



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Czerwiec 2020

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 283

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. Jerzy B. LACH

TARCZA HEFAJSTOSA

– Zrób tarczę dla Achillesa – błagała Tetyda Hefajstosa. I zrobił. Ale jaką! Wykuł na niej ziemię, niebo, słońce i gwiazdozbiory, miasta, pola z dojrzewającym zbożem i skute lodem rzeki, wojny, uczty i polowania, kuglarzy i trubadurów, lwy przy wodopoju i poszukujące cienia mewy. Całość obramował wstęgą spiętrzonego morza.

Wiele razy artyści próbowali odtworzyć jego tarczę, zrozumieć klucz, jakim się posługiwał. Nikomu się to jednak nie udało, zawsze czegoś było za dużo, a czegoś brakowało. Tańczące dziewczęta wpadały na siebie, poeci gubili harfy, łanie potykały się o pniaki na łące, pośród walczących trudno było rozpoznać Waśń, Trwogę i Śmierć. Dlatego nikt nie umiał powtórzyć dzieła Hefajstosa? Bo wiem boski kowal w jednej chwili ułożył na rozpalonym ogniu kręgu lato i zimę, wojnę i pokój, narodziny i konanie, wczoraj, dziś i jutro.

Tomografia komputerowa odsłania to, co niewidoczne gołym okiem: przyczajone pod dziąsłami, rozsiane po kościach, pływające w zatokach, przylepione do gałęzi żuchwy i uśpione nad sklepieniem podniebienia.

Dentysta czyta szczęki. Sortuje wszelkie odcienie szarości i bieli na porządek i anomalie. Podąża za cieniami cieni, wylapuje rozproszone refleksy, prześwieśla prześwity, rozgarnia mgły, rozjaśnia mroki. Zapuszcza się w najgłębsze labirynty twarzy. I nadaje łacińskie imiona smugom, kropkom i przecinkom. Ileż te pokręcone linie, pasma i zawijasy, arabeski, cętki i hieroglify potrafią powiedzieć o człowieku! Można się poruszać szlakami nerwów, opisać porzucone korzenie (*radices relictæ*), wytyczyć szlaki zębom mądrości, wysledzić zagubione kły, wyłuszczyć ze straków wyblakłe trzonowce, wykurzyć z ciasnych nor nadliczbowe siekacze (*mesiodetnes*). Raz wytknąć wady stawom skroniowo-żuchwowym, to znów wytropić ciemne sprawki zęba w zębie – *dens in dente*.

W rzeczywistości czasy zębów mlecznych i późniejszych stałych się rozmiągają, lecz na ekranie czasy te zahaczają o siebie. Widać, jak korzenie mleczaków rozwidlają się i niby meduzy oplatają swoimi mackami cebulki zębów stałych. Te za-

wiazki wyglądają jak jajka niespodzianki, każde ze swoją tajemnicą. Zagracają całą przestrzeń. Niektóre z nich nie mieszczą się w szczękach, toteż wiszą niczym spóźnieni pasażerowie na stopniach tramwaju; trzymają się poręczy – łuków jarzmowych, czepiają się gu-

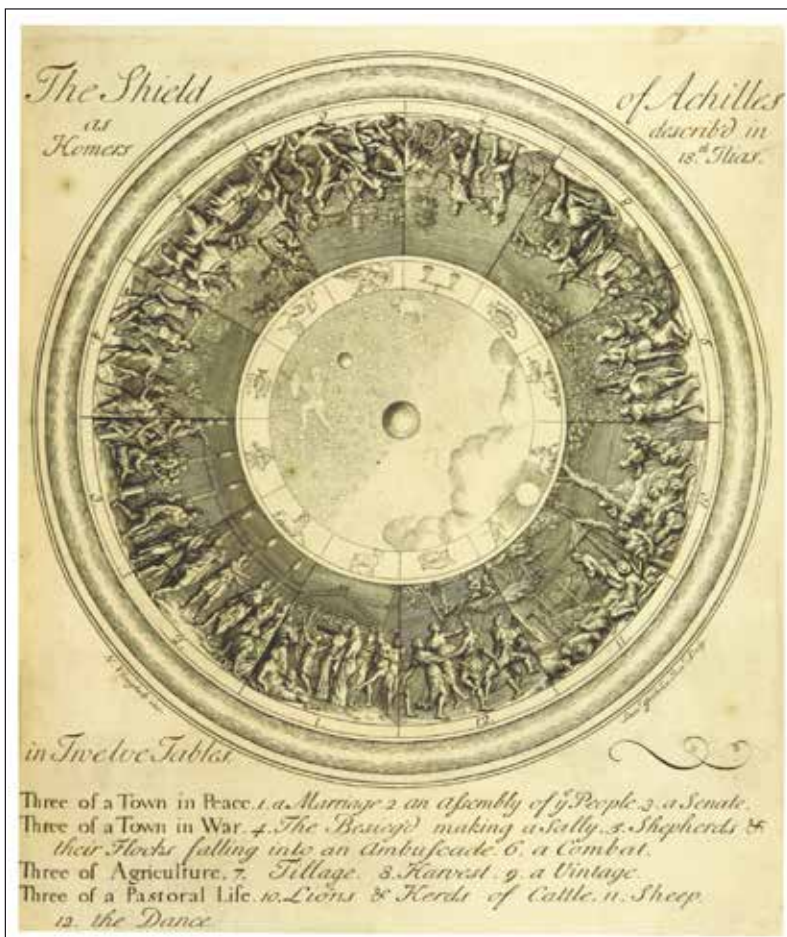
zów szczęki, lub dążą ku gałęziom żuchwy, ufając, że przeciskają się do środka mimo tłoku.

Dziwna sprawa z tymi zębami. Od początku do końca życia mamy tę samą śledzionę, wątrobę i serce. A zęby – przechodnie. Mleczne – do czasu, istnieją jakby na próbę: czy człowiek sprosta, czy zadba, czy uszanuje? W pewnej chwili miejsce niegdysiejszych „pierwszych” zajmują zęby „drugie”. Chociaż niekiedy mleczaki targują się o życie, nie wypadają, choćby wypadało, bo przecież już nadeszła ich pora.

Rentgenowskie zdjęcie pantomograficzne szczęk, które jeszcze niedawno było wyrocznią, traktuje się dziś jak płaską, czarno-białą mapkę do zgniecenia w pół. Są tam sklepiki i restauracje po kuchennych rewolu-

cjach, deptaki i ścieżki rowerowe, niebieskie i czarne szlaki, coś dla leniuchów i tych, co lubią zaliczać atrakcje. Taki szkic w zupełności wystarcza, kiedy zęby stoją w równych szeregach, niby na zbiorce harcerek. A co, jeśli się ząbiają? Zamiast się wyrzynać – zawracają? Zamiast prostować – garbią? Do tego te ich korzenie: to się wplaczą w sieć tętnic, to potracą żyły, to się dziwnie załamują, to pokrzyżują nerwy skryte w otulinach, jak światłowody w plastikowych kablach. Migrujące zęby dziurawią kanały nerwowe albo wyginają się nad nimi niczym wiadukty, raz docinają sąsiadom, to znów omijają ich szerokim łukiem, wypychają innych z kolejki do wyrzynania albo ustępują im miejsca.

Tomografia komputerowa demaskuje te wszystkie sztuczki. Jest jak tarcza Hefajstosa: lekarzy chroni przed postawieniem błędnej diagnozy, pacjentom oszczędza leczenia na chybił trafił.



Fragment przygotowywanej do druku książki *Krzywy zgryz*

OD REDAKCJI



Nadal wokół nas rządzi pandemia, choć powolutku robi się coraz łżej. Czy podawane we wszystkich mediach dane dotyczące liczby chorujących, przebywających w szpitalach i na kwarantannie, a zwłaszcza ofiar COVID są prawdziwe – trudno to zweryfikować. Specjaliści twierdzą, że zakażonych i wszystkich pozostałych jest znacznie więcej. Dowodzą tego choćby dane ze Śląska, gdzie prowadzi się (piszę te słowa w połowie maja) masową akcję testowania mieszkańców oraz dane z badania przeprowadzonego w Krakowie na populacji pozornie zdrowych 1000 mieszkańców Królewskiego Miasta. Jak wiemy przecież od dawna – jeśli się nie prowadzi badań przesiewowych

jakiejś choroby, to się jej nie wykrywa! Tak więc w dalszym ciągu tli się we mnie obawa, czy te szybkie „odmrażanie” wszystkiego nie jest jednak zbyt zależne od polityki i nacisków ekonomicznych. Tak, czy inaczej, jeśli w ciągu następnych kilku tygodni zwiększy się liczba zakażeń, będzie to dowód potwierdzający moje (i pewnie wielu innych) obawy.

Nie dziwota więc, że także i ten numer Biuletynu zdominowany jest przez temat pandemii. Myślę jednak, że powinny one Was zainteresować, bo dotyczą wielu różnych aspektów tej sytuacji. Tak więc zapraszam do lektury i nie dajmy się temu „zwierzakowi”, które nas osacza już trzeci miesiąc. Życzę dużo zdrowia!!!

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA



Koleżanki ! Koledzy!

Powoli osuwamy się z myślą, że wirus SARS-CoV-2 będzie nam towarzyszył jeszcze przez wiele miesięcy. Musimy nauczyć się żyć i pracować w tych zmienionych warunkach. Dla lekarzy jest to czas wielkiej próby, ogromnego wysiłku fizycznego i psychicznego, czas kiedy doświadczamy ogromu serca naszych pacjentów i zwykłych obywateli, ale i czas hejtu, mowy nienawiści, aktów wandalizmu czy stygmatyzacji zawodu lekarza. Odruchów płynących prosto z serca jest dużo, dużo więcej i o tym chcę dziś napisać.

Zdecydowana większość społeczeństwa docenia fakt, że lekarze są na pierwszej linii „frontu z COVID-19” i ma świadomość niedostatecznego wyposażenia medyków w środki ochrony indywidualnej, sprzęt specjalistyczny czy w możliwości wykonywania testów w kierunku SARS-CoV-2. Aktualnie nasza Izba zajmuje się dystrybucją środków ochrony indywidualnej, jakie przekazała

Fundacja NIL „Lekarze Lekarzom”. Wszyscy wiemy, że taka możliwość zaistniała po donacji Kulczyk Foundation w wysokości 20 mln zł, przekazanej na specjalny fundusz pomocowy w ramach Fundacji. To piękny gest, ale nie zapominajmy tu o innych darczyńcach jak na przykład firmie Sp. z o.o. POLOmarket (rozprowadzamy wśród członków OIL podarowane przez nią lekkie przyłbice ochronne), czy akcjach typu bezpłatna pomoc psychologiczna dla medyków, bezpłatnie udostępniane miejsca noclegowe dla lekarzy itp. Myślę, że takich darów serca czeka nas więcej.

Na koniec chciałabym jeszcze poinformować, że nasza Izba, mimo skróconych godzin pracy, cały czas jest dostępna dla członków i mimo utrudnionych kontaktów „face to face”, pracuje na pełnych obrotach. Strona internetowa Izby jest w tej chwili najlepszym komunikatorem i stale zachęcam do jej odwiedzin.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA



POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W związku z trwającym stanem epidemii SARS-CoV-2, kolejne posiedzenie Rady odbyło się w dniu 22 kwietnia br. internetowo. Udział w nim wzięło 16 członków Rady. Obradowała ona nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Brak wniosków.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podplomowe lekarzy

Brak wniosków.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

O wykreślenie z rejestru praktyk wnioski złożyło 5 lekarzy. Uchwały Rada podjęła jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych

Brak wniosków.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

W związku ze złożeniem pisemnej rezygnacji z przedstawicielstwa ORL w konkursach ZOZ w Oleśnie lek. Marcina Mielczarka, Prezydium rekomendowało Radzie do tych konkursów dwie nowe kandydatury lek. lek. Sławomira Panka i Krystiana Wartenberga.

I tak w postępowaniu konkursowym na stanowisko Ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej w skład komisji weszliby: lek. Bogusław Kudyba (Przewodniczący) oraz lek. lek. Aleksander Wojtyłko i Sławomir Panek – specjalista ortopedii i traumatologii narządu ruchu (jako członkowie). Natomiast przedstawicielem ORL w postępowaniach konkursowych na stanowiska Naczelnej Pielęgniarki oraz Pielęgniarek Oddziałowych w Oddziałach: Wewnętrznym, Stacji Dializ, Dziecięcym, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Chirurgii Ogólnej, Intensywnej Terapii i Anestezjologii byłby lek. Krystian Wartenberg. Rada Uchwały w tych sprawach podjęła jednogłośnie.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

W związku z nieosiąganiem przychodów wnioski o zwolnienie z opłacania składki członkowskiej złożyło 5 lekarzy. Uchwały podjęto przy 14 głosach za i 2 głosach wstrzymujących się.

Informacje na temat działalności NRL

Informacje te są na bieżąco ogłaszane na stronie internetowej NRL (wszystkie) i na stronie naszej Izby (wybrane).

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. Latała poinformował, że 22 lutego br. odbyło się wspólne posiedzenie Opolskiego Oddziału PTS i KS OIL

w Opolu. Prelegentem była prof. dr hab. Beata Kawala – Konsultant Krajowy w dziedzinie Ortopedii i Ortopedii Szczękowej, a jednocześnie Kierownik Katedry i Zakładu Ortopedii i Ortopedii Szczękowej UM we Wrocławiu.

Sprawy różne i wolne wnioski

Prezes Smerkowska-Mokrzycka poinformowała, że lekarze mający stały kontakt w pracy z pacjentami potencjalnie zarażonymi koronawirusem SARS-CoV lub zakażonymi, zgłosili do Izby zapotrzebowanie na znalezienie miejsc noclegowych w celu umożliwienia im separacji od rodzin na czas epidemii. Z pomocą przyszedł Marszałek Województwa Opolskiego Andrzej Buła oraz Wicemarszałek Roman Kolek i już od kilku dni Izba dysponuje kilkunastoma kwaterami na terenie miasta Opola i w Zespole Parków Krajobrazowych w Ładzy. Dodatkowo w dniu 9 kwietnia br. Nadleśnictwo Opole przysłało zgłoszenie nieodpłatnego udostępnienia służbom medycznym 2 pokoi w Opolu-Grudziecach. Informacja o tym jest na stronie Izby, ale jednocześnie Prezes zaapelowała do Koleżanek i Kolegów o możliwie szerokie rozpropagowanie tej informacji.

Wojewoda Opolski zwrócił się do Prezes o wsparcie w pozyskiwaniu lekarzy do pracy w SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu. Prezes poinformowała Wojewodę, że nie ma możliwości oddelegowania jakiegokolwiek lekarza do wykonywania obowiązków w danym podmiocie leczniczym. Jedyne co może zrobić – rozumiejąc niezwykłość i trudność sytuacji – to zaapelować do lekarzy o zgłaszanie się chętnych. Apel ten został zamieszczony na stronie Izby.

Fundacja Lekarze Lekarzom nadesłała do naszej Izby ufundowane przez firmę POLOmarket sp. z o.o. przyłbice w ilości 200 szt. (nie są to jednak przyłbice wielorazowego użytku), które będą wydawane wszystkim chętnym członkom Opolskiej Izby (1 lek./lek. dent. = 1 przyłbica) do wyczerpania posiadanej ilości.

Wojewoda Opolski zwrócił się z prośbą do Rady o wskazanie kandydatów lekarzy z naszego województwa do funkcji Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinach: neurologii dziecięcej, psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży. Kol. Smerkowska-Mokrzycka zaapelowała do członków Rady o zgłaszanie propozycji kandydatów.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

*Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA
Sekretarz ORL*

*Lek. dentysta Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA
Prezes ORL*

SUPERSENIOR PULMONOLOG – BOGDAN OSTROWSKI

Tytułem wstępu do tego materiału pragnę przypomnieć, że jest to drugi wywiad przeprowadzony przez red. Danutę Starzec z Radia DOXA, która była gościem spotkania Komisji naszych seniorów wiosną ubiegłego roku (pierwszy – dotyczący dr Jerzego Rekuckiego znalazł się w poprzednim numerze Biuletynu). Na spotkaniu tym wręczane były specjalne dyplomy izbowe tym spośród naszych Koleżanek i Kolegów, którzy ukończyli 90 lat życia. Oba materiały otrzymałem dzięki uprzejmości Przewodniczącego tej Komisji dr Tadeusza Chowańca, który z benedyktyńską cierpliwością spisał słowo po słowie z taśmy magnetofonowej całą zawartość wywiadów. Tą drogą pragnę mu za to bardzo serdecznie podziękować.

A teraz cofnijmy się do ub. roku.

Jerzy B. LACH

Bogdan Ostrowski: Jestem jednym z tych 90-latków, z tym że ja przekroczyłem 90 lat i mam już 91 lat. Chciałbym wrócić do wspomnień, jak startowałem na Akademię Medyczną. W 1954 r. ojciec był zawodowym wojskowym, był w Anglii i jak wrócił nie mógł dostać pracy. Obiecywali mu to, tamto. Żyliśmy bardzo skromnie. Dla mnie wobec tego wyjściem z sytuacji było studiowanie medycyny i zapisałem się na Akademię w Krakowie.

No dostałem zawiadomienie, że odbędzie się egzamin, na który się zgłosiłem, odpowiadałem na pytania – wydawało się że dobrze, bo kiwali głowami. Było pięknie. Padło pytanie o rodziców, o ojca. Ja myślałem, że jak powiem, że był zawodowym wojskowym to nabieram punktów. Wyprosilili mnie, żeby poczekać na wynik egzaminu. Za chwilę wychodzi pan porucznik, taki bardzo sympatyczny, ale minę miał niewyraźną i mówi: – *Niestety nie przyjęli pana dlatego, że ojciec był zawodowym wojskowym i służył w Anglii.* – Szczerze mi to powiedział. Nogi się pode mną ugięły. Ale na studia medyczne dostałem się w Łodzi, bo namówiono mnie, żeby w życiorysie napisać, że ojciec był brygadzystą w cegielni. Ja martwiłem się. – *Rany Boskie! Jak dojdą do tego, to już mam przechłapanie zupełnie!* – No ale z miejsca się dostałem i tak wystartowałem na Akademii Medycznej w Łodzi. Z Opolem jestem związany od 1968 r.

Danuta Starzec: Jak Pan Doktor tu trafił?

B.O.: Z Kielc. Miałem już specjalizację, ale szukałem mieszkania. Ożeniłem się, ale nie mieliśmy mieszkania, a tutaj zaproponowano nam mieszkanie. I nie żałuję tego. Jestem bardzo zadowolony, że tutaj mogłem pracować.

D.S. W którym szpitalu Pan Doktor pracował?

B.O. Pracowałem początkowo w szpitalu w Kup, na Pulmonologii. Później pracowałem jako ordynator tutaj, na Oddziale Pulmonologii w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu. Przez jakiś czas byłem Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie pulmonologii.

D.S. Panie Doktorze, co mieliście z narzędzi diagnostycznych, rtg czy jeszcze coś?

B.O. Mikroskop, gdzie łapaliśmy bakterie prątka gruźlicy przede wszystkim, bo wtedy szalała gruźlica. Jak ja przyjechałem tu w 1968 r. do Opolu, to jeszcze epidemia gruźlicy szalała.

D.S. Jak leczyliście?

B.O. Początkowo nie było leków. Właściwie dopiero na początku lat 70. to Hydrazyd i głównie Streptomycyna. I trzeba powiedzieć, że na te czasy w Polsce nie brakowało tych leków. I można było osiągnąć lepsze wyniki leczenia, gdyby pacjenci byli bardziej zdyscyplinowani. Lekceważyli leczenie, pili alkohol. I zdarzało się, że na dyżurach człowiek musiał interweniować u alkoholików, jak u chorych, którym coś dolegało.

Chorzy na gruźlicę mieli 12 miesięcy zwolnienia lekarskiego, były komitety pomocy dla chorych, dostawały dużą pomoc finansową.

D.S. Ale tę gruźlicę się wylapywało, a teraz to raczej przypadek powoduje, że się ją wykryje.

B.O. Jest źle. Dzięki nowemu dyrektorowi Instytutu Gruźlicy, który był onkologiem. Kiedy była tak wspólnie zorganizowana walka z tbc – zaczynając od Instytutu, poprzez Urzędy Wojewódzkie i Powiatowe itd. On zaczął je likwidować, gdyż uważał, że gruźlica sama wygaśnie. I później zlikwidował mały obrazek (rtg mało-obrazkowe). I dzisiaj mamy kłopot. Jest dzisiaj dużo ludzi napływających z terenów wschodnich, których nikt nie bada. Oni przyjeżdżają z tbc, już częściowo leczoną, ale nie do końca i wobec tego jest tbc-oporna – my to nazywamy gruźlicą oporną na leki przeciwprątkowe – i sieją. Ponieważ zakażenie tbc odbywa się drogą kropelkową, poprzez kontakt bezpośredni, czyli wszędzie. Stąd nie panujemy nad tym na razie.

D.S. Widzę że Pan Doktor jest ze wszystkim na bieżąco.

B.O. Jeszcze, jeszcze, ale dziękuję.

Dr Bolesław OSTROWSKI zmarł 20 grudnia 2019 r.

WIELKIE BITWY POLSKIEGO ORĘŻA



Bitwa pod Grunwaldem – 15 lipiec 1410

Wojskami polsko-litewskimi dowodził Wielki Książę Litewski Witold (41 tysięcy uczestników), zaś wojskami krzyżackimi Wielki Mistrz Krzyżacki Ulryk von Jungingen (58 tysięcy uczestników). Po stronie krzyżackiej walczyli również Polacy, m.in. Piastowie Śląscy (Konrad III Biały) i Pomorscy (Kazimierz V). Jagiełło nie brał udziału w bitwie tylko ją obserwował z niedalekiego wzgórza. Bitwa zakończyła się pogromem Krzyżaków. Ulryk von Jungingen zginął w walce. Jagiełło wspomniałomyślnie przekazał jego ciało Krzyżakom, którzy pochowali go w stolicy zakonu – Malborku. Po trzydniowym „odpoczynku” wojska polsko-litewskie ruszyły dalej, aby zdobyć Malbork. Ale zakończyło się to niepowodzeniem ponieważ Krzyżacy mieli dość czasu, aby przygotować się do obrony.

Bitwa pod Warną – 10 listopad 1444

Po zawarciu tzw. Porozumienia Szegedyńskiego między Władysławem Warneńczykiem a tureckim Sułtanem Kuradem zagwarantowano stosunki pokojowe. Niestety naciskany przez papieża Eugeniusza V, łamiąc postanowienia Porozumienia, Władysław Warneńczyk ruszył na południe i pod Warną spotkał się z armią turecką. Bitwa skończyła się tragicznie dla Polaków – Władysław Warneńczyk zginął. Ciało jego nie znaleziono, a było ono łatwo rozpoznawalne, ponieważ król posiadał dodatkowe palce u nóg. Najprawdopodobniej zostało ono zabrane z pola walki, co często obserwowane było u Turków. W Warnie wybudowano Warneńczykowi Mauzoleum, zaś w Katedrze Wawelskiej można podziwiać przepiękny sarkofag znajdujący się naprzeciwko sarkofagu jego ojca Władysława Jagiełły.

Bitwa pod Pskowem – 1581

W czasie walki o Inflanty z carem Iwanem IV Groźnym wojska Stefana Batorego zdobyły twierdzę w Połocku, twierdzę w Wielkich Łukach i przystąpiły do oblężenia Pskowa. Miasta nie udało się zdobyć (obroną kierował książę Wasyl Szujski). Dlatego na słynnym obrazie Jana Matejki pt. „Batory pod Pskowem” zwraca uwagę słowo „pod”, a nie „w Pskowie”. Na tym obrazie przed Stefanem Batorem nie klęczy z chlebem i solą Iwan IV Groźny, lecz książę Połocki.

Bitwa pod Byczyną – 1588

Największa bitwa w historii, jaka rozegrała się na terenie dzisiejszej Opolszczyzny. Po śmierci Stefana Batorego (1566) w elekcji na nowego króla kandydowali Maksymilian Habsburg i Zygmunt III Waza – ten ostatni popierany przez Kanclerza i zarazem Hetmana Wielkiego

Koronnego Jana Zamojskiego. Kiedy Maksymilian ruszył do Polski zatrzymał go pod Byczyną Jan Zamojski, pokonując jego wojska. Samego Maksymiliana Jan Zamojski wziął do niewoli i wywiózł do swojego nowo wybudowanego miasta Zamościa. Po roku Maksymilian został przez Zamojskiego uwolniony i powrócił do Wiednia.

Wiek XVII to lata licznych bitew Polaków z Rosjanami, Szwedami i Turkami.

Bitwa pod Kircholmem – 27 wrzesień 1605

Pod Kircholmem (Ryga) wojska polskie pod wodzą Hetmana Polnego Litewskiego Jana Karola Chodkiewicza pokonały trzykrotnie liczniejsze wojska szwedzkie (Polacy – 4 tys. żołnierzy, Szwedzi – 11 tys.). Decydujące były szarże husarii. Straty szwedzkie wyniosły 6 tys. żołnierzy, a polskie – 600 poległych. Po tym zwycięstwie Szwedzi odstąpili od oblężenia Rygi. W nagrodę król Zygmunt III Waza mianował Jana Karola Chodkiewicza wojewodą Wileńskim

Bitwa pod Kłuszynem – 1610

Hetman Wielki Koronny Stanisław Żółkiewski pokonał w niej kilkakrotnie liczniejsze wojska rosyjskie – przede wszystkim dzięki atakom husarii. Dzięki temu zwycięstwu wojska polskie bez oporu wkroczyły do Moskwy i zajęły Kreml. Rządy Polaków trwały niespełna dwa lata (do 1612). Antypolskie powstanie pod przywództwem mieszczanina Minina i księcia Dymitra Pożarskiego spowodowało wygnanie Polaków z Moskwy. Większość załogi polskiej zostało zamordowana (jak w Katyniu). Minin i Pożarski zostali bohaterami Rosji. Na pamiątkę wygnania Polaków z Moskwy na Placu Czerwonymi w Moskwie stanął pomnik obu bohaterów i przed nimi odbywają się coroczne defilady zamiast rocznic Rewolucji Październikowej.

Bitwa pod Cecorą – 1620

Hetman Wielki Koronny ruszył tam do walki z Turkami. Liczył już wówczas 73 lata. Bitwa zakończyła się klęską Polaków. Stanisław Żółkiewski zginął, a ciała jego nie znaleziono i nie wiadomo gdzie jest pochowany.

Bitwa pod Smoleńskiem – 1634

Za panowania Władysława IV Wazy wojska rosyjskie obległy twierdzę smoleńską. Wojska polskie pokonały wtedy Rosjan. W wyniku tego zwycięstwa Polska odzyskała pewne zdobycze terytorialne, m.in. Smoleńszczyznę, zaś Władysław IV definitywnie zrzekł się pretensji do tronu carskiego.

Bitwa pod Chocimiem – 1673

Wojska polskie pod dowództwem Hetmana Jana Sobieskiego pokonały w niej wojska tureckie Husseina Paszy. To zwycięstwo zadecydowało w przyszłości o wyborze Jana Sobieskiego na króla Polski.

Bitwa pod Wiedniem – 1683

Jan III Sobieski i cesarz austriacki Leopold I zawarli porozumienie o wzajemnej pomocy w wypadku oblężenia Krakowa lub Wiednia. Kiedy Turcy pokazali się pod Wiedniem, Jan III Sobieski wyruszył z odsieczą nie czekając na wojska litewskie. Wojska tureckie, którymi przewodził Wielki Wezyr Kara Mustafa liczyły 68 tys. żołnie-

rzy, zaś wojska polskie – 65 tys. (w tym 2,5 tys. husarii). Turcy zostali odrzuceni spod Wiednia przy czym decydująca była szarża husarii. W pościgu za uciekającym Turkami niespodziewanie resztki Turków pod Parkanami początkowo pokonały Polaków, ale kontrofensywa doprowadziła do ostatecznego ich pogromu. Sam Jan III Sobieski bardziej cenił zwycięstwo pod Parkanami ponieważ zniszczyło ono potęgę Turków, podczas gdy pod Wiedniem tylko ocaliło miasto. Kara Mustafa został przez Turków powieszony, a jego głowę przesłano w jedwabnym worku Sułtanowi Mehmedowi IV.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

CO PISZĄ INNI

W POSZUKIWANIU LEKU NA KORONAWIRUS

Zespoły naukowe z całego świata dwoją się i troją, by znaleźć środek, który wyleczy ludzi chorych na COVID-19. Wielkie nadzieje są związane ze środkami już używanymi w przypadku innych schorzeń. W tych poszukiwaniach skutecznego leku na pandemię aktywnie uczestniczy wielu dolnośląskich naukowców związanych z medycyną.

Minął pierwszy szok związany z wybuchem pandemii. Świat zaczyna bardzo powoli wracać na normalne tory, z których brutalnie wytrącił go nowy wirus. Mniej lub bardziej sprawnie działają medyczne procedury. Obok wciąż rosnącej liczby nowych zakażeń i zgonów, rośnie też, na szczęście, liczba wyleczonych. Najważniejszym celem jest teraz szczepionka przeciwko SARS-CoV-2 i wynalezienie leku, bądź zestawu leków, który będzie skutecznie zwalczał chorobę wywołaną przez SARS-CoV-2. Poszukiwania trwają m.in. we Wrocławiu w szpitalu jednoimiennym przy ul. Koszarowej, który jest jedną z trzech placówek tego typu na Dolnym Śląsku. Leczeniem chorych kieruje tam prof. Krzysztof Simon, ordynator I. Oddziału Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Jak mówi, farmakoterapia zależy przede wszystkim od etapu choroby. Najpierw chodzi o profilaktykę, czyli o to, aby nie dopuścić do rozwoju bardziej zaawansowanych stadiów choroby. Jeśli jednak COVID-19 przechodzi w fazę zaawansowaną, wtedy lekarze koncentrują się na tym, aby nie dopuścić do niewydolności oddechowej, krążeniowo-oddechowej i w efekcie wielonarządowej.

– Pierwszą propozycją terapii, kiedy walczymy o to, aby nie dopuścić do pojawienia się objawów klinicznych

zakażenia, jest być może ta przy pomocy chlorochiny – mówi prof. Simon. – Preparat podaje się osobom zakażonym, ale klinicznie zdrowym, a więc niemającym żadnych symptomów choroby. Oczywiście, jeśli wyrażą na to zgodę. Prawdopodobnie chlorochina (takie są najnowsze opinie na temat tego leku, które ciągle się zmieniają) nie ma działania przeciwwirusowego, jednak ma działanie przeciwzapalne. I to jest kluczowe – podkreśla. Pacjenci leczeni w ten sposób nie muszą przebywać w szpitalu, wymagają izolacji w domu lub w izolatorium. Do tego wątku wrócimy w dalszej części tekstu.

Kiedy pojawiają się objawy kliniczne, chorzy trafiają do szpitala, gdzie są uważnie monitorowani i leczeni. – Pacjentom z zapaleniem płuc, którzy nie wymagają wsparcia oddechowego, podajemy leki, które mogą wpływać na wirus, wiramię (ilość wirusa w jednym mililitrze krwi) i na jego mnożenie się. W tym celu używamy kaletry, to jest lek na HIV, z rybawiryną (na wirusy RNA) albo kaletry z chlorochiną, czasem każdy z nich oddzielnie. Nie zawsze pacjenci tolerują wszystkie te specyfiki. Jeśli mają inne choroby, czasami zachodzą interakcje z lekami, które biorą w związku z innymi schorzeniami – wyjaśnia zakaźnik. – Musimy więc tak dobierać każdej z osób terapię, aby nie nastąpiły u niej interakcje pomiędzy substancjami, i aby one się wzajemnie nie wykluczały.

Jaka będzie ostateczna skuteczność tych terapii (wyniki obserwacji badaczy chińskich i włoskich są zróżnicowane), jednoznacznie trudno powiedzieć. – Podajemy również oseltamiwir, ponieważ u szeregu osób nie można wykluczyć nadkażenia wirusami grypy, jak i antybiotyki (schemat z udziałem azitromycyny) z uwagi na duże ryzyko nadkażenia bakteryjnego – dodaje ordynator. – U każdego stosujemy różnorodne formy tlenoterapii.



Nie ma jednego modelu terapii. – *Jeśli pacjent przechodzi w stan wysiewu cytokin (CRS – cytokine release syndrom), wtedy stosujemy tocilizumab – bloker interleukiny-6. Lek jest drogi, a i nasze doświadczenia z nim są mniejsze, ale ten sposób terapii rozszerzamy, a od 24 kwietnia stosujemy budzący duże nadzieje Remdesivir. Oczywiście w tym stanie zaawansowania większość tych chorych niestety już jest prowadzona w ramach oddziału intensywnej terapii medycznej, gdzie swą sztuką terapeutyczną zajmują się koledzy intensywiści/anestezjology – mówi prof. Simon.*

Stosowane w jednoimiennym szpitalu we Wrocławiu leki przynoszą nieraz spektakularne efekty, także u seniorów i pacjentów z innych grup ryzyka. Jest szereg ozdrowieńców, którzy przechorowują COVID-19 i wychodzą z niego, w tym duża grupa osób z ciężkimi chorobami hematologicznymi czy nowotworami. – *Ostatnio szpital opuściło kilka skutecznie wyleczonych bardzo wiekowych osób. Może choroba miała u nich naturalnie łagodniejszy przebieg – mniejsze wyjściowe inokulum wirusa, jeszcze sprawny układ odpornościowy? – mówi ordynator z Koszarowej. – Oczywiście, nie wszyscy z grupy wzmoczonego ryzyka zdrowieją, niemniej jednak duża część pacjentów, którzy źle rokowali na podstawie doniesień światowych i uważnej analizy klinicznej, przeżywa.*

Największe nadzieje medycyny świat wiąże z lekiem o nazwie Remdesivir, produkowanym przez firmę Gilead, która przysłała go do badań m.in. kilku ośrodkom w Polsce. W ramach badania klinicznego terapię dla 10 pacjentów otrzymał I Oddział Zakaźny Kliniczny/Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii. – *To jest preparat ściśle przeciwwirusowy, który był testowany w eboli i tam się nie sprawdził, co nie znaczy, że nie sprawdzi się w leczeniu COVID-19. Czy tak będzie? Nie wiem. Mamy go podawać pacjentom w zaawansowanym stanie choroby, z niewydolnością krążeniowo-oddechową – mówi prof. Krzysztof Simon i dodaje, że z jego punktu widzenia, to trochę za późno. – Wolałbym go stosować na wcześniejszych etapach choroby, gdy następuje intensywna replikacja wirusa, aby nie dopuszczać do ciężkiego zapalenia płuc, ale na tej zasadzie program został zarejestrowany w Polsce i musimy się do niego zastosować.*

Dlaczego Remdesivir wydaje się tak skuteczny? – *Ma on mieć konkretne działanie przeciwwirusowe, hamuje enzym wirusowy RNA polimerazę zależną od RNA i w ten sposób utrudnia replikację – wyjaśnia prof. Brygida Knysz, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. – Badania in vitro, na zwierzętach i na ochotnikach wykazały, że działa. Obecnie trwają badania kliniczne na ludziach, których celem jest ocena skuteczności i bezpieczeństwa leku w różnych fazach choroby, a więc są chorzy, którzy Remdesivir już otrzymali. Na wyniki badań klinicznych trzeba będzie jeszcze trochę poczekać.*

Ogólnopolski program badania wpływu chlorochiny

Oprócz terapii stosowanych u pacjentów hospitalizowanych, we Wrocławiu ruszył ogólnopolski program badania wpływu chlorochiny na zapobieganie lub zmniejszenie ciężkich powikłań płucnych w przebiegu zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2. Pierwsi pacjenci już zostali zakwalifikowani. W projekcie biorą udział naukowcy z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu: pod nadzorem p.o. rektora prof. Piotra Poniakowskiego – prof. Brygida Knysz, prof. Ewa Jankowska, prof. Leszek Szenborn i prof. Krzysztof Simon. – *Muszę tu wspomnieć o udziale wielu lekarzy specjalistów chorób zakaźnych z mojej Kliniki – mówi prof. Knysz. – Równie zaangażowany jest personel medyczny z zespołów prof. Leszka Szenborna i prof. Ewy Jankowskiej. Takie badanie wymaga pracy całego sztabu ludzi, również niemedyków. Pacjenci zakwalifikowani do badania to osoby przechodzące zakażenie bezobjawowo lub skąpoobjawowo i przebywające w domu albo w izolatorium. Dostaną sprzęt do monitorowania najważniejszych funkcji życiowych (termometr, ciśnieniomierz, urządzenie do pomiaru saturacji). Wyniki pomiarów będą przekazywać na bieżąco do uniwersyteckiego centrum telemedycznego.*

– *Przeciwwirusowe i przeciwzapalne właściwości chlorochiny są znane od kilkudziesięciu lat. W związku z jej działaniem immunomodulującym znalazła zastosowanie w reumatologii, m.in. w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów. Jest stosowana także w leczeniu malarii – mówi prof. Brygida Knysz. – W chorobie COVID-19 o ciężkim przebiegu podstawą zmian narządowych jest niekontrolowana, nadmierna, nieprawidłowa reakcja zapalna, która rozwija się powoli od samego początku. W pewnym momencie już nie sam wirus, ale nasze mechanizmy immunologiczne są odpowiedzialne za to, co się dzieje w organizmie, m.in. w płucach, sercu, nerkach, wątrobie. Z tego powodu pojawiła się myśl, by zastosować chlorochinę albo hydroksychlorochinę u pacjentów z zakażeniem SARS-CoV-2.*

Nikt nie oczekuje – jak dodaje pani profesor – że preparat wyeliminuje wirus. To się na pewno nie wydarzy. Chodzi o jego działanie przeciwwirusowe na etapie wnikiwania wirusa do komórki i o działanie przeciwzapalne. – *Chcemy sprawdzić, czy chlorochina powstrzyma rozwój procesu zapalnego i czy sprawi, że choroba będzie przebiegała w sposób łagodny, czy nie dojdzie do rozwoju objawów, które spowodują, że pacjent będzie musiał być hospitalizowany – wyjaśnia.*

Profesor Knysz zauważa, że pomysł na stosowanie chlorochiny w walce z koronawirusem nie jest nowy. Już w 2004 r. w odniesieniu do SARS przeprowadzono badania in vitro, które potwierdziły przeciwwirusowe działanie tego preparatu. – *Jego podawanie wymaga jednak ścisłego monitorowania pod kątem działań niepożądanych, zwłaszcza kardiologicznych – wyjaśnia zakaźniczka. Agencja Żywności i Leków, FDA (Food and*

Drugs Administration) wydała 24 kwietnia oświadczenie na ten temat, zwracając uwagę na działania niepożądane. Dlatego ważne jest stosowanie leku w rygorze badania klinicznego.

Najczęstsze w COVID-19 są powikłania płucne, w tym ciężkie śródmiąższowe zapalenie płuc. Jednak istotną część zgonów z powodu ciężkiego przebiegu tej choroby następuje w wyniku powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego. Profesor Ewa Jankowska, kierownik Samodzielnej Pracowni Badań Układu Krążenia w Katedrze Chorób Serca Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu podkreśla, że w chorobie COVID-19 uruchamia się wiele patomechanizmów immunologicznych, dochodzi też do rozwoju bardzo gwałtownych procesów zapalnych, dysfunkcji śródnabłonka i koagulopatii.

– Te mechanizmy mogą uczestniczyć w patogenezie różnego rodzaju chorób sercowo-naczyniowych, włącznie z zapaleniem mięśnia sercowego. Możliwe też, że sam wirus działa toksycznie na serce – mówi kardiolog.

Chlorochina jest stosowana od dekad u pacjentów z malarią, z amebiozą i u osób z chorobami reumatycznymi. Są dane wskazujące, że przewlekłe stosowanie chlorochiny u chorych z chorobami autoimmunologicznymi zmniejsza ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych w obserwacji wieloletniej.

Należy pokreślić, że nie ma wiarygodnych danych, które wskazywałyby na skuteczność i bezpieczeństwo chlorochiny u chorych z COVID-19. Chinidyna (ale nie chlorochina) jest lekiem antyarytmicznym o udowodnionym działaniu wydłużającym odstęp QT. Dlatego tak ważne jest przeprowadzenie badania, które jednoznacznie nam odpowie, czy chlorochina zastosowana na wczesnych etapach infekcji koronawirusem zapobiega rozwojowi powikłań płucnych i czy zastosowana w takim wskazaniu jest bezpieczna. Chcemy to sprawdzić, dlatego do naszego badania włączamy też monitorowanie odstępu QT w EKG w warunkach izolacji domowej czy w izolatorium.

Kilka dni temu świat obiegła informacja, że w Brazylii przerwano testy kliniczne po tym, jak 11 osób chorych na skutek zakażenia koronawirusem, którym podawano duże dawki chlorochiny, zmarło na skutek arytmii serca. Zarówno prof. Ewa Jankowska, jak i prof. Brygida Knysz twierdzą, że do tego typu wiadomości należy podchodzić racjonalnie.

– Należy podkreślić, co stwierdzili Brazylijczycy. Poważne arytmie komorowe odnotowano u kilkunastu osób w ciężkich stadiach COVID-19, przebywających na oddziałach intensywnej terapii, leczonych koktajlem wielu silnie działających leków, w tym leków antywirusowych, antybiotyków i chlorochiny w bardzo wysokich dawkach. W takich przypadkach niemożliwe jest jednoznaczne stwierdzenie, co spowodowało zgon. U tych pacjentów było kilka potencjalnie silnych czynników, które mogły doprowadzić do zaburzenia rytmu serca – mówi specjalistka kardiologii.

Prof. Knysz dodaje, że w kontekście SARS-CoV-2 na świecie bada się jeszcze inne leki o działaniu przeciwwirusowym. W fazie badań klinicznych jest zarejestrowany w Japonii i w USA fawipirawir wykorzystywany dotychczas do leczenia ciężkich postaci grypy.

Inny specyfik to tocilizumab, który hamuje mediatory zapalenia poprzez blokowanie receptora dla interleukiny-6. Stosuje się go w reumatologii i hematologii w określonych sytuacjach klinicznych. Znajduje też zastosowanie w terapii osób zakażonych SARS-CoV-2, gdy choroba ma ciężki przebieg, kiedy dominują objawy związane z tzw. burzą cytokinową. Kolejne leki o podobnym mechanizmie działania są w trakcie badań.

Niewykluczone też, że oprócz prób stosowania inhibitora proteazy HIV – lopinawiru/rytonawiru zastosowanie w leczeniu COVID-19 znajdą inne leki antyretrowirusowe działające w oparciu o inne mechanizmy. Na podstawie dotychczasowych obserwacji nie uzyskano jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy lopinawir/rytonawir jest skuteczny w leczeniu pacjentów z COVID-19.

Osocze ozdrowieńców

Kolejną bronią do walki z COVID-19 jest surowica ozdrowieńców. Jak tłumaczy prof. Andrzej Gładysz, były wieloletni konsultant krajowy ds. chorób zakaźnych, jest to forma terapii sprawdzona kilkadziesiąt lat temu, kiedy się używało immunoglobuliny od ozdrowieńców przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, także temu będącemu powikłaniem po terapii hematologicznej, tężcowi, wściekliznie, a współcześnie przeciwko eboli. *– Osocze podaje się osobie, która ma krytyczny stan zapalny i z różnych powodów nie jest zdolna wytworzyć własnych przeciwciał, żeby ten stan zapalny zahamować. Gotowe przeciwciała podane z zewnątrz blokują, neutralizują wirusa, utrudniając mu postępujące namnażanie się w tym wypadku w tkance płucnej – wyjaśnia. – Ta metoda nie daje stuprocentowej ochrony, ale 70–80% ochrona jest już moim zdaniem sukcesem nie do zlekceważenia.*

Prof. Knysz przywołuje badania oceniające skuteczność osocza ozdrowieńców u chorych na COVID-19. U pacjentów po przebytym zakażeniu SARS-CoV-2 można stwierdzić obecność przeciwciał m.in. neutralizujących, które prawdopodobnie mają znaczenie ochronne. Podanie tych przeciwciał osobom z SARS-CoV-2 może hamować zakażenie komórek gospodarza.

Jak dodaje prof. Gładysz, w tej formie leczenia istotne jest stężenie przeciwciał. Ciągłe jest ona w fazie eksperymentalnej, dlatego że nie wiemy jeszcze, jakie stężenie przeciwciał będzie skuteczne dla zahamowania procesu zapalnego. Czy wystarczy na przykład 10, 100, a może 1000 jednostek międzynarodowych w mililitrze przetocznej immunoglobuliny, nie wiemy jeszcze, czy potrzebna będzie wyższa czy niższa wartość tego stężenia do skutecznego leczenia. To m.in. bada zespół naukowców Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu pod kie-



runkiem prof. Grzegorza Mazura. Celem rozpoczętego w stolicy Dolnego Śląska projektu jest też ocena różnicy w odpowiedzi serologicznej u ozdrowieńców, którzy przebyli zakażenie SARS-CoV-2 bezobjawowo i tych z objawami klinicznymi COVID-19.

27 marca osocze oddał wrocławski „pacjent zero”, który trafił do szpitala przy ul. Koszarowej 6 marca. – *Jeżeli moja krew, moje osocze mogą komuś pomóc, to zdecydowałem się je oddać. Może moje osocze uratuje komuś życie* – mówi 26-latek, który chce pozostać anonimowy.

Prof. Andrzej Gładysz dodaje, że leczenie osoczem niesie tylko jedno ryzyko: – *Immunoglobulina pochodzenia ludzkiego wymaga bardzo starannego przebadania mikrobiologicznego, by uchronić chorego przed zakażeniem innym współistniejącym patogenem, który może być bardziej niebezpieczny niż koronawirus, którego chcemy nią zahamować.*

Kiedy szczepionka?

Z odpornością populacyjną nierozzerwalnie wiąże się kwestia szczepionki. Prof. Andrzej Gamian, kierownik Zakładu Immunologii Chorób Zakaźnych w Instytucie Immunologii i Terapii Doświadczalnej im. Ludwika Hirszfelda we Wrocławiu poinformował na łamach „Gazety Wrocławskiej” (21 kwietnia), że jego zespół rozpoczyna pracę nad szczepionką przeciwko SARS-CoV-2 i że „jeszcze w tym tygodniu” składa w tej sprawie wniosek. Kiedy i w jakim zakresie projekt ruszy, zależy m.in. od tego, czy i jakie fundusze zostaną na ten cel przyznane.

Nadzieję na szybkie wynalezienie szczepionki ma prof. Brygida Knysz. Jej zdaniem może się to stać znacznie szybciej, niż się spodziewamy, dlatego że prace ruszyły na całym świecie. – *Mamy jako ludzie duże możliwości warsztatowe. Szczepionka może być wynaleziona wcześniej niż w ciągu kilkunastu miesięcy. Pracują nad nią wielkie firmy mające duże doświadczenie w opracowywaniu szczepionek* – wyjaśnia pani profesor. Jak dodaje, wirus jest już rozłożony na czynniki pierwsze. Wiemy, które jego fragmenty są konserwatywne, tzn. co by się nie działo, one się nie zmieniają. Znamy genom tego wirusa i rolę poszczególnych jego elementów. – *Na tej podstawie oparte są testy molekularne, które stosujemy na co dzień. Firma Moderna, która prowadzi w Seattle pierwszą fazę badań szczepionki, oparła ją na fragmencie materiału genetycznego tego wirusa* – mówi szefowa Katedry Chorób Zakaźnych. – *Podstawy są, teraz najważniejsza kwestia nie dotyczy tego, czy szczepionka będzie działała, ale czy uda się wyprodukować taką, która będzie skuteczna, pobudzi produkcję przeciwciał, i która będzie bezpieczna. Bezpieczeństwo jest elementem kluczowym.*

W tym tekście zostały wymienione tylko niektóre leki i pomysły na profilaktykę i leczenie. Na świecie toczy

się bardzo wiele badań, których celem jest wynalezienie skutecznego leczenia. Prof. Knysz uważa, że ostatecznie będziemy w posiadaniu wielu takich preparatów.

W stronę zbiorowej odporności?

Zastosowanie do leczenia osocza ozdrowieńców prowokuje do zadania kolejnego pytania: czy jako populacja nabywamy już odporności? Prof. Brygida Knysz tłumaczy, że w trakcie chorowania albo przechodzenia zakażenia bezobjawowo rozwija się reakcja immunologiczna organizmu wyrażająca się produkcją przeciwciał, czyli właśnie odporność. – *Zakładamy, że przeciwciała powinny warunkować odporność. W oparciu o wyniki badań na zwierzętach można przyjąć, że odporność rozwija się. Zakażenie makaków SARS-CoV-2 spowodowało rozwój objawów. Po ustąpieniu choroby ponowne podanie wirusa nie wywołało zakażenia lub zakażenie o bardzo lekkim przebiegu. To oznacza nabycie odporności.*

Pytanie, czy to samo zjawisko będzie dotyczyć ludzi, czy będzie to odporność na całe życie, czy też po pewnym czasie zniknie? Tego nie wiemy, ale w przypadku wirusa SARS z 2002 r., który jest bardzo podobny, wykazano obecność przeciwciał do 2 lat od zakażenia. Być może podobnie będzie w odniesieniu do SARS-CoV-2 i tego powinniśmy sobie życzyć.

Prof. Andrzej Gładysz przywołuje najnowszą informację z The New England Journal of Medicine, że ponad 80% populacji przechodzi zakażenie koronawirusem bezobjawowo, dzięki czemu wytwarzając przeciwciała, przyczynia się do wytworzenia tzw. środowiskowej odporności populacyjnej. – *Nie będzie więc ekspozycji nadkrytycznej, bo krytyczność ekspozycji zależy od relacji ilości kopii wirusa do ilości przeciwciał już wytworzonych przez osobę narażoną oraz od stanu jej odporności w momencie inwazji, czyli ataku* – tłumaczy.

Zdaniem zakaźnika oznacza to, że powołotku nabieramy już odporności jako populacja. Wprawdzie liczba ozdrowieńców wciąż jest mało imponująca w stosunku do faktycznych nosicieli bezobjawowych, jednak jeśli weźmiemy pod uwagę, że po dwóch, trzech tygodniach nosicieli bezobjawowy staje się odporny, to poziom odporności musi być już większy, niż myślimy. – *Jeśli zakładamy formalnie, że mamy ok. 10 tys. zakażonych, ale wykrytych tylko 8 tys., a spekuluje się, że jest ich 3-4 razy więcej, to znaczy, że musimy założyć, że jednak za 2-3 tygodnie będzie dużo większa liczba populacji już uodpornionej. I tego nie wolno lekceważyć, choć może jeszcze nie powinno nas to uspokajać* – zauważa prof. Gładysz.

Agata GRZELIŃSKA

(przedruk z „Medium” nr 5/20)

NAJGORSZE DOPIERO PRZED NAMI?

Z dr hab. n. med. Aleksandrem DEPTUŁĄ
rozmawia Agnieszka BANACH

Nowy koronawirus jest podobno niemal doskonale przystosowany do atakowania ludzkich komórek. W wyniku wielu mutacji udało mu się dokonać tego, czego nie osiągnęły inne koronawirusy...

Stało się to, co czasami się zdarza – wirus SARS-CoV-2 przełamał barierę gatunkową i nabył zdolność do wywołania zakażeń u ludzi. Badania nad mechanizmem zakażenia trwają i trwać będą, zapewne przez wiele lat. Wiadomo już, że jest bardziej zakaźny od wirusa grypy, ale mniej od wirusa odry. Przeciwnie tym wirusom mamy jednak od lat szczepienia, które znacznie zmniejszają rozprzestrzenianie się zakażeń. Niestety, nowy wirus najprawdopodobniej pozostanie z nami na długie lata i będzie wywoływał zakażenia do czasu, aż powstanie tzw. odporność populacyjna bądź wdrożone zostanie powszechne szczepienie.

Jak Pan ocenia – dobrze radzimy sobie z pandemią? A może coś robimy źle, nieodpowiednio? Czegoś za mało?

Analizując dane z innych krajów, można powiedzieć, że radzimy sobie dostatecznie. Dzięki dość sporemu zdyscyplinowaniu udaje się nam na razie powstrzymać falę lawinowego wzrostu zachorowań, dlatego system ochrony zdrowia pozostaje w miarę wydolny. Jak na razie nie zdarzają się sytuacje, żeby zabrakło miejsc w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dla najcięższych chorych. Biorąc pod uwagę statystyki – cały czas wykonujemy za mało badań w kierunku SARS-CoV-2 i nie jest to kwestia złej woli, ale potencjału, który posiadamy. Nie ma absolutnie możliwości, żeby w ciągu kilku tygodni stworzyć laboratorium diagnostyczne, a to przede wszystkim z powodu dramatycznych niedoborów kadrowych – braku wykwalifikowanych diagnostów laboratoryjnych, niedoborów sprzętowych i nowoczesnych technologii w wielu już istniejących laboratoriach. Wydaje się, że w porę wprowadzono w Polsce ograniczenia zmniejszające skalę transmisji wirusa. Nie wszystkie są zrozumiałe – jak na przykład zakaz wstępu do lasów, ale zgodnie z informacjami prasowymi, będzie to pierwsze wycofane obostrzenie. Czy coś robimy źle? Źle stosujemy środki ochrony indywidualnej. Jestem czasem przerażony, obserwując ludzi w sklepach czy na ulicach. Skoro są wprowadzone nakazy stosowania rękawic ochronnych czy osłaniania twarzy (pomimo że w rozporządzeniu jest jasno napisane, że nie musi to być maseczka, większość osób jednak maseczki stosuje), należałoby społeczeństwo edukować, jak to należy robić. Trzeba więc pamiętać o bardzo wielu rzeczach, żeby rękawiczki i maski nie stały się jeszcze większym zagrożeniem. Jako osobę zajmującą się na co dzień kontrolą zakażeń, bardzo mnie cieszy wzrost za-

interesowania higieną rąk, świadomość, że warto utrzymać dystans w kolejkach. Liczę, że część tych zasad pozostanie w społeczeństwie na znacznie dłużej niż do czasu wygaśnięcia pierwszej fali zachorowań.

W walce z epidemią ważne są procedury, które w momencie kryzysu można szybko wdrożyć, by opanować sytuację. Czy w Polsce istniał system działania kryzysowego na wypadek pandemii? Procedury u nas zadziałały?

Dotychczas wszelkie tzw. plany pandemiczne miały w Polsce wymiar absolutnie teoretyczny. W niektórych jednostkach i instytucjach odbywały się praktyczne bądź teoretyczne ćwiczenia z zakresu postępowania w takich sytuacjach. Trudno mi się wypowiadać na temat przygotowania kraju – fakt jest taki, że mieliśmy szczęśliwie trochę więcej czasu niż Włochy czy Hiszpania, żeby się do obecnej rzeczywistości przystosować. Z pewnością nie zdaliśmy w pełni egzaminu z zakresu zabezpieczenia w rezerwy środków ochrony indywidualnej – z jednej strony należałoby powiedzieć, że strategiczny zasób środków powinien być zmagazynowany i gotowy, ale z praktycznego punktu widzenia trzeba przyznać, że środki te nawet w erze przed pandemią nie należały do najtańszych, a mają swój okres przydatności do użycia. Na przykład kombinezony nie są potrzebne praktycznie w żadnych innych sytuacjach w szpitalach. Fartuchy barierowe, które są środkiem w zasadzie równoważnym – bywają w wielu szpitalach wykorzystywane do zabiegów operacyjnych, więc przy właściwej gospodarce zasobami byłyby wykorzystane. Masek ochronnych FFP2 i FFP3 używa się do opieki nad pacjentami chorymi na gripę czy gruźlicę, więc również mogłyby być zmagazynowane w większych ilościach. Łatwo teraz byłoby powiedzieć, jak powinny wyglądać szpitale, że dawno, dawno temu należało postawić na znaczne zwiększenie liczby jednoosobowych sal chorych, projektować nowobudowane obiekty tak, aby w razie konieczności oddziały mogły być przekształcane w całości w oddziały izolacyjne. Specjaliści zajmujący się kontrolą zakażeń zwracali na to uwagę od lat, niestety bez skutku, ale mam nadzieję, że teraz myślenie rządzących i organów założycielskich w tym zakresie się zmieni. Kolejnym aspektem jest niewydolność inspekcji sanitarnej, która absolutnie nie wynika ze złej woli pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych – przez lata dramatycznie niedofinansowanych, z olbrzymimi brakami kadrowymi i brakami specjalistów. Nagle okazało się, że lekceważone wielokrotnie służby są w kraju niezbędne, bo tylko one mają pewne uprawnienia. Absolutnie nie dziwią mnie opóźnienia w wydawaniu decyzji o kwarantannie czy w wykonywaniu badań laboratoryjnych – jak nagle kilkanaście osób ma wydać decyzje, poprzedzone zebraniem wywiadu epidemiolo-





gicznego, dla tysięcy mieszkańców regionu? Jak nagle kilka osób ma wykonać kilkaset badań PCR dziennie?

Pracownicy szpitali przekształconych teraz w zakażne skarżą się, że nikt ich nie poinstruował, jak mają taką reorganizację u siebie przeprowadzić... Nie było tam doświadczonych zakaźników i epidemiologów. Natłok chorych przyjmie więc niewyszkolony i niezabezpieczony personel, który wskazówek, jak postępować z chorym zakaźnym, szuka m.in. w Internecie. Jak powinna być przeprowadzona taka zamiana, żeby była bezpieczna i dla lekarza, i pacjenta?

Nie jestem zaskoczony tymi skargami, jak również sposobem działania administracji państwowej. Cały czas, niestety, funkcjonuje swego rodzaju tryb nakazowy: polecenie – wykonać. Bez zastanowienia się, czy są w poszczególnych szpitalach wykwalifikowane osoby, które wiedzą, jak to zrobić. W większości krajów europejskich funkcjonują centralne instytucje, które opracowują wytyczne, rekomendacje, algorytmy postępowania oraz instruktaże „jak coś zrobić”, np. jak przekształcić oddział internistyczny w oddział zakaźny. W Polsce wydawane są polecenia i w efekcie każdy ze szpitali musi poradzić sobie z problemem sam. A jak sobie radzi? Jak potrafi. Raz lepiej, raz gorzej. Należy powiedzieć jasno: w Polsce nie ma dedykowanej specjalizacji lekarskiej z zakresu epidemiologii szpitalnej czy kontroli zakażeń. Nigdy nie stworzono dobrego programu kształcenia specjalistów w tej dziedzinie. W większości szpitali zadania te są powierzane przypadkowym osobom, które miały okazję zdobyć kwalifikacje w ciągu... dwutygodniowego kursu. Specjalistów chorób zakaźnych brakowało od dawna, specjalistów mikrobiologii lekarskiej jest w Polsce około stu, z czego większość w wieku emerytalnym, specjalistów epidemiologii – zapewne jeszcze mniej. Więc pojawia się pytanie – kto miał to zrobić? W każdym szpitalu muszą być zatrudnione pielęgniarki epidemiologiczne (specjaliści epidemiologii), jednak bardzo często mają bardzo ograniczoną siłę przebicia, pomimo posiadanych kwalifikacji. Zadaniem szpitalnych zespołów kontroli zakażeń powinno być dostosowanie opracowanego centralnie planu przekształcenia szpitala do warunków lokalowych i architektonicznych w danej jednostce. Wytyczne krajowe nie zostały przygotowane, więc personel, realizując zadania, konsultuje się z innymi placówkami albo poszukuje rozwiązań w Internecie... W kwestii zabezpieczenia pracowników: nie jest trudno obliczyć, ile środków ochrony indywidualnej potrzeba w danym oddziale na dobę – mają one określony czas stosowania, a personel ubrany w kombinezony nie jest fizycznie w stanie w nich pracować dłużej niż 4-6 godzin. Z każdym dniem przed przewidywanym szczytem zachorowań zyskujemy coś, co jest w tej chwili najcenniejsze – czas. Czas na poprawienie przystosowania szpitali jednoimiennych i pozostałych do nowej sytuacji epidemiologicznej, czas na zgromadzenie zasobów środków ochrony indywidual-

nej, czas na dopracowanie procedur i ewentualne ćwiczenia... To jest bezcenne.

Na przełomie kwietnia i maja przewidywany jest szczyt zachorowań. Podobno w niektórych miejscach system już się zatyka... Jaki scenariusz nas czeka – włoski, amerykański? Czy może bardziej łagodna katastrofa?

Trudno jest przewidzieć, jak dokładnie będzie wyglądała sytuacja w Polsce, ponieważ podjęto szereg działań – zarówno związanych z ograniczeniem transmisji wirusa w społeczeństwie, jak i przygotowaniem szpitali. Planowe przyjęcia i zabiegi praktycznie zamarły – nie tylko ze względu na konieczność opróżnienia oddziałów, ale również z powodu niedostatku banalnych masek chirurgicznych... Nie sądziłem, że kiedykolwiek będzie trzeba w szpitalach reglamentować maseczki! Liczę, że nie będziemy mieli w Polsce do czynienia ze scenariuszem włoskim, jednak wydaje mi się, że najgorsze dni są wciąż przed nami... Prawie 20% wszystkich zakażonych to pracownicy ochrony zdrowia. To jeden z najgorszych wyników w Europie. Jak zorganizować opiekę nad chorym, żeby jak najbardziej ograniczyć ryzyko zarażenia się lekarza? Jakie powinny być zalecenia ochrony indywidualnej i organizacji pracy w szpitalach, żeby te nie stały się ogniskami epidemii? Przede wszystkim – możliwość dostępu do szybkiej i wiarygodnej diagnostyki zakażenia, po drugie – określanie ryzyka zakażenia u pacjenta poprzez zebranie starannego wywiadu epidemiologicznego oraz badanie przedmiotowe i podmiotowe, po trzecie – stosowanie odpowiednich środków ochrony indywidualnej (ŚOI): przyłbic, masek chirurgicznych w przypadku krótkotrwałego kontaktu z pacjentem i eliminacja ryzyka ekspozycji na aerozol lub stosowanie masek FFP2 lub FFP3 w przypadku czynności związanych z narażeniem na aerozol, fartuchów barierowych lub kombinezonów oraz, czasem, podwójnej warstwy rękawic ochronnych. Należy bardzo starannie czytać procedury stosowania ŚOI, które w wielu szpitalach są na bieżąco aktualizowane (!) – bo wiemy coraz więcej o wirusie i jego transmisji oraz dostosowujemy je do dostępności środków. Naprawdę specjaliści zajmujący się kontrolą zakażeń robią wszystko, by pozostały personel placówek mógł pracować tak bezpiecznie, jak to tylko możliwe.

Liczba zakażonych lekarzy może być niedoszacowana. Pewnie jest większa niż wynika z oficjalnych danych.

Zapewne tak, ale dopóki nie będziemy w stanie wykonać większej liczby testów, w tym przesiewowych, u personelu i pacjentów, to nie będziemy wiedzieli. Jeśli chodzi o zakażenia szpitalne, to będę uczestniczył w telekonferencji ECDC, gdzie ustalimy definicję szpitalnego zakażenia SARS-CoV-2.

Testy, testy, testy – powtarza jak zdarta płyta WHO, uznając, że to najłatwiejszy sposób zlokalizowania potencjalnych zakażonych. Tymczasem słyszymy np. że testowanie w kwarantannie jest zbędne. Czy nie powinniśmy wzorem Koreańczyków, którym udało się ograniczyć

epidemię – wręcz otwierać punkty pobierania próbek wszędzie, gdzie się da? Wtedy będzie wiadomo, kto rzeczywiście powinien zostać odizolowany.

Należy pamiętać, że każde badanie diagnostyczne jest badaniem dodatkowym i wykonuje się je z określonych wskazań. Powinno być poprzedzone kwalifikacją do badania przez lekarza, z wyjątkiem badań z nadzoru, a do takich należą właśnie badania osób w kwarantannie. Uważam, że bezwzględnie należy wykonywać badania u osób w kwarantannie, zwłaszcza po upływie 7 dni od bliskiego kontaktu z osobą zakażoną. Nie jestem zwolennikiem dostępności testów dla wszystkich obywateli bez wcześniejszej konsultacji lekarskiej. Badania diagnostyczne nie służą zaspokajaniu ciekawości, a dopóki nie będziemy mieli wielokrotnie wyższych możliwości diagnostycznych, to musimy je wykonywać w pierwszej kolejności u najbardziej potrzebujących. Pracownicy ochrony zdrowia powinni mieć ułatwiony dostęp do testów w miarę zwiększania możliwości laboratoriów i jestem zbulwersowany faktem, że posłowie-lekarze odrzucili tę propozycję. Można było wprowadzić dodatkowe kryteria, w których w pierwszej kolejności badane byłyby najbardziej narażone grupy pracowników, jednak... łatwiej jest poklaskać przez parę minut przed kamerami...

Czy Pana zdaniem, kwarantanna bez testowania w ogóle ma sens? Podobno to najdroższy, a jednocześnie niezbyt skuteczny środek zapobiegawczy.

W aktualnej sytuacji nie ma innego wyboru. Środek drogi, ale znacznie ogranicza możliwość transmisji wi-

rusa. I tak, nawet przy pełnych możliwościach diagnostycznych, będzie trwała najkrócej 7 dni.

Kto nie nosi – ten roznosi, a więc porozmawiajmy o maskach. Czy w obecnej sytuacji epidemiologicznej powinien je nosić każdy – zdrowy i chory?

Personel medyczny powinien stosować się do procedur w placówkach, w których pracuje. Powstają one na podstawie wytycznych WHO, ECDC, CDC i innych organizacji. Światowa Organizacja Zdrowia nie zaleca natomiast stosowania masek ochronnych w pandemii SARS-CoV-2 całemu społeczeństwu. Miałem w ubiegłym roku wyjątkową okazję uczestniczyć w spotkaniu ekspertów w Hongkongu, na którym opracowywaliśmy rekomendacje WHO dotyczące niefarmakologicznej profilaktyki grypy w społeczeństwie, ale nie sądziłem, że tak szybko ta wiedza się przyda...

Dr hab. Aleksander DEPTUŁA, prof. UMK, pełni obowiązki kierownika Katedry Propedeutyki Medycyny i Profilaktyki Zakażeń CM UMK oraz kieruje Sekcją Antybiotykoterapii i Kontroli Zakażeń Szpitalnych w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1. im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy. Jest konsultantem wojewódzkim w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej oraz reprezentuje Polskę w Europejskim Centrum Profilaktyki i Kontroli Chorób (ECDC) w zakresie zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Od grudnia 2019 r. jest prezesem Stowarzyszenia Epidemiologii Szpitalnej.

(przedruk z „Primum” nr 5/20)

ZA AGRESJĄ STOI LĘK

Ekstremalna sytuacja, związana z pandemią koronawirusa sprawiła, że wzrosło napięcie w relacjach lekarz–pacjent. Medycy spotykają się z ostracyzmem, wykluczeniem społecznym, zmagają się z hejtem i agresją ze strony spanikowanych pacjentów. Co więcej, sami obawiają się o zdrowie swoje i najbliższych. Jak radzić sobie w tych trudnych czasach? O uważności, metodach walki ze stresem, a także mądrych sposobach na niemerytoryczną krytykę, „Panaceum” rozmawia z Małgorzatą CZERNECKĄ, psycholożką, specjalistką mental health oraz z dr Moniką KOPYTOWSKĄ, językoznawczynią, badającą m.in. zjawisko hejtu.

„Panaceum”: – Trudne czasy nastały: i pacjenci, i lekarze źle znoszą obecną sytuację. Pacjenci wpadają w panikę, reagują irracjonalnie, a niekiedy zachowują się agresywnie. Część lekarzy pracuje ponad ludzkie siły, w ekstremalnie trudnych warunkach, a do tego martwi się o siebie i bliskich. Jak wytrwać wiele tygodni pracy w tak wielkim napięciu? W tym permanentnym, wielokrotnionym stresie?

Małgorzata Czernecka: – Lekarze to jedna z najbardziej przepracowanych grup zawodowych. Trudno porównywać ich pracę do pracy, np. psychoterapeutów, którzy – aby nie obniżyć jakości swojej pracy – nie przekraczają określonych limitów klientów w ciągu dnia, jednak ze względu na fakt, iż biorą na siebie podobną odpowiedzialność – za diagnozę, proces leczenia itp. – dobrze by-

łoby, gdyby takie limity mieli. Lekarze nie mają takiego komfortu – u większości z nich drzwi do gabinetów nie zamykają się, a oni sami rezygnują z przerw w pracy, by nie konfrontować się z komentarzami osób czekających w poczekalni. Trudno utrzymać koncentrację i empatię na wysokim poziomie przy takim przemieszczaniu pacjentów. A przecież dochodzi do tego jeszcze odpowiedzialność. Wielogodzinne skupienie i wysokie tempo pracy są wykańczające. Dlatego podstawą w tym czasie powinno być również dla samych lekarzy zadbanie o siebie, bo kondycja fizyczna mocno wpływa na ich wydolność emocjonalną, to jak odbierają pewne komunikaty i jak na nie odpowiadają. Dlatego szczególnie w tym trudnym czasie warto dbać o tak podstawowe kwestie, jak regeneracja czy aktywność fizyczna. Bardzo ważną kwestią jest chociażby sen,





który nie tylko wzmacnia naszą immunologię, ale ma też ogromny wpływ na naszą odporność na stres oraz funkcje poznawcze. Warto też zadbać o ruch, który nie tylko pomaga metabolizować hormony stresu, ale też wspiera naszą adaptację na stres.

Ogromne znaczenie ma też uważność – znajomość siebie, tego, co się ze mną dzieje, jak reaguję na cudze emocje, jak „rezonuję” z pacjentem. Pacjenci są teraz bardziej nerwowi i czują wysoki poziom lęku. Jeszcze „wczoraj” ktoś miał zwykły kaszel, zwykłą gorączkę, a dziś w jego głowie jawi się scenariusz, że mogą to być objawy śmiertelnego wirusa. Taka osoba liczy na wskazówki, na uspokojenie, wsparcie i wyciszenie stanu niepewności, który mu towarzyszy. Koronawirus wywołuje nie tylko pandemię choroby, ale też pandemię lęku o życie nasze i naszych bliskich.

Co, jeśli pacjent nie uzyska tego wsparcia?

M.Cz.: – Mechanizmem obronnym w tej sytuacji może być agresja. Nie wiem, czy to będzie pocieszające – ale często ta agresja jest nieświadomie kierowana w lekarza. Pacjent jest agresywny, bo stoi za nim lęk. Agresja to wynik lęków, z którymi sobie nie radzimy. Z drugiej strony istnieje przekonanie, że krzyk i awantura to droga do uzyskania pomocy w szybki, skuteczny sposób – wiedzą o tym wszyscy lekarze z SOR-ów czy NPL-ów. Ta agresja to próba zwrócenia na siebie uwagi. Pacjent ma przeświadczenie, że krzykiem wywalczy sobie zainteresowanie i zostanie to, co chce. Opresyjna komunikacja niestety czasem jest skuteczna, bo takiej osobie poświęca się uwagę, choćby po to, żeby załagodzić sytuację. Bycie na pierwszej linii z żywym człowiekiem jest bardzo trudne, ponieważ nie jest to wyłącznie praca z ciałem pacjenta, ale też z jego emocjami i całą masą doświadczeń oraz przekonań, które za nimi stoją. Niestety przemęczony lekarz może nie mieć „zasobów wewnętrznych” (czyli siły, energii) do tego, żeby zareagować spokojnie na podniesiony ton głosu czy agresywne zachowanie pacjenta, szczególnie jeśli to kolejna taka osoba w tym dniu. Trudno oczekiwać od lekarzy stoickiego spokoju – trzeba umieć ustawiać granice w grzeczny, ale stanowczy sposób. Z jednej strony chcemy być przyjęci przez lekarza, który nas rozumie, jest empatyczny i czuje emocje, z drugiej strony dziwimy się, jeśli podniesie głos lub dbając właśnie o swoje emocje trzyma nas na dystans.

Jak sobie z tym radzić?

M.Cz.: – Tego typu sytuacje można porównać do pracy w call center. Po bardzo trudnej rozmowie z klientem opryskliwym, wulgarnym czy rzucającym słuchawką, pracownik infolinii ma chwilę przerwy, aby się „odwentyłować”. Jeśli ktoś wylewa na lekarza swoje złe emocje, to adwersarz nie pozostaje bez konsekwencji. Dlatego naprawdę zalecam chwilę przerwy – warto zrobić coś, by tę sytuację zakończyć i „spuścić ciśnienie”, które człowiek na siebie przyjął. W przeciwnym razie lekarz może stracić konieczną w tym zawodzie empatię, przyjąć mechanizm obronny i tą postawą obojętności wywołać kolejne negatywne emocje. I tak wkoło.

Dr Monika Kopytowska: – W kwestii komunikacji, lekarz absolutnie nie powinien dać się sprowokować i „wkre-

cić” w spiralę agresji, nawet jeśli trudno pozostać obojętnym na wulgarne komentarze pod swoim adresem.

M.Cz.: – Wbrew pozorom wcale nie jest zalecane, by do pacjenta, który się awanturuje, mówić bardzo wyciszonym, spokojnym tonem głosu. To jeszcze bardziej może rozsierdzić zirytowanego rozmówcę, ponieważ jest to reakcja zupełnie nieadekwatna do tego, co czuje pacjent. Na pewno nie należy krzyczeć, ale na początku warto mówić spokojnie, ale stanowczym tonem głosu, a potem stopniowo spowalniać tempo mówienia. Dzięki temu prostemu zabiegowi można dość skutecznie wyciszyć pacjenta. To przykład mechanizmu psychologicznego, który warto znać.

Wydawać by się mogło, że lekarze muszą wykorzystywać mechanizmy obronne, by móc pracować, a po pracy – normalnie funkcjonować, a nie zadręczać się poszczególnymi przypadkami.

M.Cz.: – Dystans do pracy nie tylko po pracy musi być, ale jednocześnie warto uważać, aby nie wpaść w tryb cyborga, czyli osoby, która jest zupełnie odcięta emocjonalnie. Lekarz mocno odcięty emocjonalnie może bardzo łatwo kogoś skrzywdzić – nie dopyta, nie sprawdzi, nie wytłumaczy, podejmie szybką decyzję, pójdzie dalej... Tak jak w wielu przypadkach, tu bardzo ważny jest balans. Pojawia się pytanie: jak go znaleźć? Na pewno pomaga stawianie granic pomiędzy pracą a życiem prywatnym, możliwość porozmawiania o trudnych sytuacjach z kolegą lub koleżanką po fachu, jeszcze zanim wrócimy do domu oraz stosowanie pewnych stałych rytuałów, które pomagają przechodzić nam z trybu zawodowego w tryb prywatny. Ważne jest mieć taki czas, w którym całkowicie odcinamy się od pracy i o niej w ogóle nie myślimy, za to zajmujemy się zupełnie innymi aktywnościami – hobby, zabawą z dziećmi, pieleniem ogródka, spacerem po lesie. Nie ma gotowych recept, ale trzeba wsłuchać się w siebie. Teraz, w sytuacji epidemii, kontakt ze sobą i własnymi emocjami, jest ważniejszy niż kiedykolwiek.

...by nie oszaleć?

M.Cz.: – Też, ale nie tylko. Zawód lekarza w swoim DNA ma wpisane pomaganie, również takie, które obejmuje wsparcie emocjonalne pacjenta. Można dawać z siebie wiele, można pomagać innym, angażować się osobiście, być empatycznym, ale ważne, żeby nie robić tego swoim kosztem, nie nadwyręzać siebie. Dlatego tak ważne jest dbanie o siebie, o którym mówiłam wcześniej. Przychodzą przecież bardzo różni pacjenci, jedni są spokojni i świadomi swojego ciała, objawów, kondycji, inni są na drugim końcu kontinuum, pełni lęków o swoje zdrowie, nadmiarowo interpretujący wszystko, co się z nimi dzieje. Dlatego umiejętność obserwacji człowieka w gabinecie jest bardzo ważna. Bycie w trybie „na dystans” pozornie chroni lekarza, ale może włączyć autopilota, co z kolei może sprawić, że w diagnozie umknie nam ważny szczegół.

M.K.: – Już na etapie studiów medycznych powinny być zajęcia z komunikacji z pacjentem. Wraz z doświadczeniem, lekarz poznaje typy pacjentów i potrafi dostosować komunikat. To ważne, bo choćby sposób, w jaki lekarz przedstawi diagnozę, może wpłynąć na dalsze efekty leczenia: czy pacjent się załamie, czy podejmie walkę z chorobą.

Jak mądrze komunikować COVID-19?

M.Cz.: – Jeśli lekarz zareaguje spokojnie i rzeczowo, przytoczy statystyki, doda np. że umieralność jest w taka i taka, że zdecydowana większość przypadków jest wyleczalna, że w danej grupie wiekowej ryzyko powikłań jest niewielkie, że ogólny stan pacjenta jest dobry, to nawet pozytywny wynik testu nie wywoła hysterii. Pacjent po takiej rozmowie z lekarzem będzie spokojny, bo... lekarz będzie spokojny. Dobrze poprowadzona rozmowa nie tylko uspokoi, ale też zmotywuje pacjenta do walki z chorobą i pobudzi wiarę, że wszystko będzie dobrze. To, co się usłyszy w takiej pełnej lęku sytuacji, jest kodowane w świadomości pacjenta, a następnie objawia się na poziomie konkretnych zachowań pacjenta.

M.K.: – Zgadza się. Tę samą wartość statystyczną można przedstawić jako szansę albo jako zagrożenie. Ważne jest nie tylko to, co lekarz mówi, a także to – jak mówi. Komunikaty niewerbalne są bardzo ważne – czy patrzy na pacjenta, czy daje mu poczucie bycia słuchanym. W sytuacji stresowej, ludzie są jeszcze bardziej wyczuleni na drobne sygnały, na brak szacunku czy empatii. Coś, co w sytuacji codziennej przejdzie bez echa, w dobie epidemii może urastać do rangi ogromnego problemu.

I wtedy ulewa się takim pacjentom, na przykład w Internecie. Dlaczego łatwiej nam, ludziom napisać negatywną opinię na temat lekarza niż pozytywną?

M.K.: – Dlatego, że pozytywne działania bierzemy za pewnik, niewymagający „nagrody” w postaci dobrej opinii. Bardziej uderzają nas braki, które skłaniają do reakcji, np. poprzez pisanie negatywnych komentarzy.

Nierzadko jest też tak, że pacjenci nie przekazują swoich oczekiwań, zakładają, że lekarz się domyśli. Na pewno wiele osób teraz pomyśli o swoim związku, że ta trudność dotyczy również relacji osobistych. Jak widać, to złożony problem.

Jaką radę mają Panie dla lekarzy, którzy przejmują się tymi opiniami?

M.K.: – Warto zwrócić uwagę, że gros tych treści to jest po prostu niemerytoryczny hejt, który wyraża frustracje zupełnie z innego pola. Jego autor nie ma odwagi iść do szefa i powiedzieć mu w oczy, co o nim myśli, ale nie ma problemu, by obsmarować – anonimowo – lekarza w sieci. Jednak zrozumiałe jest, że lekarze uważają, że te opinie wpływają na ich wiarygodność.

Anonimowy hejt w Internecie to jedno, ale w dobie koronawirusa, lekarze sygnalizują też ostracyzm w realnym świecie. Najpierw był podziw dla medyków walczących z wirusem, a teraz sąsiedzi omijają ich łukiem, bo przecież „mogą coś przywlec ze szpitala”. Jaki mechanizm tu zadziałał, że tak zmieniło się postrzeganie lekarzy?

M.K.: – Tak, jak Małgorzata wspomniała, negatywne emocje budzą się z lęku. Strach jest głównym aktywatorem tych zachowań. Naturalne jest poszukiwanie winnych. Lekarze zaczynają być postrzegani jako źródło zagrożenia. Niestety, dużą rolę odegrały tu media – tradycyjne i społecznościowe. Komunikaty o lekarzach, którzy nieświadomie zarazili pacjentów, bo nie wiedzieli, że byli zakażeni – to jednostkowe przypadki, ale wpływają na masowe

postrzeganie całej grupy zawodowej. Strach się potęguje, a winny nie jest sam wirus, tylko lekarz. O tym, jak niebezpieczne mogą być media, wpędzające ludzi w spiralę strachu, mogłam się przekonać podczas wizyty w Kigali, stolicy Rwandy. Spotkałam się tam z ofiarą – przedstawicielką plemienia Tutsi i oprawcą – mężczyzną z plemienia Hutu. On mówił, że to, co motywowało tych ludzi, by nagle zaczęli zabijać swoich sąsiadów, ludzi, których dzieci bawiły się z ich dziećmi, było poczucie strachu. Strachu napędzanego przez radio, które nawoływało do przemocy i tworzyło wrogów. Generowano poczucie strachu, które sprawiło, że ludzie zaczęli zachowywać się irracjonalnie. To oczywiście mocny przykład, ale jasno przedstawia ten mechanizm. Poczucie zagrożenia nie usprawiedliwia agresywnych postaw i hejtu wobec pracowników ochrony zdrowia, ale może go częściowo wyjaśniać.

M.Cz.: – Ja też wrócę do początku naszej rozmowy i przypomnę o poczuciu własnej wartości i roli szukania oparcia w samym sobie. Jeśli nie mamy ugruntowanego poczucia własnej wartości, to mamy większe tendencje do przeglądania się w lustrze świata zewnętrznego i kierowania tam naszej uwagi. Czasem dzieje się też i tak, że jeśli bardzo identyfikujemy się z tym, co robimy i poświęcamy się dla pracy, to czasem ciężko się tym hejtem nie przejmować, nawet jeśli mamy dobrą samoocenę i literalnie wiemy, że te treści są abstrakcyjne. Hejt jest trudny do udźwignięcia, dlatego bardzo ważne jest, żeby skupiać swoją uwagę w takich chwilach również na tych dobrych ocenach i komentarzach, a nie tylko na tych złych. Warto widzieć całe spektrum rzeczywistości – nigdy nic nie jest tylko białe albo tylko czarne.

To na koniec poproszę jeszcze o kilka słów otuchy, bo chyba są potrzebne...

M.K.: – Nie ma sensu wdawać się w dyskusję z hejterami. Badania pokazują, że nie ma możliwości, by kogoś przekonać do zmiany zdania w dyskusji w mediach społecznościowych. To, co należy robić, to zgłaszać przypadki obrażania w sieci. Bo wbrew pozorom nawet anonimowe wpisy można namierzyć, a administratorzy mają obowiązek usuwać treści, zgłoszone jako naruszające prawo. Dla mnie jako językoznawcy, ważna jest też świadomość wagi słów i tego, jak one tworzą rzeczywistość i jak wpływają na relacje międzyludzkie. To, co może nam pomóc, to odpowiedzialność za słowo. Dzięki odpowiedniej komunikacji możemy zapobiec wielu negatywnym zjawiskom.

Rozmawiała Agnieszka DANOWSKA-TOMCZYK

Dr Monika KOPYTOWSKA – językoznawca, wykładowca akademicki, badacz komunikacji, także w mediach społecznościowych. Autorka licznych publikacji z zakresu analizy dyskursu komunikacji międzykulturowej oraz tożsamości w kontekście konfliktu

Małgorzata CZERNECKA – Prezes Zarządu „Human Power”. Psycholog biznesu, trener, menedżer. Tworzy oraz wspiera wdrożenia długoterminowych strategii w obszarze wellbeing, mających na celu optymalizację stylu pracy i wzrost produktywności w dużych firmach.

(przedruk z „Panaceum” nr 5/20)

JAK WYŚLAĆ STRES NA KWARANTANNĘ?

Wirus, pandemia, kolejny rekord zachorowań, porażająca liczba zmarłych, izolacja. O tym mówi się dziś wszędzie. I zewsząd, ze wszystkich mediów, płynie podobny przekaz. Nawet w naszych rozmowach z bliskimi, przyjaciółmi czy współpracownikami dominuje jeden temat. Jestem przekonany, że nie są Wam obce myśli i wypowiedzi takie jak: „mam już tego dość”, „kiedy to się skończy?”, „nie mogę już dłużej tego wytrzymać”, „co nas jeszcze czeka?”, „żyję w ciągłym stresie”. To ostatnie określenie – stres – najtrafniej opisuje to, co dzieje się w tych trudnych czasach z naszą psychiką. Warto zatem przypomnieć, czym jest stres i jakie są jego konsekwencje, a przede wszystkim, jak sobie z nim radzić.

Poznaj swojego wroga (i przyjaciela)...

Pojęcie stresu znane jest od dziesięcioleci – zostało wprowadzone w latach 30. XX wieku przez Hansa Huga Selye’a, który użył go do określenia tzw. syndromu ogólnej adaptacji. Bardziej współcześnie stres definiuje się jako ostry lub chroniczny wysoki poziom psychicznego pobudzenia i napięcia w organizmie, który przekracza indywidualne możliwości uporania się z nim. Stresująca jest każda sytuacja, którą postrzegamy jako poddawanie nas próbie, zagrożenie lub potrzebę nagłej zmiany.

Badacze (Smith, 1993; Thoits, 1983) zidentyfikowali pięć głównych cech stresorodnych sytuacji:

1. Nieprzewidywalność – nieprzewidywalne jest coś, co pojawia się nagle, niespodziewanie i nie wiemy, jak potoczy się dalej.
2. Brak możliwości sprawowania kontroli – nie mamy wpływu na daną sytuację, jest poza naszą kontrolą lub kontrola jest niewielka.
3. Zdarzenie jest nieoczekiwane/niechciane – takiego zdarzenia nie oczekiwaliśmy, nie chcielibyśmy go przeżywać.
4. Wielkość – to waga/znaczenie sytuacji dla danej osoby, grupy, populacji.
5. Liczba stresogennych zdarzeń występujących jednocześnie.

Podstawą wszystkich wymienionych czynników jest, niejako, czas ich trwania – im jest dłuższy, tym stają się one bardziej dotkliwe. Prześledźmy teraz, czym charakteryzuje się sytuacja pandemii, w której obecnie żyjemy:

1. Nie przewidzieliśmy jej i nie wiemy, jak się rozwinie.
2. Nie mamy na jej rozwój dużego wpływu (przynajmniej na tym etapie).
3. To sytuacja, której zdecydowanie nie chcielibyśmy doświadczać.
4. Ma dla nas ogromne znaczenie, zagrażając naszemu życiu, zdrowiu, ekonomii, relacjom społecznym.

5. Jest powodem pojawiania się kolejnych stresujących wydarzeń: choroby i straty bliskich, upadku firm i utraty miejsc pracy, konfliktów rodzinnych (związanych z pozostawianiem w izolacji) i wielu innych...
...i niestety, trwa coraz dłużej.

Mamy więc do czynienia z wymarzoną tematyką dla każdego scenarzysty thrillerów. Niestety, to nie film, lecz brutalna rzeczywistość.

Co dzieje się z naszą psychiką?

Stres psychologiczny jest procesem. Poddani oddziaływaniu stresorów, najpierw wchodzimy w tzw. fazę mobilizacji – to etap służący naszej wydajności. Pobudzenie sprawia, że procesy spostrzegania, myślenia i analizowania stają się efektywniejsze, nasze reakcje są szybsze, bardziej wyraziste i intensywniejsze.

Gdy stres się przedłuża, pojawia się faza rozstrojenia – uwidaczniają się pierwsze kłopoty z koncentracją uwagi, trudności w zapamiętywaniu, zaburzone zostaje myślenie logiczne. Nasza wydajność, skuteczność, elastyczność i kreatywność maleją, zaczyna dominować schematyzm w działaniu, uparcie trzymamy się sprawdzonych pomysłów, jesteśmy coraz mniej pewni siebie.

Jeśli nasze stany emocjonalne zmieniają się jak w kalejdoskopie to znaczy, że nieuchronnie wkraczamy w tzw. fazę destrukcji. W jej trakcie nasze procesy poznawcze oraz związana z nimi ocena sytuacji stają się ułomne, spada motywacja do działania, przestajemy kontrolować emocje. A ich wachlarz jest bardzo szeroki – zmienne nastroje, gniew przeobrażający się w zachowania agresywne, strach, lęk, przygnębienie, a wreszcie poczucie beznadziei i depresja.

Każdy z Was sam może odpowiedzieć sobie na pytanie, na którym etapie opisanego procesu obecnie się znajduje.

Jak poradzić sobie ze stresem?

Do dyspozycji mamy dwa rodzaje oddziaływań:

1. Możemy wpływać na sytuację, w której się znaleźliśmy, lub której nadejście przewidujemy.
2. Możemy wpływać na samego siebie, a ściślej na swoje ciało i umysł (psyche).

Wpływ na sytuację

Wiele „normalnych” wywołujących napięcie sytuacji, takich jak np. konflikt z szefem czy pomiędzy współpracownikami, wystąpienie publiczne, egzamin itd., można „oswoić”, a związane z nimi napięcie zmniejszyć poprzez przygotowanie się do nich. Wystarczy dobrze opanować niezbędne czynności, zaplanować swoje działania, przewidzieć trudności i przygotować plan alternatywny.

Są jednak takie zdarzenia, na które wpływu nie mamy. Przynajmniej tak nam się może wydawać. Dobrym przykładem jest obecna pandemia. Rzeczywiście, nie mamy wpływu na jej wymiar globalny. Natomiast w wymiarze, nazwijmy go, lokalnym/jednostkowym nasz wpływ może być bardzo znaczący. Warto zadać sobie pytanie, co ja sam mogę zrobić, aby pandemię „oswoić”? W jaki sposób mogę się do niej przygotować? Jak mogę z nią żyć? Co muszę w swoich dotychczasowych zachowaniach zmienić? Jakie nowe procedury wprowadzić do swojego życia? Co brać pod uwagę? Skupiając się na tym, co mogę zrobić, nie tylko przyczyniam się do rzeczywistego ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa, ale przede wszystkim koncentruję swoją uwagę na konstruktywnych zachowaniach. Gdy staną się one normą, rytuałem, napięcie towarzyszące obecnej sytuacji zmaleje.

Oddziaływanie na ciało

Ponieważ wynikiem oddziaływania stresu są różnego rodzaju emocje oraz wzrost napięcia mięśniowego, warto znać sposoby ich redukcji lub zmniejszania ich natężenia.

Pierwszy z nich nie wymaga komentarza – są to różne formy aktywności fizycznej: ćwiczenia gimnastyczne, sport, praca fizyczna.

Kolejny – technika relaksacji Jacobsona (Edmund Jacobson, amerykański internista, psychiatra, fizjolog) polegająca na uczeniu się kontroli nad pracą mięśni, dzięki czemu w sytuacji stresującej możemy je skutecznie rozluźniać, osiągając w ten sposób stan spokoju i wyciszenia. Trening polega na kilkukrotnym rytmicznym napięciu (10 sek.) i rozluźnianiu (10-15 sek.) kolejnych grup mięśni, zaczynając od mięśni twarzoczaszki, poprzez ramiona, przedramiona, dłonie, mięśnie klatki piersiowej, brzucha, ud, podudzi i wreszcie stóp.

Dzięki metodzie treningu autogennego Schultza (Johannes Heinrich Schultz, niemiecki lekarz psychiatra) stan odprężenia uzyskuje się, wykorzystując wyobraźnię i zjawisko autosugestii. Siedząc w zacisznym miejscu, możemy powtarzać kilkukrotnie w myślach komunikaty związane odczuciami ciężkości i ciepłoty różnych części ciała: moja prawa ręka jest ciężka, moja lewa ręka jest ciężka, mój kark i ramiona są ciężkie, moja prawa noga jest ciężka, moja lewa noga jest ciężka. Następna seria dotyczy wyobrażania sobie ciepłoty. Często powtarzane treningi pozwalają na uzyskiwanie stanu relaksacji po kilku prostych komunikatach, np. mój kark i ramiona są ciężkie, mój kark i ramiona są ciepłe.

Oddziaływanie na psyche

Nieprzyjemne emocje towarzyszące stresowi możemy zredukować przez:

- otwarte przyznawanie się przed sobą (i/lub innymi) do ich przeżywania;

- obniżanie rangi i znaczenia zdarzenia wywołującego stres, np. „na tym świat się nie kończy”;
- wyobrażanie sobie swoich pożądanych zachowań w sytuacjach stresogennych;
- myślenie pozytywne – odnajdywanie pozytywnych aspektów trudnych sytuacji i koncentracja na nich;
- nagradzanie siebie za podejmowane działania w trudnych sytuacjach.

Jak widać, można zrobić wiele, aby przeżywany stres nie prowadził do destrukcji i nie był powodem trudnych do naprawienia, a czasami wręcz nieodwracalnych konsekwencji. Warunek jest jednak jeden: musimy zacząć działać metodycznie i systematycznie. Jeśli zatem chcesz przetrwać trudne czasy, zadbaj o swoją kondycję psychiczną, czyli:

- koncentruj swoje działania na tym, na co masz wpływ (przestrzeganie zaleceń, dezynfekcja, unikanie kontaktów, ochrona osobista);
- ograniczaj sobie dostęp do stresujących informacji – nie chodzi o to, abyś nie wiedział, co się dzieje, ale nie zatruwaj się przez cały dzień informacjami o epidemii, cierpieniu czy kolejnych zgonach, zamiast tego koncentruj swoją uwagę na tym, co Cię interesuje i sprawia przyjemność;
- nie wstydź się przeżywanych emocji – strachu, niepewności, złości, frustracji, nazywaj je, rozmawiaj o nich z rodziną, przyjaciółmi;
- poszukaj pozytywnych aspektów sytuacji, w jakiej się znajdujesz – być może jest to jedna z nielicznych okazji na przeczytanie kilku książek, ukończenie ulubionej gry komputerowej, bez troskę zabawę z dziećmi;
- dbaj o kondycję fizyczną;
- sięgnij po techniki relaksacyjne (oddech przeponowy, trening Jakobsona, Schultzego, inne).

Jeśli włożysz w to trochę serca, mroczne czasy staną się zdecydowanie jaśniejsze. Pamiętaj, że zawsze po burzy wychodzi słońce. Oby pojawiło się jak najszybciej – czego Wam i sobie życzę.

Lek. Dariusz DELIKAT

O AUTORZE: lekarz laryngolog i psycholog. Absolwent Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz Uniwersytetu SWPS. Posiada wieloletni staż pracy w szpitalu i przychodni oraz w branży farmaceutycznej, gdzie m.in. zarządzał działem HR i działem szkoleń. Autor wielu programów szkoleniowych z zakresu szeroko pojętych umiejętności psychologicznych. Od 5 lat prowadzi cieszące się zainteresowaniem szkolenia w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej (Wywieranie wpływu na zachowania i postawy pacjentów, Lekarz asertywny..., Analiza transakcyjna na co dzień..., Wypalenie zawodowe, Psychologia pacjenta...)

(przedruk z „Medium” nr 5/20)

POWRÓT DO SZCZEPIEŃ

Rozmowa z dr hab. n. med. Iwoną PARADOWSKĄ-STANKIEWICZ, prof. NIZP-PZH, Krajowym Konsultantem ds. Epidemiologii

Z początkiem pandemii Ministerstwo Zdrowia wystąpiło z czasową rekomendacją wstrzymania się od szczepień obowiązkowych w ramach Programu Szczepień Ochronnych u dzieci. Wzbudziło to niepokój i wiele wątpliwości u rodziców. Od 18. kwietnia rekomendacja ta została uchylona i obecnie zaleca się szczepienia. Co wpłynęło, zarówno na pierwszą, jak i na drugą decyzję Ministerstwa Zdrowia?

Rekomendacja dotycząca wstrzymania szczepień pojawiła się w okresie, w którym niewiele jeszcze wiedzieliśmy o rozwoju sytuacji epidemiologicznej, związanej z rozprzestrzenianiem się nowego wirusa SARS-CoV-2 w naszym kraju. W związku z tym były podejmowane decyzje mające na celu zwiększenie bezpieczeństwa Polaków. Jedną z nich była właśnie ta o okresowym wstrzymaniu szczepień. Również informacje, jakie docierały do nas, głównie z Chin, nie pozwalały na rozwianie wątpliwości związanych ze szczepieniami, tak więc ostrożniej było chwilowo ich zaprzestać. Z upływem czasu sytuacja zaczęła się zmieniać. Coraz więcej wiedzieliśmy na temat nowego wirusa, nabieraliśmy większego doświadczenia. Ponadto pojawiły się rekomendacje międzynarodowych instytucji zajmujących się zdrowiem, w tym szczepieniami, można było więc inaczej spojrzeć na kalendarz szczepień.

Przypomnijmy, że decyzja Ministerstwa Zdrowia w zakresie wstrzymania realizacji szczepień została wydana na okres 30 dni. Ten czas minął i znaleźliśmy się w innej sytuacji, bogatsi o nowe informacje, które pozwalają na stopniowy powrót do realizacji różnych świadczeń medycznych, w tym szczepień.

Zapewne jednak w wielu przypadkach nastąpiło opóźnienie w realizacji programu szczepień. W jaki sposób można je teraz nadrobić? Czy jest to konieczne?

To oczywiście zależy od tego, na jakim etapie realizacji kalendarza szczepień jest dziecko. Większość szczepień można realizować z kilkutygodniowym opóźnieniem. Czasem przecież tak się dzieje: gdy dziecko jest chore, ma odroczone szczepienie do czasu wyzdrowienia. Największy problem jest ze szczepionką przeciwko rotawirusom, gdyż jej podanie w postaci dwóch dawek w odstępie czterech tygodni jest ściśle skorelowane z wiekiem dziecka, tzn. musi mieć miejsce przed ukończeniem przez dziecko 24 tygodni, a jeszcze lepiej – 16 tygodni życia.

Rodzice, którzy z jednej strony byli zaniepokojeni wstrzymaniem szczepień, teraz boją się iść z dzieckiem do przychodni, żeby nie zetknęło się z nowym wirusem. Jak wobec tego powinny być realizowane szczepienia, żeby dla każdej strony były całkowicie bezpieczne?

Zalecenia Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego wyraźnie to określają. A jest to: stosowanie ogólnie zalecanych środków ochrony na terenie POZ, czyli **używanie przez personel medyczny maseczek i jednorazowych rękawiczek**. Personel medyczny musi zadbać o higienę rąk, przyjmować pacjentów w odzieży ochronnej, **dezynfekować powierzchnie**, z którymi styka się pacjent, koniecznie po każdym pacjencie. Szczepienia powinny być przeprowadzane w wydzielonych pomieszczeniach, w których nie przyjmuje się osób chorych z objawami infekcji – to tzw. **separacja przestrzenna**. Dzieci należy umawiać indywidualnie, na określoną godzinę, tylko z jednym opiekunem, aby w poczekalni przebywało w jednym czasie jak najmniej osób – to tzw. **separacja czasowa**.

W sytuacji braku poczekalni i gabinetu przeznaczonych tylko dla dzieci zdrowych, szczepienia powinny się odbywać w godzinach porannych – w pierwszych godzinach po otwarciu przychodni, przed godzinami przyjęć pozostałych pacjentów.

Zaleca się personelowi poradni włączenie **teleporady medycznej** na etapie wywiadu epidemiologicznego i wstępnej kwalifikacji do szczepienia. W trakcie ustalania terminu szczepienia należy poinformować rodzica czy opiekuna, że z dzieckiem może przyjść na szczepienie **tylko jedna osoba, bezwzględnie bez objawów infekcji**. Trzeba ponadto przeprowadzić **wywiad dotyczący stanu zdrowia pozostałych domowników**.

Szczepienia należy odroczyć, jeśli w domu znajduje się osoba z infekcją dróg oddechowych o nieustalonej przyczynie, osoba objęta kwarantanną lub poddana izolacji w warunkach domowych. Natomiast można je przeprowadzić w sytuacji, gdy nie ma epidemiologicznych czynników zakażenia SARS-CoV-2 zarówno u dziecka, jak i u jego opiekunów lub innych domowników.

W rekomendacjach podkreśla się indywidualne podejście do szczepień. Na czym ma ono polegać? Czy kwalifikacja do szczepień przez telefon to słuszna decyzja?

Indywidualna kwalifikacja do szczepień powinna być dokonywana w każdym przypadku. W obecnej sytuacji jest ona bardziej poszerzona o wywiad epidemiologiczny, nakierowany na wyeliminowanie prawdopodobieństwa narażenia dziecka, które ma być poddane szczepieniu na ryzyko zakażenia SARS-CoV-2. **Wywiad telefoniczny** jest bardzo dobrą formą pozyskiwania istotnych informacji – oszczędza czas, nie naraża dziecka i rodzica na dodatkowy stres związany z pobytem w poradni. Podkreślić trzeba, że taka rozmowa powinna się odbyć **jak najbliżej planowanego terminu wizyty szczepiennej**.

Jakie szczepienia, mimo pandemii, należy wykonywać?

Wszystkie – zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych. Szczególnie odnosi się to do szczepień na oddziałości noworodkowych, szczepień obowiązkowych, które powinny być wykonane do 24. miesiąca życia. Ponadto: szczepień z uwzględnieniem indywidualnej sytuacji dzieci z chorobami przewlekłymi, dla których istnieją szczególne wskazania zdrowotne oraz szczepień poekspozycyjnych przeciw: wściekliznie, tężcowi, odrze, ospie wietrznej, WZW typu B – według wskazań medycznych we wszystkich grupach wieku. Dotyczy to także realizacji innych szczepień ochronnych, których konieczność podania lub dokończenia wynika z Charakterystyki Produktu Leczniczego.

A co ze szczepieniami przeciwko pneumokokom, grypie, krztuścowi?

Przeciw pneumokokom oraz grypie w grupach ryzyka dorosłych, w tym osób po 60. roku życia i przewlekle chorych rekomenduje się upowszechnianie szczepień. Przewlekłe choroby płuc, układu krążenia, cukrzyca, nowotwory, niewydolność nerek i zaburzenia odporności sprzyjają bowiem zachorowaniom na zapalenie płuc. Także rekomenduje się szczepienia przeciwko krztuścowi u kobiet w ciąży.

Czy wykonywanie kilku szczepień podczas jednej wizyty jest dla dziecka bezpieczne?

To jest dość częsta wątpliwość, kierowana do lekarzy kwalifikujących dzieci do szczepień. W świetle opublikowanych danych organizm małego dziecka potrafi odpowiedzieć na ogromną liczbę – liczoną w milionach – antygenów podanych w kilku szczepionkach. Tak więc nie trzeba się obawiać, organizm dziecka poradzi sobie nawet z kilkoma szczepionkami podanymi jednocześnie.

Dlaczego tak ważne w czasie pandemii COVID-19 są szczepienia przeciwko pneumokokom i grypie?

Są bardzo ważne, przecież poza tym nowym koronawirusem są też obecne inne groźne patogeny, które również powodują zachorowania, powikłania i zgony. Dlatego należy pamiętać i o szczepieniach przeciw grypie i przeciw pneumokokom, czy krztuścowi podczas ciąży.

Tymczasem wciąż czekamy na szczepionkę przeciwko SARS-CoV-2... Jak jesteśmy blisko, jak daleko?

Z każdym dniem coraz bliżej, ale jeszcze dużo czasu upłynie, zanim będziemy mogli cieszyć się nową szczepionką przeciw temu wirusowi.



Autoryzowany wywiad prasowy przygotowany przez Stowarzyszenie Dziennikarzy dla Zdrowia w związku z Europejskim Tygodniem Szczepień, kwiecień 2020

RAK JAJNIKA – WALKA O ŻYCIE W CZASACH PANDEMII

Od 2013 r., 8 maja obchodzimy **Światowy Dzień Świadomości Raka Jajnika**. Ta świadomość obecnie nabiera szczególnego znaczenia. – *W tym roku ten Światowy Dzień obchodzimy w okresie pandemii COVID-19, która pochłonęła już wiele tysięcy ofiar. Ale epidemia jest groźna nie tylko dlatego, że wirus może zabić, ale również dlatego, że walka z nim bardzo istotnie wpływa na funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Niestety, choroby nowotworowe nie mogą czekać z ustaleniem rozpoznania ani z podjęciem leczenia. Dotyczy to także raka jajnika, który w 75% przypadków rozpoznawany jest w stadium zaawansowanym, z przerzutami* – podkreśla prof. dr. hab. Jan Kotarski, prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej.

Na świecie każdego roku rak jajnika wykrywany jest u około 300.000 kobiet. Około 180.000 chorych na ten nowotwór umiera¹. World Ovarian Cancer Coalition – międzynarodowa organizacja od 2016 r. działająca na rzecz zwiększenia wiedzy o raku jajnika oraz postępów w diagnostyce i leczeniu tego nowotworu szacuje, że do 2040 r. liczba zachorowań wzrośnie o ok. 47% i przekroczy rocznie 430.000 pacjentek².

W 1990 r. na raka jajnika zachorowały w Polsce 2.404 kobiety, 10 lat później już 3.157, a w roku 2010 – 3.587³.

Liczba zachorowań na raka jajnika w naszym kraju w roku 2017 sięgnęła 3.775⁴. Rośnie zagrożenie na całym świecie. W krajach Unii Europejskiej rocznie choruje ok. 45.000 kobiet. W Niemczech jest ich ok. 7.000, w Wielkiej Brytanii blisko 6.500, we Włoszech i Francji po ok. 5.000⁵.

Dzięki postępowi medycyny, coraz bardziej precyzyjnym technikom operacyjnym i nowym lekom, szanse przedłużenia życia chorych rosną, lecz postęp w tym zakresie ciągle jeszcze nie spełnia oczekiwań ani lekarzy, ani pacjentek.

Tragiczna statystyka

Trudno dziś przewidzieć, jakie odległe skutki przyniesie pandemia COVID-19, ile osób zbyt późno trafi do specjalisty, który rozpozna chorobę nowotworową. Ilu pacjentów zbyt późno rozpocznie terapię onkologiczną, ilu nie będzie mieć takiej opieki, jaką mieliby bez zaangażowania całego systemu ochrony zdrowia w walkę z pandemią.

Niestety, choć rak jajnika stanowi tylko ok. 4,6% zachorowań na nowotwory wśród kobiet w Polsce, śmiertelność z jego powodu to blisko 6% wszystkich zgonów kobiet z powodu nowotworów⁶. Późna diagnoza i tym sa-





mym złe rokowania są problemem całego świata, jednak w Polsce śmiertelność z powodu raka jajnika jest o kilkanaście procent wyższa niż przeciętnie w Unii Europejskiej⁷.

Ponad połowa przypadków raka jajnika dotyczy kobiet w wieku 50–70 lat, lecz sporadycznie zdarzają się zachorowania nawet u małych dziewczynek, a ok. 15% zachorowań występuje u pań przed 50. rokiem życia. Zagrożone są zwłaszcza kobiety z genetycznie uwarunkowanym ryzykiem tego nowotworu⁸.

Ukryte objawy – trudna diagnostyka

Wysoka śmiertelność z powodu raka jajnika wynika z jego podstępного rozwoju. Nowotwór ten nie daje wyraźnych objawów, nie ma też możliwości wykonania badań przesiewowych, jak to jest np. w przypadku raka szyjki macicy czy raka piersi.

Komórki nowotworowe rozwijają się w jajnikach, w otaczających je tkankach lub w jajowodach. Niekiedy proces nowotworowy rozpoczyna się w błonie wyściełającej jamę brzuszną, czyli w otrzewnej. Często rak jajnika długo nie daje niepokojących objawów, długo „nie boli” by nagle ostro zaatakować. Jego komórki mogą łatwo odrywać się od pierwotnego guza i przemieszczać w jamie brzusznej. Atakują inne narządy, np. jelita, wątrobę, żółć. Dopiero w zaawansowanym stadium choroby pojawiają się pewne objawy, jednak często są one utożsamiane z dolegliwościami gastrycznymi. To m.in. wzdęcia, biegunki, uczucie pełności, odbijanie czy w końcu wodobrzusze⁹. Symptomy charakterystyczne dla schorzeń narządu rodowego, takie jak nietypowe krwawienia, ucisk w miednicy pojawiają się rzadziej i także nie muszą od razu sugerować tej właśnie choroby.

Nie ma prostych metod diagnostycznych ani badania, które wykryłoby rak jajnika w stadium początkowym. Pomocne może być przezpochwowe badanie ultrasonograficzne, które co prawda obrazuje niektóre zmiany w jajnikach, lecz najczęściej są to niegroźne torbiele. Obecnie w diagnostyce wykorzystuje się ocenę markerów nowotworowych Ca-125 oraz HE-4, wykonywaną razem z badaniem USG. Jednak w początkowych stadiach tego nowotworu poziom Ca-125 może nie odbiegać od normy, a z kolei podwyższony nie musi akurat świadczyć o tej chorobie czy w ogóle o chorobie. Marker HE-4 jest bardziej czuły w raku jajnika, lecz też nie daje jednoznacznej oceny w pierwotnej fazie jego rozwoju¹⁰.

Rak jajnika a geny

Coraz więcej wiemy o zależnościach jakie istnieją pomiędzy genami a rozwojem chorób nowotworowych. Czynniki ryzyka rozwoju raka jajnika nie zostały jednak do końca poznane. Chronić przed nim może ciąża i karmienie dziecka piersią, czyli dłuższe, fizjologiczne przerwy w owulacji oraz stosowanie antykoncepcji hormonalnej¹¹. Część przypadków ma jednak podłoże ge-

netyczne – mutacje genów BRCA1 i BRCA2 (odpowiedzialne również za genetycznie uwarunkowanego raka piersi) oraz dziedziczne predyspozycje związane z innymi genami. Specjaliści szacują, że mutacje te ma w Polsce 1 na 300 kobiet¹². Zwiększają one ryzyko zachorowania na rak jajnika o ok. 40%, a raka piersi o ok. 70%. Jeśli więc w najbliższej rodzinie występowały przypadki tych nowotworów, kobieta ma prawo się ich obawiać. Mutacje genów BRCA1 i BRCA2 można jednak wykryć w stosunkowo łatwo dostępnym badaniu genetycznym.

Podłoże genetyczne ma od 15% do 24% przypadków raka jajnika w Polsce¹³. Wykrycie mutacji genetycznych jest istotne nie tylko w procesie diagnostycznym, ale ma też wpływ na rokowania i wybór możliwie najskuteczniejszej terapii. Niekiedy też wynik badania wykonanego profilaktycznie, przed zachorowaniem, wskazujący na wystąpienie mutacji genów BRCA1 i BRCA2 skłania zdrowe kobiety do prewencyjnego usunięcia jajników i macicy lub do profilaktycznej mastektomii. Zabiegi te u kobiet z potwierdzonymi mutacjami genetycznymi są w Polsce refundowane, a w przypadku raka jajnika – zalecane po zrealizowaniu planów macierzyńskich i menopauzie¹⁴.

Leczenie mimo pandemii

Ponieważ rak jajnika jest najczęściej wykrywany w stadium zaawansowanym, z przerzutami do innych narządów, leczenie należy wdrożyć jak najszybciej. Niestety, pandemia COVID-19 z pewnością w wielu przypadkach opóźnia zarówno postawienie diagnozy, jak i rozpoczęcie terapii. Nie bez powodu lekarze alarmują, że ofiarami pandemii wkrótce staną się głównie pacjenci cierpiący z powodu chorób innych niż COVID-19.

– Na podstawie dotychczasowych informacji wydaje się, że korzyści z leczenia onkologicznego znacząco przewyższają ryzyko zgonu z powodu COVID-19. Leczenie raka jajnika w czasie pandemii powinno być prowadzone z jak najmniejszym opóźnieniem – przestrzega prof. Jan Kotarski przypominając jednak, iż choroba nowotworowa zwiększa też ryzyko zgonu z powodu infekcji koronawirusem. – W ogólnej populacji częstość zgonów w następstwie COVID-19 wynosi ok. 2%, w przedziale wiekowym 70–79 lat – 8%. Ryzyko zgonu spowodowanego infekcją chorych na nowotwór wynosi 6%, chorych na cukrzycę 7%, a u pacjentek ze współistniejącymi chorobami układu krążenia – 15%. A wiele pacjentek z rakiem jajnika jest w starszym wieku i ma też inne choroby współistniejące.

W walce z rakiem jajnika stosuje się leczenie chirurgiczne w skojarzeniu z chemioterapią. Zakres zabiegu chirurgicznego, podczas którego można ocenić stopień zaawansowania raka i skalę przerzutów, może być różny, na ogół jednak obejmuje cały narząd rodny¹⁵. U młodych kobiet, w przypadku zmiany ograniczonej tylko do jednego jajnika i bez przerzutów czasem pozostawia się możliwość zajścia w ciążę. U prawie wszystkich pacjen-

tek stosuje się jednocześnie chemioterapię, w której podstawą są pochodne platyny i taksonu¹⁶.

PARP – nowe możliwości leczenia

Leczenie zaawansowanego raka jajnika, niestety, nie zawsze kończy się sukcesem. Chociaż są także sygnały o pozytywnych rozstrzygnięciach. W leczeniu podtrzymującym stosuje się obecnie nowoczesne, ukierunkowane molekularnie leki z grupy inhibitorów PARP, które hamują namnażanie komórek nowotworowych i wyraźnie przedłużają czas do progresji¹⁷.

W Polsce stosowanie jednego z tych leków jest refundowane wyłącznie u pacjentek z mutacją genów BRCA1 i/ lub BRCA2, w ramach programu o nazwie *Leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego płatynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej*¹⁸. Leczenie to pozwala w tej grupie chorych na czterokrotne wydłużenie czasu przeżycia wolnego od progresji choroby w porównaniu z placebo¹⁹. Dla pacjentek bez mutacji w tych genach leczenie inhibitorami PARP jest niedostępne, choć pozwala ono na ponad dwukrotne wydłużenie czasu wolnego od progresji w porównaniu z placebo²⁰.

Właśnie dlatego w niektórych krajach Europy z inhibitorów PARP mogą korzystać wszystkie pacjentki z rakiem jajnika, niezależnie od mutacji genów BRCA. W wielu krajach leki z grupy PARP są podawane także pacjentkom bez mutacji genów, ponieważ liczne doniesienia naukowe wskazują nie tylko na pozytywne oddziaływanie tych leków na komórki nowotworowe, ale także na korzystne, stymulujące działanie PARP na układ odpornościowy pacjentki.

Zalecenia na czas pandemii

Czas pandemii stawia szczególne wyzwania. **Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej wydało zalecenia postępowania z chorymi na niektóre nowotwory, w tym na nowotwór jajnika w czasie pandemii wirusa SARS-COV-2**²¹.

Poza ogólnymi wytycznymi dotyczącymi zasad opieki medycznej nad chorymi w obecnym czasie, PTGO m.in. sugeruje chwilowe odroczenie zabiegu chirurgicznego, ale z jednoczesnym zastosowaniem chemioterapii neoadiuwantowej (przedoperacyjnej).

– *Opóźnienia, jakie mogą powstać w następstwie epidemii, mogą mieć niekorzystny wpływ na wyniki leczenia. W wielu szpitalach oddziały intensywnej opieki medycznej hospitalizują chorych z COVID-19. W tej sytuacji radykalne leczenie chirurgiczne raka jajnika, które w największym stopniu decyduje o dalszych losach pacjentki, wymagające kilkudniowego pobytu na OIOM, jest raczej niemożliwe do przeprowadzenia. Lekarze muszą korzystać z bardziej bezpiecznej metody – chemioterapii neoadiuwantowej, umożliwiającej przełożenie zabiegu – podkreśla prof. Jan Kotarski, prezes PTGO.*

Warto zauważyć, że wielu onkologów klinicznych uważa, iż chemioterapia neoadiuwantowa jest zbyt rzadko w Polsce stosowana, a w niektórych przypadkach mogłaby znacznie zwiększyć skuteczność zabiegu chirurgicznego.

PTGO zaleca m.in. także dożylnie podawanie leków cytostatycznych w cyklach co 3 tygodnie (nie częściej), a u chorych przyjmujących olaparyb – wydanie leku na okres 3 miesięcy i jedynie telefoniczną kontrolę ewentualnych działań niepożądanych²².

Czas pandemicznych ograniczeń kiedyś się skończy. Świadomość raka jajnika musi wzrosnąć. W Światowym Dniu tego nowotworu niech towarzyszy nam też przekonanie, iż nowe leki dają nadzieję na jego pokonanie. Pod warunkiem, że pacjentki otrzymają do nich dostęp.

Materiał prasowy przygotowany przez Stowarzyszenie Dziennikarzy dla Zdrowia w związku ze Światowym Dniem Świadomości Raka Jajnika, 8 maja 2020, *Quo vadis medicina?*, XXII edycja pt.: „Rak jajnika – niespodziewane zagrożenie”.

(ENDNOTES)

Referencje:

- [1] Dane World Ovarian Cancer Coalition, publikacja online: <http://worldovariancancercoalition.org/about-ovarian-cancer/key-stats/> [dostęp: 05.05.2020].
- [2] Tamże.
- [3] Krajowy Rejestr Nowotworów, publikacja online: <http://onkologia.org.pl/nowotwory-jajnika-c56/> [dostęp: 05.05.2020].
- [4] J. Didkowska i in., *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2017 roku*, Warszawa 2019, publikacja dostępna online: http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2017.pdf [dostęp: 05.05.2020], s. 43.
- [5] Dane ECIS (European Cancer Information System), publikacja online: [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?0-0\\$1-All\\$2-All\\$4-2\\$3-32\\$6-0,85\\$5-2008,2008\\$7-7\\$CEstByCountry\\$X0_8-3\\$X0_19-AE28E\\$X0_20-No\\$CEstRelative\\$X1_8-3\\$X1_9-AE28E\\$X1_19-AE28E\\$CEstByCountryTable\\$X2_19-AE28E](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?0-0$1-All$2-All$4-2$3-32$6-0,85$5-2008,2008$7-7$CEstByCountry$X0_8-3$X0_19-AE28E$X0_20-No$CEstRelative$X1_8-3$X1_9-AE28E$X1_19-AE28E$CEstByCountryTable$X2_19-AE28E) [dostęp: 05.05.2020].
- [6] Krajowy Rejestr Nowotworów, dz. cyt.
- [7] Tamże.
- [8] *Zielona księga – Rak jajnika: zapobieganie, rozpoznawanie, leczenie*, Polskie Towarzystwo Onkologiczne publikacja dostępna online: https://pto.med.pl/onkologia_w_polsce/zielona_ksiega_rak_jajnika_zapobieganie_rozpoznawanie_leczenie [dostęp: 05.05.2020], s. 12.
- [9] *ABC Nowotworów ginekologicznych: Rak jajnika*, Informacje Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, publikacja online: <http://ptgo.pl/dla-pacjenta/abc-nowotworow-ginekologicznych-sloownik/rak-jajnika/> [dostęp: 05.05.2020].
- [10] Tamże.
- [11] A. Basta i in., *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka jajnika*, 31.05.2017, publikacja dostępna online: <http://ptgo.pl/dla-lekarza/rekomendacje-i-zalecenia/> [dostęp: 05.05.2020].
- [12] Tamże.
- [13] *Zielona księga – Rak jajnika...*, dz. cyt.
- [14] A. Basta i in., dz. cyt.
- [15] *Zielona księga – Rak jajnika...*, dz. cyt.
- [16] A. Basta i in., dz. cyt.
- [17] Tamże.
- [18] *Leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego płatynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej (ICD-10 C56, C57, C48)*, Programy lekowe – Choroby onkologiczne, Ministerstwo Zdrowia, 09.2017 publikacja dostępna online: <https://www.gov.pl/attachment/6e947ec6-ab34-4079-834c-e5b9af94e315> [dostęp: 05.05.2020].
- [19] Mirza MR, Monk BJ, Herrstedt J, et al. Niraparib maintenance therapy in platinum-sensitive, recurrent ovarian cancer. *N Engl J Med*. 2016;375(22):2154-2164.
- [20] Mirza MR, Monk BJ, Herrstedt J, et al. Niraparib maintenance therapy in platinum-sensitive, recurrent ovarian cancer. *N Engl J Med*. 2016;375(22):2154-2164.
- [21] *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej postępowania z chorymi na nowotwory żeńskich narządów płciowych w czasie pandemii wirusa SARS-COV-2*, Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, publikacja dostępna online: http://ptgo.pl/wp-content/uploads/zalecenia_cov2.pdf [dostęp: 05.05.2020].
- [22] Tamże.

PACJENCI TO MOJE ŚLADY NA ZIEMI

Z kardiochirurgiem, prof. dr. hab. n. med. Marianem ZEMBALĄ, dyrektorem Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, rozmawia Piotr BIERNAT.

– Podczas uroczystej gali z okazji Pańskiego 70-lecia, przez godzinę lały się potoki słodkich słów, gratulacji, podziękowań, pochwał. A Pan? Jakiś taki zamyślony... Co Pan wtedy myślał?

– Po pierwsze, czy nie za długo to trwa, a ponadto przypomniało mi się, gdy mama mówiła, że jak cię synku trzy razy w ciągu dnia pochwała, to uważaj, żeby ci woda sodowa do głowy nie uderzyła. Bo o to łatwo w takich momentach, a ja byłem wychowywany tak, żeby zawsze utrzymać dystans do siebie. Z drugiej strony pomyślałem, że jednak mi się udało, że dożyłem tylu lat, a nie było to takie oczywiste. Kiedy w Paryżu miałem udar, to pierwszą moją myślą było: co z moją kliniką, co z moim Zabrzem? Teraz, półtora roku po udarze, wiem, że nie wrócę do operatywy, ale mentalnie funkcjonuję całkiem jeszcze dobrze i najważniejsze, że spełniłem wymagania profesora Religi. Mam następców i wierzę, że są lepsi ode mnie. Każdy z nas powinien – jak mawiał profesor Religa – mieć swojego następcę, lepszego od nas, bo inaczej nie ma postępu. Ponieważ bardzo o to dbam, dziś mogę mieć poczucie spełnienia.

– No ale cenę za to zapłacił Pan profesor niemałą...

– Kto chce coś osiągnąć, płaci za to swoją cenę. Każdy chce przejść przez życie zostawiając po sobie ślad. Jedni odiskają go w marmurze, a inni na piasku. W przypadku lekarza najważniejszym, co po sobie zostawiamy, to pamięć i opinia chorych. Dlatego ten zawód jest tak niezwykle i fascynujący, bo my zostawiamy ślady po sobie w postaci wyleczonych ludzi. A cena za to? Dla lekarza zabiegowego to nic nadzwyczajnego. Nasze życie osobiste, rodzinne czy jakiegokolwiek inne, musimy podporządkować temu, co dzieje się z pacjentem. Czasem, gdy mamy zaplanowany weekend albo wyjazd na urlop, musimy powiedzieć sobie i najbliższym, że musimy wracać do szpitala, bo sytuacja wymaga naszej obecności. I nie ma rady. To muszą wiedzieć ludzie chcący wiązać się z lekarzami, którzy z pasją traktują swój zawód. Czasem to trudna sytuacja dla wszystkich i dla niektórych to zbyt wysokie wymagania.

– I pewnie dlatego na grobie prof. Religi wyryty jest napis „Aby zapalić innych trzeba samemu płonąć”.

– To wielkie słowa, które stają przed każdym z nas jako memento i przesłanie. Aby być liderem i porwać młodych lekarzy, trzeba samemu pokazać im, jak należy postępować. Powtarzam więc, że dobry ordynator to taki, który sam staje na czele zespołu w leczeniu najtrudniejszych chorych. Nie zleca innym, nie ucieka od wyzwań. Zresztą przesłanie prof. Religi dotyczy nie tylko medycyny, ale także innych płaszczyzn życia. Tylko, że płonąć trzeba mądrze, pragmatycznie, ale z ambicjami, bez próżności, samouwielbienia i zawsze z dystansem do siebie. No i trzeba

bardzo dużo od siebie wymagać. Przykładem niech będzie prof. Franciszek Kokot, prawdziwy geniusz medycyny. Ileż razy on nas zawstydział swoją pracowitością i sumiennością, swoim reżimem życia i wnikliwym podejściem do nauki, jaką jest medycyna.

– Już 100 lat temu prof. Biegański powiedział, że tylko dobry człowiek może zostać dobrym lekarzem. Ładnie to brzmi. Czy teraz, gdy stoi Pan po drugiej stronie łóżka – jako pacjent – lepiej widzi Pan, kto jest dobrym, a kto złym lekarzem?

– Z pozycji pacjenta faktycznie czasem lepiej widać tych empatycznych, dających nadzieję, jak i tych próżnych, samolubnych, zarozumiałych. Tylko że ja dobrze wiem, że żaden lekarz bez empatii długo w tym zawodzie się nie utrzyma.

– Niektórzy zmieniają się całkowicie, gdy zakładają biały fartuch. Dla nich to symbol bycia panem i władcą nad pacjentem i jego rodziną.

– I tacy szybko przekonują się sami, jak wiele tracą. Są niewyberani przez pacjentów i marginalizowani w zawodzie. Dlatego troska o to, by być empatycznym, miłośnym, jak ten biblijny Samarytanin, to podstawowy element wychowania każdego lekarza. Biały fartuch powinien być symbolem miłosierdzia i pokory. Ten, kto go zakłada, powinien mieć te wartości w sobie, a nie na pokaz.

– A Pan, profesorze, stojąc przy stole operacyjnym, nie myślał, że rywalizuje ze śmiercią, z losem?

– Ależ tak. Każdy lekarz, zwłaszcza kardiochirurg, rywalizuje ze śmiercią. Słynny dr Marek Edelman w wywiadzie z Hanną Krall mówił, jak ważne jest dla nas, by zdążyć przed Panem Bogiem. Zatem lekarze, pielęgniarki, staramy się każdego dnia o to, aby tę świeczkę życia osłonić, uratować, żeby się jeszcze paliła. To nasze poslanie i ja się tego nie wstydzę.

– Czy w gronie chirurgów często rozmawiacie o bezsilności i o tym, jak w gruncie rzeczy niewiele możecie? Nawet prof. Działkowiak mówił, że przeszczepy to też dowód na to, że medycyna jest bezsilna wobec choroby.

– Z szacunkiem dla profesora Działkowiaka, ja się z tym nie zgadzam. Kiedy mamy do czynienia z nieodwracalnym uszkodzeniem narządu, jakim jest serce, płuca, nerki czy wątroba i stoimy pod murem, którego nie da się inaczej pokonać, jak tylko dzięki transplantacji, to cóż możemy zrobić więcej? W ubiegłym roku, kiedy mieliśmy rekordową liczbę 70 przeszczepów i spełniliśmy marzenie profesora Religi, to tym samym daliśmy szansę na życie tak wielu ludziom.

– Wciąż dla nas, w naszej kulturze, serce to szczególny narząd, który jest symbolem emocji, uczuć. Niektórzy mówią, że jest jak dusza. Co Pan czuł, gdy pierwszy raz trzymał w rękach ludzkie serce?

– My, kardiochirurdzy, dotykamy i trzymamy serce każdego dnia. To nie zrobiło na mnie szczególnego wrażenia, tak jak widok klatki piersiowej bez tego narządu. Razem z prof. Bochenkiem, kiedy wyciągnęliśmy pierwszy raz serce, to choć jako lekarze wiemy, że za to, jacy jesteśmy odpowiada mózg, byliśmy zaskoczeni i jakoś zdeprymowani, patrząc na puste miejsce po sercu. Jeszcze większe zaskoczenie przeżyłem, gdy 19 lat temu wykonywałem po raz pierwszy przeszczep serca i płuca jednocześnie. I gdy z klatki piersiowej usunąłem płuco i serce. Gdy zobaczyłem pustą klatkę piersiową, to pomyślałem z lękiem: *Boże mój, czy te narządy, które za chwilę wszczepię, dadzą życie temu człowiekowi?* Pamiętam ten lęk do dziś, choć długo się przygotowywałem do tej operacji, nawet koczowałem w samochodzie pod szpitalem w Cambridge, żeby móc podpatrzeć, jak oni to robią. I udało się.

– **Panie Profesorze, gdzie jest granica, której lekarze nigdy nie będą potrafili przekroczyć? A może jej nie ma?**

– Tę granicę wyznacza nasza bieżąca wiedza, nauka i opatrność. Ja bym się nie martwił, gdzie jest granica, tylko staram się do niej ciągle przybliżać. Prof. Kokot mówił do mnie „*rób ile się da, a jak się nie da, to będziesz miał uczciwe przekonanie, że chciałeś jak najwięcej*”. Dlatego robię, ile się da. Wiem, że niestety niektórzy moi koledzy odpuszczają, rezygnują, nie podejmują ważnych, choć ryzykownych wyzwań.

– **Mimo że dziś technika medyczna właściwie potrafi wszystko?**

– Ale nie potrafi zastąpić człowieka z jego kreatywnością, doświadczeniem, pasją, czasem przeczuciem. Dlatego ważne, żeby wciąż stawiać sobie wysoko poprzeczkę.

– **To Pan kiedyś mówił, że aby osiągnąć sukces w medycynie, trzeba żyć w takim wojskowym drylu. Dotyczy to przyszłych mistrzów w zawodzie, czy także zwykłych lekarzy, którzy nawet nie chcą zdobywać medycznych Himalajów?**

– Ja mam olbrzymi szacunek do tych, których Pan nazywa zwykłymi lekarzami. Oni, nie mając dostępu do najnowszej techniki, często dokonują wielkich rzeczy. Mają doświadczenie i pasję. O sukcesie w tym zawodzie nie de-

cydują bowiem stopnie naukowe. Tak naprawdę one nie mają wielkiego znaczenia. Nie patrzcie więc koledzy lekarze na tytuły, ale na to, co ta osoba robi dla chorych. A pyta pan o dyscyplinę? To powiem, że gdy sześć lat byłem w Holandii, tam zobaczyłem, że każdy bardzo solidnie przygotowuje się do każdego dnia. To, co w muzyce nazywa się poczuciem taktu i rytmu, potrzebne jest nam codziennie. Możemy dzień zacząć od biadolenia i lenistwa, ale możemy z uśmiechem stanąć do służby choremu. Tak ważny jest pierwszy tego dnia kontakt osobisty chorego z lekarzem czy pielęgniarką. Wiem oczywiście, że każdy z nas ma kłopoty i trudno wciąż mieć przyklejony uśmiech. Trzeba jednak umieć problemy osobiste zostawić przed drzwiami szpitala. To się należy naszym chorym.

– **Czy dzisiejszy lekarz powinien być „człowiekiem renesansu”? Pytam Pana o to Profesorze, bo Pan, obok mistrzostwa w medycynie, jest mistrzem żeglarstwa, pasjonatem kultury, muzyki, a nawet pisze wiersze. Nie szkoda czasu, nie rozprasza się Pan zbytnio? Przecież w tym czasie mógłby Pan uratować jakiegoś człowieka?**

– Drogi Panie, nieprzypadkowo w środowisku medyków jest wielu ludzi o szerokich horyzontach, muzyków, literatów, malarzy, fotografików, sportowców. Szukamy wciąż realizacji siebie, żeby być coraz lepszym, pełniejszym, żeby dzięki tym zainteresowaniom wydobyć z siebie nowe pokłady umiejętności, których dotychczas u siebie nie dostrzegaliśmy. Nie żałuję ani jednej chwili, którą poświęciłem moim zainteresowaniom pozamedycznym. Może właśnie dzięki nim byłem i jestem spełnionym lekarzem – dla dobra siebie i moich chorych.

Prof. dr hab. n. med. Marian ZEMBALA jest uczniem prof. Zbigniewa Religi. Jeden z najbardziej znanych polskich kardiochirurgów, były minister zdrowia. Od 27 lat dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, który zmienił w jeden z najnowocześniejszych szpitali w Polsce. 11 lutego 2020 r. obchodził 70. urodziny. Była to okazja do spotkania w gronie przyjaciół oraz podsumowania dotychczasowych osiągnięć profesora. Wśród pół tysiąca uczestników benefisu, gośćmi byli wybitni lekarze, naukowcy, rodzina i pacjenci. (przedruk z „Pro Medico” nr 4/20)

ZACHĘCIĆ PACJENTA DO WSPÓŁODPOWIEDZIALNOŚCI

Polityka informacyjna w czasie epidemii powinna być oparta na wykształcaniu w społeczeństwie poczucia współodpowiedzialności. Skutecznym narzędziem do komunikowania się lekarza z pacjentem jest empatia – przekonuje psycholog Jacek SANTORSKI w rozmowie z Michałem NIEPYTALSKIM.

Rozmawiamy wprawdzie na odległość, ale za oknem widzimy to samo bezchmurne niebo. Wiosna w pełni i z każdym ciepłym dniem coraz trudniej wymagać od obywateli izolowania się w czterech ścianach. Jak przekonać ludzi, żeby nie wychodzili z domu bez potrzeby?

Najlepiej założyć ich podmiotowość i odpowiedzialność oraz przypominać o celach i kryteriach. Jeśli będzie-

my tłumaczyć, że celem działań w warunkach epidemii jest przede wszystkim spłaszczenie krzywej zachorowań, a kryterium osiągnięcia celu – zachowanie społecznego dystansowania się i przestrzeganie zasad higieny, przyniesie to oczekiwany skutek. Gdyby ciągle przypominać o tym, że to w naszych rękach, a nie władzy, jest zarządzanie tą sytuacją, ludzie mogliby wychodzić na zewnątrz ►►

▶ odpowiedzialnie. Tym bardziej że znamy w psychologii zjawisko reaktancji i podobne, polegające na tym, że im silniejszy nacisk i ograniczenie, tym mocniejszy odruch dążenia do zachowania w tej sferze poczucia wolności albo przynajmniej złudzenia wolności i skłonność do reakcji przekornych, rebelianckich.

Odpowiedź na to pytanie jest więc związana z jak najgłębszym empowermentem. Z osiągnięć psychiatrii wiemy, że nawet osoby chore psychicznie można w taki sposób angażować i delegować na nie odpowiedzialność za ich życie i pracę, aby u osób bezwolnych, reaktywnych wyzwolić obszary podmiotowości czy samokontroli.

Czy są dowody, że jako społeczeństwo jesteśmy rzeczywiście podatni na takie bodźce?

Ostatnio Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej Uniwersytetu Humanistycznospołecznego przeprowadziła badania dotyczące obaw, jakie generuje epidemia. Pod uwagę branych było kilka ich kategorii, m.in. obawa przed długotrwałą izolacją, przed skutkami ekonomicznymi epidemii, ale także lęk przed zakażeniem siebie oraz innych. Z analizy wynika, że istnieje statystycznie istotna różnica między obawą o zarażenie się (około 70%) a lękiem o zarażenie kogoś ze swoich bliskich, który występuje o kilka punktów procentowych częściej. Choć przecież można by się spodziewać, że w obliczu zagrożenia i niepewności będzie objawiała się egocentryzacja i każdy bać się będzie przede wszystkim o siebie. Dlatego wydaje się, że to odwoływanie się do troski i odpowiedzialności za siebie i innych powinno być skuteczne. Nawiasem mówiąc, być może kształtowanie narracji warto różnicować ze względu na płeć. Z badań SWPS wynika bowiem, że lęk o siebie i innych statystycznie częściej pojawia się u pań niż u panów. Dodatkowo na potencjalną skuteczność odwoływania się do współodpowiedzialności wskazuje istnienie w społeczeństwie, także zaobserwowanego przez naukowców, lęku związanego z nieodpowiedzialnym zachowaniem innych osób, zauważalnego na wysokim, kilkudziesięcioprocentowym poziomie. Warto podkreślić, że wszystkie rodzaje lęku są słabsze w środowiskach wiejskich, choć nie wiadomo dokładnie, z czego to wynika, czy np. z poziomu edukacji, czy jednak z obiektywnych czynników zagrożenia związanych z mniejszą gęstością zaludnienia.

Jak lekarze powinni postępować z pacjentami, u których widzą skłonność do zachowań nieodpowiedzialnych?

– Żeby móc odwołać się do poczucia odpowiedzialności i uczuć wyższych, by uruchomić bardziej zaawansowane struktury poznawcze, trzeba zacząć od aktu empatii. W przeszłości prowadziłem szkolenia dla lekarzy, którzy borykali się z ofiarami kampanii antyszczepionkowych. Skuteczna komunikacja z matką, która odmawiała szczepienia swojego dziecka, polega np. na tym, by lekarz powiedział: – *Sam jestem rodzicem i wyobrażam sobie, jak bardzo się pani boi o życie swojego dzie-*

ka. Wyobrażam sobie też, jak w świetle informacji z wybranych źródeł te szczepienia wydają się niebezpieczne. Ale pani ma za sobą kilkadziesiąt godzin lektury tekstów z Internetu, a ja mam za sobą pięć lat studiów, specjalizacje oraz lata praktyki klinicznej i sam dziecko szczepię. Proszę to rozważyć, bo nie chce wobec pani stosować narzędzi administracyjnego przymusu. Mechanizm jest więc taki – najpierw empatia, potem dostrojenie, a następnie kontrakt.

Jak to przełożyć na obecną sytuację? Jak wytłumaczyć sobie zachowanie pacjentów, części społeczeństwa i jak wobec tego okazać empatię?

Mam już sporo zawodowych doświadczeń w tej kwestii, np. ze środowiska biznesowego. Pojawiają się argumenty odwołujące się do rzekomej racjonalności: – *To choroba mniej śmiertelna niż grypa sezonowa, prawdopodobieństwo śmierci z powodu zakażenia jest mniejsze, niż kiedy jadę samochodem 170 km/h autostradą.* Chodzi o to, żeby wyjaśnić, że wobec stresu i niepewności mamy skłonność do tego, by czynniki stresogenne nadmiernie dramatyzować albo żeby im zaprzeczać. W tym przypadku przeżywając troski i niepokoje, umawiamy się ze sobą, że nie będziemy ich dopuszczać do głosu, przyjmujemy pozycję pseudoracjonalną, wyższościową, a nawet pogardliwą wobec tych, którzy troskom się poddają.

– *Pracuję nad tym, by znaleźć się pośrodku tych dwóch skrajności* – powinien powiedzieć empatyczny lekarz i wytłumaczyć, że sygnały będące przedmiotem obaw docierają do niego i bierze je pod uwagę, nie zaprzecza im, ale i nie spędzają mu całkiem snu z powiek. To oczywiście wymaga opanowania sztuki rozmowy opartej na empatii. Takiego empatyczno-edukacyjnego podejścia uczyć liderów podczas wielu szkoleń. Szansa na przebudzenie pacjenta może nie jest ogromna, ale to odpowiednia droga. Przy odmiennym podejściu, konfrontacyjnym, czyli jeśli mu powiemy, że myśli głupio, jest destruktywny albo źle używa swojego intelektu, osiągniemy jedynie efekt wzmożonego oporu.

Empatycznego podejścia potrzebują też lekarze, którzy podczas epidemii są szczególnie narażeni na stres. Znajdują się na pierwszej linii frontu wojny z wirusem, więc pojawia się obawa – tak jak w przypadku żołnierzy – o zespół stresu pourazowego. Jak sobie radzić z tą perspektywą?

Badania nad leczeniem stresu pourazowego prowadzone w ostatnich latach pokazują, że nie każdy jest w równym stopniu na niego podatny przy podobnych traumatycznych doznaniach. Dlatego wiedza, a przede wszystkim samowiedza lekarzy o naturze niepokoju, o tym, jak funkcjonuje umysł, jak człowiek działa w stresie, kiedy do głosu mogą dochodzić adaptacyjne mechanizmy regresywne, kiedy zaczyna się percepcja tunelowa i dostrzegamy tylko negatywne informacje albo rozpatrujemy wyłącznie kierunki ewakuacji, kiedy wchodzi w grę myślenie magiczne, atawistyczne dzielenie ludzi na swoich i ob-

cych, jest im bardzo potrzebna. Wiedza okazuje się konieczna do trafnego rozpoznania klinicznego i udzielenia pomocy pacjentom, niezależnie od tego, czy chodzi o lekarza pierwszego kontaktu, czy lekarza specjalistę, ale przede wszystkim do zarządzania sobą.

Nie tylko traumatyczne doznania wpływają na pogłębienie stresu lekarzy w sytuacji kryzysowej. Amerykańskie badania wskazują, że w USA jeszcze przed epidemią połowa lekarzy wykazywała symptomy wypalenia zawodowego. Źródłem większości jest poziom frustracji

związany ze zbiurokratyzowaniem pracy. To dodatkowo negatywnie wpływa na samopoczucie lekarzy w obecnej sytuacji. Z drugiej strony w takich zawodach, jak zawody medyczne ważną rolę odgrywa poczucie misji. Człowiek stojący na posterunku ma skłonność zapominania o sobie, co może stanowić barierę obronną.

Jacek SANTORSKI – psycholog zdrowia i biznesu, profesor honorowy w Szkole Biznesu Politechniki Warszawskiej, gdzie prowadzi autorską Akademię Psychologii Przywództwa.
(przedruk z „Pulsu” nr 5/20)

WIZJA ROZWOJU UCZELNI – SŁÓW KILKA O SZPITALACH UNIWERSYTECKICH

Młodzi przyszli naukowcy, pracujący na kilku etatach, nie otrzymują ze strony uczelni żadnej ochrony prawnej, gwarantującej im ograniczenia w obciążeniach usługowych. W efekcie przemęczony i wykorzystywany przez pracodawcę lekarz jest nie tylko złym naukowcem, ale też słabo wyedukowanym lekarzem.

Tymczasem najlepsze szpitale europejskie są znane nie tylko z tego, że wykonują dużo specjalistycznych zabiegów, ale przede wszystkim z tego, że prowadzą ważną dla danych dziedzin działalność naukową i zatrudniają wybitnych naukowców i wykładowców. Często zdarza się, że nazwa szpitala uniwersyteckiego jest lepiej rozpoznawalna na zewnątrz niż uczelnia, z którą ten szpital jest związany.

W Polsce szpitale uniwersyteckie zostały oddane pod władanie administracji, która traktuje je jak XX-wieczne zakłady opieki zdrowotnej, przyjmując zasadę realizacji kontraktów przy zaangażowaniu jak najmniejszych środków i przy udziale jak najmniejszej liczby lekarzy.

W oczach administracji lekarz-nauczyciel akademicki różni się od lekarza – usługowca jedynie tym, że można mu zaoferować częściowy etat, oczekując w zamian pracy na pełnym etacie, tzn. bez wykazywania nadgodzin. Inną równie ważną sprawą jest narzucenie przez płatnika (kontrakty NFZ) nierealnych limitów usług medycznych, a także rażąco niska ich wycena, co stawia lekarzy w sytuacjach dramatycznego wyboru moralnego i prawnego. A gdzie działalność naukowa i usługowa?

Z drugiej strony całe otoczenie medycznego sektora publicznego i prywatnego danego regionu postrzega szpitale uniwersyteckie jako miejsce, gdzie należy odesłać każdego kosztochłonnego, bądź „niewygodnego” z innego powodu pacjenta, powołując się na słabo zdefiniowaną „referencyjność”.

W ten sposób szpitale uniwersyteckie stają się miejscami najbardziej obciążanymi usługowo, zwłaszcza w godzinach popołudniowo-nocnych, zmieniając radykalnie swój charakterze szpitali uniwersyteckich na szpitale chroniące potrzeby zdrowotne województwa, bez żadnego wsparcia finansowego ze strony władz tego województwa. Większość tej pracy spada na młodych lekarzy, nie bacząc na fakt, że podstawowym pracodawcą wielu z nich jest uczelnia.

W takich okolicznościach narastają wysoce niepokojące zjawiska braku aktywności naukowej lub, co gorsza – „radosnej twórczości”, a to już patologia. Nieprzygotowani do pracy naukowej, lecz ambitni lekarze, którzy znajdują się pod presją wykazywania się publikacjami, produkują prace bardzo niskiej jakości, wykazując skłonność do tworzenia „spółdzielni naukowych” (wzajemne usługi w zakresie umieszczania na liście autorów), a co gorsze, niektórzy idą w kierunku „kreatywnych publikacji”, rezygnując z podstawowych wymogów rzetelności naukowej (plagiaty). I tych zjawisk uczelnie wydają się nie dostrzegać, nie tworząc mechanizmów ich zwalczania, a przede wszystkim przeciwdziałania.

Ochrona zdrowia już dawno wyszła poza ramy opieki socjalnej. Teraz jest pełnoprawną gałęzią gospodarki i tak ją należy reformować. Oczywiście nie mam na myśli jakże licznych w ostatnich latach tzw. reform pozorowanych. Od samego mieszania herbata nie staje się słodsza. Trwająca od dawna mizéria finansowa polskiej ochrony zdrowia zepchnęła nas do roli Kopciuszka Unii Europejskiej. Wyprzedzają nas w tym zakresie niemal wszystkie państwa członkowskie. Konieczne wydaje się więc porozumienie ponad podziałami. Bez wyraźnego, pilnego wzrostu nakładów, problemy będą dotyczyć – obok szpitali uniwersyteckich – także wiele innych podmiotów medycznych. To jedno z najważniejszych dziś zadań dla polityków i rządzących.

Jest jednak już teraz wiele możliwości poprawy sytuacji szpitali klinicznych, między innymi poprzez większy udział Urzędu Marszałkowskiego i władz lokalnych. Pomoc naszym szpitalom klinicznym mogłoby dać przystąpienie do międzynarodowego holdingu, w którym funkcjonuje wiele austriackich, belgijskich i niemieckich szpitali. Wymagana jest stabilizacja finansowa i administracyjna tych placówek. Minął czas, aby nie mówić o stanie zagrożenia dalszego funkcjonowania uniwersyteckiej ochrony zdrowia. Stanęliśmy przed ścianą trudną do pokonania.

*Prof. dr hab. n. med. Andrzej WITEK
Kierownik Katedry i Kliniki
Ginekologii i Położnictwa
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego*

(przedruk z „Pro Medico” nr 4/20)

JAK TO ROBIĄ W SZWECJI

W ostatnich latach pojawia się coraz więcej niepokojących danych odnoszących się do stanu zdrowia jam ustnych Polaków. Chciałabym więc podzielić się moimi spostrzeżeniami dotyczącymi profilaktyki stomatologicznej w kraju, gdzie od ponad dziesięciu lat przyszło mi żyć i pracować, czyli w Szwecji.

Widzę, że mimo kolejnych debat, programów, akcji czy analiz dotyczących profilaktyki oraz prób podejmowania działań edukacyjnych, nadal w Polsce nie widać zbyt dużych efektów.

Nasz północny sąsiad od lat słynie z dobrej i efektywnej służby zdrowia. Dotyczy to również opieki stomatologicznej, która w latach 70. XX w. poddana została długoletniej reformie. Upłynęło wiele lat i nadal widać efekty tego procesu. Jest on doskonalony i dopasowywany do aktualnych warunków, jakie przynosi życie. Na szwedzkim przykładzie widać, jak potrzebna i ważna jest kompleksowa reforma stomatologii - dziedziny medycyny, która, jak mi się wydaje, w Polsce zbyt mało jest doceniana...

Podstawą każdego działania w odniesieniu do społeczeństwa jest dogłębna analiza istniejącego problemu, aby w efekcie zastosować mniej więcej jednolity trend obejmujący swym zasięgiem cały kraj. Ideą wszystkich działań w służbie zdrowia jest dążenie do ujednolicenia leczenia i profilaktyki w całym kraju tak, aby pacjent w Malmö otrzymał taką samą pomoc, jak pacjent w Kirunie oddalonej o ponad 2000 km. Nasuwa się proste pytanie: jak oni to robią?

Stomatologiczny team

Stomatologia w Szwecji jest w większości publiczna. Istnieje również ograniczony sektor prywatny, ale i on działa w całości w oparciu o ogólne zasady refundacji kierowane przez odpowiednik polskiego NFZ, czyli *Försäkringskassan*.

Publiczna dentystryczna służba zdrowia obejmuje dorosłych i dzieci oraz pacjentów niepełnosprawnych. Jest ona powszechna, jednolita, skoncentrowana na potrzebach pacjenta, efektywna, nowoczesna, oparta na standardach krajowych, osiągalna przez pacjenta w wyznaczonych ramach czasowych, skomputeryzowana i udokumentowana, a - co najważniejsze - bezpłatna dla dzieci w wieku do 24 lat oraz sprawiedliwie refundowana dla dorosłych i niepełnosprawnych.

Podstawę tego systemu tworzy jednostka zwana teamem stomatologicznym, w skład którego wchodzi: lekarz stomatolog, asystentka, higienistka, technik i opieka specjalistyczna.

Zadania lekarza stomatologa i technika nie odbiegają od warunków polskich, ale asystentka, higienistka

i opieka specjalistyczna ma trochę inny zakres działań niż w Polsce, więc warto się im przyjrzeć bliżej.

Asystentka stomatologiczna

Jest bardzo wszechstronnie wykształcona i odznacza się rozległą wiedzą praktyczną i teoretyczną. Jej zadaniem jest czynna asysta, uzupełnianie dokumentacji przed badaniem i leczeniem (anamneza, wykonanie zleconych zdjęć rtg, uzupełnienie statusu), opieka nad zaopatrzeniem kliniki w leki i materiały, wykonywanie znieczuleń nasiekowych, sterylizacja, rejestracja oraz administracja w zakresie podstawowym.

Warto wspomnieć w tym miejscu o specjalnej asystentce profilaktycznej, która jest obecna w każdej przychodni stomatologicznej. Jej zadanie to szeroko pojęta profilaktyka. Tu zakres pracy obejmuje: wizyty adaptacyjne, lakowanie zębów trzonowych, praca z dziećmi i rodzicami z grup ryzyka (nauka szczotkowania, skalingi naddziąsłowe, porady dietetyczne, wybarwienia płytki nazębnej czy profilaktyka fluorkowa). W przypadku wczesnej próchnicy współpracuje ona z pediatrami.

Szwedzka higienistka stomatologiczna

Otrzymuje legitymację po trzech latach studiów licencjackich. Pracuje samodzielnie w swoim gabinecie, opiekując się pacjentami dorosłymi i dziećmi. Jej zadania obejmują oczyszczanie profesjonalne zębów (także poddziąsłowo), okresowe badania wraz z interpretacją zdjęć rtg pod kątem próchnicy oraz chorób przyzębia, profilaktykę, naukę szczotkowania i indywidualny dobór produktów higieny jamy ustnej. Bierze też udział w walce z nałogami, współpracując z psychologiem i pielęgniarką.

Higienistki mają uprawnienia do wypisywania recept na niektóre produkty higieniczne, do wykonywania znieczuleń nasięgowych i przewodowych oraz kierowania pacjentów do specjalisty, a nawet, po akceptacji i pod kontrolą lekarza, do wypełniania prostych ubytków w zębach.

Specjalista

W szwedzkim teamie stomatologicznym specjalista odgrywa bardzo ważną rolę, ale jego pomoc ogranicza się tylko do skomplikowanych przypadków. System kształcenia stomatologów sprawia bowiem, że nawet świeżo wykształcony lekarz/stażysta ma dość obszerny zakres działania.

Profilaktyka w wykonaniu szwedzkim to regularne i kontrolowane przeglądy. Rozpoczyna się już na oddziałach noworodkowych, gdzie zadaniem specjalnych położnych laktacyjnych jest fachowa informacja rodziców na

temat karmienia piersią, odpowiednich smoczków i pojenia dziecka tylko mlekiem bądź wodą.

Pierwsza wizyta o charakterze profilaktyczno-szkoleniowym u higienistki w klinice stomatologicznej ma miejsce z dzieckiem w wieku około dwóch lat. Wizyta ta ma też na celu wykrycie próchnicy wczesnej (ECC). Dzieci ze stwierdzonym ryzykiem próchnicy poddane są wdrożeniu intensywnych działań profilaktycznych i leczniczych w gabinecie dentystycznym (sedacja) lub w szpitalu (narkoza). Duży nacisk kładzie się tu na współpracę z opieką pediatryczną, aby w rezultacie zmienić styl życia i złe nawyki.

Przeglądy regularne i obowiązkowe

Dzieci poddaje się badaniu radiologicznemu i klinicznemu w oparciu o przyjęte lokalne i ogólnokrajowe standardy i procedury, ściśle określone dla danej grupy wiekowej. Na badaniu tym zarówno dzieci, jak i ich opiekunowie, mają również możliwość pogłębienia swojej wiedzy o zdrowiu i patologii jamy ustnej oraz o złych i dobrych nawykach żywieniowych. Wszystko to podane jest w sposób atrakcyjny i przystępny w formie filmów animowanych, wystaw, konkursów i zabaw. Cały personel aktywnie uczestniczy w tym zadaniu, często włączając inwencję twórczą, przebijając się za postacie bajkowe. Ma to na celu ograniczyć dentofobie - zjawisko częste u dzieci i młodzieży chyba na całym świecie.

Podczas regularnych przeglądów pacjentów dzieli się na cztery grupy: dzieci zdrowe (R1), zagrożone próchnicą (R2), chore na próchnicę (R3) oraz dzieci z wadami rozwojowymi. Jest to też dobry moment na zaplanowanie leczenia.

Rodzice i opiekunowie dzieci do lat 18 objęci są obowiązkiem zgłaszania się na wizyty kontrolne i leczenie. Jeśli dziecko nie zgłosi się bez konkretnej przyczyny, personel jest zobowiązany napisać 3-4 listy ostrzegawcze do opiekuna dziecka, a jeśli to nie pomoże, sprawę zgłasza się do organów socjalnych w celu podjęcia próby rozwiązania problemu wraz z kuratorem. Rola opiekuna dziec-

ka w walce z chorobami jamy ustnej jest więc w systemie szwedzkim aktywna i bardzo ważna.

Kogo stać na refundację?

Ciekawy jest też w Szwecji system refundacji leczenia dorosłych, który ma charakter progresywny. Oznacza to, że pacjent, po dokonaniu przeglądu raz do roku, otwiera okres rozliczeniowy. Za leczenie do 3000 koron musi zapłacić w 100%. Jeżeli dalsze leczenie mieści się między 3000 koron a 15000 koron, refundacji podlega połowa kosztów. Powyżej 15000 koron pacjent pokrywa tylko 15% kosztów leczenia.

Zasada refundacji nakierowana jest na większą pomoc finansową ze strony państwa w miarę zwiększania się potrzeb leczniczych. Refundacji podlegają: wypełnienia kompozytami w obrębie całego uzębienia, chirurgia w pełnym zakresie, periodontologia z higienizacją, protetyka - w tym korony pełnoceramiczne, mosty, implanty, protezy szkieletowe, diagnostyka radiologiczna zgodnie ze wskazaniem, leczenie parafunkcji i chorób SSŻ (w tym szyny oraz rehabilitacja) oraz ortodoncja dzieci i młodzieży. Nie podlegają refundacji zabiegi estetyczne i ortodoncja dorosłych.

W zakresie pacjentów w wieku podeszłym i niepełnosprawnych opieka stomatologiczna jest wyodrębniona jako osobny dział o nazwie opieka stomatologiczna niezbędna (Nödvändig tandvård). Obejmuje ona opiekę stacjonarną i ruchomą z dojazdem do pacjenta.

Jak widać, system opieki stomatologicznej w Szwecji jest jednak skuteczny i sprawdzony, choć nie idealny. Jego podstawą jest utrwalenie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia, zapobieganie chorobom jamy ustnej poprzez wczesne i regularne kontrolowanie czynników ryzyka, a także wczesne wykrycie i leczenie patologii jamy ustnej tak, aby zahamować postępowanie chorób oraz ograniczyć ich powikłania. Niby tak niewiele trzeba, a jednak w Polsce tak dużo.

Dr Beata PREGIEL

Szef kliniki stomatologicznej

Tandhalsan Praktikertjänst Vetlanda, Szwecja

(przedruk z „Pro Medico” nr 4/20)

STOMATOLOGIA – NOWE WYZWANIE W OBLICZU SARS-COV-2

Obecna sytuacja jest wyzwaniem dla wszystkich dziedzin medycyny – stomatologia nie stanowi tu wyjątku. Ze względu na narażenie na zakaźny aerozol oraz wymuszoną bliskość pacjenta, całe zespoły stomatologiczne (stomatolodzy wraz z asystentkami i higienistkami) są szczególnie narażone na możliwość zakażenia. Mając to na uwadze, samorząd zawodowy lekarzy apelował o utworzenie wytycznych, które pozwoliłyby zorganizować przyjęcia pacjentów w możliwie bezpieczny sposób.

Jedne z pierwszych wskazówek opublikowali konsultanci ze szczegółowych dziedzin stomatologii, po nich swoje rekomendacje ogłosiło Polskie Towarzystwo Stomatologiczne. Jako ostatnie swoje zalecenia podało Ministerstwo Zdrowia. Dokumenty te są dość obszerne, łącznie stanowią kilkadziesiąt stron tekstu, stąd przytaczanie ich na łamach „Primum”, z racji ograniczonej objętości, wydaje się niemożliwe. Jednakże każdy stomatolog powinien zapoznać się z pełnym brzmieniem każdego z tych opra-





cowań – są one dostępne odpowiednio na stronie pts.net.pl pod tytułem „COVID-19 a praca lekarza dentysty: wytyczne PTS uaktualnione” oraz na stronie Ministerstwa Zdrowia (zaktualizowane zalecenia postępowania stomatologicznego) – stanowiska konsultantów krajowych zostały uwzględnione przy tworzeniu zaleceń PTS i MZ.

Zmiany w zaleceniach

W pierwszej wersji zaleceń rekomendowano płukanie ust przed zabiegiem m.in. 0,2% wodnym roztworem chlorheksydyny – obecnie uznaje się ten roztwór za nieskuteczny wobec SARS-CoV-2, zalecając połączenie go z alkoholem bądź stosowanie 1% roztworu nadtlenu wodoru lub 0,2% roztwór jodopowidonu.

Zmianie uległ również sposób kategoryzacji odpadów medycznych powstałych w związku z udzielaniem świadczeń, a tym samym sposób postępowania i przechowywania tych odpadów. Obecnie, w efekcie działań Naczelnej Izby Lekarskiej, odstąpiono od zaliczania odpadów powstałych w trakcie udzielania świadczeń leczniczych do kategorii wysoce zakaźnych (A) i zgodnie z wytycznymi ECDC zakwalifikowano je do grupy B (pismo GIS z 9 kwietnia 2020 r.). W związku z tym stosujemy zasady dobrze nam znane, dotyczące postępowania z odpadami medycznymi zakaźnymi – gromadzonymi w czerwonym worku i w przypadku przedmiotów o ostrych krawędziach – w czerwonym, oznaczonym pojemniku. Pewne różnice występują też w podejściu do dezynfekcji gabinetu po wizycie – w zaleceniach Ministerstwa Zdrowia pojawia się dezynfekcja fumigacyjna, metoda do tej pory raczej nam obca. W zaleceniach PTS jako metodę dezynfekcji podaje się sprawdzone i efektywne sposoby z użyciem chusteczek nawilżanych oraz sprejów do dezynfekcji powierzchni. Z kolei konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii stomatologicznej wskazuje metodę dezynfekcji fumigacyjnej jako metodę zalecaną, jednakże w przypadku braku odpowiedniej aparatury dopuszcza korzystanie z płynów do dezynfekcji powierzchni.

Środki ochrony indywidualnej – Ratujmy Ratujących

W związku z nową sytuacją bezwzględnie powinniśmy znać i stosować oparte na najnowszych doniesieniach zalecenia dotyczące naszej pracy. Konieczne jest dostosowanie ich do specyfiki każdego gabinetu ze szczególnym zwróceniem uwagi na odroczenie wizyt pacjentów potencjalnie zarażonych SARS-CoV-2. Niezbędne jest właściwe stosowanie środków ochrony osobistej i rygorystyczne podejście do kwestii sterylizacji i dezynfekcji w naszych gabinetach. Problemem staje się obecnie ogra-

niczona dostępność i wywindowane ceny środków ochrony osobistej czy środków dezynfekcyjnych. Tych z Państwa, którzy spotykają się z trudnościami w zaopatrzeniu, zachęcam do kierowania swoich uwag do Bydgoskiej Izby Lekarskiej, która zainicjowała akcję Ratujmy Ratujących mającą na celu pozyskanie środków i doposażenie lekarzy we wszelkie artykuły potrzebne przy pracy w warunkach narażenia na kontakt z koronawirusem.

Również dzięki ogromnemu zaangażowaniu finansowemu pani Dominiki Kulczyk, która przekazała 20 milionów złotych Fundacji Lekarze Lekarzom, działającej przy Naczelnej Izbie Lekarskiej, wszyscy lekarze będą mogli liczyć na bezpośrednią pomoc w postaci profesjonalnych środków ochrony osobistej (w tym 1,5 miliona masek FFP2 N95, 100 tys. kombinezonów klasy II czy 100 tys. gogli). Pomoc ta zostanie rozdysponowana przez regionalne izby lekarskie, w tym Bydgoską Izbę Lekarską.

Testy, testy, testy

Odrębną kwestią pozostaje możliwość poznania własnego stanu zdrowia, szczególnie w przypadku stosowania masek czy półmasek wyposażonych w zawór oddechowyy pozwalający na dłuższą pracę. W tej sprawie jednak stanowisko Ministerstwa Zdrowia jest jednoznaczne – medycy nie będą testowani przewencyjnie. Wygląda na to, że podobnie jak w przypadku środków ochrony indywidualnej, należy wziąć sprawy w swoje ręce i skorzystać z możliwości wykonania testów we własnym zakresie. Na rynku dostępne są zarówno testy serologiczne (szybkie, kasetkowe), jak i genetyczne (metoda PCR). W Bydgoszczy odpłatnie testy kasetkowe potwierdzające obecność przeciwciał IgG bądź IgM można wykonać w komercyjnym laboratorium Vitalabo – można też zakupić testy od firm oferujących je na rynku. W przypadku testów genetycznych istnieje możliwość przeprowadzenia ich nieodpłatnie w warszawskiej firmie Warsaw Genomics, pod warunkiem dostarczenia pobranego własną wymazówką materiału. Do tej pory testy były opłacane przez koalicję firm prywatnych, obecnie finansowanie przejęło Ministerstwo Zdrowia.

Nie pozostaje mi nic innego jak ponownie zachęcić Państwa do uzbrojenia się zarówno w wiedzę, jak i cierpliwość potrzebną do przetrwania tej trudnej dla nas wszystkich sytuacji. Życzę nam wszystkim zdrowia i pełni sił, tak by każdy z nas mógł cieszyć się lepszym jutrem.

lek. dent. Marek ROGOWSKI – prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego Oddział Bydgoszcz.

(przedruk z „Primum” nr 5/20)

Najważniejsze zmiany w prawie związane z walką z koronawirusem

PRAWA I OBOWIĄZKI LEKARZY W DOBIE SARS-COV-2

I. Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty:

- wprowadzenie możliwości zmiany przez Ministra Zdrowia terminów: LEK, LDEK, postępowania kwalifikacyjnego na specjalizację oraz PES (okres, o który przesunięto dany termin, nie może być dłuższy niż 5 miesięcy) – w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii;
- umożliwienie skierowania lekarza stażysty, jak również lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne do wykonywania zadań przy zwalczaniu epidemii decyzją wojewody lub poleceniem pracodawcy;
- zadania zlecone stażystom muszą być dostosowane do poziomu jego wiedzy i umiejętności oraz podlegać nadzorowi i kierownictwu lekarza specjalisty wyznaczonego przez kierownika jednostki, do której został skierowany lekarz stażysta;
- na wniosek lekarza stażysty Minister Zdrowia może uznać – w drodze decyzji – okres, w którym lekarz ten nie realizował programu stażu podyplomowego, za równoważny z realizowaniem tego programu;
- lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, któremu odwołano kurs specjalizacyjny w związku ze stanem zagrożenia epidemicznego lub stanem epidemii, jest zwolniony z obowiązku realizacji tego kursu, jeżeli jego realizacja wymaga przedłużenia szkolenia specjalizacyjnego o okres dłuższy niż 3 miesiące, a zrealizował wszystkie inne kursy objęte programem specjalizacji.

II. Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi:

- nałożenie na lekarza przyjmującego do szpitala, kierującego do izolacji, kwarantanny lub zlecającego izolację w warunkach domowych obowiązku poddania osoby podejrzanej o zachorowanie, chorej na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną lub osoby narażonej na zakażenie: hospitalizacji, izolacji, kwarantanny, badaniom lub zlecenia izolacji w warunkach domowych, również w przypadku, gdy brak jest decyzji państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, a osoba podejrzana o zachorowanie, chora lub narażona na zakażenie nie wyraża zgody na hospitalizację, izolację, kwarantannę, wykonanie badania lub izolację w warunkach domowych;
- wprowadzenie obowiązku informowania inspektora sanitarnego przez lekarza kierującego o skierowaniu do izolacji, kwarantanny lub zleceniu izolacji w warunkach domowych;

- możliwość zastosowania środków przymusu bezpośredniego w stosunku do osoby podlegającej obowiązkowej hospitalizacji, u której podejrzewa się lub rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób, polegających na przytrzymywaniu, unieruchomieniu lub przymusowym podaniu leków;
- wprowadzenie obowiązku informowania powiatowego inspektora sanitarnego przez podmiot leczniczy, w którym lekarz sprawuje opiekę medyczną nad osobą zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną (choroby określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia), o wynikach leczenia lub o wykluczeniu nosicielstwa u ozdrowieńca;
- w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii Minister Zdrowia może określić w drodze rozporządzenia: uproszczone rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, uproszczony sposób jej przetwarzania oraz skrócony okres przechowywania, obowiązujące od dnia ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, uwzględniając konieczność szybkiego i skutecznego podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się epidemii oraz ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta;
- wprowadzenie pieniężnych kar administracyjnych za niewypełnienie nakazów i obowiązków wynikających z ustawy.

III. Ustawa z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych:

- dopuszczenie możliwości odbywania dyżurów przez osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione w podmiocie leczniczym w okresie pobierania dodatkowego zasiłku opiekuńczego, jeżeli praca jest świadczona w godzinach innych niż czas zwolnienia od wykonywania pracy w związku z osobistym sprawowaniem opieki oraz poza normalnymi godzinami pracy (nie powoduje utraty zasiłku);
- podczas stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, ubezpieczonemu wykonującemu zawód medyczny zatrudnionemu w podmiocie leczniczym w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i cho-





rób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym, oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym – przysługuje zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa;

- możliwość udzielania przez lekarza i lekarza dentyzę świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemu teleinformatycznego w ramach tzw. teleporady;
- karty teleporady są przechowywane przez okres 30 dni od jej udzielenia;
- w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii NFZ nie przeprowadza konkursów ofert i rokowań w sprawie świadczeń opieki zdrowotnej.

Kto nie podlega skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii?

[...]* Otóż – zgodnie, z art. 47 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 5 grudnia 2008 r. – skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii nie podlegają:

- osoby, które nie ukończyły 18 lat;

- osoby, którzy ukończyli 60 lat;
- kobiety w ciąży;
- osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do 18 lat;
- osoby wychowujące dziecko w wieku do 14 lat – jednakże w przypadku gdy dziecko w wieku powyżej 14 lat jest wychowywane przez dwie osoby, którym przysługuje władza rodzicielska, do pracy przy zwalczaniu epidemii może zostać skierowana wyłącznie jedna z nich;
- osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego;
- osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy;
- inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi;
- osoby zajmujące kierownicze stanowiska państwowe (w tym m.in. prezydent RP, marszałek Sejmu, marszałek Senatu, prezes Rady Ministrów, minister, prezes IPN, prezes UODO);
- posłowie i senatorowie.

Uwaga z mojej strony – warto stosowną dokumentację wyłączającą skierowanie do pracy przy zwalczaniu koronawirusa przygotować sobie z wyprzedzeniem.

Adw. Karol KOWALIK

* skrót pochodzi od Redakcji Opolskiej

(przedruk z „Primum” nr 5/20)

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

FARMAKOTERAPIA COVID-19 W ŚWIELE AKTUALNYCH BADAŃ KLINICZNYCH

Pandemia COVID-19 postawiła przed światowym systemem opieki zdrowotnej wielkie wyzwanie. Główne oręż w tej nierównej walce stanowi zaangażowanie środowisk naukowych i doświadczenie klinicystów [S.G.V. Rosa i W.C. Santos]. Niestety, w mojej ocenie dysponujemy wciąż znikomymi danymi naukowymi z dotychczas przeprowadzonych badań. Powodów jest wiele.

Na naszą niekorzyść działa czas. Większość badań mających na celu ocenę skuteczności leków w terapii COVID-19 trwa zaledwie od ponad dwóch miesięcy. Jest to, zarówno dla doświadczonego naukowca, jak i klinicysty, niewystarczający czas do weryfikacji hipotez badawczych czy przeprowadzenia prób klinicznych zgodnie z kardynalnymi zasadami Evidence Based Medicine (EBM). Analizując aktualne dane z ośrodków badawczych, z trudnością znajdujemy w nich metaanalizy przeprowadzone na reprezentatywnej grupie pacjentów zakażonych COVID-19, które jednoznacznie potwierdziłyby bądź zanegowały zasadność danej interwen-

cji klinicznej. Dane zawarte w piśmiennictwie posiadają w mojej ocenie charakter anegdotyczny, a ich interpretacja w praktyce bywa niełatwa. Oczywiście, zaplanowanie i przeprowadzenie eksperymentu medycznego wymaga zaangażowania nie tylko wielu ośrodków klinicznych, ale też wsparcia naukowców z pozostałych dziedzin badawczych. Przyjmując za fakt ograniczenia wynikające z metodologii badań – z najważniejszych wymienię chociażby małą liczebność grup czy wpływ niezdiagnozowanych lub niepotwierdzonych w wywiadzie chorób współistniejących, co często sprzyja przypadkowości obserwacji i błędnym konkluzjom.

Badacze intensywnie poszukują racjonalnych rozwiązań w walce z COVID-19, analizując skuteczność dostępnych już leków dopuszczonych do obrotu dla innych wskazań przez FDA/EMA. Chcę jednak podkreślić, że jesteśmy dopiero na początku tej drogi, a każde, nawet obiecujące, wyniki uzyskane z przeprowadzonych badań należy traktować jako punkt wyjścia do kolejnego pytania klinicznego,

pamiętając zawsze o krytycyzmie naukowym, niezbędnym dla każdego z nas. Mając na uwadze powyższe, na tym etapie weryfikacja schematu leczenia farmakologicznego nie może być arbitralna, a raczej świadoma ograniczeń wynikających z przeprowadzonych i trwających wciąż badań.

W środowisku naukowym, w walce z COVID-19 duże nadzieje pokłada się między innymi w takich lekach, jak: chlorochina, hydroksychlorochina, w monoterapii lub z azytromycyną, umifenowir, lopinawir, rytonawir. Pewne wątpliwości pojawiły się w przypadku leków blokujących układ RAA, stosowanych w terapii chorób układu krążenia, oraz glikokortykoidów. W przypadku tych pierwszych obawy okazały się nieuzasadnione. Rejestr badań klinicznych na stronie clinicaltrials.gov dotyczący repozycjonowania leków w terapii COVID-19 zawiera informacje także o pozostałych lekach antywirusowych: interferonie $\alpha 2\beta$, talidomidzie, prifenidonie, bromheksynie czy bevacizumabie (Tabela). Badania te nie zostały zakończone, zatem na ocenę ich potencjalnych korzyści jest zdecydowanie za wcześnie. Wiele ośrodków na świecie prowadzi obecnie badania nad osoczem ozdrowieńców, stosując pozyskane preparaty w praktyce klinicznej u chorych ze zdiagnozowanym COVID-19 z ciężką niewydolnością oddechową. W ostatnich dniach postępowanie to uzyskało aprobatę FDA.

Chlorochina (CQ)/hydroksychlorochina (HCQ) w profilaktyce zakażeń COVID-19

Potwierdzono, że zarówno chlorochina, jak i jej hydroksy-pochodna są skuteczne w przypadku SARS-CoV-2. Badania przeprowadzone w grupie chińskich pacjentów z COVID-19 wykazały redukcję śmiertelności u osób zakażonych. Piśmiennictwo w tym aspekcie jest dość skromne, a rekomendacja do stosowania CQ/HCQ opiera się na kilku pracach badawczych obarczonych licznymi błędami metodologicznymi. Jednak biorąc pod uwagę ryzyko związane z pandemią i brak jakiegokolwiek alternatywy, podjęte działanie wydaje się uzasadnione.

Shah S. i wsp. ocenili zasadność profilaktycznego stosowania CQ lub HCQ w SARS-CoV-2 lub COVID-19, odnosząc się do wyników przedstawionych w 45 artykułach. Większość opinii wskazywała na potencjalne korzyści wynikające z wprowadzenia profilaktyki zwłaszcza u osób z grupy wysokiego ryzyka zakażenia, jednak nie było dostępne żadne oryginalne badanie kliniczne, na podstawie którego można by rekomendować takie postępowanie. Chociaż wyniki uzyskane z badań przedklinicznych są obiecujące, do chwili obecnej brakuje dowodów potwierdzających skuteczność CQ/HCQ w profilaktyce zakażeń COVID-19. Biorąc pod uwagę potencjalny problem bezpieczeństwa farmakoterapii, ryzyko hepatotoksyczności, nefropatii czy mielosupresji, nie znajduje uzasadnienia wprowadzenie profilaktycznej farmakoterapii CQ/HCQ. Jest to szczególnie ważne, aby w sytuacji wszechobecnej niepewności i napięcia społecznego związanego z pandemią COVID-19 nie zapominać o wysokim ryzyku powikłań i licznych działaniach niepożądanych zwłaszcza u starszych pacjentów. Na tym etapie nasza

wiedza jest znikoma. Zapewne w najbliższej przyszłości dokonana zostanie gruntowna reinterpretacja danych w badaniach obserwacyjnych lub wysokiej jakości randomizowanych badaniach klinicznych, którymi niestety obecnie nie dysponujemy.

Hydroksychlorochina (HCQ) w terapii skojarzonej z azytromycyną

Gautret i wsp. podjęli się próby odpowiedzi na pytanie, czy włączenie azytromycyny u chorych leczonych HCQ ze zdiagnozowanym COVID-19 może wiązać się z szybszą rekonwalescencją i redukcją wirerii w porównaniu z monoterapią.

Badanie rozpoczęło się na początku marca br., opublikowane zostały już wyniki wstępne. Zgodnie z protokołem pacjenci otrzymywali 600 mg hydroksychlorochiny dziennie, miano wirusa w wymazach z jamy nosowo-gardłowej oznaczano codziennie w warunkach szpitalnych. W zależności od stanu klinicznego pacjenta podejmowano decyzję o włączeniu azytromycyny. Obecność lub brak wirusa w wymazie po sześciu dniach od rozpoczęcia terapii uznano za punkt końcowy. Badacze wykazali, że terapia skojarzona HCQ z azytromycyną wiązała się z istotnie krótszym okresem nosicielstwa. Postępowanie takie wiązało się także ze skuteczniejszą redukcją wirerii w porównaniu z monoterapią. Na podstawie przeprowadzonych badań autorzy wnioskują, że połączenie obu leków jest korzystne i nie powoduje dodatkowych działań niepożądanych [Gautret P. i wsp.].

Powyższe badanie, przeprowadzone przez zespół francuskich naukowców, może stanowić istotny aspekt w podejmowaniu decyzji co do strategii terapeutycznej. Podkreślę jednak pewne ograniczenia wynikające z liczby pacjentów poddanych obserwacji – 6 pacjentów bezobjawowych, 22 z objawami infekcji górnych dróg oddechowych, 8 – dolnych dróg oddechowych, leczenie farmakologiczne włączono u 20 chorych. Jestem przekonany, że zwiększenie grupy badanej przyczyni się do jednoznacznej weryfikacji hipotezy stawianej przez autorów.

Skuteczność leków przeciwwirusowych u pacjentów z COVID-19

Kolejnym istotnym kierunkiem badań w środowisku naukowym jest ocena dostępnych na rynku farmaceutycznym leków przeciwwirusowych w terapii COVID-19. Lopinawir, rytonawir poprzez zahamowanie aktywności proteaz zmniejszają replikację HIV. Oba leki były wcześniej stosowane w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej SARS, niemniej ich skuteczność pozostaje wciąż kontrowersyjna. Na poziomie molekularnym mechanizmy replikacji SARS są analogiczne z COVID-19, zatem postępowanie takie wydaje się uzasadnione.

Zhu Z. i wsp. dokonali analizy skuteczności i bezpieczeństwa trzech leków: umifenowiru, lopinawiru/rytonawiru u pacjentów z COVID-19. Warto nadmienić, że umifenowir (Arbidol) nie jest dostępny w Polsce. Do badań zakwalifikowano 50 pacjentów z rozpoznaniem COVID-19. Pierwsze ramię badania obejmowało chorych leczonych lopinawirem/ryto-





navirem (400 mg/100 mg dwa razy dziennie/n=34), drugie pacjentów leczonych umifenovirem (200 mg, trzy razy dziennie/n=16). Uzyskane dane poddano analizie retrospektywnej. U żadnego pacjenta nie wystąpiło ciężkie zapalenie płuc ani ARDS. Po 14 dniach farmakoterapii przeprowadzona diagnostyka RT-PCR nie potwierdziła u chorych leczonych umifenovirem obecności COVID-19, w przeciwieństwie do grupy leczonej lopinavirem/rytonavirem – wynik dodatni stwierdzono u 15 pacjentów (44,1%). W obu grupach nie zaobserwowano istotnych skutków ubocznych [Zhu Z. i wsp.].

Wyniki te mogą sugerować pewną przewagę monoterapii umifenovirem w porównaniu z terapią skojarzoną. Przeprowadzone badania rzucają nowe światło na istotne z punktu widzenia klinicznego mechanizmy działania leków przeciw COVID-19. Prawdopodobnie zaobserwowane przez badaczy różnice w obrębie obu grup wynikają z innego działania pochodnej indolowej, głównie z aktywacji makrofagów i produkcji interferonów.

Stosowanie kortykosteroidów u pacjentów z COVID-19

Chociaż kortykosteroidy znalazły szerokie zastosowanie u chorych z niewydolnością oddechową w czasie wybuchu pandemii COVID-19 na Bliskim Wschodzie, ich skuteczność pozostaje wysoce kontrowersyjna. Przeprowadzone badania pozostawiają wciąż wiele niejasności. W świetle aktualnych doniesień naukowych postępowanie takie nie znajduje uzasadnienia.

Przegląd piśmiennictwa dokonany przez zespół Yang Z. i wsp. dotyczył wpływu leczenia kortykosteroidami pacjentów z zakażeniem koronawirusem. Autorzy przeanalizowali zgodnie z zasadami EBM dostępne dane z baz naukowych od 2002 do 2020 r. Metaanaliza objęła łącznie 5.270 pacjentów z 15 badań klinicznych. Przedstawione w pracy wyniki wskazały, że pacjenci w stanie krytycznym znacznie częściej wymagali włączenia kortykosteroidów [RR=1,56; 95%CI (1,28-1,90); p=0,019]. Dodatkowo istotnie częściej u osób zakażonych, którym podano kortykosteroidy, występowały infekcje bakteryjne, związane prawdopodobnie z immunosupresją, oraz hipokaliemią. Terapia sterydowa nie wiązała się ze zwiększonym ryzykiem hiperglikemii i hipokalcemii [Yang Z. i wsp.].

Praktyka stosowania kortykosteroidów u chorych hospitalizowanych z zapaleniem płuc wywołanym koronawirusem jest dość powszechna. Każdy klinicysta przed podjęciem takiej decyzji powinien uwzględnić powyższe przesłanki.

Leki hamujące aktywność osi Renina – Angiotensyna – Aldosteron (RAA) u pacjentów z COVID-19

Temat stosowania leków blokujących układ RAA u pacjentów z COVID-19, czyli w praktyce klinicznej inhibitorów konwertazy angiotensyny i sartanów (RASB), budzi spore kontrowersji. Problematyka ta została poruszona przez wielu badaczy, chociażby w pracach opublikowanych w bieżącym miesiącu przez zespoły Buckley'a i Li [Buckley L.F. i wsp.; Li Y. i wsp.].

Wątpliwości pojawiły się w momencie zidentyfikowania mechanizmów odpowiedzialnych za replikację SARS-CoV-2 związanych z enzymem konwertującym angiotensynę (ACE2). Poznano już liczne warianty genu kodującego ACE2, których polimorfizm może wiązać się z podatnością na zakażenia. Uzasadnione zatem wydają się pytania odnośnie stosowania leków z grupy RASB u pacjentów z chorobami układu krążenia narażonych czy będących nosicielami SARS-CoV-2. Stosowanie RASB prowadzi w następstwie rozwoju tolerancji do zwiększonej aktywności ACE2, co hipotetycznie zwiększa ryzyko zakażenia.

W tym momencie warto przyjrzeć się faktom. Nie mamy żadnych badań klinicznych, które zweryfikowałyby nasze przypuszczenia. Dysponujemy jedynie solidnymi danymi przedklinicznymi, na podstawie których nie powinniśmy podejmować pochopnych decyzji. W farmakoterapii zawsze należy ocenić stosunek korzyści do ryzyka. Stosowanie leków z grupy RASB wiąże się z licznymi korzyściami dla pacjentów z niewydolnością serca, po zawale serca, z nefropatią, proteinurią, migotaniem przedsionków, przerostem lewej komory i zespołem metabolicznym. RASB od dekad ugruntowały swoją pozycję zarówno w profilaktyce pierwotnej, jak i wtórnej chorób układu krążenia (CVD). A co najważniejsze – istotnie redukują śmiertelność, zwłaszcza u pacjentów z grupy podwyższonego ryzyka. Należy pamiętać, że w ujęciu globalnym choroby te stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów na świecie.

Badania przeprowadzone na populacji chińskiej wśród 2.209 pacjentów z COVID-19 i chorobami współistniejącymi, tj. z nadciśnieniem tętniczym – 21%, cukrzycą – 11%, chorobami układu sercowo-naczyniowego – 7%, wykazały zwiększone ryzyko zgonu w przypadku zakażenia COVID-19 [Singh A.K. i wsp.]. Pacjenci ci byli leczeni standardowo RASB, w czym upatruje się pewien związek przyczynowo-skutkowy. Interpretacja taka może być jednak błędna i nie uwzględniać tzw. czynników zakłócających. Potencjalne ryzyko związane z mechanizmem działania RASB nie było oceniane w tych badaniach. Warto podkreślić, że rokowania u pacjentów z chorobami współistniejącymi są praktycznie zawsze gorsze i to nie tylko w przypadku COVID-19. Oczywiście problem stosowania RASB wymaga szczegółowej analizy popartej dowodami naukowymi i takie prace już się rozpoczęły.

Stanowisko ekspertów w tej sprawie jest jasne. Nie należy przerywać terapii RASB u pacjentów z chorobami współistniejącymi zakażonych COVID-19.

Interakcje stosowanych leków przeciwwirusowych

Połączenie lopinawiru/ritonawiru z lekami metabolizowanymi przez CYP3A4 (statyny, immunosupresanty – cyklosporyna, takrolimus, worikonazol) prowadzi do wzrostu stężeń leków i zwiększonego ryzyka działań niepożądanych. Obserwowano także wzrost stężenia rywaroksabanu, atorwastatyny i midazolamu w surowicy. Przeciwwskazane są połączenia lopinawiru/rytonawiru z amiodaronem –

Tabela – Badania kliniczne dotyczące repozycjonowania leków w terapii COVID-19 (Clinicaltrials.gov)

Lek	Charakterystyka grupy badanej	Numer NCT	Data rozpoczęcia / zakończenia	Faza
Hydroksychlorochina	30 pacjentów z zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04261517	06-02-2020/31-12-2020	3
Chlorochina	10.000 pacjentów, ocena profilaktyki COVID-19	NCT04303507	maj 2020/maj 2022	–
Ludzka immunoglobulina	80 pacjentów z zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04261426	10-02-2020/30-06-2020	2 i 3
Remdesivir	452 pacjentów z ciężkim zakażeniem układu oddechowego (COVID-19)	NCT04257656	06-02-2020/31-05-2020	3
Remdesivir	308 pacjentów z łagodnym/umiarkowanym zakażeniem układu oddechowego (COVID-19)	NCT04252664	5-02-2020/27-04-2020	3
Arbidol (umifenovir)	380 pacjentów z zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04260594	7-02-2020/30-12-2020	4
Arbidol/lopinawir-rytonawir/oseltamivir	400 pacjentów (COVID-19)	NCT04255017	01-02-2020/01-07-2020	4
Arbidol/lopinawir-rytonawir	125 pacjentów (COVID-19)	NCT04252885	28-01-2020/31-07-2020	4
Darunawir-cobicistat	30 pacjentów z zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04252274	30-01-2020/31-12-2020	3
Tradycyjna medycyna chińska (TCM) z lopinawirem/rytonawirem, interferonem α (wziewnie)	150 pacjentów (COVID-19)	NCT04251871	22-01-2020/22-01-2021	–
Rekombinowany ludzki interferon $\alpha 2\beta$	328 pacjentów (COVID-19)	NCT04293887	01-03-2020/30-06-2020	1
Carrimycin /lopinawir-rytonawir /arbidol/chlorochina	520 pacjentów (COVID-19)	NCT04286503	23-02-2020/28-02-2021	4
Danoprevir-rytonawir z interferonem (inhalacja)/lopinawir-rytonawir/TCM z interferonem	50 pacjentów z zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04291729	14-02-2020/30-04-2020	4
Xiyanping/lopinawir-rytonawirinterferon (inhalacja)	384 pacjentów z zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04275388	19-02-2020/14-12-2020	–
Xiyanping z lopinawirem-rytonawirem	80 pacjentów (COVID-19)	NCT04295551	14-03-2020/14-04-2021	–
Połączenie oseltamiviru, fawipirawiru i chlorochiny	80 pacjentów (COVID-19)	NCT04303299	15-03-2020/30-11-2020	3
Talidomid	40 pacjentów (COVID-19)	NCT04273581	18-02-2020/30-05-2020	2
Talidomid	100 pacjentów z zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04273529	20-02-2020/30-06-2020	2
Witamina C	140 pacjentów z ciężkim zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04264533	14-02-2020/30-09-2020	2
Metyloprednizolon	80 pacjentów (COVID-19)	NCT04244591	26-01-2020/25-12-2020	2
Pirfenidon	294 pacjentów z ciężkim zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04282902	04-02-2020/01-06-2020	3
Bromheksyna (chlorowodorek)	60 pacjentów z podejrzeniem i łagodnym zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04273763	16-02-2020/30-04-2020	–
Bevacizumab	20 pacjentów z ciężkim zapaleniem płuc (COVID-19)	NCT04275414	luty 2020/maj 2020	2 i 3
Fingolimod	30 pacjentów (COVID-19)	NCT04280588	22-02-2020/01-06-2020	2

Uwaga: *Dopuszcza się stosowanie lopinawiru/rytonawiru w okresie ciąży u pacjentek z COVID-19. Zmodyfikowano na podstawie: Rosa SGV and Santos WC. Clinical trials on drug repositioning for COVID-19 treatment. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e40. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.40>*

ryzyko arytmii, z kwetiapiłą – wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego, statynami – rabdomioliza.

W przypadku darunawiru/cobicistatu należy uwzględnić podobne interakcje na poziomie CYP3A4 oraz CYP2D6, jak i przeciwwskazania do terapii skojarzonej. Umifenovir wchodzi w interakcje z substratami CYP3A4 i UGT1A9, zarówno induktorami, jak i inhibitorami. Stężenie fapilawiru w surowicy wzrasta w połączeniu z teofiliną. Fapilawir zwiększa biodostępność acetaminofenu (paracetamolu) 1,79-krotnie. W połączeniu z pirazynamidem zwiększa stężenie kwasu moczowego w surowicy, podobną zależność zaobserwowano dla repaglinidu. Nie posiadamy wiedzy na temat potencjalnych interakcji chlorochiny i jej hydroksy-pochodnej. Przeciwwskazane jest łącznie CQ z lekami wydłużającymi odstęp Q-T, między innymi z moksyflokscyną, azytromycyną czy amiodaronem [Tingo L].

Podsumowując, rozpoczęliśmy ciężką i długą walkę z COVID-19. Mijamy nadzieję, że wielokierunkowe działania podjęte przez środowiska naukowe przyczynią się do szybkiego opanowania pandemii. Pamiętajmy jednak o racjonalnym podejściu, zachowując na tym etapie pożądaną sceptycyzm, unikając nadinterpretacji prezentowanych danych

i stawiania przedwczesnych wniosków nieuzasadnionych naukowo. Obserwowane zależności, zwłaszcza w obrębie małych grup, mogą mieć charakter przypadkowy, nie odzwierciedlając realiów klinicznych. Jestem przekonany, że sukcesywnie nasza wiedza odnośnie optymalizacji farmakoterapii będzie coraz większa i uchroni nas przed błędami. Wymaga to jednak dalszych badań i ciężkiej pracy całego środowiska naukowego.

Bibliografia – u autora i w redakcji „Primum”

Michał WICIŃSKI

Dr hab. n. med., prof. UMK Michał WICIŃSKI – kierownik Katedry Farmakologii i Terapii oraz Prodziekan ds. studenckich Wydziału Lekarskiego CM UMK – od wielu lat zajmuje się farmakologią eksperymentalną z zakresu neurofarmakologii i chorób układu krążenia oraz teorią receptorową. Współpracuje z ośrodkami naukowymi w Polsce i na świecie. Jest autorem licznych publikacji o zasięgu międzynarodowym oraz cenionym dydaktykiem (trzykrotny laureat konkursu „Wykładowca Roku”).

(przedruk z „Primum” nr 5/20)

„Ludzie szlachetni odchodzą otoczeni wdzięczną pamięcią żywych”

Z głębokim smutkiem i żalem żegnamy naszego Kolegę
Śp.

Dr n. med. Ambrożego WIECZORKA

Wspaniałego, serdecznego i pełnego dobroci Człowieka
Rodzinie i Bliskim Zmarłego wyrazy głębokiego współczucia składają:
*Jolanta Smerkowska-Mokrzycka – Prezes Opolskiej Izby Lekarskiej
wraz z Okręgową Radą Lekarską*



WSPOMNIENIE O DOKTORZE AMBROŻYM WIECZORKU (1934–2020)

Dnia 8 maja 2020 r. liczne grono znajomych i przyjaciół pożegnało Pana Doktora Ambrożego Wieczorka. Rygory pandemii spowodowały, że do Parafialnego Kościoła Podwyższenia Krzyża Świętego wejść mogło 20 osób i to ze swoistym zaproszeniem, które stanowiły miniaturowe fotografie Doktora. Pozostali uczestniczyli we mszy będąc w najbliższej okolicy świątyni, w przypisanych odstępach dwumetrowych, z zakrytymi twarzami. Po słowach przewidzianych rytuałem liturgii prowadzonej przez księdza seniora Bonifacego Madłę oraz obecnego proboszcza Krzysztofa Blauta, wójt gminy Chrzastowice Florian Ciecior pożegnał zmarłego w imieniu miejscowej społeczności. Padły słowa ciepłe, prawdziwe, wypowiedane łamiącym się ze wzruszenia głosem. Na zakończenie uroczystości pogrzebowej ksiądz proboszcz odczytał list córki Klaudii, lekarki mieszkającej obecnie wraz ze swą rodziną w Shanghaju. Żonie w czasie uroczystości towarzyszyło dwóch najmłodszych synów. Nieobecność najstarszego syna, podobnie jak córki, tłumaczyła konieczność odbycia kwarantanny.

Doktor Ambroży Wieczorek, dla przyjaciół Brożek, pojawił się w Opolu 60 lat temu jako absolwent Śląskiej Akademii Medycznej. Pracę rozpoczął w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym pod kierunkiem Doktor Aleksandry Pospieszalskiej. Po uzyskaniu specjalizacji z pediatrii rozpoczął samodzielną pracę lekarską i naukową. Był Ordynatorem Oddziału Pediatrycznego w szpitalu w Ozimku, a następnie tworzył Sanatorium w Suchym Borze, rozbudowując je i przekształcając w nowoczesny zakład. Jednostka wojewódzka nosiła różne nazwy: Prewentorium, Sanatorium dla dzieci i młodzieży oraz Ośrodek rehabilitacji dla dzieci i młodzieży.

Brożek był osobą szalenie pracowitą i systematyczną. Obok specjalizacji z chorób dziecięcych, posiadał również specjalizację z rehabilitacji oraz organizacji ochrony zdrowia. Był autorem licznych prac i doniesień naukowych zamieszczanych w krajowej i zagranicznej literaturze fachowej. Ukoronowaniem naukowej działalności było zdobycie tytułu doktora nauk medycznych w 1982 roku w II Klinice Pediatrii we Wrocławiu u Profesora Franciszka Iwańczaka.

Jego ukochane sanatorium zajmowało się głównie dziećmi z dysfunkcją narządu ruchu. Zdolność ruchu i jego prawidłowy pełny zakres był dla Doktora podstawowym warunkiem należytego rozwoju dziecka. Wady wrodzone, choroby mięśniowo-nerwowe, choroby zakaźne, a także wypadki i urazy były przyczynami upośledzenia ruchowego. W sanatorium w Suchym Borze leczono dzieci znajdujące się w bardzo różnych stanach zdrowia, świadomości i nastroju. Od pozornie zdrowych do osób będących w śpiączkach.

Doktor nie mieścił się w jednej specjalizacji lekarskiej. Nie chciał być lekarzem od kataru i biegunki. Obok dogłębnej znajomości pediatrii swobodnie poruszał się w zakresie neurologii, radiologii, chorób zakaźnych czy genetyki. Choć nie był zabiegowcem, to doskonale potrafił porozumieć się z ortopedami i chirurgami. Diagnostyka laboratoryjna była jego pasją od lat studenckich. Podobnie jak Doktor Janusz Korczak dążył do stworzenia syntezy dziecka. Współpracował z wieloma organizacjami rządowymi, kościelnymi i społecznymi.

Doktor Wieczorek był człowiekiem głębokiej wiary. Wierzył w Boga, naukę, szczególnie medyczną i człowieka. Kochał ludzi i była to miłość w pełni odwzajemniona.

Jan POGORZELSKI

Z głębokim smutkiem i żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci Pana Doktora Ambrożego Wieczorka, wspaniałego i ciepłego człowieka, wybitnego, aczkolwiek skromnego człowieka - lekarza, specjalisty pediatrii, który w latach 70. był Ordynatorem Oddziału Pediatrycznego Szpitala w Ozimku oraz wieloletnim dyrektorem Sanatorium Rehabilitacyjnego dla Dzieci i Młodzieży w Suchym Borze. Śp. dr n. med. Ambroży Wieczorek był absolwentem Śląskiej Akademii Medycznej. Ukończył ją w 1958 r.

Swoje życie prywatne i zawodowe całkowicie poświęcał najmłodszym pacjentom, którzy go uwielbiali i mimo, że był lekarzem, byli pełni zaufania do jego pracy i bardzo się z nim przyjaźnili - jak z dobrym człowiekiem i lekarzem.

Wspominam Pana Doktora jako lekarz-stażysta, odbywający staż podyplomowy na Oddziale Pediatrii Szpitala w Ozimku w latach 70.

Lek. Bogusław KUDYBA

Ahoj żeglarze! Niezmiernie miło jest nam zaprosić na kolejne **Jubileuszowe XXX Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy**. Regaty wzorem lat ubiegłych odbędą się w miejscu, które naszym zdaniem sprawdziło się pod każdym względem w Ośrodku „Wrota Mazur” w Imionku k/Pisza, jezioro Roś (www.wrotamazur.com).

Regaty rozgrywać się będą w terminie 4-6 września 2020 r. Wpisowe od załogi wynosi 2.000 zł (500 zł/os.) i zawiera dwa noclegi (4/5 i 5/6.09.2020 r.), pełne wyżywienie dla czterosobowej załogi, jacht, koszt organizacji regat oraz ubezpieczenie. Udział dzieci do lat 6 bezpłatnie (w takim przypadku nie gwarantujemy noclegów i wyżywienia). Koszt udziału osoby towarzyszącej jest taki sam, jak w przypadku uczestników regat i wynosi 500 zł. Wpłaty (wpisowe) na konto: 61 1140 1111 0000 3048 4600 1001 (Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska ul. Żołnierska 16 C, 10-561 Olsztyn tel. 89 539 19 29 e-mail: olsztyn@hipokrates.org). Uwaga! W przypadku dużej liczby zgłoszeń liczy się kolejność wpłat. Osoby do kontaktu: Bożena Pątkowska – tel. 609-690-466, Przemek Kalisz – tel. 660-700-356.

Regaty odbędą się na 30 łodziach typu DELPHIA 21 na zasadach dobrze nam już znanych, w systemie przesiadkowym – dla przypomnienia po każdym dniu pływania ponowne losowanie jachtu. Każdy sternik biorący na siebie odpowiedzialność za jacht będzie musiał wnieść jednorazową kaucję w wysokości 200 zł, która zwrócona zostanie po zakończeniu regat. Startują załogi 4 osobowe, w tym minimum 2 lekarzy, przy czym sternikiem jachtu musi być lekarz. Sternik jachtu (tj. osoba osobiście obsługująca urządzenie sterowe) musi posiadać stopień żeglarski – minimum żeglarza jachtowego.

Tradycyjnie, obydwie wieczory żeglarskie spędzimy atrakcyjnie (piątek - przy muzyce na żywo Zespół „Szytywny Rumpel”, sobota - miła niespodzianka). Zgłoszenia osobiste, telefoniczne, faxem lub pocztą elektroniczną w terminie do 20 lipca 2020 r. proszę składać w Biurze Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie. Za zgłoszenie załogi uznaje się złożenie wypełnionego formularza zgłoszeniowego (druk w załączeniu) oraz dokonanie wpłaty.

Dla porządku organizacyjnego prosimy załogi aby składając formularz załączyły kopię patentu sternika. Szczegóły będą publikowane na stronie internetowej: www.regaty.wmil.olsztyn.pl.

* * *

Zatrudnimy na umowę zlecenie:

ortopedę do wykonywania:

- iniekcji kwasu hialuronowego i blokad pod kontrolą USG,
- terapii osoczem bogatopłytkowym (PRP),
- **chirurga** do wykonywania:
- USG Doplera żył kończyn górnych i dolnych,
- małoinwazyjnych zabiegów wewnątrzżylnych pod kontrolą USG.

„Nowoczesna Medycyna” Gabinety Lekarskie, Folwark, ul. Krapkowicka 4, tel. 606-678-951, folwark_przychodnia@interia.pl.

* * *

Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni:

- lekarzy **specjalistów psychiatrów**,
- lekarzy **w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w psychiatrii**,
- lekarza **internistę** oraz
- **lekarza rehabilitacji medycznej**.

Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe **oraz mieszkania służbowe**. Tel.: 77/403-43-07 lub e-mail: sws.kadry@op.pl.

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, fax 77/454 67 09,

opole@hipokrates.org

czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek **7.30-15.30**;

środa **7.30-16.00**; piątek **7.30-15.00**

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Radca prawny – tel. kontaktowy: 601 708 952,

przyjmuje: poniedziałek 9.00-10.30, środa 14.30-17.00,

czwartek 14.00-16.00,

piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej:

tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:

tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39,

www.izbalekarska.opole.pl; nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

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

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

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X



BAZA NOCLEGOWA **PRO MEDICO**

Preferencyjne
ceny dla lekarzy
i lekarzy dentystów

Warszawa
ul. Sobieskiego 102a
200 m od siedziby NIL



Planujesz
- kurs
- szkolenie
- konferencję
- rodzinną wycieczkę?

Wybierz bazę noclegową

PRO MEDICO

rezerwacja tylko online
www.izba-lekarska.org.pl



Możliwość wystawienia faktury dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Recepcja czynna w godzinach od 6.00 do 22.00 tel. 22 851 45 79. Po godzinie 22.00 klucze
można odebrać w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej przy ul. Sobieskiego 110 za okazaniem dowodu wpłaty.