjonuje stanowisko krakowskiego sądu przedstawione w ustnych motywach rozstrzygnięcia (pisemnego uzasadnienia jeszcze nie ma, wyrok nie jest prawomocny).

Prawnik podkreśla, że w ocenie sądu świadczenia zdrowotne realizowane przez ZOZ-y nie były i nie są finansowane przez powiaty. Ten obowiązek, zgodnie z art. 14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, spoczy-



wał i spoczywa na ministrze zdrowia oraz Narodowym Funduszu Zdrowia.

Zgodnie z tym rozumowaniem WSA oddalił skargę Prokuratury Okręgowej w Krakowie na uchwałę Rady Powiatu w Olkuszu z września 2009 r. dotyczącą przekształcenia tamtejszego ZOZ-u. Radni postanowili wtedy, że w jego miejsce powstanie niepubliczny szpital, w którym 30% udziałów obejmie samorząd, a resztę prywatny inwestor – Grupa Nowy Szpital.

Sporów na temat tego, co wolno zrobić powiatowi ze szpitalem było wiele. Stanowiska sądów oscylowały wokół tezy, że powiat nic nie może zrobić, a jeśli już koniecznie chce przekształcić szpital, bo np. trzeba go dokapitalizować poprzez wejście w spółkę, to musi zapewnić ciągłość oferowanych wcześniej świadczeń.

### Szpital po wsze czasy?

Ale formuła SP ZOZ-ów jako podstawy zarządzania szpitalem wyczerpała się. Samorządowcy mieli tego świadomość, więc uciekali się do forteli. Gdy chcieli np. wydzierżawić szpital, nie likwidowali formalnie SP ZOZ – istniał jako firma wydmuszka, która częstokroć nie spłacała zadłużenia. Natomiast pacjenci leczenia byli dalej w tym samym budynku, z tą tylko różnicą, że w wydzierżawionej, niezadłużonej placówce. Wilk był syty i owca cała. A wszystko w majestacie prawa.

Komentując obowiązującą przez wiele lat linię orzeczniczą i następstwa wyroków, Marek Wójcik, obecnie podsekretarz stanu w Ministerstwie Administracji i Cyfryzacji, a wcześniej ekspert ochrony zdrowia Związku Powiatów Polskich, zauważył w rozmowie z portalem rynek zdrowia.pl, że w podejściu sędziów i prokuratorów przesłanki ideologiczne dominują nad merytorycznymi. Jego zdaniem ich wiedza na temat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia pozostawia wiele do życzenia, nie są szkoleni w tym zakresie.

*– Z tych orzeczeń można wyprowadzić wniosek, że jeśli już w jakimś powiecie jest szpital, to ma istnieć po wsze czasy. Przecież to nonsens, gdyż czasami lepiej byłoby, żeby jakiś szpital nie istniał* – stwierdził Wójcik i zaznaczył, że szpitale są tylko w niektórych powiatach.

Powiaty obdarzono szpitalami (na mocy rozporządzenia ministra zdrowia) pod koniec lat 90-tych, gdy wdrażano reformy ochrony zdrowia i dokonywano nowego podziału administracyjnego kraju. Trafiły się tym samorządom terytorialnym, w granicach których akurat były.

*– Jeśli powiaty miałyby obowiązek prowadzenia szpitali, to trzeba zapytać, dlaczego nie wszystkie je mają – zbijał argumenty prokuratury o zadaniach samorządów mec. Cieśliski. Przekonywał, że jeśli powiat miałby takie zadanie realizować, to powinien je finansować, a nie robi tego. Szpitalom płaci NFZ.*

W wyroku oddalającym skargę Prokuratury Okręgowej w Krakowie uznaje się, że prowadzenie ZOZ-ów nie należy do zadań publicznych powiatu. *– Chciałoby się, żeby ten wyrok zapoczątkował nową linię orzeczniczą* – dodaje Jakub Cieśliski.

### Bez prawnej ochrony

Marcin Szulwiński, prezes Grupy Nowy Szpital, uważa, że czas potwierdził słusność decyzji radnych ws. przekształcenia szpitala w Olkuszu. *– Zakwestionowanie prawidłowo przeprowadzonych przekształceń byłoby złą wiadomością przede wszystkim dla mieszkańców powiatów, którzy oczekują zmian w swoich szpitalach. Decyzja sądu rozwieje być może wątpliwości, które mają samorządowcy przy przekształceniach* – przypuszcza Szulwiński.

Wyrok krakowskiego sądu jest istotny z jeszcze jednego powodu. Podobne rozumowanie można, per analogia, przeprowadzić w odniesieniu do samorządów województw. Również im (w ustawie z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa) nie nakazano prowadzenia lecznic. Tak jak w przypadku zadań powiatów z zakresu ochrony zdrowia, ustawa o samorządzie województwa odsyła do innych merytorycznych ustaw, a te – jak dowodzi omawiany wyrok – wskazują na ministra zdrowia i NFZ jako odpowiedzialnych za finansowanie świadczeń zdrowotnych.

Niezależnie od tego, czy wyrok zostanie utrzymany, warto zauważyć, że ustawę o ZOZ-ach zastąpiła w 2011 r. ustawa o działalności leczniczej, regulująca m. in. kwestię przekształceń. Nakazuje ona wprost likwidację szpitala, jeżeli samorząd terytorialny nie zdecyduje się na pokrycie jego ujemnego wyniku finansowego. Likwidacja lecznicy została uznana przez ustawodawcę za legalny i normalny instrument zarządzania.

Ogłoszony w marcu tego roku wyrok WSA i ustawa o działalności leczniczej wskazują, że regulacje prawne nie chronią bytu szpitali – nawet tych działających jeszcze pod szyldem SP ZOZ.

Ryszard ROTAUB

(przedruk za „Rynkiem Zdrowia” 1 kwietnia 2015 06:20)

# E-PAPIEROSY, CZYLI SYSTEM DOSTARCZANIA NIKOTYN

## Czy są bezpieczne?

Wymyślone i spopularyzowane współcześnie (pierwsze próby już w 1965 r.) przez chińskiego farmaceutę Hon Lika w 2003 r., po wprowadzeniu do sprzedaży zdobyły popularność prawie na całym świecie. Uchodzą za „mniejsze zło” w porównaniu z tradycyjnym papierosem. Czy mimo, iż nie zawierają tytoniu są bezpieczne?

Okazuje się że – ze względu na niedostateczną kontrolę wytwarzania i używania – e-papierosy mogą być jednak groźne dla zdrowia... Co ciekawe, z danych opublikowanych przez American Journal of Preventive Medicine wynika iż, 80% młodych palaczy papierosów tradycyjnych (dane dotyczą Australii, USA i Wielkiej

Brytanii) stosowało wcześniej e-papierosy, uważając że są one obojętne dla zdrowia. Elektroniczne papierosy są coraz bardziej modne i często reklamowane jako bezpieczna forma walki z nałogiem tytoniowym. W wielu krajach jednak ich sprzedaż nie została prawnie uregulowana, a w niektórych jest zakazana (Kanada, Brazylia). W Polsce e-papierosy są szeroko dostępne w centrach handlowych oraz w internecie. Szacuje się, że pali je u nas

ponad milion osób. Dla porównania – w Wielkiej Brytanii jest to już ponad 2 miliony palaczy. A zatem mamy dziś olbrzymi rynek zapotrzebowania na te produkty.

Elektroniczne papierosy to urządzenia inhalacyjne przypominające fajkę lub papierosa. Odparowują nikotynę wraz z innymi związkami obecnymi wewnątrz specjalnego zbiorniczka. Unijna dyrektywa tytoniowa zakłada, że od maja 2016 r. zakazane będą płyny o mocy nikotyny większej niż 20 mg/ml. Nie będzie można sprzedawać ich w pojemnikach większych niż 10 ml, a pojemność zbiorniczka w papierosie nie będzie mogła przekraczać 2 ml.

Palacz wdycha odparowane związki w formie aerozolu powstałego pod wpływem ogrzewania. Tradycyjnemu spalaniu tytoniu towarzyszy wydzielanie większej ilości toksycznych związków chemicznych niż podczas odparowywania, jednakże związki wdychane w ten sposób też nie pozostają obojętne dla naszego zdrowia. Nie bez znaczenia jest też fakt, że nikotyna uzależnia tak samo – bez względu na to, czy wdychamy ją z papierosa czy z e-papierosa. Smaczku całej sprawie dodaje fakt, że tak naprawdę do dzisiaj mało wiemy, jakie substancje wdychamy korzystając z elektronicznego urządzenia dozującego nikotynę. Brak jest norm dotyczących tych produktów, nie ma zatem kontroli nad tym, co wprowadzamy do organizmu.

Obecnie podnosi się również, że e-papierosy mogą skłaniać byłych palaczy do powrotu do nałogu, mogą

narażać samych użytkowników, ale i biernych palaczy do wdychania nieznanych substancji i stają się furtką dla osób nastoletnich prowadzącą do eksperymentowania z wyrobami tytoniowymi i innymi używkami.

Zamiast tytoniu ze składnikami rakotwórczymi już klasycznymi, e-papierosy zawierają trzy podstawowe składniki tj. nikotynę, dodatki smakowe i glikol propylenowy – syntetyczny płyn o konsystencji syropu dodawany także do żywności, kosmetyków, czy niektórych leków w celu absorpcji wody. Nikotyna jest związkiem uzależniającym, a ponadto jest kokancerogenem poprzez fakt, że stymuluje proliferację komórkową. Glikol propylenowy uważany jest powszechnie za bezpieczny, jednak nie do końca znamy efekty inhalowania tej substancji. Do niedawna był zwykle zjadany (babeczki, napoje gazowane) albo używany w kosmetykach – mydła, szampony, antyperspiranty. Nie wdychaliśmy go świadomie, do niedawna!

Wyniki badań wskazują ponadto, że w oparach e-papierosów mogą znajdować się mało znane substancje rakotwórcze, a z całą pewnością są w nich drobinki cyny, chromu, niklu oraz innych metali ciężkich. Mogą one uszkadzać płuca. Takie drobinki mogą odrywać się np. od rozgrzanej spirali urządzenia. Nanocząstki, wnikać do płuc mogą je uszkadzać, prowadząc do nasilenia astmy, zapaleń oskrzeli czy rozedmy płuc. Z badań Hiszpańskiego Towarzystwa Pneumologów i Chirurgów Klatki Piersiowej (SEPAR) wynika, że e-papierosy osłabiają siłę przesyłu powietrza poprzez drogi oddechowe i mogą wywoływać zmiany w tkankach płuc. W badaniach SPAR udowodniono, że 10 minutowe zaciąganie się elektronicznym urządzeniem osłabia znacząco siłę

transportu powietrza w drogach oddechowych (badania na zdrowych palaczach i osobach niepalących).

Inwestorzy z rynku tytoniowego kupują firmy produkujące e-papierosy, licząc na pozyskanie wielu nowych klientów. Obecnie ponad 100 firm produkujących urządzenia do dozowania nikotyny bawi się w kotka i myszkę z palaczami i osobami niepalącymi. Ci ostatni coraz częściej narażeni są na bierne palenie e-papierosa. Prowadzenie takich działań opiera się na wmówieniu nam, że e-papierosy są przeciwieństwem tych tradycyjnych, czyli że są zdrowe. Czy aby na pewno?

*Dr n. med. Marek JURGOWIAK  
Katedra Biochemii Klinicznej  
Collegium Medicum UMK,*

*(przedruk z „Primum” nr 5/15)*

## SUPLEMENTY DIETY – NIESPEŁNIONE MARZENIA

Wzrastająca świadomość społeczeństwa w zakresie wpływu składników pokarmowych na stan zdrowia i sprawność psychofizyczną sprawia, że wiele osób podejmuje próby korekty sposobu żywienia. Zmiany te rzadko polegają na racjonalizacji diety, częściej natomiast obserwowane jest wprowadzenie suplementacji. Z badań wynika, że średnio około 22% Polaków zażywa przynajmniej jeden suplement diety, z czego 29% sięga po niego przez co najmniej 12 miesięcy, traktując go jako stały składnik diety, a nie jej krótkotrwałe uzupełnienie.

W reklamach odbywa się subtelna żonglerka słowna sugerująca działanie wspomagające lub lecznicze suplementów diety. Przeciętny konsument nie zdaje sobie jednak sprawy, że zgodnie z definicją podaną w Ustawie o bezpieczeństwie żywności i żywienia z dnia 25 sierpnia 2006 r. suplement diety to: „*środek spożywczy, którego celem jest uzupełnienie normalnej diety, będący skoncentrowanym źródłem witamin lub składników mineralnych, lub innych substancji wykazujących efekt odżywczy, lub inny fizjologiczny, (...), z wyłączeniem produktów posiadających właściwości produktu leczniczego w rozumieniu prawa farmaceutycznego*”. Zgodnie z prawem suplementy diety muszą być wprowadzane do obrotu w formie umożliwiającej dawkowanie, najczęściej występują w postaci tabletek, kapsulek, drażetek czy kropli. Są przez to postrzegane jako leki, które z zasady obdarza się większym zaufaniem co do składu i bezpieczeństwa stosowania. Jednak od leków dzieli je nie tylko działanie (nie mają prawa ani zapobiegać chorobom, ani leczyć), ale także sposób wprowadzania na rynek oraz wymogi wynikające z przepisów prawa, któremu podlegają.

Wprowadzenie do obrotu suplementów diety nie wymaga uzyskania pozwolenia. Ich działanie nie musi być potwierdzone badaniami, a produkcja nie musi podlegać tak rygorystycznej kontroli, jak ma to miejsce w przypadku leków. Podmiot, który wprowadza do obrotu dany suplement diety, jest zobowiązany tylko do powiadomienia o tym Głównego Inspektora Sanitarnego.

Dotychczas zarówno na poziomie krajowym, jak i europejskim, nie powstały regulacje prawne określające maksymalne poziomy witamin i składników mineralnych w suplementach diety. Zakłada się, że zastosowane ilości będą bezpieczne dla zdrowia i życia człowieka. Jednak na rynku można spotkać suplementy, w których zawartość witamin przekracza nawet 15–17 razy ilość określoną w Normach Żywienia jako Zalecane Dziennne Spożycie.

Nie ma również wymogów dotyczących ustawowej kontroli jakości suplementów, w związku z czym zdarza się, że suplement zawiera inne ilości składników czynnych niż deklarowane przez producenta.

Skuteczność stosowania suplementów diety została potwierdzona w nielicznych dobrze zaplanowanych i prawidłowo przeprowadzonych badaniach. Sporo jest natomiast analiz wskazujących, że stosowanie suplementów jest co najwyżej obojętne, a często wręcz szkodliwe dla zdrowia.

W badaniach na modelach zwierzęcych stwierdzono, że noworodki ciężarnych samic karmionych wysokimi dawkami retinolu wykazują dużą liczbę wad rozwojowych. Także u ludzi zaobserwowano teratogenne działanie nadmiaru witaminy A. W części przypadków wady prowadziły do przedwczesnego porodu, spontanicznych poronień lub śmierci płodu. Nadmiar witaminy A może także powodować niepożądane objawy w układzie kostnym, wynikające z obrzmienia nasad kości długich.

W latach 80. i 90. ubiegłego wieku prowadzono wielośrodkowe programy badawcze, które miały na celu ocenę korzyści płynących ze stosowania suplementacji antyoksydantów.

W projekcie badawczym Cambridge Heart Antioxidant Study badani otrzymywali witaminę E w dawce 400-800 IU dziennie. Stwierdzono spadek ilości lekkich zawałów mięśnia sercowego, ale jednocześnie wzrost ilości zawałów zakończonych zejściem śmiertelnym. Także badania Heart Outcomes Prevention Evaluation z użyciem witaminy E w dawce 400 IU dziennie nie wykazały korzystnych efektów u osób z wysokim ryzykiem wystąpienia chorób naczyniowych. W badaniach Alpha-Tocopherol, Beta-Carotene Cancer Prevention wykazano, że witamina E w dawce 50 mg dziennie zwiększała ryzyko wylewu podpajęczynówkowego oraz prowadziła do znacznego wzrostu ilości udarów zakończonych śmiercią.

Niekorzystne efekty suplementacji obserwowano także podczas stosowania większych dawek  $\beta$ -karotenu u osób palących papierosy lub narażonych na azbest. Zastosowano suplementację  $\alpha$ - tokoferolem (50 mg/dzień) lub  $\beta$ -karotenem (20 mg/dzień). Badania te przerwano ze względów etycznych, ponieważ stwierdzono istotny wzrost zachorowań na raka płuc w grupie otrzymującej  $\beta$ -karoten. Podobnie zakończyły się badania Beta-Carotene and Retinol Efficacy Trial prowadzone w USA w latach 1985-1996.

Przerwano również badania Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial, w których zastosowano



suplementację witaminy E w dawce 400 j.m. i/lub 200 µg selenu, w celu ochrony przed rozwojem raka gruczołu krokowego. Wstępne wyniki sugerowały, że zastosowana dawka witaminy E zwiększała ryzyko rozwoju nowotworu.

Niejednokrotnie kwestionowane były także korzyści płynące z suplementacji witaminy D, z powodu wzrostu ryzyka kalcyfikacji naczyń krwionośnych. Nadmierna podaż witaminy D3 jest przyczyną odkładania złogów wapniowych w ścianach naczyń krwionośnych, wzrostu ich sztywności oraz przerostu lewej komory serca.

Badania wykazały, że także zastosowana suplementacja diety witaminami z grupy B nie zawsze jest korzystna. Może sprzyjać m. in. zaburzeniom gospodarki węglowodanowo-lipidowej, prowadzącym do hiperlipidemii i nadmiernego gromadzenia tkanki tłuszczowej. Efektem zastosowanej suplementacji może być także nasilenie procesów wolnorodnikowych.

Z raportu, będącego podsumowaniem przeglądu literatury zawierającej wyniki wielu badań, dotyczących wpływu stosowania suplementacji preparatami witaminowymi i/lub mineralnymi na stan zdrowia wynika, że stosowanie suplementów diety nie zmniejszało ryzyka zachorowania na choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory, osteoporozę, kataraktę, zwyrodnienie plamki żółtej oraz funkcje poznawcze. Korzystne efekty suplementacji obserwowano tylko u nielicznych osób ze znacznym niedożywieniem.

Potwierdzeniem wyników przeprowadzonej analizy były wyniki jedenastoletnich badań oceny stanu zdrowia i zwyczajów żywieniowych 82 tys. mężczyzn i 100 tys. kobiet w wieku około 60 lat, wykonane i opublikowane przez zespół naukowców z Brigham and Women's Hospital. Badając przyczyny zgonów naukowcy nie stwierdzili różnic pomiędzy osobami przyjmującymi preparaty witaminowe i/lub mineralne, a tymi które suplementów nie przyjmowały. W obydwu grupach śmiertelność w wyniku chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów czy chorób przewlekłych była bardzo zbliżona. Statystycz-

nie rzecz biorąc można więc stwierdzić, że kupując suplementy diety kupujemy złudzenia.

Część wyników badań sugeruje jednak, że suplementacja jest korzystna i ogranicza ryzyko rozwoju wybranych schorzeń. Suplementacja konkretnych składników może ograniczać ryzyko zachorowania z powodu niedoborów pokarmowych u osób gorzej odżywionych, w diecie których wybranych składników jest zdecydowanie zbyt mało, lub u których występują zaburzenia trawienia, wchłaniania i/lub metabolizmu składników odżywczych.

Prowadzone badania wykazują jednoznacznie, że suplementacja nie powinna być stosowana przez ogół społeczeństwa, natomiast wybrane grupy osób, zagrożone rzeczywistymi niedoborami lub u których obserwuje się znaczny wzrost zapotrzebowania na określone składniki, może odnieść korzyści z suplementacji.

Powszechne jest przekonanie, że suplementy diety są nie tylko bezpieczne dla zdrowia, ale wręcz zalecane podczas choroby w celu wzmocnienia organizmu. Jednak równoczesne stosowanie suplementów i niektórych leków może wywoływać interakcje, nasilając lub zmniejszając działanie leków oraz zwiększając ryzyko działań niepożądanych.

Suplementacja diety nie okazała się „cudownym środkiem” pozwalającym zachować homeostazę organizmu. Nie ulega jednak wątpliwości, że jest jedną z lepszych form pokrycia znacznych niedoborów, ponieważ w krótkim okresie czasu przywraca właściwe wysycenie organizmu. Należy ją jednak uzgodnić z lekarzem lub dietetykiem i stosować, gdy istnieją kliniczne objawy niedoboru danego składnika. Jednak zgodnie z obecnym stanem wiedzy, przede wszystkim należy zalecać racjonalny sposób żywienia, zapewniający pokrycie zapotrzebowania na składniki pokarmowe z żywnością, kierując się zasadą „food first”.

Dr hab. inż. Joanna SADOWSKA

(przedruk z „Vox Medici” nr 2/15)

## WŁAŚCIWOŚCI LECZNICZE KWIATOSTANÓW LIPY (*TILIAE INFLORESCENTIA*)

### Wprowadzenie

Drzewa w rodzaju lipy (*Tilia* spp.) występują powszechnie w strefach umiarkowanych półkuli północnej. W Europie ich najpopularniejszymi przedstawicielami są dwa gatunki: lipa drobnolistna (*Tilia cordata* syn. *Tilia parvifolia*) oraz lipa szerokolistna, zwana także wielkolistną (*Tilia platyphyllos*, syn. *Tilia grandifolia*). Obydwa gatunki są pospolite w Polsce, zarówno w zespołach le-

śnych, jak i parkowych. Jako rośliny bez specjalnych wymagań glebowych sadzone są również chętnie wzdłuż dróg, a ich żółtawo-białe, intensywnie pachnące kwiaty są charakterystycznym elementem lipcowego krajobrazu. Jako drzewo ozdobne sadzona jest ponadto lipa srebrzysta (*Tilia argentea*), charakteryzująca się intensywnie pachnącymi kwiatami. W lecznictwie jej zastosowanie jest jednak znacznie ograniczone ze względu na gorzki smak naparów (1).

## Surowce farmaceutyczne

Surowcem farmaceutycznym jest kwiatostan lipy (*Tiliae inflorescentia*, syn. *Tiliae flos*). To wieloramienna wierzchołka, złożona z 3–6 kwiatów, o szypułce zrosniętej z błoniastą, seledynowo-żółtą, lancetowatą podsadką. Kwiatostany zbierane są ze stanu dzikiego wraz z szypułką i podsadką, a następnie podlegają suszeniu w warunkach naturalnych (w cieniu i przewiewie) lub w suszarniach (w temp. do 35°C). Zbiory surowców rozpoczynają się w momencie, gdy część kwiatów jest jeszcze w pąkach i trwają w zasadzie do zakończenia kresu kwitnienia rośliny. Kwiatostany lipy zawierają m. in. (1,2,3):

- flawonoidy (rutyna, hiperozyd, kwercetyna, astragalina i tilirozyd, czyli glikozyd flawonoidowy kemferolu, złożony z kwasu p-kumarowego, glukozy i kemferolu),
- olejek lotny w ilości od 0,02% do 0,1% (terpeny, cytral, cytronelol,  $\alpha$ -pinen, limonon, nerol, farnesol, geraniol, eugenol, liczne alkany),
- związki śluzowe (3%) i inne węglowodany (arabinoza, galaktoza, ramnoza, w mniejszej ilości glukoza, ksyliza, kwas galakturonowy i glukuronowy),
- aminokwasy (alanina, cysteina, cystyna, izoleucyna, leucyna, fenyloalanina, seryna),
- triterpeny,
- saponiny,
- tanniny,
- tokoferol,
- związki mineralne.

Swoje miejsce w lecznictwie ma również drewno lipy (*Tiliae lignum*), służące do wyrobu węgla leczniczego (*Tiliae carbon*), zalecanego przy zatruciach pokarmowych (1).

## Tradycyjny roślinny produkt leczniczy

Stosowanie kwiatostanów lipy w lecznictwie ma w Europie wyjątkowo długą tradycję. Już średniowieczu sporządzane z nich napary wykorzystywano jako środki napotne, a także łagodnie uspokajające, łagodzące bóle głowy, przeciwbiegunkowe i przeciw niestrawności. Znane są również próby stosowania preparatów z kwiatów lipy w padaczce, migrenach, histerii i hipochondrii. Poza naparami i inhalacjami wykorzystywano również kąpiele z dodatkiem kwiatów lipy, mające działać uspokajająco, relaksacyjnie oraz nawilżająco (2).

Współcześnie kwiatostany lipy mają swoje monografie w licznych farmakopeach europejskich – poza polską także w niemieckiej, węgierskiej, czeskiej (wcześniej także w czechosłowackiej) i w litewskiej. W Niemczech herbata lipowa zalecana w stanach przeziębienia i grypy jest dostępna na rynku już od 1976 r., a w Polsce od 1991 r.

Wieloletnie stosowanie kwiatostanów lipy w medycynie ludowej na terenie Unii Europejskiej pozwoli-

ło Komitetowi ds. Roślinnych Produktów Leczniczych (HMPC) Europejskiej Agencji Leków (EMA) umieścić ten surowiec na liście tradycyjnych roślinnych produktów leczniczych, zgodnie z dyrektywą 2004/24/WE (2). W myśl artykułu 20a polskiej ustawy *Prawo farmaceutyczne* tego typu produkty muszą spełniać następujące wymogi (4):

1. mają wskazania właściwe wyłącznie dla tradycyjnego produktu leczniczego roślinnego, z uwagi na ich skład i przeznaczenie, mogą być stosowane bez nadzoru lekarza w celach leczniczych, diagnostycznych lub monitorowania terapii oraz spełniają kryteria produktu leczniczego wydawanego bez przepisu lekarza;
2. są przeznaczone do stosowania wyłącznie w określonej mocy i sposobie dawkowania;
3. są przeznaczone wyłącznie do stosowania doustnego, zewnętrznego lub inhalacji;
4. pozostawały w tradycyjnym stosowaniu w okresie co najmniej 30 lat, w tym przynajmniej 15 lat na terenie Unii Europejskiej;
5. posiadają wystarczające dane dotyczące tradycyjnego ich zastosowania, w szczególności bezpieczeństwa stosowania, a ich wystarczające działanie farmakologiczne i skuteczność są stwierdzone na podstawie długotrwałego stosowania i doświadczenia w lecznictwie.

Zakwalifikowanie kwiatostanów lipy do grupy tradycyjnych produktów leczniczych sprawiło, że podlegają ono uproszczonej procedurze rejestracyjnej. W jej toku nie jest wymagane m. in. przedstawienie raportów z badań klinicznych i nieklinicznych, a jedynie dane z piśmiennictwa i opinie ekspertów dotyczące wieloletniego okresu stosowania (4).

## Współczesne zastosowanie w lecznictwie

Napary z kwiatostanów lipy są współcześnie wykorzystywane przede wszystkim jako środek napotny, głównie w chorobach górnych dróg oddechowych, przebiegających z podwyższoną temperaturą ciała.

W wielu krajach Unii Europejskiej (Austria, Czechy, Węgry, Litwa, Niemcy) ich stosowanie jest zalecane przy wystąpieniu pierwszych objawów przeziębienia lub grypy oraz w celu łagodzenia suchego kaszlu.

Ponadto w Polsce wyciągi z *Tiliae flos* wchodziły w skład preparatów OTC zalecanych w stanach wzmożonego napięcia nerwowego (1,2).

Istnieją również doniesienia o innych kierunkach działania substancji czynnych obecnych w kwiatostanach lipy, obejmujących m. in. działanie: hipotensyjne, moczopędne, antyoksydacyjne, antyproliferacyjne, poprawiające trawienie, przeciwcukrzycowe, hamujące aktywność lipazy trzustkowej, przeciwbakteryjne i przeciwgrzybicze (2). Poniżej omówiono różne kierunki działania preparatów uzyskiwanych z kwiatostanów lipy.



### ***Działanie napotne***

Działanie napotne (*diaphoricum*) naparów z lipy związane jest z obecnością flawonoidów – kemferolu, kwercetyny i kwasu p-kumarowego (2). Substancje te najprawdopodobniej zwiększają wrażliwość gruczołów potowych na bodźce dochodzące od nerwów współczulnych, w wyniku czego następuje wzmożone parowanie (transpiracja) i oddychanie (perspiracja) przez skórę. Zwiększonemu wydzielaniu potu w sposób oczywisty towarzyszy obniżenie temperatury ciała – tego typu działanie objawowe było podstawą leczenia gorączki w chorobach zakaźnych przed wprowadzeniem leków zwalczających jej przyczyny (tzn. chemioterapeutyków, antybiotyków) (5,3).

Skuteczność wyciągów z lipy jako środka napotnego opiera się, jak dotąd, jedynie na długoletnim okresie stosowania, nie przeprowadzono bowiem żadnych badań klinicznych z udziałem ludzi. Działanie napotne potwierdzono jedynie w pracy na grupie 15 osób z niepowikłanym nieżytem nosa, u których zastosowano inhalację z olejkiem lipowym (2). W medycynie ludowej zaleca się łączenie naparów z lipy z syropem z malin i miodem, co ma dodatkowo wzmacniać ich działanie przeciwgorączkowe (3,6,7).

### ***Działanie łagodzące kaszel***

Wyniki badań na myszach wykazały, że inhalacje z olejkiem lipowym zmniejszają przekrwienie śluzówki nosa oraz łagodzą podrażnienia gardła i kaszel. W łagodzeniu suchego kaszlu stosowane są również napary z surowca, przede wszystkim ze względu na obecność związków śluzowych. Substancje te powlekają powierzchnie błony śluzowej gardła i tym samym działają osłaniająco, łagodząco, zmiękczejaco i nawilżająco (2,3,7).

### ***Działanie uspokajające i przeciwłękowe***

W badaniach z udziałem zwierząt wykazano, że wyciągi z lipy działają sedatywnie i anksjolitycznie w dawkach 10–100 mg/kg (8,9,10). Ich doustne podawanie myszom skutkuje wydłużeniem czasu snu, zmniejszeniem niepokoju, ograniczeniem ruchliwości, a także wywołuje efekt miorelaksacyjny (11). Wydaje się, że działanie uspokajające wyciągów z lipy wiąże się z wpływem na obwodowy receptor benzodiazepiny (2). Jak dotąd nie udało się jednoznacznie określić, który ze składników wyciągu z lipy jest agonistą receptora benzodiazepiny, choć wiele wskazuje, że jest to związek flawonoidowy. Stwierdzono, że jednym z ligandów receptora benzodiazepiny jest kemferol, który jednak wykazuje stosunkowo słabe powinowactwo i sam nie działa uspokajająco ani przeciwłękowo u zwierząt (12). Efekt uspokajający u myszy uzyskano ponadto w wyniku inhalacji olejkiem lipowym. Za działanie to odpowiedzialny jest prawdopodobnie farnesol (2,13).

### ***Działanie hipotensyjne i moczopędne***

Za obniżanie ciśnienia krwi odpowiedzialne są najprawdopodobniej związki terpenowe obecne w wodnych wyciągach z kwiatostanów lipy. Działają one drażniąco na kanaliki nerkowe i zwiększają diurezę. W badaniach z udziałem zwierząt stwierdzono jednak kardi toksyczne działanie tych wyciągów po podaniu pozajelitowym (2,3,13).

### ***Działanie antyproliferacyjne i antyoksydacyjne***

Flawonoidy obecne w kwiatostanach lipy (m. in. rutyna) wykazują również aktywność

antyoksydacyjną, działając jako zmiatacze wolnych rodników, co może mieć znaczenie w profilaktyce wielu chorób, w tym nowotworowych (14). Wykazano ponadto, że zarówno wyciągi wodne, jak i alkoholowe z kwiatów lipy hamują proliferację komórek chłoniaka poprzez indukowanie apoptozy. W przypadku prawidłowych limfocytów wykazują natomiast działanie hamujące proliferację indukowaną miogenami, nie działając przy tym cytotoksycznie. Aktywność antyproliferacyjna związana jest najprawdopodobniej z obecnością kwasu p-kumarowego (2).

### ***Działanie na przewód pokarmowy***

Wyciągi z kwiatostanów lipy cenione są również ze względu na swoje właściwości poprawiające trawienie. Nie mają one wprawdzie bezpośredniego wpływu na mięśń wątroby, ale poprzez działanie rozkurczowe ułatwiają przepływ żółci do dwunastnicy.

Jednocześnie wydaje się, że wyciągi alkoholowe (etanolowe) z lipy posiadają słabą aktywność cholinergiczną. W badaniach *in vitro* na komórkach mięśni gładkich jelita świń stwierdzono, że powodują one ich skurcz w sposób zależny od dawki. Ponieważ działanie to było nasilane przez acetylocholinę, a hamowane przez atropinę, należy przypuszczać, iż jest ono wynikiem aktywacji receptorów muskarynowych. Pozwala to wytłumaczyć tradycyjne stosowanie surowca jako środka ułatwiającego trawienie poprzez wpływ na perystaltykę jelit, a także zwiększanie wydzielania soków trawiennych (2).

Korzystny wpływ na funkcjonowanie przewodu pokarmowego i przebieg procesów trawiennych wywierają również obecne w kwiatostanach lipy substancje śluzowe, działające osłaniająco, powlekająco. Łagodzą one także podrażnienia (3).

### ***Inne kierunki działania wyciągów z lipy***

W ostatnich latach pojawiają się doniesienia, że substancje czynne obecne w wyciągach z lipy mogą okazać się skuteczne w prewencji cukrzycy typu 2 i otyłości. Obecne w tym surowcu substancje są inhibitorami wielu enzymów, m. in.  $\alpha$ -glukozydazy,  $\alpha$ -amylazy oraz lipazy trzustkowej (2). Lipaza trzustkowa jest enzymem odpowiedzialnym za przyswajanie tłuszczów z pokarmu,

a związki zdolne do jej hamowania są chętnie stosowane w preparatach OTC, które mają wspomagać odchudzania (np. orlistat). Badania *in vitro* wykazały, że substancje zdolne hamować ten enzym są obecne również w kwiatostanach lipy.

Wyciągom z lipy przypisuje się ponadto aktywność przeciwbakteryjną oraz przeciwgrzybiczą (2).

## Toksykologia

Napary i wszelkie inne preparaty sporządzane z kwiatostanów lipy powszechnie uchodzą za bezpieczne i nietoksyczne, dozwolone do stosowania zarówno u dzieci w wieku 4–12 lat, jak i u nastolatków, osób dorosłych oraz starszych.

Jak dotąd nie obserwowano genotoksyczności, działania rakotwórczego czy szkodliwego wpływu na rozwój płodu, chociaż bezpieczeństwo kwiatostanów lipy nie zostało potwierdzone odpowiednimi badaniami. Z tego też powodu nie zaleca się ich stosowania w okresie ciąży i laktacji.

Preparaty z lipy powinny być również stosowane z umiarem u osób z chorobami serca ze względu na potencjalne działanie kardiotoksyczne, wymagające jednak lepszego udokumentowania (2).

U niektórych osób kontakt z kwiatami lipy może wywoływać uczulenia (swędzenie, rumień, kichanie i łzawienie oczu), choć częstość tego działania nie jest znana.

## Podsumowanie

Kwiatostany lipy i sporządzane z nich napary oraz inhalacje należą do grupy tradycyjnie stosowanych roślinnych produktów leczniczych, których skuteczność i bezpieczeństwo zostało potwierdzone empirycznie, w trakcie wieloletniego stosowania.

W myśl licznych farmakopei surowiec ten powinien być stosowany jako lek napotny i przeciwkaszlowy w stanach grypy i przeziębienia oraz w celu łagodzenia napięcia nerwowego i stresu.

Substancje obecne w kwiatostanach lipy działają ponadto moczopędnie, hipotensyjnie, antyoksydacyjnie, przeciwzapalnie, antyproliferacyjnie, wspomagająco na trawienie, przeciwcukrzycowo, przeciwbakteryjnie i przeciwgrzybiczo.

## PIŚMIENNICTWO:

1. Strzelecka H, Kowalski J. *Encyklopedia ziołarstwa i ziołolecznictwa*. Warszawa: PWN, 2000.

2. European Medicines Agency. *Assessment report on Tilia cordata Miller, Tilia platyphyllos Scop., Tilia x vulgaris Heyne or their mixtures, flos. EMA/HMPC/337067/2011*.

3. Cegielska-Perun K, Trzaska E, Fabisiak A. *Najczęstsze składniki preparatów ziołowych. Lek w Polsce Vol 22 nr 3/12 (251)*.

4. Dz. U. 2008 nr 45 poz. 271. *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 27 lutego 2008 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo farmaceutyczne*.

5. Kostowski W, Herman ZS. *Farmakologia. Podstawy farmakoterapii, t. II, str. 451*. Warszawa: PZWL, 2010.

6. Nowak G, Nawrot J. *Surowce roślinne i związki naturalne stosowane w chorobach układu oddechowego. Herba Polonica Vol. 55 No 4/2009*.

7. Szumny D, Szypuła E, Szydłowski M, Chlebda E, Skrzypiec-Spring M, Szumny A. *Leki roślinne stosowane w chorobach układu oddechowego. Dent. Med. Probl. 2007, 44, 4, 507-515*.

8. Aguirre-Hernández E, Martinez AL, González-Trujano ME, Moreno J, Vibrans Fi, Soto-Hernández M. *Pharmacological evaluation of the anxiolytic and sedative effects of Tilia americana L. var. mexicana in mice. J Ethnopharmacol. 2007 Jan 3;109(1):140-5. Epub 2006 Jul 21*.

9. Coleta M, Campos MG, Cotrim MD, Proença da Cunha A. *Comparative evaluation of Melissa officinalis L., Tilia europaea L., Passiflora edulis Sims. and Hypericum perforatum L. in the elevated plus maze anxiety test. Pharmacopsychiatry. 2001 Jul;34 Suppl 1:S20-1*.

10. Pérez-Ortega G, Guevara-Fefer R, Chávez M, Herrera J, Martinez A, Martinez AL, González-Trujano ME. *Sedative and anxiolytic efficacy of Tilia americana var. mexicana inflorescences used traditionally by communities of State of Michoacan, Mexico. Ethnopharmacol. 2008 Mar 28;116(3):461-8. doi: 10.1016/j.jep.2007.12.007. Epub 2007 Dec 23*.

11. Cotrim MD, Figueiredo L, Cavadas C, Proença da Cunha A, Caramona MM, Macedo TRA. *Pharmacological properties of Tilia europea aqueous extract: screening anxiolytic/sedative activity in mice. ARQ. PArOL, XXXL23-29, 1999*.

12. Viola H, Wolfman C, Levi de Stein M, Wasowski C, Peña C, Medina JH, Paladini AC. *Isolation of pharmacologically active benzodiazepine receptor ligands from Tilia tomentosa (Tiliaceae). J Ethnopharmacol. 1994 Aug;44(1):47-53*.

13. Nowak G. *Surowce roślinne stosowane w chorobach układu krążenia i serca. Herba Polonica Vol. 55 No 2 2009*.

14. Marrassini C, Anesini C, Ferraro G. *HPLC fingerprint of a flower extract of Tilia x viridis and correlation with antiproliferative and antioxidant activity. Phytother Res. 2011 Oct;25(10):1466-71. doi:10.1002/ptr.3444. Epub 2011 Feb 24*.

mgr farm. Joanna KRAJEWSKA

(przedruk z „Lek w Polsce” nr 10/14)



# GRANICE TERAPII

*Dobrze zrozumiana nauka chroni  
człowieka przed pychą,  
gdyż ukazuje mu jego granice.*     **Albert Schweitzer**

Dnia 7 marca 2015 r. w Europejskim Centrum Solidarności już po raz drugi odbyły się, organizowane przez Okręgową Izbę Lekarską w Gdańsku, Gdańskie Debaty Lekarskie. Tym razem tematem przewodnim stała się kwestia daremnej terapii we współczesnej medycynie

W którym momencie odłączyć respirator? Czy wykonywać kolejny skomplikowany zabieg? Czy kwalifikować pacjenta do następnego cyklu chemioterapii? Lekarz sprzed 100 lat nie zastanawiał się nad powyższymi pytaniami. Nie musiał. Po pierwsze dlatego, że ówczesna medycyna, albo dokładniej mówiąc, technika medyczna była „w powijakach”. Po drugie, wtórne do punktu pierwszego, ludzie żyli dużo krócej. Śmierć pacjenta sama rozstrzygała większość wątpliwych kwestii. Dziś sytuacja jest zgoła odmienna. Płacimy wysoką cenę za postęp technologiczny. Zagadnienia, które kilkadziesiąt lat temu stanowiłyby co najwyżej podstawę do akademickich rozważań, teraz rozstrzygane są na porządku dziennym. To pytania, które wielu z nas zadaje sobie bardzo często. Choćby takie: czy włączanie kolejnego agresywnego leczenia u pacjenta w stanie terminalnym jest konieczne? Czy nieprzedłużenie bądź niewykonanie zabiegu u chorego w agonii, nie sprawi, że będę posądzony o eutanazję? Czy pacjentowi w terminalnej fazie choroby nowotworowej podać kolejną dawkę morfiny, ryzykując depresję ośrodka oddechowego, czy „wspomagać” go jedynie „wzmacniającymi” kroplówkami? Wybory i odpowiedzi nie są łatwe, tym bardziej że temat ów jest omawiany w ciągu całego procesu kształcenia lekarza jedynie w szczątkowym zakresie. Ów niedobór stał się czynnikiem inspirującym organizatorów Gdańskich Debat Lekarskich. Dnia 7 marca w Europejskim Centrum Solidarności odbyła się kolejna, druga już, edycja Debat. Tym razem w całości poświęcono ją roli uporczywej terapii we współczesnej medycynie. Zebranych gości, dyskutantów i publiczność przywitał Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Gdańsku, kol. Roman Budziński. Spotkanie prowadził i dyskusję moderował red. Wojciech Sulechski, na co dzień pracujący w TVP Gdańsk.

Wykład wprowadzający, zaznajamiający słuchaczy z podstawowymi pojęciami, wygłosiła profesor Krystyna de Walden-Gałoszko, była konsultant krajowa w dziedzinie medycyny paliatywnej, założycielka Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego. Profesor wyszła od definicji stanu terminalnego, określając go jako końcową fazę życia nieuleczalnie chorego. Następnie podkreśliła, że za uporczywą terapię przyjmuje się stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłu-

żają jego umieranie i wiążą się z nadmiernym cierpieniem. W dalszej części w klarowny sposób sprecyzowała różnice między uporczywą terapią a eutanazją bierną. Celem biernej eutanazji jest pozbawienie życia (sprawcą w tym wypadku jest lekarz), natomiast zaprzestanie stosowania uporczywej terapii spowoduje w efekcie przywrócenie naturalnego procesu umierania (tu „sprawcą” jest choroba). Nie do przecenienia jest kwestia uszanowania w każdej sytuacji woli chorego, szczególnie wtedy, gdy pacjent podjął decyzję w sposób kompetentny. Pod tym pojęciem powinniśmy rozumieć sytuację, gdy chory rozumie przekazywaną mu informację co do jego stanu zdrowia, konsekwencje podjętych decyzji i ostatecznie jest w stanie świadomie dokonać wyboru. Jeśli stan zdrowia pacjenta nie pozwala na w pełni świadome podjęcie decyzji, lekarz ma obowiązek wziąć pod uwagę wszelkie okoliczności i potrzeby chorego, zarówno fizyczne, jak i duchowe oraz psychiczne.

W kolejnej prezentacji mec. Damian Konieczny — prawnik Biura Prawnego OIL w Gdańsku, nakreślił ramy prawne sankcjonujące działania lekarzy w aspekcie stosowania uporczywej terapii. Zwrócił uwagę, że polskie prawo jest w tym zakresie dalece niedoskonałe. Jedynym aktem prawnym, który bezpośrednio odnosił się do tej kwestii, był projekt ustawy o ochronie genomu ludzkiego z 2009 r., który ostatecznie nie został uchwalony. Pozostałe akty prawne, w mniej lub bardziej luźny sposób nawiązujące do problematyki podejmowania uporczywej terapii to Ustawa o zawodzie lekarza z grudnia 1996 r. i pojedynczy wyrok Sądu Najwyższego z 2007 r. Wspomniana ustawa w art. 30 wskazuje, że lekarz ma obowiązek udzielenia pomocy w przypadku, gdy zwłoka w podejmowaniu czynności wpłynęłaby niekorzystnie na stan zdrowia chorego.

Z kolei art 32. Kodeksu Etyki Lekarskiej jednoznacznie podkreśla, że w stanie terminalnym lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.

Mecenas zwrócił uwagę, że brak jednoznacznych norm prawnych niesie za sobą olbrzymie ryzyko dla lekarza. Przedstawił przy tym kilka wątpliwych, z jurystycznego punktu widzenia, sytuacji, z którymi stykamy się na co dzień. Do takich należą na przykład sytuacje, gdy: pacjent jest nieprzytomny bądź małoletni, gdy pacjent żąda stosowania terapii, nawet mimo braku przesłanek ku takiemu działaniu, czy wreszcie kwestia oświadczeń woli (pro futuro). Mecenas zaznaczył jednocześnie, że nawet jeśli pacjent jest nieprzytomny, należy uszanować jego wcześniej wyrażoną wolę.

Profesor Kazimierz Szewczyk — kierownik Zakładu Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, rozpoczynając swoje wystąpienie, przybliżył zebranim główne punkty dyskusji, która toczy się między ekspertami,

w zakresie zmiany nazewnictwa z uporczywej terapii na terapię daremną. Nie są to jedynie akademickie rozważania. Profesor podsumował argumenty przemawiające przeciw dotychczas stosowanej nomenklaturze w sposób następujący. Uporczywa terapia jest terminem lokalnym, używanym tylko w Polsce, co izoluje nas w naturalny sposób w fachowej literaturze światowej. Poza tym sam termin oraz jego definicja powstały na bazie dokumentów Magisterium Kościoła Katolickiego, co stoi w sprzeczności z założeniem, że Państwo powinno pozostać światopoglądowo neutralne. Argumenty przemawiające za nowszą terminologią „terapia daremną” są, według profesora, następujące. To przede wszystkim wzrost bezpieczeństwa moralnego profesjonalistów, to zerwanie z utożsamianiem w wielu kręgach uporczywej terapii z eutanazją. Nowe ujęcie powinno ułatwić zachowanie uczciwości profesjonalistów, zapewnić demokratyzację procesu podejmowania decyzji krytycznych. Profesor podkreślił jednocześnie położenie większego nacisku na etap konsultacji poprzedzający podjęcie decyzji i przestrzegł przed niebezpieczeństwem mylenia daremności z ekonomicznym racjonowaniem.

Po krótkich wykładach wprowadzających słuchaczy w problematykę, red. Suleciński otworzył dyskusję. Jako pierwszy głos zabrał prof. Andrzej Basiński — kierownik Klinicznego Oddziału Ratunkowego UCK, Prorektor ds. Klinicznych GUMed. Zwrócił uwagę na fakt potężnego rozwoju technicznego w medycynie, a co za tym idzie, przesuwania się granic prowadzenia terapii. Jako przykład podał spostrzeżenie, że dzisiaj na oddziałach ratunkowych to często wyspecjalizowane maszyny prowadzą masaż pacjenta, i tylko od decyzji lekarza będzie zależało, ile taka reanimacja będzie trwała. Niwelowany jest czynnik zmęczenia człowieka. Profesor zaznaczył również, że praca lekarza coraz częściej podlega ocenie opinii publicznej, do tego nierzadko dołącza się presja rodziny, wymagającej prowadzenia terapii, mimo że za taką decyzją nie przemawiają już żadne przesłanki medyczne. W tym momencie prof. Tomasz Zdrojewski — kierownik Zakładu Prewencji i Dydaktyki Katedry Nadciśnienia i Diabetologii GUMed, stwierdził, że trzeba koniecznie położyć większy nacisk na edukację, ponieważ wśród lekarzy temat daremnej terapii i dostępnych możliwych decyzji, jest poznany w stopniu wielce niezadowolającym. Profesor de Walden-Gałuszko, ukazując problem z punktu widzenia pacjenta opieki paliatywnej, przekonywała, że w tej grupie chorych rzadko zdarza się, by pacjent zabiegał o stosowanie terapii daremnej. Wyjątek stanowią ci, którzy obawiają się śmierci, a raczej tego, że nie zdążą zrobić wszystkiego, co zaplanowali. Profesor Szewczyk zaznaczył, że nie da się zbudować trafnej, jednoznacznej definicji terapii daremnej. Każda będzie zła. Ważne jest stworzenie odpowiednich procedur, które ułatwią pracę lekarzom. W tym miejscu dr Nikodem Rachoń, filozof, zadał pozostałym uczestnikom pytanie o kwestie hierarchii — co jest ważniejsze? — czy pacjent lub jego rodzina, która zna duchową formację chorego, czy lekarz, który pacjenta nie zna, ale

umie fachowo ocenić przesłanki medyczne? Sam zaangażował do środowiska, by podejmując tak ważne decyzje, wziąć pod uwagę nie tylko medyczne fakty, ale pełen zakres różnorodnych aspektów, które składają się na obraz danego pacjenta.

Ważnym głosem w dyskusji była podnoszona przez mgr Beatę Stachowską — psycholog pracującą w Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza — konieczność przygotowania rodziny pacjenta do żałoby po nim. Dodatkowo ks. Jędrzej Orłowski — dyrektor Hospicjum im. ks. Dutkiewicza — zwrócił uwagę na zmieniającą się wśród pacjentów w stanie agonalnym hierarchię potrzeb. Podkreślał ważną dla chorych obecność przy nich w momencie śmierci, wysłuchanie opowieści ich życia bez oceniania, i wreszcie, zapewnienie odpowiedniego komfortu do końca, co często przekłada się na niwelowaniu bólu. Kwestia rozstrzygnięcia, czy rzeczywiście powinniśmy poprzestać przy podejmowaniu decyzji tylko na podstawie medycznych przesłanek, czy patrzeć również na szerszy kontekst, ożywiła dyskusję. Profesor Basiński podkreślał, że rozwój medycyny poszedł tak daleko, że na oddziałach ratunkowych przypadki ocierające się o daremną terapię, przestają być wyjątkami. Przytoczył tutaj spostrzeżenie z własnej pracy zawodowej, mówiąc, że często karetki przywożą z domów pacjentów w stanie agonalnym, w końcowej fazie choroby nowotworowej, którym włącza się agresywne leczenie, mimo braku wskazań, w obawie przed posądzeniem o wykonanie eutanazji. Profesor po raz kolejny położył nacisk na pilną potrzebę konkretnych regulacji w tym zakresie. Dyskusja otwarta dla publiczności spotkała się z jej żywym odzewem. Zebrani na sali często przytaczali własne spostrzeżenia i doświadczenia, również komentując brak jasnych uwarunkowań. Kol. Jerzy Umiastowski podzielił się ze słuchaczami opinią, że nie można stworzyć norm prawnych dla etyki, na co zwrócił uwagę Trybunał Konstytucyjny. Etyka opiera się na istnieniu dobra i zła, co obiektywnie trzeba przyjąć. Dodał w tym miejscu, że przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej to bardziej zalecenia niż przepisy prawne. W końcowym wystąpieniu kol. Roman Budziński zsyntetyzował podjęte wątki, po czym prowadzący zamknął spotkanie.

Należy wyraźnie podkreślić, że debata spotkała się ze sporym odzewem nie tylko wśród członków naszego środowiska, ale także przyciągnęła osoby na co dzień niezwiązane ze służbą zdrowia. To cieszy, a jednocześnie pokazuje potrzebę kontynuacji tematu w coraz szerszej przestrzeni publicznej. Nie należy się temu dziwić. Długowieczność ma swoją wymierną cenę.

*Wojciech PĄCZEK*

Organizatorzy debaty planują wydanie publikacji zawierającej eseje poszczególnych prelegentów wraz z komentarzami i zapisem dyskusji. Poszczególne obszernie fragmenty spotkania już niedługo do obejrzenia na stronie internetowej naszej Izby. [www.oilgdansk.pl](http://www.oilgdansk.pl)

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 4/15)



# SZTUKA ROZMOWY PODSTAWĄ DIAGNOZY

## Trzy niepokojące czynniki wpływające na niską jakość komunikowania się lekarza z pacjentem

Od kilku lat nasila się presja na lekarzy, aby podlegali efektywnemu kształceniu kompetencji interpersonalnych, z których jedną z najistotniejszych wymienia się umiejętność poprawnego komunikowania się z pacjentem. Organizowane są przeróżne szkolenia i kursy w tym zakresie; wprowadzane są przedmioty akademickie tej umiejętności poświęcone; rośnie liczba publikacji i badań podejmujących problematykę komunikacji, a tymczasem formułowana jest jednoznaczna diagnoza społeczna i medialna wypowiadająca coraz dotkliwszą utratę przez lekarzy kompetencji komunikacyjnych. Jest to kłopotliwa sprzeczność, w powierzchniowej analizie – swoisty paradoks.

U podłoża tej utraty tkwi jednak, po pierwsze, administracyjna i komercyjna presja na lekarzy, aby ograniczali swoją zdolność do korzystania z tych kompetencji (limity czasowe, biurokratyzacja relacji terapeutycznej, finansowy gorset jej realizacji) przy jednoczesnym i wręcz afektywnym złudzeniu, że zdolności komunikacyjne lekarzy zrekompensują deficyty i błędy systemu świadczenia usług medycznych. Po drugie, pojawiają się symptomy – a to już poważna kwestia – zanikania dotychczasowych kulturowych reguł budowania relacji międzyludzkich pod naporem moralności utilitarystycznej, warunkującej kontakt z innym człowiekiem realizacją partykularnego celu. Sprzyja temu, po trzecie, swoista medializacja roli zawodowej lekarza, który dysponować powinien technikami wywierania wpływu na pacjenta w oparciu o swój wizerunek profesjonalisty. Nadto, upowszechnianie się modelu medycyny interwencyjnej, nakierowanej na szybką i skuteczną, choć czasem jedynie doraźną pomoc, zubaża kontakt lekarza z pacjentem i wymusza tak na lekarzu, jak i na pacjencie, minimum oczekiwań związanych z udzielaniem jakiegokolwiek świadczenia medycznego.

Towarzyszy temu nie tyle rezygnacja z etycznych podstaw relacji terapeutycznej, lecz bardziej utrata przekonania, że są one konieczne dla uzyskania efektywnej komunikacji z chorym. Rodzi to poczucie bezradności, która skłania do przeświadczenia, że uposażenie się w techniki komunikacyjne powetuje brak poczucia satysfakcji z kontaktu z pacjentem, który coraz częściej jest postrzegany przez lekarza jako pacjent roszczeniowy; że ułatwi z nim kontakt i usprawni przebieg wizyty bądź odciąży lekarza emocjonalnie. Jest to także konsekwencja współczesnej aksjologicznej słabości: im mniej możemy polegać na sobie w sferze etycznej, tym chętniej powierzamy procedurom siebie i innych. Efektywność

komunikowania się z pacjentem można mierzyć wzajemnym zrozumieniem lekarza i pacjenta, ich współpracą w uzgadnianiu planu leczenia oraz przestrzeganiem założeń lekarskich. Powodzenie jednak w komunikowaniu się tkwi we właściwie zbudowanej relacji terapeutycznej, której wymiary stanowią nie techniki komunikacyjne, lecz wartości. Są to wartości, których wyrzec się niepodobna, ale ich respektowanie wiąże się z umiejętnością wyrażania ich w postawach i zachowaniach lekarza oraz w postępowaniu diagnostyczno-leczniczym. Relacja terapeutyczna jest bowiem relacją intymną, wymagającą emocjonalnej bliskości, wzajemnego zaufania i szacunku, szczerości i wiarygodności, troski i współodczuwania. Zaniedbanie tej podstawy międzyludzkiej relacji pociąga za sobą problemy komunikacyjne, niezrozumienie postaw i intencji, oczekiwań i potrzeb. Rozmowa lekarza z pacjentem staje się wtedy trudna albo wręcz niemożliwa: podatna na nieporozumienia i niechęci, natrafiająca na bariery komunikacyjne i konflikty, wzbudzająca podejrzliwość i uprzedzenia. Etyczne przesłanki poprawnej komunikacji lekarza z pacjentem.

W relacji terapeutycznej pacjent powierza swoje troski i niepokoje lekarzowi, który wyraża gotowość do ich wysłuchania i zrozumienia. Troska, z jaką lekarz opiekuje się chorym, empatia pozwalająca odczuwać i rozumieć jego stan emocjonalny, obdarowująca wsparciem udzielanym nierzadko bezradnemu pacjentowi – to wyznaczniki kompetencji etycznych, które są konieczne w świadczeniu lekarskiej pomocy.

Pacjent zwracający się o radę do lekarza nie oczekuje jedynie zapowiedzi skutecznego działania, lecz również życzliwości w stosunku do niego. Ta bowiem jest warunkiem lekarskiego postępowania, które przejawia się w serdecznej i uczynnej postawie lekarza, bezinteresownie skłonnego do niesienia pomocy. Mówi o tym art. 12 Kodeksu etyki lekarskiej:

1. Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności.
2. Relacje między pacjentem a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza.

Życzliwość lekarza wobec pacjenta jest więc podstawą dobrego traktowania chorego, ponieważ jest to postawa ukierunkowana na pomyślność pacjenta, sygnalizująca gotowość do niesienia pomocy. Jest życzliwość trwałym usposobieniem lekarza do ludzi (ludzkość), charakterologicznie zakorzenionym i przez lekarza pielęgnowanym, a skłaniającym go do przyjęcia tych postaw i podjęcia takich działań, które są dobroczynne.

Życzliwość jest zatem tą wymaganą postawą lekarza wobec pacjenta, która dzięki szczerości, bezstronności i gotowości do sprzyjania dobru innych umożliwia lekarzowi wkroczenie w sferę głęboko osobistą chorego, skrywanych przed innymi ludźmi uczuć, lęków, niepokojów, dolegliwości. Ta intymna relacja może być kontynuowana, jeśli lekarz, wobec którego odsłania się chory, odpowiada empatią i zdolnością do utrzymania zaufania i poufności, czyli chroni jego dane medyczne, zapewnia pacjentowi anonimowość, uwalnia go od obserwacji innych, akceptuje jego powściągliwość w relacjach międzyludzkich, chroni przed zawstydzeniem i upokorzeniem. Dzięki życzliwości, osłaniającej sferę intymności i prywatności chorego, lekarz umiejętnie okazuje szacunek pacjentowi i wspiera jego zdolność do decydowania o sobie. Życzliwe zaangażowanie lekarza pozwala rozemnać się w preferencjach pacjenta, w jego przekonaniach i wartościach po to, aby wspomóc chorego w zrozumieniu jego problemu medycznego oraz w podjęciu autonomicznej decyzji.

Życzliwa postawa lekarza wobec pacjenta przełamuje wiele barier, które mogą być przeszkodą w budowaniu właściwego kontaktu z chorym: rozwiewa obawy związane z wizytą u lekarza, obniża poziom lęku, zachęca do rozmowy i współpracy, usuwa uprzedzenia bądź czyni poczucie wstydu mniej obciążającym emocjonalnie dla pacjenta. Okazywanie życzliwości wyraża się w uśmiechu, geście powitania i zaproszenia, w otwartości na pacjenta: zainteresowaniu i z troskaniu jego problemami, w serdeczności, w pocieszeniu i współodczuwaniu, a także w miłym, acz szczerym, słowie kierowanym do chorego (A. Steciwko, B. Barański, „Relacja lekarz – pacjent”).

Aby adekwatnie wyrażać te wartościowe postawy, niezbędne są umiejętności komunikowania się z pacjentem – są one narzędziem, dzięki któremu lekarz umiejętnie ujawnia swoje motywacje etyczne oraz poprawnie buduje relację terapeutyczną. Jest oczywiste, że bez życzliwego stosunku do pacjenta jakiejkolwiek techniki komunikacyjne na nic się zdadzą, będą raczej imitowały tę międzyludzką relację i pozorowały gotowość lekarza do przyjęcia wartościowych postaw – będą nosiły znamiona socjotechniki, dyskretnie przywołując paternalistyczny stosunek do pacjenta.

### **Czego unikać w komunikowaniu się z pacjentem, aby właściwie wyrażać postawy etycznie wartościowe**

Istnieje obfity katalog wskazówek prawidłowego komunikowania się z pacjentem. Waga ich i użyteczność zależy od potrzeb medycznych i oczekiwań chorego, a także od miejsca przebiegu relacji terapeutycznej. Równie bogaty jest rejestr błędów, które mogą zaprzepaścić wszelkie

starania i dobre intencje lekarza oraz są przyczyną pojawienia się u pacjenta przekonania, że lekarz nie jest ani nim zainteresowany, ani jego problemem zdrowotnym. Aby uniknąć owych błędów należy uwzględnić wiek pacjenta, przynależne mu schematy zachowań i tryb wypowiedzi. Przebieg rozmowy zależy od schorzenia, na które cierpi pacjent, jak i od sposobu jego doświadczania przez chorego. Lecz w każdym przypadku zaangażowanie w problem zdrowotny i życiowy pacjenta oraz troska o niego powinna uposażyć lekarza we wnikliwą obserwację i wrażliwość emocjonalną, które pozwolą uniknąć błędów w komunikowaniu się: infantylizowania pacjenta; bagatelizowania jego skarg; formułowania wypowiedzi upominających bądź wskazówek pedagogicznych; wypowiedzi bezosobowych lub używania zwrotów uproszczonych, pomniejszających, z fragmentaryczną konstrukcją; obwiniania pacjenta za stan zdrowia, niedbałości, a nawet nonszalancji w zachowaniu.

Negatywne konsekwencje dla przebiegu relacji terapeutycznej ma postępowanie lekarza, które opiera się na skłonności do moralizatorstwa, do patrzenia na problemy pacjenta z własnej perspektywy; do fałszywie brzmiącego współczucia; do zadawania pytań wielocłonowych i konstruowania rozbudowanych zdań; do nadużywania pytań wprost i mechanicznego powtarzania słów pacjenta czy stosowania stwierdzeń naprowadzających. Takie postępowanie prowadzi do braku podporządkowania się pacjenta i stanowi poważną barierę dla współpracy w rozwiązywaniu problemu medycznego. A co najważniejsze – podrywa zaufanie do lekarza, gdy lekarz traktuje pacjenta chłodno i z dużym dystansem; gdy rutynowo prowadzi rozmowę; gdy przyjmuje autorytatywną postawę; gdy przeciąża chorego informacją, a nadto nie zaznacza, co w zaleceniach jest ważne.

Troskliwe usposobienie lekarza do pacjenta, ta życzliwa gotowość do pomocy pozwoli uniknąć zachowania najbardziej niepożądanego dla relacji terapeutycznej, a mianowicie bagatelizowania problemów pacjenta. Arystoteles w „Retoryce” pisał bowiem: „*Chory oburza się na tych, którzy lekceważą jego chorobę*”. Dlatego też lekarz, niesiony wymaganiem uzyskania niezbędnych danych koniecznych dla podjęcia decyzji diagnostycznej czy leczniczej, nie może zapomnieć o tym, że jego powinnością jest zbudowanie prawidłowej relacji pacjentem, przede wszystkim dlatego, iż dzięki niej nie tylko będzie miał dostęp do wiarygodnych danych, a pacjent zaaprobuje leczenie, ale nadto będzie ono skuteczne dzięki zaangażowaniu samego chorego w leczenie.

*Dr hab. Jarosław BARAŃSKI  
etyk, filozof UM we Wrocławiu*

(przedruk z „MEDIUM” nr 4/15)





Temat wiodący V Zjazdu Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością „Czy otyłość ma płęć?” obejmie aktualną wiedzę dotyczącą różnic płciowych w przyczynach, powikłaniach i leczeniu otyłości w wieku rozwojowym i u dorosłych. W czwartek, 17 września, odbędzie się Kurs SCOPE: Otyłość – podejście multidyscyplinarne – czy można leczyć lepiej? Podczas sesji sobotnich uczestnicy okrągłego stołu rozmawiać będą na temat potrzeb rekomendacji dotyczących zaburzeń płodności u otyłych kobiet, a prezesi licznych towarzystw uczestniczących w zjeździe zastanowią się, czy polski system opieki zdrowotnej jest gotowy sprostać leczeniu pacjentów z otyłością olbrzymią.

**Termin:** 17–19 września 2015 r.

**Miejsce:** Hotel Gołębiowski, ul. Pałacowa 7, 15-064 Białystok

**Organizator:** Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością

**Siedziba Komitetu Organizacyjnego:** Zakład Dietetyki i Żywienia Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, ul. Mieszka I 4B, 15-054 Białystok, tel./faks: (85) 732 82 44, (85) 732 82 25, e-mail: [zdiet@umb.edu.pl](mailto:zdiet@umb.edu.pl)

**Przewodnicząca Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. n. med. Magdalena Olszanecka-Glinianowicz

**Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego:** dr hab. n. med. Lucyna Ostrowska

**Patronat Honorowy:** JM Rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku prof. dr hab. Jacek Nikliński, Prezydent Miasta Białegostoku Tadeusz Truskolaski

**Organizator Wykonawczy:** Wydawnictwo Termedia, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl)

\* \* \*



W programie tegorocznego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Tyreologicznego, który odbędzie się w Poznaniu 3–5 września, znajdują się wykłady dotyczące badań genetycznych, nowoczesnej diagnostyki obrazowej, dia-

gnostyki cytologicznej i histopatologicznej, chorób autoimmunologicznych tarczycy, orbitopatii tarczycowej, raka tarczycy, leczenia izotopowego, leczenia operacyjnego i wielu innych tematów. Zaplanowaliśmy również sesję interdyscyplinarną dotyczącą chorób tarczycy z perspektywy innych specjalności medycznych.

**Termin:** 3–5 września 2015 r.

**Miejsce:** Poznań, ibb ANDERSIA Hotel, pl. Andersa 3

**Kierownik naukowy:** prof. dr hab. Marek Ruchała

**Organizatorzy:** Polskie Towarzystwo Tyreologiczne, Katedra i Klinika Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydawnictwo Termedia

**Patronat Honorowy:** Wojewoda Wielkopolski Piotr Florek, Starosta Poznański Jan Grabkowski, Prezydent Miasta Poznania Jacek Jaśkowiak Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu prof. dr hab. Jacek Wysocki

**Biuro organizacyjne:** Wydawnictwo Termedia, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl)

Szczegółowe informacje znajdują się na stronie konferencji: <http://www.termedia.pl/Konferencje?Intro-amp=397&p=2954>

\* \* \*



Konferencja naukowo-szkoleniowa Sekcji Dermatologii Estetycznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego „Dermatologia estetyczna, medycyna przeciwstarzeniowa i kosmetologia – wyzwania” odbędzie się 26–27 czerwca w Gdyni.

Dermatologia estetyczna łączy różne specjalności zajmujące się poprawianiem urody, działaniem przeciwstarzeniowym i usuwaniem defektów skóry. Do takich specjalności należą z jednej strony kosmetyka, kosmetologia i przemysł kosmetyczny, z drugiej inne specjalności medyczne mające na celu poprawianie wyglądu, takie jak chirurgia estetyczna, ginekologia estetyczna, stomatologia estetyczna czy endokrynologia przeciwstarzeniowa. Z tego powodu zapraszamy do udziału w spotkaniu nie tylko dermatologów, lecz także lekarzy innych specjalności wykonujących zabiegi estetyczne, kosmetologów i kosmetyczki, firmy produkujące kosmetyki i dermo-

kosmetyki, jak również producentów aparatury i produktów wykorzystywanych w medycynie estetycznej. Mamy nadzieję, że wymiana doświadczeń pomoże nam w umocnieniu zdrowych relacji i podziału kompetencji, nikt nie jest bowiem w stanie opanować całej wiedzy na temat upiększania ludzkiego ciała.

Przygotowaliśmy miejsce dla 500 uczestników, którzy pod przewodnictwem naukowym prof. Waldemara Placka i prof. Andrzeja Kaszuby zapoznać się będą mogli z bardzo bogatą i różnorodną tematyką dotyczącą m.in. zastosowaniu dermatoskopii w dermatologii estetycznej, pułapek klinicznych i najczęstszych przyczyn niepowodzeń w zabiegach medycyny estetycznej, mezoterapii, mezoliftu botoksowego, karboksyterapii i wielu innych.

Szczegóły dotyczące Konferencji, zasad rejestracji i opłat znajdują się na stronie: <http://www.termedia.pl/Konferencje?Intro&e=398&p=2988>

\* \* \*

#### **XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w maratonie MTB**

19 września 2015 r. w Wieleniu nad Notecią przeprowadzone zostaną: XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w maratonie MTB. O tytuły Mistrza Polski lekarze będą rywalizować na dystansie Mega57km w odpowiednich kategoriach wiekowych. Odbędzie się również klasyfikacja na dystansie Mini 34km. Pozostali Medycy, czyli: pracownicy z dyplomami medycznymi oraz studenci kierunków medycznych rywalizować będą w klasyfikacjach open na dystansach MINI i MEGA. Lekarze i Medycy niezależnie od branżowych kategorii biorą udział w ogólnej klasyfikacji Michałków 2015. Na naszej imprezie nie ma obowiązku rywalizować. Można przejechać wybrany dystans turystycznie, podziwiając okolicę i w sympatycznym towarzystwie, aktywnie na rowerze spędzić wolny czas.

Wszelkie informacje na temat trasy, regulamin, program zawodów, lista zgłoszeniowa itp. na [www.maraton.wielen.pl](http://www.maraton.wielen.pl). Podczas rejestracji lekarze i medycy proszeni są o zgłoszenie się do zawodów branżowych. Czekają na Was piękna okolica, ciekawa trasa, pamiątkowe gadżety, koszulki MP, puchary, mnóstwo nagród również w tomboli.

Na stadionie będą zorganizowane zawody dla dzieci, by się nie nudziły, gdy tatusiowie i mamusi walczyć

będą na trasie. Dla nich także wiele nagród z wysokiej klasy rowerami na czele.

Lekarze, którzy dokonają formalności zgłoszeniowych z opłatą startową do 15 sierpnia otrzymają atrakcyjną pamiątkę z wyścigu. Korporacyjna część imprezy przeprowadzona przy wsparciu NIL oraz WIL.

Serdecznie w imieniu organizatorów zapraszam lek. dent. Tomasz Kaczmarek.

\* \* \*

#### **4 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce**

W dniach 27–28.06.2015 r. na Stadionie Miejskim w Toruniu (ul. Gen. Bema 23/29) odbędą się 4 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce. Zawody organizowane będą równolegle z 25 Mistrzostwami Polski Weteranów w Lekkiej Atletyce. Osoba uczestnicząca w zawodach może być klasyfikowana podwójnie (kobieta, która ukończyła 30, a mężczyzna 35 rok życia) zarówno w Mistrzostwach Weteranów, jak i lekarzy.

Klasyfikacja lekarzy odbywać się będzie w kategorii „open”.

Medale Mistrzostw w poszczególnych konkurencjach otrzymają najlepsi po przeliczeniu wyników na punkty z uwzględnieniem kategorii wiekowych stosowanych w sporcie weteranów.

Rywalizacja w MPL odbywać się będzie w następujących konkurencjach: 100, 200, 400, 1500, 5000m, skok w dal, skok wzwyż, trójskok, tyczka, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, rzut oszczepem i rzut młotem. Możliwe poszerzenie zakresu konkurencji w sytuacji dodatkowego zainteresowania udziałem w konkurencjach nie ujętych w wykazie.

Osoby chętne do udziału w Mistrzostwach proszone są o kontakt telefoniczny: 504-101-375 lub mailowy: [ju-lekp@onet.pl](mailto:ju-lekp@onet.pl) z organizatorem mistrzostw. Komunikat organizacyjny i karta zgłoszenia do mistrzostw dostępne na stronie [www.pzwla.eu](http://www.pzwla.eu).

*Przewodniczący  
Komitetu Organizacyjnego 25 MPW i 4 MPL  
Lek. med. Julian Pelka K-P OIL Toruń*

\* \* \*

**Specjalistyka s.c. Spolmed w Opolu zatrudni lekarza pulmonologa** w ramach kontraktu NFZ i usług prywatnych. Tel. kontaktowy: 602-892-187 lub 606-695-054.

#### **BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ**

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

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

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8a; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426–661X



Wydział Lekarski PAM w Szczecinie – rocznik 1995

**Z okazji 20-lecia ukończenia studiów, zapraszam Koleżanki i Kolegów na spotkanie w dniach 23-25 października 2015 r. Spotkamy się w Pensjonacie Pisz w Pobierowie.**

Opłata za udział w spotkaniu wynosi 380 złotych. Wpłaty proszę dokonywać do końca sierpnia 2015 r. na konto 49 1240 3868 1111 0010 2559 8600 (Andrzej Radecki) z podaniem dokładnych danych wpłacającego.

Proszę o wcześniejsze zgłaszanie - do dnia 30 czerwca 2015 r., chęci udziału w zjeździe celem zarezerwowania odpowiedniej ilości miejsc noclegowych. Bliższych informacji udziela: Andrzej Radecki tel. 602-428-928, e-mail: [radecki@onet.pl](mailto:radecki@onet.pl).

## ZATRUDNIAMY PSYCHIATRĘ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

Centrum Rehabilitacji i Neuropsychiatrii

### zatrudni

lekarza psychiatrę dla dzieci i młodzieży lub w trakcie specjalizacji, na dogodnych warunkach.

Wymiar czasu pracy do uzgodnienia.

#### Miejsce pracy:

Mikoszków/k Strzelina woj. dolnośląskie.

**Kontakt:** 71 39 58 104,

**kom.** 785 405 000

Szpital Specjalistyczny im Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.  
os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków

## zatrudni lekarzy:

- **specjalistów onkologów klinicznych i radioterapeutów, specjalistów internistów**  
– praca w Oddziale Onkologii Klinicznej i Radioterapii
- **specjalistów toksykologów lub specjalistów medycyny ratunkowej**  
– dyżury w Oddziale Toksykologii i Chorób Wewnętrznych.

Forma zatrudnienia do uzgodnienia. Wynagrodzenie do negocjacji.

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt telefoniczny  
z Dyrektorem ds. Lecznictwa, nr tel. (12) **64 68 502**



# XIII IGRZYSKA LEKARSKIE



Gazeta  
Lekarska

informacje, zgłoszenia: [www.igrzyskalekarskie.org](http://www.igrzyskalekarskie.org)

*piłka nożna*  
*koszykówka*  
*siatkówka*  
*siatkówka plażowa*  
*piłka ręczna*  
*lekkoatletyka*  
*plywanie*  
*triathlon*  
*kolarstwo szosowe*  
*MTB*  
*tenis ziemny*  
*tenis stołowy*  
*badminton*  
*squash*  
*strzelanie*  
*golf*  
*trójbój siłowy*



**ZAKOPANE 09 - 13.09.2015**

## GABINETY DO WYNAJĘCIA

Oferujemy do wynajęcia gabinety zlokalizowane w atrakcyjnie położonym budynku w Opolu przy ulicy Koszyka. Na osiedlach w bezpośrednim sąsiedztwie budynku zamieszkuje około 20 tysięcy osób. Budynek wyposażony jest w windę oraz toalety dostosowane dla osób niepełnosprawnych, bardzo szybką sieć internetową oraz media miejskie. Powierzchnie gabinetów od 15m<sup>2</sup> do 700m<sup>2</sup> z niezależnym wejściem z ulicy. Istnieje możliwość dostosowania gabinetów zgodnie z wymaganiami przyszłych najemców. Okres najmu i stawka czynszu do ustalenia. Przy budynku dużo miejsc parkingowych.

**Kontakt w sprawie wynajmu**

**tel. 663 333 553 lub tel. 602 617 447**

