



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Październik 2017

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 252

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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



*Fot. Janusz Lewandowski*



# LABIRYNT

Zwęża mi się twarz. Najpierw wyprostowały się policzki, potem spłyły orbity, oczy wynurzyły się z zagłębień i potoczyły na boki. Chciałem je wcisnąć, gdy nagle zobaczyłem nos – wydłużył się, zalsnił i poczerniał. Koniuszkiem języka dotknąłem podniebienia – pojawiła się tam rysa, z początku niewyraźna, potem coraz to głębsza. Rośnie mi szczeka? Przestraszyłem się, wyobraziłem sobie jak pękają mi żyły, dziurawią się zatoki i rozchodzą łuki jarzmowe.

Naraz zatrzeszczała żuchwa, odgięła się i przełamała w miejscu, gdzie trzon przechodzi w gałąź. Czekalem, aż pochyla się kły, stępią siekacze, spuchną wargi, wypadną brwi i rzęsy. Namacałem dwa garby na czole, niewielkie zgrubienia przypominające czyraki, kiedy gronkowce zmieniają ciało w zgniliznę, wnikają do torebek włosów, mnożą się i trują. Jednak w guzkach nie było ropy, powoli kostniały. Podeszedłem do lustra. – *Minotaur!* – krzyknąłem.

\*\*\*

*I widzisz, co zrobiłaś? Dalaś się omamić. Nie znałaś Posejdona, nie czytałaś Homera? Przecież to „Ziemiotrzęsa”. Nie da się oszukać, nawet Minosowi. Ale znalazłaś sobie męża! Dostał takiego byka, miał go złożyć w ofierze, ale zatrzymał dla siebie. I rozgniewał boga. Jak on się złości, jak wściekle wymachuje harpunem, jak burzy oceany. Mógł zniszczyć Krete, lecz wpadł na lepszy pomysł. Pewnie posłuchał tej zazdrośnicy – Amfitryty. – Rzuć urok na Pasifae – powiedziała – niech się zakocha w zwierzaku, zobaczymy, co z tego wyniknie.*

*Patrz na mnie, nie uciekaj wzrokiem, zapomniałaś już, jak rodziłaś? Krzyczałaś z bólu i obrzydzenia, bo przynieśli ci dziecko z ludzkim ciałem i byczą głową. – Potwór – wymamrotałaś. – Że też król cię oszczędził, musiał cię kochać. A mnie uwięził w labiryncie.*

Boję się, rozglądam, może ktoś się skrada, chce mnie wytropić. Kryję się po kątach, zacieram ślady, wyję, ryczę, wyrzucam z siebie przeraźliwe dźwięki, jakbym był jakąś bestią, a nie oszpeconym królewiczem. Drążę jamy, kopię nory, buduję podziemne korytarze. Rysuję mapy i planuję ucieczkę. Dokąd!

A czasami nieruchomię. Czekam. Siedzę w kucki i pod słuchuję, o czym plotkują dwórki i niewolnice, kogo biorą na języki kucharze, lokaje i żołnierze. Próbuję rozpoznać twój głos, znam jego brzmienie, melodię i barwę. Czy wiesz, że

zaciągasz jak patrycjuszki z Kalliste, zaś kiedy wydajesz rozkazy, wchodzisz o tercję wyżej?

Docierają do mnie szmery, pomruki i szelsty, przemawiają światła i półcienie. Barwy grają, kłócą się, skomlą, łaszą się do nóg. Widzisz tę plamę na niebie? To słońce nie chce zejść ze sceny, walczy, wypala dziury w chmurach. Toczą się milczące, okaleczone, ciężkie. Podziwiasz zachody, pomarańcze i czerwienie, które przenikają się wzajemnie, a to zastygła krew obłoków. – *Uciekajcie, chmury, nie dajcie się zranić! Uciekaj, Minotaurze!* – powtarzam codziennie. Dedal to geniusz albo diabeł – zbudował labirynt, zostawił mi nadzieję, dał wyjście bez wyjścia.

Boję się, jestem sam przeciwko wszystkim. Ateńczycy przychodzą z bronią, mają hełmy i miecze, idą na czworakach, pełzają, czołgają się albo czają się w ciemnych zakamarkach. Nienawidzą mnie, szydzą, zamazują muralia. – *Rysunki idioty* – śmieją się. Ale gdy patrzą na obrazy, powoli dociera do nich prawda. Nagle ktoś postanawia wrócić i gubi drogę. Zbliżyłem się, słyszę szybki, urywany oddech, wyczuwam zapach potu. Labirynt pozbawia męstwa i odwagi. Odczłowiecza. Miotają się, sypią jeden po drugim. Nie zaznali dotąd samotności, nie wiedzą, co to porzucenie. Boją się głodu i pragnienia, woleliby już pójść na pożarcie. Ja jednak nie jadam mięsa. Umierają z wycieńczenia albo zabija ich potworny strach. Strach nie do zniesienia. Paranoja. Przyjdź, Tezeuszu, zabierz mnie stąd, poddam się. Tylko opowiedz o mnie.

\*\*\*

*Czyż postać Minotaura w swej samotności, szamotaninie emocji, niezrozumieniu nie przywodzi na myśl osoby cierpiącej na schizofrenię? – pyta psychiatr Piotr Markowski. Czy ten stwór bezradny w płataninie uliczek i zakrętów to przypadkiem nie chory na neurozę? Czy to nie obłąkany zamknięty we własnym świecie, w odległej, niedostępnej krainie pełnej gnomów, dybuków i prześladowców? Normalni widzą w nim tylko wariata, błazna, świra, cudaka bez piątej klepki. A przecież już na początku naszej ery Seneka mówił, że *Nullum magnum ingenium sine mixtura dementiae fuit*. Nie było wielkiego geniuszu bez domieszki szaleństw.*

Agnieszka KANIA



<http://agnieszkagrodzinska.com>

Nieruchomości  
**OPTIM**  
[www.optim.opole.pl](http://www.optim.opole.pl)

## OBIEKT NA SPRZEDAŻ Opole, ul. Budowlanych

- 464 m2 pow. handlowej, usługowej i biurowej,
- po remoncie w 2012 roku,
- działka 15 arów, parking dla klientów.

Opole, ul. Sosnkowskiego 40-42/222 (budynek Zarządu SM),  
tel.: 77 544 3130, 606 325 777, e-mail: [m.cykowski@optim.opole.pl](mailto:m.cykowski@optim.opole.pl)



Czas – start!! Ruszyła reforma!!! Czy okaże się sukcesem, czy może jednak „zbukiem”? Zobaczmy za kilka miesięcy. Jak dowodzi I Prawo Murphy’ego: „Jeżeli coś może się nie udać – nie uda się na pewno”. Ja jestem nieco mniejszym pesymistą w tej materii niż Murphy. Bowiem, jak pokazuje doświadczenie – jeśli w tym samym czasie zbyt dużo rzeczy podlega zmianom, to na pewno któraś z nich musi nie wyjść. Minister zdrowia twierdzi, że przed nami widać światło-

ko w tunelu trwającej od dziesięcioleci niemocy w ochronie zdrowia. Oby tylko (że znowu przytoczę jedno z praw Murphy’ego) to światło, to nie były reflektory nadjeżdżającego pociągu (może nawet i historii).

Drodzy Czytelnicy! Przedkładam wam kolejny numer Biuletynu. Z oczywistych powodów, są tam materiały dotyczące rozpoczynającej się reformy, choć starałem się nie-  
zbyt was zanudzać – w mediach sporo tego hałasu. Znajdziecie jednak i nieco „łżejsze” teksty, do czytania których równie gorąco zachęcam.

Jerzy B. LACH



Koleżanki i Koledzy,  
Gdy będziecie czytać ten materiał będziemy już „pod rządami” nowej rzeczywistości w ochronie zdrowia czyli działać już będzie formalnie sieć szpitali, a także nowa wersja nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Prawdopodobnie będzie to jeszcze zbyt krótki okres na wyciąganie wniosków, ale mam nadzieję, że zmiana systemu nie oznaczać będzie totalnego chaosu i pretensji ze strony wszystkich uczestników tego systemu (od dyrektorów przez personel fachowy do pacjentów).

W trakcie ostatniego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 15 września br. odbyło się spotkanie z Ministrem Zdrowia, który przekazał, że trwają prace legislacyjne nad kilkoma istotnymi rozwiązaniami:

- wprowadzenie centralnego systemu rozdziału rezydentur (osoba ubiegająca się o rezydenturę składała by 3 propozycje dotyczące chęci specjalizowania się na terenie całego kraju),
- wprowadzenie wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji w kwocie 300 zł miesięcznie za każdego podopiecznego,
- wyłączenie szkoleń organizowanych przez izby lekarskie z obowiązku podatkowego,

## SZPALTA PREZESA

- wprowadzenie dodatkowego wynagrodzenia dla rezydentów szkolących się w specjalnościach uznanych za superpriorytetowe (m.in. interna, pediatria, chirurgia, medycyna ratunkowa, psychiatria),
- wprowadzenie dobrowolnych dodatkowych umów dla lekarzy, którzy zobowiążą się do odpracowania pewnego okresu czasu w publicznej ochronie zdrowia,
- dostosowanie wymogu godzin pracy na rzecz NFZ do wysokości kontraktu,
- powrót gabinetów stomatologicznych do szkół.

Zakończył się okres głosowania korespondencyjnego w wyborach nowych władz samorządu lekarskiego. W większości rejonów wyborczych liczba głosów oddanych tą drogą jest wystarczająca, aby można mówić o ważności wyborów. Jest jednak kilka rejonów, w których ten pułap nie został osiągnięty i tam bardzo istotne będzie wzięcie udziału w głosowaniu w trakcie zebrania wyborczego. Apeluję do wszystkich, którzy nie zdecydowali się na głosowanie drogą korespondencyjną (niezależnie od tego ile głosów napłynęło pocztą) o skorzystanie z tego zebrania. Miejsce i termin takiego zebrania był podany w korespondencji, która była do wszystkich członków naszej Izby wysłana w maju, ale będziemy różnymi sposobami o tym przypominać.

Jerzy JAKUBISZYN

## CO SŁYCHAĆ W IZBIE

# PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ PORTALE INTERTOWE

Koleżanki i Koledzy

W związku z pojawiającymi się informacjami na temat niezgodnego z prawem przetwarzania danych osobowych lekarzy i lekarzy dentyistów przez podmioty prowadzące portale internetowe, jak np. ZnanyLekarz.pl, oraz wyrokami Wojewódzkiego Sądu Administracyj-

nego w Warszawie dotyczącymi decyzji wydanych w takich sprawach przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyrokach z dnia 29 listopada 2016 r., sygn. akt II SAA/Va

1009/16 oraz z dnia 15 lutego 2017 r., sygn. akt II SA/Wa 1261/16 uchylił decyzje Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych (GIODO) w sprawie niezgodnego z prawem przetwarzania danych osobowych w serwisie internetowym prowadzonym przez spółkę. Powodem uchylenia decyzji były błędy formalne polegające na niewyjaśnieniu przez GIODO wszystkich istotnych okoliczności sprawy, w tym nieustalenie, czy skarżący, bez dokonania rejestracji w serwisie internetowym (a więc bez formalnego zawarcia umowy ze spółką prowadzącą ten serwis), ma możliwość samodzielnego zgłoszenia nadużyć.

W powyższych wyrokach sąd wskazał na przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, mające zastosowanie w tych sprawach, oraz dokonał ich wykładni, którą GIODO, ponownie przeprowadzając postępowanie, powinien wziąć pod uwagę. Z ww. wyroków wynika m.in. że udostępnienie na stronie internetowej danych dotyczących wyłącznie życia zawodowego jakiejś osoby, nie oznacza, że osoba ta jest pozbawiona ochrony prawnej. Ponadto, poinformowanie przez administratora danych o uprawnieniach korekcyjnych względem zebranych danych osobowych nie stanowi o zgodności z prawem przetwarzania danych, o ile korekta taka nie jest faktycznie możliwa.

Sąd nakazał także rozważyć GIODO, czy wobec spoczywającego na lekarzu obowiązku zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu, skarżący ma istotnie rzeczywistą możliwość wykazania spółce (z którą zresztą nie wiąże go żadna umowa) merytorycznej niepoprawności swoich danych osobowych, w tym informacji na swój temat przedstawionych w formie opinii o lekarzu na stronie internetowej serwisu.

Z uwagi na niewyjaśnienie przez GIODO wszystkich istotnych okoliczności sprawy, Sąd nie mógł dokonać ustaleń w rozpatrywanych sprawach i ocenić działalności spółki prowadzącej portal internetowy. Wobec powyższego w sprawach tych GIODO ponownie dokona oceny działalności spółki mając na względzie wskazania zawarte w treści prawomocnych wyroków sądów administracyjnych. W sprawach tych nie zostały więc jak dotychczas wydane ostateczne i prawomocne decyzje administra-

cyjne lub prawomocne wyroki sądu administracyjnego, które w sposób jednoznaczny przypisywałyby podmiotom prowadzącym portale internetowe niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych lekarzy i lekarzy dentystów. Wyroki WSA są wskazówkami dla GIODO, a z kolei decyzje GIODO podjęte z uwzględnieniem tych wskazówek będą mogły zostać zaskarżone do sądów administracyjnych jeżeli podmioty, których te decyzje będą dotyczyły nie będą się z nimi zgadzały.

Ponadto uprzejmie informuję, że w 2013 r. wystąpiłem do GIODO ze skargami na spółkę ZnanyLekarz oraz spółkę HaloDoktorze.pl. na niezgodne z prawem działanie tych spółek. Po analizie skarg GIODO stwierdził, że skarżącym i tym samym stroną w postępowaniu prowadzonym przez GIODO może być wyłącznie osoba fizyczna, której dane osobowe są przetwarzane.

Natomiast na stronach internetowych Naczelnej Izby Lekarskiej (w zakładce: Dla lekarzy) jest zamieszczony wzór skargi do GIODO na nieprawidłowości w przetwarzaniu danych osobowych.

Zwracam także uwagę, że wiele koleżanek i kolegów, lekarzy i lekarzy dentystów korzysta z usług takich portali internetowych na podstawie umów zawartych ze spółkami, które prowadzą te portale, w tym umawia pacjentów na wizyty za pośrednictwem narzędzi internetowych dostępnych za pośrednictwem portali.

W reakcji na przekazane przeze mnie w przeszłości spółce ZnanyLekarz sygnały o niezadowoleniu lekarzy z przetwarzania ich danych osobowych bez ich zgody przedstawiciele spółki zapewnili mnie, że spółka będzie usuwać dane osób, które zgłoszą żądanie zaprzestania przetwarzania ich danych osobowych.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że mając na względzie kwestie podniesione w treści wskazanych powyżej wyroków sądów administracyjnych wystąpiłem do spółki ZnanyLekarz z wnioskiem o zamieszczenie na stronach internetowych portalu, w widocznym i łatwo dostępnym miejscu, informacji o sposobie i formie zgłaszania wniosków o usunięcie wpisów dotyczących lekarzy i lekarzy dentystów, którzy nie mają zawartej umowy ze spółką.

Z wyrazami szacunku

*Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej*  
Maciej HAMANKIEWICZ

## PŁODNOŚĆ KRÓLÓW POLSKICH

Niektórzy polscy królowie i ich żony cechowali się wysoką płodnością. Król Władysław Jagiełło (1362 – 1434) z czterema żonami miał pięcioro dzieci. Pierwsza jego żona św. Jadwiga Andegaweńska (1372 – 1399) 13 lat po ślubie urodziła przedwcześnie córeczkę Jadwigę Bonifację (na cześć ówczesnego Papieża Bonifacego). Niestety królowa Jadwiga zmarła 3 tygodnie po porodzie 17 lipca 1399 roku prawdopodobnie z powodu zakażenia pętlowego.

Druga jego żona 19-letnia hrabianka Anna Cilejska (1381 – 1416) urodziła córkę Jadwigę. Krążyły plotki, że została ona otruta w roku 1431 przez czwartą żonę Władysława Jagiełły Sońkę Holszańską ponieważ obawiała się ona współzawodnictwa z jej synami.

Wreszcie z czwartą żoną 17-letnią piękną księżniczką ruską Sońką Holszańską (1405 – 1461) 71 letni Władysław Jagiełło doczekał się trzech synów:





- Władysława Warneńczyka (1424 – 1444) króla Polski, zginął pod Warną w starciu z Turkami,
- Kazimierza, który zmarł wkrótce po porodzie,
- Kazimierza Jagiellończyka (1427–1492) króla Polski.

I właśnie Kazimierz Jagiellończyk przeszedł do historii jako jeden z najbardziej płodnych władców Polski.

Jego jedyną żoną była córka cesarza austriackiego Alberta II Elżbieta Rakuszanek (Rakusy to staropolska nazwa Austrii) zwana „matką królów” (1436 – 1505) ponieważ urodziła 4 koronowanych królów Czech, Węgier i Polski. Elżbieta Rakuszanek cierpiała na poważne skrzywienie kręgosłupa (lordoza ze skoliozą) prawdopodobnie z powodu przebytej w dzieciństwie gruźlicy kości. Potwierdziły to badania jej szkieletu przeprowadzone w roku 1973. Wtedy też odbył się na Wawelu uroczysty powtórny pogrzeb Kazimierza Jagiellończyka i Elżbiety Rakuszanek z udziałem Kardynałów Stefana Wyszyńskiego i Karola Wojtyły. Na trumnach umieszczono inskrypcje: Casimir Rex i Elizabeth Regina. Przypomnieć należy, że sarkofag Kazimierza Jagiellończyka wykonał sam mistrz Wit Stwosz.

Wg przekazów historycznych Kazimierz Jagiellończyk małżonkę swoją „...nad obyczaj miłował, a ona jego...”. Doczekali się trzynastorga dzieci. Oto jak przychodziło na świat potomstwo króla Kazimierza Jagiellończyka i jego małżonki Elżbiety Rakuszanek:

- 1456 – Władysław, król Czech i Węgier, nazywany królem „dobsze”, ponieważ nigdy nie nauczył się języka węgierskiego i zawsze odpowiadał na wszystko „dobsze”,
- 1457 – Jadwiga, żona księcia bawarskiego Jerzego Witelshbacha,
- 1458 – św. Kazimierz często wpadający w ekstazę podczas uroczystości religijnych. Ponieważ nowo ochrzczona Litwa nie miała jeszcze świętego został jej patronem,
- 1459 – Jan Olbracht (1459 – 1501), to za jego czasów w lasach bukowińskich wyginęła szlachta,
- 1461 – Aleksander (1461 – 1505) król Polski,
- 1464 – Zofia, margrabianka brandenburska,
- 1465 – Elżbieta, zmarła w pierwszym roku życia,
- 1467 – Zygmunt zwany Starym (1467–1548), król Polski,
- 1468 – Fryderyk, drugi polski kardynał po Zbigniewie Oleśnickim (uratował życie królowi Jagielle pod Grunwaldem podczas niespodziewanego ataku Krzy-

żaków na króla). Kardynał Fryderyk znany był z dość frywolnego trybu życia.

- 1472 – Elżbieta, zmarła w siódmym roku życia,
- 1476 – Anna, księżna pomorska,
- 1478 – Barbara, księżna saska,
- 1487 – Elżbieta (trzecia o tym imieniu) księżna legnicka.

Z trzynastorga dzieci aż jedenaście było odchowanych, co jak na ówczesne czasy było zjawiskiem wyjątkowym. Historycy uważają, że prawie wszystkie panujące dzisiaj rody monarsze wywodzą się po kądzieli od Kazimierza Jagiellończyka i Elżbiety Rakuszanek, któ-



Król Kazimierz Jagiellończyk



Król Władysław Jagiełło



Król Zygmunt III Waza

rzy swoje córki powydawali za mąż za książąt Szczecina, Legnicy oraz książąt niemieckich. Kazimierz Jagiellończyk i Elżbieta Rakuszanek spoczywają w Kaplicy Świętokrzyskiej na Wawelu.

Król Zygmunt III Waza (1566 – 1632) doczekał się dwanaściorga dzieci z dwiema żonami. Z pierwszą żoną Anną Austriaczką (1573 – 1598), najstarszą z piętnastorga dzieci arcyksięcia austriackiego Karola Styryjskiego miał pięcioro dzieci, z których trójka zmarła w okresie niemowlęcym. Jego pierworodnym synem z tego małżeństwa był następca tronu Władysław IV. Anna Austriaczka zmarła podczas porodu syna Krzysztofa, była wątła, przygarbiona i kulejąca z nieprawidłowo zbudowaną miednicą kostną. Przed rozwiązaniem wystąpiły u niej objawy zatrucia ciążowego. Przybyły wówczas z Wenecji lekarz Jan Chrzyciel Gemma po jej zgonie wykonał cięcie cesarskie wydobywając chłopca, który zmarł po 30 minutach.

Z drugą żoną – młodszą siostrą Anny – Konstancją Austriaczką (1588 – 1631) Zygmunt III Waza miał siedmioro dzieci (większość zmarła w niemowlęctwie). Ciała zmarłych dzieci (w maleńkich trumienkach) oraz Zygmunta III Wazy i jego dwóch żon znajdują się na Wawelu w krypcie Wazów. Natomiast dorosłości doczekali się trzech ich synowie:

- Jan Kazimierz (1609 – 1672) król Polski,
- Jan Albert, biskup krakowski,

– Karol Ferdynand, biskup płocki.

Jednak najbardziej płodnym królem Polski był August III Sas (1696 – 1763), który z żoną Marią Józefiną, córką cesarza niemieckiego Józefa miał czternaścioro dzieci. Oto jego synowie:

Fryderyk Krystian, elektor saski,

Franciszek Ksawery,

Karol Krystian, książę Kurlandii,

Albert Kazimierz, książę cieszyński,

Klemens Waław, arcybiskup Trewiru.

Z kolei córki Augusta III Sasa i Marii Józefiny to:

Maria Amelia, królowa Hiszpanii,

Maria Anna, żona elektora bawarskiego,

Maria Józefa, królowa Francji,

Maria Kunegunda.

Ponadto dwóch synów i trzy córki zmarły w dzieciństwie. August III Sas i jego żona – w przeciwieństwie do ojca Augusta II Sasa, który jest pochowany na Wawelu – spoczął w Dreźnie.

Trzydziestorga dzieci doczekali się także Jan III Sobieski i „Marysieńka” Maria Kazimiera:

- pierworodny Jakub brał udział w wyprawie wiedeńskiej i po śmierci ojca kandydował do tronu polskiego,
- Teresa Kunegunda żona elektora bawarskiego Maksymiliana II,

- Aleksander Benedykt (na cześć ówczesnego papieża Benedykta XVI),

- Konstanty Władysław.

Pozostałe dzieci to: Jan, Teresa, Teofil, Adelajda, Ludwika, Maria Teresa i pięć córek nieznanymi z imienia, ponieważ zmarły tuż po porodach.

P. S. Wyjątkowo płodna była Maria Kazimiera żona króla Jana III Sobieskiego. Otóż była ona w ciąży dwadzieścia cztery razy, w tym siedem razy z pierwszym mężem Janem „Sobiepanem” Zamojskim oraz siedemnastą razą z Janem III Sobieskim. Większość tych ciąż to poronienia i porody przedwczesne. Dochowała się tylko czworga dorosłych dzieci: Teresy Kunegundy, urodzonej miesiąc po koronacji (1674), Jakuba Ludwika (1675), Aleksandra (1677) i Konstantego (1680).

Przyczyną tak licznych poronień i porodów przedwczesnych Marii Kazimierzy była choroba weneryczna (Syfilis) przekazany jej przez Jana „Sobiepana” Zamojskiego pierwszego jej męża. W niektórych źródłach Maria Kazimiera była z tego powodu leczona rtęcią co spowodowało wypadanie włosów (maskowała je modnymi wówczas perukami) oraz znaczne ubytki uzębienia, co w tamtych czasach było często spotykane.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

## I OGÓLNOPOLSKI TURNIEJ TENISA LEKARZY VITAL MEDIC CUP

I Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy VITAL MEDIC CUP odbył się w dniach 4–6 sierpnia 2017 r. w Centrum Tenisowym Hart Tennis w Zawadzie niedaleko Opola.

Tego rodzaju wydarzenia odbywają się regularnie w innych miastach Polski, dzięki istnieniu Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy, które działa już od 26 lat i zrzesza lekarzy, których jedną ze wspólnych pasji jest tenis ziemny. Tym razem w Opolu znalazło się kilku sympatyków tenisa, którzy postanowili zorganizować turniej. Inicjatywa szybko została poparta przez Opolską Izbę Lekarską. Celem priorytetowym turnieju było promowanie zdrowego i aktywnego trybu życia. Połączono wydarzenie z programem wczesnego wykrywania i profilaktyki wad postawy u dzieci, co było możliwe dzięki zaangażowaniu i pomocy w organizację dyrektor zarządzającej Szpitalem Prywatnym w Kluczborku. Turniejowi nadano także honorowy patronat prezydenta miasta Opola.

W tym roku, po raz pierwszy do Opola przyjechało 70 lekarzy różnych specjalności i lekarzy stomatologów z całej Polski. Rozgrywki tenisowe odbywały się równo czasowo na pięciu kortach ziemnych zewnętrznych przez 3 dni od piątku do niedzieli w różnych kategoriach wiekowych: open, +35, +45, +50, +55, +60, +65, +70 kobiet i mężczyzn w grze pojedynczej i podwójnej.



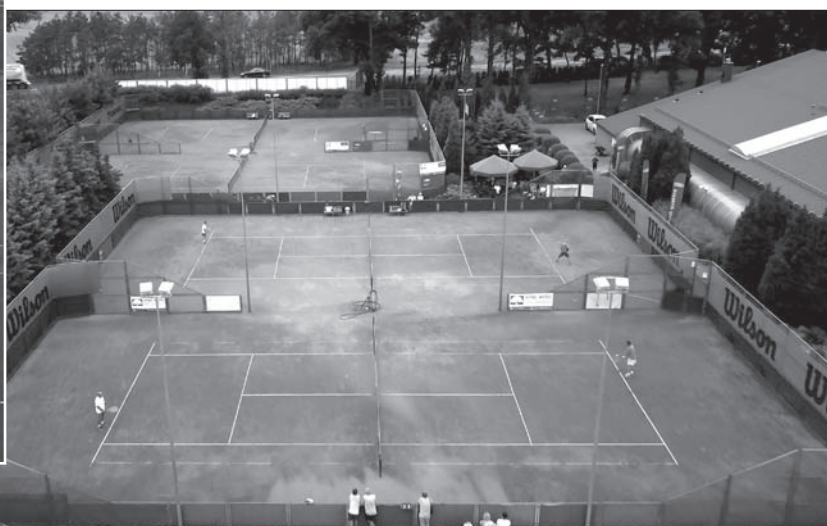


Głównym sponsorem była firma Lelek. Dzięki temu uczestnicy mieli okazję odbycia jazd pokazowych ekskluzywnymi samochodami marki Audi na trasie z hotelu Zacisze nad Jeziorem Turawskim do Zawady na teren kortów tenisowych.

Szczególne podziękowania za wsparcie I Ogólnopolskiego Turnieju Tenisa VITAL MEDIC CUP kieruję do

znakomitych lekarzy specjalistów: dr n. med. Romana Sadowskiego, dr n. med. Dariusza Łątki, dr n. med. Janusza Prokopczuka oraz dr n. med. Janusza Pichurskiego. Bez ich udziału i pomocy turniej nie miałby tak wspaniałej oprawy, a być może nawet nie udałooby mi się go zorganizować.

*Natalia PELCZAR*



# PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA II PÓŁROCZE 2017 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
6–8.X.17 r. <sup>1</sup> ; 13–14.X.17 r. <sup>1</sup> ; 20–22.X.17 r. <sup>1</sup>	Prof. nadzw. Teresa Kokot – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Kurs 05-730/3-42-129-2017 „Zdrowie publiczne” oraz „Orzecznictwo lekarskie” (dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji)	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
20.X.17 r. (piątek) 1 grupa: godz. 9.00–11.30 <sup>2</sup> ; 2 grupa: godz. 12.00–14.30 <sup>2</sup>	Dr Michał Bednarski	„Czas na endo” (dla maks. 20 lekarzy dentystów)	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
27.X.17 godz. 10.00–14.00 <sup>2</sup>	Dr n. med. Mariusz Szuta	Powikłania miejscowe i ogólne stanów zapalnych obszaru głowy i szyi ze szczególnym uwzględnieniem przyczyn zębopochodnych	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
17–19.XI.17 r. <sup>1</sup>	Prof. nadzw. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Kurs 05-730/3-43-130-2017 „Prawo medyczne” (dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji)	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23
8.XII.17 r. (piątek) 1 grupa; godz. 9.00–11.30 <sup>2</sup> ; 2 grupa: godz. 12.00–14.30 <sup>2</sup>	Dr Waldemar Kozłowski	„Odbudowa kl. II” (maks. dla 20 lekarzy dentystów)	Opolska Izba Lekarska Opole, ul. Grunwaldzka 23

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

[2] Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują 5 pkt. Edukacyjnych.

## SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE SZKOLENIA DLA STOMATOLOGÓW:

### **Szkolenie „Czas na endo” – 20.X.17 r. / Prowadzący: dr Michał Bednarski**

#### Program szkolenia:

- Poszerzenie ujęć i stworzenie prostego dostępu do kanału;
- Negocjacja;
- Stworzenie ścieżki dostępu;
- Opracowanie kanału narzędziami maszynowymi Wave One Gold;
- Chemiczne opracowywanie kanału;
- Szczelne wypełnienie kanału;
- Zamknięcie komory zęba półpłynnym kompozytem SDR;
- Nowa technologia wypełniaczy sferycznych w kompozycie CeramX One SphereTec.

### **W imieniu firmy Dentsply Sirona zapraszamy 8.XII.17 r. na szkolenie „Bezstresowo, bezpiecznie i szybko – odbudowa zębów w odcinku bocznym” / Prowadzący: dr Waldemar Kozłowski**

#### Program szkolenia:

- Diagnostyka ubytków II klasy – zdjęcia skrzydłowo zwarciove, detektor próchnicy, izolacja;
- Wybór właściwego materiału wypełniającego oraz systemu wiążącego;
- preparacja adhezyjna;
- Techniki aplikacyjne (pokaz na modelu);
  - anatomia i topografia powierzchni żującej zęba 16,
  - odbudowa i rozkład punktów kontaktu,
  - kalibracja okluzyjna,
  - prawidłowa odbudowa punktu stycznego;
- Polerowanie – minimalne opracowanie, maksymalny efekt;
- Przypadki kliniczne okiem Eksperta;
- Ćwiczenia praktyczne na modelach.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA



Algorytm liczenia wartości kontraktów pod lupą

## CUDA, WZORY I SIEĆ SZPITALI

**Sieć szpitali staje się faktem. I wcale nie chodzi o kolejny cud gospodarczy, ale o taką przebudowę struktury szpitali, aby koncentrować pieniądze w wybranych placówkach, podzielonych co do wielkości zasobów. Najważniejszy staje się klucz podziału środków, jeśli bowiem nadrzędnym założeniem jest odejście od systemu płacenia za usługi, to pozostaje jedynie przyznawanie określonych budżetów. Zatem to nie cud, ale po prostu dzielenie pieniędzy z jednoczesnym monitorowaniem swojskie pojętej gospodarności.**

Kto obsługuje więcej pacjentów, ten ma szansę na większy budżet. Pozostaje tylko pytanie, czy ten większy budżet sam w sobie ma być celem dla szpitali i czy jego osiągnięcie będzie dla nich powodem do radości.

### $R_i$ i $L_i$ , czyli kto tu się myli?

Dotychczasowe analizy wzoru na obliczanie wartości ryczałtu budziły szereg wątpliwości, a kolejne jego interpretacje (w tym te powstałe po wyjaśnieniach Ministerstwa Zdrowia) nie wywołały entuzjazmu. Kluczową kwestią stał się brak jasnego mechanizmu zapewniającego relatywny wzrost wartości kontraktu w powiązaniu ze wzrostem liczby wykonanych świadczeń. Na stronie „Menedżera Zdrowia” opublikowałem wyliczenia wartości kontraktu z zastosowaniem wzoru na obliczanie ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy. Ich wyniki były zaskakujące, jednak Ministerstwo Zdrowia – odnosząc się do moich wniosków – wytłumaczyło, że to ja źle czytam wyjaśnienie znajdujące się w rozporządzeniu. Bo mimo iż opis zmiennych odnosi się do konkretnego świadczeniodawcy, to autorzy wzoru mieli na myśli sumę wartości wszystkich świadczeniodawców. Nie do końca mnie to przekonuje – zgodnie z objaśnieniami do wzoru zapisanego w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz do wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania przyjęto, że występujące we wzorze na obliczenie wartości ryczałtu systemu zabezpieczenia oznaczenia  $R_i$  oraz  $L_i$  symbolizują odpowiednio:

$R_i$  – ryczałt danego świadczeniodawcy w okresie obliczeniowym, to jest w okresie rozliczeniowym poprzedzającym okres, dla którego ustala się kwotę ryczałtu systemu zabezpieczenia,

$L_i$  – liczbę jednostek świadczeń wykonanych i sprawozdanych przez danego świadczeniodawcę w okresie obliczeniowym, to jest w okresie rozliczeniowym po-

przedzającym okres, dla którego ustala się kwotę ryczałtu systemu zabezpieczenia.

Zdefiniowano zatem znaczenie symboli występujących we wzorze służącym do obliczenia wartości  $C_i$  i przypisano je do poziomu poszczególnych świadczeniodawców. Dla rozstrzygnięcia, w jaki sposób należy obliczać współczynnik  $C_i$ , największe znaczenie ma występujący zarówno w liczniku, jak i w mianowniku symbol  $\Sigma$ .

$$C_{i+1} = W \frac{\sum_{j=1}^n R_j}{\sum_{j=1}^n L_j}$$

Jeżeli mowa jest o danych dotyczących danego świadczeniodawcy,  $\Sigma$  wskazuje na konieczność dokonania obliczeń na podstawie sumy danych liczbowych dotyczących wyłącznie jednego podmiotu. Świadczeniodawca ten udziela bowiem świadczeń w różnych profilach stanowiących podstawę kwalifikacji do systemu zabezpieczenia oraz w profilach dodatkowych. Nie bez znaczenia jest ten fakt wobec różnic pomiędzy taryfikacją poszczególnych profili, a nawet pomiędzy świadczeniami w poszczególnych profilach jednego świadczeniodawcy. Nie można zatem mówić o nieprawidłowym skróceniu  $\Sigma$  w toku dokonywanych obliczeń, a o jej przełożeniu na sumowanie świadczeń w poszczególnych profilach. W przypadku braku wskazania dotyczącego sumowania wartości poszczególnych profili mogłaby powstawać wątpliwość co do prawidłowości podstawienia zsumowanych zakresów do wzoru dla danego świadczeniodawcy.

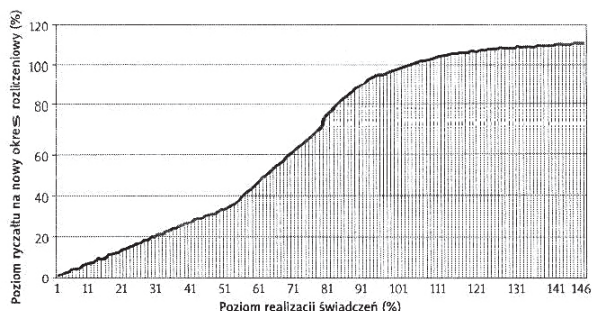
Co ważne, symbol  $\Sigma$  pojawia się we wzorze także w odniesieniu do współczynników  $Q_j$ , czyli współczynników korygujących, związanych z jakością procesu udzielania świadczeń przez danego świadczeniodawcę w danym okresie obliczeniowym.

Gdyby przez analogię ze wskazanym przez Ministerstwo (w odpowiedzi rzecznika prasowego) sposobem obliczenia współczynnika  $C_i$  przyjąć interpretację dotyczącą sumowania danych liczbowych wszystkich uczestników systemu zabezpieczenia, można by dojść do wniosku, że jakość także należałoby oceniać w ujęciu całościowym. W tabeli dotyczącej współczynników jakości zastrzeżono natomiast przykładowo posiadanie ważnej akredytacji, co trudno oceniać w kontekście świadczeniodawców w systemie zabezpieczenia jako ogółu.

### Wartość punktu rozliczeniowego

Sporo wątpliwości budzi również sposób wyliczania wartości jednostki rozliczeniowej. Z wydanego przez Mi-

nisterstwo Zdrowia komunikatu wynika, że przy realizacji 140% świadczeń szpital otrzyma budżet w wysokości ok. 115%. Poniżej przedstawiam wykres umieszczony w piśmie rzecznika prasowego ministra zdrowia do „Menedżera Zdrowia”.



Czyżby według obliczeń ministra wycena świadczeń była na tyle wysoka, że „zysk” wynikający z różnicy pomiędzy faktycznym kosztem udzielenia świadczenia a tym, co płaci NFZ, był aż tak duży? Skąd zatem zapowiedzi Ministerstwa o podwyższaniu wycen świadczeń? Oczywiście, jeśli przez wycenę będziemy rozumieli liczbę punktów przyznawanych za określoną procedurę, to z całą pewnością można tego dokonać. Jednak kluczowa jest tu wartość samego punktu rozliczeniowego. Umieszczony w projekcie rozporządzenia wzór zdaje się wskazywać, że zwiększona realizacja świadczeń będzie skutkowała obniżeniem tej wartości. Może się okazać, że będzie to kolejny mechanizm pozwalający na dopięcie założonego budżetu, a bieżące monitorowanie wykonań oraz ustalenie kwartalnej weryfikacji umożliwi dokonywanie ciągłych korekt. Nie ma co się czarować, że 91% budżetu wystarczy na wykonanie 140% potrzebnych świadczeń, przy jednoczesnym uzyskiwaniu dodatnich wyników finansowych placówek. Gdzie zatem jest pomysł? Gdzie oszczędność, a w zasadzie optymalizacja dotychczas ponoszonych kosztów?

### Kogo odsieje sito reformy?

Z całą pewnością znajdą się w Polsce placówki, które nie są niezbędne dla zachowania bezpieczeństwa zdrowotnego społeczności. Zdarza się, że istniejące jednostki prowadzą oddziały, które próbują rywalizować z innymi, często większymi szpitalami. Wielokrotny odsiew nie jest co prawda narzędziem bezwzględny, ale stanowi wielopoziomowe narzędzie do modelowania struktury szpitali. Pierwszym poziomem jest sama ustawa o sieci szpitali. Sito reformy odsieje placówki oraz całe szpitale. Bardziej zapobiegliwi kończą lub już przeprowadzili procesy łączenia, by zwiększyć szansę wejścia do sieci na możliwie wysoki poziom zabezpieczenia. Kolejnym etapem będzie rozporządzenie w sprawie kryteriów wyboru ofert, gdzie wymagania zasobowe mogą stanowić utrudnienie w zdobyciu kontraktu. Problemатyczne może też okazać się uzupełnianie brakujących elementów, bowiem często na drodze stoi konieczność uzyskania po-

zytywnej opinii inwestycji, regulowanej ustawą wprowadzającą IOWISZ. Na wypadek, gdyby te instrumenty nie ograniczyły w oczekiwany sposób zasobów szpitali, minister zdrowia ma jeszcze w szufladzie ustawę o jakości. Tu, stosując sobie tylko znane kryteria, które mogą być na bieżąco modyfikowane, podda obligatoryjnej ocenie placówki realizujące umowy o udzielanie świadczeń. Jednym z elementów ocenianych w ramach certyfikacji (zgodnie z dokumentem założeń do ustawy) jest ocena satysfakcji pacjentów i pracowników podmiotu. Już sobie wyobrażam ogromną kolejkę oczekujących na świadczenia (wszak inaczej być nie może, skoro ze zlikwidowanej placówki pacjenci przyjdą do tej, która weszła do sieci) i audytora, który pyta o ich zadowolenie... Mogę sobie wyobrazić również pozytywne opinie personelu medycznego. Warto pamiętać, że jeśli placówka nie uzyska odpowiedniej oceny, to nie może być finansowana ze środków publicznych. Ostatnim narzędziem modelującym system będzie sam algorytm wyliczania wartości kontraktu. Tu, dzięki zastosowaniu kilku składowych, można na bieżąco sterować rodzajem wykonywanych świadczeń. Wystarczy tylko odpowiednio określać wartości punktów za poszczególne wykonania, czyniąc rentowniejszym to, na czym ministrowi będzie bardziej zależało.

### Czy to ma sens?

Z pewnością ma to pewien sens, bowiem o optymalizacji wydatków na leczenie szpitalne mówi się już od lat. Na pewno jest sporo obszarów, w których udzielanie świadczeń w warunkach szpitalnych nie jest konieczne, a także takich, w których odczuwalne jest niedofinansowanie. Podstawową kwestią powinno jednak być to, jakie ma się stać docelowo leczenie szpitalne. Czy ma zapewnić tylko podstawowe świadczenia na wypadek zagrożenia życia albo utraty zdrowia? Jak szeroko będziemy rozumieć utratę zdrowia i czy części odpowiedzialności za jego utrzymanie (w tym współudziału finansowego) nie powinni ponieść sami pacjenci? W mojej ocenie odpowiedź na to pytanie powinna paść przed ustaleniem nowych zasad finansowania leczenia szpitalnego. Jeśli celem ministra zdrowia jest stworzenie stabilnego, ale podstawowego i socjalnego systemu, to ma to sens. Trzeba tylko równolegle podjąć trudną decyzję o wskazaniu pacjentom miejsca i możliwości realizacji tych świadczeń czy tych technologii medycznych, które nie zmieszczą się w ramach finansowania budżetowego. A takie z pewnością będą – i będzie ich sporo. Jednak minister zdrowia nie musi ich określać, tak jak nie musi precyzyjnie określać koszyka pozytywnego. Wszak ustali go sam szpital, poszukując kompromisu pomiędzy bezwzględnymi potrzebami zdrowotnymi pacjenta a posiadanym budżetem. Dlatego właśnie kluczowymi elementami reformy stały się szpitale spełniające określone kryteria w sieci oraz algorytmy wyliczania wartości budżetów i jedno-



stek rozliczeniowych. Zaszyty we wzorach mechanizm ma trzymać w sztywnych ramach założony budżet, a wybrane zasoby mają stanowić stabilną strukturę generującą przewidywalne – albo chociaż dające się na bieżąco monitorować – koszty.

### Czy wzory są złe?

Przywykliśmy do myślenia, że w kwestii zdrowia nie liczą się pieniądze. Jednak postępująca dehumanizacja systemu sprawia, że robimy kolejny krok w stronę opisaną ludzkiego cierpienia liczbami, procedurami i wzorami. Z punktu widzenia płatnika stały algorytm dzielenia pieniędzy jest niezbędnym narzędziem do gospodarowania środkami, a z punktu widzenia świadczeniodawcy stanowi ograniczenie, a często nawet utrudnienie. Nasuwa mi się pytanie, kto będzie winny, a kto będzie czuł się winny, gdy wzór nie da możliwości ratowania ludzkiego zdrowia czy życia. Jak ocenimy sytuację, w której algorytm będzie przeciw konieczności zastosowania technologii niemieszczącej się w jego ramach? Czy winien będzie system, czy może pacjent, który oczekuje zbyt wiele za niewielką składkę? W mojej ocenie winien

będzie świadczeniodawca, ponieważ w całym tym projekcie odczytuję swoistą ideologię opartą na misyjności, społecznym charakterze i służbie pacjentom. Szczególne, wspaniałe hasła, zwłaszcza jeśli mocniej podkreślimy słowo „służba”, które nie zawiera w sobie takich elementów, jak bilans czy opłacalność. To się nie ma opłacać, to ma działać. Algorytm liczenia wartości kontraktów nie powstaje po to, aby utożsamiać go z wartością, o jakiej do tychczas mówiliśmy. Nie jest formą płacenia za leczenie. Leczenie staje się służbą, a wzór... cóż, dzisiaj jest taki, a jutro będzie inny. Dzisiaj go nie rozumiemy, ale jutro nam wytłumaczą, że wcale nie musimy. Musimy tylko skupić się na tym, aby „pacjent był zaopiekowany”.

Jak bowiem tłumaczył Konstanty Radziwiłł: *W ramach sieci szpitali chcemy, żeby pacjent mógł się czuć zaopiekowany w całości, a nie miał oferowane pojedyncze procedury medyczne, które są od siebie oderwane.*

Rafał JANISZEWSKI

Autor jest właścicielem kancelarii doradczej działającej w branży ochrony zdrowia.

(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 3/17)

## NIEPOKOJĄCA CISZA

O czym milczy Ministerstwo Zdrowia w sprawie szpitali klinicznych

***Głośno jest o sieci szpitali, lekarzach POZ, ratownikach i pielęgniarkach. Obecne kierownictwo resortu zdrowia podjęło wiele tematów, pochyliło się nad wieloma sprawami od lat czekającymi na załatwienie. Ale gdy chodzi o szpitale kliniczne – zastanawiające milczenie. Skąd się ono bierze?***

Wielokrotne próby stworzenia jasnych przepisów dla tego typu jednostek nie przyniosły rezultatu. I trudno odpowiedzieć na pytanie, dlaczego. Założenia pisali eksperci w ministerstwie, rektorzy uczelni medycznych, a także sami dyrektorzy, ale niestety nigdy nie doczekały się one publikacji. Zastanawiające jest tylko, z czego to wynika.

### Oczekiwania a rzeczywistość

Szpitala kliniczne na całym świecie mają zdefiniowaną rolę i określone zadania. Za ich wykonanie otrzymują wynagrodzenie z różnych źródeł, głównie od instytucji, które są zainteresowane zlecaniem szpitalowi klinicznemu innych zadań niż samo leczenie chorych.

W Polsce mamy odmienne realia. Szpitale kliniczne, będące kluczowym elementem systemu zabezpieczenia medycznego kraju, działają na zasadach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem tworzącym jest uczelnia medyczna. Uczelnie natomiast, będąc jednostkami budżetowymi, nie dysponują

środkami i nie czują się odpowiedzialne za realizowane przez szpital zadania i ich finansowanie. Oczekują od głównego płatnika, czyli NFZ, i ministerstwa sfinansowania potrzeb szpitala. I nie doczekują się.

### Wyjść naprzeciw

Teoretycznie wszyscy wiedzą, że nie ma nic za darmo, a jednak w praktyce oczekują takiego działania. Wydawałoby się zatem, że wyjściem naprzeciw oczekiwaniom dyrektorów szpitali i rektorów uczelni medycznych będzie ustawowe określenie funkcjonowania oraz finansowania tych podmiotów. Szpital kliniczny jest to bowiem wyłącznie podmiot leczniczy, dla którego podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna, wykonujący działalność leczniczą polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i badawczych prowadzonych przez uczelnię medyczną, w tym w szczególności z kształceniem przed- i podyplomowym w zawodach medycznych oraz wdrażaniem nowych technologii medycznych i metod leczenia. I jako taki powinien być finansowany.

### Potrzebne zmiany

Wszystkie te obszary angażują personel, zasoby i pieniądze, ale niestety nie zostały wkalkulowane w realizację procedur medycznych. Ponadto co roku niepewność co do zapłaty za wykonane świadczenia ponad limit umo-

wy destabilizuje finanse szpitali, często uniemożliwiając stworzenie racjonalnego planu rozwojowego jednostki. W poszczególnych kategoriach występuje szereg barier, które w mojej ocenie wymagają pilnych zmian:

- prawne – nieuregulowane;
- zatrudnianie nauczycieli akademickich i ich dostęp do danych pacjenta,
- zmiana formy prawnej – z zabezpieczeniem uczelni, finansów, pacjentów i wierzycieli oraz z określeniem zasad, na podstawie których byłyby podejmowane te decyzje,
- możliwość komercyjnego wykorzystania wolnego potencjału szpitala i nielimitowanie świadczeń zdrowotnych, wyłączenie z konkursów, gwarancja kontraktu,
- wprowadzenie stopni referencyjności szpitali, określenie wymogów oraz uprawnień dla nich,
- ustalenie, kto i w jakim zakresie wpływa na zarządzanie – minister zdrowia, minister szkolnictwa wyższego, minister skarbu lub inne organy,
- stanowiska, wynagrodzenia, kwalifikacje i wymogi jasno zdefiniowane, bez ingerencji zewnętrznej;
- finansowe – nieuregulowane;
- wyceny usług zdrowotnych winny być wyższe – adekwatnie do poziomu referencyjnego i rzeczywistych kosztów wykonanych świadczeń w oparciu o standard,
- brak planowego źródła finansowania zakupów aparatury i sprzętu medycznego, remontów i inwestycji,
- brak źródła i sposobu finansowania dydaktyki na terenie szpitala;

- podatkowe – do zmiany;
- wskaźnik do naliczania PFRON w szpitalach należy obniżyć przynajmniej do takiego poziomu jak na uczelniach,
- VAT i PDOP – zwolnienia lub preferencje,
- odpady – ustalić maksymalny poziom lub wprowadzić stawki preferencyjne,
- podatek od nieruchomości – zwolnić z opłat.

### Pora się tym zająć

Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że jedną z najtrudniejszych do rozwiązania kwestii w procesie zmian ochrony zdrowia jest reforma szpitali uniwersyteckich. Trudności te wynikają zarówno z wielkości tego typu szpitali, jak i z wielodyscyplinarnego charakteru ich działalności. Dodatkowo sytuację komplikuje fakt, że różnorodność i liczba szpitali klinicznych w poszczególnych województwach jest zmienna. Pracują w nich wybitni specjaliści realizujący projekty badawcze i naukowe, a także określony proces dydaktyczny. Brak wyznaczonej ścieżki prawnej oraz spójnego i kompleksowego systemu finansowania szpitali uniwersyteckich powoduje często niski poziom ekonomicznej efektywności i brak możliwości połączenia wszystkich zadań w harmonijną całość.

Ewa KSIAŻEK-BATOR

Autorka jest członkiem zarządu Polskiej Federacji Szpitali. Przez wiele lat kierowała Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku

(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 3/17)

## ANDRZEJ WESALIUSZ – TWÓRCA NOWOŻYTNEJ ANATOMII

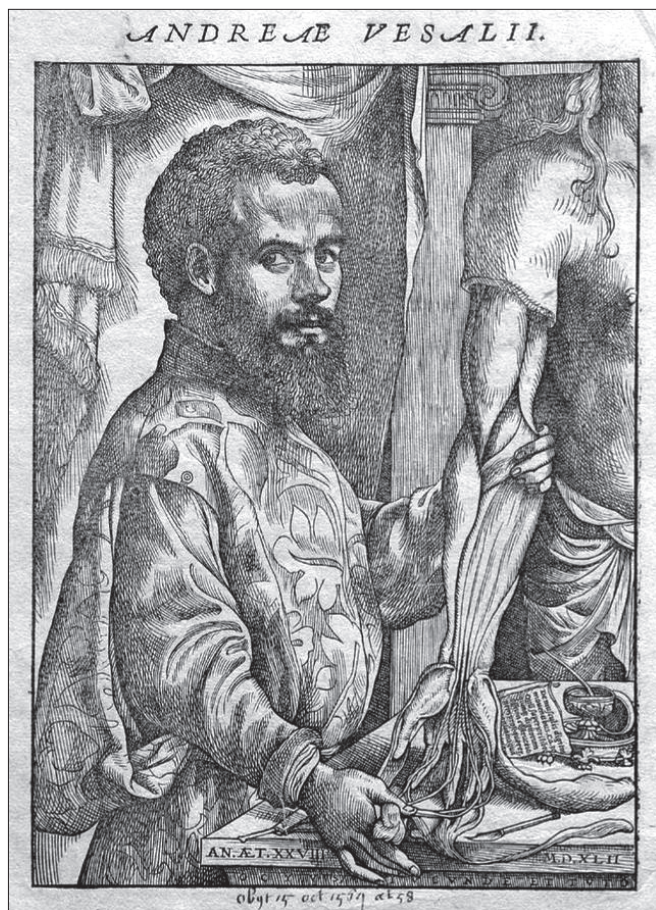
Andrzej Wesaliusz z Brukseli (1514–1564) zyskał nieśmiertelność jako twórca nowożytnej anatomii. U zarania XVI w. profesorowie dzielili się ze studentami medycyny prymitywną wiedzą o budowie człowieka, bazując na odczytywaniu ksiąg starożytnego greckiego lekarza Klaudiusza Galena, który nie przeprowadził ani jednej sekcji człowieka, a swoje spostrzeżenia z zakresu anatomii zwierząt – głównie małpy i świni – przenosił per analogiam wprost na człowieka. Jego dzieła stały się dogmatem medycyny na 1400 lat (*Sic dicit Galenus*), aż do Wesaliusza.

Trzej protoplaści Andrzeja Wesaliusza byli lekarzami, toteż tradycja rodzinna i zainteresowania własne skłoniły go do zainteresowania się medycyną. Dla nabycia nieodzownej biegłości językowej, Wesaliusz odbył studia lingwistyczne w Louvain (1528–1533) w dziedzinie łaciny, greki i języka hebrajskiego. W roku 1533 wyjechał do Paryża studiować medycynę, gdzie anatomię wykładał za-

gorzały zwolennik Galena Jacques Dubois (Jacobus Sylvius). Z uwagi na bezsekcyjne nauczanie Wesaliusz pod osłoną nocy kradł ciała z Cmentarza Niewiniątek i placów kaźni, by je w domu potajemnie preparować. W 1536 r. Wesaliusz wrócił do Louvain, gdzie kontynuował studia medyczne, rozpoczął publiczne sekcje zwłok przed audytorium studenckim i opublikował swoją pracę licencyjną (1537). Z Louvain Wesaliusz udał się do Padwy, gdzie 5 grudnia 1537 r. odbyła się jego promocja doktorska, a już nazajutrz jako *profesor tertiaris* objął on katedrę anatomii i chirurgii, a poprzez jego nowatorskie wykłady uniwersytet w Padwie zaczął wywierać decydujący wpływ na rozwój anatomii w całej Europie.

Wesaliusz zazwyczaj preparował zwłoki osobiście, podczas gdy studenci gromadzili się wokół stołu sekcyjnego. W 1538 r. przygotował i oddał do druku w Wenecji swoje własnoręcznie wykonane plansze anatomiczne z zakresu układu kostnego, trzewi i naczyń krwiono-





śnych jako *Tablice anatomiczne*. Wesaliusz był gorącym zwolennikiem równoległych preparacji, gdzie ciało zwierzęcia i zwłoki ludzkie preparowano jednocześnie, w celu łatwego wykazania różnic anatomicznych i obnażenia błędów Galena. Jednak autorytet Galena był tak dalece niepodważalny, że Jacobus Sylvius deklarował, że Galen nie mógł się mylić, a raczej ludzkie ciało musiało zmienić swą budowę od czasów Galena. W efekcie nazwisko Wesaliusza złośliwie zmieniano na *Vesanus* (szaleniec). Po 5 latach żmudnych badań anatomicznych, w roku 1543 r., w oficynie zaprzyjaźnionego Johanna Oporinusa w Bazylei wydał Wesaliusz swoje przełomowe dzieło z ok. 300 rycinami pt.: „*De humani corporis fabrica libri septem*”. Wesaliusz był bardzo cenionym lekarzem praktykiem i już w wieku 30 lat piastował godność trzeciego lekarza przybocznego cesarza Karola V, a później – Filipa II. Z końcem 1563 r. w tajemniczych okolicznościach Wesaliusz opuścił nagle cesarski dwór i odpłynął do Jerozolimy, a w drodze powrotnej zmarł 15 października 1564 r. na greckiej wyspie Zakhynthos.

Siedem tomów dzieła *Fabrica* obaliło ok. 200 doktryn Galena i położyło solidne podwaliny pod nowoczesną anatomię człowieka. Celem upowszechnienia wiedzy anatomicznej, Wesaliusz wprowadził – w miejsce dotychczasowych mian arabskich – racjonalną terminologię medyczną w języku łacińskim. W celu ułatwienia opisów anatomicznych, upowszechnił on mianownictwo techniczne jak: zawias, bloczek, głowa, wyrostek, guzek, itd. Wesaliusz jako człowiek renesansu zrewolucjonizo-

wał anatomię we wszystkich jej układach. Był on przekonany, że układ kostny stanowi rusztowanie dla ludzkiego ciała. Wypreparowany przez Wesaliusza szkielet jest najstarszym preparatem anatomicznym na świecie i jest przechowywany w Muzeum Anatomicznym w Bazylei. Obalił on również powszechne przekonanie, że mężczyźni mają o jedno żebro mniej niż kobiety. Wesaliusz stwierdził, że żuchwa jest pojedynczą kością, mostek składa się z 3 części, a kość krzyżowa – z 5 kręgów. Poza pierwszym dokładnym opisem kości klinowej i miednicznej, a także dwóch kosteczek słuchowych – młoteczka i kowadełka – opisał dokładnie przedsionek ucha wewnętrznego. Wesaliusz zatrudnił wielu wspaniałych artystów, w tym Jana Stephana van Calcar, który był uczniem Tytjana. Toteż przedstawione postacie są jak żywe w różnych dramatycznych pozach, wyrażających dynamikę i cierpienie.

Najbardziej imponujący wkład Wesaliusza w badania nad układem mięśniowym stanowią zadziwiająco szczegółowe ilustracje, które przedstawiają przyczepy i lokalizację wszystkich mięśni szkieletowych. Skóra i mięśnie wydają się stopniowo samoistnie rozpakowywać z „ubioru mięśniowego” aż do szkieletu sentymentalnego, który w skarżąco-lamentującej pozycji wyraża swą nieśmiertelność. Chociaż Wesaliusz uważał serce za narząd dwukomorowy, to jego ryciny przedstawiają także prawy i lewy przedsionek, tak jakby były one częściami odpowiednio żyły głównej i żył płucnych. Opisał on i nazwał zastawkę trójdzielną i mitralną, mięśnie brodawkowate i struny ścięgnowe w komorach, a nawet mięśnie grzebieniaste w uszkach przedsionków. Układ żylny był wręcz sportretowany, podczas gdy układ tętniczy został potraktowany pobieżnie. Zgodnie z tradycyjnym poglądem żyła główna była uważana za pojedyncze, ciągle naczynie. Wesaliusz nie zgadzał się z poglądem Galena, że żyła główna rozpoczyna się w wątrobie. Obalił on również dotychczasowe przekonanie, że wątroba składa się z pięciu płatów. Wesaliusz przedstawił pierwszy szczegółowy opis odźwiernika, krezki, zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych, sieci większej i jej połączeń z żołądkiem, śledzioną i poprzecznicą.

W *Fabrica* Wesaliusz przedstawił nietypowe dla człowieka wyższe położenie nerki prawej, co wkrótce jednak skorygował. Nie dysponując zwłokami kobiet ciężarnych, nie był w stanie poznać szczegółów budowy narządów płciowych żeńskich, trafnie stwierdzając jednak, że macica była dotychczas nieprawidłowo postrzegana jako narząd podwójny. Wesaliusz zdefiniował nerw jako sposób przekazywania czucia i ruchu, a mózg – jako ośrodek umysłu i emocji. Wesaliusz jako pierwszy opisał istotę szarą i białą mózgowia oraz cztery komory mózgu. Jego ryciny przedstawiają gałkę bładą, skorupę, torbękę wewnętrzną, jądro ogoniaste, blaszkę czworaczą, a nawet szyszynkę. Relacja Wesaliusza o siedmiu nerwach czaszkowych i zakresie ich unerwienia była jednak

daleka od rzeczywistości. Nerw wzrokowy miał stanowić 1 parę, nerw okoruchowy – 2 parę, korzeń czuciowy nerwu trójdzielnego i nerw błokowy – 3 parę, korzeń ruchowy nerwu trójdzielnego – 4 parę, kompleks twarzowo-słuchowy – 5 parę, nerw językowo-gardłowy – 6 parę, a nerw błędny wraz z pniem współczulnym – 7 parę. W przeciwieństwie do nerwów czaszkowych, układ nerwów rdzeniowych i splotów somatycznych był bardzo zbliżony do rzeczywistości.

Poprzez obalenie tradycji Galena, Wesaliusz jest twórcą nowoczesnej anatomii, a jego *Fabrica* stanowi kamień milowy dla medycyny. Wesaliusz udowodnił, że niedopuszczalny jest dowód *per analogiam* przez porównanie anatomii zwierząt z anatomią człowieka. Jako prawdziwy człowiek renesansu stworzył nową metodę naukową opartą na bezpośredniej obserwacji. Jego pragnienie dążenia do prawdy było najbardziej widoczne w korygowaniu własnych spostrzeżeń o budowie ciała. Dla uczczenia jego olbrzymich dokonań w dziedzinie anatomii, 5 następujących struktur anatomicznych nadal nosi eponimy Wesaliusza: twardówka, trzeszczki, gruczoły oskrzelowe, otwór i żyła wypustowa klinowa dodatkowa. Dzięki jego przywiązaniu do szczegółów, zapewnił on jasny opis i bezprecedensowy obraz anatomiczny struktur, wyznaczając nowe standardy dla przyszłych podręczników medycznych. Łacińskie motto wyryte na grobie, wokół któ-

rego kostny Hamlet wygłasza monolog, okazało się być prorocze dla Wesaliusza: „*Vivitur ingenio caetera mortis erunt*” (*Geniusz trwa, reszta jest śmiertelna*).

Prof. Michał SZPINDA

**Prof. Michał Szpinda** od 28 lat pracuje nieprzerwanie w Katedrze i Zakładzie Anatomii Prawidłowej, obecnie jako jej kierownik. Równoległe z pracą naukowo-dydaktyczną rozwijał swoje zainteresowania zawodowe w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyń, uzyskując pierwszy i drugi stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej. Dorobek naukowy prof. Michała Szpindy stanowi 220 prac, w tym 110 prac oryginalnych. Profesor jest nauczycielem akademickim mocno zaangażowanym w proces dydaktyczny i organizacyjny Uniwersytetu. Prowadzi wykłady i ćwiczenia dla studentów Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK. Od 12 lat przygotowuje pomyślnie studentów I roku kierunku lekarskiego do Międzyuczelnianego Konkursu Wiedzy Anatomicznej Scapula Aurea, którzy osiągają najwyższe miejsca na podium. Działalność organizacyjna prof. Szpindy przejawia się w kierowaniu przez 19 lat Katedrą i Zakładem Anatomii Prawidłowej. Zgromadził bogate doświadczenie i wiedzę o mechanizmach funkcjonowania uczelni dzięki licznym funkcjom pełnionym w macierzystej uczelni w zakresie organizacji nauki, dydaktyki i rekrutacji, a w obecnej kadencji jest prodziekanem WL ds. studenckich.

(przedruk z „Primum” nr 3/17)

## EPIDEMIA PRÓCHNICY – DLACZEGO JEST TAK ŹŁE, SKORO JEST TAK DOBRZE?

Zbliża się szumnie zapowiadana likwidacja Narodowego Funduszu Zdrowia – płatnika w imieniu Skarbu Państwa za usługi medyczne. Nie wiem, jak to będzie wyglądało w przyszłości, tego chyba jeszcze nikt nie wie. Kto będzie płatnikiem, kto świadczeniodawcą, jak będzie wyglądało lecznictwo szpitalne, jak POZ i stomatologia, i czy w końcu doczekamy się dobrze wycenionego koszyka świadczeń gwarantowanych. Natomiast mnie interesuje wyłącznie lecznictwo stomatologiczne, bo przez czterdzieści lat pracy, przepraszam za kolokwializm, „*zęby na nim zjadłem*”. W wielu czasopismach od czasu do czasu ukazują się artykuły dotyczące stanu uzębienia Polaków. Autorzy przede wszystkim szukają winnych tego stanu. Najczęściej winni są lekarze dentyści i organizacja lecznictwa stomatologicznego.

### Zęby sprawą polityczną

Spotkałem się też kiedyś z opinią, że wszystkiemu winien jest miniony system. W jednym z tygodników zobaczyłem podtytuł, że „*dziury w zębach spowodował dziurawy system, a zęby w PRL były sprawą polityczną*”. I bardzo dobrze, że była to sprawa polityczna. Dzięki te-

mu walka z próchnicą i przyzębią trwała, i to z dobrymi skutkami, na wielu frontach. Że przypomnę wiejskie, gminne, powiatowe i wojewódzkie przychodnie stomatologiczne. W każdej przychodni stomatologicznej prowadzono dyspanseryzację próchnicy i wad narządu żucia. W każdej powiatowej przychodni stomatologicznej zatrudniony był ortodonta. Decyzją polityczną np. był zakaz pod koniec lat sześćdziesiątych i z początkiem siedemdziesiątych XX wieku zatrudniania lekarzy dentyстів w Warszawie i kilku dużych miastach wojewódzkich w Polsce. Na wsi był problem z inwazją próchnicy. Lekarze ci byli potrzebni właśnie na wsiach i w małych miasteczkach, a w Warszawie było ich wystarczająco dużo na owe czasy. Wskaźniki próchnicy systematycznie malały w dużych aglomeracjach, utrzymując się na tym samym poziomie w małych miasteczkach, a na wsiach rosły. Pokazują to prace epidemiologiczne z tamtego okresu prowadzone przez m.in. prof. **Jańczuka** w Szczecinie, prof. **Barańską-Gachowską** i prof. **Ilewicza** w Zabrzu, prof. **Knychalską-Karwan** w Krakowie i wielu innych, we wszystkich ośrodkach akademickich w całej Polsce. Podaję to wyłącznie jako ciekawostkę, ponieważ wielu



autorów, szukając winnych obecnego stanu rzeczy, rozpędza się w opiniach, nie pytając o faktyczne przyczyny ludzi najlepiej zorientowanych w temacie, czyli nas – stomatologów.

## Drzwi już dawno otwarte

Sytuacja w lecznictwie stomatologicznym ma wielu ojców. Po transformacji ustrojowej doszło do całkowitej prywatyzacji w stomatologii. Każdy lekarz rozpoczął prowadzenie takiej praktyki, która dawała mu odpowiednie dochody. I nie należy winić za to lekarzy. Natomiast ze strony państwa nikt, w żaden sposób, nie zachęcał finansowo do prowadzenia gabinetów leczących dzieci i młodzież (może z wyjątkiem Podkarpacia, ale tylko przez parę pierwszych lat). Należy podkreślić, że mały pacjent wymaga troski i cierpliwości oraz zdecydowanie więcej czasu niż dorosły. Należy to odpowiednio wynagrodzić. W związku z tym to nie lekarze, ale państwo ponosi odpowiedzialność za istniejącą sytuację. Wprowadzenie przepisu, że bez zgody rodzica lekarz nie może wykonać żadnego zabiegu, również pogłębia patową sytuację, jeszcze bardziej utrudniając pracę zespołowi stomatologicznemu. Paranoja. Wszak to lekarz – a nie rodzic – wie, co należy wykonać u pacjenta i przede wszystkim jest za to w pełni odpowiedzialny. Rodzic powinien mieć obowiązek posłania dziecka do dentysty i dopilnowania, żeby tam dotarł. Tak jest m.in. w Kanadzie. Przy czym tam są jeszcze restrykcje finansowe za niezgłoszenie się w gabinecie w oznaczonym terminie. Jak widać, nie trzeba w naszym kraju otwierać nowych drzwi. One są już dawno otwarte gdzie indziej...

## Czynniki eskalacji chorób przyzębia

**Pierwszym**, podstawowym czynnikiem, który doprowadził do dramatycznej eskalacji chorób zębów i przyzębia, była **likwidacja gabinetów szkolnych prowadzących powszechną profilaktykę przeciw próchnicy**. (...)

**Drugi to brak powszechnych działań instruktażowych**. Reklamuje się pasty, szczoteczki, nici, płyny higienizujące jamę ustną etc, ale nikt nie mówi, jak i po co to wszystko stosować. Nikt nie informuje społeczeństwa, że jama ustna, jeden z najbrudniejszych otworów fizjologicznych w ciele człowieka, wymaga wyjątkowej i wręcz przesadnej dbałości o jej higienę. Rolę tę powinni spełniać lekarze, higienistki stomatologiczne, gazety, radio, tv, oczywiście na koszt państwa. Pozornie duże wydatki, ale oszczędności za kilka lat niewyobrażalne. Znaczne ograniczenie, a nawet eliminacja schorzeń serca, oczu, stawów, przedwczesnych porodów etc. Są to naprawdę potężne oszczędności. Kraje cywilizowane już dawno o tym wiedzą. I pomyśleć, że Szwecja w latach siedemdziesiątych ubiegłego stulecia wzorowała się na naszych osiągnięciach w organizacji powszechnego zwalczania próchnicy...

**Trzeci** wiąże się z **gospodarką finansową NFZ**. Stomatologia traktowana jest po macoszemu. Przy każdym kontraktowaniu, co trzy lata, systematycznie obniża się wartości punktu kontraktowego, zmniejszając tym samym ilość środków na lecznictwo stomatologiczne. Jest to co najmniej bezrozumne. Wszak to dziedzina wielce istotna w walce z innymi schorzeniami. Prosty przykład – serce przeszczepiamy nie po to, aby ładnie wyglądało, lecz spełniało swą rolę i przedłużyło życie. Natomiast zęby i przyzębie pielęgnujemy i ewentualnie w razie potrzeby leczymy po to, aby nie trzeba było w przyszłości wymieniać serca czy nerek. Różnica w wydatkach wielce istotna, co poddaje do przemyślenia decydentom. Jest jeszcze wiele tego typu przykładów. Również relacje NFZ – higienistki stomatologiczne. Jest to zawód o wyjątkowym znaczeniu w stomatologii. Ich praca jest nie do przecenienia w krajach cywilizowanych, a mamy ich w Polsce sporo.

**Czwarty** – w sumie najważniejszy – to **brak poszanowania prawa**. Pierwszym i najważniejszym aktem prawnym nakazującym państwu sprawowanie opieki zdrowotnej i normującym prawa pacjenta jest Konstytucja RP, art. 68, pkt 1–5. Aktami wtórnymi, lecz nie mniej ważnymi, są ustawy o samorządzie gminnym i powiatowym. Precyzują one (rozdz. 2 art. 7.1. pkt 5 ust. o samorządzie gminnym oraz rozdz. 2, art. 4.1., pkt. 2 ust. o samorządzie powiatowym) zadania własne gminy i powiatu w zakresie ochrony i promocji zdrowia. Aktem prawnym normującym sprawy ochrony zdrowia jest też ustawa o NFZ (rozdz. 2 ustawy o NFZ, art. 6, precyzujący zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej). Prawo sobie, a działania samorządów sobie. Organizacja lecznictwa dentystycznego powinna być koordynowana i wspomagana przez samorząd gminny. Nie powinny te obowiązki spoczywać na barkach wyłącznie lekarzy dentystów.

**Piąty** – ostatni z ważnych. **Niechęć społeczeństwa do korzystania z usług stomatologicznych**. Do dentysty najczęściej idzie się, kiedy boli. Czyli w ostatniej chwili. Nie ma wyrobionego nawyku korzystania z usług stomatologicznych systematycznie – cyklicznie. Rodzic nie przekazuje tego dziecku. Ale tego już komentować nie będę. Koń jaki jest, każdy widzi.

Natomiast wszyscy mówią o konieczności wykonania przeglądów. Bezsens. Przeglądy nie leczą. Powinny być wykonane przed rozpoczęciem leczenia i po jego zakończeniu, a gratyfikacja powinna być wliczona w koszt zabiegów terapeutycznych. Przegląd wykonany bez rozpoczęcia działań leczniczych niczego nie zmienia, natomiast kosztuje w NFZ około 20 złotych. To stracone bezpowrotnie pieniądze. Kiedy uporamy się z plagą próchnicy, wtedy okresowe przeglądy będą miały sens.

I jeszcze jedno na koniec. Spotkałem się w jednym z czasopism z opinią, iż wypełnienia w ramach NFZ są „plombami prowizorycznymi” i mocno się oburzyłem,

ponieważ oprócz świadczeń gwarantowanych są również materiały gwarantowane. Może nie są one z najwyższej półki, ale prawidłowo założone w zębie wytrzymają, gwarantując, długi okres i – co najważniejsze – nie uszkodzą miąższu zęba.

### Wystarczy usiąść i rozmawiać

Konkludując: wszystko jest do naprawienia. Wymaga to tylko ścisłej współpracy pomiędzy dystrybutorem środków publicznych, organem samorządu terytorialnego (gmina), dyrektorami szkół podstawowych i gimna-

zjów oraz grupą lekarzy dentystów i higienistek stomatologicznych, którzy za pomocą właściwego finansowania wykonają tę pracę. Program rewitalizacji higieny szkolnej w pełnej wersji, jak również tylko stomatologicznej, jest już dawno opracowany. Wystarczy usiąść i rozmawiać. Wszelkie animozje międzypartyjne powinny iść na bok, ponieważ „*Takie Rzeczypospolite będą, jakie ich młodzieży leczenie*”.

Dr n. med. Jan RAUCH

Członek Śląskiego ZWPTS w Zabrze

Przewodniczący Sekcji Historycznej ZG PTS w Krakowie

(przedruk z „Pro Medico” nr 4/17)

## ZADAJ PYTANIE – DOSTANIESZ ODPOWIEDŹ **DZIECI 2–6-LETNIE**

# LEKARZ WSPÓŁPRACUJE Z MAŁYM PACJENTEM

Używając słowa dziecko, mam na myśli młodego człowieka w wieku od 2 do 10, a nawet 12 lat. Młodsze dzieci to te w wieku od 2 do 6 lat. Podczas swojego rozwoju dziecko powoli oddziela się od rodziców (opiekunów) i stanowi samodzielną jednostkę. Aby nawiązać atrakcyjny kontakt, warto zwracać się do dziecka jak do samostanowiącej osoby, z uwzględnieniem momentu rozwoju małego rozmówcy.

Na wszystkich etapach rozwoju dziecko komunikuje się z otaczającym światem. Chętnie dyskutuje, odpowiada na pytania i je zadaje – zarówno innym dzieciom, jak i dorosłym. Dzieci zwykle lubią odpowiadać na pytania. Spróbuj i zadaj pytanie – dostaniesz odpowiedź. Dzięki pytaniom możesz dowiedzieć się więcej o tym, co dziecko myśli, co czuje, czego pragnie, a na co nie chciałoby się zgodzić bez presji dorosłego. Dorosły, pytając, może zauroczyć komunikacyjnie małego rozmówcę lub... całkowicie przekreślić satysfakcjonujący kontakt z dzieckiem! Dlatego tak ważne jest, aby zadawać pytania umiejętnie, tzn. we właściwym czasie, miejscu, otoczeniu, dobierając odpowiednią technikę budowania pytań. Nie można pominąć możliwości komunikacyjnych dziecka na każdym z etapów jego rozwoju.

### Dziecko 2–3-letnie

Młodsze dziecko jest ruchliwe i wymaga stałej opieki dorosłych. W tym wieku jest uważnym obserwatorem, potrafi analizować swoje otoczenie oraz ludzi, z którymi wchodzi w interakcje. Zwykle nie umie wszystkiego opisać, ale potrafi podejmować decyzje. Mogą to być decyzje typu „*Nie będę cię słuchał*” albo „*Lubię moją panią lekarzkę i zrobię dla niej dużo*”. W zasadzie wyłącznie od dorosłego zależy, jaką postawę wobec niego zaprezentuje małe dziecko.

### Dziecko 4–6-letnie

Dziecko w tym wieku żywo i sprawnie komunikuje się z innymi ludźmi. Wyraźnie zdaje sobie sprawę, że może

wpływać na innych. Ma rozbudowaną wyobraźnię. Potrafi bronić swoich interesów. Rozmawiając z dorosłymi, traktuje ich jak partnerów w dyskusji i tego samego oczekuje zwrotnie. Aby wchodzić w dobre relacje z dzieckiem w tym wieku, należy tak sterować komunikacją werbalną, aby dziecko miało poczucie, że to nie lekarz czy wychowawca podejmuje decyzje o danym zachowaniu, ale dziecko. Dzięki temu chętnie podda się procedurom medycznym, a nawet zadba o przestrzeganie zaleceń lekarza w swoim domu.

### Jak stawiać pytania młodszym dzieciom, by wspierać właściwe zachowania?

Dziecko 2–3-letnie chętnie będzie współpracować, jeśli usłyszysz przykładowo: „*Chcesz poćwiczyć zginanie swojej rączki teraz czy za trzy minutki?*”, „*Komu najpierw obejrzymy uszka: misiowi czy Zosi?*”, „*Lubię kiedy do mnie przychodzisz, by sprawdzić jak rośniesz. Ty też to lubisz?*”. Oczywiście pytanie należy dobrać stosownie do sytuacji, a także do relacji, jaka istnieje pomiędzy dzieckiem a konkretnym dorosłym.

Dziecko 4–6-letnie lubi dialog, pochwałę i rzeczowe, łagodne wskazówki w miejsce krytyki. Dziecku w tym wieku można zadawać takie pytania, jak: „*Kto ci tak pięknie umył ząbki? Czy był to jakiś czarodziej-pomocnik czy to ty sama? Brawo!*”, „*Wiesz Michałku, bardzo mi się podoba, kiedy dbasz o swoje oczka i przychodzisz do mnie na wizytę z mamusią*”, „*Kubusiu, zobacz, ile należy nakładać pasty do zębów na szczoteczkę. Jakbyś nazwał taki kształt? Kuleczka? Groszek? Cudownie, możemy to nazwać groszkiem zrobionym z pasty do zębów*”.

Mądry dorosły unika pytań, które popsuliby starania o dobry kontakt z dzieckiem. Należą do nich tzw. pytania donikąd. To pytania, na które małe dziecko nie potrafi opowiedzieć. Często rodzą one u niego poczucie winy. Dziecko nie umie na nie odpowiedzieć, co sprawia, że się stresuje. Oto kilka przykładów pytań, które mogą wpływać w zasadzie wyłącznie negatywnie na małego człowieka:



- Dlaczego nie umyłeś wczoraj ząbków?
- Dlaczego tak późno przychodzisz na szczepienie?
- Po co wkładasz rękę do buzi?
- Nie robisz, tak jak prosiłam; dlaczego?
- Dlaczego mnie nie słuchasz?

Oskarżające pytania to niejedynie, które mają negatywny wpływ na komunikację z dzieckiem. Uważne słuchanie samego siebie, analizowanie tego, co się mówi do dziecka i czule zwracanie uwagi na reakcje naszego małego rozmówcy przybliżą każdego dorosłego do sukcesu w pracy z dzieckiem. W codziennej pracy lekarza jest to szczególnie pomocne. Eliminacje „pytań donikąd” również pomagają w skutecznej komunikacji z dzieckiem.

Magdalena SZUMSKA

Artykuł pochodzi z „Medical Maestro Magazine”, vol. 18/2016, [www.medicalmaestro.pl](http://www.medicalmaestro.pl)

**Dr n. ekon. Magdalena Szumska** od 2001 r. współzarządza jednostkami medycznymi. Badawczo i wdrożeniowo interesuje się problematyką zarządzania i marketingu oraz relacjami w usługach medycznych, z nastawieniem na prawolubność i doskonałe wyniki jednostek medycznych. Ukończyła z najwyższą oceną studia na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu na Wydziale Zarządzania, a następnie Institut de Gestion de Rennes IGR-IAE na Université de Rennes we Francji; doktoryzowała się w 2004 r. Autorka kilkudziesięciu publikacji, w tym książek i podręczników dla lekarzy, zarządzających i personelu średniego. Wprowadziła pojęcie trudnego pacjenta w medycynie. Ekspert w zakresie zarządzania jednostkami medycznymi.

(przedruk z Biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 2/17)

## PAKIET PONOWNIE ZMODYFIKOWANY

Zmiany głównie dotyczą sprawozdawczości oraz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Uproszczona została sprawozdawczość w zakresie prowadzenia list oczekujących w przypadku świadczeń udzielanych na podstawie karty (DiLO). Nie ma już obowiązku przekazywania przez placówki medyczne danych określających listy onkologiczne. Lekarze udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych zyskali uprawnienie do wystawiania karty DiLO w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego, dzięki czemu znika konieczność kierowania pacjenta do lekarza pierwszego kontaktu. Rezygnuje się z przepisów dotyczących wskaźnika rozpoznawania nowotworów przypisanego lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej. Do tej pory po przekroczeniu minimalnej wartości wskaźnika lekarz podstawowej opieki zdrowotnej tracił możliwość wydawania karty DiLO do czasu ukończenia szkolenia z zakresu wczesnego rozpoznawania nowotworów.

Rezygnuje się także z obowiązku zgłoszenia Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego bezpośrednio do Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) przez lekarza, który stwierdził nowotwór złośliwy. „Dotychczasowe doświadczenia – uzasadnia MZ – pokazały, że obowiązek ten nie przyczynił się ani do wzrostu zgłaszalności, ani poprawy jakości danych zgłaszanych do Krajowego Rejestru Nowotworów. Świadczeniodawcy nadal są zobowiązani do dokonywania odpowiednich zgłoszeń”. Rezygnacja w karcie DiLO z pól dotyczących danych związanych z Krajowym Rejestrem Nowotworów pozwoli na istotne zmniejszenie objętości tego dokumentu. Rozszerzony został zakres diagnostyki i leczenia w ramach pakietu (z „nowotwór złośliwy” na „nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy”), co umożliwi objęcie pakietem m.in. łagodnych nowotworów ośrodkowego układu nerwowego.

„Minister zdrowia – czytamy na stronie [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) – zaakceptował plan taryfikacji na rok 2018, obejmujący m.in. świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w leczeniu chorób nowotworowych. W celu zapewnienia pacjentom wysokiej jakości świadczeń onkologicznych minister zdrowia zlecił Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wypracowanie założeń do modelu opieki kompleksowej w onkologii – aktualnie trwają prace nad kompleksową diagnostyką i leczeniem pacjentów z chorobami piersi. Prace analityczne obejmują analizę rozwiązań systemowych w innych krajach, przegląd literatury w tym zakresie oraz konsultacje robocze ze środowiskiem medycznym przy jednoczesnym uznaniu głosu przedstawicieli organizacji zrzeszających pacjentów”.

Statystyka (na 19 czerwca 2017 r.) pakietu onkologicznego jest następująca:

- 520.699 wydanych kart DiLO,
- 101.057 wykonanych diagnoz wstępnych,
- 176.007 wykonanych diagnoz pogłębionych,
- 298.548 zwołanych konsyliów,
- 88,3% diagnostyk wstępnych wykonanych w terminie,
- 84,4% diagnostyk pogłębionych wykonanych w terminie,
- 98,7% konsyliów zwołanych w terminie.

Nowoczesna medycyna kosztuje coraz więcej, co wyraźnie widać w onkologii. Zdaniem ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła nieuchronna jest decyzja o zwiększeniu nakładów na ochronę zdrowia. Według zapowiedzi rządu do 2025 r. mają one wzrosnąć do 6% PKB.

Andrzej PIECHOCKI

(przedruk z Biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 9/17)

# SKUTKI ZDROWOTNE STOSOWANIA DIET: NISKOWĘGLOWODANOWEJ, WYSOKOBIAŁKOWEJ I WYSOKOTŁUSZCZOWEJ

## Wstęp

Podstawowym warunkiem decydującym o zdrowiu człowieka jest dostęp do żywności wartościowej pod względem odżywczym, higienicznym i sensorycznym. Prócz diety naturalnej – codziennej (spożywamy około 34% tłuszczów, 50% węglowodanów i 14% białek), stosowane są diety lecznicze i alternatywne. Człowiek, z przyczyn zdrowotnych czy estetycznych, świadomie rezygnuje z niektórych pokarmów, dokonuje modyfikacji proporcji makroskładników w diecie oraz zmienia sposoby przygotowania posiłków. Opracowano wiele diet alternatywnych, ale nie istnieje żadna optymalna dieta, która sprzyjałaby hamowaniu łaknienia oraz w krótkim czasie korzystnie i skutecznie redukowałą masę ciała człowieka, bez negatywnych skutków ubocznych. Stosowane są diety niebilansowane – niskowęglowodanowe, wysokotłuszczowe, wysokobiałkowe.

## Dieta niskowęglowodanowa

Istnieją trzy główne diety niskowęglowodanowe: dieta Atkinsa, dieta Lutza oraz dieta Kwaśniewskiego. Diety te różnią się od siebie przede wszystkim proporcją trzech głównych składników odżywczych. W diecie Atkinsa jest większa podaż białka kosztem tłuszczów, a szczególnie węglowodanów. Dieta Lutza przy niskiej ilości spożywanych węglowodanów (72 g/dobę) jest bardziej elastyczna w konsumpcji białek i tłuszczów. Natomiast w diecie Kwaśniewskiego jest duże spożycie tłuszczów ze znacznym ograniczeniem węglowodanów oraz białka.

Według dr Roberta Atkinsa, pomysłodawcy diety, główną przyczyną nadwagi jest spożywanie nadmiernej ilości węglowodanów. Amerykański kardiolog twierdzi, że tak naprawdę nie ma znaczenia, jakie produkty spożywamy, lecz to jak wykorzystywane są one przez nasz organizm. Dieta Atkinsa, charakteryzuje się wysoką zawartością tłuszczu (50–60% ogółu energii) i białka (20–30% ogółu energii) oraz niską zawartością węglowodanów (3–10% ogółu energii lub 20–50 g dziennie). Zainteresowanie dietą niskowęglowodanową spowodowane było i jest większym oraz szybszym spadkiem masy ciała oraz poprawą wskaźników metabolicznych w porównaniu z dietą niskotłuszczową. Mechanizm działania tej diety tłumaczony jest obniżonym spożyciem energii, utratą wody na skutek uwalniania glikogenu, spadkiem

stężenia insuliny w krwi oraz zmniejszeniem apetytu z powodu ketozy. Monotonność diety i duża ilość białka dają uczucie sytości. Należy jednakże podkreślić, że większy ubytek masy ciała na diecie niskowęglowodanowej obserwowano tylko w pierwszych 6. miesiącach terapii, natomiast po 12 miesiącach różnice dotyczące zmian w masie ciała w porównaniu z dietą niskotłuszczową nie były istotne.

Dieta dr Atkinsa wprowadza się w 4 etapach. W etapie pierwszym stosuje się 2-tygodniową fazę ketogenną, w której ogranicza się podaż węglowodanów do 20 g. Spożywa się produkty z dużą ilością białka i tłuszczów bez ograniczeń oraz warzywa o niskiej zawartości węglowodanów. W etapie drugim dodaje 5 g węglowodanów na tydzień do momentu stabilizacji pożądanej masy ciała. Przez kolejne 2–3 miesiące (etap III) wprowadza się inne warzywa oraz owoce. W ostatnim etapie utrzymuje się indywidualnie tolerowaną i pożądaną ilość węglowodanów (25–90 g), białka i tłuszczów oraz kontroluje się masę ciała i profil lipidowy. Przewlekłe stosowanie diet niskowęglowodanowych – wysokobiałkowych może zwiększać ryzyko chorób nerek, wątroby, osteoporozy i chorób sercowo-naczyniowych, a nawet zagrażać życiu. Dłużej stosowana dieta Atkinsa może wywołać hipercholesterolemię, wzrost stężenia żelaza, przy równoczesnym niedoborze witaminy C, wapnia i magnezu w krwi.

Badania prowadzone wśród 42.237 kobiet w wieku 30–49 lat (obserwacja 12-letnia) wskazują, że spożycie diety nisko-węglowodanowej łączyło się z umieralnością większą o 11%. Ten wzrost był spowodowany ilością zgonów sercowo-naczyniowych o 37%.

## Dieta wysokobiałkowa (dieta Dunkana)

4 fazy metody Dukana – plan diety:

I faza ataku – czyste proteiny,

II faza naprzemienna – proteiny i warzywa,

III faza utrwalania,

IV faza stabilizacji.

Udział energii z białka w dietach wysokobiałkowych ustala się na poziomie 30–40%. Dietę wprowadza się w czterech etapach. Pierwsza faza, tak zwana uderzeniowa, trwa około tygodnia. Spożywa się tylko produkty białkowe (głównie zwierzęce) oraz napoje i około 2. łyżek otrąb. W drugiej fazie, tak zwanej naprzemiennej,



spożywa się przez 1–5 dni produkty białkowe i warzywa, i na przemian, także przez 1–5 dni produkty wyłącznie białkowe, aż do osiągnięcia pożądanej masy ciała. Trzecia faza to faza utrwalania. Jej celem jest utrzymanie uzyskanej masy ciała i zapobieżenie efektowi jo-jo. Długość trwania fazy utrwalenia należy obliczyć przyjmując 10 dni na każdy utracony kilogram wagi. W tej fazie do jadłospisu można dołączyć jedną porcję owoców, produktów pełnoziarnistych zbożowych oraz sera żółtego i dwie porcje warzyw na tydzień. Dwa razy w tygodniu można zjeść dowolny posiłek – nazywany królewską ucztą. Jeden dzień w tygodniu powinien być dniem wyłącznie białkowym. Fazę czwartą, tak zwanej stabilizacji, stosuje się stale. Spożywa się produkty jak w trzeciej fazie oraz 3 łyżki otrąb i przez jeden dzień w tygodniu produkty wyłącznie białkowe. Efektywność diet wysokobiałkowych związana jest z występowaniem ketozy (powstawaniem ciał ketonowych – acetonu, beta-hydroksymaślanu, metylglioksalu, acetoocetanu) w wyniku spalania tłuszczu endogenego. Stan ten wywołuje efekt anorektyczny, prowadzący do ograniczeń podaży energii. W rezultacie spada zapotrzebowanie organizmu na insulinę oraz dochodzi do obniżenia stężenia glukozy, a czasem także lipidów we krwi. Białko zawarte w diecie zwiększa wydzielanie hormonów jelitowych, które regulują po posiłkowej wydzielanie insuliny przez komórki  $\delta$  wysp trzustkowych, zwiększając odczucie sytości. Opóźnia również opróżnianie żołądka i zmniejsza motorykę przewodu pokarmowego. Peptydy powstające z trawienia produktów bogatobiałkowych zwiększają ilość receptorów i wrażliwość mózgu na leptynę, a wzrost stężenia aminokwasów we krwi i zwiększona termogeneza po posiłkowej hamuje ośrodek głodu i pobudza ośrodek sytości w podwzgórzu. Białko diety korzystnie wpływa na metabolizm obwodowy. Zmniejsza stężenie i oporność insulinową oraz leptynową bez wzrostu stężenia greliny na czczo oraz wzrasta stężenie glukagonu, czego efektem jest wzrost glukoneogenezy, lipolizy i termogenezy oraz spadek syntezy VLDL (*very low-density lipoprotein*) w wątrobie i lipogenezy w tkance tłuszczowej. Dieta bogatobiałkowa i nisko kaloryczna stosowana przez 75 dni u chorych z niealkoholową chorobą tłuszczową wątroby powodowała wzrost HDL ( $P < 0.05$ ) oraz spadek poziomów LDL, VLDL cholesterolu, triglicerydów oraz aktywności enzymów wątrobowych ( $P < 0.05$ ).

Obok wspomnianych zalet należy podkreślić niekorzystne zmiany występujące u osób stosujących powyższą dietę. Spożywanie diet bogatobiałkowych przez długi czas może prowadzić do zwiększenia filtracji kłębuszkowej i do nadciśnienia wewnątrz kłębuszkowego. W następstwie rozpadu puryn istotnie wzrasta stężenie kwasu moczowego w surowicy krwi, co powoduje zaostrzenia objawów choroby mocznicowej, progresję dynamiki tworzenia się blaszek miażdżycowych w tętnicach oraz zwiększenia ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego. Często

też u osób spożywających dietę wysokobiałkową notuje się niedobory błonnika, witamin A, E, D, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, folianów, Mg oraz wzrost stężenia sodu i fosforu w krwi. Ze względu na brak wieloletnich obserwacji pozwalających ocenić skuteczność i bezpieczeństwo wspomnianych diet oraz niejednoznaczne wyniki badań klinicznych nie należy ich rekomendować jako diety redukcyjnej pełnowartościowej. W opublikowanym raporcie *Dietary Guidelines for Americans 2010* eksperci są zdania, że diety zawierające powyżej 35% białka i poniżej 45% węglowodanów nie są bardziej efektywne niż diety z kontrolowaną wartością energetyczną, mogą pogarszać stan zdrowia, a zatem nie są rekomendowane w odchudzaniu.

Dieta Dunkana stosowana u 51 kobiet powodowała po 8–10 tygodniach redukcję masy ciała o 15 kg. Kobiety biorące udział w badaniu spożywały nadmierną ilość białka, szczególnie pochodzenia zwierzęcego, w stosunku do zalecanych norm żywieniowych. Zawartość węglowodanów w racjach pokarmowych była niska i wynikała z małej podaży warzyw i owoców. Wśród ocenianych składników mineralnych stwierdzono małe spożycie potasu, witaminy C, folianów i żelaza. Długotrwałe stosowanie tej diety może zwiększyć ryzyko zdrowotne związane z wystąpieniem chorób nerek i wątroby, osteoporozy oraz chorób sercowo-naczyniowych. U 42-letniej kobiety obserwowano kwasicę ketonową połączoną z 10. godzinnym okresem uporczywych nudności i wymiotów po dwóch dniach stosowania diety Dunkana.

### **Dieta wysokotłuszczowa (dieta Kwaśniewskiego, optymalna)**

To kolejna dieta zaliczana do grupy diet niskowęglowodanowych, ale i zarazem wysokotłuszczowych. Blisko jej zatem do diety Atkinsa, lecz zawiera więcej restrykcji w stosunku do konsumpcji warzyw czy owoców. Autorem optymalnego sposobu żywienia jest lekarz specjalizujący się w medycynie fizykalnej Jan Kwaśniewski. Dieta Kwaśniewskiego oparta jest na proporcjach: na 1 g białka przypada ok. 3–3,5 g tłuszczu i zaledwie 0,5–0,8 g węglowodanów. Stosunek taki uzyskuje się jedząc tłuste produkty zwierzęce, głównie mięso, jaja, słoninę, a ograniczając węglowodany w tym warzywa oraz owoce i cukier, które wg Kwaśniewskiego są przyczyną tycia. Codzienna porcja mięsa to ok. 100–200 g. Jeżeli spożywane jest chude mięso, to należy dodać do niego tłuszcz, np. drób + boczek + golonkę. W ciągu dnia wolno dostarczyć tylko 50 g węglowodanów. Żeby zachować tę zasadę, można zjeść zaledwie 300 g warzyw lub mało słodkich owoców (ze względu na dużą zawartość węglowodanów prostych niewskazane są banany, gruszki, jabłka, winogrona). Z tego samego powodu należy zrezygnować z pieczywa i potraw mącznych. Produkty zalecane w diecie to: smalec, masło, boczek, słonina, jaja kurze, przede wszystkim tłuste sery żółte i białe, podroby, galarety mięsne, tłuste sosy, mięso – najlepiej tłusta wie-

przowina, wędliny podrobowe – salcesony, pasztety, tłuste ryby (łosoś, halibut), tłusty drób (gęś, kaczka), majonez, pełne mleko, śmietana, smażenie na smalcu, napoje bez cukru. Produkty niewskazane: cukier i słodczyce, miód, owoce i ich przetwory, ryż i kasze, chleb oraz inne pieczywo, potrawy z mąki (makaron, kluski, ciasta), ziemniaki, rośliny strączkowe, słodkie napoje.

Wiele instytucji naukowych i dietetyków uznało dietę Kwaśniewskiego jako szkodliwą dla zdrowia gdyż składa się z produktów oficjalnie uznanych za powodujących choroby cywilizacyjne: otyłość, miażdżycę, cukrzycę typu 2 i nowotwory. Sam twórca diety odpiera zarzuty, argumentując, że konwencjonalna medycyna jest nieskuteczna w leczeniu i zapobieganiu chorobom cywilizacyjnym. Twierdzi, że w jego diecie organizm otrzymuje z tłuszczów dużo potrzebnej mu energii, co umożliwia kierowanie białka jako budulca do uszkodzonych tkanek oraz organów. Podaje przykład, iż w okresie do trzech miesięcy stosowania tej metody żywienia przy cukrzycy organizm jest w stanie wyleczyć się sam, bez konieczności przyjmowania leków. Osoby, które stosują w swoim codziennym życiu żywienie optymalne są odporne na zmęczenie i stres, aktywne fizycznie, pogodne i pozytywnie nastawione do rzeczywistości, a nawet łatwiej pozbywają się nałogów. Wśród osób stosujących dietę optymalną Kwaśniewskiego, zdecydowanie częściej niż u osób jej nie stosujących, stężenia glukozy we krwi (według opinii ankietowanych) zaczęły się obniżać. W grupie tej co trzecia osoba zadeklarowała, że „cukrzyca praktycznie zniknęła”, a u 2/3 tych osób wystąpiła zdecydowana poprawa. Optymalny sposób żywienia powoduje wzrost poziomu cholesterolu całkowitego oraz cholesterolu we frakcji LDL. Dieta Kwaśniewskiego zawiera małe ilości witamin z grupy B i witaminy C oraz biopierwiastków – potasu, wapnia i magnezu. Taki sposób odżywiania jest szczególnie niebezpieczny u osób otyłych, bo u ludzi z nadwagą częściej może dochodzić do wzrostu stężenia homocysteiny w krwi. Homocysteina nasila procesy trombogenezy, a więc powstawania zakrzepów krwi w naczyniach krwionośnych. Analiza diety optymalnej jaką przeprowadzili pracownicy z Zakładu Higieny i Epidemiologii AM w Białymstoku oraz Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie wskazuje, że dieta ta nie zapewnia podaży wielu składników odżywczych zgodnie z przyjętymi normami. Zawiera zbyt dużo cholesterolu – średnio 2016,6 mg/24 h (norma do 300mg/24h) i jest bardzo uboga w węglowodany (średnio – 68 g). Ilość niektórych witamin i składników mineralnych niebezpiecznie przekracza zalecane normy (szczególnie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach, zwłaszcza witaminy A oraz sodu, fosforu i żelaza); natomiast ilości szeregu innych biopierwiastków nie są w stanie pokryć dziennego zapotrzebowania organizmu (witamin: C i B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub> i PP oraz potasu, wapnia, magnezu i miedzi).

Wnioski z samooceny stanu zdrowia 231 osób, które stosowało dietę optymalną:

- jednorazowa aktywność fizyczna u osób stosujących tzw. dietę optymalną była dłuższa niż u osób niestosujących tej diety;
- osoby stosujące dietę optymalną potrzebowały mniej snu na dobę;
- osoby stosujące tzw. dietę optymalną pozbywają się nadwagi, a często schorzeń i różnych dolegliwości;
- według opinii osób stosujących dietę optymalną można wyleczyć się z cukrzycy. Ponad połowa badanych, przestrzegająca zasad żywienia optymalnego uważa, że wyleczyła się z cukrzycy, natomiast nie udało się to (wg samooceny) żadnej osobie, która nie stosowała tej diety;
- chorzy na cukrzycę, którzy nie stosują tzw. diety optymalnej, częściej niż stosujący tzw. dietę optymalną przyznają, że odczuwają osłabienie, oraz inne dolegliwości: bóle i zawroty głowy, wzmożone uczucie głodu, niż stosujący tę dietę.

## Diety ketogenne

Dieta ketogenna jest stosowana w leczeniu otyłości oraz padaczki od ponad 80 lat. Polega ona na ograniczeniu ilości kalorii oraz drastycznej zmianie proporcji spożywanych węglowodanów, białek i tłuszczów. Dieta ketogenna składa się z 80–90% tłuszczów oraz 10–20% węglowodanów i białek. Mimo bezspornej terapeutycznej skuteczności w padaczce, mechanizm działania diety ketogennej nie został do końca wyjaśniony. Kwas gamma-aminomasłowy (GABA) jest głównym neuroprzekaźnikiem hamującym. Same ciała ketonowe nie oddziałują na receptor GABA tylko zwiększają jego synaptosomalną aktywność. Najnowsze dane kliniczne oraz eksperymentalne sugerują, że dieta ketogenna może być użyteczna w modyfikowaniu przebiegu chorób związanych z neurodegeneracją centralnego układu nerwowego (np. choroby Alzheimera i Parkinsona oraz stwardnienia bocznego zanikowego). Dieta ta zwiększa liczbę kapilar mózgowych oraz ilość transporterów glukozy (GLUT-1) i monowęglowodanów (MCT-1). Za pośrednictwem tych ostatnich S-hydroksymasłań oraz acetoctan przenikają barierę krew-mózg. Powyższe zmiany sprawiają, że zwiększa się dostępność substancji energetycznych do neuronów. Diety ketogenne zostały opracowane tak, aby naśladować efekty postu, który wiąże się z obniżeniem poziomu krążącej glukozy, insuliny i leptyny, podczas gdy stężenie glukagonu i kortyzonu jest wysokie, zapewniając środowisko sprzyjające generacji ciał ketonowych w wątrobie.

Wyróżnia się różne rodzaje diet ketogennych:

- klasyczną,
- zawierającą średniołańcuchowe kwasy tłuszczowe (MCT) oraz



- mieszaną (klasyczną z dodatkiem MCT), która ma zapobiegać podwyższeniu cholesterolu.

Poprzez dodanie MCT można spożywać większe ilości węglowodanów i białek, a mniej tłuszczów, utrzymując przy tym ketozę na tym samym poziomie, jak podczas stosowania klasycznej diety ketogenicznej. Duże spożycie tłuszczów sprzyja zwiększonemu wydalaniu ciał ketonowych, dlatego przy stosowaniu diety bogatej w tłuszcz ketonemia i ketonuria przebiegają łagodnie. W trakcie postu metabolizm tkanki mózgowej może ulec zmianie tak, że ciała ketonowe będą wykorzystywane jako preferencyjne źródło energii w stosunku do glukozy.

Klasyczna dieta ketogeniczna opracowana przez Wilder'a w 1921 r. ogranicza kalorie do minimum wymaganego przy wzroście. Dostarcza 75% energii w odniesieniu do norm, 75–90% energii pochodzi z tłuszczów, nato-

miast źródłem pozostałej ilości energii są białka i węglowodany, co stanowi łącznie ok. 10% energii (ok. 7% energii z białek i 3% z węglowodanów). Posiłki planowane są indywidualnie dla każdego pacjenta. Stosunek zawartości tłuszczów do zawartości węglowodanów i białek wynosi 3:1 bądź 4:1. Im wyższa proporcja tym dieta jest bardziej restrykcyjna i skuteczniejsza. Szereg badań dowiodło, że, w przypadku lekoopornej padaczki zastosowanie diety ketogenicznej było skuteczne. U około 50–80% dzieci żywionych dietą ketogeniczną zmniejszyła się aktywność napadów, a 33% dzieci leczonych tą dietą całkowicie jest wolnych od ataków choroby.

*Prof. Paulin MOSZCZYŃSKI,  
Anna MOSZCZYŃSKA-SERAFIN*

Piśmiennictwo – 20 pozycji u Autorów.

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie nr 1/17)

## TAPENTADOL

### CO POWINNIŚMY WIEDZIEĆ O NOWYM LEKU PRZECIWBÓLOWYM Z GRUPY OPIOIDÓW Z III SZCZEBŁA DRABINY ANALGETYCZNEJ

Tapentadol to pierwszy przedstawiciel nowej klasy leków przeciwbólowych, działających ośrodkowo, określanej jako MOR-NRI. Jest agonistą receptora opioidowego  $\mu$  (MOR) oraz inhibitorem wychwytu zwrotnego noradrenaliny. Nie jest racematem, czyli połączeniem dwóch substancji, tylko jedną substancją o dwóch mechanizmach działania. W przeciwieństwie do tramadolu nie wywiera znaczącego klinicznie wpływu na wychwyt zwrotny serotoniny (stężenie noradrenaliny w szczelinie synaptycznej wzrasta o ponad 450%, a serotoniny tylko o 130%). Śladowy wpływ na układ serotoninowy sprawia, że ryzyko rozwoju zespołu serotoninowego w przypadku łączenia preparatu z lekami działającymi w mechanizmie serotoninowym jest niewielkie. Lek ten, mimo bardzo niskiego powinowactwa z receptorami opioidowymi (50 razy mniejszego niż powinowactwo morfiny), dzięki podwójnemu mechanizmowi działania wykazuje silny efekt przeciwbólowy (tylko dwu-, trzykrotnie słabszy niż daje morfina). W badaniach klinicznych tapentadol wykazuje działanie przeciwbólne zarówno w bólu ostrym (pooperacyjnym, pourazowym), jak i przewlekłym o różnym pochodzeniu (somatycznym, trzewnym i neuropatycznym). W bólu ostrym lek wykazuje silniejsze działanie opioidowe. W przewlekłym przeważa mechanizm noradrenergiczny, co czyni preparat szczególnie przydatnym w leczeniu bólu neuropatycznego oraz bólu w narządzie ruchu, który poza bólem nocycyptywnym – zapalnym, ma również komponent neuropatyczny (choroba zwyrodnieniowa stawów – OA, przewlekły ból dolnego odcinka kręgosłupa – LBP). Rośnie również liczba badań nad skutecznością i bezpieczeństwem sto-

sowania tapentadolu w bólu towarzyszącym chorobie nowotworowej.

Niskie powinowactwo tapentadolu z receptorem opioidowym poprawia bezpieczeństwo stosowania leku: mniejsze jest ryzyko rozwoju depresji oddechowej, tolerancji i uzależnienia, a przede wszystkim działań niepożądanych, zwłaszcza reakcji przewodu pokarmowego (nudności, wymiotów, zaparć). Lek cechuje również niższy procent rezygnacji z przewlekłej terapii opioidami.

Tapentadol metabolizowany jest głównie w wątrobie, w procesie glukuronidacji – sprzęgania z kwasem glukuronowym do nieaktywnych metabolitów (brak ryzyka kumulacji), a w niewielkim stopniu przez układ enzymów wątrobowych, dlatego jego przyjmowanie zmniejsza ryzyko interakcji z lekami metabolizowanymi przez układ cytochromu P-450. Może być stosowany u chorych z łagodną niewydolnością wątroby (w zredukowanej dawce). W 99% jest eliminowany drogą nerkową, w 1% usuwany z kałem.

Tapentadol zaczyna działać szybko. Maksymalne stężenie (C-max) w przypadku pojedynczej dawki uzyskuje się w ciągu 1–2 godzin po podaniu preparatu o natychmiastowym uwalnianiu i po 3–6 godzinach po podaniu preparatu o kontrolowanym uwalnianiu. Lek wchłania się liniowo. Biodostępność po podaniu doustnym jest porównywalna z charakteryzującą morfina (32%). Tapentadol w niskim procencie (20%) wiąże się z białkami krwi (niski potencjał interakcji). Okres półtrwania w surowicy krwi wynosi 4–5 godzin. Lek w krótkim czasie (25–30 godzin) osiąga stan równowagi między stężeniem w surowicy krwi a stężeniem w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Tapentadol przyniesie ulgę:

- choremu z bólem o składowej neuropatycznej [obwodowy ból neuropatyczny (neuralgia popółpaścowa, neuropatia cukrzycowa)], choremu z bólem neuropatycznym towarzyszącym chorobie nowotworowej (naciek na struktury obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego, polineuropatia po chemio- i radioterapii, przerzuty do kości), z bólem w narządzie ruchu (OA, LBP),
- choremu nietolerującemu innych opioidów,
- choremu na nowotwór w trakcie leczenia onkologicznego (brak interakcji z lekami przeciwnowotworowymi),
- choremu z przewidywanym długim okresem leczenia (tapentadol zyskuje z czasem terapii – wolniej rozwija się tolerancja i niższy procent pacjentów rezygnuje z terapii z powodu działań niepożądanych),
- choremu na nowotwór w okresie remisji i ozdrowieńcowi.

Tapentadol jest lekiem zarejestrowanym w Polsce od 2011 r. Tabletki o szybkim czasie uwalniania, po 50, 75 i 100 mg, do stosowania co 4–6 godzin (maks. 600 mg

na dobę) są jeszcze w Polsce niedostępne. W sprzedaży jest tylko lek o kontrolowanym uwalnianiu (w postaci tabletek po 50, 100, 150, 200 i 250 mg w opakowaniach po 60). Maksymalna zalecana dawka preparatu o kontrolowanym uwalnianiu wynosi 500 mg na dobę.

Wskazaniem do stosowania tapentadolu o kontrolowanym uwalnianiu zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego jest leczenie bólu przewlekłego o dużym natężeniu u osób powyżej 18. roku życia, który może być właściwie opanowany jedynie po zastosowaniu opioidowych leków przeciwbólowych. Lek objęty jest refundacją w leczeniu przewlekłego bólu o dużym natężeniu w przebiegu chorób nowotworowych u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub kontrolowanym uwalnianiu i/ lub nietolerujących morfiny.

Piśmiennictwo u autorki.

*Małgorzata MALEC-MILEWSKA  
Klinika Anestezjologii i Intensywnej  
Terapii CMKP, Warszawa*

(przedruk z „Pulsu” 8-9/17)

## ZWIĘKSZONA AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA SENIORÓW – ZA I PRZECIW

Starsi ludzie narzekają na zanikającą z biegiem lat sprawność fizyczną i siłę, pojawia się u nich wielochorobowość, przestają być samodzielni oraz borykają się z wieloma problemami natury psychicznej.

Zasadniczym celem działań promujących zdrowie wśród ludzi starszych jest poprawa jakości ich życia, o której często decyduje poziom sprawności i niezależności, poczucia własnej wartości oraz stopień izolacji w środowisku społecznym.

Wytyczne dotyczące promocji zdrowia w przypadku ludzi w wieku podeszłym, sformułowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), są następujące:

- Zapobieganie zaburzeniom fizycznym, psychicznym i jatrogennym lub ich łagodzenie.
- Przedłużanie okresu aktywności i niezależnego, samodzielnego życia.
- Zapewnienie takiego systemu opieki dla ludzi w wieku podeszłym, który umożliwiałby zachowanie autonomii jednostki, jej niezależność i gwarantował odpowiednią jakość życia.
- Rezygnowanie ze stosowania różnych form opieki instytucjonalnej na rzecz opieki domowej.
- Zmniejszanie stresu pacjenta w przypadku choroby terminalnej.
- Opóźnianie konieczności stosowania różnego rodzaju świadczeń medyczno-opiekuńczych.

### Starzenie zwyczajne czy patologiczne

Ludzie starzy nie stanowią homogenicznej grupy ludności, zarówno pod względem zaawansowania procesów starzenia, jak i sprawności biologicznej oraz psychicznej. Zbytнім uproszczeniem jest traktowanie populacji osób starszych jako osób powyżej 60. lub 65. r.ż. (60+, 65+). Najogólniejszego podziału z punktu widzenia gerontologii można dokonać, przyjmując dwie grupy wiekowe: jedną do 75. r.ż. – wczesna starość, drugą po 75. r.ż. – późna starość.

Proces starzenia się człowieka jest niewątpliwie uzależniony od jego stylu życia. Dość zaawansowany etap starzenia się czasami prezentują ludzie już w wieku 40 lat, natomiast inni w wieku 70–80 lat nie przejawiają tych objawów i są aktywni fizycznie. Dynamika zmian starczych jest też w dużym stopniu uwarunkowana genetycznie, a także chorobowo. Tylko 10% populacji doświadcza starzenia się zwyczajnego, pozostałe 90% starzeje się patologicznie, tracąc sprawność w życiu codziennym.

Z wiekiem następują zmiany fizjologiczne i patofizjologiczne obniżające naturalne możliwości organizmu do regeneracji oraz powodujące osłabienie zdolności adaptacyjnych organizmu na działający bodziec, co wpływa istotnie na zmniejszenie wielkości różnych wskaźników fizjologicznych (obniżenie wysokości ciała, zmniejszenie masy i siły mięśniowej oraz zwiększenie zawartości tkanki tłuszczowej). Proces intensywnego odkładania się



tkanki tłuszczowej u kobiet, szczególnie w okolicy bioder, pośladków i ud, rozpoczyna się już pomiędzy 40. a 60. r.ż., jako wynik złych nawyków żywieniowych, leczenia hormonalnego oraz niskiego poziomu aktywności fizycznej. Masa ciała kobiet zwiększa się w wieku 60–69 lat, a następnie od 70. r.ż. obniża się i osiąga wartość zbliżoną do tej w wieku 40–49 lat.

Największa skłonność do tycia u mężczyzn występuje w średnim wieku, a obniża się w wieku 65–84 lat i dotyczy ok. 26% płci męskiej. Pierwsze obniżenie masy ciała u mężczyzn ma miejsce w wieku 40–59 lat i wiąże się z utratą tkanki mięśniowej, następnie masa ciała wzrasta (do 60.–69. r.ż.) w wyniku wzrostu tkanki tłuszczowej (*sarcopenic obesity*) i obniża się wyraźnie po 70. r.ż. Zmiany polegające na obniżaniu masy ciała z wiekiem są bardzo istotne, większe u mężczyzn i mniejsze u kobiet. Mężczyźni w wieku 40–49 lat średnio ważą o 6,5 kg więcej od kobiet, w późnej starości o 1,2 kg mniej. Jedną z przyczyn zmniejszenia się masy ciała jest utrata wody (większa u mężczyzn), która szacowana jest na 38% ogólnej jej zawartości. Zmniejsza się także zawartość składników mineralnych kości, zmianie ulegają właściwości układu krążenia, pojawiają się przejściowa hipotonia oraz systematyczna hipertonia, zmniejsza się aktywność enzymów w procesach tlenowych i beztlenowych.

Wraz z wiekiem następują zmiany w układzie oddechowym, zmniejsza się pojemność życiowa płuc, obniżeniu ulega podstawowa przemiana materii, pojawia się coraz większe zeszywnienie tkanki łącznej z nasilającymi się bólami stawów. Dochodzi do utraty masy mięśniowej (na poziomie nawet 1% rocznie), a także siły, mocy i szybkości. Po przekroczeniu 50. r.ż. masa mięśniowa zmniejsza się średnio o około 6% na każdą dekadę, natomiast korelująca z nią siła mięśniowa maleje pomiędzy 50. a 60. r.ż. w tempie 1,5% rocznie, a po 60. r.ż. spada średnio o 3% na rok. Wydolność układów: oddechowego, krwionośnego, moczowego, nerwowego, funkcji wątroby oraz narządów zmysłu spada równolegle ze spadkiem siły mięśniowej. Nałóg palenia papierosów może być przyczyną przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) i chorób układu sercowo-naczyniowego.

## Groźna sarkopenia

Jeśli osoby starsze nie są aktywne fizycznie lub nie zgromadziły odpowiednich zasobów siły w młodszym wieku poprzez aktywność fizyczną i ćwiczenia, utrata siły mięśniowej związana z wiekiem może być przyczyną ograniczenia sprawności fizycznej. Zmniejszenie masy mięśni szkieletowych ze współwystępującym osłabieniem mięśniowym albo obniżoną sprawnością fizyczną nosi nazwę sarkopenii. Zespół sarkopeniczny opracowany został przez Europejską Grupę Roboczą ds. Sarkopenii u Starszych Osób (EWGSOE *The European Working Group on Sarcopenia in Older People*).

Wyróżnia się sarkopenię pierwotną, pojawiającą się wraz z wiekiem, oraz sarkopenię wtórną z pogłębionymi objawami, do których przyczyniają się niewłaściwa dieta i styl życia (obniżona aktywność fizyczna, niektóre choroby i przyjmowane leki). Częstość sarkopenii definiowanej zgodnie z EWGSOE wynosi około 10% w populacji osób między 60. a 70. r.ż., a u osób powyżej 80. r.ż. nawet ponad 50%. U seniorów z zespołem sarkopenicznym oprócz osłabienia mięśni występuje niska wytrzymałość na wysiłek, pojawia się szybko zmęczenie, obserwowane są zaburzenia równowagi i koordynacji ruchowej. Upośledzenia w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego, który wpływa na mobilność, uznaje się za bezpośredni czynnik zespołu słabości osób starszych (*frailty syndrome*).

Fried i inni (2001) zaproponowali kryteria zespołu słabości jako zespołu klinicznego. Jest to:

- niezamierzony spadek wagi ciała o ok. 4,5 kg w poprzednim roku,
- zgłaszanie przez pacjenta wyczerpania (trzy lub więcej dni w tygodniu),
- słabość mięśni (siła uścisku niższa niż 20% < 10 kg dla kobiet < 14,5 kg dla mężczyzn),
- niższe o 20% tempo chodzenia (< 0,8 m/s),
- niski poziom aktywności (kcal/ tydzień – najniższe 20%: 270 kcal dla kobiet, 383 dla mężczyzn; jest to równoważne spokojnemu siedzeniu lub leżeniu w łóżku przez większą część dnia).

Osoba, która spełnia jedno lub dwa kryteria, jest zagrożona zespołem słabości. Jeśli spełnia trzy z pięciu kryteriów, ma zespół słabości.

Wysoki poziom sprawności fizycznej starszych sportowców dowodzi, że starzenie się nie jest automatycznym przejściem w zespół słabości. Ciągły, wysoki poziom aktywności fizycznej jest warunkiem utrzymania dobrej jakości życia i „*umierania młodo w bardzo późnym wieku*”.

Wynikiem braku lub obniżenia biologicznie zaprogramowanej dziennej dawki ruchu jest pojawienie się nadwagi i otyłości oraz dużej liczby chorób cywilizacyjnych, takich jak:

- zaburzenia krążenia wieńcowego, udary,
- zwiększona podatność na choroby zapalne i zakrzepowe,
- dyslipidemia,
- cukrzyca typu 2.

Niski poziom wydolności związany z siedzącym trybem życia stanowi m.in. główne czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej mięśnia sercowego, a choroby sercowo-naczyniowe są częstą przyczyną zgonów wśród osób starszych.

## Jak mądrze ćwiczyć

Aktywność fizyczna seniora umożliwia osiągnięcie wyznaczonych celów, ułatwia utrzymywanie kontaktów społecznych, jest warunkiem w kształceniu ustawicznym, umożliwia ogólnie dobrą adaptację w środowisku. Aktywność fizyczna jest tak istotna dla zdrowia i funkcjonowania, że Lees i Booth (2004) wprowadzili termin tzw. zespołu siedzącej śmierci (*sedentary death syndrome*), w celu podkreślenia szkodliwych skutków bezczynności. Wiodącą rolę aktywności fizycznej przedstawiono w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonalności wg WHO (ICF – *International Classification of Functioning, Disability and Health*, 2001). Przedstawiona tam koncepcja rozpatruje funkcjonowanie jednostki pod względem funkcji i struktury organizmu (ewentualnych zaburzeń/uszkodzeń), czynności wykonywanych w życiu codziennym (utrudnień) i uczestnictwa w życiu społecznym (ograniczeń). Aktywność fizyczna ma zastosowanie rekreacyjne (czynne spędzanie czasu), prewencyjne (dla osób z wysokim ryzykiem chorób przewlekłych) oraz leczniczo-rehabilitacyjne (po ostrym incydencie chorobowym bądź w celu zminimalizowania objawów zaawansowanej choroby).

Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie aktywności fizycznej seniorów są następujące:

Stosowanie przynajmniej 150-minutowej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności tygodniowo lub 75-minutowej o znacznej intensywności tygodniowo. Alternatywnie może być to połączenie ćwiczeń umiarkowanych i energicznych. Zalecane są ćwiczenia regularne (jeśli to możliwe, codziennie).

Wskazane jest, aby wysiłek poprawiający wydolność oddechową wykonywany był w przynajmniej 10-minutowych odcinkach czasowych.

W celu zwiększenia korzyści zdrowotnych należy zwiększyć czas trwania umiarkowanego wysiłku do 300 minut na tydzień lub poświęcać 150 minut tygodniowo na znaczny wysiłek fizyczny. Alternatywnie może to być połączenie treningu umiarkowanego i znacznego.

Ćwiczenia wzmacniające mięśnie, angażujące główne grupy mięśniowe, powinny być wykonywane dwa lub więcej razy w tygodniu.

W przypadku słabszego poruszania się zaleca się stosowanie trzy lub więcej razy w tygodniu ćwiczeń wzmacniających, które wpływają na równowagę i zapobiegają upadkom.

Jeżeli stan zdrowia nie pozwala zastosować zalecanej dawki aktywności fizycznej, należy pozostać aktywnym na tyle, na ile jest to możliwe.

Aktywność fizyczna może być realizowana indywidualnie lub w grupie pod nadzorem lub bez nadzoru.

Trening zdrowotny może przynosić różne (odmienne) korzyści, np. trening rozciągający, siłowy, sensomotoryczny, trening z oporem.

Zalecane są proste i średnio zaawansowane formy aktywności fizycznej (marsz, nornic walking, bungy-pump, taniec, pływanie, jazda na rowerze, ćwiczenia na krześle lub na łóżku).

Zabawa jest preferowaną formą zajęć – dająca przyjemność z wykonywanych ćwiczeń.

Ważnym atrybutem treningu zdrowotnego osób starszych jest bezpieczna intensywność ćwiczeń. Składowe obciążenia występujące w treningu zdrowotnym seniorów różnią się zasadniczo od obciążeń treningu sportowego, bowiem u osób starszych dynamika wzrostu korzystnych efektów jest większa przy małych obciążeniach.

## Korzystne zasady

Brak umiaru i niewłaściwe stosowanie ćwiczeń fizycznych mogą być jednak szkodliwe dla organizmu. Aktywność fizyczna w większości przypadków jest wskazana i korzystna, ale nie można zapominać, że nadmierny wysiłek, szczególnie intensywny, może być także przyczyną pewnych powikłań zdrowotnych. Należy zatem stosować się do zaleceń i przestrzegać zasad wykonywania ćwiczeń fizycznych.

Ćwiczenia są najpotężniejszą interwencją dla zachowania dobrego samopoczucia, środkiem naprawczym uszkodzenia oraz powodują pobudzenie funkcji w każdej grupie wiekowej, szczególnie u osób starszych.

**Ćwiczenia aerobowe** mają zastosowanie dla pacjentów, którzy nie mogą kontynuować czynności przez pożądany czas z powodu obniżonej wydolności układu krążenia i uskarżają się na zmęczenie przy zaleconym poziomie aktywności. Ograniczeniem stosowania ćwiczeń aerobowych może być ból stawów lub słabość mięśni. W tym przypadku należy wykonać ćwiczenia wzmacniające przed przystąpieniem do ćwiczeń aerobowych. U osób z chorobą niedokrwienną serca lub z oznakami ryzyka choroby wieńcowej trzeba rutynowo wykonywać pomiary ciśnienia tętniczego krwi i tętna. Przy tętnie spoczynkowym > 100/min, ciśnieniu tętniczym skurczowym 200 mmHg i rozkurczowym > 120 mmHg należy bezwzględnie zakazać wykonywania ćwiczeń aerobowych. Uwagę należy również zwrócić na pacjentów przyjmujących leki ( $\beta$ -adrenolityczne, które obniżają siłę skurczu mięśnia sercowego i tętna w sztuczny sposób, utrzymując tętno na niskim poziomie podczas wykonywania ćwiczeń).

Dr Małgorzata KAWA

Adiunkt w Zakładzie Fizykoterapii i Odnowy Biologicznej  
Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu  
im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku

\* \* \*

W powszechnym odczuciu aktywność fizyczna osób starszych, zwłaszcza po 65. r.ż., jest często kojarzona z działalnością rehabilitacyjną. Jednak osoby starsze, mające z reguły kilka chorób przewlekłych i niebędące ob-



łożnie chore, chcą aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym i być w miarę sprawne pod względem fizycznym. Oczywiście inne preferencje co do aktywności fizycznej czy rekreacyjnej mają seniorzy o przeszłości sportowej, a inne osoby mniej usportowane. Z uwagi na duże różnice występujące między wiekiem kalendarzowym a wiekiem biologicznym, a także w związku z przebytymi czy istniejącymi chorobami, obserwujemy duże zróżnicowanie kondycji psychofizycznej. Poza tym w tej populacji seniorów istnieje szereg ograniczeń medycznych, funkcjonalnych, psychicznych i społecznych.

W przypadku osób o niskiej kondycji zdrowotnej często występuje zespół słabości (*frailty syndrome*), szczególnie zagrożony ryzykiem załamania homeostazy ustroju w przypadku nieodpowiednich obciążeń zewnętrznych. Na przeciwnym biegunie znajdują się osoby uważane za krzepkie i silne (*robustmen*), które dorównują pod względem sprawności i kondycji o wiele młodszymi osobom. Na przykład John Glenn był ponownie w Kosmosie w wie-

ku 77 lat. Powyższe różnice sprawiają, że nie ma jednej recepty na zalecaną aktywność fizyczną czy rekreacyjno-sportową. W Polsce różnorodne formy ćwiczeń zdrowotno-kondycyjnych dla osób starszych oferują uniwersytety trzeciego wieku, kluby seniora, sanatoria, ośrodki lub gabinety wellness spa antiaging. Poza tym wiele osób stosuje indywidualnie codzienną gimnastykę poranną, długie spacerowanie bądź regularnie pływa. Dlatego ćwiczący nie są pacjentami, lecz ćwiczą z własnej woli dla zdrowia, kondycji i dobrego samopoczucia. Większość uczelni wychowania fizycznego kształci instruktorów aktywności fizycznej osób starszych. Powstało także wiele specjalistycznych programów aktywności fizycznej seniorów, możliwych do stosowania grupowego lub w postaci ćwiczeń indywidualnych.

Prof. dr hab. med. Krzysztof KLUKOWSKI

Wydział Fizjoterapii

Olsztyńska Szkoła Wyższa im. J. Rusieckiego

(przedruk z „Medical Tribune” nr 2/17)

## ETYKA

# PRZYSIĘGA HIPOKRATESA

Od przysięgi dla Apollina do wdzięczności dla moich Mistrzów – rozważania na temat zmian w przysiędze lekarskiej

Symbolicznym końcem studiów medycznych i jednocześnie początkiem drogi zawodowej lekarza w Polsce jest złożenie przysięgi Hipokratesa. Stanowi ono swoisty zbiór wartości etycznych, którym powinni kierować się medycy. Jej treść i zakres od długiego czasu wzbudza jednak liczne kontrowersje, począwszy od wątpliwości związanych z jej rzeczywistym autorem, poprzez treść, a kończąc na aktualności. Powstaje zatem pytanie, czym w istocie jest dziś przysięga Hipokratesa i jakie jest jej praktyczne znaczenie z punktu widzenia etyki i moralności wykonywania zawodu lekarza? Zagadnienie to jest bardzo szerokie i wbrew powszechnemu utożsamianiu go jedynie z medycyną, ma wymiar silnie interdyscyplinarny. Nie sposób bowiem rozważać owo zagadnienie w oderwaniu od etyki, moralności, a także nauki prawa. Poniższy tekst stanowi jedynie przyczynek do głębszych refleksji związanych z przysięgą Hipokratesa, które każdy z przedstawicieli zawodów medycznych może rozważyć we własnym zakresie.

### Hipokrates jako autor przysięgi?

Hipokrates jest uważany za ojca medycyny, a także, co równie ważne, za ojca etyki medycznej. Urodził się na greckiej wyspie Kos ok. 460 r. p.n.e. Był potom-

kiem rodu Asklepiadów, którzy dbali o tamtejszą świątynię Asklepiosa. Jego pochodzenie ma kluczowe znaczenie dla wyboru dalszej drogi życiowej. Asklepiadzi byli bowiem pierwotnie uznawani za potomków boga Asklepiosa, a następnie pełnili rolę jego wyznawców i kapłanów. W rzeczywistości był to jednak ród lekarski, który swoją wiedzę i doświadczenie przekazywał kolejnym pokoleniom. Nie dziwi zatem fakt, że Hipokrates w miejscu swego urodzenia założył pierwszą szkołę medyczną, w rozwoju, której pomagali jego bliscy – w szczególności synowie Drakon i Thessalos, a także zięć Polibos.

Hipokratesowi przypisywane jest autorstwo około 60 pism, które zbiorczo zawarte zostały w *Corpus Hippocraticum* (Korpusie Hipokratejskim). Historycy nie są jednak zgodni co do tego, czy wszystkie wyszły spod pióra Hipokratesa. Ich dokładna analiza wskazuje bowiem, że pierwsze zawarte w nim teksty powstały jeszcze przed jego narodzinami, ostatnie zaś datowane są nawet na I w. n.e. Mogą one zatem stanowić zbiór tekstów różnych autorów, przedstawicieli ówczesnych zawodów medycznych z wyspy Kos. Nie zmienia to jednak faktu, że *Corpus Hippocraticum* zawiera w sobie cenne zapiski dawnej praktyki medycznej przedstawicieli hipokratyków.

Jedną z najistotniejszych części *Corpus Hippocraticum* stanowi Przysięga, zawierająca w sobie zbiór uniwersalnych zasad, którymi powinien kierować się lekarz w swojej codziennej praktyce. Jak już wcześniej wskazano, teza jakoby jej autorem był sam Hipokrates, jest podważana. Niekiedy wskazuje się, iż mógł ją napisać egipski lekarz Imhotep ok. 2600 r. p.n.e., a więc za czasów panowania faraona z III dynastii – Dżosera. Fakt, iż Imhotep miał istotny wkład w rozwój etyki lekarskiej, jest niepodważalny. W swoich tekstach wskazywał on bowiem zasady etyki medycznej, które jednocześnie wyznaczały zakres zastosowania ówczesnej sztuki lekarskiej. W samym tekście Przysięgi Hipokratesa można znaleźć również odniesienia do filozofii Pitagorejczyków. Nie można wykluczyć, że z tekstem przysięgi Hipokrates zapoznał się podczas swojej podróży do Egiptu, bądź też zaczerpnął ją od Pitagorejczyków.

Również sama analiza tekstu Przysięgi Hipokratesa może sugerować, że powstała ona jeszcze przed przyjęciem na świat jej domniemanego autora. Jako przykład można wskazać, iż w początkowej części odwołuje się do bóstw „*przysięgam Apollinowi lekarzowi i Asklepiosowi, i Hygei, i Panakei oraz wszystkim bogom, jak też boginiom...*”. Wątpliwości w tym względzie wynikają stąd, że to właśnie Hipokratesowi tradycyjnie przypisuje się odseparowanie medycyny od praktyk religijnych, co przejawiało się upatrywaniem przyczyn chorób nie w działalności bóstw, lecz w fizyczności. Ponadto Przysięga odnosi się do praktyk lekarskich, które w czasach Hipokratesa nie były już zabronione (np. aborcja czy możliwość przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego u osób cierpiących na „kamień”). Są również badania, które poniekąd potwierdzają fakt napisania Przysięgi przez Hipokratesa. Na taką możliwość wskazuje m.in. J. Gula, podważający egipskie korzenie Przysięgi i wprost wskazując, że powstała ona między 420 a 400 r. p.n.e. i wyszła spod pióra Hipokratesa.

Nie da się zatem w jednoznaczny sposób rozstrzygnąć, czy Przysięga rzeczywiście została napisana przez Hipokratesa, czy też została przez niego (lub jego uczniów) jedynie spisana. Nie ma to jednak większego znaczenia praktycznego. Jej rola dla rozwoju współczesnej etyki lekarskiej jest niepodważalna. Ponadto to właśnie dzięki Hipokratesowi jej treść i – co bardziej istotne – wartości w niej wyrażone, stały się powszechnie znanymi wartościami w świecie lekarskim.

### Przrzeczenie lekarskie w judaizmie, islamie i chrześcijaństwie

Przysięga lekarska od czasów, kiedy składali ją pierwsi lekarze, miała swoisty wymiar sakralny. W zależności od wpływów poszczególnych religii można znaleźć różne na nią określenia: *szebuah* u Hebrajczyków, *hor-kos* u Greków czy też *iuramentum* w świecie łacińskim. W każdym przypadku odnosiły się one jednak do pew-

nej zewnętrznej siły, mającej wymiar religijny. Mogło to być zarówno bóstwo, jak też pewien znak religijny czy święte księgi. Tak więc wymierny wpływ na tekst przysięgi składanej przez lekarzy miały kwestie religijne, a tym samym również wyznawane przez określone społeczności, wartości moralne i etyczne.

Judaistyczne podejście do medycyny i leczenia człowieka znajduje swe podstawy na zasadach zawartych w Starym Testamencie i tradycji talmudycznej, co skutkowało podkreśleniem bezpośrednich związków pomiędzy medycyną a religią. Pierwszym znanym żydowskim tekstem przysięgi jest tzw. przysięga Asaph, która powstała ok. III–VIII w. n.e. Bardziej rozpowszechniona jest jednak przysięga zawarta w Kodeksie Mojżesza Majmonidesa z XII w. Jej autorem był żydowski lekarz, który ukształtował ją w formie modlitwy, gdzie bezpośrednio zwraca się do Stwórcy: „*Boże, stworzyłeś ciało człowieka w nieskończonej dobroci...*” i kończy się słowem „amen”. Nie była to zatem klasyczna przysięga, lecz pewien rodzaj praktyki religijnej, który łączył w sobie deklarację określonego postępowania zgodne z wolą Boga, z jednoczesnym wyartykułowaniem etycznych zasad zawodu lekarskiego.

Inne podejście można znaleźć w świecie muzułmańskim. Pierwotnie etos lekarski był ściśle utożsamiany w zasadami Islamu, który jest postrzegany jako swoista odpowiedź na wszelkie przejawy ludzkiej aktywności. Zmieniający się świat i postęp medycyny „wymusiły” jednak na muzułmanach podjęcie prac nad etyką lekarską, dopasowaną do wartości ich świata. Przysięga lekarska została opracowana przez ginekologią Has-ana Hathouta z Uniwersytetu Kuwejckiego w 1985 r. Można w niej znaleźć bezpośrednie odniesienie do Boga: „*Przysięgam na Boga Wszechmogącego: mieć zawsze wzgląd na Boga, wykonując mój zawód [...] być przez cały czas narzędziem boskiego miłosierdzia [...] Niech Bóg będzie świadkiem tej Przysięgi*”. Podkreślono w niej również wiele innych istotnych wartości, takich jak świętość ludzkiego życia, konieczność zachowania ludzkiej godności, tajemnicę lekarską czy też obowiązek nieustannego poszerzania wiedzy. Niemniej wszystkie te elementy są „prześiąknięte” boską wolą i nakierowane częściowo na realizację wartości świata *sacrum*.

Jeżeli chodzi o chrześcijaństwo, to nie wypracowało ono żadnego własnego tekstu przysięgi lekarskiej. Nie oznacza to jednak, że przedstawiciele tej religii pomijali tę kwestię. Początkowo wzór do naśladowania lekarz-chrześcijanin miał znajdować w wartościach wyrażonych w przypowieści o Dobrym Samarytaninie. Nie bez znaczenie jest również fakt, że wartości chrześcijańskiego świata w znacznej mierze znajdowały swe odzwierciedlenie w Przysiędze Hipokratesa. Wystarczającym było więc jedynie zastąpienie pogańskich bóstw odwołaniem do Boga chrześcijańskiego, co też uczynio-



no. Tym samym hipokratejska etyka lekarska stała się częścią chrześcijańskiej etyki lekarskiej.

### Przysięga Hipokratesa – czy nadal aktualna?

Zawarte w Przysiędze Hipokratesa wartości etyczne mają charakter uniwersalny. Nie może zatem dziwić fakt, że przez wiele lat to właśnie ona stanowiła podstawę ślubowania lekarzy, stanowiąc artykulację etosu zawodu lekarza. Nie oznacza to jednak, że sama treść nie ulegała zmianom, co było skutkiem dopasowania jej do dominujących w danym okresie przekonań religijnych, czy też wiązało się z koniecznością rozwiązania innych problemów natury praktycznej. Wszystko to było jednak w bezpośredni sposób związane z rozwojem medycyny i ewolucją stosunków społecznych, zwłaszcza na linii lekarz-pacjent. Dlatego współcześnie Przysięga Hipokratesa w swym pierwotnym brzmieniu (z wyłączeniem odniesienia do bóstw pogańskich) jest rzadkością.

W Polsce pierwszy znany tekst przysięgi lekarskiej pochodzi z XV w. Było to przyrzeczenie składane przez absolwentów Akademii Krakowskiej. Stanowiło w zasadzie powtórzenie tekstu znanego z *Corpus Hippocraticum* z tą różnicą, że zmieniono inwokację: „*Biorąc na świadków Boga Ojca, Syna i Ducha Świętego, że będę przestrzegał tego wszystkiego, co jest tą przysięgą objęte – na ile to będzie w mojej mocy, w takim stopniu, w jakim mi moje zdolności pozwolą*”. Sakralny charakter inwokacji został zastąpiony odniesieniem do samej istoty i doniosłości zawodu lekarza w XIX w. Było to zgodne z panującym wówczas pozytywizmem, który odrzucał w zasadzie rolę Boga w kształtowaniu ładu społecznego i norm etycznych.

Istotną zmianę w postrzeganiu etyki zawodu lekarskiego przyniosły wydarzenia II wojny światowej. W szczególności należy wskazać na eksperymenty medyczne prowadzone przez lekarzy nazistowskich, które nijak się miały do wyznawanych i powszechnie akceptowanych wartości moralnych. Dlatego w 1948 r. Światowe Stowarzyszenie Medyczne podjęło decyzję o opracowaniu nowej treści przysięgi, którą określiło mieniem Deklaracji Genewskiej. Tekst tej przysięgi brzmi: „*W chwili przyjęcia mnie do grona członków zawodu lekarskiego ślubuję uroczyście, że poświęcę moje życie służbie ludzkości. Będę otaczał moich nauczycieli należną im wdzięcznością i czcią. Będę wykonywał swój zawód sumiennie i z godnością. Zdrowie chorego będzie moją główną troską. Będę szanował powierzone mi tajemnice. Wedle wszelkich moich możliwości będę dbał o honor i szlachetne tradycje zawodu lekarskiego. Moi koledzy będą moimi braćmi. Nie dopuszczę do tego, by argumenty religijne, narodowościowe, rasowe, partyjne lub klasowe mogły wpływać na mnie w wykonywaniu mojego obowiązku wobec chorego. Zachowam najwyższy respekt dla życia ludzkiego od chwili jego poczęcia, nawet pod wpływem groźby nie użyję mojej wie-*

*dzy lekarskiej przeciwko prawom ludzkości. Przyrzekam to uroczyście, bez przymusu na mój honor*”.

Celem uchwalenia nowego tekstu przysięgi była przede wszystkim chęć ujednolicenia wartości moralnych leżących u podstaw zawodu lekarza. Czy tak się jednak stało? Można mieć wątpliwości, albowiem od pewnego już czasu można obserwować swoiste rozluźnienie etycznych zasad zawodu lekarza. Warto również dodać, że tekst ten był już kilkakrotnie zmieniany, do czego podstawę stanowiła konieczność dostosowania do współczesnych realiów (zmiany wprowadzono w roku 1968, 1983, 1994, 2005 i 2006). W Polsce młodzi lekarze składają przysięgę zawartą w Kodeksie etyki lekarskiej. Jej treść w bezpośredni sposób został oparty na Deklaracji Genewskiej i głosi: „*Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam: obowiązki te sumiennie spełniać; służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu; według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując należny im szacunek; nie nadużywać ich zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego; strzec godności stanu lekarskiego i nie czynić jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych; stale poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić. Przyrzekam to uroczyście!*”.

Składana przez polskich lekarzy przysięga ma z jednej strony istotne znaczenie praktyczne, zawiera bowiem swoiste wskazówki dla lekarza, jak powinien postępować, by działać etycznie i moralnie. Z drugiej – jest również pewną informacją dla pacjenta, czego może oczekiwać od lekarzy w wymiarze etycznym. Wskazany wyżej tekst odbiega treściowo od pierwotnej wersji Przysięgi Hipokratesa. Zdaje się jednak wyznawać w ogólnym ujęciu te same wartości, które pomimo zmieniającej się rzeczywistości nadal są aktualne. Należy podkreślić, że coraz powszechniejszy jest trend zmierzający do odstępowania od składania przysięgi lekarskiej. Począwszy od lat 60 XX w. zaledwie ok. 5% lekarzy na świecie złożyło ślubowanie zgodne z pierwotnym tekstem Przysięgi Hipokratesa. Kolejne 10% ślubuje wyznawanie wartości etycznych w duchu postanowień genewskich (w tym gronie znajdują się lekarze polscy). Mniej więcej połowa wszystkich absolwentów kierunków lekarskich wykorzystuje ślubowanie przyjęte indywidualnie przez poszczególne uczelnie lub zawarte w lokalnych kodeksach etyki lekarskiej. Wreszcie należy wskazać, że ok. 30% lekarzy nie składa żadnej przysięgi.

Czy zatem potocznie określane mianem Przysięgi Hipokratesa ślubowanie składanie przez młodych lekarzy ma dziś jeszcze sens? Z całą pewnością tak. Trzeba jednak mieć na względzie fakt, że w przyszłości może występować konieczność weryfikacji jej treści, tak aby odpowiadała współczesnym realiom zarówno w wymiarze medycznym i jak społecznym.

Aleksandra WĘGRZYNOWSKA  
Bartosz WĘGRZYNOWSKI

**Aleksandra Węgrzynowska** – absolwenta Kierunku Lekarskiego na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym, lekarz rezydent w Szpitalu Dziecięcym Polanki im. Macieja Płazyńskiego.

**Bartosz Węgrzynowski** – prawnik, autor publikacji z zakresu prawa zdrowia i bioetyki, doktorat Uniwersytetu Humanistyczno-Społecznego SWPS w Warszawie.

#### Literatura:

- [1] Biesaga T., *Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna*, Medycyna Praktyczna 2006, nr 7–8.
  - [2] Dunn H.E., *Etyka dla lekarzy, pielęgniarów i pacjentów*, Tarnów, 1997.
  - [3] Gula J., *Hipokrates a przerywanie ciąży*, [w:] *W imieniu dziecka poczętego*, J.W. Gałkowski, J. Gula J. (red.), Rzym-Lublin, 1991.
  - [4] Gutt R., *Dziecko i medycyna*, Meander 1979, nr 5–6.
  - [5] Kowalski J., *Przysięga lekarska*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*. A. Muszala (red.) Radom 2007.
  - [6] Muszala A., „Przysięgam na...” – formy przyrzeczenia lekarskiego od starożytności do dziś, *Medycyna Praktyczna* 2009, nr 3.
  - [7] Szewczyk K., *Etyka i deontologia lekarska*, Kraków 1994.
  - [8] Szumowski W., *Historia medycyny*, Warszawa 1961.
  - [9] Szumowski W., *Historia medycyny filozoficznie ujęta: podręcznik dla lekarzy i studentów medycyny z ilustracjami*, Warszawa, 1994.
  - [10] Tulczyński A., *Historia i ewolucja kodeksów etycznych*, [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, T. Kielanowski (red.), Warszawa 1985.
- (przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 3/17)

## NOWOŚCI WYDAWNICZE



### Klatka piersiowa. Grainger & Alison Diagnostyka radiologiczna

C.M. Schaefer-Prokop, A.K. Dixon; wyd. VI, red. M. Sasiadek; 496 stron; rok wydania: 2017; format: 210x280, opr. broszurowa; ISBN: 978-83-65625-85-4; cena: 189,00 zł 170,10 zł

*Grainger & Allison's Diagnostic Radiology* to uznany od lat klasyczny podręcznik z dziedziny diagnostyki obrazowej autorstwa ekspertów o międzynarodowym uznaniu.

Książka obejmuje 13 rozdziałów, które stanowią aktualny przegląd nowoczesnych technik obrazowania oraz ich rutynowego zastosowania w praktyce klinicznej.

Zwięzła formuła przedstawionego materiału pozwala na szybkie opanowanie niezbędnych podstaw. We wszystkich rozdziałach omówiono zalety poszczególnych badań obrazowych, różne ich warianty oraz szczególności najnowszych postępów technicznych w radiologii.

Podręcznik przeznaczony jest zarówno dla doświadczonych radiologów, jak i dla osób, które przygotowują się do egzaminu specjalizacyjnego z radiologii.

\*\*\*



### Dieta odkwaszająca organizm. Przepisy. Żyj w równowadze kwasowo-zasadowej

Jürgen Vormann, Karola Wiedemann; 160 stron; 2017; format:

165x200, broszurowa; tłumaczenie: Ewa Wieszczyńska;

ISBN: 978-83-6562-578-6; cena: 49,00 zł 36,75 zł

Masz mało energii, często czujesz się zmęczony i zdenerwowany?

Masz napięte mięśnie i obolałe stawy? Przyczyną może być zakwaszenie organizmu, efekt niewłaściwego sposobu odżywiania. Co raz częściej włączamy do diety produkty wysoko przetworzone, które zaburzają równowagę kwasowo-zasadową i powodują dolegliwości zdrowotne.

Przepisy z książki *Dieta odkwaszająca organizm. Przepisy. Żyj w równowadze kwasowo-zasadowej* to recepta na lepsze samopoczucie i poprawę równowagi kwasowo-zasadowej Twojego organizmu. Niezależnie od posiłku i pory dnia – śniadania, przekąski, sałatki, zupy, dania główne i desery – wszystkie potrawy wspierają równowagę kwasowo-zasadową. Nic prostszego!

**Sprawdź, jak uniknąć zakwaszenia organizmu!**





Pod naukowym i merytorycznym patronatem Kliniki Reumatologii i Rehabilitacji Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego odbędzie się już **VI Konferencja Post Eular & ACR**. Uczestnicy poznają najnowsze wiadomości dotyczące patogen ezy, diagnostyki i leczenia najczęstszych chorób reumatycznych. W trakcie konferencji zostaną podsumowane najbardziej interesujące doniesienia największych na świecie kongresów reumatologicznych, EULAR 2017 w Madrycie oraz ACR 2017 w San Diego.

**Termin:** 1–2 grudnia 2017 r.

**Planowany początek obrad:** 1 grudnia 2017 r. godz. 10.00

**Planowane zakończenie konferencji:** 2 grudnia 2017 r. godz. 14.00

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

**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

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

**Organizator:** Wydawnictwo Termedia

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

\*\*\*

**W dniach 27–28 października 2017 r. na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym odbędzie się II Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Komunikacja w medycynie”** dotycząca komunikacji medycznej.

Będzie to czas interdyscyplinarnej dyskusji osób zajmujących się różnorodnymi aspektami problematyki relacji i porozumienia z pacjentem oraz okazja do

wymiany doświadczeń i rozmowy o dobrych praktykach komunikacyjnych w Polsce i na świecie.

Organizatorami konferencji są: Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej, Zespół Języka Medycznego Pady Języka Polskiego PAN, Zakład Bioetyki i Humanistycznych Podstaw Medycyny WUM oraz Europejskie Stowarzyszenie Studentów Medycyny EMSA Warszawa.

W programie tegorocznej konferencji są m.in. wykłady zaproszonych gości, specjalistów z dziedzin medycyny i humanistyki: prof. Elizabeth Rider (Uniwersytet Harvarda), prof. Tomasza Pasierskiego (WUM) i prof. Joanny Jurewicz (UW), a także obrady w sesjach tematycznych.

Uczestnicy konferencji będą mogli zdobyć praktyczne umiejętności i rozwinąć przydatne w pracy klinicznej kompetencje komunikacyjne podczas warsztatów, prowadzonych m.in. przez Zbigniewa Kowalskiego (o trudnych sytuacjach w kontakcie z pacjentem) oraz Edytę Palkę (o przekazywaniu niepomyślnych wiadomości w medycynie).

Szczegółowe informacje oraz formularz rejestracyjny znajdują się na stronie: [www.komunikacja-w-medycynie.wum.edu.pl](http://www.komunikacja-w-medycynie.wum.edu.pl).

\*\*\*

**Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głucholazach zatrudni lekarzy na:**

Oddział Chorób Płuc i Rehabilitacji Pulmonologicznej – pulmonologa i internistę,

Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej – kardiologa i internistę,

Szpital posiada miejsca specjalizacyjne z pulmonologii. Proponujemy bardzo dobre warunki pracy i płacy oraz zapewniamy możliwość mieszkania. Telefon: (77) 40 80 155,

\*\*\*

**Poszukujemy kandydatów na stanowisko: lekarza neonatologa oraz lekarza pediatri**

**Wymagania niezbędne:**

- Wykształcenie wyższe, dyplom lekarski
- Minimum 2 letnie doświadczenie zawodowe
- Specjalizacja z zakresu neonatologii

**Wymagania dodatkowe:**

- Umiejętność szybkiego podejmowania decyzji,
- Odpowiedzialność, systematyczność, terminowość, dobra organizacja pracy, komunikatywność, umiejętność pracy w grupie.

- Dyspozycyjność i zaangażowanie
- Wymagane dokumenty i oświadczenia:**
- Życiorys i list motywacyjny,
- Kopie dokumentów potwierdzających wykształcenie,
- Oświadczenia kandydata o korzystaniu z pełni z praw publicznych i o niekaralności za przestępstwo popełnione umyślnie,
- Oświadczenie kandydata o niekaralności za przestępstwo skarbowe popełnione umyślnie,
- Kopia dowodu osobistego lub oświadczenie o posiadaniu obywatelstwa polskiego,
- Oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych do celów rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r.o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101, poz.926 ze zm.).

Zainteresowanych prosimy o składanie dokumentów w siedzibie **Prudnickiego Centrum Medycznego, ul. Szpitalna 14, 48-200 Prudnik**. Inne informacje: tel. (77)40-67-890, e-mail: [pcm@pcm.prudnik.pl](mailto:pcm@pcm.prudnik.pl)

\* \* \*

**Gabinet stomatologiczny w Opolu sprzedam lub wynajmę.** Telefon kontaktowy – 606 489 172

**Zapraszam okulistów do współpracy z salonem optycznym „Diamentowy Optyk” w Kluczborku.**

Gabinet w pełni wyposażony (np. tomograf okulistyczny Revo). Możliwość prowadzenia praktyki w dwóch pozostałych salonach znajdujących się w Kluczborku. Jesteśmy otwarci na współpracę od codziennej po np. raz w miesiącu. Tel. 604-623-543.

\* \* \*

**MAZURDENT Centrum Stomatologiczne poszukuje do współpracy lekarza ortodontę.** Zainteresowanych proszę o kontakt pod numerem telefonu: 603-706-810.

\* \* \*

**Na sprzedaż dom wolnostojący o powierzchni około 320 m2, położony na działce o powierzchni 11 ar w Nysie. Lokal mieszkalny w skład wchodzi: parter -gabinet lekarski + poczekalnia, dodatkowo**

pomieszczenia gospodarcze ze spiżarnią i pralnią i suszarnią, kotłownia. Piętro: duży salon, WC, kuchnia 2 pokoje, łazienka. Piętro II duży salon, łazienka 3 pokoje. Media: woda i kanalizacja, instalacja elektryczna, gaz, telefon. Dom wybudowany z cegły, dodatkowo ocieplony.

Kupujący ma możliwość przejęcia pacjentów Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nysie, oraz dodatkowo podjąć pracę w Szpitalu. Kontakt: [k.rozumek@gmail.com](mailto:k.rozumek@gmail.com), tel. 606 238 681 lub 77 433 90 23

## OPOLSKA IZBA LEKARSKA

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

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

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

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

**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)

### BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

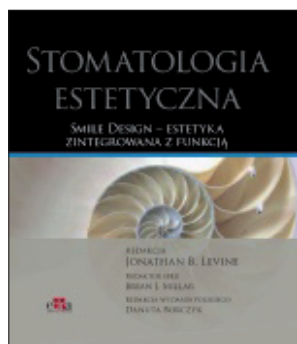
WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, [www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl); nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

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

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

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X





**Stomatologia estetyczna. Smile Design – estetyka zintegrowana z funkcją**, J.B. Levine; wyd. I, red. D. Borczyk; 313 stron; rok wydania: 2017; format: 235x265, opr. twarda; ISBN: 978-83-65835-03-1 cena: 189,00 zł 170,10 zł

Stomatologia estetyczna jest dziedziną intensywnie rozwijającą się na całym świecie. Obecnie, niemal w każdym przypadku celem leczenia oprócz rekonstrukcji i przywrócenia prawidłowej funkcji jest także zachowanie lub poprawa estetyki uśmiechu, w tym również estetyki uśmiechu.

Autorzy książki *Smile Design – estetyka zintegrowana z funkcją* wprowadzają lekarzy praktyków w zagadnienie projektowania uśmiechu, a także poszerzają ich umiejętności w zakresie diagnostyki i technik chirurgii estetycznej. Omawiają poprzez prezentację poszczególnych przypadków kluczowe problemy projektowania uśmiechu oraz metody oceny, w tym wykorzystującą analizę estetyczną i fotografię kliniczną, zastosowanie testów architektury uśmiechu, techniki i narzędzia diagnostyczne.

Przedstawione procedury obejmują postępowanie w przypadku nadmiaru lub niedoboru miejsca, stosowanie nakładek oraz wykorzystanie licówek ceramicznych. W publikacji położono szczególny nacisk na prawidłową ocenę pacjenta oraz precyzję doboru metod terapeutycznych. Ponadto podręcznik charakteryzują:

przejrzystość oraz opisy rzeczywistych przypadków klinicznych;

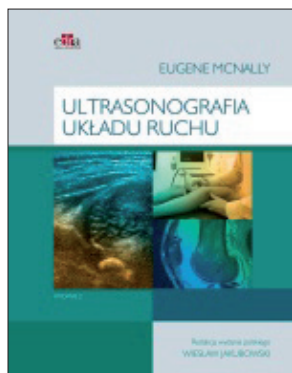
praktyczne podejście wizualne, typowe dla całej serii;

opisy pozwalające czytelnikowi poszerzyć zakres wykorzystywanych procedur.

*Smile Design – estetyka zintegrowana z funkcją* to kolejna pozycja nowej serii *Stomatologia es-*

*tetyczna*, pod redakcją Briana J. Millara. Wszystkie książki z tej serii cechują się stylem pełnym pasji i wyjątkowo praktycznym ujęciem tematu. Każda została napisana przez grupę ekspertów pod opieką redakcyjną światowej klasy specjalistów.

\*\*\*

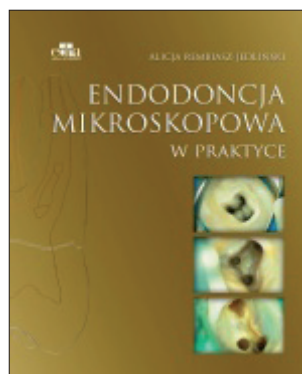


**Ultrasonografia układu ruchu**; E.G. McNally; wyd. II, red. W. Jakubowski; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65625-65-6, format: 215 x 276, opr. twarda, 456 stron, cena: 197,10 zł (438 EUP pkt)

Od przynajmniej dekady ultrasonografia zyskuje coraz większą popularność w diagnostyce i ocenie struktur układu mięśniowo-szkieletowego. Dzieje się tak głównie ze względu na nieustanny rozwój technologii ultradźwiękowej (nowa generacja urządzeń i głowic, nowe techniki, takie jak barwna ultrasonografia dopplerowska [color Doppler] oraz z wykorzystaniem całkowitej emisji sygnału [power Doppler]), które dają lekarzom możliwość obrazowania położonych powierzchownie struktur miękkotkankowych z taką dokładnością, że w niektórych przypadkach może ona rywalizować z rezonansem magnetycznym.

Drugie wydanie *Ultrasonografii układu ruchu* w znacznej części powstało na nowo. Poprzednia edycja książki miała 16 rozdziałów, podczas gdy obecna składa się z 33 rozdziałów. Rozszerzono zwłaszcza opisy stawów ramennego, łokciowego, biodrowego, kolanowego i skokowego, a także nadgarstka, ręki i stopy wraz z opisem technik interwencyjnych. Książkę wzbogacono setkami nowych ilustracji (rycinami oraz reprodukcjami obrazów USG). Czytelnik znajdzie również szczegółowe wskazówki ułatwiające interpretację uzyskanych wyników.

\*\*\*



**Endodoncja mikroskopowa w praktyce**; A. Rembiasz-Jedlińska; 304 strony; rok wydania: 2017; format: 210 x 270, opr. twarda; ISBN: 978-83-65835-27-7 cena: 239,00 zł 215,10 zł

Książka powstała na bazie wieloletniego doświadczenia autorki z zakresu zabiegów endodontycznych wykonywanych w powiększeniu mikroskopu, a także badań naukowych prowadzonych w tej dziedzinie.

Publikacja obejmuje zagadnienia związane z przeprowadzaniem prawidłowego leczenia endodontycznego w powiększeniu mikroskopu oraz diagnostykę endodontyczną na podstawie wyników badań radiologicznych RVG (radiowizjografia) i CBCT (tomografia komputerowa promienia stożkowego).

„Endodoncja mikroskopowa w praktyce” to bogato ilustrowane vademecum autorskiej koncepcji leczenia dla lekarzy dopiero rozpoczynających pracę z mikroskopem, jak i tych, którzy wykonują zabiegi w powiększeniu na co dzień.

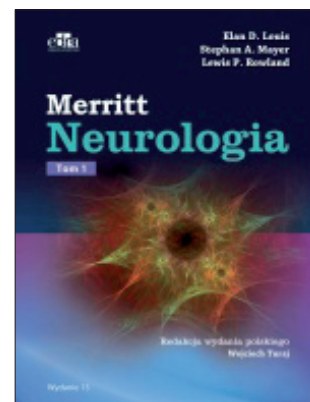
## O AUTORZE

### Alicja Rembiasz-Jedlińska

Ukończyła studia na Wydziale Lekarsko-dentystycznym Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w 2006 r. w Krakowie. Od 2007 r. pracuje w powiększeniu stomatologicznego mikroskopu zabiegowego, wykonując leczenie trudnych przypadków endodontycznych. Od 2005 r. zajmuje się prowadzeniem działalności naukowo-dydaktycznej z zakresu endodoncji i stomatologii zachowawczej. W latach 2007–2008 asystent w Pracowni Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej w Krakowie. Dorobek naukowy obejmujący wykłady na konferencjach naukowych w kraju i za granicą (Kielce, Kraków,

Łódź, Warszawa, Liverpool). Prowadzi endodontyczną grupę dyskusyjną.

\*\*\*



## Merritt Neurologia Tom 1

E.D. Louis, S.A. Mayer, L.P. Rowland; wyd. XIII, red. W. Turaj; 650 stron; rok wydania: 2017; format: 210 x 280, opr. twarda; ISBN: 978-83-65625-93-9; cena: 339,00 zł 305,10 zł

Autorzy 13 wydania *Neurologii Merritta* dokonali istotnej reorganizacji poprzedniej edycji; ich zamiarem było stworzenie nowoczesnego podręcznika z jednoczesnym zachowaniem jego najlepszych tradycji.

Główne zmiany odzwierciedlają zmieniające się oblicze neurologii klinicznej i polegają na rozbudowaniu treści związanych z chorobami, które w istotny sposób wpływają na zdrowie publiczne współczesnej populacji, tzn. chorobami naczyniowymi mózgu, zaburzeniami otępiennymi, urazami. Dołączono wiele nowych rozdziałów. Omówiono monitorowanie pacjentów w warunkach intensywnej opieki neurologicznej, neuroradiologię interwencyjną, śmierć mózgu, wstrząśnienie mózgu, autoimmunologiczne zapalenia mózgu, otępienie naczyniopochodne, zespół niespokojnych nóg oraz zespół zaburzeń regulacji układu autonomicznego.

Podkreślenie praktycznych wytycznych oraz przedstawienie algorytmów diagnostyki i leczenia, list kontrolnych dotyczących postępowania oraz wskazówek klinicznych umożliwia czytelnikowi dostęp do spójnej i wiarygodnej informacji.

Książka zmieniła również swój układ graficzny. Liczba tabel zwiększyła się do 545, rycin do 400, a czarno-biały layout przekształcono w kolorowy tekst i ilustracje.

# Przychodzi wena do lekarza

## Ogólnopolski Konkurs Literacki im. Profesora Andrzeja Szczeklika Edycja VII

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

W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub  
lekarza dentyści.

Prace konkursowe będą przyjmowane w 3 kategoriach:

- Poezja
- Proza
- Felieton (kategoria dla biuletynów Okręgowych Izb Lekarskich)

Termin nadsyłania prac konkursowych w kategoriach Poezja i Proza  
do 28 lutego 2018 roku wyłącznie pocztą elektroniczną na adres:  
wena@mp.pl. Kategoria Felieton ma odrębny regulamin.

Prosimy o zapoznanie się z regulaminem konkursu  
dostępnym na stronie internetowej:

**[www.mp.pl/wena](http://www.mp.pl/wena)**

### Informacji udziela:

Anna Wierzchowska-Woźniak  
tel. 12 293 42 68, e-mail: wena@mp.pl



PARTNERZY



PATRON MEDIALNY



ORGANIZATORZY



medycyna praktyczna

