



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Lipiec-Sierpień 2018

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 260–261

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. Alfred Polok

KTÓRĘDY DO BUSZU?

Był pogodny wiosenny poranek. Pirat wychylił nos z szopy i rozejrzał się po wybiegu. Policzył drabinki, wiszące mosty i podesty przybite do pni: wszystko było tam, gdzie wczoraj. Czegoś jednak brakowało. Szmeru. Ledwie słyszalnej melodii drutów pod napięciem. Zbliżył się. Nieśmiało wyciągnął palec. I koniuszkiem paznokcia musnął metal, jakby chciał strzepnąć muszkę owocówkę. Odruchowo cofnął rękę, powąchał. Nie bolało. Jednym susem przesadził ogrodzenie, wdrapał się na płot otaczający zwierzyńiec, spadł na trawę i poszusował ku wolności. Do zagajnika, skąd dochodziły ptasie trele.

Wszedł na drzewo. Trudno usiedzieć obojętnie, jak gawron albo szpak, kiedy włożyło tyle ciekawostek: poplątane szutrowe ścieżki, stawy porośnięte tatarakiem, kładki pomnożone w taflę wody. I ludzie pędzący na wrotkach. Rozhuśtał się na rękach, odbił stopami od gałęzi – konar zatrzeszczał, ugiął się jak trampolina i wyrzucił śmiałka w powietrze. Pirat przeleciał nad strumykiem i wpadł w sam środek niezłej wrzawy: dzięcioł testował wytrzymałość kory, słowik szykował się do gali: tysiąc razy powtarzał tę samą zwrotkę, szlifował, wygładzał, upraszczał i zapętlął kompozycję. A dudek miał już mocno w czubie. W każdym kącie kręciły się skrzydlate: jaskrawe i matowe, utapirowane i gładkie, z pióropuszcami i skrócone o ogon. Wierciły się, poszturchiwały i przekrzywiały głowy, krygując się przed niewidocznym lustrem. Pirat przysłuchiwał się rozmowom: tutaj, na wolności, chyba nawet liście plotkują.

– *Uuuuciekłem, uuuuuuuciekłem* – zawył z przejęciem, jak to wyjec.

Pokonując nieśmiałość, nachylił się w stronę hałaśliwych rudzików. – *Którędy do buszu?* – spytał. Rude pióra w popłochu uniosły się w powietrze. To samo zrobiły sikorki, wróble i wrony. – *Nie jestem trędownaty* – zaskomlał. I nagle zatęsknił za ogrodem, za niemrawymi wilkami krążącymi jak tramwaj po klatce i pieskami preriowymi upchanymi na placu wielkości karetki pogotowia. Zamknął oczy, powiesił się na ogonie i rozbijał jak wahadło. O mały włos zderzyłby się z sarną szperającą w chaszczach. – *Którędy do dżungli?* – próbował raz jeszcze.

Opera dla biedoty

Ciekawe, czy zdarzyło się wam odpoczywać pod drzewem, na którym baraszkowała małpa. I to nie pigmejka wielkości

jabłka czy nieco większa tamaryna czerwono-brzucha. Ale wyjec. Ciężki jak pies andaluzyjski.

Wystarczyło pójść w srodę na Wyspę Bolko. Tego dnia sąsiadujący z zoo park zmienił się w operę. Wystawiano spektakl niebiletowany, który przyciągnął ludzi stroniących zwykle od La Scali i innych metropolitanów. Zamiast błyskotliwego towarzystwa elegantów na widowni zebrali się maratończycy z czujnikami Geigera na ramionach, różowe pantery na hulajnogach, księżniczki i ich koniki pony. Scenę ustawiono dwadzieścia metrów

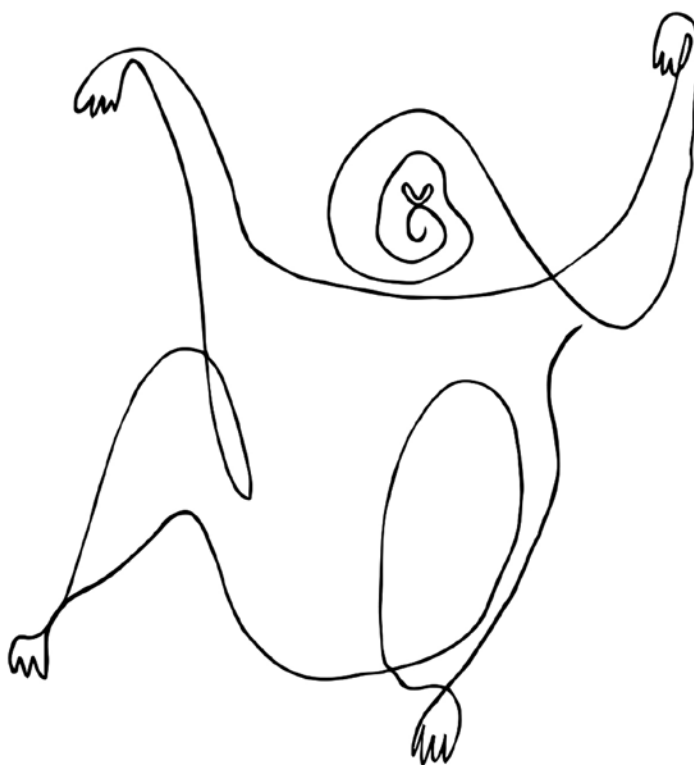
nad ziemią. Chóry gwizdały, ćwierkały i gruchały, zaś spośród kurtyn dochodziło przeciągłe „*ciuuuuu, ciuuuuuu, jaaaaa, uhhh, buuu, kuuuu, kuuu*”, jakby na czubku klonu gwizdał gotujący się czajnik. To do finałowego występu rozgrzewał się Pirat-Pavarotti.

Tymczasem w miejscu orkiestry pojawili się aktorzy drugiego planu. Halabardnicy przebrani za ochroniarzy firmy Beta Security System utworzyli krąg, chwycili kije z siatkami i podrygując w takt muzyki, odprawiali swoje gusła. Zaklinali ogoniastego solistę, żeby wskoczył do worka. Ale uparciuch wygłupiał się na koronie drzewa, śpiewał arie, wzdychał, skomlał, przewracał oczami. Obejmował pień i błyskawicznie zjeżdżał w dół, plosząc strażników. Jeden sus i znów był na wierzchołku.

Przypadkowa publika klaskała, ktoś obiecał Piratowi banana, kuszone go też gorącą czekoladą. Spod świeżo skoszonej trawy wyłonił się jakiś polski Joachim Rønning i nagrywał przedstawienie kamerą komórkową. Roboczy tytuł: „*Piraci ze zwierzyńca*”. Zrobiło się wesoło jak na pikniku filmowym w Lubomierzu.

Nagle strzał. Zastrzyk trafił wyjca w udo. Uciekinier zdrętwiał, fiknął koziołka. I spadł na rozciągniętą płachtę. Ktoś zawołał: – *Zemsta Salazara!* – Inny, nie mieszając w to karaibskiej mgły, wskazał winnego: – *Weterynarz ch...* – *Wypuścić Pirata!* – zażądał chór. A echo powtarzało: „*rata, ta, ta, ta, ta, ta...*”

Agnieszka KANIA



Fragment książki *Którędy do buszu?*, która ukaże się niebawem. Ilustracje wykonała Patrycja Kostyra.



OD REDAKCJI

Drodzy Czytelnicy! Przed wami wakacyjne wydanie naszego Biuletynu. Jak zapewne sami widzicie, nie jest specjalnie opasłe! No cóż po emocjach wyborczych nastąpiła cisza – jak to po burzy. Czekamy teraz na informacje dotyczące ukonstytuowania się Naczelnej Rady Lekarskiej i powołania jej poszczególnych komisji.

W pismach izbowych również zapanowała już wakacyjna atmosfera. A zresztą wakacje są przecież od tego by odpocząć – także od „newsów” związanych z naszą codzienną pracą. Tak więc zostawiam Was z lekturą na całe wakacje. Pozdrawiam i życzę udanych urlopowych wojaży.

Jerzy B. LACH

Komisja ds Lekarzy Seniorów planuje zorganizowanie całodiennej wycieczki połączonej ze zwiedzaniem pałacu w Pszczynie, w dniu 10 września br. (poniedziałek).

Zainteresowanych prosimy o zgłaszanie swego uczestnictwa do dnia 31 sierpnia br. w Sekretariacie Izby – tel. 77/45-45-939.

*Przewodniczący Komisji
Dr med. Tadeusz CHOWANIEC*



Koleżanki i Koledzy,

Najpopularniejszym słowem ostatnich tygodni jest bez wątpienia słowo „RODO”. Szkolenia informacyjne, organizowane przez Opolską Izbę Lekarską, przybliżyły nam to zagadnienie, ale także stały się początkiem wątpliwości, czy pojedyncze praktyki zawodowe poradzą sobie z opracowaniem wymaganych dokumentów tak, by sprostać przepisom, narzuconym wejściem w życie wymogów, regulujących ochronę danych osobowych (w tym RODO). Co prawda nowo wybrany Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, prof. dr hab. med. Andrzej Matyja zapowiedział w swoim powyborczym exposé, że natychmiast ruszą prace nad opracowaniem stosownego kodeksu branżowego, który zostanie niezwłocznie rozesłany do wszystkich okręgowych izb lekarskich, ale to wymaga czasu. A czas jest trudny do sprecyzowania. W związku z tym, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom naszych członków, nawiązaliśmy współpracę z Warmińsko-Mazurską Izbą Lekarską i dzięki temu, od 11 czerwca 2018 r. na stronie internetowej Opolskiej Izby Lekarskiej została zamieszczona wzorcowa dokumentacja związana z dostosowaniem działalności leczniczej, prowadzonej przez lekarzy i lekarzy dentystów w formie praktyki zawodowej, do obowiązujących przepisów. Wzory dokumentacji są udostępnione do wykorzystania w wersji edytowalnej tak, by każdy mógł dostosować je do swoich potrzeb. Materiał jest przeznaczony dla członków Opolskiej Izby Lekarskiej.

Teraz parę słów o receptach. Znowelizowana jakiś czas temu ustawa Prawo farmaceutyczne i włączone do

SZPALTA PREZESA

niej pewne zapisy z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich jasno określają, jakie elementy ma zawierać wzorcowa recepta. Są nimi: adres pacjenta, którego recepta dotyczy (nazwę miejscowości, ulicę, numer domu, kod pocztowy i numer lokalu, jeżeli nadano), oprócz tego (w przypadku braku numeru PESEL) należy podać datę urodzenia pacjenta.

Na koniec jeszcze o porozumieniu Ministra Zdrowia z Porozumieniem Rezydentów OZZL. Rozbieżności w sprawie zapisów szczegółowych owego porozumienia z 8 lutego br. budzą niepokój młodych lekarzy. Największe z nich dotyczą zapisów o dodatkach „lojalnościowych” do wynagrodzenia, które miałyby zobowiązać do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego w Polsce w okresie równym okresowi pobierania dodatku do wynagrodzenia z tytułu tej umowy. Ale nie tylko – Porozumienie Rezydentów (jak samo podaje) występowało także w imieniu wszystkich lekarzy, dlatego w porozumieniu z Ministrem Zdrowia Łukaszem Szumowskim niektóre jego punkty zostały sformułowane w sposób bardzo ogólny. Tymczasem strona rządowa zmodyfikowała pewne zapisy, wykorzystując ich nieprecyzyjność, z czym rezydenci nie chcą się zgodzić. Rozmowy trwają. Minister Szumowski stara się uspokajać nastroje zapewniając, że niejasności są wynikiem błędów komunikacyjnych i urzędniczych. 8 czerwca miały mieć miejsce konsultacje uzgodnieniowe w Ministerstwie Zdrowia. Nie znam wyników tego spotkania (cykl wydawniczy Biuletynu ma swoje prawa), ale rezydenci zapowiadają, że jeśli będą do tego zmuszeni rozważą powrót do protestu – nie wykluczając masowych odejść z pracy. Zapowiada się gorące lato.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 23 maja 2018 r. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Posiedzenie prowadziła Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, a Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynęły dwa wnioski:

- lekarz Kowalski Tomasz zwrócił się do ORL w Opolu o wpisanie na listę członków OIL w Opolu w związku z przeniesieniem z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej;
- lekarz dentysta Stain Siergiej zwrócił się o wydanie duplikatu dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”.

W obu przypadkach zapadły jednogłośnie pozytywne decyzje.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Towarzystwo Internistów Polskich, Komisja ds. Kształcenia Specjalistycznego i Ustawicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego przysłało informację o zdarzeniu edukacyjnym, które zostało włączone do „*Doskonalenia Lekarzy w Dziedzinie Chorób Wewnętrznych*”.

Ponadto zarejestrowano szkolenie firmy MEDITRANS dla lekarzy dentystów z zakresu stomatologii estetycznej.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Brak wniosków.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych.

Do Rady wpłynął jeden wniosek o przyznanie zapomogi (przyznano jednogłośnie) oraz jeden wniosek o przyznanie pożyczki szkoleniowej (przyznano przy jednym głosie wstrzymującym się).

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Brak wniosków.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

Brak wniosków.

Opinia w sprawie kandydata na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii naczyniowej

Wojewoda Opolski zwrócił się do Rady Okręgowej o wyrażenie opinii w sprawie kandydatury dr n. med. Jacka Hobota na funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii naczyniowej. Ustępujący konsultant dr n. med. Zbigniew Kowalik pozytywnie rekomendował doktora na to stanowisko. Rada jednogłośnie pozytywnie zaopiniowała tę kandydaturę.

Ponadto Prezes poinformowała członków Rady o pozytywnym zaopiniowaniu przez Prezydium Rady kandydatury dr n. med. Jerzego Pietruszewskiego na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neurologii dziecięcej oraz dr Henryka Woźniaka na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie geriatрії.

Propozycje stanowisk na XIV Krajowy Zjazd Lekarzy

Apel do Ministra Zdrowia o inicjatywę ustawodawczą, która doprowadzi do wyłączenia obligatoryjności wystawiania zwolnień lekarskich w formie elektronicznej przez lekarzy i lekarzy dentystów, którzy osiągnęli wiek emerytalny.

Apel do NRL o zlecenie zespołowi radców prawnych opracowania podstawowych wytycznych i zaleceń dla praktyk lekarskich w związku z wejściem Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego RODO.

Apel do premiera o jak najszybsze rozwiązanie kwestii dotyczących problemów osób niepełnosprawnych.

Apel o podjęcie rozwiązań dotyczących niedoboru kadr medycznych: lekarzy i pielęgniarek, co prowadzi do zamykania oddziałów w szpitalach – tak, jak np. ma to miejsce w szpitalach w Kluczborku, Oleśnie i Głucholazach oraz innych regionach w kraju.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. Smerkowska-Mokrzycka przedstawiła odpowiedź Ministerstwa Zdrowia w sprawie Państwowego Ratownictwa Medycznego. Ministerstwo powołało się na nową Ustawę z 23 kwietnia 2018 r.

Poza tym Prezes przedstawiła informację o przebiegu szkoleń z zakresu RODO przeprowadzonych przez Izbę. W szkoleniach tych uczestniczyło łącznie około 200 osób.

Kol. Kudyba zrelacjonował spotkanie lekarzy z okazji 50-lecia uzyskania dyplomów.

Kol. Kowarzyk poinformował o piśmie, które skierował do Wojewódzkiego Konserwatora Zabytków o refundację kosztów remontu Izby.



Kol. Latała przekazał informację o ostatnim szkoleniu PTS-u. Referat pt. „*Nowości w klasyfikacji i diagnostyce zapaleń przyzębia*” wygłosił prof. dr hab. med. Tomasz Konopka z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu – specjalista klasy europejskiej zakresu periodontologii. W trakcie tego szkolenia profesor po raz pierwszy w naszym kraju na posiedzeniu Towarzystwa przedstawił nową klasyfikację chorób przyzębia wspólną dla Europy i Ameryki.

Sprawy różne

OOW NFZ zwrócił się z prośbą o publikację „*Komunikatu Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie obowiazków świadczeniodawcy dotyczących druków recept oraz unikalnych numerów identyfikujących recepty*”. Informacja ta zostanie umieszczona na stronie internetowej Izby.

Opolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny zaprasza lekarzy na konferencję „*Choroby zakaźne – znane i nieznanne zagrożenia. Nowe wyzwania dla personelu medycznego*”, która odbędzie się 15 czerwca 2018 r. w MWSZ w Opolu.

Kol. kol. Błaszczyk, Rekucki oraz Mijas przedstawili problemy związane z opieką nocną i świąteczną w niektórych powiatach naszego regionu.

Wobec wyczerpania programu na tym posiedzenie zakończono.

Prezes ORL

Lek. dentysta Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

PRZEDSTAWICIELE OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W NACZELNYCH ORGANACH SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Na ostatnim Krajowym Zjeździe Lekarzy dokonano wyboru nowych władz Samorządu Lekarskiego. Pośród wielu nowo wybranych znaleźli się także – o czym miło jest mi donieść – także i Opolanie.

I tak do **Naczelnej Rady Lekarskiej**, poza będącej jej członkiem z urzędu Prezes Jolanta Smerkowskiej-Mokrzyckiej, Zjazd wybrał kol. **Jerzego Jakubiszyna**. **Nasz były Prezes będzie zasiadał w NRL już po raz szósty, bowiem czterokrotnie był jej członkiem z urzędu jako Prezes naszej Izby, a raz już wcześniej został do niej wybrany przez Krajowy Zjazd Lekarzy V kadencji.**

Do **Naczelnego Sądu Lekarskiego** wybrani zostali: kol. **Jacek Miarka** – po raz szósty oraz kol. **Rafał Pędich** – po raz drugi.

Na **Zastępcę Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej** Krajowy Zjazd Lekarzy wybrał kol. **Martę Rodziewicz-Kabarowską (po raz szósty)** i kol. **Zbigniewa Kuzyszyna**.

I wreszcie do **Naczelnej Komisji Rewizyjnej** wybrany został kol. **Jacek Mazur**.

Ponadto w pierwszym dniu Zjazdu wręczono uroczystość, przyznane wcześniej (o czym pisałem w poprzednim numerze Biuletynu), najwyższe odznaczenie Samorządu Lekarskiego „*Meritus Pro Medicis*”. Wśród odznaczonych znalazła się także nasza Prezes – **Jolanta Smerkowska-Mokrzycka** (patrz zdjęcia poniżej). Niestety wcześniejsze zobowiązania nie pozwoliły drugiej odznaczonej kol. **Marcie Rodziewicz-Kabarowskiej** przybyć na Krajowy Zjazd Lekarzy, więc wręczenie odznaczenia odbędzie się w innym terminie.

Wszystkim odznaczonym i wybranym serdecznie gratulujemy!!!



NIEPŁODNOŚĆ KRÓLÓW POLSKICH I ICH ŻON



Władysław Herman (1043 – 1102)

Pierwszą żoną Władysława Hermana była Przecława z rodu Przemyślidów. Ślub odbył się w obrządku starosłowiańskim. Z tego związku urodził się syn Zbigniew.

Jego drugą żoną była czeska królowa Judyta. Judyta bardzo długo nie zachodziła w ciążę. Wówczas za radą polskiego biskupa Franko wysłano poselstwo do Prowansji do późniejszego świętego Idziego słynącego ze spełniania cudów. Ofiarowano mu złoty posąg wielkości dziecka. Po odprawieniu modłów Idzi obiecał posłom, że po powrocie do Polski zastaną syna nowonarodzonego przez Judytę. Faktycznie jeszcze przed powrotem posłów Judyta urodziła syna Bolesława Krzywoustego (1086). Jego przydomek wg historyków niemieckich nie pochodzi od wady wrodzonej ust, lecz od krzywoprzysięstwa, co wykorzystywał w wojnach z Niemcami. W walce o tron Bolesław Krzywousty oślepił swojego starszego brata Zbigniewa.

Bolesław Wstydlivy (1221–1279) i Kinga (1234–1292)

Bolesław Wstydlivy nie doczekał się potomstwa, ponieważ jego żona Kinga córka węgierskiego króla Belli IV wymogła na nim modne w średniowieczu tzw. „śluby czystości” i wstąpiła do założonego przez siebie klasztoru Klarysek w Starym Sączu. Św. Kinga została beatyfikowana wraz z siostrą Bolesława Wstydliviego Salomeą. Bolesław Wstydlivy został pochowany w kościele Franciszkanów w Krakowie.

Leszek Czarny (1240–1289) i Gryfina

Leszek Czarny był synem Konstancji córki Henryka Pobożnego poległego pod Legnicą w walce z Tatarami. Jego żoną była Gryfina córka Rościława bana Croacji. Nie doczekali się potomstwa. W roku 1271 na dworze księżęcym wybuchł skandal kiedy Gryfina oficjalnie ogłosiła, że jej mąż jest impotentem. Leszek Czarny podjął wówczas leczenie u znanego w Krakowie „lekarza” Mikołaja, który nakazał mu spożywanie żab i węzów. Ta „kuracja” nie przyniosła jednak efektów.

Leszek Czarny spoczął w kościele Dominikanów w Krakowie.

Przemysław II (1257–1296) i Ludgarda (1260–1283)

Przemysław II był synem księcia wielkopolskiego Przemysława I. Jego pierwszą żoną była księżniczka pomorska Ludgarda (Troskliwa) córka księcia szczecińskiego Henryka zwanego „Pielgrzymem” ponieważ pielgrzymował do Ziemi Świętej, gdzie w niewoli u Saracenów przebywał przez 26 lat. Przemysław II w wieku 16 lat poślubił 13-letnią Ludgardę, która mu się tak spodobała, że ślub odbył się w Szczecinie a nie w stoli-

cy księcia w Poznaniu. Niestety przez 10 lat Ludgarda nie zachodziła w ciążę, zauroczenie Przemysława do pięknej księżniczki spadło i w końcu została usunięta z zamku poznańskiego do własnego dworu. Niespodziewanie w roku 1283 Ludgarda zmarła w wieku zaledwie 23 lat. Przyczyna jej śmierci jest do dzisiaj nie wyjaśniona. Niektórzy historycy twierdzą, że Ludgarda zmarła śmiercią naturalną, wg innych – jak również podań ludowych – została uduszona przez Przemysława II (poduszką). Twierdzą tak zwłaszcza kronikarze niemieccy nieprzychylni księciu.

Po śmierci Ludgardy Przemysław II ożenił się jeszcze dwa razy z Ryksą Szwedzką, z którą miał córkę Ryksę oraz Małgorzatę Brandenburską (która rzekomo miała brać udział w zamordowaniu Przemysława II). Przemysław nie doczekał się syna i na nim wymarła dynastia Piastów wielkopolskich. W roku 1295, po dwustu latach rozbicia dzielnicowego Przemysław II koronował się na króla Polski, niestety w tym samym roku został zamordowany przez margrabiów brandenburskich w Rogoźnie. Wg opinii współczesnych miała to być kara za śmierć pierwszej żony Ludgardy.

Przemysław II pochowany został wraz z drugą żoną Ryksą w katedrze poznańskiej. Niestety w roku 1371 piorun uderzył w wieżę katedry burząc kaplicę królewską, jak również pomniki Przemysława II i Ryksy.

Kazimierz Wielki (1310–1370) i Adelajda Heska (1324–1371)

W czerwcu 1341 roku odbyć się miał ślub Kazimierza Wielkiego z najstarszą córką Jana Luksemburskiego – Małgorzatą. Małgorzata nie cierpiała oblubieńca, los oszczędził jej tego małżeństwa, ponieważ nagle zmarła w Pradze miesiąc później 11 lipca 1341 roku.

We wrześniu tegoż roku w Poznaniu odbył się ślub 31-letniego Kazimierza Wielkiego z 18-letnią Adelajdą córką heskiego grafa Henryka Żelaznego. Była to druga żona Kazimierza Wielkiego, ponieważ pierwszą była Aldona Anna Litewska (1310 – 1339), która urodziła dwie córki Annę i Kunegundę. Zmarła nagle w wieku 29 lat.

Tymczasem druga żona Kazimierza Wielkiego mimo upływu lat nie zachodziła w ciążę. Zniecierpliwiony Kazimierz Wielki osadził Adelajdę na zamku w Żarnowcu w roku 1342, z którego pozwolił jej na opuszczenie Polski w roku 1356.

Mimo, że nadal żyła Adelajda Kazimierz Wielki – pełniąc bigamię – ożenił się jeszcze dwukrotnie z piękną Krystyną Rokiczaną, wdową po wójcie Pragi, którą wypędził z Wawelu kiedy przekonał się, że nosi perukę i jest łysa (jedyna królowa Polski o której nie wiadomo kiedy zmarła i gdzie jest pochowana) oraz z Jadwigą Ża-

gańską (1330 – 1390), z którą miał trzy córki: Annę, Kunegundę i Jadwigę. Tak więc Kazimierz Wielki nie doczekał się syna, prawdopodobnie z tego powodu, że był nosicielem chromosomów XX. Na nim wygasła dynastia Piastów krakowskich.

Rzekomo Kazimierz Wielki w romansie z polską szlachcianką Cudką, żoną dworzanina Niemierzy miał trzech synów: Niemierzę, Jana i Pelka, ale większość historyków temu zaprzecza. Również ze słynną Esterką z krakowskiego Kazimierza miał mieć synów, ale prawdopodobnie była to również postać fikcyjna.

Kazimierz Wielki jest pochowany w Katedrze na Wawelu w przepięknym sarkofagu z czerwonego marmuru.



Bolesław Wstydlivy



Władysław Herman

Władysław Jagiełło (1362–1434)

i św. Jadwiga Andegaweńska (1372–1399)

W dniu 8 lutego 1386 roku w Krakowie odbył się ślub 14-letniej Jadwigi Andegaweńskiej z 31-letnim Wielkim Księciem Litewskim Władysławem Jagiełłą (imię Władysław otrzymał na chrzcie od ojca chrzestnego Władysława Opolczyka). Jadwiga przez 13 lat nie zachodziła w ciążę. Wówczas poświęciła się całkowicie działalności charytatywnej wśród biedoty Krakowa. Kiedy wreszcie zaszła w ciążę wywołało to wielką radość nie tylko w Polsce, ale również na dworach królewskich Europy. Sam papież Bonifacy ciesząc się z kontynuacji nowej chrześcijańskiej dynastii Jagiellonów obiecał, że zostanie ojcem chrzestnym nowonarodzonego dziecka. Niestety Jadwiga urodziła przedwcześnie 22 czerwca 1399. Noworodek płci męskiej zmarł po 2 tygodniach, zaś królowa Jadwiga zmarła tydzień później, prawdopodobnie z powodu zakażenia połogowego.

Władysław Jagiełło żenił się jeszcze 3-krotnie z Anną Cilejską (miał z nią córkę Jadwigę), 3-krotną wdową Elżbietą Garnowską oraz 16-letnią piękną księżniczką ruską Sonią Holszańską, która urodziła trzech synów w tym dwóch królów Władysława Warneńczyka i Kazimierza Jagiellończyka. Władysław Jagiełło, jego cztery żony oraz dwóch synów spoczywają w pięknych sarkofagach w Katedrze Wawelskiej.

Aleksander Jagiellończyk (1461–1505) i Helena Rurykiewiczówna (1476–1513)

Król Aleksander był synem Kazimierza Jagiellończyka i Elżbiety Rakuszanki nazywanej „matką królów” ponieważ urodziła czterech królów – Węgier, Czech i Polski. Helena Rurykiewiczówna była córką Wielkiego Księcia Moskiewskiego Iwana III Srogiego. Nigdy nie przeszła na katolicyzm z woli swojego ojca, dlatego nie została



Leszek Czarny



Przemysław II

koronowana na królową Polski. Małżeństwo Aleksandra i Heleny nie doczekało się potomstwa. Aleksander został pochowany w Katedrze Wileńskiej (spocnie tam później żona Zygmunta Augusta – Barbara Radziwiłłówna), natomiast Helena – w wybudowanej przez siebie prawosławnej cerkwi Bogurodzicy w Wilnie. Po śmierci Aleksandra na tron Polski wstąpił jego młodszy brat Zygmunt I Stary.

Michał Korybut Wiśniowiecki (1639–1673) i Eleonora (1653–1697)

Michał Korybut Wiśniowiecki był synem bohatera „Ogniem i mieczem” Henryka Sienkiewicza księcia Jeremiego Wiśniowieckiego. Miał jedną żonę Eleonorę, córkę cesarza niemieckiego Ferdynanda III Habsburga. Nie doczekali się potomstwa raczej z winy króla (znaczna otyłość, podagra, niewydolność nerek).

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

PLAN SZKOLEŃ NA II PÓŁROCZE 2018 r.



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
Wrzesień 2018 r. (termin w trakcie ustalania)	Lek. Krzysztof Waszkiewicz – Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Opolskiego Centrum Ratownictwa Medycznego	Stany nagłe w gabinecie lekarskim – postępowanie praktyczne – dla lekarzy wszystkich specjalności	Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego Opole ul. Mickiewicza 2
Wrzesień 2018 r. (termin w trakcie ustalania)*	Dr n. med. Kazimierz Drosik – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej	Onkologia – dla lekarzy i lekarzy dentyków <u>specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji</u>	Opolskie Centrum Onkologii Opole ul. Katowicka 66a
3–7.X.18 r.*	Prof. nadzw. Teresa Kokot – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie publiczne – dla lekarzy i lekarzy dentyków wszystkich specjalności <u>specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji</u>	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
25–27.X.18 r.*	Prof. nadzw. Teresa Kokot – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Prawo medyczne – dla lekarzy i lekarzy dentyków wszystkich specjalności <u>specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji</u>	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23

* Zgłoszenia na kursy proszę kierować na formularzach znajdujących się na stronie CMKP.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

CO PISZĄ INNI

PO OBU STRONACH „BARYKADY”

W ciągu ostatniej dekady, liczba osób w Polsce, uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych u swoich dzieci, wzrosła dziesięciokrotnie. To efekt aktywności i popularności ruchów antyszczepionkowych. Na ich czele stanął jeden z lekarzy, członek łódzkiej Izby Lekarskiej. Czy odpowie za to przed lekarskim sądem?

Szczepienia powodują autyzm, zawierają trujące metale, a na dodatek obniżają IQ – to najczęstsze kłamstwa powtarzane przez antyszczepionkowców, które mają przekonać rodziców do rezygnacji ze szczepienia dzieci. Zamiast do argumentów medycznych, chętniej odwołują się oni do emocji. I choć odsetek szczepionych dzieci w Polsce nadal jest wysoki, to drastycznie wzrasta liczba uchylających się od szczepień. Z danych Głównego Inspektora Sanitarnego wynika, że w 2006 r. od szczepień dzieci uchylało się 2,5 tys. osób. Dwa lata temu ta liczba wyniosła 16 tys. i wciąż rośnie.

Z pewnością przyczyniła się do tego medialna aktywność organizacji antyszczepionkowych, których przedstawiciele wypowiadają się w telewizji, radiu i prasie, zakładają strony internetowe i organizują pikety. W zeszłym roku przez Warszawę przeszła największa demonstracja zorganizowana przez Ogólnopolskie Stowarzy-

szenie Wiedzy o Szczepieniach STOP NOP pod hasłem „Jest ryzyko, musi być wybór”. Jej uczestnicy żądali zniesienia obowiązku szczepień ochronnych i odstąpienia od karania rodziców, którzy nie chcą zaszczepić swoich dzieci. Podobne demonstracje odbyły się jeszcze w kilku polskich miastach.

Guru ruchu antyszczepionkowego

W Łodzi pikietę zorganizowano pod siedzibą Okręgowej Izby Lekarskiej w imię obrony lekarza Huberta Czerniaka, praktykującego w województwie łódzkim, który w związku z kwestionowaniem kalendarza szczepień obowiązkowych, usłyszał zarzuty od Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Lekarz, będący – jak sam podaje – specjalistą chorób wewnętrznych z ponad dwudziestoletnim stażem w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, pozostaje czynny zawodowo, mimo negowania zdobyczy nowoczesnej medycyny. Pytany przez dziennikarza TVN24, czy nie boi się utraty prawa wykonywania zawodu, odpowiedział pytaniem: „Czy mam się godzić na ludobójstwo, faszyzm i mordowanie ludzi przy użyciu strzykawek, zamiast komór gazowych?”

Obok prof. Marii Doroty Majewskiej, neurobiologa z Zakładu Farmakologii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Czerniak stał się guru środowisk antyszczepionkowych w Polsce. Udziela wywiadów, prowadzi liczne wykłady, posiada konto na Facebooku i własny kanał na YouTube, gdzie prowadzi blog na temat szkodliwości szczepionek i innych form terapii, a także wygłasza prelekcje, podczas których przedstawia zagrożenia związane ze szczepionkami. Najgłośniejszy był wykład na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim, podczas którego poinformował, że szczepionki prowadzą do zatrucia niemowląt i autyzmu. Lekarze i eksperci nie pozostawili suchej nitki na władzach tej prestiżowej uczelni za to, że wyraziły zgodę na wykład kwestionujący zdobycze nauki.

Hubert Czerniak jest obiektem zainteresowania mediów i bohaterem licznych reportaży. Stał się popularny przez swoje kontrowersyjne poglądy, które podkreśla przy każdej okazji. W swoim biogramie napisał: „Przez wiele lat tkwiłem w błędzie, dałem się oszukiwać pseudo-autorytetom i pseudowiedzy. Wyrwałem się jednak z tej matni... Początek temu dała książka Edwarda Griffina *Świat bez raka. Włączyłem myślenie!*”. W serwisie YouTube prowadzi cykl „Hubert Czerniak TV”. Reklamuje siebie jako demaskatora i zachęca użytkowników: „Na tym kanale obnażamy fikcję, która nas otacza – kiedy idziecie do lekarza, kupujecie leki, oglądacie telewizję, słuchacie polityków... Wszystko to wielka mistyfikacja, która ma zakuć nas w kajdany. *I'm not Slave – nie jestem niewolnikiem. Włączcie myślenie! Subskrybujcie kanał Hubert Czerniak TV*”.

Przekonania a etyka lekarska

Aktywność w mediach i Internecie ściągnęła na Huberta Czerniaka nie tylko zainteresowanie kolejnych osób, dzielących jego poglądy oraz licznych dziennikarzy. Jego kontrowersyjne wypowiedzi stały się przyczyną zainteresowania organów odpowiedzialności zawodowej łódzkiej Okręgowej Izby Lekarskiej. Postępowanie w sprawie lekarza należy do najgłośniejszych w Polsce. Ponad rok temu wszczął ją „z urzędu” Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Łodzi – Januariusz Kaczmarek, którego zaalarmowały publiczne wypowiedzi członka naszej Izby.

W grudniu 2017 r., po dwukrotnym przesłuchaniu Czerniaka w postępowaniu sprawdzającym i otrzymaniu dwóch opinii biegłych: specjalisty z zakresu chorób zakaźnych oraz specjalisty z zakresu pediatrii, J. Kaczmarek zdecydował się na postawienie lekarzowi zarzutów. Na etapie postępowania wyjaśniającego, prowadzonego przez OROZ, są one niejawne. Obwiniony został ponownie dwukrotnie przesłuchany, analizowany jest również obszerny materiał dowodowy, zgłoszony przez zainteresowanego, w którym znajdują się m.in. liczne opracowania i prace poświęcone szkodliwości szczepionek.

Sprawa Huberta Czerniaka, który publicznie podważa kalendarz obowiązkowych szczepień ochronnych, rozbudziła w Polsce dyskusję na ich temat. Pod każdym filmikiem lekarza na YouTube pojawia się kilkadziesiąt komentarzy. Przedstawiciele ruchu antyszczepionkowego opisują historie powikłań poszczepiennych, przy czym po tej stronie „barykady” wiele wpisów przybiera bardzo emocjonalne zabarwienie. Ich przeciwnicy piszą z kolei, że argumenty o szkodliwości szczepionek są po prostu kłamstwem i podkreślają, że bez szczepień wciąż dziesiątkowałyby ludzkość groźne choroby zakaźne, takie jak gruźlica, polio czy odra.

Prawda o szczepieniach

Zdecydowany głos w debacie na temat szczepień ochronnych zajęła Naczelna Rada Lekarska. W specjalnym stanowisku, wydanym 20 kwietnia br. wskazano, że „*szczepienia są najlepszą znaną metodą profilaktyki chorób zakaźnych dla wszystkich osób, niezależnie od wieku*”, a same szczepionki „*spełniają obecnie najwyższe standardy bezpieczeństwa i ryzyko związane z ich stosowaniem jest znikome*”. Dalej w stanowisku przeczytać można, że „*zadaniem lekarzy jest przekazywanie pacjentom i społeczeństwu rzetelnej wiedzy naukowej na temat szczepionek i szczepień*”, a propagowanie „*nieopartych na aktualnej wiedzy medycznej informacji o szczepieniach jest niezgodne z zasadami wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty*”.

W treści swojego stanowiska, NRL powołała się na raport zespołu ekspertów, przygotowany na zlecenie jej Prezydium we wrześniu minionego roku. Zespół ocenił aktualne dowody naukowe, dotyczące szczepień ochronnych oraz zalecenia ich stosowania w praktyce medycznej. Zespołowi przewodniczył Krajowy Konsultant w dziedzinie epidemiologii, dr n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz (*obszerne fragmenty Raportu – poniżej*).

Stanowisko NRL, choć najbardziej dosadne i odnoszące się bezpośrednio do argumentów podnoszonych przez środowiska antyszczepionkowe, nie jest pierwszym, jakie samorząd lekarski podjął w tej kwestii. W lipcu zeszłego roku, Prezydium NRL zaapelowało do ministra zdrowia o podjęcie prac legislacyjnych zmierzających do wprowadzenia obowiązku przedstawienia przed przyjęciem do żłobka, przedszkola oraz szkoły zaświadczenia potwierdzającego wykonanie u dziecka szczepień obowiązkowych. Podobne zaświadczenia wymagane są m.in. we Włoszech, gdzie niezaszczepione dzieci nie mogą uczęszczać do publicznych żłobków i przedszkoli.

Joanna BARCZYKOWSKA-TCHORZEWSKA

RAPORT EKSPERTÓW W SPRAWIE STOSOWANIA SZCZEPIONEK W PRAKTYCE MEDYCZNEJ

Szczepienia należą do najważniejszych zdobyczy współczesnej medycyny, ratują życie i chronią przed powikła-

niami związanymi z niebezpiecznymi chorobami zakaźnymi. Są najskuteczniejszym i najbezpieczniejszym sposobem zapobiegania chorobom zakaźnym. Potwierdzają ten fakt liczne i wiarygodne wyniki badań naukowych wysokiej jakości. Szczepienia chronią przed 26 chorobami zakaźnymi. Dzięki nim zlikwidowano jedną z najgroźniejszych chorób zakaźnych – ospę prawdziwą.

Współcześnie wiele chorób zostało znacząco ograniczonych, stopniowo postępuje proces eradykacji polio-myelitis w Regionie Europejskim WHO oraz eliminacji odry, różyczki i różyczki wrodzonej. Eksperci oceniają, że około 122 milionów osób zawdzięcza życie szczepieniom, bez których nie miałyby szansy przeżycia nawet okresu dzieciństwa. Zostały uratowane dlatego, że na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat zaszczepiono miliardy dzieci przeciw chorobom takim jak odra, gruźlica, polio-myelitis, błonica, tężec, krztusiec czy pneumokokowe zapalenie płuc. Każdego roku na świecie podawanych jest około miliarda dawek szczepionek, które ratują przed śmiercią około 2,5 miliona osób. [...]

Ryzyko wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych jest nieproporcjonalnie małe w porównaniu do uzyskiwanych korzyści, co stanowi ważny argument potwierdzający bezpieczeństwo szczepień. W Polsce niepożądane odczyny poszczepienne (NOP) występują średnio raz na 10 000 podanych dawek szczepionki. Natomiast ciężkie NOP występują, niezwykle rzadko. Wstrząs anafilaktyczny pojawia się u 1–3 osób na 1000 000 po-

danych dawek szczepionki, a objawy uszkodzenia układu nerwowego występowały w przeszłości z częstością 1 na 1000 000 zastosowanych dawek doustnej szczepionki przeciw poliomyelitis, obecnie zaś są jeszcze rzadsze. Źródłem wiarygodnych informacji na temat bezpieczeństwa szczepień i aktualnego Programu Szczepień Ochronnych są strony Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH (www.szczepienia.info) oraz Głównego Inspektoratu Sanitarnego w portalu „zaszczep w sobie chęć szczepienia” (szczepienia.gis.gov.pl). [...]

Wszystkie zarzuty i zastrzeżenia dotyczące szczepień były wielokrotnie omawiane i obalane w oparciu o wyniki badań naukowych przez naukowców i lekarzy z Polskiego Towarzystwa Wakcynologii (<http://ptwakc.oro.pl>), Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego (<https://ptp.edu.pl>), czy Ekspertów Rady Sanitarnej-Epidemiologicznej (<https://ais.aov.pl>). Wiedza dotycząca szczepień pochodzi z prawidłowo metodologicznie przeprowadzanych badań i tylko na tej podstawie można formułować wiarygodne opinie o szczepionkach i szczepieniach. [...]

W obliczu zalewu dezinformacji dotyczącej szczepień potrzebny jest jednoznaczny przekaz środowiska medycznego, że szczepienia są bezpieczne i skuteczne. Podstawową wskazówką w doborze metody zapobiegania chorobom, jest aktualny stan wiedzy medycznej i jednoznacznie wskazuje ona na potrzebę i przydatność stosowania szczepień, przede wszystkim dla każdego człowieka, ale także i dla społeczeństw oraz całej ludzkości. [...]

(przedruk z „Primum” nr 6/18)

SKĄD TAK DUŻO MITÓW O SZCZEPIENIACH?

„Panaceum” rozmawia z Anettą Bartczak, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie chorób zakaźnych oraz mikrobiologii lekarskiej na temat mitów o szkodliwości szczepionek i rosnącej popularności ruchów antyszczepionkowych.

„Panaceum”: Medialna aktywność środowisk antyszczepionkowych przyczyniła się do wzrostu liczby osób, które uchylają się od obowiązkowych szczepień ochronnych. Z danych Głównego Inspektora Sanitarnego wynika, że w 2006 r. od szczepień obowiązkowych uchylało się niewiele ponad 2 500 osób, a w 2015 r. ta liczba wzrosła już do ponad 16 000, czyli sześciokrotnie. Co Pani odpowiada, gdy rodzice pytają: szczepić, czy nie szczepić dziecko?

Anetta Bartczak: Oczywiście – szczepić. Wieloletnie badania i doświadczenia pokazują, że dzięki obowiązkowym szczepieniom udało się wykluczyć wiele groźnych chorób, które kiedyś były śmiertelne.

„P”: Te doświadczenia nie wszystkich przekonują. W debacie publicznej na temat szczepionek, z jednej strony występują lekarze, którzy podają racjonalne argumenty, z drugiej środowiska antyszczepionkowe, które wskazują na zagrożenia, jakie niosą szczepienia. Jednym z najczęściej powtarzanych przez przeciwników szczepień jest

skład szczepionek, w których mają się znajdować substancje trujące.

A.B.: To, oczywiście, nie jest prawdą. Wszystkie szczepionki, które trafiają na rynek, są szczegółowo przebadane. Wcześniej skład każdej poddany był dokładnej analizie, dlatego mamy pewność, że nie znajdziemy w nich żadnych szkodliwych substancji. W składzie szczepionek nie mogą znaleźć się też żadne substancje, których nie wymieniono na ulotce. Te produkty podlegają bardzo rygorystycznym przepisom, od których nie ma żadnych odstępstw. Określa się nie tylko skład szczepionek, ale także warunki, w jakich powinny być przechowywane. Dużo mówiło się o tym kilka miesięcy temu, kiedy na zachodzie Polski podano niewłaściwie przechowywane szczepionki.

„P”: Środowiska antyszczepionkowe straszą, że w składzie szczepionek znajduje się m.in. rtęć, którą uznaje się za substancję silnie trującą. Czy jest w tym ziarno prawdy?

A.B.: Szczepionka musi być zabezpieczona i stabilna, dlatego w jej składzie może, jako stabilizator, znajdować się tiomersal, metabolizowany do etylku rtęci. Wiele nieporozumień wynika z tego, że etylek rtęci, ze względu na podobieństwo nazwy, mylony jest z metylkiem rtęci, który jest substancją silnie trującą. Na tym tle powstaje wiele przekłamań, wykorzystywanych przez przeciwników szczepień. Skutki działania tych dwóch substancji są diametralnie inne. Metylek rtęci jest trujący, a etylek rtęci, w dawce stosowanej w szczepionkach, jest całkowicie bezpieczny dla człowieka. Dopuszczalna norma dla organizmu to 25 µg. Skuteczne stężenie przeciwdrobnoustrojowe tiomersalu to od 0,001 do 0,01%. Substancja ta jest później wydalana z organizmu, nie jest kumulowana przy okazji kolejnych szczepień.

„P”: *Ruch antyszczepionkowy, wykorzystujący niewiedzę ludzi, rodzi określone skutki, nie tylko indywidualne.*

A.B.: To prawda, swoim działaniem może doprowadzić nawet do zbiorowych tragedii, dotyczących wielu osób, zwłaszcza dzieci. Dzięki obowiązkowym szczepieniom wytwarzamy tzw. odporność zbiorowiskową. Szczepienie nie jest zatem tylko naszą indywidualną decyzją. Osoby, które nie zaszczepią swoich dzieci, zwiększają ryzyko zachorowania innych. Taki przykład mieliśmy ostatnio w Polsce, w województwie łódzkim.

„P”: *Czy zatem wystąpienie fali zachorowań na odrę w Wieruszowie jest konsekwencją popularności na nie-szczepienie dzieci?*

A.B.: Oczywiście. Pierwsze zachorowania na tę chorobę najczęściej zaczynają się od dzieci, które nie zostały zaszczepione. Dzięki szczepionkom zdążyliśmy już zapomnieć o niebezpiecznych skutkach odry, która teraz wraca.

„P”: *Kolejnym argumentem, a może mitem, podnoszonym przez środowiska antyszczepionkowe, są powikłania i choroby, jakie mogą wystąpić po zaszczepieniu. Najczęściej słyzy się o autyzmie. Czy istnieją jakieś podstawy naukowe, dowody na związek szczepionki na odrę z wystąpieniem tego zaburzenia?*

A.B.: Mit o wystąpieniu autyzmu po szczepionce na odrę powstał w 1998 r., po opublikowaniu pracy z badaniami na ten temat przez Andrew Wakefielda. Te badania zostały oczywiście sfałszowane, a lekarz pozbawiony prawa wykonywania zawodu. Z konsekwencjami tego artykułu borykamy się od dwudziestu lat, choć przez ten czas naukowcy na całym świecie obalali przedstawione w nim dowody wielokrotnie. Niestety, informacja o związku szczepień z autyzmem poszła w świat, a sprostowanie jej jest zdecydowanie trudniejsze niż puszczenie w obieg. Przeciwnicy szczepionek wciąż ten mit powtarzają.

„P”: *Takie mity powtarzają nie tylko rodzice, ale nawet lekarze – nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Środowiska antyszczepionkowe posługują się materiałami przez nich opracowywanymi.*

A.B.: Lekarze są szczególną grupą zawodową, na której ciąży odpowiedzialność za przedstawiane opinie. Jest to zawód zaufania publicznego, dlatego jego przedstawiciele nigdy nie powinni powtarzać niesprawdzonych lub nieprawdziwych informacji. Niestety, zdarza się jednak, że posługują się niemedycznymi argumentami. Najczęściej są to osoby pozostające na marginesie medycyny i balansujące na granicy utraty prawa wykonywania zawodu. Wiele „pseudonaukowych” opracowań tego typu przygotowują przedstawiciele medycyny niekonwencjonalnej lub osoby zajmujące się biologią i neurobiologią.

„P”: *Towarzystwa antyszczepionkowe są coraz bardziej aktywne w mediach i mediach społecznościowych. Ich przedstawiciele jeżdżą po Polsce z wykładami, rodzice im wierzą. Z czego wynika to coraz większe zaufanie?*

A.B.: To gra na emocjach. W sytuacjach, kiedy chodzi o zdrowie dzieci, emocje są największe. Rodzice chcą dla dzieci jak najlepiej i trudno mieć do nich o to pretensje. Ich nieracjonalne podejście wynika najczęściej z niewiedzy. Trend odejścia od szczepień mogą odwrócić tylko lekarze. Medycyna to nie samo leczenie. Bardzo ważna jest profilaktyka. Mówi się, że nie ma pacjentów, którzy nie chcą zgodzić się na badania, tylko lekarze, którzy nie potrafią ich do tego przekonać. Tak samo jest w przypadku szczepionek. Klucz do zatrzymania tego trendu leży u lekarzy rodzinnych. To oni leczą całe rodziny i to oni powinni rozmawiać o tym z pacjentami i przekonywać ich do szczepień. Tego typu spotkań nie powinno się jednak organizować w dużych grupach, ponieważ ciężko jest przekrzyczeć tłum. Najlepiej rozmawiać indywidualnie lub tylko z jedną rodziną. Żaden bowiem rodzic nie będzie chciał źle dla swojego dziecka. Musi tylko usłyszeć argumenty, które go przekonają.

„P”: *Ostatnim argumentem, przytaczanym przez antyszczepionkowców, jest taki, że w Polsce mamy najbardziej pojemny kalendarz szczepień obowiązkowych w Europie. Ma to ponoć działać na naszą niekorzyść, czy to prawda?*

A.B.: Oczywiście, że nie. Nasz kalendarz jest bardzo zbliżony do obowiązującego w innych krajach Unii Europejskiej, np. Niemczech czy Francji. Co więcej, mamy jeden z lepiej przygotowanych kalendarzy szczepień obowiązkowych, finansowanych przez państwo i jest to raczej powód do dumy. Kolejne obozy rządzące miały świadomość wartości szczepień i podejmowały decyzję o rozszerzaniu tego kalendarza o najważniejsze szczepionki. Ostatnio wpisano na listę szczepień obowiązkowych szczepionki przeciw pneumokokom, z czego się bardzo cieszymy. Czekamy jeszcze na finansowanie szczepionki przeciw meningokokom.

„P”: *Czy tak aktywne ruchy antyszczepionkowe, to tylko polski trend?*

A.B.: Nie tylko polski, ale – paradoksalnie – jest to znak naszej wolności. Uważamy, że możemy decydować o wszystkim, ale w tym wypadku wolność może się ob-

► rócić przeciwko nam. Zanim podejmiemy decyzję o rezygnacji ze szczepień, powinniśmy się zastanowić nad jej konsekwencjami. Choć każdy z nas czuje się lekarzem i prawnikiem – to możliwość przeczytania informacji w Internecie nie jest równoznaczna z możliwością podjęcia decyzji. Szczepienia i regulacje z tym związane są efektem wielu lat badań i doświadczeń naukowców na

całym świecie. Zamiast walczyć ze szczepionkami, lepiej skoncentrować się na przeciwdziałaniu zanieczyszczeniu środowiska i ograniczeniu żywności przetworzonej, które wyrządzają człowiekowi największą szkodę.

Rozmawiała

Joanna BARCZYKOWSKA-TCHORZEWSKA

(przedruk z „Panaceum” nr 6/18)

ZAMIANA, ZAMIENIANIE CZY ZAMIENNICTWO...

Leki biologiczne stanowiły ogromny przełom w terapii wielu poważnych chorób. To dzięki nim niektóre śmiertelne do niedawna nowotwory stały się chorobami przewlekłymi, znacząco poprawiła się jakość życia pacjentów z zapalnymi chorobami jelit czy łuszczycą, a osoby cierpiące na reumatoidalne zapalenie stawów mogą normalnie funkcjonować w codziennym życiu.

Innowacyjne terapie biologiczne, ze względu na wysoki poziom zaawansowania, są niestety bardzo kosztowne, stąd dostęp do nich polskich pacjentów jest ciągle znacznie mniejszy niż porównywalny w innych krajach europejskich. Dlatego też tak ważnym wydarzeniem było pojawienie się leków biopodobnych, zawierających wersję zarejestrowanej wcześniej biologicznej substancji aktywnej, wprowadzanych na rynek po utracie patentu przez lek oryginalny. Nie tylko pobudzają one konkurencyjność oraz innowacyjność przemysłu farmaceutycznego, ale przede wszystkim przynoszą korzyści pacjentom, oferując zaawansowane terapie w bardziej przystępnych cenach.

Stanowisko EMA i WHO a polskie regulacje

Kwestia stosowania, a w szczególności zamieniania leków biologicznych referencyjnych i biopodobnych pomiędzy sobą, wymaga jednak stworzenia sprzyjającego otoczenia prawnego, które z jednej strony zapewni maksymalne bezpieczeństwo stosującym te produkty pacjentom, a z drugiej ciągły rozwój rynku tej grupy leków.

Ze względu na to, że produkty biopodobne są odpowiednikami zarejestrowanych wcześniej w tych samych wskazaniach leków, nasuwać może się skojarzenie ich sytuacji rynkowej z tzw. generykami. Jednakże zarówno EMA (1), jak i WHO (2) przestrzegają, iż podejście wypracowane w stosunku do leków generycznych nie jest odpowiednie dla rozwoju, ewaluacji oraz rejestrowania leków biopodobnych. Składają się one bowiem z dużych, złożonych białek, trudnych do scharakteryzowania, a na ich efektywność kliniczną może wpływać już sam proces wytwarzania.

EMA wyraźnie wskazuje, że ocena danych dotyczących leku biologicznego, którą przeprowadza przed jego dopuszczeniem do obrotu nie zawiera rekomendacji dotyczących możliwości zamieniania (3) pomiędzy lekami biologicznymi w trakcie trwania terapii. Podkre-

śla również, iż decyzje tego typu powinny być konsultowane z lekarzem oraz farmaceutą (4).

Niestety, polskie prawo nie odzwierciedla takiego podejścia. Zarówno ustawa refundacyjna, jak i Prawo farmaceutyczne nie zawierają odrębnych regulacji, uwzględniających wyjątkowy charakter leków biologicznych. Tym samym obowiązek farmaceuty poinformowania i, na żądanie pacjenta, wydania tańszego zamiennika (5) znajduje zastosowanie również do tego rodzaju produktów. Substytucja apteczna referencyjnych leków biologicznych lekami biopodobnymi nie jest więc wyborem farmaceuty. Wynika raczej ze sztywnych regulacji ustawy refundacyjnej oraz w rzeczywistości odbywa się na poziomie Ministerstwa Zdrowia przy tworzeniu grup limitowych (6) i wydawaniu decyzji refundacyjnych. Podyktowana jest więc w znacznym stopniu względami ekonomicznymi, nie klinicznymi.

Rozwiązania francuskie

Europejskim pionierem regulacji substytucji aptecznej leków biopodobnych stała się Francja, gdzie w 2014 r. przyjęto zasadę ograniczonej substytucji leków biopodobnych na poziomie apteki (7). Zamienianie leku referencyjnego na biopodobny jest tam dopuszczalne jedynie w przypadku rozpoczynania terapii lekiem biologicznym i tylko wtedy, gdy lekarz nie umieści przy preparacie komentarza „nie zamieniać”. Dodatkowo ustawa nakłada na farmaceutę obowiązek udokumentowania na indywidualnym koncie pacjenta w systemie aptecznym nazwy handlowej wydawanego preparatu oraz numeru jego serii. Takie rozwiązanie wydaje się dobrą alternatywą dla naszych regulacji. Z jednej strony uwzględnia decydującą rolę lekarza w wyborze terapii oraz chroni pacjentów, którzy rozpoczęli już leczenie danym lekiem przed zmianą preparatu, z drugiej umożliwia lekom biopodobnym konkurencję rynkową z lekami referencyjnymi.

Wytyczne FDA

Decyzja w sprawie dopuszczalności zamiennictwa leków biologicznych może być podejmowana także na wyższym poziomie, czego dobrym przykładem jest działanie amerykańskiej FDA O ile bowiem EMA nie wydaje rekomendacji dotyczących możliwości zamiennictwa leków biologicznych w czasie trwania terapii, o tyle

FDA opublikowała w tym roku projekt wytycznych (8), zgodnie z którymi uzyskanie statusu leku zamiennego (*interchangeable*), mogącego podlegać automatycznej substytucji w aptece, jest możliwe jedynie w przypadku dostarczenia przez producenta wyników dodatkowych badań (*switching studies*) obrazujących bezpieczeństwo wymiany pomiędzy dwoma preparatami biologicznymi u tego samego pacjenta.

Mechanizm ten wydaje się interesującym rozwiązaniem, szczególnie jeśli chodzi o kwestię dostępu do terapii biologicznych z poziomu szpitala, gdzie podawana jest znakomita większość dostępnych aktualnie leków biologicznych. Pamiętać bowiem należy, że leki konieczne do realizacji świadczeń gwarantowanych pacjent powinien otrzymać bezpłatnie (9). Jednocześnie ustawa refundacyjna wprost zakazuje podmiotom leczniczym, udzielającym tych świadczeń, nabywania leków po cenie przewyższającej cenę produktu wyznaczającego limit refundacji. Tym samym leki droższe niż limit stają się w praktyce niedostępne dla pacjenta w szpitalu, pomimo że również znajdują się na liście refundacyjnej, a więc stanowią świadczenie gwarantowane.

Zagubione prawa pacjenta?

W odróżnieniu od refundacji aptecznej, w której chcąc kontynuować terapię pacjent ma możliwość dopłaty ponad limit finansowania, w przypadku terapii szpitalnej nie jest to możliwe. W wyniku takiego skonstruowania systemu, wraz z kolejnymi zmianami na listach refundacyjnych pacjent niejako automatycznie może zostać pozbawiony możliwości kontynuowania rozpoczętej terapii. Co więcej, zgodnie z nowym zarządzeniem prezesa NFZ (10), pacjent uczestniczący w programie lekowym jest informowany jedynie o substancji czynnej, natomiast nie o konkretnym leku, którym jest leczony.

W tym miejscu pojawiają się pytania: co z prawem pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, co z prawem do wyrażenia zgody na leczenie? W którym miejscu chronione są prawa nabyte do kontynuacji terapii? (11) Co z prawem do zgłaszania działań niepożądanych, które w przypadku leków biologicznych wymaga podania właściwie numeru serii i nazwy handlowej konkretnego leku? A przede wszystkim — kto weźmie ewentualną odpowiedzialność za działania niepożądane leku, skoro de facto to nie lekarz podejmuje decyzję o zmianie preparatu zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą?

W obecnym stanie prawnym powstaje więc następujący paradoks. Z jednej strony decyzja o zamiennictwie leku często zostaje podjęta przez ministerstwo, w zupełnym oderwaniu od stanu klinicznego samego pacjenta, z drugiej strony ewentualna odpowiedzialność z tytułu szkód wynikających z takiego niejako automatycznego zamiennictwa spoczywa na lekarzu i szpitalu. Kompletny system prawny powinien tymczasem zostawiać leka-

rzowi realne, a nie teoretyczne prawo do zamiany w obrębie leków biologicznych. Zamiana lekarska bowiem to nie to samo co automatyczne zamiennictwo.

Zuzanna CHROMIEC
KRK Kieszkowska Rutkowska Kolasieński,
alumnka V edycji Liderów Ochrony Zdrowia,
Fundacja im. Lesława A. Pagi
Joanna PECYNA
alumnka V edycji Liderów Ochrony Zdrowia,
Fundacja im. Lesława A. Pagi

PRZYPISY

- [1] European Medicines Agency, Biosimilars in the EU - Information guide for healthcare professionals.
- [2] World Health Organization, Guidelines on evaluation of similar biotechnological products (SBPs).
- [3] Europejska Agencja Leków (EMA) wskazuje na konieczność rozróżniania trzech pojęć w zakresie interpretacji zjawisk związanych z wymianą leków: *interchangeability*, które odnosi się do generalnej możliwości zamieniania jednego leku na inny o takim samym przewidywanym efekcie klinicznym. Może to oznaczać zamianę referencyjnego produktu leczniczego na biopodobny i odwrotnie lub zamianę leków biopodobnych lub biologicznych pomiędzy sobą. Zamiana ta może się odbyć poprzez: *switching*, który ma miejsce, gdy lekarz prowadzący decyduje się zamienić lek na inny w tym samym wskazaniu terapeutycznym lub *substitution*, czyli praktykę polegającą na wydaniu przez farmaceutę leku innego niż zapisany przez lekarza, będącego równoważnym i wymiennym z tym zapisanym na receptę, bez konsultowania się z lekarzem przepisującym.
- [4] European Medicines Agency, Biosimilars in the EU - Information guide for healthcare professionals.
- [5] Art. 44 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r. poz. 1844 z późn. zm.).
- [6] Grupa limitowa to grupa leków, dla których Ministerstwo Zdrowia wyznacza wspólny poziom finansowania publicznego. Pozostała kwota objęta jest współpłacaniem przez pacjenta.
- [7] Art. 47 ustawy o finansowaniu ubezpieczeń społecznych. (LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014).
- [8] FDA, Considerations in Demonstrating Interchangeability With a Reference Product Guidance for Industry.
- [9] Art. 35 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.).
- [10] Zarządzenie prezesa NFZ nr 90/2017/DGL z dnia 26 września 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe). Na marginesie należy nadmienić, iż zarządzenia prezesa NFZ nie są źródłem prawa powszechnie obowiązującego, nie mogą więc ograniczać ustawowych praw pacjenta. A ten ma się prawo domagać informacji o leku, który będzie u niego stosowany.
- [11] Do koncepcji praw nabytych pacjenta do kontynuacji terapii danym lekiem przychylił się m.in. Wojewódzki Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 13 maja 2014 r. (sygnatura akt: VI SA/Wa 3432/13) w sprawie dotyczącej sprowadzenia leku ZONEGRAN dla pacjenta w trybie importu docelowego. Tę koncepcję potwierdza również możliwość kontynuacji leczenia przez pacjentów włączonych do chemioterapii niestandardowej w momencie rezygnacji przez ustawodawcę z tego mechanizmu.

(przedruk z „Pulsu Farmacji” nr 2/18)

BŁĘDY MEDYCZNE W ŚWIETLE STATYSTYK

Prokuratura Krajowa opublikowała w ostatnim czasie dane statystyczne dotyczące prowadzonych w całym kraju postępowań karnych w sprawach o błąd medyczny*. Owe dane, stanowiące porównanie liczby takich postępowań z lat 2016 i 2017, uważam za wartę omówienia z kilku powodów.

Po pierwsze, nie ulega wątpliwości, że między 2016 a 2017 r. nastąpił zauważalny wzrost liczby prowadzonych postępowań karnych dotyczących błędów medycznych (z 4.963 do 5.678).

Po drugie, w ostatnim czasie nastąpiła istotna zmiana organizacyjna w zakresie szczebla, na jakim toczą się takie sprawy. Kilka lat temu regułą było, że sprawami dotyczącymi przestępstw z udziałem personelu medycznego, opisanych w art. 155 i 160 kodeksu karnego, zajmowały się prokuratury rejonowe. Obecnie częściej prowadzone są na poziomie wyższym – przez prokuraturę okręgową lub regionalną. Przez prokuratury okręgowe prowadzonych jest obecnie o 78% więcej spraw dotyczących błędu medycznego niż rok wcześniej, natomiast liczba takich spraw prowadzonych przez prokuratury rejonowe spadła o 11%. Niewątpliwie na wyższym szczeblu pracują prokuratorzy bardziej doświadczeni i mniej obciążeni sprawami niż na szczeblu rejonowym. Wyższy szczebel i większa uwaga poświęcana omawianym sprawom, a co za tym idzie – większe środki przeznaczone na prowadzenie postępowań przyczyniają się oczywiście do wzrostu liczby spraw. Warto przy tym odnotować, że w prokuraturach regionalnych w całej Polsce utworzono specjalne zespoły do spraw błędów medycznych, do których oddelegowano wyspecjalizowanych prokuratorów. Ich podstawowym zdaniem służbowym jest prowadzenie postępowań przygotowawczych w sprawach dotyczących błędów medycznych, których skutkiem jest śmierć człowieka. Trudno nie zadać pytania, dlaczego sprawy, dla których rozpoznania właściwy jest sąd rejonowy, prowadzone są tak wysoko w hierarchii organów ścigania? Zastanawia również fakt powołania specjalnych zespołów akurat do spraw błędów medycznych, a brak analogicznych wyspecjalizowanych jednostek w zakresie korupcji, przestępczości zorganizowanej czy innych wysoce szkodliwych społecznie zjawisk.

Po trzecie, o rosnącym zaangażowaniu organów ścigania w zakresie przestępstw z grupy błędów medycznych świadczy 16% wzrost (w porównaniu z zanotowaną w 2016 r.) liczby zakończonych postępowań – z 3.646 do 4.206. Trzeba podkreślić, że przeszło 4 tys. spraw dotyczących błędu przyniosło jedynie 2.002 decyzji merytorycznych, w tym 248 razy odmówiono wszczęcia śledztwa, 1.613 razy umorzono postępowanie, a jedynie w 139 sprawach złożono akty oskarżenia. Autorzy publikacji nie podają informacji, jaki jest los pozostałych zakończonych postępowań. Być może przez „niemerytoryczne zakończenie” autorzy rozumieją decyzję o zawiesze-

niu biegu sprawy, co zazwyczaj ma miejsce w przypadku oczekiwania na opinię biegłych.

Po czwarte, warto zaznaczyć, że z 2 tys. spraw zakończonych decyzją merytoryczną w 2017 r. jedynie około 7% doprowadziło prokuratora do przekonania, że podejrzenie przestępstwa jest dostatecznie udowodnione i złożony został akt oskarżenia. W praktyce oznacza to, że jedynie w tym niewielkim odsetku spraw powołani przez prokuratora biegli wydali niekorzystną dla lekarza opinię, a podejrzanemu nie udało się wykazać na tym etapie swojej niewinności. Dane nie wskazują przy tym, jakie wyroki w tym czasie wydały sądy w sprawach o błędy medyczne. Z pewnością można jednak przyjąć, że odsetek skazanych jest niższy niż oskarżonych.

Po piąte, z danych wynika, że dobrowolne poddanie się karze przez osobę podejrzaną w sprawie o błąd medyczny należy do rzadkości. W 2017 r. odnotowano jedynie dwie sprawy, w których prokurator skierował do sądu akt oskarżenia zawierający tego rodzaju wnioski. Dobrowolne poddanie się karze jest relatywnie często wykorzystywane w procesie karnym, zarówno w typowych sprawach kryminalnych, jak i w sprawach wypadków komunikacyjnych czy prowadzenia pojazdu w stanie nietrzeźwości. Pozwala na uzgodnienie wymiaru kary przed rozpoczęciem procesu sądowego i skrócenie postępowania do minimum. Wspomniana znikoma liczba w ten sposób zakończonych spraw oznacza, że oskarżeni lekarze w zdecydowanej większości przypadków podejmują obronę przed sądem, licząc na to, że ocena sprawy dokonana przez sędziego będzie inna, aniżeli ocena prokuratora zawarta w akcie oskarżenia. Procesy sądowe dotyczące błędów medycznych należą przy tym do długotrwałych i złożonych, a czas między złożeniem aktu oskarżenia a wydaniem prawomocnego wyroku liczony jest w praktyce w latach.

Po szóste, należy zauważyć, że w opublikowanych danych brakuje kilku istotnych informacji. Nie dowiadujemy się bowiem, w jakiej części spraw sądy potwierdzają winę lekarza, ani też, jak długo prowadzone są sprawy dotyczące błędów medycznych. Autorzy informacji prasowej nie wskazują również, ile wynoszą koszty prowadzenia spraw o błąd medyczny. Biorąc pod uwagę przytoczone dane, szczególnie relatywnie niewielki odsetek spraw, w których udaje się prokuratorowi zebrać wystarczające dowody popełnienia karalnego błędu, można postawić tezę, że koszty, jakie ponosi Skarb Państwa, aby ukarać pojedynczego lekarza, są ogromne. Za w pełni uzasadnione można uznać wobec tego wątpliwości co do racjonalności polityki karnej w sprawach dotyczących błędów.

* <https://pk.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-prokuratury-krajowej/prokuratura-prowadzi-coraz-wiecej-spraw-dotyczacych-bledowmedycznych>

Filip NIEMCZYK, adwokat

(przedruk z „Pulsu” nr 5/18)

UWAŻNOŚĆ – TRENING REDUKCJI STRESU METODĄ „MINDFULNESS”

„Tym, co trwoży ludzi, nie jest to, co im się przydarza,
ale znaczenie, jakie temu przypisują”

EPIKTET

Długie i nieprzewidywalne godziny pracy, stres związany z obcowaniem z umierającymi lub cierpiącymi pacjentami, ryzyko błędnych diagnoz, rozbudowana biurokracja i wiele innych przyczyn powoduje narastający stres u lekarzy i pogarszający się stan zdrowia psychicznego.

Lekarze boją się zwrócić o pomoc, ponieważ martwią się, że wpłynęłoby to na ich karierę. Większość lekarzy wspomina o problemie „etykietyzacji” w przypadku zachorowania na depresję i podaje wstyd jako jedną z głównych przyczyn braku podjęcia leczenia. Brak odpowiedniej terapii schorzeń dotyczących lekarzy może wpływać na jakość dostarczanej przez nich opieki medycznej.

Jak pomóc lekarzom?

Od kilku lat wiele się słyszy o tzw. „mindfulness”. Termin ten jest tłumaczony w języku polskim jako *uważność*, *uważna obecność* lub też *pełnia obecności*. Ze względu jednak na brak zadowalającego przekładu, który by uwzględniał w pełni znaczenie tego terminu, zachowujemy oryginalne jego brzmienie.

Najczęściej cytowana definicja mindfulness określa go jako szczególny rodzaj uwagi: świadomej, nieosądzającej i skierowanej na bieżącą chwilę (Jon Kabat-Zinn, 1990), odnosi się tym samym do doświadczenia świata, które znajduje się poza naszymi oczekiwaniami i jest rodzajem doświadczania rzeczy „*takimi, jakimi są*” (Ray, 2002).

Uważność nie jest niczym nowym. W tradycji buddyjskiej korzysta się z niej od ponad 2,5 tysiąca lat. Wywodzi się z sanskryckiego słowa *smṛti* - co oznacza pamiętanie albo przypominanie sobie. Każdy z nas wie, co to jest uważność, każdy mógł jej doświadczyć, niekoniecznie tak to doświadczenie nazywając. *Mindfulness* to umiejętność umysłu obserwowania rzeczy takimi, jakimi są, bez oceniania, analizowania, porównywania, modyfikowania, nakładania projekcji, korzystania ze swoich schematów, oczekiwań, obaw, bez lgnięcia ani odpychania, ale pozostawiania z ciekawością, angażowania się w to, co jest.

Dostrzeganie i przyjmowanie

Technika mindfulness jest formą umysłowego treningu, która zmniejsza jego skłonność do takiego reagowania na pojawiające się wewnętrzne i zewnętrzne bodźce, które powodują i nasilają stres, napięcie emocjonalne, a w niektórych przypadkach nawet podtrzymują stany chorobowe (np. depresję, uogólniony zespół lękowy, zaburzenia odżywiania). Celem mindfulness jest naucze-

nie się dostrzegania i przyjmowania każdej pojawiającej się emocji, myśli, odczucia, jako obiektów obserwacji, z którymi jednak nie należy się identyfikować. Technika mindfulness, nie jest ani ucieczką, ani unikaniem, ani walką z niechcianymi myślami, odczuciami i doznaniem. Jest raczej wyjściem im naprzeciw. Sam fakt dostrzeżenia niepożądanych aspektów i stanów własnego umysłu prowadzi do (pozytywnej) zmiany. Mindfulness odnosi się zarówno do praktyki, jak i podejścia, które polega na byciu całkowicie obecnym wobec doświadczenia płynącego zarówno z zewnątrz (inni ludzie), jak z wewnątrz (własne myśli, uczucia, wrażenia) w każdej chwili.

Tolerancja stresu

Wszyscy ludzie odczuwają emocje, tak zostaliśmy zaprojektowani, by emocje pozwoliły nam przetrwać. Emocje to, z grubsza rzecz ujmując, subiektywne doświadczenia, które manifestują się poprzez fizjologiczną ekspresję, biologiczną reakcję i stan umysłu. Są nierozdzielnie powiązane z temperamentem i nastrojem oraz wchodzi w skład motywacji. Za pomocą emocji możemy sprawnie działać w otaczającym nas świecie, ponieważ nadają znaczenie - pozytywne lub negatywne - napotykanym zdarzeniom, przedmiotom, ludziom i zjawiskom. Trzeba dodać, że nie wszystkie są przez nas uświadamiane i wyraźne, dlatego czasami tak trudno jest nam się zorientować w swoich odczuciach. Niektóre emocje są przyjemne, a inne nieprzyjemne. Większość ludzi nie lubi czuć się nieprzyjemnie. Nie lubimy, kiedy jest nam gorąco, zimno, kiedy chce nam się jeść, kiedy nas coś boli, fizycznie czy psychicznie. Problem polega na tym, że nieprzyjemne wydarzenia i emocje są częścią życia. Jest ogromna różnica pomiędzy niechęcią do nieprzyjemnych emocji, a akceptowaniem ich jako nieodłącznej części życia, a odczuwaniem ich jako czegoś absolutnie nie do zniesienia, czegoś, czego trzeba się pozbyć, unikając. Kiedy nie potrafimy znieść własnych emocji, możemy wpadać w kolejne problemy, które znacznie pogorszą naszą sytuację.

Brak odporności na stres

Lekarze, często przemęczeni i przepracowani, wykazują coraz mniejszą odporność na stres. Każdy z nas ma inną, indywidualną odporność. Dr Suzanne Kobasa odkryła, że istnieje pewien zestaw cech, który nazwała „*hardtem psychologicznym*”, do których zaliczamy:

- kontrolę - silne przekonanie, że mamy wpływ na nasze otoczenie i dysponujemy siłą sprawczą;
- zaangażowanie - w to, co robimy oraz podejmowanie dużych wysiłków;

- wyzwanie - postrzeganie zmiany jako naturalnego elementu życia, który oferuje różne możliwości.

Z kolei Clough i Sytrycharczyk opracowali model, opisujący „*hardość mentalną*”, która jest wynikiem istnienia czterech elementów:

- wyzwania;
- pewności siebie;
- zaangażowania;
- kontroli.

Jest wiele modeli opisujących odporność oraz hardość psychiczną, wszystkie podkreślają, że osoba „odporna” jest przekonana o istnieniu sensu w życiu, o tym, że życiem można kierować i mieć nad nim pewną kontrolę oraz ma zdolność dostrajania się do innych ludzi. Nieumiejętność znoszenia nieprzyjemnych, niewygodnych emocji i desperacka potrzeba uciekania przed odczuwaniem własnych emocji, zwykle wynika ze strachu przed własnymi emocjami (fobia emocji). Niektóre osoby boją się wszystkich swoich emocji, inne mają jedną emocję, która wydaje im się szczególnie groźna. Jak wygląda to u ciebie? Która emocja sprawia ci problemy? Żeby lepiej zrozumieć swoją emocjonalność, warto zastanowić się, jak rodzą się w nas emocje czy uczucia. I już na wstępie warto zaznaczyć, że tylko ty jesteś odpowiedzialny za ich powstawanie! Już Epiktet, rzymski filozof, zauważył, że „*fakty nie powodują naszego zdenerwowania, a raczej nasza opinia o tych faktach*”. Fakty same w sobie nas nie denerwują. To my sami się denerwujemy poprzez przekonania o tych faktach.

Lęk i unikanie stresu wzmacnia stres

Sytuacyjne unikanie: unikamy stresujących sytuacji, miejsc, osób, aktywności. Przykłady: unikasz członka zespołu, który wzbudza złość, unikasz tematu, który wzbudza frustrację, unikasz wspomnień, bo czujesz smutek, unikasz załatwiania spraw z powodu lęku. Można również unikać poprzez używki, alkohol, narkotyki. Również przez nadmierne spanie, jedzenie, nadmierne zakupy, nadmierny seks, granie w gry komputerowe, czy oglądanie telewizji. Samouszkodzenia są również metodą radzenia sobie ze stresem, napięciem, silnymi emocjami. Wszystkie z wymienionych metod działają tylko krótkoterminowo, w dłuższym terminie powodują wiele nowych problemów i znacznie zwiększają stres.

Akceptacja

Akceptacja nie oznacza poddania się, nie oznacza lubienia, oznacza zaprzestanie walki z doświadczeniem. Oznacza powiedzenie sobie: ok, mam te emocje, nie będę z nimi walczyć, po prostu pozwolę im być, poznam je, obejrzę je, zobaczę, jakie one są. Będę z nimi żyć.

Jest to kluczowe, ponieważ zmienia relację z emocjami i zmienia emocje. Nie da się tego opowiedzieć, trzeba tego doświadczyć. Można stosować techniki wizualizacji i wyobrazić sobie emocje:

Jako wielką falę na oceanie, która cię unosi (walka z falą prowadzi jedynie do wyczerpania).

Jako chmurę na niebie, która przepływa, lub rozplywa się na wietrze.

Jako pędzący pociąg, którego nie da się zatrzymać, można tylko obserwować.

Jako kamień, który wrzucasz do jeziora.

Jeżeli:

- nieustannie się zamartwiasz, nie możesz przestać myśleć o pracy, terminach;
- chwilami odczuwasz tak duży niepokój, że wydaje ci się, że zwariujesz;
- masz problemy z oddychaniem, serce bije ci jak zwarenowane;
- unikasz pewnych ludzi, miejsc, sytuacji, bo boisz się konfrontacji lub wydaje ci się, że nie podołasz trudnym sytuacjom;
- masz poczucie winy lub wstydu, nieustannie się martwisz o rezultat, osiągnięcia, nie możesz sprostać swojemu perfekcjonizmowi;
- czujesz znudzenie lub/i niechęć wobec codziennych obowiązków;
- ciągle denerwujesz się na siebie i innych;
- masz poczucie, że nie kontrolujesz swojego życia, że jesteś niczym automat;
- nie możesz się skoncentrować, czujesz się skonfundowany, czujesz, że utknąłeś;
- to może warto poćwiczyć uważność, przytomność, bycie w chwili obecnej z pełną uwagą i bez osądzania, czy ta chwila jest dobra, czy zła. Objęcie pełnią świadomości tu i teraz, zauważenie przelotnej myśli, nazwanie pojawiającej się w nas emocji, oglądanie codzienności ciągle świeżym umysłem, zachwyt nad chwilą, dostrzeżenie kropel deszczu na szybie i kształtu chmur na niebie. Proste? Bardzo! Tyle, że niełatwe. Przerwij na chwilę czytanie. Zamknij oczy. Zwróć uwagę na swój oddech. Jaki jest teraz - długi czy krótki? Jak się czujesz, obserwując siebie? Dzięki twojej uwadze ta chwila przestała być zwykłą chwilą, podobną milionowi zagubionych w pędzie chwil. Różnica polega na tym, że ten moment przeżywasz świadomie. Warto przeżywać więcej takich świadomych chwil w ciągu dnia.

Dla ułatwienia warto stosować kilka podstawowych zasad uważności:

1. **Oddychaj świadomie.** Oddech to pomost, który łączy cię z chwilą obecną. Najlepszy sposób na zakotwiczenie się w pełni świadomości. Za każdym razem, gdy odczuwasz rozproszenie, po prostu skieruj uwagę na oddech. Zauważ wdech, zauważ wydech. Wystarczy dziesięć takich świadomych oddechów, by wrócić do tu i teraz.

2. **Skup uwagę na jednej rzeczy.** Jeśli wybierasz pomarańczę, to miej pełną świadomość tego, że wybierasz pomarańczę i skup na tym swoją całą uwagę.
3. **Wyłącz autopilota.** Zrób coś inaczej niż zwykle. Przygotuj sobie wystawne śniadanie w środku tygodnia, pójdz do pracy inną drogą, na lunch wyjdź z biura do knajpki z egzotycznym jedzeniem, popatrz na bliską osobę, jakby to było wasze pierwsze spotkanie. Takie zmiany w codziennej rutynie nadadzą chwilom rangę przeżyć i sprawiają, że zerwiesz z rutyną i odzyskasz chwilę obecna.
4. **Zauważaj myśli i emocje.** Zaczynaj orientować się, co dzieje się w twoim umyśle. Zadawaj sobie co jakiś czas pytania: Jaka jest dla mnie ta chwila? Co teraz czuję? O czym teraz myślę? Takie pytania są jak znak STOP. Uczą samoświadomości i uważności. Każdorazowe uświadomienie sobie myśli i emocji to krok do pełni szczerzej relacji z samym sobą.
5. **Po prostu bądź.** Przystaw się z trybu działania w tryb bycia. Nie próbuj niczego osiągnąć, nigdzie dojść, niczego wykonać. To, co ma być zrobione, spontanicznie zrodzi się z twojej uważności. Cele zaczną realizować się same, gdy zaczniesz działać z poziomem głębokiego kontaktu z samym sobą i zauważysz,

że w gruncie rzeczy nie ma niczego do osiągnięcia, gdyż najważniejsze - twoja obecność w chwili obecnej - zostało osiągnięte.

Praktykując uważność, możesz nauczyć się:

- konstruktywnego radzenia sobie z problemami,
- procesu aktywnego skupiania uwagi,
- aktywnego doświadczania rzeczywistości,
- doświadczania poczucia własnej skuteczności,
- aktywnej postawy,
- umiejętności świadomego relaksowania się i obniżania objawów psychosomatycznych spowodowanych stresem,
- wzmacniania siły koncentracji.

Liczne badania naukowe potwierdzają dobroczynne skutki praktykowania uważności: redukcję stresu, niepokoju, zmęczenia, bezsenności oraz symptomów wielu chorób, odzyskanie równowagi wewnętrznej, rozwój samoświadomości i empatii oraz umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, emocjami i myślami. Zapraszam na szkolenia z uważności!

Prof. Alicja GAŁĄZKA
psychoterapeuta, międzynarodowy trener i coach

(przedruk z „Pro Medico” nr 2/18)

SERCE Z ATOMOWYM NAPĘDEM

„12 lipca br. o godz. 10 w Klinice Kardiologii Akademii Medycznej w Krakowie dokonano pionierskiej w naszym mieście operacji. Zespół kierowany przez prof. dr. n. med. Władysława Króla [...] odłączył 17-letniemu pacjentowi Jurkowi T. bateryjne urządzenie, pobudzające akcję serca i w jego miejsce podłączył zminiaturyzowaną baterię atomową...” – pisano w wydaniu z 13 lipca 1974 r. w „Gazecie Krakowskiej” o zabiegu wszczepienia kardiostymulatora serca, nazywając operację wielkim sukcesem nauki i techniki. Dlaczego, skoro w tejże klinice, począwszy od 1966 r., wykonano ich już trzysta?

Odpowiedź pojawia się w dalszej części artykułu, gdzie podano, że jest to drugi przypadek zastosowania w Polsce atomowego, a zatem wyjątkowego rozrusznika mięśnia sercowego. Pierwszy otrzymała nieco wcześniej czternaścieletnia dziewczynka, a zabieg przeprowadzono w IV Klinice Chorób Wewnętrznych AM w Warszawie. Jednak warszawska operacja różniła się od krakowskiej, gdyż ta – jak donosiła prasa – przeprowadzona była w znieczuleniu ogólnym, bez narkozy. Urządzenie wszczepiono podskórnie, bez otwierania klatki piersiowej pacjenta i przez cały czas kontakt z nim był nieprzerwany.

A wszystko zaczęło się w 1958 r., gdy szwedzki kardiolog – Ake Senning, jako pierwszy na świecie, wszczepił wewnętrzny rozrusznik serca pacjentowi Arne Larssonowi. Przeżył on w sumie osiemdziesiąt sześć lat i zmarł

w 2001 r. Przez ten czas wszczepiono mu aż dwadzieścia cztery stymulatory kolejnych generacji.

W Polsce historia wszczepiania rozruszników serca zaczęła się pięć lat później. Pierwszy zabieg został wykonany w 1963 r. w Klinice Chirurgicznej gdańskiej AM, przez zespół prof. Zdzisława Kieturakisa. Po Gdańsku była Warszawa. Operację przeprowadzono pod koniec 1965 r. w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, gdzie mieściła się Klinika Chorób Wewnętrznych, kierowana przez prof. Zdzisława Askanasa. Także Łódź może pochwalić się jedną z palm pierwszeństwa na drodze rozwoju kardiostymulacji. W 1967 r. prof. Jan Moll z Kliniki Kardiologii łódzkiej AM dokonał wszczepienia pierwszego stymulatora serca z elektrodami nasierdziejowymi, zamiast dosercowych.

Tak jak zmieniały się techniki operacji wszczepiania kardiostymulatorów, tak też udoskonalono same rozruszniki. Jednym z głównych celów było zmniejszenie ich wymiarów i ciężaru oraz wydłużenie czasu pracy. Pierwsze stymulatory miały zasilanie rtęciowe. Początkowo wykonywano je z elementów metalowych, potem z tytanu zatopionego w żywicy. Były one dość ciężkie, ważyły nawet 140 gramów i miały około 2,5 cm grubości, stwarzając choremu duży dyskomfort. Ponadto działały za ledwie dwa lata i były awaryjne, co wymuszało wykonywanie kolejnych operacji.

Dopiero w drugiej połowie lat siedemdziesiątych zaczęto na świecie stosować rozruszniki nowej generacji – po raz pierwszy we Włoszech, potem w Stanach Zjednoczonych. Baterie rtęciowe zastąpiono litowymi, co wydłużyło ich żywotność do siedmiu–dziesięciu lat. Były też lżejsze, ważyły jedynie 50–70 gramów, i bardziej niezawodne.

Przełomem miały być rozruszniki atomowe, napędzane plutonem, które teoretycznie mogły pracować nawet przez trzydzieści lat, jednak zaopatrzone były w mniej trwałe elektrody, co skracało ich żywotność o połowę. Niestety, miały także inne wady. Były drogie – kosztowały około siedmiu tysięcy dolarów oraz duże i skomplikowane, a co gorsza, wytwarzały wysoką temperaturę wewnętrzną, dochodzącą nawet do trzystu stopni Celsjusza.

A jednak krakowski zabieg z 1974 r., który był bardzo medialny, albowiem przy operacji pozwolono asystować dziennikarzom, ukazano jako wielki sukces polskiej medycyny. Wspomniana „Gazeta Krakowska” wręcz entuzjastycznie pisała, że zespolenie najnowocześniejszej techniki atomowej i elektrycznej z wiedzą lekarską,

przywraca zdolność do życia i pracy setkom chorych, do niedawna skazanych na śmierć. Rzeczywiście – skazanych, gdyż ówczesne wskazania do zbiegu wszczepienia rozrusznika dotyczyło tylko sytuacji, w których pacjent bez niego nie mógł przeżyć. Co więcej, w Polsce – jak to wówczas w Polsce – gospodarka niedoboru odbijała się także na medycynie. O każdy rozrusznik trzeba się było mocno wystarać, a nawet bić.

Mimo medialności krakowskiego zabiegu, w Polsce ostatecznie wszczepiono jedynie cztery stymulatory atomowe. Pacjent, mający taki rozrusznik, był bowiem w zasadzie uziemiony. Musiał nosić na ręce łańcuszek z tabliczką, na której widniał znak ostrzegający o niebezpieczeństwie radioaktywnym oraz numer telefonu alarmowego, i nigdzie nie mógł się dalej ruszyć bez kontroli. Jak głosi plotka, to miało być głównym powodem, że takiego atomowego napędu serca nie chciał dać sobie wszczepić Józef Cyrankiewicz. Co chyba nikogo nie dziwi...

Bogumiła KEMPIŃSKA-MIROŚLAWSKA

(przedruk z „Panaceum” nr 5/18)

WSZYSTKIE SKOPIE ŚWIATA CZYLI HISTORIA ZAGŁĄDANIA DO CIAŁA CZŁOWIEKA

Jako że wszystko zaczyna się od Hipokratesa, nie może i tu być inaczej. Otóż w swych dziełach Mistrz z Kos sugerował, że należy wiele spraw powierzyć naturze, gdyż organizm posiada zdolność do samoleczenia. Zatem uraz operacyjny, jeśli już konieczny, winien być jak najmniej. W jakimś sensie łączy się to z podstawową zasadą hipokratejską: *Primum non nocere*. Endoskopia i powstała z niej chirurgia małoinwazyjna spełnia owo założenie.

Paradoksalnie największy rozwój medycyny i chirurgii związany był z wykonywaniem wielkich zabiegów operacyjnych. Stało się to możliwe dzięki wprowadzeniu znieczulenia ogólnego, a także zasad aseptyki i antyseptyki w drugiej połowie XIX w. Owe rozległe operacje wymagały dużych cięć, stąd ukute w owym czasie powiedzenie: duży chirurg – duże cięcie.

Powrót do idei Hipokratesa trwał długo. Jednak pierwsze wzmianki na temat endoskopii pojawiają się już w tzw. Papirusie Edwina Smitha, datowanym na 1700–1600 r. p.n.e. Owo dzieło było prawdopodobnie podręcznikiem medycyny wojskowej. Wspomniane są tam proste narzędzia endoskopowe, lecz ciekawszy jest fakt, że autorzy odwołują się do jeszcze starszego dokumentu, z roku 2640 p.n.e., gdzie opisano również narzędzia endoskopowe. Papirus Smitha jest znany z tego, że po raz pierwszy podzielono tam choroby na uleczalne, uleczalne z trudnością oraz nieuleczalne (nieoperacyjne).

Sam Hipokrates stosował i doceniał *speculum* w leczeniu chorób proktologicznych. W piątym tomie swego

dzieła „Sztuka medycyny” (400 r. p.n.e.), zatytułowanym „O hemoroidach”, daje wykład zastosowania wziernika. Istnieją dowody archeologiczne na szerokie stosowanie owych narzędzi w granicach Cesarstwa Rzymskiego i innych państw starożytnych w pierwszych wiekach naszej ery. Najsłynniejsze znaleziska pochodzą z Pompei. Problemem było światło. Nie istniało na tyle silne jego sztuczne źródło, aby można było używać endoskopów po zmierzchu. Również zasięg owych instrumentów ograniczał się do naturalnych otworów ciała i nie stosowano żadnych elementów optycznych. W dziełach starożytnych filozofów żyjących w I wieku naszej ery – Seneki i Pliniusza Starszego pojawiły się wzmianki o powiększających czy podpalających kawałkach szkła. Były to prawdopodobnie przypadkowo wyszlifowane kawałki przeźroczystych minerałów lub szkła.

Pierwsze intencjonalnie wykonane soczewki pojawiły się około roku 1000 i zwane były szkłem czytającym. W XIII w. Salvino D’Armato skonstruował pierwsze okulary z zamysłem używania do czytania. W następnych stuleciach ludzkość nauczyła się szlifowania soczewek wedle potrzeb, co umożliwiło konstruowanie, początkowo prostych, zaś z upływem czasu bardziej złożonych, urządzeń optycznych. Prowadzono też badania i rozważania nad samym procesem widzenia. Wielkie zasługi ma tu uczony polskiego pochodzenia (jak sam pisał o sobie – syn Turyngów i Polaków) – Witelon. Działal on na przełomie XIII i XIV w. na Dolnym Śląsku. Jego główne

dzieło „*Witelona Matematyka Wielce Uczzonego o Optyce, to jest o naturze, przyczynie i padaniu promieni wzroku, światła, barw oraz kształtów, którą powszechnie nazywają Perspektywą, ksiąg dziesięcioro*” miało wielki wpływ na optykę przez następnych kilka wieków. W swym geniuszu doszedł do przekonania, że oko jest tylko odbiorcą światła i kształtów, zaś dopiero umysł dokonuje analizy widzianych zjawisk, uwzględniając również uprzednie doświadczenia.

W roku 1590 Hans i Zachariasz Jensenowie konstruują urządzenie, dzięki któremu można oglądać w znacznym powiększeniu małe obiekty. Powstaje pierwszy mikroskop. Około 1600 r. podobny aparat przedstawia Antoni van Leeuwenhoek. Była to genialnie oszlifowana soczewka umieszczona na płytce metalowej z odpowiednimi trzymaczami dla oglądanego obiektu. Kilka lat później, również w Niderlandach (w dokumentach ponownie przewija się nazwisko Z. Jensena) powstał pierwszy teleskop, a więc urządzenie działające niejako odwrotnie do mikroskopu. Ulepszone przez Galileusza rozpoczęło swoją służbę na wielu polach, w tym bitewnych. Wielokrotnie poprawiany przez takich geniuszy jak Kepler czy Newton, teleskop przyczynił się do rewolucji w astronomii, która trwa do dziś.

Mimo tak znacznego postępu, nadal nie można było zagłębiać głębiej w ciało człowieka. Brakowało światła. I znów musimy powrócić do Egiptu, tym razem do Papyrusu Ebersa, z 1550 r. p.n.e., bodaj najbardziej znanego tego typu dokumentu o charakterze medycznym. Opisano tam użycie lustra i światła słonecznego w celu oglądania wnętrza jamy nosowej. W dalszym etapie rozwijano w basenie Morza Śródziemnego ową technikę, często wzmacniając światło słońca świecami i lampkami oliwnymi. Abulkasim, lekarz arabski z X w. n.e., jako pierwszy opisał oglądaną w takim świetle szyjkę macicy. Światło świecy pojawiało się w medycynie średniowiecznej (Arnold de Villanova), lecz nie miało to większego znaczenia aż do drugiej połowy XVI w., kiedy to Gerolamo Cardano skonstruował specjalną lampę do użytku medycznego. W 1585 r. Giulio Cesare Arranzi użył pojemnika z wodą, aby skupić promienie świetlne emitowane przez świecę w celu oglądania jamy nosowej. W XVII w. do medycyny wprowadzono lustro wklęsłe, skupiające światło, co przetrwało (laryngologia) do końca XX w. Nadal jednak nie odnotowano większego postępu w urządzeniach endoskopowych.

W pierwszych latach XIX w. niemiecki lekarz włoskiego pochodzenia – Filip Bozzini skonstruował urządzenie o nazwie Lichtleiter, złożone z systemu luster i soczewek oraz świecy jako źródła światła, umożliwiające oświetlenie badanego obiektu oraz zobaczenie go. Był to więc pierwszy prymitywny endoskop z wbudowanym źródłem światła. W ciągu następnych kilkunastu lat ulepszano owo urządzenie, zmieniając układ soczewek i stosując pryzmaty, jednak nadal nie osiągnięto więk-

szych sukcesów. Jakkolwiek zasługi Bozziniego są wielkie, za ojca endoskopii uważa się francuskiego urologa Antoniego Desormeaux. Nawiasem mówiąc, to on po raz pierwszy użył tego określenia. Zmodyfikował optykę Lichtleiera, a przede wszystkim zastosował silne jak na owe czasy źródło światła – lampę zasilaną mieszaniną alkoholu oraz terpentyny. Dzięki temu mógł skupić światło na badanym obiekcie. W ten sposób diagnozował i leczył kamienie w pęcherzu moczowym.

Od tamtego czasu rozwijano różne koncepcje – zarówno dotyczące optyki, jak i oświetlenia. Niemiecki dentysta Julius Bruck w roku 1866 stworzył pierwszą żarówkę z galwanizowanego drutu zamkniętego w szklanej tubie. W urządzeniu tym, zwanym galwanoskopem, zastosowano też system chłodzenia. Po raz pierwszy światło „weszło” do jamy ciała wraz z endoskopem. Używano drutu platynowego (miedzy innymi Mikulicz). Wkrótce pojawiły się żarówki Edisona, które na dobre weszły do endoskopii w latach 80. XIX w. Niestety powodowały one wiele powikłań, głównie poparzeń. W tym okresie Wilhelm Konrad Roentgen odkrył promienie X, nazwane później jego imieniem. Szybko okazało się, że technika ta znajduje zastosowanie w badaniu nie tylko układu kostnego, ale też, po podaniu odpowiednich kontrastów, układu pokarmowego i naczyniowego.

Endoskopia, choć powoli się rozwijała, była bardziej eksperymentem klinicznym niż rutynowym badaniem. Jedną z pierwszych gastrokopii w roku 1868 wykonał Adolf Kussmaul. Pacjentem był zawodowy połykacz noży pracujący w cyrku. W 1881 r. Jan Mikulicz-Radecki oglądał za pomocą sztywnego gastroskopu wnętrze żołądka z zaawansowanym rakiem. W swoim geniuszu stwierdził, że liczy na to, iż rozwój endoskopii pozwoli na obserwację tej choroby w niższych stadiach zaawansowania. Jego proroctwo spełniło się w latach 60. XX w. w Japonii, kiedy zdefiniowano pojęcie raka wczesnego. W 1932 r. Schindler skonstruował gastroskop z ruchomą końcówką. Rozwój techniki, a zwłaszcza miniaturyzacja, pozwolił na konstrukcję coraz to nowych urządzeń. W latach 50. XX w. Palmer i Hopkins opracowali technikę światłowodów, którą zastosowano w endoskopach, początkowo sztywnych, zaś następnie giętkich. W 1958 r. pochodzący z RPA amerykański gastroenterolog Basil Hirsowitz przedstawił nowy typ gastroskopu – całkowicie giętki. Od tej pory całe badanie odbywało się pod kontrolą wzroku. W tym samym czasie dokonano następnej rewolucji, czyli wprowadzenia zimnego źródła światła. Usunięto żarówkę z endoskopu, a światło do obiektu badanego także docierało poprzez światłowody. Rozpoczęła się era nowoczesnej endoskopii, dzięki której rozwinięto takie techniki jak ECPW, polipektomie, mukozektomie, poszerzanie balonem czy protezowanie.

Było jednak jedno, „ale”. Endoskopista w czasie badania był sam. Tylko on widział, co się dzieje. I tu zaczy-

na się historia z gatunku opowieści o Jamesie Bondzie. W 1957 r. ZSRR wystrzelił pierwszego sztucznego satelitę. Niebawem przestrzeń wokół naszej planety zaroila się od sputników wszelkiego rodzaju, z których większość miała charakter szpiegowski. Po zestrzeleniu Powersa i jego samolotu U2 okazało się, że zdjęcia trzeba robić z kosmosu. Był jednak mały problem: jak przekazać je na ziemię? Amerykanie mieli satelitę z genialną jak na owe czasy optyką i pewnego razu samolot nie zdołał odebrać lecącej z góry przesyłki. Dziesiątki kilometrów taśmy uległo zniszczeniu, choć podjęto akcję podobną do odkrycia Titanica. Rosjanie próbowali wywoływać zdjęcia w automatycznych laboratoriach w kosmosie i przekazywać obraz drogą radiową. Jednak jakość analogowego przekazu była kiepska. Podjęto intensywne prace nad zdalnym przekazywaniem obrazu wysokiej rozdzielczości. Ich efektem stała się matryca CCD, którą każdy ma teraz w komórce. Obraz można było przekazywać cyfrowo. Początkowo utajniony projekt przeniknął do „cywi-

la” i znalazł zastosowanie w astronomii, fotografii i wielu innych dziedzinach, w tym medycynie. Dziś większość sprzętu „skopowego” oparta jest na tej technice. Współczesne endoskopy nie mają już więc okularu, a chip i kamerę cyfrową, dzięki którym transmitowany obraz widoczny jest na olbrzymich monitorach. Podobnie jak przy operacjach laparoskopowych – ogląda to samo cały zespół. Dzięki temu zgranie zespołów w zabiegach endolaparoskopowych staje się podstawą współczesnej małoinwazyjnej chirurgii. Nie wiadomo jednak, czy technika i medycyna powiedziały w tej kwestii ostateczne słowo. Osobiście wydaje mi się, że nie.

Wojciech SZCZĘŚNY

Przy pisaniu powyższej pracy korzystałem z:

1. Wikipedia (wersja polska i angielska)
2. Sarah Ellison. *The Historical Evolution of Endoscopy*. Wydawnictwo: Lee Honors College, Western Michigan University, Kalamazoo, MI, USA

(przedruk z „Primum” nr 4/18)

PROF. DR MED. FRANCISZEK RASZEJA

Bohaterski lekarz w Getcie Warszawskim

Franciszek RASZEJA urodził się 2 kwietnia 1896 r. w Chełmnie na Pomorzu. W 1914 r., po ukończeniu miejscowego gimnazjum, uzyskał świadectwo dojrzałości. Podczas I wojny światowej służył w armii niemieckiej. Po zakończeniu działań wojennych powrócił do kraju. Po rocznych studiach przyrodniczo-filozoficznych w Berlinie studiował na wydziałach lekarskich w Münster, Krakowie i Poznaniu. W 1923 r. w Poznaniu uzyskał dyplom doktora wszech nauk lekarskich. Został asystentem w Klinice Ortopedycznej Uniwersytetu Poznańskiego, kierowanej przez prof. dr med. Ireneusza Wierzejewskiego, pierwszej placówce o tej specjalności w kraju. W krótkim czasie dał się poznać jako znawca fizjologii i patologii stawów. Był jednym z założycieli Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego (10 listopada 1928 r.) oraz współorganizatorem (z prof. dr med. Ireneuszem Wierzejewskim) I Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego, który obradował 17 listopada 1928 r. w Poznaniu.

Po przedwczesnej śmierci prof. Wierzejewskiego (1887–1930) Rada Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego podjęła uchwałę o zlikwidowaniu Kliniki Ortopedycznej. W 1931 r. dr Franciszek Raszeja przeniósł swą działalność leczniczą, naukową i dydaktyczną do Szpitala Ortopedycznego w Swarzędzu pod Poznaniem oraz do Polikliniki Ortopedycznej w Poznaniu. Klinika Ortopedyczna została reaktywowana w 1935 r., jej kierownikiem został docent Raszeja, mianowany profesorem nadzwyczajnym. Klinika miała początkowo 60, a następnie 100 łóżek, była wyposażona w sprzęt zabiegowy wysokiej klasy, zatrudniano w niej odpowiednio przygotowany personel lekarski i pielęgniarski. Przy klinice otwarto

poradnię ortopedyczną i przeciwreumatyczną. Dorobek naukowy prof. Raszei stawiał go wśród czołowych ortopedów kraju. Potwierdzała tę opinię liczba opublikowanych prac naukowych i prestiż w środowisku ortopedów. Wśród około 60 prac naukowych, opublikowanych w czasopismach polskich, niemieckich i francuskich, na uwagę zasługują tytuły: *„Polska bibliografia ortopedyczna 1930–1935”* i *„Schorzenia stawu biodrowego, ich rozpoznawanie i leczenie z uwzględnieniem leczenia zdrojowiskowego i mechanomedycznego”* (1939).

W 1939 r., w pierwszym okresie wojny, prof. Franciszka Raszeję powołano do wojska. Objął kierownictwo Wojennego Szpitala Armii „Poznań” i w jego składzie kadrowym został ewakuowany do Łucka na Wołyniu. Po zakończeniu walk i przedostaniu się do Warszawy rozpoczął pracę na stanowisku ordynatora Oddziału Chirurgicznego z Pododdziałem Ortopedycznym Szpitala PCK. Prowadził także zajęcia dydaktyczne i ćwiczenia ze studentami Tajnego Uniwersytetu Ziemi Zachodnich. Od 1941 r. kierował również Poradnią Gruźlicy Kostno-Stawowej oraz tajną stacją krwiodawstwa dla Żydów izolowanych w getcie, której kierownikiem naukowym, według niektórych źródeł, był prof. Ludwik Hirszfild, powołany przez Judenrat na przewodniczącego Rady Zdrowia.

Prof. Franciszek Raszeja przekraczał granice getta, aby udzielać konsultacji i wykonywać zabiegi operacyjne, na podstawie przepustki wystawionej przez warszawski Zarząd Zdrowia. Często wykorzystywał te uprawnienia do przekazywania poufnych dokumentów i informacji, a także ułatwiania ucieczek poza granice getta.

Kontakty prof. Raszei z rodziną Hanny i Ludwika Hirszfeldów stały się częstsze w okresie narastającej w getcie epidemii duru plamistego oraz duru brzuszno-ego i prowadzonych szczepień ochronnych. W 1941 r. uzyskał upoważnienie Tajnego Komitetu Porozumiewawczego Lekarzy Demokratów i Socjalistów do utrzymywania kontaktu z władzami i organizacjami żydowskimi w getcie.

Śmierć prof. Franciszka Raszei okryła żałobą całe żydowskie środowisko lekarskie. Wydarzenie to odnotował w „*Historii jednego życia*” prof. Ludwik Hirszfeld: „*Od 20 lipca 1942 r. morderstwa zaczęły się mnożyć, 21 lipca dokonano ich na przykład przy ul. Chłodnej 26. Według ich mieszkańców powietrze pachniało rzeźnią. Klatka schodowa była zalana krwią ludzką. Wówczas zginął świętej pamięci profesor Raszeja. Był wezwany do chorego, posiadał legalną przepustkę. Obecni byli jego były asystent doktor Kazimierz Polak, pielęgniarka i krewni. Do mieszkania wdarli się esesmani i zamordowali wszystkich*”.

Ofiarna służba wybitnego lekarza i naukowca była przykładem, który budził podziw i szacunek połączonych wspólnym losem mieszkańców Warszawy po obydwu stronach wytyczonej granicy śmierci. Bohaterski lekarz został zastrzelony przez funkcjonariuszy gestapo wraz z chorym, któremu udzielał pomocy, lekarzem

i pielęgniarką, którzy mu towarzyszyli, oraz członkami rodziny chorego Abe Gutnajera. Śmierć ta godna jest trwałej pamięci.

Zasługi prof. Franciszka Raszei, wybitnego lekarza i naukowca oraz społecznika i prawego człowieka, zostały docenione. W 1936 r. odznaczono go Złotym Krzyżem Zasługi, a w 1957 - pośmiertnie - Krzyżem Komandorskim z Gwiazdą Orderu Odrodzenia Polski. Jego imię nosi Szpital Miejski w Poznaniu i Szpital Powiatowy w Prudniku oraz jedna z ulic Warszawy. W 2000 r. prof. Franciszek Raszeja wyróżniony został również przez społeczność Izraela tytułem „*Sprawiedliwego Wśród Narodów Świata*”.

Gerwazy ŚWIDERSKI, Stefan MAŁCEWICZ

PIŚMIENNICTWO:

- [1] Gliński J.B., Raszeja Franciszek (1896–1942). *Słownik biograficzny lekarzy i farmaceutów ofiar drugiej wojny światowej*, t.I, Wydawnictwo Medyczne. Urban & Partner, Wrocław 1997, s. 346–348.
- [2] Hirszfeld L, *Historia jednego życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2011, s. 410.
- [3] Markowski J., *Album Chirurgów Polskich* w: Franciszek Raszeja (1896–1942) pod red. Witolda Rudowskiego i Andrzeja Środki, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław - Warszawa - Kraków 1990, s. 240–241.

(przedruk z „Medium” nr 8-9/2015)

MEDYCYNA PO DYPLOMIE

MODA NA WITAMINĘ C (KWAS L-ASKORBINOWY) – NIEWINNA, A MOŻE JEDNAK GROŹNA?

Od wielu już lat, ze zmienną amplitudą, rozszerza się swoista obsesja na zapobiegawcze stosowanie dużych dawek witaminy C. Mnożą się gabinety, w których podaje się tzw. kroplówki witaminowe, i jak zapewniają informacje dostępne w internecie wszystko odbywa się pod kontrolą lekarza. Niestety, rzeczywistość jest zupełnie inna i w praktyce klinicznej spotykamy się z coraz większą liczbą pacjentów, u których dochodzi do powikłań. Najczęściej za powikłania te odpowiedzialne jest łączne stosowanie witaminy C z innymi lekami. Pacjent przed podaniem kroplówki witaminowej podobno obowiązkowo odbywa wywiad z lekarzem, ale jak wynika z analizy przypadków, niestety, podczas takiego badania bardzo rzadko są zgłębiane możliwe interakcje witaminy C z innymi stosowanymi przez pacjenta lekami.

Interakcje

Witamina C wchodzi w niekorzystne interakcje z ponad 130 lekami. Należy całkowicie odradzać jej

stosowanie podczas chemioterapii nowotworów, ponieważ może zmniejszać wtedy, szczególnie podawana w wysokich dawkach, skuteczność niektórych cytostatyków. Witamina C nasila nefrotoksyczność pochodnych platyny.

Witamina C skraca czas działania morfiny i oksydonu. Leki te w postaci o natychmiastowym działaniu (formy doustne i pozajelitowe) zamiast działać około 4 godzin wykazują działanie tylko około 30 minut.

Nie ma jakichkolwiek danych potwierdzających skuteczność witaminy C w chorobie przeziębieniowej czy infekcjach dróg oddechowych. Stąd też tej metody postępowania nie należy rekomendować. Co więcej, witamina C może przyspieszać wydalanie nerkowe antybiotyków. W przypadku stosowania w infekcjach dróg moczowych ciprofloksacyny przeciwskazane jest zakwaszanie moczu, a to występuje w trakcie stosowania witaminy C. Zakwaszenie moczu powoduje, że ciprofloksacyna zmniejsza lub traci swoje działanie przeciwbakteryjne.

Dawkowanie

Zapotrzebowanie na witaminę C jest zróżnicowane. I tak, mężczyźni wymagają dobowej podaży witaminy C na poziomie 90 mg, kobiety 75 mg, w ciąży dobowe zapotrzebowanie wynosi 85 mg, natomiast w okresie laktacji wzrasta do 120 mg. Wskazuje się, że osoby palące tytoń wymagają dodatkowo na dobę 35 mg witaminy C. Nie jest do końca jasne, na jakiej podstawie rekomenduje się stosowanie bardzo wysokich dawek witaminy C. Prawdopodobnie wynika to głównie z przekonania o antyutleniaczych i przeciwutleniających właściwościach witaminy C. Wiedza ta dotyczy jednak w większości działania tylko w warunkach *in vitro*. Nie ma pewnych dowodów naukowych, że witamina C w ustroju człowieka (*in vivo*) jest równie skuteczna, jak to opisano *in vitro*. Z drugiej strony, nadmierna podaż witaminy C powoduje zwiększenie wydalania szczawianów i sprzyja powstawaniu kamieni nerkowych. Duże dawki mogą także powodować biegunkę. Za bezpieczne uznano dawki dobowe nieprzekraczające 1000 mg, przy czym najmniejsza dawka, przy której obserwowano działania niepożądane, wynosi około 2500 mg na dobę.

Dlaczego forma L- ?

Zadziwiające jest, że pacjenci, niejednokrotnie za namową admiratorów witaminy C, poszukują w aptekach preparatów, jak mówią, „lewoskrętnych”, uznając je z jakiegoś powodu za „lepsze” od innych postaci. Tymczasem witamina C, czyli kwas L-askorbinowy, jest prawoskrętna. Przekonanie, że jest odwrotnie, wynika ze swego rodzaju nieporozumienia, którego powodem jest to, że litera „L” w nazwie kwasu L-askorbinowego jest błędnie utożsamiana z optyczną lewoskrętnością. W rzeczywistości litera „L” i pojęcie optycznej „lewoskrętności” oznaczają zupełnie coś innego. Na cząsteczkę kwasu askorbinowego składa się sześć atomów węgla, osiem atomów wodoru i sześć atomów tlenu. Gdy zwizualizujemy tę trójwymiarową cząsteczkę na płaszczyźnie (tzw. projekcja Fishera), wtedy grupa atomów złożona z wodoru i tlenu może znaleźć się

po prawej albo lewej stronie tej wizualizacji (czyli w konfiguracji D lub L). W kwasie L-askorbinowym ta przytoczona grupa atomów znajduje się po lewej stronie, stąd literka „L” w nazwie, mylnie utożsamiana z lewoskrętnością. Za witaminę C uznawana jest jedynie konfiguracja L- kwasu askorbinowego, czyli kwas L-askorbinowy. Każda inna forma kwasu askorbinowego nie jest witaminą C, lecz inną substancją i nie może być nazywana ani dystrybuowana jako witamina C. Wszystkie witaminy C dostępne na rynku, bez względu na to, co piszą o niej producenci, to kwas L-askorbinowy.

Sztuczna czy naturalna?

Wśród pacjentów funkcjonuje wiele mitów dotyczących witaminy C naturalnej i sztucznej (syntetycznej). Powszechnie uważa się, że najbardziej wartościowa jest naturalna witamina C, np. występująca w owocach i warzywach, a ta sztuczna (syntetyczna), wyprodukowana w laboratorium, jest mniej wartościowa. Syntetyczna nie oznacza jednak „niewystępująca w przyrodzie”, lecz „będąca efektem syntezy chemicznej”. Z chemicznego punktu widzenia witamina C, która znajduje się w owocach czy warzywach, również jest syntetyczna, ponieważ powstała na drodze reakcji biochemicznej chemicznej. W związku z tym niezależnie od tego, skąd pochodzi witamina C, ma ona identyczną budowę oraz właściwości biologiczne i farmakologiczne. Warto jednak zaznaczyć, że witamina C pochodząca z diety jest lepiej przyswajana w porównaniu z przyjmowaniem witaminy C z suplementów. Do tego naturalnie występująca witamina C dłużej utrzymuje się w ustroju, za co są odpowiedzialne współwystępujące bioflawonoidy, swoiście chroniące witaminę C.

*Dr Jarosław WOROŃ, prof. dr hab. Ryszard KORBUT
Katedra Farmakologii Wydziału Lekarskiego CM UJ Kraków,
Zakład Farmakologii Klinicznej
Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania i Badania
Niepożądanych Działań Leków*

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” wyd. lekarskie nr 2/18)

DYM I MGŁA CZYLI SMOG A ZDROWIE CZŁOWIEKA

(ang. smoke (dym) + ang. fog (mgła) = smog)

Spowija miasta duże i te mniejsze, powoduje negatywne skutki zdrowotne, a ze względu na wyjątkowo wysokie stężenia zanieczyszczeń powietrza w Polsce liczba zgonów jest bardzo duża. Czy należy bać się smogu?

Rekomendowane przez WHO współczynniki ryzyka pozwalają oszacować, że rocznie z powodu skutków, jakie niesie ze sobą zanieczyszczenie powietrza pyłem (PM_{2.5}), umierają w Polsce 44 tys. osób (2012). Natomiast 1600 zgonów to wynik ekspozycji na dwutlenek azotu, a ponad 1000 - to wpływ ozonu troposferycznego

(raport EEA 2015, Europejska Agencja Ochrony Środowiska). Szacunki uzyskane i opublikowane przez WHO (2016) mówią o 26 tys. zgonów powodowanych ekspozycją na zanieczyszczenia powietrza. Różnica wynika z tego, że WHO oceniała wpływ zanieczyszczeń pyłowych w stężeniach wyższych (5–8 µg/m³), uznając, że słabe są dowody na związek umieralności z niższymi stężeniami pyłów i nie należy uwzględniać ich w analizie.

Niemniej liczba zgonów powodowanych zanieczyszczeniami powietrza jest i tak w Polsce wysoka i przewyższa

liczbę ofiar wypadków samochodowych w naszym kraju, a ta szacowana jest na 3.5 tys. rocznie. Z badań przeprowadzonych w ostatnim czasie wynika też, że zanieczyszczenia pyłowe powietrza (będące wynikiem działalności człowieka) skracają życie Polaków od 6 do nawet 12 miesięcy (Krzyżanowski, 2016).

W Polsce problemem są nie tylko wysokie średnie roczne stężenia zanieczyszczeń pyłowych. W sezonie grzewczym w wielu ośrodkach średnie godzinne stężenia pyłów zawieszonych w powietrzu osiągają bardzo duże wartości.

Co zanieczyszcza powietrze, którym oddychamy?

Grożne są tlenki siarki (SO_2 i SO_3), ozon (O_3), dwutlenek azotu (NO_2), benzo- α -piren (BaP) i pył zawieszony (PM). Wszystkie z wymienionych czynników mają wpływ na funkcjonowanie organizmu człowieka i tak SO_2 powoduje bóle głowy, niepokój, a PM wpływa na funkcjonowanie OUN. Choroby sercowo-naczyniowe są efektem ekspozycji na PM, O_3 , SO_2 . Podrażnienia oczu, gardła i nosa oraz problemy oddechowe to wynik działania PM, O_3 , SO_2 , NO_2 , BaP. Natomiast PM wpływa na układ oddechowy, nasilając infekcje, podrażnienia i stany zapalne oraz objawy astmy. Powoduje obniżoną wydolność płuc i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POCHP), a BaP to czynnik pronowotworowy (nasilający występowanie raka płuc). Także wątroba, śledziona i układ rozrodczy człowieka szwankują po ekspozycji na PM i NO_2 .

W definicji smogu przeczytamy, że jest to zjawisko atmosferyczne polegające na współwystępowaniu zanieczyszczenia powietrza (jako wyniku działalności człowieka) oraz niekorzystnych zjawisk naturalnych, w tym bezwietrznej pogody i znacznego zamglenia. Zależy także od pory roku i panujących warunków atmosferycznych. Takie połączenie czynników, czyli wchodzących w skład smogu związków chemicznych, pyłów i znacznej wilgotności, stanowi wyraźne zagrożenie dla zdrowia człowieka. Taka mieszanka wywiera wpływ alergizujący i sprzyjający astmie oraz nasileniu jej ataków. Zaostrza stany przewlekłego zapalenia oskrzeli. Co ciekawe – udowodniono, że składniki smogu mają wpływ na zmniejszenie masy urodzeniowej noworodków i zwiększają ryzyko wystąpienia astmy u dzieci. U osób starszych smog wywiera wpływ na zaostrzenie choroby niedokrwiennej serca.

Smog smogowi nierówny

A właściwie wyróżnia się dwie formy smogu. Smog kwaśny (tzw. londyński), w skład którego wchodzi: tlenek siarki, tlenki azotu, tlenki węgla, sadza i trudno opadające pyły. Taka mgła przemysłowa powstaje podczas niskich temperatur, w wyniku braku ruchu mas powietrza i przy dużej wilgotności, a także przy dużym stężeniu pyłów w powietrzu. Głównie pojawia się w miesiącach od listopada do stycznia (w Polsce od września do kwietnia).

Smog typu Los Angeles (fotochemiczny) pojawia się nad miastami w miesiącach letnich podczas słonecznej, gorącej pogody, przy dużym natężeniu ruchu ulicznego. Tworzy brunatną mgłę. W jego skład wchodzi: węglowodory, tlenki azotu i ozon. Związki te wskutek reakcji fotochemicznych tworzą wysoce toksyczne produkty, takie jak azotan nadtlenu acetylu czy aldehydy oraz zwiększa się ilość ozonu.

Warto przypomnieć, że wielki smog londyński (smog kwaśny) w roku 1952, trwający 5 dni, spowodował na skutek komplikacji oddechowych zgon ponad 4 tys. osób, a ostatecznie w wyniku powikłań posmogowych zmarło około 12 tys. osób. Smog kwaśny powstający w Polsce na skutek spalania węgla w elektrowniach węglowych przyczynia się do około 3500 przedwczesnych zgonów, 1600 przypadków przewlekłego zapalenia oskrzeli, 1000 nowych hospitalizacji oraz 800 000 utraconych dni pracy każdego roku (dane Health and Environment Alliance).

Smog a układ oddechowy

Pył zawieszony w powietrzu stanowi najgroźniejszy jego składnik oddziałujący na układ oddechowy człowieka. W zależności od rozmiaru, cząstki pyłu mogą oddziaływać na różne części i odcinki układu oddechowego. Większe cząstki zatrzymywane są w obrębie górnych dróg oddechowych. Mniejsze, o średnicy 2–3 μm i jeszcze mniejsze, mogą ulec depozycji w pęcherzykach płucnych. Najmniejsze z nich (poniżej 0,1 μm) mogą przedostawać się do krwiobiegu (Kunzli i wsp. 2010). Najbardziej szkodliwe są cząstki pyłów powstające podczas spalania węgla i biomasy oraz cząstki emitowane przez silniki Diesla. Składają się głównie z pierwiastkowego węgla (sadza) i mają spory udział cząsteczek małych (poniżej 1 μm i nawet poniżej 0,1 μm), a na ich powierzchni ulegają adsorpcji związki metali przejściowych, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, dioksyny i inne substancje.

Gazowe zanieczyszczenia dobrze rozpuszczalne w wodzie, w tym SO_2 , są absorbowane głównie w górnych drogach oddechowych. Z tego względu tlenki siarki, SO_2 i SO_3 , stanowią czynnik zagrożenia dla tych odcinków układu oddechowego oraz większych oskrzeli. Gazy słabiej rozpuszczalne, jak NO_2 czy O_3 , docierają do głębszych części układu oddechowego. Dwutlenek siarki reaguje z wodą obecną w powietrzu, tworząc aerozol kwasu siarkowego. Aerozol taki może być adsorbowany na powierzchni cząstek pyłu i dlatego może mieć silniejszy negatywny wpływ na zdrowie niż sam dwutlenek siarki.

Na etapie życia płodowego układ oddechowy już jest narażony na oddziaływanie zanieczyszczeń powietrza. Badania, jakie przeprowadzono w Krakowie na grupie kilkuset matek i ich dzieci wykazały, że narażenie matki ciężarnej na pył $\text{PM}_{2.5}$ i inne składniki w zanieczyszczonym powietrzu niesie ze sobą negatywne skutki zdrowotne u dziecka. Przekłada się to także na gorszy rozwój

i funkcjonowanie układu oddechowego w wieku późniejszym (Jędrzychowski i wsp. 2010).

Z innych badań, jakie przeprowadzone zostały w Krakowie (tu smog jest poważnym problem każdego roku) pod kierunkiem prof. Ewy Czarnobilskiej w latach 2006–15 (badanie ankietowe 75.000 dzieci i młodzieży), wynika, że ponad 50% respondentów zgłaszało objawy alergiczne, 60% z nich nie miało ustalonego rozpoznania i nie było leczonych z tego powodu. Badania wykazały też, że zanieczyszczenia smogowe głównie wpływają na młodszą grupę wiekową dzieci (7–8 lat) w porównaniu do dzieci starszych (16–17 lat). Co ciekawe, w Krakowie objawy astmy oskrzelowej stwierdzone są trzykrotnie częściej w porównaniu do badań ogólnopolskich.

W aspekcie przytaczanych powyżej danych niepokojące są informacje udostępniane przez WHO, że ponad 30 na 50 miast Unii Europejskiej o największym stężeniu pyłu PM_{2.5} znajduje się w Polsce. Do najbardziej zanieczyszczonych miast należą: Żywiec, Pszczyna, Rybnik, Wodzisław Śląski, Opoczno, Sucha Beskidzka, Kraków, Skawina, Nowy Sącz. Smog w tych regionach to wynik głównie tzw. niskiej emisji, czyli zanieczyszczeń emitowanych przez silniki spalinowe czy domo-

we kominy, i stąd występuje w Polsce głównie w okresie grzewczym (wrzesień-kwiecień).

Czy zanieczyszczenia powietrza, w tym kwestia pojawiającego się smogu, będą stanowiły coraz większy problem w Polsce i innych krajach, czy też będą wkrótce wstydliwą historią, pewnie czas pokaże, a tymczasem borykamy się z tym problemem często nie za bardzo świadomi zagrożeń zdrowotnych i ekologicznych, jakie za sobą niesie.

DO POCZYTANIA:

Jędrak J., Konduracka E., Badyda J., Dąbrowiecki P., Wpływ zanieczyszczeń powietrza na zdrowie. Krakowski Alarm Smogowy. www.krakowskialarmsmogowy.pl/files/images/ck/14882713101616070935.pdf

Marek JURGOWIAK

Dr n. med. Marek JURGOWIAK jest członkiem Rady Programowej „PRIMUM”, sekretarzem Rady Programowej Centrum Nowoczesności „Młyn Wiedzy” w Toruniu, pracownikiem Katedry i Zakładu Biochemii Klinicznej Collegium Medicum UMK.

(przedruk z „Primum” nr 2/18)

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

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

DR ZDZISŁAWA CHMIELEWSKA-BIENIEK

Lek. dent. Zdzisława CHMIELEWSKA-BIENIEK urodziła się 4 października 1936 r. w Skałacie na Kresach. Po wojnie wraz z rodziną osiadła na Ziemi Prudnickiej. Ukończyła tamtejsze Liceum Ogólnokształcące i kontynuowała naukę na Akademii Medycznej we Wrocławiu. Dyplom lekarza dentysty zdobyła w 1961 r.

Pracowała w Ośrodku Zdrowia w Białej, w Przychodni Rejonowej w Prudniku oraz przychodniach przyzakładowych „Frotex” i „Obuwie” w Prudniku.

Po przejściu na emeryturę prowadziła prywatny gabinet stomatologiczny. Używała tytuł lekarza specjalisty z zakresu stomatologii zachowawczej. Szanowana i ceniona w środowisku lekarskim za rzetelność, koleżeństwo i pracowitość. Zmarła po ciężkiej chorobie 3 maja 2018 r.



OFERTA PRACY

Specjalistyczne Centrum Medyczne SA w Polanicy Zdroju

ZATRUDNI OD ZARAZ

lekarzy **anestezjologów i neonatologów.**

Tel: 74/86-21-216, 74/86-21-218 lub e-mail: kadry@scm.pl

OFERUJEMY:

Korzystne warunki finansowe, dysponujemy komfortowym mieszkaniem służbowym.

Osoby zainteresowane prosimy o przesłanie aplikacji (CV, list motywacyjny) na adres Firmy:

Specjalistyczne Centrum Medyczne S.A.

57-320 Polanica Zdrój, ul. Jana Pawła II

tel.: 74/86-21-216, 74/86-21-218 lub 74/86-21-114

* * *

Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu zaprasza na:

XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie w Gnieźnie, 16 września 2018 r. (zapisy: www.bieglechitow.pl/strona/zapisy.html);

XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu na 15 km w Bukówcu Górnym, 23 września 2018 r. (zapisy: www.biegsokola.com/zgloszenia);

XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie w Poznaniu 14 października 2018 r. (zapisy: www.marathon.poznan.pl).

* * *

ZUS Oddział w Opolu

**OGŁASZA NABÓR
NA STANOWISKA
LEKARZY ORZECZNIKÓW**

– praca w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy.

Szczegóły na stronie www.zus.pl / Praca w ZUS

* * *

Dyrektor **Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu**, ul. Reymonta 8, **zatrudni na stanowisku starszego asystenta lekarzy specjalistów w zakresie:**

- **neonatologii lub pediatrii** w Oddziale Neonatologicznym,
- **ginekologii i położnictwa** w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

Od kandydatów oczekujemy:

- specjalizacji z zakresu neonatologii lub pediatrii,
- specjalizacji z zakresu położnictwa i ginekologii,
- aktualnego prawa wykonywania zawodu,
- zaangażowania i odpowiedzialności w codziennej pracy zawodowej,
- wysokich wartości etyczno-moralnych i społecznych.

Oferujemy:

- komfortowe warunki pracy w placówce posiadającej trzeci stopień referencyjności,
- możliwości stałego rozwoju kompetencji zawodowych,
- pakiet socjalny,
- możliwość uczestniczenia w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych,
- zatrudnienie w oparciu o umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną.

Pytania i oferty (CV, list motywacyjny, zgoda na przetwarzanie danych osobowych) proszę kierować na adres: Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, ul. Reymonta 8, 45-066 Opole, tel. (77) 454-54-29 lub na adres e-mail: jcisek@ginekologia.opole.pl

* * *

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zaodrze” w Opolu pilnie zatrudni lekarza specjalistów z zakresu medycyny sportowej oraz lekarzy medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych do poradni POZ. Telefon kontaktowy: 77/474-77-78 i 77/457-33-38.

* * *

Zatrudnię lekarza w Poradni POZ w Starych Budkowicach – tel.: 603-974-054; mail: medicor69@tlen.pl.

EDRA URBAN & PARTNER Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29

Zamówienia: ksiegarnia@edraurban.pl • tel.: 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA.

Jama brzuszna i miednica. Tom 2

A. Kamaya, J. Wong-You-Cheong

red. W. Jakubowski

rok wydania: 2018

ISBN: 978-83-65835-98-7, format: 210 x 280,

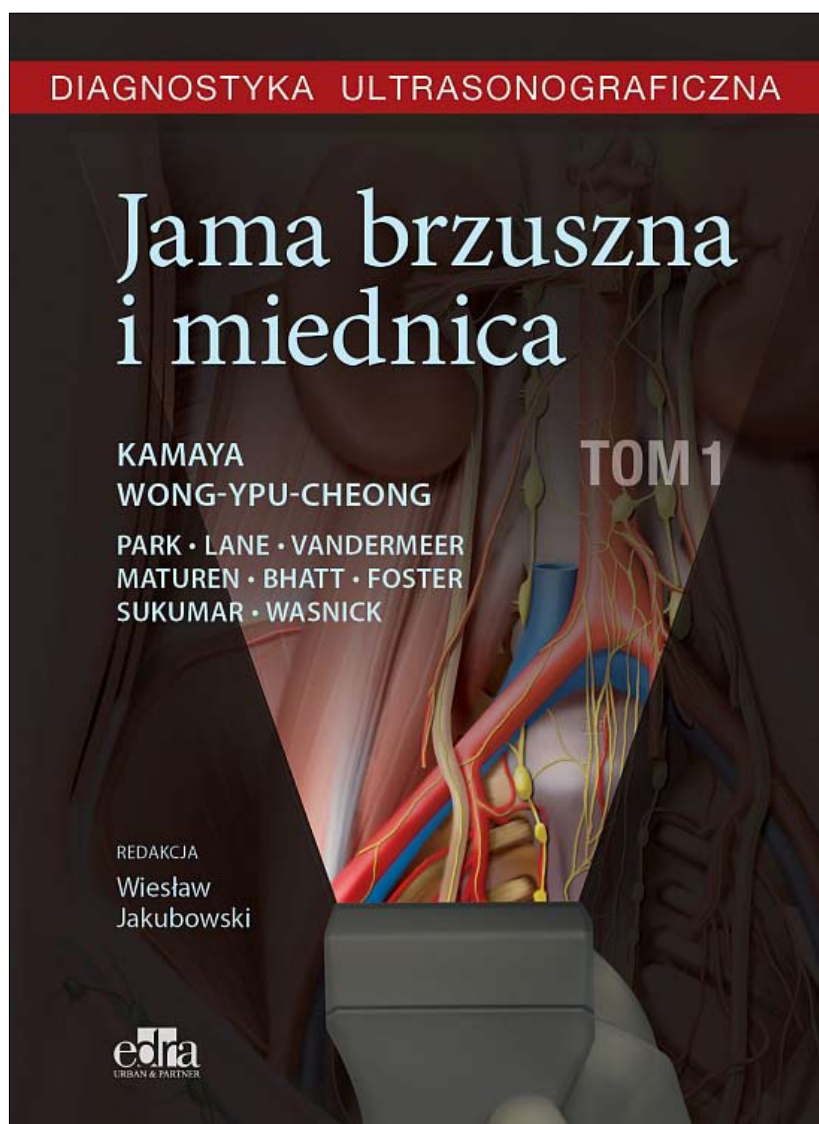
opr. twarda, 434 strony,

cena: 170.10 zł (378 EUP pkt)

Badanie ultrasonograficzne jest często pierwszym badaniem obrazowym wykonywanym u pacjentów z bólem w obrębie jamy brzusznej lub miednicy, nieprawidłowymi wynikami badań biochemicznych, podejrzeniem zmiany nowotworowej lub objawami ginekologicznymi. W zależności od wyniku badania USG kieruje się chorych na dalszą diagnostykę lub – w wielu przypadkach – podejmuje decyzję kliniczną na podstawie samego obrazu USG. Dlatego kluczową umiejętnością lekarza wykonującego badanie jest sprawne rozpoznawanie cech ultrasonograficznych poszczególnych chorób. Im większa wiedza w tym zakresie, z tym mniejszym prawdopodobieństwem pacjent będzie kierowany na potencjalnie zbędne badania obrazowe.

W każdym rozdziale znajduje się wiele przykładów badań USG w skali szarości, kolorowych, metodą doppler mocy czy dopplera spektralnego. W przypadkach, które tego wymagały, zastosowano badanie USG ze wzmocnieniem kontrastowym. W wielu rozdziałach wskazano na korelacje z obrazowaniem tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego. Szczegółowe ryciny przedstawiające omawiane jednostki chorobowe uzupełniają wspaniałą szatę graficzną tego podręcznika.

W dzisiejszych czasach, gdy tak dużą uwagę zwraca się na ostrożność w stosowaniu promieniowania w tomografii komputerowej, a także na minimalizację użycia kontrastów opartych na jodzie czy gadolinie, badanie USG wydaje się niezwykle atrakcyjną i optymalną metodą obrazowania. Ponadto technika ultrasonograficzna ciągle się rozwija, czego efektem jest ogromny postęp dotyczący jakości obrazów, jaki dokonał się w ostatnim dziesięcioleciu. Wielki wpływ na codzienną praktykę ultrasonograficzną wywarło zastosowanie głowic z nowych materiałów, poprawa jakości i wzrost rozdzielczości obrazów, techniki redukcji szumu, większa czułość ultrasonografii dopplerowskiej, a także szerokie wykorzystanie głowic 3D. Nadszedł więc czas, aby w uznanej serii wydawnictwa Amirsys pojawiła się publikacja poświęcona jamie brzusznej i miednicy.





* * *

Do 31 sierpnia obowiązują promocyjne opłaty na konferencję Post Eular&ACR! Trwają intensywne prace nad programem naukowym konferencji. Nad jego ostatecznym kształtem czuwa prof. dr hab. Włodzimierz Samborski, Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego.

Podobnie, jak w latach poprzednich uznani eksperci zaprezentują najnowsze doniesienia z tegorocznych kongresów Europejskiej Ligi Przeciwrumatycznej (EULAR) oraz Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego (ACR). Program konferencji adresowany jest nie tylko do specjalistów – reumatologów, ale wszystkich, którzy są zainteresowani postępami w tej dziedzinie.

Termin: 7–8 grudnia 2018 r.

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

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

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

Organizator: Wydawnictwo Termedia

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

Opolskie Centrum Onkologii zaprasza na szkolenie organizowane dla lekarzy POZ i szkolących się lub posiadających specjalizację w zakresie chorób wewnętrznych, ginekologii i położnictwa lub pediatrii.

Szkolenie finansowane jest ze środków Ministerstwa Zdrowia w ramach programu „Narodowy Program zwalczania chorób nowotworowych”.

Odbycie szkolenia automatycznie daje dostęp do internetowej platformy informacyjnej/edukacyjnej, która zawiera materiały szkoleniowe i informacje z zakresu onkologii. Platforma umożliwia też bezpośredni kontakt ze specjalistami z zakresu onkologii klinicznej, radioterapii i chirurgii onkologicznej.

Udział w szkoleniu jest bezpłatny, koszt dojazdu jest uczestnikom zwracany. Odbycie szkolenia daje 7,5 punktów edukacyjnych, uczestnik otrzymuje certyfikat.

Wykłady i zajęcia warsztatowe prowadzone są przez doświadczonych lekarzy Opolskiego Centrum Onkologii: dr n. med. Kamile Czerw, dr n. med. Barbarę Radecką, dr n. med. Aleksandra Sachambińskiego, dr n. med. Marka Szwieca. Przy grupie chętnych powyżej 30 osób istnieje możliwość zorganizowania wykładów w Opolskim Centrum Onkologii w Opolu. Zainteresowani proszeni są o kontakt z koordynatorem szkolenia Panią mgr Joanną Kowalczyk – email: kowalczyk@onkologia.opole.pl lub na nr tel. 664-063-999.

Zapraszamy serdecznie.