



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Kwiecień 2015

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 223

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

Pogodnych Świąt Wielkanocnych



WSTAŃ!

Jerzy Bereś nie chciał żyć po kryjomu, poza światem, w pracowni traktowanej niczym sanktuarium.



Dziś jeszcze, spacerując po targach staroci, można wyszperać fotografie sprzed co najmniej pięćdziesięciu lat. Pożółkłe i wyblakłe, ostre i prześwietlone, pogniecione i z urwanymi rogami, leżą w pudełkach po butach i czekają na odkrywców. Na odwrocie są często opisy i daty. Ileż trzeba sprytu, żeby je odczytać, bo atrament wypłowił od słońca, a i po ołówku zostały tylko półcienie i niewyraźne szarości.

Kobiety z minionych lat pozują do zdjęć w chanelkach, wdziankach albo w krótkich sukienkach typu „baby doll”, uszytych ze ściereczek kuchennych, pofarbowanych pieluch czy błyszczących pizam od „cioci Unry”. Włosy czeszą w kurtynę, upinają wysokie koki, noszą też fryzury à la Twiggy. Natomiast na nogach mają trumniaki. Odkąd w „Przekroju” pojawił się sposób na baleryny zrobione z płóciennych tenisówek, „polskie róże” zaczęły wycinać przody z dziurkami, dopinać lamówki, potem malować buty tuszem lub wcierać w nie wilbrę. Chciały bowiem wyglądać jak elegantki z włoskich żurnali i obnosić swoją odmienność.

Pomysł przeróbek podrzuciła Barbara Hoff. *Zajęłam się modą – mówiła – po przemyśleniu na zimno, jak tu ugryźć „przyjaźń polsko-radziecką”. Wyniosłam z domu etos inteligencji, który nakazywał mi robić coś dla kraju.*

A przecież nawet ówczesni intelektualiści ulegali złudnym urokom totalitaryzmu. Toteż w 1953 roku Czesław Miłosz wydał w „Kulturze” paryskiej „Zniewolony umysł” – krytykę przymierza z systemem, który odbiera wolność postrzegania, mówienia i tworzenia. Poeta przeniósł do książki „pigulki Murti-Binga”; musiał je pamiętać z „Nienasyceń”. W powieści Stanisława Ignacego Witkiewicza mieszkańcy Europy Środkowej w obawie przed najazdem jakichś azjatyckich hord połykają kolorowe tabletki. Pastylki natychmiast uwalniają ich od strachu, podnoszą na duchu i pozwalają nie tylko uznać nowych władców za swoich, uroczyscie ich powitać, ale nawet polubić.

Innym motywem pojawiającym się w książce jest „Ketman”, zapożyczony od Arthura de Gobineau. Francuz, podróżując po Persji, zauważył zjawisko podwójnej tożsamości; ludzie stamtąd mówią jedno, a wierzą w drugie, pozornie podporządkowują się dyktaturze, przyjmują jej wymogi, przekonani zarazem, że zachowali wolność myślenia. Bo nie identyfikują się z Historią, odrzucają wrogie idee i pogardzają dyktaturą. Według Miłosza Ketman jest dobrodziejstwem: pielęgnuje marzenie. Człowiek uczy się kochać wzniesione dokoła niego zagrody.

Jerzy Bereś (1930–2012) nigdy nie pokochał murów. Uczył się w Krakowie u samego Xawerego Dunikowskiego. Profesor choć należał do pupilów reżimowych władz – tłumaczył Jerzy Hanusek – w swojej pracowni nie tolerował zadeklarowanego socrealizmu. Stworzył dla swoich studentów rodzaj azylu wolnego od komunistycznej indoktrynacji.



Czyżby niepokorny Bereś rozpoznał w mistrzu Ketmana – oszukującego się i ułomnego, porwanego do dziwnego walca z prześladowcą, poruszającego się ciągle w rytmie ucieczki i powrotu, udawania i bycia sobą, ale tylko po kryjomu, w miejscu uświęconym, wydzielonym z reszty świata, w pracowni-sanktuarium? Nie chciał on podążać tamtymi śladami, żyć w sferze mitu, poza czasem, ani myślał o sztucznym, odrębnym, potajemnym byciu. Nie godził się z rolą posłusznego intelektualisty, niezdolnego wyrazić żal po utraconym dziedzictwie, nie był artystą ani okaleczonym, ani skazanym na niemoc.

„Wstań” zbił z nieheblowanej deski, gałęzi przypominających ludzkie stopy i lnianego prześcieradła, na którym narysował flamastrem męski profil z fryzurą na lwa. Podnieś się – krzyczy artysta – broń myślenia na własny rachunek. Nie przyzwalaj na zniewolenie. Noś polskość – ale tę prawdziwą, nie PRL-owską – tak jak „polskie róże” noszą baleryny z płóciennych tenisówek.

Agnieszka KANIA

Tekst ukazał się w Gazecie Wyborczej



Drodzy Czytelnicy!

Przed Wami kolejny numer Biuletynu. Przed miesiącem obiecałem Państwu, że znajdziecie w nim sprawozdanie z obrad Okręgowego Zjazdu Lekarzy

oraz brakujące materiały zjazdowe (przede wszystkim preliminarz budżetowy Izby na bieżący rok). Tyle tylko, że zapomniałem zaglądnać do kalendarza i nie upewniłem się co do daty tego wydarzenia. Tymczasem okazało się, że Zjazd odbędzie się dopiero pod koniec marca (28), a proces technologiczny przygotowanie Biuletynu do druku i jego druk oraz kolportaż Biuletynu wymaga jednak, by numer został zamknięty w połowie miesiąca. Tak więc musicie poczekać do majowego numeru – tam znajdziecie wszystkie te informacje, które obiecałem Wam wcześniej przedstawić.

A w tym numerze – w części „opolskiej” – poza tekstem Prezesa, jak zawsze znajdziecie dwa sprawozdania z obrad Rady i Komisji Stomatologicznej, plan kursów oraz dwa materiały – jeden historyczny autorstwa niezawodnego prof. Kubickiego i drugi – sprawozdanie dr Agnieszki Kani, która nie tylko świetnie pisze o sztuce, ale również znakomicie jeździ na nartach (złoty medal, to nie byle co – GRATULACJE!!!).

W części „Z Polski” staram się zamieszczać materiały i aktualne i ciekawe (mam taką nadzieję). Będą więc komentarze do aktualności w ochronie zdrowia oraz materiał mózgu człowieka, o zmianach kryteriów rozpoznawania cukrzycy u ciężarnych i o stosowaniu probiotyków u dzieci. Spróbuję także rozwiać szereg żywieniowych mitów oraz – w ramach akcji „Lekarzu lecz się sam” – zaproponuję sposoby radzenia sobie ze stresem. Przypomnę także zasady wystawiania skierowań dla pacjentów.

Na końcu Biuletynu znajdziecie dwie smutne informacje o śmierci naszej Koleżanki i Kolegi. Całość zamykają ogłoszenia.

Ponieważ mamy okres Świąt Wielkiej Nocy, pozwólcie Państwo, że w imieniu członków poszczególnych organów naszej Izby oraz swoim własnym złożę Wam życzenia wszelkiej pomyślności, zdrowia, spokoju i rodzinnej atmosfery przy świątecznym stole. Wszystkiego najlepszego!!!

Jerzy B. LACH

PS. W sprawozdanie Przewodniczącego Komisji ds. Lekarzy Seniorów zamieszczonego w poprzednim Biuletynie wkradł się błąd. Wiceprzewodniczącą tej Komisji jest P. dr Ewa PŁASZOWIECKA, a nie P. dr Ewa Pławszewska, za co obie Panie serdecznie przepraszam – JBL.

SZPALTA PREZESA



Koleżanki i Koledzy,

Minęły dwa miesiące obowiązywania nowej wysokości składki członkowskiej i niestety wiele osób płaci nadal składkę w kwocie 40 zł. W dużej mierze dotyczy to tych, którzy pracują w szpitalach czy dużych przychodniach, gdzie służby księgowo-płacowe potrącają składkę z comiesięcznej wypłaty wynagrodzenia i odprowadzają na konto Izby.

Pamiętajcie, że mimo obowiązywania nowej uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej, bez Waszej pisemnej deklaracji, służby te nie mogą potrącać innej składki niż dotychczas. Bardzo więc proszę o jak najszybsze przekazanie pisemnego oświadczenia o zgodzie na potrącanie składki w wysokości 60 złotych. Narastanie zaległości doprowadzi do zupełnie niepotrzebnych nerwów związanych z ich windykacją.

Po raz kolejny przypominam o konieczności uaktualnienia wpisu w Księdze Rejestrowej Praktyki, dotyczącego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Trzeba to zrobić samemu (odpowiednie instrukcje

dostępne są na stronie internetowej Izby) – wpisuje się okres obowiązywania polisy (dla osób ubezpieczających się za pośrednictwem Izby będzie to okres od 1.03.2015 do 29.02.2016) oraz sumę gwarancyjną ubezpieczenia obowiązkowego (będzie to 350.000 euro).

Przy okazji tematu ubezpieczeń prosba, która będzie się odnosić już do przyszłego roku. Jeżeli podajemy w Biuletynie, że składkę ubezpieczenia należy wpłacać do określonej daty (2–3 dni przed końcem lutego) to bardzo prosimy, aby tej daty przestrzegać. Niestety co roku są osoby, które z ubezpieczeniem czekają do ostatniej chwili i potem zgłaszają pretensje pod adresem obu Pań z biura Izby, zwracających uwagę, że wpłata składki następuje zbyt późno. **Szanujmy się nawzajem!** Przez okres około dwóch tygodni każdego lutego obie Panie poświęcają znacznie więcej czasu, niż wynika to z ich etatowego zatrudnienia, na sprawną obsługę całego procesu przyjmowania składek. Z naszej – lekarskiej – strony wymagane jest tylko to, aby składkę przekazać do Izby w odpowiednim czasie. A że będzie to się działo w ostatniej dekadzie lutego wiadomo już od kilkunastu lat.

Jerzy JAKUBISZYN

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

W dniu 18 lutego 2015 r. odbyło się kolejne posiedzenie Rady Okręgowej naszej Izby. Na spotkaniu tym zajmowano się następującymi sprawami:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie dyplomowe lekarzy.
3. Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
6. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
7. Zgłoszenie kandydatury do funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinach: chorób wewnętrznych, immunologii klinicznej, psychiatrii dzieci i młodzieży, zdrowia publicznego,
8. Sprawozdanie z lutowego posiedzenia NRL i posiedzenia Konwentu Prezesów orl.
9. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami
10. Sprawy różne i wolne wnioski

Ad 1.

O wpis na listę członków OIL zwrócili się:

- lek. Maciej Chudzikowski – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej,
- lek. Aleksandra Duda – przeniesienie z Małopolskiej Izby Lekarskiej.

Uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 2.

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

- MARKU Przedsiębiorstwo Zaopatrzenia Medycznego (firma zarejestrowana w OIL w Częstochowie) przeprowadzi w dn. 25.03.2015 w Opolu szkolenie dla lekarzy dentystów pt.: „Maszynowe opracowanie kanałów i gutaperka na ciepło” – przyznano 4 pkt. edukacyjne,
- AMADER s.c. przeprowadzi w dn. 7.03.2015 w Opolu również szkolenie dla lekarzy dentystów pt.: „Opracowanie kanałów korzeniowych na 3 sposoby” – przyznano 6 pkt. edukacyjnych,

Wniosek firmy ORTHOMED S.J. i Koła Sekcji Ortopedii Szczękowej PTS w Szczecinie dotyczący szkolenia dla lekarzy dentystów pt.: „Wady klasy II”, które zostało

przeprowadzone w dn. 7.02.2015 w Szczecinie – pozostał bez rozpatrzenia z powodu braku uchwały OIL w Szczecinie.

Ad 3.

Z rejestru jednogłośnie wykreślono 9 praktyk (w tym dwie z powodu zgonu lekarzy).

Ad 4.

Do Funduszu Samopomocy wpłynęły podania 5 osób o przyznanie zapomóg. Cztery zapomogi przyznano (uchwały przyjęto jednogłośnie). W przypadku jednej osoby, z powodu nie upłynięcia okresu 8 miesięcy od wypłaty poprzedniego świadczenia, podania nie rozpatrywano.

Kol. Ryszard Wileński zwrócił się z prośbą o dofinansowanie w kwocie 1000 zł organizacji II Mistrzostw Opolszczyzny Lekarzy w Tenisie Ziemnym, które odbędą się w maju 2015 r. w Strzelcach Opolskich. Rada poparła jego wniosek jednogłośnie.

Ad 5.

Dyrektor Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu zwrócił się o wytypowanie przedstawiciela Izby do komisji konkursowej na stanowisko Położnej Oddziałowej Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Pododdziału Patologii Ciąży. Rada desygnowała lek. Krzysztofa Wiśniewskiego.

Dyrektor Specjalistycznego Zespołu Neuropsychiatrycznego w Opolu zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawicieli do komisji konkursowej mającej na celu wyłonienie kandydata na stanowisko ordynatora Oddziału Psychiatrii dla Dorosłych „A”. Rada wytypowała następujących lekarzy: przewodniczący – Ewa Pendziałek-Grunwald, członkowie – Elżbieta Sadowska i Antoni Junosza-Szaniawski.

Dyrektor Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawicieli do komisji konkursowych, mających na celu wyłonienie kandydatów na stanowisko pielęgniarki oddziałowej następujących oddziałów: Chirurgii Dziecięcej, Neurochirurgii, Pediatrii oraz Urologii. Rada wytypowała lek. Jerzego Jakubiszyną.

Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Opolu zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawiciela do komisji konkursowej mającej na celu wyłonienie kandydata na stanowisko pielęgniarki naczelnej. Rada desygnowała lek. Zbigniewa Kuzyszyną.



Ad 6.

O całkowite zwolnienie z opłacania składek zwróciły się trzy osoby. Uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 7.

Rada zgłosiła kandydaturę dr n. med. Sławomira Tubka na funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób wewnętrznych, a kandydaturę prof. Teresy Kokot na funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie zdrowia publicznego.

Ad 8.

Prezes przedstawił problemy poruszane podczas spotkań Konwentu Przewodniczących izb lekarskich oraz Naczelnej Rady Lekarskiej:

- członkowie NRL przygotowują materiały do konferencji w dn. 5.03.2015 organizowanej w siedzibie NIL, podsumowującej 9 tygodni funkcjonowania pakietu kolejkowego i onkologicznego, w związku z tym Prezes poprosił wszystkich lekarzy, którzy mają zastrzeżenia do ww. pakietów o przysyłanie swoich uwag na adres mailowy naszej Izby;
- NRL postanowiła utworzyć nowy rejestr lekarzy i lekarzy dentyistów, którego będzie właścicielem. Koszty jego utworzenia będą podzielone w ten sposób, że 15% kosztów poniesie NIL, a 85% okręgowie izby lekarskie.

Ad 9.

Kol. Latała zdał relację z lutowego szkolenia zorganizowanego przez KS oraz PTS dla lekarzy dentyistów,

podczas którego wysłuchano wykładu dr n. med. Klaudiusza Łuczaka, adiunkta z Katedry Chirurgii Szczękowo-Twarzowej UM we Wrocławiu (członka zespołu operacyjnego, który przeprowadził po raz pierwszy w Polsce przeszczep twarzy) pt. „*Schorzenia ślinianek – zmiany rozrostowe*”.

Prezes podziękował osobom, które przyczyniły się do organizacji obchodów 25-lecia istnienia Samorządu Lekarskiego, a w szczególności kol. kol. Latale, Lachowi i Kowarzykowi. Pogratiulował również kol. Martyniszynowi z Delegatury Kluczborskiej zorganizowania lokalnych obchodów jubileuszu, podczas których wręczono oznaczenia wielu lekarzom z powiatu kluczborskiego.

Kol. Lach przedstawił ostateczną kwotę wydatkowaną na jubileuszowe uroczystości w Filharmonii Opolskiej, która wyniosła 23.810 zł.

Ad 10.

Kol. Chowaniec zgłosił kandydaturę kolejnego członka Komisji Emerytów i Rencistów – lek. Bolesława Ostrowskiego. Rada jednogłośnie zaaprobowała tę kandydaturę. Podał również datę tegorocznego spotkania z lekarzami, którzy przepracowali 50 lat w zawodzie lekarza. Będzie to 18 kwietnia.

W sprawozdaniu z grudniowej Rady nastąpiła pomyłka w imieniu Pani doktor Heleny Kozłowskiej. Za błąd przepraszamy.

*Sekretarz ORL, lek. dent. Barbara HAMRYSZAK
Prezes ORL, dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ OIL W OPOLU

W dniu 16.02.2015 r. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się kolejne posiedzenie KS OIL. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i podziękowała wszystkim, którzy wzięli udział we wspólnym posiedzeniu KS i Opolskiego Oddziału PTS 10.01.2015 r. Gościem na tym posiedzeniu była Przewodnicząca KS NRL dr Agnieszka Ruchała-Tyszler.

16.01.2015 r. w Filharmonii Opolskiej odbyły się obchody 25-lecia powstania Samorządu Lekarskiego na Opolszczyźnie. Wśród wyróżnionych byli też nasi koledzy lekarze dentyści. Brązowy Krzyż Zasługi otrzymali: Ewa Nocię-Firlej, Katarzyna Rączy i Stanisław Chruszczyk, a honorowy tytuł „Prymariusz Opolski” – przyznawany przez ORL w Opolu – odebrali Ewa Nocię-Firlej i Wiesław Sienkiewicz.

Przewodnicząca przypominała o obowiązkach lekarza i lekarza dentyisty jako przedsiębiorców. Kalendarium obowiązków znajduje się na stronie internetowej OIL.

Od 1.03.2015 r. wszyscy lekarze i lekarze dentyści muszą rejestrować przychody za pomocą kas rejestrują-

cych. Dr Smerkowska-Mokrzycka skrótowo przypominała, co powinno się znajdować na paragonie fiskalnym, a także o umieszczeniu w widocznym miejscu cennika usług.

6.02.2015 r. w Kołobrzegu odbyło się posiedzenie KS NRL. Przewodniczący zespołów roboczych referowali zagadnienia, nad którymi pracowali. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka przekazała skrótowe informacje na ten temat (więcej rezydentur w naborze wio-sennym, priorytet specjalizacje z zakresu periodontologii i pedodoncji, propozycje kursów dla lekarzy pediatrów, ginekologów i medycyny rodzinnej).

Ministerstwo Zdrowia przygotowało wzorcowe procedury radiologiczne obowiązujące od 1.01.2015 r.

W grudniu 2014 r. KS NRL wystosowała pismo do Ministra Środowiska z zapytaniem o moment zwolnienia wytwórcy odpadów z odpowiedzialności za zbieranie lub przetwarzanie odpadów w chwili dokonania ich



unieszkodliwienia przez następnego posiadacza oraz czy następny posiadacz jest uprawniony do pobierania odrębnej opłaty od wytwórcy (w niektórych województwach firmy odbierające odpady żądają dodatkowych opłat). Do dnia dzisiejszego nie nadeszła odpowiedź z MŚ.

Ministerstwo Zdrowia opublikowało projekt rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (zmiany dotyczą m. in.: skrócenia czasu przechowywania odpadów z 72 do 24 godzin, możliwości zbierania wszystkich odpadów do pojemników, zrezygnowano z wymogu nieprzezroczystości worków do zbierania odpadów medycznych). W tej sprawie przyjęto Stanowisko nr 12/15/P-VII Prezydium NRL z dnia 13.02.2015 r.

KS NRL wystosowała do Ministra Zdrowia apel o podjęcie działań zmierzających do przywrócenia prowadzenia kształcenia zawodowego w zawodzie asystentka stomatologiczna.

Przewodnicząca KS OIL przekazała informacje przekazane przez Kancelarię Radców Prawnych ze Szczecina w sprawie kroków prawnych, jakie należy podjąć w przypadku powzięcia informacji o udzielaniu świadczeń wybielania zębów przez osoby nieuprawnione.

KS NRL wystosowała pismo do Prezesa NFZ z prośbą o spotkanie dotyczące potrzeby nowelizacji Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne oraz warunków udzielania świadczeń.

Przewodnicząca przypomniała o okresach przechowywania dokumentacji medycznej 20 lat (dzieci 0–2 roku życia – 22 lata).

Przewodnicząca KS OIL zapoznała zebranych z Uchwałą KS NRL z dnia 6.02.2015 r. w sprawie wystąpienia z wnioskiem do NRL o przyjęcie stanowiska w sprawie nowelizacji ustawy o działalności leczniczej (określenie minimalnych wymogów, które muszą spełniać kierownicy podmiotów leczniczych) oraz ze stanowiskiem NRL w sprawie niezbędnej nowelizacji tej ustawy.

Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy dotyczącej nowych obowiązków w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej (precyzyjne określenie kręgu osób uprawnionych do przetwarzania dokumentacji medycznej, kary finansowe za brak należytego zabezpieczenia dokumentacji medycznej, opłaty za wydruk kopii dokumentacji medycznej).

Szkolenia medyczne:

- Międzynarodowe Targi Stomatologiczne Krakdent w dniach 19–21.03.2015 r. odbywać się będą w centrum targowo -kongresowym EXPO Kraków.
- Wiosenne Podlaskie Spotkania Stomatologiczne „Najnowsze postępowania lecznicze w praktyce stomatologicznej” odbędą się w Augustowie w dniach 28–30.05.2015 r.

Kolejne posiedzenia KS: 19.03.2015 i 20.04.2015. Zjazd budżetowy 28.03.2015 r. Obowiązkowe ubezpieczenie OC należy opłacić do końca lutego.

*Sekretarz KS, Lek. dent. A. ADAMSKA
Przewodnicząca KS,*

Lek. dent. J. SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

OGŁOSZENIE

Komisja ds. Lekarzy Seniorów przy OIL w Opolu planuje w trzeciej dekadzie maja br. zorganizowanie

kilkugodzinnej wycieczki autokarowej,

współfinansowanej przez OIL, do JURA PARKU w Krasiejowie, ze szczególnym uwzględnieniem Parku Nauki i Ewolucji Człowieka.

Zamiar uczestnictwa prosimy zgłaszać do Biura Izby do dnia 18 maja br.

*Przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Seniorów
Dr n. med. Tadeusz CHOWANIEC*

PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA I PÓŁROCZE 2015 r.



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
6.III.2015 r. piątek, godz. 12:30	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego dr Marek Dryja	Zanim przyjedzie zespół „R” – udziela- nie I pomocy w gabinecie lekarza i le- karza dentystry z uwzględnieniem ko- rzystania z zestawu p/wstrząsowego	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
27.III.2015 r. piątek, godz. 10:00	Grawena Edu – Kraków mgr Wojciech Krówczyński	Jak liczyć, aby się nie przeliczyć? Zarządzanie finansami w praktyce le- karza i lekarza dentystry	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
I część 9–12.IV.2015 r. II część 16–19.IV.2015 r.2	dr Marek Lenart	Zdrowie publiczne (kurs dla lekarzy w trakcie specjalizacji – kończy się eg- zaminem testowym)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
Maj 2015 r. (termin w trakcie ustalania)		Jak skutecznie pomóc choremu z bó- lem przewlekłym	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
8.V.2015 r. piątek, godz. 12:00	mgr Bartłomiej Dodzian	Zasady i formy prowadzenia elek- tronicznej dokumentacji medycznej (w grupach do 10 osób)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
12 .VI.2015 r. piątek, godz. 10:00	Grawena Edu- Kraków mgr Wojciech Krówczyński	Wizerunek i reputacja lekarza – trzy oblicza zawodu lekarza i lekarza den- tysty	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
16.06.2015 r. wtorek, godz. 13:00	mgr Bartłomiej Dodzian	Zasady i formy prowadzenia elek- tronicznej dokumentacji medycznej (w grupach do 10 osób)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23

1 – Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach do siedziby OIL w Opolu telefonicznie – 77/454-59-39. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługuje 5 pkt. edukacyjnych.

2 – Kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa www.opole.szkolenia.@hipokrates.org, informacja o kursach będzie zamieszczona na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl (w zakładce kursy specjalizacyjne); będzie tam również zamieszczony formularz zgłoszenia. Szkolenia bez przyznawanych punktów edukacyjnych.

* * *

Temat szkolenia:

„ZASADY I FORMY PROWADZENIA ELEKTRONICZNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ”

Terminy: 8.05.2015 r. godz. 12.00–15.00 (piątek); 16.06.2015 r. godz. 13.00–16.00 (wtorek)

PLAN SZKOLENIA

1. Dokumentacja medyczna w podmiocie leczniczym/praktyce zawodowej lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych.
2. Przetwarzanie danych osobowych w podmiotach leczniczych.
3. Obowiązek rejestrowy podmiotów wykonujących działalność leczniczą – przewodnik po procedurze rejestracji.
4. Oznaczenie podmiotów i osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na dokumentacji medycznej i receptach lekarskich.
5. Obieg dokumentacji medycznej w przychodniach i praktykach lekarskich – skierowania, wyniki badań, zasady wypisywania recept.
6. Prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej.
7. Portal Świadczeniodawcy – aktualizacja personelu, danych świadczeniodawcy.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Z SZYBKościĄ AWIONETKI



Pachniało parafiną i lawendą. Świeciły się narty, wybrzuszały się kaski: na jednym smok z otwartą paszczą, na drugim esy-floresy. Nagle zawył wiatr, tuman śniegu zakręcił się nad Pilskiem, poszedł w dół i uderzył w zawodników. Posypały się gardy i ochraniacze, smary, gąbki, irchowe szmatki.

– *Zatrzymać wyścig!* – krzyknął narciarz przebrany za żołnierza jakiejś wschodniej armii.

– *Boisz się zadymy?* – spytał doktor w ognistej gumie.

– *Mamy wiatr w plecy* – zauważył cicho czerwono-czarny, bez gitary.

– *A jak się odwróci?* – spytała sportsmenka z trupa czaszką na udzie.

– *Przeczekamy tę nawałnicę* – ogłosił organizator zawodów.

Zaraz się zresztą rozpogodziło i lekarki ruszyły; te wiotkie i pulchne śmigały, wymijały tyczki, szusowały, przeginały się na gigancie.

Potem jechali panowie: ordynatorzy, doktorzy nauk i stażyści, lekarze kontraktowi i na etacie, interniści i radiolodzy, ci z wielkich miast i ze szpitali powiatowych, medycy leczący powłoki skórne i naczyniowcy, sławni i z nadziejami na uznanie, nobliwi panowie i młodzieńcy, faworyci i debiutanci – wszyscy pędzili jak szaleni. Zdawało się, że niczego się nie boją

– Mam maść przeciwko wszelkim urazom sportowym – pochwalił się ortopeda z *Wielkopolski* – *Kosztuje tylko dziewięć złotych.*

Przypomniało mi się, że doktor Bonawentura de Glaves skomponował już kiedyś balsam na różne dolegliwości, w XVIII wieku uzdrawiał nim kalekich i opętanych, ociemniałych i łakomych. Ponoć na łożu śmierci wyjaśnił komuś składniki pasty.

– *Ale to nie ten specyfik* – uciął zabiegowiec.

– *A ja mam krem, co zastępuje suchą zaprawę* – powiedziała narciarka w kolorach papieskich.

– *Rozgrzewa?*

– *Wzmacnia.*

– *Tężyznę?*

– *Chęci.*

Czego na tych zawodach nie było: akrobatyczne figury i piruety, loty bez asekuracji i tańce na krawędziach,

brazylijska samba i krakowiaczek. Na gigancie ścigano się do południa, każdy uczestnik zjeżdżał dwa razy, jak na poważnych mistrzostwach sportowych. O medalu decydowały niekiedy setne części sekundy, radość przeplatała się z rozżaleniem, spełnienie z chęcią zwycięstwa.

A po obiedzie rozstawiono slalom specjalny. Zawodnicy oglądali trasę, chodzili z minami znawców, liczyli tyczki: prawo-lewo i przeloty, proste i podkręcone, szybkie i te, gdzie warto zwolnić. Układali plany i teorie spiskowe, smarowali ślizgi, nacierali je mydłem w cenie perfum od Prady, potem długo gładzili, chuchali i dmuchali na swoje atomiki, hedy czy fiszery. Niektórzy przywieźli aż dwie pary nart: dojazdówki i te prawdziwe – wyścigowe.

Slalom specjalny to konkurencja wymagająca zręczności, sprytu i nie lada odwagi. Trzeba natrzeć na dziady, uderzyć w nie kolanami, zasłonić twarz, nie tracąc przy tym ani szybkości, ani rytmu. Wśród uczestników są ludzie z gumy i torpedy, akrobaci i lotnicy, którzy chyba nie dotykają krawędziami stoku, bo osiągają szybkość awionetki.

Mistrzowie ceremonii Adam Dyrda i Mariusz Smolik zadbali o szczegóły. Wybrali zaśnieżoną górę w Korbiewowie i hotel położony u jej stóp, znaleźli firmę od mierzenia czasu, zapukali do darczyńców, umówili pomocników, wymyślili miejsca startu i mety. Uzgodnili cenę za pokoje i bankiety, pamiętali nawet o pasztecikach dla doktorów-sportowców. Wysłali zaproszenia, powitali przybyłych, policzyli sekundy, wypisali dyplomy, podzielili medale, puchary i nagrody. Z dobrodusznym uśmiechem wysłuchali też uwag i życzeń. Podarowali swój czas i zmysł praktyczny, byli wyrozumiali i cierpliwi. Wyśmienicie zorganizowali XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim. Patronat nad zawodami objęły Naczelna i Śląska Izba Lekarska.

Serdecznie dziękuję w imieniu swoim i pozostałych uczestników.

Złote medale w swoich kategoriach wiekowych zdobyły: Katarzyna Smolik, Agnieszka Kania, Alicja Leś-Smolarczyk, Katarzyna Morawiec i Jadwiga Biela-Mazur. Wśród doktorów po złoto pojechali: Andrzej Golec, Mariusz Smolik, Przemysław Stefanik i Wojciech Gwóźdź.

Puchary w konkurencji „open” otrzymały: Alicja Leś-Smolarczyk, Katarzyna Morawiec i Katarzyna Smolik, spośród mężczyzn złote puchary odebrali: Jakub Gałszek, Wojciech Gwóźdź i Mariusz Smolik.

Najwięcej nagród zdobyli członkinie i członkowie Śląskiej Izby Lekarskiej.

Agnieszka KANIA

GDZIE ZNAJDUJĄ SIĘ CZASZKI ŚW. WOJCIECHA PATRONA POLSKI?



Św. Wojciech urodził się około roku 956 w czeskim mieście Libice w bogatej rodzinie z rodu Sławnikowiców. Początkowo wcale nie myślał o stanie duchownym, dopiero po śmierci swojego ojca wstąpił do szkoły katedralnej w Magdeburgu. Imię Adalbert (Wojciech) otrzymał od swojego mentora arcybiskupa Magdeburga Adalberta podczas bierzmowania (jest również patronem Węgier, gdzie nosi imię Bella). Nie mając 30 lat (co było ewenementem w tamtych czasach) po śmierci biskupa Dytmara został mianowany w roku 983 biskupem Pragi.

W Pradze nie mógł się pogodzić ze sprzedawaniem przez chrześcijan ludzi do krajów arabskich, małżeństwom księży, wielożenstwu możnych i ogólnemu zepsuciu obyczajów. Dlatego też opuścił Pragę i udał się do Rzymu, gdzie wstąpił do klasztoru Benedyktynów pod wezwaniem św. Bonifacego i Aleksego chcąc całkowicie poświęcić się życiu kontemplacyjnemu. Niestety na wezwanie metropolity mogunckiego powrócił do Pragi. Wkrótce po raz drugi ją opuścił udając się z powrotem do Rzymu. W roku 995, kiedy to na jego oczach ludzie z rodu Wrszowców (skonfliktowanych z Sławnikowicami) zamordowali niewierną żonę jednego z nich, która schroniła się do kościoła św. Jerzego. Kiedy przebywał w Rzymie Wrszowcy napadli na Libice mordując całą rodzinę św. Wojciecha, w tym wszystkie kobiety i dzieci oraz pięciu jego braci. Ocalał tylko jeden z jego braci Radzim Gaudenty, który akurat przebywał poza miastem. Do Pragi św. Wojciech już nigdy nie powrócił.

Św. Wojciech bardzo zaprzyjaźnił się z cesarzem niemieckim Ottonem III (Rudym), który w porozumieniu z papieżem zaproponował mu wyprawę misyjną do Prus. Faktycznie w roku 997 św. Wojciech wraz z bratem Gaudentym w drodze do Prus został bardzo serdecznie przyjęty przez sojusznika Ottona III Bolesława Chrobrego,

który nawet oddał do jego dyspozycji orszak zbrojny, który wkrótce św. Wojciech jednak odesłał z powrotem. Po dotarciu do Gdańska św. Wojciech ochrzcił rzesze ludzi, po czym odpłynął morzem do Prus i wylądował w okolicach dzisiejszego Elbląga. Podczas prowadzenia działalności misyjnej został podstępnie zamordowany w czasie snu przez pogańskich Prusów w dniu 23 kwietnia 997 r. w tzw. „świętym gaju” w okolicach obecnego Pasłęka. Po zamordowaniu Prusowie odcieśli głowę św. Wojciecha i wbili ją na pał, natomiast jego brata Gaudentego puścili wolno, licząc na sowity okup. Istotnie Bolesław Chrobry wykupił ciało św. Wojciecha za złoto i złożył w katedrze w Gnieźnie, zaś papież Sylwester II z inicjatywy Ottona III uznał Wojciecha za świętego i wkrótce po tym został on pierwszym patronem niedawno ochrzczonej Polski.

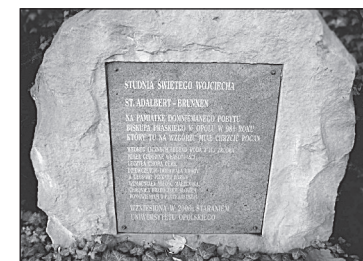
W roku 1000 Otton III przybył z pielgrzymką do grobu św. Wojciecha serdecznie goszczony przez Bolesława Chrobrego, który ofiarował cesarzowi relikwię ramienia św. Wojciecha. Relikwię tą Otton III przekazał do kościoła św. Bartłomieja w Rzymie, gdzie dotąd się znajduje. W rewanżu Otton III miał przekazać Bolesławowi Chrobremu tron Karola Wielkiego z niedawno otwartego jego grobowca, ale polskie źródła historyczne tego faktu nie potwierdzają. Politycznym efektem pielgrzymki Ottona III do grobu męczennika św. Wojciecha było utworzenie w Gnieźnie pierwszego w Polsce arcybiskupstwa. Pierwszym arcybiskupem gnieźnieńskim został brat św. Wojciecha Gaudenty. Utworzenie arcybiskupstwa w Gnieźnie utorowało drogę do przyznania korony królewskiej Bolesławowi Chrobremu, którą otrzymał tuż przez śmiercią w roku 1025. Otton III niestety zmarł dwa lata po pielgrzymce do Polski w młodym wieku i stosunki polsko-niemieckie bardzo się popsęły (nieustanne walki z cesarzem Henrykiem II).



Trumienka z relikwiami
św. Wojciechawkatedrzegnieźnieńskiej



Studnia św. Wojciecha
na opolskiej „Górze”



Tablica przy studni św. Wojciecha

Ślady stóp św. Wojciecha
w Opolu

Po śmierci Bolesława Chrobrego w roku 1025 spadły na Polskę trudne czasy: walki dynastyczne o tron pomiędzy synami Bolesława Chrobrego (Bezprym, Mieszko, Otton), najazdy niemieckie (cesarz Konrad II), najazdy ruskie (książę Jarosław Mądry). Wykorzystał to czeski książę Brzetysław I, który w roku 1038 dotarł do Gniezna skąd zrabował relikwie św. Wojciecha i ciało jego brata Gaudentego. Relikwie św. Wojciecha wraz z głową niezwykle uroczyście przewieziono do Polski, której wg Brzetysława I był formalnie biskupem.

Jednak wg Jana Długosza, Polacy zmienili miejsca pochówku św. Wojciecha i Gaudentego w katedrze gnieźnieńskiej, dlatego też prawdopodobnie Czesi przenieśli do Pragi ciało Gaudentego.

I oto w roku 1127 arcybiskup polski Jakub cudownie odnalazł głowę św. Wojciecha i to odnalezienie relikwii, zwane inwencją miało niezwykle uroczysty przebieg. Głowa św. Wojciecha ponownie znalazła się w katedrze gnieźnieńskiej. Bardzo szybko odpowiedzieli na ten fakt Czesi, którzy w roku 1143 ogłosili również cudowne odnalezienie głowy św. Wojciecha, którą umieszczono w katedrze św. Wita na praskich Hradczanach. Zjawisko tzw. inwencji było bardzo rozpowszechnione w średnio-wiecznej Europie, przykładem może być fakt, że Weneccjanie aż trzykrotnie odnajdywali ciało św. Marka głównego patrona Wenecji.

Wreszcie trzecią czaszkę św. Wojciecha odnaleziono w roku 1475 w Akwizgranie, gdzie można ją oglądać w tamtejszej katedrze.

Tak więc istnieją trzy relikwie czaszki św. Wojciecha: w katedrze św. Wita w Pradze, w katedrze w Gnieźnie oraz w katedrze w Akwizgranie. Dotychczas nie wiadomo, która z nich jest autentyczna m. in. dlatego, że Czesi nie wyrażają zgody na badania antropologiczne czaszki św. Wojciecha znajdującej się w Pradze.

Wg przekazów historycznych św. Wojciech przebywał w Opolu w roku 984 i w miejscu dzisiejszego kościoła „Na Górcę” wygłosił Słowo Boże i nawrócił rzesze pogan. Prosił o wystawienie w tym miejscu drewnianej ka-

plicy ku czci Matki Bożej i św. Jerzego. Dowodem pobytu św. Wojciecha w Opolu są ślady jego stóp na obelisku na wzgórzu uniwersyteckim oraz studnia św. Wojciecha zbudowana w roku 1835 i odnowiona przez władze uniwersyteckie w roku 2005. Woda z tej studni – jak wynika z tablicy umieszczonej obok – miała niezwykle wartości lecznicze:

- leczyła chorą cerę,
- dziewczynom dodawała urody,
- głosowi dawała piękna barwę,
- wzmacniała młodość małżeńską,
- chroniła przed złymi słowami i pomówieniami,

Powinna więc być nadal oblegana przez Opolan, a zwłaszcza Opolanki.

Na początku XI wieku na opolskiej „Górcę” wzniesiono kaplicę ku czci św. Wojciecha, którą poświęcono w roku 1361. Kaplica ta była wolno stojąca, a w roku 1885 połączono ją z wybudowanym Szpitalem im. św. Wojciecha. Nazwa szpitala im. św. Wojciecha przetrwała jeszcze kilka lat po II wojnie światowej, kiedy to Szpitalowi nadano imię Karola Miarki. W budynku szpitala im. św. Wojciecha obecnie mieści się Rektorat Uniwersytetu Opolskiego, co ma też swoją symbolikę.

P.S. Historię życia i męczeńską śmierć św. Wojciecha można podziwiać na słynnych drzwiach Katedry w Gnieźnie. Relikwie św. Wojciecha zamknięte w pięknej srebrnej trumience wykonanej w stylu barokowym w XVII wieku w Katedrze w Gnieźnie wielokrotnie padały łupem złodziei. Pierwsza zuchwała kradzież miała miejsce przed II wojną światową w roku 1923. Najgłośniejszej kradzieży dokonali złodzieje w roku 1986, kiedy to wykorzystując rusztowania, podczas remontu katedry skradli srebrne fragmenty trumienki i przetopili na srebro. Zostali jednak wkrótce złapani i surowo ukarani. Rzeźbę św. Wojciecha i trumienkę z jego relikwiami odtworzono wykorzystując ocalałe fragmenty i stopione przez złodziei srebro.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

CO PISZĄ INNI

TA PRAWDA JESZCZE NAS ZABOLI

Polska ochrona zdrowia uplasowała się na 31. miejscu wśród 36 krajów europejskich. Raport Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia (EHCI) z 27 stycznia br. na swoich 101 stronach i wykresach nie kłamie. Bo niby w imię czego? Za chwilę dostępne będzie jego polskie tłumaczenie w Internecie. Do dziś politycy wmawiali nam, że za granicą służba zdrowia też ma podobne problemy! Teraz prawda ich zaboli.

Europa nam umyka

Gorzej jest tylko podobno w Rumunii, na Litwie i na Bałkanach. Ale Macedonia wprowadziła powszechną internetową rejestrację w czasie rzeczywistym (e-booking), co przesunęło ją aż o 11 miejsc do przodu. Do lekarzy rejestruje się tam tak samo szybko i skutecznie, jak pobiera swoje pieniądze z bankomatu. To nie jest jakiś tam eWUŚ, który przed okienkami rejestracyjnymi doprowa-

dzał polskich pacjentów do szafu, a lekarzy do palpacji ze wstydu. Maleńki, choć najzamożniejszy w Europie Luksemburg, możemy po cichu tylko podziwiać i naśladować. Wg raportu, najlepiej jest w Holandii i Szwajcarii. Trzecią lokatę zapewniły Norwegii bardzo wysokie nakłady na zdrowie. Czwarta z kolei Finlandia swój awans zawdzięcza znacznemu skróceniu oczekiwania na planowe zabiegi, które były tradycyjnie zmorą tego dobrze poukładanego systemu opieki zdrowotnej. Ale Czechy i Estonia, które wcale nie wydają na zdrowie rekordowych sum, mogą cieszyć się pozycją mocnych europejskich średniaków.

EHCI to ranking opracowywany na podstawie ogólnodostępnych danych statystycznych, ankiet wypełnianych przez pacjentów oraz niezależnych badań. Jest to oficjalne narzędzie Komisji Europejskiej, która ma zamiar prowadzić systematyczne oceny służby zdrowia w krajach członkowskich. Ocenia się m. in.: przestrzeganie praw pacjenta, czas oczekiwania na świadczenia medyczne, śmiertelność niemowląt, przeżywalność w przypadku chorób nowotworowych, zakres świadczeń gwarantowanych, działania profilaktyczne i dostępność do nowych leków – przekonuje dr Vytenas Andriukaitis, nowy europejski komisarz ds. zdrowia, rodem z Litwy.

Szybka ścieżka to polityczna ściema

Polska otrzymała wprost miażdżące oceny przede wszystkim z dostępności do leczenia. Co więcej, ocen tych nie poprawi w przyszłym roku nawet 9-tygodniowy pakiet onkologiczny, bowiem europejski standard wdrożenia terapii nowotworowej nie może przekroczyć 21 dni, kolejki na planowane operacje 90 dni, a na tomografię tylko siedem! Z terminami dla pacjentów jesteśmy w przysłowiowej czarnej dziurze.

W pierwszych dwóch tygodniach stycznia lekarze wydali, wg informacji Ministerstwa Zdrowia, ponad 15 tysięcy zielonych kart. To pokazuje skalę problemu i potrzeb, ale nie możliwości. „*To mi przypomina demonstrację pierwszomajową w PRL, kiedy wszystkie słuszne hasła były wyniesione, a my klepaliśmy siermiężną biedę*” – komentuje prof. Cezary Szczylik, wybitny onkolog z Wojskowego Instytutu Medycznego w rozmowie z „Medexpressem”. Może za wcześnie, by podsumowywać pakiet onkologiczny, ale wydaje się, że dużą część diagnostyki przerzuca się na duże ośrodki. Zdaniem prof. Szczylika, powinno się przeprowadzić program pilotażowy przynajmniej w dwóch NFZ: „biednym” i „bogatym”. A lekarzom pierwszego kontaktu przygotować listę placówek preferencyjnych, w których odbywałyby się badania. Lekarz POZ nie może kierować na wszystkie badania. Natomiast wysyłając do jakiegoś specjalisty, bo tak przewiduje pakiet, trafia na mur niemożności czasowej specjalistów, którzy już dziś są obłożeni – wlicza wady profesor.

Szybka ścieżka leczenia chorych na raka na prowincji stoi pod znakiem zapytania. Powód? Brak specjalistów, którzy mogliby zasiąść w konsyliach lekarskich. Fundusz ma rozwiązanie – proponuje przewozić pacjentów do dużych ośrodków medycznych. – *Jeśli szpital nie jest w stanie zwołać konsylium, powinien na własny koszt dostarczyć pacjenta do specjalistów w ośrodku onkologicznym i przywieźć go z powrotem, jeśli jest taka potrzeba* – podkreśla Krzysztof Tuczański, wiceprezes NFZ. Szpitale jednak zwracają uwagę, że zastosowanie nowego rozwiązania może się wiązać z trudnościami przy dokonywaniu rozliczeń przez placówki medyczne. NFZ za zorganizowanie konsylium płaci 5 pkt rozliczeniowych (czyli 260 zł). – *Nie wiadomo jednak, jak tę kwotę rozliczyć i komu świadczeniodawcy powinna ona zostać wypłacona* – zastanawiają się dyrektorzy szpitali powiatowych. NFZ nie ma wątpliwości. – *Zapłacimy temu świadczeniodawcy, u którego konsylium będzie się odbywało* – wyjaśnia Krzysztof Tuczański. Dodaje, że nie ma natomiast możliwości ustalania planu leczenia dla chorych tylko na podstawie dokumentacji medycznej.

To wymaga gruntownego remontu

Jedynki, czyli „szkolne pały”, dostaliśmy w raporcie EHCI m. in. za wysoką śmiertelność po udarach, niską przeżywalność nowotworów, gronkowcowych zakażeń MRSA opornych na metycylinę, zbyt mało operacji zaćmy i transplantacji nerek na milion mieszkańców, fatalną geriatryczną opiekę długoterminową oraz niewiele dializ wykonywanych poza kliniką. Prewencja nadciśnienia i palenia papierosów, szczepienia HPV (rak szyjki macicy) oraz śmiertelność na drogach uzupełniają nasze niedostateczne oceny. Właściwie to się nie ma z czego cieszyć! Dobrze oceniono szczepienie niemowląt. Ale młode matki już dawno do tego przywykły.

– *Od wielu lat dziwi nas brak skupienia polskiej polityki na opiece zdrowotnej i ewidentna bezradność w kwestii poprawy fatalnych warunków* – mówi dr Arne Björnberg, kierownik paneuropejskich badań EHCI. – *Trudno tłumaczyć słabe wyniki Polski kryzysem ekonomicznym, gdyż polska gospodarka jest w dobrej kondycji. Nie brakuje też przykładów do naśladowania wśród sąsiadów, żeby wymienić tylko Estonię, Łotwę i Czechy. Polska musi wziąć się w garść i zająć takimi kwestiami, jak niebezpiecznie długi okres oczekiwania na leczenie raka, zakażenia wewnątrzszpitalne, przywrócenie sprawiedliwości w służbie zdrowia, likwidacja anachronicznego zakazu aborcji i odbudowanie profilaktyki w leczeniu uzależnienia od tytoniu i alkoholu* – to tylko niektóre z luk wymagających wypełnienia.

A jak to robią najlepsi?

Holenderscy liderzy rankingu zawdzięczają swoją pozycję świadomym swoich praw pacjentom. Dystans pomiędzy pacjentami a pracownikami służby zdrowia sys-

tematycznie się tam skracają. Ustawodawstwo związane z prawami pacjenta, zaangażowanie w politykę dotyczącą opieki zdrowotnej, stało się w Europie czymś oczywistym. Z roku na rok systemy opieki zdrowotnej, często nieco opornie, otwierają się na pacjentów, biorą pod uwagę ich zdanie, uwagi i pomysły, co owocuje samoświadomością pacjenta. Nie chodzi tu tylko o opiekę zdrowotną, ale również inne pola nowoczesnego społeczeństwa. Dzięki temu pacjent może o wiele prościej niż kiedyś nawigować pomiędzy różnymi ofertami opieki zdrowotnej.

Portalom internetowym, zapraszającym pacjentów do porównywania jakości usług medycznych, już nie towarzyszy tam święte oburzenie medycznej konserwy, obrażonych luminarzy medycyny, niedowartościowanych związkowców. Wreszcie tych posiadaczy lekarskich dyplomów, których postęp w medycynie uwiera i rozleniwia, zamiast mobilizować.

Nie tylko kasa, ale szacunek się liczy

Po okresie względnej stabilizacji kadr lekarskich znów wzrasta popyt na ich pracę i życie za granicą. Falę lekarskiej emigracji, po akcesji do Unii Europejskiej, zatrzymała w latach 2006–07 roztropna decyzja władz o wzroście wynagrodzeń lekarzy. Dziś gotowość do wyjazdów znów powraca. Lubelska Izba Lekarska w 2014 r. wydała 78 zaświadczeń lekarzom o potwierdzenie uznania kwalifikacji zawodowych, umożliwiających podjęcie pracy w krajach Unii Europejskiej. To jest o ponad

15 zaświadczeń więcej niż przed rokiem. W 2011 r. tylko 41 osób uważało, że im będzie tam lepiej. Nie tylko wyższe zarobki, ale przede wszystkim krótszy czas pracy i ogromne możliwości rozwoju zawodowego kuszą polskich lekarzy. Także warunki pracy, gorsze w kraju niż za granicą, biurokracja, wymogi sprawozdawcze NFZ powodują, że lekarze tracą apetyt na oddanie się urokom wymarzonego zawodu.

W naszym uroczym kraju, ułatwienia i uproszczenia dostępu do opieki zdrowotnej są, niestety, wciąż postrzegane jako przyzwolenie na niemoralną konsumpcję w nadmiarze czegoś, co powinno pozostać ściśle ograniczone. To jest oklepane motto polskiej polityki, wypisane sympatycznym atramentem na partyjnych sztandarach od lewa do prawa. Przewrotna filozofia uszczelniania polskiego systemu ochrony zdrowia ląduje właśnie na europejskim śmietniku. Ale przyszłość wydaje się oczywista i okrutna dla opornych: pacjenci i konsumenci będą oczekiwać lepszego przepływu informacji, poszerzania wiedzy. Aby podejmować świadome decyzje i system rzeczywiście udoskonalać. Najlepsi według EHCI to właśnie ci Europejczycy, którzy kwestionują „stare, dobre” metody, nie boją się ich wywracać do góry nogami. Po prostu rozumieją, że zbiorowa mądrość nowoczesnego społeczeństwa jest niezwykle cenna, nie stanowi zagrożenia dla profesjonalistów ani nie jest uciążliwa.

Marek STANKIEWICZ

(przedruk z „Medicusa” nr 3/15)

WYNAGRODZENIA ZA DYŻURY – CZY LEKARZE STRACĄ?

Teraz szpitale mogą zaoszczędzić na wysokich opłatach za dyżury lekarskie. Ale jeśli to zrobią, będą mieć problem z organizacją pracy. Lekarze bowiem ostrzegają, że stracą chęć do ich pełnienia. To z kolei sparaliżuje pracę szpitali.

Listopadowa uchwała Sądu Najwyższego pozwoli wielu szpitalom zaoszczędzić wydatki na wynagrodzenia lekarzy. Mogą bowiem zaliczać im godziny pracy podczas dyżuru w poczet podstawowego etatu. Nie zapłacą więc za dyżury specjalnej stawki. Lekarz otrzyma za nie tylko takie dodatki, jak za nadgodziny. Placówki muszą jednak tak zorganizować pracę, aby mieć lekarzy w ciągu dnia i jeszcze obsadzić nimi dyżury medyczne. Ale jak?

– Jest to praktycznie niemożliwe jeżeli tych dyżurów powinno być więcej niż 3–4 w miesiącu, co wynika z przepisów o czasie pracy – uważa Krzysztof Bukiel, przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Wyjściem musiałby być tzw. równoważny system czasu pracy, połączony z pracą zmianową, ale tej propozycji przeciwnie jest środowisko lekarskie.

– To powoduje dezorganizację pracy oddziałów szpitalnych w ramach tzw. normalnej ordynacji – stwierdza szef OZZL.

– Chciałbym, abyśmy mieli świadomość, że kwestia rozliczania dyżurów lekarskich od wielu lat stanowiła przedmiot ożywionych sporów prawników, lekarzy i dyrektorów szpitali – podkreśla Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Przed uchwałą Sądu Najwyższego – przypomina – w identycznych sprawach zapadały rozbieżne orzeczenia w sprawie odpłatności za czas wolny udzielony lekarzowi po zakończeniu dyżuru.

– W tym sensie rola Sądu Najwyższego w ujednoliceniu wykładni przepisów jest nie do przecenienia. Ale nie będę ukrywał, że środowisko lekarskie liczyło na inną wykładnię – dodaje, choć zostawia sobie ostateczną oce-

nę do czasu przestudiowania argumentacji w pisemnym uzasadnieniu uchwały SN.

– *Ja zawsze uważałem, że czas wolny, ustawowo zagwarantowany lekarzowi po zakończonym dyżurze, powinien być płatny i nie powinien być sztucznie „księgowany” na poczet wynagrodzenia przysługującego za dyżur. Ze stanowiska Sądu Najwyższego zdaje się jednak wynikać wniosek odmienny – mówi Hamankiewicz.*

W kogo to uderzy?

Zdaniem szefa NRL, wyrok Sądu Najwyższego byłby łatwiejszy do zaakceptowania w kraju, w którym pracuje większa liczba lekarzy i gdzie są godziwe zarobki. – *Natomiast w Polsce, nawet jeśli szpital zaoszczędzi na płacy za dyżury, to dyrektorowi szpitala będzie ciężko znaleźć nowych lekarzy gotowych pełnić dyżury. Lekarz jest po prostu za mało – uważa Hamankiewicz.*

– *Dodatkowo, jeśli każdy dyżur uszczupla płacę zasadniczą, to trudno to uznać za czynnik motywujący do pełnienia dyżurów. Powstaje oczywiście pytanie: w kogo to uderzy? Pewnie, jak zwykle, w pacjenta – dodaje.*

Przed podobnymi skutkami wyroku ostrzega też Krzysztof Bukiel: – *Jeżeli uchwała będzie faktycznie stosowana, to spowoduje, że dyżury staną się znacząco mniej atrakcyjne pod względem finansowym. Co może spowodować, iż lekarze nie będą ich tak chętnie brać jak dotąd oraz częściej skorzystają z przysługującego im*

uprawnienia do limitu czasu pracy w tygodniu: maksymalnie 48 godzin z nadgodzinami (czyli z dyżurami). Jeżeli dyrektorzy zechcą skorzystać z możliwości obniżenia wynagrodzenia lekarzy, to może to zakłócić lub sparaliżować pracę szpitali.

Przewodniczący lekarskiego związku widzi jednak wyjście: sprawa może zostać rozwiązana w regulaminie wynagradzania lub regulaminie pracy szpitala, a nawet w indywidualnych umowach o pracę. Można w nich bowiem zawrzeć zapis, że godziny dyżuru nie są wliczane do normalnego czasu pracy. Nawet wówczas, gdy z powodu dyżuru norma czasu pracy nie jest wypracowana, a wynagrodzenie nie jest z tego powodu obniżane. – *Czyli, że wszystko pozostanie po staremu. Umowy indywidualne oraz postanowienia zakładowych regulaminów mogą być korzystniejsze dla pracownika, niż ogólne przepisy prawa pracy – podkreśla szef OZZL.*

Jest jeszcze inne wyjście

– *Nas ta uchwała nie dotyczy, bo my mamy lekarzy na kontraktach – mówi Marek Nadkaniec, radca prawny Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego w Krakowie. I takich systemów organizacji pracy w szpitalach jest coraz więcej.*

Bernadeta WASZKIELEWICZ

Źródło: „Służba Zdrowia”, 2 marca 2015

MÓZG CZŁOWIEKA – CYWILIZACYJNA ZAGADKA

Najmniej znany organ naszego ciała skutecznie skrywa przed nami tajemnice dotyczące zarówno swej ontologii jak i filogenezy. Poznanie choćby ich części nie tylko umożliwiłoby rozwikłanie zagadki starzenia mózgu i szeregu chorób neurodegeneracyjnych. Pozwoliłoby nam również zrozumieć zmiany, jakim podlega nieustannie w trwającej miliony lat ewolucji, i – może – przewidzieć ich kierunki.

Ontogeneza

Przed kilku laty dowiedziono, że mózg człowieka ulega w trakcie starzenia sporym zmianom degeneracyjnym, jakich nie obserwuje się u innych organizmów. Co ciekawe, są one bardziej nasilone w ludzkim mózgu niż u nawet bardzo bliskich nam ewolucyjnie szympanсів. U tych zwierząt objętość starzejącego się mózgu właściwie się nie zmienia. Nawet wyrafinowane metody badań z użyciem magnetycznego rezonansu jądrowego nie wykazały u szympanсів zmian atroficzných (zanikowych). U ludzi wręcz przeciwnie – nawet starzenie na drodze *successful aging*, czyli nieobarczone chorobami,

prowadzi do większej degeneracji mózgu niż u przedstawicieli świata zwierzęcego.

Mózg stanowi tylko 2% masy ciała, ale konsumuje aż 20% energii dostarczanej naszemu organizmowi. W ponad 65% składa się z wody, a tej z wiekiem w organizmie ubywa, tak więc im jesteśmy starsi, tym mniejsza objętość mózgu. Ale zmiany zanikowe to także wynik utraty neuronów. W starzejącym się mózgu zmniejsza się sieć neuronalna. Każdego dnia nawet o 10 tysięcy komórek! Ten proces może się zacząć już nawet u trzydziestoletniaków. Nie odczuwamy tego, ponieważ mózg jest plastyczny i potrafi się regenerować, kompensując straty. Tkanka glejowa, wspomagająca pracę mózgu, wypełnia niejako ubytki powstające po śmierci neuronów. Co ciekawe, opisywane w mózgu człowieka zmiany atroficzne pojawiają się wcześniej u mężczyzn (około czterdziestki) niż u kobiet i są bardziej rozległe.

Interesujące są przy tym obserwacje, także pochodzące z badań polskich stulatków (program Pol STu 2001), że wyższy stopień wykształcenia i aktywność poznawcza to czynniki nie tylko wydłużające życie, ale i ograni-

czające ryzyko zachorowania na choroby otępienne przez osoby starsze. Układ nerwowy, w tym mózg, zmienia się nie tylko w trakcie rozwoju i dorosłego życia, ale także wraz z postępującym starzeniem, czyli w ostatnich etapach naszej ontogenezy.

Zakładamy jednak obecnie, że prawidłowe działanie mózgu może być utrzymane nawet w bardzo zaawansowanym wieku dzięki skutecznym mechanizmom adaptacyjnym i kompensacyjnym. Podkreślić należy przy tym, że wynikiem starzenia jest raczej spowolnienie i pogorszenie, a nie radykalne obniżenie jakości funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego (szczególnie mózgu) u zdrowo starzejących się osób.

Filogeneza

Tak jak nasz mózg kurczy się pod koniec trwania życia osobniczego (ontogenezy), tak samo zmniejsza swoje rozmiary wraz z trwaniem naszej filogenezy (ewolucji) i rozwojem cywilizacji. Czyżby podobne trendy dotyczyły zmian w obrębie mózgowia zarówno w życiu jednostek, jak i gatunku *Homo sapiens*?

Przez 2 miliony lat ewolucji mózg stopniowo powiększał się. Od 20 tys. lat maleje. Skurczył się już o wielkość piłeczki tenisowej (jakieś 150 cm³). Prawdopodobnie ma na to wpływ rozwój cywilizacyjny i społeczny, bo u małp (nawet bliskich nam szympanów) mózg się nie zmniejsza.

Co ciekawe, zauważyliśmy, że rośnie mózdzek – odpowiedzialny za utrzymanie pionowej postawy ciała, równowagi, koordynację ruchu mięśni, a także uczenie się i mowę.

Co zatem powoduje, że mózg – decydujący o naszym człowieczeństwie – zmienia swe rozmiary w taki właśnie sposób? Badacze tego zagadnienia podkreślają nawet, że jeśli tendencja taka utrzyma się, to wkrótce (tak można powiedzieć w aspekcie zmian ewolucyjnych), za jakieś 20 tys. lat, nasz mózg może osiągnąć rozmiary ta-

kie, jak u naszego prymitywnego przodka – *Homo erectus* – żyjącego pół miliona lat temu.

Stopniowe zmniejszanie się mózgu człowieka próbuje się tłumaczyć na kilka sposobów. Podkreśla się przy tym, że mózg konsumuje aż 20% energii dostarczanej organizmowi, a stanowi tylko 2% masy ciała. Być może zredukowanie jego rozmiarów pozwoliłoby wykorzystać uzyskane w ten sposób zapasy energii do innych celów? Tym bardziej, że zmniejszenie się niektórych obszarów mózgu nie ma wpływu na efektywność ich działania.

Inne wyjaśnienia opierają się na obserwacjach dotyczących rozwoju naszej cywilizacji i naszej ewolucji kulturowo-cywilizacyjnej. Być może zmniejszanie się ludzkiego mózgu ma związek z rozwojem naszego życia społecznego i jest wynikiem zwiększenia tolerancji i ograniczenia agresji w interakcjach międzyludzkich. Rozwój cywilizacyjny usprawnia nasze funkcjonowanie i człowiek wkłada już mniej wysiłku w działania umożliwiające utrzymanie się przy życiu. Nasze poczucie bezpieczeństwa być może przekłada się na tak znaczącą redukcję mózgowia.

W jakim kierunku potoczy się historia *Homo sapiens* i naszego mózgu? Gdybyż to już dzisiaj było wiadomo... Ale zapewne łatwiej żyć, gdy uświadomimy sobie, że „*życie jest możliwym do zniesienia tylko dlatego, że nie wiemy, co nas czeka w przyszłości.*”

Dr n. med. Marek JURGOWIAK
Katedra Biochemii Klinicznej
Collegium Medicum UMK,
członek Rady Programowej „Primus”

AUTOR poleca Czytelnikom zainteresowanym ludzkim mózgiem książkę: Patricia S. Churchland „Moralność mózgu. Co neuronauka mówi o moralności” Copernicus Center Press. Kraków 2013 (to podróż po świecie najnowszych odkryć neuronauki, neurofilozofii i ewolucjonizmu).

(przedruk z „Primus” nr 8-9/14)

MITY NA TALERZU

Szpinaku nie trzeba gloryfikować, bo przyswajamy tylko 1% zawartego w nim żelaza. Pomidor w sałatce warto ochronić warstewką tłuszczu zanim wkroimy do niej ogórek, który zabierze witaminę C. Nie mijemy też złudzeń co do brązowego cukru – ma niewiele mniej kalorii niż jego biały odpowiednik.

Dobra wiadomość dla tych, których w dzieciństwie prześladowano szpinakiem. „*Szpinak od czasu do czasu należy zjeść, ale nie należy go gloryfikować, jako wspianego źródła żelaza*” – mówi dr hab. Małgorzata Drywień ze Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego. Produkty roślinne jako źródła żelaza zupełnie się nie sprawdzają. Podobna ilość żelaza, co w szpinaku, znajduje się w wołowinie, jednak z tego pierwszego przyswoimy go tylko 1%, a z wołowiny aż 20%.

Czy połączenie ogórka z pomidorem może stanowić niebezpieczną mieszankę dla naszego zdrowia? Zupełnie nie, jeśli tylko będziemy się z nimi odpowiednio obcho- dzili. Niektóre rośliny – w tym zielony ogórek – zawierają enzym, powodujący utlenianie i niszczenie witaminy C. Jeżeli więc kroimy do sałatki – bogate w witaminę C - paprykę czy pomidor, to należy je najpierw połączyć z odrobiną tłuszczu np. oliwą. Otoczy i ochroni przed enzymem warzywa. Dopiero potem można wkro-

ić ogórek, który tak ochronionemu pomidorowi nie zabierze witamin.

Dr Drywień zapewnia, że nie należy obawiać się łączenia ze sobą niektórych produktów. Nie ma sensu też stosować diet, które polecają jedzenie oddzielnie poszczególnych produktów. Jeśli jemy cokolwiek, to automatycznie pojawia się sygnał hormonalny i wytwarzane są odpowiednie enzymy, trawiące poszczególne produkty. „Dlatego nie ma fizjologicznego uzasadnienia, aby nie jeść różnych produktów w jednym posiłku. Wręcz przeciwnie. Są połączenia bardzo korzystne, w których jedne składniki wspierają wchłanianie drugich. Surowe owoce, warzywa jedzone z mięsem powodują, że witamina C zwiększa wchłanianie żelaza. Jeżeli dodamy mleko do kawy, wtedy wapń z mleka blokuje kwas szczawowy i zabezpiecza przed stratami wapnia w organizmie” – wylicza naukowiec.

Pij mleko będziesz wielki? Zgadza się, ale tylko w niektórych przypadkach. W naszej części świata, a także dla plemion wędrownych: Beduinów, Tuaregów, Nomadów, mleko jest podstawą wyżywienia. Jednak większość ludzi na świecie genetycznie nie jest przystosowana do trawienia laktozy, czyli nie może pić mleka. Wśród niektórych grup etnicznych nie może go spożywać 75% populacji, a czasem nawet 100%.

„Nie wytwarzają enzymu, który ten cukier trawi. Jest to większość mieszkańców Azji, całe Chiny, na Bliskim Wschodzie – Arabowie, Grecy cypryjscy, Żydzi Askenazyjscy, w Afryce mieszkańcy Nigerii, plemiona Hausa i Bantu oraz wszystkie grupy etniczne i rasy mieszkające w Ameryce Południowej i Północnej” – mówi dr Drywień.

Dobłą tolerancję laktozy wykazuje ok. 30% społeczeństwa na świecie. Do tej grupy należy przede wszystkim rasa kaukaska, wędrownie ludy afrykańskie, w Indiach mieszkańcy Pendżabu i New Delhi. „Mówi się, że z braku słońca u ludów, które zamieszkiwały tereny północne, organizm wytworzył zdolność do zwiększania przyswajalności wapnia z pożywienia m. in. poprzez spożywanie laktozy z mlekiem” – wyjaśniła rozmówczyni PAP.

Nie miejmy złudzeń co do brązowego cukru. Mikroskopijne pozostałości składników mineralnych może zawierać on wtedy, kiedy ma dodatek melasy. Jego kaloryczność też jest niewiele mniejsza od zwykłego białego cukru. Różnica to 3 kcal mniej w jednej łyżeczce. „Najważniejsza różnica jest w cenie. W dodatku niektórzy producenci, zachęcani popularnością cukru brązowego, po postu barwią biały cukier i nie ma on już nic wspólnego z cukrem nieocyszczonym” – mówi dr Drywień.

Za to spokojnie możemy pić herbatę z cytryną. Wbrew pojawiającym się czasami opiniom, nie jest ona aż tak bardzo szkodliwa. Taki pogląd wziął się stąd, że w liściach herbaty i herbacianych torebeczkach znajduje się aluminium. Można je jednak znaleźć we wszystkich produktach spożywczych, jest też w powietrzu i w wodzie pitnej. „Jeżeli do herbaty dodamy cytryny, to rzeczywiście wtedy więcej aluminium przechodzi do naparu. Ten efekt można zminimalizować, dodając cytrynę dopiero wtedy, kiedy już wyjmemy z niej liście herbaciane i torebkę. Jednak nawet jeśli tego nie zrobimy, to z herbatą możemy wypić najwyżej 1/50 aluminium spożywanego przez nas w ciągu tygodnia” – podkreśla dr Drywień.

(przedruk z „OSOZ – Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia” nr 10/14)

...CUM GRANO SALIS

Wszystkiego dobrego! (oprócz zdrowia)

Składanie życzeń „ZDROWIA” nie ma logicznego uzasadnienia. Deprecjonowanie i degradowanie zawodu zaufania publicznego, jakim nadal jest zawód lekarza, nie wyjdzie nikomu NA ZDROWIE.

Początkujący adwokat pochwalił się sukcesem zawodowym:

- Proces o miedzę, który ojciec prowadził przez 50 lat, udało mi się zakończyć na jednym posiedzeniu sądu!
- Ale dzięki przewlekłości postępowania nasza rodzina opływała w dostatek – skwitował stary mecenas.

Nie bez powodu przypominam tę brodatą anegdotę, bo choć mam w palestrze wielu przyjaciół, którzy raczą mnie dowcipami o konowalach, to lubię się odgryźć kauzyperdom twierdzącym, że lekarze POZ urządzają diagnostyczny tor przeszkód, by uciuć płatne punkty NFZ-u.

Cykliczna epidemia składania życzeń świątecznych i noworocznych już za nami. Jak wynika z pobieżnych obserwacji – najczęściej życzyliśmy zdrowia. To pożądane powszechnie dobro jest coraz mniej dostępne, a w wielu regionach wręcz niedostępne, za co obwinia się lekarzy z Porozumienia Zielonogórskiego. Zresztą każde porozumienie między lekarzami jest ewenementem, a dobrze rozumiana solidarność zawodowa, której nie ma – jest solą w oku rządzących. W niektórych przejawach życia gospodarczego i pod sztandarem urynkwienia narzuca się lekarzom status przedsiębiorcy, a w innych odmawia się zwykłych praw obywatelskich. Ewidentnym przykładem jest zakaz zatrudnienia w odrębnych podmiotach leczniczych świadczących usługi medyczne, bo podobno jest to konflikt interesów. Narusza to zasadę wolności wyboru miejsca pracy, która dotyczy wszystkich innych zawodów.

Proces legislacyjny toczący się z pominięciem opinii samorządu lekarskiego. Wyniki sejmowych głosowań nad ustawami dotyczącymi opieki zdrowotnej nie wróżą dla nas niczego dobrego. W sferach ustawodawczo-wykonawczych państwa w sposób niewytłumaczalny rośnie rzesza rzeczników zrównania zawodu lekarza z zawodami sektora produkcyjnego i handlowo-usługowego. Przyczyną jest propagowana przez

ministrów zdrowia teoria, że to lekarze są odpowiedzialni za niewydolność systemu, który wymaga uszczelnienia wskutek marnotrawienia publicznych pieniędzy. Wiadomo, że pacjenci nie marnują, więc automatycznie oskarżenie padło na lekarzy.

Równolegle do nieudolnie przeprowadzanej reformy opieki zdrowotnej, galopująco postępuje pauperyzacja lekarzy jako zbiorowości, a ratunkiem jest pracholizm.

Na przestrzeni lat konsekwentnie wprowadzono dyskryminację lekarzy pracujących poza placówkami, z którymi NFZ zawarł umowy o świadczenie usług zdrowotnych. Dokumentacja medyczna sporządzona przez tych lekarzy nie jest uznawana przez instytucje państwowe. Wprowadzono jakościowy podział na lekarzy i lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego.

Kolejne, wielokrotnie nowelizowane ministerialne przepisy, a zwłaszcza tzw. pakiet ustaw zdrowotnych byłej minister zdrowia, między innymi miały skrócić kolejki oczekujących na leczenie poprzez skierowanie do pracy większej liczby młodych lekarzy. Stąd pomysł likwidacji stażu podyplomowego oraz podwyższenie pensji dla rezydentów ponad poziom wynagrodzeń lekarzy specjalistów, co miało zapobiec emigracji zarobkowej absolwentów. Złośliwą kontrpropozycją był pomysł, aby skrócić ciężar do sześciu miesięcy, co w przyszłości zwiększy liczbę lekarzy o 33%, a tym samym skróci o 1/3 kolejki pacjentów. Zresztą już teraz na przykład na SOR-ach, czy w doraźnej diagnostyce radiologicznej, harują „wcześniaki w zawodzie”.

Oburzające jest to, że Trybunał Konstytucyjny przyjął wykładnię, że zła organizacja pracy szpitala = wina anonimowa (sic!), a błędy lekarskie (adeptom mogą się zdarzyć) są traktowane przez orzeczników jak zdarzenie medyczne. Nowa ustawa o prawach pacjenta, która miała zapewnić odszkodowania na drodze pozasądowej, jest chybiona w całości, bowiem orzeczenie komisji potwierdzające zaistnienie zdarzenia medycznego stanowi prelude do ubiegania się o wysokie kwoty w procesach cywilnych. Wobec rozstrzygnięć Trybunału dyrektorzy uprawiają „oszczędną” politykę kadrowo-płacową, zatrudniając najmłodszych, czyli najtańszych, więc mogą czuć się bezkarni przerzucając winę, kwoty odszkodowań na niedoświadczonych, młodych lekarzy. W interesie szpitala jest maksymalne „umocnienie” lekarza. Dlatego, wbrew deklaracjom

ministra zdrowia, ustawa działa opacznie i de facto jest wymierzona przeciwko lekarzom.

Nowa ustawa o prawach pacjenta, która miała zapewnić odszkodowania na drodze pozasądowej, jest chybiona w całości, bowiem orzeczenie komisji potwierdzające zaistnienie zdarzenia medycznego jest jedynie podstawą do ubiegania się o kosmiczne kwoty w procesach cywilnych. Dlatego – wbrew deklaracjom ministra zdrowia, który przygotował projekt tej ustawy – działa ona opacznie i jest wymierzona przeciwko lekarzom.

Wprawiające w osłupienie porady i oświadczenia rzecznika pacjentów, wygłaszane przy okazji lekarskiego protestu w sprawie recept i negocjacji lekarzy POZ, oraz groźby zastosowania kar, co najwyżej wywołują powszechną wesołość. Zresztą większość przepisów prawa medycznego z ostatnich lat zawiera obszerne katalogi kar dla lekarzy. Przykładem jest sprawozdawczość o odpadach medycznych, za której brak lekarze płacili po 10 tys. zł kary i dopiero Trybunał uznał to za bezprawie.

Ustawa dotycząca recept, tzw. refundacyjna, narzuciła lekarzom funkcję kontrolera legitymującego uprawnienia pacjentów. Od dwóch lat ma to ułatwiać bardzo kosztowny w skali kraju e-WUŚ, czyli elektroniczna weryfikacja uprawnień świadczeniobiorców, choć było wiadomo, że nieubezpieczonych, których w zagrożeniu zdrowia trzeba diagnozować i leczyć, jest ułamek procenta. Obawa lekarzy przed karami gwarantowanymi w ustawie refundacyjnej powodowała wystawianie recept na leki z pełną odpłatnością, co dało NFZ-owi nienależną „oszczędność” 3 mld złotych. Już dzisiaj więcej uwagi przywiązujemy do numeru pesel i kodu ICD-10 niż do nazwiska i pełnego rozpoznania choroby naszych pacjentów, bo omyłka w cyferkach może skutkować drakońską karą finansową nałożoną przez Narodowy Fundusz Zdrowia na lekarza i świadczeniodawcę.

Kolejna ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia z roku 2011, wprowadzająca obowiązek dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej, to kolejny bubel prawny, który już trzykrotnie był nowelizowany. Lekarze niepotrzebnie spędzają nad klawiaturą komputera połowę czasu, który powinien być poświęcony pacjentom, gdyż przepis wejdzie w życie dopiero w 2017 r. Autorka ustawy utrzymywała, że przez internet będzie można monitorować kolejkę do specjalisty lub umawiać się na wizytę. Kiedyś, bo dzisiaj nie widzę 80-letniej pacjentki śledzącej internetowo swoją pozycję na liście do geriatry.

Lekarze nie analizują konsekwencji nowych aktów prawnych. A szkoda, bo czekają nas niespodzianki. W orzeczeniu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z listopada 2014 r. stwierdzono, że „za pracę wykonywaną w ramach dyżurów medycznych dopełniają-

czą czas pracy lekarza przysługuje jedynie dodatek”. Lekarz nie zyska na tym, że odbierając obowiązkowy odpoczynek za dyżury, nie wypracuje godzin z umowy o pracę. Trudno się pogodzić z opinią, że praca obsługi na stacji benzynowej w porze nocnej to takie same godziny etatowe, jak na dyżurze lekarskim. Nieodzwonne dla prawidłowego rozwoju zawodowego cztery dyżury w miesiącu, zwłaszcza w specjalnościach zabiegowych, to więcej niż połowa etatowego czasu pracy, a z dodawania wynika, że na oddział trzeba będzie wpaść tylko na tydzień w miesiącu. Dotychczas brak uzasadnienia tego rozstrzygnięcia prawnego, ale można spodziewać się problemów z obsadzeniem dyżurów w niedalekiej przyszłości.

Prawnicy nie przyjmują do wiadomości, że absolwent medycyny, wybierając swoją drogę zawodową staje na rozdrożu: albo leczenie ambulatoryjne i wolne weekendy oraz święta, albo szpital i nocne dyżury.

Coś za coś. Na ogół jest to decyzja na całe życie i dla szpitalników oznacza sumaryczny wyrok, tj. dyżurową „odsiadkę” przez prawie dziesięć lat pozbawienia wolności i izolacji od rodziny. Tyle dyktuje kodeks karny za całkiem konkretną, umyślną i makabryczną zbrodnię. Różnimy się od grypsujących tylko tym, że decydując się na dyżury nasza wina jest nieumyślna, bo nie wiemy, co nas czeka. Interpretacja przepisów prawa bywa pokrętna. Tak było w orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego w sprawie dr Misia, który zapytał, czy za wieloletnią, ponadetatową pracę na dyżurach (inaczej: bezprawne, bez wyroku odosobnienie w zakładzie zamkniętym) należy mu się jakakolwiek rekompensata. Stwierdzono, że dyżurowanie, czyli nocna praca ponad godzinami etatowymi, jest dobrowolną fanaberią lekarzy szpitalnych i z tego tytułu nie należą się ani dodatkowe pieniądze, ani odpoczynek. Bo jak przyznać prawo do odpoczynku w odległym czasie od męczącego, wyczerpującego dyżuru? Wskaźniki tzw. nadumieralności lekarzy, w porównaniu do średniej populacyjnej, już dzisiaj znane samorządowi lekarskiemu, nie były brane przez Trybunał pod uwagę i oddalono roszczenia wielu tysięcy lekarzy.

Nie dopuszczam myśli, że werdykty są konstruowane z uwzględnieniem doraźnych potrzeb i oczekiwań rządzących, ale dyżury medyczne są planowane i narzucane przez pracodawcę, więc stanowią stałą składową pracy i miesięcznego wynagrodzenia. Dyżury to 2/3 całkowitego czasu pracy lekarzy szpitalnych, natomiast wynagrodzenie stanowi znaczącą część dochodów. W innych zawodach nie zobowiązuje się z miesięcznym wyprzedzeniem pracowników do ponadetatowych godzin.

Przejawem fiskalnego egalitaryzmu wszystkich zawodów jest rygor posiadania kasy fiskalnej, który będzie nas obowiązywał od 1 marca 2015 r. Minister finansów żąda, by na paragonie dokładnie wyszczegół-

nić nazwę usługi. Czasem po ustaleniu terminu operacji chory przychodzi do lekarza na rozmowę, która da mu wewnętrzny spokój, nadzieję na wyzdrowienie, po prostu: po otuchę. Po włączeniu kasy fiskalnej możemy być pewni, że zaufanie pacjenta do lekarza spadnie do wartości ujemnych nawet w skali Farenheita, zwłaszcza, że na paragonie musimy wpisać nazwę usługi: „płatna empatia”. Pocieszające może być tylko to, że tak jak nasi koledzy posługujący się kasami fiskalnymi: taksówkarze, kelnerzy, fryzjerzy, możemy mieć nadzieję na 5 złotych napiwku.

Fiskalizacja relacji pacjent – lekarz przypomina o regułach wolnego rynku, na którym lekarze nie potrafią jeszcze się odnaleźć. Gdy izba lekarska, powołując się na kodeksowy zapis o prawie pacjenta do leczenia zgodnie z aktualną wiedzą, zakwestionowała stosowanie preparatów homeopatycznych, natychmiast urząd kontroli konkurencji wszczął postępowanie przeciwko Naczelnej Radzie Lekarskiej, podnosząc argument o wolności gospodarczej, działaniu na szkodę producentów i dystrybutorów tych tzw. leków. Samorząd włożył kij w mrowisko, a konsekwencje tego przypomniaty, że poza etyką, powinnościami zawodowymi i bezinteresownością Judyma, jest jeszcze świat pieniądza, towaru, produkcji, klienta i biznesu. Wydawać by się mogło, że tylko niemądre przepisy utrudniają lekarzom etyczne wykonywanie zawodu, a okazuje się, że kolejną przeszkodą jest ekonomia! Głupcze!

Repetitorium z terminologii: towar to pacjent, produkcja to leczenie, im więcej towaru, tym większa kasa. Zatem kategorycznie należy stwierdzić, że bezmyślne składanie życzeń: ZDROWIA! – nie ma logicznego uzasadnienia, a wręcz wywołuje ewidentny konflikt interesów. Im więcej surowca (przepraszam: chorych), tym większa produkcja, a dotyczy to publicznej i prywatnej służby zdrowia. Idźmy dalej tokiem argumentacji urzędu ochrony konkurencji, który reprezentując lekarzy powinien wystąpić o delegalizację Komitetu Zwalczenia Palenia Tytoniu, zaskarżyć do Trybunału ustawę o wychowaniu w trzeźwości, wycofać ustawę o zakazie „śmieciovego” karmienia, itd. Z własnej inicjatywy i we własnym interesie możemy szerzyć hasła: „Częste mycie skraca życie”, „Sport to kaleństwo”, „Otyłość to rubensowski ideał”, „Piłeś? Jedź!”, „Nie piłeś, to się napij!”

Wdrożenie pełnej komercjalizacji świadczeń zdrowotnych przeplancuje lekarzy na biznesmenów, ale – wbrew samobójczym inklinacjom ustawodawcy – nie takie są oczekiwania społeczeństwa. Deprecjonowanie i degradowanie zawodu zaufania publicznego, jakim nadal jest zawód lekarza, nie wyjdzie nikomu NA ZDROWIE.

ROHATYŃSKI

(przedruk z „Pro Medico” nr 2/15)

CUKRZYCA – ZMIANA KRYTERIÓW

Dlaczego zmieniono kryteria rozpoznawania hiperglikemii u kobiet w ciąży?

Hiperglikemia jest najczęstszym zaburzeniem metabolicznym stwierdzanym u kobiet ciężarnych. Dotyczy ona nie tylko kobiet z wcześniej rozpoznaną cukrzycą typu 1 czy 2, ale też ciężarnych z po raz pierwszy

stwierdzoną w ciąży hiperglikemią. Wykazano bowiem, że nawet niewielkiego stopnia hiperglikemia, niespełniająca kryteriów rozpoznania cukrzycy, może mieć niekorzystny wpływ na wynik ciąży. Ze strony płodu najczęstszym powikłaniem jest makrosomia oraz niedojrzałość, częste urazy okołoporodowe matki i płodu, konieczność wykonania cięcia cesarskiego, a także hipoglikemia noworodka oraz ryzyko wewnątrzmacicznego obumarcia. Lista powikłań obejmuje też wady wrodzone, przedwczesny poród, zwiększoną okołoporodową umieralność noworodków, zaburzenia oddychania, nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą, stan przedrzucawkowy. Zwraca się także uwagę na wpływ hiperglikemii w ciąży na dalsze etapy rozwoju dziecka, tj. częstsze występowanie otyłości i cukrzycy typu 2 u dzieci matek z cukrzycą ciążową (GDM – gestational diabetes mellitus). U ciężarnej przebycie GDM wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwoju w przyszłości cukrzycy typu 2. W celu uniknięcia tych powikłań pacjentki z hiperglikemią w ciąży wymagają wczesnej i prawidłowej diagnostyki.

Dotychczasowe kryteria diagnostyczne cukrzycy ciążowej bazowały na zaleceniach WHO z 1999 r., które utworzono w oparciu o kryteria rozpoznania cukrzycy i stanu przedcukrzycowego w populacji ogólnej, a przez to w większym stopniu wykrywały zagrożenie cukrzycą po porodzie dla matek, niż ryzyko wystąpienia niekorzystnych wyników perinatalnych dotyczących dziecka. Tymczasem wiele badań wskazywało na liniową zależność między łagodną hiperglikemią a ryzykiem powikłań u płodu. Dlatego od wielu lat w literaturze zwracano uwagę na potrzebę opracowania nowych kryteriów diagnostycznych GDM, uwzględniających wzrost ryzyka powikłań płodowych już przy łagodnej hiperglikemii. Kamieniem milowym w badaniach nad hiperglikemią w ciąży było opublikowanie w 2008 r. wyników dużego badania klinicznego HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes), które miało odpowiedzieć na pytanie, czy hiperglikemia niespełniająca kryteriów rozpoznania cukrzycy GDM zwiększa ryzyko powikłań u noworodków.

Badanie obejmowało prawie 25 tys. kobiet w ciąży z 9 krajów, bez rozpoznanej wcześniej cukrzycy, oceniano

wpływ glikemii na czczo, po 1 i 2 godz. OGTT na ryzyko wystąpienia punktów końcowych. Wyniki badania wykazały, że wraz ze wzrostem glikemii zwiększa się ryzyko urodzenia dziecka o dużej masie ciała (>4000g), wystąpienia hiperinsulinemii lub hipoglikemii u noworodka, stanu przedrzucawkowego, konieczności wykonania cięcia cesarskiego w pierwszej ciąży oraz urazu okołoporodowego dziecka. Stwierdzono jednocześnie, że wartość progowa zmian w stężeniu glukozy oddziałujących na płód jest niższa, niż do tej pory uważano.

Badanie potwierdziło jednoznacznie, że już łagodna hiperglikemia, niespełniająca kryteriów rozpoznania cukrzycy stanowi ryzyko dla płodu, co sugeruje konieczność obniżenia progu rozpoznania dla GDM.

Wyniki tego badania zostały uwzględnione w najnowszych zaleceniach WHO z 2013 r. i w bazujących na nich w zaleceniach Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego na 2014 r., w których ustalono nowe kryteria rozpoznania oraz wprowadzono nowe nazewnictwo stanów hiperglikemii w ciąży.

Na podstawie wyników oznaczenia glukozy na czczo oraz doustnego testu tolerancji glukozy z obciążeniem 75 g glukozy (75 g OGTT), wg zaleceń WHO i PTD hiperglikemię pierwszy raz rozpoznaną w ciąży kwalifikujemy jako:

- cukrzyca w ciąży, jeżeli spełniony został co najmniej jeden warunek rozpoznania cukrzycy dla populacji ogólnej:
 - glikemia na czczo dwukrotnie ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l),
 - lub glikemia > 200 mg/dl (11,1 mmol/l) w 2 godz. OGTT 75 g,
 - lub glikemia przygodna ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) z towarzyszącymi objawami hiperglikemii;
- cukrzyca ciążowa (gestational diabetes mellitus – GDM), jeżeli co najmniej jeden z wyników uzyskanych w OGTT 75 g jest nieprawidłowy (przy czym wartości diagnostyczne są inne niż dla populacji ogólnej):
 - glikemia na czczo 92–125 mg/dl (5,1–6,9 mmol/l),
 - po 1 godz. ≥ 180 mg/dl (10,0 mmol/l),
 - po 2 godz. ≥ 153 –199 mg/dl (8,5–11,0 mmol/l).

Warto podkreślić, że podział na cukrzycę w ciąży i cukrzycę ciążową pojawił się również po raz pierwszy w obecnych zaleceniach. Dotychczas każde zaburzenie tolerancji węglowodanów stwierdzane po raz pierwszy w ciąży klasyfikowano jako cukrzycę ciążową, niezależnie od ciężkości stwierdzanych zaburzeń. GDM obej-

mowała więc zarówno przypadki rzeczywistej cukrzycy ciążowej, jak i wcześniej nierozpoznane przypadki cukrzycy typu 1, 2, czy cukrzycy o określonej przyczynie. Obecny podział pozwoli na wyodrębnienie, a tym samym lepszą opiekę nad pacjentkami z potencjalnie wyższym stopniem zagrożenia rozwojem powikłań u płodu.

Diagnostykę hiperglikemii należy przeprowadzić u każdej ciężarnej podczas pierwszej wizyty u ginekologa. Wstępna diagnostyka obejmuje wykonanie oznaczenia stężenia glukozy na czczo u ciężarnych bez czynników ryzyka. Za prawidłową glikemię uznajemy poziom <92 mg%. Ciężarną z glikemią na czczo przekraczającą 92 mg% kierujemy niezwłocznie na wykonanie doustnego testu tolerancji glukozy z obciążeniem 75 g glukozy (75 g OGTT). Natomiast kobietom w ciąży należącym do grupy ryzyka zalecono wykonanie od razu 75 g OGTT, a nie tylko oznaczenie glukozy na czczo. Do czynników ryzyka cukrzycy ciążowej zalicza się: ciąża po 35. roku życia, w wywiadzie porody dzieci o dużej masie ciała (>4000 g), urodzenie noworodka z wadą rozwojową, zgony wewnątrzmaciczne w wywiadzie, nadciśnienie tętnicze, nadwaga lub otyłość, rodzinny wywiad w kierunku cukrzycy typu 2, rozpoznanie cukrzycy ciążowej w poprzednich ciążach, wielorództwo.

Jeżeli nie stwierdzi się nieprawidłowych wartości glikemii na czczo lub w OGTT na tym etapie ciąży, kolejnym etapem diagnostycznym będzie wykonanie testu

tolerancji 75 g glukozy między 24. a 28. tyg. ciąży lub wcześniej, w momencie wystąpienia jakichkolwiek objawów mogących sugerować cukrzycę ciążową.

Test diagnostyczny 75 g OGTT przeprowadzany w ciąży powinien być trzypunktowy i obejmować oznaczenie glukozy z krwi żyłnej: na czczo, w 60 minucie oraz w 120 minucie po obciążeniu.

Celem leczenia wszystkich zaburzeń metabolizmu glukozy pozostaje nadal utrzymanie glikemii na poziomie stwierdzanym w ciąży fizjologicznej, dlatego bez zmian pozostały kryteria wyrównania glikemii w cukrzycy u kobiet w ciąży i cukrzycy ciążowej:

- na czczo i przed posiłkiem 60–90 mg/dl (3,3–5,0 mmol/l),
- glikemia maks. w 1 godz. po posiłku $<6,7$ mmol/l (120 mg/dl),
- glikemia między 2.00 a 4.00 rano ($>3,3$ mmol/l) (>60 mg/dl).

Częstość występowania cukrzycy ciążowej, rozpoznawanej wg dotychczasowych kryteriów, wahała się od 2 do 12% (dla populacji polskiej wg większości dostępnych danych utrzymywała się na poziomie 2–4%). Po wprowadzeniu nowych progów szacuje się, że leczenia hiperglikemii po raz pierwszy rozpoznanej w ciąży będzie wymagała nawet co piąta ciężarna.

Lek. Ewa CZUBAK

(przedruk z „Eskulapa Świętokrzyskiego” nr 1/15)

PROBIOTYKI – ZASTOSOWANIE W RÓŻNYCH SYTUACJACH KLINICZNYCH U DZIECI

Wprowadzenie

Probiotyki to żywe mikroorganizmy, które przyjęte w odpowiedniej ilości wywierają korzystny wpływ na zdrowie człowieka. Po raz pierwszy wpływ obecności konkretnych mikroorganizmów na stan zdrowia człowieka opisał w XX w. rosyjski mikrobiolog Ilia Miecznikow (1845–1916), laureat Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny w 1908 r.), który zwrócił szczególną uwagę na bakterie spożywane w produktach mlecznych. Jego porównanie populacji kaukaskiej i bałkańskiej stało się podstawą teorii o roli spożycia jogurtu – jako istotnym elemencie wpływającym na długość życia członków badanych populacji.

Obecnie wśród probiotyków wyróżnia się żywność funkcjonalną oraz probiotyki farmaceutyczne. Do żywności funkcjonalnej zalicza się produkty mleczne zawierające specyficzne gatunki bakterii mlekowych oraz drożdży. Probiotyki farmaceutyczne są wyrobami medycznymi o wystandaryzowanym składzie oraz potwierdzonej skuteczności klinicznej. Obecnie na rynku dostępnych jest wiele produktów dla dzieci i osób dorosłych, zawierających różne gatunki bakterii probiotycznych. Znajdują

one zastosowanie zarówno w profilaktyce, jak i leczeniu pomocniczym wielu chorób.

W warunkach fizjologicznych przewód pokarmowy człowieka jest skolonizowany przez mikroorganizmy komensalne. Największa ich ilość występuje w jelicie grubym, gdzie osiąga liczbę ok. 10^{14} i tym samym stanowi 10-krotność wszystkich komórek organizmu człowieka. Proces kolonizacji przewodu pokarmowego rozpoczyna się tuż po narodzinach i jest zależny od sposobu porodu. U noworodków urodzonych drogą cięcia cesarskiego początkowo dominują gatunki z rodzajów *Staphylococcus* oraz *Propionibacterium*, pochodzące ze skóry matki, natomiast w wyniku porodu naturalnego dochodzi do kolonizacji i rozwoju bakterii z rodzajów *Lactobacillus* i *Prevotella*, które wchodzi w skład flory fizjologicznej pochwy. Różnice w składzie flory fizjologicznej przewodu pokarmowego zanikają ok. 2–3 r.ż. dziecka, wraz z przejściem na dietę stałą (1).

W skład flory fizjologicznej przewodu pokarmowego wchodzi ok. 1000–1500 gatunków bakterii. Do najczęściej izolowanych typów należą: *Firmicutes* (rodzaje: *Clostridium*, *Ruminococcus*, *Eubacterium*, *Dorea*, *Pep-*

tostreptococcus, *Peptococcus*, *Lactobacillus*) – 30,6–83%; *Bacteroidetes* (rodzaj: *Bacteroides*) – 8–48%; *Actinobacteria* (rodzaje: *Bifidobacterium*, *Proteobacteria*) – 0,7–16,7%. Występowanie konkretnych gatunków jest zależne od czynników osobniczych organizmu gospodarza oraz ulega zmianie w trakcie jego życia (2).

Rola flory fizjologicznej

Flora fizjologiczna przewodu pokarmowego jest niezbędna do prawidłowego przebiegu procesu trawienia i wchłaniania substancji pokarmowych.

Bakterie komensalne odpowiadają za proces fermentacji niestrawionych resztek pokarmowych oraz śluzu produkowanego przez komórki nabłonka. W wyniku przemian beztlenowych węglowodanów powstają krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe, które stanowią główne źródło energii dla kolonocytów. Obecnie coraz częściej podkreśla się rolę tych kwasów – octanu, maślanu i fumaranu – w przebiegu procesów różnicowania się komórek nabłonka przewodu pokarmowego. Wykazano, iż stymulują one proliferację oraz różnicowanie komórek w obrębie jelita cienkiego, jak też jelita grubego (3). Maślan może ponadto zmieniać fenotyp komórek z neoplastycznego na nieneooplastyczny, hamuje również proliferację i stymuluje apoptozę komórek raka okrężnicy. Przeciwnowotworowe właściwości maślanu wyrażają się także w postaci ekspresji genów odpowiedzi stresowej oraz hamowania cyklooksygenazy-2 (2).

Mikroflora jest odpowiedzialna również za beztlenowe przemiany białek, w wyniku których dochodzi do powstawania kwasów tłuszczowych, amoniaku, fenoli, tioli oraz indoli.

W kątnicy bakterie komensalne biorą udział w syntezie witamin, przede wszystkim witaminy K, absorpcji wapnia, magnezu i żelaza.

Wykazano, iż w zależności od składu flory fizjologicznej przewodu pokarmowego występuje zmienna zdolność do absorpcji energii ze spożytego pokarmu.

Obserwowano, że podanie ludziom z zespołem metabolicznym flory fizjologicznej osobników szczupłych powodowało obniżenie poziomu trójglicerydów we krwi. Wynika to prawdopodobnie z mniejszej zdolności do odzyskiwania energii z pożywienia, co warunkowane jest innym składem bakteryjnym flory fizjologicznej u osób szczupłych (1). Obecność flory fizjologicznej zapobiega ponadto rozwojowi zakażenia poprzez hamowanie zasiedlania przewodu pokarmowego przez bakterie patogenne.

Ze względu na obecność tkanki limfatycznej przewodu pokarmowego – GALT (ang. *gut associated lymphoid tissue*), flora fizjologiczna odgrywa znaczącą rolę w procesach immunologicznych. Pod wpływem bakterii komensalnych dochodzi do stymulacji komórek wchodzących w skład GALT, co umożliwia jej prawidłowy rozwój. Udowodniono, iż myszy pozbawione flory fizjologicznej

wykazują niedorozwój węzłów chłonnych krezki, limfocytów śród nabłonkowych oraz grudek chłonnych jelita, a nawet centrów rozmnażania w śledzionie i obwodowych węzłach chłonnych. Prawidłowa flora jelitowa, poza stymulacją GALT, pobudza także syntezę sekretorycznych IgA oraz wpływa na utrzymanie ścisłych połączeń między komórkami nabłonka jelitowego, co powoduje zmniejszenie przepuszczalności ścian jelita. Jak dotąd nieznany jest dokładny mechanizm działania immunomodulującego bakterii komensalnych, jednak zidentyfikowano gatunki bakterii o potencjalnym działaniu przeciwwzapalnym (4). Oprócz *Lactobacillus spp.* i *Bifidobacterium spp.* takie właściwości mają także niepatogenne gatunki z rodzaju *Clostridium* oraz *Bacteroides fragilis*. Wykazano, iż dysbioza (nieprawidłowa flora jelitowa) u noworodków poprzedza powstawanie reakcji nadwrażliwości u dzieci, gdyż rozwój alergii w młodym wieku jest związany ze zmniejszonym poziomem *Lactobacillus spp.* oraz *Bifidobacterium spp.* w przewodzie pokarmowym (1).

Zastosowanie probiotyków

Probiotyki w schorzeniach przewodu pokarmowego

Probiotyki znajdują szerokie zastosowanie w terapii chorób przewodu pokarmowego. Szczególnie podkreśla się ich rolę w profilaktyce oraz leczeniu biegunki o etiologii wirusowej u dzieci.

Preparatem wykazującym znaczną skuteczność kliniczną w profilaktyce szpitalnej biegunki rotawirusowej są szczepy *Lactobacillus GG*, których działanie zostało potwierdzone także w niektórych przypadkach profilaktyki biegunek bakteryjnych. Niestety, jak dotąd nie udało się określić dokładnego mechanizmu działania *Lactobacillus GG*. Wśród hipotetycznych teorii rozważa się możliwość syntezy związków przeciwbakteryjnych przez te bakterie probiotyczne, kompetencyjną inhibicję adhezyn bakterii patogennych, konkurencję o związki niezbędne do wzrostu, modyfikację toksyn bakteryjnych oraz działanie stymulujące na układ odpornościowy. Mimo potwierdzonej skuteczności preparatów zawierających *Lactobacillus GG*, nie ma określonej, zalecanej dawki probiotyku, co powoduje, iż wyniki badań prowadzonych przez różne ośrodki są trudne do porównania. Jednak w sytuacji niskiej skuteczności szczepionek przeciw rotawirusom, terapia za pomocą probiotyków stanowi istotną alternatywę profilaktyki biegunki rotawirusowej. Ocenia się, iż szczepy *Lactobacillus GG* są skuteczne także w leczeniu biegunki poantybiotykowej, wynikającej z zaburzeń składu flory jelitowej (5).

Przeprowadzono również liczne badania nad zastosowaniem probiotyków w leczeniu zaparć czynnościowych u dzieci. Jak dotąd nie uzyskano jednoznacznych wyników dotyczących skuteczności preparatów i sugeruje się przeprowadzenie dalszych badań w celu oceny działania konkretnych szczepów (6).

Jednocześnie zastosowanie terapii łączonej za pomocą laktulozy oraz probiotyków nie powodowało wystąpienia statystycznie istotnego zwiększenia częstości działań niepożądanych w porównaniu do grupy leczonej tylko za pomocą laktulozy (7).

Do częstych schorzeń autoimmunologicznych przewodu pokarmowego u dzieci zaliczane są nieswoiste zapalenia jelit (IBD). W obrębie IBD wyróżnia się chorobę Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego (*colitis ulcerosa*). Wykazują one znaczne odrębności zarówno w stosunku do miejsca występowania zmian zapalnych, jak i głębokości ich penetracji. Jednak w przypadku obu chorób dochodzi do zaburzeń składu flory jelitowej. W związku z tym sugeruje się korzystny wpływ probiotyków na przebieg choroby i potencjalne złagodzenie dolegliwości występujących u chorego. Uważa się, iż podanie probiotyków wpływających korzystnie na skład flory fizjologicznej jelita przyczynia się do leczenia IBD zarówno w postaci lekkiej, jak i w ciężkich przypadkach (8).

Probiotyki w profilaktyce zakażeń górnych dróg oddechowych

Skuteczność probiotyków w zapobieganiu zakażeń dróg oddechowych (GDO) oceniono w badaniu randomizowanym, z podwójnie ślepą próbą, na grupie w wieku przedszkolnym (3–6 lat), spośród której 57 dzieci otrzymywało przez okres 6 miesięcy preparat probiotyczny zawierający: $1,25 \times 10^{10}$ JTK (jednostki tworzące kolonie) szczepów *Lactobacillus acidophilus* CUL21 (NCIMB30156), *L. acidophilus* CUL60 (NCIMB 30157), *Bifidobacterium bifidum* CUL20 (NCIMB 30153), *B. animalis* subsp. *lactis* CUL34 (NCIMB 30172), z dodatkiem witaminy C (50 mg). Stwierdzono wyraźny (33% $P=0,002$) spadek częstości występowania infekcji GDO w porównaniu do grupy otrzymującej placebo. Zaobserwowano wyraźne skrócenie okresu objawowego, wartość MD (mean difference) wyniosła -21, 0, CI: -35,9, -6,0, ($P 0,006$), odnotowano także skrócenie okresu absencji w placówkach przedszkolnych – średnio o 30% ($P=0,007$). Okres, w którym konieczne było stosowanie antybiotyków, leków przeciwbólowych i/lub przeciwkaszlowych, a także medykamentów donosowych był również krótszy w grupie otrzymującej probiotyki (MD: -6.6, 95% CI: -12.9, -0.3, $P=0.040$) (9).

Probiotyki w profilaktyce chorób alergicznych

Schorzenia alergiczne układu oddechowego oraz skóry dotyczą rosnącej liczby pacjentów, w tym w szczególności dzieci. Stale podejmowane są próby poprawy stanu zdrowia poprzez zastosowanie m. in. bakterii probiotycznych.

Yang i wsp. opisali wyniki badań skuteczności probiotyków w leczeniu atopowego zapalenia skóry u dzieci. W randomizowanym, podwójnie zaślepionym badaniu uczestniczyło 100 dzieci, równomiernie alokowanych

do grupy poddanej interwencji i grupy placebo. Badanie poprzedzono dwutygodniowym okresem, w którym pacjenci nie stosowali doustnych antyhistaminików, nie używali leków na skórę (inhibitory kalcyneuryny, glikokortykosteroidy), emolientów ani preparatów zawierających probiotyki. Badaniem objęto dzieci w wieku 2–9 lat, z łagodnym do umiarkowanego atopowym zapaleniem skóry. Okres interwencji wyniósł 6 tygodni, w którym pacjenci otrzymywali preparat zawierający 1×10^9 JTK mieszaniny probiotycznych szczepów bakterii o składzie: *L. casei*, *L. rhamnosus*, *L. plantarum* oraz *B. lactis*. Po zakończeniu okresu interwencji u pacjentów, którzy ukończyli protokół badania (37 osób w grupie poddanej interwencji, 34 osoby w grupie placebo) wykonano pomiary ilości bakterii probiotycznych poszczególnych gatunków w próbkach kału oraz poziom cytokin (IL-4, IL-10, TNF- α). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w poziomie cytokin w obrębie badanych grup. Badacze zauważyli istotny wzrost liczby bakterii probiotycznych w próbkach pacjentów otrzymujących probiotyki. Autorzy badania konkludują te wyniki stwierdzeniem, że zastosowanie bakterii probiotycznych nie wpłynęło istotnie na poziom cytokin prozapalnych ani na obraz kliniczny atopowego zapalenia skóry, przy jednoczesnej skutecznej kolonizacji przewodu pokarmowego przez bakterie probiotyczne, w szczególności przez *L. rhamnosus* (wzrost 514-krotny), a także *B. lactis* i *L. casei* (wzrost ~100-krotny) (10).

Wyniki tych badań są zbieżne z wynikami metaanaliz, które wskazują na brak lub nie dają jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy probiotyki wykazują działanie immunostymulacyjne, mające odzwierciedlenie w poprawie obrazu klinicznego pacjentów z AZS. Wynika to prawdopodobnie z kilku powodów – m. in. małej liczebności badanych grup, zróżnicowanego, zwykle krótkiego, czasu trwania interwencji, zastosowania różnych szczepów bakteryjnych, a także zróżnicowania protokołów badawczych (11,12).

Jednocześnie liczne gremia naukowe i klinicyści podają, że nie należy wątpić w skuteczność bakterii probiotycznych w leczeniu wspomagającym i/lub zapobieganiu różnym schorzeniom u dzieci, a także w ich pozytywne właściwości immunomodulacyjne (13,14,15).

Preparaty zawierające szczepy bakterii probiotycznych dostępne są w aptekach, punktach aptecznych oraz w sklepach zielarsko-medycznych. Wśród ich szerokiej gamy znajdują się preparaty zawierające jeden lub kilka gatunków mikroorganizmów, głównie bakterii, ale także grzybów jednokomórkowych, np. *Saccharomyces boulardii*. Na rynku dostępne są preparaty mające w składzie od 1 do nawet 10 gatunków bakterii.

Varia

Obecnie prowadzi się wiele badań oceniających wpływ probiotyków na proces detoksykacji organizmu. Zaobserwowano, iż bakterie i grzyby probiotyczne mają zdol-

ność do akumulacji ksenobiotyków, takich jak mykotoksyny oraz metale ciężkie. Takie właściwości probiotyków wiąże się z ich potencjalnym szerokim zastosowaniem w leczeniu zatruc, a także w zapobieganiu akumulacji szkodliwych substancji pochodzących z wysokoprzetworzonego pożywienia, które jest powszechnie obecne na rynku (16,17).

Podsumowanie

Obecnie wiąże się duże nadzieje z zastosowaniem preparatów probiotycznych. Potencjalnie wielokierunkowy mechanizm działania bakterii komensalnych powoduje, iż probiotyki znajdują zastosowanie nie tylko w leczeniu chorób przewodu pokarmowego, ale także alergicznych i autoimmunologicznych. Zmienne wyniki badań oceniających skuteczność probiotyków wynikają w dużej mierze z różnorodności badanych szczepów bakteryjnych oraz znacznych różnic w podawanych dawkach.

Jednocześnie preparaty probiotyczne są wysoce bezpieczne i wiążą się z niewielką liczbą działań niepożądanych.

PIŚMIENNICTWO:

- (1) Strzępa A, Szczepanik M. Wpływ naturalnej flory jelitowej na odpowiedź immunologiczną. *Postępy Hig Med Dośw* 2013; 67: 908-920
- (2) Serban DE. Gastrointestinal cancers: Influence of gut microbiota, probiotics and prebiotics. *Cancer Lett* 2014; 345: 258-270.
- (3) Guarner E, Malagelada JR. Gut flora in health and disease. *Lancet* 2003; 360(9356): 512-519.
- (4) Dogia CA, Galdeano M, Perdígón G. Gut immune stimulation by nonpathogenic Gram(+) and Gram(-) bacteria. Comparison with a probiotic strain, *Cytokine* 2008; 41 (3): 223-231.
- (5) Szajewska H, Kotowska M i wsp. Efficacy of *Lactobacillus GG* in prevention nosocomial diarrhea in infants. *J Pediatr* 2001; 138 (3):361-365.
- (6) Chmielewska A, Szajewska H. Systematic review of randomised controlled trials; Probiotics for functional constipation. *World J Gastroenterol* 2010; 16 (1): 69-75.
- (7) Sadeghzadeh M, Rabieefar A i wsp. The effect of probiotics on childhood constipation: a randomized controlled do-

uble blind clinical trial, *Int J Pediatr* 2014; 2014: 937212. doi: 10.1155/2014/937212. Epub 2014 Apr9.

(8) Reiff C, Kelly D. Inflammatory bowel disease, gut bacteria and probiotic therapy. *Int J Med Microbiol* 2010; 300: 25-33.

(9) Garaiova I, Muchova J i wsp. Probiotics and vitamin C for the prevention of respiratory tract infections in children attending preschool: a randomised controlled pilot study. *Eur J Clin Nutr.* 2014 Sep 10. doi: 10.1038/ejen.2014.174, Epub ahead of print.

(10) Yang HJ, Min TK i wsp. Efficacy of probiotic therapy on atopic dermatitis in children: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Allergy Asthma Immunol Res* 2014, 6(3): 208-215.

(11) van der Aa LB, Heymans HS i wsp. Probiotics and prebiotics in atopic dermatitis: review of the theoretical background and clinical evidence. *Pediatr Allergy Immunol* 2010, 21: e355-e367.

(12) Lee J, Seto D, Bielory L. Meta-analysis of clinical trials of probiotics for prevention and treatment of pediatric atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2008; 121: 116-121. doi: 10.1016/j.jaci.2007.10.043.

(13) Caffarelli C, Santamaria F i wsp. Progress in pediatrics in 2013: choices in allergology, endocrinology, gastroenterology, hypertension, infectious diseases, neonatology, neurology, nutrition and respiratory tract illnesses. *Ital J Pediatr* 2014; 40: 62. doi: 10.1186/1824-7288-40-62.

(14) Nieto A, Wahn U i wsp. Allergy and asthma prevention 2014. *Pediatr Allergy Immunol* 2014; doi: 10.1111/pai.12272. Epub ahead of print.

(15) Alvarez-Calatayud G, Perez-Moreno J i wsp. Aplicaciones clinicas del empleo de probióticos en pediatría. *Nutr Hosp* 2013; 28 (3): 564-574.

(16) Urban PL, Kuthan RT. Application of probiotics in the xenobiotic detoxification therapy; *Nukleonika* 2004; 49(Suppl. 1): S43 S45.

(17) Bezirtzoglou E, Stavropoulou E. Immunology and probiotic impact of the newborn and young children intestinal microflora. *Anaerobe* 2011; 17 (6): 369-374.

dr n. med. Robert KUTHAN, rkuthan@yahoo.com
Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej,
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie,
Zakład Mikrobiologii Lekarskiej

(przedruk z „Lek w Polsce” nr 10/14)

SAMOLECZENIE W STANACH NADMIERNEGO NAPIĘCIA NERWOWEGO

Wprowadzenie

Stany nadmiernego napięcia nerwowego są obecnie coraz powszechniejszym problemem – szacuje się, że w samych tylko Stanach Zjednoczonych cierpi na nie ok. 6,8 mln ludzi [1]. Do najbardziej charakterystycznych objawów należą m.in.:

- nadmierne pobudzenie psychiczne,
- niepokój,
- rozdrażnienie,
- lęk,

- rozkojarzenie,
- nadwrażliwość na bodźce zewnętrzne,
- zaburzenia snu,
- bóle głowy,
- drżenia,
- niekontrolowane pocenie się,
- napięcie i bóle mięśniowe.

Konsekwencje przewlekłe utrzymującego się napięcia nerwowego mogą być bardzo poważne i obejmują m.in. zwiększone ryzyko chorób sercowo-naczyniowych.

niowych i mózgowo-naczyniowych. Stany nerwiczne wymagają zatem odpowiedniego leczenia, obejmującego ustalenie przyczyny, pomoc psychologiczną, ale niekiedy także długotrwałą farmakoterapię. Stosowanie konwencjonalnych leków uspokajających (*sedativa*) i przedwiekowych (*anxiolytica*), takich jak benzodiazepiny, pochodne cyklopirolonu (zopiklon), czy pochodne imidazolopirydyny (zolpidem), poza znacznymi kosztami obciążone jest również licznymi działaniami niepożądanymi (otępienie, zaburzenia seksualne, myśli samobójcze, uzależnienia i in.). W związku z tym w ostatnich latach systematycznie wzrasta zainteresowanie naturalnymi, dostępnymi bez recepty lekami uspokajającymi i przedwiekowymi [2,1].

Leki OTC i suplementy diety stosowane w stanach napięcia nerwowego

Na rynku dostępne są liczne leki OTC i suplementy diety, które są przeznaczone do stosowania w stanach nadmiernego napięcia nerwowego. To preparaty proste lub złożone (tabletki, zioła do zaparzania, nalewki, syropy), a ich skład oparty jest najczęściej na naturalnych wyciągach z roślinnych surowców leczniczych.

W monoterapii wykorzystuje się przede wszystkim ekstrakty z kozłka lekarskiego i dziurawca, natomiast ekstrakty z melisy, chmielu, lawendy, rumianku, głogu, męczennicy, zielonej herbaty, lukrecji, serdecznika, czy lipy występują zazwyczaj w preparatach złożonych.

Popularnymi komponentami tego typu leków i suplementów są także aminokwasy (tryptofan, lizyna), wybrane mikroelementy (magnez) i witaminy (przede wszystkim z grupy B). Preparaty te uchodzą za bezpieczne i nieuzależniające, o łagodnym działaniu uspokajającym i nasennym. Zawarte w nich wyciągi roślinne mają natomiast w większości przypadków długą tradycję stosowania i coraz lepiej udokumentowaną skuteczność, potwierdzoną wynikami badań z udziałem zwierząt i ludzi [2,1].

Surowce roślinne

Kozłek lekarski (Valeriana officinalis)

Kozłek lekarski jest najpopularniejszym surowcem roślinnym, najdłużej stosowanym w leczeniu stanów napięcia nerwowego – jego właściwości znane były już w starożytnej Grecji i Rzymie, a pisali nim m.in. Dioskurides, Hipokrates i Pliniusz Starszy.

Surowcami farmaceutycznymi są korzeń i kłącze kozłka, bogate w irydoidy o charakterze estrów (tzw. walepotriaty – waltrat, dihydrowaltrat, acetowaltrat) oraz – warunkujący charakterystyczny zapach – olejek (zawierający m.in. seskwiterpenowe estry kwasu walerianowego i izowalerianowego z eugenolem, borneolem i izoeugenolem). Waleriana jest powszechnie stosowana jako środek łagodnie uspokajający, zarówno pojedynczo, jak i w kombinacji z innymi surowcami roślinnymi (meli-

sa, męczennica, chmiel i in.), w postaci tabletek, syropów, nalewek i herbatek [3].

Efekt uspokajający przypisuje się zazwyczaj składnikowi olejku, chociaż prawdopodobnie do uzyskania pożądanego efektu niezbędne jest synergiczne działanie całego surowca.

Substancje obecne w ekstraktach z kozłka lekarskiego działają sedatywnie (walepotriaty, kwas walerianowy) i przeciwlękowo (kwas walerianowy), poprzez oddziaływanie na system GABA-ergiczny w sposób zbliżony do benzodiazepin.

Badania z udziałem szczurów wykazały, że ekstrakty z kozłka (w dawce 3 ml/kg) i sam kwas walerianowy (w dawce 3 mg/kg) działają przeciwlękowo i wydłużają czas przebywania zwierzęcia w uniesionym labiryncie krzyżowym [4].

Działanie anksjolityczne wyciągów z kozłka lekarskiego u ludzi również znalazło potwierdzenie w kilku badaniach klinicznych, zarówno z udziałem pacjentów ze zdiagnozowanymi zaburzeniami lękowymi (50 mg 3 razy dziennie przez 4 tygodnie), jak i zdrowych ochotników, poddanych działaniu stresu w warunkach laboratoryjnych (600 mg dziennie przez 7 dni). W przypadku osób chorych, po kuracji walerianą stwierdzono spadek lęku mierzonego w skali Hamiltona, natomiast u osób zdrowych obserwowano obniżenie ciśnienia skurczowego, spowolnienie tętna i zmniejszenie subiektywnie odczuwanego poziomu stresu [5].

Waleriana jest również skuteczna w zwalczaniu bezsenności, często towarzyszącej stanom napięcia nerwowego. W licznych badaniach z udziałem ludzi potwierdzono, że przyjmowanie wodnych ekstraktów kozłka lekarskiego w dawkach 400–900 mg jednorazowo skraca czas latencji snu (czas zasypiania) oraz poprawia jego jakość. Pozytywny wpływ przyjmowania waleriany odnotowywano niekiedy już po przyjęciu pojedynczej dawki, chociaż u pacjentów ze zdiagnozowaną bezsennością lepsze efekty dawały wielokrotne dawki (600 mg), przyjmowane przez kolejne 14 dni. Skuteczność wyciągów z kozłka lekarskiego w dawce 600 mg jest porównywalna nawet ze skutecznością oksazepamu w dawce 10 mg (badanie na grupie 202 pacjentów ze zdiagnozowaną bezsennością), wywołując przy tym zdecydowanie mniej działań niepożądanych.

Zaobserwowano również, że działanie nasenne waleriany dotyczy przede wszystkim osób, które we własnej ocenie mają problemy ze snem, bez efektu nadmiernej senności u pacjentów, którzy nie mają takich zaburzeń [5].

Stosowanie ekstraktu z kozłka lekarskiego w dawce 800 mg łagodzi ponadto objawy zespołu niespokojnych nóg [6].

Melisa lekarska (Melissa officinalis)

Surowcem wykorzystywanym w lecznictwie już od czasów starożytnych – ze względu na właściwości uspo-

kajające, nasenne, rozkurczowe i przeciwbakteryjne – jest także liść melisy lekarskiej. Surowiec zawiera olejek eteryczny (z nadającym mu charakterystyczny, cytrynowy zapach cytralem oraz linalolem i cytronelem), garbniki, gorycze, fenolokwasy (głównie kwas kawowy, rozmarynowy i ferulowy), związki triterpenowe i śluz [3].

W badaniach z udziałem szczurów stwierdzono, że doustne podawanie wyciągów alkoholowych z melisy wywołuje efekt przedwiekowy, porównywalny z diazepamem, związany najprawdopodobniej ze zwiększaniem stężenia kwasu GABA w centralnym układzie nerwowym.

Zaobserwowano również efekt przeciwdepresyjny melisy, jednak znacznie słabszy od efektu uzyskanego przy podawaniu fluoksetyny [71].

Istnieją ponadto liczne dane wskazujące na skuteczność wyciągów z melisy w łagodzeniu objawów zaburzeń nerwowych u ludzi. Wyciągi hydroalkoholowe z jej liści podawane w dawkach 300 mg 2 razy dziennie przez 15 dni mogą być skuteczne w zwalczaniu takich symptomów, jak bezsenność, problemy z jedzeniem, niestabilność emocjonalna, zmęczenie czy uczucie winy (badanie na grupie 220 ochotników z umiarkowanymi zaburzeniami lękowymi) [8].

Istnieją również dane wskazujące, że ekstrakty z melisy, poza zależnym od dawki działaniem sedatywnym, mogą również (w mniejszych dawkach) poprawiać zdolności poznawcze, skracać czas wykonywania zadań pamięciowych w odpowiednich testach i stanowić wartościowy element także w leczeniu choroby Alzheimera [9].

Stwierdzono ponadto, iż w dawkach 600 mg są one skuteczne w niwelowaniu subiektywnych objawów stresu indukowanego w warunkach laboratoryjnych, zwiększając odczucie spokoju i zmniejszając czujność (badanie na grupie 18 dorosłych ochotników). W tym samym badaniu zaobserwowano także, iż dawki 300 mg zwiększają szybkość wykonywania zadań matematycznych bez jednoczesnego spadku dokładności [10].

Chmiel zwyczajny (*Humulus lupulus*)

W lecznictwie od lat wykorzystuje się tzw. szyszki chmielowe, czyli owocostany chmielu (*Lupuli strobili*) oraz lupulinę, czyli otarte z wysuszonych szyszek włoski gruczołowe. Oba surowce zawierają olejek o zmiennym składzie (bogaty m.in. w mircen, farnezen, humulen i związki siarki) oraz żywicę (zawierającą kwasy goryczowe – humulon i lupulon, flawonoidy oraz garbniki).

Tradycyjnie są one stosowane jako środki uspokajające, nasenne, a także moczopędne, poprawiające trawienie oraz nasilające apetyt [3].

Mechanizm działania uspokajającego chmielu związany jest przede wszystkim z wpływem na przekąźnictwo GABA- i serotoninergiczne w ośrodkowym układzie nerwowym oraz z oddziaływaniem na receptory adrenergiczne w mózgu [11]. Badania z udziałem szczurów potwierdziły, że zarówno cały ekstrakt z chmielu, jak

i jego frakcja zawierająca alfa-kwasy działają nasennie (przedłużają czas snu indukowanego fenobarbitem bez wpływu na aktywność ruchową zwierząt, począwszy od dawek 10 mg/kg) oraz antydepresyjnie [12]. W pracy Franco i wsp. wykazano natomiast, że spożycie bezalkoholowego piwa (333 ml przy kolacji) przez kolejne 14 dni u kobiet pracujących na nocne zmiany znacząco poprawiało jakość snu, skracało czas jego latencji oraz zmniejszało uczucie zdenerwowania i lęku [11].

Lawenda lekarska (*Lavandula officinalis*)

Częstym składnikiem preparatów uspokajających są kwiaty lawendy lekarskiej zawierające ok. 3% olejku lotnego (bogatego w alkohol monoterpenowy, linalol, octan linalolu, terpinen-4-ol, beta-kariofilen, 1,8-cyneol, limonen, geraniol, afla-pinen, kamfen), 12% garbników, triterpeny (kwas ursolowy), kumaryny i fitosterole.

Działanie uspokajające związane jest przede wszystkim z depresyjnym wpływem olejku lawendowego na ośrodkowy układ nerwowy [3]. Wykazano, że u pacjentów z zaburzeniami lękowymi przyjmowanie tabletek z olejkim lawendowym w dawkach 80–160 mg dziennie daje pozytywne efekty niekiedy już po upływie 2 tygodni. Obserwowano pozytywny wpływ takiej kuracji m.in. na problemy ze snem, dolegliwości somatyczne i ogólne odczucie pogorszenia jakości życia. Jednocześnie podczas leczenia nie odnotowano poważniejszych działań niepożądanych, poza umiarkowanymi dolegliwościami żołądkowo-jelitowymi [13].

Korzystny wpływ w sytuacjach stresowych obserwowano również w przypadku aromaterapii olejkiem lawendowym. W pracy Toda i Morimoto u zdrowych studentów poddanych działaniu olejku lawendowego, bezpośrednio po rozwiązaniu testu arytmetycznego stwierdzono niższy poziom jednego z markerów stresu (chromograniny A) w ślinie w porównaniu do grupy kontrolnej [14].

Rumianek pospolity (*Matricaria chamomilla*)

Rumianek pospolity to surowiec tradycyjnie stosowany jako środek o działaniu przeciwzapalnym (chamazulen, bisabolol), odkażającym (chamazulen), rozkurczającym (spiroeter, kumaryny, flawonoidy), a także łagodnie uspokajającym i nasennym (apigenina) [3].

Skuteczność ekstraktów z rumianku w łagodzeniu stanów napięcia nerwowego potwierdzono w eksperymentach z udziałem zwierząt i ludzi. Mechanizm działania uspokajającego wynika najprawdopodobniej z właściwości apigeniny, będącej agonistą receptorów benzodiazepinowych.

Badania na myszach wykazały, że ekstrakt z rumianku wydłuża sen indukowany barbituranami, skraca czas latencji snu (w dawce 300 mg/kg), a sama apigenina obniża również aktywność ruchową zwierząt [15].

Jest także możliwe, że ekstrakty z rumianku działają neuroprotekcją poprzez zmniejszenie peroksydacji lipidów oraz wzrost poziomu dysmutazy ponadtlenkowej, katalazy i glutationu [16].

W pracy Reis i wsp. udowodniono ponadto, iż dodawanie rumianku do paszy (w ilości 2 g dziennie) powoduje obniżenie poziomu stresu u bydła, najprawdopodobniej na skutek hamowania syntezy kortyzolu [17].

Istnieją również doniesienia, że ordynowanie *M. chamomilla* może być korzystne w niektórych przypadkach ADHD u dzieci, prowadząc do zmniejszenia nadpobudliwości i nieuwagi [18].

Wyniki uzyskane w randomizowanym badaniu klinicznym na grupie 61 pacjentów z uogólnionymi zaburzeniami lękowymi dowodzą natomiast, że podawanie wyciągu z rumianku wywiera łagodne działanie anksjolityczne i może być pomocne w leczeniu także tego schorzenia [19].

Głóg dwuszyjkowy (*Crataegus oxyacantha*)

W skład kwiatostanów i owoców głogu wchodzi m.in. flawonoidy (witeksyna, hiperozyd, rutyna, apigenina), procyanidyny, fenolokwasy i związki triterpenowe. Surowce te są znane przede wszystkim z działania nasercowego i w związku z tym stosowane głównie w przewlekłej niewydolności mięśnia sercowego oraz w chorobach na tle miażdżycy [3]. Często jednak wchodzi także w skład złożonych preparatów ziołowych o działaniu łagodnie uspokajającym i nasennym.

W pracy Can i wsp. stwierdzono, że u myszy ekstrakt z mięszu (w dawkach 100–1000 mg/kg) i pestek (10–1000 mg/kg) głogu działają przeciwlękowo, a także przeciwbólowo poprzez receptory opioidowe. Wydaje się to potwierdzać tradycyjne stosowanie głogu w preparatach ułatwiających zasypianie [20].

Ponadto w randomizowanym badaniu klinicznym na grupie 264 pacjentów stwierdzono wyższość nad placebo preparatu złożonego na bazie głogu (zawierającego dodatkowo magnez oraz ekstrakty z *Eschscholtzia californica*) w zwalczaniu łagodnych i umiarkowanych zaburzeń lękowych (kuracja 3-miesięczna, 2 tabletki dziennie) [21].

Męczennica cielistą (*Passiflora officinalis*)

Ziele męczennicy cielistej jest tradycyjnie wykorzystywane jako surowiec uspokajający i ułatwiający zasypianie. W jego skład wchodzi flawonoidy (m.in. witeksyna, izowiteksyna, szaftozyd, lucenina), maltol, glikozyd cyjanogeny gynoikardyna i w niewielkich ilościach alkaloidy indolowe (harmina, harmol, harmalina) [3].

Działanie przedświekowe wyciągów z męczennicy znalazło potwierdzenie w trakcie badań z udziałem zwierząt oraz ludzi. Stwierdzono, że ich skuteczność u pacjentów z zaburzeniami lękowymi jest porównywalna z oksazepamem, przy jednocześnie zdecydowanie mniejszym zakresie działań niepożądanych.

Korzystny wpływ przyjmowania wyciągów z męczennicy zaobserwowano również u pacjentów przygotowywanych do zabiegów chirurgicznych (w monoterapii) oraz u osób cierpiących na zaburzenia nastroju z niepokojem (w kombinacji z walerianą i głogiem) [1].

Preparaty zawierające męczennicę powinny być jednak stosowane ostrożnie, zwłaszcza jeśli jednocześnie są używane inhibitory receptorów benzodiazepinowych. W 2009 r. opisano przypadek pojawienia się poważnych objawów niepożądanych (drgawki, drżenie rąk, słabość mięśni) u pacjenta zażywającego preparaty zawierające wyciągi z męczennicy i kozłka lekarskiego oraz lorazepam [22].

Herbata chińska (*Camelia sinensis*)

Częstym dodatkiem do preparatów uspokajających są wyciągi z liści zielonej herbaty, zawierające: kofeinę (do 4,5%), teofilinę (do 0,04%), teobrominę (ok. 0,2%), aminokwasy (m.in. L-teanina), zasady purynowe (adenina, ksantina), garbniki katechinowe (do 25%), katechiny i ich galusany, saponiny, flawonoidy (pochodne kempferolu, kwercetyny i rycetyny) i niewielkie ilości olejku eterycznego [3].

Uważa się, że za działanie uspokajające i poprawiające nastrój zielonej herbaty odpowiada przede wszystkim L-teanina. Badania na zwierzętach wykazały, że aminokwas ten wpływa na poziom dopaminy i serotoniny w mózgu oraz obniża ciśnienie krwi, najprawdopodobniej wpływając na autonomiczny układ nerwowy. Po jej podaniu w dawce 200 mg doustnie obserwowano również obniżenie ciśnienia krwi u osób poddanych działaniu stresu psychologicznego (rozwiązywanie zadań arytmetycznych). Jednocześnie stwierdzono, że aminokwas ten nie hamuje wzrostu ciśnienia krwi wywołanego fizycznymi czynnikami stresogennymi (zanurzenie ręki w zimnej wodzie). Wydaje się, że L-teanina może zmniejszać subiektywne odczucie lęku i niepokoju poprzez hamowanie pobudzenia neuronów korowych w mózgu, co osłabia odpowiedź ze strony układu współczulnego na czynniki stresogenne. Ponadto L-teanina może zwiększać aktywność fal alfa w mózgu, odpowiadających za wywoływanie stanu relaksu i odprężenia u ludzi [23].

Lukrecja gładka (*Glycyrrhiza glabra*)

Korzeń i rozłogi lukrecji gładkiej oraz uzyskiwane z nich wyciągi znane są przede wszystkim ze swojego działania wykrztuśnego, przeciwzapalnego oraz rozkurczowego i stosowane głównie w leczeniu nieżyty gardła, nieżyty oskrzeli i suchego kaszlu. Taki efekt leczniczy wynika z obecności w surowcu saponin triterpenowych (glicyryzyna, kwas glabrykowy, kwas likwiryjowy). Obok saponin obecne są w nim również flawonoidy (glabrol, likwirytygenina, izolikwirytygenina i ich glikozydy), hydroksykumaryny (umbelliferon, herniaryna, likumaryna), fitosterole, węglowodany, aminokwasy, betaina, cholina i ok. 0,05% olejku eterycznego [3].

W ostatnich latach zaobserwowano, że wyciągi etanolowe z lukrecji działają przeciwlękowo i nasennie oraz wydłużają czas snu indukowanego barbituranami u myszy. Zauważono również, iż działanie nasenne surowca jest znoszone przez flumazenil, będący antagonistą receptorów GABA(A)-BZD. Stwierdzono, że za

efekt nasenny lukrecji odpowiedzialna jest frakcja flawonoidowa, m.in. zawarty w niej glibrol. Zaobserwowano, że sam glibrol wydłuża sen i skraca czas jego latencji w sposób zależny od dawki, najprawdopodobniej poprzez pozytywną modulację allosteryczną receptorów GABA(A)-BZD [24].

***Dziurawiec zwyczajny* (*Hypericum perforatum*)**

Dziurawiec zwyczajny to niezwykle popularny surowiec, który wykorzystuje się w leczeniu w dwojaki sposób. Tradycyjnie stosuje się go w chorobach przewodu pokarmowego i wątroby, zazwyczaj jako składnik mieszanek ziołowych o działaniu żółciopędnym, żółciotwórczym i rozkurczowym. W ostatnich latach dziurawiec znany jest jednak głównie dzięki swoim właściwościom przeciwdepresyjnym, poprawiającym nastrój, nasennym oraz anksjolitycznym, i zalecany m.in. w okresie klimakterium. Tego typu efekty terapeutyczne wywierają wyciągi o dużej zawartości związków antrano-idowych, przede wszystkim hiperycyny i jej pochodnych (m.in. hiperforyny) [3].

Istnieją jednak doniesienia, że wpływ na układ nerwowy wywierać mogą także obecne w dziurawcu flawonoidy, ksantony i biflawonoidy. Wydaje się, że ich mechanizm działania związany jest m.in. z wpływem na receptory w ośrodkowym układzie nerwowym (adenozynowe, GABA(A), GABA(B), glutaminowe), hamowaniem aktywności monoaminooksydazy A i B oraz z wpływaniem na wychwyt zwrotny serotoniny, dopaminy i noradrenaliny. Działanie przeciwdepresyjne dziurawca jest stosunkowo dobrze udokumentowane i charakteryzuje się siłą porównywalną z imipraminą. Jego działanie przedwiekowe i uspokajające wydaje się natomiast być słabsze od działania wyciągów z kozłka lekarskiego [1]. Stosowanie ekstraktów z dziurawca wiąże się jednak z ryzykiem wystąpienia interakcji z zażywaniem jednocześnie lekami. Stwierdzono, że wyciągi te są induktorami izoenzymów cytochromu P-450, m.in. CYP3A4 i CYP2C9. Stosowanie dziurawca jest przeciwwskazane podczas terapii m.in. cyklosporyną, takrolimusem, irotekanem i warfaryną, ze względu na zmniejszanie ich stężenia we krwi [1].

***Serdecznik pospolity* (*Leonurus cardiaca*)**

Ziele serdecznika pospolitego to surowiec zawierający m.in. irydoidy (ajugozyd, czyli leonuryd, jugol, reptozyd, galirydozyd), kawolidy (4-0-rutozyd kwasu kawowego), fenylopropanoidy (werbaskozyd, lawandulifoliozyd, leonozyd A i B), flawonoidy i terpeny. Jest tradycyjnie stosowany jako środek łagodnie uspokajający, przeciwskurczowy w obrębie przewodu pokarmowego i macicy, obniżający ciśnienie krwi oraz regulujący czynność układu przewodzącego serca.

Serdecznik wchodzi w skład licznych preparatów złożonych, zalecanych m.in. w stanach nadmiernej pobudliwości nerwowej, nerwicach sercowo-naczyniowych, wczesnej fazie choroby wieńcowej i w nadciśnieniu [3,25].

Wykazano, że wyciąg olejowy z ziele serdecznika podawany w dawce 1200 mg dziennie przez 28 dni u osób z nadciśnieniem (stopień I i II) skutecznie redukuje zaburzenia lękowe i zaburzenia snu oraz poprawia nastrój i ciśnienie krwi (badanie na grupie 50 pacjentów) [26].

***Lipa* (*Tilia spp.*)**

Jako dodatek do preparatów uspokajających wykorzystuje się często wyciągi z kwiatostanów różnych gatunków lipy (*Tilia*). Surowiec ten zawiera flawonoidy (pochodne kwercetyny, kemferolu i akacetyny), 0,05% olejku (terpeny, fernezol, geraniol, eugenol, liczne alkan-y), związki śluzowe i triterpeny.

Za efekt uspokajający odpowiadają przede wszystkim składniki olejku [3]. W badaniach z udziałem zwierząt wykazano, że wyciągi z lipy działają sedatywnie i anksjolitycznie w dawkach 10–100 mg/kg, co uzasadnia jej tradycyjne zastosowanie w medycynie ludowej [27,28].

Aminokwasy

W skład dostępnych bez recepty preparatów uspokajających i nasennych wchodzi często aminokwasy: lizyna i tryptofan. Ich zastosowanie w leczeniu było wynikiem zaobserwowania zależności między powstawaniem zaburzeń nastroju i lęku, a zaburzeniami w funkcjonowaniu przekąźnictwa GABA-ergicznego, serotoninergicznego, dopaminergicznego i adrenergicznego w ośrodkowym układzie nerwowym.

Stwierdzono, że lizyna jest częściowym antagonistą receptorów serotoninowych (5-HT₄), osłabia odpowiedź mózgu na czynniki stresogenne i obniża poziom kortyzolu we krwi. W pracach z udziałem zdrowych ochotników wykazano, że suplementacja lizyną w połączeniu z arginina skutecznie redukuje objawy stanów napięcia nerwowego zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, bez wywoływania istotnych objawów niepożądanych. Zaobserwowano również jej korzystny wpływ na poziom kortyzolu we krwi u osób zdrowych i pacjentów z zaburzeniami lękowymi [1].

Tryptofan jest natomiast prekursorem serotoniny, w którą przekształca się w wyniku dwustopniowej reakcji (hydroksylacja do 5-hydroksytryptofanu, a następnie dekarboksylacja). Wykazano, że w mózgu szczurów już dawka tryptofanu wynosząca 12,5 mg/kg wyraźnie stymuluje wzrost syntezy serotoniny, odpowiadającej m.in. za poprawę nastroju i efekt nasenny. Stwierdzono, że suplementacja tym aminokwasem wzmacnia działanie przeciwdepresyjne inhibitorów monoaminooksydazy, choć wyniki działania poprawiającego nastrój samego tryptofanu są sprzeczne i wymagają jeszcze lepszego udokumentowania [29].

Witaminy i mikroelementy

Popularnymi składnikami leków OTC i suplementów diety o działaniu uspokajającym są również wybrane mikroelementy (głównie magnez, zazwyczaj w połączeniu

z promującą jego wchłanianie witaminą B6) i witaminy (przede wszystkim z grupy B). Stwierdzono, że 28-dniowa kuracja preparatem multiwitaminowym z magnezem, cynkiem i wapniem była skuteczniejsza niż placebo w niwelowaniu uczucia stresu u ludzi. Połączenie magnezu (300 mg) i witaminy B6 okazało się również skuteczne w niwelowaniu zespołu napięcia przedmiesiączkowego – takiego efektu nie zaobserwowano natomiast przy podawaniu tych składników osobno, co może wskazywać na synergizm ich działania. Dokładny mechanizm działania uspokajającego i przeciwstresowego preparatów zawierających magnez wciąż jednak wymaga zbadania [1].

Spośród witamin z grupy B stosuje się przede wszystkim witaminę PP (niacynę, witaminę B3), odpowiedzialną za prawidłowe funkcjonowanie mózgu, obwodowego układu nerwowego, syntetyzowanie hormonów płciowych, kortyzolu, tyroksyny i insuliny. Niacyna wchodzi w skład dwóch koenzymów: dinukleotydu nikotynoamidoadeninowego (NAD) i fosforanu dinukleotydu nikotynoamidoadeninowego (NADP), biorących udział w przemianie białek, tłuszczów, węglowodanów. Jest wykorzystywana w leczeniu zaburzeń nastroju oraz schizofrenii. Wykazuje ponadto właściwości antyoksydacyjne [30].

Korzystny wpływ na poprawę nastroju u ludzi obserwowano również w efekcie podawania kompleksu witamin z grupy B oraz inozytolu, określanego często nieźbyt poprawnie jako witamina B8, choć może być on syntezowany w organizmie człowieka [1].

Aromaterapia

W zwalczaniu stanów napięcia nerwowego często stosuje się aromaterapię, z wykorzystaniem różnorodnych olejków eterycznych o działaniu uspokajającym, m.in.:

- pomarańczowego (z owoców pomarańczy gorzkiej, *Citrus aurantium*)
- bergamotowego (z owoców pomarańczy bergamota, *Citrus bergamium*)
- lawendowego (z kwiatów lawendy, *Lavandula officinalis*)
- melisowego (z liści melisy, *Melissa officinalis*)
- różanego (z płatków kwiatów róży, *Flos Rosae*)
- sandałowego (z drewna sandałowca, *Santalum album*).

Występują one pojedynczo lub w kombinacjach, często w kompozycjach z takimi olejkami, jak goździkowy, cytrynowy, imbirowy, cytronelowy, cynamonowy i in. [31,3].

W doświadczeniach z udziałem zwierząt stwierdzono, że olejek pomarańczowy w dawkach 0,5–1,0 g/kg masy ciała wydłuża czas snu indukowanego barbitalem, działa uspokajająco, nasennie, a także przeciwlękowo [32]. W pracy Ni i wsp. zauważono natomiast, że pacjenci poddani działaniu olejku bergamotowego przed

ambulatoryjnymi zabiegami chirurgicznymi odczuwali mniejsze zdenerwowanie niż grupa kontrolna [31]. Wydaje się również prawdopodobne, że aromaterapia może być pomocna w terapii pacjentów z chorobą nowotworową, wywołując u nich uczucie odprężenia, poprawiając jakość snu, zmniejszając napięcie mięśniowe i przynosząc subiektywne odczucie ulgi w bólu [33].

Podsumowanie

Dostępne bez recepty preparaty działające uspokajająco i nasennie stanowią bezpieczną i w wielu przypadkach wystarczającą alternatywę dla tradycyjnych leków psychotropowych.

Brak potencjału uzależniającego i stosunkowo niska cena wpływa na ich stale rosnącą popularność.

Oprócz tradycyjnie stosowanych wyciągów roślinnych (kozłek, melisa, chmiel, lawenda, męczennica, głóg, lipa, dziurawiec, serdecznik, rumianek, czy zielona herbata) dostępne są również preparaty na bazie naturalnych aminokwasów (lizyna, tryptofan) oraz produkty wzbogacone o minerały (magnez) i witaminy z grupy B. Ich skuteczność jest już stosunkowo dobrze udokumentowana i potwierdzana coraz to nowymi wynikami badań z udziałem ludzi i zwierząt.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Lakhan SE, Vieira KF. Nutritional and herbal supplements for anxiety and anxiety-related disorders: systematic review. *Nutr J*. 2010 Oct 7;9:42. doi: 10.1186/1475-2891-9-42.
- [2] Jachowicz R. *Farmacja praktyczna*, str. 247-248. Warszawa, PZWL, 2007.
- [3] Strzelecka H., Kowalski J. *Encyklopedia ziołarstwa i ziołolecznictwa*. Warszawa,
- [4] Murphy K, Kubin ZJ, Shepherd JN, Ettinger RH. Valeriana officinalis root extracts have potent anxiolytic effects in laboratory rats. *Phytomedicine*. 2010 Jul;17(8-9):674-8. doi: 10.1016/j.phymed.2009.10.020. Epub 2009 Dec 29
- [5] Hadley S, Petry JJ. Valerian, *Am Fam Physician*. 2003 Apr 15;67(8):1755-8.
- [6] Cuellar NG, Ratcliffe SJ. Does valerian improve sleepiness and symptom severity in people with restless legs syndrome? *Altern Ther Health Med*. 2009 Mar-Apr;15(2):22-8.
- [7] Taiwo AE, Leite FB, Lucena GM, Barros M, Silveira D, Silva MV, Ferreira VM. Anxiolytic and antidepressant-like effects of *Melissa officinalis* (lemon balm) extract in rats: Influence of administration and gender. *Indian J Pharmacol*. 2012 Mar;44(2): 189-92. doi: 10.4103/0253-7613.93846.
- [8] Cases J, Ibarra A, Feuillere N, Roller M, Sukkar SG. Pilot trial of *Melissa officinalis* L. leaf extract in the treatment of volunteers suffering from mild-to-moderate anxiety disorders and sleep disturbances. *Med J Nutrition Metab*. 2011 Dec;4(3):211-218. Epub 2010 Dec 17.
- [9] Kennedy DO, Wake G, Savelev S, Tildesley NT, Perry EK, Wesnes KA, Scholey AB. Modulation of mood and co-

gnitive performance following acute administration of single doses of *Melissa officinalis* (Lemon balm) with human CNS nicotinic and muscarinic receptor-binding properties. *Neuropsychopharmacology*. 2003 Oct;28(10): 1871-81.

[10] Kennedy DO, Little W, Scholey AB. Attenuation of laboratory-induced stress in humans after acute administration of *Melissa officinalis* (Lemon Balm). *Psychosom Med*. 2004 Jul-Aug;66(4):607-13.

[11] Franco L, Sanchez C, Bravo R, Rodriguez AB, Barriga C, Romero E, Cubero J. The sedative effect of non-alcoholic beer in healthy female nurses. *PLoS One*. 2012;7(7):e37290. doi: 10.1371/journal.pone.0037290. Epub 2012 Jul 18.

[12] Zanolini P, Rivasi M, Zavatti M, Brusiani F, Baraldi M. New insight in the neuropharmacological activity of *Humulus lupulus* L. *J Ethnopharmacol*. 2005 Oct31;102(1):102-6.

[13] Kasper S. An orally administered lavender oil preparation (Silexan) for anxiety disorder and related conditions: an evidence based review. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2013 Nov;17 Suppl 1:15-22. doi: 10.3109/13651501.2013.813555. Epub 2013 Aug 3.

[14] Toda M, Morimoto K. Effect of lavender aroma on salivary endocrinological stress markers. *Arch Oral Biol*. 2008 Oct;53(10):964-8. doi: 10.1016/j.archoralbio.2008.04.002. Epub 2008 Jul 16.

[15] Shinomiya K, Inoue T, Utsu Y, Tokunaga S, Masuoka T, Ohmori A, Kamei C. Hypnotic activities of chamomile and passiflora extracts in sleep-disturbed rats. *Biol Pharm Bull*. 2005 May;28(5):808-10.

[16] Chandrashekhara VM, Ranpariya VL, Ganapaty S, Parashar A, Muchandi AA. Neuroprotective activity of *Matricaria recutita* Linn against global model of ischemia in rats. *J Ethnopharmacol*. 2010 Feb 17;127(3):645-51. Epub 2009 Dec 16.

[17] Reis LS, Pardo PE, Oba E, Kronka Sdo N, Frazzatti-Gallina NM. *Matricaria chamomilla* CH12 decreases handling stress in Nelore calves. *J Vet Sci*. 2006 Jun;7(2):189-92.

[18] Niederhofer H. Observational study: *Matricaria chamomilla* may improve some symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. *Phytomedicine*. 2009 Apr;16(4):284-6.

[19] Amsterdam JD, Li Y, Soeller I, Rockwell K, Mao JJ, Shults J. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of oral *Matricaria recutita* (chamomile) extract therapy for generalized anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2009;29(4):378-82.

[20] Can OD, Ozkay UD, Ozturk N, Ozturk Y. Effects of hawthorn seed and pulp extracts on the central nervous system. *Pharm Biol*. 2010 Aug;48(8):924-31.

[21] Hanus M, Lafon J, Mathieu M. Double-blind, randomized, placebo-controlled study to evaluate the efficacy and safety of a fixed combination containing two plant extracts (*Crataegus oxyacantha* and *Eschscholtzia californica*) and magnesium in mild-to-moderate anxiety disorders. *Curr Med Res Opin*. 2004 Jan;20(1):63-71.

[22] Carrasco MC, Vallejo JR, Pardo-de-Santayana M, Peral D, Martin MA, Altimiras J. Interactions of *Valeriana offi-*

cinalis L. and *Passiflora incarnata* L. in a patient treated with lorazepam. *Phytotter Res*. 2009 Dec;23(12):1795-6.

[23] Yoto A, Motoki M, Murao S, Yokogoshi H. Effects of L-theanine or caffeine intake on changes in blood pressure under physical and psychological stresses. *J Physiol Anthropol*. 2012 Oct 29;31:28. doi: 10.1186/1880-6805-31-28.

[24] Cho S, Park JH, Pae AN, Han D, Kim D, Cho NC, No KT, Yang H, Yoon M, Lee C, Shimizu M, Baek NI. Hypnotic effects and GABAergic mechanism of licorice (*Glycyrrhiza glabra*) ethanol extract and its major flavonoid constituent glabrol. *Bioorg Med Chem*. 2012 Jun 1;20(11):3493-501. doi: 10.1016/j.bmc.2012.04.011. Epub 2012 Apr 11.

[25] Wojtyniak K, Szymański M, Mattawska I. *Leonurus cardiaca* L. (mother-wort): a review of its phytochemistry and pharmacology. *Phytother Res*. 2013 Aug;27(8): 1115-20. doi: 10.1002/ptr.4850. Epub 2012 Oct 8.

[26] Shikov AN, Pozharitskaya ON, Makarov VG, Demchenko DV, Shikh EV. Effect of *Leonurus cardiaca* oil extract in patients with arterial hypertension accompanied by anxiety and sleep disorders. *Phytother Res*. 2011 Apr;25(4):540-3. doi: 10.1002/ptr.3292. Epub 2010 Sep 13.

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

[28] Aguirre-Hernandez E, Martinez AL, Gonzalez-Trujano ME, Moreno J, Vibrans H, Soto-Hernandez M. *J Ethnopharmacol*. 2007 Jan 3;109(1):140-5. Epub 2006 Jul 21.

[29] Fernstrom JD. Effects and Side Effects Associated with the Non-Nutritional Use of Tryptophan by Humans. *J Nutr*. 2012 Dec;142(12):2236S-2244S. doi: 10.3945/jn.111.157065. Epub 2012 Oct 17.

[30] Gryszczyńska A. Witaminy z grupy B - naturalne źródła, rola w organizmie, skutki awitaminozy. *Postępy Fitoterapii* 4/2009. s. 229-238.

[31] Ni CH, Hou WH, Kao CC, Chang ML, Yu LF, Wu CC, Chen C. The anxiolytic effect of aromatherapy on patients awaiting ambulatory surgery: a randomized controlled trial. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013;2013:927419. doi: 10.1155/2013/927419. Epub 2013 Dec 17.

[32] Carvalho-Freitas MI, Costa M. Anxiolytic and sedative effects of extracts and essential oil from *Citrus aurantium* L. *Biol Pharm Bull*. 2002 Dec;25(12):1629-33.

[33] Boehm K, Bussing A, Ostermann T. Aromatherapy as an adjuvant treatment in cancer care – a descriptive systematic review. *Afr J Tradit Complement Altern Med*. 2012 Jul 1;9(4):503-18. eCollection 2012.

[34] Ostrowska B, Rzemkowska Z, Kędzia B. Ocena właściwości uspokajających wybranych wyciągów roślinnych. *Postępy Fitoterapii* 3/2004. s. 115-118.

Mgr farm. Joanna KRAJEWSKA
e-mail: Joanna.krajewska@wum.edu.pl
(przedruk z „Lek w Polsce” nr 2/14)

WYSTAWIANIE PRZEZ LEKARZY SKIEROWAŃ NIEZBĘDNYCH W LECZENIU PACJENTA

Kwestię wystawiania przez lekarzy skierowań reguluje w sposób szczegółowy ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027, zwana dalej ustawą o świadczeniach) oraz wydane na jej podstawie rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. nr 81, poz. 484), którego załącznik stanowią ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (zwane dalej ogólnymi warunkami). Zarówno ustawa o świadczeniach, jak i przepisy rozporządzenia, wymagają niezbędnych skierowań wydawanych przez lekarzy. Konieczność wystawienia odpowiedniego skierowania uzależniona jest od rodzaju leczenia i jego miejsca.

Świadczenia ambulatoryjne

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych, zgodnie z przepisem art. 57 ust. 1 ustawy o świadczeniach, udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Oznacza to, że uprawnionym do wystawienia takiego skierowania jest wyłącznie lekarz lub lekarz dentysta będący świadczeniodawcą, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarz lub lekarz dentysta, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Równocześnie ustawodawca wprowadził szereg odstępstw od generalnej zasady udzielania specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych jedynie na podstawie skierowania. I tak skierowanie nie jest wymagane do świadczeń:

- ginekologa i położnika, dentysty, dermatologa, wenerologa, onkologa, okulisty, psychiatry,
- dla osób chorych na gruźlicę, dla osób zakażonych wirusem HIV,
- dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów,
- dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych, dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego,
- dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych pod-

czas wykonywania zadań poza granicami państwa, dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

- dla dzieci, u których w wyniku badań przesiewowych stwierdzono występowanie chorób wrodzonych.

Nowelizacja ustawy o świadczeniach, z dnia 22 lipca 2014 r., która wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2015 r., uchyla przepis pozwalający na korzystanie ze świadczeń dermatologa i okulisty bez skierowania. Tym samym, od 1 stycznia 2015 r. konieczne będzie skierowanie do wskazanych specjalistów. Jednocześnie, w przepisie art. 17 ustawy nowelizującej wskazano, że osobom wpisanym przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy (a więc przed 1 stycznia 2015 r.) na listy oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej do okulisty lub dermatologa, świadczenia udzielane są bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Konsekwencją udzielania ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego jest powstanie obowiązku ich opłacenia przez świadczeniobiorcę. Powyższe nie dotyczy: świadczeń udzielonych w stanach nagłych, tych, do których nie jest wymagane skierowanie, zgodnie z przepisem art. 57 ust. 2 ustawy o świadczeniach, jak również, świadczeniobiorców będących żywymi dawcami narządów.

Badania diagnostyczne

Zgodnie z przepisem art. 32 ustawy o świadczeniach, świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego.

Od 1 stycznia 2015 r. wejdą w życie przepisy nowelizacji ustawy o świadczeniach, które wprowadzają kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. Będzie ona wystawiana tym pacjentom (świadczeniobiorcom), u których lekarz podstawowej opieki zdrowotnej stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego. W takiej sytuacji, w miejsce skierowania, o którym mowa w przepisie art. 32, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej winien wystawić kartę diagnostyki leczenia onkologicznego. Karta stanowić będzie podstawę do diagnostyki onkologicznej.

Powyższe nie dotyczy nowotworów złośliwych skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.

Leczenie szpitalne

Na mocy przepisu art. 58 ustawy o świadczeniach, świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentystry lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. Jak wskazuje ustawa, skierowanie do szpitala w ramach NFZ może wystawić lekarz, lekarz dentysta lub felczer, a więc nie jest wymagane, aby było ono wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Co więcej, zgodnie z przepisem §12 ogólnych warunków, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczenioborcę do poradni specjalistycznej lub do leczenia szpitalnego, dołącza do skierowania:

1. wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania,
2. istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu.

Ponadto, w przypadku stwierdzenia braku możliwości dalszej opieki w danej poradni specjalistycznej, po uzasadnieniu w dokumentacji medycznej, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego kieruje świadczenioborcę do poradni specjalistycznej, w tym o tej samej specjalności, uwzględniając wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji oraz istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym i szpitalnym, a także o zastosowanym leczeniu. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, także w poradni specjalistycznej, lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego, w przypadku stwierdzenia wskazań do hospitalizacji, wystawia skierowanie do leczenia szpitalnego.

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczenioborcę w poradni specjalistycznej zobowiązany jest, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, do pisemnego informowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego kierującego i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może kontynuować leczenie farmakologiczne świadczeniobiorcy zastosowane przez lekarza w poradni specjalistycznej, jeżeli posiada ww. informacje.

Wskazać należy również, że w przypadku, gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia

dotychczasowych badań diagnostycznych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dotyczy to również lekarza, o którym mowa w art. 57 ust. 2 pkt 1-6 ustawy (tj. częściowo tych lekarzy, do których nie jest wymagane skierowanie). W przypadku zakwalifikowania świadczeniobiorcy do leczenia szpitalnego, a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne dla leczenia szpitalnego badania diagnostyczne i konsultacje.

Zgodnie z przepisem §12 ust. 10 ogólnych warunków, świadczeniodawca wydaje świadczenioborcę, po zakończeniu leczenia szpitalnego, a także w przypadku udzielenia świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, stosownie do zaistniałej sytuacji, niezależnie od karty informacyjnej, następujące dokumenty:

1. skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej,
2. recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi zlecone w karcie informacyjnej,
3. zlecenia na transport zgodnie z odrębnymi przepisami.

Nadmienić należy, że na mocy przepisu art. 25 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. – nowelizującej ustawę o świadczeniach – przepisy rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w brzmieniu powołanym powyżej, obowiązują do dnia wejścia w życie nowego rozporządzenia, nie dłużej niż 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy nowelizującej (tj. nie dłużej niż 12 miesięcy od dnia 1 stycznia 2015 r.).

Rehabilitacja lecznicza

Zgodnie z przepisem art. 59 ustawy o świadczeniach, świadczeniobiorca ma prawo do rehabilitacji leczniczej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. W tym przypadku, podobnie jak przy ambulatoryjnych świadczeniach specjalistycznych, wymagane jest skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitacja uzdrowiskowa

W myśl przepisu art. 33 ustawy o świadczeniach, leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitacja uzdrowiskowa przysługuje świadczenioborcę na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie to wymaga potwierdzenia przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia właściwy ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta, a je-

śli nie można tego miejsca ustalić – oddział wojewódzki Fundusz właściwy dla siedziby świadczeniodawcy, który takie skierowanie wystawił. Wzór ww. skierowania został określony w rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (Dz. U. z 2011 r. nr 142, poz. 835).

Stany nagłe

W takiej sytuacji, w myśl przepisu art. 60 ustawy o świadczeniach, świadczenia zdrowotne udzielane są bez wymaganego skierowania.

Opieka długoterminowa

Na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorcy, zgodnie z normą art. 33a ustawy o świadczeniach, przysługują świadczenia pielęgnacyjne lub opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Zasady wystawiania skierowań i wzór określone zostały w przepisach rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z 2012 r., poz. 731).

Transport sanitarny

W przepisie art. 41 ustawy o świadczeniach uregulowana została kwestia wystawiania skierowań na transport sanitarny. I tak, świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego podmiotu leczniczego, o którym mowa w przepisach o działalności leczniczej, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach:

1. konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym,
2. wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.

Ponadto, świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego

- w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia
- do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem.

W obu przypadkach niewymienionych powyżej, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorcy przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.

Dodać również należy, że wystawione: skierowanie do szpitala lub innego podmiotu, skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację oraz informacja lekarza leczącego pacjenta w poradni specjalistycznej dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych produktach leczniczych lub środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym o okresie ich stosowania i dawkowania, oraz o wyznaczonych wizytach kontrolnych stanowią – w myśl rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r., poz. 177) – dokumentację indywidualną zewnętrzną przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych.

*Katarzyna RÓŻYCKA, radca prawny
Zespół Radców Prawnych ŚIL*

(przedruk z „Pro Medico” nr 10/14)

SPRZEDAŻ LEKÓW DZIECIOM

Po kilku jesiennych przeziębieniach, a tym samym regularnych wizytach w przydomowej aptece, ze zdziwieniem zauważyłam, że farmaceuci sprzedają leki nie tylko osobom dorosłym. Do aptek przychodzą również dzieci. W związku z powyższym postanowiłam przyjrzeć się przepisom regulującym kwestie wydawania leków osobom niepełnoletnim.

Dzieci poniżej 13 roku życia

Przepisy związane z prawem farmaceutycznym nie narzucają farmaceutom zakazu wydawania leków na receptę osobom poniżej 13 roku życia. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych w § 5 wskazuje jedynie na sytuację, gdy far-

maceuta jest uprawniony (ale nie zobowiązany) do odmowy wydania leku. Do takich sytuacji należy:

1. uzasadnione podejrzenie, co do autentyczności recepty lub zapotrzebowania;
2. konieczność dokonania korekty składu leku recepturowego przy braku możliwości porozumienia się z osobą, która jest uprawniona do wystawiania recept;
3. upływ co najmniej 6 dni od dnia sporządzenia leku – w przypadku leku recepturowego lub leku sporządzonego na podstawie etykiety aptecznej;
4. przedstawienie recepty do realizacji przez osobę, która nie ukończyła 13 roku życia;
5. uzasadnione podejrzenie, co do wieku osoby, dla której została wystawiona recepta.

A więc zgodnie z powyższym przepisem, farmaceuci są uprawnieni do odmowy wydania produktu leczniczego między innymi wtedy, gdy odbiorcą jest osoba poniżej 13 roku życia. Przepisy nie wskazują jednak, w jakich przypadkach można odmówić wydania leku takiej osobie. Dopuszczalne wydaje się przyjęcie, że farmaceuta może wstrzymać się ze zrealizowaniem recepty, jeżeli cel zakupu danego produktu budzi wątpliwości, tj. dziecko nie potrafi wytłumaczyć, dla kogo kupuje lek. Przyczyną, która mogłaby również uzasadnić taką odmowę, wydaje się niebezpieczny dla życia lub zdrowia skład leku. Farmaceuta może, a nawet powinien przed wydaniem takiego leku, przeprowadzić krótki wywiad z dzieckiem, aby ustalić wiek dziecka, jego świadomość co do przeznaczenia leku oraz znajomości pacjenta, dla którego jest on przepisany. Pamiętać należy, że to na farmaceutę ciąży obowiązek podjęcia odpowiedniej decyzji, co do wydania bądź też odmowy wydania leku. Decyzja ta powinna być przemyślana i uwzględniać wiedzę, doświadczenie życiowe czy też samą znajomość dziecka i jego rodziny. Aptekarz musi wziąć pod uwagę dwa interesy: zdrowie dziecka, które może przez przypadek zażyć lek; zdrowie pacjenta, dla którego lek jest przeznaczony. Każdorazowo sytuacja jest inna i wymaga indywidualnego podejścia.

Dzieci od 13 do 18 roku życia

A jak wygląda kwestia sprzedaży leków na receptę osobom powyżej 13 roku życia? Czy farmaceuci są zobowiązani każdorazowo wydawać leki małoletnim?

Prawo farmaceutyczne nie podjęło się szczególnego uregulowania tej kwestii, w związku z czym stosujemy w takich przypadkach przepisy kodeksu cywilnego. Zgodnie z art. 15 kodeksu cywilnego, osoby powyżej 13 roku życia – do momentu osiągnięcia pełnoletniości – mają tzw. ograniczoną zdolność do czynności prawnych, co oznacza, że bez zgody swoich rodziców lub opiekunów mogą zawierać wyłącznie umowy „*powszechnie zawierane w drobnych, bieżących sprawach życia codziennego*”. Tymi drobnymi sprawami życia codziennego są na przykład zakupy na potrzeby własne lub rodziny (żywność, bilety komunikacji miejskiej, książki). Kwestia tego, czy realizowanie recept należy do drobnych, bieżących spraw życia codziennego, pozostaje dyskusyjna. O ile zakup tabletek na gorączkę, które są powszechnie przepisywane przez lekarzy, w mojej opinii można za takie uznać, o tyle już sprzedaż leków o działaniu narkotycznym wykracza poza te ramy i uprawnia farmaceutę do odmowy wydania leku.

Leki bez recepty

A jak wygląda kwestia zakupów leków dostępnych bez recepty? Czy farmaceutów obowiązują te same zasady i reguły, jak przy sprzedaży leków na receptę?

W przypadku leków, które są wydawane bez recepty, nie znajdują zastosowania przepisy rozporządzenia, o którym była mowa powyżej. Nie oznacza to jednak, że farmaceuci są bezwzględnie zobowiązani do wydawania leków osobom nieletnim.

Dzieci poniżej 13 roku życia

Dzieci poniżej 13 roku życia, zgodnie z kodeksem cywilnym, nie mają zdolności do czynności prawnych, co oznacza, że umowy zawierane przez takie osoby są nieważne. Ustawodawca wprowadził jednak wyjątek od tej zasady w odniesieniu do umów zawieranych w drobnych, bieżących sprawach życia codziennego. Jeśli przyjmujemy, że kupno tabletek na ból gardła lub kropli do nosa jest czynnością należącą do drobnych spraw życia codziennego, wówczas z chwilą wydania leku i zapłaty ceny, umowa staje się ważna, chyba, że pociągnie za sobą rażące pokrzywdzenie dziecka poniżej 13 roku życia. Tak więc w wyjątkowych sytuacjach można sprzedawać leki oraz inne produkty dzieciom, które nie skończyły 13 lat.

Dzieci od 13 do 18 roku życia

Wydanie leków dostępnych bez recepty osobom pomiędzy 13 a 18 rokiem życia uregulowane jest w taki sam sposób, jak w przypadku leków wydawanych wyłącznie na receptę. Od farmaceuty zależy, czy uzna daną sprzedaż za możliwą do zrealizowania, tj. należącą do umów „*powszechnie zawieranych w drobnych, bieżących sprawach życia codziennego*”, czy też nie.

Podsumowując, polski ustawodawca pozostawił farmaceutom dużą swobodę w podejmowaniu decyzji, co do wydawania leków osobom nieletnim. Swoboda taka może budzić wątpliwości, ze względu na skomplikowany i niedookreślony charakter przepisów, które regulują te kwestie. Z całą jednak pewnością pierwszą zasadą, której powinny przestrzegać osoby wydające leki, jest bezpieczeństwo zarówno pacjenta, jak i dziecka odbierającego lek. Z tego powodu zasadne wydaje się przyjęcie przez każdą aptekę wewnętrznych wytycznych, w jaki sposób postępować w stosunku do małoletnich, którzy odbierają leki w imieniu innych pacjentów.

*Adw. Paulina SKWAREK
Dział Prawny KAMSOF S.A.*

(przedruk z „Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia – 0502” nr 11/14)

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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

Dr Barbara IRZYKOWSKA urodziła się 18 grudnia 1926 r. w Częstochowie. Studia medyczne odbyła w Poznaniu w latach 1945–54 (z dwuletnią przerwą z powodów zdrowotnych). Z Opolszczyzną związała się jeszcze przed zdaniem ostatniego egzaminu dyplomowego i 1 lipca 1954 r. podjęła pracę w Wojewódzkim Wydziale Zdrowia, początkowo jako inspektor lecznictwa, a od 1955, aż do 1959 r. – jako Kierownik oddziału lecznictwa.

1 września 1955 r. rozpoczął się 30-letni okres pracy dr Irzykowskiej na Oddziale Laryngologii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu. W grudniu 1957 r. uzyskała I stopień specjalizacji z laryngologii, w kwietniu 1964 r. – II stopień, a w międzyczasie w styczniu 1959 r. – I stopień specjalizacji z organizacji ochrony zdrowia. Od 1965 r. do przejścia na emeryturę w 1985 r. pełniła funkcję Zastępcy Ordynatora Oddziału. W okresie pomiędzy październikiem 1968 r. a sierpniem 1971 r. była jednocześnie Zastępcą Dyrektora Szpitala. Była kierownikiem specjalizacji I stopnia trzech osób i specjalizacji II stopnia jednej osoby.

Równoległe z pracą na Oddziale Laryngologii dr Irzykowska pracowała w Poradni Laryngologicznej Miejskiej Przychodni Obwodowej oraz Poradni Laryngologicznej Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej, a także konsultowała laryngologicznie pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego.

Po przejściu na emeryturę do 1994 r. pracowała w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w Opolu, po czym przeniosła się do rodzinnej Częstochowy, gdzie pracowała jako konsultujący laryngolog w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym (do 2004 r.) oraz w ZOL Zgromadzenia Sióstr Honoratek (do 2012 r.!!!).

W latach 70. przez 2 kadencje dr Irzykowska była radną Wojewódzkiej Rady Narodowej. Była odznaczona licznymi odznaczeniami resortowymi i państwowymi, m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. W ubiegłym roku uhonorowana została Laurem Śląskiej Laryngologii – wyróżnieniem nadawanym przez Oddział Śląsko-Opolski Polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologów.

Ja przyjechałem na Opolszczyznę w 1982 r., będąc już po egzaminie specjalizacyjnym I stopnia. Rozpocząłem pracę na etacie w Poradni Laryngologicznej zoz-u powiatowego, z jednoczesnym oddelegowaniem w celu odbywania specjalizacji II stopnia na Oddział Laryngologii. W kwietniu 1986 r., dzięki bardzo usilnym staraniom dr Irzykowskiej, uzyskałem etat na Oddziale, którym teraz od 13 lat kieruję.

Jerzy JAKUBISZYN



**Zawiadamiam, że w dniu 9.09.2014 r. odszedł na wieczny dyżur
lekarz medycyny z Prudnika**

Józef PEŁSZYK

**chirurg, specjalista rehabilitacji narządu ruchu oraz znawca akupunktury
o czym powiadamia pogrążona w smutku żona – lek. med. Janina Pełszyk**

OGŁOSZENIA

Nieźmiernie na miło zaprosić na **XII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarskim w klasie OMEGA**, które odbędą się w dniach 19–21 czerwca 2015 r. w urokliwej letniskowej wsi Morzyczyn nad Jeziorem Miedwie w gminie Kobylanka, 24 km od Szczecina. Regaty rozgrywane będą na łodziach typu OMEGA na niezmienionych zasadach, w systemie przesiadkowym.

Jak zwykle podczas wieczornego biesiadowania szykujemy wiele niespodzianek... zapewnimy miłą atmosferę i dobrą zabawę...

Zgłoszenia odbywają się na podstawie elektronicznych formularzy dostępnych na stronie: www.oil.szczecin.pl/arttykul/sport-kultura-i-rekreacja/xii-ogolnopolskie-mistrzostwa-izb-lekarskich-w-zeqlarstwie-klasa-prze-slanych-w-terminie-do-22-maja-2015-r.

Noclegi będą w Motelu „Polonus” – Hanna Kuzycz-Berezowska, Morzyczyn (www.motelpolonus.com/index1.php?s=act)

Wpisowe wynosi 1.350 zł od załogi. W ramach wpisowego załoga otrzymuje dwa noclegi oraz pełne wyżywienie dla 3 osób. Wpłaty (wpisowe) należy dokonać na konto: ING Bank Śląski 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034 z dopiskiem „REGATY – OIL”

Dane organizatora: Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, 71-332 Szczecin, tel. 91-48-74-936 wew. 116, e-mail ksidor@oil.szczecin.pl. Osoby do kontaktu:

Halina Teodorczyk – tel. 604 41 68 64, adres e-mail: halte@wp.pl

Halina Ey-Chmielewska – tel. 601 576 160 adres e-mail: eychmielewska@wp.pl

Kamila Sidor biuro OIL w Szczecinie tel. 91 48 74 936 wew. 116, adres e-mail: ksidor@oil.szczecin.pl

* * *

Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku zaprasza na **VI Ogólnopolskie Regaty Żeglarskie Lekarzy, które odbędą się w dniach 23–24 maja 2015 r. (sobota, niedziela) na Zatoce Puckiej**. Organizatorem regat jest Komisja Kultury Sportu i Rekreacji OIL w Gdańsku, a współorganizatorem Harcerski Ośrodek Morski w Pucku.

Biuro Regat: Harcerski Ośrodek Morski, 84-100 Puck, ul. Żeglarzy 1, tel. 58/673-21-50, hom@hompuck.org; a informacji udzielają: Przemysław Rzepecki (kom. 693-525-263), Marcin Szczęśniak (kom. 603-696-160) i w sprawach technicznych – Sławomir Dębicki (kom. 501-674-698 lub tel. 58/673-21-50)

Zgłoszenia należy dokonać do dnia 8 maja 2015 r. w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku (druk zgłoszenia do regat do pobrania ze strony www.oilgdansk.pl zakładka „Po pracy – Sport, Kultura, Rozrywka”; druk należy wypełnić, zeskanować i wraz z zeskanowanym potwierdzeniem wpłaty wpisowego na konto HOM przesłać na adres mailowy oil@oilgdansk.pl. Ilość miejsc jest ograniczona, więc decyduje kolejność zgłoszeń.

Wpisowe do regat wynosi 150 zł/osobę, płatne na konto: Bank Spółdzielczy Puck 96-8348-0003-0000-0000-3896-0001, HOM 84-100 Puck, ul. Żeglarzy 1 (tytuł wpłaty „VI Regaty Lekarzy – pobyt w HOM imię i nazwisko uczestników). Opłata protestowa wynosi 150 zł. W ramach wpisowego organizatorzy zapewniają:

- wyżywienie (od śniadania 23 maja do obiadu 24 maja),
- zakwaterowanie w dniach 22–24 maja 2015 r. (w zgłoszeniu proszę podać ile osób i z ilu noclegów będzie korzystać). **Uwaga !!! Nie rezerwujecie Państwo noclegów w trakcie trwania regat indywidualnie w HOM w Pucku!** Miejsca noclegowe będą przydzielane przez organizatorów na podstawie zgłoszeń do regat. Ewentualny nocleg dla osób towarzyszących możliwy będzie jedynie po zamknięciu listy

zgłoszeń do regat i zakwaterowaniu uczestników regat, jeśli zostaną wolne miejsca noclegowe w HOM.

- ubezpieczenie NW uczestników,
- łodzie do regat oraz kamizelki asekuracyjne dla uczestników regat,
- nagrody dla uczestników.

Wymagania stawiane uczestnikom:

- liczba członków załogi – 3 lub 4 osoby,
- prowadzący jednostkę minimum w stopniu żeglarsza jachtowego,
- znajomość przepisów PZZ, przepisów regatowych, przestrzeganie instrukcji żeglugi, umiejętność pływania.

Sposób przeprowadzenia regat: przewiduje się rozegranie 5 wyścigów w sobotę 23 maja i 4 wyścigów w niedzielę 24 maja. Szczegóły poda Sędzia Główny w instrukcji żeglugi i w komunikacie sędziowskim. Regaty zostaną uznane za ważne przy rozegraniu min. 2 wyścigów.

Informacje o regatach i łodzi PUCK na stronie www.klasapuck.org

* * *

Zapraszamy do udziału z **Piotrkowskim Nocnym Półmaratonie Wielu Kultur** organizowanym przez Ośrodek Sportu i Rekreacji w Piotrkowie Trybunalskim przy współudziale Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi w dn. **26 czerwca 2015 r.** Patronat nad biegiem objęli wspólnie Prezydent Piotrkowa Trybunalskiego Krzysztof Chojniak i Przewodniczący Sejmiku Województwa Łódzkiego Marek Mazur.

Bieg główny to półmaraton, przy jednoczesnych I Otwartych Mistrzostwach OIL w Łodzi. Start do biegu o godz. 21.00, a limit czasu to 3 godziny (4 pętle w obrębie Traktu Wielu Kultur w scenerii późnowieczornej).

Zapisów można dokonywać poprzez stronę internetową Maratonów Polskich oraz stronę biegu: ww.polmaratonpiotrkowski.pl.

* * *

Szpital w Branicach zatrudni lekarzy specjalistów psychiatrów, lekarzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w psychiatrii. Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe. Tel.: 77/40-34-307 lub e-mail: sws.kadry@op.pl.

* * *

Szpital Specjalistyczny MSW w Głucholazach zatrudni lekarzy na:

Oddziale Chorób Płuc i Rehabilitacji Pulmonologicznej

- pulmonologa,
- internistę,

Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej

- kardiologa,
- internistę,
- lekarza rehabilitacji medycznej.

Proponujemy bardzo dobre warunki pracy i płacy oraz zapewniamy mieszkanie. Telefon: 77/40-80-155.



Stowarzyszenie św. Celestyna

ZATRUDNIAMY PSYCHIATRĘ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

Centrum Rehabilitacji i Neuropsychiatrii zatrudni lekarza psychiatrę dla dzieci i młodzieży lub w trakcie specjalizacji, na dogodnych warunkach.

Wymiar czasu pracy do uzgodnienia.

Miejsce pracy: Mikoszków/k Strzelina woj. dolnośląskie.

Kontakt: 71 39 58 104, kom. 785 405 000

IV OGÓLNOPOLSKI KONKURS FOTOGRAFICZNY DLA LEKARZY “OKIEM ESKULAPA”

Organizator: Śląska Izba Lekarska w Katowicach

Kategorie konkursu:

1. “Przyjaciele wśród nas”
2. “Fotomontaż”

Prace należy nadsyłać do dnia 31.08.2015 r. na adres:
Śląska Izba Lekarska
ul. Grażyńskiego 49a
40-126 Katowice

Regulamin konkursu na stronie internetowej:
www.izba-lekarska.org.pl

**Zapraszamy wędkujących lekarzy na XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Wędkarstwie Muchowym i Spinningowym odbywające się
w dniach 14-17.05.2015 r. w Ustroniu na rzece Wiśle**

Szczegółowy harmonogram 3 dniowego spotkania obejmującego zawody,
treningi oraz warsztaty wędkarskie z galerią zdjęć z poprzednich edycji pod adresem:

www.klinikajurajska.pl/mistrzostwapolskilekarzy

Potwierdzeniem uczestnictwa jest wpłata 350 zł od osoby na konto:

Bank WBK 31 1090 2590 0000 0001 2408 8338
JUSTA S.C. Justyna Mazurek, Waldemar Kędzierski
43-450 Ustroń Lipowska 37a
z dopiskiem MPLwW 2015

wszelkie pytania proszę kierować na adres flydoctorgap@gmail.com
lub telefonicznie 790 362 867, 604 230 468

