



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

BIULETYN INFORMACYJNY

Listopad 2016

ISSN 1426-661X

Nr 241

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. Jerzy B. LACH

ZDJĘCIE ZA MILION

Urwanie głowy z tą małą: gdzie nie pójdzie, tam napoci. Odkąd trafiła do miasteczka, wyparował z niego spokój. Najpierw zrobiła na szaro bratki przed kościołem, fioletowe płatki pomalowała farbą olejną; za chwilę doczepiła bezpieczeństwa psom peruki i sztuczne ogony. – *Niech się noszą z fasonem* – śmiała się. W środę zaś nastraszyła śmieciarza – wrzuciła do kubła kukły naśladujące żywych ludzi. A niby taki aniołek: buzia w ciup, włosy ułożone na wałkach, jasna cera, jakby ta siusmajtką nie ruszała się z domu bez parasola. Nic podobnego. Całymi dniami snuje się po urojonych ściekach, przemyka pajęczynami alejek i drepcze po cienkich kładkach łączących stawy. Mostki trzeszczą pod byle ciężarem i zastawiają pułapki na poszukiwaczy przygód, ale ona jeszcze nigdy się nie skąpała. Kilka razy wpadła w chaszcze; wiedziała jednak, co robić: przyłożyć krwawnik na zadrapania i nie przyznać się matce.



Tomasz Wysocki „Exodus” – fotografia

W krótkiej sukience écru i bucikach ze sprzączką dziewczynka wygląda jak motyl bielinek, przypomina mimozę, Calineczkę i Królową Śnieżkę. Taka cicha, wrażliwa, dobrodusznia – można by pomyśleć. Nic bardziej mylnego. Patrzenie, co zrobiła rybce. Czy posłuszne panienki suszą amury na trzepaku dla lalek? Czy rozciągają im skrzela i wyrzują zęby z pyska? Do tego smycz (raczej sznurek albo kabel wisielca) – *Lauciscus idellus* ma aportować, jak pierwszy lepszy burek?

„Grzeczne dziewczynki idą do nieba, niegrzeczne tam, gdzie chcą” – pisała Helen Gurley Brown. Już widzę, jak ta mała przed wejściem do Elizjum poprawia aureolę, a potem skubie piórka Gabriela i łaskocze Stwórcę. Niech już lepiej chodzi po ziemi (tu zawsze można ją oddać do poprawczaka,

czytaj: piekła). A jeśli będzie chciała skosztować nieba, przecież nikt jej nie zabroni.

„*Cisza jest metaforą literatury światowej*” – tłumaczył kiedyś Sándor Márai. Bezgłośnie jest również na zdjęciach Tomasza Wysockiego. Wędruje on do snów, powtarza oniryczne wizje i wymyśla świat, w którym mógłby żyć człowiek, gdyby był człowiekiem. Bohaterowie jego fotografii noszą tajemnice, tak jak się nosi do skupu butelki po piwie. Pilnuje swojego sekretu panienka przecięta różową linią, strzegą niewiadomej wisielcy omotani sznurami w kokon. Nic nie wyjawia kobieta, która się oddzieliła od tłumu szturmującego chmury, nie odsłoni się panna zrośnięta z tłem ani artysta zamknięty w pokoku-akwarium.

Podobne motywy zdarzyły się już w sztuce. Salvador Dali lubił dzielić obraz poziomą kreską (dla każdej powierzchni wybierał zbliżoną barwę, zmieniając tylko nasycenie kolorów), potem układał rekwizyty i zaludniał blejtram – wystarczy sobie przypomnieć „Sens czasu”, „Morfologiczne echo” czy „Szalonego Tristana”. Chmury powtarzał zaś René Magritte (we „Wspomnieniach świętych” ustawił ścianę z obłoków, niemal taką samą, jak mur na zdjęciu). Kompozycję z szafotem zaprojektował już wcześniej Suga Kishio (co prawda użył kamieni, ale czy człowiek nie bywa jak głaz?), a postać zrośnięta z tłem może pochodzić z obrazów Kusamy Yayoi.

Dobrze, że Wysocki rozgląda się po świecie, przeczytał pewnie manifest surrealisty z Figueras: „*Prawdziwy artysta musi się przygotować, zanim zamieni pustynię płótna w nieziemską scenę*”. Chyba pod wpływem Hiszpana szkicuje każde ujęcie, zanim naciśnie migawkę, nie daje szans przypadkowi, a w jego *Theatrum mundi* wszyscy grają wyuczone role. Nie ma tam miejsca na improwizację, ślepy traf czy klancykowy wygłup.

W 2008 roku praca Kusamy Yayoi poszła za ponad pięć milionów dolarów – to najwyższa cena, jaką zapłacono za dzieło żyjącej artystki. Może za zdjęcie Wysockiego ktoś krzyknie milion? Pięć razy mniej, czy to wygórowana cena?

Niedawno zaczął się Opolski Festiwal Fotografii. Swoje zdjęcia prezentuje też Tomasz Wysocki.

Agnieszka KANIA

Tekst ukazał się w Gazecie Wyborczej.





Dostaliście właśnie przedostatni w tym roku Biuletyn. Listopad to miesiąc, w którym często zastanawiamy się nad mijającym czasem.

A to w związku z Świętem Zmarłych. Wracamy pamięcią do spotkań z tymi, których już nie ma pośród nas. I wtedy po raz kolejny zdajemy sobie sprawę z ulotności życia. Coraz mniej znajomych twarzy na ulicy, w pracy. A coraz więcej „znajomych” nagrobków. A więc – *Carpe diem*. Nie pozwólmy, aby czas przeciekał nam bezpowrotnie przez palce!

Jerzy B. LACH



Koleżanki i Koledzy,

W dniu 24 września odbyła się w Warszawie potężna manifestacja różnych środowisk medycznych, zorganizowana przez Porozumienie Zawodów Medycznych. Wszystkie grupy połączyło wspólne hasło zwiększenia publicznych nakładów na ochronę zdrowia, co pozwoli na właściwe udzielanie świadczeń medycznych osobom potrzebującym, a jednocześnie pracownikom ochrony zdrowia zapewni godziwe wynagrodzenie.

W wystąpieniach przedstawicieli Rządu i Ministerstwa Zdrowia pojawia się coraz częściej przypomnienie, że powinno się mówić o służbie zdrowia, a nie o ochronie

KOMISJA DS. LEKARZY SENIORÓW
**zaprasza na coroczne
SPOTKANIE OPŁATKOWE,**
które odbędzie się w dniu 10 grudnia 2016 r. w „WILLI MŁYNÓWKA”, przy ul. Korfantego 4 w Opolu.
Prosimy o zgłaszanie swego uczestnictwa w spotkaniu do Biura Opolskiej Izby Lekarskiej (tel. 77/454-59-39) do dnia 7 grudnia br. (środa).

Pozdrawiam

Przewodniczący Komisji
Dr n. med. Tadeusz CHOWANIE

SZPALTA PREZESA

zdrowia – bo praca lekarzy, pielęgniarek i innych fachowców medycznych jest przecież służbą dla pacjentów.

Ja jednak wołałbym, aby rządzący mówili o ochronie zdrowia, bo władza publiczna ma zapewnić społeczeństwu ochronę zdrowia na odpowiednim poziomie. Nie pozostaje to w sprzeczności z określaniem tego jako służba przez samych fachowców medycznych, bo oni rzeczywiście swój zawód powinni traktować jako służbę. Wyraźnie jednak podkreślam, że uzasadnieniem dla takiego rozumienia naszego powołania jest konieczność dyżurowania i poświęcania czasu przeznaczonego dla rodziny na nagłe wezwania. W żadnej mierze ta służba nie może się za to kojarzyć z byle jakim wynagradzaniem.

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 21 września odbyło się kolejne spotkanie Okręgowej Rady Lekarskiej. W jego trakcie poruszano następujące problemy.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

O wpis na listę członków OIL zwrócili się:

- lek. Weronika Dobrowolska-Zielińska – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej;
- lek. Katarzyna Jelito-Barglik – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej.

Uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ponadto przyznano ograniczone prawo wykonywania zawodu lek. Krzysztofowi Jafra oraz wymieniono

na stałe ograniczone prawo lek. dent. Dominice Rajca-Pickering. Uchwały w w/w sprawach przyjęto również jednogłośnie.

Przy 1 głosie przeciwnym i 4 wstrzymujących się postanowiono wydać ograniczone prawo wykonywania zawodu lek. Tatianie Zakcharchenko, obywatelce Ukrainy, która nostryfikowała dyplom we Wrocławiu i chce na terenie naszej Izby odbyć staż podyplomowy.

Natomiast z powodu niezgodności w dokumentacji postanowiono przenieść na następne spotkanie Rady sprawę



lek. Andrija Nazarenko, który zwrócił się z wnioskiem o przedłużenie ważności prawa wykonywania zawodu.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Z prośbą o przyznanie punktów edukacyjnych zwróciła się firma AMADER s.c., która przeprowadzi w dniu 24 września br. w Opolu szkolenie dla lekarzy dentystów pt.: „Analiza kolorystyki zębiny – wykorzystanie lampy Feta Plus”. Przyznano 5 pkt. edukacyjnych.

Przy jednym głosie wstrzymującym podjęto uchwały w sprawie potwierdzenia spełnienia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy dla następujących firm:

- Wydawnictwo Czelej Sp z o.o., zarejestrowana w OIL w Lublinie, która organizuje w Brzegu, w dniach 28–29 października br. Ogólnopolską Konferencję Ordynatorów i Kierowników Klinik Chirurgii Ogólnej;
- MEDIUS Sp. z o.o., zarejestrowana w OIL w Warszawie, która przeprowadzi w dniach 24–26 października br. w Sulisławiu konferencję pt. „Nowe oblicze intensywnej terapii noworodka – oddział przyjazny pacjentowi i jego rodzicom, organizacja opieki nad noworodkiem, opieka neurorozwojowa wcześniaków. Bezpieczny oddział noworodków, nieinwazyjna ocena krążenia obwodowego. Żywienie noworodka z małą masą urodzeniową”.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

O wykreślenie z rejestru poprosiły dwie osoby – uchwały przyjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Do Funduszu Samopomocy wpłynęły 4 podania o przyznanie zapomogi z powodu podeszłego wieku i/ lub licznych przewlekłych schorzeń – uchwały przyjęto jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Brak wniosków.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

Brak wniosków.

Sprawa manifestacji środowisk medycznych w Warszawie w dniu 24 września 2016 r.

Prezes przedstawił projekt stanowiska, wyrażającego poparcie dla manifestacji, organizowanej przez Porozumienie Zawodów Medycznych w Warszawie w dniu 24.09.2016. Kol. Wojtyłko zaproponował, aby były to dwa odrębne stanowiska – jedno popierające manifestację, a drugie mówiące o wzroście nakładów. Wniosek ten

nie zyskał jednak poparcia innych członków Rady i stanowisko przyjęto w formie zaproponowanej przez Prezesa (*patrz poniżej*).

Kol. Jakubiszyn jednocześnie złożył wniosek o sfinansowanie wynajęcia autokaru, którym na manifestację wyjedzie grupa lekarzy z Opola (34 osoby, w tym Prezes). Koszt wynajmu 3.000 zł – przy 1 głosie wstrzymującym podjęto uchwałę o wyasygnowaniu tej kwoty.

Relacja z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL oraz Naczelnej Rady Lekarskiej

Podczas posiedzenia Konwentu 1 września br. dyskutowano na temat pisma posła Sachajko dot. informacji o wydatkach Okręgowych Izb Lekarskich. Ponadto powróciła sprawa ewentualnego zapłacenia podatku dochodowego przez Izby. Przedstawiciel kancelarii prawnej, która reprezentowała Izbę w Białymstoku przed WSA, omówił sprawę. Prezesi zadecydowali, że powrócą do tego tematu na kolejnym posiedzeniu Konwentu, po przedyskutowaniu problemu ze swoimi księgowymi.

Natomiast podczas posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej 2 września br. dokonano wyboru nowego Wiceprezesa (dentysty) Naczelnej Rady Lekarskiej, którym został lek. dent. Leszek Dudziński z Olsztyna.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Prezes – delegowany przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej – uczestniczył w obchodach 70-lecia Związku Lekarzy Polskich w Chicago (16–18 września).

Kol. Smerkowska-Mokrzycka wzięła udział w posiedzeniu Rady Opolskiego Oddziału NFZ, na którym omawiano m. in. sprawę konkursu na stanowisko Dyrektora Oddziału.

Kol. Latała zdał relację z lutowego szkolenia zorganizowanego przez Komisję Stomatologiczną oraz Opolski Oddział PTS dla lekarzy dentystów, podczas którego prof. dr hab. n. med. Halina Pawlicka – Kierownik Zakładu Endodoncji Katedry Stomatologii Zachowawczej UM w Łodzi przedstawiła wykład pt. „Endodoncja w pigułce”. Ponadto opowiedział o Światowym Kongresie Stomatologicznym FDI, który odbył się w Poznaniu. Wzięło w nim udział 10 tys. lekarzy dentystów ze 120 krajów.

Kol. Martyniszyn poinformował o spotkaniu kończącym sezon Klubu Motocyklowego Lekarzy „Doktors Riders”.

Sprawy różne i wolne wnioski

Kol. Mijas poruszył sprawę dotyczącą śmierci 2-letniego dziecka w WCM, która miała miejsce w listopadzie poprzedniego roku. Przez ten czas doszło do przeprowadzenia wielu kontroli i wydania kilku opinii biegłych. Z powodu rozbieżności w wydanych opiniach postanowiono jednogłośnie o zwołaniu dodatkowego po-

siedzenia Rady w dn. 5 października, która będzie poświęcona tylko tej sprawie.

Jednogłośnie przyjęto uchwałę, upoważniającą Prezesa do wystąpienia do Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego z prośbą o udzielenie, na okres 3 lat, pożyczki na cele remontowe naszej Izby w kwocie 35 tys. zł.

Kol. Kowarzyk poruszył temat związany z remontem naszej siedziby i konieczności zajęcia się sprawami wykończenia wnętrz po przeprowadzonym remoncie. Przy 1 głosie wstrzymującym postanowiono zatrudnić do tego zadania osobę z odpowiednimi kompetencjami. Członkowie Rady przemyślą tę sprawę i powrócą do niej na następnym spotkaniu.

Kol. Kowarzyk poinformował również, iż odbyło się kolejne posiedzenie Komisji orzekającej w przedmiocie zdolności do wykonywania zawodu lek. A. B., który po raz kolejny nie zgłosił się na jej posiedzenie. Komisja w swoim orzeczeniu wnioskuje do Rady Lekarskiej o zawieszenie w/w lekarzowi prawa wykonywania zawodu do czasu stawienia się przed Komisją i wydania przez nią prawomocnego orzeczenia o jego zdolności do wykonywania zawodu. Uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wobec wyczerpania porządku obrad, na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

Prezes ORL

Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

Stanowisko Okręgowej Rady Lekarskiej z dnia 21 września 2016 r. w sprawie akcji protestacyjnej środowisk medycznych

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu popiera akcję protestacyjną środowisk medycznych, która odbędzie się w Warszawie w dniu 24 września.

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu stwierdza, że wzrost nakładów publicznych na ochronę zdrowia do minimum 6% PKB powinien stać się zadaniem priorytetowym Rządu RP i nie może być odkładany na kolejne dziesięciolecie.

Sekretarz ORL

Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

Prezes ORL

Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 15 września w siedzibie OIL w Opolu odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej OIL w Opolu. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i przystąpiła do omawiania bieżących informacji po wakacyjnej przerwie.

- Przewodnicząca przekazała informacje z czerwcowego posiedzenia KS NRL, na którym m. in. omówiono spotkanie członków samorządu zawodowego lekarzy dentystów z Ministrem Zdrowia K. Radziwiłłem, dotyczące zmian w opiece stomatologicznej realizowanej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (rewolucji w stomatologii nie będzie, proponowany wzrost współczynnika korygującego w pedodoncji do 1,2 jest za niski – powinien wynosić co najmniej 2,0; kryteria wyboru ofert w postępowaniu konkursowym są niekorzystne dla mniejszych podmiotów leczniczych – zapewnienie kompleksowości czy ciągłości świadczenia usług; prowadzone są prace nad likwidacją list oczekujących w stomatologii; kształcenie stomatologów ma polegać na zdobywaniu umiejętności a nie specjalizacji; zmiany w prawie atomowym (po myśli stomatologów) – likwidacja audytu zewnętrznego i zniesienie nadzoru inspektora ochrony radiologicznej dla praktyk posiadających wewnętrzne aparaty rtg; ma nastąpić zmiana systemu z ubezpieczeniowego na zabezpieczeniowy).
- 13 lipca grupa 11 samorządowców wystosowała list do MZ w sprawie nowelizacji ustawy o izbach lekar-

skich dotyczących stomatologów w strukturach izb lekarskich. Zarejestrowanych lekarzy stomatologów jest 38 tyś, a czynnych zawodowo 25 tys. – nie było zatem zgody na takie wystąpienie w imieniu wszystkich lekarzy dentystów. Dr Mokrzycka wystosowała do MZ list w duchu dotychczasowych ustaleń KS OIL w Opolu przeciwko nowelizacji tej ustawy.

- OIL przypomina, że szkolenia BHP nie są obowiązkowe dla jednoosobowych działalności gospodarczych. Sytuacja się zmienia, gdy zatrudni się pracownika na podstawie umowy o pracę.
- GIODO i NIL ostrzegają przed firmami naciągaczami („Bądźmy legalni”, „Legalni z Prawem” czy Kancelaria Liberty). Firmy te nie posiadają akceptacji organu ds. ochrony danych osobowych.
- 14 lipca Prezes NIL M. Hamankiewicz wystosował do członków izb lekarskich list dotyczący podpisanej 21.06.2016 r. przez Prezydenta RP ustawy o zmianie ustawy kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która w istotny sposób osłabia ochronę tajemnicy lekarskiej. Uchwalone prawo jest złe i na etapie projektu było opiniowane przez środowisko lekarskie negatywnie (stanowisko Prezydium NRL z 20.05.2016 r.). NRL przygotowała stosowne wystąpienie do Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Pacjenta.

- 18 lipca nadeszła z MZ odpowiedź na przyjęte na Nadzwyczajnym XIII Krajowym Zjeździe Lekarzy apele nr 14 i 15 dotyczące zmian ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenia list oczekujących u świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie stomatologiczne. Niestety, Ministerstwo Zdrowia nie uwzględniło postulatów dotyczących zlikwidowania list kolejkowych w stomatologii.
- 30 czerwca została ogłoszona ustawa z dnia 10.06.2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 960), która zwalnia niektóre podmioty lecznicze z posiadania regulaminu organizacyjnego, odstępuje od obowiązku przedkładania organowi rejestrującemu dany podmiot leczniczy opinii sanitarnej oraz upraszcza procedury związane z prowadzeniem działalności leczniczej.
- Prezydium NRL zaapelowało do MZ i NFZ o zweryfikowanie środków finansowych tak, by odsetek budżetu przeznaczony na leczenie stomatologiczne ubezpieczonych nie spadał z roku na rok. 29 lipca odbyło się spotkanie Prezydium NRL oraz lekarzy dentystów NRL z p.o. prezesa NFZ A. Jacyną. Wzrost nakładów na leczenie stomatologiczne w 2017 r. wyniesie 0,25 zł na statystycznego Polaka na rok (czyli 47,23 zł na osobę /rok). NRL nie wyraża zgody na dalsze obniżanie środków na leczenie stomatologiczne.
- 29 lipca odbyła się w siedzibie NIL konferencja prasowa „Gorzki smak cukru”, podczas której przewodnicząca ERO FDI dr Anna Lella przypominała, że cukier szkodzi nie tylko jamie ustnej i zębom ale także całemu organizmowi.
- 11 sierpnia NFZ przesłał do Prezesa NRL komunikat w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.
- 19 sierpnia Prezes NRL M. Hamankiewicz poinformował, że mimo korzystnego wyniku wyroku TK z 7.06.2016 r. dotyczącego dostępu do pytań egzaminacyjnych z egzaminów LEK, LDEK i PES, Dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych, dr hab. M. Klencki wydał decyzję o odmowie udostępnienia NIL pytań egzaminacyjnych. Prezydium NRL podjęło jednogłośnie decyzję o złożeniu odwołania od decyzji Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych do rozpatrzenia przez MZ.
- 19 sierpnia na spotkaniu Prezydium NRL z lekarzami dentystami pracującymi w strukturach NIL omawiano problemy dotyczące wykonywania zawodu lekarza dentysty w Polsce (zagadnienia samorządowe, kształcenie podyplomowe lekarzy dentystów, problemy z wykonywaniem zawodu lekarza dentysty). Relacje z tego spotkania przedstawili dr dr M. Rodziewicz-Kabarowska, R. Pędich i J. Smerkowska-Mokrzycka.
- Pomysł MZ na przełamanie trudnej sytuacji w stomatologii dziecięcej (każde dziecko będzie miało swojego stomatologa) w opinii ekspertów jest nierealny z powodów organizacyjnych i finansowych. Stawka kapitacyjna na 1 dziecko powinna wynosić kilka tysięcy zł rocznie. Jest to próba przerzucenia całej odpowiedzialności na lekarza stomatologa.
- Opolski OW NFZ nie przewiduje kontynuacji akcji profilaktycznej w stomatologii dziecięcej (brak osoby decyzyjnej w Oddziale).
- Na posiedzeniu NRL wybrano na stanowisko wiceprezesa NRL lek. dent. Leszka Dudzińskiego. Był jedynym kandydatem na to stanowisko (po odwołaniu poprzedniej wiceprzewodniczącej A. Ruchały-Tyszler). Nowy wiceprzewodniczący otrzymał ponad 80% poparcie. W krótkiej rozmowie z M. Stańczykiem z infoDENT24.pl dr Dudziński przedstawił program działania na najbliższy okres.
- We wrześniu w Poznaniu odbył się Kongres FDI. Nie tylko tam miała miejsce dyskusja n. t. przyszłości stomatologii – 7 września w siedzibie WIL lekarze dentyści podjęli kwestię powołania w strukturach MZ biura ds. stomatologii. Nowy przewodniczący KS NRL L. Dudziński zaapelował, by KS OIL wystosowały apel popierający tę inicjatywę. KS OIL w Opolu jednomyślnie poparła ten projekt i przyjęła stanowisko w sprawie powołania w Ministerstwie Zdrowia Biura do spraw stomatologii:

STANOWISKO KS OIL OPOLE

Komisja Stomatologiczna Opolskiej Izby Lekarskiej uważa, że istnieje pilna potrzeba utworzenia w strukturach Ministerstwa Zdrowia Biura do spraw stomatologii, zajmującego się kwestiami systemowego realizowania polityki zdrowotnej w obszarze opieki stomatologicznej. Należy podjąć wszelkie możliwe działania, torujące drogę do powstania takiej jednostki w Ministerstwie Zdrowia.

Pismo przekazano do KS NRL.

- Szkolenia:
 - Jesienne Podlaskie Spotkania Stomatologiczne Białowieża 2016 – w dniach 30.IX-1.X.2016 r.
 - Lubelskie Forum Implantologiczne 2016 – w dniach 14–15.X.2016 r. w Lublinie.
- Terminy kolejnych posiedzeń KS:
 - 24.10.2016 r.
 - 15.12.2016 r.
- Wolne wnioski: przekazano informacje, iż w sierpniu odeszli na wieczny dyżur dr R. Łania i dr E. Brycka.

Przewodnicząca KS

Lek. stom. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

CHRZEST MIESZKA I i POLSKI



Przed kilkoma tygodniami obchodziliśmy 1050 rocznicę chrztu Polski. Podkreślić należy, że w tym epokowym wydarzeniu wielką rolę odegrała czeska księżniczka z rodu Przemyślidów Dobrawa, której historyczną postać chciałbym przedstawić P. T. Koleżankom i Kolegom.

Ojcem Dobrawy był książę Bolesław, który otrzymał przydomek Srogiego lub Okrutnego. Przede wszystkim był bratobójcą, ponieważ w walce o tron zabił swojego starszego brata Waclawa we wrześniu 935. Waclaw odznaczał się wielką religijnością, wręcz dewocją. Bolesław Okrutny równocześnie kazał zamordować wszystkich stronników swojego brata nie wykluczając ich żon i dzieci. Uciekła wówczas z Czech nawet jego matka Drahomira licząca 45 lat. Wkrótce po zamordowaniu Waclawa, Bolesław Okrutny kazał czcić go jako świętego i w końcu został on patronem Czech.

Bolesław Okrutny był mściwym i bezwzględny sadyzta. Nie wybaczał nawet najmniejszych aktów niesubordynacji, a sądy w jego wykonaniu zwykle kończyły się egzekucjami. W chwili zamordowania Waclawa Dobrawa miała roczek.

Dobrawa prawdopodobnie przyszła na świat około 935. Nadano jej po słowiańsku imię Dobrawa, co w języku niemieckim znaczy „Dobra”. W następnych wiekach imię księżnej podawano na różne sposoby jako „Dobrawka”, „Dubrawka”, zaś wreszcie „Dąbrówka”. Dobrawa nie była zbyt wysoka liczyła od 151 do 156 cm wzrostu, miała ciemny kolor włosów. Bolesław Okrutny bardzo szybko wydał ją za mąż za nieznanego z imienia jednego z wodzów swojego wojska, który bardzo wcześniej zginął. Tak więc Dobrawa została wdową i zobowiązana była do noszenia tzw. „wdowiego welonu”.

Jak wyglądała w tamtych czasach sytuacja geopolityczna w środkowej Europie? Wojska Bolesława Okrutnego liczyły ponad 3000 wojowników i były najpotężniejsze w tej części Europy. Jego podbój Węgrów spowodował, że Bolesław Okrutny kontrolował ponad 900 kilometrów szlaku handlowego na Ruś. Tymczasem młody władca Wielkopolski Mieszko I, syn Siemomysła (potomka legendarnego Piasta), prowadził nieustanne walki z Lutykami, którzy zawiązali konfederację plemion słowiańskich żyjących między Odrą i Łabą. Dwukrotnie wyprawy Lutyków zakończyły się klęską 30-letniego Mieszka I. Obawiał się on również ataku ze strony coraz bardziej umacniającego się Cesarstwa Niemieckiego. Nic też dziwnego, że Mieszko I zwrócił się o pomoc do najpotężniejszego władcy w sąsiedztwie Bolesława Okrutnego. Bolesławowi Okrutnemu marzącemu o kolejnych podbojach również zależało na pokoju na północnych granicach, dlatego też doszło do porozumienia i małżeństwa córki Bolesława Okrutnego Dobrawy z księciem Wielkopolan Mieszkiem. Ta decyzja miała więc charakter sojuszu po-

litycznego, przy czym Bolesław Okrutny liczył również na prestiż za chrystianizację wciąż pogańskiego kraju.

Wg. Jana Długosza przed ślubem Mieszko I miał 7 nałożnic, ale nie żon. Na spotkanie z Mieszkiem Dobrawa wyruszyła z Pragi w styczniu 965. Droga prowadziła niezbyt bezpiecznymi szlakami przez Bramę Morawską, Kłodzko, Wrocław, Leszno, przy czym szczególnie gorąco była witana w sercu Śląska – Wrocławiu. Orszak Dobrawy liczył 100 wojów, kilkunastu dostojników i poruszał się z szybkością około 20 kilometrów dziennie. Część drogi z Wrocławia do Głogowa pokonano łodziami po Odrze. Cała podróż z Pragi do Poznania trwała miesiąc.

Już dwa dni przed przybyciem księżniczki Mieszko rozbił obóz na granicy swojego państwa i osobiście eskortował Dobrawę do swojej siedziby. Tzw. ślub stulecia miał miejsce w stolicy Wielkopolski – Poznaniu. Na ślub zostali zaproszeni najbliżsi współpracownicy księcia, dowódcy jego wojsk, członkowie starszyny, krewni oraz goście z Pragi. Stojąc naprzeciwko siebie Dobrawa i Mieszko przystrojeni wieńcami podali sobie ręce co było dowodem zawarcia małżeństwa. W tym starosłowiańskim obrzędzie ślubu nie brali udziału księża i biskupi.

Mieszko liczył, że w zawartym małżeństwie będzie odgrywał rolę dominującą. Tymczasem coraz bardziej podporządkowywał się Dobrawie. Przede wszystkim wy mogła ona na Mieszku przestrzeganie postu, a wreszcie przekonała go o konieczności przyjęcia chrztu.

Przyjmuje się, że chrzest Mieszka miał miejsce w sobotę 14 kwietnia 966 roku. Ponieważ w orszaku Dobrawy nie było żadnego biskupa chrztu Mieszka dokonał osobisty kapelan Dobrawy Jordan, który wkrótce został pierwszym polskim biskupem z siedzibą w Gnieźnie. Chrzest Mieszka nie był Chrztem Polski, dopiero rok



Mieszko I i Dobrawa

► później (967) po zwycięstwie na Lutykami (w ich szeregach walczył krewniak cesarza graf Wichman) ochrzcił się dowódcy zwycięskich wojsk, wielmoże oraz krewni Mieszka.

Rozpoczął się najwspanialszy okres panowania Mieszka I. Jego wojska ruszyły na północ zdobywając Kołobrzeg. Mieszko nakazał budowę Gdańska, równocześnie jego piastowskie zagony ruszyły na południe zdobywając Ziemię Sandomierską i Lublin. Równocześnie rozpoczął budowę swojej siedziby – kamiennego zamku w Poznaniu oraz kościołów w Poznaniu i Wrocławiu.

W roku 972 niemiecki możnowładca margrabia Hodon korzystając z nieobecności cesarza niemieckiego Ottona I w Rzymie zaatakował Mieszka I. Do bezpośredniego starcia doszło pod Cedynią (bitwę tą porównywano z Grunwaldem), gdzie Hodon został całkowicie rozбитý przez rodzonego brata Mieszka – Czcibora.

Mieszko I w bitwach przyjął taktykę swojego zięcia Bolesława Okrutnego. Mianowicie część jego wojska udawała ucieczkę i dopiero wówczas uderzała główna część jego wojska.

Śmierć Hodona, który był sojusznikiem cesarza Ottona I spowodowała, że cesarz zażądał przekazania zaledwie jako zakładnika liczącego 6 lat jedynego syna Dobrawy i Mieszka I, przyszłego pierwszego koronowanego króla polskiego Bolesława Chrobrego (urodził się w rok po przyjęciu chrztu przez Mieszka I). Wkrótce jednak Mieszko I doprowadził do jego uwolnienia.

Dobrawa zmarła w roku 977, licząc zaledwie 40 lat, prawdopodobnie z przyczyn naturalnych. Wykluczono jej śmierć z powodu trucizny bądź sztyletu (Gall Anonim).

W chwili urodzenia pierworodnego syna Bolesława nazwanego później Chrobrym Dobrawa miała 30 lat, zaś Mieszko I 40 lat. Dobrawa i Mieszko I mieli również córkę Świętosławę, która została żoną Swena Widłobrodego i matką Kanuta Wielkiego późniejszego króla Anglii, Danii i Norwegii.

Drugą żoną Mieszka I była niemiecka mieszcza Oda (955–1023) córka margrabiego Teodorczyka. Spotkało się to z wielkimi sprzeciwami dostojników młodego Polskiego Państwa chrześcijańskiego, ponieważ wymagało to zrzucenia przez nią szat mniszki. Ostatecznie ślub odbył się w roku 980. Oda urodziła mieszkowi trzech synów: Mieszka, Świętopełka i Lamberta.

Mieszko I zmarł w dniu 25 maja 992. W chwili śmierci ojca Bolesław Chrobry liczył 25 lat. Wkrótce po przejęciu władzy bojąc się młodszych braci wygnał do Niemiec swoją macochę wraz z jej synami.

Mieszko I i Dobrawa zostali pochowani w Poznaniu, czego świadectwem jest piękna kaplica w Katedrze Poznańskiej z posągami Mieszka I i Bolesława Chrobrego.

PS. Na plantach krakowskich w okolicy ul. Długiej można podziwiać piękny pomnik Mieszka I i Dobrawy.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

BÓL FUNKCJONALNY – ZESPÓŁ DRAŻLIWEGO JELITA

Zaburzenia funkcjonalne oznaczają zmiany w funkcji narządów objętych bólem bez stwierdzenia w nich jakiegokolwiek patologii. Zespoły bólu funkcjonalnego charakteryzują się występowaniem nadwrażliwości na bodźce bólowe, bólem samoistnym i różnymi objawami współistniejącymi. Ból funkcjonalny ma charakter przewlekły i prowadzi do pogorszenia jakości życia. Schorzenia o tym charakterze dotyczą 15% populacji. Zaliczamy do nich: zespół jelita drażliwego, fibromię, zespół dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego, śródmięzszkowe zapalenie pęcherza moczowego, wulwodynię, przewlekły ból krzyża, przewlekłe napięciowe bóle głowy i zespół niespokojnych nóg. Przypuszczalnie przyczyną powstawania bólu są zaburzenia interakcji między OUN a resztą organizmu i zmiany aktywności autonomicznego układu nerwowego. Na szczególną uwagę zasługuje podobień-

stwo wielu cech klinicznych bólu funkcjonalnego, ich częste współwystępowanie z lękiem, stresem i depresją. Ze względu na obszerność tematu w artykule opisano zespół drażliwego jelita.

Definicja: IBS (*irritable bowel syndrome*) to zaburzenie czynnościowe przewodu pokarmowego cechujące się przewlekłymi, nawracającymi dolegliwościami bólowymi, wzdęciami brzucha lub dyskomfortem w jamie brzusznej z towarzyszącymi zaburzeniami rytmu wypróżnień (zaparciami i/lub biegunkami) oraz konsystencji stolca.

Epidemiologia: Na IBS cierpi 10–20% populacji ludzi dorosłych, dwukrotnie częściej chorują kobiety, najczęściej między 20. a 50. rokiem życia.

Patomechanizm: IBS zaliczamy do chorób psychosomatycznych, w przebiegu których istotną rolę odgry-

wają **czynniki psychiczne, genetyczne, środowiskowe, zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego, nadwrażliwość trzewna i czynniki zapalne**. Wszystkie wymienione przyczyny pozostają ze sobą we wzajemnych interakcjach. Czynniki środowiskowe: brak poczucia bezpieczeństwa, a także złe nawyki żywieniowe, nakładając się na czynniki genetyczne i określony stan psychologiczny, powodują zaburzenia funkcjonowania osi mózgowo-jelitowej. Wiele badań dowodzi, że pacjenci z IBS są osobami częściej wykazującymi objawy depresyjne, upowszechnia się zatem opinia, że IBS ma podłoże psychosomatyczne. W rzeczywistości ocena nie dotyczy wszystkich chorych na IBS, lecz tylko tych, którzy zgłaszają się po poradę do lekarza. A tę grupę tworzą jedynie pacjenci z ciężkimi objawami choroby albo w gorszym stanie psychicznym. Zaburzenia kurczliwości i motoryki jelita cienkiego i grubego są ważnym mechanizmem warunkującym występowanie dolegliwości bólowych. Coraz częściej zwraca się uwagę na zapalną przyczynę IBS. Wynika to z faktu, że pojawiają się doniesienia o związku czasowym między krótkotrwałym inicjującym epizodem zakażenia przewodu pokarmowego i następującymi po nim wieloletnimi zaburzeniami jelitowymi. Dlatego wydaje się, że empiryczna antybiotykoterapia może zmniejszyć częstość występowania poinfekcyjnego IBS. W jego patomechanizmie wykazano również istotną rolę serotoniny jako jednego z głównych neurotransmiterów w przewodzie pokarmowym, pośredniczącego w procesie motoryki, czucia trzewnego i sekrecji jelitowej.

Kryteria rozpoznania: Rozpoznanie opiera się głównie na ukierunkowanym wywiadzie. W praktyce klinicznej przydatne są Kryteria Rzymskie III. Według nich IBS to nawracający ból lub dyskomfort w jamie brzusznej, trwający co najmniej trzy dni w miesiącu, przez okres ostatnich trzech miesięcy, związany z dwoma lub więcej objawami: poprawa po wypróżnieniu, początek dolegliwości związany ze zmianą częstości wypróżnień, początek dolegliwości związany ze zmianą konsystencji (wyglądu) stolca.

Dołączają się także objawy pozajelitowe: nudności, uczucie sytości, zgaga, zaburzenia miesiączkowania, zaburzenia seksualne, częstomocz, wzmożona potliwość, zespół przewlekłego zmęczenia, senność, zaburzenia snu, bóle głowy, bóle kręgosłupa, niepokój, lęk, depresja oraz fibromialgia. W badaniu przedmiotowym, w badaniach obrazowych i biochemicznych nie stwierdza się żadnych nieprawidłowości. U osób w wieku podeszłym wskazane jest wykonanie pełnej morfologii, a w świeżo rozpoznanym IBS-D dodatkowo OB i CRP. W postaci biegunkowej wskazane jest wykonanie badania serologicznego w kierunku celiakii. Wskazania do rozszerzenia diagnostyki są niepokojące objawy, takie jak: krew w kale, utrata wagi, niedokrwistość, wodobrzusze, niepowstrzymane parcie, patologiczny

opór wyczuwalny w jamie brzusznej, gorączka, dolegliwości nocne.

Leczenie: Leczenie opiera się na przestrzeganiu zaleceń dietetycznych oraz psychoterapii. Farmakoterapia stosowana jest dopiero w przypadku braku poprawy. Wobec niewyjaśnionej etiologii zespołu leczenie nie może być ukierunkowane na przyczynę. IBS ma charakter przewlekły i jego objawy mogą utrzymywać się latami.

Zalecane jest wykluczenie z diety laktozy, kofeiny, tłuszczu i alkoholu, a ograniczenie sorbitolu, obfitych posiłków, potraw gazotwórczych i potraw indywidualnie źle tolerowanych. Jedzenie dużych ilości nasion strączkowych (grochu, fasoli), kapusty, cebuli, szparagów zwiększa produkcję gazu w jelicie, potęgując ból i wzdęcie. Podobny skutek mogą wywołać pokarmy obfitujące w tłuszcze, duże ilości słodczy, zwłaszcza czekolady, ostre przyprawy, razowe pieczywo i grube kasze. Przeciwwskazane jest także palenie i żucie gumy, ponieważ prowadzi do połykania większej ilości powietrza.

W postaci zaparciowej zalecane jest stosowanie diety bogatoresztkowej, leki osmotyczne i zmiękczające stolec, enemy, leki prokinetyczne działające na dolny odcinek przewodu pokarmowego i przestrzeganie ogólnej higieny spożywanych posiłków. Nie każdemu choremu należy proponować dietę bogatą w błonnik, gdyż jego działanie nie u wszystkich jest jednakowe. Błonnik pokarmowy nie jest jednolitym składnikiem pożywienia. Wyróżnia się frakcję rozpuszczalną i nierozpuszczalną w wodzie. Otręby pszenne zawierają głównie frakcję nierozpuszczalną i u części pacjentów mogą nasilać ból i wzdęcie, choć przeciwdziałają zaparciom. Frakcje błonnika pokarmowego rozpuszczalne w wodzie mogą być korzystne dla pacjentów z zaparciami. Wśród owoców większe ilości błonnika rozpuszczalnego zawierają morele, wiśnie, figi, grejpfruty, śliwki świeże i suszone oraz mandarynki.

Do leków osmotycznych zaliczamy: laktulozę, sobitol, glikol polietylenowy – makroglol (PEG). Prokinetyki to: metoklopramid, trimebutyna i agoniści receptora 5HT₄ (prucaloprid), linaclotid (agonista cykazy guanelynowej C, który odpowiada za sekrecję chlorków, bikarbonatów i płynu do światła jelita), metylnaltrekson (antagonista receptora opioidowego μ) i mitemincinal (agonista receptora motylinowego). Stosowane są również aktywatory kanału chlorkowego (lubiproston). W postaci biegunkowej stosowane są: difenoksylat (reasec), loperamid, alweryna, olejek mięty pieprzowej, antagoniści receptora 5HT₃ (cilansetron).

Dużą skuteczność wykazują leki przeciwdepresyjne. W leczeniu psychologicznym stosowana jest: hipnoza, terapia poznawczo-behawioralna, trening relaksacyjny i psychoterapia. Z metod alternatywnych zaś: akupunktura, autohemoterapia, zioła chińskie, refleksoterapia i koła pomocy. W dysbiozie do rozważenia po-

zostaje antybiotykoterapia (metronidazol, neomycyna, rifaksymina).

Podsumowanie: Podstawą w leczeniu IBS jest zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa. Obserwacja pacjentów z rozpoznaniem IBS w okresie 3–20 lat wykazała, że tylko u mniej niż 1% chorych nastąpiła zmiana rozpoznania, co statystycznie nie odbiega od wyników ogólnej populacji.

Małgorzata MALEC-MILEWSKA
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
CMKP w Warszawie

Autor nie zgłasza konfliktu interesów związanego z prezentowanymi w artykule zagadnieniami.

WYBRANE PIŚMIENNICTWO:

- W. Bartnik et al., *Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne w zespole jelita nadwrażliwego*, „Gastroenterol Klin” 2009; 1(1), 9-17
L.J. Brandt et al., *Functional Pain Syndromes*, „American Journal of Gastroenterology” 2009; 104 Supl 1, S1-S5
A.C. Ford et al., *Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and metaanalysis*, Gut 2009; 58, 367-378
J. Istrati, J. Dobrogowski, *Ból w narzędzie ruchu. Kompendium leczenia bólu*, red. M. Malec-Milewska, J. Woroń, Medical Education, Warszawa 2012, 169-199
L. Lombardo et al., *Increased incidence of small intestinal bacterial overgrowth during proton pump inhibitor therapy*, „Clinical Gastroenterol Hepatol” 2010; 8(6), 504-508
B. Skrzydło-Radomańska, *Rozpoznanie i leczenie zespołu jelita drażliwego*. Monografia IBS, Łódź 2012. (przedruk z „Pulsu” nr 2/16)

JESZCZE ŻYWY? – CZY JUŻ MARTWY? OTO JEST PYTANIE! CZĘŚĆ 1

Każdy z nas Medyków w swoim życiu zawodowym, w trakcie pracy z pacjentem, czasami osobiście, staje na krawędzi stanu między życiem, a śmiercią. Konieczność arbitralnego rozstrzygnięcia o tym, czy ktoś jest już martwy, czy jeszcze żywy, to dość częste zadanie dla zespołów ludzkich pracujących „między życiem, a śmiercią”. Trudność decyzji jednoznacznie określających stan fizyczny pacjenta, komplikuje dość mocno rodzaj przeżyć osób, które biologicznie patrząc na ich stan, „jeszcze nie są martwe, a już nie są żywe”. Ich szczęśliwy „come back” do żywych przynosi rodzaj doznań i przeżyć zapamiętanych, o zaskakującym tle i charakterze. Amerykanie nazywają ten graniczny rodzaj sytuacji jako NDE (*near death experience*). Analizując dostępną literaturę napotkałem bardzo ciekawy rodzaj informacji, zawartej w badaniu nazwanym AWARE. Poniżej cytuję je za autorką Mają Kochanowską, pasjonatką neurobiologii i neuropsychologii. Także jej poglądy na przeżycia z pogranicza śmierci,

Doświadczenia z pogranicza śmierci

Zapewne każdy słyszał z mniej lub bardziej wiarygodnych źródeł o osobach, które przeżyły śmierć kliniczną i ich opowieści o obserwowaniu z góry swojego ciała, świetle w tunelu i innych tajemniczych przeżyciach. Jedni twierdzą, że te doświadczenia są dowodem na życie pośmiertne, inni traktują takie opowieści jak bajki, a jeszcze inni próbują tłumaczyć naukowo. Przeszukałam ostatnio internetową bazę czasopism naukowych i chcę przedstawić, co na temat doświadczenia z pogranicza śmierci (*NDE – near death experiences*) mówi współczesna nauka.

Doświadczenie z pogranicza śmierci związane jest z wieloma różnymi przeżyciami, m. in. z takimi jak:

- Poczucie bycia martwym.

- Poczucie opuszczenia ciała (*OBE – out of body experience*), po polsku zwane też eksterioryzacją. Doświadczeniu OBE może towarzyszyć tzw. autoskopia, czyli obserwowanie z góry swojego ciała.
- Słyszenie głośniego brzęczenia lub dzwonienia podczas opuszczania ciała.
- Wrażenie znajdowania się w tunelu, na końcu którego widać bardzo jasne światło.
- W zależności od swojej religii, widzenie aniołów, Boga, Jezusa, Mahometa, innych bóstw lub po prostu przyjaznej postaci w przypadku ateistów.
- Wrażenie wędrówki do chmur, przestrzeni kosmicznej, nieba lub piekła.
- Widzenie swoich zmarłych krewnych lub przyjaciół i rozmawianie z nimi za pomocą myśli.
- Przegląd życia – osoba widzi nie tylko wszystkie wydarzenia ze swojego życia, ale też wszystkie myśli oraz zauważa, jak to wszystko wpływało na nią i na innych. Podczas tego doświadczenia, nie istnieje czas ani przestrzeń; wszystko zostaje przypomniane podczas jednej chwili. Po odzyskaniu przytomności osoba może godzinami opowiadać o tym, co przypominała sobie podczas resuscytacji trwającej kilka minut.
- Wrażenie dojścia do ściany lub innej bariery. Osoby, które miały takie przeżycie opisują, że miały wrażenie, iż jeśli przejdą na drugą stronę, nie wrócą już do życia. Czuły się tak wspaniale, że nie chciały wracać, ale jednocześnie coś mówiło im, że powinni wrócić, ponieważ mają jeszcze wiele do zrobienia.
- Na koniec występuje wrażenie powrotu do swojego ciała, związane z powrotem odczuwania bólu.

Typowa wśród osób, które miały takie doświadczenia, jest zmiana nastawienia do życia po dojściu do zdrowia. Osoby takie stają się bardziej pomocne i reli-

gijne, rozwijają swoje życie duchowe, przestają bać się śmierci.

Jak często występują doświadczenia z pogranicza śmierci i u kogo

Doktor Pim Van Lommel i jego współpracownicy ze szpitala Rijnstate w Holandii od 1988 do 2001 roku pytali pacjentów, którzy przeżyli zatrzymanie akcji serca, czy pamiętają coś z okresu, kiedy byli nieprzytomni. Spośród 344 pacjentów, 62 (18%) miało wspomnienia z tego okresu. Ok. 50% z nich miało świadomość, że są martwi lub doznawało pozytywnych emocji, ok. 25% przeżyło opuszczenie ciała, 30% wędrowało przez tunel, ok. 25% komunikowało się ze „światłem” lub obserwowało kolory, ok. 30% obserwowało niebiański krajobraz lub spotkało się ze zmarłymi, 13% przeżyło przegląd życia, a 8% doświadczyło dojścia do granicy.

Takie same badania przeprowadzili również lekarze Amerykańscy (15,5% ze 116 pacjentów miało NDE) i Brytyjscy (11% z 63 pacjentów opowiedziało o NDE). Doktor Lommel przytacza w swojej pracy ciekawą relację jednej z pielęgniarek. Opowiada ona o 44-letnim pacjencie znalezionym na dworze i przywiezionym do szpitala w stanie śpiączki. Pielęgniarka przed zaintubowaniem pacjenta, wyjęła z jego ust protezę zębów. Po ok. 1,5 godzinie pacjent odzyskał prawidłowy rytm serca i ciśnienie krwi i, nadal w śpiączce, został przeniesiony na oddział intensywnej terapii. Po ponad tygodniu, pielęgniarka ponownie spotkała, już przytomnego pacjenta. Mężczyzna stwierdził, że pielęgniarka na pewno wie, gdzie jest jego proteza i dokładnie opisał, gdzie ją położyła. Działo się to w czasie, kiedy był w głębokiej śpiączce i w trakcie resuscytacji.

Lekarze z Holandii zwrócili uwagę, że częstość występowania doświadczenia z pogranicza śmierci nie zależy od długości okresu zatrzymania akcji serca, od długości stanu nieprzytomności ani od tego, czy była potrzeba intubacji podczas resuscytacji, czy nie. Nie znaleźli również związku między częstością NDE a podanymi lekami, natężeniem strachu przed śmiercią przed wydarzeniem, wcześniejszą wiedzą o NDE, płcią, religią, ani wykształceniem. Częstsze występowanie doświadczenia z pogranicza śmierci wykazano u osób poniżej 60 roku życia, u pacjentów, którzy byli resuscytowani więcej niż jeden raz podczas swojego pobytu w szpitalu oraz u tych, którzy już wcześniej mieli takie doświadczenia.

Dlaczego niektórzy doznają pozytywnych doświadczenia z pogranicza śmierci, podczas gdy dla większości osób wydarzenie, które doprowadziło do zatrzymania akcji serca jest traumatycznym wspomnieniem, często wywołującym zespół stresu pourazowego? Na to pytanie próbowali odpowiedzieć W. B. Britton i R. B. Bootzin – naukowcy z Uniwersytetu Arizony. Przebadali oni funkcjonowanie mózgu 43 osób, które przeżyły NDE i porównali je do grupy osób, która nie doznała nigdy

urazów ani chorób zagrażających życiu. Okazało się, że u osób, które miały doświadczenia z pogranicza śmierci, częściej występują wzorce EEG podobne do wzorców EEG u osób chorych na padaczkę (nie oznacza to, że te osoby również są chore na padaczkę). Wzorce padaczkopodobne występowały u tych osób w lewych półkulach i u jednej osoby w obu. Jest to wbrew przypuszczeniom badaczy, którzy wiedząc, że prawe płaty skroniowe mogą wywoływać mistyczne przeżycia u osób chorych na padaczkę, przypuszczali, że osoby, które doznały NDE również będą mieć anomalie w prawych półkulach. Badani, którzy doświadczyli NDE, mieli również częściej niż grupa kontrolna objawy takie jak lunatykowanie, nadwrażliwość węchowa, czy hipergrafia, czyli przełożona chęć do ciągłego pisania. Objawy takie występują również u osób chorych na epilepsję związaną z płacami skroniowymi. Wykazano również różnice w śnie między osobami, które miały przeżycia z pogranicza śmierci, a grupą kontrolną. Osoby, które miały NDE spały średnio godzinę krócej, były rzadziej w fazie snu REM (w fazie, w której pojawiają się marzenia sennie), ale fazy te były u nich dłuższe. Badania psychologiczne pokazały też, że osoby, które doświadczyły NDE charakteryzują pozytywne style radzenia sobie ze stresem. Badacze porównali swoje wyniki z wynikami innych naukowców, którzy badali osoby, które przeżyły urazy zagrażające życiu. Wyniki innych naukowców mówią, że padaczkopodobne wzorce EEG u osób, które doznały utraty przytomności nie spowodowanej urazem głowy, występują z częstością 5,7%. Spośród 43 osób, które doznały NDE, aż 22% wykazywało wzorce EEG podobne do tych, jakie występują u pacjentów z epilepsją. Osoby te również nie doznały urazu głowy, co sugeruje, że funkcjonowanie mózgu u osób, które doznały doświadczenia z pogranicza śmierci jest inne, niż u osób, które nie doznały takich doświadczeń i różnica w funkcjonowaniu nie jest wynikiem urazu. Fakt, że u osób chorych na padaczkę mistyczne przeżycia wywołują prawe płaty skroniowe, a u osób badanych przez naukowców z Arizony badanie EEG pokazało anomalie w lewych płatach skroniowych, również sugeruje, że osoby doświadczające NDE mogą być specyficzną grupą osób.

Jak można naukowo wytłumaczyć doświadczenia z pogranicza śmierci

Wielu naukowców twierdzi, że doświadczenia z pogranicza śmierci są wynikiem niedotlenienia mózgu. Potwierdza tę tezę fakt, że przeżycia podobne do tych, jakie opowiadają osoby, które przeżyły zatrzymanie akcji serca, opowiadają również osoby, które zemdlały oraz piloci odrzutowców, którzy doznają nagłych dużych przyspieszeń. Podczas niedotlenienia mózgu, pole widzenia „zamyka się” od obrzeży w stronę środka, co może powodować wrażenie obserwowania światła w tunelu. Istnieje również teoria, że doświadczenia NDE są czymś w ro-

dzaju świadomego snu, długo trwającym stanem między snem, a wybudzeniem się. Przeżycie opuszczenia swojego ciała może być skutkiem przejściowego zaburzenia w integracji wzrokowych, dotykowych, proprioceptywnych (pochodzących z ciała) i przedsionkowych (związanych z pozycją ciała) bodźców. Przypuszczenia naukowców, że doświadczenia z pogranicza śmierci, takie jak opuszczenie swojego ciała są niczym więcej, jak wytworem mózgu, potwierdza fakt, że można je sztucznie wywołać, stymulując pewne obszary mózgu. Stymulacja połączenia zakrętu kąтового i zakrętu nadbrzeżnego (obszar związany z integracją bodźców) oraz tylnej części zakrętu skroniowego górnego (obszar związany z autopercepcją) w prawej półkuli może wywołać uczucie oddzielenia się od ciała, ale bez wrażenia obserwacji siebie z góry. Opisany jest też pacjent, u którego stymulacja obszaru położonego bardziej z tyłu, wywołała odczucie opuszczenia ciała łącznie z autoskopią. Neurochirurg Wilder Penfield, zdobywca Nagrody Nobla, podczas operacji padaczki także wywoływał czasami doświadczenia, podobne do takich, jakie opisują osoby, które doznały zatrzymania akcji serca. Były to takie doświadczenia, jak przywołanie wspomnień z przeszłości (ale nigdy przegląd całego życia), doświadczenie światła, głosu lub muzyki, a u jednego pacjenta przeżycie opuszczenia ciała. Z doświadczeniem opuszczenia ciała mogą być związane też receptory NMDA. Z badań osób zażywających narkotyki wiadomo, że OBE mogą wywołać niektóre z nich, a przede wszystkim ketamina, która blokuje receptory NMDA. Receptory te biorą udział w przekazywaniu informacji ze wszystkich zmysłów i ich zablokowanie może powodować niemożliwość integracji bodźców, co według niektórych naukowców wywołuje OBE.

Naukowo, jak widać można wytłumaczyć wiele, ale jednak nie wszystko. Bo w jaki sposób wytłumaczyć, jak to się dzieje, że doświadczenia z pogranicza śmierci mają często miejsce wtedy, kiedy wykres EEG pokazuje płaską linię? Na to pytanie neurobiologia ani neurofizjologia nie mają jak na razie odpowiedzi. Niektórzy zaprzeczają, że te doświadczenia występują wtedy, kiedy mózg nie pracuje i twierdzą, że powstają w momencie, kiedy przestaje pracować i kiedy zaczyna pracować. Inni z kolei spekulują, że być może świadomość nie jest wcale wytworem komórek mózgowych i może istnieć niezależnie od umysłu. Być może to fizyka kwantowa jest dziedziną wiedzy, która może wytłumaczyć, czym jest świadomość, a nie neurobiologia. Jedną z osób, którą interesują te kwestie jest dr Sam Parnia, lekarz, który w 2008 roku razem z zespołem ponad 30 osób rozpoczął badanie, mające na celu rozstrzygnięcie, czy osoby, które twierdzą, że unosiły się pod sufitem i obserwowały swoje ciało, rzeczywiście tam były (tzn. czy ich świadomość tam była), czy jest to tylko wynik anomalii w funkcjonowaniu mózgu. Badacze umieścili w szpitalach, w salach,

w których wykonuje się resuscytację obrazki, które można zobaczyć tylko spod sufitu. Następnie, podczas rozmów z osobami, które przeżyły zatrzymanie akcji serca, mają zamiar sprawdzić, czy osoby opisujące obserwowanie siebie z góry, są w stanie powiedzieć, jakie obrazki widziały. Badanie jest w trakcie i ma zostać opublikowane w 2012 – 2013 roku.

Podobne badania nad unoszeniem się nad ciałem były już wcześniej robione przez osoby zajmujące się zjawiskami paranormalnymi, ale to badanie jest pierwszym w warunkach szpitalnych i pierwszym, w które zaangażowało się tylu ludzi ze świata nauki i medycyny – neuronaukowcy, lekarze zajmujący się resuscytacją, psychiatrzy, lekarze z oddziałów intensywnej opieki medycznej i inni.

Świadomość podczas resuscytacji

Badanie AWARE (*AWAreness during RESuscitation*) było pierwszym badaniem na tak dużą skalę, mającym na celu poznanie doświadczeń osób, które przeżyły zatrzymanie akcji serca. Prowadzone było w 15 ośrodkach, w USA, Wielkiej Brytanii i Austrii, a przewodniczył im Sam Parnia. To, co było szczególne w tym badaniu, poza jego skalą, to chęć zbadania hipotezy o możliwości oddzielenia się od swojego ciała i obserwowania się z góry. Znane są opowieści osób, które przeżyły zatrzymanie akcji serca i po odzyskaniu przytomności twierdzą, że unosiły się nad swoim ciałem i obserwowały z góry całą akcję ratunkową. Często ze szczegółami opowiadają wszystko co zapamiętały. Wielu naukowców nie wierzy, że ich umysł, czy dusza rzeczywiście oddzieliły się od ciała i próbują tłumaczyć takie relacje funkcjonowaniem mózgu. Sam Parnia uznał jednak, że nie można odrzucić hipotezy o oddzielaniu się od swojego ciała bez przeprowadzenia badań naukowych w tym kierunku i warto jest takie badania przeprowadzić

Jak przebiegało badanie AWARE

W celu sprawdzenia hipotezy o możliwości oddzielenia się od swojego ciała, w szpitalach biorących udział w projekcie badawczym zamontowano pod sufitem, w miejscach gdzie spodziewano się, że może być przeprowadzana resuscytacja, półki, na których położono różne obrazki. Było je można zobaczyć jedynie spod sufitu, więc, zgodnie z założeniami, jeśli pacjent podczas resuscytacji oddzielił się od swojego ciała i pamięta wszystko co widział, powinien także być w stanie powiedzieć co znajdowało się na obrazku.

Podczas trwania projektu badawczego w szpitalach biorących w nich udział zarejestrowano ponad 2000 przypadków zatrzymania akcji serca, spośród których 330 pacjentów udało się uratować dzięki resuscytacji. Z tej grupy 140 osób wzięło udział w badaniu. Wszyscy wzięli udział w krótkim wywiadzie, odpowiadając na ogólne pytania o swojej świadomości i pamięci

zdarzeń podczas trwania resuscytacji, a większość (101 osób) wzięła udział również w drugim wywiadzie, bardziej pogłębionym.

Uczestnicy badania zostali podzieleni na dwie grupy, z których drugą podzielono na trzy podgrupy:

1. Brak świadomości i/lub pamięci.
2. Obecność świadomości i/lub pamięci:
 - a) Szczegółowa pamięć o doświadczeniach, których nie można zakwalifikować jako doświadczenia NDE (*Near Death Experiences* – doświadczenia z pogranicza śmierci),
 - b) Szczegółowa pamięć o doświadczeniach NDE, bez pamięci zdarzeń i świadomości podczas zatrzymania akcji serca,
 - c) Szczegółowa pamięć o doświadczeniach NDE, ze słuchową i/lub wzrokową pamięcią zdarzeń podczas zatrzymania akcji serca.

Osoby, które wzięły udział tylko w pierwszym wywiadzie były kwalifikowane jedynie do pierwszej albo drugiej grupy, bez przydzielenia do konkretnej podgrupy. W celu podzielenia doświadczenia jako NDE i nieNDE została użyta Skala NDE Greysona, która składa się z 16 pytań o różne doświadczenia. Na każde z nich można odpowiedzieć na 3-punktowej skali (nie miałem takiego doświadczenia, było słabe, było silne). Doświadczenie NDE jest kwalifikowane jako co najmniej 7 punktów w tej skali.

Wyniki badania – czy świadomość podczas resuscytacji jest faktem?

Na pytanie z pierwszego wywiadu „*Czy pamiętasz cokolwiek z okresu kiedy byłeś nieprzytomny?*” odpowiedziało twierdząco 39% uczestników badania.

Co takiego pamiętali?

Większość – 46 osób miała doświadczenia, których autorzy badania nie zakwalifikowali jako doświadczenia NDE. Najczęściej było to poczucie, że wszystko dzieje się szybciej lub wolniej niż zwykle (27 osób) oraz odczuwanie spokoju i przyjemności (22 osoby). 13 osób przyznało, że ich zmysły były bardziej ostre niż zwykle i tyle samo miało poczucie oddzielenia się od swojego ciała. Doświadczenia takie jak przegląd scen z życia, poczucie harmonii albo jedności ze światem, wejście do innego pozaziemskiego świata czy widzenie jasnego światła były obecne tylko u kilku osób. 7 osób miało też przekonanie, że wiedzą o rzeczach, o których nie powinni wiedzieć ze swojego punktu widzenia, tak jakby spostrzegali pozazmysłowo.

Doświadczenia, które można uznać za doświadczenia NDE były obecne tylko u 9 osób, spośród których tylko 2 miały słuchową albo wzrokową świadomość tego, co działo się podczas resuscytacji. Czy widzieli oni obrázky pod sufitem? W tym względzie badanie trochę się nie powiodło... Okazało się, że jedynie 22% resuscytacji

było prowadzonych w miejscach, w których zawieszone były półki z obrazkami. Tych 2 pacjentów akurat w tych 22% się nie znalazło. Mimo to, zaproszono obie osoby na dalszy, pogłębiony wywiad. Jedna z nich ze względu na stan zdrowia nie mogła wziąć udziału. Druga z nich, opowiedziała jednak szczegółowo swoje wspomnienia. Osoba ta, 57-letni mężczyzna, pamiętał, że obserwował zdarzenia z górnego rogu pomieszczenia. Opisał dokładnie ludzi, dźwięki i zdarzenia, jakie miały miejsce podczas resuscytacji. Jego dokumentacja medyczna potwierdza jego relacje. Na podstawie dokumentacji i jego relacji, autorzy badania stwierdzili, że mógł być świadomy przez nawet 3 minuty podczas okresu zatrzymania akcji serca.

Wyniki badania nie odpowiedziały więc na najbardziej nurtujące pytanie. Potwierdziły jednak, że jest możliwe pamiętanie zdarzeń z okresu zatrzymania akcji serca, chociaż zdarza się to bardzo rzadko i wciąż nie mamy wytłumaczenia tego zjawiska. Nie mamy też urządzeń, za pomocą których możemy z całą pewnością stwierdzić, że dana osoba nie jest świadoma.

Wyniki tego badania oraz wcześniejszych pokazują, że podczas gdy urządzenia, których lekarze używają do monitorowania funkcji organizmu wskazują na brak świadomości, jest możliwość, że pacjent w tym momencie ma jednak świadomość zachowaną...

Aby mieć szerszy pogląd na problem „życia, czy śmierci” sięgnąłem do materiałów zawierających kryteria, którymi kierują się medycy zajmujący się orzekaniem o śmierci, celem kwalifikacji potencjalnego dawcy w procedurze związanej z transplantologią. Cytuję informacje za dr Tomaszem Kubikiem.

Śmierć jest zjawiskiem biologicznym, a więc nie następuje w konsekwencji jej stwierdzenia. Diagnoza śmierci przez wieki była bezproblemowa i podejmowano ją na podstawie objawów ustania krążenia i bezdechu. Wraz z wejściem w życie w lipcu 2007 r. nowych przepisów i wprowadzeniem badań instrumentalnych do diagnostyki śmierci mózgu definiuje się ją jako nieodwracalną utratę wszystkich funkcji całego mózgu, z pniem mózgu włącznie. Obecnie w diagnozowaniu śmierci mózgu kluczowym pojęciem jest nieodwracalna utrata wszystkich funkcji mózgowych, a więc śmierć całego mózgu. Postrzegamy umieranie jako proces. Rozwija się on od osłabienia funkcji, aż do jej całkowitej utraty. Końcowy punkt jest określany jako śmierć. Ponieważ istotne funkcje życiowe, takie jak krążenie i oddychanie mogą być dziś podtrzymywane sztucznie, stwierdzenie nieodwracalnej utraty wszystkich funkcji mózgowych staje się koniecznym i wystarczającym warunkiem stwierdzenia śmierci.

Uszkodzenie pierwotne i wtórne

W nowych kryteriach diagnostycznych dla stwierdzenia śmierci mózgu w zakresie mechanizmu powstawania

nieodwracalnego uszkodzenia tkanek mózgowia wprowadzono pojęcie uszkodzenia pierwotnego i wtórnego. Pierwotne – występują w momencie zaistnienia uszkodzenia i dotyczą bezpośrednio mózgowia. Zwykle związane są z urazem, zamknięciem lub pęknięciem naczynia mózgowego (udar krwotoczny), pęknięciem malformacji naczyniowej, guzem mózgu i infekcją mózgu. Wtórne – powodowane są przez procesy wyzwolone poza mózgiem i często niewidoczne klinicznie w momencie powstania uszkodzenia. Związane są najczęściej z niedotlenieniem (w przebiegu nagłego zatrzymania krążenia), zamknięciem naczynia mózgowego, obrzmieniem mózgu, obrzękiem cytotoksycznym, infekcją (również opon mózgowo-rdzeniowych), uszkodzeniem metabolicznym (np. hipoglikemia).

Uszkodzenie nadnamiotowe i podnamiotowe

W obrębie jamy czaszki anatomia i patofizjologia urazu mózgu w naturalny sposób wyodrębnia dwie przestrzenie wyznaczone konstrukcją opony twardej – przestrzeń nadnamiotową i podnamiotową. Izolowane uszkodzenie obszaru mózgu wypełniającego przestrzeń podnamiotową – uszkodzenie struktur tylnego dołu czaszki i dolnej części pnia mózgu w pewnych sytuacjach klinicznych nie wywoływało całkowitego zatrzymania mózgowego przepływu krwi w przestrzeni nadnamiotowej. Pojawiały się wątpliwości, czy obszary te uległy jednoczasowemu nieodwracalnemu zniszczeniu. Wprowadzenie badań instrumentalnych do procedury stwierdzania śmierci mózgu pozwala wykluczyć czynność elektryczną mózgu lub przepływ krwi przez mózgowie. W większości przypadków klinicznych obrzęk mózgu wynikający z jego uszkodzenia narasta od strony przestrzeni nadnamiotowej, a pień mózgu umiera jako ostatnia jego część. W takich sytuacjach czynnikiem kwalifikującym śmierć mózgu jest nieodwracalny brak funkcji pnia mózgu.

Rozpoznanie śmierci mózgu opiera się na stwierdzeniu nieodwracalnej utraty jego funkcji. Postępowanie kwalifikacyjne jest wieloetapowe. Na etapie stwierdzeń ustalić należy etiologię uszkodzenia mózgu, na kolejnym wykluczyć należy potencjalnie odwracalne przyczyny uszkodzenia mózgu, a na etapie badania klinicznego – wykazać brak odruchów nerwów czaszkowych i funkcji ośrodka oddechowego podczas próby bezdechu.

Instrumentalne badania potwierdzające

Celem rozpoznania śmierci mózgu w większości przypadków wystarczy przeprowadzić klasyczną procedurę z dokładną analizą przyczyn, mechanizmów i skutków uszkodzenia mózgu, opierając ją na badaniu klinicznym.

Jednak zdarzają się szczególne sytuacje, w których badania kliniczne nie mogą być prawidłowo wykonane lub jednoznacznie interpretowane. Przepisy dopuszczają

lub nakazują niekiedy potwierdzenie śmierci mózgu poprzez wykonanie jednego z dopuszczonych, instrumentalnych badań dodatkowych. Dopuszczono dwie grupy badań diagnostycznych: badania elektrofizjologiczne i badania oceniające przepływ mózgowy. Brak czynności elektrycznej mózgu wykazać należy w EEG lub badając multimodalne [BAEP] lub somatosensoryczne [SSEP] potencjały wywołane z pnia mózgu. W ocenie mózgowego przepływu krwi wykonać wolno przezczaszkową ultrasonografię Dopplera, scyntyografię perfuzyjną mózgu, angiografię mózgową. W przepisach do stwierdzania śmierci mózgu w zakresie badań instrumentalnych określono szczegółowo sposób prawidłowego przeprowadzenia badań z zastosowaniem odpowiedniego sprzętu i techniki. Przepisy określają również kwalifikacje, jakie musi mieć lekarz przeprowadzający badanie i interpretujący wyniki.

Rozległe uszkodzenia twarzoczaszki, uszkodzenie gałki ocznej z masywnym obrzękiem tkanek oczodołu, sklepienia kostnego oczodołu, piramidy kości skroniowej, kości podstawy czaszki mogą uniemożliwić wykonanie badania odruchów, gdyż istnieje prawdopodobieństwo obwodowego uszkodzenia nerwów czaszkowych. Z protokołu procedury usunięto wykluczenie chorych z drgawkami i prężeniami, a pojawienie się nietypowych odruchów trudnych jednoznacznie do interpretacji w trakcie obserwacji nakazuje zweryfikować badanie neurologiczne. Zatrucie lub wcześniejsze zastosowanie terapeutyczne leków działających depresyjnie na OUN może uniemożliwić jednoznaczną interpretację badania klinicznego. Resztkowa obecność tych substancji wynikać może z ich farmakokinetyki lub niedoskonałości badania toksykologicznego. Należy pamiętać, że pomimo eliminacji stosowanej substancji z ustroju, często pozostają aktywne klinicznie metabolity, których działanie utrudnia weryfikację badania przedmiotowego. W przypadku tych wybranych trudności diagnostycznych, mimo braku dokonania wszystkich wykluczeń, wolno nam kontynuować procedurę pod warunkiem wykonania jednego z badań potwierdzających, zgodnie ze wskazówkami zawartymi w przepisach.

Okres obserwacji wstępnej

Wstępna ocena stanu pacjenta spełniającego kryteria śmierci mózgu określona w etapie stwierdzeń i wykluczeń wymaga następnie zastosowania odpowiednio długiej obserwacji przed rozpoczęciem badania klinicznego. Jeżeli przyczyną braku funkcji mózgu jest uszkodzenie wtórne to należy obserwować stan pacjenta przez 12 godzin, jeśli zaś mamy do czynienia z pierwotnym uszkodzeniem mózgowia to okres obserwacji wstępnej wynosi o połowę krócej – 6 godzin. Jednym z warunków prawidłowej oceny odruchów na etapie badania klinicznego jest normotermia. Zdefiniowano hipotermię, określając ją jako temperaturę powierzchniową niższą niż 35°C.

Należy utrzymywać taką temperaturę przez cały okres prowadzonej diagnostyki śmierci mózgu.

Ocena odruchów pniowych

W etapie badania klinicznego należy przeprowadzić badanie odruchów nerwów czaszkowych i próbę bezdechu zawsze dwukrotnie; w przypadku rozpoznania uszkodzenia pierwotnego mózgu w odstępie 6 godzin, a w przypadku uszkodzenia wtórnego – 24 godzin. Wyjątkiem jest pierwotne podnamiotowe uszkodzenie mózgu, które pozwala skrócić odstęp między badaniami klinicznymi do 3 godzin. Jeśli przyczyną nieodwracalnego uszkodzenia mózgu jest proces pierwotnie podnamiotowy, obowiązkowo musimy zastosować jedno z badań potwierdzających (z wyjątkiem badania potencjałów wywołanych z pnia mózgu, które nie zweryfikują uszkodzenia struktur nadnamiotowych).

Zawsze, bez względu na etiologię uszkodzenia mózgu, jeśli zastosuje się badanie potwierdzające, można skrócić odstęp pomiędzy dwoma badaniami klinicznymi do 3 godzin. Przepisy szczegółowo nie określają, na jakim etapie diagnostyki należy wykonać badanie potwierdzające.

Badając odruchy należy stosować się dokładnie do przepisów określających przebieg badania. W badaniu odruchu reakcji źrenic na światło nie określamy wielkości, symetrii i kształtu źrenicy. Ocenie podlega jedynie obserwacja zwężenia źrenicy w reakcji na światło badana obustronnie.

W próbie kalorycznej wstrzykujemy obustronnie do przewodu słuchowego zewnętrznego strumień zimnej (3–10°C) soli fizjologicznej w ilości 20 ml. Zawsze przed wykonaniem próby należy sprawdzić drożność przewodów słuchowych. Oceny tej nie musi wykonać laryngolog, laryngolog nie musi także oceniać ciągłości błony bębenkowej.

Badanie reakcji bólowej w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych polega na stymulacji nerwu trójdzielnego. Stymulacja punktów kostnych nerwu nadoczodołowego i podoczodołowego podlega ocenie. Obszar unerwienia trzeciej gałązki skórnej – nerwu bródkowego może mieć mieszany zakres unerwienia czuciowego z nerwami rdzeniowymi odcinka szyjnego.

Dopuszczono również sposób polegający na stymulacji bólowej nerwów obwodowych poprzez ucisk nasady płytki paznokciowej. W tym sposobie badania obserwacji i ocenie podlega zachowanie mięśni mimicznych twarzy (nerw VII – twarzowy]. Wywołana w ten sposób reakcja ruchowa z innego obszaru unerwienia ruchowego nie podlega ocenie – jest znakiem funkcji rdzenia.

Należy zwrócić uwagę na prawidłowe zabezpieczenie rogówek roztworem soli fizjologicznej i opatrunkiem (jałowe gaziki) po przeprowadzeniu badań z oceną zachowania się gałek ocznych.

Test bezdechu

Istotą testu bezdechu jest stymulacja ośrodka oddechowego w pniu mózgu do reakcji na wzrastające ciśnienie parcjalne CO₂ we krwi – najsilniejszy bodziec wzbudzający odruchowe oddychanie, a więc proces automatyczny i niezależny od naszej woli. W trakcie próby obserwujemy zachowanie mięśni oddechowych i nadbrzusza. Rozpoznanie trwałego bezdechu następuje przy prężności CO₂ 60 mmHg we krwi tętniczej. Przed rozpoczęciem testu należy usunąć azot z ustroju, zastępując go tlenem poprzez wentylowanie badanego 100% tlenem przez 30 minut. Następnie, odpowiednio modyfikując wentylację należy osiągnąć prawidłową prężność CO₂ i ustabilizować pCO₂ na poziomie 40 mmHg.

Aby uznać ważność próby określono przyrost pCO₂ w trakcie obserwacji bezdechu jako wartość przekraczającą 20 mmHg. Intencją przeprowadzonego testu jest wykazanie bezdechu przy prężności CO₂ 60 mmHg, jednocześnie uzyskując jej minimalny przyrost o 20 mmHg. Aby te warunki spełnić należy obserwować bezdech przez około 10 minut. Czasem wystarczy krótszy okres obserwacji do spełnienia warunków kluczowych i konieczność skrócenia czasu obserwacji nie wyklucza ważności przeprowadzonej próby. Zawsze należy pobrać krew w celu sprawdzenia, czy nastąpił oczekiwany wzrost prężności CO₂.

W przypadkach występowania uszkodzeń płuc, zachowując istotę rozpoznania trwałego bezdechu dopuszczono zmodyfikowany sposób osiągnięcia warunku kluczowego, czyli bezdechu przy prężności CO₂ 60 mmHg. Stosując kontrolowaną hipowentylację tlenem, osiągnąć należy tętniczą prężność na poziomie 60 mmHg i wtedy odłączyć badanego od respiratora po czym zaobserwować brak ruchów oddechowych.

Wiele kontrowersji budzi interpretacja zapisu określającego dokładną wartość początkową p CO₂. W praktyce właściwie niemożliwe staje się dokładne uzyskanie jednej określonej wartości, a nie zakresu wartości. Uznając za cel badania określenie zdolności reakcji ośrodka oddechowego na wzrastający poziom CO₂ we krwi (im wyższy, tym większa stymulacja oddychania) wolno rozpocząć próbę z poziomu wyższego niż pCO₂ 40 mmHg. Dopuszczenie zastosowania zmodyfikowanego sposobu z zastosowaniem hipowentylacji właściwie eliminuje określenie wartości początkowej, gdyż okres sztucznej wentylacji nie podlega obserwacji. Traci więc sens określenie zarówno wartości początkowej jak i przyrostu, a kluczowym staje się osiągnięcie prężności CO₂ 60 mmHg wyznaczającej definicję bezdechu. Przepis jednak nie stanowi, jak tym sposobem określić definitywnie bezdech (jak długo obserwować po odłączeniu wentylacji). Być może w niedalekiej przyszłości zastosowanie nowoczesnych respiratorów pozwoli w obiektywny sposób określić bezdech za pomocą czułych detektorów czynności wdechowej pacjenta. Jeśli pojawiają

się wątpliwości związane z obserwowanymi reakcjami lub interpretacją wyników (np. u chorych z przewlekłą niewydolnością oddechową), należy zweryfikować wynik testu wykonując jedno z dopuszczonych instrumentalnych badań potwierdzających.

Odruchy rdzeniowe

U pacjentów z cechami śmierci mózgu może pojawić się odruchowe i spontaniczne poruszanie się różnych części ciała. Odpowiedzialne za te ruchy są neurony rdzenia kręgowego.

Obecność takich odruchów i automatyzmów rdzeniowych u pacjentów z cechami śmierci mózgu nie wyklucza w żadnej mierze prawidłowego przeprowadzenia procedury diagnostycznej prowadzącej do stwierdzenia śmierci osobniczej.

Wszystkie takie zjawiska zostały szczegółowo opisane w przepisach załącznika. Pochodzą z rdzenia kręgowego lub nerwów obwodowych i zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną nie należy ich mylnie interpretować jako dowód na zachowaną czynność mózgu.

Trudności w interpretacji badania neurologicznego bądź pojawienie się nietypowych zjawisk i odruchów nakazuje w celu potwierdzenia śmierci mózgu wykonać jedno z dopuszczonych instrumentalnych badań potwierdzających.

Śmierć mózgu u dzieci

Odmienności anatomiczne i patofizjologiczne mózgu małego dziecka powodują, że trwałość i nieodwracalność uszkodzenia tkanek mózgowia wymagają zastosowania odpowiednio długiego czasu obserwacji. Często trudności techniczne i wynikająca z nich niejednoznaczna ocena badania klinicznego powoduje, że do rozpoznania śmierci mózgu obligatoryjnie należy wykonać jed-

no z instrumentalnych badań potwierdzających, zachowując długi okres obserwacji.

Podzielono dzieci na trzy grupy wiekowe. Dzieci powyżej 2 roku życia podlegają procedurom diagnostycznym jak dorośli. Okres obserwacji wstępnej we wszystkich grupach wiekowych jest analogicznie 6 i 12 godzinny jak u dorosłych.

Dopuszczono wdrożenie procedury u noworodków niedonoszonych, zachowując minimalny okres 7 dni od urodzenia do możliwości rozpoczęcia stwierdzania śmierci mózgu. Odstęp między badaniami klinicznymi wynosi 72 godziny, a rozpoznanie potwierdzić należy badaniem instrumentalnym.

U małych dzieci (od 28 dnia do 2 roku życia) odstęp między badaniami wynosi co najmniej 24 godziny i rozpoznanie również potwierdzić należy jednym z badań instrumentalnych.

Nowe przepisy rozszerzyły również kompetencje lekarskie. Badania diagnostyczne (próby) śmierci mózgu może wykonać teraz lekarz upoważniony przez ordynatora. Przepisy nie zabraniają lekarzowi prowadzącemu przeprowadzać procedury diagnostycznej stwierdzania śmierci mózgu i przewodniczyć komisji ds. śmierci osobniczej. Podobnie członkowie komisji ds. śmierci osobniczej oraz jej przewodniczący mogą być powołani przez osobę upoważnioną decyzją dyrektora ZOZ-u.

Nowe przepisy obowiązują od 17 lipca 2007 i weszły w życie wraz z opublikowaniem załącznika do obwieszczenia „o kryteriach i sposobie stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu, ustalone przez specjalistów z dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej”.

Marek STACHOWICZ

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie nr 1/16)

CO PISZĄ INNI

GMINY CHCĄ FINANSOWAĆ ZDROWIE, ALE PO SWOJEMU

Znowelizowana ustawa o działalności leczniczej zakłada m. in. wprowadzenie możliwości finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego. W ocenie resortu skoro są gminy, które stać na dopłacanie do leczenia – to dlaczego z tego nie skorzystać. Co oczywiste, na nowe, fakultatywne działania nie otrzymają żadnych pieniędzy z budżetu państwa.

Propozycje te spotkały się ze sprzeciwem Związku Miast Polskich, który podkreśla, że fakultatywność zadania nie zmienia jego charakteru. „Pozostaje ono nowym

zadaniem własnym gminy, powiatu lub województwa, wobec czego na jego realizację samorządy terytorialne powinny otrzymać udział w dochodach publicznych odpowiedni do przypadających im zadań” – czytamy w stanowisku ZMP. To niejedyny zarzut. Wielu samorządowców obawia się, że nowelizacja jest pierwszym krokiem w kierunku „rozmycia” odpowiedzialności za jakość publicznej ochrony zdrowia oraz próbą przerzucenia na samorządy presji związanej z działaniami naprawczymi. Poza tym zdaniem ZMP nowe przepisy pogłębią już ist-

niejące dysproporcje w jakości życia ze względu na miejsce zamieszkania.

Zwolennicy podkreślają natomiast, że władze samorządowe powinny mieć prawo wydawać pieniądze według własnego uznania. Dodatkowo warto pamiętać, że wiele samorządów już teraz inwestuje w zdrowie niebagatelne kwoty.

– *Skoro mam prawo dopłacać mieszkańcom do opłat za śmieci, dofinansowywać policję radiowóz, to dlaczego nie mógłbym także dopłacać do świadczeń zdrowotnych?* – pyta Janusz Reszelewski, burmistrz 11-tysięcznej gminy wiejsko-miejskiej Drzewica w województwie łódzkim. W jego ocenie gmina taka jak jego, nawet o niskim dochodzie na jednego mieszkańca, jest w stanie wygospodarować środki na ten cel. – *To wszystko kwestia priorytetów. Nie chcemy zastępować państwa, ale jak możemy pomóc, np. zwiększając dostęp do świadczeń albo skracając kolejki – jestem jak najbardziej za* – mówi.

Po wprowadzeniu zmian proponowanych przez Ministerstwo Zdrowia uda się znacznie uprościć procedury i przyspieszyć transfer samorządowych pieniędzy. Bo – jak podkreślają samorządowcy – obecne przepisy nie sprzyjają aktywności JST w sferze zdrowia.

– *Największym problemem dla nas jest przygotowanie niezbędnej i skomplikowanej dokumentacji projektowej związanej z opracowaniem PPZ. Jeśli uda się uprościć procedury – to będzie niewątpliwym plus* – dodaje Reszelewski. Rzeczywiście obecnie jednostki samorządu terytorialnego mogą „opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy polityki zdrowotnej”.

Programy te podlegają obowiązkowemu zaopiniowaniu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Warto jednak zaznaczyć, że wydawana przez agencję opinia nie ma charakteru wiążącego, programy nie podlegają także żadnej kontroli ze strony agencji. Jednak gminy przeważnie kierują się jej ocenami i realizują tylko programy, które pozytywnie przejdą weryfikację.

Co bierze pod uwagę agencja, przygotowując opinię? Kluczowe cechy programu to: skuteczność, bezpieczeństwo oraz uzasadnienie (celowość). A wszystko to trzeba udowodnić, powołując się na statystyki, prognozy, czy też przedstawić mierniki efektywności. Konstruując program, należy również rozważyć, czy wpisze się on logicznie w inne dostępne działania, np. w przypadku badań przesiewowych czy obywatel, u którego wykryje się chorobę, będzie miał zapewnione leczenie. Generalnie przyjęto zasadę, że PPZ są programami profilaktycznymi, a leczeniem zajmuje się NFZ – w ten sposób unika się ryzyka podwójnego finansowania. I to właśnie dostępność świadczeń w ramach NFZ jest najczęstszym powodem negatywnych opinii.

– *W tym roku zgłosiliśmy sześć projektów dotyczących: wad postawy (roczny budżet: 11 tys. zł), tarczycy (46 tys. zł na trzy lata), układu krążenia (16 tys. zł), osteoporo-*

zy (14 tys. zł) i jelita grubego (17 tys. zł). Dwa otrzymały niestety ocenę negatywną, a dwa musimy skorygować. Szkoda, bo wielu mieszkańców czeka na nie i były one w pełni z nimi konsultowane – mówi burmistrz Reszelewski.

Powodem negatywnej oceny programu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy było to, że gmina postanowiła przeprowadzić badania densytometryczne na populacji ogólnej, co nie jest rekomendowaną metodą badania przesiewowego. W opinii o odrzuconym programie profilaktyki wykrywania i zapobiegania chorobom układu krążenia czytamy: „*że planowane działania mają stanowić wartość dodaną do dostępnych świadczeń, nie zaś stwarzać ryzyko ich powielania*”. Z podobną argumentacją spotkali się autorzy programu profilaktyki gruźlicy i raka płuca. Władze powiatu bytowskiego zaplanowały badania rentgenowskie u ok. 340 osób. Pacjenci, u których wykryto by nieprawidłowości, skierowani zostaliby do dalszej, tym razem już pozaprogramowej diagnostyki i leczenia.

Jak czytamy w opinii, mamy tu do czynienia z podwójnym finansowaniem badań, które gwarantuje NFZ, a dodatkowo „*prowadzenie postępowania, które de facto pozostawia pacjenta bez opieki z wynikiem badania może budzić wątpliwości natury etycznej oraz powodować wydłużenie czasu oczekiwania na wizyty u specjalisty w regionie*”.

Kolejną barierą z jaką borykają się samorządy, jest zakaz łączenia środków z programów zdrowotnych z pieniędzmi pochodzącymi z NFZ.

Przepisy nauczyły więc samorządowców „kombinowania”. – *Konstruujemy tak nasze programy, aby wesprzeć placówki o zbyt niskich kontraktach z NFZ. Bez naszej pomocy niektóre z nich nie byłyby w stanie funkcjonować. A tak biorą udział w konkursie i go wygrywa. Z rozmów z innymi samorządowcami wiem, że często postępują podobnie. Choć nie jest to wcale takie łatwe. Potrzeba pomysłu na program, dobrego opisu problemu z dużą ilością statystyk i odpowiednią argumentacją. O wiele prościej napisać program dotyczący chociażby szczepień, tam nie ma większych konfliktów interesów* – mówi wiceprezydent jednego z dużych miast na południu Polski. I rzeczywiście większość samorządów stawia właśnie na szczepienia. Łącznie w 2015 roku do agencji wpłynęło do zaopiniowania 125 takich programów. 60 dotyczyło szczepień przeciwko HPV, 34 – przeciwko grypie, 30 – przeciwko pneumokokom i meningokokom, a jeden przeciwko ospie wietrznej.

Ale coraz więcej samorządów konstruuje programy odpowiadające na inne potrzeby mieszkańców. Podwarszawski Józefów (20 tys. mieszkańców) od dwóch lat realizuje trzy programy dla swoich dojrzałych mieszkańców. Poza szczepieniami na grypę prowadzi działania w zakresie zwiększenia dostępności świadczeń kardiologicznych i okulistycznych dla józefowian po 50. r.ż. Dzięki

► obu programom udało się rozpoznać nowe przypadki nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii, choroby wieńcowej, jaskry, zaćmy oraz zwyrodnienia plamki żółtej.

Nikt do tej pory nie pokusił się o nawet wstępne oszacowanie wydatków ponoszonych przez jednostki samorządu terytorialnego na programy polityki zdrowotnej. Szczególnie, że raz zaopiniowany program może być ponawiany co roku, a jego budżet modyfikowany. Nikt nie prowadzi także statystyk dotyczących liczby beneficjentów.

W samych Kielcach w ciągu dekady na PPZ wydano ok. 30 mln. zł. Szczepieniom przeciw pneumokokom poddawanych jest ok. 1600 dzieci rocznie, przeciw meningokokom – 3 tys., a w związku z profilaktyką HPV – kilkaset dziewcząt. W 2015 roku przeciw grypie zaszczepiono natomiast ok. 9,5 tys. osób powyżej 55. r.ż.

Samorządowcy nie kwestionują zasadności wdrażania programów profilaktycznych. Natomiast całkowi-

te „uwolnienie” finansowania świadczeń zdrowotnych budzi ich niepokój, bo nie wystarczy samo wygospodarowanie środków na wykup świadczeń medycznych. Należy ich podział skonsultować ze specjalistami, a tych w wielu jednostkach samorządowych brakuje. Samorządowcy obawiają się jeszcze jednego aspektu nowego zadania fakultatywnego.

– *Możliwość kupowania świadczeń zdrowotnych może prowadzić do uzasadnionych oczekiwań mieszkańców gminy o sfinansowanie świadczeń, często tych, na które czekają kilka miesięcy* – mówi Ryszard Sylka, burmistrz kaszubskiego, 17-tysięcznego Bytowa.

Sprostanie takiej presji dla wielu samorządowców może okazać się niewykonalne.

Magdalena JANCZEWSKA

(przedruk z „Medical Tribune” nr 7-8/16)

DIGITALNI TUBYLCY

Digitalni tubylcy, to generacja wychowana w świecie nowych technologii, 24-godzinnej telewizji, komputerów i całej masy cyfrowych gadżetów. Jeśli czegoś nie wiedzą, to raczej włączą laptopa i poszukają potrzebnych informacji w Wikipedii, niż sięgną po stojącą na półce encyklopedię, nie wspominając już o wybraniu się do biblioteki.

Ich nauka wygląda zupełnie inaczej, niż robiły to wcześniejsze generacje. Na tym tle powstaje wiele konfliktów. Rodzice wchodząc do pokoju swoich dzieci i widząc, że te rozmawiają z kimś na czacie, a jednocześnie słuchają muzyki i piszą sms-y, szukają w Wikipedii informacji na temat wojny trzydziestoletniej, nie chcą przyjąć do wiadomości, że ich dziecko właśnie się uczy.¹ W ich rozumieniu w takim chaosie nauka nie jest możliwa i oni sami w opisanych warunkach nie umieliby pracować. Jednak w przypadku osób dysponujących innymi strukturami mózgowymi jest to możliwe. Prędkość, zakres i przede wszystkim głębokość zmian, jakie w niedługim czasie zaszły w ludzkich mózgach, całkowicie zaskoczyły neurobiologów. Wiadomo było, że ludzki mózg adaptuje się do istniejących warunków, ale nikt nie przypuszczał, że zmiany mogą zachodzić tak szybko.

Wszystko, co robimy, a szczególnie to, czemu poświęcamy dużo czasu, ma wpływ na strukturę sieci neuronalnej.² Na tym polega plastyczność mózgu. Dlatego tak ważne jest odpowiednie stymulowanie dzieci i zachęcanie ich do różnorodnej aktywności. U osób, które w pierwszych latach swojego życia dużo się bawiły z rówieśnikami, rozwinęły się – a mówiąc precyzyjniej, ustabilizowały się – zupełnie inne połączenia neuronalne niż u tych, które kilka godzin dziennie, w samotności, biernie spędzały przed telewizorem lub zajmując się grami komputerowymi. Im

więcej czasu spędzamy przed komputerem, tym mniej pozostaje go na kontakty z innymi ludźmi, a to ma negatywny wpływ na rozwój neuronów lustrzanych, bez których nie mogą się rozwinąć kompetencje socjalne. Nikt z nas nie pamięta, kiedy nauczył się rozpoznawać uczucia innych osób. Często nawet nie zdajemy sobie sprawy z tego, jak ważną rolę odgrywa w życiu empatia. Widzimy czyjaś twarz i wiemy, czy ktoś jest smutny, szczęśliwy czy rozczulony. Prawidłowa diagnoza umożliwia adekwatne do sytuacji działanie. Dzięki prawidłowemu rozpoznaniu uczuć wiemy, co powiedzieć i jak się zachować. Umiejętność ta rozwija się jednak tylko poprzez kontakty z innymi ludźmi. Dziecko nabywa ją niejako automatycznie tylko dzięki temu, że wchodzi w interakcje z innymi osobami. Im więcej przeżytych różnych sytuacji, tym lepiej rozwinięta zdolność empatii i, co za tym idzie, mniejsze prawdopodobieństwo, tak typowej dla czasów rewolucji technologicznej, izolacji.

Jednak to, w jaki sposób spędzają czas małe dzieci, ważne jest nie tylko z uwagi na kompetencje socjalne, gra idzie o to, jakim potencjałem będziemy dysponować jako dorośli. Największa ilość połączeń nerwowych pojawia się w strukturach korowych w mózgach sześciolatków. Wszystko jest wtedy wzajemnie z sobą połączone. Natura jest dla naszych mózgów więcej niż szczodra, dostajemy więcej, niż możemy wykorzystać. Jednak zachowane zostają tylko te połączenia, które są

przez dzieci używane. Proces ten określa się jako stabilizację.

Jak długo dojrzewa mózg?

Naukowcy już od dawna zwracali uwagę na fakt, iż to właśnie nasz gatunek najdłużej opiekuje się potomstwem. Dziś wiadomo już, że dzieje się tak z uwagi na wyjątkowo długi proces dojrzewania mózgu. Badacze, którzy dzięki nowoczesnym technikom obrazowania mózgu mogli w ostatnim dziesięcioleciu prześledzić tempo rozwoju poszczególnych jego struktur, doszli do wniosku, że znaczące zmiany zachodzą znacznie dłużej niż początkowo przypuszczano. Dotyczy to szczególnie nastolatków, ale pewne struktury, np. ciało modzelowate, pełną dojrzałość osiągają dopiero po dwudziestym roku życia. Podobnie rzecz się ma z płatem czołowym, który odpowiada za emocje, samokontrolę czy ocenę własnej osoby. Rozwój znajdujących się tu połączeń neuronalnych w głównej mierze zależy nie od programu genetycznego, ale od zebranych doświadczeń.³ Umiejętność mierzenia się z trudnościami, jakie przynosi życie, nie jest wrodzona, ale zależy od społecznego kontekstu, w jakim wyrasta młody człowiek i od relacji, jakie ma z innymi ludźmi. Zdaniem badaczy, nasz mózg w znacznie większym stopniu niż przypuszczaliśmy jest organem socjalnym (z ang. social brain).⁴

Codzienny kontakt z nowymi technologiami powoduje zmiany w sieci neuronalnej, inspiruje neurotransmisję, wzmacnia określone połączenia neuronalne, a osłabia inne. Jak pokazują badania, czas spędzany przez dzieci przed telewizorami i przy komputerach ciągle się wydłuża, a to oznacza, że automatycznie skracą się czas, w którym poprzez kontakty z innymi ludźmi mogą rozwijać się kompetencje interpersonalne. Mózg dostraja się do potrzeb, a ponieważ do konsumowania programów telewizyjnych nie potrzeba nazbyt rozwiniętych struktur neuronalnych, te niewykorzystywane zostają zwyczajnie usunięte.

Telewizja, komputery i internet a struktura mózgu

Trudno odpowiedzieć na pytanie, czy mózgi digitalnych imigrantów są lepsze od mózgów digitalnych tubylców. Obie grupy mają różne silne strony. Jednak już dziś badacze mózgu ostrzegają przed skutkami zbyt szybkiego i zbyt intensywnego kontaktu z nowymi technologiami. We wczesnym dzieciństwie następuje najszybszy rozwój mózgu. W tzw. okresach krytycznych tworzy się maksymalnie rozbudowana sieć połączeń neuronalnych mających wpływ na późniejsze życie, te wykorzystywane się stabilizują, a pozostałe zanikają. Dlatego tak ważne jest, w jakim środowisku wychowują się dzieci. Celem jest możliwie duża różnorodność bodźców, która pozwoli na pełne wykorzystanie ogromnego potencjału, jakim dysponu-

je każda normalnie rozwijająca się jednostka. Zrównoważony, harmonijny rozwój wymaga wielu rodzajów aktywności, wszelka jednostronność prowadzi do zubożenia struktur mózgowych. Niezmiernie ważną rolę odgrywają kontakty z innymi ludźmi, możliwość wchodzenia w interakcje, nawiązywanie różnorodnych relacji, wspólne przeżywanie radości, rozwiązywanie konfliktów czy współzawodnictwo z innymi. Wszystko to ma wpływ na strukturę naszych mózgów. Warto przy tym pamiętać, że równie ważne są relacje panujące w rodzinie, jak i kontakty z rówieśnikami. Dzięki nowoczesnym metodom neuroobrazowania wiemy dziś, jak ważne są np. doświadczenia zdobywane na podwórku podczas zabawy z innymi dziećmi. Mają one bowiem niebagatelny wpływ na to, jak będziemy układać nasze relacje z otoczeniem jako dorośli. To w okresie dzieciństwa powstają pewne typowe dla danej osoby sposoby reagowania na to, co dzieje się wokół nas. Doświadczenia zapisane zostają w sieci neuronalnej, tworząc niejako tory określające nasz sposób reagowania na to, co dzieje się wokół nas. Im bogatsze i bardziej różnorodne relacje i doświadczenia, tym więcej połączeń neuronalnych, które pozwalają wybrać optymalną do sytuacji reakcję. Aby radzić sobie dobrze z konfliktami w życiu dorosłym, trzeba najpierw nauczyć się rozwiązywać je na przysłowio- wym podwórku. Pozbawianie dzieci możliwości zabawy z rówieśnikami ma negatywny wpływ na strukturę ich mózgów. Powinni o tym pamiętać rodzice, wożący dziś swoje dzieci z jednych zajęć na drugie.

Mózg równocześnie uczy się i rozwija, twierdzi Manfred Spitzer. *„Ze współoddziaływania dojrzewania i uczenia się wynikają między innymi okresy krytyczne, inaczej zwane sensytywnymi. Pojęcie to oznacza w neurobiologii rozwojowej odcinki czasu, w których musi dojść do określonych doświadczeń, aby nastąpiło opanowanie wybranych zdolności czy umiejętności. Jeśli się tak nie stanie, pewne zdolności czy umiejętności nie zostaną już nigdy opanowane.”*⁵ Dotyczy to również rozwoju mowy, której najszybszy rozwój przypada na pierwsze lata życia. Jeśli w pierwszych latach życia dziecko nie nauczy się mówić, to zdolność tę bezpowrotnie traci.

Małe dziecko rozumie jedynie to, co jego umysł potrafi przetworzyć. Słowa mają związek z otaczającym je światem, z tym, co widzi, słyszy i czuje. Mama mówi, że miś jest miękki i dziecko przez dotyk może poczuć znaczenie tego słowa. Słyszac, że woda jest ciepła, może to poczuć całym ciałem i odpowiednimi zmysłami. W procesie rozumienia mowy biorą udział słowa i zmysły. Dziecko słyszy, że ktoś jest zadowolony czy smutny i widzi, jak taka osoba wygląda, jaki ma wyraz twarzy, jak się zachowuje, co mówi, jaki jest ton jej głosu. Jego mózg koduje nowe pojęcie z całym kontekstem, tzn. razem z „obrazem” radości czy smutku.

► Znaczenie takich słów, jak twardy, miły, szorstki, gorący można sprawdzić empirycznie, a w mózgu małego „ucznia” powstają rozbudowane połączenia neuronalne łączące brzmienie słów z ich znaczeniem i z odpowiednimi doznaniem zmysłowymi. Ważne, że dziecko, słysząc słowa, widzi mówiącego człowieka, odbiera więc nie tylko przekaz werbalny, ale i mimikę, gesty, nastrój. Słowa tworzą spójną całość z kontekstem sytuacyjnym, który jest dla niego zrozumiały jako całość. Dzieci rozumieją to, co potrafią przetworzyć ich mózgi, reszta jest szumem. Dlatego tak ważne jest, by kontekst, w który wplecione są słowa, w tym i nowe pojęcia, był dla dziecka zrozumiały, spójny, logiczny.

Zupełnie inaczej wygląda percepcja świata oglądanego w telewizji. Tu słowa nie łączą się z różnorodnymi doznaniem zmysłowymi, a w każdym razie ten związek nie jest tak wyraźny. Dziecko poddane jest wielkiej ilości chaotycznych, szybko zmieniających się dźwięków i obrazów, z których większości nie potrafi przetworzyć. „*Najgorsze, co może przytrafić się młodemu człowiekowi, to brak struktury. Jeśli reprezentacje powstają dzięki strukturom zawartym w doświadczeniu, to z tego wynika, że gdy struktura zewnętrzna będzie niewielka, to wewnętrzna nie będzie mogła powstać. (...) Ponieważ nigdy nie wiemy dokładnie i też nie możemy wiedzieć, czego dokładnie uczy się dziecko, to znaczy na jakim poziomie abstrakcji (jego) mózg z gęszczy doznań zmysłowych właśnie tworzy ogólne struktury, należy dla dziecka domagać się jak największego zróżnicowania. Jednostronne doświadczenia prowadzą do jednostronnego myślenia.*”⁶. Podobnie rzecz się ma z percepcją języka. O ile skojarzenia w realnym świecie są zazwyczaj oczywiste („*Zobacz, jaki mały piesek!*”), to w przekazie telewizyjnym związek między słowami a fenomenami, których dotyczą, nie jest już tak oczywisty. Tak więc rozwój mowy z pomocą mediów również przebiega inaczej, tzn. bardziej chaotycznie, niż w przypadku kontaktów z innymi ludźmi w świecie realnym.

Badanie przeprowadzone w 2005 roku przez Kaiser-Foundation i kalifornijski Uniwersytet Stanforda na próbie ponad dwóch tysięcy dzieci i nastolatków od ośmiu do osiemnastu lat wykazało, że średni dzienny kontakt z mediami różnego typu wzrósł w ciągu ostatnich pięciu lat z siedmiu godzin i dwudziestu minut do ośmiu godzin i trzydziestu trzech minut. Oznacza to, że dzisiejsze dzieci i nastolatki zajmują się mediami niejako na pełen etat.⁷ Skutkiem tego ich kontakty socjalne zostają mocno ograniczone, co z kolei wpływa na strukturę sieci neuronalnej. Kontakt z komputerem i internetowe poszukiwania prowadzą do wytworzenia nowych

połączeń, ale jednocześnie pojawia się ryzyko, że inne, te które powstają tylko poprzez relacje z innymi ludźmi w świecie realnym, zostaną rozwinięte w niewystarczającym stopniu.

Szacuje się, że w USA około 20% młodych ludzi spełnia kliniczne kryteria patologicznego uzależnienia od internetu. Są oni w sieci tak często, że ma to negatywny wpływ na praktycznie wszystkie inne dziedziny ich życia.⁸ „*Czternaście procent użytkowników internetu deklaruje, że czasami zaniedbują rodzinę, pracę, a nawet zapominają o jedzeniu i spaniu, żeby tylko zostać online.*”⁹ Badacze mózgu stawiają też hipotezę, zgodnie z którą przyczyną lawinowo rosnących przypadków autyzmu może być zbyt wczesny i zbyt długi kontakt z mediami. Dzięki nowym metodom mamy dziś wgląd w sposób funkcjonowania mózgu. Jesteśmy dopiero na początku drogi, ale to, co już wiemy, każe nam chronić małe dzieci przed mediami. Zdaniem niemieckiego psychiatry i neurobiologa Manfreda Spitzera, telewizja, niezależnie od treści, jest dla mózgów małych dzieci trucizną. Pozwólmy maluchom na zabawę, rozmawiajmy z nimi, opowiadajmy im bajki, pozwólmy, by jak najwięcej czasu spędzały w ruchu, bo okazuje się, że właśnie wtedy najpełniej rozwijają się potencjały ich mózgów.

Dr Marzena ŻYLIŃSKA

1. W ten sposób opisują digitalnych tubylców Gary Small i Gigi Vorgan, autorzy książki „iBrain. Wie die neue Medienwelt das Gehirn und die Seele unserer Kinder verändert”, tytuł amerykańskiego oryginału „iBrain. Surviving the Technological Alteration of the Modern Mind”, Harper Collins Publishers, New York, 2008.
2. Manfred Spitzer, Musik im Kopf, Schattauer Verlag, Stuttgart 2009, str. 211.
3. Gerald Hüther, Die Ausbildung von Metakompetenzen und Ich-Funktionen während der Kindheit, w: Neurodidaktik, pod. red. Ullricha Herrmanna, Beltz Verlag, Weinheim und Basel 2009, str. 105.
4. Gerald Hüther, tamże, str. 102.
5. Manfred Spitzer, „Jak uczy się mózg”, Warszawa 2007, Wydawnictwo Naukowe PWN, str. 176.
6. Manfred Spitzer, tamże, str. 313.
7. Garry Small, Gigi Vorgan, „iBrain, Wie die neue Medienwelt das Gehirn und die Seele unserer Kinder verändert”, Kreuz Verlag, Stuttgart 2009, str. 51.
8. Manfred Spitzer, Musik im Kopf, Schattauer Verlag, Stuttgart 2009, str. 211.
9. Garry Small, Gigi Vorgan, tamże, str. 51.
10. Garry Small, Gigi Vorgan, tamże, str. 79.

(przedruk z „Meritum” nr 3/16)

INTERNET JAKO ŹRÓDŁO (NIE)WIEDZY O WITAMINIE C

Wprowadzenie

Jak pokazują wyniki sondażu przeprowadzonego przez Polskie Badanie Internetu, 88% Polaków szuka w Internecie wiedzy na temat swojego zdrowia i leczenia [1]. Wiele osób poszukuje informacji medycznych, nigdy nie konsultując się z lekarzem, farmaceutą bądź inną osobą fachową. Zachowanie takie niesie ze sobą wiele niebezpieczeństw dla chorego, a niejednokrotnie też dla jego otoczenia. Aby przekonać się z jakimi „prawdami” możemy się zetknąć, dokonano ich zestawienia i weryfikacji.

Stereochemia kwasu askorbinowego

Stwierdzenia dotyczące witaminy C wybrano po przeglądzie kilku pierwszych stron pojawiających się po zadaniu wyszukiwarce frazy „witamina C” oraz „witamina C lewoskrętna”; w przeglądzie tym nie pominięto stron sponsorowanych czy reklam. Źródła internetowe są pełne nieścisłości, nawet w obrębie jednej wypowiedzi autorzy myślą podstawowe pojęcia.

Niemalże od razu natknijemy się na nieprawdziwe stwierdzenia mówiące, że:

1. Witamina C lewoskrętna różni się od witaminy prawoskrętnej.
2. Witamina C, czyli kwas L-askorbinowy, zawsze jest lewoskrętna. Prawoskrętny kwas askorbinowy nie może być w ogóle sprzedawany jako witamina.
3. Nie wiemy, jaki stereoizomer został użyty do produkcji danego leku bądź suplementu.
4. Kwas askorbowy to witamina C prawoskrętna, a kwas askorbinowy to witamina C lewoskrętna.
5. Tylko forma lewoskrętna – kwasu L-askorbinowego wykazuje 100% biologicznej aktywności witaminowej i może być przyswajana przez organizm i w pełni wykorzystywana.
6. Wszystkie żywe organizmy posiadają aminokwasy oraz białka w formie lewoskrętnej i aby witamina C mogła połączyć się z takimi białkami, musi być lewoskrętna.
7. Przemysł wytwarza witaminę C prawoskrętną, której organizm prawie nie przyswaja. Nie da się wyprodukować syntetycznej lewoskrętnej witaminy C.

Na początku trzeba wyjaśnić kwestię nazwy chemicznej, skręcalności witaminy C oraz jej przynależności do szeregu L lub D. Aby skomentować internetowe informacje, musimy odnieść się do pojęcia aktywności optycznej. Skutkiem obecności asymetrycznych atomów węgla kwas D-askorbinowy i L-askorbinowy różnią się skręcalnością płaszczyzny światła spolaryzowanego. Wzory sumaryczne są takie same [2,3], nie ma istotnych różnic

właściwości chemicznych. Nie mniej jednak w badaniach biologicznych różnice działania obu związków są znaczące. W badaniach nad potencjałem witaminowym kwasu D-askorbinowego wykonanych na świnkach morskich w 1959 r. [4,5] okazało się, że zastosowanie kwasu D-askorbinowego w roli witaminy jest raczej nieopłacalne; jest on zatrzymywany w organizmie dużo krócej niż izomer L.

Witamina C, czyli kwas L-askorbinowy, jest izomerem prawoskrętnym i taka jego postać jest obecna we wszelkich lekach i suplementach, a kwas D-askorbinowy jest izomerem lewoskrętnym i witaminą C nie jest. Litera L w nazwie nie oznacza, że ów związek skręca płaszczyznę światła spolaryzowanego w lewą stronę. Informuje o tym znak kąta, często dodawany w nazwie: kwas L-(+)askorbinowy i D-(-) askorbinowy

W punkcie 5 i 6 pokazane są kolejne błędy, ponieważ białka i inne cząsteczki optycznie czynne występujące w organizmie ludzkim posiadają różne skręcalności właściwe. Wystarczy tu przytoczyć przykłady kilku aminokwasów budujących białka. Glicyna w ogóle nie jest optycznie czynna, L-alanina wykazuje właściwą skręcalność optyczną $+2,8^\circ$ [6], L-walina $+22,9^\circ$ [7], a L-feniloalanina $-35,1^\circ$ [8]; wartości zależą od warunków pomiaru.

Komentarz do punktu 7: w przemyśle znane są metody wytwarzania zarówno kwasu D-askorbinowego, jak i jego izomeru L [9]. Najczęściej stosowaną metodą jest ta opracowana w latach 30. przez uczonego polskiego pochodzenia, Tadeusza Reichsteina w Zurychu [10,11].

Całe nieporozumienie nie polega tylko na nazwaniu kwasu L-askorbinowego „witaminą C lewoskrętną”, ale na przypisywaniu jej niemal mistycznego znaczenia w leczeniu i prewencji chorób.

Skutki niedoboru

W lekturze stron internetowych spotykamy długą listę skutków niedoboru witaminy C. Te najczęściej pojawiające się zostały wymienione w tab. 1.

Są to poważne powikłania, ale w większości występujące przy bardzo dużych niedoborach witaminy C. Najnowsze badania pokazują, że aby uniknąć skutków niedoborów wystarczy podaż na poziomie 105 mg/dzień dla dorosłych mężczyzn oraz 90 mg/dzień dla dorosłych kobiet [12]. Do skutków niewielkich niedoborów kwasu askorbinowego w organizmie można zaliczyć: zespół pogorszonego wchłaniania [13], zmęczenie [14,15], obniżenie nastroju [16], pogorszenie funkcjonowania układu odpornościowego [17], wydłużenie czasu gojenia się ran [18,19].

TABELA 1. SKUTKI NIEDOBORU WITAMINY C

Powikłania najczęściej wymieniane na stronach internetowych	
<ul style="list-style-type: none"> • Szkodbut • Samoistne krwawienia • Uszkodzenia naczyń krwionośnych • Krwawe wybroczyny • Złe gojenie i odnawianie się ran • Rozpulchnienie dziąseł • Zmiany w uzębieniu (np. zgorzel) • Bolesność stawów i mięśni • Obrzęki kończyn • Osłabienie • Utrata apetytu • Obniżenie wydolności fizycznej 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresja • Osteoporoza • Niedokrwistość mikrocytarna niedobarwliwa • Nadczynność tarczycy • Zaburzenia neurologiczne • Wtórne infekcje • Trudności w leczeniu zakażeń • Schorzenia żołądka • Zapalenie błony śluzowej • Przedłużenie okresu ząbień • Deficyt Wit. C może prowadzić do śmierci

Naturalna czy syntetyczna?

Następną kategorią internetowych doniesień są te dotyczące wchłaniania się, dystrybucji i eliminacji witaminy C. Spośród nich najwięcej wątpliwości budzą różnice pomiędzy witaminą syntetyczną i naturalną. Zgodność ze źródłami naukowymi dotyczy jedynie faktu, że organizm ludzki nie syntetyzuje witaminy C, a jej nadmiar jest wydalany z moczem [20,21,22]. Możemy znaleźć informacje, że najlepszy efekt terapeutyczny zapewnia podawanie dożylnie witaminy C oraz że przy podaniu doustnym nie jest całkowicie przyswajalna, co jest prawdą [23]. Czas jej połowicznej eliminacji wynosi ok. 10 godz. [24]. Nie jest tak krótki, jak podają niektóre źródła sugerujące podawanie olbrzymich dawek kwasu askorbinowego, aby utrzymać jego odpowiednie stężenie w osoczu. Nasz organizm nie magazynuje witaminy C, aczkolwiek istnieją transportery pozwalające aktywnie zwiększać stężenie askorbinianu w niektórych tkankach [25], co opóźnia wystąpienie objawów niedoboru, nawet przy długim braku kwasu askorbinowego w diecie.

W Internecie częste są wypowiedzi rozróżniające aktywność witaminy C pochodzenia naturalnego i syntetycznego, jak np.:

- Witamina C w naturze występuje w postaci lewoskrętnej i w takiej jest przyswajana w 100% przez organizm ludzki.
- W przyrodzie witamina C występuje w połączeniu z kompleksem bioflawonoidów, które nasilają jej działanie w organizmie.
- Skuteczność naturalnej witaminy jest absolutnie nieporównywalna z aptecznymi syntetykami.
- Jest jedną z „najsilniej działających substancji leczniczych”.

Naturalną formą jest prawoskrętna postać, czyli kwas L-(+)-askorbinowy. Zawsze w naturalnych źródłach, ta-

kich jak cytrusy czy owoce róży, witamina C występuje w towarzystwie innych związków chemicznych (m. in. flawonoidów, związków fenolowych, karotenoidów), które wraz z witaminą C wykazują synergistyczne działanie antyoksydacyjne [26,27]. Dwa kolejne punkty nie mają potwierdzenia w literaturze naukowej. Dodatkowo kwas askorbinowy nie znajduje się w wykazie A ani wykazie B Farmakopei Polskiej, czyli nie jest substancją silnie działającą.

Kolejna kategoria doniesień ze stron internetowych dotyczy działań niepożądanych naturalnej i syntetycznej witaminy C. Wśród nich znajdziemy m. in. informacje, że:

- Naturalna witamina C nie powoduje działań niepożądanych nawet w bardzo wysokich dawkach, np. nie zakwasza organizmu.
- Kwas askorbinowy przyjmowany w nadmiarze (dawki powyżej 2 g na dobę) może wywoływać dolegliwości żołądka, nudności, biegunkę, wymioty, wysypkę skórą; stosowanie wyższych niż zalecane dawek witaminy C w czasie ciąży może być szkodliwe dla płodu.

Nie ma różnicy, czy witamina C jest pochodzenia naturalnego, czy półsyntetyczna – jej działanie prozdrowotne i działania niepożądane pozostaną takie same. Co ważniejsze, żadna forma witaminy C nie zakwasza organizmu, może jedynie zakwaszać mocz, co wykorzystywane jest w terapii zakażeń układu moczowego [28].

Leczenie witaminą C

Według pracy Barnessa [29] istnieją przesłanki potwierdzające obawy przed stosowaniem dużych dawek kwasu askorbinowego, który może doprowadzić do hiperoksalurii, hiperglikemii, powstawania kamieni nerkowych [30,31], zaburzeń żołądkowo-jelitowych i innych. W przypadku kobiet ciężarnych witamina C należy do środków bezpiecznych w granicach zalecanego dziennego spożycia. W badaniach na zwierzętach nie wykazano zwiększenia częstotliwości poronień czy śmiertelności noworodków [32,33].

Na portalach internetowych możemy wyczytać, że witaminą C leczymy: przeziębienie, grypę, katar, zapalenie zatok, stany zapalne, infekcje pasożytnicze (grzyby, bakterie, robaczyce), zatrucia organizmu toksynami chemicznymi i mykotoksynami, wszystkie rodzaje wirusowego zapalenia wątroby, zespoły złego wchłaniania (może uchronić przed wystąpieniem anemii), skorbut i rozchwianie zębów, trudno gojące się rany i złamania, skłonności do krwawienia i wiele innych. Dowiadujemy się również, że zmniejsza ona ryzyko zawału, wylewu, udaru i śmierci w wyniku choroby układu krążenia.

A fakty? Jak dotąd ustalono, że rola witaminy C w leczeniu przeziębienia jest znikoma [34,35,36]. Jej rola w zmniejszaniu stanu zapalnego została za to dość dobrze zbadana i ugruntowana w badaniach klinicznych. Kwas askorbinowy

może zmniejszać stężenie mediatorów stanu zapalnego, takich jak białko C-reaktywne czy interleukina-6 [37,38] oraz całkowitą ilość leukocytów [39].

Jeśli chodzi o zakażenia pasożytnicze, do tej pory udokumentowano pozytywne działanie połączenia witaminy C z witaminą K₃ [40] i lewamizolem [41] przeciw rodzajowi *Trypanosoma* (świdrowce) oraz połączenia z antymonem (III) w przebiegu leiszmanioz [42]. Badania nie wspominają natomiast o samodzielnym użyciu kwasu askorbinowego w leczeniu zakażeń pasożytniczych.

Witamina C może być stosowana jako niespecyficzny środek na wiele zatruć ze względu na swoje właściwości redukujące. Przykładem jest zatrucie nitratami [43], czy niektórymi lekami [44,45]. Podobnie jest w przypadku zatruć – witaminy C można użyć w postaci modulatora stresu oksydacyjnego w zapaleniach wątroby, ale nie jako samodzielny lek [46].

Witamina C jest głównym czynnikiem zapobiegającym skorbutowi i stosowanym w jego leczeniu. W przypadku krwawień i trudno gojących się ran warto pamiętać, że kwas askorbinowy bierze udział w syntezie kolagenu. W stanach niedoborów żelaza może zwiększyć jego biodostępność.

W przypadku schorzeń układu sercowo-naczyniowego metaanalizy pokazały, że suplementacja witaminą C nie wpływa na ryzyko wystąpienia poważnych incydentów sercowo-naczyniowych [47]. Nie wpływa również na zmniejszenie ryzyka wystąpienia udaru [48].

Do potwierdzonych prozdrowotnych właściwości witaminy C możemy zaliczyć poprawę funkcjonowania śródbłonna naczyń krwionośnych u pacjentów z cukrzycą i po przebytych incydencie sercowo-naczyniowym [49]. Hamuje ona również agregację złągów cholesterolu [50].

Bardzo istotnym i gorącym tematem dotyczącym witaminy C jest jej zastosowanie w onkologii. W środowisku naukowym jest wielu zwolenników i wielu przeciwników podawania wysokich dawek askorbinianu sodu jako adiuwantu terapii onkologicznej. Znajdują się również tacy, którzy twierdzą, że stosowanie witaminy C leczy nowotwory. Niektóre ośrodki próbują wykorzystać wiarę pacjentów w nową terapię, promując bardzo kosztowne terapie przeciwnowotworowe o niepotwierdzonej skuteczności. W piśmiennictwie znajdziemy jednak badania kliniczne, których pacjenci w pozytywny sposób odpowiadali na wysokie dawki witaminy C podawane dożylnie, jak i doustnie [51]. Możemy przypuszczać, że kombinacja witaminy C z niektórymi rodzajami chemioterapii może być skuteczniejsza, niż sama chemioterapia. Witamina C podawana samodzielnie nie ma aktywności przeciwnowotworowej, lecz może poprawiać jakość życia i zmniejszać niepożądane efekty chemioterapii [52].

W dodatku kwas askorbinowy w niektórych przypadkach może modyfikować zachorowalność na raka:

płuc [53,54], prostaty [55], jelita grubego [56] oraz raka piersi [57].

Podsumowanie

Nie należy bezkrytycznie wierzyć informacjom opisanym w serwisach internetowych. Farmaceuci i lekarze powinni szukać wiadomości w literaturze fachowej, mimo że to trudniejsze i bardziej czasochłonne. Przemysł farmaceutyczny nie oszukuje, dodając do swoich produktów kwas L-askorbinowy oraz D-askorbinowy, po prostu oba mają różne role w formulacji leku bądź suplementu diety. Tymi, którzy chcą nam wmówić nieprawdę lub podają informacje niepotwierdzone, są najczęściej działły marketingowe kierujące się zasadą zwiększenia sprzedaży; zdarza się, że pracują tam osoby bez odpowiedniej wiedzy chemicznej czy medycznej. O ostrożności w stosunku do reklam należy uświadamiać pacjenta zarówno w gabinecie lekarskim, jak i za pierwszym stołem aptecznym.

INFORMACJE INTERNETOWE ZACZERPNIĘTE BYŁY Z SERWISÓW (DOSTĘP Z DNIA 29.04.2016):

- http://www.chelatacja.com/witamina_c
- <http://www.mito-pharma.pl/produkt/witamina-c-mse-matrix.html?clid=Cj0KEQjw6My4BRD4ssKGvYvB-YsBEiQAJYd77ehZK4nzT3lFx6D0wmvRfzdaBsKaSNhjm-Z70Jz6ArkMaAjr8P8HAQ>
- <http://ozonclinic.pl/leczenie-witamina-c.html?gclid=Cj0KEQjw6My>
- [4BRD4ssKGvYvB-YsBEiQAJYd77c9bmA_0gJnUyq7g8na-xPD3Mk4qBRA-x9f2LH6jv9zAaAnGz8P8HAQ](http://www.4BRD4ssKGvYvB-YsBEiQAJYd77c9bmA_0gJnUyq7g8na-xPD3Mk4qBRA-x9f2LH6jv9zAaAnGz8P8HAQ)
- https://pl.wikipedia.org/wiki/Kwas_askorbinowy
- <http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/domowa-apteczka/>
- [witamina-c-nie-tylko-na-przeziebienie-wlasciwosci-i-zastosowanie-witam_37271.html](http://www.witamina-c-nie-tylko-na-przeziebienie-wlasciwosci-i-zastosowanie-witam_37271.html)
- <http://www.vitanatural.pl/Niedoceniana+witamina+C> http://www.doktorwitamina.pl/witamina_c.html
- <http://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego/witamina-c-dzieli-onkologow.artykul,1695507.html>
- https://www.doz.pl/czytelnia/a/12112-Witamina_C_821ljewoskretna_czy_prawoskretna_A_moz_e_acerola
- <http://www.naturalna-medycyna.com.pl/biuletyn/Biuletyn-33.html>
- <http://www.akademiawitalnosci.pl/najlepszy-kwas-podsloncem-l-askorbinowy/>
- <http://party.pl/porady/zdrowie/odchudzanie-i-cliety/lewo-skretna-wita-mina-c-czy-naprawde-istnieje-95142-rl/>
- <http://www.vitanatural.pl/WITAMINA++C+1000>
- <http://pogromcyreklam.blogspot.com/2014/12/witamina-c-lewoskretna-prawda-czy-mit.html>

PIŚMIENNICTWO:

- 1) <http://www.pbi.org.pl/> (dostęp 5. 05. 2011)
- 2) National Center for Biotechnology Information. PubChem Compound Database; CID=54670067, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/54670067> (accessed May 6, 2016).

- 3) National Center for Biotechnology Information. PubChem Compound Database; CID=54690394, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/54690394> (accessed May 6, 2016).
- 4) Burns JJ, Fullmer HM, Dayton PG Observations on vitamin C activity of D-ascorbic acid; *Proc Soc Exp Biol Med.* 1959 May;101(1):46-9.
- 5) Dayton PG, Burns JJ. Metabolism of D-ascorbic acid-L-C14 in guineapigs and rats. *J Biol Chem.* 1958 Mar;231(1):85-91.
- 6) National Center for Biotechnology Information. PubChem Compound Database; CID=5950, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/5950> (accessed May 6, 2016).
- 7) National Center for Biotechnology Information. PubChem Compound Database; CID=6287, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/6287> (accessed May 6, 2016).
- 8) National Center for Biotechnology Information. PubChem Compound Database; CID=6140, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/6140> (accessed May 6, 2016).
- 9) Reichstein T; Grussner A; Oppenauer R Synthese der d- und l-Ascorbinsäure (C-Vitamin) *Helvetica Chimica Acta*, 1933, vol. 16, issue 1 p. 1019-1033
- 10) Reichstein, I Grussner, A. Eine ergiebige Synthese der L-Ascorbinsäure (C-Vitamin), *Helv. Chim. Acta* 1934 (17), S. 311-328
- 11) Hancock R. Violaemail R.; Biotechnological approaches for l-ascorbic acid production; *Trends Biotechnol.* 2002 Jul;20(7):299-305.
- 12) German Nutrition Society (DGE) New Reference Values for Vitamin C Intake. *Ann Nutr Metab.* 2015;67(1):13-20.
- 13) Cepeda-Lopez AC, Melse-Boonstra A, Zimmermann MB, Herter-Aeberli I; In overweight and obese women, dietary iron absorption is reduced and the enhancement of iron absorption by ascorbic acid is one-half that in normal-weight women *Am J Clin Nutr.* 2015 Dec;102(6):1389-97.
- 14) Robitaille L Hoffer J; A simple method for plasma total vitamin C analysis suitable for routine clinical laboratory use *Nutrition Journal* 2011;6:540
- 15) Zhang M, Robitaille L, Eintracht S, Hoffer U. Vitamin C provision improves mood in acutely hospitalized patients. *Nutrition.* 2011;27:530-3.
- 16) Wang Y, Liu XJ, Robitaille L, Eintracht S, Macnamara E, Hoffer U. Effects of vitamin C and vitamin D administration on mood and distress in acutely hospitalized patients. *Am J Clin Nutr.* 2013;98:705-11.
- 17) Hunt C, Chakravorty NK, Annan G, Habibzadeh N, Schorah CJ. The clinical effects of vitamin C supplementation in elderly hospitalized patients with acute respiratory infections. *Int J Vitam Nutr Res.* 1994;64(3):212-9.
- 18) Lund CC, Crandon JH. Ascorbic acid and human wound healing. *Ann Surg.* 1941;114:776-90.
- 19) Blass SC, Goost H, Burger C, Tolba RH, Stoffel-Wagner B, Stehle P, et al. Extra cellular micronutrient levels and pro-/antioxidant status in trauma patients with wound healing disorders: results of a cross-sectional study. *Nutr J.* 2013;12:157.
- 20) Scarborough H, Stewart CP Observations on the excretion of ascorbic acid in urino. *Biochem J.* 1937 Dec;31 (12):2232-9.
- 21) Raili EP, Friedman GJ, Rubin SH. The mechanism of the excretion of vitamin C by the human kidney. *J Clin Invest.* 1938 Nov;17(6):765-70.
- 22) van Eekelen M, Heinemann M. Critical remarks on the determination of urinary excretion of ascorbic acid. *J Clin Invest.* 1938 May;17(3):293-9.
- 23) Padayatty SJ, Sun H, Wang Y, Riordan HD, Hewitt SM, Katz A, Wesley RA, Levine M. Vitamin C pharmacokinetics: implications for oral and intravenous use. *Ann Intern Med.* 2004 Apr 6;140(7):533-7.
- 24) Schwedhelm E, Maas R, Troost R, Böger RH. Clinical pharmacokinetics of antioxidants and their impact on systemic oxidative stress. *Clin Pharmacokinet.* 2003;42(5):437-59.
- 25) May JM The SLC23 family of ascorbate transporters: ensuring that you get and keep your daily dose of vitamin C *Br J Pharmacol.* 2011 Dec;164(7):1793-801.
- 26) Fatima T, Kesari V, Watt I, Wishart D, Todd JF, Schroeder WR, Paliyath G, Krishna P. Metabolite profiling and expression analysis of flavonoid, vitamin C and tocopherol biosynthesis genes in the antioxidant-rich sea buckthorn (*Hippophae rhamnoides* L.). *Phytochemistry.* 2015 Oct;118:181-91.
- 27) Enko JI, Gliszczynska-Swigto A. Influence of the interactions between tea (*Camellia sinensis*) extracts and ascorbic acid on their antioxidant activity: analysis with interaction indexes and isobolograms. *Food Addit Contam Part A Chem Anal Control Expo Risk Assess.* 2015;32(8):1234-42.
- 28) Carlsson S, Wiklund NP, Engstrand L, Weitzberg E, Lundberg JO. Effects of pH, nitrite, and ascorbic acid on nonenzymatic nitric oxide generation and bacterial growth in urine. *Nitric Oxide.* 2001 Dec;5(6):580-6.
- 29) Barness LA. Safety considerations with high ascorbic acid dosage. *Annals of the New York Academy of Sciences,* 258: 523-528
- 30) Massey LK, Liebman M, Kynast-Gales SA. Ascorbate increases human oxaluria and kidney stone risk. *J Nutr.* 2005; 135(7), s. 1673-1677.
- 31) Ferraro PM, Curhan GC, Gambaro G, Taylor EN. Total, dietary, and supplemental vitamin C intake and risk of incident kidney stones. *Am J Kidney Dis.* 2016 Mar;67(3):400-7.
- 32) Elmore AR. Final report of the safety assessment of L-Ascorbic Acid, Calcium Ascorbate, Magnesium Ascorbate, Magnesium Ascorbyl Phosphate, Sodium Ascorbate, and Sodium Ascorbyl Phosphate as used in cosmetics. *Int J Toxicol.* 2005;24 Suppl 2:51-111.
- 33) Ascorbic acid Use During Pregnancy. *Drugs. com.* [dostęp 2016-04-17].
- 34) Douglas RM, Hemila H, Chalker E, Treacy B. Vitamin C for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3)
- 35) Heimer AM, Hart LG, Martin S, Rubio-Wallace. Examining the evidence for the use of vitamin C in the prophylaxis and treatment of the common cold. *J Am Acad Nurse Pract.* 21 (5), s. 295-300, 2009.
- 36) Hemila H, Chalker E. Vitamin C for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jan 31;1
- 37) Ellul MS, Rahmat A, Patimah I, Khaza'i H, Abed Y. Effect of vitamin C on inflammation and metabolic markers in hypertensive and/or diabetic obese adults: a randomized controlled trial. *Drug Des Devel Ther.* 2015 Jul 1;9:3405-12.
- 38) Fukui H, Iwahashi H, Endoh S, Nishio K, Yoshida Y, Hagiwara Y, Horie M. Ascorbic acid attenuates acute pulmonary oxidative stress and inflammation caused by zinc oxide nanoparticles. *J Occup Health.* 2015;57(2):118-25.
- 39) Nakhostin-Roohi, B; Babaei, P; Rahmani-Nia, Bohlooli, S. Effect of vitamin C supplementation on lipid peroxidation, muscle damage and inflammation after 30-min exercise at 75% V02max *J Sports Med Phys Fitness.* 2008 Jun;48(2):217-24.
- 40) Desoti VC, Lazarin-Bidóia D, Martins Ribeiro F, Cardoso Martins S, da Silva Rodrigues JH, Ueda-Nakamura T, Nakamura CV, Ximenes VF, de Oliveira Silva S.

Całość piśmiennictwa dostępna w redakcji.

Mgr farm. Jakub HARWACKI

Jakubharwacki@gmail.com

Zakład Chemii Fizycznej, Wydział Farmaceutyczny

z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej WUM

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. Iwona Wawer

(przedruk z „Lek w Polsce” nr 6-7/16)

CHROŃMY DZIECI PRZED LEKAMI



Szereg obowiązujących w Polsce przepisów wskazuje na szczególną troskę Państwa o ochronę zdrowia małoletnich. Należą do nich między innymi, zakaz sprzedaży alkoholu czy papierosów. Związane jest to nie tylko z ochroną zdrowia dzieci, ale również faktem, iż zażywanie czy stosowanie niektórych produktów skutkuje utratą zdrowia – a co za tym idzie, decyzja o ich przyjmowaniu powinna być w pełni świadoma oraz wiązać się z odpowiedzialnością. Odpowiedzialność tą może w pełni wziąć na siebie osoba dorosła, uprzedzona o możliwych negatywnych skutkach stosowania tych produktów – jest zdolna prawnie do podjęcia świadomej decyzji. Inaczej ma się rzecz w zakresie dostępności dla małoletnich produktów leczniczych i części wyrobów medycznych. Obecnie dziecko może nabyć w aptece każdy lek dostępny bez recepty. Należy przy tym podkreślić, że nabycie i zastosowanie produktu leczniczego wiąże się z podjęciem samodzielnej decyzji terapeutycznej. Bezsprzecznie o leczeniu dziecka decydować powinien jego prawny opiekun. Choć teoretycznie dziecko może zapoznać się z treścią ulotki leku, to należy zwrócić uwagę na fakt, iż Rozporządzenie Ministra Zdrowia w Sprawie Badania Czytelności Ulotki nie zakłada testowania jej treści na małoletnich. Powstaje zatem wątpliwość czy kluczowe elementy tego dokumentu będą przez dziecko zrozumiałe. Wśród nich warto wymienić wskazania, sposób dawkowania, interakcje oraz działania niepożądane.

Szczegółne zagrożenie stanowi sytuacja, w której dziecko zastosuje lek a ten wywoła u niego działa uboczne. Gdyby przyjąć nawet założenie wynikające z treści Kodeksu Cywilnego, że dziecko od 13 roku życia może bez zgody prawnych opiekunów zawierać umowy „w drobnych bieżących sprawach życia codziennego”, to pozostaje grupa małoletnich poniżej 13 roku życia, która nie posiada zdolności do takich czynności prawnych. Warto również rozważyć, czy zastosowanie leku jest ową decyzją dotyczącą spraw życia codziennego.

Nie sposób przy tej okazji zwrócić uwagi na fakt, iż Urząd Rejestracji często pozwala na wprowadzenie do obrotu produktu, który choć ma cechy leku to jest rejestrowany jako wyrób medyczny. W tym zakresie brakuje w Polsce konsekwencji, co prowadzi do zwiększonej dostępności do substancji czynnych, które z uwagi na swoje działanie powinny być objęte bardziej rygorystycznym zasadom wydawania pozwoleń na dopuszczenie do obrotu.

Dzieci powyżej 13 roku życia również w mojej ocenie nie powinny mieć prawa do samodzielnego stosowania leków. Odpowiedzialność Państwa powinna być

wyrażona „*podobnie jak w przypadku papierosów czy alkoholu*” dbałością o zachowanie prawa prawnego opiekuna do decydowania o rodzaju terapii, jaka jest stosowana u dziecka. Dodatkowo należy podkreślić, że zgodnie z obowiązującym prawem niemożliwym jest korzystanie przez małoletnich ze świadczeń opieki zdrowotnej bez zgody prawnego opiekuna. Uniemożliwia to zatem skonsultowanie przyjmowania leku nabytego przez małoletniego z terapeutą. Rozwiązaniem może być wskazanie obowiązku wydawania leków dostępnych bez recepty osobą małoletnim na podstawie recepty lekarskiej. Dostrzegam również istotne powiązanie problemu dostępności leków bez recepty z kwestią zapobiegania narkomanii.

Dostępne obecnie bez ordynacji lekarskiej (a zatem dostępne dla małoletnich) są preparaty zawierające, dextrometofran, pseudoefedryna, chlorowodorek ksylometazoliny czy nawet chlorowodorek benzydamin. O ile zagadnienie to może być uregulowane w ramach ustawy o zapobieganiu narkomanii (choć jeszcze nie jest), o tyle kwestia innych leków, nie powodujących uzależnienia, wymaga dodatkowej regulacji. Zagrożenie dla zdrowia a nawet życia małoletnich mogą stanowić różne substancje czynne wchodzące w skład powszechnie dostępnych leków. Począwszy od preparatów zawierających kwas acetylosalicylowy, aż po często stosowany paracetamol. Opisaną powyżej kwestię można rozwiązać poprzez całkowity zakaz sprzedaży produktów leczniczych i wyrobów medycznych (zawierających substancje czynne) małoletnim lub poprzez oznaczenie produktów leczniczych i wyrobów medycznych, zawierających wskazane przez Ministra Zdrowia substancje czynne mogące stanowić zagrożenie dla zdrowia małoletnich.

Rynek leków dostępnych bez recepty z roku na rok się powiększa. Brak szczegółowych badań dotyczących przekroju wiekowego nabywców tych produktów, choć często podnosi się kwestię stosowania przez małoletnich produktów zawierających substancje uzależniające. Bynajmniej nie sposób odizolować dzieci od wszystkich takich środków (bo nawet pasta do butów stosowana jest jako środek odurzający), ale można ograniczać dostęp do nich wszędzie tam, gdzie istnieje największe ryzyko – zagrożenie utraty zdrowia – wychodząc z nadrzędnego celu, jakim jest ochrona małoletnich.

Rafał Piotr JANISZEWSKI
Kancelaria Doradcza

O ZMIANACH W PRAWIE, O KTÓRYCH LEKARZ WIEDZIEĆ POWINIEN...

Aby kraj mógł żyć, trzeba, aby żyły prawa

ADAM MICKIEWICZ

W ostatnim okresie weszły w życie dwie ustawy mające wpływ na wykonywanie zawodu przez lekarzy i lekarzy dentystów. Wprowadzają one nowe rozwiązania, z którymi warto się zapoznać. Do najważniejszych zmian należy zaliczyć te, które dotyczą niżej wymienionych obszarów.

Ułatwienia prowadzenia działalności leczniczej, w tym praktyki lekarskiej

15 lipca 2016 r. weszła w życie ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 960), z wyjątkiem dwóch przepisów, które obowiązują od 30 czerwca 2016 r. Nowelizacja wprowadziła kilka ułatwień wykonywania działalności leczniczej, które zgłaszane były przez samorząd lekarski. Przy dokonywaniu rejestracji praktyki lekarskiej i podmiotu leczniczego odstąpiono od obowiązku dołączania opinii sanitarnej wydawanej przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz przedkładania polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Zamiast ww. dokumentów, składane jest oświadczenie o znajomości i spełnieniu warunków wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem. W trakcie prowadzenia działalności leczniczej zniesiono wymóg przedstawiania aktualnych polis ubezpieczeniowych, potwierdzających kontynuację ubezpieczenia OC.

W słowniczku ustawowym ustawy o działalności leczniczej uchylono pojęcie przedsiębiorstwa, wprowadzając pojęcie zakładu leczniczego, rozumianego jako zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Z uwagi na przyjęcie nowego określenia, konieczne były zmiany w terminologii poszczególnych przepisów ustawy o działalności leczniczej i innych ustawach używających tych zwrotów, między innymi zmieniono nazwy niektórych praktyk prowadzonych przez lekarzy.

W przypadku indywidualnych (indywidualnych specjalistycznych) praktyk lekarskich wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład (powszechnie zwanych dotychczas „praktykami w podmiocie”) zrezygnowano z obowiązku prowadzenia regulaminów organizacyjnych dla tych praktyk.

Standardy w medycynie

Powołana wyżej nowelizacja zmieniała przepisy dotyczące standardów, wprowadzając w miejsce standardów postępowania medycznego – standardy organizacyjne opieki zdrowotnej. Nowe przepisy dookreśliły, że standardy dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Pozostawiono rozwiązanie, że przyjęcie przez ministra zdrowia standardów nadal będzie fakultatywne, tym niemniej w przypadku ich wydania – podmiot wykonujący działalność leczniczą (tj. lekarz mający praktykę lekarską i podmiot leczniczy) obowiązany jest je stosować. Przewidziano, iż dotychczasowe rozporządzenia określające standardy (wydane na podstawie art. 22 ust. 5 w brzmieniu dotychczas obowiązującym) zachowują moc do dnia wejścia w życie nowych przepisów wykonawczych, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2018 r.

Informowanie policji

Ustawa zmieniająca ustawę o działalności leczniczej nałożyła na szpitale obowiązek informowania jednostek Policji o fakcie przyjęcia pacjenta małoletniego, gdy nie ma możliwości nawiązania kontaktu z przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym tego małoletniego, nie później niż w okresie czterech godzin od przyjęcia takiego małoletniego pacjenta. Obowiązek informowania obejmuje także pacjentów, których tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość. W tym przypadku zgłoszenie następuje nie później niż w okresie ośmiu godzin. Ponadto podmiot wykonujący działalność leczniczą, na wniosek Policji, obowiązany jest udzielić informacji o przyjęciu osoby zaginionej.

Tajemnica lekarska

5 sierpnia 2016 r. weszła w życie ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 1070). Wskazana ustawa zmienia przepisy dotyczące tajemnicy lekarskiej i zasady określające zwalnianie z niej, w tym także na potrzeby prowadzonego postępowania karnego.

Istotną zmianą jest wprowadzenie rozwiązania, zgodnie z którym po śmierci pacjenta ujawnienie tajemnicy będzie możliwe, gdy zgodę na ujawnienie wyrazi osoba bliska tego pacjenta. Równocześnie przewidziano, że zwolnienia z tajemnicy na powyższych zasadach nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna

osoba bliska. Wyrażanie zgody przez osoby bliskie dotyczy także przypadków, gdy pacjent za życia nie upoważnił żadnej osoby do uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia lub wprost sprzeciwił się przekazywaniu takich informacji. Trudnością w stosowaniu wskazanej regulacji będzie faktyczne ustalenie kręgu osób bliskich uprawnionych do żądania informacji objętych tajemnicą lekarską i uprawnionych do sprzeciwienia się ujaw-

nienia przez lekarza tych danych. Zmienione przepisy dotyczą także zasad zwalniania lekarzy z tajemnicy lekarskiej w postępowaniu karnym.

Katarzyna RÓŻYCKA
radca prawny,
Zespół Radców Prawnych ŚIL

(przedruk z „Pro Medico” nr 8-9/16)

NA DYŻURZE NIE ZAWSZE JESTEŚ CHRONIONY JAKO FUNKCJONARIUSZ PUBLICZNY

Znieważony publicznie lekarz tylko w szczególnych, ściśle określonych okolicznościach korzysta z ochrony przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego – taki wniosek wynika z postanowienia podjętego przez Sąd Najwyższy 28 kwietnia tego roku (sygn. akt IKZ-P24/15).

Rozstrzygnięcie to jest istotne, gdyż w sytuacjach, gdy ochrona taka lekarzowi przysługuje, sprawca odpowiada z art. 226 §1 Kodeksu karnego: „*kto znieważa funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu przybraną, podczas i w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku*”. Co więcej, całą sprawę prowadzi wtedy prokurator.

Gdy ochrona z art. 226 § 1 k.k. nie jest mu dana, wystarczające muszą być instrumenty przewidywane w innych regulacjach prawnych. Mogą one być uruchamiane z inicjatywy osób bezpośrednio pokrzywdzonych znieważającą wypowiedzią. Oprócz środków prawno-karnych – art. 216 k.k. (przewidującego karę grzywny lub ograniczenia wolności oraz zadośćuczynienie dla poszkodowanego) – pozostają w dyspozycji środki ochrony cywilnoprawnej. Zaznaczmy jednak, że oskarżyciel publiczny może przyłączyć się do takich postępowań, ale tylko wówczas, gdy zachodzi potrzeba ochrony interesu publicznego (art. 60 k.p.k.).

O tym, kiedy zniewaga lekarza ścigana jest z oskarżenia publicznego, a kiedy z prywatnego, stanowią przepisy zawarte nie tylko w Kodeksie karnym, lecz także w innych ustawach, tzw. szczególnych. Czy czynią to wystarczająco klarownie? Raczej nie, skoro wątpliwości mają nawet sądy, czego dowodem jest choćby sprawa, w której zapadło przytoczone postanowienie. Toczy się ona ponad półtora roku, a końca nie widać.

Incydent na oddziale

Sprawa toczy się w następstwie incydentu, jaki wywołał 29 listopada 2014 r. w szpitalu w J. przybyły tam nieoczekiwany gość. Pod adresem lekarza C. publicznie skierował konkretne zarzuty. C. uznał je za zniewagę.

Lekarz złożył więc w Prokuraturze Rejonowej w J. doniesienie. Wiemy stąd, że w czasie dyżuru na oddziale ratunkowym znany mu z imienia i nazwiska mężczyzna natarczywie domagał się od niego wystawienia karty zgonu zmarłego poprzedniej nocy członka rodziny. Gdy usłyszał odmowę, pomówił lekarza o brak umiejętności fachowych i spowodowanie śmierci pacjenta.

Lekarz oczekiwał wszczęcia postępowania w tej sprawie. Tymczasem prokurator rejonowy w K. odrzucił taką możliwość. Dlaczego? Otóż – jak argumentował – w czasie zdarzenia lekarz nie korzystał z ochrony prawnej należnej funkcjonariuszowi publicznemu. A skoro tak, to czyn C. nie może być uznany za przestępstwo ścigane z art. 226 § 1 k.k., a jedynie z art. 216 § 1 k.k. W tym drugim przypadku prokurator nie jest potrzebny, w grę wchodzi bowiem wszczęcie sprawy z oskarżenia prywatnego osoby poszkodowanej.

Zajście było dla lekarza bolesne. Postanowił więc skorzystać z pomocy pełnomocnika, który wniósł zażalenie na odmowę prokuratora. Argumentował, że w czasie zdarzenia C. był objęty ochroną należną funkcjonariuszowi publicznemu, gdyż art. 44 UZL ochronę taką przyznaje lekarzowi ratownictwa medycznego ze względu na wyjątkową wagę jego czynności. Znieważony został w związku i podczas wykonywania czynności służbowych, zatem to prokurator powinien prowadzić postępowanie zmierzające do pociągnięcia sprawcy do odpowiedzialności.

Interpretacyjne wątpliwości

Rozpoznając to zażalenie, Sąd Rejonowy w J. uznał, że przepisy regulujące podobne sytuacje są niejednoznaczne. Zachodzi zatem potrzeba wykładni ustawy, a więc przedstawił Sądowi Najwyższemu (SN) pytania:

1. Czy lekarz, który pełni dyżur na szpitalnym oddziale ratunkowym jako członek załogi karetki pogotowia ratunkowego, oczekując na wezwanie wyjazdu, jest lekarzem wykonującym czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w sytuacji, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego

uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia lub w innym przypadku niecierpiącym zwłoki – w rozumieniu art. 44 w związku z art. 30 UZL?

2. Jeżeli tak, to czy sprawca znieważający lekarza znajdującego się w takiej sytuacji dopuszcza się czynu zabronionego z art. 226 § 1 k.k.?

Sąd rejonowy miał wątpliwości, jednak skłaniał się ku stanowisku pełnomocnika lekarza. Według sądu treść art. 44 UZL, odwołując się do wykonywania przez lekarza czynności w ramach pomocy doraźnej lub stanowiących pomoc lekarską udzieloną w przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować wymienione w tym przepisie skutki, nie daje odpowiedzi na pytanie, czy czynności te rozumieć należy dosłownie, czy szerzej. W tym drugim wypadku chodziłoby o wykonywanie przez lekarza pewnego kompleksu czynności, obejmujących także „względnie krótkie okresy, w których lekarz czynności medycznych sensu stricto nie wykonuje, a które towarzyszą właściwym czynnościom medycznym bezpośrednio przed ich podjęciem, w ich trakcie i bezpośrednio po ich przeprowadzeniu”.

W uzasadnieniu pytania prawnego podkreślił też, że za szerszą wykładnią, która zapewniłaby lekarzom ochronę także w trakcie stanu bezpośredniej gotowości udzielenia przez lekarza pomocy w trakcie dyżuru na szpitalnym oddziale ratunkowym, przemawia cel art. 44 UZL, którym jest szczególna ochrona prawna osoby ratującej życie lub zdrowie innego człowieka. Z kolei dosłowne rozumienie „wykonywania czynności”, o których mowa w tym przepisie, ograniczałoby zakres ochrony prawnej.

Sąd w J. oczekiwał więc od SN wykładni, która miałaby bezpośredni wpływ na rozstrzygnięcie zażalenia lekarza C.

Prokurator: ustalmy fakty

Poproszony przez SN o stanowisko w tej sprawie prokurator Prokuratury Generalnej podkreślił, że w okolicznościach opisywanej sprawy nie zachodziły przypadki udzielania przez lekarza pomocy opisane w art. 30 UZL. Lekarza pełniącego dyżur na szpitalnym oddziale ratunkowym jako członka załogi karetki pogotowia ratunkowego dotyczyć mogą regulacje ustawy PRM.

Ustawa o ratownictwie w art. 5 rozszerza zakres ochrony lekarza wchodzącego w skład zespołu ratownictwa medycznego, niemniej nie obejmuje lekarzy pozostających w gotowości do wykonywania czynności w ramach dyżuru.

W efekcie prokurator podkreślił, że konieczne jest dokładne ustalenie, jakie czynności lekarz wykonywał, gdy doszło do scysji. Od tego zależy ostateczna kwalifikacja czynu sprawcy. Problem sprowadza się więc do prawidłowej analizy faktów i dowodów w rozpatrywanej sprawie. W tym samym kierunku podążył SN.

Według Sądu Najwyższego

W przywołanym postanowieniu SN zauważył, że wobec pełnienia przez C. dyżuru na szpitalnym oddziale ratunkowym jako członka karetki pogotowia zastosowanie znaleźć mogłoby rzeczywiście także art. 5 PRM, który stanowi, że osoba udzielająca pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz podejmująca medyczne czynności ratunkowe korzysta z ochrony przewidzianej w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych. W art. 3 pkt 2, 4 i 7 tejże ustawy zdefiniowane zostały określenia „kwalifikowanej pierwszej pomocy”, „medycznych czynności ratunkowych” i „pierwszej pomocy”.

Jednak zarówno art. 44 UZL, jak i art. 5 PRM mają charakter przepisów odsyłających. Ściśle określają sytuacje, w których lekarz „korzysta z ochrony przewidzianej (...) dla funkcjonariuszy publicznych” (art. 5 PRM) lub „przysługuje mu ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu” (art. 44 UZL). W jednej i w drugiej ustawie zakres ochrony został ściśle ograniczony do dokonywania określonych czynności. Zawarte w nich przepisy, odczytywane literalnie, tzn. zgodnie z dyrektywą języka ogólnego, dotyczą sytuacji, w których lekarz rzeczywiście i w danym momencie świadczy pomoc doraźną lub wykonuje obowiązki określone w ustawie. Interpretacja taka jest zgodna z regułami wykładni językowej, która powinna być stosowana w pierwszej kolejności. Dodatkowo SN zauważył, że granice ochrony lekarza wyznacza nadto treść art. 226 § 1 k.k., który to przepis stanowi, że do określonego w nim czynu zabronionego dochodzi jedynie „podczas i w związku z pełnieniem obowiązków służbowych”. Nie obejmują sytuacji innych niż służbowe. W przypadku lekarzy będzie to udzielanie pomocy doraźnej (a więc udzielanie pierwszej pomocy i podejmowanie medycznych czynności ratunkowych) lub pomocy lekarskiej wtedy, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych wypadkach niecierpiących zwłoki.

Co warte podkreślenia, za wykonywanie czynności, o których mowa wyżej, SN uznał jednak także działanie zmierzające bezpośrednio do ich udzielenia od chwili odebrania zindywidualizowanego wezwania lub od chwili podjęcia przez lekarza stosownych działań z własnej inicjatywy. Z pewnością jednak te przepisy nie obejmują czasu pełnienia przez lekarza dyżuru na szpitalnym oddziale ratunkowym, jeśli w danym momencie tylko oczekiwał na wezwanie do wyjazdu załogi karetki pogotowia ratunkowego.

Co z tego wszystkiego wynika dla lekarza C? Niestety, kilka możliwości. Sprawa toczyć się teraz będzie w sądzie rejonowym. Sąd będzie musiał ustalić, czy lekarz rzeczywiście tylko czekał na wezwanie i „nie wykonywał żadnych czynności”, czyli, jak ktoś mógłby utrzymywać, w danym momencie nic nie robił. Wtedy niech

się sędzi sam. Nie znam wprawdzie sytuacji np. na warszawskich oddziałach ratunkowych, kiedy lekarz „nic nie robi”. Nawet gdy pacjenta akurat nie ma, musi wypełniać formularze potrzebne biurokracji. Może C. zmierzał od pacjenta do pacjenta, może szedł odebrać wyniki badań, udzielał informacji bliskim albo po prostu mył ręce po badaniu chorego? Jeśli tak, to „wykonywał czynności” i sprawę poprowadzi prokurator.

W zasadzie rozstrzygnięcie SN wydać się może prawidłowe. Art. 226 k.k. zatytułowany „Znieważenie funkcjonariusza publicznego podczas pełnienia obowiązków służbowych” umieszczony został w rozdziale XXIX kodeksu pt. „Przestępstwa przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego”. W lutym ubiegłego roku w wyniku skargi obywatela oceniał ten przepis Trybunał Konstytucyjny (sygn. akt SK 70/13).

Wyjaśniał wówczas, że „podstawowym celem wyodrębnienia przestępstwa zniewagi funkcjonariusza publicznego jest ochrona autorytetu instytucji państwowych” oraz że „cel, jakim jest ochrona autorytetu organów władzy publicznej, związany jest ściśle z zapewnieniem możliwości efektywnego wykonywania funkcji”. I dalej, że przepis ów „kładzie nacisk na ochronę niezakłóconego wykonywania obowiązków, a nie bezpośrednio na ochronę godności”.

Mimo to sympatię budzą usiłowania sądu rejonowego zmierzające do jednolitego traktowania całego czasu dyżuru, a nie stanowisko znacznie bardziej przecież doświadczonego SN, dla którego przepis jest aż tak jasny, oczywisty, więc niech sobie sąd za każdym razem ustala, co w danej chwili robił lekarz.

Żaneta SEMPRICH

(przedruk z „Medical Tribune” nr 7-8/16)

WAŻNE PRZEPISY

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (UZL)

- Art. 44. Lekarzowi, który wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadku, o którym mowa w art. 30, przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu.
- Art. 30. Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

2. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (PRM)

- Art. 5. 1. Osoba udzielająca pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz podejmująca medyczne czynności ratunkowe korzysta z ochrony przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) dla funkcjonariuszy publicznych.
- Art. 3. Użyte w ustawie określenia oznaczają:
 - **kwalifikowana pierwsza pomoc** – czynności podejmowane wobec osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez ratownika, o którym mowa w art. 13 ust. 1;
 - **medyczne czynności ratunkowe** – świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
 - **pierwsza pomoc** – zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 oraz z 2011 r. Nr 102, poz. 586 i Nr 113, poz. 657), oraz produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

CZEGO NIE MOŻESZ POWIEDZIEĆ DZIENNIKARZOWI?

Relacje z mediami to często poważny problem. Zła strategia postępowania obrona przez lekarza może doprowadzić do przedstawienia go opinii publicznej w negatywnym świetle jako osoby, która unika odpowiedzi na zadawane pytania, ponieważ „z pewnością ma coś do ukrycia”. Z drugiej strony zbytnia otwartość lekarza w kontaktach z dziennikarzami może sprowadzić na lekarza kłopoty natury prawnej.

Pierwszym przykładem może być zarzut ujawnienia tajemnicy lekarskiej. Odpowiedzialność prawna leka-

rza obejmuje możliwość postawienia zarzutów karnych (ujawnienie tajemnicy lekarskiej to przestępstwo z art. 266 Kodeksu karnego) lub dotyczących odpowiedzialności zawodowej (naruszenie ustawy z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty – art. 40). Pojawia się także możliwość odpowiedzialności cywilnej (naruszenie dóbr osobistych pacjenta, praw pacjenta, określonych ustawą z 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 13).

Przykładem takich problemów może być postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, które zostało wszczęte wobec lekarza leczącego zmarłą w 2014 r. Annę Przybylską. Przekazał on dziennikarzom sugestywne informacje dotyczące rozpoznania choroby oraz cierpienia pacjentki. Okręgowa Izba Lekarska wszczęła wówczas postępowanie w kierunku naruszenia przez lekarza art. 23 Kodeksu Etyki Lekarskiej mówiącego o obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej.

Tajemnica jest tajemnicą

Tak więc kluczowe znaczenie ma świadomość tego, co możemy powiedzieć dziennikarzom, jakich informacji udzielić, aby nie narazić się na zarzut naruszenia tajemnicy lekarskiej. Aby odpowiedzieć na to pytanie, zatrzymajmy się przy problemie tajemnicy lekarskiej.

KONSTYTUCJA RP

- Art. 47 – Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym.
- Art. 49 – Zapewnia się wolność i ochronę tajemnicy komunikowania się. Ich ograniczenie może nastąpić jedynie w przypadkach określonych w ustawie i w sposób w niej określony.
- Art. 51 – Nikt nie może być obowiązany inaczej niż na podstawie ustawy do ujawniania informacji dotyczących jego osoby.

Obowiązek zachowania w tajemnicy informacji o pacjencie (i jego otoczeniu – jak mówi KEL), o których lekarz dowiedział się w związku z jego leczeniem, jest jednym z najbardziej istotnych prawnych i etycznych obowiązków lekarza oraz jednym z najbardziej podstawowych praw pacjenta. Źródła tego obowiązku należy szukać w Konstytucji RP, a później w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Odnosząc się do zakresu informacji o pacjencie objętych tajemnicą lekarską, należy zwrócić uwagę na dominującą w tym zakresie szeroką interpretację. Do wiadomości objętych obowiązkiem zachowania tajemnicy należy zatem zaliczyć wszelkie informacje dotyczące danych medycznych, dane o sytuacji rodzinnej, majątkowej oraz zawodowej pacjenta. W zakres chronionych wiadomości wchodzi także informacje o osobach trzecich w jego otoczeniu.

Zgodnie z zapisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry upublicznienie określonych danych medycznych w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta nie narusza tajemnicy lekarskiej. Pamiętać należy jednak, że uniemożliwienie identyfikacji oznacza nie tylko zachowanie w tajemnicy imienia i nazwiska, ale wszelkich okoliczności umożliwiających jego identyfikację.

USTAWA O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY

Art. 40.1. Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy:

1. tak stanowią ustawy;
2. badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje;
3. zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
4. pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia;
5. zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;
6. zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

2a. W sytuacjach, o których mowa w ust. 2, ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie.

3. Lekarz, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w ust. 2 pkt 1–5, jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta.

4. Lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody.

USTAWA O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA

Art. 13 – Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Art. 23 – Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej.

Warto również pamiętać, że obowiązek zachowania tajemnicy powstaje z mocy prawa niezależnie, czy pacjent wyraźnie stwierdził, że nie chce ujawniania informacji objętych tajemnicą lekarską.

Tajemnica nie jest tajemnicą

Zasadą jest, iż informacje stanowiące tajemnicę lekarską mogą być ujawnione tylko wówczas, gdy pacjent wyrazi świadomą zgodę w tym zakresie.

Ograniczenie obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej poprzez ujawnienie określonych informacji przewidują także ustawy szczególne. Jako przykład można wskazać:

ustawę z 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, gdzie przewidziano możliwość ujawnienia danych dawcy i biorcy (tym osobom), jeśli narząd ma być pobrany od żywej osoby;

ustawę z 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego, która przewiduje zachowanie przez m. in. personel szpitala lub domu pomocy społecznej w tajemnicy wszystkiego, o czym powzięmie wiadomość w związku z wykonywaniem czynności leczniczych wynikających z ustawy, z wyjątkiem udzielania wyjaśnień lekarzowi sprawującemu opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi; oraz informowanie właściwych organów administracji rządowej lub samorządowej co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej;

ustawę z 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, która nakłada na lekarza obowiązek niezwłocznego zgłoszenia przypadku podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej (wykaz w rozporządzeniu ministra zdrowia) lub zgonu z ich powodu państwowemu powiatowemu lub granicznemu inspektorowi sanitarnemu.

Ujawnienie informacji stanowiących tajemnicę lekarską może nastąpić w wyniku przeprowadzenia badania zleconego przez odpowiednie instytucje, takie jak prokuratura, sąd i ZUS. Żądanie to powinno mieć podstawę prawną i być sformułowane na piśmie. Po otrzymaniu dokumentu lekarz jest zobowiązany udzielić informacji we wskazanym zakresie.

Bezpieczeństwo osób trzecich

Ważnym, wymagającym osobnego wspomnienia powodem, uzasadniającym ujawnienie tajemnicy lekarskiej są okoliczności, w których uwzględnienie tajemnicy może spowodować niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia osób trzecich.

Sąd Apelacyjny w Poznaniu (9 maja 2002 r., I ACa 221/02): *Odpowiedzialność szpitala za szkodę wynikłą z zaniechania prawidłowego poinformowania osób bliskich o stwierdzonym w krwi pacjenta wirusie żółtaczkowego typu B. W efekcie popełnionych zaniedbań zakażeniu uległa rodzina pacjenta. Sąd podkreślił, iż szpital/lekarz ma obowiązek szczegółowego powiadomienia pacjenta i członków jego najbliższej rodziny o konsekwencjach nosicielstwa wirusa choroby zakaźnej stwierdzonej u pacjenta.*

Przyjmuje się, że w sytuacji, gdy pacjent może stwarzać zagrożenie dla osób trzecich, lekarz powinien w pierwszej kolejności poinformować go o tym oraz pouczyć, aby sam poinformował osoby, które w związku z cha-

rakterem relacji łączących z pacjentem są narażone na niebezpieczeństwo, oraz powstrzymał się od tzw. zachowań ryzykownych. Dopiero gdy lekarz będzie miał wątpliwości, czy pacjent dostosuje się do zaleceń, ma prawo ostrzec te osoby, a więc ujawnić tajemnicę lekarską.

Odrębną kwestią jest ujawnienie tajemnicy lekarskiej dotyczącej osoby z zaburzeniami psychicznymi. Należy odnotować, że „lekarz leczący osobę z zaburzeniami psychicznymi jest uprawniony do ujawnienia tajemnicy lekarskiej dotyczącej jej zaburzeń, a zwłaszcza płynących z nich zagrożeń wszędzie tam, gdzie są one realne i dotyczą określonych osób lub przynajmniej określonego kręgu osób”. W tym kontekście warto wskazać na orzeczenie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Anne-Marie Andersson v. Szwecja. Pacjentka, obywatelka Szwecji, korzystała z pomocy kliniki psychiatrycznej w Göteborgu. Kobieta była rozwódką, mieszkała z najmłodszym synem. Psychiatra wielokrotnie zwracał jej uwagę, iż stwierdzone dolegliwości mogą wywierać negatywny wpływ na dziecko, i zasugerował wizytę w klinice psychiatrii dziecięcej. Matka odrzuciła tę propozycję. W styczniu 1992 roku psychiatra powiedział pacjentce, iż zgodnie z prawem jest obowiązany poinformować opiekę społeczną o tej sytuacji. W wyniku przeprowadzonego postępowania syn pani Andersson został skierowany do jednostki edukacyjno-terapeutycznej.

Zdaniem Europejskiego Trybunału Praw Człowieka ingerencja w sferę praw i wolności pacjentki była zgodna z prawem i niezbędna w demokratycznym społeczeństwie.

Sprawa Tarasoff et al. v. The Regents of the University of California – sąd orzekł o odpowiedzialności cywilnej lekarza, który zaniechał ostrzeżenia kobiety o niebezpieczeństwie grożącym jej ze strony chorego. Pacjent korzystający z opieki psychoterapeuty wielokrotnie wyrażał zamiar zamordowania byłej narzeczonej.

Pytania zadawane przez dziennikarzy często odnoszą się do uzyskania od lekarza informacji o stanie zdrowia konkretnego pacjenta. Warto zatem wskazać na przepisy, które regulują zasady przekazywania przez lekarza tych informacji. Zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 31 ust. 6), jeśli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny albo niezdolny do zrozumienia informacji, lekarz o jego stanie zdrowia informuje: małżonka, krewnego, powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta.

Krzysztof IZDEBSKI
Rzecznik Praw Lekarza
Kujawsko-Pomorska OIL w Toruniu

(przedruk z „Medical Tribune” nr 7-8/16)

ZGŁASZANIE UZALEŻNIEŃ U LEKARZY

Zdarza się, że lekarz dostrzega u kolegi symptomy uzależnienia od alkoholu lub innych środków bądź też symptomy choroby psychicznej, widząc jednocześnie, że kolega ten pozostaje bezkrytyczny wobec swojego stanu. Zdarzają się także i takie sytuacje, w których lekarze pracujący w jednym zespole wiedzą z całą pewnością, że ich kolega pracuje zawodowo, mimo że choroba psychiczna bądź uzależnienie zostały już u niego jednoznacznie stwierdzone. Powstaje wówczas pytanie, jak mogą oni zareagować, biorąc pod uwagę ograniczenia wynikające z zasad etyki oraz obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej.

Tajemnica zawodowa

Jej ramy ustawowe wyznacza art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, stanowiąc, że lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Zwolnienie z tego obowiązku ustawa przewiduje zaś w następujących przypadkach:

1. tak stanowią ustawy;
2. badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje;
3. zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
4. pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia;
5. zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;
6. zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

– przy czym we wszystkich tych sytuacjach ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie.

Etyka

Zgodnie zaś z Kodeksem Etyki Lekarskiej lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej, którą objęte są wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej. Według Kodeksu nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej przekazanie

informacji o stanie zdrowia pacjenta innemu lekarzowi, jeżeli jest to niezbędne dla dalszego leczenia lub wydania orzeczenia o stanie zdrowia pacjenta.

Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić:

- gdy pacjent wyrazi na to zgodę,
- jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób, oraz
- jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa

Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej, jeśli po przeprowadzeniu badania lekarskiego na zlecenie upoważnionego z mocy prawa organu wynik badania zostanie przekazany zleceńdawcy; nieodzownym warunkiem jest jednak, aby lekarz przed rozpoczęciem badania poinformował o tym osobę, która ma być zbadana. Wszelkie informacje, które nie są konieczne dla uzasadnienia wniosków wynikających z badania, powinny być nadal objęte tajemnicą lekarską. Zgodnie z Kodeksem lekarz ma także prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka.

Powinien jednak czuwać nad tym, by osoby asystujące lub pomagające mu w pracy przestrzegały tajemnicy zawodowej. Dopuszczenie ich do tajemnicy powinno obejmować wyłącznie informacje w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania ich czynności zawodowych. Lekarz musi czuwać nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji lekarskiej oraz zabezpieczeniem przed jej ujawnieniem. Dokumentacja lekarska powinna zawierać wyłącznie informacje potrzebne do postępowania lekarskiego.

Lekarz-kolega / lekarz-pacjent

Z całokształtu przedstawionych wyżej przepisów należy wyłowić przede wszystkim dwie kwestie: po pierwsze, że obowiązek zachowania tajemnicy zachodzi w relacji lekarz-pacjent. Po drugie, że zarówno ustawa, jak i KEL, przewidują możliwość zwolnienia z tajemnicy w przypadku, gdy jej zachowanie w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób.

Prowadzi to do dwóch wniosków. Po pierwsze, że tajemnica zawodowa nie ma zastosowania w stosunkach czysto koleżeńskich. Innymi słowy, jeżeli lekarz nie jest lekarzem leczącym chorego bądź uzależnionego kolegi, jego spostrzeżenia nie są objęte tajemnicą zawodową regulowaną przepisami ustawy oraz Kodeksu. Po drugie, że w przypadku gdy niebezpieczny stan kolegi stwierdzony został przez lekarza leczącego kolegę jako pacjenta, również i wówczas istnieje możliwość ujawnienia informacji o dostrzeżonej chorobie, o ile lekarz leczący ma uzasadnione podejrzenie, że jego stan w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu kolegi lub innych osób.

Zgłoszenie koleżeńskie

Stosunkowo prostsza wydaje się pierwsza sytuacja, gdyż lekarz dostrzegający kłopoty zdrowotne kolegi mogące zaowocować poważnym błędem zawodowym, może, nie narażając się na zarzut naruszenia tajemnicy zawodowej, zgłosić ten fakt Okręgowej Radzie Lekarskiej, która na podstawie art. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wszczyna wówczas odpowiednie postępowanie mogące prowadzić do ograniczenia bądź zawieszenia prawa wykonywania zawodu. W takich sytuacjach powstają więc raczej problemy natury emocjonalnej, gdyż podjęcie decyzji o zgłoszeniu OIL kłopotów zdrowotnych kolegi, mogące prowadzić do odsunięcia go od pracy zarobkowej, jest zazwyczaj bardzo trudne. Należy jednak pamiętać, że to nie zgłaszający lekarz, lecz okręgowa rada lekarska podejmuje wówczas decyzje o ewentualnym zawieszeniu PWZ, i to po przeprowadzeniu odpowiednio postępowania mającego przede wszystkim zbadać i ocenić rzeczywisty stan zdrowia lekarza. Jeśli w toku postępowania zostanie ustalone, iż stan zdrowia kolegi nie stanowi przeszkód do pracy zawodowej, PWZ zostanie utrzymane. Jego zawieszenie nastąpi zaś jedynie wówczas, gdy rada ustali, że dalsza praca zawodowa chorego bądź uzależnionego lekarza zagraża jemu samemu bądź jego pacjentom. Zawsze należy jednak pamiętać o tym, iż zgłoszenie podejrzenia choroby lub uzależnienia musi mieć rzeczywiste podstawy i może być dokonane jedynie w celu zabezpieczenia interesów lekarza i jego pacjentów.

Zgłoszenie przez lekarza leczącego

O wiele trudniejsze jest podjęcie decyzji o zgłoszeniu problemu przez lekarza leczącego. Ustawa oraz Kodeks Etyki zwalniają bowiem lekarza leczącego z tajemnicy zawodowej jedynie wówczas, gdy ma on absolutną pewność, że zachowanie tajemnicy poważnie zagraża pacjentowi lub innym osobom. Wydaje się, że wykonywanie zawodu przez lekarza chorego psychicznie bądź uzależnionego daje podstawy do takich wniosków, z pewnością nie będzie to jednak zasadne w każdym przypadku. Lekarz leczący musi mieć całkowitą pewność co do bezkrytycyzmu kolegi-pacjenta co do swojego stanu, powagi tego stanu tak daleko idącej, iż nie pozwala na pracę zawodową, a także pełne przekonanie, iż wszelkie inne sposoby odsunięcia zagrożenia życia lub zdrowia leczonego i jego pacjentów zostały wyczerpane. Z pewnością zgłoszenie takie nie może nastąpić pochopnie, gdyż w konsekwencji prowadziło to do odstępowania przez lekarzy chorych psychicznie lub uzależnionych od podejmowania prób leczenia się w obawie, że wykrycie choroby lub uzależnienia prowadzić będzie automatycznie do ujawnienia informacji o chorobie izby lekarskiej.

*Iwona KACZOROWSKA-KOSSOWSKA
Radca prawny OIL w Gdańsku*

Podstawa prawna: ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2015.464 z późn. zm.), Kodeks Etyki Lekarskiej.

OGŁOSZENIA

W miejscowości Bębło powiat krakowski
(bezpośrednio przy trasie nr 94 Olkusz-Kraków)

sprzedam teren budowlany

**o powierzchni 0,8252 ha idealny pod DOM SENIORA –
opieki osób starszych.**

Od strony drogi na działce znajduje się budynek murowany z poddaszem użytkowym o powierzchni 250 m² i wolnostojący garaż na 2 pojazdy. Teren jest częściowo ogrodzony i w pełni uzbrojony w gaz, prąd, wodę i kanalizację. Tylna część posesji (3 działki budowlane 52,5 ara) gotowa jest pod inwestycje z dodatkowym dojazdem od tyłu. Teren nasłoneczniony – krajobrazowo-wypoczynkowo-turystyczny opodal Ojcowskiego Parku Narodowego.

Kontakt **tel. 732-827-740.**

Post EULAR & ACR to konferencja, podczas której zaprezentowane zostaną najnowsze i najbardziej interesujące doniesienia dotyczące patologii, diagnostyki i leczenia najczęstszych chorób reumatycznych, przedstawione podczas dwóch największych na świecie konferencji reumatologicznych: EULAR 2016 i ACR 2016.

Termin: 2–3 grudnia 2016 r.

Miejsce: IBB Andersia Hotel, pl. Andersa 3, Poznań

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

Organizator: Wydawnictwo Termedia

Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy: Klinika Reumatologii i Rehabilitacji Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

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

IV Konferencja „Choroby reumatyczne w praktyce lekarskiej – Aspekty remisji w chorobach reumatycznych”

Na Konferencji poruszone będą zagadnienia dotyczące remisji w: • reumatoidalnym zapaleniu stawów w wieku podeszłym, • młodzieńczym idiopatycznym zapaleniu stawów, • łuszczycowym zapaleniu stawów, • osteoporozie, • dnian moczanowej, • chorobie zwyrodnieniowej, • toczeniu, • twardzinie układowej.

Do udziału w konferencji zapraszamy lekarzy: reumatologów, medycyny rodzinnej, internistów, geriatrów

Termin: 2–3 grudnia 2016 r.

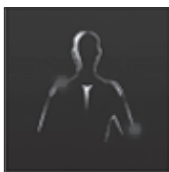
Miejsce: Warszawa

Przewodnicząca Komitetu Naukowego: prof. dr hab. med. Anna Filipowicz-Sosnowska, Zastępca Przewodniczącego Rady Naukowej Instytutu Reumatologii w Warszawie

Organizator: Wydawnictwo Termedia

Patronat naukowy nad konferencją: Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, Oddział Warszawski Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, Klinika Chorób Wewnętrznych i Reumatologii, Wojskowy Instytut Medyczny, Centralny Szpital Kliniczny MON w Warszawie

Biuro organizacyjne: Forum Media Polska Sp. z o.o. ul. Polska 13, 60-595 Poznań, tel. 61/66-55-800, infolinia 801-884-422, e-mail: bok@forum-media.pl



„Przychodzi wena do lekarza”

Do 5 marca 2017 r. można przysłać prace na Ogólnopolski Konkurs Literacki im. prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. Prace można nadsyłać na adres: wena@mp.pl. Uroczysta Gala wręczenia nagród odbędzie się 25 maja 2017 r. w Teatrze im. J. Słowackiego w Krakowie. Szczegółowe informacje o konkursie na stronie: www.mp.pl/wena.

W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub lekarza dentystry. Prace konkursowe przyjmowane są w trzech kategoriach: poezja, proza non-fiction oraz opowieść pacjenta – opowieść lekarza. W jury zasiadają: Anna Dymna, Ewa Lipska, Maria Szczeklika, Bronisław Maj, Waldemar Hładki, Jarosław Wanecki i Adam Zagajewski.

Ogólnopolski Konkurs Literacki „Przychodzi wena do lekarza” został ogłoszony z inicjatywy profesora Andrzeja Szczeklika we wrześniu 2011 roku. Po śmierci Profesora, która nastąpiła przed ogłoszeniem wyników pierwszej edycji, konkursowi nadano Jego imię. Organizatorem Konkursu, a także Gali wręczenia nagród laureatom, jest wydawnictwo Medycyna Praktyczna. Ideą Konkursu jest zwrócenie uwagi, poprzez twórczość literacką, na szczególną wrażliwość, jaką musi cechować dobrego lekarza, by potrafił właściwie odczytywać potrzeby Chorego. Co roku w konkursie bierze udział kilkuset lekarzy z całej Polski.

Z pozdrowieniami,

Anka Wierchowaska-Woźniak

LeczBól.pl

„Jakość opieki polega na tym, by nasilenie bólu mierzyć i leczyć”

Dr James Campbell, przewodniczący Amerykańskiego Towarzystwa Bólu

Szanowni Państwo, zapraszamy do udziału w kursach e-learning na temat leczenia bólu.

„Ostry ból pooperacyjny” – ukończenie kursu zalicza wymóg szkoleniowy do uzyskania certyfikatu „Szpital bez bólu”,

„Ból przewlekły” – Akredytacja Polskiego Towarzystwa Badania Bólu.

Kursy skierowane są do lekarzy różnych specjalności, pielęgniarek i położnych oraz studentów medycyny.

SP ZOZ Kędzierzyn-Koźle zatrudni lekarzy specjalistów:

• w dziedzinie ortopedii i chirurgii narządu ruchu w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym

• w dziedzinie chirurgii ogólnej w Oddziale Chirurgii Ogólnej

• w wymiarze 1 etatu (umowa o pracę lub kontrakt) oraz w zakresie pełnienia dyżurów (kontrakt). Kontakt: 77/406-25-55.

SP ZOZ Kędzierzyn-Koźle zatrudni lekarzy specjalistów z dziedziny pediatrii w Oddziale Pediatrii, Oddziale Neonatologii i Poradni Patologii Noworodka. Kontakt: 77/406-25-55.

116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Opolu ul. Wróblewskiego 46, zatrudni na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy lekarzy w następujących specjalnościach: • anesteziologii i intensywnej terapii, • kardiologii, • gastroenterologii, • medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych, • psychiatrii.

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt osobisty lub telefoniczny (tel. 261-625-129) w godzinach od 8 do 15 pod wyżej wymienionym adresem.

Zatrudnię lekarza dentystę w prywatnym, nowoczesnym gabinecie stomatologicznym. Zapewniam pełną bazę pacjentów. Zainteresowanych proszę o kontakt pod numerem telefonu: 664-081-444.

Sprzedam USG przenośne firmy Medison SA 600 z głowicami: liniową 7,5 MHz oraz convex 3,5 MHz. Tel. 606 152 085.

Prywatna, nowoczesna przychodnia stomatologiczna

„Duodental s.c.

A. Kulikowska-Dziewońska, M. Zembik-Wojciechowicz

nawiąże współpracę z lekarzem specjalistą ortodontą lub w trakcie specjalizacji z ortodontą.

Praca 1–2 razy w miesiącu w Siechnicach, woj. dolnośląskie.

Warunki finansowe do uzgodnienia.

Więcej informacji pod nr tel.: 501-357-722, 509-838-755

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39,

fax 77/454-67-09, opole@hipokrates.org

czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek 7:30 – 15:30; środa 7:30 – 16:00; piątek 7:30 – 15:00

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

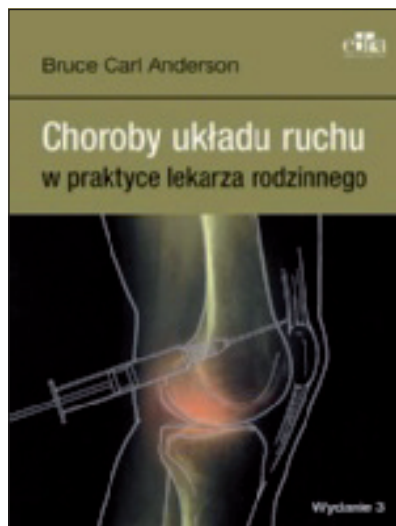
Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej: tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego: tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

Edra Urban & Partner Sp. z o.o.
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: ksiegarnia@edraurban.pl
tel.: 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86

* * *

* * *



Choroby układu ruchu w praktyce lekarza rodzinnego
B.C. Anderson
wyd. III, red. P. Małydk, 2016
ISBN: 978-83-65373-57-1, format: 215×275, opr. broszurowa, 345 stron, cena: 98.99 zł (220 EUP pkt)

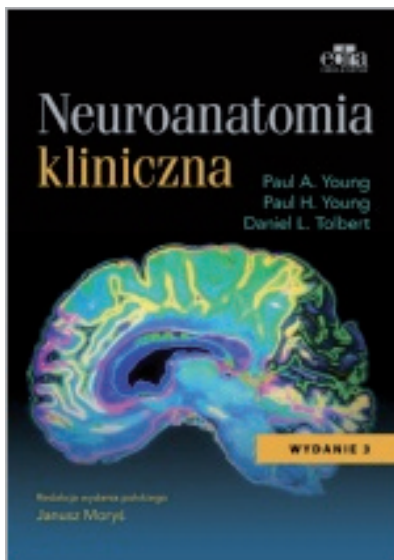
Niniejszy podręcznik składa się z dwóch części: pierwsza jest poświęcona omówieniu 67 najczęściej spotykanych schorzeń narządu ruchu, druga – diagnostyce i leczeniu złamań kości, różnym procedurom diagnostycznym i rehabilitacji.

W części pierwszej Autor szczegółowo omawia zespoły bólowe, dysfunkcje, stany zapalne i pourazowe poszczególnych odcinków narządu ruchu.

W części drugiej są omówione niektóre typy złamań z podziałem na te, które może leczyć lekarz rodzinny i te, które należy skierować do leczenia u specjalisty ortopedy.

Uważam, że do rąk lekarzy rodzinnych oraz lekarzy z wielu innych dziedzin medycyny, jak i lekarzy w trakcie specjalizacji z ortopedii i traumatologii narządu ruchu, rehabilitacji, neurologii, fizjoterapii zostaje skierowany nowatorski na rynku polskim podręcznik mający szerokie zastosowanie w praktyce klinicznej. Zawarta w nim szeroka wiedza praktyczna umożliwi szybkie i skuteczne leczenie wielu schorzeń ze strony narządu ruchu.

prof. dr hab. n. med. Paweł Małydk
Konsultant Krajowy w dziedzinie Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

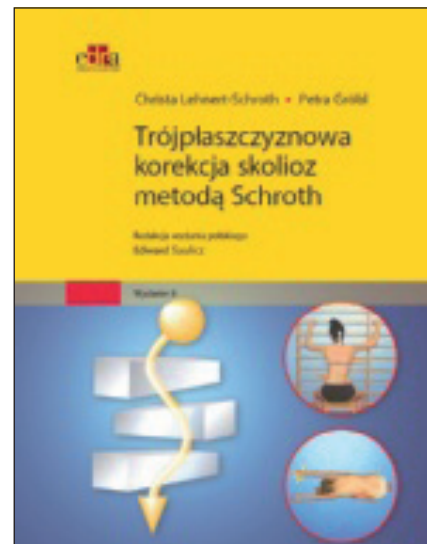


Neuroanatomia kliniczna
P.H. Jounge, P.A. Young, D.L. Tolbert
wyd. III, J. Moryś
rok wydania: 2016
ISBN: 978-83-65373-40-3, format: 178×254, opr. broszurowa, 466 str., cena: 133.20 zł (278 EUP pkt)

Zorientowany na problemy kliniczne i przyjazny dla studentów podręcznik **Neuroanatomia kliniczna** prezentuje podstawowe zjawiska anatomiczne i patofizjologiczne niezbędne do zrozumienia nieprawidłowości neurologicznych. W zwięzłym, ale kompleksowym przewodniku ukazano lokalizację poszczególnych ważnych struktur anatomicznych i istotnych klinicznie szlaków, ilustrując je trafnie dobranymi rycinami. Uaktualniony podręcznik obejmuje najnowsze osiągnięcia w omawianej dziedzinie.

W podręczniku m. in.:

- opisy przypadków, które pozwalają odnieść przedstawioną problematykę do praktyki klinicznej,
- ramki z najważniejszymi informacjami klinicznymi, dotyczącymi poszczególnych struktur anatomicznych, pomocne w trakcie przygotowywania się do egzaminów i pozwalające wykorzystać zdobytą wiedzę w praktyce klinicznej,
- wyjątkowe ilustracje, ułatwiające przyswojenie wiedzy na temat najistotniejszych struktur,
- odniesienia kliniczne pomocne w opanowaniu poszczególnych zagadnień i systematycznej ocenie własnych postępów w nauce,
- czytelny układ, ułatwiający zrozumienie materiału,
- pytania i odpowiedzi sprawdzające wiedzę,
- słowniczek kluczowych pojęć,
- atlas przekrojów OUN.



Trójplaszczynowa korekcja skolioz metodą Schroth

Ch. Lehnert-Schroth, P. Gröbl
wyd. VIII, E. Saulicz
rok wydania: 2016
ISBN: 978-83-65373-19-9, format: 210×275, opr. broszurowa (spiralą), 217 stron, cena: 113.40 zł (252 EUP pkt)

W książce opisano czynnościową metodę terapii skolioz opracowaną przez Katharinę Schroth pod koniec 1910 roku. Metoda ta różniła się od innych wówczas stosowanych sposobów fizjoterapii całkowicie nowym podejściem do korygowania wadliwego ustawienia kręgosłupa. Cechą charakterystyczną tego sposobu były dwa podstawowe pojęcia, które do dzisiaj uważa się za zasady tej metody:

- korekcja bocznego skrzywienia i torsji kręgosłupa poprzez ćwiczenia powiązane ze specjalną techniką oddechową, w której żebra wykorzystywane są jako ramiona dźwigni,
- uaktywnienie beczynnych mięśni strony wklęsłej skrzywienia.

Ponieważ każda skolioza jest inna, w książce tej opisano najróżniejsze jej formy, tak by każdy terapeuta mógł dopasować odpowiednie ćwiczenia dla swojego specyficznego pacjenta.

Celem tej książki jest dostarczenie fachowej wiedzy na temat najlepszej w chwili obecnej metody zachowawczego leczenia skolioz.

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X

„Przychodzi wena do lekarza”

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika

Edycja VI



Jury: Anna Dymna, Waldemar Hładki, Ewa Lipska, Bronisław Maj,
Maria Szczekliki, Jarosław Wanecki, Adam Zagajewski

- W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub lekarza dentystry.
- Prace konkursowe będą przyjmowane w 3 kategoriach:
Poezja
Proza *non-fiction*
Opowieść pacjenta – opowieść lekarza
- Termin nadsyłania prac konkursowych do 5 marca 2017 roku pocztą elektroniczną pod adresem **wena@mp.pl**
- Prosimy o zapoznanie się z regulaminem konkursu dostępnym na stronie internetowej: **www.mp.pl/wena**

Informacji udziela:

Anna Wierzchowska-Woźniak

Medycyna Praktyczna, ul. Gazowa 14A, Budynek C

31-060 Kraków, tel. 12 293 42 68

e-mail: **wena@mp.pl**

