



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Wrzesień 2020

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 286

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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





# KAŻDY MOŻE MNIE KUPIĆ?

Wydawałoby się, że artyści nie mają głowy do interesów, on jednak jakoś sobie radził. Pewnego dnia poznał kobietę biznesu, nawet niebrzydką. Mistrz i miłośniczka sztuki ucięli sobie pogawędkę w galerii na wyspie Bolko i już za parę dni ona przyszła do pracowni, ubrana do figury: w obcisłej bluzce i spodnie rurki. Dowcipkowali, artysta robił jej zdjęcie, a po tygodniu zatelefonował: – Namalowałem panią!

Przybiegła od razu. Obraz stał na sztaludze, zasłonięty lnem. Usiadła w fotelu, założyła nogę na nogę, wyjęła różowego eldasa.

– Też takie palę – pochwalił się Bolesław Polnar i wskazał popielniczkę pełną niedopałków. A potem zerwał kotarę.

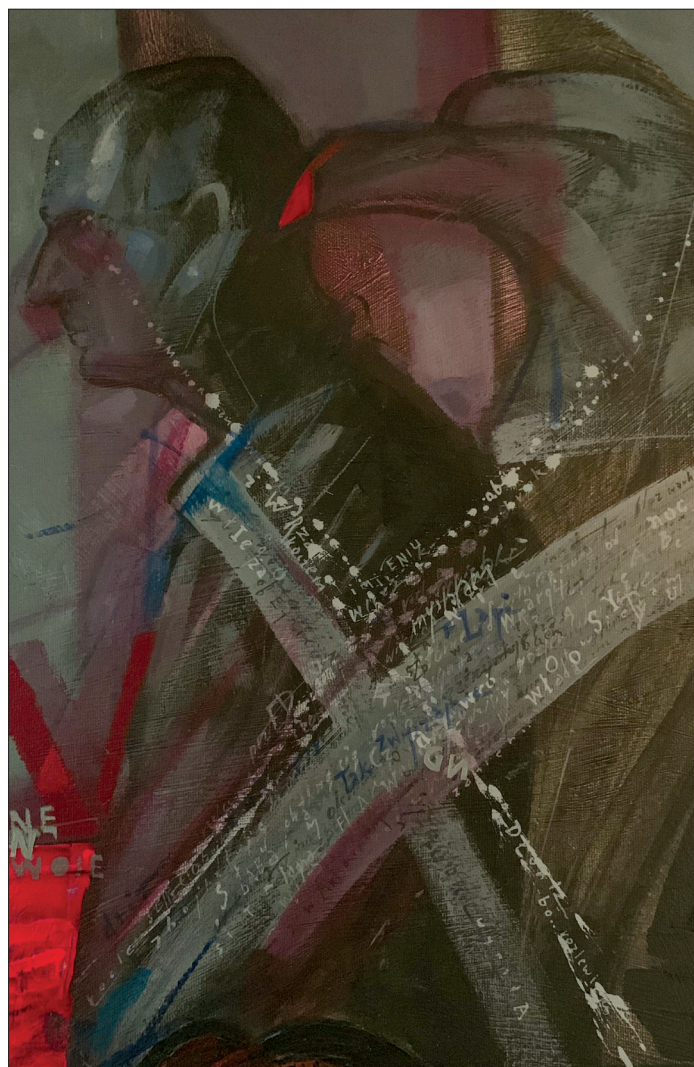
– Jestem naga! – wrzasnęła.

– Myślała pani, że ją w dżersejach namaluję? – zdziwił się.

– Każdy może mnie kupić? – dopytywała nerwowo.

– Ależ nie, to drogi obraz – uspokoił ją autor.

Akt stworzył tak, jak się wznosi katedrę. Przewidział napięcia, rozkład sił, znalazł środek ciężkości. Postać wspina się na palce, lecz z pewnością nie straci równowagi. Za to mężczyzna upadł, jego okaleczony posąg leży u jej stóp. Już się nie dźwignie, ktoś rozmyślnie pozbawił go nóg. W tle wisi udrapowana tkanina; materia lśni nieznacznie pod rozproszonym światłem, w półcieniach natomiast ginie kobieca twarz. Ciemne i jaśniejsze plamy pojawiają się na ustach i na po-



fragment „Autoportretu”



liczkach, to odsłaniają, to gubią owal, a parzącemu wydaje się, że artysta nie używał pędzla, tylko puszczał zajączki lusterkiem.

Kiedyś chciał zrobić prawdziwy interes, jednak coś mu nie wyszło, nie miał jak zapłacić. Już szukał sposobu, aby sprzedać kanapę – z prawdziwej skóry barwionej na pomarańczowo – kiedy pani prezes wielobranżowego przedsiębiorstwa spytała:

– A może mnie pan namaluje?

– W zamian?

Skinęła głowę, on klasnął, podskoczył i pobiegł.

– Za dwa tygodnie będę panią miał – przyrzekł.

Przyszła nieco wcześniej, ufryzowana, z czerwienią na ustach. Rozgląda się, obrazu nie ma, jest za to portrecista.

– Nie wyobraża sobie pani, co mnie wczoraj spotkało, jakie szczęście – zaczął. – Wpadł kolega, otwiera burdel w Niemczech i tak mu się spodobał ten portret, że kupił. Za duże pieniądze. Będzie wisieć w salonie, na największej ścianie.

– Sprzedał mnie pan do burdelu?! – oburzyła się prezeska.

– Ale zagranicznego – odparł dumnie Polnar.

Nie wiadomo, czy użył wtenczas ciepłych brązów, kasztanu, beżu, czy układał z nich tria i sekwensy, jakby chciał wróżyć z barw. A może zaczął od jasnych tonów i stopniowo nawarstwiał odcienie, by skończyć na szkarłatach i czerniach. Wreszcie zamknął kompozycję grubą krechą – dość osobliwym ornamentem, który tak lubił.

– Przerzucam się na facetów – oświadczył kiedyś. – Z babami same kłopoty. Wszędzie wejdą, nawet na obrazy.

I naszkicował popiersia mężczyzn, ale za to sławnych. Tę wystawę Polnar zatytułował „Pisarze i malarze + jeden piosenkarz”. To osoby, które mnie zainspirowały, wzbudziły skrajne emocje, nie pozwoliły przejść obojętnie – napisał we wstępie.

Szybko jednak wrócił do kobiet. Tyle o nich wiedział, rozumiał je i upiększał. Ileż dramatów, ile rozstań opowiedział kolorami. Odwiedzały go w pracowni w chwilach złych i lepszych, odsłaniały przed nim ciała i dusze, bo umiał słuchać, milczeć i mówić.

Czasem siedł tropem dawnych mistrzów, pokazywał splecione ciała, gmatwaninę ramion i nóg. Przypominał pozy, grymasy i gesty, opowiadał ofiarowanie i wzięcie w posiadanie, rysował półoddech, spazmy, strugi potu, śliny i piany. Potrafił przywrócić zaszepcane, zaklęcia i przysięgi, odtworzyć przekleństwa i ostre krawędzie, wiedział, gdzie umieścić urywaną mowę skomleń przed „małą śmiercią” i jak ułożyć ciszę narodzin. A niekiedy zostawiał jedynie ślad, pogłos spotkania. Jak na obrazie „Świt”, gdzie można zobaczyć tylko ręce bezwładnie opadające na podłogę.

Mieszkam niedaleko cmentarza, więc przychodzę tam co któreś rano. Kręcę się koło mogiły Polnara i liczę niedopałki: dwanaście, osiemnaście, dwadzieścia – walają się na ścieżce. Znowu byli u niego uczniowie z plastyczniaka. Ktoś zostawił wygryziony pędzel, ktoś zaproszenie na wernisaż. W końcu zaświtały to nie koniec świata.

**Pamięci Bolesława Polnara 1952-2014**



Aniśmy się obejrżeli, a tu już po wakacjach! Po prawdzie dziwne było to lato w cieniu pandemii. No, bo najpierw czynniki oficjalne uspokajały nas wszystkich, że jest już dobrze (wietrzacy spiski mówią, że to specjalnie przed wyborami), a potem okazało się, że wprost przeciwnie. Pierwsza połowa sierpnia zapisała się prawie dwukrotnie wyższą liczbą zakażeń COVID-19, niż to było wtedy, gdy zamykano nas w domach. To jednak nie spowodowało jakiś radykalniejszych ruchów czynników medycznych (SanEpid, MZ itd.). Ograniczano się tylko do apeli o rozsądek. Widoki znad morza i mazurskich jezior oraz spod Tatr i z ośrodków wypoczynkowych w całym kraju przeczyły jednak tym optymistycznym pohukiwaniom Warszawy. Mój nieżyjący już szef zwykł był mawiać: „Głupota, to dar od Boga – i na zawsze!!”. Nie ma co, czeka nas (czyli ca-

łą ochronę zdrowia) naprawdę ciężka jesień i zima. Czy szpitale i POZ-ty to wytrzymają?? No, bo my – lekarze (jak zawsze) jakoś sobie poradzimy. Przynajmniej decydenci tak uważają. Może jednak dość tych narzekań na dziś. Przed Wami powakacyjny numer Biuletynu.

Moi Drodzy! Po raz pierwszy (!!!!) w historii tego piśma zamieszczam podziękowania!!!! A podobno lekarze, to dziś bohaterowie mas.

Mam nadzieję, że zainteresują Was materiały pomieszczone na stronach Biuletynu. Jest pośród nich jeden poruszający. To rozmowa z lekarzami, którzy przeżyli zakażenie koronawirusem. Szkoda tylko, że te półgłówki paradyżujące tłumnie bez masek i zachowania dystansu społecznego tego nie przeczytają!!!

Życząc miłej i pouczającej lektury, żegnam się do października.

*Jerzy B. LACH*

## PODZIĘKOWANIA

Szanowna Redakcjo!

Do napisania tego listu skłoniła mnie ogromna wdzięczność do lekarzy, pielęgniarek i całego personelu pracującego na oddziałach, zasługujących na największy szacunek i podziękowanie. To właśnie oni swoją postawą, heroiczną walką, wielkim sercem oraz ogromnym zaangażowaniem pokazali, że ratowanie ludzkiego życia i zdrowia jest dla nich najważniejsze.

Za Waszym pośrednictwem pragnę, w imieniu swoim i mojej rodziny, podziękować im za wszystko i życzyć dużo zdrowia, radości oraz wiele sukcesów zawodowych w ich trudnej i odpowiedzialnej pracy.

Na Wasze ręce składam niniejsze podziękowania i gorąco proszę o ich przekazanie do:

1. Opolska Izba Lekarska - Podziękowania dla pracowników Szpitala Zespołowego w Kędzierzynie - Koźlu, Oddział Urazowo-Ortopedyczny.
2. Śląska Izba Lekarska - Podziękowania dla Pana Doktora Artura Wilczyńskiego, Specjalistyczna Praktyka Lekarska w Rybniku.
3. Krakowska Izba Lekarska - Podziękowania dla pracowników Szpitala Powiatowego w Limanowej, Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Intensywnej Opieki i Rehabilitacji Kardiologicznej.

Z wyrazami szacunku,  
Halina Muszalik  
tel. 693-399-803





## SZPALTA PREZESA

Koleżanki! Koledzy!

Mamy za sobą letnie miesiące i pewnie zdecydowana większość z nas ma za sobą spędzone urlopy, choć stan epidemii niejednokrotnie weryfikował nasze urlopowe plany. Sytuacja jest bardzo dynamiczna i brak jest przesłanek na szybkie zakończenie stanu epidemii.

Rzeczywistość jest nowa dla nas wszystkich i bez przerwy czymś nas zaskakuje - nie zawsze pozytywnie. Mam tu na myśli tarczę antykryzysową 4.0 i uchwaloną przez Sejm RP ustawę o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych na zapewnienie płynności finansowej przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19. Wprowadzona w ekspresowym tempie w czerwcu br. ustawa wprowadziła nowelizację art. 37a kk i mamy nowe przepisy, mogące odnosić się do błędów medycznych. Wydawało się, że sprawa zaostrenia karania za błędy medyczne po protestach Samorządu w maju 2019 r. i trafieniu sprawy do Trybunału Konstytucyjnego, który uznał zmiany w kodeksie karnym (wtedy chodziło o treść art. 155 kk) za niekonstytucyjne, została przez Samorząd Lekarski wygrana. A jednak stało się inaczej.

Nowelizacja kodeksu karnego, zawarta w przepisach tarczy 4.0 zaostrza w sposób zdecydowany kary. I choć maksymalny wymiar kary nie uległ zmianie, to obowiązujące przepisy przesuwają ciężar orzekania w stronę kary bezwzględnej więzienia, zamiast tzw. kar wolnościowych.

Reakcja środowisk medycznych była jednoznaczna! 8 sierpnia br. odbyła się w Warszawie manifestacja Porozumienia Zawodów Medycznych. Ze względu na stan epidemii była ona bardzo symboliczna, ale i bardzo wymowna. „Niemy protest” pracowników ochrony zdrowia głosił postulaty, które znamy od lat: 6,8% PKB na ochronę zdrowia, rozwiązanie sprawy kolejek do świadczeń, wprowadzenie systemu no-fault (bez obwiniania) i zmiany przepisów w tarczy 4.0. Manifestacja miała pełne poparcie Samorządu Lekarskiego (patrz przyjęte przez Prezydium ORL w Opolu stanowisko z dnia 22 lipca 2020 r.), ale na jej efekty musimy poczekać.

Na koniec chciałabym wrócić do sprawy Zjazdu. Jak wiadomo, ze względu na stan epidemii XXXIX Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej odbył się w trybie obiegowym w dniach 18-19 czerwca 2020 r. Nowy tryb zdał egzamin i mamy już pewne doświadczenia za sobą. Dziękuję w tym miejscu wszystkim, którzy oddali swój głos.

Ale wiele osób nie znalazło na to czasu - mimo, że Zjazd był 2-dniowy. To przykre dla mnie, jako Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej, że nie wszyscy Delegaci poczuli się do udziału w Zjeździe zobowiązani. **Jeśli nie możemy liczyć na siebie, wspierać się we wspólnym działaniu, to jak możemy liczyć na pozytywne efekty naszej samorządowej pracy?**

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

## CO SŁYCHAĆ W IZBIE

### XXXIX OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY W OPOLU

W związku z obostrzeniami związanymi z panującą pandemią COVID-19 Okręgowy Zjazd Lekarzy odbył się w formie obiegowej w dniach 18 i 19 czerwca 2020 r.

W głosowaniu drogą elektroniczną udział wzięło 74 delegatów, a w głosowaniu przy użyciu przesyłki pocztowej - 5 delegatów. Łącznie w głosowaniu wzięło udział 79 delegatów, co stanowi 65,8% ogółu delegatów, dzięki czemu Zjazd był prawomocny do podejmowania uchwał.

W głosowaniu nad uchwałą nr 1 i nr 2 wszyscy głosujący byli za.

Sekretarz  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Opolu  
Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Opolu  
Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA



**Uchwała Nr 1**  
**XXXIX Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu**  
**z dnia 19 czerwca 2020 r.**  
**w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu**  
**i udzielenia jej absolutorium**

Na podstawie art. 24 pkt. 3 i 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r., poz. 965) oraz w związku z art. 52 i 53 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2019 r., poz. 351) uchwała się co następuje:

**§ 1**

Na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej zatwierdza się roczne sprawozdanie finansowe Opolskiej Izby Lekarskiej za rok 2019, które zamyka się sumą bilansową po stronie aktywów i pasywów w kwocie 6.447.720,25 zł.

**§ 2**

Z zysku netto w kwocie 132.272,25 zł, 15.000 zł przeznacza się na organizację obchodów 30-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej, a pozostałą kwotę przeznacza się na podwyższenie funduszu zasadniczego.

**§ 3**

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

**§ 4**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Opolu  
Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Opolu  
Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

---

**Uchwała Nr 2**  
**XXXIX Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu**  
**z dnia 19 czerwca 2020 r.**  
**w sprawie uchwalenia budżetu Opolskiej Izby Lekarskiej na 2020 rok**

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

**§ 1**

Po zapoznaniu się z preliminarzem budżetowym na rok 2020, przedstawionym przez Okręgową Radę Lekarską, XXXIX Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu uchwała budżet Opolskiej Izby Lekarskiej na rok 2020 zgodnie z przedstawionym preliminarzem.

**§ 2**

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

**§ 3**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2020 r.

Sekretarz  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Opolu  
Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Opolu  
Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

# KOLEJNE POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

W związku z nadal utrzymującym się stanem epidemii COVID-19 w Polsce, kolejne posiedzenie Rady odbyło się internetowo w dn. 24 czerwca br. Udział w nim wzięło 16 osób obradujących nad następującymi problemami:

## **Przyznanie praw wykonywania zawodu**

Lek. Broma Marko złożył wniosek o przyznanie pełnego PWZ po ukończeniu stażu podyplomowego - uchwałę podjęto jednogłośnie.

## **Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy**

Brak wniosków.

## **Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich**

O wykreślenie z rejestru praktyk wnioski złożyło dwoje lekarzy - uchwały podjęto jednogłośnie.

## **Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych**

Wniosek o przyznanie zapomogi złożył jeden lekarz - uchwałę podjęto jednogłośnie.

## **Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych**

Dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu zwrócił się do Rady o wyznaczenie swego przedstawiciela do Komisji Konkursowej na stanowisko Z-cy Dyrektora ds. Medycznych.

Prezydium zarekomendowało kol. Kudybę, a Rada pozytywnie zaopiniowała tę kandydaturę.

## **Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej**

W związku z nieosiąganiem przychodów wniosek o zwolnienie z opłacania składki członkowskiej złożył jeden lekarz - uchwałę podjęto przy jednym głosie przeciwnym.

## **Rekomendacja w sprawie powołania na kolejną kadencję kandydata na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii ogólnej**

Prezydium jednogłośnie zarekomendowało dr n. med. Krzysztofa Kamińskiego na funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii ogólnej. Rada zatwierdziła tę rekomendację jednogłośnie.

## **Ustalenie harmonogramu posiedzeń Rady i Prezydium na II półrocze 2020 r.**

Uchwałę w sprawie harmonogramu podjęto jednogłośnie.

## **Sprawozdanie z posiedzeń Konwentu Prezesów ORL w dniach 5 i 18 czerwca oraz Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 19 czerwca br.**

Informacje z posiedzeń Konwentu przekazała Prezes Smerkowska-Mokrzycka.

• 5 czerwca odbyło się posiedzenie hybrydowe Konwentu prezesów okręgowych izb lekarskich. Spotkanie

było poświęcone głównie problemom związanym z dystrybucją środków ochrony indywidualnej lekarzy, przekazanych izbom okręgowym przez Fundację „Lekarze Lekarzom”. Każda z izb referowała przebieg tej dystrybucji. W zdecydowanej większości izb dystrybucja zakończy się pod koniec czerwca. Takie są prognozy i w stosunku do Opolskiej Izby Lekarskiej.

• Kolejnym zagadnieniem było omówienie projektu rozporządzenia MZ z dnia 26 maja 2020 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury. Konwent pozytywnie ocenił ministerialne projekty, jednakże podkreślił, że musi temu towarzyszyć realizacja Apelu nr 7 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r., w sprawie minimalnego wynagrodzenia dla lekarza/lekarza dentysty (lekarz/lekarz dentysta bez specjalizacji + rezydent - poziom dwukrotnej średniej krajowej, lekarz/lekarz dentysta ze specjalizacją na poziomie trzykrotnej średniej krajowej).

18 czerwca br. odbyło się - zgodnie z harmonogramem - kolejne posiedzenie Konwentu, również w formie hybrydowej (część prezesów obecna była na miejscu w Warszawie, pozostali uczestniczyli w posiedzeniu w formule wideokonferencji). Problematyka poruszana na posiedzeniu:

• NIL zasilił fundusz celowy Fundacji „Lekarze Lekarzom” kwotą blisko 3 mln złotych na zakup kolejnej partii środków ochrony indywidualnej. Dystrybucja będzie obejmować zainteresowane izba. Odbiór tych środków będzie się odbywał z trzech miejsc dystrybucji w Polsce na koszt izb okręgowych.

• sprawa sądowa z CONFIDO przez stan epidemii utknęła w miejscu.

• omówienie propozycji Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Cyfryzacji wprowadzenia dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu w formie zapisu elektronicznego do aplikacji mTożsamość. Opcja ta powinna być fakultatywna, byłaby to tylko legitymacja lekarza, bez statusu elektronicznej wersji Prawa Wykonywania Zawodu. NIL zamierza stopniowo wprowadzać dokument PWZ wg nowego, opracowanego przez nią wzoru (karta poliwęglanowa), początkowo tylko dla nowych członków Samorządu. Obecnie stosowany papierowy dokument PWZ zachowałby swą ważność bezterminowo. W okresie przejściowym funkcjonowałyby dwa dokumenty: papierowa książeczka i karta poliwęglanowa.

• Prezes Matyja zaapelował kolejny raz, by członkowie izb okręgowych korzystali ze szkoleń online, będących w gestii NIL, na które zdobyto unijne środki finansowe.

Niewykorzystanie ich w terminie spowoduje konieczność zwrotu pieniędzy przez NIL wraz z odsetkami.

- Konwent zdecydowanie poparł rekomendacje Kierownika Ośrodka Współpracy Zagranicznej NIL w sprawie przynależności NIL do międzynarodowych organizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych. Obecny czas nie sprzyja dokonywaniu jakichkolwiek zmian w członkostwie NIL w tych organizacjach. W przyszłości można będzie rozważyć rozszerzenie aktywności NIL w innych międzynarodowych organizacjach lekarskich i lekarsko-dentystycznych.

Sprawozdanie z posiedzenia NRL w dniu 19 czerwca 2020 r. złożył kol. Jakubiszyn. Posiedzenie odbyło się w formie wideokonferencji. Na wstępie Prezes NRL Andrzej Matyja zapowiedział, że w związku z nieodbyciem się Zjazdu Krajowego, sprawozdania przewodniczących organów dotyczące połowy kadencji, które miały zostać przedstawione na zjeździe, zostaną omówione w trakcie tego posiedzenia NRL.

Omawiając działalność NRL w okresie dwóch lat przypomniał zmiany, jakie zostały wprowadzone w pracy Biura NRL oraz w podziale obowiązków między poszczególnymi członkami Prezydium NRL. Podkreślił uzyskanie dobrych kontaktów z mediami i aktywność w mediach społecznościowych, zwrócił też uwagę na bardzo trudne relacje z Ministerstwem Zdrowia. Odniósł się do informacji przekazanej przez Wiceministra Cieszyńskiego, że maski, które dotarły w ramach wsparcia dla lekarzy ze strony Fundacji Dominiki Kulczyk, nie spełniają norm. NRL zleciła przeprowadzenie testów i informacja o wadliwości sprzętu dostarczonego lekarzom tą drogą nie potwierdziła się. Prezes Matyja przekazał słowa podziękowania dla Fundacji Dominiki Kulczyk oraz zespołowi NRL, który zajmował się całą logistyką rozdzielania darów pomiędzy poszczególne Izby (zespołem kierował Prezes OIL w Łodzi, Paweł Czekalski).

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej kol. Grzegorz Wrona, również zwrócił uwagę na brak współpracy ze strony Ministerstwa w sprawie systemu IMI. Omówił pokrótce dwie bardzo niekorzystnie wpływające na opinię o lekarzach sprawy: udział ok. 150 lekarzy w procederze korzystania w czasie LEK, LDEK czy PES z elektronicznych urządzeń umożliwiających podpowiadanie (w tym wśród osób podpowiadających samodzielnych pracowników nauki), a także zaangażowanie lekarzy w akcję tzw. odwróconej dystrybucji leków (co prowadziło do braku na polskim rynku wielu leków). Wspomniał też o ukrytej reklamie lekarzy, pojawiającej się w mediach społecznościowych oraz o problemach związanych z tzw. medycyną estetyczną.

Przewodniczący Naczelnej Rady Lekarskiej kol. Jacek Miarka, podkreślił, że NSL działa w bardzo okrojonym składzie, ponieważ w czasie wyborów w trakcie ostatniego Zjazdu wiele miejsc mandatowych nie zo-

stało obsadzonych. Pomimo tego NSL wywiązuje się ze swoich zadań.

Przewodnicząca Naczelnej Komisji Rewizyjnej kol. Jolanta Orłowska-Heitzman, zwróciła uwagę na potrzebę zmian w regulaminie działania Komisji, ponieważ na Komisję nakładane są nowe obowiązki, które nie mają odzwierciedlenia w regulaminie.

W kolejnym punkcie programu Skarbnik NRL kol. Grzegorz Mazur, omówił wykonanie budżetu w ubiegłym roku. Podkreślił większy niż zakładano zysk (wszystkie izby okręgowe w 100% wywiązały się z przekazywaniem odpisu składkowego do NIL) oraz fakt, że większość zespołów i komisji ograniczyła swoje koszty w stosunku do planów. Zwrócił uwagę, że globalny zysk zakładany był w wysokości nieco ponad 1 mln 100 tysięcy zł, a wypracowano prawie 3 mln zł zysku. Zgodnie z propozycją Prezydium NRL cały zysk ma być przekazany Fundacji „Lekarze Lekarzom” na pomoc dla członków samorządu, którzy w różnej formie ucierpieli z powodu epidemii koronawirusa.

Przewodnicząca NKR potwierdziła zasadność ponoszonych wydatków - nawet tam, gdzie zostały przekroczone limity wynikające z planu. W głosowaniu jednogłośnie zatwierdzono wykonanie budżetu i zadsponowano przekazanie zysku zgodnie z propozycją Prezydium.

Następnie przegłosowano zmiany w uchwale w sprawie zasad gospodarki finansowej, która uchwalona była w 2003 r. i upływ kilkunastu lat spowodował, że konieczne stało się wprowadzenie pewnych porządkujących korekt.

W kolejnym punkcie porządku obrad Kierownik Ośrodka Współpracy Zagranicznej kol. W. Domka, przedstawił rekomendację Rady Ośrodka co do pozostania NRL w strukturach czterech organizacji międzynarodowych – dwóch lekarskich i dwóch lekarsko-dentystycznych. Kol. Domka zwrócił też uwagę na potrzebę zwiększenia aktywności naszych przedstawicieli w funkcjonowaniu tych organizacji. W dyskusji Wiceprezes NRL kol. A. Ciśło, poddał w wątpliwość potrzebę przynależności NRL do Światowej Federacji Dentystycznej (FDI). Stanowisko Rady Ośrodka poparła Przewodnicząca Konwentu Prezesów kol. M. Wiśniewska. W głosowaniu rekomendacja Ośrodka została przyjęta zdecydowaną większością głosów.

Przyjęto stanowisko NRL w sprawie propozycji wprowadzenia dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu w formie zapisu elektronicznego do aplikacji mTozsamość. NRL uważa, że umieszczenie w aplikacji mTozsamość dokumentu elektronicznego zawierającego dane: imię, nazwisko, oznaczenie tytułu zawodowego i nr PWZ powinno być fakultatywne, dostępne dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy wyrażą zainteresowanie posiadaniem dostępu do takiej legitymacji. Ten elektroniczny dokument nie będzie miał statusu elektronicznej wersji PWZ. Należy rozważyć stopniowe wprowadzanie dokumentu PWZ wg nowego opracowanego przez NIL wzo-







ru (karta poliwęglanowa). Obecnie stosowany papierowy dokument PWZ zachowałby ważność bezterminowo. W okresie przejściowym dopuszczalne byłoby funkcjonowanie dwóch wzorów dokumentów: papierowa książeczka i karta poliwęglanowa.

#### **Sprawozdania członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami**

Prezes przekazała informację z wideoposiedzenia Rady Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dnia 3 czerwca 2020 r., w której uczestniczyła z przyczyn technicznych tylko częściowo (brak hasła dostępu, które OOW NFZ na czas nie udostępnił). W programie poruszana była analiza skarg i wniosków za IV kw. 2019 r. i I kw. 2020 r. Przedstawiono także sprawozdanie z wykonania planu finansowego OOW NFZ za rok 2019. W końcowej części posiedzenia Przewodniczący Rady Mieczysław Wojtaszek dziękował lekarzom i pozostałemu personelowi medycznemu za zaangażowanie się w walkę z COVID-19.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

#### **Stanowisko**

#### **Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dnia 24 czerwca 2020 r.**

#### **w sprawie poparcia zmian legislacyjnych obowiązujących pracowników medycznych w okresie walki z epidemią COVID-19**

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu w pełni popiera projekt zmiany ustawowej, która reguluje kwestie od-

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

#### **Sprawy różne i wolne wnioski**

Kol. Junosza-Szaniawski skierował do Opolskiej Izby Lekarskiej pismo, w którym informuje: „W geście solidarności z deklaracją złożoną na posiedzeniu Komisji Bioetycznej w dniu 05.06.2020 r. przez jednego z jej członków (lekarza), że nie podjął i nie przyjmie wynagrodzenia za udział w dzisiejszym posiedzeniu Komisji poświęconym opiniowaniu projektów badawczych związanych z leczeniem COVID-19, zwracam na konto Izby pobraną sumę 300 (trzystu) złotych. Jednocześnie oświadczam, że w przyszłości za udział w posiedzeniach Komisji Bioetycznej poświęconych leczeniu zakażeń COVID-19 nie będę pobierał wynagrodzenia”.

#### **Projekt Stanowiska ORL w Opolu w sprawie poparcia zmian legislacyjnych obowiązujących pracowników medycznych w okresie walki z epidemią COVID-19**

Prezes przedstawiła projekt Stanowiska dotyczącego w/w problemu. Rada przyjęła Stanowisko (patrz poniżej) przy 14 głosach za. 2 członków Rady nie głosowało.

Na tym posiedzenie zakończono.

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

powiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej personelu medycznego w okresie walki z epidemią COVID-19.

Jednocześnie Rada zwraca uwagę, że przyjęcie tych rozwiązań nie likwiduje negatywnych skutków, jakie dla środowiska lekarzy i lekarzy dentystów wprowadziła nowelizacja art. 37a Kodeksu karnego i domaga się przywrócenia poprzedniego stanu prawnego.

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

## **DR N. MED. BOGDAN KOCHANOWSKI – WSPOMNIENIE**

Dr n. med. Bogdan Kochanowski urodził się 26 listopada 1935 roku we Lwowie. W 1960 roku został absolwentem Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej. Po ukończeniu stażu podyplomowego został zatrudniony na Oddziale Laryngologii Szpitala Górniczego w Bytomiu, będąc przez rok oddelegowanym do Kliniki Laryngologii w Zabrze. W 1964 r. uzyskał I stopień specjalizacji z laryngologii, a w 1968 r. – II stopień. We wrześniu 1969 roku przeniósł się do znanej mu już Kliniki Laryngologii w Zabrze, gdzie spędził 12 lat. W 1973 roku uzyskał stopień doktora nauk medycznych („Analiza objawów

otologicznych w zniekształceniach kręgosłupa szyjnego a angiografia tętnicy kręgowej”). Od 1974 roku pełnił funkcję zastępcy Kierownika Kliniki.

W 1981 roku wygrał konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Laryngologii w Opolu i stworzył podwaliny pod onkologię laryngologiczną w województwie opolskim. Oddzia-





łem kierował do przejścia na emeryturę w grudniu 2001 roku, będąc jednocześnie przez cały ten okres Konsultantem Wojewódzkim. Pod jego kierunkiem 11 lekarzy uzyskało I i II stopień specjalizacji, 6 – I stopień, a 9 – II stopień. Zachęcił kilka osób do robienia podspecjalizacji – foniatrii, audiologii, alergologii. Pod wpływem jego namowy i przy odczuwalnym pozytywnym dopingu trzech z jego wychowanków uzyskało stopień doktora nauk medycznych.

Od początku swojej aktywności zawodowej był członkiem Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego – przez 4 lata pełnił funkcję Sekretarza Oddziału Śląskiego. Zawsze pilnował, aby na kolejnych zjazdach Towarzystwa czy sympozjach sekcji onkologicznej były prezentowane referaty albo filmy, pokazujące pracę Oddziału. W 2011 roku uhonorowany został Laurem Śląskiej Laryngologii.

Tyle w skrócie notki biograficznej. A teraz ta trudniejsza część – bardziej osobista. Gdy wiosną 1982 roku, pół roku przed uzyskaniem I stopnia specjalizacji (a tak przy okazji zaczynałem swoją przygodę z laryngologią na tym samym Oddziale Laryngologii w Szpitalu Górniczym w Bytomiu) postanowiliśmy z żoną wyprowadzić się z Bytomia. Pierwszym wyborem było Opole, wiedziałem bowiem, że do Opola przeniósł się dr Kochanowski, który był moim asystentem na zajęciach z laryngologii. Pracę w Opolu rozpocząłem 1 grudnia 1982 roku i towarzyszyłem Szefowi przez 19 lat.

Przy Szefie uczyłem się onkologii laryngologicznej, dużej chirurgii głowy i szyi. Szef był osobą wymagającą, ale doceniał zaangażowanie i pozwalał na własną inicjatywę. Nie wiem, w którym momencie Szef zdecydował, że będzie mnie przygotowywał do przekazania mi Oddziału, ale zrobił to w sposób dla mnie idealny. Życzyłbym każdemu lekarzowi, który ma objąć kierowanie oddziałem, aby miał co najmniej tyle życzliwości i wsparcia ze strony swego Mistrza. Od czasu przeniesienia Oddziału ze Szpitala na Katowickiej do Wojewódzkiego Centrum Medycznego byłem Jego zastępcą, a od początku 2002 przejąłem kierowanie Oddziałem.

Zasługą Szefa było też wytworzenie dużej integracji naszego środowiska opolskich laryngologów. Częste wspólne imprezy na strzelnicy w Opolu czy też organizowane ad hoc w trakcie Zjazdów i sympozjów były tego przykładem.



Jest taki epizod w życiu dr Kochanowskiego, który być może nie wszystkim jest znany, ale dobrze oddaje jego charakter. Otóż Szef był sędzią bokserkim. Poświęcał się temu hobby do czasu, gdy któryś z działaczy próbował wpłynąć na jego werdykt. Z dnia na dzień zrezygnował i więcej przy ringu już się nie pojawił.

Żegnamy Cię dzisiaj Szefie, ale pozostaniesz we wdzięcznej pamięci nie tylko nas – Twoich wychowanków, czy też całego zespołu pielęgniarek, które przewinęły się przez Oddział Laryngologii, ale także ogromnej rzeszy pacjentów, którym pomogłeś, niektórym dając nowe życie.

Żegnaj i do zobaczenia kiedyś w lepszym świecie.

Jerzy JAKUBISZYN  
Współpracownicy i wychowankowie

## ROLA KLASYCZNEJ MEDYCyny NUKLEARNEJ WE WSPÓŁCZESNEJ DIAGNOSTYCE I TERAPII

Choć odkrywcą promieniotwórczości był francuski chemik i laureat nagrody Nobla – Henry Bequerel (1852–1908), to jednak pierwsze zastosowanie izotopów promieniotwórczych w medycynie wiąże się z pracami George’a Hevesy’ego w latach 20. XX wieku. Zastosował on

radioizotopy w badaniach procesów metabolicznych oraz zdefiniował pojęcia znacznika radioizotopowego. Przełomowym odkryciem, które wpłynęło na rozwój medycyny nuklearnej było sztuczne otrzymanie w roku 1934 pierwszych radioizotopów przez Irenę i Frederica Joliot. ►►



W dwa lata później John Lawrence podał radioaktywny fosfor (otrzymany przez małżonków Joliot) studentowi choremu na białaczkę. Szersze zastosowanie radioizotopów w diagnostyce i terapii przypada na lata 40. ub. stulecia. W tym czasie rozpoczęto produkcję radioizotopów w Oak Ridge Laboratory (Tennessee, US) dla celów medycznych na większą skalę i opublikowano doniesienie o zastosowaniu radioaktywnego jodu w leczeniu raka tarczycy (Sam Seidlin, JAMA 1946).

O medycynie nuklearnej można powiedzieć najprościej, że zajmuje się wykorzystaniem promieniowania, którego źródłem są przemiany zachodzące w jądrach izotopów promieniotwórczych. Wykorzystanie to obejmuje zarówno diagnostykę, jak również - w coraz większym stopniu - także terapię. W przeciwieństwie do większości specjalności lekarskich, medycyna nuklearna nie obejmuje jedynie jednego narządu czy układu narządów wewnętrznych, jak w przypadku kardiologii, gastroenterologii czy neurologii. Procedury nuklearne służą pomocą niemal w każdej dziedzinie współczesnej medycyny i oferują precyzyjną diagnostykę na poziomie molekularnym.

Obrazowanie molekularne różni się w sposób istotny od tradycyjnej diagnostyki obrazowej: tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego. Podczas, gdy współczesne techniki radiologiczne precyzyjnie oceniają strukturę badanego narządu, diagnostyka radioizotopowa umożliwia ich ocenę czynnościową. Scyntygrafia, to nic innego, jak graficzny rozkład obszarów aktywności metabolicznej w badanych narządach. Ocena ta jest możliwa dzięki wykorzystywanym radiofarmaceutynom, zaś każdy z nich wykazuje powinowactwo do ściśle określonego typu przemian metabolicznych zachodzących w komórkach. Substancje te przed podaniem łączone są ze źródłem promieniowania gamma - najczęściej jest to nadtechnecjan. Tak przygotowany radiofarmaceutyk podawany jest pacjentowi, a w jego ciele precyzyjnie gromadzi się w obszarach aktywnych, do których wykazuje powinowactwo. Emitowane przezeń promieniowanie jest z kolei rejestrowane przy pomocy odborników zwanych gammakamerami i dalej przetwarzane w unikalny obraz stanowiący rozkład aktywności metabolicznej, zwany scyntygramą. Dostępne współcześnie urządzenia hybrydowe pozwalają nie tylko na detekcję, ale również precyzyjną lokalizację ognisk o zwiększonej aktywności dzięki skojarzeniu gammakamery z tomografem komputerowym.

Wykorzystanie technik obrazowania nuklearnego jest współcześnie cennym uzupełnieniem nowoczesnej diagnostyki, umożliwiającym precyzyjne planowanie terapii u pacjentów, która niejednokrotnie uwzględnia także elementy leczenia radioizotopowego. Poniższe opracowanie stanowi przegląd klasycznych technik diagnostyki radioizotopowej, znajdujących wykorzystanie we współczesnej diagnostyce medycznej.

## Badanie kości

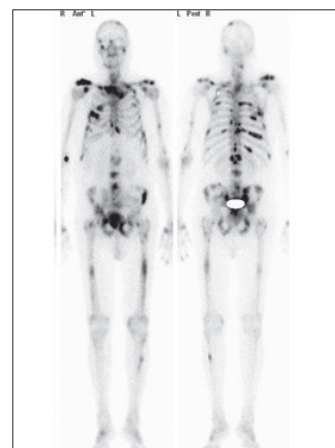
**Scyntygrafia kości** służy do obrazowania metabolizmu kości i jest jednym z najczęściej wykonywanych badań diagnostycznych z zakresu medycyny nuklearnej. W badaniu tym patologia wykrywana jest na poziomie zmian metabolicznych komórek kostnych i uwiadcza się najczęściej jako ognisko zwiększonego (rzadziej zmniejszonego) gromadzenie radioznacznika w porównaniu do otaczających tkanek. Scyntygrafia układu kostnego pozwala na wychwycenie procesu patologicznego na bardzo wczesnym etapie, jednakże nie zawsze jest możliwe zdefiniowanie procesu, jaki te zaburzenia wywołał. Scyntygrafia zatem jest bardzo czuła, ale nieswoista (ryc. 1).

Badanie układu kostnego składa się z 3 faz:

- **fazy naczyniowej** - bezpośrednio po podaniu radioznacznika, pozwala na uwidocznienie obszarów o wzmożonym unaczynieniu w następstwie zapaleń bądź też patologii nowotworowej,
- **fazy miąższowej** - obrazującej stan mikrokrążenia tkanek otaczających kość,
- **fazy kostnej** - radiofarmaceutyk zaabsorbowany przez osteoblasty tkanki kostnej, gromadzi się proporcjonalnie w miejscach o zwiększonej ich aktywności. Większość procesów patologicznych w układzie kostnym przebiega ze zwiększoną aktywnością osteoblastyczną manifestując się jako „ogniska gorące” w scyntygramach, choć zdarzają się też takie, w efekcie których aktywność osteoblastyczna ulega osłabieniu.

Niewątpliwą korzyścią płynącą z badania jest możliwość oceny całego układu kostnego podczas jednego badania, a także lokalizacji zmian, które w dalszym etapie mogą być poddane ocenie w badaniach obrazowych o wysokiej rozdzielczości, jak tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny. Scyntygrafia jest zatem bardzo ważnym badaniem dla onkologów, ortopedów, reumatologów, a także lekarzy innych specjalności.

Za pomocą scyntygrafii kości można stwierdzić obecność przerzutów do kości różnych nowotworów, ale najczęściej raka prostaty, piersi czy płuc. Badanie to nie pozwala na odróżnienie zmiany łagodnej od złośliwej (nie zastąpi badania histopatologicznego), ale umożliwia ocenę rozległości procesu chorobowego, ocenę skuteczności leczenia onkologicznego oraz progresji choroby w ukła-



Rycina 1. Scyntygrafia statyczna kości u 65-letniego chorego z rakiem prostaty. W badaniu widoczne są liczne przerzuty do układu kostnego.



dzie kostnym, w przypadku wzrostu stężenia markerów nowotworowych w surowicy krwi.

Sztandarowym wskazaniem do badania scyntygraficznego w ortopedii jest ocena jałowego i septycznego obluzowania endoprotez. Wzmoczone unaczynienie w pierwszych fazach badania sugeruje proces zapalny, zaś niezaburzona perfuzja, której towarzyszy podwyższenie metabolizmu w fazie kostnej przemawia za obluzowaniem jałowym albo przeciążeniem elementów endoprotezy. Nie bez znaczenia pozostaje również możliwość oceny złamań w badaniu scyntygraficznym w aspekcie lokalizacji, jak również ich rozległości - zwłaszcza u osób po przebytym urazie. Badanie scyntygraficzne jest także prostym testem unaczynienia kości lub przeszczepu kostnego - jeśli bowiem osteoblasty gromadzą radioznacznik, to przepływ krwi jest prawidłowy. W przypadku ostrej martwicy (na przykład głowy kości udowej - w następstwie urazu, sterydoterapii, chemioterapii, alkoholizmu, schorzeń reumatologicznych czy idiopatycznej) początkowo nie stwierdza się wychwytu radioznacznika w niedokrwionym obszarze kości. Dopiero w miarę upływu czasu i regeneracji układu naczyniowego następuje stopniowy wzrost gromadzenia jako wynik procesów naprawczych. Scyntygraficzne cechy martwicy widoczne są już na około 6 miesięcy zanim wystąpią zmiany w badaniach radiologicznych.

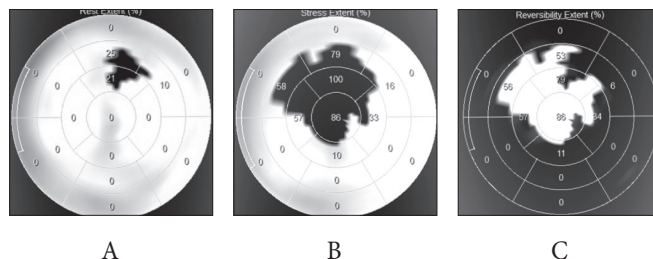
Medycyna nuklearna znajduje również zastosowanie w diagnostyce reumatoidalnego zapalenia stawów, seronegatywnych artropatiach a także zapalenia stawów krzyżowo-biodrowych - zwłaszcza jeśli schorzeniom tym nie towarzyszą zaburzenia morfologiczne w klasycznych metodach obrazowania. W tym ostatnim przypadku oblicza się wskaźnik krzyżowo-biodrowy, który cechuje się wysoką czułością i przemawia za zapaleniem, jeśli jego wartość przekroczy 1,3. Prawidłowy obraz scyntygraficzny drobnych stawów wyklucza toczący się tam proces zapalny.

### Badanie układu krążenia

**Scyntygrafia perfuzyjna serca** jest badaniem wykonanym zarówno w spoczynku oraz po obciążeniu farmakologicznym (dipiridamolem) albo po wysiłku fizycznym podczas klasycznego testu wysiłkowego według protokołu Bruce'a. Obciążenie farmakologiczne jest preferowane u chorych z blokiem lewej odnogi pęczka Hisa w zapisie ekg, z wadami narządu ruchu, chorobami naczyń obwodowych, chorobami płuc oraz po przebytych epizodach mózgowych, u których wykonane testu wysiłkowego jest niemożliwe.

Po podaniu radioznacznika (w przypadku badania perfuzji krwi jest to  $^{99m}\text{TcMIBI}$ , gromadzący się głównie w mitochondriach prawidłowo ukrwionego mięśnia sercowego), rejestruje się jego dystrybucję w mięśniu sercowym za pomocą gammakamery. Badanie przeprowadza się dwukrotnie: w spoczynku oraz po zastosowaniu od-

powiedniej formy obciążenia. Podczas obciążenia w obszarze mięśnia sercowego zaopatrywanym przez zwężoną tętnicę nie dochodzi do wzrostu ukrwienia, co uniemożliwia dotarcie radioznacznika do tego obszaru. Podany radioznacznik gromadzi się bowiem proporcjonalnie do ukrwienia. Interpretacja wyniku polega na ocenie różnic pomiędzy gromadzeniem radiofarmaceutyku po zastosowaniu obciążenia oraz w badaniu podczas spoczynku w jednoimiennych obszarach serca (ryc. 2).



Rycina 2. Scyntygrafia perfuzyjna serca przeprowadzona w celu diagnostyki niespecyficznego dolegliwości bólowych w klatce piersiowej u 35-letniego mężczyzny z ujemnym testem wysiłkowym.

**A. badanie spoczynkowe** (niewielki obszar obniżonej perfuzji na pograniczu segmentów przednich: środkowego i koniuszkowego),

**B. badanie wysiłkowe** (ubytek perfuzji na pograniczu segmentów przednich i przegrodowych oraz koniuszka serca),

**C. badanie subtrakcyjne** (różnica rozkładu aktywności między badaniem w spoczynku i w wysiłku) - obszar odwracalnego niedokrwienia, obejmujący ok. 30% mięśnia lewej komory.

W badaniu koronarograficznym u tego chorego stwierdzono krytyczne zwężenie LAD, leczone kardiochirurgicznie.

Diagnostyka przepływu wieńcowego metodami, jakie oferuje medycyna nuklearna, stwarza możliwość oceny odwracalności zmian niedokrwiennych - ubytki perfuzji indukowane są wysiłkiem a nieobecnie są w badaniu spoczynkowym. Możliwe jest także odróżnienie ubytków odwracalnych od utrwalonych, spowodowanych martwicą - w tym przypadku obszar niedokrwienia widoczny jest zarówno w spoczynku, jak i w badaniu po wysiłku fizycznym. Badanie to pozwala nie tylko na lokalizację strefy niedokrwienia, ale również na procentową ocenę jej rozległości, a także umożliwia ocenę stopnia zagrożenia epizodem ostrego zespołu wieńcowego oraz rokowania u osób ze stabilną dławicą piersiową.

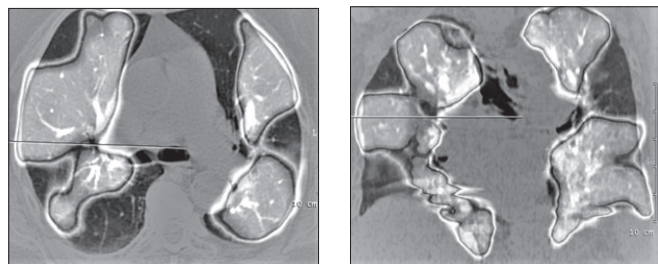
Badanie radioizotopowe oceniające przepływ wieńcowy oferują najskuteczniejszą diagnostykę nieinwazyjną o czułości 85-95% i swoistości 80% znacznie przewyższającą pod tym względem powszechnie stosowany test wysiłkowy. Stanowi zatem niezastąpione narzędzie diagnostyczne weryfikujące wynik testu wysiłkowego u osób z pośrednim prawdopodobieństwem choroby wieńcowej

i odgrywa niezastąpioną rolę w ustaleniu wskazań do koronarografii poprzez ograniczenie grupy osób niepotrzebnie na badanie to kierowanych. Poza ustaleniem wskazań do koronarografii, oceną rozległości blizny i oceną obszarów żywotnego mięśnia, scyntygrafia perfuzyjna serca pozwala na ocenę ryzyka wystąpienia zdarzeń sercowych u pacjentów, zwłaszcza w przypadkach konieczności wykluczenia sercowych przeciwwskazań do zabiegu operacyjnego z innych powodów. Umożliwia także weryfikację istotnego hemodynamicznie zwężenia naczynia wieńcowego w przypadkach, w których ryzyko zdarzenia wieńcowego, ocenione innymi metodami – np.: metodą calcium scoring, określane zostało jako istotne.

Podstawowym wskazaniem do **scyntyigrafii płuc** jest podejrzenie zatorowości płucnej. Badania sekcyjne wskazują, że zatorowość jako przyczyna zgonu nie jest rozpoznana klinicznie u 20% pacjentów. Z kolei w grupie chorych z rozpoznaną a nieleczoną zatorowością płucną śmiertelność wynosi 30%, w przeciwieństwie do osób leczonych antykoagulacyjnie. Należy jednak pamiętać, że leczenie przeciwzakrzepowe w sposób znaczący zwiększa ryzyko krwawień i nie powinno być stosowane u tych chorych, u których ryzyko zatorowości płucnej nie jest wysokie.

W postępowaniu diagnostycznym badaniem pierwszego rzutu jest angiotomografia komputerowa. Powinna być wykonana zwłaszcza u chorych z klinicznie wysokim prawdopodobieństwem ostrej zatorowości płucnej. W przypadkach przewlekłych, gdy objawy są mniej wyrażone (lub nie występują) a pacjent ma czynniki ryzyka w postaci przedłużającego się unieruchomienia, przebytych operacji chirurgicznych (zwłaszcza w obrębie miednicy mniejszej, czy stawów biodrowych) istniejących chorób serca, rozpoznanych nowotworów, lub też stosuje terapię estrogenową, metodą z wyboru będzie scyntygrafia perfuzyjna płuc.

Zasada wykonania scyntyigrafii perfuzyjnej płuc opiera się na blokadzie naczyń kapilarnych przez znakowane cząsteczki albuminy. Podane dożylnie, przenoszone są z prądem krwi i zatrzymują się w naczyniach przedkapilarnych, proporcjonalnie do stopnia ukrwienia płuca. Zatem w segmentach, w których przepływ krwi nie występuje lub jest znacznie zmniejszony, obserwuje się obszary o znacznie zredukowanej radioaktywności - ubytki perfuzji. Ogniska braku perfuzji, często o kształcie klina, występują obwodowo, zaś prawidłowy scyntygram perfuzyjny wyklucza obecność zatoru (ryc. 3)



Rycina 3. Scyntygrafia perfuzyjna płuc. W badaniu widoczne są liczne, duże ubytki perfuzji obejmujące segmenty obydwu płuc.

## Badanie układu moczowego

Badanie scyntygraficzne nerek stanowi bardzo ważne narzędzie z zakresu medycyny nuklearnej. Po dożylnym wstrzyknięciu niewielkiej ilości radioizotopu połączanego z izotopem promieniotwórczym, dostaje się on z krwią do nerek, co pozwala w pierwszej kolejności ocenić ich ukrwienie. Następnie jest wychwytywany przez nerki, co umożliwia ocenę budowy i czynności (klirensu) każdej nerki z osobna. Następnie radioizotop wraz z moczem wydalanym przez nerki spływa do pęcherza, co dodatkowo zezwala ocenić drogi moczowe oraz odpowiedzieć na pytanie, czy odpływ moczu z nerek jest prawidłowy? W zależności od zastosowanej techniki badania, charakter uzyskanej informacji będzie bardziej strukturalny lub bardziej czynnościowy.

W badaniu dynamicznym uzyskuje się ocenę ilościową i jakościową obydwu nerek. Podstawą analizy jest ocena przebiegu krzywej zmian radioaktywności każdej z nerek w trakcie badania. Badanie to, zwłaszcza uzupełnione o podanie furosemidu, umożliwia nie tylko określenie rozdzielnej funkcji nerek, ale również rozpoznanie nefropatii i uropatii zaporowej w przebiegu wodonercza oraz monitorowanie leczenia zachowawczego albo operacyjnego stosowanego w tych sytuacjach. Z kolei podanie kaptoprilu przed badaniem dynamicznym umożliwia rozpoznanie istotnego hemodynamicznie zwężenia tętnicy nerkowej.

Ze względu na nieinwazyjny charakter badania, scyntygrafia dynamiczna pozwala na ocenę nerki przeszczepionej, zwłaszcza w aspekcie ostrej martwicy kanalików nerkowych, powikłań naczyniowych, upośledzenia odpływu moczu czy też toksycznego działania cyklosporyny stosowanej u chorych po przeszczepie nerki.

Badanie statyczne nerek polega na rozkładzie gromadzenia radioizotopu w czynnym miększu nerek, co umożliwia diagnostykę wielkości, kształtu, a także położenie nerek. Pozwala również na stwierdzenie obecności zmian ogniskowych, jak torbiele czy blizny będące konsekwencją przewlekłego stanu zapalnego i jest szczególnie cenne w trakcie kwalifikacji do zabiegów operacyjnych na nerce. Scyntygrafia statyczna nerek pozwala bowiem ustalić zakres tego zabiegu w oparciu o rozpoznanie rozległości obszaru o upośledzonej funkcji miększu nerkowego.

## Badania w endokrynologii

**Badanie jodochwytności tarczycy** było pierwszym badaniem radioizotopowym wprowadzonym do praktyki klinicznej i polegało na oznaczeniu ilości izotopu jodu <sup>131</sup>I wychwyconego przez tarczycę. Zastosowanie scyntyigrafii tarczycy ma obecnie mniejsze znaczenie, gdyż pierwsze miejsce w ocenie budowy gruczołu tarczowego zajmuje ultrasonografia. Należy jednak pamiętać, że scyntygrafia jest jedynym badaniem czynnościowym, pozwalającym na ocenę stanu metabolicznego tego narządu. Przy jej pomocy można określić czy na tle wielu zmian ogniskowych opisanych w badaniu USG występują guzki o zwiększonym



metabolizmie (tzw. guzki gorące) lub czy któraś ze zmian (torbiel, ogniskowe zapalenie, rak) wykazuje zmniejszone gromadzenie radioizotopu i przedstawia się w badaniu scyntygraficznym jako „obszar zimny”.

Sztandarowymi wskazaniami do badań radioizotopowych tarczycy pozostaje ocena obszarów autonomii, wielkości wola, szczególnie przy podejrzeniu jego zamostkowej lokalizacji, w diagnostyce zapaleń, przy podejrzeniu ektopowej lokalizacji tkanki tarczycowej, a także w monitorowaniu terapii zróżnicowanego raka tarczycy. Badanie to przeprowadzamy zawsze przed kwalifikacją do leczenia radioizotopowego łagodnych chorób tarczycy.

Obrazowanie radioizotopowe gruczołów przytarczycznych jest wykonywane w celu zlokalizowania nieprawidłowej przytarczycy u chorych z potwierdzoną klinicznie i laboratoryjnie nadczynnością przytarczyc. W diagnostyce nuklearnej wykorzystuje się technikę subtrakcji – komputerowego odejmowania obrazów, powstałych w następstwie użycia różnych radioznaczników – w tym wypadku nadtechnecjanu ( $^{99m}\text{Tc}$ ) oraz znakowanego  $^{99m}\text{TcMIBI}$ , dzięki czemu uzyskuje się obraz odwzorowujący poszukiwaną przytarczycę. Prócz pierwotnej nadczynności przytarczyc wskazaniem do badania są zaburzenie wtórne i trzeciorzędowe, występujące najczęściej w przewlekłej niewydolności nerek, zwłaszcza jeśli planowane jest leczenie operacyjne.

### **Badania przewodu pokarmowego**

Diagnostyka nuklearna przewodu pokarmowego dostarcza wielu cennych informacji o funkcjonowaniu przewodu pokarmowego. Rutynowo, badania nuklearne znajdują wykorzystanie do oceny ślinianek oraz diagnostyki krwawienia z przewodu pokarmowego.

Do badania ślinianek wykorzystywany jest nadtechnecjan. Jest on aktywnie wychwytywany przez komórki gruczołowe, a następnie wydzielany do śliny. **Scyntygrafia ślinianek**, wykonana w warunkach podstawowych oraz po prowokacji, pozwala na ocenę czynności wydzielniczej ślinianek, a także drożności dróg wyprowadzających, zaś głównym wskazaniem do jej wykonania jest diagnostyka zespołu Sjögrena – przewlekłego zapalenia ślinianek na tle immunologicznym, powodującego trwałe ich uszkodzenie. Rzadziej wykonanie scyntygrafii ślinianek zaleca się w zapaleniach ostrych lub niedrożności przewodów wyprowadzających.

Podejrzenie krwawienia z przewodu pokarmowego w części niedostępnej dla badań endoskopowych (z jelita czczego lub krętego), jest wskazaniem do wykonania scyntygrafii z wykorzystaniem znakowanych erytrocytów. Erytrocyty te, wynaczynione do światła jelita są widoczne jako obszar kumulującej się radioaktywności, który przemieszcza się zgodnie z perystaltyką jelit i dociera do jelita grubego w obrazach wykonanych po 24 godzinach i potwierdza w ten sposób aktywne krwawienie do przewodu pokarmowego. Badanie scyntygraficzne może również pomóc w lokalizacji uchyłka Meckela. Wyko-

rzystuje się wówczas zdolność ektopowej błony śluzowej żołądka do wychwytywania nadtechnecjanu. Po jego podaniu, poza żołądkiem, w tym samym czasie uwidacznia się dodatkowe ognisko „gorące” najczęściej w prawym dolnym kwadrancie jamy brzusznej.

### **Badania w neurologii**

Przed erą tomografii komputerowej scyntygrafia była podstawowym badaniem obrazowym mózgu. Badania centralnego systemu nerwowego wykonywane są za pomocą znaczników dyfundujących ( $^{99m}\text{Tc}$ +HMPAO) przez barierę krew-mózg, dzięki czemu umożliwiają one ocenę zaburzeń w przepływie krwi w mózgu. Przepływ krwi w mózgu jest w zasadzie stały ale ulega miejscowej autoregulacji w zależności od aktywności poszczególnych struktur. Obszary patologiczne uwidaczniają się jako obszary o zmniejszonym wychwycie radioznacznika nie tylko w porównaniu do strony przeciwległej, ale także w odniesieniu do populacyjnej bazy danych.

**Scyntygrafia perfuzyjna mózgu** znajduje zastosowanie w różnicowaniu zespołów otępiennych. Podczas gdy w naczyniopochodnych zespołach dochodzi do asymetrycznego upośledzenia wychwyty radioznacznika w korze obydwu półkul, to w chorobie Alzheimera oraz w otępieniu czołowo-skroniowym ubytki wychwyty ograniczone są odpowiednio do płatów skroniowych i ciemieniowych w pierwszym przypadku i płatów czołowych u chorych z chorobą Picka. Upośledzenie wychwyty w tych przypadkach wynika z dezaktywacji i spadku przemiany materii neurocytów, dlatego też leczenie usprawniające ukrwienie mózgu nie przynosi spodziewanego efektu.

Innym wskazaniem do wykonania badania perfuzyjnego mózgu jest lokalizacja ognisk padaczkowych. Znajduje ono zastosowanie zwłaszcza u tych osób, u których w badaniach morfologicznych (CT czy MR) ustalenie lokalizacji takiego ogniska nie było możliwe. W ogniskach padaczkorodnych w fazie między napadami, w przeciwieństwie do napadu, stwierdza się zwykle zmniejszony przepływ krwi. Wprowadzenie nowych metod analizy obrazów PET z użyciem  $^{18}\text{F}$ FDG zwiększyło czułość w lokalizacji ognisk padaczkotwórczych, które w okresie międzynapadowym manifestują się jako ogniska zmniejszonego zużycia glukozy. Badanie  $^{18}\text{F}$ FDG-PET odgrywa poza tym istotną rolę nie tylko w diagnostyce guzów mózgu, ale również w ocenie stopnia ich złośliwości.

Najpopularniejszym znacznikiem scyntygraficznym w diagnostyce ekspresji układu receptorowego w centralnym systemie nerwowym jest DATSCAN, znakowany  $^{131}\text{I}$ . Znacznik ten posiada powinowactwo do presynaptycznych receptorów układu dopaminergicznego w prążkowiu. Zmniejszenie jego wychwyty w tym obszarze sugeruje chorobę Parkinsona i ułatwia jej różnicowanie z drżeniem idiopatycznym oraz innymi zespołami, w przebiegu których występują objawy podobne do tych, występujących w chorobie Parkinsona.

Diagnostyka PET stanowi milowy krok w rozwoju diagnostyki nuklearnej. Do obrazowania tkanek i narządów wykorzystuje substancje fizjologiczne występujące w ustroju lub ich analogi, które są znakowane izotopami promieniotwórczymi, emitujące dodatnio naładowane elektrony. Te z kolei bardzo szybko ulegają anihilacji, w wyniku czego powstają rozchodzące się w przeciwnych kierunkach dwie cząsteczki promieniowania gamma. Badanie to cechuje większa czułość i rozdzielczość obrazu, a fuzja z badaniem CT umożliwia precyzyjną lokalizację zmian. Zastosowanie tej techniki badawczej przekracza zakres niniejszej publikacji i w przypadku zainteresowania, zostanie podjęte przez autora w osobnym artykule.

### Terapia nuklearna

Efekt terapeutyczny izotopów wykorzystywanych do leczenia, jest związany z emisją promieniowania obdarzonego dużą energią. Mówimy tu o promieniowaniu  $\beta$  i coraz częściej  $\alpha$ . Promieniowanie to charakteryzuje się krótkim zasięgiem, przez co oddziaływanie z tkanką jest ograniczone niemal całkowicie do miejsca zdeponowania izotopu. Tam jest ono absorbowane przez komórki żywe i proporcjonalnie do swojej energii prowadzi do szeregu zdarzeń, efektem których jest ich apoptoza.

Izotopem o szczególnym znaczeniu w endokrynologii jest radioaktywny jod  $^{131}\text{I}$ . Zastosowanie terapii chorób tarczycy tym izotopem ma w naszym kraju ponad 60-letnią historię, nie tylko leczenia łagodnych chorób tarczycy (nadczynności tarczycy w przebiegu choroby Gravesa czy wola guzkowego), lecz także zróżnicowanych raków tarczycy. Działanie  $^{131}\text{I}$  stanowi ponadto doskonałą i bezpieczną alternatywę leczenia chirurgicznego w istotnej redukcji objętości wola łagodnego. Jest to szczególnie ważne u chorych obarczonych dużym ryzykiem okołoperacyjnym, albo tych, którzy na operację nie wyrażają zgody.

Leczenie przerzutów nowotworowych do kości (np.: rak prostaty) do niedawna miało charakter jedynie paliatywny w łagodzeniu dolegliwości bólowych ze strony układu kostnego. Radioizotopem stosowanym w tym celu jest izotop strontu  $^{89}\text{Sr}$ , który gromadząc się w osteoblastycznych przerzutach powodował martwicę komórek nowotworowych i w następstwie cytoredukcję zmian przerzutowych. Końcowym efektem łańcucha tych zdarzeń było zmniejszenie ucisku na struktury nerwowe i redukcja bólu. Kolejnym radioizotopem wprowadzonym do leczenia przerzutów do kości jest chlorek radu  $^{223}\text{Ra}$ . Jego zastosowanie prowadzi do znaczącej poprawy komfortu życia, co więcej w sposób istotny je wydłuża. Choć leczenie radioizotopowe zmian przerzutowych do kości budzi pewne kontrowersje ze względu na obawę przed potencjalnymi powikłaniami hematologicznymi (znacznie zredukowanymi w przypadku chlorku  $^{223}\text{Ra}$ ), to jednak obecnie taka forma terapii stanowi cenne uzupełnienie terapii onkologicznej u wybranych chorych.

Innym zabiegiem terapeutycznym wykorzystywanym obecnie coraz częściej w reumatologii i ortopedii jest syno-

wektomia radioizotopowa. Istotą tego zabiegu jest wprowadzenie do jamy stawowej (stawów kolanowych, skokowo-goleniowych, ale także ramiennych, łokciowych, nadgarstkowych i międzypaliczkowych) cząsteczek radiofarmaceutyków koloidalnych znakowanych izotopem emitującym cząsteczki beta. W praktyce używamy izotopów itru  $^{90}\text{Y}$ , renu  $^{186}\text{Re}$  oraz erbu  $^{169}\text{Er}$  w zależności od wielkości stawu poddawanego zabiegowi. Promieniowanie emitowane miejscowo w obrębie jamy stawowej przez te izotopy zmniejsza stan zapalny i wysięk stawowy. Wskazaniem do radiosynowektomii są przewlekłe wysiękowe stany zapalne stawów, w tym uporczywy wysięk stawu po endoprotezoplastyce, zmiany zapalne w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów, a także inne zapalenia stawów z obecnością pogrubienia błony maziowej. Synowektomia radioizotopowa jest minimalnie inwazyjną, skuteczną i dającą długotrwałe efekty alternatywą dla leczenia chirurgicznego i artroskopowego.

Mniej znanym wykorzystaniem terapii radioizotopowej jest leczenie nowotworów neuroendokrynych „gorącymi”, znakowanymi izotopami emitującymi promieniowanie  $\beta$ -analogami somatostatyny, jak również wykorzystanie znakowanych przeciwciał skierowanych przeciwko antygenowi CD-20 w leczeniu chłoniaka grudkowego. Trwają zaawansowane badania nad wykorzystaniem coraz to nowych cząsteczek, które mogą stać się miejscem uchwytu radioizotopowej terapii celowanej, jak na przykład substancja P w glejaku wielopostaciowym czy PSMA w raku prostaty i jest jedynie kwestią czasu ich wdrożenie do praktyki klinicznej.

Współczesny rozwój medycyny nuklearnej stwarza duże nadzieje na wykorzystanie procedur nuklearnych w niemal każdej gałęzi współczesnej medycyny. Daje bowiem możliwość obrazowania czynnościowego, co stanowi doskonałe uzupełnienie obrazowania morfologicznego o diagnostykę na poziomie molekularnym. Cieszymy się zatem, iż świadcząc swe usługi Zakład Medycyny Nuklearnej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, każdego dnia, od niemal 40 lat, przyczynia się zarówno do pogłębienia diagnostyki, jak i do leczenia naszych wspólnych pacjentów.

Badania nuklearne są procedurami refundowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie skierowania z dowolnej Poradni Specjalistycznej. Z kolei refundacja leczenia (radiojodem, radiosynowektomii) jest możliwa po uzyskaniu skierowania od Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej. W razie wątpliwości, informacje można uzyskać w Zakładzie Medycyny Nuklearnej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu pod numerem 77/443-36-52.

### Bibliografia:

1. Birkenfeld B., Listewnik M.: *Medycyna nuklearna – obrazowanie nuklearne*. Wydawnictwo PUM, Szczecin 2011
2. Królicki L.: *Medycyna Nuklearna*, Wyd.: Fundacja L. Rydygiera, Warszawa 1995



3. Brant W.E., Helms C.A: Podstawy diagnostyki radiologicznej, MediPage Warszawa 2008

4. Ell P.J., Gambhir S.S., Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis and Treatment, Elsevier Churchill Livingstone, Edinburgh 2004

5. Fogelman I., Clarke S.E.M., Cook G., Gananasegaran G.: An Atlas of Clinical Nuclear Medicine, CRC Press 2014

Dr n. med. Aleksander SKOCZYLAŚ (red.)  
Zakład Medycyny Nuklearnej  
Szpitala Wojewódzkiego w Opolu



## STEFAN BATORY POD PSKOWEM

Przed 2 lata obchodziliśmy stulecie odzyskania niepodległości. Jest więc okazja, aby sięgnąć do najpiękniejszych kart naszej historii. Szczególnie przedstawia je nasz największy malarz Jan Matejko. Dlatego postanowiłem P. T. czytelnikom przedstawić historię powstania jego największych dzieł. Na początek historia obrazu „Batory pod Pskowem”.

Stefan Batory (1533-96) był synem wojewody siedmiogrodzkiego Stefana Batorego i Katarzyny Telegdy. Studiował na Uniwersytecie w Padwie, ale postanowił poświęcić się karierze wojskowej. Władał kilkoma językami (niemieckim, włoskim, tureckim), ale nigdy nie nauczył się języka polskiego (porozumiewał się w Polsce łaciną). Władcą Siedmiogrodu został dopiero w roku 1571 (Siedmiogród leżał na terenach dzisiejszych Węgier).

Po ucieczce z Polski Henryka Walezy i bezkrólewia przystąpiono do wyboru króla elekcyjnego. Do tronu polskiego kandydował car moskiewski Iwan Groźny (Rosja jeszcze nie istniała), który myślał nawet o wyborze swojego syna Fiodora i cesarz Maksymilian II Habsburg. Zebrana magnateria na Sejmie Elekcyjnym wybrała na króla polskiego Maksymiliana II Habsburga, którego koronował prymas Jakub Uchański w dniu 12 grudnia 1575 r. Zbuntowana wówczas szlachta dokonała wyboru mało znanego księcia Siedmiogrodu Stefana Batorego pod warunkiem poślubienia Anny Jagiellonki, córki Zygmunta Starego, która podobnie jak Jadwiga przed poślubieniem Władysława Jagiełły miała tytuł króla Polski. Koronacja Stefana Batorego i ślub z Anną Jagiellonką odbył się w dniu 1 maja 1576 roku. Koronacji i ślubu w katedrze wawelskiej udzielił biskup kujawski Stanisław Karnkowski, ponieważ prymas był skłócony z Stefanem Batorym.

Anna Jagiellonka liczyła wówczas 52 lata, nie grzeszyła urodą, cierpiała na chorobę reumatyczną, dlatego wg współczesnych Stefan Batory w łóżnicy z Anną Jagiellonką spędził tylko dwie lub trzy noce poświęcając się całkowicie wojnie o Inflanty (tereny dzisiejszej Łotwy i Estonii) z carem moskiewskim Iwanem IV Groźnym. Iwan IV Groźny zajął całe Inflanty w roku 1578. Stefan Batory podjął wówczas trzy kampanie przeciwko carowi. Zmobilizował 40-tysięczną armię, powołał nieznaną dotychczas w Polsce tzw. piechotę wybraniecką (z każdych 40



Obraz „Batory pod Pskowem”

łanów właściciel musiał oddelegować do wojska jednego chłopą). W wojsku Batorego znalazły się ciężkie armaty oblężnicze, na których Stefan Batory doskonale się znał, medycy, chirurdzy a nawet szpital polowy.

Po dwuletnich bitwach z carem Iwanem IV Groźnym zdobył 30p-tysięczne, dobrze ufortyfikowane miasto Połock, twierdzę Wielkie Łuki (przed II wojną światową wydano piękny znaczek pocztowy z napisem Wielkie Łuki), wreszcie wojska polskie stanęły przed wielkim i strategicznym miastem Psków, leżącym na drodze do Moskwy. Oblężenie Pskowa trwało bardzo długo z powodu niezwykle mroźnej zimy (1581-82). Stefan Batory opuścił pole walki, a dowództwo przekazał kanclerzowi i Wielkiemu Hetmanowi koronnemu Janowi Zamojskiemu, który był jego prawą ręką. W końcu Iwan Groźny poprosił o 10-letni rozejm. Polska odzyskała Połock i całe Inflanty z wyjątkiem Wielkich Łuków (był to rok 1582).

Wielką zasługą Stefana Batorego było wyrażenie zgody na przekształcenie kolegium jezuickiego w Akademię (późniejszy Uniwersytet Wileński). Był to drugi przypadek po Uniwersytecie Jagiellońskim. Pierwszym rektorem był Piotr Skarga. Akademia Wileńska nie miała wprawdzie wydziału prawa i medycyny natomiast kształciła w kierunku poetyki, retoryki i literatury. Studiowali na nim Adam Mickiewicz, Juliusz Słowacki, Czesław Miłosz. W okresie międzywojennym Uniwersytet Wileński otrzymał imię Stefana Batorego.

Stefan Batory zmarł w dniu 7 grudnia 1596 r. w Grodnie na Litwie w wieku zaledwie 53 lat. Panował w Polsce





10 lat. Bezpośrednią przyczyną zgonu była niegojąca się rana nogi, której nabawił się podczas polowania, które były jego pasją. Badanie sekcyjne wykazało, że cierpiał na mocnicę, miał nerki „tak duże jak u wołu”.

Anna Jagiellonka przeżyła Stefana Batorego o 10 lat. Inflanty i Połock Polska straciła już za panowania Zygmunta III Wazy.

Stefan Batory został pochowany dopiero po 18 miesiącach (tyle trwało przewiezienie zwłok z Litwy do Krakowa). Anna Jagiellonka nie wyraziła zgody na pochowanie męża w Kaplicy Zygmuntowskiej, w której szykowała miejsce dla siebie. Ostatecznie Stefan Batory spoczął w odrębnej krypcie Katedry Wawelskiej. Na jego prostym grobie bardzo często składane są kwiaty i chorągiewki czerwono-biało-zielone od wycieczek węgierskich.

Natomiast Anna Jagiellonka ufundowała w Kaplicy Mariackiej Katedry Wawelskiej piękną płytę nagrobną, którą wykonał wielki rzeźbiarz włoski Santi Gucci. Przedstawia on Stefana Batorego śpiącego, podpartego na łokciu jakby przygotowanego do powstania.

### Obraz Jana Matejki „Batory pod Pskowem”

Stefan Batory siedzi pod baldachimem w pięknej złotej zbroi trzymając na kolanach szablę. Na głowie ma tradycyjną węgierską czapkę. Złote buty spoczywają na skórze niedźwiedziej (symbol pokonania Moskwy). Przed nim klęczy w bogatej szacie władcy połocki Cyprian trzy-

mając chleb i sól jako symbol pojednania.

Po prawej ręce stoi dumnie Kanclerz i zarazem Wielki Hetman Królewski Jan Zamojski odziany w czerwone szaty, trzymając w ręce pieczęć królewską (był drugą osobą w państwie). Po stronie lewej widzimy odzianego w ciemne szaty Antonia Rosselino, który był mediatorem papieskim w ustalaniu warunków pojednania. W środkowej części obrazu widzimy postać Hetmana Stanisława Żółkiewskiego w zbroi husarskiej (w 1610 r. po zwycięskiej bitwie pod Kłuszynem wkroczył do Moskwy, gdzie przebywał przez kilka miesięcy).

Ponadto na obrazie znajdują się liczne postacie bojarów moskiewskich, polskiej magnaterii i szlachciców, zaś w tle las husarskich skrzydeł.

Obraz Matejki „Batory pod Pskowem” przyjęto z entuzjazmem na wystawach, najpierw we Lwowie, a następnie we Wiedniu, Peszcie i Paryżu. Obraz „Batory pod Pskowem” został namalowany kilka lat przed powstaniem słynnego obrazu „Bitwy pod Grunwaldem”. Obecnie obraz można podziwiać na Zamku Królewskim w Warszawie.



Stefan Batory

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

## LEKARZE-TENISIŚCI POWRÓCILI NA KORTY

Dzięki zaangażowaniu naszych kolegów z Poznania i władz Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy w dniach 31.07 - 2.08 odbyły się w Poznaniu XXX Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Ziemnym. Udział w Mistrzostwach wzięło ponad 100 osób, a mecze były rozgrywane w trzech ośrodkach tenisowych w Poznaniu, dysponujących 13 kortami o nawierzchni ziemnej.

Opolską Izbę Lekarską reprezentowali: dr Zbigniew Nanowski, dr Roman Sadowski i dr Krzysztof Partyka. Kolejny sukces odniósł dr Nanowski, który został Mistrzem Polski Lekarzy w grze pojedynczej w kategorii +75 lat i zdobył brązowy medal w grze podwójnej w kategorii + 65 lat (fot.1). Dla mnie również te Mistrzostwa były szczególne, ponieważ zdobyłem pierwszy medal w turnieju lekarskim - brązowy medal w grze podwójnej w KATEGORII 45a+ (fot. 2). Niestety Dr Sadowski doznał kontuzji kolana w trakcie meczu i nie zakwalifikował się do rundy medalowej.



Dr Krzysztof Partyka (pierwszy z lewej)



Dr Zbigniew Nanowski (pierwszy z lewej)

Tym razem pogoda nam dopisała i w tak pięknych okolicznościach przyrody spędziliśmy kilka wspaniałych dni na doskonale przygotowanym turnieju.

W zeszłym roku w Pucharze Izb Lekarskich nasza OIL zdobyła 7 miejsce. Mam nadzieję, że w tym roku dołączą do nas kolejni tenisiści i zdołamy poprawić naszą pozycję. Zapraszam wszystkich chętnych na stronę naszego Stowarzyszenia - [www.pstl.pl](http://www.pstl.pl).

Krzysztof PARTYKA



## PRZEDSIĘBIORSTWO O NAZWIE SZPITAL

*Szpital to nie fabryka. Nie jesteśmy w stanie nadgonić wykonania kontraktu, „wyprodukować” więcej świadczeń* - podkreśla prezes Naczelnej Rady Lekarskiej prof. Andrzej Matyja. Po co mówić o oczywistościach?

W Ministerstwie Zdrowia oraz NFZ panuje przekonanie, że szpitale, jeśli dostaną na to kilka miesięcy, poradzą sobie z nadrobieniem zaległości, jakie narosły od połowy marca do drugiej połowy maja, gdy rozpoczęło się powolne (bardzo powolne) odmrażanie. Płatnik chce dać placówkom dodatkowe pół roku (w połowie 2021 r. kończy się pierwszy okres rozliczeniowy sieci szpitali i trzeba się spodziewać, że na następny, czteroletni, sieć zostanie zaplanowana już inaczej). Według samorządu lekarskiego, ale również według menedżerów szpitali, nadganie wykonania kontraktu - zarówno w obszarze ryczałtowym, jak i w zakresie świadczeń kontraktowych odrębnie - trudno sobie wyobrazić.

Po pierwsze (po drugie, po trzecim itd.) brakuje armat, czyli kadr. Podczas Kongresu Wyzwań Zdrowotnych Online wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski jeszcze pod koniec maja przekonywał co prawda, że są szpitale, które w awaryjnych sytuacjach (np. w przypadku czasowego wyłączenia z użytku części sal operacyjnych lub konieczności naprawy sprzętu) podejmowały wysiłek pracy na trzy zmiany, by kontrakt w terminie wykonać. Jednak zdaniem ekspertów wyjście, które można zastosować na krótką metę i w pojedynczych szpitalach, jako rozwiązanie systemowe się nie sprawdzi, właśnie dlatego, że brakuje kadr, by np. sale operacyjne wykorzystywać rzeczywiście w trybie 24/7 i to nie przez kilka dni, ale przez co najmniej dwa, trzy miesiące.

Dlatego zarówno samorząd lekarski, jak i organizacje pracodawców oprotestowują pomysł „nadgania” kontraktów. - *Propozycja zrealizowania tych procedur do końca czerwca przyszłego roku jest niewykonalna. Musimy z MZ i NFZ zastosować pewien algorytm, który zabezpieczyłby finansowo realizację 1/12 rocznego kontraktu. Żaden szpital nie jest w stanie odrobić procedur w ramach ryczałtu* - mówił w połowie czerwca prof. Andrzej Matyja.

Brakuje armat, brakuje też amunicji, czyli pieniędzy. Co prawda od 1 lipca do szpitali ma trafić dodatkowo nieco ponad 300 mln zł (dzięki czemu ryczałt wzrośnie o 3%), jednak te pieniądze, choć nie są znaczone, mają zrekompensować wzrost wynagrodzeń wynikający z przepisów ustawowych - wiadomo, że będzie to jedynie częściowa rekompensata. Resort zdrowia nie wie przy tym, jakie będą skutki odmrożenia kwoty bazowej w ustawie o wynagrodzeniach minimalnych pracowników wyko-

nujących zawody medyczne. Pozna je dopiero wtedy, gdy szpitale wypłacą pierwsze lipcowe wynagrodzenia, czyli w sierpniu. Kwota bazowa rośnie skokowo, o ponad 700 zł - z 4,2 do ponad 4,9 tys. zł. Można się więc spodziewać, że i koszty będą niemałe.

Szefowie szpitali uważają, że 3% wzrost wartości ryczałtu to krok w dobrym kierunku, ale jest zdecydowanie za mały, żeby przynieść rzeczywistą poprawę. Podwyżka powinna ich zdaniem wynosić około 10% - *Epidemia spowodowała wzrost kosztów funkcjonowania szpitali. Być może te 300 mln zł sprawi, że dług nie będzie narastał tak gwałtownie, ale narastać będzie* - ocenia prezes Matyja.

Samorząd lekarski, jak przypominano podczas bierfingu, jeszcze na początku roku alarmował o niedoszacowaniu kontraktów i o tym, że szpitalom grozi finansowa zapaść. - *Epidemia koronawirusa tylko pogorszyła sytuację* - mówił członek Prezydium NRL Jerzy Friediger. - *Przez ostatnie cztery miesiące szpitale notują średnie niewykonanie ryczałtu między 25 a 37%. Trudno zrobić założenie, że pieniądze, które dostaliśmy awansem na utrzymanie szpitali, odrobimy. To nierealne, bo obowiązuje reżim sanitarny, który ogranicza liczbę osób przyjmowanych. Poza tym wielu pacjentów unika szpitali, z drugiej strony wydajność placówek jest ograniczona.*

Choć Ministerstwo Zdrowia zdaje się sugerować, że szpitale powinny pracować pełną parą, przy pełnym obłożeniu, do realizacji tej wizji nie tylko brakuje pracowników, ale i pacjentów. Co prawda od drugiej połowy maja pacjenci przychodzą do szpitali na planowe zabiegi i operacje, ale w związku z zaostrożonym rygiorem sanitarnym musi ich być mniej niż przed pandemią.

Osoby przyjmowane do szpitali trzeba poddawać testom. Dobra wiadomość jest taka, i że w pierwszej połowie czerwca Ministerstwo Zdrowia, m.in. po apelach samorządu lekarskiego oraz organizacji pracodawców, jasno zadeklarowało: NFZ zapłaci za wykonane pacjentom testy. Do tej pory część szpitali (również na Mazowszu) przeprowadzała je dzięki sponsorom zewnętrznym, np. samorządom powiatowym czy wojewódzkim. Strategia sprawdzania pacjentów i systematycznego testowania personelu medycznego przynosi efekty, bo w szpitalach pojawia się zdecydowanie mniej ognisk koronawirusa. Częściej też udaje się wychwycić pojedyncze przypadki zakażenia i dzięki temu zapobiec rozprzestrzenianiu się choroby. Ale obok dobrej wiadomości są i gorsze: hospitalizacja zwykle trwa dłużej, szpitale muszą zmniejszać powierzchnię oddziałów, by wygospodarować strefę buforową, w której przebywają (jeśli to możliwe w wyizolowanych warunkach) pacjenci czekający na wynik testu ►►



(na szczęście stosunkowo krótko, czas oczekiwania udaje się zredukować nawet do kilku godzin). Tak czy inaczej - w szpitalu może przebywać jednocześnie mniejsza niż w normalnych warunkach liczba pacjentów.

Tutaj w wykonaniu kontraktu, ale przede wszystkim w koniecznej diagnostyce i w leczeniu pomoże przyspieszone przesunięcie świadczeń w kierunku opieki ambulatoryjnej. Eksperci w zasadzie jednogłośnie przewidują, że pozytywnym (choć drogo okupionym) efektem koronawirusa, podobnie jak upowszechnienie rozwiązań telemedycznych, będzie odejście od niepotrzebnego kierowania pacjentów na hospitalizacje we wszystkich zakresach świadczeń, które można wykonać w warunkach ambulatoryjnych.

- *Trzeba zrobić wszystko, by utrzymać pacjentów z dala od szpitali* - przekonywali uczestnicy panelu poświęconego problemom kardiologii podczas 8. Szczytu Zdrowia, zorganizowanego w czerwcu w Warszawie. Aby „słowo stało się ciałem”, a raczej - aby postulowany od lat model opieki nad pacjentem mógł się urzeczywistnić, konieczne są jednak zmiany systemowe, choćby w zakresie finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. - *Koncepcja Ministerstwa Zdrowia idzie w tę stronę, o którą my od dawna apelowaliśmy: by pierwsza wizyta pacjenta była nawet dwukrotnie lepiej wyceniona od pozostałych. Warto*

*też przemyśleć, czy wyżej (powiedzmy o 50%) nie powinna być wyceniona wizyta zamykająca leczenie w poradni specjalistycznej, łącząca się z przekazaniem pacjenta do POZ w celu kontroli jego stanu zdrowia* - mówił prof. Jarosław Drożdż, kierownik Kliniki Kardiologii CSK Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Statystyki dotyczące śmiertelności w miesiącach pandemicznych stanowią wyzwanie dla epidemiologów - w marcu i kwietniu zmarło mniej Polaków niż w analogicznym okresie w ostatnich kilku latach. W maju zanotowano nieznacznie więcej (o około 300) zgonów niż wynosi średnia dla tego miesiąca. Polska nie tylko uniknęła drastycznego skoku liczby zgonów z powodu koronawirusa, co stało się udziałem Wielkiej Brytanii, Włoch, Hiszpanii, Belgii czy Francji, ale wyszła z pierwszej fali epidemii, jeśli chodzi o śmiertelność, z tarczą. Nie ma jednak wątpliwości, że skutki epidemii dla zdrowotności społeczeństwa będzie można ocenić dopiero za jakiś czas - za rok, może nawet za pięć lat. Wtedy okaże się, jak zmieniła się śmiertelność z powodu chorób układu krążenia, z powodu nowotworów. Czy, last but not least, z powodu obciążeń psychicznych spowodowanych pandemią i jej skutkami, również ekonomicznymi.

Małgorzata SOLECKA  
(przedruk z „Pulsu” - nr 7-8/20)

## COVID Z TWARZĄ LEKARZA

Nieporównywalne z niczym fatalne samopoczucie, obawa, że wkrótce może nadejść śmierć. W przypadku 36-letniego, prowadzącego zdrowy tryb życia lekarza, który, jak sam mówi, żył w poczuciu pełnego zdrowia, wspomnianie choroby to bezradność, brak sił, ogromna niepewność. Inny młody lekarz przechodził COVID-19 bezobjawowo. Żaden z nich nie chciałby przeżyć tego ponownie. Nie każdy z naszych czytelników chorował i nie każdy nawet zna kogoś, kto zmagał się z CON/ID-19, dlatego w tym numerze rozmawiamy z medykami, którzy doświadczyli, czym jest zakażenie koronawirusem. Dwóch różnych historii wysłuchała Renata Jeziółkowska.

**Dr n. med. Leszek Kraj, onkolog kliniczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny**

***Kiedy zdał pan sobie sprawę, że może być chory na COVID-19?***

U mnie symptomy choroby pojawiły się 48 godzin po wykonaniu testu na izbie przyjęć, tzw. covidowej mojego szpitala. Wtedy choroba przebiegała dosyć typowo. Na początku była gorączka, osłabienie, bóle mięśniowe, później straciłem węch i smak, a czwartego dnia... nastąpiła nawet niewielka poprawa. Wydawało mi się, że to może nawet będzie już koniec infekcji, która w zasadzie początkowo wyglądała jak niegroźna infekcja grypopodobna. Uspokajałem rodzinę i znajomych, że CO-

VID-19 przechodzę bardzo łagodnie i pewnie szybko to się skończy. Niestety, około siódmego dnia nastąpiło pogorszenie. Wróciła bardzo wysoka gorączka, silne osłabienie, pojawił się problem z nabraniem powietrza, uczucie rozpierania, kłucia w klatce piersiowej, saturacja spadła mi wtedy do 93-92%. Wiedziałem, że na tym etapie będę potrzebował profesjonalnej opieki lekarskiej. Wezwałem pogotowie i trafiłem do szpitala zakaźnego w Warszawie. Tam początkowo w RTG nie wyglądało to nawet źle. Widać było jakieś niewielkie zapalenie płuc, miernie podwyższone wskaźniki stanu zapalnego. Ale zostałem w szpitalu, a choroba się rozwijała. Dzisiaj wiem, że to tzw. burza cytokinowa spowodowała stan, w jakim się znalazłem. Skończyło się na zapaleniu płuc, które obejmowało praktycznie wszystkie płaty. Z dnia na dzień pogorszenie funkcji oddechowej, wysoka gorączka, osłabienie, wyniszczenie. Byłem w stanie tylko przejść z łóżka do łazienki. Takiego przebiegu choroby się nie spodziewałem. Jestem jeszcze stosunkowo młody, nie choruję przewlekle, w styczniu robiłem badania okresowe u lekarza medycyny pracy i powiedziano mi, że jestem „zdrowy jak koń”. Jako lekarz liczyłem się z tym, że mogę zachorować, ale taki przebieg choroby był dla mnie ogromnym zaskoczeniem, tym bardziej że pracuję na oddziale hematologii i onkologii, bardzo często mam kontakt z różnymi patogenami i wydawało mi się, że właśnie dlatego



jestem szczególnie odporny. Raz w życiu byłem na zwolnieniu lekarskim.

### ***Domyśla się pan, jak się pan zakaził?***

Nadal nie wiem do końca, co mogło być źródłem choroby. Kiedy dowiedziałem się, że mam wynik dodatni, skupiałem się na rodzinie, martwiłem się o kolegów i pacjentów, z którymi miałem kontakt. Z epidemiolog szpitalną analizowaliśmy wszystkie moje kontakty, były podejmowane decyzje, kto ma iść na kwarantannę. Na szczęście okazało się, że choć przebywałem z kolegami na oddziale, nikogo nie zakaziłem. Na początku to było dla mnie najważniejsze. Poważne problemy w tamtym czasie były z kontaktem z regionalnym sanepidem. I o ile ze strony szpitala mogłem liczyć na duże wsparcie i regularny kontakt, to ze strony sanepidu wyglądało to znacznie gorzej. Trochę to rozumiem - pracownicy sanepidu, którzy do tej pory pracowali w innych realiach, zostali postawieni na pierwszej linii frontu prawdziwej wojny. Tam wtedy bardzo trudno było się w ogóle dozwonić. Jestem lekarzem, więc dopóki było dobrze, nie potrzebowałem na szczęście wsparcia merytorycznego, potrafiłem też samodzielnie rozpoznać moment, kiedy koniecznie musiałem udać się do szpitala.

### ***Jak ocenia pan wszystkie procedury związane z chorobą oraz samą opiekę? Jak to wygląda z perspektywy pacjenta?***

Staram się postrzegać rzeczywistość w kolorowych barwach, więc problemy organizacyjne, głównie w sanepidzie, tłumaczę wyjątkowością sytuacji. Wszyscy znaleźliśmy się na wojnie, na której na pewno nie jest idealnie. Jeśli chodzi o opiekę w szpitalu zakaźnym, jestem pod ogromnym wrażeniem profesjonalizmu zespołu. Czułem się bezpieczny, chociaż zdawałem sobie sprawę z codziennie pogarszających się wyników badań pomimo zastosowanego leczenia. Szpital dał mi jednak coś bardzo ważnego - poczucie bezpieczeństwa. Wiedziałem, że w razie czego jest oddział intensywnej terapii i respirator. To miało znaczenie także ze względu na przeżywanie dramatu izolacji. Przebywa się na sali izolowanej, bezpośredni kontakt z personelem jest bardzo ograniczony i do tego problemy z oddychaniem, duszność pojawiająca się głównie w nocy. Sam studentów tego uczę, że bólowi w klatce piersiowej czy duszności często towarzyszy uczucie strachu przed śmiercią. I niestety na własnej skórze tego doświadczyłem. W każdym razie szpital dał mi poczucie bezpieczeństwa, mimo że nie było wiadomo, czy terapie są skuteczne. Dużo się uczymy i sporo już nauczyliśmy się na temat tego wirusa, ale pewnie jeszcze sporo przed nami. Dla mnie ta lekcja „perspektywy pacjenta” to była ogromna lekcja pokory wobec medycyny i życia w ogóle.

Jeśli zaś chodzi o system, należy mieć na uwadze, że nawet w warunkach standardowych jest niewydolny. Zawsze podkreślam, że wyłącznie dzięki działaniom personelu, dzięki poświęceniu konkretnych ludzi, udaje się

na razie poskromić epidemię w Polsce. Dzięki zaangażowaniu i poświęceniu pracowników ten system jeszcze się nie zawalił. Gdy trafiłem do szpitala, znalazło się dla mnie miejsce, następowała rotacja pacjentów i kolejni pacjenci mieli zapewnioną opiekę.

### ***Kiedy pana stan zaczął się poprawiać?***

U mnie choroba przebiegała dość burzliwie i jej zakończenie zaskoczyło mnie. Z dnia na dzień czułem się coraz gorzej, w wynikach badań normy były wielokrotnie przekroczone i nagle po chyba najbardziej krytycznej nocy obudziłem się rano w zupełnie innej rzeczywistości. Pierwszy raz od kilkunastu dni po sześciu godzinach od zażycia paracetamolu nie miałem gorączki. I po prostu zupełnie inaczej się czułem. W moim przypadku nie tyle wirus stanowił problem, ile właśnie tzw. burza cytokinowa. Nie wiadomo, dlaczego choroba skończyła się tak nagle, nie włączono mi w tych dniach żadnej nowej terapii. Dla mnie to ciekawa lekcja, bo gdyby ktoś tej nocy dał mi jakieś lekarstwo, powiedziałbym, że to cudowny lek. To pokazuje, że tzw. case report nie mają wielkiej wartości, szczególnie w przypadku chorób, których nie znamy. Gdyby tej krytycznej nocy zastosowano u mnie jakąś nową terapię, byłby to dowód, że działa rewelacyjnie. Wskaźniki stanu, interleukina-6 i CRP, w ciągu następnych dwóch - trzech dni po prostu znormalizowały się. Tymczasem okazało się, że taki był u mnie naturalny przebieg choroby.

### ***Ile czasu był pan chory?***

Od momentu drugiej fali objawów gorączkę miałem 13 dni. Ujemne wyniki testów CRP pojawiły się po około 21 dniach. Ale skutki choroby odczuwałem co najmniej przez dwa miesiące. Choć objawy ustąpiły, saturacja wróciła do normy i proces zapalny się skończył, konsekwencje choroby odczuwałem dość długo. Wychodziłem ze szpitala z podwyższonymi transaminazami, chudszy, nadal osłabiony. Po powrocie do domu miałem problem z zejściem po schodach, a zaledwie miesiąc wcześniej byłem aktywnym, zdrowym mężczyzną w pełni sił. Uważałem, że dopiero w wieku powyżej 80 lat będę miał jakiegokolwiek problemy z pokonaniem schodów w swoim domu. Starałem się ćwiczyć, ale niemoc trwała dość długo. Po miesiącu niepokoiło mnie, że nie jestem w stanie przejechać na rowerze więcej niż 5 km, choć może za szybko spodziewałem się powrotu do formy. Na szczęście teraz czuję, że powróciło już 95% wydolności, którą miałem przed chorobą.

Najbardziej niepokoją mnie dziś - i jest to przestroga dla tych, którzy uważają, że przecież większość bezobjawowo przechodzi chorobę - odległe konsekwencje infekcji. Nie wiem, czy za pół roku nie rozwinie się u mnie np. zwłóknienie płuc. Ostatnio czytałem niepokojące doniesienia neurologów na temat ryzyka uszkodzenia układu nerwowego. Mam nadzieję, że mnie to nie będzie dotyczyć. Ale mój przypadek pokazuje, że my tej choroby po prostu jeszcze nie znamy. „Zakażmy się, nabądźmy stad- ▶▶



nej odporności” - można by było taką koncepcję przyjąć, jeśli mielibyśmy lek, znalazłbyśmy odległe konsekwencje choroby. To, co obserwuję, niepokoi mnie. W czasie, kiedy ja trafiłem do szpitala, panowała kompletna panika. Pamiętam, że jak jechałem karetką, ulice były puste. Teraz jest dość duże rozprężenie, podczas gdy mamy o wiele więcej zakażeń i zgonów.

***Czy uważa pan, że można skutecznie zapobiegać zachorowaniom? Czy faktycznie ostre restrykcje to słuszną drogą?***

Na pewno musimy się nauczyć żyć w nowej rzeczywistości, żyć z koronawirusem. Każda skrajność jest zła. Drugi lock-down jest kompletnie niemożliwy. Ale nie możemy też dać się ponieść fali optymizmu i rozprężenia. Nie chciałbym zachorować drugi raz, nawet bezobjawowo. Musimy nauczyć się funkcjonować, pamiętając o ostrożności i przestrzeganiu nowych procedur. Pewnie czeka nas zunifikowanie zasad - czy wszystkich pacjentów testować, kiedy testować, jak testować, co z personelem? Uważam, że na szczeblu centralnym powinno być zaproponowane bardziej uniwersalne postępowanie i wdrożone pewne nowe standardy w odniesieniu do personelu medycznego.

***A czy zna pan wiele osób, które zachorowały? Coraz częściej pojawiają się głosy typu „nie znam nikogo takiego, nie ma epidemii”.***

No właśnie. Znajomi często mówią: - Jesteś pierwszą osobą, którą znam, która była w szpitalu, do tej pory wydawało mi się, że wirus istnieje tylko w telewizji. Rzeczywiście przechodzimy przez pandemię bez wielkiego szczytu. Nie jest tak jak we Włoszech, gdzie wiele rodzin kogoś straciło albo miało kogoś poważnie chorego. U nas w wielu miejscach nie było nikogo, kto chorował, więc może wydawać się, że problem nie istnieje. Ja sam nie znam wielu takich osób. Poza szpitalem oczywiście, gdzie na szczęście ogromna większość przeszła COVID-19 zupełnie łagodnie, choć były też sytuacje tragiczne.

***Co by pan powiedział osobom, które lekceważą zagrożenie, uważają, że jest wyimaginowane?***

Zapytałbym, czy życzyliby sobie zachorowania na chorobę, na którą nie ma leku, której biologii i odległych skutków kompletnie nie znają. Czy naprawdę chcieliby sytuacji, jaka miała miejsce w wielu innych państwach. Sam jestem dowodem, że choroba istnieje i może być groźna nawet dla osób, które wydawałoby się są na końcu listy zagrożonych ciężkim przebiegiem.

***Martwił się pan o swoich pacjentów? Jaki pańska choroba miała wpływ na rodzinę, znajomych, najbliższe otoczenie?***

Oczywiście, że się martwiłem. Pacjenci i koledzy, z którymi miałem kontakt, byli poddani kwarantannie. Na szczęście wtedy już mieliśmy w szpitalu środki ochrony, w związku z tym większość kontaktów nie była zaliczana do bezpośrednich. Nie spotkałem się z niechęcią wśród znajomych, sąsiadów, z żadnym hejtem. Odwrot-

nie, środowisko, dyrekcja szpitala, uczelnia okazywały mi bardzo dużo zainteresowania, chęci pomocy. To było bardzo pozytywne i budujące. Ciekawostka, jeśli chodzi o nasze środowisko: jako „ozdrowieniec” chciałem oddać krew, bo mam przeciwciała, i okazało się, że dziewiciu z około 30 dawców osocza to właśnie lekarze. I to nie tylko dlatego, że tak wielu lekarzy chorowało. My, jako grupa zawodowa, naprawdę chcemy pomagać innym ludziom. To też jest bardzo budujące.

***Skorzystał pan ze wsparcia izby, którym było odszkodowanie dla 100 zakażonych lekarzy?***

Tak, to była bardzo konkretna pomoc. Miałem zwolnienie lekarskie, długo przebywałem w szpitalu. W takiej sytuacji każde wsparcie finansowe jest przydatne. Informowałem też o tej formie pomocy innych kolegów. Korzystali, też byli bardzo pozytywnie zaskoczeni. Również akcja przekazywania przez OIL środków ochrony indywidualnej wywołała pozytywne reakcje. Świetne inicjatywy, bo konkretne i przydatne.

***30-letni lekarz, chcący zachować anonimowość***

***Czy wie pan, jak się zakaził, kiedy?***

Jedyny kontakt z osobą z dodatnim wynikiem testu na SARS-CoV-2 miałem w pracy. Była to opiekunka medyczna, która równolegle pracowała w jednym z warszawskich szpitali. Rozmawialiśmy około minuty. Gdy dowiedziałem się kilka dni później o jej dodatnim wyniku testu, pobrałem sobie wymaz i w ten sposób dowiedziałem się, że jestem zakażony...

***Czy coś wskazywało na chorobę?***

Nie miałem żadnych objawów. Test wykonałem z własnej inicjatywy. Do tej pory nie odczułem żadnych konsekwencji zdrowotnych zakażenia, choć z niepokojem śledzę doniesienia o jego późnych skutkach.

***Jak długo trwała choroba, co się działo od początku do końca w kontekście procedur? Czy były problemy?***

Pozytywny wynik testu otrzymałem 31 kwietnia. Bezpośrednio skontaktowałem się z lokalnym sanepidem oraz powiadomiłem pracodawcę. Ponieważ odwiedzałem wtedy rodziców w małej miejscowości w województwie lubelskim, właściwym sanepidem była dla mnie mała powiatowa jednostka. Pracownicy sanepidu, choć bardzo uprzejmie i pomocne, nie znały procedur. Początkowo, mimo braku objawów, skierowano mnie na badanie do szpitala jednoimiennego oddalonego o ponad 100 km. Wiązało się to z półtoragodzinnym transportem karetką z ratownikami w pełnych środkach ochrony indywidualnej. Polecono mi jedynie spać w izolatorku - oddziale chorób zakaźnych pobliskiego powiatowego szpitala (właściwe izolatoria jeszcze wtedy nie były gotowe). Otrzymałem informację, że nie będę mógł mieszkać w jednym domu z rodziną, mimo osobnego wejścia, łazienki i braku kontaktu z pozostałymi domownikami. Pracownicy sanepidu powoływali się na najnowsze rozporządzenia Mi-



nisterstwa Zdrowia, lecz gdy pytałem o konkretne podstawy prawne, nie potrafili mi udzielić odpowiedzi innej niż „taki mamy przekaz od przełożonych”.

W szpitalu jednoimiennym konsultująca mnie pani doktor była wizytą równie zdziwiona jak ja. Odesłała mnie z zaleceniem izolacji w domu. Dzięki uprzejmości przyjaciół mogłem mieszkać w ich mieszkaniu, nie musiałem jechać do izolatorium.

Podczas pobytu w izolacji sanepid kontaktował się ze mną kilkakrotnie. Ustalono zostały dwa terminy pobrania testów kontrolnych. Gdy uzyskałem ujemny wynik drugiego testu, pracownik sanepidu zlecił mi konsultację u lekarza chorób zakaźnych, która miała wyjaśnić, czy może zwolnić mnie z izolacji. Na pytanie, jak mam się udać do lekarza, skoro jestem formalnie w izolacji i nie mogę opuszczać mieszkania, usłyszałem: - *To już pana sprawa, jeśli chce pan skończyć izolację.*

To tylko przykład absurdów urzędniczych, jakie mnie spotkały podczas pobytu w izolacji. Odniosłem wrażenie, że sanepid nie zna procedur bądź ich nie ma. Nie mogę zarzucić złej woli pracownikom sanepidu, bo czułem, że sami są zagubieni, ale ich postawa była skrajnie asekuracyjna.

***Jaki wpływ pana sytuacja miała na otoczenie, na innych?***

Mój pozytywny wynik testu zasadniczo wpłynął na funkcjonowanie oddziału, w którym pracuję. Cały personel oraz wszyscy pacjenci zostali przetestowani, ci, z którymi miałem bliski kontakt, poddani kwarantannie. Moja żona, dzieci, rodzice i rodzeństwo również przebywali na kwarantannie po kontakcie ze mną. Na początku wszystko było jedną wielką niewiadomą. Myśli o tym, czy nie zakażę swoich bliskich, pacjentów, koleżanek i kolegów z pracy, ciągle mi towarzyszyły. Wytnięcie przyszło wraz z ujemnymi wynikami testów.

***Czy pana zdaniem da się skutecznie zapobiegać zakażeniu się?***

Moim zdaniem to nierealne, zwłaszcza w pracy lekarza. Jedyną możliwością jest traktowanie całego szpita-

la jak strefy skażonej i praca w pełnych SOI, ponieważ nigdy nie wiadomo, czy nie trafimy na bezobjawowego nosiciela. Pewnym rozwiązaniem jest stosowanie przez wszystkich maseczek, które zmniejszają ryzyko transmisji.

***Zna pan kogoś, kto chorował na COVID-19?***

Znam cztery osoby, które zachorowały na COVID-19. Wszystkie miały łagodny przebieg, z objawami takimi jak gorączka i utrata węchu.

Nie każdy zna osobę, która zmagala się z COVID-19, więc wiele osób bagatelizuje epidemię. Jak pan to ocenia?

Jestem młody, zdrowy i miałem szczęście, że nie wystąpiły u mnie żadne objawy. Niestety, gdybym nie wykonał testu, mógłbym być źródłem zakażenia dla innych, również dla pacjentów, którzy są w większości obciążeni innymi chorobami i infekcja byłaby dla nich o wiele groźniejsza niż dla mnie.

***Zdarzają się opinie, że przesadna ostrożność nie ma sensu, lepiej przejść chorobę i „mieć to z głowy” Jakiego jest pana zdanie?***

Wydaje mi się, że koronawirus nam spowszedniał. Nie jest już tematem numer jeden w mediach. Uciążliwe restrykcje zostały zniesione w momencie, kiedy o wiele łatwiej zakażać się niż na początku, z powodu większej liczby chorych. Moim zdaniem kluczowa jest tutaj odpowiedzialność za innych. Owszem, większość ludzi młodych i zdrowych przejdzie chorobę bezobjawowo lub łagodnie, ale mogą być źródłem zakażenia dla bliskich starszych osób, którym grozi znacznie cięższy jej przebieg.

***Czy skorzystał pan z odszkodowania w ramach pomocy OIL w Warszawie dla 100 pierwszych zakażonych w pracy lekarzy?***

Tak, byłem jednym z pierwszych, którzy skorzystali z tego wsparcia.

(przedruk z „Pulsu” nr 7-8/20)

## ZADANIE Z WIELOMA NIEWIADOMYMI

Z prof. dr hab. Eugenią Gospodarek-Komkowską, kierowniczką Katedry Mikrobiologii Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu i Zakładu

Mikrobiologii Klinicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy, oraz dr Joanną Kwiecińską-Piróg i dr Alicją Sękowską – adiunktami Katedry Mikrobiologii Wydziału Farmaceutycznego CM UMK i asystentami Zakładu Mikrobiologii Klinicznej SU1 – rozmawia Magdalena Godlewska

***Na początku pandemii mieliśmy nadzieję, że każda osoba, która pokonała wirusa SARS-CoV-2, wytworzy przeciwko niemu odporność, co prędzej czy później doprowadzi do powstania odporności zbiorowej, jak było w przy-***

***padku SARS. Ostatnio jednak pojawiły się informacje, że u niektórych ozdowieńców przeciwciała nie powstają, jest ich za mało, żeby uchronić przed ponownym zachorowaniem, lub nie utrzymują się długo. Państwa zespół planuje badania immunologiczne, które pomogą zweryfikować te doniesienia. Na czym będą polegać? Kiedy zacznacie?***

**Joanna Kwiecińska-Piróg:** Badania zaczniemy wykonywać w pierwszej połowie lipca. To będą badania serologiczne określające, czy w surowicy w ogóle występują przeciwciała w klasach IgA i IgG, a jeżeli tak, to kiedy się pojawiają i jak długo się utrzymują. Ponieważ nie ma obecnie testów, które służyłyby ocenie ilościowej przeciwciał, więc będziemy starali się to oszacować, analizując wyniki badań uczestników projektu uzyskane za pomocą testów półilościowych.

**Eugenia Gospodarek-Komkowska:** Początkowo w badaniu weźmie udział 100 osób. Jak ustaliliśmy z mikrobiologiem klinicznym dr. hab. Aleksandrem Deptułą, prof. UMK, powinny to być osoby pracujące w tych klinikach naszego szpitala, których personel ma najczęstszy kontakt z pacjentami zakażonymi lub podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2, a więc, np. na SOR-ze, w Klinice Hematologii i Onkologii Dziecięcej czy Nefrologii i Stacji Dializ.

Badania są zaplanowane na pół roku, ale mamy możliwość ich przedłużenia lub poszerzenia grupy – decyzję podejmiemy po pierwszych wynikach.

**Joanna Kwiecińska-Piróg:** Od uczestników planujemy pobierać krew w interwałach 2-tygodniowych albo miesięcznych – to również uzależnione jest od wyników uzyskanych w pierwszej serii oznaczenia.

**Eugenia Gospodarek-Komkowska:** Jeszcze zastanawiamy się, czy podczas pierwszego pobrania surowicy do oznaczenia poziomu przeciwciał równolegle nie będziemy pobierać wymazu z górnych dróg oddechowych do badań genetycznych metodą RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2.

**Joanna Kwiecińska-Piróg:** Planujemy oceniać w surowicy uczestników również inne parametry. Jakież? To się wyklucze dopiero w trakcie badań. Może stężenie D-dimerów? Są informacje naukowe, że wielu chorych na COVID-19 ma podwyższone stężenie D-dimerów, tym wyższe, im cięższy jest przebieg choroby. A może również stężenie witaminy D? Pojawiają się badania, z których wynika, że u pacjentów, którzy ciężiej przechodzą COVID-19, występują jej niedobory. Te wyniki będziemy musieli bardzo ostrożnie szacować ze względu na powszechnie występujący w populacji polskiej niedobór witaminy D.

**Eugenia Gospodarek-Komkowska:** Jeśli zrobimy kilka różnych badań, to ich wyniki być może da się skorelować i wtedy będziemy wiedzieć, co jest istotne i w jakim kierunku powinniśmy pójść, by te wyniki miały w przyszłości wartość aplikacyjną w diagnozowaniu zakażeń, monitorowaniu i prognozowaniu skuteczności ich leczenia oraz ocenie odporności populacyjnej, jak i indywidualnego pacjenta. Musimy myśleć elastycznie, bo wszystko jest możliwe. O tym koronawirusie i odpowiedzi na zakażenie z jego udziałem nadal wiemy bardzo niewiele. Przecież nawet nie mamy pewności, czy w jego przypadku przeciwciała rzeczywiście pełnią rolę ochronną.

**Joanna Kwiecińska-Piróg:** Już podnosi się nawet kwestię, że w zakażeniach SARS-CoV-2 większą wagę będzie miała odporność nieswoista!

**Ale to nie jedyne badanie związane z SARS -CoV-2, które Państwo planujecie przeprowadzić...**

**Eugenia Gospodarek-Komkowska:** Dr Alicja Sękowska zaproponowała, żebyśmy przetestowali immunochromatograficzny test antygenowy.

**Alicja Sękowska:** Służy on do wykrywania antygenów wirusa, czyli potwierdza obecne zakażenie tak jak test ge-

netyczny wykrywający RNA, ale jest od niego dużo tańszy, trwa krócej i nie wymaga specjalistycznego sprzętu. Jednak żebyśmy mogli z niego korzystać, musimy go sprawdzić – oznaczyć jego parametry, porównując wyniki z wynikami badań genetycznych.

Test antygenowy wykrywa białko wirusa, pod warunkiem, że jest go wystarczająco dużo. Stąd w projekcie badawczym będą uczestniczyć osoby, u których zakażenie SARS-CoV-2 zostało potwierdzone badaniem genetycznym albo są w ostrej fazie zakażenia.

**Eugenia Gospodarek-Komkowska:** Test, w którym wykorzystuje się antygen, jest badaniem immunologicznym, a w każdej reakcji immunologicznej mogą wystąpić reakcje krzyżowe. W przypadku antygenów grzybiczych nawet przyjmowanie przez pacjenta antybiotyków lub spożycie mleka w proszku może spowodować uzyskanie wyników fałszywie dodatnich.

Joanna Kwiecińska-Piróg: Każdy rodzaj testu jest obciążony jakimś błędem. Np. metody genetyczne niekoniecznie wykrywają aktywnego wirusa – to może być jego już zniszczony, nieaktywny materiał genetyczny.

**Oprócz badań naukowych wykonywanych w Katedrze Mikrobiologii CM UMK, w Zakładzie Mikrobiologii Klinicznej SU1 wykonujecie Państwo badania diagnostyczne z zakresu bakteriologii, mykologii, protistologii i wirusologii, m.in. w kierunku wirusów grypy, CMV, EBV, a – od 8 kwietnia – również SARS-CoV-2. Czy wprowadzenie nowego rodzaju testów spowodowało ograniczenie innych rodzajów diagnostyki mikrobiologicznej?**

**Joanna Kwiecińska-Piróg:** Jeżeli chodzi o badania mikrobiologiczne, w tym z zakresu biologii molekularnej, które wykonywaliśmy przed pandemią SARS-CoV-2 – to nadal realizujemy ponad 100 dziennie. Nie zmieniła się też liczba badań serologicznych.

**Eugenia Gospodarek-Komkowska:** Ale doszło prawie 200 badań RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 na dobę – rekord to 248 próbek! Badaniami w kierunku COVID-19 (oprócz innych czynności związanych z diagnostyką mikrobiologiczną) zajmuje się 7 osób. Przygotowanie materiału, przeprowadzenie badań metodą RT-PCR 24 próbek na jednej platformie wraz z interpretacją i wydaniem ostatecznych wyników zajmuje prawie 3 godziny. Z uwagi na rosnące potrzeby rynku uruchomiliśmy drugą linię badania w kierunku SARS-CoV-2. Próbkę do badań przyjmowane są i opracowywane całodobowo.

Pani profesor, zwróciła Pani uwagę, że tryb życia, który prowadzimy obecnie – chowanie się po domach, zasłanianie maskami, dystansowanie – powoduje, że nie mamy kontaktu z koronawirusem, co uniemożliwia powstanie odporności populacyjnej. A skoro nie możemy jej uzyskać w sposób naturalny, musimy posilkować się szczepionkami. Ostatnia dużo się mówi o dwóch, które już niedługo mają być dostępne – chodzi o amerykańską szczepionkę mRNA-1273 oraz szczepionkę brytyjskiej firmy AstraZeneca. Czy są bezpieczne? I czy okażą



się skuteczne, skoro o przeciwciałach SARS CoV-2 wiemy tak niewiele?

**Eugenia Gospodarek-Komkowska:** Oczywiście to, co powiedziałam, nie znaczy, że jestem przeciwna noszeniu maseczek i przestrzeganiu zasad prewencji transmisji SARS-CoV-2!

Wracając do szczepionek. Szczepionka mRNA-1273 przeciw SARS-CoV-2 zawiera sztucznie stworzony metodami inżynierii genetycznej fragment mRNA kodujący połączenie stabilizowanych form białka spike (S). Kompleks białek S jest niezbędny do fuzji błon i zakażenia komórek gospodarza, co wcześniej było celem badań szczepionek wobec MERS i SARS. Szczepionka została opracowana przez badaczy z National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) we współpracy z naukowcami z firmy biotechnologicznej Moderna z Cambridge w Massachusetts. Dotychczas przeprowadzone badania na ochotnikach w wieku 18-55 lat po podaniu dwóch dawek wskazują na wzrost immunogenności w zależności od dawki oraz pomiędzy dawką podstawową a dawką przypominającą. Szczepienie mRNA-1273 spowodowało pojawienie się przeciwciał neutralizujących u wszystkich uczestników – mierzone testami neutralizacji płytkowej (PRNT) – wobec SARS-CoV-2. Przeciwciała neutralizujące w 43 dniu były na poziomie wyższym niż wykazywano w surowicach rekonwalescencyjnych. Trzecia faza badań ma być prowadzona w lipcu 2020 r.

Do skonstruowania przez firmę AstraZeneca szczepionki ChAdOx1 nCoV-19, zwanej AZD1222, opisanej przez Oxford Vaccine Group Oxford University's Jenner Institute, użyto jako wektora materiału genetycznego białka S SARS-CoV-2, osłabioną wersję adenowirusa, który wywołuje zakażenie w postaci przeziębienia u szympanów. Po jej zastosowaniu nie uzyskano u szympanów replikacji wirusa SARS-CoV-2. Po wakcynacji z użyciem tej szczepionki

jest wytwarzane białko S, które „pobudza” układ immunologiczny do ataku na SARS-CoV-2, jeśli ten próbuje zakażać organizm. Rekombinowany wektor adenowirusowy (ChAdOx1) został wybrany w celu wygenerowania silnej odpowiedzi immunologicznej w wyniku podania pojedynczej dawki. Naukowcy wskazują na bezpieczeństwo i skuteczność tej szczepionki potwierdzone badaniami na makakach królewskich. Badania z zastosowaniem szczepionki AZD1222 prowadzono na 1.090 ochotników w wieku 18–55 lat z Anglii. Do fazy II ma zostać zrekrutowanych 10 260 ochotników. Planowane jest rozszerzenie zakresu wiekowego. Stąd faza III ma obejmować zarówno dzieci, jak i osoby dorosłe w liczbie około 30.000.

Choć badacze podają, że obydwie szczepionki wykazują immunogenność, są bezpieczne i dobrze tolerowane, zapobiegają replikacji wirusa w płucach myszy (szczepionka mRNA-1273) i makaków królewskich (szczepionka AZD1222) poddanych działaniu SARS-CoV-2, to jednak moim zdaniem w odniesieniu do populacji ludzkiej powinniśmy być bardziej ostrożni, bo przecież – *primum non nocere*. Na obecnym etapie badań trudno jeszcze wydać jednoznaczną opinię o skuteczności obydwu szczepionek. Przede wszystkim jest za mało danych, a za dużo pytań, jak dotychczas bez odpowiedzi. Chociażby nie wiemy, jak długo przeciwciała będą utrzymywały się w naszym organizmie i czy będą rzeczywiście nas chroniły przed rozwojem COVID-19. Zwłaszcza, że wirus mutuje i może wymykać się spod kontroli układu immunologicznego zawierającego przeciwciała wytworzone w wyniku podania szczepionki. Kolejne pytanie, które się nasuwa – czy szczepionka będzie skuteczna w krańcowych grupach wiekowych, tj. u dzieci i osób starszych? I populacjach innych krajów czy kontynentów?

(przedruk z „Primum” nr 7-8/20)

## JAK WALCZYĆ Z EPIDEMIĄ TEORII SPISKOWYCH?

Pandemia stała się kolejną okazją dla twórców pseudonaukowego opisu świata do snucia historii o tym, jaki globalny spisek stoi za pojawieniem się koronawirusa. Lekarze zaś są na pierwszej linii frontu w walce nie tylko z COVID-19, ale i z dezinformacją. Rzeczowa, acz krótka, rozmowa z wątpliwymi pacjentami - to w ramach owej walki zalecają specjaliści.

Lekarz Michał Sulkowski, rzecznik prasowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych, pod koniec maja stał się na antenie TVP celem personalnego ataku jednego z gości programu „Pytanie na śniadanie”. Obecny obok dr. Sutkowskiego sportowiec Wojciech Brzozowski zarzucił mu, że jest opłacany przez ludzi, którym zależy na straszeniu społeczeństwa koronawirusem. Tymczasem - jak twierdził windsurfer - COVID-19 jest mniej groźny niż grypa. Wpisał się tym samym do grona celebrytów propagujących teorie spiskowe.

W reakcji na to i podobne zdarzenia Fundacja Watch Health Care wyszła z inicjatywą akcji „Stop celebrytyzacji pseudonauki”, wspartą przez 20 organizacji, w tym Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie. W ramach przedsięwzięcia wystosowano apel do osób zabierających głos w przestrzeni publicznej o wyjątkową ostrożność w wypowiedziach o zdrowiu.

Pseudonaukowe teorie w wielu dziedzinach zyskują na popularności. Medycyna nie jest wyjątkiem. Według ich propagatorów koronawirus: został wyprodukowany w chińskich laboratoriach medycznych i celowo uwolniony, by zdestabilizować światową gospodarkę; jest stworzony, by zredukować ludzką populację w myśl zamierzeń Billa Gatesa; to efekt wdrażania technologii 5G, w ogóle nie jest groźny, a lockdown służył zamknięciu ludzi w domach. Tych teorii jest więcej i dołączają do szeregu innych, stojących w sprzeczności z wiedzą me-



dyczną, a mówiących np. o ukrywaniu przez koncerny farmaceutyczne leków na raka lub o dodawaniu do wody szkodliwych substancji pozwalających na kontrolowanie umysłów.

### Źródło spisku

Teorie spiskowe nie są wynalazkiem ostatnich lat. Dość wspomnieć broszurę z 1900 r. pt. „Kanalizacja miasta Warszawy jako narzędzie judaizmu i szarlatanerii”, by dowiedzieć, że i niektórzy nasi przodkowie ulegali pseudonaukowym wywodom. Ruch antyszczepionkowy jest zaś tak samo stary jak szczepionki. Ale tendencja się nasila, co często jest przypisywane możliwościom, jakie daje Internet w zakresie dzielenia się nie tylko wiedzą, ale i opiniami, a nawet zabobonami.

- *Filmy na YouTube propagujące postawy antyszczepionkowe zwykle oddziałują na nasze emocje. Autorzy pokazują nam np. małego Krzysia, który został zaszczepiony i teoretycznie z tego powodu ma autyzm. Ten obraz znacznie lepiej do nas przemawia niż sucha informacja, że 150 mln przypadków nie potwierdza teorii, i ma to ze sobą coś wspólnego* - wyjaśnia dr hab. Wojciech Kulesza, profesor psychologii społecznej SWPS Uniwersytetu Humanistycznego. Jego zdaniem skuteczność tego przekazu jest dodatkowo wzmacniana przez określone zabiegi, m.in. wykorzystuje się w nim opinie rzekomych ekspertów, osób najczęściej stojących na marginesie środowiska naukowego. Przykładem z polskiego podwórka jest Hubert Czerniak, lekarz, któremu Naczelny Sąd Lekarski zawiesił prawo wykonywania zawodu na dwa lata z powodu wypowiedzi na temat szkodliwości szczepień ochronnych. - *Oni udają prawdziwą naukę i prawdziwe źródła. Problem polega też na tym, że w ich przekazie kłamstwo jest mieszane z prawdą* - twierdzi Kulesza, przypominając, że niektóre szczepienia mają opisane naukowo rzadkie efekty uboczne, z czego ich przeciwnicy wyciągają zupełnie nieproporcjonalne i fałszywe wnioski. - *Jeśli odbiorca sprawdzi jakiś szczegół takiej wypowiedzi i okaże się on prawdziwy także według źródeł głównego nurtu, to - będąc nieobeznany z nauką - może uznać, że cała reszta też jest prawdziwa* - uważa psycholog. Jego zdaniem na korzyść propagatorów pseudonauki działa fakt, że posługują się językiem przystępnym dla przeciętnego odbiorcy, tymczasem język nauki jest hermetyczny, bo wymaga podbudowy teoretycznej i metodologicznej.

Paradoksalnie podatny grunt dla teorii paranaukowych przygotowuje edukacja. Jej powszechność, także w zakresie studiów wyższych, w takich krajach jak Polska powoduje, że mamy silniejsze przekonanie o własnej nieomyślności. Zdaniem Wojciecha Kuleszy problemem nie jest jednak nadmierna edukacja, ale sposób, w jaki jest prowadzona - zamiast uczyć krytycznego myślenia, skupia się na wpajaniu wiedzy i bezkrytycznego do niej podejścia. To właśnie sprzyja nadmiernemu poczuciu eksperckości, co szczególnie zauważalne jest w polityce,

prawie, sporcie i niestety w medycynie. A przynajmniej niektórych jej gałęziach. - *Tak się składa, że upodobaliśmy sobie onkologię i wakcynologię. A czemu nie ginekologię albo stomatologię? Wydaje mi się, że nowotwory i choroby zakaźne są bardzo obrazowe, przemawiające do wyobraźni albo po prostu najbardziej groźne i dlatego w tych dziedzinach staramy się odnajdywać poczucie kontroli* - sugeruje Kulesza.

Brak poczucia kontroli pcha pacjentów w objęcia szarlatanów, także przez to, że - jego zdaniem - pozornie poświęcają oni więcej uwagi swoim, podopiecznym”. Tymczasem realia systemu ochrony zdrowia, takie jak długie kolejki i deficyt specjalistów, powodują, że prawdziwi lekarze nie zawsze mogą dać z siebie pacjentom tyle, ile by chcieli. W takiej sytuacji pacjent czuje się trybikiem systemu, pozbawionym możliwości podejmowania samodzielnych decyzji. - *Jeżeli lekarz mi mówi, że mam np. wiele miesięcy się leczyć z nowotworu, a przychodzi pan Zięba i twierdzi, że wystarczy brać witaminę C, to daje mi złudzenie wyboru. I oczywiście ta druga opcja jest dużo bardziej atrakcyjna* - wyjaśnia dr hab. Kulesza.

Wszystko to powoduje, że wspomniany na początku lekarz Michał Sutkowski w rozmowie z „Pulsem” przyznaje, iż jest „umiarkowanym pesymistą”, jeśli chodzi o to, czy pseudonaukowe trendy będą się nasilać: - *My się z tym problemem będziemy mierzyć długofalowo. Oprócz osób bezwzględnie przekonanych do teorii pseudomedycznych jest bowiem jeszcze ogromna grupa ludzi wątpliwych, zagubionych. I my przede wszystkim musimy ich z tego zwątpienia wyprowadzić*.

### Spiskowa teoria i lekarska praktyka

Jak przekonać wątpliwych? - *Spokojnie, logicznymi argumentami należy zdyskredytować spiskowe teorie, ale też przedstawić metody leczenia. Jeżeli pacjent nie jest nastawiony konfrontacyjnie, należy mu wytłumaczyć raz, a porządnie, i już do tematu nie wracać. Bo im więcej mówimy o pseudonaukowych teoriach, tym bardziej umacniamy przekonanie pacjentów, że coś jest na rzeczy* - mówi Sutkowski. Jego zdaniem konieczne jest też wprowadzenie w szkołach edukacji medycznej.

Wojciech Kulesza podkreśla zaś, że w relacji z pacjentem konieczne jest danie mu poczucia kontroli nad własnym życiem, choćby było to nawet złudzenie, bo skutki mogą być podobne od efektu placebo. - *W końcu niektórzy już po wejściu do szpitala czy przychodni czują się lepiej, bo mają wrażenie, że „nadeżdża kawaleria”. Jeśli pacjent wychodzi z gabinetu lekarskiego z rozpisany planem działania, który sam musi zrealizować, jest to znacznie lepsze niż wożenie go na wózku z punktu A do punktu B. Na poczucie kontroli mogą wpływać nawet zupełnie drobne rzeczy. Można pozwolić pacjentowi wybrać kolejność jakichś działań, jeśli nie ma to dużego wpływu na leczenie. A nawet zapytać go o opinię* - twierdzi. Zapewnia też, że warto odwoływać się nie do liczb, badań



i innych abstrakcyjnych dla pacjenta pojęć, lecz do namacalnych, personalnych przykładów. - W stosunku do pacjentów onkologicznych takim przykładem smutnych konsekwencji niestosowania się do zaleceń medycyny jest Steve Jobs, który przez kilka miesięcy od zdiagnozowania raka trzustki odmawiał poddania się leczeniu szpitalnemu, zamiast tego eksperymentował z dietą, ziołolecznictwem i akupunkturą - podkreśla dr hab. Wojciech Kulesza.

To rady skuteczne w sytuacjach, kiedy lekarz ma do czynienia z pacjentem zagubionym, ale niekoniecznie nastawionym konfrontacyjnie. Bywa jednak, że sprawę

trzeba postawić jasno - jeśli pacjent dąży do starcia i, podobnie jak windsurfer Brzozowski, zarzuca lekarzowi, że za pieniądze z premedytacją działa na szkodę pacjenta. - Jeśli pacjent chce się leczyć, powinien mieć minimum zaufania do lekarza. Jeśli go nie ma, to przecież nie musi się u niego leczyć. Sam dokonuje wyboru i naraża swoje zdrowie - podsumowuje Michał Sutkowski i dodaje: - Nie powinniśmy tłumaczyć, że nie jesteśmy wielbłędami.

Michał NIEPYTALSKI  
(przedruk z „Pulsu” nr 7-8/20)

## BIOPIRACTWO, CZYLI FARMACEUTYCZNE KONCERNY NA KRAŃCU ŚWIATA

Biopiractwo to znane zjawisko. Nie stanowi wymysłu czasów nam współczesnych, lecz jest praktykowane od dawna. Od niepamiętnych czasów bogaci zawsze wykorzystywali biednych. Schemat ten nie zmienił się do dziś, a pewnym modyfikacjom uległa jedynie skala działania.

Problem biopiractwa odnosi się w głównej mierze do branży farmaceutycznej. Duże przedsiębiorstwa z tego sektora rynku prześcigają się w coraz nowszych rozwiązaniach na poszczególne bolączki społeczeństwa. Bardzo często jednak oferowane przez nich rozwiązania nie są w gruncie rzeczy tak bardzo innowacyjne, jak mogłoby się wydawać. Nierzadko opierają się na tzw. wiedzy ludowej i odpowiednim wykorzystaniu tego, co oferuje człowiekowi sama natura. Innymi słowy szamanizm został ubrany w ładne opakowanie i trafił pod strzechy współczesnego człowieka, który chce mieć pigułkę na wszystko.

### Biopiractwo, czyli właściwie co?

Zrozumienie tego, czym w istocie jest biopiractwo, wymaga podjęcia próby zdefiniowania tego zagadnienia. Aby jednak tego dokonać, należy wpierw wyjaśnić inne podstawowe kwestie z tym związane. Po pierwsze trzeba wskazać na tzw. wiedzę lokalną czy też wiedzę lokalnego ludu. Zwrot ten pojawił się w literaturze przedmiotu już w latach 70. ubiegłego stulecia. Należy przez to rozumieć praktyczną wiedzę danej populacji, która opiera się na pewnych empirycznych doświadczeniach i pozostaje w ścisłym związku z daną matrycą kulturową. Chodzi tutaj o pewną mądrość i wiedzę ludową, która wiąże się ze specyfiką miejsca zamieszkiwanego przez daną ludność. Ów aspekt geograficznego położenia w bezpośredni sposób implikuje konieczność wykorzystywania specyfiki różnorodności biologicznej, charakterystycznej dla danego miejsca. Inne bowiem występują naturalne metody leczenia w Europie Środkowej, a inne w danych częściach Afryki czy też Azji.

Istotnym elementem biopiractwa jest zatem różnorodność biologiczna. Sama w sobie nie stanowi ona jednak tak ważnej części analizowanego zagadnienia. Aby róż-

norodność biologiczna stała się istotna, musi pozostawać w związku z wiedzą lokalnej ludności. Tylko wówczas będzie stanowić przedmiot zainteresowania koncernów farmaceutycznych, które nieustannie poszukują lokalnej mądrości opartej na miejscowym ekosystemie, faunie i florze. Jeżeli poszukiwania te pozostają w zgodzie z literą prawa i, co równie ważne - z dobrą i powszechnie akceptowaną praktyką postępowania - nie ma w tym nic złego. Bardzo często działania koncernów farmaceutycznych mają jednak znamiona biopiractwa. Te z kolei można zdefiniować jako swoistą praktykę patentowania genotypów i prywatyzację zgromadzonych zasobów genetycznych. Takie postępowania wiąże się również z brakiem zgody miejscowej ludności na taką praktykę.

Innymi słowy, koncerny farmaceutyczne wykorzystują wiedzę mieszkańców danego obszaru na temat leczniczych właściwości określonych roślin. Następnie rośliny te są poddawane dokładnym badaniom i po potwierdzeniu ich właściwości leczniczych - patentowane. Patent nie odnosi się jednak do roślin, lecz wyłącznie do pewnych substancji chemicznych. Oczywiście, lokalna społeczność nie otrzymuje najczęściej żadnych korzyści z faktu „dopuszczenia” koncernu farmaceutycznego do swojej wiedzy, a nawet jeśli, to owe korzyści są niewspółmierne względem osiągniętych przez koncerny zysków.

Często lokalni mieszkańcy nie posiadają wiedzy o charakterze skonceptualizowanym. Nie wiedzą, jak dana roślina lub substancja się nazywa, nie są świadomi jej właściwości chemicznych. Znają jedynie jej określone, korzystne efekty lecznicze. Owa wiedza nie ma przy tym charakteru laboratoryjnego, lecz jest efektem empirycznego poznania, często prowadzonego przez kilka pokoleń.

### Przykłady biopiractwa

Aby lepiej zrozumieć pojęcie biopiractwa, warto wskazać przykłady takich działań. Jednym z nich jest użycie tzw. różanego pigmentu rosnącego na Madagaskarze, który od wieków był wykorzystywany przez lokalną społeczność w celach leczniczych. Jedną z dużych amerykań- ➤



skich firm odkryła, że różany pigment zawiera w sobie substancję chemiczną, która może być z powodzeniem wykorzystywana w procesie leczenia białaczki. Co prawda lokalna ludność nie wykorzystywała tej rośliny w takim celu, jednak podstawą prowadzenia przez koncern farmakologiczny badań było pozyskanie „ludowej wiedzy” na temat ogólnych właściwości zdrowotnych różanego pigmentu

Jednym z przykładów bardziej zuchwałej działalności koncernów farmaceutycznych była próba opatentowania kurkumy, którą w Indiach od wieków wykorzystywano do celów leczniczych, m.in. do łagodzenia bólu. Na szczęście patent nie został przyznany ze względu na powszechność wykorzystywania kurkumy nie tylko w celach leczniczych. Dzięki temu z właściwości kurkumy można nadal korzystać bez konieczności ponoszenia dodatkowych opłat.

Bardzo głośna była swego czasu sprawa plemienia Khoisan i wykorzystywanej przez nie rośliny Hoodia. Jej właściwości bardzo dobrze wpływają na szybkość procesu gojenia ran, minimalizowania skutków głodu i pragnienia, a nawet są wykorzystywane w procesie zwalczania otyłości. Jeden z dużych koncernów farmaceutycznych zapłacił plemieniu Khoisan 1,5 mln dolarów za całą ich wiedzę na temat rośliny Hoodia. Teoretycznie kwota ta wydaje się znacząca. Biorąc pod uwagę rzeczywistość, rynkową wartość tej wiedzy, okazuje się jednak, że poniesione przez koncern farmaceutyczny koszty były niewspółmierne do osiągniętych korzyści. Z jednej strony kwota

1,5 mln dolarów jest dużo niższa niż rzeczywiste koszty badań laboratoryjnych i to prowadzonych przez dość krótki czas. Z drugiej - otrzymane pieniądze są dla plemienia Khoisan sumą niebagatelną. Nie zmienia to jednak faktu, że duży koncern wykorzystał w tym przypadku niewiedzę ekonomiczną plemienia w celu osiągnięcia ogromnych zysków.

### **Czy biopiractwo rzeczywiście jest złe?**

Jednoznaczna ocena biopiractwa jest trudna. Z jednej strony ludowa wiedza, będąca częścią kultury danego społeczeństwa, jest bowiem podkradana przez dużych graczy na rynku farmaceutycznym. Można mieć wątpliwości, czy czerpanie zysków z tego, co powinno stanowić dobro danej społeczności, jest moralnie zasadne. Z drugiej - to dzięki biopiractwu udało się wprowadzić na rynek wiele leków i preparatów, które pomogły tysiącom, a może nawet i milionom mieszkańców krajów lepiej rozwiniętych. Wydaje się, że biopiractwo wymaga jedynie pewnego „ucywilizowania”, dzięki któremu nadal będziemy mogli korzystać z dobrodziejstw wiedzy ludowej i bioróżnorodności, przy jednoczesnym odpowiednim wynagradzaniu (nie tylko materialnym) tych społeczności, dzięki którym poznajemy lepiej dobrodziejstwa otaczającej nas przyrody.

Bartosz WĘGRZYŃSKI

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 6/20)

## **Z KOMPLEKSAMI WALCZYMY NA SKRÓTY**

Mimo wieloletnich kontrowersji, interwencji w KRRiT i UOKiK, ale też żartów z ich treści, reklamy suplementów diety wciąż mają się świetnie. Jest ich najwięcej, a producenci takich środków są najpotężniejszymi reklamodawcami w kraju. Nic dziwnego - polski rynek suplementów diety jest wart prawie 5,5 mld złotych.

Na piękne włosy, „cellulit wodny”, zwiększenie libido, problemy z erekcją, kłopoty z wątrobą, uciążliwe żylaki, a nawet stany depresyjne - magiczne tabletki reklamowane szeroko w telewizji, radiu, Internecie i prasie są w stanie pomóc na wszystko. Słowo „pomóc” jest tu kluczowe, konstrukcja komunikatów bowiem w reklamach suplementów diety jest niezwykle precyzyjna i wynika z przepisów prawa.

### **Zmniejsza, zwiększa, łagodzi... odczucia**

W przypadku reklam mamy do czynienia z ogólnymi przepisami prawa, które odnoszą się do reklamy wszystkich produktów, bez względu na ich rodzaj. Są to zapisy np. ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, która zakazuje reklamy wprowadzającej w błąd. Dla reklam suplementów diety istnieją także przepisy, które przewidują dodatkowe wymogi, specyficzne dla prezentacji medialnej tej kategorii produktów.

Reklama suplementów diety nie może zawierać informacji czy sugerować, że zbilansowana i zróżnicowana dieta nie może dostarczyć wystarczających składników odżywczych wystarczających dla organizmu (art. 27 ust. 5 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia). Zabronione jest również przypisywanie tym produktom właściwości leczniczych, czyli wskazywanie lub sugerowanie, że mogą one zapobiegać chorobom lub je leczyć.

Jednak twórczy copywriterzy, odpowiedzialni za komunikaty reklamowe suplementów diety, znaleźli sposoby, by obejść prawo. Warto zwrócić uwagę na to, jakich zwrotów używa się w reklamach: - *Bardzo często pojawiają się określenia „łagodzi/zmniejsza/zwiększa odczucie”. To wytrychy przedstawiający subiektywne kryteria, a nie np. wyniki badań laboratoryjnych* - wyjaśnia dr Anna Barańska-Szmitko z Katedry Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego, zajmująca się m.in. determinowaniem możliwości kreowania wizerunku przez rodzaj dyskursu.

Jednocześnie w reklamach suplementów diety pojawiają się takie określenia, jak: „wspomaga”, „pomaga”, „hamuje gromadzenie się”, „wspierają” - to z kolei ogólniki, zabezpieczające twórców przed zakazem przypisywa-



nia suplementom diety właściwości leczniczych. Bardzo powszechna w reklamach jest też technika nadmiernego uogólniania, która polega na wyciąganiu z pojedynczych zdarzeń zbyt daleko idących wniosków. W reklamach suplementów jest to np. stwierdzenie „wzmacnia odporność”, gdyż producent dodał śladowe ilości witaminy C, by móc tak reklamować swój produkt.

### Sucha skóra nie daje mi żyć

Dr A. Barańska-Szmitko zwraca również uwagę na reklamy suplementów lifestyle'owych, zbudowane na komunikatach niemedycznych. To wszystkie produkty na odchudzanie, cellulit, piękne włosy, paznokcie i wieczną młodość. Krótko mówiąc: preparaty walczące z kompleksami. - *Tu mamy często zastosowany mechanizm hiperbolizacji drobnych przypadłości, stosowany powszechnie w reklamach kosmetyków pielęgnacyjnych, bo nagle okazuje się, że przez suchą skórę bohaterka spotu nie może normalnie funkcjonować: pracować, spotykać się z przyjaciółmi, niemalże doprowadziła się do depresji. W innym materiale dowiadujemy się, że łamliwe włosy dramatycznie wpływają na samoocenę, a nawet mogą zagrozić relacji małżeńskiej. Odbiorca, konkretnie - odbiorczyni, otrzymuje komunikat, że nie musi iść do lekarza, robić żmudnych badań, szukać źródła problemu, bo ten problem rozwiąże, sięgając po preparat z półki na stacji benzynowej. W dobie wszechobecnego zapracowania i wiecznego braku czasu, nierzadko wybieramy drogę na skróty i sięgamy po rozwiązanie mające przynieść obiecany, szybki efekt - informuje dr A. Barańska-Szmitko.*

### Dr Lubicz radzi!

Autorzy reklam suplementów diety stosują jeszcze inne wyrafinowane metody. Jedną z nich jest tzw. fałszywy autorytet. Ponieważ w spotach nie mogą brać udziału ani lekarze, ani postaci, które mogą wywoływać skojarzenia z zawodem medycznym (osoby w białych lekarskich fartuchach), twórcy mają się innych sposobów. Na przykład kilka lat temu producenci suplementu na uspokojenie zaprosili do współpracy aktorkę Małgorzatę Pieńkowską, wcielającą się w niezwykle opanowaną, spokojną postać w bijącym wówczas rekordy popularności serialu „M jak miłość”. - *Któż inny jak nie serialowa Marysia Rogowska może wiedzieć tyle o sile spokoju! Teraz ujawnia swój sekret - żartuje dr A. Barańska-Szmitko. - A tak naprawdę, to mechanizm fałszywego autorytetu polega na tym, że w komunikacie nie pojawia się realny ekspert, ale osoba znana, której ufamy i której rad warto posłuchać.*

O sile fałszywego autorytetu mogli przekonać się m.in. Tomasz Stockinger i Artur Żmijewski, którzy przez wiele lat wcielali się w role lekarzy w popularnych polskich serialach „Klan” i „Na dobre i na złe”. Obaj w wielu wywiadach mówili o zabawnych skądinąd sytuacjach, w których widzowie zaczepiali ich na ulicy i opowiadali o swoim stanie zdrowia, prosząc o szybką diagnozę.

Można by się zastanowić, jak to możliwe, że dorośli, świadomi ludzie nie są w stanie odróżnić serialowego doktora od aktora albo wierzą postaci z telewizyjnego tasiemca? Naukowcy mają i na to pytanie odpowiedź.

### Dlaczego wierzymy w suplementy?

- *Przeciętny Kowalski zapamięta z reklamy suplementu, że taki produkt poprawi jego życie. Dzieje się tak z kilku powodów. W komunikacji społecznej wyróżniamy tor centralny i tor peryferyjny odbioru treści. Gdy odbieramy treść w torze centralnym, analizujemy ją, szukamy argumentów, zastanawiamy się, co nas przekonuje, a co nie. Natomiast, gdy posługujemy się torem peryferyjnym, zwracamy uwagę na to, jak wygląda nasz rozmówca, czy wypowiada się płynnie, jakim tonem mówi. Nie skupiamy się zbyt nad samą treścią. W dzisiejszym, przebudźcowanym świecie, nie mamy czasu na rozważanie i analizowanie treści reklamy. Zapamiętujemy, że produkt pomoże na wątrobę, żylaki czy łamliwe paznokcie. Nie widzimy tego, że komunikat jest nieprecyzyjny. Uciekają nam te sprawy nie użyte niuanse - wyjaśnia dr Anna Barańska-Szmitko.*

Kilka lat temu głośną sprawą, rozstrzyganą przez UOKiK, była reklama produktu z magnezem dla dzieci. W pierwszej wersji reklamy pedagog szkolny ostrzegał rodziców, że brak magnezu wpływa na złe wyniki w szkole, odpowiada za złe zachowanie i niską koncentrację dzieci. Gdy treść reklamy zakwestionowano, pojawiła się nowa wersja spotu. Modyfikacja polegała jedynie na tym, że mówiono, że niedobory magnezu MOGĄ prowadzić do obniżenia koncentracji. - *To klasyczny przykład założenia, że odbiorcy reklam używają toru peryferyjnego i słowo „mogą” i tak zostanie pominięte. Reklam jest tak dużo, że nie sposób przeanalizować dogłębnie ich treści - dodaje dr A. Barańska-Szmitko.*

Ale popularność reklam nie jest jedynym powodem sukcesu suplementów. Coraz więcej mówi się o tym, że zdrowa dieta wydłuża życie. Kolejne aktualizacje piramidy żywienia drukowane są nawet w supermarketowych gazetkach z promocjami. Niby wszyscy wiedzą, że trzeba jeść pięć porcji warzyw i owoców dziennie, ale któż w rzeczywistości jest w stanie to realizować? - *To, że znamy dekalog, nie znaczy, że nie będziemy grzeszyć - uśmiecha się dr A. Barańska-Szmitko. - Ale ile trudu trzeba włożyć w to, by regularnie pić smoothie z jarmuzu? O wiele łatwiej ustawić sobie przypomnienie w telefonie, by łyknąć tabletkę. Ba, nawet jeśli nie wierzę w to, że mi ten suplement pomoże, to i tak po niego sięgnę, bo „to trochę lepsze niż nic”.*

### Efekt śpiocha

Kolejnym powodem, dla którego pacjenci sięgają po suplementy, jest błędna interpretacja diagnozy i zaleceń wydanych przez lekarza w gabinecie. O trudnościach w komunikacji z pacjentem nie trzeba przekonywać nikogo. Nie zawsze lekarz jest w stanie odpowiednio dobrać



język przekazu do możliwości intelektualnych pacjenta, nierzadko przez pośpiech (wynikający z ułomności systemu i kolejki pacjentów czekających za drzwiami) nie uda się dokładnie wytłumaczyć zaleceń, czasem na przeszkodzie stoją czynniki zdrowotne - niedosłuch, demencja itp.

Jednak błędne zrozumienie diagnozy i zaleceń lekarskich nie musi być wcale domeną pacjentów starszych. Wiele mówi się o tym, że młodsze pokolenia nie czytają ze zrozumieniem, a komunikaty odbierają wybiórczo. I wygląda to tak, że po opuszczeniu gabinetu, pacjent myśli: „Aha, lekarz mówił coś o niskim „poziomie żelaza, sprawdzę w Google’u, czy od tego się umiera”. To dość żartobliwie ujęta myśl, ale zwracająca uwagę na problem pacjentów, którzy postanawiają „doleczyć się” po wizycie u lekarza. Najpierw czytając artykuły (nie zawsze rzetelne) w Internecie, a potem poszukując na własną rękę suplementów, mających poprawić ich stan zdrowia. Jeśli jeszcze dołożymy do tego tzw. efekt śpiocha, to przestanie

dziwić rosnąca popularność ruchów alt-med, wszelakich znachorów, antyszczepionkowców i „profesora” Zięby.

- *Efekt śpiocha zakłada wybiórczość odbieranego komunikatu. Nawet jeśli usłyszymy za pierwszym razem pełną treść i wyda się ona nam co najmniej kontrowersyjna, to przetworzona kilka razy zaczyna jednak być przekonująca. Zapominamy o tym, co budziło nasze wątpliwości, bo nie pamiętamy internetowego czy reklamowego źródła tej informacji. A jeśli to treść kontrowersyjna, to jest ona szeroko komentowana, m.in. w mediach. Już Goebbels mówił o tym, że jeśli wystarczająco wiele razy powtórzymy, że kwadrat jest kołem, to nam uwierzą, że tak jest. A dziś uwierzą, że suplementy uczynią nas wiecznie zdrowymi, pięknymi i młodymi* - podsumowuje dr A. Barańska-Szmitko.

Agnieszka DANOWSKA-TOMCZYK  
(przedruk z „Panaceum” nr 7-8/20)

## OGŁOSZENIA

Do wynajęcia gabinet lekarski w Toszku i gabinet stomatologiczny w Pyskowicach, tel. 606-262-346.

\* \* \*

Działająca przychodnia lekarza rodzinnego „Zdrowie Rodziny” sp. z o.o. w Branicach poszukuje lekarza (może być bez specjalizacji). Oferujemy pracę w miłym zespole. Czas pracy, jak i forma zatrudnienia oraz wynagrodzenia - do uzgodnienia. Kontakt <mailto:k.przybyl@medica.clinic> lub pod numerem tel. 798-419-033.

\* \* \*

SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głucholazach im. św. Jana Pawła II zatrudni lekarzy ze specjalizacją z zakresu chorób płuc lub chorób wewnętrznych do pracy na Oddziale Chorób Płuc i Gruźlicy. Posiadamy miejsca specjalizacyjne w zakresie chorób płuc. Oferujemy bardzo dobre warunki pracy. Tel. kontaktowy: 77/40-80-155.

\* \* \*

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi, ul. Wodociągowa 4 w Opolu zaprasza do współpracy: lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dorosłych. Poszukujemy:

- lekarza do pracy w Poradni Zdrowia Psychicznego, a także:
- lekarzy do pełnienia dyżurów w Izbie Przyjęć i w oddziałach psychiatrycznych.

Możliwość zatrudnienia na umowę o pracę lub kontrakt. Szczegółowe informacje: Dział Kadr i Organizacji - tel. 77/541-42-43 .

\* \* \*

Praca dla ortodonta w prywatnej placówce stomatologicznej w Opolu. Jesteśmy wysoko ocenianą, cieszącą się uznaniem pacjentów i doskonale wyposażoną placówką stomatologiczną.

Poszukujemy do współpracy ortodonta samodzielnie realizującego plany leczenia w każdym wymiarze czasu (1-5 dni w tygodniu).

Oferujemy:

- wysokie ceny zabiegów,
- placówkę doskonale wyposażoną – sprzęt wysokiej klasy i nowoczesny,
- wypełniony grafik pacjentów na leczenie ortodontyczne,
- dobrą i przyjazną atmosferę pracy,
- zadbane i przestronne gabinety,
- bardzo atrakcyjne wynagrodzenie,
- wykwalifikowaną asystę,
- ułożenie grafiku z uwzględnieniem Twoich potrzeb,
- pacjentów tylko prywatnych.

Oczekujemy:

- doświadczenia w leczeniu ortodontycznym,
- dyspozycyjności minimum 1 dzień w tygodniu,
- pełnej samodzielności na stanowisku.

Tel.: 731-644-255, (e-mail): [rekrutacja.dentalway2@gmail.com](mailto:rekrutacja.dentalway2@gmail.com).



NZOZ Przychodnia Promed w Opolu poszukuje do pracy lekarza dentystę. Możliwość pracy w pełnym wymiarze godzin w miłej atmosferze, przy użyciu profesjonalnego sprzętu, w nowoczesnie urządzonych i wyposażonych gabinetach (RVG, mikroskop, wirówka). Chętnie nawiążemy współpracę z doświadczonym lekarzem, za-

praszamy również lekarzy po stażu. Oferujemy pracę w zgranym zespole i dużą bazę prywatnych pacjentów. Chętnym z poza Opolą jesteśmy w stanie zapewnić mieszkanie. Zapraszam do kontaktu: Jacek Gala tel.: 601-573-747 lub e-mail: rejestracja@promed-opole.pl.

## NOWOŚCI WYDAWNICZE

**EDRA URBAN & PARTNER Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29**  
**Zamówienia: [ksiegarnia@edraurban.pl](mailto:ksiegarnia@edraurban.pl) • tel.: 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86w**



### **Davidson choroby wewnętrzne. Tom 2**

S.H. Ralston, M.W.J. Strachan, I.D. Penman, R.P. Hobson  
red. J. Różański

rok wydania 2020

ISBN 978-83-66310-85-8, format 210 x 270, oprawa miękka, str. 464, cena 89.00

Przez kolejne dziesięciolecia ten napisany przez profesora medycyny Uniwersytetu w Edynburgu podręcznik doczekał się 23 wydań i stał się ikoną wśród podręczników interny na całym świecie. Dzięki przejrzystemu układowi oraz kompleksowemu podejściu do problemu klinicznego uzyskał uznanie studentów medycyny oraz lekarzy specjalizujących się w chorobach wewnętrznych. Każde zagadnienie kliniczne wywodzi się tu od przedstawienia niezbędnych informacji anatomicznych, biochemicznych i patofizjologicznych, pozwalających na zrozumienie istoty choroby, co pociąga za sobą racjonalne postawienie diagnozy i zaplanowanie terapii.

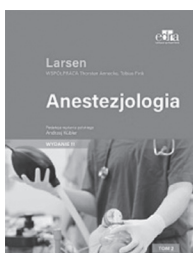
Interna jest królową medycyny, dlatego podręcznik Davidsona, intuicyjnie czy w sposób zamierzony, w wielu aspektach ma charakter interdyscyplinarny, wykraczający w przedstawianiu problemu poza ramy czysto internistyczne. Dlatego jest chętnie studiowany przez lekarzy innych specjalności, szukających rozwiązania problemu klinicznego swojego pacjenta w oparciu o holistyczne podejście do człowieka. Jest to niezwykle istotne w czasach, gdy obserwujemy tendencje do wąskich specjaliza-

cji w medycynie. Mamy więc kolegów lekarzy, w których kręgu zainteresowania pozostaje jeden narząd, czasami jedna choroba. W gruncie rzeczy prowadzi to do odhumanizowania medycyny. Dlatego Principles and Practice of Medicine Davidsona powinny być lekturą każdego lekarza praktyka.

Drogi Czytelniku, Szanowny Kolego. Masz przed sobą tłumaczenie już 23 wydania podręcznika. Jest to zarazem drugie wydanie polskie. Poprzednie z 2006 roku zyskało w naszym kraju spore grono czytelników. Wydania oryginalne są podstawą nauczania studentów angielskich na wielu polskich uniwersytetach medycznych. Obecne polskie wydanie ma zachowany układ tematyczny. Grono autorów powiększyło się o kolejnych specjalistów z całego świata, zyskując na świeżości i aktualności.

Przejrzysta szata graficzna, liczne ilustracje oraz opracowane tabele pozwalają na lepsze oraz trwałe przyswajanie wiedzy. Moim życzeniem jako redaktora naukowego tego podręcznika jest, aby tytuł Principles and Practice of Medicine na stałe zagościł w świadomości polskich studentów medycyny i lekarzy. Mam nadzieję, że będzie to dodatkowa pomoc w przygotowywaniu się do licznych egzaminów, które stoją przed wszystkimi adeptami medycyny. Ale przede wszystkim liczę na to, że znajdzie się na biurku każdego lekarza praktyka jako niezbędne wsparcie w jego codziennym lekarskim wnioskowaniu.

Miłej lektury.



## ANESTEZJOLOGIA LARSEN TOM 2

R. Larsen

wyd. 11, red. A. Kübler

rok wydania 2020

ISBN 978-83-66310-88-9, format 210 x 275, stron 496,

cena: 225.00 zł

Kolejne polskie wydanie Anestezjologii Larsena stanowi tłumaczenie jedenastego wydania niemieckiego. Jest całkowicie uzasadnione, aby nowa edycja tego wysoko cenionego podręcznika została udostępniona wszystkim lekarzom uczącym się i zajmującym anestezjologią w Polsce. W obszarze niemieckojęzycznym popularność podręcznika Larsena jest zadziwiająca. Od 1985 roku tak zwana „zielona książka” jest podstawowym źródłem wiedzy dla kolejnych pokoleń personelu anestezjologicznego. Profesor Reinhard Larsen redagując kolejne wydania i aktualizując treść podręcznika utrzymuje konsekwentnie klasyczny układ książki.

Jest ona podzielona na część wstępną – Podstawy farmakologiczne i fizjologiczne, następnie na część poświęconą metodom postępowania – Anestezjologię ogólną oraz na szczegółowy opis praktyki anestezjologicznej w różnych dziedzinach medycyny zabiegowej – Anestezjologię specjalistyczną. Profesor Larsen, razem z współautorami prof. Annecke i dr. Finkiem, dokonał w nowym wydaniu istotnej aktualizacji wiedzy anestezjologicznej, a w szczególności zaleceń i wytycznych bardzo ważnych dla personelu praktykującego anestezjologię. Ponieważ popularnie nazywany „Larsen” stanowi także w naszym kraju stały element zarówno nauczania, jak i uczenia się sztuki znieczulenia, nie ulega wątpliwości, że dostępność najnowszego wydania tej książki przyczyni się znacząco do poszerzenia wiedzy, a przez to do poprawy jakości praktyki w tej bardzo dynamicznie rozwijającej się specjalizacji lekarskiej, jaką jest anestezjologia.

Prof. dr hab. med. Andrzej Kübler

## OPOLSKA IZBA LEKARSKA

**Biuro:** tel. 77/454-59-39, fax 77/454 67 09, [opole@hipokrates.org](mailto: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](mailto:opole.rejestr@hipokrates.org)

**Praktyki Prywatne:** [opole.praktyki@hipokrates.org](mailto:opole.praktyki@hipokrates.org)

**Radca prawny** – tel. kontaktowy: 601 708 952, przyjmuje:  
poniedziałek 9.00–10.30, środa 14.30–17.00, czwartek 14.00–16.00,  
piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

**Składki:** [opole.skladki@hipokrates.org](mailto:opole.skladki@hipokrates.org)

**Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:**  
tel. 77/453-75-72; [opole.rzecznik@hipokrates.org](mailto:opole.rzecznik@hipokrates.org)

**Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:**  
tel. 77/454-85-75; [opole.sad@hipokrates.org](mailto:opole.sad@hipokrates.org)





**Dno miednicy. Fizjologia, patologia, diagnostyka i leczenie. Koncepcja Tanzberger®**

R. Tanzberger, A. Kuhn, G. Möbs, U. Baumgartner

wyd. 3, red. E. Saulicz

rok wydania: 2020

ISBN: 978-83-65373-49-6, format: 175 x 255, oprawa miękka, 476 str., cena: 161.10 zł

W ostatnich latach znacząco wzrosło zainteresowanie dnem miednicy. Zaburzenia napięcia tzw. przepony moczowo-płciowej utworzonej przez kilka warstw mięśniowo-powięziowych wyściełających dno miednicy wiąże się dzisiaj z wieloma dysfunkcjami układu moczowo-płciowego, a wiedza na temat znaczenia dla zdrowia tej „zapomnianej okolicy ciała” ulega stałemu upowszechnieniu. Wzrasta liczba pacjentów szukających fachowej pomocy i nierzadko w gabinecie lekarza urologa lub ginekologa dowiadują się, że część z ich problemów mogą rozwiązać ćwiczenia mięśni dna miednicy. Gimnastyka lecznicza dna miednicy, zwana też treningiem dna miednicy, w ostatnim czasie stała się „modnym tematem” wśród fizjoterapeutów.

Książka Dno miednicy. Fizjologia, patologia, diagnostyka i leczenie jest pierwszym na polskim rynku wydawniczym tak kompleksowym opracowaniem dotyczącym dysfunkcji dna miednicy. Zredagowana została przez przedstawicieli czterech specjalności – fizjoterapii, ginekologii, urologii i proktologii – zajmujących się zdrowotnymi aspektami dna miednicy, dzięki temu powstało opracowanie obejmujące bardzo szerokie spektrum zdrowotnych konsekwencji związanych z zaburzeniem prawidłowego funkcjonowania dna miednicy. Autorom udało się stworzyć dzieło, które z jednej strony spełnia wymogi podręcznika akademickiego, a z drugiej strony może stanowić poradnik i to zarówno

dla terapeutów, jak i pacjentów. To niewątpliwy walor niniejszej książki.

Przyjęta forma prezentacji treści, obejmująca najbardziej aktualną wiedzę teoretyczną, ale i również bogato ilustrowaną część praktyczną, zawiera wiele cennych wskazówek i informacji przydatnych dla codziennej praktyki zawodowej fizjoterapeutów, zwłaszcza cenne są informacje dotyczące błędów, jakie popełnia się podczas treningu mięśni dna miednicy. Końcowe akapity książki, będące de facto gotowymi konspektami ćwiczeń, jakie można realizować na kolejnych zajęciach, zostały bardzo dobrze dobrane od strony dydaktycznej, uwzględniając zasadę dostępności ćwiczeń dla pacjenta. To szczególnie często pomijany w tego typu opracowaniach, a który w praktyce ma kapitalne znaczenie dla postępów rehabilitacji związanych z umiejętnym stopniowaniem trudności stosowanych ćwiczeń leczniczych. Dokładny opis metodyki ćwiczeń, z wykazaniem ich celu, każdorazowo wzbogacony fotografią, zamieszczony w rozdziale 11 śmiało może być wykorzystywany przez pacjentów jako poradnik pomocny w samodzielnym wykonywaniu ćwiczeń w domu.

Książka ta adresowana jest przede wszystkim do tych, którzy profesjonalnie zajmują się rehabilitacją uroginekologiczną. Skierowana jest zatem przede wszystkim do fizjoterapeutów. Z jej treścią powinni zapoznać się również lekarze takich specjalności, jak: ginekologia, urologia i proktologia. Sporo korzyści z lektury tej książki mogą wynieść również lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej oraz seksuolodzy. Pozycja ta powinna także wejść do kanonu podręczników akademickich studentów fizjoterapii.

Prof. dr hab. Edward Saulicz  
Z Przedmowy do wydania polskiego

**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



## Specjalistyczne Centrum Medyczne

45-301 Opole, ul. Romana Horoszkiewicza 6 ( Błękitna Wstęga )  
[www.endopractica.pl](http://www.endopractica.pl)



nawiąże współpracę z lekarzami specjalistami

Oferujemy:

Nowocześnie wyposażone gabinety  
Rejestracja telefoniczna i internetowa  
System elektronicznej dokumentacji medycznej  
Internet  
E-recepta, eWUŚ, e-ZUS ZLA  
Laboratorium analityczne

Kontakt:

Tel. 602 795872

E-mail: [endopractica@endopractica.pl](mailto:endopractica@endopractica.pl)