



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Lipiec-Sierpień 2022

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 307-308

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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



zdz. Jerzy Lach



# GRABIEŻ

W 1892 roku Chore dziecko Edvarda Muncha (1863-1944) zdjęto z wystawy. Obraz wisiał tylko tydzień. Skandal! – krzyczały nagłówki pruskich gazet. – Brzydki. Nieprzyzwoity. Potworny – powtarzały dzienniki. Co tak wzburzyło Berlin? Śmierć, która na oczach widzów upomina się o dziewczynkę?

Przecież malarstwo na dobre żyło się ze zgrozą. Ileż to razy Judyta zarzynała Helofernesa, a Apollo obdzierał Marsjasza ze skóry. Brutalną zbrodnię malowali Tycjan, Anselmi i Perugino, del Pollaiuolo, Rafael i Tintoretto, Rubens, Guercino, de Ribera, Reni, Bottallo i Poussin. Na pierwszym z bliźniaczych obrazów Iacopo Negrettiego (1548-1628) zwanego Palmą do Giovanne nic nie zapowiada tragedii. Apollo w lekkiej tunice opadającej z ramion siedzi na kamieniu, przodem do widzów. Sylen ukrył się w cieniu. Król Midas głowi się nad osądem. Na drugim płótnie przerażony król powstał, chce coś powiedzieć, powstrzymać boga, unosi dłoń.... Tymczasem Apollo zaplątał sznur wokół nadgarstków grajka, poprowadził chichoczącego pod platan, przerzucił linę przez najgrubszą gałąź, wydobył z sakwy nóż i z wolna ostrzy go na kamieniu. Zaraz przystąpi do mordu. Ostrzem naszkicuje ledwie widoczną linię od pępka aż do krtani Marsjasza, po czym zanurzy nóż w ciele. Rozlegnie się nieznośne, monotonne wycie, przeciągły ryk w zasadzie samo A/ tylko głębsze z dodatkiem rdzy – jak opowiadał Zbigniew Herbert.

Berlin widział niejedną śmierć. Uczył się też północy, czytał Upiory Henrika Ibsena, oglądał dzieła Christiana Krohga, a w listopadowe popołudnie roku 1892 przyszedł

czas na Edvarda Muncha. Przestronne sale Architektenhaus zabarwiły się gorsetami, koronkami, turniurami, kaszmirowymi szarfami, pelerynkami, surdutami i marynarkami. Przewodniczący komisji do spraw wystaw wpadł do gmachu tuż przed wernisażem. Chciał rzucić okiem na płótna, odczytać z kartki życiorys norweskiego artysty i wrócić w objęcia swojej panny z temperamentem. Brał po kilka stopni, zachwiał się na zakręcie, pchnął szklane drzwi. I osłupiał.

Błądził wzrokiem od obrazu do obrazu, od burych głazów do ciężałego morza Nocy letniej, od weselników zatraczonych w Tańcu życia do zaciśniętych warg odrąbanej kobiety. Wreszcie przylepił wzrok do Chorego dziecka.

Na obrazie światło mocuje się z kotarą i cienką strugą wlewa się do pokoju. Szafka nocna to tylko kilka maźnięć pędzlem zanurzonym w czerwieniach i brązach. Na blacie fiolka z lekiem i łyżeczka. Szklanka z niedopitą herbatą skrzy się w drugim kącie płótna. Dziewczynka zrosła się z fotelem. Jej nogi przygniata ciężki koc, zapowiedź trumiennego wieka. Cienkie ramiona gubią się w pogniecionej koszu, za dużej na to mizerne ciało. Głowa zapada się w wielkiej puchowej poduszce. Rude włosy kleją się do czoła. Nikt ich nie szczotkuje, bo wyłażą garściami odsłaniając łysę placzkę skóry. Wychudła, sucha, ulepiona z wosku twarz rozmywa się, zanika. Może to ślad twarzy utrwalony na poszewce?

Sophie Munch (1862-1877) umierała w mieszkaniu przy Fossveien 7 w Krystianii (przemianowanej później na Oslo).

Jej ojca – lekarza wojskowego, nie stać było na sanatorium w pruskim Goerberdorfie (dzisiejszym Sokołowsku w Górach Suchych), gdzie doktor Hermann Brehmer ordynował swoim pacjentom „o małych sercach” solidne posiłki, marszobieg i zimne natryski. W 1877 roku nikt jeszcze nie słyszał o prątkach Kocha, które niczym pszczoły roją się w płucach gruźlików. Nie wiadano, że można je okadzić i wywabić.

Edvard – rok młodszy od Sophie, całymi dniami przesiadywał w pokoju siostry. Ich czas dzielił się na ataki gwałtownego kaszlu, charczenie, wypluwanie w chusteczkę resztek płuc i krótkie chwile spokoju. Dzieci wymyślały wtedy tajemne miejsca i zaludniały je włochatymi stworami. A kiedy dziewczynka omdlewała z bólu, który łamał jej kości i wyżerał trzewia, Edvard rysował: szybko, nerwowo, niestarannie. Ćwiczenia z utraty powtarzał do końca życia.

XIX – wieczny Berlin obraził się na Muncha. On ograbił sztukę ze sztuki! – krzyczały pruskie gazety. Chore dziecko to rzeczywiście obraz grabieży: skoku na życie dziewczynki. To także obraz rozpacz, która żyła się z artystą.

W wiedeńskiej Albertinie skończyła się niedawno wystawa pod tytułem Dialog z Edwardem Munchem. Obyło się bez skandalu.

Agnieszka KANIA



## OD REDAKCJI



Przed wami numer wakacyjny (lipcowo-sierpniowy) naszego Biuletynu. Tylko w części udało mi się przygotować go specjalnie na okres kanikuły – są to materiały dotyczące problemu jak bezpiecznie i bezstresowo spędzić ten okres roku. Niestety brutalna rzeczywistość ciągle niesie jakieś „niespodzianki” więc i tym razem jest ich trochę w naszym Biuletynie.

Co uważniejsi czytelnicy zauważą pewnie nowego autora w nowej rubryce naszego czasopisma. Udało mi się bowiem namówić dotychczasowego Przewodniczącego

Komisji Kultury NRL i wieloletniego publicysty „Gazety Lekarskiej” dr Jarosława WANECKIEGO do cyklicznego pojawiania się także i u nas – oto więc premiera.

Mam nadzieję, że upragnione przez nas wszystkich wakacje będą dla wszystkich okresem pełnego wypoczynku, pozbawionego stresów i niespodzianek zatruwających nam codzienne życie. Pełno będzie natomiast słonecznych (choć niekoniecznie upalnych nadmiernie) dni, szeregu różnorodnych miłych atrakcji, czyli tego wszystkiego co zdarzyć się może podczas urlopu. Wypoczywajcie do woli „pełną gębą” i do zobaczenia za dwa miesiące.

*Jerzy B. LACH*

## SZPALTA PREZESA



Koleżanki! Koledzy!

Czas urlopów nieuchronnie nadchodzi, a my mamy jeszcze niedziałające komisje problemowe IX kadencji. Apeluję o obecność na pierwszych posiedzeniach komisji, gdyż bez wymaganego quorum nie można przeprowadzić wyborów Przewodniczących komisji, a zadań jest wiele. Na początku czerwca br. odbyła się też pierwsza Naczelna Rada Lekarska. Dzień wcześniej odbyły się wybory Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego i został nim ponownie nasz Kolega Jacek Miarka. NRL zatwierdziła także Przewodniczących komisji problemowych działających w strukturach Naczelnej Izby Lekarskiej i miło mi poinformować, że Przewodniczącym Komisji Legislacyjnej został Kolega Jerzy Jakubiszyn. Obu Kolegom serdecznie gratulujemy.

Wracając do spraw naszej Izby – jak wiecie w ramach akcji „Pomoc dla Ukrainy” rozpoczęliśmy stacjonarne kursy nauki języka polskiego dla lekarzy, lekarzy dentystów - uchodźców z Ukrainy, które cieszą się dużym zainteresowaniem. 3 czerwca ukończyła kurs podstawowy pierwsza grupa, a na początku lipca kończy kolejna. Trzecia grupa jest w trakcie nauki (kursy odbywają się w grupach około 10-osobowych, obejmują 40 godzin nauki z elementami medycyny, typu wywiady, badanie pacjenta itp. – pisałam już o tym w majowym Biuletynie). Trwają zapisy do grupy czwartej. Rozwijają się także pomoc fi-

nansowo-rzeczowa dla osób jej potrzebujących. Otrzymało ją już kilka osób i wciąż nowe osoby aplikują w tej sprawie. Tym wszystkim, którzy wspomogli finansowo nasze działania bardzo dziękuję, ale zachęcam także pozostałych do wsparcia naszego subkonta bankowego („Pomoc dla Ukrainy” - nr konta: 65-1020-3668-0000-5502-0588-9268). Każda, nawet najmniejsza wpłata będzie mile widziana, bo potrzeby są bardzo duże.

Jest także nowa, zainicjowana w Naszej Izbie akcja pod nazwą „Rotacyjna biblioteczka”. Pomysł ten narodził się w mojej głowie, gdy widziałam w poprzedniej kadencji przed pandemią pozostawiane w holu Izby na stoliku książki. Pandemia spowolniła wprowadzenie tego pomysłu w życie, ale już jest. Biblioteczka stoi w holu. Można w niej zostawić wszystkie książki, które są Wam zbędne w domu, a mogą zainteresować innych (nie tylko medyczne, nawet bajki dla dzieci) i można zabrać do swojego domu z biblioteczki te książki, które Was zaciekawią, a akurat będą tam pozostawione. Mam nadzieję, że w ten sposób każda książka będzie miała swoje „drugie życie”.

Nadchodzące lato i czas wolny od pracy niech pozwoli wszystkim spędzić ten czas najlepiej, najmilej i najatrakcyjniej, jak to tylko jest możliwe - bo przecież od tego są urlopy. Odpoczynek od pracy regeneruje nie tylko nasze ciała, ale przede wszystkim umysły. A więc udanych urlopów i do zobaczenia we wrześniu.

*Jolanta SMERKOWSKA-MORZYCKA*



## POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ



W dniu 25 maja 2022 r. odbyło się kolejne posiedzenie Rady Okręgowej, na którym Rada obradowała nad następującymi problemami:

### **Przyznanie praw wykonywania zawodu**

Wniosek o wydanie PWZ celem odbycia stażu podyplomowego złożyła lek. Hulaha Olha (obywatelka Ukrainy), która ukończyła Bukowiński Państwowy Uniwersytet Medyczny w Kijowie - uchwałę podjęto jednogłośnie

Wniosek o przyznanie warunkowego PWZ złożyli:

- lek. Yefremenko Olena (obywatelka Ukrainy), która ukończyła Ukrainką Medyczną Akademię Stomatologiczną w Połtawie (PWZ przyznaje się na okres 25.05.2022 r. – 25.05. 2027 r.) - uchwałę podjęto jednogłośnie;

- lek. Luzan Olena (obywatelka Ukrainy) - przedłużyć warunkowe PWZ do 02.08.2026 r. - uchwałę podjęto przy jednym głosie wstrzymującym.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Firma Klinika NOVA Sp. z o.o. z Kędzierzyna-Koźła (zarejestrowana w naszej Izbie), przeprowadzi warsztaty teoretyczno-praktyczne dla lekarzy z zakresu urologii w dniach:

- 18-19.05.22 r.,
- 25-26.05.22 r.,
- 14-15.09.22 r. i
- 23-24.11.22 r.

Firma złożyła wniosek o zmianę wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów Opolskiej Izby Lekarskiej i przyznanie punktów edukacyjnych (kierownik naukowy kursu - lek. Rafał Olejnik) - uchwały podjęto jednogłośnie i przyznano po 8,5 pkt za każde warsztaty.

W/w Firma przeprowadzi kolejne warsztaty (Techniki RIRS w leczeniu kamicy nerkowej) w dniach 23-24.06.22 r. i 25-26.06.22 r. z zakresu urologii – uchwały podjęto jednogłośnie i przyznano po 10 pkt. za każde warsztaty.

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

Z powodu zgonu lekarza wykreślono 10 indywidualnych praktyk lekarskich oraz 1 praktykę w związku zakończeniem pracy - uchwały podjęto jednogłośnie.

### **Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy**

Rada podjęła jednogłośnie uchwałę w sprawie przyznania 13 lekarzom - 90-latkom wsparcia finansowego w kwocie po1.000 zł.

### **Wyznaczenie przedstawiciela OIL do Komisji Konkursowej**

Dyrektor SP ZOZ w Głuchołazach wystąpił do Rady o wyznaczenie swego przedstawiciela do komisji kon-

kursowej na stanowiska Pielęgniarki Oddziałowej na następujących oddziałach:

- Oddział Reumatologiczny z Pododdziałem Rehabilitacji Ogólnoustrojowej,
- Izbę Przyjęć,
- Oddział Psychiatryczny Ogólny,
- Oddział Pulmonologiczny z Pododdziałem Chemioterapii,
- Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej,
- Oddział Rehabilitacji Pulmonologicznej,
- Oddział Psychosomatyczny,
- Dzienny Ośrodek Rehabilitacji Psychiatrycznej.

Prezydium zarekomendowało Radzie kandydaturę kol. Zygmunta Koniecznego.

Z kolei Dyrektor Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Branicach wystąpił o wyznaczenie przedstawiciela do komisji konkursowej na stanowisko Przełożonego Pielęgniarek.

Prezydium zarekomendowało kol. Jerzego Jakubiszyna.

Rada przychyliła się do rekomendacji Prezydium i podjęła stosowne uchwały jednogłośnie.

### **Zmiany w wysokości składki członkowskiej**

Wniosek o zwolnienie ze składki członkowskiej złożyła 1 osoba – uchwałę podjęto jednogłośnie.

### **Uchwały o składzie osobowym Komisji Kultury i Sportu OIL**

W skład Komisji Kultury i Sportu wchodzi 6 lek./lek.dent.:

1. Bajer Anna,
2. Dmowska-Zielińska Marzena,
3. Pędich Paweł,
4. Pędich Rafał,
5. Rodziewicz-Kabarowska Marta,
6. Rogala Elżbieta.

Natomiast w skład Komisji Lekarzy Emerytów i Rentistów - 8 lek./lek.dent.:

1. Bigda-Holubowicz Krystyna,
2. Cerbe-Mynte Teodora,
3. Chowaniec Tadeusz,
4. Drosik Kazimierz,
5. Jakobi-Róż Halina,
6. Kudyba Bogusław,
7. Rodziewicz-Kabarowska Marta,
8. Wróbel Jan.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

### **Sprawozdanie z XV Krajowego Zjazdu Lekarzy**



Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka poinformowała członków Rady o następujących rozstrzygnięciach Krajowego Zjazdu Lekarzy:

- Prezesem NRL został wybrany lek. Łukasz Jankowski (dotychczasowy Prezes Warszawskiej Izby Lekarskiej),
- w skład członków Naczelnej Rady Lekarskiej wszedł kol. Stanisław Kowarzyk (kolega został także członkiem Krajowej Komisji Wyborczej).
- Nacelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej został wybrany przedstawiciel naszej Izby - lekarz i prawnik Zbigniew Kuzyszyn (Prezes zaprosiła naszego Kolegę na czerwcową Radę),
- w skład członków Nacelnego Sądu Lekarskiej weszli koledzy: Jacek Miarka i Jacek Mazur,
- w skład Zastępców NROZ został wybrany kolega Wojciech Derkowski.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSK

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

## POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 30.05.2022 r. odbyło się pierwsze w nowej kadencji posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Spotkanie rozpoczęła dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka od zgłoszenia na Przewodniczącą Komisji kol. Barbarę Hamryszak oraz na Zastępcę kol. Roberta Rypniewskiego. Po przeprowadzonych głosowaniach obie kandydatury przyjęto przy 1 głosie wstrzymującym się na każde z głosowań.

Następnie Komisja przystąpiła do wyboru Sekretarzy, którymi jednogłośnie zostali Agnieszka Chomik-Rączy oraz Mateusz Śnieżek.

Po ukonstytuowaniu się Komisji nowo wybrana Przewodnicząca zwróciła się do Komisji o przyjęcie do jej grona dr Marty Kabarowskiej, dr Barbary Ziobrowskiej oraz dr Natalii Wicher. Wyżej wymienione koleżanki zostały jednogłośnie przyjęte na członków Komisji Stomatologicznej. Stosowny wniosek został skierowany do członków Rady Lekarskiej.

Przewodnicząca po krótko omówiła przebieg Krajowego Zjazdu Lekarzy, na którym został wybrany Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej na kolejną kadencję. Został nim dr Łukasz Jankowski. Nacelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej został wybrany członek naszej Izby - lek. Zbigniew Kuzyszyn. W organach NIL reprezentować nas będą jeszcze: lek. Wojciech Derkowski jako Zastępca Nacelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, lek. Jacek Miarka oraz lek. Jacek Mazur jako członkowie Nacelnego Sądu Lekarskiego; lek. Stanisław Kowarzyk jako członek Naczelnej Rady Le-

### Sprawy różne i wolne wnioski

Zgłoszony został wniosek o wzrost uposażenia dla Prezes OIL w Opolu. Zaproponowano wynagrodzenie 6.000 zł. brutto miesięcznie - uchwałę podjęto przy 1 głosie wstrzymującym się.

Kol. Gajda zgłosiła problem lekarzy POZ, dotyczący stwierdzania zgonów pacjentów. Prosiła o nagłośnienie tej sprawy na najbliższym posiedzeniu NRL. Kol. Jakubyszyn przypomniał, że już zgłaszaliśmy jako OIL ten problem do Rady Naczelnej. W związku z tym postanowiono odświeżyć ten apel i ponownie przesłać go do NIL.

Wobec wyczerpania porządku obrad, na tym posiedzenie zakończono.



karskiej oraz członek Naczelnej Komisji Wyborczej. Gratulujemy. 6 prezesów okręgowych izb lekarskich jest lekarzami stomatologami. Reprezentują oni następujące izby: Opole, Olsztyn, Kraków, Toruń, Gdańsk, Zielona Góra.

Następnie dr Marzena Dmowska-Zielińska zwróciła się z problemami dotyczącym solidarności, brakiem szacunku panującym w środowisku stomatologicznym oraz z podważaniem kompetencji swoich kolegów - przedstawiony problem został szeroko omówiony. Apelujemy o wzajemny szacunek w środowisku lekarskim. Kodeks Etyki Lekarskiej i dobry zwyczaj zobowiązuje nas lekarzy do wzajemnego szanowania naszych kompetencji szczególnie, gdy rozmawiamy z pacjentem. Nie krytykujemy naszych diagnoz i sposobów leczenia. Mamy prawo do innej drogi do wyleczenia. Poza pacjentem można wzajemnie przedyskutować to, z czym się nie zgadzamy. Zniesławienie lekarza przez innego lekarza niczemu nie służy.

Komisja przypomina o szkoleniach odbywających się zarówno online, jak i stacjonarnych. Wszelkie informacje znajdują się na stronie naszej izby i NIL.

Na koniec spotkania członkowie uczcili minutą ciszy naszych zmarłych kolegów: Dr Jarosława Wronę i Dr Kazimierza Bryndalę.

Na tym posiedzenie zakończono. Następne odbędzie się po spotkaniu NKS i po wyborze jej nowego przewodniczącego na najbliższym posiedzeniu NRL.

Sekretarz

Lek. dent. Agnieszka CHOMIK-RĄCZY

Przewodnicząca

Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK



# CO TO BYŁA TZW. KLĄTWA KAZIMIERZA JAGIELLOŃCZYKA (1427–1492)



Kazimierz Jagiellończyk urodził się w roku 1427 jako trzeci syn Władysława Jagiełły i jego czwartej żony Sońki Holszańskiej. W chwili jego narodzin Władysław Jagiełło miał 65 lat. Poprzedni jego synowie to: Władysław zwany Warneńczykiem (1422-1444) i Kazimierz, który zmarł wkrótce po porodzie. Wychowywany był wraz ze starszym bratem Władysławem przez biskupa krakowskiego Zbigniewa Oleśnickiego. + Szczególnie wykształcony był Władysław, natomiast zaniechano kształcenia młodszego Kazimierza, dlatego też nie umiał on pisać i czytać.

Po śmierci Władysława Jagiełły w roku 1434 na tron polski wstąpił Władysław, który w roku 1440 został koronowany na króla Węgier. Po zawarciu koalicji antytureckiej Władysław stoczył przegraną bitwę pod Warną w roku 1444, przy czym nikt nie wiedział jego śmierci, a na polu bitwy nie znaleziono jego ciała.

W roku 1438 Kazimierz Jagiellończyk został wybrany przez czeskich husytów na króla Czech, w ten sposób chcieli uniknąć objęcia tronu przez Albrechta Habsburga. Jednak dwie wyprawy Kazimierza zakończyły się klęską (pod Grotnikami) i królewicz ostatecznie zrezygnował z walki o koronę czeską.

Po śmierci zamordowanego wielkiego księcia litewskiego Zygmunta Kiejstutowicza w roku 1440 Kazimierz Jagiellończyk przez bojarów litewskich w Katedrze Wileńskiej został ogłoszony wielkim księciem litewskim, co spowodowało zerwanie Unii Polsko-Litewskiej. Przez cztery lata Królestwo Polskie i Wielkie Księstwo Litewskie nie utrzymywało ze sobą żadnych kontaktów. Sytuacja zmieniła się w roku 1444 po przegranej bitwie pod Warną. Dopiero po dwóch latach bezkrólewia - ponieważ pojawili się samozwańcy podający się za ocalałego króla Władysława Warneńczyka - Kazimierz Jagiellończyk, w roku 1447, został koronowany na króla Polski.



Szczątki Kazimierza Jagiellończyka

Kazimierz Jagiellończyk, w przeciwieństwie do swojego ojca Władysława Jagiełły (miał cztery żony: Jadwigę Andegaweńską, Annę Cylejską, Elżbietę Granowską i Sońkę Holszańską) miał tylko jedną żonę. Otóż w roku 1454 ożenił się z Elżbietą Rakuszką, córką króla Węgier Albrechta Habsburga i Elżbiety, która była córką Zygmunta Luksemburskiego. W Polsce nadano jej przydomek Rakuszką (Rakuzy to średniowieczna nazwa Austrii). Kazimierz Jagiellończyk i Elżbieta Rakuszką doczekali się trzynastorga dzieci, w tym czworo zostało było koronowanych: Władysław król Czech i Węgier, Jan Olbracht, Aleksander i Zygmunt Stary, dwóch niekoronowanych: św. Kazimierz patron Litwy oraz Fryderyk, drugi po Zbigniewie Oleśnickim, kardynał polski. Siedem córek powychodziło za mąż przeważnie za książąt niemieckich. Wychowaniem królewiczów zajmowali się kronikarz Jan Długosz i włoski humanista Feliks Kallimach.

Największym sukcesem politycznym Kazimierza Jagiellończyka było upokorzenie Krzyżaków w wygranej tzw. Wojnie Trzynastoletniej. Na mocy zawartego II Pokoju Toruńskiego (1466), Polska uzyskała Pomorze Gdańskie, Ziemię Chełmińską, Warmię oraz Gdańsk i Elbląg.

Kazimierz Jagiellończyk zmarł nagle 7 czerwca 1492 roku (rok odkrycia Ameryki przez Krzysztofa Kolumba) kiedy przebywał na Litwie w Grodnie. Przyczyną śmierci była ostra biegunka leczona bezskutecznie przez OO Bernardynów m. in. pieczonymi gruszkami. Liczył 65 lat.

Ciało króla trzeba było przewieźć w upale do Krakowa kilkaset kilometrów. Stolarze wykonali sosnową trumnę, tzw. „dłubankę”. Do trumny włożono drewniane insygnia królewskie, miecz i koronę, a ciało króla pokryto warstwą niegaszonego wapna. Zwłoki królewskie dotarły na Wawel dopiero po miesiącu, w dniu 11 lipca. Złożono je w przepięknym marmurowym sarkofagu wyrzeźbionym w stylu barokowym przez samego mistrza Wita Stwosza. Znajduje się on w Kaplicy Świętokrzyskiej i można go podziwiać w Katedrze Wawelskiej. Na sarkofagu umieszczono napis: „Niszczyciel dzieła będzie przeklęty”.

Na początku lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku krakowscy naukowcy na czele z prof. Jerzym Szablowskim uzyskali zgodę kardynała Wojtyły na zbadanie sarkofagu Kazimierza Jagiellończyka. Po jego otwarciu, w zbutwiałej trumnie znaleziono fragmenty kości i czaszkę króla. Powtórny pogrzeb króla Kazimierza Jagiellończyka i jego żony Elżbiety Rakuszki odbył się w dniu 18 października 1973 roku. Mszę żałobną celebrował kardynał Karol Wojtyła, zaś na trumnach umieszczono napisy: Casimirus Rex i Elisabeth Regina.



W ciągu 10 lat po otwarciu sarkofagu Kazimierza Jagiellończyka, z 32 osobowej ekipy archeologów zmarło nagle 15 osób. Po wnikliwych badaniach bakteriologicznych stwierdzono, że przyczyną tych zgonów był grzyb *Aspergillus flavus*.

W ten sposób miała spełnić się klątwa Kazimierza dotycząca niszczycieli dzieł. Mogła się ona odnieść do czasów mu przyszłych (vide rozbiory Polski), jak również współczesnych.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

## GOŚCINNE WYSTĘPY

### #ZMIANASTARAJAKŚWIAT

Hasztag to wyrażenie poprzedzone symbolem #, bez użycia spacji, będące formą elektronicznego znacznika. Dodanie kratki przed nośnymi hasłami umożliwia jednolite grupowanie komunikatów. Pierwotnie informatycy programowali nimi słowa kluczowe, które procesor przetwarzał, jako pierwsze.

Wróciłem do domu z 15. Krajowego Zjazdu Lekarzy w Warszawie. Po raz dziesiąty rozpakowując walizkę i wieszając w szafie garnitury, opowiadałem o swoich wrażeniach. Nie należę do grona dinozaurów z 1989 roku, co nie zmienia faktu, że znam osobiście wszystkich dotychczasowych prezesów, a w wyborach czterech z nich uczestniczyłem bezpośrednio.

Konstanty Radziwiłł podczas prezentacji w Teatrze Muzycznym ROMA zachwycił delegatów prezentacją zamierzeń, które w ciągu kilku godzin przekształciły się w samorządowy program przyszłości, odcinając się od poprzedników, z którymi notabene bardzo blisko współpracował. Kiedy kilka lat później poznałem Krzysztofa Madeja, usłyszałem jakby refren piosenki śpiewanej od końca. Zwycęstwo wyborcze drugiej kadencji było jednoznaczny pójściem naprzód, zerwaniem z siermięgą pierwszych lat budowy izb i zapowiadało, poprzez udział w licznych gronach decydenckich, o skokowym wzroście znaczenia spraw lekarskich na forum. Walka Macieja Hamankiewicza, Andrzeja Włodarczyka i Romualda Krajewskiego w 2010 roku, była świadectwem różnorodności wizji jutra. Maciek był niczym związkowy trybun. Andrzej chciał być doskonałym organizatorem struktury. Romek patrzył na samorząd przez pryzmat nauki. Wszystkich łączył hasztag zmiany. Wszyscy mieli poczucie, że idea izb lekarskich ginie, a może tak naprawdę nigdy nie została odkryta do końca. Wiktorija Andrzeja Matyi sprzed 4 lat, to miszmasz, osiągnięty głównie dzięki pełnemu wsparciu Warszawy, na której czele stanął wówczas lider protestu rezydentów Łukasz Jankowski. Plan zmian VIII rozdania, został, wykonany, mimo pandemii, w dość dużym zakresie. Głos samorządu nigdy wcześniej nie był tak donośny. Warunki lokalowe na Sobieskiego 110, zwłaszcza dla pionu odpowiedzialności zawodowej, zostały znacznie poprawione. Medial-

ność, elektronizacja, zasoby finansowe - wszystko świadczyło o dynamice prac Naczelnej Rady Lekarskiej i wchodzącego w jej skład Konwentu Prezesów. I nagle nastąpił rozłam. I nagle wspólny program „Nasz Samorząd” został pominięty w procesorze wyborczym, który priorytetowo potraktował #samorządprzyszłości. I nagle zawirował świat, choć de facto w projektach zaproponowanych do realizacji na jutro, nic się nie zmieniło, poza nowym rozdaniem personalnym. Wykreślono jednych, wstawiono innych. # kontra @.

Po głosowaniach na forum internetowym „KZL9” rozpoczęła się dyskusja o listach poparcia i zмовie „młodych lekarzy”. Zwrot specjalnie umieszczam w cudzysłowie, bo to oczywista nieprawda, gdyż „zwycięską koalicję” (kolejny zwrot umowny) tworzą także „starzy wyjadacze”. Spośród wielu postów bardzo popularny stał się jeden. Przytoczę go w całości.

„Z uwagą przeczytałam reminiscencje pozjazdowe uczestników tego wydarzenia. Ja również chciałabym dorzucić kamyczek do tego ogródka. Nie był to mój pierwszy zjazd krajowy. Byłam delegatem kilkakrotnie. Ale ten zjazd był niezwykle. Przypominał mi zjazdy, kiedy krystalizowała się nasza samorządność. Kiedy to my ówczesni 30-latkowie dokonywaliśmy rewolucji tworząc zręby odrodzonego samorządu. Historia zatoczyła koło. Osobiście cieszy mnie ten napływ świeżej krwi, pełnej pomysłów i chęci wprowadzania zmian. Zmian, które mam nadzieję dokonają się dla dobra Nas wszystkich. Mam nowy narybek młodych świetnie wykształconych, wspaniale posługujących się zdobyczami techniki informatycznej lekarzy i lekarzy dentyków – działaczy. Osób którym zależy, którym się chce poświęcić swój czas, zdrowie, aby nam wszystkim pracowało i żyło się lepiej. W trakcie dyskusji w kuluarach dotyczącej konieczności zmian jeden z uczestników powiedział ważne zdanie „oby ta rewolucja, była ewolucją” I tego życzę wszystkim nowo wybranym członkom organów samorządowych. Mam również nadzieję, że unikniemy podziałów na starych i młodych. Zgodnie z zasadą niech ten kto nigdy nie popełnił błędu rzuci kamieniem. Błędy dotyczą tak sa-







mo starych, jak i młodych. Ważne jest abyśmy słuchali się wzajemnie. Co do zawirowań wyborczych, no cóż, sparafrazuję maksymę „Vox populi, vox Dei”. Wybraliśmy kogo chciał lud... Pozdrawiam wszystkich. Halina Ey-Chmielewska. Mandat 87”

„Ten zjazd był niezwykle” - pisze koleżanka „starszego pokolenia” ze Szczecina i czerpie nadzieję z dopływu świeżej krwi, choć jest to transfuzja wymienna. Tylko trochę boi się rewolucji. Nie powinna się jednak oszukiwać. Ewolucja jest przecież niemedialna i nie pasuje do oczekiwania natychmiastowego sukcesu. Wszystko zatem potoczy się szybko.

Wróciłem z 15. Krajowego Zjazdu Lekarzy w Warszawie. Jeszcze nigdy nie odbyłem tylu pozjazdowych roz-

mów i nie brałem udziału w tak rozlicznych dywagacjach na temat przyszłości. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski przedstawił swoje credo: „Słucham. Angażuję. Działam skutecznie”. Delegaci w przygniatającej liczbie uwierzyli tej deklaracji. Chciałbym jednak, aby kampania znaczników # i @ się skończyła. Czas na wspólną pracę na rzecz przyszłości lekarskiego stanu, aż do nieuchronnego napływu jeszcze świeższej krwi. Zmiana jest przecież najbardziej stałym elementem życia.

Jarosław WANECKI

Przewodniczący Komisji Kultury NRL

Członek Krajowej Komisji Rewizyjnej  
i Rady Programowej „Gazety Lekarskiej”

## CO PISZĄ INNI

# NACZELNEJ IZBIE LEKARSKIEJ GROZI ROZBICIE? NIEBEZPIECZNY POMYSŁ POSŁÓW SOLIDARNEJ POLSKI

Czy niezależność samorządu lekarskiego jest zagrożona? Zaniepokojenie lekarzy wzbudził wniosek grupy posłów Solidarnej Polski do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie konstytucyjności przepisów dotyczących przynależności do izb adwokackich i radcowskich ze względu na miejsce zamieszkania czy prowadzonej działalności.

Posłowie w swoim wniosku złożonym w maju do TK argumentują, że wyłącznie terytorialne kryterium tworzenia poszczególnych jednostek samorządów jest niesłuszne. Przekracza zakres swobody legislacyjnej co do możliwości ukształtowania ustroju samorządu zawodowego i wymóg ustawowego jego uregulowania.

Choć wniosek dotyczy prawników, lekarze nie mają wątpliwości, że sprawa dotyczy także ich grupy zawodowej. Jeśli Trybunał podzieli wątpliwości grupy posłów odnośnie do izb prawników, to kwestią czasu jest, gdy przez analogię stanowisko dotknie też inne samorządy zawodów zaufania publicznego, które także uporzędkowane są terytorialnie.

Jakie będzie nowe kryterium przynależności, jeśli nie terytorialne? Zdaniem prawników, ustawodawca miałby dowolność. Nietrudno sobie więc wyobrazić powstanie np. izb lekarzy katolickich, stomatologów, przeciwników szczepień itp. Tego typu podziały już wcześniej się rysowały, teraz jednak mogłyby przyczynić się do trwałego rozpadu samorządu lekarskiego.

Choć czasem zarzuca się izbie skostnienie, to jednak rozbicie samorządu zawodowego byłoby fatalne w skutkach. Byłby to cios w autonomię lekarzy. Bez jednej sil-

nej organizacji reprezentującej całą grupę zawodową straciliby pozycję negocjacyjną w rozmowach z rządem.

Rozumieją to organizacje takie jak Porozumienie Zielonogórskie czy Porozumienie Rezydentów, które stanowczo opowiadają się za zachowaniem jednego silnego samorządu. – Dzielenie środowiska nie jest dobrym pomysłem i nie będzie służyło osiągnięciu wspólnych celów – przyznaje w rozmowie z podyplomie.pl lek. Anna Bazydło z Porozumienia Rezydentów. Jej zdaniem wspólnym celem samorządów zawodów publicznych powinno być utrzymanie obecnych zasad przynależności do izb.

Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, w wypowiedzi dla prawo.pl przekonuje, że takie rozwiązanie jest niebezpieczne. Nie można wykluczyć, że powstanie izba lekarzy negujących zdobycze nauki i działających niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną, np. lekarzy antyszczepionkowców. Wówczas nie podlegaliby oni już odpowiedzialności dyscyplinarnej NIL, tylko swojej. Nadzór nad prawidłowym wykonywaniem zawodu zaufania publicznego nie byłby więc realizowany.

Przypomnijmy, że zgodnie z art. 6 ustawy o izbach lekarskich lekarz, któremu okręgowa rada lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu, staje się członkiem tej izby. Może jednak przepisać się do innej izby, na obszarze której wykonuje zawód. Działają 23 izby okręgowe uwzględniając zasadniczy podział terytorialny kraju, oraz Wojskowa Izba Lekarska w Warszawie, działająca na terenie całego kraju.

(przedruk za podyplomie.pl)

# #SPRAWDZAM – 6,25% CZYLI W ZASADZIE ILE?

W 2022 r., zgodnie z zapisami ustawy 7% PKB na zdrowie, minimalny poziom nakładów publicznych musi wynieść 5,75%. Wyniesie, nominalnie, prawdopodobnie dużo więcej, bo z obliczeń analityków wynika, że łącznie z budżetu NFZ i budżetu państwa na cele zdrowotne trafi około 145 mld zł. Według metody ustawowej wskaźnik sięgnie 6,25%. A tak realnie wyniesie 4,94%.

Skomplikowane? Owszem, bo rok 2022 jest pierwszym od ponad dwóch dekad rokiem z tak wysoką inflacją. Ustawa 6% PKB (po ostatniej nowelizacji – 7% PKB) inflacji nie „widzi”. PKB w 2022 r. wzrośnie nominalnie o około 12% (realnie – o niespełna 4%), ale wydatki na zdrowie obliczane są wobec PKB sprzed dwóch lat. Dużo niższego.

18 maja został zaprezentowany drugi numer kwartalnika „Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia”, inicjatywy Federacji Przedsiębiorców Polskich. – W Polsce brakuje informacji o prognozowanych wydatkach na zdrowie w relacji do PKB nawet zgodnie z regułą „N+2” (dotyczy reguł finansowania w ramach rocznego przydziału środków z europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych). Wiemy tylko, ile powinny wynieść zgodnie z ustawą. Brakuje informacji o prognozowanych wydatkach na zdrowie zgodnie z kryterium ustawowym – znamy tylko wydatki z budżetu centralnego. Brakuje także rozliczenia wykonania ustawy, problemem jest również rozproszenie danych o wydatkach budżetowych na cele związane z ochroną zdrowia. Naszym zadaniem jest uzupełnienie tej luki informacyjnej – tłumaczył Łukasz Kozłowski, główny ekonomista FPP.

Łukasz Kozłowski przypomniał, że zgodnie z ustawą 7%, poziom publicznych wydatków na zdrowie powinien w tym roku wynieść minimum 5,75% PKB. Według obliczeń Federacji Przedsiębiorców Polskich, z uwzględnieniem pozycji wynikających z uchwalonej ustawy budżetowej, planu finansowego NFZ oraz doszacowania z tytułu dodatkowych wpływów ze składki zdrowotnej (zwiększenia składki z tytułu nowych przepisów podatkowych oraz efektu inflacyjnego), publiczne wydatki na zdrowie w 2022 r. powinny wynieść 145,3 mld zł (co oznacza wzrost o 3,9 mld zł w stosunku do 2021). Zgodnie z ustawą, wydatki za rok bieżący porównuje się z PKB sprzed dwóch lat (za rok 2020 to 2 bln 324 mld zł). Rezul-

tat? Wydatki na zdrowie wyniosą 6,25% PKB. Ale jeśli zestawimy je z przewidywanym PKB nominalnym (2 bln 940 mld zł), będzie to już jedynie 4,94%. Metodę odnoszenia wydatków do PKB z tego samego roku stosują wszystkie instytucje światowe, stosuje ją również GUS przy opracowywaniu Narodowego Rachunku Zdrowia. I tu, niezależnie od deklaracji rządu, wzrost nakładów na zdrowie jest symboliczny.

Sytuację zmieniły dwa lata pandemii, gdy odnotowaliśmy znaczny przyrost środków wydawanych na zdrowie (w 2021 wydano nawet o 20 mld zł więcej niż w roku 2020), ale to efekt pandemii, wspólny dla wszystkich krajów wysokorozwiniętych. Choć pandemia jeszcze się nie skończyła, sytuacja z finansowaniem ochrony zdrowia wraca do smutnej „normy” i nominalny wzrost nakładów rok do roku nie przekroczy prawdopodobnie 4 mld zł, a to znaczy, że realny poziom wydatków wróci do wysokości z 2019 r.

Co więcej, wysoka inflacja powoduje, że ustawa 7% PKB na zdrowie będzie się w ogromnym stopniu samofinansować nie tylko w tym roku, ale również w kolejnych latach (powrót inflacji do poziomu sprzed 2022 r., czyli blisko celu inflacyjnego NBP, nie nastąpi przed 2025). Co to oznacza? Wysoka inflacja powoduje szybszy wzrost PKB w ujęciu nominalnym. Duża dynamika nominalnego PKB powiększa z kolei różnicę między PKB bieżącym a PKB sprzed dwóch lat („N+2”). – Inflacja powoduje, że ustawa realizuje się niejako sama, ale bez podnoszenia faktycznych wydatków na ochronę zdrowia. Wystarczy wydać realnie 5,8%, by na papierze osiągnąć wymagany poziom 7%. – mówi Łukasz Kozłowski.

Z obliczeń FPP wynika również, że musimy znaleźć dodatkowe 86,3 mld zł do roku 2027, aby poziom wydatków na ochronę zdrowia w stosunku do PKB (realnie licząc) osiągnął poziom 7%. Jeśli zadowolimy się tylko realizacją ustawy, czyli stosowaniem wskaźnika porównującego wydatki z roku bieżącego do PKB sprzed dwóch lat, wciąż mamy tę lukę, tylko mniejszą – 54 mld zł. To są środki, które musimy znaleźć, podwyższając składkę zdrowotną lub w inny sposób dofinansowując NFZ albo zwiększając dotacje budżetowe.

Małgorzata SOLECKA  
(przedruk z „Pulsu” nr 6/22)

## KILKA SŁÓW O TYM, JAK WSZYSTKO MOŻE ZMIEŃĆ SIĘ ZNIENACKA

W dniu 29 kwietnia będziemy obchodzili 115 rocznicę urodzin Alfreda Zinnemanna, znanego (jako Fred Zinnemann) amerykańskiego reżysera zeszłego wieku. Uro-

dził się on w Galicji w rodzinie austriacko-żydowskiej, w Królewskim Wolnym Mieście Rzeszów w jednej z kamienic na Rynku - oczywiście na tamten czas w Austro-





-Węgrzech. Niewiele wiemy o jego młodości, poza tym, że w Wiedniu studiował prawo, a w roku 1929 wyemigrował do USA. W 1937 roku rozpoczął pracę w słynnej wytwórni Metro-Goldwyn-Mayer i musiał mieć talent, gdyż już dwa lata później otrzymał pierwszego Oscara od Amerykańskiej Akademii Sztuki i Wiedzy Filmowej w kategorii „najlepszy film krótkometrażowy jednoszpulowy” (na marginesie: była też odrębna kategoria dla filmów dwuszpulowych). Po dobrym początku, można rzec - z prztyupem, nastąpił okres stagnacji. Kręcone przez niego filmy dalekie były od oskarowej przebojowości. A że mozolna praca zgodnie z przysłowiem zostaje w końcu wynagrodzona, to drugi Oscar również w kategorii filmu krótkiego przypadł mu w udziale w roku 1952. Wszyscy znający się na rzeczy krytycy byli przeświadczeni, że w tym trudzie kręcenia mało porywających obrazów minie Zinnemannowi filmowe życie, gdy w tymże 1952 roku zaczęło odmieniać się wszystko. I to mimo tego drugiego Oscara.

Fred Zinnemann wyreżyserował wtedy western „W samo południe” z Gary Cooperem w roli głównej grającym szeryfa Willa Kane’a oraz śliczną Grace Kelly odgrywającą jego świeżo poślubioną żonę Amy. Film można scharakteryzować jako studium postaw i charakterów, w większości cynicznych i konformistycznych, obywateli miasteczka oczekujących z lękiem na przyjazd zbira, który wraz z kompanami chce zemścić się na szeryfie i zapanować nad Hadleyville. Końcem końców szeryf Kane staje sam do walki opuszczony po kolei przez wszystkich z wyjątkiem żony. Amy - choć wprawdzie usilnie namawiała męża do ucieczki - wytrwała przy ukochanym. Film ukazuje w przybliżeniu ostatnią godzinę przed tytułowym południem, kiedy to przyjeżdża pociągiem wspomniany złooczyńca. Przez większość filmu nie ma wartkiej akcji, a jedyna strzelanina w tym westernie ma miejsce na samym konie. Krytycy znów pisali o talencie Zinnemanna do robienia nieco nudnych dokumentów, a nie filmów akcji. I tu się pomylili. Film zgarnął cztery Oscary i do dzisiaj jest w pierwszej trzydziestce najlepszych stu filmów wszechczasów w USA. Zinnemann dostał się do reżyserskiej czołówki. Doczekał się jeszcze kolejnych dwóch Oscarów za pełnometrażowe filmy i pracowały z nim poza wymienioną dwójką aktorów takie sławy, jak Audrey Hepburn, Jane Fonda, Meryl Streep, Marlon Brando, Burt Lancaster, Gregory Peck, Sean Connery. Szeryf Kane stał się postacią kultową, Gary Cooper jeszcze bardziej męski i sławny, a Grace Kelly oczarowała drugoplanową rolę świat do tego stopnia, że w 1955 roku przyjęła oświadczyń księcia Rainiera III Grimaldiego zostając kilka miesięcy później księżną Monako i rozstając się z aktorstwem na zawsze. Tak to prawie wszystko u prawie wszystkich w tej historii zmieniło się z dnia na dzień.

Prawie wszystko też zmieniło się na naszej planecie, gdy wybuchła pandemia zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2. To w ogólności. W szczególności zaś zmieniło się

wiele w warunkach naszej służby zdrowia w ciągu ostatnich dwóch lat. I stało się to wszystko z dnia na dzień. Nagle wszyscy przypomnieli sobie o zamierającej specjalizacji okupującej przez wiele lat w naszym kraju dno drabiny ekonomiczno-organizacyjnej. Nagle też wszyscy zapragnęli mieć oddziały zakaźne.

Przez wiele lat do roku 2019 obserwowałem, jak degradowało się polskie zakaźnictwo. Poprzez wszystkie rządy i wszelakiej maści polityczne siły tendencja ta była niezmienna od trzydziestu lat. W północno-zachodniej Polsce w tym czasie wprawdzie padła Piła i jej dwa oddziały zakaźne (dzieci i dorośli), później przyszedł czas na duże oddziały w Słupsku i Gorzowie Wielkopolskim, nie wspominając o Goleniowie, ZOZ-ie Miastko-Bytów, Białogardzie. Zaraz padnie Wałcz, bo zostało tam dwóch lekarzy emerytów przed siedemdziesiątką bez specjalizanta-następcy. Zostaną więc w Zachodniopomorskim tylko dwa oddziały. To i tak lepiej niż w Pomorskim, gdzie przez wiele lat był tylko jeden. Gdy nie ma oddziałów, chorzy nie mają się gdzie leczyć. Ale także młodzi lekarze nie mają gdzie zdobywać specjalizacji. Dalej - funkcjonujące na zakaźniczej bazie upadłych oddziałów poradnie chorób zakaźnych, hepatologiczne, programy lekowe WZW, profilaktyka wścieklizny, już prawie nieistniejące poradnie wakcynologiczne również zamierają po kilku-kilkunastu latach od zamknięcia oddziału. W innych regionach kraju ten likwidacyjny trend jest taki sam.

Dlaczego tak się działo? Fakt - zmieniła się w ostatnim półwieczu epidemiologia chorób zakaźnych i oddziały o tym profilu już nie musiały istnieć w każdym szpitalu. Decydujące jednak znaczenie miało znaczne niedofinansowanie procedur hospitalizacyjnych obejmujących choroby zakaźne i hepatologię. Bo jak wyleczyć chorego z neuroinfekcją za 5 tys. PLN wliczając wszystko od leków, poprzez częściowe składowe płacy personelu, kończąc na sprzęcie, utylizacji odpadów medycznych, amortyzacji budynków i mediach? Jak to zrobić za 8-10 tys. u chorego z rozchwianą marskością, któremu trzeba zrobić upusty płynu puchlinowego, podawać przez kilka tygodni wlewy albumin, ornityny, leczyć encefalopatię i nefropatię wątrobową, a nierzadko i krwotoki z żyłaków przełyku? Za mizerotą finansową procedur kroczy mizerota finansowa dla personelu. Jak gratyfikować zespoły oddziałów będących kulą u nogi szpitalom? Młodzież wybierała więc inne, bardziej popłatne dziedziny wiedzy medycznej również niosąc pomoc chorym, tylko że na innym polu.

Dyrektorzy lub prezesi spółek szpitalnych, gdy tylko pojawiła się taka możliwość - bezwzględnie likwidowali przynoszące straty komórki organizacyjne przy użyciu tajemniczego zaklęcia „restrukturyzacja” li tylko z powodu, że przynosiły straty i oczywiście robili to za wiedzą organów założycielskich. Ktoś z rządzących onegdaj doszedł do wniosku, że najlepiej będzie zważyć ten garb szpitalnych kłopotów z centrali na samorządy różnego

szczebla, a dalej sprawa wymknęła się spod kontroli. Samorządy musiały coś zrobić z popadającymi w długie placówkami szpitalnymi. Idealne było tu użycie osławionej „restrukturyzacji służby zdrowia”. Okazywało się wówczas, iż np. po remoncie deficytowy oddział albo miał łóżek mniej, albo wcale go nie było, a szpital stawał się spółką prawa handlowego rozliczaną w trybie przychód-koszt-zysk tak samo, jak fabryka wiader. Nie zmienia tego ogólnie złego trendu to, że wyjątkowo w skali kraju kierując jedynym nieklinicznym Oddziałem Zakaźnym w Polsce, który został gruntownie wyremontowany tak, aby wzmoczyć jego potencjał, za co i chorzy i ja jesteśmy wdzięczni osobom, które ten nielogiczny ekonomicznie projekt przed wybuchem pandemii (!) wdrożyły w życie.

Przeciwieństwem niepokoju, walki o obsadzenie każdego dyżuru i zakaźniczej mizery na prowincji był spokój panujący w ośrodkach akademickich w temacie wymierającej specjalistycznej kadry lekarskiej. Przecież było wiadomo (Departament Kadr Ministerstwa Zdrowia ma te dane), że w 2020 roku wszystkich lekarzy rezydentów w dziedzinie chorób zakaźnych na wszystkich latach szkolenia w całym kraju było 63 (sześćdziesięciu trzech), a egzamin specjalizacyjny w dziedzinie chorób zakaźnych jesienią 2021 roku zdało w Polsce dziewięciu lekarzy. Po co jednak robić larum? Na obsadzenie klinik przecież starczy. Płynące z małych ośrodków próby poruszenia urzędniczo-decydenckiej maszyny, wykonywane telefony, pisane maile, organizowane z wielkim trudem zebrania nie dały nic. Dać zresztą nie mogły skoro sam konsultant krajowy jesienią 2018 roku w wywiadzie „Kierunki rozwoju polskiego zakaźnictwa” znajdującym się na portalu Medycyny Praktycznej ([https:// infekcje.mp.pi/wywiady/197000,kierunki-rozwoju-polskiego-zakaznictwa](https://infekcje.mp.pi/wywiady/197000,kierunki-rozwoju-polskiego-zakaznictwa)) w 11 sekundzie (jedenastej!) stwierdza, że: „...klasycznych chorób zakaźnych u nas prawie nie ma...”, dodając chwilę później, że jesteśmy na tyle dobrze zorganizowani, aby poradzić sobie z ewentualną zarazą. Oczywiście, że kontekst tej wypowiedzi był nieco inny, bo inna była sytuacja epidemiologiczna. Lecz wizji na rozwój trudno się dopatrywać w tych słowach. Poza tym parafrazując porzekadło - chcesz mieć zdrowy naród i kraj odporny na kryzysy, to miej wyszkolonych fachowców.

Półtora roku po tych słowach pandemia zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 od mieniła oblicze i medycyny i świata do tego stopnia, że obecnie chyba nikt przy zdrowych zmysłach nie jest w stanie przewidzieć, jak epidemiologicznie i organizacyjnie trzeba będzie służbę zdrowia przeformatować, aby podołać całkiem nowym wyzwaniom. Ba - jak odbije się to ostatecznie na planecie Ziemi, też nie wie nikt, ile trzeba będzie doświadczyć absurdów, a ile tragedii? Ilu chorych będziemy musieli pożegnać z poczuciem niesprawiedliwości dokonującej się na ludzkim życiu, a ilu umrze z głupoty? Znienacka pojawił się kataklizm, który wykazał po raz kolejny w dziejach, że dumny, żeby nie powiedzieć nadęty człowiek zawsze był o krok z tyłu za chorobotwórczym mikroświatem uśmiercającym ludzi w milionach.

Monakijska społeczność przyjęła Grace Kelly początkowo nieufnie. Lecz księżna Grace oddała im swoje serce, przełamała dystans, zdobyła zaufanie i chyba miłość tego małego narodu. Okazują to Monakijczycy do dziś, choćby poprzez liczne fotografie z jej osobą w miejscach, gdzie księżna bywała, bądź je tworzyła. Jednym z nich jest mały Ogród Japoński w Monte Carlo przy Alei jej imienia. Mały, bo tam wszystko poza wieżowcami i morzem (no i kasynem) jest małe. Ale piękne i warto to zobaczyć. Szkoda, że żyła tak krótko. Księżę Rainier III Grimaldi po tragicznej śmierci żony do swojej śmierci w 2005 roku był wdowcem. Gary Cooper - czego za życia się nie spodziewał - odegrał jeszcze jedną wielką rolę. Szeryf Kane zachęcał obywateli Rzeczypospolitej na plakacie wyborczym z napisami „Solidarność” i „W samo południe” do uczestnictwa w pierwszych częściowo wolnych wyborach w Polsce po II Wojnie Światowej w 1989 roku. Fred Zinnemann zmarł w Londynie pod koniec lat dziewięćdziesiątych, W ostatnich latach swego życia w kawiarnianych rozmowach ze znawcami jego życiorysu wspominał swoje rodzinne miasto Rejsze.

Lecz co my będziemy mówić i jak działać w nowej popandemicznej rzeczywistości? Czy będzie normalnie, czy bliżej tego, co widać w filmach Mad Max?

To tyle w temacie, jak wiele może zmienić się znienacka.

Jacek WRÓBLEWSKI

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie) nr 1/22

## 16.05.2022 – ZAKOŃCZENIE STANU EPIDEMII W POLSCE I POWRÓT DO STANU ZAGROŻENIA EPIDEMICZNEGO - CO TO DLA NAS OZNACZA?

Dla przeciętnego Polaka absolutnie nic, bo już kilka tygodni wcześniej zdjęto praktycznie wszystkie obostrzenia związane z trwającą epidemią, pozostawiając jedynie obowiązek zakrywania ust i nosa w placówkach medycznych i aptekach. Jednakże niektórzy mogą mieć

falszywe przeświadczenie, że epidemii już nie ma – a to nieprawda. WHO nie odwołało pandemii. Inne kraje europejskie borykają się z ponownymi wzrostami zachorowań, testując szeroko pacjentów w kierunku SARS-CoV-2. A w Polsce?







## **Tak naprawdę nie wiemy, na jakim etapie epidemii w tym momencie jesteśmy**

Podawana dobową liczba zakażeń jest na pewno niedoszacowana. Nie testujemy tak szeroko pacjentów jak przed kwietniem 2022 r., bo zmieniło się finansowanie testów, nie mamy już obowiązkowej izolacji w przypadku wykrycia zakażenia czy kwarantanny, nie zakrywamy ust i nosa w przestrzeniach publicznych zamkniętych, w tym w transporcie komunalnym. Wiele osób nie zgłasza się do lekarza pomimo objawów klinicznych, gdyż dla większości z nich zakażenie wariantem omicron przypomina zwykłe przeziębienie, które szybko się ogranicza lub wręcz ma przebieg subkliniczny czy bezobjawowy. W szpitalach naszego województwa z powodu COVID-19 i śródmiąższowego zapalenia płuc przebywają obecnie pojedyncze osoby. Jedno jest pewne – zakończyliśmy V falę epidemii związaną w wariantem omicron koronawirusa, epidemia wyraźnie wyhamowała. Związane jest to po części z porą roku, jest to naturalne, że w miesiące ciepłe – wiosna-lato wirusy, szczególnie te wywołujące infekcje dróg oddechowych, w tym koronawirusy, charakteryzują się mniejszą aktywnością, poza tym rzadziej przebywamy w pomieszczeniach zamkniętych, więcej na powietrzu, gdzie transmisja wirusa jest mniejsza. Z drugiej strony osiągnęliśmy już odporność populacyjną związaną zarówno z przechorowaniem zakażenia SARS-CoV-2 – szczególnie podczas ostatniej fali, jak i ze szczepieniami ochronnymi przeciw COVID-19.

Na jakim etapie epidemii jesteśmy, dowiemy się najpewniej jesienią. Czy odporność populacyjna ochroni nas przed VI falą? Czy koronawirus będzie z nami na zawsze w formie endemii? Historia nas nauczyła, że bywa on nieprzewidywalny. Póki co nie obserwuje się niepokojących mutacji, które mogą przerwać działanie ochronne szczepień przeciw COVID-19.

### **Czy jesteśmy w Polsce bezpieczni? Czy nie za wcześnie zdjęto obostrzenia?**

Od 1 kwietnia w Polsce zakażenie wirusem SARS-CoV-2 stało się normalnym zakażeniem, jak np. wirusem grypy czy innymi patogenami, a COVID-19 normalną, zwykłą chorobą, jak każda inna. Zniesiono wspomniane ostatnie obostrzenia dotyczące zakrywania ust i nosa w przestrzeniach publicznych zamkniętych, w transporcie publicznym, a także te dotyczące kwarantanny i izolacji w przypadku potwierdzonego zakażenia, co jest istotą ograniczenia transmisji wirusa i podstawą walki z każdą epidemią. Zakończyło się finansowanie procedury wykonywania testów do diagnostyki SARS-CoV-2 przez apteki, laboratoria i mobilne punkty pobrań – drive thru, i inne podmioty lecznicze włączone do systemu testowania, np. POZ. Czyli obecnie każdy zlecony test w kierunku zakażenia SARS-CoV-2 finansowany jest przez jednostkę zlecającą w ramach obowiązujących umów i nie jest finansowany odrębnie. Co niewątpliwie przelożyło się na zmniejszenie liczby wykonywanych testów

i utrudnienie dostępu do szerokiego testowania. Natomiast niewykonywanie testów jest równoznaczne z tym, że nie ma epidemii – bo jak się ich nie wykonuje, to logiczne jest, że nie wykrywa się zakażeń, nie ma nowych przypadków itp., więc pozornie nie ma też epidemii – tylko pozornie. Więc na jakim etapie epidemii jesteśmy obecnie, skoro nie ma żadnych obostrzeń, nie ma izolacji w przypadku zakażenia i utrudnione staje się testowanie pacjentów w kierunku SARS-CoV-2? Mamy ponad 3 mln uchodźców wojennych z Ukrainy. Tylko 30% społeczeństwa ukraińskiego jest w pełni zaszczepione przeciwko koronawirusowi, a zaledwie 2% z nich przyjęło dawkę przypominającą.

Obecnie mamy do czynienia z likwidacją wszystkiego, ale najbardziej przeraża mnie to, że u pacjentów przyjmowanych do szpitali wykonywaliśmy testy na obecność koronawirusa z obawy przed zakażeniem innych pacjentów, szczególnie tych nieszczepionych przeciw COVID-19 z różnych powodów, i tych, u których z uwagi na wiek czy choroby przebiegające z upośledzeniem odporności, odpowiedź na szczepienia jest gorsza. Od 1 kwietnia za każdy test musi zapłacić szpital.

### **Triumf ruchu antyszczepionkowego?**

Ogłoszenie końca obostrzeń, zmian w zakresie testowania pacjentów w Polsce i końca stanu epidemii to pewnego rodzaju triumf ruchu antyszczepionkowego i tych wszystkich, którzy w pandemię, w koronawirusa i COVID-19 nie wierzyli i nie wierzą.

Pacjenci sami nie będą się izolować, nosić maseczek, gdy nie jest to konieczne i...szczepić – to zaufanie społecznie było wielokrotnie nadużywane przez ostatnie ponad 2 lata walki z pandemią.

Poza tym zniesienie wszystkich obostrzeń spowodowało dezaktywację szczepień w ramach Narodowego Programu Szczepień. A w Polsce około 60% społeczeństwa jest w pełni zaszczepionych przeciw COVID-19, a niecałe 30% przyjęło 3 dawkę szczepionki. A jest to niezwykle ważne, zwłaszcza dla osób z tzw. grup ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19, nawet w zetknięciu z tak łagodnym wariantem koronawirusa, jakim jest omicron, a więc osób starszych, z wielochorobowością, z niedoborami odporności, przyjmujących leki immunosupresyjne, chorych z chorobami nowotworowymi czy dializowanych. O nich głównie musimy zadbać w kontekście trwającej epidemii i nadchodzącej jesieni. To oni również powinni wykazać się odpowiedzialnością i zakładać nadal maseczki w publicznych pomieszczeniach zamkniętych, w kinie, teatrze, operze... czy transporcie komunalnym. Powinni zadbać o przyjęcie dawki przypominającej szczepionki przeciw COVID-19, niektórzy z nich dawki IV szczepienia. Te osoby w przypadku pojawienia się jakichkolwiek objawów mogących sugerować zakażenie SARS-CoV-2 powinny niezwłocznie skontaktować się z lekarzem POZ, mieć wykonany test i natychmiast po uzyskaniu wyniku pozytywnego mieć włączone odpowiednie leczenie,

które ma zapobiegać rozwojowi pełnoobjawowego COVID-19 i związanych z nim powikłań.

### Jeszcze się nie rozstajemy...

Podsumowując, epidemia SARS-CoV-2 nadal trwa. Jesienią najpewniej okaże się, na jakim etapie epidemii jesteśmy i jaki jest obecnie status koronawirusa w populacji. Czy będziemy mieli do czynienia z sezonowością i VI falą epidemii, czy z trwającą przez wiele lat endemią? Musimy być na to przygotowani, jak i na inne scenariusze, żeby sytuacja epidemiologiczna we wrześniu ponownie nas nie zaskoczyła. Do tego dochodzi zespół pocovidowy – long covid, z którym borykają się już prak-

tycznie lekarze wszystkich specjalizacji – i to jest druga twarz epidemii.

Paweł RAJEWSKI

O autorze: dr med. Paweł Rajewski, prof. WSNoZ, MBA, specjalista chorób wewnętrznych, specjalista chorób zakaźnych, hepatolog, specjalista transplantologii klinicznej, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa kujawsko-pomorskiego, kierownik Oddziału Internistyczno-Zakaźnego Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Bydgoszczy, rektor Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu.

(przedruk z „Primum” nr 6/22)

## BURZA O ZWOLNIENIA LEKARSKIE WYSTAWIANE PODCZAS TELEPORAD

Mam ogromną nadzieję, że terażniejsza zadyma nie będzie jedynie krótkotrwałą awanturą, a doprowadzi do rzeczywistego uregulowania kwestii orzekania o niezdolności do pracy w Polsce. Dla dobra pacjentów, instytucji państwowych oraz pracowników ochrony zdrowia.

Ostatnio toczy się w przestrzeni publicznej dość gorąca dyskusja dotycząca zwolnień lekarskich. Z jednej strony mamy lekarzy, których wzywa się do składania zeznań ws. wystawianych podczas teleporad zwolnień, z drugiej – Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), który odpowiada, że robi to tylko wobec podejrzanych druków.

Wśród medyków dominuje zrozumiałe przeświadczenie: Po co pozwalali na realizację świadczeń medycznych, w tym wizyt lekarskich, w formie wirtualnej, skoro obecnie kwestionują zasadność wystawianych podczas teleporad zaświadczeń?

W tym sporze nie widzę jednak najważniejszego – wyjaśnienia, czym jest zwolnienie lekarskie, na jakiej podstawie jest wystawiane, czym jest uwarunkowane, kto na tym zarabia oraz jak odbywa się to w innych krajach. W Polsce wygląda to oczywiście karykaturalnie. W krajach Europy Zachodniej (np. we Francji) krótkotrwała nieobecność w pracy nie wymaga uzyskania zwolnienia lekarskiego, należy jedynie o swym złym samopoczuciu poinformować pracodawcę. Mam biegunkę – dzwonię do prezesa, jestem przeziębiony – informuję dyrektora. Nie idę do lekarza, a więc nie zajmuję kolejki innym pacjentom ani nie narażam ich na zarażenie się moją chorobą. Wystarczająco zrozumiałe i sprawiedliwe. W krajach Europy Północnej (np. w Szwecji) natomiast za wypełnienie druku zwolnienia lekarskiego zgodnie z wolą i w formie uzależnionej od płatnika lekarz otrzymuje wynagrodzenie – wykonuje wszak pracę na rzecz innej firmy. Wystarczająco zrozumiałe i sprawiedliwe.

W Polsce nawet jeden dzień nieobecności w pracy z powodu choroby należy usprawiedliwić zwolnieniem lekarskim. Pacjent przychodzi do gabinetu, zaraża in-

nych oczekujących w poczekalni, lekarza, personel medyczny i niemedyczny – jedynie po to, żeby dostać zwolnienie lekarskie z powodu najczęściej wirusowej (bardzo zaraźliwej) infekcji górnych dróg oddechowych, ewentualnie przewodu pokarmowego.

W Polsce firma (tak, ZUS jest firmą, przedsiębiorstwem, instytucją, niezależnie od nazwy – podmiotem zatrudniającym pracowników i wykonującym określoną działalność) wymaga od podwykonawców, w tym przypadku od nas – lekarzy, realizacji określonej pracy, czyli orzekania o niezdolności do pracy, nawet 1-dniowej, na szczególnym druku (E-ZLA). Po czym nie dość, że nam za to nie płaci, to jeszcze stawia warunki i strofuje lekarzy, którzy bezwzględnie wykonują polecenie – de facto – pracodawcy, który zatrudnił ich w formie wolontariatu.

I oczywiście – zgodnie z obowiązującym porządkiem prawnym – każdy lekarz ma obowiązek orzekania o stanie zdrowia, w tym niezdolności do pracy. Nie jest jednak wskazane – w aktach prawnych najwyższej mocy – w jaki sposób ten wymóg spełnić powinien. Po prawdzie to u mojego pacjenta, który przybył do mnie z powodu zaostrzenia reumatoidalnego zapalenia stawów, powinienem doprowadzić do wyleczenia rzutu, a na czas leczenia – orzec czasową (w zależności od stanu klinicznego) niezdolność do pracy. I mógłbym to zrobić na chusteczce czy skrawku papieru – tak, materia orzeczenia ma tu niewątpliwie mniejsze znaczenie od zdrowia pacjenta, a wpływ zadowolenia firmy (ZUS) nie powinien grać tu żadnej roli. Zgodnie jednak z „NARODOWĄ” wolą, ktoś za moimi plecami kiedyś ustalił, iż będziemy orzekać o niezdolności do pracy na określonym formularzu, więc ten wymóg realizuję. W trakcie tej burzy jednak, każdy lekarz powinien zadać sobie następujące pytanie: Czy w obecnym świecie rzeczywiście powinienem świadczyć darmową pracę dla ZUS?

Uważam, że darmową przysługę, jaką my – lekarze świadczymy na rzecz ZUS, płatnik powinien doceniać,





a nie podważać (oczywiście przy wykluczeniu działań przestępczych, czyli bezzasadnego wystawiania zwolnień lekarskich). Powtórzę: to nasza przysługa, ponieważ wypełnienie zwolnienia lekarskiego w formie akceptowalnej i oczekiwanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych NIE WYMAGA szczególnego wykształcenia medycznego - tak, z powodzeniem ten druk wypełnić mógłby urzędnik.

To polskie wiernopoddanie i służalczość wytworzyły w nas, polskich lekarzach, pozorny obowiązek orzekania o niezdolności do pracy na drukach szczególnego formatu – opracowanych i przedstawionych przez instytucję, która nie płaci nam za ich wypełnianie – ZUS. Rzadko to spotykana w cywilizowanym świecie sytuacja, kiedy to wymagający zrealizowania określonej pracy nie płaci za jej wykonanie, a czasem i zgani.

Problemem zwolnień lekarskich w Polsce nie są lekarze, a tym bardziej pacjenci. Problemem jest fakt, że mało

kto chce się nad patologią toczącą orzekanie o niezdolności do pracy pochylić, a to jeden z elementów, które mogą sprowadzić system opieki zdrowotnej na dobre tory.

A, najważniejsze. Nie piszę w swoim własnym imieniu, ponieważ takiego wezwania nie dostałem – świadczenia medyczne realizuję stacjonarnie. Napisałem ten tekst, wszak wiem, że zmiana jakości polskiej ochrony zdrowia nie opiera się jedynie na wypływaniu problemów, które dotyczą mojej osoby – mówić należy o każdym zlokalizowanym w systemie problemie.

*Bartosz FIAŁEK*

O autorze: lekarz, specjalista w dziedzinie reumatologii, kierownik oddziału reumatologicznego SPZZOZ w Płońsku, MBA – zarządzanie w ochronie zdrowia, zastępca dyrektora ds. medycznych SPZZOZ w Płońsku, przewodniczący Regionu Kujawsko-Pomorskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

*(przedruk z „Primum” nr 6/22)*

## WIĘCEJ PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU

Ministerstwo Zdrowia pracuje nad zmianami w szkoleniu lekarzy. W sferze medialnej niedawno kolejny raz pojawił się sygnał, że mogą wiązać się z wprowadzaniem dobrowolności odbywania stażu podyplomowego. Ponieważ to najbardziej praktyczna część edukacji młodych lekarzy, zmiana wymaga modyfikacji studiów medycznych. Jak miałyby docelowo przebiegać, wyjaśnia wiceminister zdrowia Piotr Bromber w rozmowie z Michałem Niepytalskim.

### **Jak pan wyobraża sobie zmiany w kształceniu lekarzy na studiach medycznych?**

Istotą planowanych przez nas zmian jest upracticzenie studiów, czyli lepsze przygotowanie do zawodu. Zależy nam na zmianie proporcji między „dostarczeniem” wiedzy a „wyposażeniem” studentów w konkretne kompetencje i umiejętności, dlatego planujemy, by na szóstym roku odbył się obowiązkowy egzamin typu OSCE, czyli Obiektywny Strukturyzowany Egzamin Kliniczny, który ma weryfikować umiejętności praktyczne.

Właśnie zakończył prace zespół odpowiedzialny za przygotowanie nowych standardów. W Ministerstwie Edukacji i Nauki trwają prace nad finalną wersją rozporządzenia, które następnie trafi do konsultacji publicznych. Zależy nam na tym, żeby zakończyć prace nad tą nowelizacją w II kwartale 2022 r. Chcemy dać uczelniom czas, żeby mogły się przygotować do kształcenia na nowych zasadach od roku akademickiego 2023/2024, co ustaliliśmy wspólnie z Konferencją Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych.

Jedno jest pewne. Mimo wdrażanych zmian, studia są i będą prowadzone zgodnie z przepisami europejskimi, czyli w szczególności z Dyrektywą 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. Podstawowe

zasady wynikające z tych przepisów to co najmniej sześcioletni okres studiów lub 5500 godzin zajęć teoretycznych i praktycznych oraz gwarancja, że każdy absolwent uzyska odpowiednią wiedzę i umiejętności.

### **Co trzeba zmienić w modelu studiów medycznych, by staż podyplomowy nie był konieczny jako pierwszy realny kontakt z pracą kliniczną?**

Nam przede wszystkim zależy na tym, by student mógł najbardziej efektywnie wykorzystać sześć lat nauki. Nauki podstawowe i morfologiczne muszą być powiązane z praktyką zawodową. Student musi wiedzieć, po co ich się tak intensywnie uczy w ciągu pierwszych dwóch lat studiów i do czego mu to będzie potrzebne w przyszłości. Całkowite odseparowanie tych przedmiotów od nauk przedklinicznych i klinicznych prowadzi do frustracji studentów i niepowodzeń dydaktycznych, które w kontekście chociażby anatomii mają już, jak słyszałem od studentów, charakter legendarny.

Sprowadzając te przedmioty do zakresu niezbędnego i wystarczającego, jak wskazuje dyrektywa, należy położyć większy nacisk na nauki przedkliniczne oraz propeutykę zawodu oparte na intensywnym wykorzystaniu centrów symulacji medycznej. Takie centra – dzięki środkom z Europejskiego Funduszu Społecznego – są już w większości uczelni medycznych w Polsce. W ciągu ostatnich lat na ich powstanie przeznaczyliśmy kilkaset milionów złotych.

Kolejna kwestia to praktyczna nauka zawodu, czyli zajęcia kliniczne oraz praktyki wakacyjne. Zajęcia muszą być prowadzone w małych grupach, nie mogą być zastępowane seminariami i nie powinny ograniczać się wyłącznie do ostatniego roku studiów.

Mam nadzieję, że znowelizowane standardy przyniosą taki właśnie efekt. Przedłużyliśmy o 100 godzin zajęcia prowadzone w ramach nauk przedklinicznych i klinicznych, ale zmieniliśmy także efekty kształcenia w każdej kategorii, od nauk podstawowych do klinicznych zabiegowych i niezabiegowych, i usunęliśmy zapis o seminariach jako alternatywie faktycznych zajęć klinicznych.

**Niedawno przedstawił pan koncepcję, nad którą pracuje MZ, by umożliwić studentom pracę w szpitalach nawet od pierwszego roku studiów. Jakie zmiany organizacyjne w funkcjonowaniu placówek medycznych trzeba wprowadzić, by zapewnić odpowiednią opiekę studentom, którzy będą posiadali mniejszą wiedzę medyczną niż dzisiejsi stażyści, biorąc pod uwagę, to że – o ile dobrze rozumiem – wtedy młodych adeptów sztuki lekarskiej wymagających opiekuna byłoby więcej niż obecnie.**

Zwracam uwagę, że już teraz wiele szpitali klinicznych angażuje studentów odpłatnie lub na zasadzie wolontariatu do pracy związanej z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Najwięcej takich działań miało miejsce w okresie pandemii COVID-19, gdy ze względu na ogromne zapotrzebowanie na „ręce do pracy” sięgano praktycznie we wszystkich ośrodkach akademickich po pomoc studentów, w szczególności medycyny. Z jednej strony były to proste czynności pomocnicze, takie jak: pomiar temperatury ciała pacjentów, transport czy kierowanie ruchem chorych, a z drugiej strony poważniejsze czynności, chociażby wykonywanie szczepień ochronnych.

Minister zdrowia Adam Niedzielski powołał zespół, który ma zebrać doświadczenia z praktyki poszczególnych uczelni, określić zakres czynności, które student w zależności od zaawansowania na studiach będzie mógł wykonywać samodzielnie, a które pod nadzorem. Oczywiście, chodzi o to, żeby student był realną pomocą dla szpitala, bo tylko wtedy placówka będzie zainteresowana jego zatrudnieniem.

Z doświadczeń Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Gdańsku wynika, że jest duże zainteresowanie studentów, pozytywnie oceniają bowiem możliwość pracy w szpitalu. Zaangażowanie studentów zostało ocenione pozytywnie. Z ich pomocy korzysta już nie tylko Kliniczny Oddział Ratunkowy, lecz także inne jednostki organizacyjne szpitala. Nie były potrzebne żadne szczególne zmiany organizacyjne, jedynie obustronna dobra

wola i dostosowanie czynności do wiedzy i umiejętności studentów. Oczywiście, bez przepisów prawa czynności studentów miały raczej charakter pomocniczy i administracyjny, ale już nawet na tym poziomie okazały się ważne i przydatne.

Na początku prac nad projektem „Praca dla studenta” zakładaliśmy, że to rozwiązanie umożliwi zatrudnianie studentów, poczynawszy od trzeciego i czwartego roku, w szpitalach w określonym zakresie kompetencji. Ale zespół pracujący nad zmianami, w którym są m.in. pracownicy medyczni ze szpitali, wykładowcy i młodzi lekarze, chce, żeby docelowo było to rozwiązanie dostępne już od pierwszego roku.

#### **Kto będzie finansował umowy studentów?**

Rzecz jasna podmioty lecznicze. Zatrudnienie studentów nie będzie w żadnym wypadku obowiązkowe, nawet dla szpitali klinicznych. Jeżeli podmiot leczniczy zainteresuje się współpracą ze studentami, będzie zobligowany podpisać stosowne umowy i je sfinansować.

**Czy szpital zatrudniający studentów musiałby spełniać jakieś kryteria, podobnie jak teraz placówki uprawnione do prowadzenia stażu? Jakie byłyby zasady rekrutacji do pracy?**

W przypadku tego przedsięwzięcia nie chodzi stricte o naukę, lecz o odpłatne wykorzystanie tego, co student już potrafi. Powszechne jest przecież zatrudnianie studentów innych kierunków, np. prawa czy informatyki. Chcemy, żeby tak samo było w przypadku studentów medycyny, a docelowo także studentów innych kierunków medycznych.

Nawet jeżeli student będzie wykonywał proste czynności administracyjne i pomocnicze czynności medyczne, stanie się częścią zespołu, zobaczy jak funkcjonuje podmiot leczniczy, jak wygląda proces diagnostyczno-terapeutyczny, procedury obsługi pacjenta w procesie leczenia. Nie tylko w mojej ocenie, ale również władz uczelni i samych studentów, z którymi rozmawiałem, to będzie dla nich cenne doświadczenie.

„Praca dla studenta” to jeden z siedmiu elementów Pakietu dla Młodych. Kolejne to: kredyty dla studentów, partycypacja w decyzjach, wzmocnienie kompetencji, zmiana standardów kształcenia, Młody Dydaktyk i zmiana w kształceniu podyplomowym. Pakiet ma zapewnić lepszy start do zawodu.

(przedruk z „Pulsu” nr 5/22)

## **NIEBEZPIECZNY KNOT**

Trwają prace nad kolejnym projektem ustawy o niektórych zawodach medycznych (pierwszy datowany był na 14 marca 2007 r., druk sejmowy nr 1553). Użycie w projekcie słowa „niektórych” związane jest z funkcjonowaniem zawodów medycznych już regulowanych ustawowo: lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, diagnosta

laboratoryjny, felczer, fizjoterapeuta oraz ratownik medyczny. Jak wynika z uzasadnienia do projektu ustawy, nowe przepisy mają być gwarancją zatrudniania w systemie ochrony zdrowia wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej, fachowo i rzetelnie udzielającej świadczeń zdrowotnych. Definicja prawnego terminu „świadczenie







zdrowotne” zawarta jest w ustawie z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, wedle której świadczeniem takim mianuje się „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia”. Z kolei ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określa jako „pacjenta” osobę korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez osobę wykonującą zawód medyczny. Tym samym szereg czynności związanych ze staraniami o nasze zdrowie stałoby się świadczeniami zdrowotnymi, a przyjmujący te świadczenia – pacjentami.

### **Zawody medyczne, czyli jakie?**

Spośród zawodów wymienionych w ustawie zawody psychoterapeuty, dietetyka, logopedy, terapeuty zajęciowego oraz elektroradiologa uzyskiwane są w systemie szkolnictwa wyższego i służą bezpośrednio pacjentowi. Pozostałe 12 zawodów ujętych w ustawie (asystentka stomatologiczna, higienistka stomatologiczna, masażysta, opiekun medyczny, optometrysta, ortoptystka, podiatra, protetyk słuchu, technik dentystyczny, technik farmaceutyczny, technik ortopeda, technik sterylizacji medycznej) mają charakter techniczny i uzyskiwane są w systemie oświaty. W dyskusji nad projektem pojawiają się głosy, aby te dwie kategorie zawodów medycznych były ujęte w odrębnych ustawach. Są też wypowiedzi – głównie z środowiska lekarskiego – postulujące unormowanie innych nowych zawodów medycznych: asystenta lekarza (referenta medycznego), technika terapii oddechowej (zakładałby maski tlenowe i obsługiwałby maszyny podtrzymujące oddech u pacjentów wentylowanych mechanicznie), flebotomisty pobierającego krew u pacjentów, czy inżyniera biomedycznego zajmującego się obsługą skomplikowanych urządzeń medycznych.

### **Ochrona tytułów zawodowych**

Z uwagi na fakt, że w Polsce brakuje zasad określających dostęp do wykonywania wymienionych bardzo odpowiedzialnych zawodów, zdarza się, że w systemie ochrony zdrowia pracują osoby, które nie posiadają właściwych kwalifikacji zawodowych, a wykonują swoje czynności na zasadzie przyuczenia do zawodu na stanowisku pracy. Z tego powodu uregulowanie określonej liczby zawodów medycznych należy uznać za pożyteczne. Prawidłowe też będzie stworzenie rękojmi wykonywania zawodu medycznego poprzez obowiązkowy wpis do rejestru osób uprawnionych do wykonywania zawodów w ochronie zdrowia (niekoniecznie – jak w projekcie ustawy organem prowadzącym rejestr byłoby Ministerstwo Zdrowia) oraz obowiązek permanentnego samokształcenia. Istotną wagę ma objęcie ochroną tytułów zawodowych – za nieuprawnione posługiwanie się nimi oraz za zatrudnienie osób bez wymaganych kwalifikacji powinna grozić grzywna bądź ograniczenie wolności.

### **Gdzie ta ustawa?**

Jednakże wiele projektowanych rozwiązań budzi niepokój i zdecydowany sprzeciw. Wbrew technice legislacyjnej rozwiązanie węzłowych zagadnień, tj. kwalifikacji

i uczenia się dla zawodu zostało powierzone ministrowi zdrowia poprzez tak zwaną „delegację ustawową”, czyli określenie zagadnień do uregulowania przez rozporządzenie ministra, a zatem akt niższej rangi. Minister zdrowia miałby ustalić wykaz czynności zawodowych, do wykonywania których będą uprawnione osoby wykonujące zawód medyczny. Do ustalenia będą też wymagania kwalifikacyjne niezbędne do wykonywania zawodu medycznego oraz efekty uczenia się właściwych umiejętności dla danego zawodu medycznego, które muszą być realizowane w ramach kształcenia. Do projektu ustawy minister zdrowia nie raczył załączyć projektów rozporządzeń.

Jaskrawym brakiem ustawy jest nieustanowienie (przynajmniej dla grupy zawodów służących bezpośrednio pacjentowi) samorządu zawodowego, co – jak zwrócił uwagę w oficjalnej opinii Polski Związek Zawodowy Dietetyków – „istotnie podważa bezpieczeństwo pracowników w zakresie wykonywanych obowiązków oraz idącej za tym odpowiedzialności prawnej”. Artykuł 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej stwarza możliwość utworzenia samorządu zawodowego reprezentującego osoby wykonujące zawód zaufania publicznego i sprawującego pieczę nad należytym wykonywaniem tego zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Przyjęte w ustawie rozwiązanie jest niebezpieczne dla „starych” zawodów medycznych. Wiemy, że miłośnicwie panująca nam władza samorządności w żadnej postaci nie lubi. Nie można zatem wykluczyć, że znajdzie się grupa posłów, która złoży do Trybunału Konstytucyjnego wniosek o zbadanie konstytucyjności zapisów o samorządach zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych, farmaceutów oraz fizjoterapeutów z uwagi na (a w tej materii wszystko możliwe) funkcjonowanie bez takiego samorządu innych zawodów medycznych. Widzę tu hipotetycznie paralelę z moim zawodem. Grupa posłów na Sejm złożyła wniosek o zbadanie zgodności z Konstytucją przepisu ustawy o adwokaturze przewidującego funkcjonowanie jednego samorządu dla zawodu adwokata oraz przyznającego Naczelnej Radzie Adwokackiej dowolnego określania zasięgu terytorialnego Izby Adwokackiej, albowiem zdaniem wnioskodawców zasięg ten powinien odpowiadać podziałowi terytorialnemu administracji sądowej, a Konstytucja nie wyłącza tworzenia kilku samorządów dla jednego zawodu zaufania publicznego. Celem tego wystąpienia jest osłabienie, a zapewne w przyszłości zmarginalizowanie, a nawet zlikwidowanie naszego samorządu zawodowego.

### **Nieetycznie o etyce**

Konsekwencją pozbawienia „nowych” zawodów medycznych prawa organizowania samorządów zawodowych jest zapis ustawy przewidujący określenie przez ministra zdrowia, w drodze rozporządzenia, kodeksu etyki i deontologii medycznej dla osób wykonujących zawód medyczny. Trybunał Konstytucyjny w postanowieniu z 7 października 1992 r. uznał, że normy etyczne nie należą

do norm z zakresu administracji państwowej, z tego też względu nie mogą one być przedmiotem procedowania. Opisane rozwiązanie skrytykował Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w stanowisku nr 12/22/P-VIII z 11 lutego 2022 r. w sprawie projektu ustawy o niektórych zawodach medycznych. Wątpliwości budzi możliwość ustalenia jednego kodeksu etyki zawodowej dla różnorodnych zawodów medycznych.

Skutkiem braku samorządów (samorządu) zawodów medycznych jest ustanowienie organów do rozstrzygania spraw związanych z naruszeniem etyki zawodowej oraz zasad wykonywania zawodu – Komisji Odpowiedzialności Zawodowej oraz Przewodniczącego Komisji Odpowiedzialności Zawodowej. To już jest jazda bez trzymanki. Czynności sprawdzające oraz postępowanie wyjaśniające, czy doszło do przewinienia zawodowego przypisane zostało do kompetencji organu jednoosobowego – Przewodniczącego Komisji. Jeżeli wynik postępowania wyjaśniającego potwierdzi zasadność zarzutów, Przewodniczący Komisji składa do składu orzekającego Komisji wniosek o ukaranie. Komisja orzeka w składzie wyznaczonym przez Przewodniczącego Komisji – przewodniczący składu orzekającego, dwóch członków – przedstawicieli danego zawodu medycznego, dwóch członków – przedstawicieli ministra zdrowia. Przewodniczący Komisji pełni zarazem rolę śledczego, oskarżyciela i podmiotu powołującego skład orzekający Komisji, którą kieruje. Nie ma przeszkód formalnych, by był członkiem składu orzekającego.

Komisja składa się z 38 członków wybieranych i powoływanych przez ministra zdrowia na czteroletnią kadencję, po dwóch przedstawicieli każdego zawodu medycznego oraz czterech przedstawicieli ministra zdrowia. Kandydatów do pełnienia funkcji członka Komisji wskazuje stowarzyszenie naukowe o zasięgu krajowym, zrzeszające przedstawicieli danego zawodu medycznego, a gdy takiego nie ma, to stowarzyszenie naukowe o zasięgu krajowym, zrzeszających przedstawicieli pokrewnego zawodu medycznego.

Minister zdrowia (znowu w formie rozporządzenia) określi tryb powoływania i odwoływania członków Komisji, jej organizację i tryb pracy. Zapewni też obsługę administracyjną Komisji. Jak trafnie wskazuje Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej (w powołanym stanowisku), obsługa administracyjna wiąże się z dostępem do danych osobowych. Komisja prowadząca postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej wskazanych w ustawie zawodów medycznych byłaby instytucją całkowicie włączoną w organy administracji rządowej. Powyższe przypominałoby regulacje przewidziane w ustawie z 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia z czasów słusznie minionych. Brak określenia trybu odwoławczego oraz obowiązku wnoszenia opłaty 200 złotych przez pacjenta składającego skargę to już pikus.

*Jerzy CIESIELSKI,*

*Adwokat*

*(przedruk z „Panaceum” nr 6/22)*

## CZY PRZETRWA PUBLICZNA STOMATOLOGIA?

Aby odpowiedzieć na to pytanie, najpierw trzeba zadać inne – Czy, a jeśli tak, to komu na tym zależy? Wydaje się oczywiste, że powinno na tym zależeć władzom publicznym, Ministerstwu Zdrowia i Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Jednak jak przyrzeć się działaniom tych instytucji, trudno oprzeć się wrażeniu, że owo założenie jest błędne.

Od ponad 12 lat wycena świadczeń stomatologicznych się nie zmienia. Wprawdzie ok. dwa lata temu NFZ dokonał podniesienia wyceny świadczeń z zakresu endodoncji, ale ponieważ jest to bardzo wąski i rzadko wykonywany zakres świadczeń, nie miało to większego wpływu na ogólną rentowność kontraktów stomatologicznych.

Płatnik nie bierze pod uwagę inflacji, wzrostu minimalnego wynagrodzenia, kosztów zatrudnienia, cen walut (bo za nie właśnie my, dentyści robimy większość zaopatrzenia). Nadal za usunięcie zęba jednokorzeniowego lekarz dentysta otrzymuje zawrotne wynagrodzenie od 18,6 do 28 zł, w zależności od regionu kraju. Przychód miesięczny na kontrakcie (proszę nie mylić z dochodem) może osiągnąć maksymalnie w niektórych regionach 15 tys. zł, ale średnio plasuje się na poziomie 10-12 tys. zł. Za tę sumę lekarz musi utrzymać i wyposażyć gabinet, zapłacić pensję

swojej asystentce, sprzątacze, ZUS swój i swoich pracowników i dopiero to co zostanie może przeznaczyć na swój dochód. Sukcesy strajków zawodów medycznych w postaci podniesienia najniższych zarobków do konkretnych krotności średniej krajowej dla lekarzy dentystów stały się dodatkowym obciążeniem. Szpitale i POZ na ten wzrost dostały dodatkowe pieniądze przeznaczone tylko dla personelu średniego. Kontrakty stomatologiczne, choć de facto muszą się do tych poziomów dostosować by pracownicy nie odeszli z pracy, nie dostali ani złotówki, muszą to pokryć z tych samych, niewaloryzowanych od lat kontraktów.

Ponieważ od kilkunastu lat nic się nie zmienia, coraz więcej lekarzy dentystów rozwiązuje umowy z NFZ i rezygnuje z leczenia pacjentów finansowanego ze środków publicznych. Choć proces ten postępuje coraz szybciej od kilku lat, jakby nikt tego nie zauważał. NFZ i MZ zdają się tym w ogóle nie przejmować. Wprawdzie z początkiem tego roku NFZ podniósł wycenę punktu przeliczeniowego, ale zakres kilku groszy spowodował, że za usunięcie zęba NFZ zamiast 18,6 zł płaci 19,4 zł. Tak kosmetyczne zmiany nie są w stanie zmienić rzeczywistości. Prace podjęte ponad 16 miesięcy temu przez Komisję Stomato-





logiczną Naczelnej Rady Lekarskiej mające doprowadzić do realnej wyceny świadczeń w pierwszym etapie w zakresie chirurgii, utknęły w AOTMiT-cie (Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji). Rozmowy i negocjacje z Agencją wprawdzie nadal trwają ale nie wiadomo kiedy i czy w ogóle przyniosą jakiś efekt. Czy na tle tych faktów można z czystym sumieniem powiedzieć, że władzom publicznym zależy na publicznej stomatologii?

Dużo pewniejszym jest założenie, że zależy na niej pacjentom. Patrząc na kolejki do gabinetów na NFZ, stopniowe ubożenie i stan uzębienia polskiego społeczeństwa, należy spodziewać się rosnącego zainteresowania świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych. Pacjenci poza oczekiwaniem dostępności do leczenia stomatologicznego mają również prawo oczekiwać leczenia na odpowiednim poziomie i zgodnego z osiągnięciami wiedzy medycznej. Sprostanie tym oczekiwaniom niesie za sobą konieczność przeznaczania na to leczenie coraz większych środków finansowych, bo nowoczesne technologie to niestety drogie technologie. Tymczasem poczynania NFZ w tym zakresie idą w przeciwnym kierunku. Procent budżetu NFZ przeznaczany na stomatologię systematycznie z roku na rok spada od 3,8%, by w ubiegłym roku osiągnąć żenujące 2,2%. Czy więc oczekiwania Pacjentów mają jakąś siłę sprawczą? Powinny, ale jakoś nie widać spektakularnych efektów. Może ktoś podejmie się próby odpowiedzi na pytanie – dlaczego.

Trzecim udziałowcem w tej grze są lekarze dentyści. Zatem należy zadać pytanie czy im zależy na publicz-

nej stomatologii? Część lekarzy pracuje tylko w sektorze prywatnym i problemy stomatologii w ramach NFZ ich nie dotyczą. Ok. 6 tys. dentystów pracuje na kontraktach z NFZ i to oni borykają się z permanentnym, żenującym niedofinansowaniem tych świadczeń z jednej strony, rosnącymi oczekiwaniami pacjentów z drugiej strony i systematycznym wzrostem obciążeń sprzętowych, administracyjnych czy epidemiologicznych z trzeciej strony. Skoro mimo takiej mizeroty finansowej nadal pracują i przyjmują pacjentów w ramach NFZ, to nasuwa się jedyny wniosek, że zależy im na tym, by nadal była taka możliwość. Jak wszyscy lekarze kochają swoją pracę, szanują pacjentów i chcą im służyć, taki mamy zawód. Jeżeli jednak w finansowaniu tych świadczeń nic się szybko nie zmieni, to ilość gabinetów kontraktowych będzie się coraz szybciej zmniejszać, aż pewnego dnia obudzimy się w zupełnie innej rzeczywistości. Już dziś są w Polsce miejsca, gdzie na cztery gminy funkcjonuje jeden gabinet stomatologiczny. Nie da się pracować poniżej kosztów i mieć od lat cały czas nadzieję, że władze publiczne wreszcie się otrząsną, zareagują oraz zrozumieją, że publiczna stomatologia została przyparta do muru i już nie ma żadnej możliwości manewru.

Jeżeli w najbliższym czasie nic się nie zmieni, mimo iż pacjentom, lekarzom i władzom publicznym (podobno) na niej zależy, publiczna stomatologia nie przetrwa.

*Lek. dent. Anita PACHOLEC  
Sekretarz Komisji Stomatologicznej NRL  
(przedruk z „Meritum” nr 2/22)*

## PRZYSZŁOŚĆ STOMATOLOGII

W ostatnim, wiosennym naborze resort zdrowia utworzył 90 miejsc rezydenckich w specjalizacjach lekarsko-dentystycznych. W poprzednim niewiele więcej, 101. Trend utrzymuje się od lat, a jego skutki polska medycyna, pacjenci i system ochrony zdrowia będą odczuwać prawdopodobnie przez dekady.

W sumie w 2021 r. Ministerstwo Zdrowia zapewniło 135 miejsc rezydenckich – 34 na wiosnę, 101 jesienią. Najmniej od 2017 r., gdy było ich 78. To jednak nie wszystko. Zmiany w przepisach, uchwalone razem z dużą nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, wymusiły na placówkach prowadzących specjalizację w trybie pozarezydenckim likwidację wolontariatu. To zmiana, o którą przez kilka lat walczyli młodzi lekarze, zmiana w pełni zgodna z prawem UE i poczuciem sprawiedliwości – za pracę należy się wynagrodzenie, a lekarz i lekarz dentysta w trakcie specjalizacji pracuje.

Jednak nie bez powodu likwidacja wolontariatu wzbudziła największe kontrowersje i opór w środowisku stomatologów, a obawy podzielali również, przynajmniej częściowo, młodzi lekarze dentyści: znikoma liczba miejsc rezydenckich była w pewnym stopniu uzupełniana moż-

liwością zrobienia specjalizacji w prywatnych placówkach. W tej chwili praktycznie zainteresowanie wygasło, ponieważ prywatnym podmiotom bardziej opłaca się zatrudniać lekarzy dentystów bez specjalizacji i w pełni wykorzystywać ich pracę, niż łączyć to z prowadzeniem szkolenia specjalizacyjnego. Efekt? Możliwość uzyskania specjalizacji jest w praktyce ograniczona do większych ośrodków akademickich. Z danych wynika, że lwia część (około 90%) miejsc, w których lekarze dentyści mogą się specjalizować, znajduje się w placówkach uniwersyteckich. To błędne koło, bo potencjał uczelni, choćby ze względu na mało atrakcyjne – w porównaniu z sektorem prywatnym – zarobki, jest nie tylko określony, lecz wręcz ograniczony. Nie ma też efektu kuli, gdyż ci, którzy uzyskują w ostatnich latach (dekadach?) tytuł specjalisty, nie tylko nie zostają w akredytowanych placówkach, ale niemal wszyscy emigrują do prywatnego sektora. Który – tu następuje domknięcie koła – nie włącza się w szkolenie kolejnych specjalistów.

Również dlatego w zawodzie większość stanowią lekarze dentyści bez specjalizacji: z rejestrów samorządu lekarskiego wynika, że zawód lekarza dentystry wykonuje w tej

chwili niemal 39,2 tys. osób, z których 17,5 tys. ma specjalizację. To rzeczywistość odmienna od tej, z jaką mają do czynienia lekarze: w zawodzie lekarza posiadanie przynajmniej jednej specjalizacji jest normą (choć w ostatnich latach część młodych lekarzy albo rezygnuje, albo odkłada decyzję o zdobywaniu specjalizacji), w zawodzie lekarza dentyści nie jest to zaś oczywisty wybór. Nie tylko w Polsce zresztą, podobne są realia w wielu krajach Europy Zachodniej, a w jeszcze większym stopniu w USA.

Lekarze dentyści ze specjalizacją stanowią niewiele ponad 10% grupy zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów, których jest łącznie nieco ponad 171 tys. (dane: Naczelna Izba Lekarska). Tymczasem od co najmniej kilku lat odsetek lekarzy dentyistów zdających PES mieści się między 5 a 8% lekarzy, którzy zdają ten egzamin. Najmniej (5%) odnotowano ich w 2017 r., najwięcej (8%) tylko raz na przestrzeni ostatnich sześciu lat – w 2020 r. To tylko jeden z sygnałów, że choć konsultanci krajowi w specjalizacjach stomatologicznych nie szczędzą wysiłków w celu zwiększania liczby miejsc specjalizacyjnych i podkreślają, że ze strony młodych lekarzy dentyistów jest zainteresowanie zdobywaniem specjalizacji, istnieją powody do obaw. Odsetek lekarzy dentyistów ze specjalizacją vs. lekarzy specjalistów w kolejnych latach może się zmniejszać. Co więcej, bardzo prawdopodobne, że będzie się też zmniejszać odsetek lekarzy dentyistów ze specjalizacją w ogólnej liczbie lekarzy dentyistów wykonujących zawód w Polsce. Z jednej strony niższa podaż miejsc rezydenckich i zmniejszenie, być może nawet do zera, liczby miejsc specjalizacyjnych w trybie pozarezydenckim (warto przypomnieć, że dokładnie rok temu resort zdrowia musiał podejmować interwencję, zresztą poprzedzoną poselskimi interpelacjami, bo placówki bynajmniej nie prywatne, lecz należące do uczelni medycznych, zamiast przekształcać umowy o wolontariat lekarzy dentyistów robiących specjalizację w trybie pozarezydenckim na umowy o pracę zaczęły je po prostu wypowiedzieć). Z drugiej strony spodziewana większa liczba absolwentów kierunków lekarsko-dentystycznych. Na podstawie zmienionych przepisów kierunki lekarsko-dentystyczne będą mogły otwierać znacznie liczniejsze uczelnie, a obawy, że kształcenie przyszłych lekarzy dentyistów pójdzie w wielu z nich w kierunku dość prosto rozumianego przygotowania do wykonywania zawodu w podstawowym zakresie, nie wydają się być przesadzone.

Niepokoić powinien również i środowisko lekarskie, i decydentów, ale też pacjentów brak pewności, że wymiana pokoleniowa kadr w specjalizacjach stomatologicznych przebiega bez zakłóceń. Resort zdrowia problem na razie dostrzega

jedynie w stomatologii dziecięcej (znajduje się na liście specjalizacji deficytowych), ale dotyczy on w mniejszym lub większym stopniu praktycznie wszystkich specjalizacji, w których nawet ponad 30% specjalistów to osoby powyżej 60. roku życia. I choć problem luki pokoleniowej dotyka niekiedy nawet w większym wymiarze specjalizacji lekarskich, wydaje się, że w kwestii specjalizacji lekarsko-dentystycznych w niedalekiej przyszłości może się nasilić bardziej gwałtownie.

Asumpt do niepokoju daje też lektura ostatniego raportu Głównego Urzędu Statystycznego o wynagrodzeniach. Struktura przeciętnego wynagrodzenia brutto w zawodach medycznych w 2020 r. (stan na październik) przedstawia się następująco:

- lekarze – 10 909,24 zł,
- diagnosty laboratoryjni – 6371 zł,
- pielęgniarki – 6299,02 zł,
- farmaceuci – 6134,85 zł,
- położne – 6100,07 zł
- lekarze dentyści – 5658,79 zł.

Danych z raportu nie można czytać dosłownie i wyciągać wniosków, że lekarze dentyści w Polsce zarabiają mniej niż farmaceuci czy położne. GUS uwzględnia dane z placówek zatrudniających powyżej 10 pracowników i podaje jedynie zarobki osiągnięte na podstawie umowy o pracę. Lekarze dentyści, w przeciwieństwie do np. lekarzy, w placówkach macierzystych, w których pracują na etatach, zazwyczaj nie pełnią dyżurów, stąd blisko dwukrotnie niższy poziom wynagrodzenia. Raport powinno się jednak traktować jak papierek lakmusowy. Podaje fikcję o zarobkach lekarzy dentyistów (przedstawiciele innych zawodów medycznych również, ale w daleko mniejszym stopniu) tak samo, jak w ogromnym stopniu fikcją jest dostępność świadczeń stomatologicznych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Lekarze i lekarze dentyści, również w stanowiskach przyjmowanych przez władze samorządów obu zawodów, regularnie o tym przypominają.

Poziom finansowania stomatologii oraz koszyk świadczeń, objętych publicznym finansowaniem, nie zapewnia wystarczającej dostępności nawet dziś, a dokonujące się zmiany demograficzne (nawet jeśli nie uwzględni się nagłego dopływu ponad 2 mln potencjalnych pacjentów, z których znaczącej większości nie będzie stać na korzystanie z prywatnych świadczeń zdrowotnych) tylko wyostrożą problem, bo lekarze dentyści przypominają, że starzenie się społeczeństwa nie jest procesem obojętnym również w obszarze stomatologii.

Małgorzata SOLECKA  
(przedruk z „Pulsu” nr 5/22)

## NA SŁOŃCU Z UMIAREM I W KAPELUSZU

Z prof. nadzw. dr hab. n. med. Ireną Walecką, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie dermatologii i wenerologii dla województwa mazowieckiego, kierownikiem

Kliniki Dermatologii CMKP w CSK MSWiA w Warszawie, rozmawia Anetta Chęcińska.





## **Letnia pogoda sprzyja odkrywaniu ciała. Jak należy chronić skórę przed słońcem?**

Ubiór powinien być lekki, przewiewny, z bawełny, lnu, jedwabiu. Trzeba nosić kapelusz i okulary przeciwsłoneczne, gdyż ekspozycja na słońce może prowadzić nie tylko do oparzenia skóry, ale również do uszkodzenia oka, np. do zaćmy. Jeżeli jesteśmy na plaży, bezwzględnie musimy stosować filtry. Dzielimy je na dwie grupy: filtry chemiczne (odbijające, pochłaniające i rozpraszające promieniowanie UV, zawierające m.in. takie substancje czynne jak PABA, awobenzon, cynoksan; zawarte w nich substancje wnikają do komórek) oraz filtry fizyczne pochodzenia mineralnego (odbijające promieniowanie, oparte na tlenku tytanu, cynku lub żelaza). Te drugie są przeznaczone dla dzieci i osób, które mają bardzo wrażliwą skórę lub uczulenie na filtry chemiczne. Najnowsze preparaty chroniące przed słońcem zawierają najczęściej mieszaninę obu typów filtrów.

Należy pamiętać, że nie ma filtrów na cały dzień, tak jak nie ma całkowicie wodoodpornych. Powinniśmy posmarować się 20 minut przed wyjściem z domu, dosmarowywać średnio co cztery godziny, a także po każdej kąpieli i wytarciu ciała ręcznikiem. Szczególnie trzeba chronić skórę nosa, uszu i dekoltu, to miejsca najwrażliwsze na oparzenia.

### **Przy jakich chorobach skóry nie należy stosować preparatów ochronnych lub trzeba unikać słońca?**

Czasem filtr podrażnia zmiany skórne, np. sącące się rany, ostry wyprysk. W takich sytuacjach polecamy tylko noszenie lekkiej odzieży. Warto wspomnieć o ubraniach UV protection, które chronią przed promieniowaniem i zapewniają skórze oddychanie. Ważne, aby pochodziły od sprawdzonych producentów odzieży dla osób uprawiających sporty wodne, takie jak żeglarstwo, windsurfing, kitesurfing. Trzeba jednak pamiętać, że w przypadku niektórych chorób, np. trądziku różowatego, toczenia układowego, słońce zaostrza zmiany, a w takich chorobach jak Xeroderma pigmentosum, porfiria czy albinizm jest bezwzględnie przeciwwskazane.

### **Jakie mogą być następstwa przedawkowania słońca?**

Po pierwsze – oparzenie, które objawia się rumieniem, pieczeniem, obrzękiem, czasami pęcherzami na skórze. Drugą przypadłością, ale to tylko w przypadku osób do tego predysponowanych, są fotodermatozy przebiegające w formie np. wielopostaciowych osutek świetlnych, pokrzywki świetlnej, odczynów fototoksycznych lub fotoalergicznym i wielu innych. W przypadku wielokrotnej ekspozycji na słońce mamy również efekty odległe, takie jak fotostarzenie się skóry, polegające na degeneracji oraz zaniku włókien elastynowych i kolagenowych, tworzeniu się głębszych i płytszych zmarszczek, a także zaburzeniach pigmentacji (hipo- i hiperpigmentacji). Dalszym etapem jest rogowacenie słoneczne (starcze) i powstawanie nowotworów skóry, czyli raka podstawnokomórkowego, kolczystokomórkowego i czerniaka.

Nie od dzisiaj wiadomo, że główną przyczyną tych zmian jest wieloletnia ekspozycja na promieniowanie słoneczne. Do powstania najgroźniejszego nowotworu skóry, jakim jest czerniak, poza ekspozycją na słońce przyczyniają się także uwarunkowania genetyczne – czerniak w rodzinie, liczne znamiona dysplastyczne, immunosupresja, ale w ponad 60% przypadków powstaje on de novo. Dla przykładu: w krajach skandynawskich w ostatnich 20 latach bardzo wzrosła liczba czerniaków. Spowodowały to częstsze niż dawniej wyjazdy Skandynawów do ciepłych krajów. W przypadku osób o jasnej karnacji (o fototypie 1–2) nagła i krótkotrwała urlopową ekspozycja na ostre słońce w szerokościach geograficznych blisko równika przyniosła negatywne skutki zdrowotne. Istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju czerniaka są jednorazowe lub powtarzające się oparzenia słoneczne w dzieciństwie, a także korzystanie z solariów.

### **Niezbędne są profilaktyka i edukacja.**

Spółeczeństwo coraz lepiej rozumie problem nowotworów skóry, wiele osób zgłasza się do kontroli u dermatologa, bo zauważyły np. niepokojącą czarną kropkę na skórze. Również lekarze rodzinni, którzy w ramach swojej specjalizacji odbywają staż z dermatologią, coraz lepiej diagnozują groźne zmiany i kierują pacjentów do dalszej diagnostyki u specjalisty chorób skóry. Dysponujemy też coraz lepszymi narzędziami diagnostycznymi. Wszelkie podejrzanym zmiany skórne badamy dermoskopem, a te szczególnie niepokojące jeszcze metodą wideodermoskopii, dzięki której widzimy zmiany w dużym powiększeniu, możemy je zapisać w pamięci komputera i porównać obraz np. za dwa miesiące. W klinice, którą kieruję, mamy możliwość wykorzystania do badania zmian skórnych mikroskopu konfokalnego. Dzięki tej metodzie postawione diagnozy dotyczące głównie nowotworów skóry, czyli raków podstawnokomórkowych, kolczystokomórkowych czy czerniaków, znajdują prawie w 100% potwierdzenie w histopatologii. Nie każda zmiana okazuje się czerniakiem, ale im wcześniej wykryje się nowotwór, tym lepiej. Zdecydowanie łatwiej zauważyć zmiany na skórze nieopalonej, dlatego najlepiej oglądać się przed okresem letnim, a następnie po ekspozycji na słońce. Warto zresztą zwracać uwagę na skórę przez cały rok. Kobiety częściej się oglądają, częściej zgłaszają na badanie i wczesna wykrywalność czerniaków jest u nich wyższa niż u mężczyzn.

### **A jeżeli chcemy unikać słońca, to co w zamian? Może samoopalacze?**

Na rynku występują dwa rodzaje kosmetyków: samoopalacze oraz naturalne balsamy brązujące. Mają one jednak zupełnie inny skład. Związkiem chemicznym powodującym zmianę barwy skóry jest dihydroksyaceton, czyli DHA. Reaguje on z warstwą rogową naskórka. Samoopalacze zawierają bardzo dużą ilość syntetycznego dihydroksyacetonu, dlatego efekt ich działania jest szybki i niedokładne nałożenie kosmetyku prowadzi do po-

wstania smug i zacieków na skórze. Natomiast naturalny balsam brązujący zawiera mniejszą ilość dihydroksy-acetonu, co sprawia, że efekt jego działania jest delikatniejszy. Opalenizna powstaje powoli i wygląda na bardziej naturalną.

Komuś, kto potrzebuje „opalenizny” na szczególną okazję, polecam metodę natryskiwania. Absolutnie szkodliwe dla zdrowia jest opalanie się w solariach. Ich uży-

wanie jest zabronione w wielu krajach. W Polsce z solariów nie mogą korzystać osoby poniżej 18. roku życia.

Na stan naszego zdrowia i zdrowia skóry pracujemy całe życie. Jeżeli ktoś w wieku 60–70 lat mówi, że przestanie się opalać, to podjął decyzję o wiele lat za późno. Dlatego tak ważne jest zabezpieczanie dzieci przed słońcem i umiar w korzystaniu z jego promieni.

(przedruk z „Pulsu” nr 7-8/19)

## JAK PŁAĆĆ NA ZAGRANICZNYCH WAKACJACH?

W tym roku, po raz pierwszy od blisko dwóch lat trwania pandemii, będzie można łatwo spędzić wakacje poza granicami kraju. Znowu możemy się więc zastanawiać nad tym, jak płacić za granicą, żeby nie przepłacić? Przedstawiamy kilka dostępnych opcji.

Coraz więcej krajów znosi restrykcje wjazdowe związane z testami i kwarantanną. W tym te, które od lat były najpopularniejszymi kierunkami wakacyjnymi wśród Polaków, jak Grecja, Turcja czy Hiszpania. Jak wynika z badania przeprowadzonego przez portal Wakacje.pl (<https://media.wakacje.pl/186733-polacy-planuja-letnie-urlopy-wakacjepl-zdradzaja-dokad-i-za-ile-w-tym-roku-wyjada>), aż 40% dorosłych Polaków planuje w tym roku wyjazd zagraniczny. Przed wszystkimi podróżującymi pojawi się więc dylemat, jak płacić poza granicami kraju, żeby było bezpiecznie i niedrogo?

### Niemodna gotówka

Zacznijmy od najbardziej oczywistego wyboru, czyli gotówki. Nie polecam wymiany wszystkich pieniędzy na walutę w kraju. Podróżowanie z wypchanym portfelem jest niekomfortowe. Jako turyści jesteśmy łatwym celem dla złodziejaszków. A taki stres w podróży jest niepotrzebny, dlatego zamiast zabierać pieniądze na cały wyjazd, polecam wymienić tylko niewielką kwotę potrzebną na zakupy na lokalnych bazarkach czy napiwki.

Skoro już wiemy, że nie musimy mieć całej kwoty, to jak się zabrać do wymiany pieniędzy na niewielkie zakupy? Najkorzystniejszym rozwiązaniem jest wymiana waluty w kantorze internetowym. Kantory te mają najniższy spread walutowy – czyli różnicę między kursem kupna a sprzedaży. Wysokość spreadu może być trzykrotnie mniejsza niż w przypadku kantoru stacjonarnego oraz blisko dziesięciokrotnie niższa niż w banku. Jak sama nazwa wskazuje, pieniądze wymieniamy przez Internet, bez potrzeby wychodzenia z domu. Możemy je później przelać na swoje konto walutowe lub wypłacić w placówce banku. Warto korzystać z oferty stabilnych i uznanych kantorów, które są nadzorowane przez KNF (m.in. Cinkciarz.pl, walutomat, internetowykantor, liderwalut). Są oczywiście także bankowe kantory internetowe (ma taki np. Alior czy mBank), które będą szczególnie przydatne, gdy nam się spieszy, zawsze jednak warto dokładnie sprawdzić ich ofertę.

### Płacimy bezgotówkowo

Tak naprawdę opcji płatności bezgotówkowych jest wiele, nie musimy zabierać wypchanego gotówką portfela, o który będziemy się nieustannie martwić. Zobaczmy, co możemy wybrać:

- kartę debetową (złotową),
- kartę kredytową,
- kartę walutową,
- kartę/usługę wielowalutową
- rozwiązania fin-techowe.

Mamy więc naprawdę sporo opcji. Zastanówmy się, która z nich i kiedy jest najkorzystniejsza?

### Karta do rachunku

Czyli debetowa karta złotowa, a prościej mówiąc – karta, którą posługujemy się na co dzień płacąc za zakupy w domu. Większość z ponad 43 mln wydanych Polakom kart (dane NBP) daje możliwość płatności zagranicznych, nawet jeśli zostały wydane jako karta do rachunku prowadzonego w złotówkach.

Jednak płacenie nią w innej walucie wiąże się z wysokim kosztem. Gdy poza granicami kraju używamy karty debetowej wydanej przez polski bank i „podpiętej” pod nasze konto w złotówkach, organizacja płatnicza (Visa lub MasterCard) przeliczy transakcję na walutę karty po swoim kursie. Niektóre banki przeliczają jednak transakcje według własnego kursu sprzedaży, który zazwyczaj jest wyższy (o kilka procent) niż kurs organizacji płatniczej. Dodatkowo, za przewalutowanie banki pobierają prowizję. W zależności od banku i od karty, może to być procent wartości transakcji, a może być to konkretna kwota. Musimy też pamiętać, że za wypłatę pieniędzy w bankomacie bank też pobierze prowizję, zwykle w wysokości około 3% lub ryczałtowo.

Karta złotówkowa jest więc całkiem niezłym pomysłem, jeśli zamierzamy nią płacić awaryjnie i zabieramy ją „na wszelki wypadek”, a nie do opłacania (słono!) każdego wydatku.

### Karta kredytowa

Zasadniczo powinniśmy unikać płacenia nią poza granicami kraju. Wiąże się to bardzo często z wysokimi – o wiele wyższymi niż w przypadku karty debetowej – opłatami. Zwłaszcza jeśli będziemy np. chcieli wypłacić gotówkę z bankomatu. Dodatkowo, płatności w ob-





cej walucie nie są objęte okresem bezodsetkowym. Co to w praktyce oznacza? Że każda nasza płatność to tak naprawdę wysoko oprocentowana pożyczka.

Wspominam jednak o karcie kredytowej, ponieważ będzie ona przydatna w dwóch przypadkach. Po pierwsze, jest niezastąpiona dla osób, które organizują wakacje na własną rękę i potrzebują wynająć samochód. Wypożyczalnie aut najczęściej wymagają karty kredytowej. Często zakładają one blokady preautoryzacyjne na wyższą kwotę niż faktyczny koszt wynajmu. Zabezpieczają się w ten sposób na ewentualność mandatu czy szkody.

Po drugie, kredytówka może nam się przydać, jeśli będziemy musieli zrobić duże, nieprzewidziane zakupy (jak np. bilet lotniskowy), a nie mamy tyle wymienionej waluty lub tyle na koncie.

### **Karty (jedno) walutowe**

To bardzo proste narzędzie. Zazwyczaj bank wydaje nam kartę w określonej walucie do określonego rachunku walutowego. Karty te są w walucie rachunku, a za płaconie nimi za granicą banki nie pobierają już opłat za przewalutowanie.

Banki prowadzą konta w najpopularniejszych walutach: EUR, USD, GBP, CHF, DKK, SEK, CZK. To dobre rozwiązanie, jeśli wiemy, że na wakacje wybieramy się wyłącznie do jednego kraju. Jednak podczas wycieczek objazdowych to rozwiązanie oznacza konieczność wyrobienia wielu kart lub płaconie gotówką. A to już nie jest wygodne. Dlatego na rynku pojawiły się fin-techy, które oferują nam możliwość płaconia jedną kartą w wielu walutach, jak np. Revolut.

### **Revolut i inne opcje**

Wśród rozwiązań spoza systemu bankowego najpopularniejszy jest Revolut. Jak sama nazwa wskazuje, był on sporą rewolucją na rynku płatności zagranicznych, bo jako pierwszy dał tak naprawdę jedno narzędzie – aplikację i kartę – do płaconia w wielu walutach. Na czym to polega? Aplikacja Revolut daje możliwość zarządzania kartą wielowalutową – odpowiedniego zasilania i płaconia po korzystnych kursach międzybankowych. Największym atutem jest dostępność ponad 150 walut i korzystny kurs. Dodatkowo, plan standard jest bezpłatny więc można wypróbować to rozwiązanie bez kosztów. Trzeba jednak pamiętać, że w planach standard i plus (najtańsze), możemy bezpłatnie wymienić tylko 5 tys. zł. Wszystkie

transakcje ponadto, będą obciążone prowizją 0,5%. Dodatkowo, przy okazji wypłat z bankomatów za granicą – mamy limit 800 zł lub 5 transakcji bez opłat. Każda kolejna wypłata będzie się wiązać z 2% prowizją min. 5 zł. Jeśli więc planujemy wydać więcej, to albo rozejrzyjmy się za inną opcją, albo spróbujmy płatnych planów Revoluta.

Do tej pory dużym minusem Revoluta było to, że pieniądze nie były objęte Bankowym Funduszem Gwarancyjnym, jednak od 1 lipca br. klienci Revoluta zostaną przeniesieni do banku Revolut (który otrzymał europejską licencję), a to oznacza, że od tej pory wszystkie pieniądze do wysokości 100 tys. EUR będą gwarantowane.

Revolut doczekał się wielu naśladowców. Wśród nich najpopularniejsze są Wise (z wirtualną kartą, którą zapłacimy dzięki Google Pay lub Apple Pay) czy Zen, który daje nam kartę fizyczną i ma nieco korzystniejsze limity wymian i wypłat niż Revolut.

### **Karty wielowalutowe**

To odpowiedź banków na propozycje fin-techów. Do jednej karty „podpiętych” jest kilka lub kilkanaście kont walutowych. Liczba dostępnych walut różni się w zależności od banku i waha od czterech do nawet kilkudziesięciu. W odróżnieniu od zwykłej karty walutowej, możemy mieć tylko jedną kartę, a płacić w różnych walutach. System bankowy sam rozpoznaje walutę, w jakiej płacimy i ściąga należność z właściwego konta. Niektóre banki oferują też tzw. usługi wielowalutowe, które działają na tej samej zasadzie, z tym że konta walutowe podpięte są pod naszą zwykłą kartę debetową, nie ma więc potrzeby wydawać kolejnych plastików.

W tym rozwiązaniu warto pamiętać o tym, żeby zasiląć konta walutowe odpowiednią kwotą. Żeby nie ponieść kosztów przewalutowania, musimy po prostu mieć na koncie pieniądze.

Na rynku istnieją też rozwiązania dogodne dla podróżujących często i do różnych krajów, o mniej popularnych walutach. To karty podpięte pod rachunek złotowy, dające możliwość płaconia nawet w 150 walutach na całym świecie. System bankowy rozpoznaje walutę sam, przelicza ją po kursie organizacji płatniczej, a z naszego konta ściąga należność bez dodatkowych prowizji i opłat.

*Katarzyna RULKIEWICZ  
(przedruk z „Panaceum” nr 6/22)*

## **PODRÓŻUJ BEZPIECZNIE**

Z każdym rokiem wzrasta w Polsce liczba podróżujących do krajów gorącej strefy klimatycznej w Afryce, Azji i Ameryce Południowej. Choć na wizytę w poradni medycyny podróży decyduje się przed wyjazdem coraz więcej osób, wciąż nie jest to zjawisko powszechne. A szkoda, bo brak profilaktyki skutkuje zalekaniem chorób tropikalnych do Polski. W 2018 r. NIZP-PZH odnotował w naszym kraju 28 przypadków zaleczonej ma-

larii. Uświadamiamy naszych pacjentów, jak ważna jest ochrona przed potencjalnymi chorobami zakaźnymi.

### **Bez książeczki zdrowia dziecka**

Do poradni medycyny podróży pacjenci udają się głównie po to, by zaszczepić się przed wyjazdem. Niestety, przychodzą najczęściej bez książeczki zdrowia dziecka i co gorsza, nie wiedzą, przeciwko czemu byli już szczepieni. Nie potrafią wymienić ani konkretnych nazw chorób, ani wskazać ro-

ku, w którym odbyło się ostatnie szczepienie. Takie są moje obserwacje wynikające z codziennej praktyki zawodowej.

Gdy pytam o szczepienie przeciwko WZW typu B, zazwyczaj zapada cisza. Jeśli nie mamy pewności, czy odbyliśmy prawidłowo pełen cykl szczepień (trzy dawki) i nie posiadamy książeczki zdrowia, najlepiej wykonać badanie przeciwciał anty-HBs w surowicy krwi. Miano anty HBs  $\geq 10$  mIU/ml świadczy o prawidłowej odpowiedzi poszczepiennej.

Kolejnym szczepieniem, które według zaleceń ACIP powinniśmy powtarzać co 10 lat, a nie tylko wtedy, kiedy wyjeżdżamy do krajów tropikalnych, jest szczepienie:

tężec, błonica, krztusiec. Niestety większość z nas nie jest tego świadoma. Szczepienie to realizuje się przy pomocy preparatów o zmniejszonej zawartości komponenty błonniczej i krztuscowej (dTdap). Dodatkowo raz w życiu każda dorosła osoba winna otrzymać jedną dawkę przypominającą szczepionki przeciwko polio.

Poniżej, w tabeli nr 1, wymieniłam szczepienia, które są obowiązkowe lub zalecane przed wyjazdami zagranicznymi. Więcej informacji znajduje się na stronach: <https://www.medycynatropikalna.pl/>, <https://www.who.int/topics/travel/en/> oraz <https://wwwnc.cdc.gov/travel>.

**Tabela nr 1. Szczepienia obowiązkowe lub zalecane dla dorosłych**  
(wraz z przykładami nazw handlowych dostępnych w Polsce)

Szczepienie	Schemat podania
Tężec, błonica, krztusiec (Tdap szczepionka SSI, Adacel, Boostrix)*	1 dawka raz na 10 lat
Wirusowe zapalenie wątroby typu B (Engerix B, Euvax B, Hepavax-Gene TF)**	3 dawki w odstępie 0-1-6 miesięcy (schemat przyspieszony (4 dawki): 0-1-2-12 mies. lub 0-7-21 dni i 12 mies.
Wirusowe zapalenie wątroby typu A (Havrix Adult, Avaxim)**	2 dawki. Druga po 6-12 mies
Dur brzuszny – (Typhim Vi)	1 dawka, szczepienie powtarzać raz na 3 lata
Wścieklizna - (Verorab)	3 dawki w odstępie: 0-7-21 (lub 28) dzień, dawka przypominająca po roku, dawki przypominające co 5 lat
Japońskie zapalenie mózgu (Ixiaro)	2 dawki w odstępie 28 dni, szczepienie przypominające 12-24 mies. Po szczepieniu pierwotnym
Żółta febra (Stamaril)	1 dawka
Meningokoki A, C, Y, W-135 (Nimenrix)	1 dawka
Meningokoki B (Bexsero)	2 dawki w odstępie miesiąca
Cholera – (Dukoral)	Szczepionka doustna, 2 dawki. Przed podaniem szczepionkę w postaci zawiesiny należy wymieszać z roztworem wodorowęglanu sodu (wodorowęglan sodu – w postaci granulatu musującego – należy rozpuścić w ok. 150 ml zimnej wody) i wypić w ciągu 2 h. Przez 1 h przed podaniem szczepionki oraz przez 1 h po jej podaniu nie należy jeść, pić ani przyjmować innych leków doustnych. Szczepienie przypominające. Zaleca się podanie 1 dawki w ciągu 2 lat od szczepienia podstawowego.
* Raz w życiu każda dorosła osoba winna otrzymać jedną dawkę przypominającą szczepionki przeciwko polio, dlatego można wybrać zamiast szczepionki dTap szczepionkę: tężec błonica, krztusiec, polio – Boostrix Polio – 1 dawka	
** można wybrać opcję WZW A+B (Twinrix Adult) 3 dawki 0-1-6 mies.	

WHO i CDC stworzyły aplikację w języku angielskim, która pozwala jej użytkownikom ustrzec się przed chorobami tropikalnymi. Wyposaża ich w niezbędną wiedzę, zawiera instrukcję postępowania w przypadku podejrzenia wystąpienia danej choroby: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/apps-about>. Godne polecenia są też: interaktywna mapa występowania gorączki krwotocznej – denga: <https://www.healthmap.org/dengue/en/> i <https://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report/app/en/>.

**Ochrona przed stawonogami**

Bardzo dużo chorób zakaźnych przenosi się przez wektory, przede wszystkim stawonogi (w tabeli nr 2 wymieniłam przykłady chorób przenoszonych przez stawonogi). Dlatego tak ważne są zasady ochrony przed ukąszeniami, takie jak: repelenty, moskitiery, właściwa odzież, unikanie spacerów po zmierzchu).

**Tabela nr 2. Przykłady chorób przenoszonych przez niektóre stawonogi**

Komary	Malaria, Żółta gorączka Denga, Gorączka chikungunya, Gorączka zachodniego Nilu, Wirus Zika (ZIKV), Końskie zapalenie mózgu, Japońskie zapalenie mózgu, Gorączka doliny Riftu
Kleszcze	Borelioza z Lyme, Kleszczowe zapalenie mózgu, Rosyjskie wiosenno-letnie zapalenie mózgu, Gorączka kleszczowa Kolorado, Wirusowe zapalenie mózgu Powassan, Anaplazmoza, Tularemia, Omska gorączka krwotoczna, Gorączka plamista Gór, Riketsjozy





Z innych stawonogów wspomnieć należy o pchłach przenoszących dżumę oraz pluskwiakach, które są wektorem choroby Chagasa w Ameryce Południowej. A jeszcze inne to wesz odzieżowa przenosząca tyfus i afrykańskie muchy tse-tse odpowiedzialne za śpiączkę afrykańską i naganę. Muchy domowe pośredniczą w przenoszeniu chorób przewodu pokarmowego (duru brzuszego, czerwoni, cholery).

### **Jak najlepiej uchronić się przed ugryzieniami insektów?**

W świadomości Polaków utrwalił się mit, że środki odstraszające (repelenty) i owadobójcze najlepiej nabyć w kraju docelowym, bo nasze krajowe są w tropikach nieskuteczne. Jest to oczywiście nieprawdą. Przy wyborze repelentu należy kierować się przede wszystkim składem preparatu oraz stężeniem substancji aktywnej. Z substancji o udowodnionej skuteczności w odstraszaniu komarów należy wymienić DEET-N, N-diethyl-meta-toluamide, Ikarydynę (KBR 3023) oraz IR3535. Największą skutecznością charakteryzują się repelenty zawierające 30-50% DEET. Takie preparaty zapewniają kilkugodzinną ochronę przed ukłuciami komarów oraz innych owadów i są zalecane dla osób dorosłych (z wyjątkiem kobiet w ciąży). Wyższe stężenie DEET nie podnosi efektywności preparatów, ale wydłuża czas jego działania.

Repelenty наносimy na zdrową, nieuszkodzoną skórę – wyłącznie na odsłonięte części ciała. Jeżeli stosujemy kremy z filtrem UV, najpierw наносimy krem, a następnie środki odstraszające owady. Równie ważna jest właściwa odzież (jasne ubrania z długim rękawem i długie nogawki). Należy unikać przebywania w terenie w okresie największej aktywności komarów, tj. od zmierzchu do świtu, oraz stosować w pomieszczeniach zamkniętych klimatyzację/siatki na oknach i kratkach wentylacyjnych.

### **Zika**

Zika jest ostrą chorobą zakaźną wywołowaną przez wirusa Zika (ZIKV), należącego do rodziny Flaviviridae, rodzaju Flavivirus, który jest również czynnikiem etiologicznym dengi, żółtej gorączki, gorączki Zachodniego Nilu, japońskiego zapalenia mózgu. Wirus Zika jest przenoszony przez aktywne w ciągu dnia komary z rodzaju Aedes (głównie A. Aegypti). Do zakażenia ZIKV dochodzi prawdopodobnie również przez kontakty seksualne, transfuzję krwi oraz drogą wertykalną z matki na płód.

### **Obraz kliniczny**

80% zakażeń wirusem Zika przebiega bezobjawowo. Okres wylęgania Zika wynosi 3-12 dni, a objawy utrzymują się przez 2-7 dni. Do najczęstszych należą: gorączka (poniżej 38°C), bóle mięśni i małych stawów (głównie rąk i stóp), wysypka plamista-grudkowa, zapalenie spojówek, ból głowy i ogólne złe samopoczucie. Przebieg choroby jest najczęściej łagodny i samoograniczający się. Niestety, zakażenie wirusem Zika w trakcie ciąży może powodować poważne wady wrodzone płodu – zwa-  
ne wrodzonym zespołem Zika, poród przedwczesny lub

poronienie. Zaobserwowano, że u nowo narodzonych dzieci zakażonych przez matki, szczególnie w pierwszym trymestrze ciąży, dużo częściej występuje mikrocefalia. W samej Brazylii, gdzie w 2015 r. dotarła epidemia Zika, odnotowano 1,5 mln zachorowań w ciągu roku, a liczba przypadków mikrocefalii wśród nowo narodzonych dzieci zwiększyła się ze 150 przypadków rocznie w latach 2010-14 do 1.248 pod koniec 2015 r.

### **Jak można zapobiec zakażeniu Zika?**

Przed wszystkim należy chronić się przed ukłuciami komarów. CDC opracowała interaktywną mapę, na której są wyszczególnione wszystkie kraje, gdzie aktualnie panuje epidemia, wcześniej stwierdzono przypadki zakażenia wirusem Zika u ludzi lub występują komary, które potencjalnie mogłyby przenosić VIKZ. Link do strony <https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/zika-travel-information>. Kobiety w ciąży, planujące ciążę i partnerzy kobiet w ciąży/planujących ciążę nie powinni podróżować do miejsc, gdzie aktualnie stwierdza się nowe przypadki zarażenia wirusem Zika, ponieważ infekcja Zika podczas ciąży może spowodować poważne wady wrodzone płodu. Aby zapobiec transmisji seksualnej ZIKV, w trakcie podróży i po powrocie, należy zachować abstynencję seksualną lub używać prezerwatyw – kobiety powinny odczekać co najmniej 2 miesiące od powrotu do rodzimego kraju (lub od początku objawów, jeśli wystąpią objawy Zika) przed próbą zajścia w ciążę, a mężczyźni 3 miesiące, ponieważ Zika może pozostać w nasieniu dłużej niż w innych płynach ustrojowych i może w tym czasie zostać przeniesiona na partnerów.

### **Jak rozpoznajemy zakażenie ZIKA?**

Zakażenie Zika jest rozpoznawane na podstawie wywiadu (pobyt na terenach endemicznych) oraz objawów klinicznych. W celu potwierdzenia rozpoznania wykonuje się badanie PCR (do 7 dni od wystąpienia objawów) lub wykrywa się specyficzne przeciwciała IgM i IgG za pomocą testu ELISA (> 4 dni od wystąpienia objawów choroby). Trzeba uważać na wyniki fałszywie dodatnie w wyniku krzyżowej reakcji przeciwciał z innymi flawiwirusami (w szczególności wirusem denga i chikungunya).

Jeśli kobieta ciężarna przebywała w rejonach występowania transmisji ZIKV, zaleca się badanie matki w kierunku występowania zakażenia ZIKV oraz badanie płodu (USG). U nowo narodzonych dzieci zakażonych matek należy również przeprowadzić badania w kierunku występowania zakażenia ZIKV (PCR, ELISA).

Leczenie jest wyłącznie objawowe: odpoczynek, odpowiednie nawodnienie, leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe.

### **Choroba wysokościowa**

Wraz z rozwojem transportu i turystyki, ludzie w ciągu zaledwie kilku godzin pokonują kilka tysięcy metrów przewyższenia i bez żadnej aklimatyzacji lądują na lotnisku w Cuzco w Peru (3.400 m n.p.m.), w Lhasie w Tybecie (4.200 m n.p.m.), czy La Paz w Boliwii (3.782 m n.p.m.).

Bardzo popularne są aktualnie trekkingi w Nepalu, droga Inków do Machu Picchu w Peru, gdzie nie rzadko turyści przekraczają granicę 5.000 m n.p.m. Choroba wysokościowa nie jest już tylko problemem alpinistów i himalaistów, ale coraz szerszej niezaadaptowanych do dużych wysokości turystów.

Choroba wysokościowa (zwana także wysokogórską) jest to zespół chorobowy związany z brakiem przystosowania organizmu człowieka do dużych wysokości. Wyróżniamy ostrą chorobę wysokościową (ang. acute mountain sickness – AMS), wysokościowy obrzęk płuc (ang. high altitude pulmonary edema – HAPE) oraz wysokościowy obrzęk mózgu (ang. high altitude cerebral edema – HACE).

Ciśnienie atmosferyczne i ciśnienie parcjalne tlenu w powietrzu atmosferycznym spadają wraz ze wzrostem wysokości, aczkolwiek procentowa zawartość tlenu we wdychanym powietrzu się nie zmienia – na 8.000 m n.p.m. nadal wynosi 21%. Nasz organizm musi przyzwyczaić się do zmieniających się warunków, stąd obserwujemy zwiększoną wentylację minutową i objętość płuc, wzrost pH krwi (zasadowica oddechowa). Zwiększa się liczba czerwonych krwinek (ich liczba może dochodzić do 6-7 mln/ mm<sup>3</sup> krwi), objętość krwi, hematokrytu (z 40-45% do wartości ok 60-65%) oraz hemoglobiny z 15 do 22 g%.

Spada nasza wydolność fizyczna i umysłowa, pojawia się ból głowy, stany euforii na przemian z przygnębieniem i depresją, bezsenność, oddech okresowy Cheyne-Stokesa.

#### Zasady aklimatyzacji w górach wysokich

Ostra choroba wysokościowa występuje najczęściej powyżej 2.500 m n.p.m. Szczególnie zagrożone wystąpieniem choroby wysokościowej są osoby, które w krótkim czasie przeniosły się z nizin na dużą wysokość, inaczej mówiąc pokonały w krótkim czasie dużą różnicę wysokości względnej.

Najważniejszą zasadą przy wspinaczce wysokogórskiej jest odpowiednia aklimatyzacja. Do wysokości 5.000-6.000 metrów, objawy choroby wysokościowej stanowią bezpośredni rezultat nieprawidłowej aklimatyzacji.

Doświadczony himalaista powie, „wspinaj się wysoko, śpij nisko”. Powyżej wysokości 3.000 m każdą noc powinno spędzać się nie wyżej niż 300-600 m od poprzedniej, z dodatkowym dniem odpoczynku co każde 2-3 dni lub co każde 1.000 m. Czas aklimatyzacji jest różny i zmienny osobniczo. Jeżeli to możliwe (lot, jazda samochodem), nie należy pokonywać znacznej wysokości za szybko. Jeżeli już to zrobiliśmy, należy nam się dobowy odpoczynek, unikanie wysiłku fizycznego i dalszej wspinaczki. W przypadku pojawienia się pierwszych objawów AMS, nie wolno wspinąć się wyżej. Jeżeli objawy nie ustępują po 24 h, należy zejść niżej. Stosowanie leków w profilaktyce AMS powinno być ograniczone do wyjątkowych sytuacji, np. jeżeli nie unikniemy szybkiej zmiany wysokości (np. lot samolotem) lub pomimo postępowania zgodnego z zasadami prawidłowej aklimatyzacji, występują u nas objawy choroby wysokościowej – tzn. „wolna aklimatyzacja”.

#### Ostra choroba wysokościowa (AMS)

Pierwsze objawy ostrej choroby wysokościowej pojawiają się najczęściej powyżej 2.500 m n. p.m., ale należy pamiętać o tym, że zdarzają się także przypadki, gdzie pierwsze symptomy choroby wysokogórskiej pojawiały się już na niższej wysokości. AMS może dotknąć każdego, bez względu na wiek, płeć czy wydolność fizyczną.

Pierwsze objawy AMS pojawiają się zazwyczaj po 6-12 godzinach od przybycia na dużą wysokość i trwają najczęściej 1-3 dni. Im szybciej przemieścimy się z poziomu morza i im wyższa jest aktualna wysokość, tym ryzyko AMS jest większe. Główne objawy to: ból i zawroty głowy, dolegliwości żołądkowo-jelitowe, zmęczenie i osłabienie, zaburzenia snu.

Choć objawy są niespecyficzne, nie powinny być bagatelizowane. Kontynuacja wspinaczki często prowadzi do cięższej postaci choroby wysokogórskiej tj. obrzęku mózgu i/lub obrzęku płuc, które w skutkach mogą być śmiertelne.

Przy łagodnych objawach warto zrobić sobie dzień odpoczynku, a na pewno nie wspinąć się wyżej. Jeśli objawy nie ustąpią lub nasilą się w ciągu 24h – należy zejść niżej.

**Tabela nr 3. Leczenie farmakologiczne zgodnie z zaleceniem Komisji Medycznej Federacji Związków Alpinistycznych (IUAA)**

Łagodne lub umiarkowane AMS	
Leczenie przeciwwymiotne	Dimenhidrinat (Aviomarin)
Ból głowy	Paracetamol lub Ibuprofen (nie stosować kwasu acetylosalicylowego z powodu zwiększonego ryzyka krwawienia i owrzodzeń przewodu pokarmowego)
Objawy nie ustępują lub nasilają się po 6-12 h	Acetazolamid w dawce 250 mg dwa razy dziennie
Ciężkie AMS	
	Deksametazon 8 mg, jeśli objawy nadal ciężkie, dawkę można powtórzyć po 6 godzinach
	Do rozważenia użycie przenośnej komory hiperbarycznej





### Wysokościowy obrzęk płuc – HAPE

Wysokościowy obrzęk płuc jest to niekardiogenywny obrzęk płuc, spowodowany wzmożonym ciśnieniem płucnym. Występuje zwykle po 2-3 dniach od osiągnięcia znacznej wysokości. Nagły spadek wydolności fizycznej, tachykardia i tachypnoe, suchy kaszel, duszność wysiłkowa przechodząca w spoczynkowa, to najczęstsze symptomy. Kiedy pojawią się niepokojące objawy, jak najszybciej zejść na niższą wysokość. Nie wolno kontynuować wspinaczki. W leczeniu stosujemy tlenoterapię, nifedypinę, torbę Gamową.

### Wysokościowy obrzęk mózgu HACE

Zarówno HACE jak i HAPE występują znacznie rzadziej niż AMS (u ok. 1-4% osób narażonych). Wysokościowy obrzęk mózgu poprzedzają zazwyczaj objawy ostrej choroby wysokościowej. Trudno odróżnić ciężkie AMS od rozpoczynającego się HACE. Należy pamiętać, że obrzęk mózgu to stan zagrożenia życia!

Schemat leczenia HACE jest taki sam jak w HAPE, czyli należy zastosować tlen, torbę hiperbaryczną oraz

jak najszybciej ewakuować chorego na niższą wysokość. Zamiast nifedypiny należy podać deksametazon (8 mg co 6h do ustąpienia objawów).

### Diagnostyka różnicowa

Przebywanie na ekstremalnych wysokościach nie prowadzi jedynie do rozwoju ostrej choroby wysokościowej, wysokościowego obrzęku płuc i mózgu. Środowisko wysokogórskie niesie szereg innych zagrożeń: niską temperaturę, intensywne promieniowanie ultrafioletowe, dużą utratę płynów spowodowaną stratami przez drogi oddechowe i skórę. Wiele chorób może imitować chorobę wysokościową. W diagnostyce różnicowej należy wziąć pod uwagę wyczerpanie, odwodnienie, udar cieplny, zapalenie płuc, zatrucie alkoholowe, nadużywanie leków, zatrucie tlenkiem węgla, ostrą psychozę, udar, hipoglikemię.

W czasie pobytu na wysokości należy pamiętać o możliwości zaostrzenia się pod wpływem warunków wysokogórskich chorób przewlekłych. W poniższej tabeli pokazano wpływ wysokości na przebieg niektórych chorób i stanów fizjologicznych.

Choroby układu krążenia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipoksemia prowadzi do wzrostu akcji serca, wzrostu ciśnienia tętniczego krwi, zwiększa ryzyko pojawienia się zaburzeń rytmu oraz typowych dolegliwości wieńcowych. Największe zagrożenie istnieje w czasie pierwszych trzech dni pobytu na dużej wysokości.</li><li>• Uważa się, że ryzyko wystąpienia incydentu wieńcowego u osób dotychczas zdrowych nie jest zwiększone, aczkolwiek w piśmiennictwie można znaleźć opisy przypadków zawału mięśnia sercowego na dużej wysokości.</li><li>• U osób z rozpoznaną chorobą niedokrwinną serca istnieje duże ryzyko jej zaostrzenia.</li><li>• Dobrze kontrolowane nadciśnienie tętnicze nie jest przeciwwskazaniem do podróży samolotem i przebywania na dużych wysokościach.</li><li>• Chorzy z przewlekłymi chorobami, w stabilnym okresie, mogą bez większych problemów podróżować na średnie wysokości.</li><li>• Niestabilna choroba niedokrwinną serca, źle kontrolowane zaburzenia rytmu serca oraz niewydolność serca są przeciwwskazaniem do podróży na dużą wysokość.</li></ul>
Choroby układu oddechowego	<ul style="list-style-type: none"><li>• W większości przypadków astma nie jest przeciwwskazaniem do przebywania w górach wysokich. Nie ma dowodów, aby astma zwiększała ryzyko rozwoju AMS.</li><li>• U chorych z przewlekłymi chorobami płuc, głównie z mukowiscydą i chorobami śródmiąższowymi płuc, ryzyko zaostrzenia wzrasta na dużej wysokości.</li><li>• Objawy POChP nasilają się wraz ze wzrostem wysokości. Towarzyszy im gorsza tolerancja wysiłku fizycznego. Ryzyko zaostrzeń, w tym bakteryjnych, wzrasta, wskazane jest wcześniejsze rozpoczęcie antybiotykoterapii.</li></ul>
Cukrzyca	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sama ekspozycja na dużą wysokość nie pogarsza kontroli glikemii.</li><li>• HACE można łatwo pomylić z objawami hipoglikemii.</li><li>• Współtowarzysze powinni być poinformowani o chorobie i posiadać podstawowe informacje na temat rozpoznania i sposobu postępowania w hipoglikemii, a chorzy powinni mieć łatwy dostęp do glukozy.</li><li>• Niektóre glukometry nie funkcjonują prawidłowo na wysokościach</li></ul>
Padaczka	U chorych, prawidłowo leczonych, przebywanie na dużej wysokości nie stanowi czynnika zwiększającego ryzyko napadu padaczkowego. Konsekwencje napadu mogą być poważniejsze z uwagi na występującą w górach wysokich hipoksemię.
Ciąża	Dane dotyczące wpływu dużej wysokości na kobiety ciężarne są ograniczone. Uważa się, że zdrowe kobiety w ciąży fizjologicznej nie powinny mieć żadnych problemów z krótkim pobytem na wysokości do 4000 m n.p.m. Kobiety z ciążą dużego ryzyka oraz w ciąży zaawansowanej nie powinny podróżować na wysokość większą niż 2.500 m n.p.m., szczególnie jeżeli nie istnieje bezpośredni dostęp do specjalistycznej pomocy lekarskiej.

Lek. Iwona BUCZYŃSKA

O autorce: Ukończyła Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Jest w trakcie specjalizacji z chorób zakaźnych, studentka studiów doktoranckich. Prywatnie podróżniczka, zwiedziła ok. 50 krajów w Europie, Ameryce Południowej, Afryce i Azji) oraz alpinistka. W ramach IFMSA odbyła staże m.in. z medycyny tro-

pikalnej w Sudanie, Brazylii i Peru. Związana zawodowo z Kliniką Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM we Wrocławiu oraz I Oddziałem Chorób Zakaźnych WSS im. Gromkowskiego we Wrocławiu

(przedruk z „Medium” nr 10/19)

## MEDYCYNĄ PO DYPLomie

### WYBRANE PROBLEMY INTERNISTYCZNE PODCZAS PODRÓŻY SAMOLOTEM

Rosnąca popularność i dostępność szybkich środków transportu, atrakcyjne ceny oraz moda skłaniają coraz większą część polskiego społeczeństwa do przemieszczania się w bardziej odległe zakątki świata. Biorąc pod uwagę wydłużanie się życia, a także zmieniający się model turystyki, powinniśmy pochylić się nie tylko nad problemami schorzeń egzotycznych. Z uwagi na starzejące się społeczeństwo oraz związaną z tym wielochorobowość istotne są również trudności w podróży, jakie mogą stwarzać przewlekłe schorzenia internistyczne w jej trakcie.

#### Fizjologia lotu samolotem

Ciśnienie w kabinie komercyjnych samolotów jest utrzymywane na poziomie odpowiadającym wysokości 2438 m (8000 stóp) n.p.m., gdzie ciśnienie parcjalne tlenu w powietrzu spada do wartości odpowiadających oddychaniu powietrzem o zawartości tlenu 15,1% na poziomie morza. U zdrowych pasażerów wiąże się to z obniżeniem ciśnienia parcjalego tlenu we krwi tętniczej (PaO<sub>2</sub>) do wartości 60-75 mm Hg, w zależności od wieku i wentylacji minutowej. Odpowiada to wysyceniu hemoglobiny (SaO<sub>2</sub>) 89-94%. W czasie wysiłku fizycznego lub snu, a także u osób starszych, wartości te mogą być jeszcze mniejsze. Z uwagi na trudności w adaptacji do tych warunków należy zwrócić szczególną uwagę na grupy chorych z przewlekłymi schorzeniami płuc (zwłaszcza wymagających wspomaganie wentylacji), chorobami układu sercowo-naczyniowego, hospitalizowanych z powodu zaostrzenia choroby przewlekłej w okresie ≤6 tygodni przed lotem, z niedawno przebytą odmą opłucnową, obciążonych zwiększonym ryzykiem żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej lub z przebyłym epizodem tej choroby, a także tych, którzy źle znosili poprzednie podróże samolotem, tzn. występowyły u nich istotne objawy ze strony układu oddecho-

wego, takie jak duszność, ból w klatce piersiowej, splątanie lub utrata przytomności.

#### Zanim wsiądziemy na pokład samolotu

Należy pamiętać, że u chorych z wyżej wymienionych grup powinno się planować podróż z wyprzedzeniem, które pozwoli na sprawne zorganizowanie na pokładzie samolotu koniecznego sprzętu. Istotnym aspektem planowania podróży jest zatem nie tylko odpowiednie leczenie, ale także odpowiednie przygotowanie leków w bagażu podręcznym. W niektórych przypadkach konieczne będzie też uzyskanie odpowiedniej zgody na zabranie na pokład sprzętu medycznego. Dopuszczalne leki i urządzenia dostępne na pokładzie zgodnie z regulacjami Urzędu Lotnictwa Cywilnego to m.in.: leki wydawane na receptę, leki ogólnodostępne, płyny do dezynfekcji o stężeniu alkoholu poniżej 70%, płyn do soczewek kontaktowych, zasobniki z tlenem lub powietrzem, laska do podpierania się, inhalator, glukometr, mały medyczny termometr, igły w osłonce, urządzenia medyczne typu defibrylator AED, suchy lód.

Operator kontroli bezpieczeństwa może prosić o potwierdzenie autentyczności danego lekarstwa, dlatego warto wcześniej zaopatrzyć się w odpowiednie zaświadczenie o konieczności leczenia w języku polskim oraz angielskim.

#### Podróż u pacjentów z przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego i układu sercowo-naczyniowego

Najistotniejszym elementem jest optymalne wyrównanie każdej choroby przewlekłej. Podróż samolotem wiąże się z istotnym ryzykiem incydentów nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Warto zatem przeprowadzić dokładny wywiad dotyczący tolerancji poprzednich podróży samolotem, a także u wybranej grupy chorych przeprowadzić dodatkowe badania laboratoryjne i diagnostyczne. Jed-



nym z bardziej przydatnych badań może być próba hipoksemiczna, która pozwala na ustalenie prawdopodobieństwa konieczności podawania tlenu. Polega ona na kontroli  $\text{SaO}_2$  podczas 20-minutowego oddychania mieszaniną oddechową zawierającą 15% tlenu. Uznaje się, że jest ona dodatnia, gdy  $\text{SaO}_2$  spadnie poniżej 85% i wówczas wymagane jest podawanie tlenu poprzez cewnik nosowy w czasie lotu. Dotyczy to w szczególności schorzeń układu oddechowego (POCHP, astma), wynikającego z ostrego skurczu oskrzeli oraz hipoksemii. W tej grupie chorych niezbędna jest modyfikacja farmakoterapii w przypadku występowania zaostrzeń oraz stosowanie wziewnych leków rozkurczających oskrzela w czasie lotu, a także rozważenie stosowania leków z grupy glikokortykosteroidów.

Należy pamiętać, że nebulizatory nie należą do podstawowego wyposażenia apteczki linii lotniczych. Pacjenci z chwiejną kontrolą leczenia nie powinni podróżować samolotem do czasu uzyskania stabilnego stanu klinicznego. Istotnym problemem są także czynnościowe zaburzenia oddychania i napady paniki. W tej grupie chorych należy przed podróżą rozpocząć trening oddechow, włączyć leczenie farmakologiczne oraz zaopatrzyć pacjenta w doraźne leki przeciwłkowe i dostęp do tlenu.

Przeciwwskazaniem bezwzględny do lotu jest odma opłucnowa we wczesnym okresie, gdyż lot samolotem wiąże się z ryzykiem powiększenia komory odmowej. Zaleca się odczekanie przynajmniej 2 tygodni oraz kontrolę radiologiczną (zdjęcie RTG klatki piersiowej). Radykalne leczenie operacyjne odmy podczas torakotomii jest zwykle całkowicie skuteczne, dlatego choremu można zezwolić na podróż samolotem od razu po zakończeniu rekonwalescencji po zabiegu.

Ryzyko nawrotu odmy jest większe u osób ze współistniejącą chorobą płuc i nie zmniejsza się znacząco co najmniej przez rok, dlatego też pacjenci niepoddani radykalnemu leczeniu powinni wybrać alternatywne środki transportu. Ryzyko hipoksemii związane jest także z otyłością oraz obturacyjnym bezdechem sennym. Pacjenci powinni przed lotem i w jego trakcie unikać picia alkoholu i przyjmowania leków sedatywnych, a także odpowiednio wcześniej poinformować przewoźnika o konieczności zabrania na pokład samolotu urządzenia CPAP. Podróż samolotem wiąże się także z ryzykiem urazu ciśnieniowego zatok przynosowych i ucha środkowego. U osób z urazem ciśnieniowym zatok przynosowych spowodowanym lotem zaleca się zastosowanie leków zmniejszających obrzęk błony śluzowej miejscowo oraz doustnie i leków przeciwbólowych. Należy też rozważyć stosowanie glikokortykosteroidów doustnie.

Niebagatelną rolę w pogorszeniu stanu chorych mają także infekcje, które mogą dotyczyć zwłaszcza osób z obniżoną odpornością (stan po przeszczepieniach narządowych i szpiku, immunosupresja, nowotwory,

neutropenia, AIDS) oraz przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego. Chorzy na prątkującą gruźlicę nie mogą podróżować publicznym transportem lotniczym. Nie wolno im podróżować samolotem wraz z innymi pasażerami na pokładzie, niezależnie od długości lotu, do czasu uzyskania co najmniej 2-krotnego ujemnego wyniku rozmazu płwociny. Chorzy na gruźlicę wielolekooporną i całkowicie oporną na leki nie mogą podróżować samolotem wraz z innymi pasażerami na pokładzie, niezależnie od długości lotu, aż do czasu wykazania, że nie są zakaźni. U niektórych chorych zakażonych HIV ryzyko zakażeń oportunistycznych jest zwiększone. W czasie ostrej fazy zakażenia oportunistycznego zwykle uznaje się, że chory nie może podróżować, a decyzję o odroczonym locie należy zawsze skonsultować z lekarzem prowadzącym.

Lot jest także ryzykiem niedokrwienia mięśnia sercowego, hipoksemii, zaburzeń rytmu serca i zaostrzenia niewydolności serca. W tej grupie chorych należy pamiętać, że nagle incydenty sercowo-naczyniowe: zawał serca z uniesieniem odcinka ST (ang. ST Elevated Myocardial Infarction) i bez uniesienia odcinka ST (ang. non-ST Elevated Myocardial Infarction-NSTEMI), stan po pomostowaniu naczyń wieńcowych (ang. Coronary Artery Bypass Grafting-CABG) są przeciwwskazaniami do lotu we wczesnym okresie. W przypadku planowej koronarografii zaleca się odczekanie 2 tygodni. W przypadku prawidłowej kontroli leczenia, stabilnej dławicy piersiowej wg Canadian Cardiovascular Society CCS  $\leq 3$  prawdopodobieństwo wystąpienia dolegliwości jest niewielkie. W grupie chorych z dławicą CCS 4 oraz niestabilną dławicą piersiową powinno się odradzać ten środek transportu. Chorzy w I–III klasie NYHA (ang. New York Heart Association) bez istotnego nadciśnienia płucnego mogą podróżować samolotem bez stosowania tlenu. Pacjenci w klasie NYHA IV nie powinni podróżować samolotem, a w przypadku konieczności lotu należy stosować tlen. Nowoczesne rozruszniki i defibrylatory nie zakłócają pracy systemów samolotu, ale podróż może się okazać niebezpieczna w przypadku niestabilnych zaburzeń rytmu serca oraz częstych komorowych dodatkowych pobudzeń. U pacjentów z nadciśnieniem tętniczym należy wyrównać wartości ciśnienia tętniczego, a w razie potrzeby stosować leki doraźne. Ciężka niedokrwistość oraz krwawienie z przewodu pokarmowego stanowią bezwzględne przeciwwskazanie do lotu samolotem.

#### **Lot u pacjentów chorych na cukrzycę oraz ciężarnych**

W trakcie podróży chorzy na cukrzycę znajdują się w sytuacji odbiegającej od codziennych warunków. Długodystansowe loty samolotem mogą istotnie zakłócić przebieg insulinoterapii, jeżeli pacjent nie będzie przygotowany na znaczące zmiany czasu, a także zmieniony model spożywania posiłków. Na niekorzystne skutki podróży

szczególnie narażeni są chorzy leczeni insuliną, gdyż jakiegokolwiek zakłócenie rytmu insulinoterapii może mieć negatywny wpływ na ich samopoczucie. Optymalną – i jedyną – metodą zapobiegania tym problemom w podróży jest edukacja pacjenta przed planowanym wyjazdem oraz indywidualne podejście. W czasie lotu pacjenci powinni spożywać dużą ilość płynów, stronić od kofeiny oraz alkoholu. Niezbędne są częstsze pomiary poziomu glikemii i dostosowywanie dawek insuliny. W kontekście podróży należy pamiętać, iż zmieniające się ciśnienie, wysoka wilgotność oraz temperatura mogą niekorzystnie wpływać na urządzenia (dotyczy to zwłaszcza pomp insulinowych oraz glukometrów), a także na skuteczność stosowanej insuliny.

Ciąża stanowi czasowe przeciwwskazanie do lotu samolotem po 36. tygodniu ciąży, a także w III trymestrze w sytuacji, gdy występowały w przeszłości porody przedwczesne, krwawienia oraz w przypadku występowania ciąży mnogiej. Należy również pamiętać, że ciąża jest istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej.

#### **Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa (ŻChZZ) w podróży**

Zwiększone ryzyko ŻChZZ występuje podczas wszystkich lotów oraz podróży środkami transportu z unieruchomieniem, szczególnie trwających ponad 8 godzin lub częstych krótszych podróży w krótkim czasie. Osoby o małym ryzyku ŻChZZ powinny unikać picia nadmiernych ilości alkoholu i napojów zawierających kofeinę. Zaleca się noszenie luźnego ubrania nieuciskającego kończyn dolnych i talii, picie dużej ilości napojów bezalkoholowych, w miarę możliwości poruszanie się po pokładzie samolotu i wykonywanie ćwiczenia kończyn dolnych w czasie podróży – częste napinanie mięśni podudzi, zginanie palców lub stawanie na palcach. Powinno się unikać stosowania leków sedatywnych oraz długotrwałego spania w нефизjologicznych pozycjach.

W przypadku podróży z czynnikami ryzyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej, tj.: ŻChZZ w wywiadzie rodzinnym, przebyta ŻChZZ wywołana przez ustalony czynnik ryzyka, trombofilia, otyłość [BMI >30 kg/m<sup>2</sup>], wzrost >190 cm lub <160 cm, przebyta poważna choroba w ciągu ostatnich 6 tygodni, choroba serca, unieruchomienie, ciąża lub terapia hormonalna, kobiety do 2 tygodni po porodzie powinni nosić elastyczne podkolanówki o stopniowym ucisku oraz przestrzegać zaleceń dla osób z grupy małego ryzyka. U pacjentów z czynnikami ryzyka powinno się stosować kompresjoterapię w postaci pończoch o małym (do 20 mm Hg) oraz średnim (20-30 mm Hg) stopniu ucisku. Zmniejszają ryzyko powstania zakrzepicy oraz obrzęk i uczucie ciężkości nóg. U osób o dużym ryzyku ŻChZZ, tj.: z czynnikami ryzyka ŻChZZ, z epizodem idiopatycznej ŻChZZ w wywiadzie, po dużym zabiegu chirurgicznym lub urazie w cią-

gu ostatnich 6 tygodni, z nowotworem złośliwym zaleca się podanie podskórne profilaktycznej dawki heparyny drobnocząsteczkowej (HDCz) kilka godzin przed lotem lub rozpoczęcie antykoagulacji doustnej i uzyskanie stabilnych wartości INR 2,0-3,0 przed lotem (do miejsca docelowego i z powrotem); decyzje należy podejmować w każdym przypadku indywidualnie.

Chorzy z rozpoznaną ŻChZZ nie powinni podróżować samolotem przez 4 tygodnie albo do czasu skutecznego wyleczenia zakrzepicy proksymalnych żył głębokich i ustąpienia jej objawów oraz prawidłowego wysycenia hemoglobiny tlenem w spoczynku i w trakcie wysiłku fizycznego. Nie poleca się profilaktycznego stosowania leków przeciwplatek (kwasu acetylosalicylowego). Można rozważyć podawanie leków przeciwplatek u chorych, jeśli nie ma możliwości podawania HDCz ani stosowania kompresjoterapii. Ciekawą alternatywę stanowi stosowanie nowych doustnych antykoagulantów (ang. Novel (new) Oral Anticoagulants-NOACs) w profilaktyce i leczeniu ŻChZZ. Obecnie nie ma jasnych badań dotyczących korzyści zamiany antagonistów witaminy K (acenokumarol, warfaryna) na NOAC (rywaroksaban, dabigatran, apiksaban), a decyzję o zamianie powinno się podejmować indywidualnie w oparciu o możliwe korzyści dla konkretnego pacjenta. Używanie NOAC zamiennie z HDCz w profilaktyce podróży jest niezalecane z uwagi na niewielką ilość badań dotyczących bezpieczeństwa stosowania.

Przygotowanie pacjentów obciążonych chorobami internistycznymi, zwłaszcza w przypadku ich współwystępowania, jest wyzwaniem i wymaga od lekarzy interdyscyplinarnego podejścia do chorych. Należy pamiętać, że schorzenia przewlekłe nie muszą wykluczać pacjentów z aktywnego spędzania czasu w podróży, jednak aby zachować bezpieczeństwo z dala od domu, powinniśmy rozmawiać i edukować chorych na długo przed urlopem w zakresie możliwości optymalnego planowania i postępowania w razie trudności, zwłaszcza w czasie długodystansowych lotów samolotem

*Lek. Bartosz ZAWADZKI*

O autorze: absolwent Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. W 2015 roku ukończył z wyróżnieniem studia na kierunku lekarskim. Od tego czasu zatrudniony w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym na stanowisku lekarza stażysty, a następnie młodszego asystenta w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Zawodowych, Nadciśnienia Tętniczego i Onkologii Klinicznej. W pracy koncentruje się przede wszystkim na holistycznym podejściu do problemów zdrowotnych pacjentów, zwłaszcza w podeszłym wieku, a także edukacji i wdrażaniu profilaktyki zarówno w szpitalu, jak i blisko miejsca zamieszkania pacjentów. W wolnym czasie pasjonat fotografii i zdrowego stylu życia.

*(przedruk z „Medium” nr 7-8/19)*



**NZOZ „Domed” w Zimnicach Wielkich zatrudni:**

- lekarza pediatrę lub lekarza w trakcie tej specjalizacji,
- lekarza medycyny rodzinnej lub lekarza w trakcie tej specjalizacji,
- lekarza chorób wewnętrznych lub lekarza w trakcie tej specjalizacji.

Warunki zatrudnienia i wynagrodzenia do ustalenia. Telefon kontaktowy z lek. Izabelą Bednarek – 606-637-572.

**Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głucholazach im. św. Jana Pawła II zatrudni lekarzy specjalistów chorób płuc, chorób wewnętrznych, rehabilitacji medycznej do pracy na Oddziale:**

- Chorób Płuc i Gruźlicy,
- Rehabilitacji Pulmonologicznej,
- Rehabilitacji Kardiologicznej.

Proponujemy bardzo dobre warunki pracy i płacy oraz możliwość mieszkania służbowego  
Telefon: (77) 40 80 155.

**NZOZ VERITAS w Dobrej k/Krapkowic zatrudni** do pracy w Przychodni Rodzinnej w miejscowości Dobra **lekarza POZ (lekarz rodzinny, pediatra , internista lub lekarz w trakcie specjalizacji)**. Forma pracy do uzgodnienia: pełny etat, część etatu, praca na godziny i in. Warunki płacowe do uzgodnienia. Zainteresowanych prosimy o kontakt: tel. 506-174-745, 506-174-735 oraz e-mail: [agwik@esculap.pl](mailto:agwik@esculap.pl).

## OPOLSKA IZBA LEKARSKA

**Biuro:** tel. 77/454–59–39, [opole@hipokrates.org](mailto:opole@hipokrates.org)

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

**Rejestr Lekarzy:** [opole.rejestr@hipokrates.org](mailto:opole.rejestr@hipokrates.org)

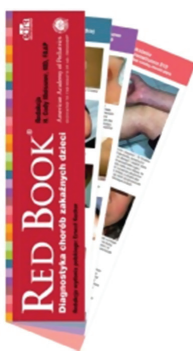
**Praktyki Prywatne:** [opole.praktyki@hipokrates.org](mailto:opole.praktyki@hipokrates.org)

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

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

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

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



## RED BOOK DIAGNOSTYKA CHOROÓB ZAKAŻNYCH DZIECI

red. H.C. Meissner

red. wyd. polskiego E. Kuchar

rok wydania 2022

ISBN 978-83-66960-48-0, format 63 x 249, opr. broszurowa, str. 318, cena 125,10 zł

Red Book® Diagnostyka chorób zakaźnych dzieci to innowacyjna publikacja, składająca się z 160 połączonych kart, zawierających ponad 420 zdjęć obrazów klinicznych. Format publikacji jest niezwykle pomocny podczas badania pacjenta, zwłaszcza w trudnych i niejednoznacznych sytuacjach diagnostycznych.

W publikacji:

- ponad 200 powszechnych chorób wieku dziecięcego
- obraz kliniczny

- etiologia i epidemiologia
- rozpoznanie i diagnostyka różnicowa

Red Book® została opracowana przez Komitet ds. Chorób Zakaźnych Amerykańskiej Akademii Pediatrii (AAP), a jej treść, w tym wkład setek doświadczonych specjalistów, jest weryfikowana przez CDC i FDA. Od ponad 75 lat Red Book® dostarcza najbardziej wiarygodnych, ważnych i praktycznych informacji w obszarach tematycznych, takich jak: terapia farmakologiczna i profilaktyka przeciwdrobnoustrojowa, szczepienia, zakażenia przenoszone przez zwierzęta i owady, choroby pasożytnicze, zakażenia przenoszone drogą płciową oraz choroby bakteryjne, wirusowe i grzybicze od ospy wietrznej, infekcji pneumokokowych, po gruźlicę, gripę i węglik.



## STANY NAGŁE W GINEKOLOGII

M.A. Borahay, B. Rizk, A.M. Ramzy

red. M. Pomorski

rok wydania 2022

ISBN 978-83-66960-66-4, format 165 x 240, oprawa miękka, str. 232, cena 80,09 zł

Ginekologiczne stany nagłe są dość powszechne i obejmują m.in. ciążę ektopową, skręt przydatków, ropień jajowodowo-jajnikowy, torbiel krwotoczną jajnika, krwotok z dróg rodnych oraz uraz sromu i pochwy. Błędna ocena ginekologiczna, zwłaszcza u kobiet w wieku reprodukcyjnym, skutkująca opóźnieniem prawidłowego rozpoznania lub niewłaściwym postępowaniem, może zagrażać przyszłemu potencjałowi rozrodczemu, zwiększać ryzyko rozwoju sepsy u pacjentki i/lub narażać ją na ciężkie krwotoki i wiążące się z nim następstwa.

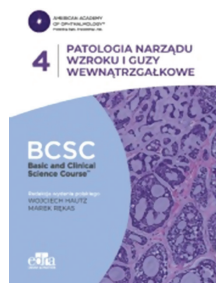
Dlatego tak ważne jest, aby klinicysta posiadał zdolność rozróżniania stanów nagłych i pilnych, umiał rozpoznać, ocenić

i leczyć stany medyczne, wykorzystując do tego usystematyzowane podejście.

Publikacja przeznaczona jest przede wszystkim dla rezydentów i specjalistów z położnictwa i ginekologii, a także lekarzy medycyny ratunkowej, którzy otrzymują nieocenione źródło informacji o tym, co robić w sytuacji kryzysowej.

W publikacji m.in.:

- ciąża ektopowa i ciąża o nieznanej lokalizacji,
- ciąża szyjkowa, jajnikowa, brzuszna,
- ciąża w bliźnie po cięciu cesarskim i ciąża heterotopowa,
- zapalenie narządów miednicy mniejszej,
- poronienie septyczne,
- zespół wstrząsu toksycznego,
- endometrioza,
- skręt jajnika/przydatków,
- krwotoczne i pęknięte torbiele jajników oraz ostre powikłania mięśniaków macicy,
- krwiak zastoinowy pochwy w pediatrii,
- uraz sromu i pochwy oraz choroby gruczołu Bartholina.



## **PATOLOGIA NARZĄDU WZROKU I GUZY WEWNĄTRZGAŁKOWE. BCSC 4. SERIA BASIC AND CLINICAL SCIENCE COURSE**

red. M. Rękas, W. Hautz

rok wydania 2022

ISBN 978-83-66960-73-2, format 75 x 235, opr. miękka, str. 472, cena 152,09 zł

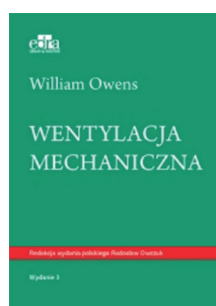
Seria podręczników Basic and Clinical Science Course™ (BCSC) to kompleksowe, a zarazem zwięzłe kompendium wiedzy w zakresie szeroko pojętej okulistyki.

Co roku członkowie Amerykańskiej Akademii Okulistyki (American Academy of Ophthalmology – AAO) weryfikują zawartość podręczników, wzbogacają je o wiele nowych tekstów, liczne ilustracje i materiały filmowe, zwracając szczególną uwagę na wprowadzanie uaktualnień naukowych, co pozwala okulistom

na bieżąco zaznajamiać się z najnowszymi odkryciami dotyczącymi wielu podspecjalności i stosować je w swojej praktyce klinicznej.

Seria BCSC powstaje dzięki wysiłkowi i doświadczeniu ponad 90 znakomitych autorów oraz zespołu redakcyjnego AAO. Przed publikacją każdy tom oceniany jest m.in. przez członków Akademickiego Komitetu Doradczego Okulistów Praktyków ds. Nauki (Academy's Practicing Ophthalmologists Advisory Committee for Education). Dodatkowo członkowie Europejskiej Rady Okulistyki (European Board of Ophthalmology) sprawdzają tekst pod względem różnic między amerykańską a europejską praktyką okulistyczną.

Niniejsza książka jest autoryzowanym tłumaczeniem publikacji zatytułowanej Basic and Clinical Science Course™, Section 4: Ophthalmic Pathology and Intraocular Tumors wydanej przez American Academy of Ophthalmology (San Francisco); 2020–2021.



## **WENTYLACJA MECHANICZNA**

W. Owens

wyd. 10 red. R. Owczuk

ISBN 978-83-66960-67-1, format 165 x 234, oprawa miękka, str. 248, cena 89,10 zł

Wentylacja mechaniczna to tłumaczenie bestsellerowej publikacji Williama Owensa The Ventilator Book, która od 2012 roku w USA należy do podstawowych źródeł na temat podstaw niewydolności oddechowej i wentylacji mechanicznej.

Poszczególne działy obejmują aspekty fizjologiczne i techniczne, metody konwencjonalne i podstawowe pojęcia, a także metody niekonwencjonalne i pojęcia zaawansowane.

W książce znalazły się też rozdziały dotyczące wstępnej konfiguracji respiratora i jego regulacji. Omówiono również dyssynchronię między pacjentem a respiratorem, terapie ratunkowe w zespole ostrej niewydolności oddechowej oraz pozaustrojową przezbłonową oksygenację krwi.

Wentylacja mechaniczna to podręcznik przyjazny i na wskroś praktyczny. Napisany przez praktyka zarówno dla praktyków, jak i początkujących. Wobec pandemii COVID-19 i dramatycznego zwiększenia liczby chorych poddawanych wentylacji mechanicznej Autor miał ambicję jasnego przekazania wiedzy na temat wentylacji tym lekarzom, którzy dotychczas nie stykali się zbyt często z chorymi, u których konieczne było stosowanie mechanicznego wsparcia oddechu.

Wspomniana praktyczność powoduje, że należy założyć, iż Czytelnik posiada podstawową wiedzę teoretyczną z zakresu anatomii i fizjologii oddychania oraz głównych patologii prowadzących do rozwoju niewydolności oddechowej.

Ufam, że skorzystacie Państwo z zamieszczonych treści w codziennej praktyce z pożytkiem dla chorych.

*Z Przedmowy do wydania polskiego*

*Prof. Radosław Owczuk*

*Kierownik Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii  
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*

## **BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ**

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

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

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

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426–661X