

5 2004

Gazeta
Lekarska
ISSN 0867-2146
Pismo Izby Lekarskiej



**Przychodzi Unia
do lekarza**

Ośrodki badawcze
Les Laboratoires
Servier



Firma Servier Polska

została uhonorowana tytułem

PRZYJACIELA POLSKIEJ DIABETOLOGII

Tytuł przyznany przez

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

Life
through
discovery

15 LAT

WSZECHSTRONNEJ WSPÓŁPRACY

REKLAMA



Mądry Polak jak sobie poszkodzi

W Polsce panuje przemożne przekonanie, że od nikogo nie jesteśmy gorsi i możemy oferować medycynę na najwyższym poziomie. To credo jest właśnie źródłem naszych nieustannych rozczarowań. Nie dość, że nie umiemy uszanować publicznego grosza, ustabilizować systemu podatkowego przynajmniej w okresie jednego cyklu wyborczego, to jeszcze lekceważymy złote reguły finansów publicznych, tłumacząc różne pokrętne decyzje tzw. polską specyfiką. Przecież nie można odrębnie traktować wydatków budżetu w stosunku do jego dochodów, a to sejmowi przydarza się notorycznie. Już nie wspomnę o przejrzystości, dzięki czemu wszyscy uczestnicy systemu powinni jak najpełniej i odpowiedzialnie korzystać ze swych praw. Ale za to umiemy w oka mgnienia każdy projekt reformy przekuć na stworzenie nowych posad dla tych towarzyszy, którzy w razie potrzeby w przyszłości o nas nie zapomną. Lepiej nie myśleć, co się stanie z naszymi pieniędzmi, jak zabiorą się do nich entuzjaści powiększenia obiegu pieniężnego o 40%. Autorów tych pomysłów poznacie bez trudu po krawatach. Jak długo przetrwa ich gospodarka? Ani chwili! Ja przynajmniej od razu wtedy ruszę na zakupy dóbr i dewiz.

Do europejskiej rodziny narodów dołączyliśmy nie tylko bez świadczeń gwarantowanych, ale ze szpitalami, których dług zbliża się do ich wartości materialnej. Kroczymy boso, ale w ostrogach, które w naszej wyobraźni świecą rycerskim blaskiem pogromców komunizmu. Lekceważymy upomnienia i przestrogi, że wzrost refundacji za leki o 38% w ostatnich latach dobije publiczne fundusze na zdrowie. Kto na tym korzysta najbardziej? Przeczytajcie wyniki sondy wśród naszych czytelników. Ufni w swoją wiedzę, nie trapijmy się zbytnio, co będzie, kiedy od Francuza, który skręci nogę w Bieszczadach, przyjdzie zeskanować jego dane z elektronicznej karty ubezpieczenia zdrowotnego i sprawdzić czy nieszczęśnik ma ważne ubezpieczenie, dzięki czemu dostaniemy parę złotych za jego leczenie.

Już się łudziłem, że ten nasz postkomunizm dokona żywota. Aż tu nagle tęgie głowy wynajęte przez ministra zdrowia zaproponowały powrót do wprowadzie inaczej finansowanej, ale ich zdaniem sprawdzonej już w przeszłości w Polsce formuły zespołów opieki zdrowotnej. Osobiście wolałbym, żeby ZOZ był nowoczesnym miejscem leczenia ludzi, ale co wtedy byłoby bastionem ich zatrudnienia w małych miasteczkach?

W ostatnich kilkunastu latach partie populistyczne wyrastały jak grzyby po deszczu na glebie nieufności wobec instytucji państwa, które nie umiały lub nie chciały sobie tego zaufania zaszkodzić. Polscy populiści zawsze – od momentu przekroczenia pewnego progu w sondażach – mogą liczyć na niezamierzoną pomoc zadufanej i rozgadanej inteligencji. Nie chodzi tu wcale o komitety, które wzywałyby do zrywania plakatów Andrzeja Leppera. Dopóki dla polityków wywodzących się z „Solidarności” ważniejsze jest pochodzenie innych partii niż ich programy, dopóty populiści będą mogli ich szantażować i paraliżować Polskę. Trzeba o tym głośno mówić, nawet gdyby już to wszyscy wiedzieli lub słyszeli. Mimo wszystko jesteśmy nadal u siebie.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Lekarze, do pióra!	4-5
Okiem Prezesa	5
Spełniają się marzenia	6-7
LEP zadebiutuje już w grudniu	8,10
O granicach eksperymentu	14-15
Notatki rzecznika NRL	16
Kto skorzysta na tym najbardziej?	21-23
Czy potrzebne są zmiany na listach specjalizacji?	24-25
Specjalizacje stomatologiczne	26-27
Chore zdrowie Nowej Ery	32-35
Good Clinical Practices	37
Nie w każdych warunkach	38-39
Śladem naszych publikacji	40-41
Lekarski sport	42-43
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	44-45
Nasz majowy konkurs	46-47
Książki nadesłane	48
Konkursy, ogłoszenia różne	49-61

„Gazeta Lekarska” w Internecie
www.gazetalekarska.pl

REKLAMA

Lekarze do pióra!

Kilka dni temu rankiem, w pierwszym dniu maja obudziliśmy się już w nowej rzeczywistości. Jedni z nadzieją, drudzy z powątpiewaniem, jeśli nie z dezaprobatą. Ale chcąc nie chcąc – przyszła Unia do lekarza... Przetarliśmy oczy, a tu wszystko po staremu. Ta sama droga do pracy, ten sam szpital, ta sama przychodnia, ten sam gabinet... Te same problemy, tacy sami pacjenci. Znale radości i smutku.

Ale czy aby na pewno nic się nie zmieniło? Czy wszystko jest i po zostanie po staremu? O odpowiedź na tak postawione pytania zwracam się do swoich Czytelników my, redaktorzy „Gazety”. Napiszcie: Czy nie jest tak, że niektórzy pakują już walizki, by wyfrunąć w świat „za chlebem”, ale grubiej posmarowanym? Czy najmłodsze roczniki absolwentów akademii medycznych nie rozglądają się już za bardziej przyjaznym miejscem do pracy, za możliwością specjalizacji na obszarze od Atlantyku do koła polarnego? Ale i o tym: Czy nie ma szans, że i tu nad Bałtykiem i pod Tatrami coś się jednak zmieni na lepsze? Że na przekór wszystkiemu to mądrzejsi ludzie napiszą i wdrożą mądrzejsze ustawy, że wrócą do życia publicznego zasady przyzwoitości? Że połączą nas więzy nie tylko zawodowej, ale i prawdziwie koleżeńskej lekarskiej solidarności?

Zjednoczona Europa przychodzi do polskiego lekarza ze swymi doświadczeniami, przepisami, uregulowaniami. Polski lekarz rusza do zjednoczonej Europy. Po to, by pracować, co przynajmniej wielu, w warunkach normalności, w lepiej wyposażonym miejscu pracy, w lepszej atmosferze. A zwłaszcza – miejmy nadzieję – za większe pieniądze, pozwalające na życie w bardziej „europejskich standardach”.

Dotychczas też byliśmy Europejczykami – zaciętrzewiali się niektórzy słysząc, że zmierzamy do Europy. Tak, to prawda. Ale nikt nie zaprzeczy, że Europejczykami ze Wschodu, tymi ubogimi krewnymi – nie zawsze i nie wszędzie dotąd chcianymi, nie zawsze szanowanymi, oddiętymi często od tego, co najnowsze w nauce, w technice, w praktyce medycznej. A więc powtarzamy: napiszcie, Drodzy Czytelnicy, co Wam się śniło, w jakim nastroju obudziliście się 1 maja w tej nowej rzeczywistości, która jednych zachwyca, a drugich napawa lękiem. Opis tych nastrojów i przemyśleń na ten właśnie temat: „przyszła Unia do lekarza, a co lekarz na to” chcemy przenieść na łamy „Gazety”.

A więc: Lekarze, do pióra! Do pióra? Chyba nie. Teraz to już prędzej do klawiatury!

Redakcja

listy@gazetalekarska.pl

Kto kogo obraził?

Właśnie, na szczęście przeczytałam oba artykuły – zarówno wywiad z prof. Markiem Ziętkiem, jak i list otwarty („Wąska grupa wysokiej klasy specjalistów”; „GL” nr 2 i 3/2004).

Na usta ciśnie mi się pytanie: Kto kogo obraził? (...)

Przez kilka pierwszych lat swojej praktyki stomatologicznej przeżyłam koszmar specjalizacji, najpierw pierwszego stopnia – śmieszne, ale argumentem przeciw mnie było powiedzenie: nam nie potrzeba specjalistów, tylko „ludzi do roboty” (to słowa mojej przełożonej w latach 1980-1984).

Tyle lat trwała moja specjalizacja na prowincji z dala od macierzystej uczelni, bez poparcia, w ocenie lekarzy, którzy bez żadnych profitów dzielili się swoimi wiadomościami. Byłam tuż po studiach, a przeszkody stawiane mi były dla mnie wyzwaniem do dalszej walki. Specjalista drugiego stopnia na dalekiej prowincji, o tego to już zbyt wiele!

I tak skończyłam swoją naukową karierę. Szkoda, że wówczas nie spotkałam na swojej naukowej drodze prof. Marka Ziętkę, z pewnością nie ignorował młodych lekarzy stomatologów pełnych zapału do pracy i nauki. (...)

Cały czas mam ochotę zwrócić uwagę szanownemu gronu specjalistów zarówno w Krakowie, jak i we Wrocławiu, że najwyższy czas nie spierać się o drobiazgi, a zadbać o nasze interesy wspólnie. I wielcy, którzy mają coś do powiedzenia, i „maluczy” powinniśmy razem dbać o dobre imię polskiej stomatologii, bo lada moment wydaje mi się, że zostaniemy pogodzeni, a nasze, polskie, „kretowisko stomatologiczne” zostanie zagrożone. (...)

Nazwisko i adres
znane redakcji

Druga szansa

Nazywam się Maciej Frąckowiak, jestem lekarzem medycyny, pochodzę z Poznania. Obecnie mieszkam na wsi, 100 km od Poznania, w Starym Sielcu. „Gazeta Lekarska” stanowi źródło informacji o świecie medycznym i czytam wszystkie artykuły z dużym zainteresowaniem. Zdecydowałem się napisać do Państwa, bo czuję, że muszę i chcę się podzielić tym, co spotkało mnie osobiście, a myślę, że jest to ciekawe i nieczęsto się zdarzające.

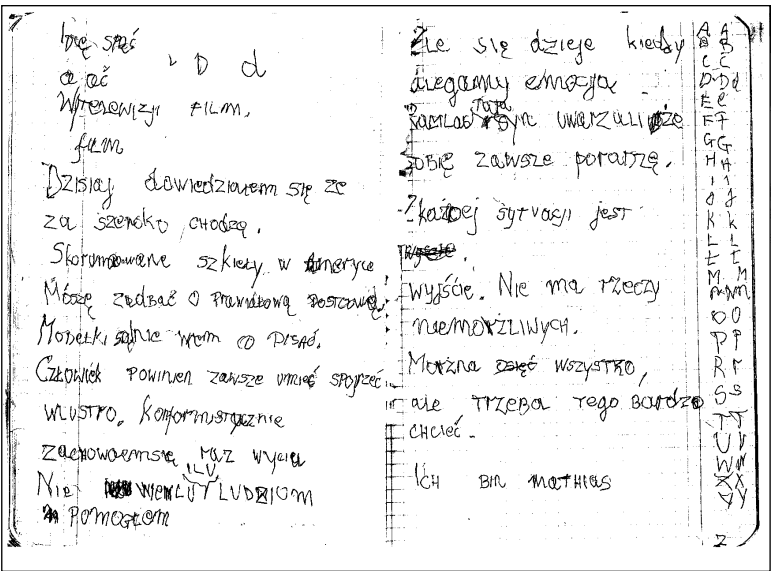
Otóż w kwietniu 2001 r. doznałem urazu czaszkowo-mózgowego i... przeżyłem, jednak moje życie nabrało innego tempa i zaczęło się toczyć w zupełnie niewyobrażalnym rytmie. Prawie miesiąc byłem nieprzy-

się wszystkiego od nowa. Nie umiałem czytać, pisać, liczyć, nie ruszałem prawą ręką, ale coś z mojego ego zostało. Zostały ambicje i chęć do zmiany na lepsze. Już w szpitalu zacząłem naukę, właściwie zacząłem sobie przypominać to, co mówił Rodzice i umiałem łożyć wszystko w jakąś zgrabną całość.

Ogromny wkład w mój proces zdrowienia mają lekarze, siostry i salowe z poznańskiego Szpitala im. prof. Degi.

Pomagają mi również sąsiedzi, którzy zawsze dawali i dają mi nadzieję na to, że warto żyć i pracować nad sobą, nawet jeśli nikt za to nie płaci pensji, czy nawet renty, której też nie mam.

Teraz muszę powiedzieć, że piszę w jakimś celu, a tym celem jest chęć podzielenia się ze światem



Jedna ze stron rękopisu doktora Macieja Frąckowiaka

tomny, a po odzyskaniu świadomości zaczęła się mozolna praca nad samym sobą, która trwa do dzisiaj. Jest to jak powrót z dalekiej podróży przez zupełnie nieznane, mogę powiedzieć, dla mnie nieznane obszary.

To, że ukończyłem medycynę, to można wyczytać w dokumentach, ale nikt nie odważył się powiedzieć jaki będę za rok od wypadku. Kiedy zacząłem rozumieć, że ktoś coś do mnie mówi, nie wiedziałem, że wypadek, który mnie dotknął, niesie takie ogromne konsekwencje. Nie wiedziałem kim jestem, co się stało i że będę musiał uczyć

tem medycznym – ale nie tylko – moimi przeżyciami. Wspomnienia piszę od dnia, kiedy ponownie nauczyłem się pisać. Piszę każdego dnia, dzień po dniu. Pierwsza data to 31.01.2002. Cały czas mijający znajduje swe odzwierciedlenie w moich pamiętnikach. Jest to dziennik, który oddaje naszą rzeczywistość, moje osobiste przeżycia, z których wynika mój stosunek do świata. Stosunek lekarza, który otrzymał drugą szansę na zrobienie jeszcze czegoś w życiu. (...)

Maciej Frąckowiak
Stary Sielec 2, 63-930 Jutosin

List z Petersburga

Chcę dać parę szczegółów mojego zdania dotyczącego artykułu pana prof. A. Gregosiewicza. Niestety, obecnie w Rosji państwo, jako zarządca służby zdrowia, nie zgadza się na żadne kontrole sposobów leczenia chorych.

Dzieje się tak mimo ostrzeżeń grup ekspertów, że zamiana medycyny tradycyjnej na alternatywną zagraża szybkim rozpadem już ledwie żyjącego systemu służby zdrowotnej.

Niebezpieczeństwo rozpowszechnienia się szamanizmu leczniczego w postaci takich czy innych metod (określonych przez prof. Gregosiewicza jako zgodnych z „paradygmatem holistycznym”) do brze jest znane w Rosji z czasów pierestrojki Gorbaczewsko-Jelcynskiej. Właśnie wówczas nabrały one dużego znaczenia i nadal zagrażają całemu systemowi ochrony zdrowia. Zagrożenia takie nasiliły się szczególnie w ciągu ostatnich lat. Już jesteśmy naprawdę przyzwyczajeni do tego, że każdego dnia oglądamy coraz to nowsze ogłoszenia różnego rodzaju szarlatanów w wagonach metra. To samo dzieje się w TV i radiu.

Jestem gorącym przeciwnikiem tego: moim zdaniem najgorsze jest to, że niekiedy nawet przedstawiciele ministerstwa służby zdrowia, a także naukowcy (przykładowo prof. Natalia Bechterowa, która promuje znanego oszusta Kaszpirowskiego) udzielają tym szarlatanom wsparcia.

prof. Ernest Walkowicz
Petersburg
asmcode@mail.ru

Zachowana została
pisownia oryginału.
Red.

Pensja minimalna

Bardzo mi się podoba nowa inicjatywa NRL – wycena pracy lekarza (Adam Kozierkiewicz, Konstanty Radziwiłł „Zas wycenić pracę lekarza”, „GL” nr 4/2004)! Nareszcie pojawiła się jakaś inicjatywa mająca na celu poprawę tragicznej sytuacji finansowej większości lekarzy w Polsce.

Podchodzi jednak do tego problemu dość sceptycznie. W naszych, polskich, warunkach najprawdopodobniej nigdy nie starczy pieniędzy: szpitalom, płatnikowi (lub płatnikom w najbliższym czasie – mam nadzieję!) na wypłacenie pensji zgodnie z wyceną!

Jedynym rozwiązaniem jest wprowadzenie zasad wyceny pracy lekarzy w charakterze ustawy, lub jakiegos aktu prawnego – wydać się to być w polskich warunkach jedynym, a także koniecznym rozwiązaniem.

Kolejną sprawą – myślę, że możliwą do zrealizowania szybciej niż wprowadzenie zasad wyceny pracy lekarzy – jest wprowadzenie lekarskiej pensji minimalnej! To, co od dawna funkcjonuje w Niemczech, gdyby np. ustaliło się wartość pensji minimalnej na poziomie przynajmniej 2000 zł netto, rozwiązałoby to wiele problemów, jak chociażby możliwość uzyskania pożyczki w banku. Mogłoby to funkcjonować do chwili wprowadzenia zasad wyceny pracy lekarzy.

Nasze środowisko jest wyjątkowo mało solidarne, jednak jeżeli wprowadziliby się w trybie np. ustawy zasadę pensji minimalnej i wyceny pracy lekarzy, wtedy żaden szpital nie mógłby zatrudniać lekarzy poniżej tych wymogów, w przeciwnym razie groziłoby to konsekwencjami prawnymi.

Daniel Zielonka

Okiem Prezesa

Długo zapowiadany projekt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych został skierowany do konsultacji „w możliwie najkrótszym terminie”, jak napisał 6 kwietnia minister Leszek Sikorski. To jest chyba termin przyjmowania uwag już przez nowy rząd.

Naczelna Rada Lekarska zajmie stanowisko w sprawie projektu, ale już dziś można powiedzieć, że cały szereg przyjętych w projekcie rozwiązań rozczarowuje. Wszystko wskazuje na to, że nie wykorzystano okazji do przygotowania jakże potrzebnych naprawd nowych i odważnych rozwiązań, a sprowadzono projekt do minimalistycznej realizacji wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Jest to, moim zdaniem, kolejny przykład na nieodpowiedzialność polityków, którzy nawet w obliczu totalnego braku poparcia (które nie może już spaść) nie są w stanie zapomnieć o sondażach i zaproponować rozwiązań, które są po prostu konieczne, choć niekoniecznie popularne. Szczególnie rozczarowuje kompletny brak pomysłu na poprawienie bilansu ochrony zdrowia. Z jednej strony, bardzo niekonkretnie i niezrozumiale propozycje konstruowania „koszyka świadczeń” (które skończą się prawdopodobnie utrzymaniem praktycznie nieograniczonego zakresu bezpłatnych świadczeń zdrowotnych kosztem świadczeniodawców), z drugiej brak konkretnych zapowiedzi współpłacenia i ubezpieczenia oraz zupełny brak woli przeniesienia finansowania niektórych obszarów służby zdrowia (ratownictwo, świadczenia w innych krajach Unii Europejskiej) do budżetu państwa. Wobec powszechnej krytyki centralistycznego zarządzania środkami powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, utrzymanie istnienia Narodowego Funduszu Zdrowia także musi budzić poważne wątpliwości co do woli dokonania jakichkolwiek istotnych zmian w kompletnie rozregulowanym systemie.

Coraz trudniejsza staje się bieżąca sytuacja wielu placówek opieki zdrowotnej i nie widać żadnej woli ze strony rządzących, aby ratować na przykład upadające szpitale. W sejmie ciągle ślimaczy się powszechnie krytykowany projekt ustawy restrukturyzującej SPZOZ-y, która prawdopodobnie nie ma żadnych szans na uzyskanie niezbędnej większości. Niestety, razem z niedobrym pomysłem obowiązkowego przekształcania SPZOZ-ów w spółki użyteczności publicznej upadnie także szansa na pomoc publiczną dla nich. Przypomnę, że „na starcie” prac nad ustawą w sejmie proponowałem, aby rozdzielić te dwie kwestie. Coraz bardziej skomplikowana sytuacja polityczna odsuwa w nieokreśloną przyszłość możliwość jakiegokolwiek rozwiązania problemu zadłużenia placówek opieki zdrowotnej.

Jedyna dobra wiadomość dla tych z nas, którzy nie chcą dłużej znosić upokorzenia niegodnych wynagrodzeń, fatalnych warunków pracy i (szczególnie młodzi) marnych perspektyw nieskrępowanego rozwoju zawodowego to to, że wszystko wskazuje, iż polscy lekarze i lekarze stomatolodzy będą mile widziani w wielu krajach Europy Zachodniej. Już dziś przemierzają Polskę liczni „łowcy głów” proponując kolegom w miastach, miasteczkach i wioskach naprawdę rewelacyjne (w porównaniu z naszymi) warunki zatrudnienia, mieszkania itd. Dla bogatszych krajów to złoty interes – wykształcenie lekarza to przecież ogromne pieniądze społeczne. To kolejna rzecz, której funkcjonujący od wyborów do wyborów politycy wydają się w ogóle nie dostrzegać, a w perspektywie dziesięciu lub więcej lat może oznaczać katastrofę dla polskiego sektora ochrony zdrowia.

Niestety i tym razem znowu wyszło na to, że jestem czarnowidzem. Zacerpnijmy więc optymizmu z odradzającej się z wiosną przyrody, a ci, którzy wierzą, z dopiero co przeżywanych najradośniejszych Świąt Wielkiej Nocy.



Konstanty Radziwiłł

Spełniają się marzenia



Grażyna Ciechomska

*O Radości, iskro bogów,
kwiecie elizejskich pól,
święta, na twym świętym progu
staje nasz natchniony chór.
Jasność twoja wszystko zaćmi,
złączy, co rozdzielił los,
wszyscy ludzie będą braćmi
tam, gdzie twój przemówi głos.*

Fryderyk Schiller, „Oda do Radości”

Tłumaczenie: Konstanty Ildefons Gałczyński

Piękny ten wiersz jest hymnem Unii Europejskiej. Jego słowa wyrażają dążenia, pragnienia i nadzieje narodów oraz państw starego kontynentu.

„Po raz pierwszy w historii Europa jednoczy się z wolnej woli swoich narodów” – powiedział Romano Prodi, przewodniczący Komisji Europejskiej 13 grudnia 2002 r. w Kopenhadze, ogłaszając zawarcie końcowego porozumienia UE z krajami kandydackimi.

Krótko przed szczytem kopenhaskim biskupi unijni wypowiedzieli znamienne zdanie: „Europeizacja UE w wyniku przystąpienia dziesięciu nowych państw członkowskich jest źródłem nadziei, okazją nie tylko do odnowy UE, ale i do jej pierwotnej misji wspierania wolności, sprawiedliwości, pokoju i dobrobytu w granicach Unii i poza nią”.

Do Wspólnoty dołączyło 80 mln ludzi, w tym ponad 250 tys. lekarzy. Teraz w Unii żyje około 460 mln ludzi. Opiekę zdrowotną nad nimi sprawuje 1,8 mln lekarzy.

Obecna akcesja jest największa. Zanim wszyscy członkowie przyzwyczajają się do siebie, oswoją ze sobą i zaakceptują mechanizmy kierujące ich wspólnym bytem, upłyną miesiące i lata. Stworzenie Unii Europejskiej nie jest jednorazowym aktem. Jest procesem. Im większe będzie zrozumienie jego reguł przez narody, społeczeństwa i państwa, tym łatwiejsza będzie integracja. I efektywniejsza.

Wielkim osiągnięciem i przywilejem mieszkańców Wspólnoty jest swobodny ruch obywateli. Lekarze od zawsze byli aktywni pod tym względem. Wy-

jeżdżali, przyjeżdżali, utrzymywali kontakty z kolegami z zagranicy.

W związku z nowymi możliwościami niektórzy z nich planują czasowy, a inni stały pobyt poza Polską. Unia Europejska stara się usuwać wszelkie bariery hamujące ludzką przedsiębiorczość. Popiera rozwój jednostek i instytucji. Stwarza warunki umożliwiające realizację indywidualnych i zbiorowych planów.

Z myślą o swobodnym przemieszczaniu się lekarzy od wielu miesięcy przygotowywały się do nowych zadań izby lekarskie. W Polsce i pozostałej dziesięciu. Do 1 maja emigrujący na Zachód lekarze niejednokrotnie korzystali z pośrednictwa różnych firm. Także z osobistych kontaktów zagranicznych.

„Teraz sprawy te będą unormowane. W każdej naszej okręgowej izbie lekarskiej jest zorganizowany punkt informacyjny. Również we wszystkich izbach nowych państw członkowskich. Do obowiązków takich punktów należy przekazywanie lekarzom emigrującym i imigrującym wszystkim informacji związanych z wyjazdem z danego kraju bądź przyjazdem do niego” – informuje Jan Adamus, przewodniczący Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej NRL.

Ośrodki takie istnieją we wszystkich dotychczasowych krajach członkowskich. Ich cele są proste. Ułatwiają życie tym, którzy osiedlają się w wybranym miejscu i zamierzają tam pracować, jak również lekarzom, którzy daną miejscowość opuszczają i starają się o pracę poza granicami kraju.

„Każdy lekarz zgłaszający się do punktu informacyjnego otrzyma wszystkie niezbędne informacje o wolnych miejscach pracy. Dostanie do ręki wykaz dokumentów, które musi złożyć w momencie starania się o pracę – wyjaśnia Jan Adamus. Dotychczas zdarzało się, że niektórzy pośrednicy żądali od lekarzy dokumentów, które nie były wymagane przez zagranicznych pracodawców. A nawet takich, które nie były wydawane przez izby lekarskie i inne polskie instytucje. Teraz lekarz nie będzie

zdezorientowany. I nie będzie pozostawiony sam sobie. Będzie miał dostęp do rzetelnej wiedzy.”

Dr Adamus wyjaśnia, że w ostatnich dwóch latach w ramach partnerskiego programu polsko-holenderskiego pracownicy Naczelnej Izby Lekarskiej zapoznawali się z organizacją takich ośrodków i metodami ich funkcjonowania. W miesiącach poprzedzających akcesję odpowiednie przeszkolenie przeszli pracownicy izb okręgowych. Punkty będą działały profesjonalnie i przekazywały sprawdzone i autentyczne informacje. W ich dyspozycji będą adresy izb lekarskich poszczególnych krajów, adresy różnych instytucji, numery telefonów, faksów itp.

Jan Adamus twierdzi, że punkty informacyjne znacznie uproszczą procedurę poszukiwania pracy lekarzom unijnym. Natomiast nie należy się spodziewać, że izby zastąpią biura pracy.

W UE bezrobocie kształtuje się w granicach 10 proc. Zapotrzebowanie na usługi medyczne w Unii jest duże. Podobnie jak w Polsce chorzy stoją w kolejkach. Sytuacja ta oraz świadomość znacznie lepszych warunków materialnych i zawodowych może być wabikiem dla lekarzy polskich borykających się np. z niekorzystnymi kontraktami. Zagrożonych utratą pracy oraz osiągających kilkakrotnie niższe zarobki niż ich koledzy na Zachodzie.

Obecnie do UE rocznie przyjeżdża 1,5 mln emigrantów. Ilu do starej Unii wybiera się Polaków, w tym lekarzy? Prognozy są bardzo różne. Badanie CBOS z lutego 2004 r. mówiło, że 18 proc. Polaków chce pracować w UE. Inne sondaże alarmują o liczbie 30 proc. młodych ludzi chętnych do wyjazdu.

Bardzo pesymistyczne dane zawarte są w raporcie Adama Kozierkiewicza wykonanego na zlecenie Naczelnej Izby Lekarskiej. Autor sądzi, że nawet ponad 30 proc. praktykujących lekarzy do 35 r.ż. może opuścić kraj.

Odmienne dane pochodzą z raportów i badań Komisji Europejskiej. Z jednego z nich wynika, że o wyjeździe z Polski myśli 3,7 proc. jej pracujących obywateli. Natomiast zde-

cydowanych na wyjazd jest zaledwie 1 proc. Polaków.

W rzeczywistości nikt nie jest w stanie przewidzieć, jak wielka będzie migracja Europejczyków po rozszerzeniu Wspólnoty. I jak często będą zmieniali miejsce osiedlenia i pracy lekarze.

Teraz jesteśmy współgospodarzami UE i beneficjentami jej dorobku. Teraz mamy możliwości do wszechstronnego rozwoju gospodarczego i kulturowego oraz społecznego. Ale czy praktycznie potrafimy wykorzystać szansę daną nam przez historię? Czy potrafimy umiejętnie zagospodarować pomoc finansową oferowaną w ramach funduszy strukturalnych? Czy nie przejemy tych pieniędzy? Czy ich nie roztrwonimy?

Z czasem organizacja naszego państwa i jego instytucji znacznie się poprawi. Także ogólny poziom życia ulegnie podwyższeniu. Służba zdrowia stanie się bogatsza. Przychodnie, gabinety prywatne i szpitale spłaca długi. I staną na nogi. Ale na takie efekty muszą zapracować duże grupy społeczne i zawodowe.

Polska nie osiągnie dobrobytu poprzez pozbycie się ludzi energicznych i przedsiębiorczych, a nawet sprytnych. Ci są nam potrzebni. Na Zachodzie będą zaczynali od początku. Nie będzie im łatwo. Mówi Edward Marchewka, lekarz z Tarnobrzegu: „Biura pośrednictwa pracy dla lekarzy przeżywają obłędzenie. Dla czego lekarze nie szukają pracy w kraju, tylko muszą opuszczać rodzinny kraj i tulać się po świecie? To jest przecież tułaczka, bo człowiek zostaje wyrwany ze swojego środowiska.”

Maj 2004 r. jest miesiącem wspólnej nadziei dla Polski i Europy. Spełniają się marzenia wielu pokoleń mieszkańców kontynentu. Radość i zwycięstwo dominują w Europie.

Na lepsze jutro z nadzieją czekają Polacy. Mówi o tym jedna ze zwrotek unijnego hymnu:

*Patrz, patrz: wielkie słońce światem
biegnie sypiąc złote skry,
jak zwycięzca, jak bohater –
biegnij, bracie, tak i ty
Radość tryska z piersi ziemi,
Radość pije cały świat.
Dziś wchodzimy, wступujemy
na Radości złoty ślad.*

Nadziei tej i radości nie możemy zniszczyć.

ZAWSZE NA CZAS!

Od 10 lat pomagamy leczyć

PHARMINDEX



Neurologia i Psychiatria
Ginekologia i Położnictwo
Okulistyka
Lecznictwo Zamknięte
i Onkologia
Dermatologia



Wszystkie dane zawarte w publikacjach Pharmindex są merytorycznie zgodne z oficjalnie zarejestrowaną informacją o leku.

www.pharmindex.pl

www.medimedia.pl

FORMULARZ ZAMÓWIENIA

Zamawiam: Pharmindex Kompendium 2004 90 zł + koszty przesyłki ☐ (Pełna informacja o wszystkich lekach) PROMOCJA SUBSKRYPCJA ROCZNA Pharmindex Kompendium 2004 oraz Pharmindex Brevier 2004/1 i 2004/2, Pharmindex CD-ROM 110 zł + koszty przesyłki ☐ (Płatność przy odbiorze pierwszej przesyłki. Cena obejmuje podatek VAT) PROMOCJA SUBSKRYPCJA ROCZNA Pharmindex Brevier 2004/1 i 2004/2, Pharmindex miniCD 59 zł + koszty przesyłki ☐ (Płatność przy odbiorze pierwszej przesyłki. Cena obejmuje podatek VAT)	Zamawiam stałą bezpłatną subskrypcję: Dotyczy lekarzy okulistów, ginekologów i położników, neurologów, psychiatrów, specjalistów medycyny ogólnej i rodzinnej oraz lekarzy w trakcie w/w specjalizacji Pharmindex Dermatologia ☐ Pharmindex Okulistyka ☐ Pharmindex Ginekologia i Położnictwo ☐ Pharmindex Neurologia i Psychiatria ☐ Oferta dla lekarzy innych specjalności: Pharmindex Neurologia i Psychiatria 2004 18 zł + koszty przesyłki ☐ Pharmindex Ginekologia 2004 18 zł + koszty przesyłki ☐ Pharmindex Okulistyka 2004 15 zł + koszty przesyłki ☐
W związku z art. 23 ust. 1 i ust. 2 ustawy z 29.08.1997 r. (z późniejszymi zmianami) o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr. 133, poz. 883) oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez MediMedia International Sp. z o.o. obecnie i w przyszłości w celach związanych z działalnością wydawniczą, w systemach informatycznych i w innych zbiorach danych. Informujemy również, iż mają Państwo prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. Podanie w/w danych osobowych jest całkowicie dobrowolne.	
Imię i nazwisko	
Adres	
Specjalizacja (ukończona lub w trakcie)	
NIP	
Upoważniam MediMedia International Sp. z o.o. do wystawienia faktury VAT bez mojego podpisu. Oświadczenie zachowuje ważność do odwołania.	
Data	Podpis
Adres do faktury	
Pieczałka i podpis	
data	

MediMedia International Sp. z o.o.
00-095 Warszawa,
Plac Bankowy 2
infolinia 0 801 196 449
fax (0-22) 531-22-34
e-mail: dystrybucja@medimedia.com.pl



LEP zadebiutuje już w grudniu

Stanisław Orkisz i Mariusz Klencki

Zgodnie z nowelizacją ustawy o zawodzie lekarza lekarski egzamin państwowy przeprowadzi Centrum Egzaminów Medycznych (CEM). Lekarze, którzy rozpoczęli staż 1 października 2003 r., będą zdawać LEP 4 grudnia 2004 r., a lekarze stomatolodzy – 2 kwietnia 2005 r.

Nowelizacja ustawy wymusiła więc zmianę dotychczas obowiązującego rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 24 maja 1999 r. w sprawie stażu podyplomowego. Projekt roboczy tego rozporządzenia, dotyczący przede wszystkim trybu i zasad organizacji oraz sposobu przeprowadzenia LEP-u, był przedmiotem wielu spotkań i dyskusji i wzbudził duże emocje zwłaszcza w środowisku młodych lekarzy. Od kilku lat trwa chocholi taniec wokół egzaminu.

Celem LEP-u jest zapewnienie właściwego poziomu przygotowania do samodzielnego wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, niezależnie od uczelni, którą lekarz ukończył w kraju lub za granicą.

Z ustawy o zawodzie lekarza wynika, że wprowadzenie egzaminu jest kwestią nieodwracalną. Egzamin państwowy kończący staż podyplomowy został wpisany do aneksu Traktatu Akcesyjnego jako Lekarski Egzamin Państwowy.

24 marca br. minister zdrowia podpisał rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa. Nie zamyka to ewentualnej dyskusji o kształcie i usytuowaniu tego egzaminu w przyszłości (w ramach kształcenia przed- lub podyplomowego).

Odrzucenie przez parlament propozycji przesunięcia terminu LEP-u na 2006 r., opinia Komisji Integracji Europejskiej o konieczności przeprowadzenia egzaminu zgodnie z aktualną sytuacją prawną, a także wejście w życie rozporządzenia ministra zdrowia z 24 marca 2004 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa przesądzą o przeprowadzeniu tego egzaminu w bieżącym roku.

A zatem niezbędnym warunkiem uzyskania prawa wykonywania zawo-

du lekarza i lekarza stomatologa staje się:

- odbycie stażu podyplomowego,
- złożenie z wynikiem pozytywnym Lekarskiego Egzaminu Państwowego lub Lekarsko-Stomatologicznego Egzaminu Państwowego.

LEP będzie składany w formie pisemnego testu, jednolitego w całym kraju, ustalonego na każdą sesję egzaminacyjną, a więc 2 razy w roku, odrębnie dla lekarzy i lekarzy stomatologów. Rozporządzenie obliguje CEM do organizacji egzaminu we współpracy z właściwym wojewodą.

Rozporządzenie ustala terminy egzaminów na pierwszą sobotę grudnia lub maja dla lekarzy oraz pierwszą sobotę listopada lub pierwszą sobotę kwietnia dla lekarzy stomatologów.

Najbliższy termin **LEP-u to 4 grudnia 2004 r.** dla lekarzy, którzy rozpoczęli staż 1 października 2003 r., oraz **2 kwietnia 2005 r.** dla lekarzy stomatologów/dentystów (LDEP – Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy, nazwa od 1 maja 2004 r.).

Na 25 dni przed terminem egzaminu (do 9 listopada w odniesieniu do najbliższego terminu LEP-u) lekarz, lekarz stomatolog ubiegający się o dopuszczenie do egzaminu winien złożyć w okręgowej radzie lekarskiej 3 dokumenty, o których mówi § 19 rozporządzenia:

1. wniosek o dopuszczenie do egzaminu,
2. kartę stażu,
3. ankietę „Ocena stażu podyplomowego lekarza” lub „Ocena stażu podyplomowego lekarza stomatologa”.

W ciągu następnych czterech dni okręgowa rada lekarska przekazuje CEM wnioski wraz z listą osób dopusz-

czonych do egzaminu. Dotychczasowe, przykre doświadczenia CEM, dotyczące terminowości przysyłania dokumentacji zdających oraz konieczność zawiadamiania lekarzy o terminie i miejscu egzaminu, nie później niż **14 dni przed jego terminem**, stawiają wymagania terminowego i sprawnego zebrania dokumentacji w okręgowej izbie lekarskiej.

Zarówno Lekarski Egzamin Państwowy, jak i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy będą zawierały **200 zadań testowych**, wynikających z ramowego programu stażu.

Zakres pytań egzaminacyjnych obejmie wyłącznie treści programowe staży cząstkowych oraz szkoleń w zakresie transfuzjologii klinicznej, profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, orzecznictwa lekarskiego, bioetyki i prawa medycznego, ratownictwa medycznego.

Liczba pytań będzie proporcjonalna do czasu trwania szkolenia w poszczególnych dziedzinach objętych ramowym programem stażu.

Każde pytanie testu będzie zawierało 5 możliwych odpowiedzi, z których należy wybrać jedną właściwą, oznaczoną literami A – E. Przewidywany czas odpowiedzi na jedno pytanie wynosi 1 minutę i 15 sekund.

Za wynik pozytywny testu uważa się uzyskanie przez lekarza co najmniej **56% maksymalnej, możliwej do uzyskania liczby punktów**, co stanowi **112 poprawnych odpowiedzi**.

Informację o wynikach egzaminu CEM jest zobligowany przekazać w terminie 7 dni od dnia egzaminu. W przypadku negatywnego wyniku egzaminu, lekarz i lekarz stomatolog może do niego

dokończenie na str. 10

REKLAMA

REKLAMA

WA,
ISZA CENA:
21,43 zł

Lindron®

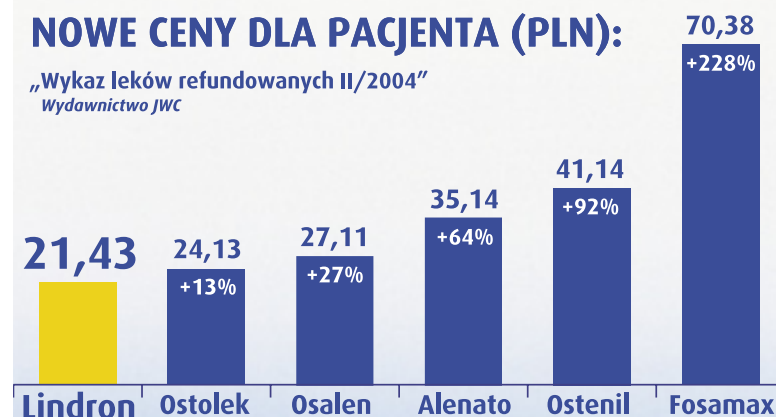
alendronian sodu

tabletki 10 mg

odbudowa kości

NOWE CENY DLA PACJENTA (PLN):

„Wykaz leków refundowanych II/2004”
Wydawnictwo JWC



Ryzyko istotnych klinicznie działań niepożądanych z przewodu pokarmowego u osób przyjmujących alendronian jest bardzo niskie¹

INFORMACJA O LEKU:

SKŁAD: 1 tabletkę preparatu Lindron

zawiera 10 mg Acidum alendronicum (kwasu alendronowego w postaci alendronianu sodu).

WSKAZANIA: Lindron wskazany jest w leczeniu osteoporozy pierwotnej u kobiet po menopauzie.

PRZECIWSKAZANIA: Nadwrażliwość na którykolwiek ze składników leku lub inne bisfosfony, hipokalcemia, schorzenia przełyku i inne czynniki, które mogą opóźnić jego opróżnianie (zwężenie przełyku, achalazja), niemożność utrzymania pozycji pionowej (stojącej lub siedzącej) przez co najmniej 30 minut, zaburzenia czynności nerek (klirens kreatyniny < 35 ml/min).

ODDZIAŁYWANIE Z INNYMI LEKAMI (INTERAKCJE): Równoczesne zażywanie suplementów mineralnych (wapń, żelazo), leków zobojętniających lub niektórych innych leków może zakłócać wchłanianie preparatu Lindron. Od zażycia preparatu Lindron powinno upłynąć co najmniej 30 minut zanim zażyje się lek zobojętniający lub jakiegokolwiek inny lek doustny.

DAWKOWANIE: Zalecaną dawkę w leczeniu osteoporozy jest 1 tabletkę (10 mg) na dobę.

DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE: Najczęściej zgłaszanymi działaniami niepożądanymi ze strony przewodu pokarmowego były: bóle brzucha, nudności, niestrawność, zaparcia, biegunka, wzdęcia, refluks przełykowy, zapalenie przełyku, wymioty, dysfagia. Rzadko mogą wystąpić: zwężenie przełyku, wrzody żołądka lub dwunastnicy.

Dodatkowymi objawami niepożądanymi były bóle głowy oraz bóle mięśni i kości (bóle stawów).

OPAKOWANIE: 28 tabletek po 10 mg. WYTWÓRCA: Krka, d.d., Novo mesto, Słowenia. MZ Rej. Nr: 9201.

LITERATURA: 1. Lanza, et al. An endoscopic comparison of the effects of alendronate and risedronate on upper gastrointestinal mucosa. The American Journal of Gastroenterology. 2000 November; 95 (11): 3112-3117.

Szczegółowe informacje dostępne na życzenie.

Krka Polska Sp. z o.o.
ul. Równoległa 5, 02-235 Warszawa
Tel. (022) 573 75 00, Fax (022) 573 75 64
E-mail: poland@krka.si, www.krkapolska.pl



Nie ma i być nie może

Short Cuts prezentują subiektywny odbiór rzeczywistości przez autora i nie powinny być utożsamiane z oficjalnym stanowiskiem WIL.

Pod koniec lutego i na początku marca Polskę obiegły zatrważające wiadomości pod wspólnym mianownikiem: Epidemia posocznicy!!! Nasi „dzielni” dziennikarze z radia i telewizji, a także licznych tytułów prasowych przeliczytali się w coraz groźniejszych tytułach i jeszcze bardziej zatrważających treściach swych doniesień „z pola bitwy” z posocznicą zbierającą śmiertelne żniwo. Efektem ich „radosnej twórczości” było wywołanie paniki, szczególnie wśród ludności województwa zachodniopomorskiego oraz Wyspy Sobieszewskiej w Gdańsku. Na zamieszkujące tam osoby padł błąd strach. Z aptek zniknęły wszystkie uodparniające (rzeczywiście lub w mniemaniu pacjentów) substancje, zaczęło brakować antybiotyków, które masowo pod wpływem informacji medialnych zaczęły wymuszać na lekarzach pacjenci, by je „profilaktycznie” stosować. Sanepidy z tamtych terenów miały się w „chocholim tańcu” wydając decyzje nie zawsze wynikające z wiedzy medycznej, a często z parawiedzy „medialno-medycznej”. W tym zgiełku „jakoś” ginęły informacje lekarzy, że nie ma czegoś takiego jak epidemia posocznicy i wręcz czegoś takiego być nie może. Niestety (dla żądnych krwi – oczywiście lekarskiej) dziennikarzy te ostatnie informacje nie zostały potwierdzone w tak wielu źródłach, że trzeba by było opublikować. Te publikacje się ukazały choć nie zawsze tam, gdzie były najgłośniejsze tytuły wietrzące „kolejne zaniedbania” niedouczonej i niewątpliwie skorumpowanych doktorów (wiadomo, że jak doktor, to skorumpowany), bo przecież każdy doktor to łapówkarz – że strawestuję cytat z „Misia” mistrza Barei, którym masowo umierają pacjenci. A tam, gdzie je opublikowano zazwyczaj poprzedzane były zdaniem „Jak twierdzą”, czyli tak w podtekście, że jednak nie do końca jesteśmy (my dziennikarze) przekonani do tego, co nam mówią lekarze i być może ich stwierdzenia są tylko przejawem solidarności zawodowej i obrony kolegów, którzy przecież mogli (a co tam mogli – pewnie popełnili) popełnić błędy w diagnozowaniu i leczeniu osób, które zmarły. Zapytają się Państwo po co ja to wszystko wam opisuję? Ano po to, byście się nie dali zwariować wszechwładzącym dziennikarzom, tak jak to się stało udziałem części kolegów z tamtych regionów, byście używali zasobów własnej wiedzy i umieli odeprzeć jedynie słuszne ataki szarżującego reportera, albo co jeszcze gorsze – reporterki. (...)

Krzysztof Ożegowski

Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej IL

LEP zadebiutuje już w grudniu

dokończenie ze str. 8

przystąpić w kolejnym terminie. Do ponownego egzaminu, w kolejnym terminie może przystąpić także lekarz, który uzna jego wynik za niesatysfakcjonujący.

Zdajemy sobie sprawę, otrzymując liczną korespondencję, że LEP i LDEP wzbudzały duże emocje w środowisku młodych lekarzy. Mamy również sygnały, że program stażu podyplomowego nie wszędzie jest solidnie realizowany. Prawidłowa jego realizacja jest szczególnie istotna, rozporządzenie bowiem zaleca w ramach egzaminu szczególnie uwzględnić **procedury diagnostyczne i lecznicze, których umiejętność wykonywania lekarz lub lekarz stomatolog powinni nabyć w trakcie odbywania stażu.**

Ze swej strony pragniemy zapewnić, że dokładamy wielu starań, aby zadania testowe wykorzystywane w egzaminach przeprowadzanych przez CEM były wolne od błędów merytorycznych. Służy temu m. in. dwustopniowa procedura weryfikacji pytań – wszystkie pytania są recenzowane przez osoby o uznanej pozycji naukowej i klinicznej w swoich dziedzinach. Dlatego uważamy, że nie można dopuścić do sytuacji, w której zdający egzamin będą mieli możliwość merytorycznej dyskusji nad poprawnością zadań po odbytym egzaminie.

Nasza dotychczasowa praktyka wskazuje, iż osoby, którym zabrakło kilku lub kilkunastu nawet punktów do progu zaliczenia testu, potrafią poświęcić wiele czasu i energii na uzasadnianie poprawności udzielonych przez siebie odpowiedzi. Nie prowadzi to zazwyczaj do zmiany wyniku egzaminu, natomiast znacząco obciąża bieżącą działalność CEM i współpracujących z nami ekspertów.

Z drugiej strony, zgadzamy się, że powinien istnieć mechanizm pozwalający na zgłaszanie przez zdających ewentualnych błędów proceduralnych lub zastrzeżeń do zadań testowych.

W związku z tym planujemy umieszczenie w regulaminie porządkowym przeprowadzania LEP-u i LDEP-u odpowiednich zapisów umożliwiających dokonanie podobnych zgłoszeń **w trakcie trwania egzaminu.** Zastrzeżenia te będą rozpatrywane przez komisję egzaminacyjną w trakcie obliczania wyników, co pozwoli na ich skuteczne uwzględnienie w skali całego kraju.

Nie sposób nie odnieść się także do często podnoszonego przez studentów i lekarzy sta-

żystów problemu banku pytań egzaminacyjnych, z którego pochodzić powinny zadania egzaminacyjne. Problem ten rozstrzygają zapisy rozporządzenia ministra zdrowia o stażu podyplomowym lekarza i lekarza stomatologa, które nakładają wymóg przygotowania zadań testowych w sposób zapewniający ich poufność. Dlatego ujawnienie banku zadań, które mogą pojawić się na tych egzaminach, byłoby złamaniem prawa.

Warto też zauważyć, że problem publicznego „banku zadań” obok wątpliwości natury merytorycznej (egzamin LEP stałby się sprawdzianem opanowania zawartości banku) budzi też wątpliwości natury ekonomicznej.

CEM kupuje zadania egzaminacyjne za środki publiczne. Opracowanie banku zawierającego kilka lub kilkanaście tysięcy zadań testowych pociągnęłoby za sobą spore koszty.

Nie jest prawdziwy stosunkowo często wysuwany argument o istnieniu analogicznego banku zadań testowych w USA. Również tam zadania wykorzystywane na egzaminie nie pochodzą z publicznie dostępnych zestawów zadań testowych.

Rozumiejąc jednak konieczność maksymalnego ułatwienia zdającym przygotowania się do egzaminu, umieściliśmy na naszej witrynie internetowej – **www.cem.edu.pl** – instruktaż jak rozwiązywać test, z przykładowymi zadaniami pochodzącymi z egzaminu kwalifikacyjnego TEM. Zapraszamy do zapoznania się z tą stroną i przesyłania nam ewentualnych uwag.

Na zakończenie pragniemy się odnieść do stosowanej czasem w dyskusjach o LEP-ie argumentacji, że egzamin ten jest pogwałceniem podstawowych praw obywatelskich. Jest to o tyle nietrafne, iż z oczywistych względów konieczność zdawania egzaminu państwowego jest sama w sobie ograniczeniem praw jednostki, podobnie jak konieczność płacenia podatków lub konieczność poddania się powszechnemu obowiązkowi służby wojskowej.

Sens LEP-u i LDEP-u polega na ochronie praw pacjentów, którzy mają prawo do opieki sprawowanej przez kompetentnych lekarzy. Mamy nadzieję, że takie rozumienie istoty tych egzaminów jest podzielane również przez środowisko lekarskie.

Stanisław Orkisz i Mariusz Klencki
Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi

Artykuł sponsorowany

Alendronian w otocze w leczeniu osteoporozy starszych osób Zapobieganie zapaleniu przełyku

Dr n. med. **Lucyna Papierska**, Klinika Endokrynologii CMKP

Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. med. **Stefan Zgliczyński**

Słowa kluczowe: alendronian, zapalenie przełyku, refluks żołądkowo-przełykowy

Osteoporoza jest chorobą zagrażającą kobietom i mężczyznom po menopauzie i andropauzie. Leki o najlepiej udowodnionej skuteczności antyzłamaniowej, czyli aminobisfosfoniany wykazują, niestety, drażniące działanie na górny odcinek przewodu pokarmowego. U starszych osób występują częściej niż w młodości zaburzenia połykania. Jednocześnie, na skutek wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej, do którego dochodzi u chorych po przebytych złamaniach trzonów kręgowych, zwiększa się ryzyko refluksu żołądkowo-przełykowego. Ryzyko zmian zapalnych śluzówki przełyku na skutek leczenia aminobisfosfonianami jest więc większe w wieku podeszłym. Celem artykułu jest omówienie mechanizmów powstawania zmian w przełyku podczas leczenia alendronianem i metod im zapobiegania.

W latach dziewięćdziesiątych alendronian stał się lekiem pierwszego rzutu w leczeniu osteoporozy. Był pierwszym bisfosfonianem, dla którego udało się wykazać ponad wszelką wątpliwość, że zmniejsza ryzyko zarówno złamań trzonów kręgowych jak i szyjki kości udowej. **Już w pierwszych badaniach alendronianu zwrócono uwagę na możliwość rozwoju dolegliwości ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego.** W związku z tym do najczęściej cytowanego badania nad antyzłamaniowym działaniem alendronianu, badania Fractures Intervention Trial (FIT) nie kwalifikowano pacjentów z czynną chorobą wrzodową. Jednak 54% włączonych do badania kobiet po menopauzie miało w wywiadzie przebyte choroby żołądka lub dwunastnicy. W tak dobranej grupie częstość wystąpienia epizodów owrzodzeń i krwawień z żołądka i dwunastnicy była w grupie leczonej nieznacznie niższa, niż w grupie placebo (odpowiednio 1,6% i 1,9%). Wyniki badań porównujących działanie dużych dawek alendronianu i risedronianu, zażywa-

nych codziennie przez 4 tygodnie ze stosowaną przez tydzień aspiryną i placebo w roku 2000 przedstawił Lanza. Badaniem gastroskopowym nie stwierdził on różnic między grupami zażywającymi dwa oceniane bisfosfoniany i placebo. Znaczącą liczbę powikłań ze strony przewodu pokarmowego powodował natomiast zażywany przez 7 dni kwas acetylosalicylowy. W innym badaniu Lanza udowodnił, że alendronian stosowany codziennie, w dawce 10 lub 40 mg nie opóźnia gojenia się owrzodzeń żołądka wywołanych aspiryną. **Ten gorący orędownik bezpieczeństwa stosowania alendronianu przyznaje, że jedynym fragmentem górnego odcinka przewodu pokarmowego, który alendronian uszkadza w sposób specyficzny jest przełyk.** Analizując wyniki dużych badań klinicznych nad alendronianem Lanza zwraca uwagę na to, że powikłania ze strony przełyku występują rzadziej, jeżeli lek jest zażywany w sposób prawidłowy to jest, jeżeli pacjent zachowuje pozycję siedzącą lub stojącą przez 30 minut po połknięciu tabletki. Pionier badań nad alendronianem, Libermann ocenił częstość występowania zapalenia przełyku podczas przewlekłego leczenia alendronianem na 1,5%. Retrospektywna ocena działań niepożądanych alendronianu dokonana przez deGroena na podstawie historii leczenia 475 tysięcy pacjentów wykazała, że dolegliwości ze strony przełyku zgłosiło 199 z nich, co stanowiło 0,04% badanej populacji. Jednak, u co czwartego z tych pacjentów dolegliwości są klasyfikowane jako „poważne”, nie ustępują po odstawieniu leku, wymagają długotrwałego leczenia blokerami pompy protonowej, a czasem hospitalizacji. W ciężkich przypadkach mogą też prowadzić do zwężenia przełyku. Należy podkreślić, że 199 przypadków działań niepożądanych ze strony przełyku stanowiło aż 16% wszystkich zgłoszonych działań ubocznych alendronianu, których odnotowano łącznie 1213.

Najczęściej występującym objawem zapalenia przełyku są zaburzenia połykania (dysfagia), rzadziej ból za mostkiem nasilający się przy łykaniu. Towarzysząca zgaga jest

zwykle wynikiem współistniejącego refluksu żołądkowo-przełykowego. Susan Abraham zwraca uwagę na to, że objawy takie pojawiają się również u pacjentów stosujących się ściśle do schematu zażywania leku. W swoim materiale pacjentów leczonych w klinice gastroenterologii z powodu ciężkiego, nadżerkowego zapalenia przełyku stwierdziła, że u 10% zmiany spowodowane były stosowaniem alendronianu. W większości przypadków lokalizują się one w dolnej części przełyku. U 2/3 pacjentów w biopsji śluzówki z miejsc zmienionych zapalnie stwierdzano ciała obce przypominające celulozę z mikroskopijnych fragmentów zgniecionych tabletek, a u co trzeciego komórki olbrzymie, wielojądrowe, typu dookoła ciała obcego.

Jakie są przyczyny powstawania podrażnień, a czasem zapalenia lub owrzodzenia przełyku u pacjentów stosujących alendronian i jak można im zapobiegać?

W zmianach tych prawdopodobnie uczestniczy kilka mechanizmów. **Pierwszy wynika z powtarzającego się kontaktu drobin tabletki z błoną śluzową przełyku, głównie jej dolnej części.** Łagodne podrażnienie przełyku wywołał Peter u psów, u których tabletką alendronianu pozostawała przez godzinę w bezpośrednim kontakcie z błoną śluzową przełyku. **Jest to tak zwane tabletkowe zapalenie przełyku,** wynikające z kontaktu z drażniącym ciałem obcym. Za tym mechanizmem, leżącym u podstawy zmian w przełyku u chorych leczonych alendronianem, przemawia obecność drobin krystalicznej celulozy i komórek typu „dookoła ciała obcego” znajdowanych w badaniach mikroskopowych wycinków błony śluzowej przełyku. Podobny rodzaj zmian, ale dotyczących jamy ustnej opisano u pacjenta, który zamiast połykać tabletkę w całości, ssal ją. **Próby zapobiegania takim podrażnieniom obejmują wszystkie zmiany prowadzące do ułatwienia połykania tabletek.** W związku z tym producenci tabletek do minimum redukują średnicę

dokończenie na str. 13

OSTOLEK

alendronian sodu

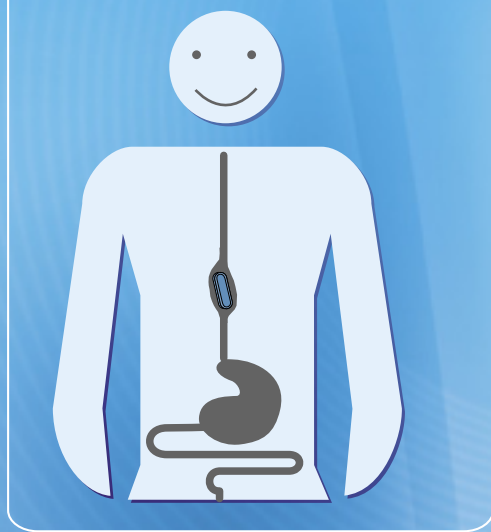
tabletki powlekane 10 mg, 28 tabl.

ALENDRONIAN W OTOCZCE OCHRONNEJ

Redukcja złamań szyjki kości udowej o **63%**¹, nowych mnogich złamań kręgow o **90%**².

TABLETKA POWLEKANA

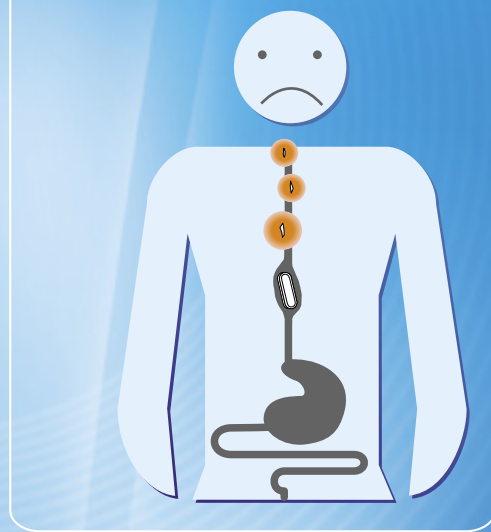
otoczka uniemożliwia kontakt alendronianu ze ścianą przełyku



TABLETKA ZWYKŁA

przyklejone do ściany przełyku drobiny alendronianu mogą powodować:

- stany zapalne • erozje
- owrzodzenia • nadżerki



20,02 zł*

* Suplement 1/2004 do Indeksu Leków Medycyny Praktycznej.

* „W celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia uszkodzeń błony śluzowej górnych odcinków przewodu pokarmowego preparat Ostolek 10 mg ma postać tabletki powlekanej. Otoczka tabletki wyklucza możliwość bezpośredniego kontaktu substancji czynnej leku ze śluzówką jamy ustnej, gardła i przełyku. Jednocześnie otoczka ta szybko rozpuszcza się w żołądku, nie opóźnia więc dezintegracji tabletki i uwalniania substancji czynnej leku.”

Zatwierdzona przez Ministra Zdrowia

Charakterystyka Środka Farmaceutycznego OSTOLEK tabletki powlekane 10 mg (fragment)

LECZENIE OSTEOPOROZY

Aż **16%** spośród wszystkich zgłaszanych działań niepożądanych alendronianu stanowią uszkodzenia przełyku³.



Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne
LEK-AM Spółka z o.o.,
ul. Ostrzykowińska 14A
05-170 Zakroczym,
tel./faks (22) 635 80 41

OSTOLEK (Acidum alendronicum) 10 mg. Tabletki powlekane 28 szt. Skład: tabletki zawierają 13,05 mg trójwodoru alendronianu sodu, odpowiada 10 mg kwasu alendronowego. WSKAZANIA: preparat OSTOLEK przeznaczony jest do leczenia osteoporozy u kobiet po menopauzie w celu zwiększenia wytrzymałości mechanicznej kości. Świadczenie Rejestracji Ministra Zdrowia nr 9509. Należy zapoznać się z właściwościami leku przed zastosowaniem. Pełna informacja o leku dostępna u producenta i w ulotce dołączonej do leku.

Piśmiennictwo: 1. Black DM et al. „Fracture risk reduction with alendronate in women with osteoporosis: The Fracture Intervention Trial” Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 85, 2000; 2. Black DM et al. „Randomized trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures” Lancet 348, 1996; 3. de Groen PC et al. „Esophagitis associated with the use of alendronate.” N. Engl. J. Med. 1996.

Reklama przypominająca

REKLAMA

Artykuł sponsorowany

Alendronian w otoczkę w leczeniu osteoporozy starszych osób

Zapobieganie zapaleniu przełyku

Dr n. med. **Lucyna Papierska**, Klinika Endokrynologii CMKP

Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. med. **Stefan Zgliczyński**

Słowa kluczowe: alendronian, zapalenie przełyku, refluks żołądkowo-przełykowy

dokończenie ze str. 11

tabletek, nadając im niekiedy obły kształt. Preparat oryginalny jest od trzech lat powlekany cienką warstwą wosku, która ułatwia połykanie, a nie zmienia biodostępności leku. Nowy polski alendronian, „Ostolek” ma otoczkę, która ułatwia połykanie i uniemożliwia kontakt przełyku z substancją czynną. Tabletki do łykania raz w tygodniu, również mogą zmniejszać ryzyko podrażnień, co wynika z tego, że do kontaktu leku ze śluzówką przełyku dochodzi znacznie rzadziej.

Drugim mechanizmem, który może prowadzić do bardziej poważnych uszkodzeń przełyku jest działanie rozpuszczonej już tabletki w środowisku kwaśnym. Keratocyty przełyku uszkadza bowiem głównie kwas alendronowy, a nie obecny w tabletkach alendronian sodu. W kwaśnym soku żołądkowym o pH poniżej 2,0, sól dysocjuje, przyłączając następnie proton, czyli przechodząc w kwas. W tym mechanizmie najistotniejszą rolę gra zarzucenie kwaśnej treści żołądkowej do przełyku, które może być następstwem nieprzestrzegania sposobu przyjmowania tabletek albo przepukliny rozworu przełykowego. Dlatego też niemożliwość utrzymania pozycji pionowej po zażyciu tabletki lub przepuklina rozworu przełykowego stanowią przeciwwskazania do leczenia alendronianem. Według Lanzy dopuszczalne jest jednak leczenie pacjentów z przepukliną rozworu przełykowego, jeżeli podanie alendronianu poprzedzimy, a potem połączymy z leczeniem blokerem pompy protonowej (np. Omeprazolem, Pantoprazolem lub Lanzoprazolem).

Powstaniu zapalenia i owrzodzeń przełyku w tym mechanizmie nie zapobiega tabletki powlekane, ponieważ otoczka rozpada się w żołądku w ciągu kilkunastu sekund. Jest to zjawisko z jednej strony korzystne, ponieważ nie zmniejsza biodostępności leku, jednakże z drugiej strony otoczka nie zabezpiecza przed zapaleniem przełyku, które powstaje w mechanizmie refluksu i obniżenia pH. W przypadku tabletki powlekanej, stosowanie się do zakazu przyjęcia pozycji leżącej po zażyciu leku, jest więc równie ważne, jak w

przypadku starszych postaci leku. Znaczenie ma także, podwyższające pH, leczenie blokerami pompy protonowej.

Trzeci z rodzajów uszkodzenia przełyku opisał Peter w roku 1998. Zauważył on, że istniejąca choroba przełyku (zapalenie, owrzodzenie) ulega zaostrzeniu po kontakcie z rozpuszczonym alendronianem nawet w środowisku obojętnym czy zasadowym. Znaczenie ma tu powtarzalność ekspozycji uszkodzonej śluzówki na lek. Kontakt z alendronianem co 24 godziny pogłębia istniejące uszkodzenie mechaniczne śluzówki i nasila zmiany zapalne. Przed rozpoczęciem leczenia alendronianem należy więc zebrać od pacjenta dokładne wywiady chorobowe. Jeżeli istnieje podejrzenie zmian w górnym odcinku przewodu pokarmowego, podanie bisfosfonianu powinno być poprzedzone leczeniem blokerem pompy protonowej. W razie wątpliwości wskazane jest wykonanie gastroskopii. Należy jednak pamiętać, że również wprowadzenie gastrofibroskopu może spowodować drobne otarcie nabłonka przełyku. Te i podobne drobne uszkodzenia goją się w przeciągu dwóch-trzech dni, jeżeli kontakt z alendronianem nie powtarza się. Powleczenie tabletki otoczką zapobiega bezpośredniemu kontaktowi substancji czynnej podczas połykania z istniejącym już mikro-uszkodzeniem. Dobrym pomysłem na zminimalizowanie uszkodzeń przełyku powstałych w tym mechanizmie jest stworzenie postaci alendronianu do stosowania raz w tygodniu. Wykazano, że podczas tygodniowej przerwy między tabletkami nawet drobne owrzodzenie jest w stanie całkowicie się zagoić.

Podsumowując: Stwierdzono, że zapalenie i owrzodzenie przełyku może być następstwem leczenia osteoporozy alendronianem. To rzadkie powikłanie dotyczy 0,04% leczonych chorych i stanowi 16% wszystkich zgłaszanych działań niepożądanych leku. Ze względu na możliwość poważnych powikłań, takich jak na przykład perforacja lub trwałe zwężenie przełyku problem ten nie może pozostać przemilczany. Ponieważ zmiany w przełyku

rozwijają się w różnych mechanizmach, różne są też sposoby im zapobiegania. W przypadku zmian zależnych od kwaśnego pH za leczenie zapobiegawcze można uznać podawanie blokerów pompy protonowej. Pacjentom z dużym refluksiem żołądkowo-przełykowym aminobisfosfonianów raczej nie należy zalecać. Uszkodzenie śluzówki w pH zasadowym, zależne od powtarzającego się kontaktu rozpuszczonego alendronianu z jej głębszymi warstwami, po mikrouszkodzeniu, będzie mniej prawdopodobne w wypadku postaci leku do stosowania raz w tygodniu. Ryzyko zapalenia przełyku typu reakcji na ciało obce można znacznie zmniejszyć poprzez zastosowanie tabletek w otoczkę, ułatwiającej połykanie i zmniejszającej ryzyko kontaktu masy tabletkowej z błoną śluzową przełyku.

Opisane modyfikacje postaci leku nie wpływają ujemnie na jego właściwości farmakokinetyczne i farmakodynamiczne. Tabletki w otoczkę uwalniają substancję czynną równie szybko jak te niepowlekane. Tabletki stosowane raz w tygodniu równie silnie hamują obrót kostny i dają taki sam przyrost gęstości mineralnej kości, jak stosowane codziennie. Tak więc wprowadzenie tabletki w otoczkę oraz zmian w schemacie dawkowania leku (tabletki raz w tygodniu) sprawia, że leczenie alendronianem staje się coraz wygodniejsze i bezpieczniejsze.

Piśmiennictwo:

1. F. Lanza: Bisphosphonate mucosal injury – the end of the story? Digestive and Liver Disease 35 (2003) 67-70
2. S. Abraham i wsp.: Alendronate-Associated Esophageal Injury: Pathologic and Endoscopic Features Mod Pathol 1999; 12(12): 1152-1157
3. P. DeGroen i wsp.: Alendronate caused esophagitis, but rarely N Engl J Med 1996; 335: 1016-21
4. U. Liberman: Esophagitis and alendronate N Engl J Med 1996; 334: 1069-70
5. D. Bauer i wsp.: Upper gastrointestinal tract safety profile of alendronate: The Fracture Intervention Trial. Arch Intern Med 2000; 160: 517-25
6. C. Peter i wsp.: Esophageal irritation due to alendronate sodium tablets: possible mechanisms Dig Dis Sci 1998; 43: 1998-2002

O granicach eksperymentu

Z dyrektorem Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, naczelnym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, profesorem dr. hab. med. **Zbigniewem Czernickim** rozmawia Jerzy Wunderlich

• *W środowisku lekarskim jest pan profesor powszechnie znany jako naczelnym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, mniej jako dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej PAN. A tej właśnie zawodowej działalności chcemy poświęcić dziś więcej uwagi. Mam zamiar zaskoczyć pana pierwszym pytaniem: Czy chce pan profesor przejść do historii medycyny jako badacz, eksperymentator, a zwłaszcza pionier, odkrywca?*

– Chyba każdy naukowiec – choćby skrycie – marzy o tym, by zapisać się w historii nauki. I mnie pociągała praca badawcza, chciałem być odkrywcą, szczególnie kiedy byłem jeszcze studentem. Mam też za sobą okres prac badawczych, laboratoryjnych w dziedzinie biochemii. Ale przyznam się panu, że obecnie najwięcej satysfakcji sprawia mi medycyna praktyczna. Leczenie, a zwłaszcza efekty leczenia.

Fascynuje mnie proces „uzdrowienia” pacjenta, przynoszenie mu ulgi, usuwanie zagrożenia, ratowanie od śmierci lub kalectwa.

Cenię sobie niezmiernie i ciągle mnie wzrusza uczucie wdzięczności pacjenta, któremu mogłem pomóc. Dochodzę do wniosku, że jeśli chcę pozostać w czyjejś pamięci, to jako

dobry lekarz. W mojej trudnej specjalności – neurochirurgii.

Myślę, że nie mógłbym uprawiać jedynie medycyny teoretycznej, *pure science*, czystej nauki bez kontaktu z chorym, w oderwaniu od medycyny praktycznej.

Na szczęście nasz Instytut, największy medyczny instytut PAN, łączy w sobie dwa piony: laboratoryjno-badawczy i kliniczny, w którym prowadzi się eksperymenty kliniczne z myślą o chorych bądź wykorzystuje się materiał pozyskany od chorych. Szczególnie w dziedzinie *neuro*, tj. neurologii, neurochirurgii, neurofarmakologii, ale i chirurgii transplantacyjnej, nefrologii i w innych dziedzinach.

• *Ale czy nie obawia się pan, że to naturalne u ludzi nauki dążenie do rozgłosu, do sławy może doprowadzić do tego, że nie cofną się przed niczym, byle tylko zdobyć choćby krótkotrwałą popularność, jeśli nie nieśmiertelną sławę?*

– Tak, obawiam się. I takie naganne zachowania w nauce obserwowane są od dawna. Przypominam sobie, że np. w jakimś laboratorium w USA farbowano myszy, żeby za wszelką cenę uzyskać pożądaną obraz, co miało przemawiać za takim a nie innym założonym wnioskiem, z góry postawioną tezą. Znałe są też odkrycia archeologiczne czy paleontologiczne, które nie wytrzymały próby czasu albo były udanym żartem studen-

tów potraktowanym z całą powagą przez ich profesorów. Ale ja rozróżniam tu fałszerstwa i naukowe skandale, które oczywiście szkodzą, psują opinię ludziom nauki, od badań nastawionych na czynienie zła, będących zagrożeniem nie tylko dla jednostki, ale dla ludzkości. Np. wyhodowanie szczególnie zjadliwej bakterii, która rozmnożona może być wykorzystana jako broń biologiczna.

Czym innym są naukowe fałszerstwa, a czym innym dążenie by odkryć, wdrożyć, wyprodukować coś groźnego.

• *Do takich pytań i rozważań skłoniło mnie słowo „doświadczalny” w nazwie pana Instytutu. Doświadczenie w medycynie – szerzej w biologii – wywołuje w nas reakcję negatywną, rodzi obawy, lęk przed czymś nieznanym.*

– Rozumiem te obawy, te skojarzenia, jakie rodzić może nazwa: Instytut Medycyny Doświadczalnej. Może zwłaszcza budzić lęki związane z doświadczeniami z przeszłości. Mimo upływu czasu ciągle są żywe wspomnienia o zbrodniczych eksperymentach prowadzonych przez uczonych na usługach hitlerowskich Niemiec, np. na więźniach w Oświęcimiu czy kobietach więźniarkach w Rawensbrück. Słusznie, że przechowujemy te fakty w pamięci, bo chodzi o to, by im zapobiec w przyszłości. Nawet jeśli odeszliśmy od tego tak daleko.

Dlatego mamy obecnie unormowane, ujęte w przepisy prawne zasady, jakich należy przestrzegać w badaniach naukowych, i to nie tylko wtedy, kiedy ich obiektem jest człowiek, ale i w czasie eksperymentów na zwierzętach.

• *Czyli stawia pan sobie bariery, granice, których lekarz nie może przekroczyć?*

– Ja, choćbym chciał (choć ja nie przychodzi mi to do głowy), nie mógłbym wykonywać doświadczeń, eksperymentów medycznych, które są niedopuszczalne, prawnie zakazane.

Co to oznacza? Nie można wykonywać doświadczeń, które może temu choremu, temu pacjentowi przynieść szkodę. To jest jasno ujęte w Kodeksie

sie Etyki Lekarskiej, przy którego redagowaniu współpracowałem. Artykuł 42 Kodeksu mówi: „Eksperymenty medyczne z udziałem człowieka mogą być przeprowadzane przez lekarza, o ile służą poprawie zdrowia pacjenta biorącego udział w doświadczeniu lub wnoszą istotne dane poszerzające zakres wiedzy i umiejętności lekarskich. Lekarz przeprowadzający eksperyment leczniczy powinien być przeświadczony, że spodziewane korzyści dla pacjenta przeważają w istotny sposób nad nieuniknionym ryzykiem.”

Ryzyko, jakie podejmujemy, musi być radykalnie zminimalizowane. Ale to ryzyko istnieje, bo w tych badaniach jest coś nieznanego, coś czego jeszcze nie wiemy, tajemnica, którą chcemy poznać. Bo taki jest sens badań naukowych.

Trzeba też pamiętać, że to doświadczenie, ten eksperyment poprzedzony jest zwykle dwiema fazami: badaniami *in vitro* (ostatnio coraz częściej na hodowlach komórkowych), a następnie na zwierzętach. Dopiero na końcu przeprowadza się eksperymenty z udziałem człowieka. Za jego wiedzą i zgodą. Wszelkie badania w medycynie w Polsce podejmowane są także za wiedzą i zgodą Komisji Bioetycznych, które sprawują nadzór nad tym, by przyjęte zasady były przestrzegane.

• *W Deklaracji Helsińskiej zostały sformułowane zasady prawidłowego prowadzenia badań klinicznych. A już – co najmniej w dwóch ośrodkach – zostały ogłoszone nie zweryfikowane jak dotąd informacje o daleko posuniętych pracach nad klonowaniem reprodukcyjnym istot ludzkich, co uznano za sprzeczne z godnością człowieka. Czy nie budzi to obaw, że ani religia, ani wspólne zasady, ani normy prawne nie powstrzymają ambitnych, a pozabawionych zasad eksperymentatorów przed takimi próbami?*

– Oczywiście, budzą się takie obawy. Mogą znaleźć się ludzie – także w nauce – którzy nie czują się skrepowani ograniczeniami ani ogólnie przyjętymi zasadami, nakazami religii ani normami prawnymi. Nie cofną się przed udziałem w badaniach groźnych, szkodliwych, nakierowanych na czynienie zła albo w eksperymentach tak ryzykownych, że ich skutków nie jesteśmy w stanie dziś przewidzieć. Są różne pokusy.

Jedną, którą pan wymienił, to chęć dokonania czegoś niezwykłego, odkrycia głośnego, które przyniesie choćby chwilową popularność czy sławę. Ale

jest i inna pokusa. Bardzo silna. To pieniądze. Chęć zdobycia dużych pieniędzy.

Uczony może mieć coś do sprzedania. To coś może nieść za sobą oczekiwany postęp, ale może też służyć celom wojny. Na to idzie wiele pieniędzy i chęć ich zdobycia może sprawić, że wszelkie zasady idą w ką. Temu ma zapobiec globalna kontrola, przyjęcie wspólnych zasad, wspólnych norm prawnych obowiązujących tak w Europie, jak i w Ameryce czy Azji.

Sprzyja temu tzw. globalizacja – choć kontestowana przez niektórych, to jednak sprawia ona, że świat się kurczy, ale i jednocześnie, mamy coraz większe poczucie wspólnoty ludzkiej, która musi się bronić przed różnymi zagrożeniami.

• *Niektórzy w tej obronie posuwają się bardzo daleko. Coraz częściej słychać głosy tych, którzy domagają się wprowadzenia całkowitego zakazu wszelkich badań i eksperymentów w zakresie inżynierii genetycznej u ludzi. Czy taki zakaz jest możliwy? Czy dałoby się środkami administracyjnymi wykonać jego przestrzeganie?*

– Wprowadzenie zakazów całkowitego wstrzymania się od badań i eksperymentów, np. w genetyce skazane byłoby, moim zdaniem, na niepowodzenie. O ile w ogóle dałoby się racjonalnie uzasadnić. Genetyka jest obecnie jedną z najszybciej rozwijających się nauk, zaskakuje nas wciąż nowymi odkryciami i stwarza wielkie nadzieje także w leczeniu wielu chorób, wobec których byliśmy dotychczas bezradni.

Ale wracając do pana pytania – te, nazwijmy je zakazane, badania – dałoby się łatwo ukryć. To jest pytanie raczej do policjanta, czy dałoby się nad tym zapanować, wymusić przestrzeganie przepisów. Ale posłużę się tu przykładem produkcji i rozpowszechnienia narkotyków. Ile energii wkłada się w wojnę antynarkotkową, w likwidację źródeł narkobiznesu w Ameryce Południowej, a jak niewspółmierne efekty uzyskuje się w stosunku do tego ogromnego zaangażowania w likwidację tego procederu. Ci, którzy na tym wiele zarabiają, godzą się z tym, że łączy się to z wielkim ryzykiem.

Wróćmy jednak na nasze podwórko. Jeśli chodzi o badania dotyczące istoty ludzkiej, to wobec różnic, jakie dzielą środowiska uczonych, zwłaszcza leka-

rzy, przyjęliśmy zasadę nazwaną klauzulą sumienia. To znaczy, że jeśli naukowiec badacz (choć nie tylko, dotyczy to także praktyki klinicznej), a więc jeśli lekarz ze względu na swoje poglądy i zasady nie zgadza się z określonymi procedurami, to może ich nie wykonywać ani w nich nie uczestniczyć. To jest dość rzadki przypadek, że prawo dopuszcza klauzulę sumienia, wpisuje ją w tym przypadku do praktyki.

To jest, moim zdaniem, dobre rozwiązanie, bo nie naraża lekarza na konflikty moralne, nie stawia go w sytuacjach bez wyjścia. Dopuszcza się bowiem odmowę wykonania procedur, powstrzymanie się od działania, które byłoby sprzeczne z wyznawanym światopoglądem.

• *Czy – nazwijmy to problemy bioetyczne – rozstrzygane już były przez sądy lekarskie?*

– Choć nieliczne, to jednak na wokandy sądów lekarskich trafiały takie sprawy. Ale na ogół skargi nie dotyczyły pryncypiów czy obrony zasad, a wynikały z tzw. problemów międzyludzkich, konfliktów, napięć w zespołach. Raczej wynikało to, niestety, z antagonizmów niż z chęci obrony zasad. Dlatego mogą pana, być może, rozczarować – nie chodziło tu o to, że ktoś po cichu, bez naszej wiedzy podjął się stworzenia nowego Frankenstein'a czy czegoś równie paskudnego.



foto: Marek Stankiewicz

foto: Marek Stankiewicz



Tajemnica czy zatajenie?

Tajemnica lekarska jest wręcz przysłowiowa i w ilości „cytowań” konkuruje jedynie z tajemnicą spowiedzi. Mimo różnych zawirowań społeczno-politycznych zawód nasz cieszy się nadal – co mnie zaskakuje – zaufaniem społecznym. Być może ma to związek z pewnością, że wiele spraw pozostanie w zaciszu gabinetu, a może z tym, że choroby, na leczeniu których się znamy, stanowią jeden z podstawowych problemów każdego człowieka. (...)

W związku z ujawnieniem przez „Gazetę Wyborczą” faktu nosicielstwa wirusa HIV, a nawet czynnego AIDS u znanego dyrygenta chóru, powstała wrzawa medialna. Oburzenie lekarzy ze środowiska poznańskiego było znaczne. Zarzucali oni redaktorom sprzeniewierzenie się jednej z podstawowych zasad i praw pacjenta. Dyskusja sięgnęła nawet autorytetów Trybunału Konstytucyjnego. (...)

Oburzonym kolegom z Poznania umknęło chyba uwadze jedno z podstawowych zadań lekarza, jakim jest troska o dobro społeczne. Zdrowie grupy ludzkiej, zwłaszcza gdy chodzi o dzieci i młodzież jest zawsze – mam nadzieję nie tylko moim zdaniem – ważniejsze od zdrowia i zachowania pełni praw jednostki. W konkretnej sytuacji poznańskiego dyrygenta, doszło z jego strony do naruszenia artykułu 161 Kodeksu Karnego, to jest świadomego narażenia małoletnich na zarażenie wirusem HIV. Pójdę dalej w moich rozważaniach i stwierdzę, że to właśnie obowiązkiem owych lekarzy było powiadomienie o śmiertelnym zagrożeniu, na jakie narażeni byli partnerzy seksualni zarażonego. Dziwna zmowa milczenia, jaka panowała przez lata wokół tej sprawy, prawdopodobnie zbierze swe okrutne żniwo. Ciekaw jestem – tak na marginesie – czy rodzice chórzystów, którzy jeszcze w dniu aresztowania dyrygenta stali pod budynkiem poznańskiego sądu z transparentem o treści „Wojtek jesteśmy z Tobą”, nadal są tego samego zdania. (...)

Wojciech Szczęsny

„Primum non Nocere”

Notatki rzecznika prasowego



Przedstawiciel NRL w Sekcji Kardio-Torakochirurgii UEMS

19.03.br. na posiedzeniu prezydium NRL prof. Tadeusz Orłowski, na wniosek Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów, otrzymał nominację na przedstawiciela samorządu lekarskiego w Sekcji Kardio-Torakochirurgii Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS). Prof. Orłowski wiele lat pracuje przy tworzeniu Sekcji. W okresie ostatnich 7 lat brał udział w egzaminach europejskich w zakresie chirurgii klatki piersiowej, natomiast podczas ostatnich 6 kadencji był przewodniczącym komisji egzaminacyjnej.

Obrazy Prezydium NRL

Członkowie Prezydium NRL w trakcie obrad:

■ 19.03.

• przyjęli stanowisko

— dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie dopuszczalnych sposobów i warunków unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych,

• podjęli m.in. uchwały:

— w sprawie delegowania przedstawicieli NRL:

— prezesa Konstantego Radziwiłła i przewodniczącego Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej NRL Jana Adamusa, na:

- spotkanie Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich w Brukseli (26-27.03.br.),

- Sympozjum Izby Lekarskich Krajów Europy Środkowej i Wschodniej w Berlinie (27-29.05.br.),

- przewodniczącego Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej NRL Jana Adamusa na 107 Zjazd Lekarzy Niemieckich w Bremie (18-21.05.br.),

— zmieniającą uchwałę w sprawie ustanowienia przedstawicieli NRL w:

- zespołach ekspertów ds. uznawania dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w części lub całości szczegółowego programu właściwej specjalizacji,

- komisjach egzaminacyjnych przeprowadzających egzaminy specjalizacyjne w zakresie specjalizacji II stopnia,

■ 1.04.br.

• przyjęli następujące stanowiska:

— dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wzoru dokumentu „Prawo wykonywania zawodu felczera”, w którym członkowie prezydium nie zgłaszają uwag, stwierdzając jedynie, że wzór graficzny dokumentu nie powinien odbiegać od wzorów dokumentów dot. prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry, za-

mieszczonych w rozporządzeniu ministra zdrowia z 16.06.2003 r. (Dz. U. nr 182, poz. 1785) i w takiej, opracowanej formie opublikowane w Dzienniku Ustaw,

— dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie zakresu znajomości przez cudzoziemców języka polskiego koniecznego do wykonywania zawodu felczera oraz trybu przeprowadzania i składania egzaminów z języka polskiego,

— w sprawie programu specjalizacji z urologii dziecięcej,

— dot. projektu rozporządzenia ministra infrastruktury zmieniającego rozporządzenie w sprawie wymagań w zakresie sprawności psychicznej i fizycznej osób ubiegających się o świadectwo kwalifikacji członka personelu lotniczego lub posiadających świadectwo kwalifikacji członka personelu lotniczego, w którym członkowie Prezydium mają wiele zastrzeżeń do powyższego rozporządzenia, m.in. na temat badań lekarskich personelu lotniczego,

• podjęli m.in. uchwały:

— na temat delegowania przedstawiciela NRL do Rady Społecznej Centrum Medycznego KOL-MED w Tarnowie. Została nim dr Zofia Tomik,

— w sprawie delegowania przedstawicieli NRL na posiedzenie ERO/FDI do Bukaresztu w dn. 20-23.05.2004 r. Samorząd lekarski, w trakcie spotkania, będą reprezentować: Zbigniew Żak – wiceprezes, Kazimierz Bryndał – członek NRL, Anna Lella – członek Komisji Stomatologicznej NRL.

Nominacje profesorskie

2.04.br. prezydent RP Aleksander Kwaśniewski wręczył nominacje profesorskie. Wśród grona nominowanych było także czterech lekarzy:

— Wiesław Władysław Drozdowski – AM w Białymstoku,

— Janusz Marek Gumprecht – Śląska AM w Katowicach,

— Joanna Matuszkiewicz-Rowińska – AM w Warszawie,

— Krystyna Elżbieta Wiśniewska – New York State Institute for Basic Research in Developmental Disabilities – USA.

Sprostowanie

W kwietniowym numerze „GL” podałam przedwcześnie informację o przekazaniu NIL przez Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie (AMA) – katalogu świadczeń lekarskich (CPT). W tej chwili trwają jeszcze negocjacje na temat szczegółów przejścia przez NIL powyższego katalogu. Zdaniem prezesa Radziwiłła, w niedługim czasie obie strony powinny dojść do porozumienia i podpisania ostatecznej umowy o współpracy. Wówczas pierwszymi grupami świadczeń tłumaczonymi na j. polski będą: ginekologia i położnictwo. Następnie NIL otrzyma zgodę AMA na tłumaczenie i wprowadzenie do polskiej ochrony zdrowia pełnego zakresu katalogu. Czytelników „GL” serdecznie przepraszam za wprowadzenie w błąd.

Iwona A. Raszke-Rostkowska
tel./fax (0-22) 851-71-48

tel.kom. 0-606-440-100

e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org

DHEA

Dehydroepiandrosteron w profilaktyce i terapii

Dr n. med. Lucyna Papierska, Klinika Endokrynologii CMKP

Dehydroepiandrosteron (DHEA), zarejestrowany przez FDA w 1996 roku, jest w wielu krajach dostępny bez recepty. Powoduje to często niekontrolowane zażywanie tego androgenu przez ćwiczących w siłowniach „sportowców” lub osoby pragnące odwrócić procesy starzenia się. W Polsce jedynym zarejestrowanym preparat DHEA jest sprzedawany tylko w aptekach. Dawki dostępne w naszym kraju bez recepty (5 i 10 mg) są znacznie niższe niż stosowane w USA. O zastosowaniu dawek wyższych, wskazanych na przykład w niedoczynności kory nadnerczy, zdecydować może jedynie lekarz i to on musi podjąć odpowiedzialność monitorowania takiej terapii. Specjalista, rzecz jasna, nie może opierać swojej wiedzy o leku na reklamach radiowych czy stronach internetowych producentów, lecz na danych z recenzowanej literatury medycznej. Krótki przegląd takich danych pozwalam sobie przedstawić poniżej.

DHEA – fizjologia wydzielania i przemiany tkankowe

Zdrowe nadnercza produkują około 30-35 mg DHEA na dobę. Wyrzut hormonu z warstwy siateczkowej kory nadnerczy występuje w godzinach porannych. Wydzielanie dehydroepiandrosteronu, podobnie jak kortyzolu, pobudzane jest przez ACTH. Większość DHEA już w nadnerczach ulega przemianie do siarczanu dehydroepiandrosteronu (DHEAS). DHEAS służy następnie jako rezerwa DHEA, ponieważ ma długi okres półtrwania (10-20 godzin, a DHEA jedynie 2-3 godziny). Badając wydolność nadnerczy w zakresie wydzielania dehydroepiandrosteronu oznaczamy stężenie jego siarczanu w osoczu, ponieważ nie ulega ono wahaniom dobowym.

U ludzi zdrowych występują charakterystyczne zmiany w wydzielaniu DHEA wraz z dojrzewaniem a następnie starzeniem się. Najwyższe stężenie DHEA i jego metabolitów stwierdza się u płodu, w ostatnich kilkunastu dniach ciąży. Po porodzie następuje gwałtowny spadek wydzielania dehydroepiandrosteronu, aż do wartości bliskich zeru około 6-7 r.ż. Podczas pokwitania wytwarzanie DHEA w nadnerczach gwałtownie rośnie, i w okresie od osiągnięcia dojrzałości płciowej wynosi 30-35 mg na dobę, utrzymując się na tym poziomie do mniej więcej 35 r.ż. Następnie obserwujemy stopniowe zmniejszanie się produkcji i zaburzenia w dobowym rytmie wydzielania dehydroepiandrosteronu, co powoduje, że stężenia DHEAS w surowicy osób w wieku podeszłym nie przekraczają 10% stężeń u osób młodych. Takie wygasanie czynności wydzielniczej nadnerczy w zakresie produkcji androgenów nazywane jest przez niektórych adrenopauzą (poprzez analogię z menopauzą i andropauzą). U osób młodych, przy prawidłowej adaptacji do dużego wysiłku fizycznego wydzielanie DHEA przez nadnercza wzrasta równolegle ze zwiększeniem wydzielania kortyzolu, natomiast przy nadmiernym obciążeniu fi-

zycznym, długotrwałym stresie, i u osób starszych nie obserwuje się tego efektu. Diety: niskokaloryczna i wegetariańska zwiększają stężenie DHEAS w surowicy. Podobny efekt wywołuje palenie tytoniu, co utrudnia ocenę zależności między stężeniem DHEAS a ryzykiem miażdżycy i jej powikłań.

Najsilniejszym czynnikiem hamującym produkcję DHEA są glukokortykoidy – stężenie DHEAS oznaczane w surowicy u osób poddanych steroidoterapii jest na granicy czułości stosowanej metody, a często wręcz nieoznaczalne. Skrajnie niskie stężenie DHEAS stwierdzamy również u pacjentów z pierwotną (choroba Addisona) albo wtórną niedoczynnością kory nadnerczy. Wydzielanie podstawowe dehydroepiandrosteronu i odpowiedź na pobudzające działanie ACTH maleje w ciężkich, długotrwałych i wyniszczających chorobach. Obniżone stężenia DHEA i DHEAS w surowicy opisywano u pacjentów z chorobą Alzheimera, AIDS, przewlekłą zastoinową niewydolnością krążenia i reumatoidalnym zapaleniem stawów. Niejednoznaczne są dane na temat zmian w wydzielaniu DHEA w chorobach psychicznych: opisywano tak zmniejszone jak i zwiększone stężenia DHEAS u pacjentów z depresją i schizofrenią. Wydaje się, że u tych chorych znaczenie może mieć zanik fizjologicznego rytmu wydzielania DHEA. Kilka źródeł podaje, że u mężczyzn szczególnie szybko postępująca adrenopauza z bardzo niskimi stężeniami DHEAS jest złym prognostycznym czynnikiem, świadczącym o znamiennej wyższym ryzyku zgonu. U kobiet obniżenie wydzielania androgenów nadnerczowych wiąże się z zanikiem libido, depresją i zwiększonym ryzykiem rozwoju chorób układu ruchu.

Receptory dla DHEA stwierdzono na przykład w jądrach osteoblastów myśi i w ludzkich limfocytach T oraz monocytach. Częściej DHEA wykazuje poza tym powinowactwo do receptora estrogenowego, receptora GABA, receptora dla N-metylaspartamu. Dehydroepiandrosteron służy ponadto jako hormon „macierzysty” dla powstających w toku dalszych przemian androstendionu, testosteronu i estradiolu oraz estronu. Aktywność tych przemian jest różna u płci męskiej i żeńskiej. U kobiet dehydroepiandrosteron jest przede wszystkim źródłem testosteronu, jednak przy leczeniu dawkami do 25 mg DHEA dziennie nie obserwowano kumulacji testosteronu w surowicy. U mężczyzn natomiast, podczas leczenia analogicznymi dawkami, dehydroepiandrosteron ulega konwersji przede wszystkim do estradiolu. Nie jest to jednak zjawisko niekorzystne, ani zaskakujące: testosteron jest znacznie silniejszym androgenem niż DHEA, a z niego również, na skutek aromatyzacji powstaje estradiol. Stężenie estradiolu u zdrowego mężczyzny jest wyższe niż u kobiety po menopauzie. Prawidłowe działanie estrogenów u mężczyzn warunkuje prawidłowy metabolizm lipidów, jest niezbędne dla osiągnięcia prawidłowej szczytowej

masy kostnej, poprawia nastrój. U pacjentów z defektem aromatazy lub wadą receptora estrogenowego występują hiperlipidemia, osteoporoza i depresja, a leczenie estrogenami przynosi u nich korzystne efekty.

Należy jednak pamiętać, że jako hormon „pośredni” w cyklu przemian DHEA do estradiolu, u mężczyzn powstaje również testosteron. Tak więc rak prostaty jest bezwzględnie przeciwwskazaniem do stosowania DHEA.

Przemiany dehydroepiandrosteronu zależą też od rodzaju tkanki w której mają miejsce. W osteoblastach powstają przede wszystkim estrogeny (estron i estradiol), a aktywność katalizującej tę przemianę aromatazy zależy od stężenia witaminy 1,25OHD₃. W śródbłonku dehydroepiandrosteron jest źródłem estradiolu, z czym można wiązać korzystne działanie hormonu na naczynia krwionośne. W gruczole piersiowym z DHEA powstają niemal wyłącznie androgeny. Istnieje jednak linia MCF7 – komórek raka sutka, w których stwierdzono nadekspresję aromatazy, w związku z czym dehydroepiandrosteron jest dla nich źródłem estrogenów. Dlatego też obecność guza piersi lub przebyta mastektomia, jest bezwzględnie przeciwwskazaniem do leczenia DHEA.

Maksymalnymi zalecanymi dawkami, które nie powodują kumulacji powstających z DHEA estrogenów i testosteronu w surowicy krwi są: 25 mg na dobę dla kobiet i 50 mg na dobę dla mężczyzn. Wyższe dawki, szczególnie u kobiet częściej powodują objawy uboczne.

Po co DHEA?

Biologiczne i kliniczne efekty działania hormonu

Dehydroepiandrosteron, w przeciwieństwie do powstającego również w nadnerczach kortyzolu, nie jest hormonem niezbędnym do życia. Chory z niedoczynnością kory nadnerczy jeszcze dziesięć lat temu otrzymywali jedynie substytucję mineralokortykoidami (Cortineff) i glukokortykoidami (Hydrokortyzon). W kilku badaniach oceniano jakość życia tak leczonych pacjentów i okazało się, że mimo pozornie prawidłowego wyrównania niedoborów hormonalnych, jest ona znacząco gorsza niż ich zdrowych rówieśników. W wyniku tych poszukiwań, u kobiet z chorobą Addisona, opisano zespół niedoboru androgenów, który charakteryzuje się głównie zanikiem libido i skłonnościami depresyjnymi, pogorszeniem tolerancji wysiłku, gorszą samooceną oraz pogorszeniem jakości życia. Niedobór hormonów o działaniu anabolicznym zwiększa również ryzyko osteoporozy, która u kobiet z niedoczynnością kory nadnerczy rozwija się szybciej niż u zdrowych rówieśniczek. Te niekorzystne zjawiska udaje się zahamować, stosując substytucyjne dawki DHEA. U kobiet z pierwotną niedoczynnością kory nadnerczy uzyskiwano poprawę samopoczucia i samooceny oraz tolerancji wysiłku, poprawę libido oraz wzrost gęstości mineralnej kości. Uzupełniając niedobory DHEA u kobiet z wtórną niedoczynnością kory nadnerczy w przebiegu niedoczynności przysadki uzyskano korzystne zmiany w zachowaniu i samopoczuciu badanych.

W „Standardach Endokrynologii” przyjętych i opublikowanych przez Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne w 2002 roku, włączono podawanie DHEA do postępowania zalecanego w niedoczynności kory nadnerczy. W Klinice Endokrynologii CMKP stosu-

ciąg dalszy na str. 18

DHEA

Dehydroepiandrosteron w profilaktyce i terapii

Dr n. med. **Lucyna Papierska**, Klinika Endokrynologii CMKP

ciąg dalszy ze str. 17

jemy takie leczenie, u wybranych pacjentów, już od siedmiu lat.

Naszą uwagę zwrócił fakt, że pacjentki młodsze, u których nie wystąpiło jeszcze wygaśnięcie czynności jajników, gorzej niż kobiety starsze tolerowały dawkę 25 mg DHEA, a korzystne zmiany w samopoczuciu i tolerancji wysiłku odnotowywały często przy dawkach niższych (5-10 mg dziennie). Może to wynikać ze wspomnianego już powinowactwa cząsteczki DHEA do receptora estrogenowego. Stwierdzono, że w warunkach niskiego stężenia estradiolu (po menopauzie), DHEA pobudza jego receptory, natomiast przy stężeniu wysokim działa jak antagonist. **Tak więc u kobiety miesiączkującej lub stosującej hormonalną estrogenowo-progestagenową terapię zastępczą zalecona początkowo dobową dawkę DHEA powinna wynosić maksymalnie 5-10 mg.** W hormonalnej terapii zastępczej od lat stosowany jest dehydroepiandrosteron w połączeniu z estradiolem w postaci wstrzyknięć domięśniowych, (Gynodian depot), zlecany pacjentkom źle tolerującym terapię doustną lub przezskórną. Dawka miesięczna to 200 mg dehydroepiandrosteronu (prasteronu), a więc pacjentka tak leczona otrzymuje średnio 7 mg DHEA na dobę. Tę formę hormonalnej terapii zastępczej, w połączeniu z progestagenem, stosowaliśmy u pacjentek z chorobą Addisona (pierwotna niedoczynność kory nadnerczy). Stwierdziliśmy natomiast przrost gęstości mineralnej kości w porównaniu do grupy kontrolnej, otrzymującej jedynie estradiol i progestagen.

U pacjentów z niedoczynnością kory nadnerczy stosowana dawka DHEA powinna doprowadzić do uzyskania stężeń DHEAS w granicach wartości średnich dla zdrowego trzydziestolatka (a więc około 2500-2800 ng/ml) lub co najmniej wartości średnich dla odpowiedniego przedziału wiekowego.

Drugą grupą chorych u których efekty stosowania DHEA mogą być niezwykle korzystne są pacjenci leczeni przeciwzapalnymi dawkami glukokortykoidów. W obszernej pracy opublikowanej w 1999 roku w *Rheumatology*, Robinzon i Cutolo omawiają potencjalne korzyści z takiego leczenia. **Dehydroepiandrosteron, jako androgen, wykazuje działanie anaboliczne, zwiększając na przykład produkcję białek przez osteoblasty i miocyty. Może to przeciwdziałać, wywoływanej przez steroidy osteoporozie i miopatii. Zahamowanie wydzielania androgenów nadnerczowych jest właśnie jednym z mechanizmów rozwoju osteoporozy poststeroidowej. Wykazano korzystny wpływ leczenia DHEA na kościotwórczość i masę kostną u kobiet leczonych prednizonem.** W badaniach prowadzonych na pacjentkach z toczniem trzewnym stosowano jednak wysokie, bo przekraczające 100 mg, dawki dehydroepiandrosteronu. W tym wypadku u co trzeciej leczonej kobiety wystąpił hirsutyzm i zmiany skórne (łojotok, trądzik). **W naszej Klinice wykazaliśmy, że**

także i dawka fizjologiczna (substytucyjna) DHEA, czyli 25 mg dziennie spowodowała pobudzenie kościotwórczości i przyrost gęstości mineralnej kości u pacjentek poddanych przewlekłej kortykoterapii. DHEA stosowany w dawkach substytucyjnych ma korzystny wpływ na skórę – zwiększa jej elastyczność i natłuszczenie. Te efekty również mogą być korzystne dla osób leczonych przeciwzapalnymi dawkami glukokortykoidów, u których występują rozstępy, wybroczyny i inne zmiany skórne.

W zapobieganiu katabolicznemu działaniu glukokortykoidów na tkanki można by wykorzystywać działający również anabolicznie ludzki rekombinowany hormon wzrostu (rhGH). Pomijając jednak wysokie koszty takiego leczenia, należy pamiętać, że leczenie rhGH pogarsza tolerancję glukozy, a to u osób poddanych przewlekłej kortykoterapii może znacząco zwiększyć i tak już znaczne ryzyko wystąpienia cukrzycy poststeroidowej. **Dehydroepiandrosteron natomiast nie tylko nie zwiększa ryzyka rozwoju cukrzycy, ale poprawia znacząco insulinowrażliwość tkanek u zwierząt i ludzi, poprawiając tolerancję glukozy.** Ma to znaczenie nie tylko w zapobieganiu rozwojowi cukrzycy, insulinoporności uczestniczy bowiem w ciągu patogenetycznym rozwojuotyłości brzusznej i miażdżycy – elementów zespołu polimetabolicznego. Badania na zwierzętach wykazały, że dodanie DHEA do diety przeciwdziała otyłości. Wykazano też, że leczenie DHEA zmniejsza masę tłuszczu u starszych mężczyzn i kobiet.

W doświadczeniach na zwierzętach wykazano antyoksydacyjne i hamujące rozwój płytki miażdżycowej działanie hormonalne. Wydaje się, że również u ludzi niedobór DHEA może nasilać procesy miażdżycy naczyń obwodowych, a uzupełnianie jego niedoborów odwraca je, częściowo dzięki konwersji do estradiolu w śródbłonku naczyń. Wykazano, że u zdrowych niepalących mężczyzn stężenie DHEAS w surowicy koreluje dodatnio ze stężeniem HDL-cholesterolu, a ujemnie ze stężeniem cholesterolu całkowitego i trójglicerydów. Leczenie DHEA zmniejsza u mężczyzn i kobiet stężenie cholesterolu całkowitego i trójglicerydów. DHEA może hamować też proliferację mięśniówki gładkiej naczyń we wczesnej fazie powstawania płytki miażdżycowej. DHEA w krążeniu może wywierać działanie naparstnicopodobne, a więc jest prawdopodobnie endogennym czynnikiem digoksynopodobnym (EDLF).

Uzyskanie pozytywnego działania na układ krążenia wymaga niezwykle ostrożnego dawkowania dehydroepiandrosteronu. Dawki niefizjologiczne – „farmakologiczne”, przekraczające 25 mg na dobę są niekorzystne szczególnie dla kobiet, u których nadmiar androgenów jest znanym czynnikiem przyspieszającym rozwój miażdżycy.

DHEA działa też jako neuroprzekaznik. Jest syntetyzowany *de novo* w mózgu, gdzie jego stężenie przewyższa stężenia stwierdza-

ne w krwi obwodowej. **Prawidłowa aktywność DHEA w ośrodkowym układzie nerwowym odpowiada za poziom nastroju, a zaburzenia w rytmie jego wydzielania mogą uczestniczyć w patomechanizmach rozwoju chorób takich jak schizofrenia, jądłowstręt psychiczny lub depresja.** Wydaje się, że cząsteczka DHEA może grać rolę endogennej benzodiazepiny. Duże stężenie DHEA stwierdzono w hipokampie, co wskazuje na potencjalny udział tego neuroprzekaznika w procesach zapamiętywania. Wykazano też, że jednorazowe zastosowanie wysokiej dawki dehydroepiandrosteronu **poprawiło jakość snu**, wydłużając okres REM. Korzystne efekty leczenia DHEA odnotowano u pacjentów z „prawdziwą” – endogenną depresją. **Pozytywne działanie na nastrój jest bardzo ważną przesłanką wskazującą na przydatność DHEA w terapii substytucyjnej pacjentów w wieku podeszłym u których wraz z procesami starzenia się obserwujemy postępujące obniżenie nastroju.**

Pisząc o sferze psychiki nie można pominąć ważnego problemu z pogranicza psychy i soma, jakim są zaburzenia libido i potencji. O korzystnym wpływie dehydroepiandrosteronu na libido u pacjentek z niedoczynnością kory nadnerczy i niedoczynnością przysadki wspomniałam wyżej. Zaburzenia potencji u starzejących się mężczyzn są bardzo często pierwszym sygnałem miażdżycy naczyń lub zaburzeń hormonalnych. Zmniejszenie wydzielania DHEAS z wiekiem można zauważyć u każdego mężczyzny po 40 roku życia. Stwierdzono jednak, że u mężczyzn z zaburzeniami erekcji wydzielanie to zmniejsza się znacznie szybciej niż u zdrowej populacji, a **częstośliwość występowania zaburzeń erekcji koreluje ujemnie ze stężeniem DHEAS.** Opisana przez Reitera próba leczenia DHEA mężczyzn z zaburzeniami wzwodu, przyniosła bardzo dobre wyniki: znamienne poprawę uzyskano u 17 z 20 leczonych. Należy zwrócić uwagę na fakt, że korzyść z leczenia uwarunkowana była starannym doбором grupy (wyłączono inne przyczyny zaburzeń, leczono tylko mężczyzn z potwierdzonym niskim stężeniem DHEAS) oraz odpowiednio długim czasem terapii (jej efekty były znamienne po trzech miesiącach).

DHEA uczestniczy też w reakcjach immunologicznych wywierając, przeciwnie do kortyzolu, działanie immunostymulujące. Stwierdzono, że zwiększa liczbę i aktywność komórek NK (natural killer). Podanie dużej dawki DHEA przed iniekcją letalnej dawki wirusa pozwoliło na przeżycie 70% zwierząt poddanych zakażeniu. Również u ludzi ma znaczenie dla prawidłowego przebiegu wczesnej odpowiedzi immunologicznej na zakażenia bakteryjne. DHEA hamuje też produkcję cytokin przez komórki ludzkie. Zahamowanie produkcji interleukiny 1 i 6 może okazać się korzystne w leczeniu chorób „z kręgu reumatologii” – opublikowano już doniesienia o korzystnym działaniu DHEA w SLE.

U ludzi nadmiar kortyzolu w stosunku do DHEA może odpowiadać za większą podatność na zakażenia w stanie przewlekłego stresu. **Leczenie DHEA nie zwiększa jednak odporności na zakażenia wirusowe u ludzi, wywiera raczej działanie immunomodulujące.**

Czy DHEA ma działania niepożądane?
Terapia dehydroepiandrosteronem jest zazwyczaj dobrze tolerowana i przebiega bez znaczących efektów ubocznych. Działania niepożądane obserwowane podczas

dokończenie na str. 20

REKLAMA

REKLAMA

BIOSTERON



Zażywaj młodości

DHEA DOSTĘPNY W POLSCE: Biosteron to preparat zawierający DHEA w tabletkach. Jest dostępny w aptekach w dawkach 5, 10, 25 mg (5,10 mg bez recepty, 25 mg na receptę). Mniejsze dawki są przeznaczone dla kobiet, większe natomiast dla mężczyzn. Biosteron zawiera DHEA identyczny z fizjologicznym, występującym w ludzkim organizmie i posiada status leku. Walory DHEA zostały docenione w wielu krajach, m.in. w USA, gdzie związek ten dostępny jest w sprzedaży od kilku lat. Pomimo olbrzymiego spożycia nie odnotowano dotychczas żadnych niekorzystnych skutków terapii DHEA. DHEA w tabletkach jest lekiem bezpiecznym, ponieważ zmienia się w hormony płciowe pod dyktando aktualnych potrzeb organizmu. Niewykorzystana dawka DHEA jest wydalana na zewnątrz i nie kumuluje się.

SKŁAD: Każda tabletki preparatu Biosteron zawiera 5 lub 10 lub 25 mg substancji czynnej dehydroepiandrosteronu oraz substancje pomocnicze: mikrokrystaliczna celuloza, sól sodowa kroscarmelozy, stearynian magnezu, laktoza jednowodna, kwaśny węglan sodu. WSKAZANIA DO STOSOWANIA: celem terapii preparatem Biosteron jest uzupełnienie niedoborów dehydroepiandrosteronu (DHEA). DAWKOWANIE I SPOSÓB PODAWANIA: dawkowanie preparatu Biosteron należy dostosować do płci, wieku, stężenia DHEA w surowicy oraz skuteczności leczenia u konkretnego pacjenta. Należy stosować najmniejszą dawkę skuteczną, która pozwala osiągnąć zamierzony efekt terapeutyczny polegający na zmniejszeniu dolegliwości lub zaburzeń związanych z zmniejszonym stężeniem DHEA w surowicy. Fizjologiczne stężenie DHEA w surowicy jest mniejsze u kobiet niż u mężczyzn, u obu płci niedobory DHEA nasilają się z wiekiem. Zalecana początkowa jednorazowa dawka dobową dla kobiet wynosi 5 mg, natomiast dawka maksymalna 25 mg. Zalecana początkowa jednorazowa dawka dobową dla mężczyzn wynosi 10 mg, natomiast dawka maksymalna 50 mg. Początkową dawkę leku należy stopniowo zwiększać (o 5 mg do 10 mg co 2 tygodnie) do czasu uzyskania pożądanego efektów terapeutycznych. Osoby starsze wymagają z reguły większych dawek leku z powodu mniejszej produkcji endogenego hormonu. Efekt działania leku nie jest natychmiastowy i występuje po kilku tygodniach stosowania, dlatego preparat Biosteron jest przeznaczony do długotrwałego stosowania. Preparat Biosteron należy przyjmować raz na dobę, z posiłkiem. PRZECIWWYKAZANIA: • nadwrażliwość na DHEA lub którykolwiek składnik preparatu Biosteron, • rak sutka, jajnika lub inne nowotwory estrogenozależne, • rak prostaty, łagodny przerost prostaty, rak sutka u mężczyzn, • ciężka niewydolność wątroby, • ciężka niewydolność nerek, • ciąża i okres karmienia piersią. OSTRZEŻENIA I ZALECANE ŚRODKI OSTROŻNOŚCI DOTYCZĄCE STOSOWANIA: należy dokładnie zapoznać się z treścią ulotki i ściśle przestrzegać zamieszczonych w niej wskazówek i zaleceń. W razie jakichkolwiek wątpliwości należy zwrócić się po poradę do lekarza. W przypadku długotrwałej terapii należy przeprowadzać badania kontrolne sutka u kobiet i prostaty u mężczyzn, tak jak jest to przyjęte u osób w grupie wiekowej. Nie należy stosować większych dawek niż zalecane. W przypadku stosowania preparatu bez nadzoru lekarza, gdy wystąpią nasilone działania niepożądane należy odstawić lek i skontaktować się z lekarzem. Gdy wystąpią słabo nasilone działania niepożądane (np. trądzik, przetłuszczanie się skóry) należy odstawić lek na 2-3 tygodnie. Po tym czasie można kontynuować leczenie stosując mniejszą dawkę niż poprzednio. Jeżeli objawy niepożądane wystąpią ponownie leku nie należy przyjmować. Zalecana jest konsultacja z lekarzem. Pacjenci poniżej 40 roku życia nie powinni przyjmować preparatu Biosteron bez zalecenia lekarza. Kobiety stosujące hormonalną terapię zastępczą (HTZ) nie powinny przyjmować preparatu. Stosowanie leku w ciąży i okresie karmienia piersią: z powodu niebezpieczeństwa wpływu hormonalnego na organizm płodu i niemowlęcia, preparatu Biosteron nie należy stosować w ciąży. Kobiety przyjmujące DHEA nie powinny karmić piersią. W przypadku, gdy kobieta przyjmująca lek zajdzie w ciążę, powinna odstawić lek i jak najszybciej skontaktować się z lekarzem. Stosowanie u dzieci: preparatu Biosteron nie należy podawać dzieciom. Wpływ leku na zdolność prowadzenia pojazdów, obsługę maszyn i sprawność psychofizyczną. Brak danych wskazujących na wpływ DHEA na zdolność prowadzenia samochodu i obsługiwanie urządzeń mechanicznych w ruchu. DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE: prawidłowo stosowany DHEA jest środkiem bezpiecznym i bardzo dobrze tolerowanym. Działania niepożądane występują rzadko, zależą od dawki leku i przemijają po zniesieniu terapii. W odosobnionych przypadkach mogą wystąpić następujące objawy: • objawy androgenizacji u kobiet: trądzik, łojotok, pogrubienie głosu, nadmierne owłosienie, • zaburzenia miesiączkowania.

	Dostępne opakowania	Cena dla pacjenta
OTC Biosteron 5 mg	Biosteron 5 mg x 30 tabletek	23,11
	Biosteron 5 mg x 60 tabletek	29,71
OTC Biosteron 10 mg	Biosteron 10 mg x 30 tabletek	25,59
	Biosteron 10 mg x 60 tabletek	33,02
Rx Biosteron 25 mg	Biosteron 25 mg x 30 tabletek	34,67
	Biosteron 25 mg x 60 tabletek	42,92

Świadectwo Rejestracji Ministerstwa Zdrowia nr 9579, 9580, 9610

WYTWÓRCA:

Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne LEK-AM, Spółka z o.o., ul. Ostrzykowińska 14A, 05-170 Zakroczym



DHEA

Dehydroepiandrosteron w profilaktyce i terapii

Dr n. med. **Lucyna Papierska**, Klinika Endokrynologii CMKP

dokończenie ze str. 18

leczenia DHEA wynikają najczęściej z przedawkowania hormonu i są wynikiem androgenizacji u kobiet. Są to zwiększone natłuszczenie skóry i niewielki hirsutyzm. Ponieważ wraz z postępowm starzenia się organizmu skóra staje się coraz cieńsza i bardziej sucha, to zwiększenie jej natłuszczenia postrzegane jest często przez leczonych pacjentów jako działanie korzystne i jak najbardziej pożądane. Zmiany o charakterze trądziku obserwowane są niezmiernie rzadko i, podobnie jak hirsutyzm, ustępują całkowicie po redukcji dawki. W przypadku stosowanych czasem w badaniach dawek przekraczających 100 mg, u co trzeciej leczonej kobiety obserwowane były wyżej opisane objawy ze strony skóry!

Podczas leczenia DHEA stwierdzano niewielki przyrost hematokrytu i stężenia hemoglobiny, jednak bez przekroczenia odpowiednich norm. Nie stwierdzono wzrostu krzepliwości krwi ani nadmiernego przybierania na wadze podczas stosowania substytucyjnych dawek DHEA. W dwóch pracach odnotowano niewielki, choć zmienny wzrost aktywności transaminaz w surowicy, nie przekraczający górnej granicy normy i ustępujący po przerwaniu leczenia. Udowodniono, że substytucyjna terapia DHEA nie pobudza rozrostu endometrium, nie wywołuje więc krwawień ani plamienia z macicy. Wywiera jednocześnie korzystne działanie na śluzówkę pochwy, zmniejszając jej suchość. Jednak przy stosowaniu „farmakologicznych” dawek DHEA (100-200 mg) obserwowano pojedyncze przypadki plamienia z dróg rodnych. Przy tych нефизjologicznie wysokich dawkach występowała też bezsenność, rumień, bóle brzucha i tkliwość piersi, które ustępowały po odstawieniu leczenia.

Trwają dyskusje na temat, czy leczenie DHEA jest całkowicie bezpieczne dla gruczołu piersiowego. Jak już wspominałam, wykazano, że linia MCF7 komórek raka piersi jest pobudzana przez duże stężenia DHEA do intensywnego wzrostu i syntezy estrogenów bezpośrednio w komórkach guza. Z drugiej strony stwierdzono, że kobiety z wysokimi stężeniami DHEAS rzadziej chorują na raka piersi. DHEA podawany szczerom hamuje rozwój złośliwych guzów sutka indukowanych dimetylo-a-benzantracenenem. W gruczołach sutkowych gryzoni DHEA działa jako słaby androgen, nie wywierając w ogóle efektu estrogenowego. Bardzo wysokie dawki DHEA mogą być odpowiedzialne za karcinogenezę zachodzącą w hepatocytach zwierząt doświadczalnych. Z drugiej strony udowodniono, że substytucja dehydroepiandrosteronem może chronić przed rozwojem raka jelita grubego. U mężczyzn nie opisano powiększania się objętości gruczołu krokowego na skutek leczenia DHEA. Rak stercza jest przeciwwskazaniem do terapii substytucyjnej dehydroepiandrosteronem, tak samo jak testosteronem.

Badania kontrolne piersi u kobiet a gruczołu krokowego u mężczyzn obowiązują pacjenta stosującego substytucyjną terapię DHEA w takim samym zakresie i z identyczną częstotliwością jak u każdej osoby po menopauzie lub andropauzie.

Podsumowanie
Terapia substytucyjna dehydroepiandrosteronem nie jest niezbędna dla życia, ale przynosi korzyści u pacjentów z pierwotną i wtórną niedoczynnością kory nadnerczy oraz chorych leczonych przeciwwzapalnymi dawkami glukokortykoidów. Może być też wartościową alternatywą dla „klasycznej” hormonalnej terapii zastępczej dla osób w wieku podeszłym, ludzi poddanych przewlekłemu stresowi, kobiet i mężczyzn z obniżonym nastrojem, zaburzeniami libido i potencji, obniżoną siłą i masą mięśni lub osteoporozą. Warunkiem bezpieczeństwa terapii jest jednak stosowanie dawek substytucyjnych (maksymalnie 25 mg u kobiet a 50 mg u mężczyzn) i kontrola piersi u kobiet a gruczołu krokowego u mężczyzn. Całą dobową porcję hormonu pacjent powinien zażyć w godzinach porannych. W wypadku wystąpienia działań niepożądanych odstawienie leczenia lub zmniejszenie dawki powoduje ustąpienie niekorzystnych objawów. Efektów leczenia nie należy spodziewać się natychmiast – przy zastosowaniu dawek fizjologicznych na działanie można oczekiwać nawet kilka miesięcy. Efekty te pojawiają się jedynie u tych pacjentów, u których przed leczeniem występował niedobór dehydroepiandrosteronu..

DHEA nie jest panaceum, nie przywróci młodości i nie cofnie procesów, które już zaszły. Zlecany rozsądnie i ze wskazań może stać przydatnym narzędziem poprawiającym jakość życia naszych pacjentów.

Piśmiennictwo

- Arlt W. i wsp. Dehydroepiandrosterone Replacement in Women with Adrenal Insufficiency, N Engl J Med 1999; 341: 1013-20
- Baulieu E., Robel P. Dehydroepiandrosterone and dehydroepiandrosterone sulfate as neuroactive neurosteroids J Endocrinol 1996; 150: s221-39
- Barrett-Connor E., Edelstein S. L. A prospective study of dehydroepiandrosterone sulfate ant cognitive function in an older population: the Rancho Bernardo Study. J Am Geriatr Soc. 1994; 42: 420-23
- Bruder J. M. i wsp. Dehydroepiandrosterone stimulates the estrogen response element J Steroid Biochem Mol Biol 1997; 62(5-6): 461-66
- Casson P. R. i wsp. Replacement of dehydroepiandrosterone enhances T-lymphocyte insulin binding in postmenopausal women. Fertil Steril 1995; 63(5): 1027-31
- Chang D. M. i wsp. DHEA treatment in women with mild-to-moderate SLE: a multicenter randomized, double-blind, placebo-controlled trial Arthritis Rheum 2002; 46: 2924-27
- Cleary M. P., Zisk J. F. Anti-obesity effect of two different levels of dehydroepiandrosterone in lean and obese middle-aged female Zucker rats Int J Obes 1986; 10(3): 193-204
- Danenberg H. D. i wsp. Dehydroepiandrosterone protects mice from endotoxin toxicity and reduces TNF production Antimicroagents Chemother 1994; 36: 2275-79
- Devogelaer J. P., Crabbe J., de Deuchaines C. Bone mineral density in Addison's disease: evidence for an effect of adrenal androgens on bone mass Br Med J 1987; 294: 798-800

- Dhatariya K. K., Sreekumaran K. Dehydroepiandrosterone: Is There a Role for Replacement? Mayo Clin Proc, 2003; 78:1257-73
- Diamond P. i wsp. Metabolic effects of 12-month percutaneous dehydroepiandrosterone replacement therapy in postmenopausal women J Endocrinol 1996; 150: s43-s50
- Flynn M. A. i wsp. Dehydroepiandrosterone Replacement in Aging Humans J Clin Endocrinol Metab 1999; 84(5): 1527-33
- Johannsson G. i wsp. Low Dose Dehydroepiandrosterone Affects Behavior in Hypopituitary Androgen-Deficient Women: A Placebo-Controlled Trial J Clin Endocrinol Metab 2002; 87(5): 2046-52
- Kahn A. J. i wsp. Dehydroepiandrosterone Supplementation and Bone Turnover in Middle-Aged to Elderly Men J Clin Endocrinol Metab 2002; 87(4): 1544-49
- Kawano H. i wsp. Dehydroepiandrosterone Supplementation Improves Endothelial Function and Insulin Sensitivity in Men ICEM 2003 88: 3190-95
- Kroboth P. D. i wsp. DHEA and DHEAS: A Review J Clin Pharmacol 1999; 39: 327-48
- Labrie F. i wsp. Effect of 12-Month Dehydroepiandrosterone Replacement Therapy on Bone, Vagina and Endometrium in Postmenopausal Women J Clin Endocrinol Metab 1997; 82(10): 3498-505
- Lovas K., Loge J. H., Husebye ES Subjective health status in Norwegian patients with Addison's disease Clin Enocrinol (Oxf) 2002; 56: 581-88
- Luo Shouqui M. i wsp. Effect of Dehydroepiandrosterone on Bone Mass, Serum Lipida and Dimetylobenz(a) anthracene-induced Mammary Carcinoma in the Rat. J Clin Endocrinol Metab 1997; 138(8): 3387-94
- Maggiolini M. i wsp. The direct proliferative stimulus of dehydroepiandrosterone on MCF7 breast cancer cells is potentiated by overexpression of aromatase Moll Cell Endocrinol 2001; 184(1-2): 163-71
- Meikle A., Dorchuck R., Araneo B. The presence of a dehydroepiandrosterone-specific receptor binding complex in murine T cells. J Steroid Biochem Mol Biol 1992; 42:293-304
- Morales A. J. i wsp. The effect of six months treatment with a 100 mg daily dose of dehydroepiandrosterone (DHEA) on circulating sex steroids, body composition and muscle strength in age-advanced men and women Clin Endocrinol 1998; 49: 421-32
- Nawata H., Tanaka S. Aromatase in bone cell: association with osteoporosis in postmenopausal women. J Steroid Biochem Mol Biol 1995; 53: 165-74
- Papierska L., Kasperlik-Zaluska A., Jeske W., Snochowska H. „Wpływ wyrównania niedoboru dehydroepiandrosteronu na profil hormonalny oraz stężenie IGF-1 i osteokalcyny w surowicy u pacjentek z osteoporozą postteroidową”. Endokrynol Pol 2002; 53: 577-584
- Papierska L., Zaluska A., Misiorowski W. Wpływ leczenia preparatem „Gynodian” na gęstość mineralną kości u pacjentek z niewydolnością kory nadnerczy Polish J Endocrinol 2000; 51: 297-303
- Reiter W. i wsp. Dehydroepiandrosterone in the Treatment of Erectile Dysfunction: A prospective, Double-blind, Randomized, Placebo-controlled study Urology 1999; 53: 590-95
- Robinson B., Cutolo M. Should dehydroepiandrosterone replacement therapy be provided with glucocorticoids? Rheumatology 1999; 38: 488-95
- Rose D. P. i wsp. Plasma dehydroepiandrosterone sulfate, androstendione and cortisol and urinary free cortisol excretion in breast cancer Eur J Cancer 1997; 13: 43-47
- Roth G. i wsp. Biomarkers of Caloric Restriction May Predict Longevity in Humans Science 2002; 297: 811
- Sambrook P. i wsp. Postmenopausal bone loss in rheumatoid arthritis: effect of estrogens and androgens. J Rheumatol 1992; 19: 357-61
- Schwartz A., Pashko L. Cancer prevention with dehydroepiandrosterone and non-androgenic structural analogs. J Cell Biochem Suppl 1995; 22: 210-17
- Shono N. i wsp. The relationships of testosterone, estradiol, dehydroepiandrosterone-sulfate and sex hormone-binding globulin to lipid and glucose metabolism in healthy men J Atheroscler Thromb 1996; 3(1): 45-51
- Solerte S. B. i wsp. Dehydroepiandrosterone Sulfate Enhances Natural Killer Cell Cytotoxicity in Humans Via Locally Generated Immunoreactive Insulin-Like Growth Factor I J Cli Endocrinol Metab 1999; 84(9): 3260-67
- Straub R. H. i wsp. Serum Dehydroepiandrosterone (DHEA) and DHEA Sulfate Are Negatively Correlated with Serum Interleukin-6 (IL-6), and DHEA Inhibits IL-6 Secretion from Mononuclear Cells in Man in Vitro: Possible Link between Endocrinosenescence and Immunosenescence J Cli Endocrinol Metab 1998; 83(6): 2012-17
- Szatmari M. i wsp. Dehydroepiandrosterone Sulfate and Bone Mineral Density Osteoporosis 1994; 4: 84-88
- van Vollenhoven R. F. i wsp. Treatment of systemic Lupus Erythematosus wit Dehydroepiandrosterone: 50 patients treated up to 12 months J Rheumatol 1998; 25(2): 285-9
- Wolkowitz O. i wsp. Double-Blind Treatment of Major Depression With Dehydroepiandrosterone Am J Psychiatry 1999; 156: 646-49

Rząd określił priorytety polityki lekowej państwa na najbliższe lata. Ordynacja leków przez lekarzy ma być ściśle monitorowana, receptariusze określą co można zapisać choremu na konkretne schorzenie, na aptekarzy rząd chce nałożyć obowiązek rzetelnego informowania pacjentów o kupowanych przez nich lekach, zwłaszcza tych dostępnych bez recepty. Planuje się także wprowadzenie zasady wypisywania na recepcie nie nazwy handlowej konkretnego preparatu, a nazwy międzynarodowej leku. Zapytaliśmy naszych Czytelników z kraju i zagranicy, co tym sądzą.

Kto skorzysta na tym najbardziej?

Myszę, że skorzystają pacjenci. Stracą firmy farmaceutyczne, no i do brze. Wreszcie skończy się wypisywanie preparatów, które są w modzie lub tych których producent „przypadkowo” sponsoruje drogi kurs na Wyspach Kanaryjskich.

Do tej pory to morale lekarza wystawiano na próbę przy wypisywaniu recepty, a nieświadomy pacjent wykupywał drogi lek firmy „X”, choć krajowy jego odpowiednik był trzykrotnie tańszy.

Miejmy nadzieję, że decyzja o kupowanym preparacie, za rzetelną informacją aptekarza, będzie świadomie podejmowana przez pacjenta. Bo teraz to właśnie aptekarz może mu zasugerować konkretny preparat danej firmy... niekoniecznie ten o najkorzystniejszej cenie.

Agnieszka Nordhagen
lek. stom., Norwegia

Koszty leków to znacząca i stale rosnąca pozycja w wydatkach płatnika, stąd uzasadnionym krokiem może być ścisły monitoring obrotu lekiem. Wprowadzenie receptariusza (domyślnie na tej podstawie i w konsekwencji również listy leków refundowanych) skonstruowanego w oparciu o międzynarodowe standardy postępowania i wyniki badań EBM jest słuszną próbą racjonalizacji wydatków na opiekę zdrowotną w pozycji – koszty leków. Wpłynie to na podniesienie jakości i optymalizację farmakoterapii.

Należy przyjąć, że prawodawca nie ograniczy postępowania lekarskiego w zakresie obrotu lekami nierefundowanymi (spoza receptariusza) lub stosowania leków z listy refundowanej w sytuacjach innych niż zaproponowane w receptariuszu (wówczas odpłatność za te leki

winna wynosić 100%). Wypisywanie na recepcie nazwy międzynarodowej leku, można oczekiwać, że powinno skutkować urynkowaniem cen leków przez producentów (zakładamy, że wszystkie dopuszczane na nasz rynek leki powstają w firmach spełniających wszystkie międzynarodowe standardy produkcyjne). To powinno skutkować oszczędnościami w systemie.

Tak zgromadzone środki pozostaną w systemie i muszą zostać uruchomione jako opłata za świadczenia.

Trzeba mieć nadzieję, że pozwoliła podwyższyć opłaty za świadczenia do ich rzeczywistej wartości, zwiększyć ilość świadczeń opłacanych ze środków płatnika. Tym samym beneficjentem tych przemian będzie pacjent i świadczeniodawca.

Zobowiązanie farmaceutów do rzetelnego informowania pacjenta o leku generalnie jest słuszne, natomiast może być potencjalnie niebezpieczne przy braku standardu co do formy i zakresu przekazywanych informacji.

Tomasz Sobalski

Ordynacja leków przez lekarzy najlepiej monitorowana może być przez nich samych, nie po wystawieniu recepty, ale przed jej wypisaniem.

Potrzebne są więc odpowiednie szkolenia i budowa zrozumienia istoty rzeczy, nie tylko przez pryzmat kosztów, ale i skuteczności leczenia – wiedzy opartej na faktach – EBM.

Potrzebujemy też obrony godności naszego stanu lekarskiego. Nie zbudujemy jej wypełniając „życzenia” przedstawicieli naukowych firm produkujących i rozprowadzających leki. Z drugiej strony, wypełniając życzenia płatnika, które są w opozycji do potrzeb naszego pacjenta – przy założeniu, że warunek te-

Leki – sonda „Gazety Lekarskiej”

rapii opartej o EBM jest spełniony. Musimy też wziąć pod uwagę stosunek nakładów do efektów czyli ile zdrowia kupimy za konkretne pieniądze wydane na konkurujące ze sobą sposoby terapii.

Pamiętajmy, że środki na opiekę zdrowotną na całym świecie są ograniczone.

Włodzimierz Bołtruczuk

Nie chcę krytykować kolegów w kraju, ale w Australii to właśnie państwo nadzoruje gospodarkę lekami i nikt z nas nie płacze z tego powodu. Każdy lekarz o dowolnej porze dnia i nocy wypisując np. antybiotyk telefonuje pod wyznaczony numer, podaje swój numer rejestracyjny, nazwę preparatu i wskazania; dyżurna sprawdza czy ten preparat może być zastosowany z powodów, które zgłasza lekarz i podaje nr zezwolenia, lekarz nanosi nr na receptę i to wszystko trwa 2 minuty.

Zaufanie do lekarzy jest tak duże, że lekarz może telefonicznie przekazać treść recepty do apteki i potem ją dostać, np. w przypadku, gdy pacjent jest daleko w innym mieście, a skończyły mu się leki lub uzyskał konsultację telefoniczną i lekarz znając pacjenta widzi konieczność zaaplikowania antybiotyku.

To działa i nikt tu nie mówi o braku dostępu do jakichś leków.

Beata Kicińska
Perth, Australia

Popieram kontrolę ordynacji leków w ramach obowiązkowego ubezpieczenia, ale nie w pełni odpłatnych lub z dodatkowych ubezpieczeń. Obecny napór firm farmaceutycznych na apteki, lekarzy, ordynatorów skutkuje ogrom-

dokończenie na str. 22

Kto skorzysta na tym najbardziej?

dokończenie ze str. 21

nym marnotrawstwem i korupcją. Jest jednak i druga strona tego obrzydliwego zjawiska. Chorzy często nie szanują leków zwłaszcza refundowanych lub wypisanych na niestety ciągle niesłusznie, darmowe recepty dla wybranych! Natomiast ściganie lekarzy z tytułu wypisywanych konkretnych leków to paranoja. Kto ma być tym bogiem, który zadecyduje jaki lek podać pacjentowi?

Grzegorz Jaskrowski
Lublin

Jestem pewny, że politycy będą stęrowali lekarzami, producentami leków, hurtownikami i aptekarzami. To oni będą rozdawali karty w biznesie farmaceutycznym. Będą decydowali o fortunach i bankructwach. Szare pieniądze nie popłyną do lekarzy. Ale do urzędników.

Politycy zabiorą nieco swobody zawodowej lekarzom. Wzmocnią pozycję aptekarzy. Pacjentom dadzą złudzenia.

Chory nie powinien podejmować decyzji dotyczącej wyboru leku. Nie potrafi ocenić jej skutków. Zwłaszcza, że informacje będą pochodziły od sprzedających leki aptekarzy.

Kto zagwarantuje rzetelność ich informacji? Kto będzie ponosił odpowiedzialność za niekorzystne efekty terapii?

Janusz Kolbusz
lekarz rodzinny z Kalisza

Dopóki proporcje cen leków w stosunku do zasobności kieszeni statystycznego Polaka nie ulegną zmianie na korzyść owej kieszeni, dopóty będziemy świadkami nieudolnych prób regulacji gospodarki lekami podejmowanymi przez urzędników. Ordynacja leków przez lekarzy już jest monitorowana, bo temu przeciw służą kody kreskowe na receptach.

W niektórych krajach zachodnich od wielu lat funkcjonują określone receptariusze na określone choroby. Polscy lekarze pewnie odbiorą to jako kolejny akt ubezwłasnowolnienia. Wypisywanie na receptę nazwy międzynarodowej leku

lub wręcz nazwy chemicznej z pewnością będzie korzystne dla producentów tanich leków generycznych. Przestaną się opłacać badania naukowe i tworzenie nowych, doskonalszych leków.

Ja w swojej praktyce widzę jeszcze jeden problem z ordynacją leków. Doniesienia ze świata o fałszowaniu wyników badań nad skutecznością leków nakazują coraz większy sceptycyzm w podchodzeniu do opracowań naukowych (często lub zawsze sponsorowanych przez producenta) i do wiadomości dostarczanych nam przez przedstawicieli firm farmaceutycznych.

Nadchodzą czasy, kiedy o skuteczności danego preparatu pewnie dowiem się tylko od moich pacjentów. Jeśli będzie ich stać na wykupienie leku z mojej recepty.

Grzegorz Danielski
Łódź

Przykro mi, że po raz kolejny stawiany jestem w roli złodzieja, którego poczynania muszą być ściśle monitorowane, bo inaczej misternie obmyślony system opieki zdrowotnej może runąć. Właściwie powinienem do tego przywyknąć, ale zaczyna się robić niebezpiecznie dla pacjentów, kiedy do leczenia ich konkretnych schorzeń będę miał lek „wynegocjowany” przez decydenta w zaciszu gabinetu bogatej firmy. Że może być inaczej, po ostatnich latach doświadczeń chyba nikt rozsądny nie uwierzy.

Propozycja zastąpienia lekarza receptariuszem jest w tym wypadku nowatorską i ciekawą propozycją godną rozważenia. Zdejmuje to ze mnie odpowiedzialność za leczenie pacjenta, któremu ktoś wmówił, że mu się to należy za darmo, natychmiast i na najwyższym poziomie, jako że płaci „na zdrowie”, a lekarz przysięgał. Zdejmuje to też ze mnie obowiązek żmudnego tłumaczenia babci Kowalskiej, dlaczego nie chcę jej leczyć ulubioną aspiryną, tylko truję ją jakimś kwasem (!) acetylosalicylowym.

Na koniec rozbawiła mnie wizja rzetelnego informowania przez aptekarzy o kupowanych przez pacjenta lekach, zwłaszcza tych bez recepty. Że co niby mają robić? Udzielać porad – czy-

li wykonywać świadczenia zdrowotne – którym lekiem bez recepty (czyli bez udziału lekarza) należy leczyć konkretne schorzenia? Już widzę jak taki nobilitowany prawie lekarz z oskomą i ślinotokiem namawia pacjenta, zgodnie z intencjami autorów tej bzdury, na kupno drogich, modnych, o wątpliwej skuteczności leków, które mają dwie zalety: dużą marżę i brak dopłat.

Jan Łżykowski
internista i anestezjolog, Opole

Chyba nasi pseudoreformatorzy, „wymyślacze” i „komplikowacze” stracili już jakikolwiek kontakt z rzeczywistością i sądzą, że lekarze muszą być ofiarami ich niedowarzonych pomysłów i muszą wziąć na swoje barki nowe utrudnienia w pracy. Nie dość, że za darmo musimy wypełniać tasienkowe druki sprawozdań dla NFZ, nie dość, że musimy za darmo wypełniać bezsensowne druki ZUS, to teraz mamy się uczyć i stosować chemiczne nazwy leków i wpisywać je pod dyktando bezkarnych urzędników! To skandal. Izbo, obudź się i powiedz w końcu NIE!

Medard Lech
Warszawa

Państwo chce udowodnić społeczeństwu swoją troskę o ludzi i ich pieniądze. Ale chyba nie tędy droga. Polacy codziennie wynoszą z aptek ogromniaste torby z lekami. Czy wszystkie zużywają? Wydaje mi się, że istnieje duże marnotrawstwo leków. A może potrzebny jest jeden lekarz opiekujący się pacjentem i kontrolujący pod względem medycznym wszystkie jego kuracje?

Chorzy korzystają z porad wielu lekarzy specjalistów i podczas kolejnych wizyt nie ujawniają wszystkich zapisywanych leków. Jest to szkodliwe zjawisko społeczne, ale przynosi też niekorzystne skutki ekonomiczne i niejednokrotnie niepożądane zdrowotne.

Myślę, że rząd chce ukrócić niepokojące zjawiska w obrocie lekami. Na pewno chce wyeliminować niegospodarność i nieracjonalność w zapisywaniu leków. Prawdopodobnie chce też zdyscyplinować pacjentów do ograniczenia spożywania leków.

Dla mnie jest jasne, że lekarze i pacjenci powinni bardziej racjonalnie podejść do olbrzymich wydatków na leki. I indywidualnych, i państwowych.

Rafał Dąbski,
lekarz rodzinny z Siedlec

Nie wiem. Trudno przewidzieć, jakiego pokroju ludzie wprowadzą zasady nowej polityki lekowej w życie. Uczciwi czy interesowni? Solidni czy przekupni? Każdy program ma swoje zalety i wady. Od praktycznych rozwiązań zależy, które z zasad przeważą. Czy te, które przyniosą pożytek chorym? Czy te, które jeszcze bardziej załęgną system ordynacji leków.

Polacy lubią leki. Przypisują im rolę nadzwyczajną. Magiczną. Nie są racjonalni w ich ocenie. Takimi ludźmi łatwo się manipuluje.

Przemysł farmaceutyczny przyciąga manipulatorów. Ludzie ci mają zbyt dużo do stracenia, aby poddać się jasnym i uczciwym regułom. Będą walczyli z politykami. Albo się z nimi układali. Gra toczy się o wielką stawkę.

Marek Dutkiewicz
internista z Podkarpacia

Uważam, że w Polsce należałoby wprowadzić model niemiecki. Zatem pacjent płaci w aptece 100 proc. ceny leku. A następnie występuje do NFZ o refundację poniesionych kosztów. System ten pozwala na „niechomiczowanie” leków przez pacjentów. Po drugie, zwalnia lekarzy z konieczności pilnowania ceny wypisywanych leków. Zwalnia także aptekarzy z wyjaśniania, czy można dany lek zastąpić innym, tańszym.

Ponadto obowiązek gospodarowania pieniędzmi przeznaczonymi na refundację leków spada na NFZ. I to fundusz będzie wszystko wyjaśniał pacjentowi i ponosił tego konsekwencje.

Jacek Chodorski,
specjalista chirurg dziecięcy z Wrocławia

Na pewno nie skorzysta na tych zasadach pacjent? W leczeniu chorego ekonomia nie powinna być podstawowym czynnikiem decydującym o wyborze środków leczniczych. Wiem, że wydatki na leki z budżetu państwa są teraz ogromne. Prawdopodobnie w polityce państwa na najbliższy okres chodzi o to, aby wydatki te zahamować. Obawiam się, że posunięcia takie mogą przynieść niekorzystne efekty dla sytuacji zdrowotnej społeczeństwa.

Pacjent jest najsłabszym ogniwem w łańcuchu producent leków – aptekarz – lekarz – chory. I to na jego barki ludzie odpowiadający za stan zdrowotny społeczeństwa chcą przerzucić odpowiedzialność za podejmowanie najważniejszych decyzji. Nie rozumiem takich postaw ministrów...

Katarzyna Bialek,
pediatra z Łodzi

Może aptekarze. A może producenci określonych kategorii leków. Tych, które znajdują się w receptariuszach. Natomiast na lekarzy nałoży się kolejny niemedyczny obowiązek. Staną się strażnikami publicznych, zdrowotnych pieniędzy.

Nie podoba mi się takie podejście do problemu wydatków państwa na leki. Kolejny raz chce się uwikłać nas w jakieś gry i eksperymenty.

Państwo nie radzi sobie z organizacją ochrony zdrowia. I część odpowiedzialności za taki stan stara się przerzucić na barki moje i moich kolegów. My nie jesteśmy politykami ani urzędnikami. Nie mamy wiedzy ani z zakresu ekonomii, ani zarządzania czy handlu. Jesteśmy lekarzami.

Powinno nam się pozwolić wykonywać zawód lekarza najlepiej jak potrafimy. I nie uszczęśliwiać nas innymi zadaniami, ponad nasze siły i możliwości. Uważam, że politycy nie powinni zabierać lekarzom tego czasu, który mogą poświęcić procesowi leczenia pacjentów.

Ewa Wolska,
psychiatra z Mazowsza

Wpoczątkowym etapie wdrażania tych reguł skorzysta państwo. Ale tylko pozornie. Może uda się nakłonić lekarzy za pomocą zarządzeń do zmiany przyzwyczajeń w ordynowaniu leków w przypadkach określonych chorób. Może kolejny raz zastrasza ni ewentualnymi karami dostosują się do decyzji wysokich urzędników państwowych. Może nawet w początkowym okresie uda się zrobić spore oszczędności na lekach.

Nie spodziewam się jednak tego, że nowa polityka lekowa przyniesie trwały sukces. Administracyjne sterowanie taką dziedziną, jaką jest ochrona zdrowia, nie przynosi pożądanych wyników. Sądzę, że administracyjne ustawianie ordynacji leków też się nie sprawdzi. To jest kolejna próba prowadząca na manowce.

Maciej Nowacki,
specjalista ginekolog z Warszawy

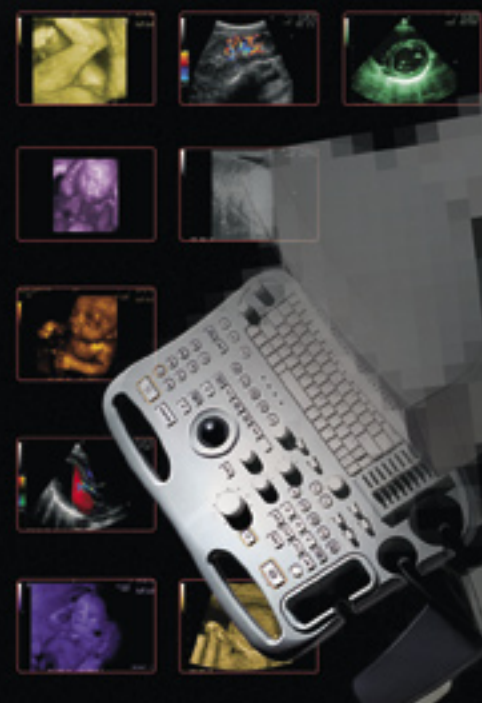
opr. g., ms

REKLAMA

ROBOMED
group MIRO Sp. z o.o.

Wyłączny przedstawiciel firmy
ALOKA
Science & Humanity

USG • KTG • spirometry
videoprintery • densytometry
maski krtańowe
polisomnografia



**Aparatura medyczna
w zasięgu ręki**

MIRO Sp. z o.o.

ALOKA **KONTRON** **VIASYS**
Science & Humanity **MEDICAL** **INSTRUMENTS**

JAEGER **Sensormedics** **MEDI LINK** **LMA**

Lecznio ul. Wolńska 21a, tel. +48 / 65 / 529 76 43, fax +48 / 65 / 529 38 06
Oddział Warszawa ul. Mokotowska 17 lok. 5, tel/fax +48 / 22 / 736 88 66

www.robomed.pl
e-mail: info@robomed.pl

REKLAMA

Czy potrzebne są zmiany na listach specjalizacji?



foto: Marek Stankiewicz

Jerzy Kruszewski

Nowy system specjalizacji wciąż budzi wiele kontrowersji i jest daleki od oczekiwań, mimo kilkakrotnego już nowelizowania rozporządzenia o specjalizacjach.

Nowelizacje, z jednej strony, likwidują rzeczywiste pojawiające się problemy, a z drugiej wprowadzają zapisy wynikające z różnych interesów środowiskowych, dotyczących m.in. tworzenia nowych specjalizacji czy nadawania im nowej rangi. Niestety, te ostatnie ewidentnie przyczyniają się do psucia systemu (liczba specjalizacji podstawowych w Polsce znacznie już przewyższa liczbę specjalności szczegółowych). Kolejne nowelizacje rozporządzenia o specjalizacjach to raczej drobne korekty i trudno mówić o fundamentalnych zmianach porządkujących system, bowiem nawet niewielkie zmiany budzą wiele emocji i są trudne do uzgodnienia.

15 marca br. w siedzibie NIL, w Warszawie, odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Kształcenia NRL, poświęcone aktualnemu projektowi nowelizacji rozporządzenia o specjalizacjach i bardzo kontrowersyjnemu zapisowi, który dotyczy przeniesienia następnych specjalności szczegółowych na listę specjalności podstawowych, m.in. kardiologii i epidemiologii. Szczególne emocje wywołuje kardiologia i było to już drugie posiedzenie poświęcone innemu usytuowaniu kardiologii w systemie specjalizacji.

Na poprzednim spotkaniu przedstawiono chyba komplet argumentów za i przeciw stanowisku kardiologów, których przedstawiciele, w osobach konsultanta krajowego prof. Grzegorza Opolskiego oraz członków ZG PTK prof. Andrzeja Cieślińskiego i prof. Leszka Ceremużyńskiego, bardzo sugestywnie i przekonująco przedstawili argumenty za taką zmianą.

Obok przytoczenia wielu uwarunkowań ogólnych i szczegółowych powodów, niekiedy dyskusyjnych, zasadniczym problemem był dość długi czas

uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinie kardiologii wg obowiązujących przepisów oraz niedobór specjalistów w tej dziedzinie w stosunku do potrzeb. Dyskutanci, głównie członkowie Komisji Kształcenia NRL, wskazywali jednak na szerszy aspekt problemu: konsekwencji takiej zmiany dla funkcjonowania całego systemu specjalizacji wywodzących się z chorób wewnętrznych, oraz na ograniczenie uprawnień kardiologa wyspecjalizowanego wg takiego trybu (nie byłby on specjalistą chorób wewnętrznych) i konsekwencji takiej sytuacji dla chorych znajdujących się pod jego opieką.

Podkreślano, że właściwie każdy z argumentów środowiska kardiologów mógłby stać się argumentem dla przeniesienia na listę specjalności podstawowych każdej innej specjalności szczegółowej wywodzącej się z chorób wewnętrznych. Realizacja postulatów kardiologów mogłaby zatem uruchomić całą lawinę wniosków tego typu ze strony np. gastroenterologów, endokrynologów, reumatologów, pulmonologów, hematologów itd.

W tej sytuacji pojawiają się ważne pytania:

- Co się stanie ze specjalizacją z chorób wewnętrznych?
- Co dalej z systemem specjalizowania się lekarzy, który już teraz ma zdecydowanie więcej specjalności podstawowych niż szczegółowych?
- A może wszystkie specjalności uznać za podstawowe (tylko co to za medycyna)?

Władze Polskiego Towarzystwa Internistycznego w swym stanowisku krytycznie odniosły się do propozycji kardiologów. Problem był też dyskutowany przez inne samorządowe gremia (Prezydium NRL, NRL). W liście do ministra zdrowia prezes NRL przedstawił za-

sadnicze argumenty i generalny wniosek krytycznie oceniający taką zmianę.

Sprawa była dyskutowana i krytycznie oceniona na posiedzeniu sejmowej komisji zdrowia. W efekcie przewodniczący PTK prof. Cieśliński poprosił o kolejne spotkanie na forum samorządu lekarskiego.

Na spotkanie 15 marca zaproszono ekspertów, wybitnych specjalistów chorób wewnętrznych, w osobach prof. Franciszka Kokota, prof. Andrzeja Szczeklika (nie mógł być obecny, ale nadesłał list, który udostępniono uczestnikom), prof. Zbigniewa Gaciąga (konsultant krajowy w chorobach wewnętrznych), prof. Jadwigę Słowińską-Szrednicką (dyrektor CMKP), prof. Pawła Górskiego (z UM w Łodzi). Przedstawiciele polskiej kardiologii stawili się w składzie jak na poprzednim spotkaniu. Gośćmi byli również przedstawiciele MZ – dyrektor departamentu Nauki i Kształcenia prof. Roman Danielewicz, a władze Towarzystwa Internistów Polskich, wobec nieobecności prof. Zimmermen-Górskiej reprezentował dr Piotr Gajewski z Komisji Kształcenia tego towarzystwa. W spotkaniu czynnie uczestniczył też prezes NRL Konstanty Radziwiłł.

Prof. Andrzej Cieśliński jeszcze raz przedstawił argumenty przemawiające za ww. zmianą podkreślając determinację Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, bowiem starania kardiologów trwają już od dawna. Podkreślił, że zmiana statusu kardiologii usprawni proces kształcenia, skróci czas uzyskiwania specjalizacji z kardiologii, a jest to konieczne wobec faktu, że 700 kardiologów w Polsce (dane wg Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego) nie jest w stanie zabezpieczyć potrzeb (w centralnym rejestrze lekarzy zarejestrowanych jest ok. 1300 kardiologów + ok. 300 kardiologów

dziecięcych), co pozwoli uzupełnić braki kadrowe. Wywiązała się polemiczna dyskusja. Wszyscy eksperci w swych wypowiedziach byli jednak zdecydowanie przeciwni proponowanej zmianie, podkreślając jej przyszłe konsekwencje dla systemu specjalizacji, jak również dla lekarzy kardiologów wyspecjalizowanych w proponowany sposób. Prof. Franciszek Kokot przedstawił merytoryczne, a prof. Jadwiga Słowińska-Szrednicka prawne argumenty za odrzuceniem zmiany.

Wszyscy zgodzili się, że nowy system znacznie wydłużył czas osiągnięcia tytułu specjalisty w specjalnościach szczegółowych i że należałoby dążyć do poprawy w tym zakresie. Z wnioskiem tym korespondowały propozycje prof. Andrzeja Szczeklika, który w nadesłanym liście zaproponował szereg konkretnych rozwiązań na bazie przyjętych w krajach UE.

Po dyskusji większość obecnych zgodziła się, że dobrym rozwiązaniem systemowym byłoby opracowanie 3-4-letniego modułu kształcenia w chorobach wewnętrznych wspólnego dla wszystkich specjalności wywodzących się z

tej dziedziny. Zaliczenie tego modułu nie uprawniałoby do uzyskania tytułu specjalisty chorób wewnętrznych, ale umożliwiałoby dalsze ukierunkowane już kształcenie w zakresie specjalności szczegółowych, w tym również np. 2-letnie kształcenie w celu uzyskania tytułu specjalisty w chorobach wewnętrznych. Takie 2-letnie szkolenie mogłoby też być możliwe dla lekarzy, którzy uzyskali w tym systemie specjalność szczegółową, a chcieliby mieć również tytuł specjalisty z chorób wewnętrznych.

Propozycja ta zyskała aprobatę zebranych i uznano, że powinna stać się przedmiotem poważnej dyskusji.

Należy podkreślić, że uwzględnia ona też wszystkie postulaty środowiska kardiologów. Jedyną wyrażaną wątpliwość zawarta była w pytaniu czy istnieje wola decydentów do wprowadzenia tak poważnej zmiany do systemu.

Komisja Kształcenia Medycznego NRL już wkrótce podejmie ten problem.

Prof. Jerzy Kruszewski jest przewodniczącym Komisji Kształcenia Medycznego NRL

Biuletyn Lekarski

Do Unii – za ile?

Otwarcie granic od maja br. umożliwi wyjazd lekarzom do krajów unijnych z szansą uzyskania znacznie wyższych zarobków oraz możliwość podjęcia specjalizacji. Barierą jest znajomość języka przysłego kraju zamieszkania. Za „Gazetą Wyborczą” przytaczamy kilka wskaźników obrazujących istniejącą sytuację lekarzy w krajach Unii.

Liczba lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej przypadająca na 1000 mieszkańców (dane z 2000 r.):

Finlandia	3,1
Francja	3,3
Niemcy	3,8
Norwegia	2,9
POLSKA	2,2
Wielka Brytania	1,8

Płace lekarzy – średnie roczne wynagrodzenie w zł (dane NIL):

USA	556 000
Wielka Brytania	301 188
Francja	222 978
Finlandia	213 420
Niemcy	181 583
Norwegia	177 799
POLSKA	29 064

Biuletyn Lekarski – OIL w Olsztynie

REKLAMA

REKLAMA

Porozmawiajmy o leasingu sprzętu medycznego na europejskim poziomie

Europejski Fundusz Leasingowy to Twój przyjazny partner w biznesie. Oferuje usługi leasingowe na europejskim poziomie. Nieograniczone korzyści dla Ciebie i Twojej firmy.

infolinia: 0 801 677 666
www.efl.com.pl, www.autoefl.pl

Europejski Fundusz Leasingowy

GRUPA CRÉDIT AGRICOLE

Pierwszy na myśl o leasingu

Specjalizacje stomatologiczne



Zbigniew Żak

Znalezienie miejsca na specjalizację ze stomatologii i jej otwarcie należy do grona zjawisk nadprzyrodzonych, a rezydentura to istny cud.

Ministerstwo Zdrowia niejednokrotnie nie przyznało ani jednej rezydentury dla stomatologii na postępowanie kwalifikacyjne. Powoduje to ogromne frustracje, zwłaszcza wśród licznych absolwentów stomatologii, niezadowolonych i pretensyjnych do samorządu lekarskiego o niewystarczające działania mające na celu zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych.

W Polsce na liście uprawnionych do prowadzenia specjalizacji stomatologicznych jest 106 jednostek organizacyjnych. Są tam wszystkie uczelnie medyczne, posiadające wydziały (oddziały) stomatologiczne, jeszcze działające wojewódzkie przychodnie stomatologiczne, publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej i niewielka liczba specjalistycznych praktyk indywidualnych. Największą liczbą miejsc specjalizacyjnych dysponuje:

• AM Warszawa	- 86 miejsc
• CM UJ Kraków	- 67 miejsc
• AM Katowice	- 48 miejsc
• AM Wrocław	- 43 miejsca
• AM Łódź	- 40 miejsc
• Centralne Wojskowe Przychodnie Lekarskie	- 38 miejsc
• AM Poznań	- 36 miejsc
• AM Szczecin	- 35 miejsc
• WPS Kraków	- 33 miejsca
• AM Białystok	- 33 miejsca
• AM Lublin	- 28 miejsc
• AM Gdańsk	- 27 miejsc
• Centrum Stomatologii w Warszawie	- 23 miejsca
• WPS Białystok	- 14 miejsc
• WPS Łódź	- 13 miejsc
• WPS Opole	- 10 miejsc
• WPS Gdańsk	- 7 miejsc
• WPS Olsztyn	- 7 miejsc

W tych 18 jednostkach jest skupionych niemalże 75% miejsc specjalizacyjnych. Większość miejsc znajduje się w ośrodkach akademickich, do chlubnych wyjątków należą: województwo opolskie i warmińsko-mazurskie, ale kilka miejsc specjalizacyjnych jest w województwie kujawsko-pomorskim i lubuskim.

Czy pozostali specjaliści nie chcą szkolić? Na to pytanie nie ma jednoznacznej odpowiedzi. By spełnić warunki akredytacji przed wpisaniem jednostki na listę ministra zdrowia uprawnionych do szkolenia specjalizacyjnego, trzeba sporo zainwestować, gdyż wymogi akredytacji są ogromnie trudne do spełnienia, zwłaszcza dla prywatnych gabinetów stomatologicznych i małych zakładów opieki zdrowotnej.

Nie ma żadnych pozytywnych bodźców dla jednostek akredytowanych, nie ma żadnych preferencji przy zawieraniu kontraktów z NFZ. Jednostki te wręcz mają same kłopoty z załatwieniem staży kierunkowych dla specjalizujących się, z zabezpieczeniem pacjentów do specjalistycznych procedur wymaganych do realizacji programu specjalizacji, ponoszą znaczne wydatki związane z utrzymaniem stanowiska pracy lekarza specjalizującego się, wydatki materiałowe, na płace asystentów stomatologicznych, gdyż koszty kształcenia specjalizacyjnego są przerzucane na jednostki prowadzące szkolenia.

W Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Krakowie roczny koszt utrzymania stanowiska pracy lekarza specjalizującego się wynosi 31 200 zł. Specjalizujące jednostki, poza uczelniami medycznymi, nie otrzymują za prowadzenie szkolenia specjalizacyjnego żadnej rekompensaty z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

czy Ministerstwa Zdrowia, a według Departamentu Świadczeń Zdrowotnych NFZ środki przeznaczone na refundację świadczeń zdrowotnych nie mogą być wykorzystane na żaden inny cel, jak np. kształcenie podyplomowe lekarzy.

Za co więc szkolić? Na to pytanie, skierowane do ministra zdrowia oczekuję na odpowiedź od lutego 2004 r.

Aktualnie w Polsce jest 841 miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy stomatologii.

• ze stomatologii zachowawczej z endodoncją	- 219 miejsc
• z protetyki	- 166 miejsc
• z chirurgii stomatologicznej	- 130 miejsc
• z ortodoncji	- 89 miejsc
• ze stomatologii dziecięcej	- 84 miejsca
• z chirurgii szczękowej	- 72 miejsca
• z periodontologii	- 54 miejsca

Większość jest zajęta przez specjalizujących się, cykl zaś szkolenia trwa od 3 do 6 lat. Na postępowania kwalifikacyjne są zgłaszane pojedyncze miejsca.

O jedno miejsce ubiega się 20-30 lekarzy, a często chętnych jest jeszcze więcej.

Zwróciłem się do dziekanów wydziałów (oddziałów) stomatologicznych wszystkich uczelni medycznych w Polsce z zapytaniem, jakie są przyczyny uniemożliwiające zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych. Odpowiedź otrzymałem ze wszystkich uczelni, z wyjątkiem Akademii Medycznej w Warszawie. Według dziekanów przyczynami uniemożliwiającymi zwiększenie liczby specjalizujących się w uczelniach są:

1. Brak motywacji finansowej dla jednostki wpisanej na listę uprawnionych do szkolenia specjalizacyjnego – wskazanie 8 uczelni.
2. Brak motywacji finansowej dla kierowników specjalizacji – wskazanie 8 uczelni.
3. Brak określonej polityki specjalizacyjnej – 7 uczelni.
4. Niedostateczne kontrakty z NFZ uniemożliwiające szkolenie specjalizacyjne – 7 uczelni.

Oprócz wymienionych wyżej jako przyczyny niedostatecznej liczby miejsc wskazano brak stanowisk pracy dla specjalizujących się (5 uczelni), niewłaściwy sposób rekrutacji na szkolenia specjalizacyjne (4 uczelnie) oraz brak kontraktów specjalistycznych uniemożliwiających realizację programów specjalizacyjnych (6 uczelni).

W oparciu o kontrakty z NFZ można zrealizować ok. 15% programu specjalizacyjnego z protetyki, 20% z periodontologii, ok. 30% z ortodoncji, 40-45% ze stomatologii zachowawczej i stomatologii dziecięcej, 55% programu z chirurgii stomatologicznej.

Karygodne jest dyskryminowanie przez NFZ specjalistów ze stomatologii zachowawczej i stomatologii dziecięcej. Lekarze tych specjalności traktowani są przez Fundusz jak lekarze bez specjalizacji, po stażu podyplomowym i nie przewiduje się dla nich kontraktów innych, jak tylko podstawowe. Jest to następny dowód na to, że w Polsce nie ma określonej polityki specjalizacyjnej w stomatologii, a państwo nie wie i nie umie wykrzystać wyszkolonych specjalistów.

Niedostateczna liczba miejsc specjalizacyjnych związana jest również z utrudnionym dostępem do specjalizowania się przez asystentów naukowo-

-dydaktycznych klinik stomatologicznych uczelni medycznych. Propozycję, by mogli rozpoczynać specjalizację na miejscach pozalimitowych, bez oczekiwania, często kilkuletniego na zwolnienie miejsca akredytowanego, oprotowano przez Naczelną Radę Lekarską na wnioski kol. Klaudiusza Komora z Klubu Młodych Lekarzy.

Asystent, po uzyskaniu asystentury musi czekać na zwolnienie miejsca w swej macierzystej jednostce nawet kilka lat, często prowadzić zajęcia ze specjalizującymi się, a sam nie może otworzyć specjalizacji. W ten sposób nie dojdzie do zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych, gdyż bardzo wolno wzrasta liczba lekarzy uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego.

Istotną przyczyną ograniczającą liczbę miejsc specjalizacyjnych jest nadmierna liczba szkolonych studentów stomatologii. Komisja Stomatologiczna NRL w swych stanowiskach z ubiegłego roku postulowała ograniczenie liczby studentów stomatologii. Minister zdrowia wydał rozporządzenie określające liczbę studentów, którzy mogą być przyjęci na I rok studiów stomatologicznych w roku akademickim 2003/2004. Z rozporządzenia wynika, że na studia dzienne winno zostać przyjętych 712 studentów. Rzeczywistość pokazuje tabela.

Nigdy nie przyjęto tak dużo studentów I roku stomatologii i aż tak wielu studentów na studia wieczorowe, mimo wprowadzenia nowego programu nauczania przeddyplomowego studentów stomatologii. Zakłada on zwiększenie liczby zajęć praktycznych ze stomatologii, do 1600 godzin ćwiczeń w trakcie studiów, przy niewystarczającej bazie klinicznej większości uczelni, która uniemożliwi realizację zwiększonych zadań dydaktycznych.

Nadmierny wzrost liczby studentów nie jest uzasadniony brakiem lekarzy stomatologów w Polsce. Od kilku lat na rynku pracy obserwuje się wręcz nadmiar absolwentów stomatologii, a liczba pacjentów przypadających na pracującego lekarza stomatologa (1157 pacjentów) nie jest w stanie zabezpieczyć utrzymania praktyki stomatologicznej. Dla porównania – w bogatej Europie na jednego lekarza dentystę przypada średnio 1676 mieszkańców.

Szkolenie nadmiernej liczby lekarzy stomatologii jest niezgodne z normą europejską, która określa, że „poprzez właściwą politykę szkoleniową kraje europejskie dostosują liczbę stomatologów do istniejących potrzeb”.

Ale czy w Polsce są stworzone mechanizmy określające liczbę lekarzy stomatologów teraz i w przyszłości z uwzględnieniem demografii i potrzeb populacji?

Nadprodukcja stomatologów zaburza równowagę ekonomiczną praktyk stomatologicznych w warunkach gospodarki rynkowej, ma również zły wpływ na etykę poprzez naruszenie zasad współpracy pomiędzy kolegami.

Czy w Polsce są określone potrzeby w stomatologii? Czy są określone potrzeby w zakresie szkolenia specjalizacyjnego oraz polityka zabezpieczenia potrzeb specjalistycznych?

Czy są określone liczbowe potrzeby specjalistów w poszczególnych specjalnościach stomatologicznych w skali kraju i województw.

Czy będą określone zasady finansowania szkolenia specjalizacyjnego?

Bez odpowiedzi na te pytania i określenia jasnej polityki szkoleniowej w stomatologii taniec chochoły będzie trwał.

Autor jest wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej

Liczba studentów stomatologii przyjętych na I rok 2003/2004

Akademia Medyczna	limit przyjęć na studia			przyjętych na studia			przyjętych ponad limit		
	dzienne	wieczorowe	razem	dzienne	wieczorowe	razem	dzienne	wieczorowe	razem
Białystok	70	14	84	72	27	99	2	13	15
Gdańsk	60	12	72	56	23	79	-4	11	7
Katowice	80	16	96	80	29	109	0	13	13
Kraków	60	12	72	65	45	110	5	33	38
Lublin	72	14	86	74	15	89	2	1	3
Łódź	60	12	72	90	56	146	30	44	74
Poznań	72	14	86	73	23	96	1	9	10
Szczecin	70	14	84	71	13	84	1	-1	0
Warszawa	88	17	105	88	14	102	0	-3	-3
Wrocław	80	16	96	81	23	104	1	7	8
razem	712	141	853	750	268	1018	38	127	165

Lekarze są ustawowo zobowiązani do ciągłego kształcenia. Ustawodawcy nie wskazali jednak źródeł jego finansowania. Propozycje samych zainteresowanych o wprowadzenie odpisów podatkowych na szkolenia nie zyskują aprobaty parlamentu.

Tak niewiele potrzeba...

Grażyna Ciechomska

Kłopoty finansowe i organizacyjne ochrony zdrowia zepchnęły na dalszy plan problemy zawodowe lekarzy.

Tych jest niemało. Do najważniejszych zalicza się kształcenie ustawiczne. Mimo że państwo nałożyło na lekarzy obowiązek doskonalenia umiejętności, brakuje atmosfery i warunków prawnych do jego solidnego wypełniania.

„Leczę dzieci od sześćdziesiątych lat ubiegłego wieku. Jestem lekarką z powołania. Od zawsze przywiązywałam dużą wagę do kształcenia. Przez całe swoje zawodowe życie walczyłam o szkolenia dla lekarzy. Nie wyobrażam sobie, że można leczyć dzieci czy dorosłych bazując tylko na wiedzy wyniesionej z akademii. Dzisiaj postęp nauk medycznych jest zawrotny. Niektóre metody leczenia dezaktualizują się w ciągu kilku lat. Metody diagnostyczne wzbogacają się z miesiąca na miesiąc. Asortyment środków leczniczych ulega zwielokrotnieniu niemal z dnia na dzień. To wszystko zmusza lekarza do ciągłego zdobywania wiedzy” – mówi Ewa Drabińska, pediatra z Mazowsza.

Lekarka dodaje, że spotkała się z przypadkami, kiedy jej koledzy popełniali błędy podczas diagnozowania. „O pomyłkach nie

wolno nam głośno mówić. To jest temat tabu. Jego poruszanie nie jest w dobrym tonie. A ja pytam: czy w dobrym tonie jest narażanie dzieci na cierpienie? Przecież każdy najdrobniejszy błąd lekarza powoduje ujemne skutki dla organizmu” – mówi z zażenowaniem rozmówczyni.

Wina za niedouczenie nie obarcza samych lekarzy. Jej zdaniem praktykujący lekarz widzi konieczność systematycznego uaktualniania wiedzy. Także zapoznawania się ze zdobyczami nauki. Odpowiedzialnością za braki w wykształceniu obarcza przełożonych i szefów lekarzy. „Kierownictwu przychodzi zależeć nieraz na dobrych statystykach, a nie na porządnej pracy podwładnych i ich kwalifikacjach”.

Słowa są bardzo mocne. Czy słusznie? Może nie do końca. Wydaje się, że możliwości dostępu do kształcenia ustawicznego trzeba rozstrzygać systemowo. Brakuje u nas urzędniczego zrozumienia. I zwyczajnej życzliwości. Czy może być inaczej?

Inne kraje radzą sobie lepiej. W Niemczech lekarz ma prawo do urlopu naukowego. Jest to pięć dni

roboczych raz w roku. Można je podzielić, połączyć, albo wziąć w całości. Ich niewykorzystanie nie oznacza utraty, choć nie zawsze łatwo je uzyskać.

„Wielu pracodawców patrzy krzywym okiem na zwalnianie się lekarzy na kongresy. Za czas urlopu muszą płacić tak jak za czas pracy. Ale takie jest prawo. Jeśli szef nie zgodzi się na określony termin urlopu przechodzi na rok następny” – mówi Michał Rumeld, polski anestezjolog od ponad dwudziestu lat pracujący w Niemczech.

Urlop naukowy jest tak pomyślany, aby kształcenie odbywało się w sposób systematyczny i ciągły. W niemieckim systemie punktowym najwyższe wyceniane są kilkudniowe kongresy naukowe. Np. tygodniowy kongres intensywniej medycyny i anestezjologii w centrum uniwersyteckim w Augsburgu czy Monachium przysparza 50 punktów.

Uczestniczący w takim kongresie lekarz wyczerpuje swój roczny limit urlopowy. Nie można zdobyć 200 punktów w danym roku poprzez uczestnictwo w czterech kursach, bo trzeba byłoby wziąć urlop prywatny.

W latach 2004-2009 trzeba zebrać 250 punktów.

Bardzo mobilizująca jest możliwość odpisów podatkowych. „Prawo niemieckie oparte jest na założeniu, że zarabianie pieniędzy powinno być poprzedzone inwestowaniem – wyjaśnia dr Rumeld. – I tak zanim zarobię swoje pieniądze, muszę się kształcić. Ale żeby się kształcić, muszę wydać pieniądze na przeloty samolotem, hotele, kongresy”.

W Niemczech nie ma górnej granicy odpisu na wydatki związane z wykonywaniem zawodu. Odpisać od dochodu można koszty niemal wszystkiego. Lekarz może więc pomniejszyć swój dochód poprzez odpisanie kosztów związanych z wydatkami na ubranie, np. na białe buty do pracy, koszule, kitel itp.

Lekarz niemiecki ma dwie korzyści z takiego rozwiązania prawnego. Po pierwsze, nie ponosi samotnie ciężaru finansowego związanego z doskonaleniem zawodowym. Po drugie, poprzez wydatki na książki medyczne, czasopisma i materiały naukowe, komputery i programy komputerowe pomniejsza swój dochód. Tym samym poprzez na-

ukę może zmniejszyć swoje podatki.

Jeśli lekarz będzie chciał zakupić sobie wspomniane wydanie anatomii za 4 tys. dolarów, to może to uczynić. Urzędnik skarbowy nie zakwestionuje takiego zakupu. Oczywiście wydatki muszą być prawdziwe i rozsądne. „Nikt w urzędzie skarbowym nie uwierzy, że do wykonywania zawodu musiałem kupić pierwsze średniowieczne wydanie Hipokratesa z 1600 r. z Florencji za 3 mln dolarów” – zauważa rozmówca.

Lekarz prowadzący własną praktykę może pomniejszyć dochód poprzez odnowienie lokalu czy wyposażenie go w meble.

Zmniejszenie podatku poprzez koszty szkoleniowe może być znaczne. „I tak w przypadku np. dochodów wynoszących 100 tys. euro trzeba zapłacić podatek w wysokości 48,5 proc. Ale ponosząc koszty związane z wykonywaniem zawodu i doskonaleniem w wysokości 40 tys. obniża się dochód do 60 tys. euro i schodzi do podatku 36 proc.” – mówi Rumeld.

Taki przepis zachęca do uczestniczenia w kursach, kongresach czy szkoleniach na wysokim poziomie. Nie ma bowiem bariery cenowej. Nie tylko w opłacie kursu, ale także w opłatach za przejazd czy przeloty samolotem, noclegi w hotelach itd.

„Uczestnictwo w interesującym mnie międzynarodowym kongresie odbywającym się w Polsce kosztuje 800 zł. Jeżeli miałabym możliwość odpisania kosztów z nim związanych od dochodu, to bym pojechała. Jeżeli natomiast ja muszę pokryć wydatki z nim związane z własnej kieszeni

stanowi to dla mnie barierę” – mówi Elżbieta Ey-Chmielewska, stomatolog, członek NRL.

„Natomiast kolega zza zachodniej granicy Polski z łatwością może polecić sobie na kurs z ortodoncji do Vancouver pomimo że jest on drogi. Ale zdobędzie wiedzę i jednocześnie obniży swój wysoki dochód” – z rozżaleniem mówi lekarka.

Na początek polscy lekarze byliby zapewne usatysfakcjonowani odpisem limitowanym. I nie w tak dużym zakresie jak u sąsiadów. Koszty kursu czy kongresu naukowego odpisywane od dochodu byłyby ulgą. Prawdopodobnie sami skłonni byliby do pokrycia dodatkowych kosztów z nim związanych.

Anna Wilczyńska, lekarka z dwudziestoletnim stażem pracy mówi tak: „Gdy ja studiowałam nawet nie śniłam o takiej aparaturze diagnostycznej jaka jest obecnie. Nawet, jeśli nie ja wykonam badanie, muszę interpretować jego wyniki. Trudno nauczyć się tego z książki czy Internetu. Ale praktycznie nie mam możliwości odbycia odpowiedniego kursu. Nie ma po temu warunków finansowych ani organizacyjnych”.

Rozwiązania problemów związanych z ustawicznym kształceniem lekarzy nie ma co odkładać na później motywując to krachem finansów publicznych oraz poważniejszymi kłopotami służby zdrowia. Niedouczenie lekarzy przyniesie większe szkody. Niewiele wysiłku potrzeba, aby umożliwić lekarzom wypełnianie obowiązku kształceniowego. Może warto byłoby rozważyć roczny limit np. 2 tys. na doskonalenie zawodowe lekarzy. Bez zbytków i rozrzutności.



1. Tani lek, 20 tabletek
2. Nie jest metabolizowany w wątrobie¹
3. W odróżnieniu od innych leków nie wchodzi w interakcję z antybiotykami, lekami przeciwgrzybicznymi i cymetydyną.¹
4. Najsilniej hamuje rozwój alergii skórnej. Spośród wszystkich leków p/histaminowych II generacji najsilniej zmniejsza średnicę rumienia w pokrzywce przewlekłej.²
5. Nie przekracza bariery krew - mózg¹
6. Skuteczny u dzieci^{3,4,5,6}

Wskazania: Dorośli i dzieci powyżej 6 roku życia: przewlekłe i sezonowe alergiczne zapalenie błony śluzowej nosa (katar sienny), sezonowe alergiczne zapalenie spojówek, przewlekłe pokrzywka.
Przeciwwskazania: Stwierdzona nadwrażliwość na substancję czynną lub inne składniki leku oraz na hydroksyzynę. **Ciąża i laktacja:** Lek może być stosowany w ciąży jedynie w przypadku zdecydowanej konieczności. Stosowanie cetyryzyny u karmiących matek jest niezalecane. **Środki ostrożności:** Nie należy zwiększać zalecanych przez lekarza dawek terapeutycznych leku. Nie należy łączyć z napojami alkoholowymi. U osób w podeszłym wieku lek jest wolniej wydalany i dlatego należy u nich zwiększyć odstęp pomiędzy poszczególnymi dawkami leku. U pacjentów z niewydolnością nerek dawkę należy zmniejszyć o połowę. Na kilka dni przed planowanym wykonaniem alergicznych testów skórnych należy przerwać stosowanie leku. Cetyryzyna nie wpływa na wyniki innych testów klinicznych i oznaczeń laboratoryjnych. **Działania niepożądane:** U osób szczególnie wrażliwych mogą niekiedy wystąpić niewielkie zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego, suchość w ustach, senność lub pobudzenie, ból i zawroty głowy. U niektórych osób mogą wystąpić objawy skórne i obrzęk naczynioruchowy jako objawy nadwrażliwości na lek. **Dawkowanie:** Amerтил® stosuje się wieczorem: dorośli i dzieci powyżej 12 roku życia 1 tabletka dziennie. Dzieci od 6 do 12 lat: 1/2-1 tabletka dziennie. Osobom szczególnie wrażliwym na działanie leku oraz dzieciom zalecaną dawkę dobową można podawać w 2 dawkach podzielonych co 12 h. **Opakowanie:** 20 tabletek powlekanych. Pozwolenie nr 4137.

Producent: BIOFARM Sp. z o.o. Pełna informacja o leku dostępna jest na stronie internetowej www.biofarm.pl



Nic nie trwa wiecznie



Marek Wójtowicz

Każdy jednoetatowy lekarz drży z obawy, czy dotrwa na etacie do emerytury. Co z tego, że ma dyplom, że odbył 6 lat studiów, że kolejne lata nauki zaowocowały kolejnymi dyplomami specjalisty. Ryzyko utraty etatowej pracy istnieje i jest coraz większe.

Ostatnio dotknęło ono nawet najlepiej sytuowane lobby lekarzy rodzinnych, którym w obliczu propozycji cenowych NFZ stanęła przed oczami groźba bankructwa ich praktyk.

W szerszej skali to samo ryzyko naglej utraty lub spadku dochodów dotyczy całych organizacji, zwłaszcza na polskim rynku zdrowotnym. Niejeden SPZOK stoi przed perspektywą likwidacji lub głębokiej redukcji zatrudnienia, ponieważ oferowane usługi zdrowotne „zakupywane” są w jednym miejscu, pod dyktando biednego płatnika publicznego.

Receptę na taki problem wymyślono, jak prawie wszystko w zarządzaniu, w Stanach Zjednoczonych. Lekiem okazała się dywersyfikacja. Termin „dywersyfikacja” pojawia się w naszych mediach co jakiś czas wyłącznie z okazji spadku ciśnienia gazu ziemnego w rurociągach zakopanych na Białorusi. Dywersyfikacja to ochrona przed skutkami zapaści na rynku, polegająca na różnicowaniu źródeł dochodów, produktów, usług, kategorii odbiorców i wykonawców itp. Pierwszy na potrzebę dywersyfikacji w biznesie wszystkiego i wszędzie zwrócił uwagę jeden z twórców nowoczesnej teorii zarządzania Igor Ansoff.

Nic nie trwa wiecznie. Nawet najlepszy, posiadający 2500 zdrowych podopiecznych, ogólnie szanowany i ceniony lekarz rodzinny może w kolejnym roku działalności utracić prawo wykonywania zawodu albo zdolność do pracy, albo może dostać tak niskie stawki na podopiecznego, że nie da rady opłacić godnie wszystkich zatrudnionych w praktyce.

Nawet najlepszy, wyskoscjonalistyczny, kardiologiczny szpital, któremu nagle trafiło się, że dzięki interwencji, powiedzmy na ten przykład,

premiera ceny w kardiologii stały się cudownie wysokie, może w roku następnym obudzić się z cenami dwukrotnie niższymi i innym premierem, interesującym się np. hemodializami.

W każdym z tych przypadków należy zmniejszyć ryzyko wpadki finansowej różnicując albo źródła przychodów, albo paletę oferowanych usług. Jest wówczas duża szansa, że jeżeli jedno źródło nieco podeschnie, to drugie mocniej tryśnie.

W praktyce lekarza rodzinnego aż się prosi, aby w ramach dywersyfikacji źródeł przychodów najbliższa apteka lub gabinet stomatologiczny stały się częścią wspólnego biznesu pod nazwą „medycyna rodzinna”. Popularne w dawnych czasach studenckie małżeństwa lekarsko-farmaceutyczne lub lekarsko-stomatologiczne wyruszające z dyplomami w głęboki teren są doskonałym przykładem, jak można w warunkach konkurencji o środki z NFZ, mając dwa lub więcej źródeł dochodów, skutecznie zmniejszać ryzyko zdobywania środków na życie i realizowania zawodowych oraz rodzinnych aspiracji. Teraz ten sam efekt można osiągnąć także drogą biznesową: poprzez zakładanie spółek przez zainteresowanych wspólnym kompleksowym biznesem zdrowotnym w danej gminie.

W szpitalu dywersyfikacja źródeł przychodów nie jest tak łatwa do zrealizowania, ponieważ czego by się nie tknąć w ramach lecznictwa zamkniętego, to prawie na pewno przyniesie straty. Usługi szpitalne są w całości zbyt nisko oszacowane i żadnej kardiologii raczej nie uda się zmniejszyć ryzyka wpadki finansowej poprzez uruchomienie dodatkowo hemodializoterapii. Ale można sięgać po wykonywanie usług, które w ramach „wolnych mocy przerobowych” są do wzięcia na rynku.

Typowym przykładem dodatkowego źródła dochodów może być opieka nocno-swiąteczna w izbie przyjęć obok normalnego trybu przyjmowania chorych do szpitala. To może być także odpłatna szkoła rodzenia, szkolenia w zakresie ratownictwa dla straży pożarnej, usługi na rzecz rejonowych komisji poborowych, usługi diagnostyczne dla obcych podmiotów. Centralizacja instytucji płatnika uniemożliwia na razie istotne finansowo różnicowanie odbiorców usług szpitalnych. Gdzie się człowiek nie obróci, to zawsze trafi na ten sam zabiedzony NFZ. Jedynie dla ZOZ-ów z zachodniego pogranicza kontrakty z „krankenkasami” niemieckimi są szansą na dodatkowe, niezłe pieniądze.

Na wschodzie i w centrum Polski nie ma co liczyć na umowy z Niemcami, ale ciężkie pieniądze leżą dla przykładu w sektorze medycyny pracy. Kodeks pracy nakazuje wszystkim pracodawcom wykonywanie i finansowanie lekarskich badań pracowniczych przed i w trakcie zatrudnienia.

Ciężko jest walczyć dużym ZOZ-om z pojedynczymi lekarzami-wolnymi strzelcami, którzy za 20-30 zł pieczętują pracownicze książeczki zdrowia. Ale szpital może powalczyć zobowiązując organ założycielski i podległe mu zakłady, aby badania ich pracowników wykonywał ZOZ, a nie wolni strzelcy.

I nie ma co się obrażać, że część pracodawców wybiera wolnego strzelca, bo przecież chce, tak jak my, obniżyć koszty.

Nie ma też co się obrażać na tych lekarzy-wolnych strzelców medycyny pracy, którzy zdobyli stosowne uprawnienia i teraz je w pełni wykorzystują dywersyfikując źródła osobistych dochodów. Trzeba pamiętać, że dywersyfikacja oznacza, iż ktoś „coś” zyskuje kosztem kogoś, kto jednocześnie to samo „coś” traci.

26 i 27 stycznia obradowała w Brukseli komisja ochrony środowiska, zdrowia publicznego i polityki konsumenckiej Parlamentu Europejskiego. Oto najbardziej interesujące elementy debaty z zakresu ochrony zdrowia.

Monitorowanie chorób

Komisja parlamentarna przyjęła jednogłośnie projekt poprawek do propozycji rozporządzenia powołującego Europejskie Centrum Monitoringu Chorób. AIDS, SARS, ptasia grypa – te choroby i wiele innych nie uznają granic państwowych. Zagrożenie bioterroryzmem pozostaje realne. Aby przeciwdziałać tej sytuacji, konieczna jest współpraca międzynarodowa.

Obszarem bezpośredniego działania Centrum będą nie tylko państwa członkowskie UE, ale również kraje kandydujące i członkowie Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Nowa instytucja ma dysponować stosunkowo skromnym własnym zapleczem kadrowym, odwołując się do specjalistów z krajów członkowskich.

Swobodny ruch pacjentów

Swoboda przemieszczania się obywateli UE na terenie wspólnoty to jedna z czterech podstawowych wolności (obok przepływu kapitału, usług i dóbr) stanowiących fundament Unii. Zasada ta znajduje swoje zastosowanie w bardzo szerokim zakresie w odniesieniu do rynku pracy: chodzi o swobodę przemieszczania się w celu podjęcia zatrudnienia. W zakresie ochrony zdrowia traktaty (art. 152 traktatu) dają Unii bardzo wąskie pole do działania. Ale zjawisko przemieszczania się pacjentów na terenie UE w celu skorzystania z usług medycznych poza granicami swojego własnego kraju przybiera rozmiary, które skłoniły Komisję Europejską i ministrów zdrowia krajów członkowskich do wspólnej analizy tej sytuacji. Być może przyczyni się ona kiedyś do zmiany zapisów traktatowych.

Obecnie chodzi przede wszystkim o znalezienie odpowiedzi na konkretne pytania i rozwiązanie konkretnych problemów. Część pytań ma charakter retoryczny, bo jest np. dość oczywiste dla każdego pacjenta z Wielkiej Brytanii je-

dź się leczyć do Francji: chodzi o okres oczekiwania na zabieg i o jakość usług medycznych. Większość problemów z trudem mogłaby znaleźć rozwiązanie na poziomie jednego kraju.

Na przykład kwestia zwrotu przez krajową instancję kosztów leczenia za granicą oraz pułapu kosztów, które pacjent ponosi w takiej sytuacji osobiście, wymaga decyzji dotyczących wszystkich krajów UE. Jednym z proponowanych rozwiązań jest tzw. europejska karta ubezpieczeniowa.

W czasie debaty przypomniano również propozycję (znaną m. in. z niedawnej debaty nt. wspólnotowego kodeksu leków) ustanowienia europejskiego cennika leków. Zwracając uwagę na znaczne różnice w wysokościach wydatków publicznych na ochronę zdrowia w poszczególnych krajach członkowskich (w tym w nowych dziesięciu krajach) wielokrotnie podnoszono kwestię dostępu obywateli UE do usług medycznych na właściwym poziomie. Wspomniano też nasilające się zjawisko osiedlania się lekarzy i innych przedstawicieli zawodów medycznych poza granicami ich krajów w poszukiwaniu wyższych zarobków.

Podróże za granice celem uzyskania usług medycznych lepszej jakości nie są i nie mogą stanowić panaceum na rozwiązanie problemów, przed którymi stoją krajowe systemy ochrony zdrowia. Jest to jednak zjawisko, które wymaga większej niż dotychczas koordynacji działań krajów członkowskich. Taki jest zresztą wymóg jednolitego rynku.

Ponadto, wolność przemieszczania się, również w celach medycznych, jest po prostu prawem obywateli.

Informacja czy reklama?

Jak uchronić pacjenta i konsumenta przed informacjami kłamliwymi lub błędnymi? Jak zapewnić jednolitą pod tym względem ochronę konsumenta na terenie jednolitego rynku? Komisja parlamentarna zapowiada zmianę

dyrektywy regulującej te kwestie. Nowelizacja zakłada m.in. zdefiniowanie tzw. profili żywieniowych i profili zdrowotnych, które mają pomóc pacjentowi w wyborze właściwej diety i, w konsekwencji, właściwych pod względem wartości odżywczych i zdrowotnych produktów.

Proponowana jest też klasyfikacja informacji, które – jako wprowadzające konsumenta w błąd lub nie znajdujące potwierdzenia badawczego – nie będą mogły pojawiać się na opakowaniach. Dotyczy to m.in. wskazań ogólnych sugerujących w sposób nieuzasadniony terapeutyczne działanie produktu.

Zgodnie z propozycją niedopuszczalne mogłyby również być wskazania mające za zadanie przekonać klienta o wartościach dietetycznych produktu poprzez skierowanie jego uwagi na składniki mało istotne przy jednoczesnym pominięciu tych, które rzeczywiście decydują o charakterze produktu (np. informacja „Niska zawartość tłuszczu” na opakowaniu produktu charakteryzującego się wysoką zawartością soli lub cukru albo zapis „Wysoka zawartość wapnia” na produkcie, którego główną cechą jest wysoka zawartość... tłuszczu).

W przypadku przyjęcia nowej dyrektywy nie byłoby dozwolone opatrzenie etykiety w informację nt. zalet zdrowotnych produktu zawierającego więcej niż 1,2% alkoholu (debata dotyczyła w tym przypadku przede wszystkim kampanii promocyjnych czerwonego wina, jednego z istotniejszych produktów eksportowych UE).

Zabronione ma być też m. in. zamieszczanie na etykietach informacji opartych na poradach lekarzy, farmaceutów czy ich stowarzyszeń i organizacji zawodowych oraz sugerujących, że niespożywanie produktu mogłoby się okazać szkodliwe dla zdrowia.

Więcej informacji w języku polskim:
Parlament Europejski –
www.europarl.eu.int

Chore zdrowie Nowej Ery

Andrzej Gregosiewicz

„Koncepcja zdrowia holistycznego kieruje się wielkim kłamstwem...”
D. Groothuis

Czy zdrowy człowiek może być zdrowym *bardziej*?

Tak, jeśli *odblokuje się* u niego przepływ energii przez zastosowanie terapii Reicha. Polega ona na głębokim oddychaniu w następującej sekwencji: *wdech-wydech, wdech-wydech, wdech-wydech* – itd., aż do uzyskania... *orgazmu*. Cytuję Fritjofa Caprę, nawróconego na *New Age* fizyka, znawcę lewitacji, psychokinezy, psychoanalizy, psychodramy, psychotroniki, postmodernizmu i... medycyny holistycznej.

Myślą Państwo, że opisana wyżej terapia *alternatywna* to margines rzeczywistości? Rozejrzyjcie się wokół. Zobaczcie, że 80% ludzi (lub więcej) nie ma zielonego pojęcia, jakimi kryteriami mierzyć wartość porad zdrowotnych, niezależnie od tego, czy udziela ich rzetelny specjalista, wróżka, szaman, czy telewizor. Fakt ten wykorzystuje gromada naciągaczy, którzy w zamian za słone honorarium, urządzają teatr jednego ak-

tora (i jednego, chorego widza). Zasadniczą rolę w przedstawieniu odgrywają rekwizyty w postaci wahadełek, różdżek, kryształów, dzwoneczków, biometrów, piramidek, kadzidełek, kwiatów, inteligentnej wody i wszystkiego tego, co przyszło do głowy pierwszym, etruskim *szamanom* z Cromagnon i co potrafią wykombinować współcześni uzdrowiciele.

Paradygmat holistyczny

Wszyscy widzimy, że również lekarze zaczynają coraz częściej posługiwać się w swojej pracy spektaklami typu światło i dźwięk. Potrzebne są do tego urządzenia z kolorowymi diodami i ciekłokrystalicznymi ekranami z seledynową poświatą w tle (najlepiej typu MORA-SUPER). Potrzebna jest także profesjonalnie wykonana strona www z informacją, że metody terapeutyczne są zgodne z holistycznym paradygmatem leczniczym. Ważne jest również, by nazwa metody (np. biorezonans) wywoływała u klienta właściwe skojarzenia (np. ze znanym już pacjentom MRJ).

Metody te mają ze sobą tyle wspólnego, co astrologia z astronomią, jednak, gdy przedstawiane są (na jednym wydechu) przez chirurga/neurochirurga w „Gabiniecie Medycyny XXI w.” (autentycznym), to proponowane tamże terapie biorezonansowe wydają się być osiągnięciem tysiąclecia. Oto, w skrócie, oferta „medyczna” tego gabinetu: 1) homeopatia elektroniczna – aparat A-B-A-S Bioenergetik skanuje informację zawartą w spektrum energetycznym pacjenta, wzmacnia ją do 10 000 razy, przekazuje na krople i olejki, wreszcie reprodukuje leki homeopatyczne w zakresie potencji C/D 0 do LM XVIII, 2) terapia kwiatowa Bacha – wodę nasycy się wibracjami kwiatów, dodaje brandy i... na zdrowie. 3) holistyczna regeneracja w pentagra-

mie – stosuje się 5 preparatów Energy, które oddziałują na 5 części człowieka, 5 stopni zdrowia i 12 dróg energetycznych. Jaki pacjent nie wyzdrowieje po takiej trój-terapii? Chyba tylko chory...

Czy może być coś bardziej żalosego, niż lekarz, który podobne brednie nazywa odkryciami naukowymi, poleca, reklamuje, stosuje, wierzy w ich skuteczność i histerycznie reaguje na sceptyczną ocenę? Czy ktoś z Czytelników jest w stanie pojąć, jak człowiek z dyplomem lekarza medycyny, wiedząc, co to jest liczba Avogadry, może z przekonaniem mówić o realności homeopatycznych rozcieńczeń? Czy nie rozumie, że w tej samej chwili „przewraca” całą współczesną wiedzę naukową?

Takich przypadków dyplomowanej bezmyślności jest znacznie więcej. Myślę, że jest to wynik naturalnej selekcji. Jeśli ktoś nie radzi sobie np. z chirurgią, to szuka alternatywnego, dochodowego zajęcia (ryc. 1). Ja to rozumiem i współczuję, co nie znaczy, że popieram. Do takich właśnie gabinetów powinni wkroczyć rzecznicy odpowiedzialności zawodowej w celu ochrony całego środowiska lekarskiego przed ośmieszeniem.

Przesadzam? Nie, ostrzegam przed ludźmi, którzy między śniadaniem a obiadem doznają iluminacji (dostrzegając istnienie alternatywnych praw przyrody) i jeszcze przed kolacją obmyślają zasady nowej dziedziny wiedzy. Potem mówią o równoważeniu energii, meridianach, czakramach, energii subtelnej, całościowych terapiach naturalnych, regeneracji w pentagramie itp. – wymieniać można bez końca. Rezultatem takiej spontanicznej iluminacji (u Hahne-manna) było powstanie homeopatii, którą prof. Werner Dutz określił wyjątkowo trafnie jako voodoo medycyny. Rzekniesz, faktem jest, że francuskie i niemieckie firmy produkujące macierzyste roztwory homeopatyczne zatrudniają okultystów (H.J. Bopp).

Gdy rozpoczynałem studia medyczne wszystko wydawało mi się jeszcze logiczne i poukładane. Nauka była nauką, mistyka – mistyką, leczenie zaś zwalczaniem choroby, a nie odblokowywaniem energetycznych węzłów. I nagle, praktycznie w ciągu dwóch ostatnich dekad, niektóre umysły opętały paradygmat holistyczny. Zaczął się on rozprzestrzeniać nawet w środowiskach naukowych. W medycynie, na szczęście, nie jest jeszcze obowiązkiem. Zdążę więc przedstawić swoje zdanie na temat naturalnej historii zjawiska, które spowodowało tę epidemię.

New Age. Przypadek zerowy

Początkiem każdej epidemii jest tzw. przypadek zerowy. Jego identyfikacja bywa zazwyczaj trudna. My jednak możemy wskazać nań palcem. Oto bowiem, w 1875 r. niejaka Helena Pietrowna Bławatska założyła Towarzystwo Teozoficzne. Podobne towarzystwa naukowo-społeczne powstają zazwyczaj z racjonalnych i szlachetnych pobudek. Tu było inaczej. Głównym motywem, którym kierowała się Bławatska, była fanatyczna nienawiść do chrześcijaństwa. Chcąc cokolwiek (dosłownie) zastąpić zniechęcony światopogląd – wymieszała ze sobą różne elementy religii Wschodu, greckich kultów misteryjnych, ludowej magii, alchemii, kabały i okultyzmu, z której to mieszaniny, jak *deus ex machina*, wychnęła bezosobowa Zasada Kosmiczna objaśniająca wszystkie tajemnice współistnienia (współbrzmienia, współwibracji) ludzkości z Wszechświatem. Począła się Nowa Era.

O tym „historycznym przełomie” wiedziało (przez całe lata) kilkanaście osób. Musiało minąć 3/4 wieku, nim nowa teoria rzeczywistości wzbudziła społeczne zainteresowanie. Było to jednak ciągle marginalne zjawisko. Aż do 1980 roku, kiedy to Marilyn Ferguson przedstawiła w książce pt. „Sprzysiężenie Wodnika” praktyczne sposoby przemycania Zasady Kosmicznej do wszystkich dziedzin życia społecznego.

Od tego czasu epidemia *New Age* przybrała na sile i zaczęła rozszerzać się w postępie geometrycznym. Jej współczesne objawy to różnego rodzaju misje (Czaitanii), kościoły (Moona), kluby (Bodhidhar-

ma), szkoły (Kwan Um), wspólnoty (Findborn), związki (Realian), ośrodki (zdrowia holistycznego), instytucje (Esalen) i tysiące podobnych grup, których uczestnicy odseparowali się od społeczeństwa, gdyż nie odpowiadał im sposób oglądu rzeczywistości prezentowany przez Mugoli (świat H. Pottera doskonale wpisuje się w Zasadę Kosmiczną). Owi rozbitkowie społeczni (spod znaku nocnych koszul ruchu Hare Krysna) doskonale odnaleźli się w Nowej Erze. Nikt z nich nie kryje, że jądro ich światopoglądu wywodzi się z pierwotnych kultów magicznych. Nie rozumiem tylko dlaczego ten światopogląd nazwano neognozą. Dla niepoznaki?

Być może tak, lecz niepotrzebnie, bo przecież gołym okiem widać, że oczywista irracjonalność konstrukcji myślowych nowego poznania nie tylko nie stanowi przeszkody, lecz jest nawet atutem przy kooptacji nowych wyznawców. Ciepłe zaproszenie do wejścia w krąg harmonii, nadziei, tożsamości, sensu, miłości, prawdy itp. ma nieodparty urok dla niedojrzałych, naiwnych lub niesprawnie funkcjonujących umysłów. Wykorzystują to charyzmatyczni oszuści (ksywka: guru) którzy, jak np. Moon, realizują własne, najczęściej komercyjne cele.

Swoich zwolenników poddają najpierw operacji odmóżdżenia, a następnie wypełniają ich puste mózgowczaszki hasłowym hinduizmem, kosmocentryzmem, naturalizmem i setkami podobnych -izmów.

Wszystko to jest beładnie (typowo dla synkretyzmu) pomieszane, zaś upiór, który wyłania się z tego zsypania idei (określanego dla zgrywy postmodernizmem) nazywany jest paradygmatem holistycznym, który jakoby potwierdza związek panteistycznej mistyki z nauką.

Gdybyż ten paradygmat ograniczał się do kadr ruchu Nowej Ery nie byłoby problemu. Ale moda nie zna granic i świat bez większych oporów wchłonął ten wsteczny trend myślowy. Dobrze rozumiem W. Łysiaka, który wszystkie postmodernistyczne paradygmaty określa mianem „post-kultury”.

Wracając do problemów medycznych: zanim osiągniemy (zapewniając nam zdrowie) pełną współwibrację z Kosmosem, może się zdarzyć, że dopadnie nas zwykła choroba. No i mamy problem. Jakimi bowiem kryteriami wyboru metody leczenia powin-

niśmy się kierować. Czy jeszcze kartezjańskimi (biomedycyno-redukcyjnymi), czy już holistycznymi. W tym miejscu muszę pogratulować naszej TV („misyjnej” i normalnej), która, systematycznie i konsekwentnie, prezentuje wielomilionowej widowni liczne programy omawiające najsukcesowniejsze sposoby holistycznych terapii. Największym hitem jest prezentacja energetyzowania wody mineralnej przez Zbyszka Nowaka. Zaraz potem jest homeopatia, akupresura, bioenergoterapia, akupunktura, kuracja kwiatowa, medycyna tybetańska, peruwiańska, chińska, filipińska i kretyń-



Ryc. 2. MEDYCYNĄ KONWENCJONALNĄ. Na zdjęciu chłopiec w trakcie wieloetapowego leczenia wrodzonego skrócenia kończyny dolnej (ponad 40 cm). Stosowane wcześniej u tego pacjenta alternatywne terapie energetyczne XXI wieku nie przyniosły efektu; noga – o dziwo! – nie urosła. Trzeba było zastosować dłuto, młotek i aparat Ilizarowa. Obok autor artykułu.

ska (z Krety). Biorąc pod uwagę znany nam już paradygmat, uważam, że decyzja o podjęciu takich kuracji powinna wiązać się z wiarą w:

Zbawienie z perspektywy holistycznej

Ta zabawna konstrukcja myślowa P. Clemensa nie powinna nas szokować. Cały czas poruszamy się bowiem w obszarze *New Age*. Prześledźmy więc spokojnie historię kształtowania się tego świeckiego objawienia. To

dokończenie na str. 34

• **Unijne pieniądze dla polskich ZOZ-ów.** Mammografy, sprzęt rehabilitacyjny, aparaty USG to przykłady urządzeń, na zakup których placówki medyczne będą mogły zdobyć dofinansowanie z funduszy UE. • **Wyrzucanie pieniędzy.** „Pieniędzy w ochronie zdrowia jest więcej niż się oficjalnie przyznaje i często są wydawane na leki i badania, których skuteczność nie została potwierdzona badaniami klinicznymi – twierdzi specjalista od zarządzania służbą zdrowia prof. Jacek Ruszkowski. • **Rewolucja w gospodarce lekowej.** Ścisłe monitorowanie przepisywania leków przez lekarzy oraz wprowadzenie obowiązkowych receptariuszy – to plany rządu na lata 2004–2008. • **Łata na łacie.** Sejm po raz 29 znowelizował ustawę o ZOZ-ach. Na skutek zmian w ustawie część fundacji będzie musiała opuścić szpitale i inne publiczne placówki służby zdrowia. • **Co w koszyku, a co poza koszykiem?** Najprawdopodobniej już w 2005 r. pacjenci w polskich szpitalach będą opłacali koszty nie związane z leczeniem, np. posiłki, koszty zmiany pościeli itp. • **Czy lekarze ruszą do sądów?** Polskie sądy mogą być niedługo zalane pozwami lekarzy domagających się wynagrodzeń za nadgodziny – pisze „Rzeczpospolita”. • **Sponsor badania sam będzie sobie wybierał... komisję bioetyczną.** W prawie farmaceutycznym znajdują się wkrótce nowe przepisy na temat prowadzenia badań klinicznych. • **Czerwony krzyż pod ochroną.** Umieszczanie czerwonego krzyża na apteczkach, w przychodniach i w firmach farmaceutycznych jest łamaniem prawa i grozi grzywną w wys 2,5 tys. zł. • **Ból po bólu.** W Polsce wzrasta liczba hospitalizacji z powodu przewlekłego stosowania leków przeciwbólowych, a zwłaszcza środków sprzedawanych bez recepty. • **Musimy pokazać Europie, że nie jesteśmy służbą zdrowia drugiej kategorii za mniejsze pieniądze.** Centrum Onkologii w Gliwicach jest gotowe na przyjmowanie nawet tysiąca cudzoziemców rocznie na diagnostykę i leczenie onkologiczne. • **Połączyli naukę i biznes.** Pomorska AM utworzyła wspólnie z Akademią Rolniczą i Politechniką Szczecińską konsorcjum mające pracować nad wykorzystaniem nowych materiałów w medycynie i ochroną środowiska. • **Rachunki za leczenie.** Szpital w Gryficach wysyła do pacjentów... rachunki za usługi medyczne wykonane ponadlimitowo w latach 2001–2002. • **„Świąteczne i nocne dyżury lekarskie to fikcja”.** 2-letnie dziecko z wysoką gorączką zostało w nocy przyjęte dopiero po odwiedzeniu

ciąg dalszy na str. 37

Chore zdrowie Nowej Ery

dokończenie ze str. 33

ważne, bo analizowana przez nas koncepcja zdrowia holistycznego ma ścisły związek ze światopoglądem o podobnej nazwie. Musimy tedy cofnąć się do źródeł.

Na przełomie XIX i XX w. zasada Kosmiczna Bławatskiej stała się już, nawet dla jej zwolenników, zbyt ogólnikowa. Należało ją dopracować. I wtedy, jak na zawołanie, pojawiła się teoria holizmu J. Ch. Smutsa, wg której jedność bytu wszechrzeczy jest boską właściwością przyrody. Do Zasady Kosmicznej nowa teoria pasowała jak ulał. Jednak niektórzy chcieli ją jeszcze ulepszyć. F. Capra zaproponował rozumienie holizmu w kategoriach kosmicznego ekosystemu. M. Bierdiajew rozpoznał w holizmie... kosmiczny komunizm. Ostatecznie, ci geniusze postmodernizmu doszli do wniosku, że Wszechświat i Gaja to nic innego, jak kosmiczne sacrum. To było to!

Definicja sytuująca ludzkość i Kosmos w roli świeckiego bóstwa dawała wreszcie postępowcom nadzieję na dalszą marginalizację chrześcijaństwa i realizację (w przewidywalnej przyszłości) socjalistycznej utopii. Szybko wykombinowali, że najpraktyczniejszą drogą do przyspieszenia ewolucji ludzkiej świadomości będzie ruch *New Age*.

Prognozy były dobre, m.in. dzięki szybko wzrastającej liczbie osobników znających sposoby interaktywnego sterowania energią kosmiczną (shiatsu, qi gong, tai chi, shuyoakai, reiki, joga, feng shui, zen, falun gong itp). Z bierdiajewskim zapalem zabrali się więc do pracy.

Ich celem miało być wpojenie nam przekonania, że ludzkość osiągnęła kres swoich możliwości rozwoju. Postęp zaś jest możliwy tylko w przypadku kwantowego skoku świadomości, który nastąpi po osiągnięciu masy krytycznej pozytywnych idei. Nastąpi wtedy przemianowanie *sacrum* i ludzkość jako całość przejmie po Chrystusie boską władzę. Zrealizuje się utopia Ładu Wiecz-

nego. Człowiek przeniesie stan świadomości na poziom alfa, co pozwoli mu zrozumieć istotę harmonii natury i kosmosu, umożliwi czerpanie informacji z obszaru Wyższej Inteligencji oraz pomoże dostosować własną częstotliwość do wzorów wibracji rzeczywistości ostatecznej.

Jak łatwo się domyślić, pojęcie ostatecznej współwibracji z Kosmosem, legło u podstaw koncepcji zbawienia z perspektywy holistycznej. Znany teolog T. Węclawski nazwał delikatnie te spostrzeżenia „śląbomyślnym bredzeniem”. Jest wielce prawdopodobne, że podobnie wstrząsającą inteligencją dysponowali mistrzowie Nowej Ery, którzy wprowadzili termin:

Zdrowie holistyczne

August von Hayek stwierdził, że przyjęcie koncepcji holizmu jest kolejną próbą stworzenia utopijnego społeczeństwa idealnego, któremu towarzyszyć muszą nieuniknione wynaturzenia. Wg holistycznego bowiem oglądu świata zjawiska społeczne podlegają historycznym prawidłowościom, a co to znaczy – wie doskonale, skomunizowana do trzewi, Europa środkowoschodnia.

Za prawidłowość historyczną trzeba więc uznać fakt, że medycyna holistyczna – jako sztandarowa dziedzina *New Age* – stała się awangardą postępowych przemian. Jej docelowy program sami twórcy określają dowcipnie mianem łagodnego totalitaryzmu. Wg nich bowiem, opieka medyczna ma być organizowana przez wszystkie szczeble administracji państwowej.

Nie wszyscy zauważyli, że polskie elity rządzące zaczynają już okresowo współwibrować z Kosmosem. Tak, tak... mamy nawet dowód. Powstała oto (niewątpliwie holistyczna) instytucja pod nazwą Narodowy Fundusz Zdrowia. Jestem pewien, że jego twórca otrzymywał wskazówki z obszaru Wyższej Inteligencji.

Wg innego guru *New Age*, Fuchsa – kolejnym krokiem do zmiany syste-

mu biomedycznego (określenie pejoratywne) na holistyczny będzie ogłoszenie moratorium na budowę szpitali. Jest to zrozumiałe, gdyż współczesna medycyna uważana jest przez holistów za krótkotrwałą aberrację, zaś farmakoterapia za formę zmanipulowanej relacji pozawerbalnej. Dlatego zdrowie przywracać się będzie przede wszystkim drogą autoterapii psychosomatycznej oraz homeopatii, która pobudzi sferę energetyczną pacjenta zgodnie z określonym schematem wibracji leku.

Podstawą systemu leczniczego będzie uniwersalistyczne przekonanie, że istoty ludzkie stanowią część uporządkowanego ekosystemu Wszechświata, którego zaburzenie powoduje chorobę. Wykrywanie zaburzeń tego układu powierzy się psychoterapeutom, którzy będą stosowali analizę słów, psychodramę, hipnozę i terapię psychodeliczną. Stosować się będzie także udrożnianie systemu przepływu energii (akupunktura, czakroterapia) oraz praktyki medytacyjne i techniki głębokiego odprężania. Oczywiście, procesu terapeutycznego nie będzie się już traktować jako leczenia choroby, lecz jako przygodę na drodze do poznania samego siebie.

Krótko mówiąc, dla holistów (tych, że cały czas cytuję) jest oczywiste, że choroba pojawia się w wyniku zakłócenia harmonii jednostki z ładem Wszechświata i w swej najgłębszej istocie jest zjawiskiem umysłowym. Jej leczenie musi więc polegać na nadaniu przekazu z poziomu nadprzestrzennego w celu aktywacji medium sprzęgającego najwyższe piętra hierarchicznie zorganizowanego układu nerwowego, co usunie wadliwe sterowanie na jednostkowym poziomie mentacji metabolicznej.

(Ko)mentację pozostawiam Czytelnikom.

Czas na nowe idee?

Widmo holizmu krąży nad medycyną. Chronologicznie jest to widmo numer 2. Po realizacji idei przyniesionej przez widmo numer 1 pozostały kulturowe zgłiszczca.

Do dzisiaj nie odbudowaliśmy normalności. Także w medycynie, która nie ma zbyt wielkich szans na rozwiązanie (w przewidywalnym czasie) wielu poważnych problemów trapiących ludzi chorych.

Uważam jednak, że głęboko niemoralnym ze strony ustawodawcy jest dostosowywanie polskiego prawa do europejskiej *voodoo-medycyny*, która promuje (i dotuje!) oszukańczą *homeopatię* oraz inne rodzaje tzw. *terapii alternatywnych* wywodzących się z (naznaczonego piętnem okultyzmu, mistycyzmu, magii, pogardy dla nauki, cynicznego kłamstwa i zwyczajnej głupoty) ruchu *New Age*.

Musimy się oczywiście pogodzić z istnieniem „medycyny niekonwencjonalnej”. Choćby dlatego, że efekt placebo jest realnie istniejącym zjawiskiem. Poza tym żyjemy w wolnym kraju i każdy może się leczyć jak chce i u kogo chce. Łatwo jednak wyobrazić sobie dalekosieczne skutki wprowadzenia nowego, europejskiego prawa.

Po pewnym czasie przestaniemy odróżniać leczenie od uzdrawiania, a następnie zaczniemy wybierać (co naturalne) bardziej atrakcyjną opcję, czyli zdrowie całościowe (holistyczne). Wiadomo przy tym, że diagnostyczno-lecznicze działania podejmowane w gabinetach holistycznych będą miały, delikatnie mówiąc, nowatorski charakter. Czy trudno więc sobie wyobrazić, że np. „leczenie” gruźlicy, będzie prowadzone przy pomocy holistycznej regeneracji w pentagramie lub terapii kwiatowej Bacha? Są to truizmy. Lecz tylko dla lekarza. Suwerenny parlament może natomiast w każdej chwili zapisać w ustawie dowolne głupstwo, tak jak to się już stało z homeopatią. A w kolejce czeka projekt ustawy o wprowadzeniu zawodu naturoterapeuty. Jeszcze trochę i powstanie Otwarty Uniwersytet Medycyny Holistycznej. Na pieczętkach absolwentów będzie napisane lek. med. hol. I kto odróżni?

Nie liczę na to, że mój głos będzie dostrzeżony. Będę miał za to czyste sumienie. Ostrzegalem...

Przyznaję, fascynująca jest możliwość nadprzestrzennego uzdrawiania marskiej (przepraszam – wadliwie sterowanej mentalnie) wątroby lub stosowanie terapii psychodelicznej u chorych z zawałem serca.

Lecz, jeśli musiałbym wybierać... wolę zwyczajne zdrowie, niż holistyczne współbrzmienie z Wszechświatem.

prof. zw. dr hab. med.

Andrzej Gregosiewicz
AM, Lublin

REKLAMA



Skuteczny lek rozkurczowy

Informacja o leku. Skład: Substancja czynna: chlorowodorek drotaweryny 40 mg. **Opis działania:** drotaweryna jest pochodną papaweryny o silnym działaniu rozkurczowym na mięśnie gładkie. Działanie rozkurczowe drotaweryny zaznacza się szczególnie wyraźnie w obrębie dróg moczowych, żółciowych oraz przewodu pokarmowego.

Wskazania do stosowania:

- stany skurczowe dróg żółciowych i moczowych związane z kamicą, zapaleniem pęcherzyka żółciowego, zapaleniem miedniczek nerkowych, zapaleniem pęcherza moczowego, bolesnym parciem na moczkę;
- w gastrologii: w skurczach wpustu żołądka i odźwiernika, w zespole jelita drażliwego, w zaparciach na tle spastycznym i we wzdęciach, przy wrzodzie żołądka i dwunastnicy;
- w ginekologii: w zaburzeniach miesiączkowania, w poronieniu zagrażającym, przy silnych bólach.

Przeciwwskazania: nadwrażliwość na którykolwiek składnik leku. Ciężka niewydolność wątroby, nerek i serca.

Dawkowanie i sposób podawania: przeciętna dawka dla dorosłych wynosi 40–80 mg (1–2 tabletki) 1–3 razy dziennie.

Przed użyciem zapoznaj się z treścią ulotki.

Polski lek bez recepty

Sw. Rej. MZ 8426

FCHSP GALENUS, 00-095 Warszawa,
ul. Senatorska 36, tel. 22 679 22 15



REKLAMA

Przewiduję, że po wejściu do UE wielu najlepszych lub obiecujących lekarzy wyjedzie do Niemiec, Francji i Wlk. Brytanii. I wielu z nich już do Polski nie wróci. W przyszłości, gdy warunki ekonomiczne państwa poprawią się, nagle okaże się, że w Polsce brakuje ogromnej rzeszy dobrych lekarzy. Placówki będą zmuszone sprowadzać niżej wykwalifikowanych lekarzy z Rosji i krajów Trzeciego Świata. I będzie to kosztować dużo drożej niż oszczędności na niewypłacaniu i tak bzdurnie niskich etatów dla obecnych absolwentów – mówi Tomasz Kobyłański, który wyemigrował do USA.

Zawiedzeni siłacze

Pierwsze kontrakty z NFZ miały być podpisane do końca 2003 r. Ale zaproponowane warunki okazały się dla niektórych lekarzy niemożliwe do spełnienia, a i stawki nie do zaakceptowania.

Od lekarzy rodzinnych oczekiwano pracy w postaci całodobowej opieki lekarskiej przez 365 dni w roku. Zobowiązano ich ponadto do zorganizowania samodzielnego transportu sanitarnego.

Propozycje te tak zdumiały lekarzy, że postanowili sprzeciwić się takim kontraktom. I utworzyli wspólną grupę protestu.

Już umowy z kasami chorych budziły spore zastrzeżenia i sprzeciwy. Ale ich brak oznaczał lekarski niebyt. Ze strachu przed zepchnięciem na zawodowy margines lekarze przez kilka lat godzili się na niedopuszczalne warunki umów.

Teraz miarka przebrała się. Lekarze wspólnie zbuntowali się i nie podpisali kontraktów. Dla okazania determinacji i siły na początku nowego roku zamknęli swoje gabinety i przychodnie. Zdecydowaną postawą zaskoczyli urzędników i zmusili do ustępstw. Szóstego stycznia minister zdrowia zawarł z nimi pisemną umowę. Jej efektem miały być dodatkowe środki pieniężne na opłacenie świadczonej i nocnej pomocy lekarskiej oraz transport sanitarny.

Eksperci oszacowali, że będzie to suma 410 mln zł. Ani tej kwoty, ani proponowanych przez NFZ 300 mln zł lekarze do dzisiaj nie mają. Minister poprosił dyrektorów poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ o przesunięcie potrzebnych sum z jednych rubryk tabelki finansowej do innych. Np. środki finansowe z programów profilaktycznych na transport sanitarny. Postawa taka zaskoczyła lekarzy. Sami zaczynają szukać lepszych rozwiązań.

Zanim jednak wymyślą sposób na korzystniejszy podział środków z NFZ badają swoją wytrzymałość na propozycje urzędników.

Pisze do redakcji „Gazety Lekarskiej” lekarz specjalista: *Zapytaliśmy kilku lekarzy co myślą o proponowanym przez NFZ remoncie szpitala w którym pracują, za część ich wynagrodzeń zamiast za pieniądze z budżetu NFZ. Oto co nam powiedzieli:*

Alergolog, że kicha na to.

Anestezjolog, że nie czuje różnicy.

Kardiolog, że nie miał serca odmówić.

Dermatolog, że od razu dostał wysypki.

Gastrolog, że nie trawi takich głupich pomysłów.

Internista, że to musiałby specjalista ocenić.

Neurolog, że nie ma na to nerwów.

Położnik nie mógł uwierzyć, iż taka koncepcja mogła się

narodzić i że jest jej stanowczo anty.

Okulista, że nie widzi różnicy.

Ortopeda, że lekarze i tak już kuleją finansowo.

Laryngolog był głuchy na pytania.

Patolog krzychał: „Po moim trupie”.

Pediatra nawoływał: „Ludzie dorośnijcie wreszcie!”

Chirurg plastyczny, że to będą zmiany tylko kosmetyczne.

Rehabilitant, że to zbyt duży krok naprzód.

Proktolog, że ma to w d...

Psychiatra dodał, że to jest szaleństwo.

Radiolog, że on takie zagrywki już dawno przejrzał na

wylot.

Chirurg stwierdził, że on umywa ręce od tego.

Mikrochirurgzy dodali, że za bardzo skupiono się na

szczegółach.

Urolog po prostu olał sprawę.

Seksuolog stwierdził, że jego to wszystko i tak p...

Psycholog chciał jeszcze o tym porozmawiać...

Kierowca karetki, że NFZ koniecznie chce być w

uprzywilejowanej sytuacji.

Jeden z pracowników laboratorium dodał, że pomysł

wymaga dogłębnej analizy.

I tak lekarze sobie podowcipkowali. I zdiagnozowali NFZ. Czy diagnoza okaże się prawidłowa?

Mijają kolejne miesiące od zawarcia porozumienia przez ministra zdrowia i grupę lekarzy z Porozumienia Zielonogórskiego. Ci ostatni są zawiedzeni. Co pewien czas stwierdzają, że warunki umowy nie są w pełni realizowane. Pieniądzy nie przybyło w następstwie ministerialnych podpisów.

Groźbą ponownych protestów lekarze wymusili na NFZ kontrakty ze świadczeniodawcami, z którymi umów nie chciało zawrzeć.

Obiecane środki finansowe wymuszają siłą. I może siły tej starczy do końca roku. Czy nie zabraknie jednak środków pieniężnych? Siłą wymuszono też zmianę prezesa NFZ. W fotelu zasiada teraz ekonomista. Czy zastosuje prawidłowe reguły ekonomiczne i zaspokoi najpilniejsze potrzeby lekarzy i pacjentów? Czy lepiej policzy się z lekarzami? Czy siłacze nie zawiodą się raz jeszcze?

gac

Good Clinical Practices

Czy pacjent uczestniczący w badaniu klinicznym jest chroniony ubezpieczeniem?

Rozporządzenie ministra zdrowia z 10 grudnia 2002 r. „w sprawie określenia szczegółowych wymagań Dobrej Praktyki Klinicznej” mówi, że „sponsor zapewnia odszkodowanie za szkody poniesione przez uczestnika badania klinicznego w wyniku prowadzonego badania”.

Co to oznacza w praktyce?

Sponsor badania musi posiadać polisę ubezpieczeniową odpowiedzialności cywilnej (OC), którą przedstawia zarówno w Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych, jak i komisji etycznej zatwierdzającej badanie.

Polisa taka obejmuje szkody powstałe w wyniku stosowania leków w badaniach klinicznych oraz wykonywania procedur medycznych związanych z badaniem, pod warunkiem zatwierdzenia protokołu badawczego przez komisję etyczną. W polisie podana jest m. in. suma ubezpieczenia oraz czas, w jakim od zastosowania leku w badaniu klinicznym pacjent ma prawo zgłaszać roszczenia (np. w okresie do trzech lat od zakończenia terapii). Określony jest również sposób zgłaszania roszczeń przez pacjenta.

Polisa taka nie obejmuje pogorszenia stanu zdrowia, które wynika z przebiegu choroby i nastąpiłoby niezależnie od uczestnictwa w badaniu, jak również nie obejmuje wad genetycznych oraz szkód wynikających z nieprzestrzegania przez personel medyczny zapisów protokołu badawczego, a przez pacjenta zaleceń lekarza. Tak więc polisa nie obejmuje błędów lekarskich czy też zaniedbań ze strony personelu medycznego.

Skąd pacjent wie, że sponsor badania jest ubezpieczony?

W informacji o badaniu dla pacjenta powinien być podany numer poli-

sy ubezpieczeniowej sponsora i nazwa towarzystwa ubezpieczeniowego. Ponadto zapisy rozporządzenia ministra zdrowia z 11 maja 1999 r. „w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych” mówią, iż pacjent powinien pisemnie potwierdzić przyjęcie warunków ubezpieczenia. Takie potwierdzenie zazwyczaj jest częścią formularza zgody pacjenta, a w praktyce oznacza to, iż pacjent powinien zapoznać się z polisą ubezpieczeniową sponsora badania.

Dodatkowo w informacji o badaniu dla pacjenta powinien być zawarty zapis dotyczący sposobu zgłaszania ewentualnych szkód powstałych w związku z uczestnictwem w badaniu klinicznym.

Jeżeli w trakcie trwania badania klinicznego sponsor zmienia ubezpieczyciela, to aktualizacji powinna podlegać informacja o badaniu dla pacjenta, tak by w razie konieczności pacjent mógł zgłosić roszczenia do właściwego towarzystwa ubezpieczeniowego.

Zapisy dotyczące Dobrej Praktyki Klinicznej wymagają, by pacjent otrzymał do domu informację o badaniu klinicznym i kopię podpisanej zgody na uczestnictwo w badaniu, a tym samym posiadał dane dotyczące ubezpieczenia sponsora badania.

Elżbieta Kłęczar-Domańska

Stowarzyszenie
na Rzecz Dobrej Praktyki
Badań Klinicznych
w Polsce

@sculap.pl

Goniec Medyczny

ciąg dalszy ze str. 34

czterech przychodni - pisze „Kurier Szczeciński”. • **Sam sobie sterem, że-glarzem i okrętem.** Na skutek protestu pracowników Szpitala im. Babińskiego we Wrocławiu nie zostanie połączony ze szpitalem kolejowym i zachowa samodzielność. • **Pracownicy wygrali, szpital upada.** Wygrana w sądzie procesu o zaległe wynagrodzenia przez pracowników Szpitala w Więcborku oznacza... upadek tej placówki. • **Małopolskie szpitale łączą się.** Przedstawiciele 21 szpitali powołali Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego. • **Jedna wizyta za 7 zł.** Za leczenie stomatologiczne dzieci z zespołem Downa i mózgowym porażeniem dziecięcym NFZ płaci jak za leczenie pozostałych dzieci. • **Lepiej leczyć niż zapobiegać?** Dolnośląski NFZ 10-krotnie zmniejszył wydatki na profilaktykę zdrowotną, m.in. badania piersi u kobiet oraz akcje zachęcające do oddawania szpiku. • **Nie wierzymy urzędnikom i lekarzom.** Ponad 80 proc. Polaków nie wierzy w skuteczną pomoc medyczną w ramach obowiązującej składki zdrowotnej. • **Leczenie najlepiej za darmo.** Co trzeci Polak jest zainteresowany ewentualnym wykupieniem dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, ale nie chce na ten cel wydać więcej niż 20 zł - wynika z sondażu „Rzeczpospolitej”. • **Obiecanki.** W 2005 r. nastąpi znaczący wzrost nakładów na polską naukę - obiecuje sekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Informatyzacji Marek Bartosik. • **Śmigłowce I klasy osiowej.** Żaden ze śmigłowców Lotniczego Pogotowia Ratunkowego nie spełnia wymogów UE co do mocy silników. • **Policyjny pościg za... karetką.** Pijany kierowca karetki z Biłgoraja woził pacjentów na dializy do Zamościa, a następnie... uciekał przed policyjnym patrolem. • **Pomylił kołana.** 9 tys. zł grzywny ma zapłacić krakowski lekarz za zoperowanie u pacjentki zdrowego kolana zamiast chorego. • **Niebezpieczny piercing.** „Moda na przekłuwanie ciała i tatuaże niesie ze sobą ryzyko zakażenia wirusami, bakteriami czy grzybami” - ostrzega prof. Andrzej Kaszuba, kierownik Katedry Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. • **Zdrowie na krechę.** Kupowanie na kredyt, występujące wcześniej tylko w małych sklepach spożywczych, wchodzi teraz do aptek. • **Pokonał go rak.** W gdańskim szpitalu zmarł w wyniku choroby nowotworowej bard „Solidarności” Jacek Kaczmarski.

dokończenie na str. 39

„0 krok bliżej do raju”

Szanowny Panie Redaktorze,

(...) po przeczytaniu w „Gazecie Lekarskiej” nr 3/2004 Pańskiego artykułu pt. „0 krok bliżej do raju” (Marek Stankiewicz „0 krok bliżej do raju”, „GL” nr 3/2004) byłam więcej niż mocno poruszona sposobem podania przez Pana mojej wypowiedzi wyrwanej z kontekstu: „Jesteśmy tu traktowani z szacunkiem, jakiego nie okazywano nam tam, gdzie dotychczas pracowaliśmy”, w połączeniu na dodatek z podaniem kompletnych danych odnośnie mojej osoby oraz miejsca pracy. Tym bardziej, że nadal jestem w moim miejscu pracy, tj. WSS im. L. Rydygiera zatrudniona i mam o nim, choć może Panu trudno w to uwierzyć, jak najlepsze zdanie.

Uważam, że jestem traktowana z jak największym szacunkiem. Mam fantastycznych kolegów i koleżanki, szefów wyrozumiałych dla moich potrzeb kształceniowych. Dlatego poczułam się tak bardzo dotknięta sposobem podania mojej wypowiedzi. Była ona jedynie komentarzem odnoszącym się tylko do wypowiedzi niektórych moich koleżanek i kolegów uskarżających się faktycznie na sposób ich traktowania w miejscu pracy oraz do niekorzystnego sposobu organizacji opieki zdrowotnej, który utrudnia funkcjonowanie zakładom opieki zdrowotnej.

Pomijając fakt, że do Szwecji nie jadę dlatego, że chcę stąd uciec „do raju” (jak to można było wywnioskować po przeczytaniu Pańskiego artykułu), ale dlatego, żeby po zdobyciu nowego doświadczenia pracy w innej zorganizowanym systemie – wrócić najchętniej do tego samego miejsca pracy, w którym czuję się bardzo dobrze i wręcz nie wyobrażam sobie pracy w jakimś innym. Tak starałam się to też przekazać w czasie naszych dwóch rozmów.

Faktycznie uważam, że zarówno Polska, jak i Szwecja, podobnie jak inne kraje, mają różne większe i mniejsze problemy związane z organizacją opieki zdrowotnej i jedynie podejmując współpracę w tym zakresie, ucząc się od siebie nawzajem można tę sytuację zmienić tak, żeby była ona satysfakcjonująca dla lekarza i dla pacjenta. Do takiej wymiany doświadczeń zachęcam gorąco wszystkich lekarzy, zarówno z Polski, jak i z innych krajów. (...)

Anna Baran

Nie w każdych warunkach

Romuald Krajewski

Artykuł 11 Kodeksu Etyki Lekarskiej „Lekarz winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem.”

U chorej w ciąży wystąpiło krwawienie i po przyjęciu do szpitala rozpoznano ciążę obumarłą. Zdecydowano doprowadzić do samoistnego poronienia, które nastąpiło po podaniu leków.

Po zebraniu wywiadu, z którego wynikało, że chora nie miała obciążeń, uczuleń i przebyła ogólne znieczulenie przy poprzednich porodach, zastosowano znieczulenie dożylnie i wykonano wyłyżeczkowanie jamy macicy. Jednak po zabiegu krwawienie z dróg rodnych utrzymywało się i postanowiono powtórzyć zabieg, również stosując krótkotrwale znieczulenie dożylnie. Ze względu na utrzymujące się krwawienie założono seton.

Wkrótce po zabiegu stwierdzono, że ciśnienie tętnicze jest nieznaczalnie i nastąpiło zatrzymanie krążenia. Rozpoczęto reanimację, przewieziono chorą do oddziału intensywnej terapii i uzyskano powrót czynności serca. Chora nie odzyskała jednak przytomności i po kilku dniach zmarła. W badaniu pośmiertnym stwierdzono cechy przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego.

Rodzina zmarłej złożyła do prokuratury zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa przez lekarzy, a prokuratura wniosła do rzecznika odpowiedzialności zawodowej (ROZ) o wszczęcie postępowania w trybie odpowiedzialności zawodowej. Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego ROZ zarzucił lekarzowi wykonującemu zabiegi narażenie chorej na niebezpieczeństwo utraty życia przez jednoczesne wykonanie znieczulenia ogólnego i zabiegu w warunkach niezgodnych z obowiązującymi standardami i bez przeprowadzenia wstępnych badań, co jest naruszeniem art.

4 ustawy o zawodzie lekarza oraz artykułów 8, 10 i 11 Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL).

Lekarza pełniącego w tym czasie funkcję zastępcy ordynatora oddziału obwinął o narażenie chorej przez dopuszczenie do wykonania zabiegu i znieczulenia ogólnego w warunkach i w sposób niezgodny z obowiązującymi standardami, co również stanowi naruszenie wymienionych przepisów.

Postępowanie przed sądami powszechnymi zakończyło się skazaniem obu obwinionych lekarzy na karę pozbawienia wolności z zawieszeniem. Lekarz, który pełnił funkcję zastępcy ordynatora zmarł, przed zakończeniem postępowania w sądzie lekarskim, ale postępowanie w jego sprawie kontynuowano na wniosek rodziny.

W trakcie rozprawy przed sądem lekarskim, na podstawie dokumentacji oraz opinii biegłych ustalono, że postępowanie zastosowane u chorej było prawidłowe pod względem merytorycznym. Zarówno rozpoznanie, jak i wykonane czynności były właściwe. Natomiast organizacja pracy i warunki wykonywania zabiegów nie odpowiadały obowiązującym wymaganiom.

Znieczulenie ogólne zostało wykonane przez lekarza, który nie był specjalistą w zakresie anestezjologii, jedynie odbył dawniej przeszkolenie. Po podaniu leków wykonywał sam zabieg i nie mógł nadzorować stanu chorej. W czasie reanimacji okazało się, że nie ma możliwości monitorowania, sprzęt do reanimacji nie jest sprawny. Szpital ma zapewnioną całodobową opiekę anestezjologiczną, ale anestezjolog został poproszony dopiero w czasie reanimacji.



foto: Marek Stankiewicz

Obrońcy i obwiniony podnosili, że w takich samych warunkach i na takich samych zasadach organizacyjnych wykonano w oddziale bardzo dużą liczbę zabiegów. Zwracali też uwagę, że obwinieni nie byli osobami odpowiedzialnymi za organizację pracy w szpitalu.

Biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności i wyjaśnienia sąd uznał, że zarzuty naruszenia art. 4 ustawy o zawodzie lekarza („Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.”) oraz artykułów 8 i 10 KEL nie znalazły uzasadnienia w przeprowadzonych dowodach, natomiast postępowanie obu lekarzy naruszyło zasady opisane w art. 11 KEL. Lekarza wykonującego zabieg ukarano upomnieniem, zaś w stosunku do zmarłego lekarza postępowanie umorzono.

Przedstawiona w skrócie sprawa porusza niezwykle ważny aspekt praktyki lekarskiej, zwłaszcza praktyki wykonywanej w trudnych warunkach, w niedofinansowanych zakładach opieki zdrowotnej, z niewystarczającą obsadą pracowników.

W sposób mniej lub bardziej świadomy wielu lekarzy codziennie zadaje sobie pytanie, czy lepiej jest udzielać cho-

Dbłość o leczonego chorego ma pierwszeństwo przed zobowiązaniami wobec pracodawcy czy przełożonego.

rym pomocy mimo wszystkich niedostatków, bo warunki są takie jakie są i nieprędko będą lepsze, czy raczej odmówić wykonania czynności i nie narażać chorych na zbyt duże ryzyko, a siebie na odpowiedzialność.

W takich sytuacjach wskazówką powinien być Kodeks Etyki Lekarskiej, ponieważ określa podstawowe zasady praktyki lekarskiej. Zapominanie o nich wcześniej czy później prowadzi do konfliktu z chorym.

Jest to tym ważniejsze, że systemy ochrony zdrowia i płatnicy mają naturalną tendencję do przerywania swoich

niedociągnięć na lekarzy. Nie ma dość pieniędzy na właściwe wyposażenie, na sfinansowanie dodatkowych badań, na zatrudnienie dodatkowych osób, ale o tym się nie mówi, dopóki nic się nie dzieje. A kiedy coś się stanie, winnym zostaje ten, kto akurat w nieszczęśliwym zdarzeniu uczestniczył.

Sądy wiedzą o tym i potrafią właściwie ocenić czego od lekarzy postawionych w tak trudnej sytuacji należy oczekiwać. Jednakże artykuł 11 KEL wyraźnie wskazuje, że lekarz nie może godzić się na wykonywanie praktyki w każdych warunkach.

Sąd stwierdził, że do oceny postępowania lekarzy pracujących w niewłaściwych warunkach można i należy zastosować zasady podobne do oceny innych bardzo rozpowszechnionych, lecz niezgodnych z przepisami lub zasadami zachowań. To, że są one rozpowszechnione, nie stanowi samo w sobie usprawiedliwienia. Od lekarzy oczekuje się, że wykonując zawód będą nie tylko przestrzegać przepisów techniczno-administracyjnych, ale również wykazać szczególną, wykraczającą poza rutynę, dbałość o obdarzających ich zaufaniem chorych. Sąd również zwrócił uwagę, że w KEL-u nie mówi się o obowiązku „zapewnienia” właściwych warunków, lecz o „zabieganiu” o nie. Liczni lekarze o tym zapominają, ale kiedy doszło do nieszczęścia, pytanie czy lekarze, którzy uczestniczyli w leczeniu chorej, zabiegali o poprawę rażąco nieodpowiednich warunków, powinno być zadane.

Nie wiadomo, czy zabiegi te odniosłyby jakikolwiek skutek, bowiem za warunki odpowiedzialni są dyrektor szpitala i ordynator. Słusznie obrońcy i sąd powszechny podnosili, że można by uczynić zarzut, iż tolerowali warunki w jakich przyszło pracować obwinionym. Jednak zdaniem sądu wszyscy lekarze, również nie pełniący żadnych funkcji, nie powinni milcząco akceptować nieodpowiednich warunków i mają obowiązek podejmowania działań zgodnie z art. 11 KEL. Działania te w realiach niejednego oddziału i szpitala mogą nie mieć żadnych szans realizacji, ale i to nie zwalnia z obowiązku ich podejmowania.

Jeżeli nawet warunki się nie zmieniają, to i lekarze, i chorzy będą lepiej zdawali sobie z nich sprawę, lepiej będą wiedzieli o zagrożeniach i być może będą mogli świadomie podjąć decyzje pozwalające zagrożenia uniknąć.

dokończenie ze str. 37

Wcześniej odmówił poddania się zabiegowi operacyjnemu. • **Ars Medica już działa!** Powstał klub lekarzy-twórców. Są w nim medycy zajmujący się malarstwem, fotografią, rzeźbą, poezją, muzyką i innymi dziedzinami sztuki. • **Szansa dla chorych na białaczkę.** Gen odgrywający kluczową rolę w tworzeniu wszystkich komórek krwi odkryli naukowcy z Instytutu Badania Raka Dana-Farbera w Bostonie • **Bierne palenie szkodzi na rany.** Bierne palenie tytoniu spowalnia gojenie się ran i sprzyja ich nieprawidłowemu bliznowaceniu – czytamy na łamach „Bio-Med Central Cell Biology”. • **Zobaczyć jak płynie krew.** Udoskonalony rezonans magnetyczny GCFP pokazuje ruch krwi w naczyniach krwionośnych – informuje serwis naukowy „EurekAlert”. • **Nasz organizm wciąż tajemniczy.** Odkryto nowy typ komórek trzustki. Wytwarzają one nie znany wcześniej hormon – grelinę – donosi „Proceedings of the National Academy of Sciences”. • **„Bezpieczny” nadfiolet także groźny dla skóry.** Nie tylko UVB, ale także promieniowanie UVA może być odpowiedzialne za powstawanie raka skóry – informuje „Proceedings of the National Academy of Sciences”. • **Ostrożnie z antydepresantami.** Amerykańska FDA ostrzega przed ewentualnymi negatywnymi skutkami stosowania leków antydepresyjnych. • **Ślepi palacze.** Palenie tytoniu 4-krotnie zwiększa ryzyko ślepoty z powodu starczego zwyrodnienia plamki żółtej oka – ostrzega „British Medical Journal”. • **Cytat na dziś:** „Nie ma możliwości, iż pacjent leczy się w jednym i drugim szpitalu. Albo jest w jednym, albo nie ma go w drugim.” – Leszek Sikorski, minister zdrowia.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 55 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl. Esculap.pl to portal medyczny, zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmindex, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW.

Serdecznie zapraszamy.

lek. Jarosław Kosiaty
redaktor naczelny portalu Esculap.pl
Grupa Medical Data Management
www.esculap.pl, e-mail: jkosiaty@esculap.pl

Na marginesie artykułu 52 KEL

Po raz kolejny wydaje mi się, że rozważania na temat etyki w „Gazecie Lekarskiej” poszły w niewłaściwym kierunku. Kolega Zielonka w lutowej „GL” zajął się problemem uzależnień wśród lekarzy zgodnie z metodą, którą stosował pisząc o sprzedawaniu egzaminów. Wysznuł przy okazji wiele wniosków, które w obowiązującej obecnie medialnej atmosferze wszechogarniającego skandalu brzmią całkiem nieźle, ale są – moim zdaniem – mocno pomylone. Na marginesie warto wspomnieć, że wywołane medialnymi rewelacjami dochodzenia w sprawie sprzedawania przez lekarzy egzaminów nie zakończyły się żadną sprawą w sądzie. Winnych nie było.

Sprawa uzależnień jest dość oczywista. Żadnego zawodu nie wolno wykonywać w stanie upojenia czy pod wpływem narkotyków. Istnieją odpowiednie przepisy prawa powszechnego, zapisy w regulaminach. Każdy wie, lub przynajmniej powinien wiedzieć, że za naruszenie tych przepisów grożą kary. Walka z takimi zjawiskami jest bardzo trudna m.in. i dlatego, że większość ludzi widząc je woli anonimowo pohukiwać, bić się w cudze piersi, głosić upadek, narzekać na bezkarność, przybierać rolę sumienia narodu. Tymczasem każdy poruszony dostrzeganym przez siebie złem powinien przede wszystkim złożyć skargę w powołanej do tego celu instytucji. Nie wystarczy groźnie krzyczeć ani ogólnie piętnować. Trzeba mieć dość odwagi, by napisać skargę, pójść, powiedzieć, zaświadczyć. Większości ludzi (na całym świecie) takiej odwagi brakuje.

Nie znam sytuacji, w której rzecznik odpowiedzialności zawodowej zaniechał rozpatrzenia skargi bez zapoznania się z nią. Znam sprawy, w których podjął działania z urzędu, nie czekając na wpłynięcie skargi. Mam nadzieję, że Kolega Zielonka, który rzecznikowi i innym bliżej nie określonym osobom zarzuca zaniechanie obowiązków ma jednak konkretne tego przykłady. Nie wiem na ilu kolegów lekarzy pijących alkohol Kolega Zielonka złożył skargi do rzecznika, ale mam nadzieję, że to uczynił skoro wie, że jest to problem powszechny. Mam też nadzieję, że przyjmując postawę sumienia środowiska nie opiera swej wiedzy o nim na sensacyjnej prasie, telewizji i plotkach.

Moim zdaniem, gdy jako środowisko zamiast wydania ogólnego stwierdzenia, że lekarz powinien być przyzwoitym człowiekiem i wszystko robić dobrze, zdecydowaliśmy mieć Kodeks Etyki Lekarskiej, o uza-

leżnieniach należało w Kodeksie napisać. Między innymi i po to, by potwierdzić ważność problemu i uzależnienia wśród lekarzy ograniczać.

Jednak – piszę to po raz kolejny – nie jest wszystko jedno jak ten i inne problemy rozwiązujemy. Dyskusja na ten temat jest bardzo trudna, bowiem każde wystąpienie przeciwko anonimowemu piętnowaniu i nawoływaniu do „walki z problemem” natychmiast spotyka się z zarzutem demoralizowania i popierania zła. A jednak jestem bardzo mocno przekonany, że cel nie uświęca środków, nawet jeżeli „wszyscy wiedzą, że...”, „wszyscy mówią”, mają „najgłębsze przekonanie”, „powszechnie wiadomym jest”. Sposobem na niewłaściwe postępowanie nie jest oczernianie wszystkich, mówienie o ogólnym upadku i zaniedbaniach, lecz ostrożne i stanowcze reagowanie na konkretne zdarzenia.

Całe środowisko lekarskie oburza doraźność i akcyjność działań wobec lekarzy wynikająca z lekko i w sensacyjny sposób rzucanych podejrzeń. Dowiadujemy się, że rzucanie podejrzeń jest podstawowym prawem mediów i ostoją demokracji, wiemy o pośpiesznych zwolnieniach z pracy, zatrzymaniach, wysłuchujemy wypowiedzi ludzi, którzy dla zachowania pozorów zaangażowania i dla popularności bezpodstawnie szkalują i konkretne osoby, i całe środowisko. Podobnie dzieje się w wielu innych, całkiem demokratycznych krajach. Jeżeli jednak lekarze mają być jakąś elitą, to częścią elitarności powinno być również unikanie zachowań, które w wykonaniu innych osób bardzo nas niepokoją.

Taka właśnie jest wymowa artykułu 52 KEL. Lekarze nie powinni pochopnie mówić źle o kolegach. Pochopnie, to nie znaczy wcale. Dalsza część artykułu mówi wyraźnie, że reagowanie na niewłaściwe zachowania kolegów jest obowiązkiem. Jednak ludzie wykształceni i rozsądni, zanim coś powiedzą o postępowaniu innego człowieka, a tym bardziej wielu ludzi, powinni dobrze sprawdzić czy wiedzą o czym mówią, a jeżeli sprawdzić nie mogą, mówić nie powinni. Powinni też pamiętać, że również w dobrych intencjach bardzo często można się mylić. Tak, najlepiej byłoby poczekać na prawomocne orzeczenie sądu, ponieważ nasza cywilizacja nie zna lepszego sposobu oceny kontrowersyjnych zachowań i dostatecznie dużo wiemy o krzywdach wyrażonych w imię pozornie szlachetnych, „wszystkim wiadomych” celów. KEL daje również wyraźne wskazówki, że zauważane zło należy próbować naprawić.

Tęsknoty za prostymi i szybkimi rozwiązaniami oraz utopijne wyobrażenia o zawodzie lekarza bardzo dobrze tłumaczą, dlaczego wielu problemów naszego środowiska rozwiązać nie możemy. To pięknie brzmi: lekarze, to zawód dla wybranych, powinni być elitą kulturalną i etyczną, powinni mieć ograniczone życie prywatne, by w każdej chwili nieść pomoc, powinni kierować się przede wszystkim powołaniem i nie mieć oczekiwań finansowych, nie mogą mieć wśród siebie czarnych owiec. W praktyce takie wymagania są absurdalne i tylko powodują, że nie dostrzega się potrzeby rozwiązań organizacyjnych popartych odpowiednim finansowaniem, bez których nie może dobrze funkcjonować żadna instytucja, żadna organizacja, żaden zawód na świecie.

Bardzo słusznie Kolega Zielonka zauważył, że w wielu krajach samorząd lekarski pomaga uzależnionym kolegom. To bardzo dobra droga. Izby lekarskie, które taką pomoc organizują równocześnie bardzo skutecznie egzekwują składki i nie są to składki na poziomie polskim. Tymczasem w Polsce większość lekarzy składek nie płaci. Jest więc z konieczności tanio, ale najczęściej tanio można tylko stosować represje. Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w Polsce bardzo szybko wzrasta. Wystarczy sprawdzić dane liczbowe, by przekonać się, że tzw. bezkarność polskich lekarzy szybko staje się tylko demagogicznym hasłem. Rozpatrując coraz liczniejsze sprawy członkowie sądów lekarskich wiedzą najlepiej, jak często potrzebna byłaby pomoc, która powinna przyjść wcześniej niż kara. Bez tej pomocy, bez właściwych rozwiązań organizacyjnych i bez odpowiedniego finansowania marzenia o elicie pozostaną mrzonkami.

Prawdopodobnie kiedyś uda się polskim lekarzom osiągnąć pozycję społeczną zbliżoną do poziomu naszych kolegów w bogatszych krajach europejskich. Jednak kolejną mrzonką jest wyobrażanie sobie, że wówczas z jednej strony wszyscy lekarze będą nieskazitelni, a z drugiej tzw. opinia społeczna będzie ich szanować i podziwiać. Niczego takiego nigdy nie było i nigdy nie będzie. Dlatego zachowania lekarzy wobec siebie zawsze będą bardzo ważne.

Każdego lekarza, który mówi o „czarnych owcach” i rzuca podejrzenia wyzywam, by zastanowił się kto i w jaki sposób decyduje o tym, że ktoś jest „czarną owcą”. Najczęściej okaże się, że decyduje o tym on sam, w miarę potrzeby lub bez

potrzeby, czasem jakaś samowolna elita. Ponieważ wiemy z historii do czego to prowadzi, starajmy się by przynajmniej w tym względzie lekarze korzystnie się wyróżniali i nie dali się wciągnąć w panoszące się mieszanie wszystkiego z błotem. Więcej pożytku będzie jeżeli potrafimy rozwiązać problem jednej, konkretnej osoby stosując się do przyjętych i funkcjonujących procedur, niż gdy będziemy pomstować na wszystkich i wszystko. Problemów nigdy nie będzie brakowało. Zamiast zwalczać lepiej je rozwiązywać zgodnie z zaleceniami 52 artykułu Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Romuald Krajewski

Czytając wypowiedzi dr. Krajewskiego mam wrażenie, jakbyśmy żyli w różnych krajach i pracowali w różnym zawodzie. Dr Krajewski zdaje się nie dostrzegać patologicznych zjawisk, jakich wiele jest w naszym codziennym życiu.

Propozycja zakazu prezentacji tych problemów to niebezpieczna strategia dla środowiska. Konsekwencją takiej postawy może być rosnąca ilość spraw sądowych przeciwko lekarzom, o których pisze dr Krajewski. Nie zgadzam się z punktem widzenia zaprezentowanym przez dr. Krajewskiego. Co więcej, uważam, że postawa, którą reprezentuje może być nawet szkodliwa dla środowiska lekarskiego, gdyż brak dyskusji nad ważnymi i często trudnymi sprawami nie pozwala rozwiązać nawarstwiających się problemów.

Dr Krajewski traktuje omawiane problemy jak sędzia sądu lekarskiego i rozpatruje czy w artykule przedstawione zostały bezsporne dowody winy konkretnej osoby. Rozważania nad etycznoprawnymi aspektami wykonywania zawodu nie są i wcale nie muszą spełniać tych oczekiwań.

Zarzucając mi sensacyjność i medialne rewelacje dr Krajewski zapomina, że jest diametralna różnica pomiędzy manifestacją pod hasłem precz z Bush'em w Teheranie a w Waszyngtonie. Łatwo zyskać poklask wypowiedziami przeciwko lekarzom w prasie codziennej, ale bardzo trudno być wymagającym od lekarzy w „Gazecie Lekarskiej”. Wskazując na patologiczne zjawiska, na nieodpowiednie postawy, nawet nie wymieniając konkretnych nazwisk, zawsze uderza się w jakieś osoby. Ktoś złał tajemnicę lekarską, ktoś wziął łapówkę, ktoś brał pieniądze za leczenie kolegów lekarzy, ktoś inny jest alkoholikiem lub jest odpowiedzialny za przecieki pytań egzaminacyjnych.

Na marginesie etyki lekarskiej było cyklem rozważań nad etyką lekarską, a nie kroniką sądową. Podstawą tworzenia tych artykułów była narastająca przepaść pomiędzy stanem etycznoprawnym a obyczajowo-

ścią w polskich realiach medycznych, która jest niebezpieczna dla nas wszystkich. Jeśli nie uświadomimy sobie zagrożenia, jakie wynikają z nieznajomości lub powierzchowności rozumienia współczesnej bioetyki i prawa medycznego, będziemy płacić za to wysoką cenę zarówno indywidualnie, jak i zbiorowo.

Tezy dr. Krajewskiego, że etyczne postawy zależą od wynagrodzeń, a brak właściwych działań ze strony izby spowodowany jest niską ściągalnością składek są dla mnie obojętne nie do przyjęcia. Być może nikt nie zostanie skazany za ujawnienie wiadomości o zakażeniu wirusem HIV znanego dyrygenta chóru, ale nie zmieni to faktu, że naruszona została tajemnica lekarska. Choć nikogo nie skazano za wydarzenia grudniowe i za kopalnię Wujek, to czy nie należy o tym mówić? Czy brak prawomocnych wyroków skazujących łapówkarzy na najwyższym szczeblu świadczy, że w Polsce nie ma dziś korupcji? Czy fakt, że nie ma winnych w tak wielu sprawach oznacza, że nie ma problemu?

Moim celem nigdy nie było palenie czarnic, a jedynie wskazywanie na sprawy, nad którymi zabiegani lekarze powinni się zastanowić. Ucinanie dyskusji i przysłowiowe chowanie głowy w piasek nie rozwiąże tych spraw i przed środowiskiem lekarskim nadal piętrzyć się będą problemy etyczne, które są wpisane w istotę naszego zawodu. Jestem przekonany, że dr Krajewski ma dobre intencje, ale różnimy się zasadniczo w koncepcji, jak należy poprawiać morale polskich lekarzy.

Tadeusz M. Zielonka

Zdecydowana przesada

Na marginesie artykułu 64 KEL pan Tadeusz Maria Zielonka m.in. stwierdził, że „od chwili uzyskania dyplomu lekarz jest zawsze w pracy, lub w gotowości do pracy” i wywodzi stąd, że lekarz nie może być nigdy pod wpływem alkoholu lub narkotyków, a także nie może być uzależniony od nikotyny, a nawet miłość (w domyśle – erotyczna), hazard czy żądza władzy przeszkadzają mu w rzetelnym wykonywaniu zawodu lekarskiego.

Mamy tu zatem restrykcje bardziej nasilone niż w większości zakonów.

Otóż to, co tutaj napisał pan T.M. Zielonka jest zdecydowaną przesadą i tego KEL od nikogo nie wymaga.

Po godzinach pracy lub dyżuru lekarz jest zwykłym obywatelem, który ma tylko dbać o godność swojego zawodu (art. 1 KEL), a więc nie może upijać się, stawać się obiektem publicznego zgorszenia czy ewentualnie publicznie palić papierosy. W pracy obowiązują go normy antyalkoho-

lowe, jak u kierowcy samochodu w ruchu, winien dbać o czysty i estetyczny wygląd, a także unikać słów powszechnie uznawanych za niecenzuralne lub obelżywe.

Osobiście, ze względu na zapach, powstrzymałbym się od wypicia choćby minimalnej ilości piwa.

Stawianie „Na marginesie KEL” lekarzowi bardziej rygorystycznych wymagań niż zakonnikowi jest prywatnym postulatem pana T.M. Zielonki, z którymi nie można się zgodzić. Nie zabronimy lekarzom chodzić np. na bale, mimo że jest tam alkohol, a nawet kobiety. Co najwyżej moglibyśmy żądać od kandydatów na studia medyczne zobowiązań, że nigdy nie będą palić tytoniu.

lek. med. Janusz Schimmel

Etyczne maksimum

Bardzo cieszy mnie reakcja na to, co piszę w cyklu „Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej”, gdyż celem tych artykułów jest stymulowanie refleksji nad sprawowanym zawodem. Mam jednak w tym przypadku poczucie zbyt powierzchownej lektury tekstu dotyczącego sprawy trzeźwości.

Trzeba odróżnić dwie sprawy. Aspekt prawny i etyczny.

W aspekcie prawnym to, co pisze pan dr Schimmel, jest prawdą i takie są wymagania. Natomiast w aspekcie etycznym sprawa jest znacznie głębsza i „wielopoziomowa”, na co chciałem zwrócić uwagę.

Wcale nie znaczy, że postuluję, aby lekarze byli bardziej święci niż zakonnicy. Pokazuję natomiast jak można rozumieć wymóg nieuzależnienia.

Przypomina mi się przypowieść z Ewangelii, kiedy to bardzo bogaty młody człowiek zapytał Jezusa, co należy zrobić, aby wejść do Królestwa Bożego, na co ten odpowiedział, że należy przestrzegać przykazań Boskich i kościelnych, a gdy młody człowiek zapewnił, że przestrzega ich bardzo rzetelnie, Jezus odpowiedział, aby sprzedał zatem cały majątek i wszystko rozdał ubogim. Tak też jest z wymogami etycznymi.

Należy przestrzegać podstawowych norm i zaleceń, aby nie spotkać się z krytyką za naganne postawy, ale można też dążyć do doskonałości stawiając sobie samemu wysoko poprzeczkę.

Nie znaczy zatem, że samorząd powinien wymagać pewnych postaw od lekarzy, ale że lekarz może tego wymagać od samego siebie.

Prawo określa zatem pewne minimum, ale czy można określić etyczne maksimum?

Tadeusz Maria Zielonka

Rozdziały i podziały



Polityka NFZ wobec stomatologów powoduje podział naszego środowiska na trzy grupy interesów: I grupa – to duże zakłady publiczne (Instytuty Stomatologii, Wojewódzkie Centra Stomatologiczne, itp.), przejmujące olbrzymią część kontraktów stomatologicznych. II grupa – to niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, które otrzymały kontrakty – przeważnie niezadowolające, z powodu małej wielkości. III grupa – to niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, które nie otrzymały kontraktów (są w tej grupie również ci, którzy o kontrakty nie występowali).

W I grupie ogromną część kontraktów „pożerają” instytuty stomatologiczne w Akademii Medycznej. Kompletnie nieporozumienie. Jakże może być kształcenie studentów finansowane przez NFZ, który ani w warunkach konkursowych, ani w podpisanych umowach nie dopuszcza, aby pacjent był przyjmowany przez studenta?

Jak wszyscy dobrze wiemy, student od III roku studiów pracuje w bezpośrednim kontakcie z pacjentem.

Przeobrażenie uczelni w przychodnię, na podstawie kontraktu z NFZ, jest źródłem wielu konfliktów. Na uczelni bowiem nie ma możliwości przyjmowania pacjentów w systemie właściwym przychodni. Powinni być przyjmowani tacy pacjenci, jakie jest zapotrzebowanie dydaktyczne.

Jak wytłumaczyć pacjentowi, przychodzącemu – zgodnie z podpisanym kontraktem – do Zakładu Stomatologii Zachowawczej na leczenie endodontyczne, że nie można go przyjąć, bo zajęcia mają studenci III roku, którzy zajmują się wyłącznie opracowywaniem ubytków próchnicznych?

Wniosek jest prosty. Instytuty Stomatologii nie powinny mieć nic wspólnego z NFZ – środki finansowe na dydaktykę powinny iść z Ministerstwa Zdrowia. (...)

Janusz Bugaj

„Puls”

sport@gazetalekarska.pl

II Mistrzostwa Polski Lekarzy w WĘDKARSTWIE SPŁAWIKOWYM na które zapraszają Beskidzka Izba Lekarska oraz Federacja Sportowa Energetyk, odbędą się **5.06.2004 r. (sobota) na zbiorniku Elektrowni Łaziska w Łaziskach Górnych od godz. 9.00. Dokładne informacje i zapisy: Klaudiusz Komor, tel. 608-365-164 (kkomor@hospital.com.pl)**

III Mistrzostwa Lekarzy w WIELOBOJU LEKKOATLETYCZNYM Komisja Sportu OIL w Zielonej Górze informuje, że III Mistrzostwa Lekarzy w Wieloboju Lekkoatletycznym planowane są na **22.05.2004 r. (sobota) o godz. 11.00 w Zielonej Górze, na stadionie MOSiR przy ul. Sulechowskiej**. Konkurencje: 60 m, skok w dal, pchnięcie kulą, 600 m kobiet, 1000 m mężczyzn. Przewidywane konkurencje dla rodzin lekarskich: 60 m, skok w dal i rzut piłeczką palantową. Każdy uczestnik otrzyma pamiątkowy medal. Wpisowe 30 zł. **Informacje: lek. Maciej Cerbiński, tel. 0-601-790-707.**

III Jurajski RAJD ROWEROWY Olsztyn k/Częstochowy – Poraj 2004 odbędzie się w dn. **5-6.06.2004 r. Informacje: Tomasz Klimza, tel. 501-308-752, Rita Idziak (0-34) 368-18-88; http://www.cil.finn.pl w dziale Tematy – Aktualności.**

XIV Mistrzostwa Polski TENISOWE Lekarzy Polskie Stowarzyszenie Tenisa Lekarzy organizuje Mistrzostwa Polski w Tenisie Ziemnym w dn. **10-13.06.2004 r. w Gdyni. Informacje: strony internetowe www.pstl.republika.pl lub tel.: Andrzej Golubiński, kom. 0-609-536-916, fax (0-58) 346-28-35, Zbigniew Frenszkowski (0-58) 527-74-32, kom. 0-608-675-674.** Do zobaczenia na kortach w Gdyni.

ZESPÓŁ DS. KULTURY, SPORTU I REKREACJI NRL

serdecznie zaprasza do czynnego wzięcia udziału w imprezach sportowych i kulturalnych organizowanych pod patronatem Naczelnej Rady Lekarskiej i „Gazety Lekarskiej”

- II Mistrzostwa Polski Lekarzy w **KOLARSTWIE SZOSOWYM**, maj 2004 r. w **Bychawie, woj. lubelskie**. Kontakt: Krzysztof Matras, tel. 0-605-084-016; Mariusz Truz, tel. 0-694-462-348
- IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w **SZACHACH, 13-16 maja 2004 r. w Ustroniu**. Kontakt: Jerzy Pabis, tel. 0-605-569-065
- Mistrzostwa Polski Lekarzy w **GOLFIE, 15-16 maja 2004 r. Binowo Park k/Szczecina**. Kontakt: Komisja Sportu OIL Szczecin, Maciej Mrożewski, tel. (0-91) 461-22-51, 0-693-543-211
- Ogólnopolski Otwarty Turniej **TENISOWY Lekarzy, 20-23 maja 2004 r. w Częstochowie**. Kontakt: Lesław Rudziński, tel. (0-34)368-18-88, 0-601-913-381
- III Mistrzostwa Lekarzy w **WIELOBOJU LEKKOATLETYCZNYM, 22 maja 2004 r. w Zielonej Górze, Stadion MOSiR przy ul. Sulechowskiej**. Kontakt: Komisja Sportu OIL w Zielonej Górze, Maciej Cerbiński, tel. 0-601-790-707
- IV Mistrzostwa Polski Lekarzy i Farmaceutów w **KLASIE OMEGA, 29-30 maja 2004 r. w Mikołajkach**. Kontakt: KKSIT OIL w Warszawie, Lekarski Klub Żeglarski oraz Wioska Żeglarska w Mikołajkach, komandor klubu Michał Szatanek, tel. 0-607-211-196
- **EKOBIEG na 10 km, 29 maja 2004 r. w Radziechowych**. Kontakt: Beskidzka Izba Lekarska, Maciej Pająkowski, tel. 0-602-177-857
- **RAJD ROWEROWY, 5-6 czerwca 2004 r. w Olsztynie k/Częstochowy**. Kontakt: OIL w Częstochowie, Tomasz Klimza, tel. (0-34) 324-76-19, 0-501-308-752
- **PLENER MALARSKI, 5-13 czerwca 2004 r. w Dąbrównie**. Kontakt: OIL Warszawa, Aleksander Kotlicki, tel. (0-22) 822-74-08, Włodzimierz Cerański, tel. (0-22) 822-64-76
- II Ogólnopolski i I Międzynarodowy Turniej **GOLFA Lekarzy Stomatologów, 5-6 czerwca 2004 r. w Białymstoku**. Kontakt: Komisja Sportu i Turystyki OIL Warszawa, Ryszard Majkowski, tel. 0-602-121-083
- IV Turniej **TENISOWY Centrum Onkologii z Turniejem „Pociecz Lekarskich”, czerwiec 2004 r. na kortach „Polonii” lub „Zawiszy” w Bydgoszczy**. Kontakt: Komisja Sportu przy Bydgoskiej OIL, Zbigniew Kula, tel. (0-52) 374-32-74 lub 0-606-464-455
- Mistrzostwa Izby Lekarskiej w **ŻEGLARSTWIE, 19-20 czerwca 2004 r. na akwenie jeziora Dąbie-Szczecin**. Kontakt: Komisja Sportu OIL Szczecin, Halina Teodoczyk, tel. 0-604-414-864, (0-91) 422-59-70, Rafał Rawski, tel. (0-91) 442-35-05, 0-501-030-846
- III Ogólnopolski Maraton **MTB Lekarzy w ramach BIKEMARATONU, 7 sierpnia 2004 r. w Świeradowie Zdroju**. Kontakt: Marek Paściak, e-mail: Pasciak@wp.pl, tel. 0-601-540-773,
- **RAJD GÓRSKI „Bieszczady 2004”, 3-11 sierpnia 2004 r. w Mucznem**. Kontakt: OIL Rzeszów, Alfred Orłowski, Maria Szuber, tel. 0-608-595-510, e-mail: mszuber55@wp.pl
- Mistrzostwa Polski Lekarzy w **SIATKÓWCE PLAŻOWEJ, 27-28 sierpnia 2004 r. w Niechorzu**. Kontakt: Maciej Mrożewski, tel. (0-91) 461-22-51, 0-693-543-211
- Mistrzostwa Polski w **KOLARSTWIE GÓRSKIM, 4 września 2004 r. w Żywcu**. Kontakt: Beskidzka Izba Lekarska, Maciej Pająkowski, tel. 0-602-177-857
- X Mistrzostwa Polski w **BRYDŻU SPORTOWYM, wrzesień 2004 r. w Morągu**. Kontakt: Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska, tel. (0-89) 523-60-61
- Grand Prix Amatorów w **ŻEGLARSTWIE DESKOWYM** – Piknik Windsurfingowy, **4-5 września 2004 r. w Łebie** – morze lub jezioro Sarbsko k/Łeby. Kontakt: OIL Gdańsk, Brunon Hokus - komandor klubu, tel. (0-59) 866-15-78
- **4-5 września 2004 r. w Giżycku**. Kontakt: Władysław Lipecki, Komisja Kultury i Sportu OIL w Olsztynie, e-mail: olsztyn@hipokrates.org
- IV Mistrzostwa **TENISOWE Lekarzy Regionu Kujawsko-Pomorskiego, 11-12 września 2004 r. w Toruniu**. Kontakt: Aleksander Skop, tel. 0-604-267-343
- V Mistrzostwa Lekarzy w **STRZELANIU MYŚLIWSKIM, Osie, wrzesień 2004 r.** Kontakt: Bydgoska Izba Lekarska, Witold Hryniewicz, tel. 0-602-734-424, Marek Jedwabniński, tel. 0-601-993-222, Marek Droszcz – kierownik strzelnicy w Osie, tel. 0-506-185-339
- II Ogólnopolskie **IGRZYSKA Lekarskie, 16-19 września 2004 r. w Zakopanem**. Kontakt: e-mail: maciek@igrzyskalekarskie.org, tel. (0-18) 266-78-04, 0-606-340-275, Maciej Jachymiak
- Bieg Lechitów – **PÓLMARATON** w biegach lekarskich na 20 km, **19 września 2004 r. w Gnieźnie**. Kontakt: Wielkopolska Izba Lekarska, Krzysztof Ożegowski, tel. 0-602-796-331
- III Mistrzostwa Polski Medyków w **STRZELCTWIE SPORTOWYM, 2-3 października 2004 r. KSS Feniks w Węgrowie**. Kontakt: KKSIT OIL Lekarski Klub Strzelecki „Dziwiątka”, przewodniczący klubu Lech Dziedzic, tel. 0-602-211-196
- **WYSTAWA FOTOGRAFII „Łato w obiektywie lekarzy”, 10 października 2004 r. w siedzibie OIL w Łodzi**. Kontakt: Andrzej Świąs, tel. 0-601-275-621
- III Mistrzostwa Polski – **MARATON** na 42 km, **10 października 2004 r. w Poznaniu**. Kontakt: Krzysztof Ożegowski, tel. 0-602-796-331
- II Jesienny Rodzinny **RAJD ROWEROWY** Jesień 2004 – **październik 2004 r., okolice Bydgoszczy**. Kontakt: Komisja Sportu przy Bydgoskiej OIL, Leszek Włodarczyk, tel. 0-602-289-912
- I Mistrzostwa Polski Lekarzy w **BILARDZIE, 5-7 listopada 2004 r. w woj. świętokrzyskim**. Kontakt: Polski Związek Bilardowy i Świętokrzyska Izba Lekarska, D. Terlecki, tel. (0-41) 362-13-81
- VIII Międzynarodowy Turniej **TENISOWY Lekarzy, 12-14 listopada 2004 r. w Łodzi**. Kontakt: OIL Łódź Janusz Malarski – przew. Komisji Sportu i Rekreacji, tel. 0-501-113-211
- X Mistrzostwa Polski Lekarzy w **HALOWEJ PIŁCE NOŻNEJ, listopad 2004 r. w Mielcu**. Kontakt: Zbigniew Bober i Jarosław Marzec.
- **KONKURS LITERACKI dla lekarzy – październik lub grudzień 2004 r.** Kontakt: Marek Pawlikowski, tel. (0-42) 656-09-29

Diagnostyka molekularna zespołu Noonan

Do lekarzy rodzinnych, pediatrów, endokrynologów, kardiologów dziecięcych i genetyków

Zespół Noonan jest chorobą genetycznie uwarunkowaną o toku dziedziczenia autosomalnym dominującym. Częstość występowania choroby nie jest dokładnie określona. Niektóre źródła podają, że występuje z częstością nawet do 1 na 1000 żywo urodzonych. Wśród charakterystycznych cech klinicznych zespołu wymienia się takie, jak:

- niedobór wysokości ciała (cecha dominująca),
- wady wrodzone serca (najczęściej zwężenie zastawki tętnicy płucnej),
- niekiedy współistnienie niepełnosprawności intelektualnej, zazwyczaj lekkiego stopnia,
- deformacje klatki piersiowej,
- zespół charakterystycznych cech dysmorficznych: szerokie rozstawienie szpar powiekowych, ptoza, zmarszczki nakątne, pogrubiały obrąbek ucha, krótka, płetwiasta szyja, szerokie rozstawienie brodawek sutkowych.

Zróżnicowany stopień ekspresji cech jest przyczyną trudności w diagnostyce zespołu Noonan.

W 2001 r. stwierdzono, że przyczyną zespołu Noonan jest mutacja w genie PTPN11 znajdującym się w chromosomie 12. Gen ten koduje enzym (nonreceptor protein tyrosine phosphatase SHP-2) biorący udział w przekazywaniu wewnątrzkomórkowych sygnałów.

Spodziewamy się, że wyniki wprowadzonych przez nas badań umożliwią molekularną weryfikację rozpoznania klinicznego oraz wprowadzenie analizy DNA do rutynowej diagnostyki tego zespołu.

Osoby zainteresowane problemem oraz lekarzy mających w swej opiece pacjentów z rozpoznaniem lub podejrzeniem zespołu Noonan prosimy o kontakt w celu ustalenia szczegółów dotyczących przeprowadzenia badań molekularnych (obecnie nieodpłatnie w ramach programu badawczego).

W celu ustalenia warunków i terminu badań molekularnych prosimy o kontakt telefoniczny:

dr Jakub Kłapecki
Poradnia Genetyczna Zakładu Genetyki Medycznej Instytutu Matki i Dziecka
tel./fax (0-22) 632 96 57 lub 327 71 38
ul. Kasprzaka 17A, 01-211 Warszawa,
e-mail: sekgen@imid.med.pl

prof. dr hab. Tadeusz Mazurczak
kierownik Zakładu Genetyki Medycznej Instytutu Matki i Dziecka

Patronat:
Naczelna Izba Lekarska
Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie

IGRZYSKA LEKARSKIE

ZAKOPANE C.O.S 15-19.09.2004

www.igrzyskalekarskie.org

e-mail: maciek@igrzyskalekarskie.org

☎ 0/18 2667804

piłka nożna •
koszykówka •
siatkówka •
pływanie •
lekkoatletyka •
tenis ziemny •
tenis stołowy •
triathlon •
kolarstwo górskie •
kolarstwo szosowe •
wspinaczka •
judo •
badminton •
szachy •

Wydawnictwo Medycyna Praktyczna. Szkolenia w 2004 r.:

- 8.05.** Warszawa. **Neurologia 2004** – I Krajowa Konferencja Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Neurologicznego
- 22.05.** Kraków. **Leczenie żywieniowe**
- 14-18.06.** Katowice. Kurs wprowadzający dla lekarzy specjalizujących się w **chorobach wewnętrznych**
- 29.05.** Warszawa, **5.06.** Kraków, **19.06.** Wrocław, **2.10.** Białystok, **27.11.** Lublin, **11.12.** Szczecin. Cykl konferencji szkoleniowych **Zapobieganie chorobom sercowo-naczyniowym w praktyce klinicznej lekarza**

Informacje i zgłoszenia: Medycyna Praktyczna, ul. Krakowska 41, 31-066 Kraków, tel. (0-12) 293-40-04, Internet http://szkolenia.mp.pl, e-mail: szkolenia@mp.pl

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**. Szkolenia w **2004 r.**:

- 10-11.05.** *Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie*
- 17-19.05.** *Podstawy echokardiografii w pediatrii*
- 31.05.-1.06.** *Diagnostyka USG w pediatrii*
- 31.05.-1.06.** *Diagnostyka USG gruczołu piersiowego*
- 22-25.06.** *Diagnostyka USG narządów małych powierzchniowo leżących (ślinianki, gruczoł piersiowy, tarczycza)*
- 28.06.-2.07.** *Diagnostyka USG jamy brzusznej*
- 22-26.09.** Kurs szkoleniowy **do specjalizacji dla chirurgów: podstawy ultrasonografii**

Zakład Usługowy przy Wielkopolskim Centrum Zdrowia Publicznego, Dział Doskonalenia Kadr Medycznych w Poznaniu. Szkolenia w 2004 r.:

- 10.05. i 15.05.** *Orzecznictwo lekarskie* – dla lekarzy medycyny i lekarzy stomatologów
 - 14-25.06.** *Podstawy diagnostyki ultrasonograficznej* – kurs podstawowy dla lekarzy medycyny
 - 13-24.09.** *Podstawy diagnostyki ultrasonograficznej* – kurs podstawowy dla lekarzy medycyny
 - 11,16.10.** *Orzecznictwo lekarskie* – dla lekarzy medycyny i lekarzy stomatologów
 - Maj.** *Prawo medyczne* – dla lekarzy medycyny i lekarzy stomatologów
 - Listopad.** *Prawo medyczne* – dla lekarzy medycyny i lekarzy stomatologów
- Informacje i zgłoszenia: Dział Doskonalenia Kadr Medycznych, ul. Szwajcarska 5, 61-285 Poznań, tel. (0-61) 877-90-11 wew. 345, www.wczp.wokiss.pl

- 11-14.05.2004 r.** Kurs doskonalący dla specjalistów i specjalizujących się w **ortopedii, rehabilitacji i pediatrii**: *Wrodzona dysplazja biodra; diagnostyka kliniczna i radiologiczna; diagnostyka ultrasonograficzna – praktyczna nauka sonografii. Leczenie bezoperacyjne i operacyjne podwichnięcia i zwichnięcia stawu biodrowego*. Ponadto ważne zagadnienia w **ortopedii dziecięcej**: *skoliozy* tzw. *idiopatyczne - nowa rehabilitacja; kręcz szyi – redresyjno-skrętne; choroba Blounta – nowe sposoby leczenia*. Informacje i zgłoszenia: kierownik administracyjny kursu dr n. med. Marek Okoński, tel./fax (0-81)741-56-53, e-mail: ortopeda@dsk.lublin.pl

Esdent **Dental Equipment**.

Szkolenia w **maju 2004 r.**:

- 15.05.** *Powikłania i trudne przypadki w endodoncji*
 - 22.05.** *Marketing w stomatologii. Komunikacja lekarz – pacjent, asysta – lekarz, pacjent – asysta. Ergonomia pracy w gabinecie stomatologicznym. Techniki pracy na cztery ręce*
 - 29.05.** *Korony pełnoceramiczne i metalowo ceramiczne. Planowanie leczenia, przedstawienie różnych metod preparacji. Innowacyjny sposób preparacji wg dr. Zbigniewa Piankowskiego i dr. Stefana Neumeyera. Prawidłowe metody pobierania wycisków, cementowanie koron*
- Informacje i zapisy: Esdent Dental Equipment we Wrocławiu, ul. Pomarańczowa 8, tel. (0-71) 353-83-51 lub (0-71) 354-02-17

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej. Praktyczne kursy **ultrasonograficzne w 2004 r.**

- 21-22.05.** *Ultrasonografia dopplerowska kończyn dolnych* – kurs doskonalący
- 27-30.05.** *Ultrasonografia jamy brzusznej i tarczycy* – kurs podstawowy
- 10-13.06.** *Ultrasonografia dopplerowska* – kurs podstawowy
- 23-26.09.** *Ultrasonografia dopplerowska* – kurs podstawowy
- 30.09.-3.10.** *Ultrasonografia gruczołu piersiowego*
- 14-17.10.** *Echokardiografia*

Szkolenia dają prawo do punktów edukacyjnych TIP.

Zajęcia i zakwaterowanie w Ośrodku Szkoleniowym na terenie Wielkopolskiego Parku Narodowego w Puszczykowie k. Poznania. Konto: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, 62-050 Mosina, ul. Świerkowa 23, tel./fax (0-61) 819-25-00, tel. kom. 603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

- 24-28.05.** *Cytologia onkologiczna w ginekologii system klasyfikacji Bethesda* – kurs podstawowy
- 14-16.06.** *Cytologia onkologiczna w ginekologii system klasyfikacji Bethesda* – kurs doskonalący

Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. (0-71) 348-39-66 lub 0-606-350-328, e-mail: wcp@poczta.onet.pl

- 27-29.05.2004 r.** Wrocław. Międzynarodowa Konferencja: **Advances in Paediatric Bone Marrow Transplantation**. Informacje: Katedra i Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej AM, ul. Bujwida 44, 50-345 Wrocław, tel./fax (0-71) 328-20-40, e-mail: klin@pedhemat.am.wroc.pl

Zakład **Periodontologii** Katedry **Stomatologii** Zachowawczej i Periodontologii PAM w Szczecinie. Kursy do staży specjalizacyjnych w **2004 r.**:

- 27-29.05.** *Leczenie chirurgiczne zapaień przyzębia*
- 3-5.06.** *Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób przyzębia*

Informacje: Biuro Kursu DENTIMEX Andrzej Parzonka, al. Piastów 51/8, 70-311 Szczecin, tel. (0-91) 433-42-05, Internet www.dentimex.szczecin.pl

- 28-29.05. 2004 r.** Łódź. Kursokonferencja Zakładu **Stomatologii** Wieku Rozwojowego UM w Łodzi: **Interdyscyplinarne leczenie urazowych uszkodzeń układu stomatognatycznego pacjentów w wieku rozwojowym**. Kurs zaliczany do specjalizacji. Lekarze uczestniczący w kursie otrzymają 10 punktów edukacyjnych w ramach kształcenia ustawicznego. Informacje: Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego, ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź, tel./fax (0-42) 675-75-16.

Abacus Biuro Promocji.

Szkolenia w **2004 r.**:

- 3-4.06.** Warszawa. V Ogólnopolskie Sympozjum: **Blok Operacyjny – organizacja i funkcjonowanie**
 - 17-18.06.** Warszawa. Konferencja Szkoleniowa: **Prawo medyczne w praktyce ordynatora oddziału**
- Informacje: Abacus Biuro Promocji Medycznej Sp. z o.o., tel. (0-22) 877-28-60, 836-04-16, fax (0-22) 862-10-50, e-mail: abacus@abacus.edu.pl, www.abacus.edu.pl

- 4-5.06.2004 r.** Włocławek. XXIV Ogólnopolska Konferencja **Kardiologiczna** Włocławskiego Towarzystwa Naukowego. Informacje: Włocławskie Towarzystwo Naukowe, pl. Wolności 20, 87-800 Włocławek, tel./fax (0-54) 232-28-08, Elżbieta Migdalska

- 5-6.06.2004 r.** Sympozjum **„Białowieża 2004”** Podlaskiego Stowarzyszenia **Stomatologów**. Informacje i zgłoszenia: Podlaskie Stowarzyszenie Stomatologów, ul. Jaroszkówka 72, 15-157 Białystok, tel./fax (0-85) 676-25-52, e-mail: pss@stomatolodzy-podlasia.pl, www.stomatolodzy-podlasia.pl

- 7-9.06.2004 r.** Zakopane. Krajowa Konferencja Specjalistów **Chorób Płuc: Aktualne problemy chorób układu oddechowego (gruźlica, rak płuca, astma, POCHP i inne)**. Koszt uczestnictwa 350 zł. Informacje: Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą, ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa, tel./fax 431-24-23, e-mail: z.bialek@igichp.edu.pl, www.igichp.edu.pl

- 19.06.2004 r.** w ramach XLI Zjazdu **Psychiatrów** Polskich odbędzie się 90-minutowe sympozjum poświęcone **aborcji** – informacje na stronie: http://www.ptp2004.psych.waw.pl/

- 20-22.06.2004 r.** Warszawa, Centrum Konferencyjno-Kongresowe PWSBiA, ul. Bobrowiecka 9. Międzynarodowa Konferencja Naukowa pod auspicjami Komitetu Nauk Demograficznych Polskiej Akademii Nauk, Instytutu Matki i Dziecka oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii: **Aborcja – przyczyny, następstwa, terapia**. Wykładowcami będą demografowie, ginekolodzy, onkolodzy, psychiatrzy, psycholodowie oraz psychoterapeuci z Polski, ze Stanów Zjednoczonych, Japonii, Irlandii i Rumunii. Wykłady będą tłumaczone. Możliwość rezerwacji noclegów: tel. (0-22) 559-22-01, fax (0-22) 559-22-18, e-mail: recepcja@pwsbia.edu.pl – na hasło „konferencja nt. aborcji”. Zainteresowani są proszeni o dokonanie imiennej wpłaty

na konto: BRE O/Reg. w Warszawie 03 1140 1010 0000 3075 2700 1007 – przed 19.06.br.: studenci 30 zł, pozostali uczestnicy 150 zł, podczas konferencji: studenci 40 zł, pozostali uczestnicy 180 zł. Dowód wpłaty będzie upoważniał do wejścia na salę konferencyjną. Organizatorzy nie zapewniają noclegów oraz wyżywienia. Informacje: Witold Simon, tel. 502-630-159, (0-22) 321-32-32, e-mail: witold.simon@wp.pl; Jacek Sapa, tel. (0-22) 424-54-33, e-mail: jaceksapa@pf.pl

Roztaczańska Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy w **2004 r.**:

- 5-11.09.** *Diagnostyka USG narządów jamy brzusznej*
 - 12-15.09.** *Diagnostyka dopplerowska w chorobach żył*
 - 12-18.09.** *Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych: szyi, jamy brzusznej, kończyn górnych i dolnych*
 - 19-25.09.** *Diagnostyka USG narządu ruchu*
 - 10-16.10.** *Echokardiografia w kardiologii*
 - 17-23.10.** *Podstawy USG narządów jamy brzusznej, sutka, tarczycy, narządów miednicy mniejszej – Ultrasonografia w gabinecie lekarza rodzinnego*
 - 17-23.10.** Kurs atestacyjny PTU wymagany do uzyskania Certyfikatu Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego
 - 14-20.11.** *USG w ginekologii i położnictwie – kurs doskonalący*
 - 14-20.11.** *Diagnostyka USG narządów położonych powierzchniowo: - diagnostyka obrazowa sutka - diagnostyka USG tarczycy, węzłów chłonnych i innych narządów szyi*
- Informacje i zapisy: (0-84) 638-55-12, 638-80-90, www.usg.com.pl

- 9-12.09.2004 r.** Katowice. XXXV Zjazd Towarzystwa **Internistów** Polskich. III Krajowa Konferencja Szkoleniowa Towarzystwa Internistów Polskich: *Postępy w chorobach wewnętrznych „Inter-na 2004”*. Informacje i zgłoszenia: Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Reumatologii ŚIAM, ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice, tel. (0-32) 202-40-25 wew.1290, fax (0-32) 202-99-33, e-mail: ekucharz@slam.katowice.pl

- 16-19.09.2004 r.** Międzyzdroje. III Ogólnopolskie Sympozjum: **Przewlekłe i nawracające zapalenia dróg oddechowych. Alergia – infekcja**. Informacje: tel. 0-601-567-339, e-mail: maciupa-m@sci.pam.szczecin.pl

- 24-26.09.2004 r.** Ośrodek Szkoleniowo-Wypoczynkowy w Krzyżanowicach k/Pińczowa. Kurs doskonalący: **Cytologia zmian szyjki macicy – System Bethesda 2001**. Kurs posiada akredytację Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w ramach Akademii Kształcenia Podyplomowego. Informacje i zgłoszenia: Oddział Położniczo-Ginekologiczny Szpitala ZOZ w Pińczowie, ul. Armii Krajowej 22, 28-400 Pińczów, tel.(0-41) 357-30-31 wew. 317, lek. med. J. L. Rogala

- 2-3.10.2004 r.** Poznań. IV Konferencja Sekcji **Endokrynologii Molekularnej** Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego. Informacje: przewodnicząca

Komitetu Organizacyjnego dr hab. med. Katarzyna Łacka, tel. (0-61) 869-13-23, kom. 604-905-086, fax (0-61) 869-16-82, e-mail: K_Lacka@wp.pl; i_gradecka_kubik@op.pl

- 15-17.10.2004 r.** Wisła. V Zjazd Polskiego Naukowego Towarzystwa **Otyłości i Przemiany Materii**. Informacje: Sekretariat Komitetu Organizacyjnego, Katedra Patofizjologii ŚIAM, ul. Medyków18, 40-752 Katowice, tel./fax (0-32) 252-60-91, e-mail: bmarkiewicz@slam.katowice.pl, www.5zjazd.otylosc.slam.katowice.pl

- 21-23.10.2004 r.** Szczyrk. Hotel „Orle Gniazdo”. XVI Kurs Kliniki **Osteoporozy i Chorób Metabolicznych Kości**. Kurs zakończy się indeksowanym egzaminem pisemnym. Koszt 800 PLN. Zgłoszenia zawierające: tytuł naukowy, imię i nazwisko, specjalizację, adres kontaktowy, telefon oraz adres e-mailowy prosimy kierować drogą pocztową, faksem lub elektronicznie na adres PFO: ul. Waryńskiego 6/1, 15-461 Białystok, tel./fax (0-85) 744-54-40, e-mail: fundacja@pfo.com.pl. Komunikat 2 wyślemy tylko do osób, które nadesłą zgłoszenie do końca maja br. Informacje i formularz zgłoszeniowy na stronie internetowej PFO http://www.pfo.com.pl

- 30.10.2004 r.** Kurs Katedry **Anestezjologii i Intensywnej Terapii** CM UJ i Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Anestezjologii i Intensywnej Terapii im. L. Bierkowskiego: *Metody postępowania w trudnej intubacji dotchawiczej i utrzymaniu drożności dróg oddechowych*. Cena kursu 200 PLN. Konto: Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Anestezjologii i Intensywnej Terapii im. L. Bierkowskiego nr 48 1020 2906 0000 1602 0014 4725, z dopiskiem „Kurs intubacji”. Zgłoszenia (z potwierdzeniem wpłaty): Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii CM UJ, ul. Kopernika 17, 31-501 Kraków, tel./fax (0-12) 424-77-97

- 26-28.11.2004 r.** II Konferencja Naukowo-Szkoleniowa: *Zakażenia układu oddechowego* Katedry i Kliniki **Chorób Wewnętrznych Pneumonologii i Alergologii** AM w Warszawie. Punkty edukacyjne za udział w konferencji. Koszt 100 zł. Informacje: Sekretariat Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych Pneumonologii i Alergologii, ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa, tel./fax (0-22) 823-59-73, 658-36-29, e-mail: kchwpa@amwaw.edu.pl

- 2-letnia Podyplomowa **Szkoła Medycyny Estetycznej** Polskiego Towarzystwa Lekarskiego ogłasza nabór na rok akademicki 2004/2005. Wykładowcami Szkoły są specjaliści z kraju i zagranicy. Przewiduje się ok. 150 godzin zajęć podzielonych na 8 trzydniowych cykli od piątku do niedzieli raz w miesiącu od października do maja. Informacja i zapisy do 30.06.2004 r.: Sekretariat PSME PTL, Al. Ujazdowskie 24, 00-478 Warszawa, tel./fax (0-22) 628-86-99, www.psme.waw.pl, e-mail: psme@psme.waw.pl

opr. (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Wydział Lekarski AM w GDAŃSKU z roku 1954

21 maja 2004 r. w naszej Alma Mater odbędzie się uroczystość odnowienia dyplomów lekarza medycyny, w związku z 50 rocznicą ukończenia studiów. Nie są znane nam, niestety, adresy wymienionych poniżej naszych koleżanek i kolegów lub ich rodzin. Są to: *Karol Będkowski, Franciszek Brodnicki, Krystyna Czaykowska, Bolesław Czyżewski, Henryka Farbotko-Ekler, Tadeusz Harasimowicz, Halina Holubasz-Rożkowska, Zdzisław Jemieliata, Jerzy Klusiński, Wacław Konieczny, Jan Kurzeja, Zygmunt Łuczak, Jan Malesa, Teresa (Fac) Mardkiewicz, Zbigniew Niziński, Jan Nożewski, Bronisław Piekarz, Jan Rutkowski, Wiesław Rutkowski, Barbara Samplawska-Maj, Władysław Sitko, Alalia Skulte, Adam Szuster, Wojciech Turosieński, Mieczysław Walaszewski, Jadwiga (Wiercińska)-Jaworska, Zofia Zdrzałka*.

Zwracamy się z gorącym apelem o pomoc w nawiązaniu kontaktów z nimi lub z ich rodzinami i o informację w tej sprawie pod adresem: **Mirosława Narkiewicz, 80-210 Gdańsk, ul. Tuwima 23 m. 1 lub telefon (0-58) 349-14-31.** (Za Komitet Organizacyjny Barbara Godlewska-Smiechowska)

Wydział Lekarski ŚIAM

w KATOWICACH rocznik 1978-84

W dn. **22-24 października 2004 r.** z okazji 20 rocznicy ukończenia studiów spotkamy się na zjeździe koleżeńskim w **hotelu „Orle Gniazdo” w Szczyrku**. Koszt uczestnictwa: w zależności od standardu pokoju A – 300 zł lub B – 400 zł. Istnieje możliwość udziału osób towarzyszących. Wpłata zaliczki 110 zł od osoby do końca maja br. na konto bankowe: ING Bank Śląski O/ Sosnowiec 24 1050 1360 1000 0022 7578 4060, z dopiskiem „Zjazd” i zaznaczeniem standardu pokoju. Informacje: **Bożena Jazwiec-Kanyion, tel. kom. 0-604-775-775** *praca: tel. (0-32) 266-08-85, fax (0-32) 266-02-20, e-mail: b.jazwiec@imp.sosnowiec.pl, Iwona Konowska-Haczek, praca: tel./fax (0-33) 857-01-17, tel. kom. 0-601-859-785*

AM w WARSZAWIE rocznik 1954-59

Zjazd **19 czerwca 2004 r. (sobota)**. Mamy zarezerwowany termin tradycyjnie w **Klubie Lekarza w Warszawie**. Dokładniejsze informacje o godzinach i przewidywanych kosztach udziału podamy w terminie późniejszym. Bardzo prosimy o zgłaszanie chęci udziału w zjeździe pod adresami: **Marianna Głogowska, 00-102 Warszawa, ul. Marszałkowska 111A m. 526, tel. (0-22) 652-02-11 lub 0-693-169-640 albo Andrzej Marynowski, 00-759 Warszawa, ul. Parkowa 21 m. 10, tel. (0-22) 841-08-61 lub e-mail: marynowski@oil.org.pl**

Wydział Lekarski AM w POZNANIU

Zjazd w 40 rocznicę otrzymania dyplomu, **2 października 2004 r.od godz.14.00 w Puszczy Zielonce**, z noclegiem w pokojach 1-2 osobowych do rana dnia następnego. Opłata 310 zł na konto AM w Poznaniu, Fredry 10, BH w W-wie O/Poznań 561 030 124 700 000 000 477 18000, z dopiskiem Zjazd absolwentów AM, do 15 września br. Proszę o powiadomienie osób, które być może nie wiedzą o zjeździe. Informacje: **Jan Jarosz, tel. (0-61) 865-81-98 (praca), (0-61) 876-09-63 i (0-61) 861-83-02 (dom)**

Wydział Lekarski AM w GDAŃSKU

rocznik 1968-74

W dn. **8-10 października 2004 r.**, z okazji 30 rocznicy ukończenia studiów, zjazd koleżeński. Informacje i zgłoszenia: **Ewa Klimkiewicz-Wiesiołek, ul. Mickiewicza 61 m.74, 81-866 Sopot, e-mail: awiesiol@op.pl lub danrad@conexnet.pl**

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Zjazdy koleżeńskie w Internecie
www.absolventus.pl

Serwis pomoże Państwu zorganizować zjazd absolwentów. Przyjazny układ i ergonomiczna budowa umożliwiają szybkie wyszukanie informacji oraz dodanie informacji o nowym zjeździe.

Kto to napisał?

Podaj nazwiska polskich poetów, autorów podanych niżej sześciu wierszy opowiadających o matce. Dla ułatwienia podajemy nazwiska poetów podane w kolejności alfabetycznej. Należy przypisać je do niżej wydrukowanych wierszy:

- 1. Konstanty Ildefons Gałczyński
- 2. Kazimiera Iłhakowiczówna
- 3. Tadeusz Kubiak
- 4. Juliusz Słowacki
- 5. Leopold Staff
- 6. Wisława Szymborska

Przygotowała: Lidia Compa

B.

Ona mi pierwsza pokazała księżyc
i pierwszy śnieg na świerkach,
i pierwszy deszcz.

Byłem wtedy mały jak muszelka,
A czarna suknia matki szumiała jak Morze Czarne.

Noc.

Dopala się nafta w lampce.
Lamentuje nad uchem komar.
Może to ty, matko, na niebie
Jesteś tymi gwiazdami kilkoma?

Albo na jeziorze żaglem białym?
Albo falą w brzegi pochyłe?
Może twoje dłonie posypały
Mój manuskrypt gwiazdzystym pyłem?

A możeś jest południowa godzina,
Mazur pszczoł w złotych sierpnia pokojach?
Wczoraj szpilkę znalazłem w trzcinach –
Od włosów. Czy to nie twoja?

* * *
Świeczki takie kupowała mama.
One drzemią. W nich śpi piękny zamiar.

Tylko rozwiń je i tylko zapal,
A zobaczysz, co z tego wyniknie:
W świeczkach błysnie drogiej twarzy owal.
Matka palec wzniesie. Wiatr ucichnie.

Matkę w ręce ucałuj i włosy,
Potem śniegu po uliczkach rozsyp,
Żeby błyskał się i żeby chrząścił.

Potem wszystkie światła co migocą,
Do walizki zamknij. Otwórz nocą,
Jeśli w drodze spotka cię nieszczęście.

A.

O zmierzchu przy oknie
Matka trąca nogą bieguny
Kołycki, w której śpi dziecko.

Ale już nie ma kołycki,
Ale nie ma już dziecka.
Poszło pomiędzy cienie.
Matka sama siedzi o zmierzchu,
Kołyse nogą wspomnienie.



D.

Była biała lampa z wytłoczonym krajobrazem,
Grzała, usypiała i dzwoniła zarazem,
Świecił na niej księżyc, domek z jasnym okienkiem,
Dym ulatywał u góry pasmem tak cienkiem.
Przemytnicy szli, jodły gór im sprzyjały,
Padał z przełęczy w przepaść potok jak mleko biały;
Przemytnicy szli długim, długim, jak wąż korowodem,
Most przez rzekę leżał, woda świeciła pod spodem.
O dzwonie, dzwonie lampy, o głębokie przeciągłe dudnienie,
O matczyne na włosach ręce, na szyi, na policzkach tchnienie,
Sucharek z lukrem przy twarzy, w czekoladzie dwie małe pięści
I przez całą noc na sercu bijącym szczęście, skrzydlate szczęście.



Zbigniew Maciejewski,
Kwiaty, 2001 r.

F.

Świtem, gdy oczy otwieram,
Matka nade mną jak słońce,
Tyle w niej światła i ciepła,
Tyle miłości gorącej.

Tyle uśmiechu i ciszy,
Tyle spokoju, dobroci.
Kogo się dotknie – ukoj,
Czego się dotknie – ozłoci.

Pod dłonią jej na kominie
Śpiewa szczerzoty ogień.
Uśmiecha się błękit, kiedy
Wola do nas „Dzieci drogie!”

„Kolacja, dzieci, kolacja
mleko już stygnie, prędiutko!”
wieczorem siada i myśli,
co na śniadanie dać jutro.
Nocą, gdy oczy zamykam,
Gdy już mi niczego nie brak.
Matka przechodzi przez pokój
Cicho jak księżyc ze srebra.

E.

Zadrży ci nierzaz serce, miła matko moja,
Widząc powracających i utaskawionych,
Kłąć będziesz, że tak twarda była na mnie zbroja
I tak wielkie wytrwanie w zamiarach szalonych.
Wiem, że bym ci wróceniem moim lat przysporzył;
Mów, kiedy cię pytają, czy twój syn powraca,
Że syn twój na sztandarach jak pies się położył,
I choć wołasz, nie idzie – oczy tylko zwraca.

Oczy zwraca ku tobie... więcej nic nie może,
Tylko spojrzeniem tobie smutek swój tłumaczy;
Lecz woli, konający – nie iść na obroź,
Lecz woli zamiast bańby – choć czarne rozpacz!

Przebaczyć mu, o moja ty piastunko droga,
Że się tak zaprzępaścił i tak zaczęścił;
Przebaczyć... bo gdyby nie to, że opuścił Boga
Trzeba by – to by ciebie pewno nie opuścił.

C.

Więc to jest jego matka.
Ta mała kobieta,
Szarooka sprawczyń.

Łódka, w której przed laty
Przy płynął do brzegu.

To z niej się wydobywał
Na świat,
Na niewieczność.

Rodzicielka mężczyzny,
Z którym skacze przez ogień.

Więc to ona, ta jedyna,
Co go sobie nie wybrała
Gotowego, zupełnego.

Sama go pochwyciła
W znajomą mi skórę,
Przywiązała do kości
Ukrytych przede mną.

Sama mu wypatrzyła
Jego szare oczy,
Jakimi spojrzał na mnie.

Więc to ona, alfa jego.
Dlaczego mi ją pokazał.

Urodzony.
Więc jednak i on urodzony.
Urodzony jak wszyscy.
Jak ja, która umrę.

Syn prawdziwej kobiety.
Przybysz z głębin ciała.
Wędrowiec do omegi.

Narażony
Na nieobecność swoją
Zewsząd,
Zewsząd każdej chwili.

A jego głowa
To jest głowa w mur
Ustępliwy do czasu.

A jego ruchy
To są uchylenia
Od powszechnego wyroku.

Zrozumiałam,
Że uszedł już połowę drogi.

Ale mi tego nie powiedział,
Nie.

- To moja matka –
powiedział mi tylko.

Zagadka śmierci

W połowie czerwca br. wyjdzie drukiem książka dr. med. Marka Wrońskiego pt. „Zagadka śmierci prof. Mariana Grzybowskiego”. Monografia ta jest wynikiem badań nad niewyjaśnionymi od ponad 50 lat wydarzeniami wiódącymi do przyczyn aresztowania 26 listopada 1949 r. tego wybitnego i ówczesnie znanego w Europie 54-letniego kierownika Kliniki Dermatologicznej Uniwersytetu Warszawskiego i zagadki jego nagłej śmierci w dwa tygodnie później, w Areszcie Wewnętrzny MBP.

Maszynopis recenzował do druku prof. Andrzej Śródka, historyk medycyny z Warszawy oraz prof. Ryszard Terlecki, historyk nauki z Krakowa. Wstępem opatrzył prof. Andrzej Paczkowski, a Postowie napisał prof. Piotr Hübner.

Książka będzie wydana w twardej oprawie, a nakład rozprowadzony w większości subskrypcyjnie – za zaliczeniem pocztowym. Cena książki: 40 zł plus kilkuzłotowy koszt przesłania z Warszawy. Zainteresowani jej nabyciem proszeni są o jak najszybsze przesłanie w liście pocztą lotniczą lub elektroniczną swego imienia i nazwiska oraz adresu z nr. telefonu domowego do autora:

Dr med. Marek Wroński, 575 Main Street, Apt. 606N, NEW YORK, NY 10044, e-mail: Marekwro@aol.com

Ciepłej na sercu

Staraniem Wydawnictwa Lekarskiego PZWL ukazał się drugi tom książki „Lekarze w walce o zdrowie”, w której piętnastu wybitnych lekarzy przedstawia wybrane dziedziny medycyny. Pierwszy tom znalazł się „w wyposażeniu” każdego delegata VII Krajowego Zjazdu Lekarzy, stwarzając okazję do głębszej refleksji nad tajemnicami uprawianego przez nas zawodu.

Konstanty Radziwiłł, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej napisał: Po przejrzaniu książki panów Czesława Czaplińskiego i Jana Kubickiego „Lekarze w walce o zdrowie” zrobiło mi się jakoś cieplej na sercu. Tyle pomyj wylano ostatnio na głowy lekarzy, że pojawienie się tej pozycji pokazującej prawdziwe, dobre oblicze polskiej medycyny jest naprawdę potrzebne. (...) O tym, co marne i złe zapominamy na chwilę, pochylając się nad pasjonującymi wywiadami o życiu naszych znakomitych kolegów. (...) A potem... Zrobmy coś z naszymi postawami, karierami, życiem, aby kiedyś i do nas ktoś przyszedł po radę: jak żyć?

Oba wydane już tomy tej książki mogą być dla każdego, nie tylko dla lekarza, źródłem wiedzy zarówno o tym, co dziś w medycynie najbardziej aktualne, jak i o naszym dziedzictwie, doświadczeniu gromadzonym przez najwybitniejszych przedstawicieli medycyny.

Wydanie tych dwóch tomów było możliwe dzięki życzliwemu wsparciu tej inicjatywy przez największą polską firmę farmaceutyczną „Polpharma”.

„Polpharma” rozdaje pieniądze

Rozdaje rozważnie, po głębokim namyśle, finansując, wspierając niektóre badania naukowe z dziedziny medycyny i farmacji. Rzadki to, jeśli nie jedyny na polskim rynku farmaceutycznym przejaw altruizmu, bezinteresownej promocji polskiej nauki.

Powołana przez tę największą polską prywatną firmę – znanego producenta leków – Fundacja działająca od 2001 r. wsparła, jak dotąd, znacznymi kwotami kilkadziesiąt projektów. W bieżącym roku spośród 162 zgłoszonych wniosków Rada Naukowa Fundacji przyznała granty zespołom naukowców kierowanych przez: prof. Witolda Rużyllę, prof. Irenę Hausmanową-Petrusewicz, dr Joannę Szymkiewicz-Dangel, dr Lucję Fiszer-Maliszewską, prof. Andrzeja Kwolka, prof. Andrzeja Szczeklika, dr. Janusza Kasperczyka.

Warto wymienić placówki naukowe, z których pochodzą laureaci tegorocznej edycji konkursu. Są to: Instytut Kardiologii w Warszawie, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M.J. Mossakowskiego PAN w Warszawie, II Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii w Warszawie, Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu, Oddział Rehabilitacji Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Wydział Farmaceutyczny Śląskiej Akademii Medycznej w Sosnowcu.

Mówiąc najprościej i najogólniej tak potrzebne wsparcie finansowe otrzymały badania w dziedzinie kardiologii, genetyki, farmakologii, rehabilitacji prowadzone w ambitnych, utalentowanych zespołach, dających gwarancję, że przeznaczone na nie środki nie pójdą na marne. W czasie uroczystości wręczenia tych grantów naukowych odczuwało się szczerą satysfakcję przedstawicieli wyróżnionych zespołów, które dzięki otrzymanym środkom mają możliwość kontynuowania czy zintensyfikowania prowadzonych prac.

j.w.

Wydawnictwo Medyczne alfa-medica press
43-309 Bielsko-Biała, ul. Cygański Las 11, tel (0-33) 816-90-79
fax (0-33) 828 13 72, e-mail: zamowienia@alfamedica.pl, www.alfamedica.pl



BIOSTATYSTYKA – wykorzystanie metod statystycznych w pracy badawczej w naukach biomedycznych
Cezary Watała
wyd.I, Bielsko-Biała 2003, s. 424
Publikacja przeznaczona dla pracowników naukowych. Składa się z dwóch części. Pierwsza – to podstawy teoretyczne metod statystycznych stosowanych w naukach biomedycznych. Druga – to przykłady i zadania analizujące wyniki wybranych prac doświadczalnych, w których zawarte są wskazówki, uwagi i sugestie jak wybrać właściwe metody analizy statystycznej, czego unikać, jak przeprowadzić analizę danych oraz jakie są niepoprawne wybory. W bibliografii podano wykaz najnowszych podręczników statystyki.



CHIRURGIA NOWOTWORÓW
pod red. **Mariusza Frączaka**
wyd. I, Bielsko-Biała 2003, s. 376
Publikacja opracowana przez zespół chirurgów, onkologów klinicznych i radioterapeutów z Warszawskiej AM i Centrum Onkologii w Warszawie. Na wstępie podręcznik przedstawia problemy biologii nowotworów i główne metody stosowane w ich leczeniu. Następnie koncentruje się na sposobach rozpoznawania i leczenia nowotworów złośliwych takich jak: nowotwory układu oddechowego, raka piersi, przełyku, żołądka, wątroby, dróg żółciowych, trzustki, jelita grubego, tkanek miękkich, kości i skóry. Ostatnie rozdziały poświęcone są leczeniu bólu nowotworowego i perspektywom leczenia nowotworów.



BEZPIECZEŃSTWO BIOLOGICZNE W PRACOWNIACH MIKROBIOLOGICZNYCH I BIOMEDYCZNYCH
U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Center for Disease Control and Prevention, Nnational Institutes of Health.
red. wyd. pol.: **dr hab. n. med. Andrzej Zieliński, dr n. med. Małgorzata Sadowska-Todys.**
wyd. I, Bielsko-Biała 2003, s. 224

Publikacja przedstawia standardowe oraz specjalne procedury mikrobiologiczne, sprzęt oraz wyposażenie odpowiednie dla poziomów bezpieczeństwa biologicznego, zalecane przy pracy z poszczególnymi czynnikami zakaźnymi w różnych laboratoriach. Te aktualne zalecenia mogą służyć pomocą przy powstawaniu nowych laboratoriów i modernizacji starych.

Ponadto nadesłano



ULTRASONOGRAFIA I INNE METODY OBRAZOWANIA W DIAGNOSTYCE NADNERCZY
pod red. **dr n. med. Rafała Zenona Słapy i prof. dr hab. med. Wiesława Jakubowskiego.**
seria: **Praktyczna ultrasonografia**, tom IV
Warszawa-Zamość 2003. Wydawnictwa **Roztoczańskie Szkoły Ultrasonografii**, 22-400 Zamość, ul. Chopina 3 A, tel. (084) 638 55 12, fax (084) 638 80 92, e-mail: rsu@roztocze.pl, www.usg.com.pl, s. 128

Metody obrazowania nadnerczy wykraczają poza ultrasonografię i obejmują tomografię komputerową, rezonans magnetyczny i badania izotopowe. Nowe możliwości daje wprowadzenie pozytonowej tomografii emisyjnej. W przyszłości diagnostyka nadnerczy może być wzbogacona o jeszcze inne bardziej czułe techniki. Autorzy należą do najwybitniejszych znawców omawianego zagadnienia i współpracują z najlepszymi ośrodkami klinicznymi w kraju.



PODSTAWY FARMAKOGENETYKI I FARMAKOGENOMIKI W PRAKTYCE KLINICZNEJ Jak leczyć skuteczniej i bardziej bezpiecznie.
Józef Prandota
Wydawnictwo Medyczne **Urban & Partner**, 50-950 Wrocław, ul. Skłodowskiej-Curie 55/61, tel. (71) 328 54 87, fax 328 43 91, http://www.urbanpartner.pl, s. 166
Prof. Józef Prandota jest autorem wielu prac naukowych, również publikowanych w Europie Zachodniej. Farmakogenetyka i farmakogenomika są nowymi kierunkami farmakologii, których rozwój nastąpił dzięki rozwojowi biotechnologii molekularnych. W publikacji omawiane są związki farmakoterapii z genetycznymi podstawami chorób, poszukiwanie determinantów chorób i analiza wpływu określonych leków i skutków leczenia. Książka skierowana do lekarzy pracujących naukowo i studentów medycyny. (Uwaga: Wszystkie książki Wydawnictwa dostępne są z 10% rabatem w księgarni internetowej. Zryczałtowane koszty przesyłki wynoszą 10 zł).

MONOGRAFIA SZPITALNA: SZPITAL PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO 1823-2003. 180 lat działalności.
Przeszłość, terażniejszość dla przyszłości.
wyd. **Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 Przemienienia Pańskiego Akademii Medycznej w Poznaniu**, 61-848 Poznań, ul. Długa 1/2, tel. (0-61) 854-90-00, fax (0-61) 852-94-72, e-mail: szpital@skl.ampoznan.pl, www.skl.am.poznan.pl, Poznań 2003, s. 300
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 Przemienienia Pańskiego AM w Poznaniu. Założony przez Zgromadzenie Sióstr Św. Wincentego a'Paulo, służy do dziś pacjentom Wielkopolski jako najdłużej nieprzerwanie działający szpital w Poznaniu. Instytut Chorych, bo tak nazywała się u początków swojej działalności placówka, zaczynał pracę w 1823 r. z 30 łózkami. Obecnie jest miejscem, w którym wykonuje się największą część procedur wysokospecjalistycznych w Wielkopolsce. Zamierzeniem twórców książki było ukazanie przyjaciołom i pracownikom Szpitala Przemienienia Pańskiego, jak również mieszkańcom Poznania i Wielkopolski, chlubnej tradycji tej lecznicy. W monografii znajduje się ponad 300 zdjęć, często unikalnych, pokazujących dawny i współczesny szpital, a także frytel poznański w okolicy szpitala. (Monografię szpitala można nabyć w poznańskich księgarniach – Kapitałka przy ul. Mielżyńskiego, Centrum Informacji Miejskiej; SP Szpitalu Klinicznym nr 1 oraz zamówić przez internet www.skl.am.poznan.pl)



HEAD AND NECK: SURGERY & ONCOLOGY Diagnostic Approaches, Therapeutic Decisions, Surgical Approaches and Results of Treatment
Jatin P Shah
wyd. **Mosby**, I 2003, opr. tw., s. 736, 2575 il., c. kat. 260.00 GBP
dystr. **A.B.E. Marketing**, Wydawnictwa Światowe – Publishers' Distribution Services, 00-855 Warszawa, ul. Grzybowska 37 A, tel. (0-22) 654 06 75, fax 652 07 67, e-mail: info@abe.com.pl. Pełna oferta książek medycznych dostępna w Internecie www.abe.com.pl. Do cen katalogowych doliczamy 10% opłat manipulacyjnych.
Atlas, który przy pomocy obszernego, kolorowego materiału ilustracyjnego prezentuje krok po kroku wszystkie zabiegi chirurgiczne w zakresie głowy i szyi. Opracowanie obejmuje pełny zakres patologii głowy i szyi – od zmian łagodnych po złośliwe. Dla każdej procedury chirurgicznej, oprócz szczegółowej techniki, przedstawiono ocenę wyników oraz możliwe powikłania. Oddzielne rozdziały poświęcono chorobom krtani i tchawicy, chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej. Książka jest przeznaczona dla bardzo szerokiego grona odbiorców: onkologów, chirurgów, laryngologów.



MEDYCYNĄ W PIGULCE
S. Kahan
wyd. I, s. 262, opr. miękka, Wydawnictwo Medyczne **Via Medica** 2004, c det. 62 zł, dystr. Składnica Medyczna **LSM**
Publikacja w 12 rozdziałach omawia choroby serca, naczyni, nerek, układu oddechowego, układu przewodu pokarmowego, układu nerwowego, układu rozrodczego, choroby zakaźne, hematologiczne, dermatologiczne, reumatologiczne i immunologiczne oraz zaburzenia hormonalne. Każda strona opisuje odrębną jednostkę chorobową, zawiera przejrzyste ułożone informacje dotyczące etiologii, epidemiologii, objawów, różnicowania, rozpoznawania, rokowania i przebiegu choroby oraz możliwego leczenia w odniesieniu do ponad 200 schorzeń.



OKULISTYKA PEDIATRYCZNA I ZEZ
M. Gralek (red.)
wyd. I, s. 490, opr. tw., Wydawnictwo Medyczne **Urban & Partner** 2004, c. det. 98 zł, dystr. Składnica Medyczna **LSM**
Autorzy opierając się na najnowszych osiągnięciach naukowych i własnych obserwacjach, zawarli w przystępnej formie wiadomości potrzebne do zrozumienia i przyswojenia istotnych umiejętności, niezbędnych w praktyce lekarza zajmującego się okulistyką dziecięcą. Konstrukcja pracy umożliwia wybór własnego podejścia i zrozumienia relacjonowanych zagadnień. Pozwala również dzięki dodanym testom na sprawdzenie uzyskanych wiadomości.



md



SKŁADNICA MEDYCZNA LSM
ul. Obywatelska 9
20-092 Lublin

www.lsm.pl
0800 170-110
księgarnia internetowa
bezpłatna infolinia

- 1700 tytułów medycznych ze 130 wydawnictw
- odzież, obuwie i sprzęt medyczny
- zamówienia książek na kwotę od 100 zł bez opłaty pocztowej
- rabaty dla stałych klientów

Zapraszamy do naszych sklepów i księgarni:
KATOWICE • LUBLIN • ŁÓDŹ • RADOM • RZESZÓW • WARSZAWA • ZABRZE

Uwaga Drodzy Czytelnicy!

Uprzejmie informujemy, że ogłoszenia przyjmuje do realizacji sekretariat redakcji „Gazety Lekarskiej”
tel.: (0-22) 851-51-15 wew. 307, 851-71-38, fax.: (0-22) 851-71-39

Redakcja nie przyjmuje zleceń przysyłanych pocztą elektroniczną.

Ostateczny termin przysyłania zamówień na ogłoszenia upływa 5 dnia miesiąca poprzedzającego ukazanie się ogłoszenia w druku. Po tym terminie ogłoszenia kwalifikowane są na następny miesiąc. Warunkiem zamieszczenia ogłoszenia jest dołączenie do zamówienia kserokopii wpłaty.

– Konkurs na ordynatora - 1200,00 zł + vat (22%)

– Zatrudnię lekarza - 9,00 zł za słowo + vat (22%)

– Drobne - 9,00 zł za słowo + vat
(22 % – zoz-y, szp-le, gab., 7% - osoby prywatne.)

– Matrymonialne - 100,00 zł + vat (7%)

Uwaga! Ogłoszenia „Lekarz szuka pracy” (do wiadomości redakcji dane lekarza) – bezpłatnie do 15 słów
– redakcja przyjmuje także przesłane pocztą elektroniczną:
r.klimkowska@hipokrates.org

Konto:Naczelna Izba Lekarska, Bank Pekao S.A. VII O/ Warszawa
47124011091111000005162660

Bez załączonej kserokopii wpłaty zamówienie nie będzie zakwalifikowane do druku w „Gazecie Lekarskiej”.

Przypominamy, że datą do liczenia 30 dni od ogłoszenia konkursu w druku jest ostatni dzień miesiąca, w którym ogłoszenie zostało wydrukowane w „Gazecie Lekarskiej”.

Więcej informacji na temat wszelkich ogłoszeń:
email: **r.klimkowska@hipokrates.org**

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w GORZOWIE WLKP., w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Gorzowie Wlkp., ogłasza konkurs na stanowiska:
• **Ordynatora Oddziału CHIRURGII ORTOPEDYCZNEJ i URAZÓW NARZĄDU RUCHU,**
• **Ordynatora Oddziału POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNEGO,**
• **Ordynatora Oddziału NOWORODKOWEGO z Pododdziałem INTENSYWNEJ OPIEKI nad NOWORODKIEM,**
• **Ordynatora Oddziału CHORÓB WEWNĘTRZNYCH z Pododdziałem LECZENIA UDARÓW MÓZGU.**

Wymagane kwalifikacje zgodnie z rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. (Dz.U. nr 30, poz. 300) oraz rozp. MZ z 17 maja 2000 r. (Dz. U. nr 44, poz. 520). Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów zgodnie z rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. (Dz.U. nr 115, poz. 749 i Dz. U. nr 45, poz. 530 z 30 maja 2000 r.).

Dokumenty należy składać w kopercie podpisanej imieniem i nazwiskiem oraz adresem kandydata, z dopiskiem „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Chirurgii Ortopedycznej i Urazów Narządu Ruchu” lub „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Położniczo-Ginekologicznego”, lub „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Noworodkowego z Pododdziałem Intensywnej Opieki nad Noworodkiem” lub „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Leczenia Udarów Mózgu”, w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki, ul. Walczaka 42, 66-400 Gorzów Wlkp.** (adres dla doręczeń: **66-400 Gorzów Wlkp., ul. J. Dekerta 1**). O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w ŁOSICACH, w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w WARSZAWIE, ogłasza konkurs na stanowiska Ordynatorów:
• **Oddziału CHIRURGII OGÓLNEJ,**
• **Oddziału NEONATOLOGII Szpitala Powiatowego w Łosicach.**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje zgodnie z rozp. MZiOS z 29 marca 1999 r. (Dz.U. nr 30, poz. 300), tj.: specjalizację II° z chirurgii ogólnej, II° z neonatologii oraz minimum 8 lat pracy w zawodzie. Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych rozp. MZiOS z 19 sierpnia 1998 r. (Dz.U. nr 45, poz. 530 z 30 maja 2000 r.), tj.: podanie, odpis dyplomu, przebieg pracy zawodowej, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje, stopnie i tytuły naukowe, publikacje, dwie opinie o kwalifikacjach zawodowych oraz opinia z ostatnich 3 lat pracy lub świadectwo pracy zawodowej z okresu ostatnich 3 lat (w razie gdy stosunek pracy ustał lub został rozwiązany) i oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe.

Dokumenty należy składać w kopercie podpisanej imieniem, nazwiskiem oraz adresem, w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łosicach, ul. Narutowicza 6, 08-200 Łosice.** O terminie posiedzenia komisji konkursowej kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrekcja Szpitala Wojewódzkiego im. św. Łukasza SP ZOZ w TARNOWIE, w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Tarnowie, ogłasza konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału OKULISTYKI.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje zgodnie z rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. (Dz.U. nr 30, poz.300) oraz złożyć dokumenty określone w rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. (Dz.U. nr 115, poz.749 z późn. zm.).

Oferty prosimy kierować w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia, w zamkniętych kopertach; na kopercie kandydat umieszcza swoje imię i nazwisko oraz adres, pod adres: **Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza SP ZOZ, ul. Lwowska 178a, 33-100 Tarnów, pokój 53 (Kadry), z adnotacją na kopercie „Konkurs na...”** Termin rozpatrzenia kandydatur 30 dni. O terminie konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. *Mieszkań nie zapewniamy.*

Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w DĘBICY ogłasza konkurs na stanowiska:
• **Ordynatora Oddziału NOWORODKÓW i WCZEŚNIAKÓW,**
• **Ordynatora Oddziału OKULISTYKI,**
• **Ordynatora Oddziału GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO,**
• **Ordynatora Oddziału MEDYCYNY PALIATYWNEJ Szpitala ZOZ w Dębicy.**

Kandydaci powinni spełniać wymogi określone rozp. MZiOS z 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 30, poz. 300) oraz rozp. MZ z 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz.U. nr 44, poz. 520).

Oferty wraz z dokumentami określonymi w rozp. MZiOS z 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 115, poz. 749 z późn. zmianami; ostatnia zmiana Dz.U. nr 45, poz. 530 z 2000 r.) należy składać w ciągu 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy, 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91, z adnotacją „Konkurs na stanowisko...”**. Rozpatrzenie zgłoszonych kandydatur nastąpi w ciągu 60 dni od upływu terminu składania wymaganych dokumentów.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. J. Śniadeckiego w BIAŁYMSTOKU, w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Białymstoku, ogłasza konkurs na stanowisko
Ordynatora Oddziału ORTOPEDYCZNO-URAZOWEGO.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu proszeni są o składanie dokumentów określonych w rozp. MZiOS z 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz.U. nr 115, poz. 749, ze zm. w roku 2000 Dz.U. nr 45, poz. 530). Wymagane kwalifikacje zgodne z rozp. MZiOS z 29 marca 1999 r. (Dz.U. nr 30, poz. 300).

Oferty prosimy kierować w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia, pod adresem: **Samodzielny Publiczny ZOZ Wojewódzki Szpital Zespołowy im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 26, 15-950 Białystok**, z dopiskiem na kopercie „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Ortopedyczno-Urazowego” oraz nazwiskiem, imieniem i adresem korespondencyjnym. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w KRAKOWIE, w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Krakowie, ogłasza konkurs na stanowisko
Ordynatora Oddziału ANESTEZJOLOGII i INTENSYWNEJ TERAPII.

Kandydaci przystępujący do konkursu winni posiadać kwalifikacje zgodne z rozp. MZ z 17.05.2000 r. (Dz.U. nr 44, poz. 520), tj.: specjalizację II stopnia z odpowiedniej dziedziny medycyny oraz 8 lat pracy w zawodzie. Kandydaci proszeni są o nadsyłanie ofert wraz z dokumentami określonymi w § 11, ust. 1 rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. (Dz.U. nr 115, poz. 749 z późn. zm.), tj.: podanie, odpis dyplomu, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje, opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej, świadectwo pracy z okresu ostatnich 3 lat w razie gdy stosunek pracy został rozwiązany lub wygasł i co najmniej dwie opinie świadczące o kwalifikacjach zawodowych kandydata oraz inne dokumenty w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata.

Dokumenty należy składać w kopercie podpisanej imieniem, nazwiskiem wraz z adresem zamieszkania w terminie 30 dni od opublikowania nin. ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera, os. Złotej Jesieni 1, 30-826 Kraków**, z dopiskiem „Konkurs”. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w NOWEJ RUDZIE, w porozumieniu z Dolnośląską Izbą Lekarską we WROCŁAWIU, ogłasza konkurs na stanowiska:
• **Ordynatora Oddziału CHIRURGICZNEGO,**
• **Ordynatora Oddziału DZIECIĘCEGO.**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu proszeni są o składanie dokumentów określonych w rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz.U. nr 115, poz. 749, § 11, pkt 1). Wymagane kwalifikacje zgodnie z rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 30, poz. 300).

Oferty z dokumentami w kopertach z napisem „Konkurs – Oddział Chirurgiczny” lub „Konkurs – Oddział Dziecięcy” należy składać w **SPZOZ Nowa Ruda, ul. M.J. Piłsudskiego 16, 57-400 Nowa Ruda**, w terminie 30 dni od dnia ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. *Mieszkania nie zapewniamy.*

Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego we WŁOCŁAWKU, w porozumieniu z Kujawsko-Pomorską Okręgową Izbą Lekarską w TORUNIU, ogłasza konkurs na stanowiska:
• **Ordynatora Oddziału NEUROLOGII,**
• **Ordynatora Oddziału NEONATOLOGICZNEGO z INTENSYWNĄ TERAPIĄ i PATOLOGIĄ NOWORODKA.**

Wymagane kwalifikacje kandydatów zgodne z rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. (Dz.U. nr 30, poz. 300). Kandydaci zgłaszający się do konkursu proszeni są o złożenie następujących dokumentów: podanie o przyjęcie na stanowisko objęte konkursem, dokumenty stwierdzające posiadanie kwalifikacji zawodowych wymaganych do zajmowania danego stanowiska, ponadto dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu, opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej, świadectwo pracy z ostatnich 3 lat, w razie gdy stosunek pracy został rozwiązany lub wygasł, co najmniej dwie opinie o kwalifikacjach kandydata, w tym jedna sporządzona przez konsultanta wojewódzkiego oraz inne dokumenty potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata – w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia, pod adresem: **Szpital Wojewódzki we Włocławku, ul. Wieniecka 49**, z adnotacją na kopercie „Konkurs”. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. Blizszych informacji udziela się telefonicznie (0-54) 413-18-70.

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w OLSZTYNIE, w porozumieniu z Okręgową WARMIŃSKO-MAZURSKĄ Izbą Lekarską w Olsztynie, ogłasza konkurs na stanowisko
Ordynatora Oddziału HEMATOLOGII.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje zgodne z rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 30, poz. 300) oraz rozp. MZ z 17.05.2000 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz.U. nr 44, poz. 520). Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych w § 11, ust. 1, rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz.U. nr 115, poz. 749 z późn. zm.).

Dokumenty należy składać w zamkniętej kopercie podpisanej imieniem i nazwiskiem oraz adresem (z dopiskiem „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Hematologii”), w terminie 30 dni od daty ukazania się niniejszego ogłoszenia, pod adresem: **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, 10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18**. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrektor SPZOZ w KŁODZKU, w porozumieniu z Dolnośląską Izbą Lekarską we WROCŁAWIU, ponownie ogłasza konkurs na stanowisko
Ordynatora Oddziału WEWNĘTRZNEGO A.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu proszeni są o składanie dokumentów określonych w rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz.U. nr 115, poz. 749, § 11, poz. 11, pkt 10). Wymagane kwalifikacje zgodnie z rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 30, poz. 300).

Oferty prosimy składać w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **SP ZOZ Kłodzko, ul. Szpitalna 1, 57-300 Kłodzko**, z dopiskiem „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Wewnętrznego A”. Przewidywany termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur; 30 dni od dnia upływu składania dokumentów. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. *Mieszkania nie zapewniamy.*

Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej Samodzielnego Publicznego Zakładu w MIELCU ogłasza konkurs na stanowisko
Ordynatora Oddziału CHORÓB ZAKAŹNYCH Szpitala Powiatowego w Mielcu.

Kandydaci powinni spełniać wymogi określone rozp. MZiOS z 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 30, poz. 300) oraz rozp. MZ z 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz.U. nr 44, poz. 520).

Oferty wraz z dokumentami określonymi w rozp. MZiOS z 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 115, poz. 749 z późn. zmianami; ostatnia zmiana Dz.U. nr 45, poz. 530 z 2000 r.) należy składać w ciągu 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej Samodzielnego Publicznego Zakładu w Mielcu, 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22**, z adnotacją „Konkurs”. Rozpatrzenie zgłoszonych kandydatur nastąpi w ciągu 60 dni od upływu terminu składania wymaganych dokumentów.

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w SIEDLCACH, w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w WARSZAWIE, ogłasza konkurs na stanowiska
Ordynatorów Oddziałów:
• **ONKOLOGICZNEGO,**
• **DZIECIĘCEGO,**
• **KARDIOLOGICZNEGO,**
• **ORTOPEDYCZNO-URAZOWEGO,**
• **CHORÓB WEWNĘTRZNYCH**
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Siedlcach.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje zgodne z rozp. MZiOS z 29 marca 1999 r. (Dz.U. nr 30, poz. 300), tj.: specjalizację II° w określonej dziedzinie medycyny (Oddział Onkologiczny – onkologia kliniczna, Oddział Dziecięcy – pediatria, Oddział Kardiologiczny – kardiologia, Oddział Ortopedyczno-Urazowy – ortopedia i traumatologia narządu ruchu, Oddział Chorób Wewnętrznych – choroby wewnętrzne) oraz minimum 8 lat pracy w zawodzie. Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych rozp. MZiOS z 19 sierpnia 1998 r. (Dz.U. nr 115, poz. 749 z późn. zm.), tj.: podanie, odpis dyplomu, przebieg pracy zawodowej, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje, stopnie i tytuły naukowe, publikacje, dwie opinie o kwalifikacjach zawodowych oraz opinia z ostatnich 3 lat pracy i oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe.

Dokumenty należy składać w kopercie podpisanej imieniem, nazwiskiem oraz adresem, w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Siedlcach, ul. Poniatowskiego 26, 08-110 Siedlce**, z adnotacją „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału...”. O terminie posiedzenia komisji konkursowej kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrekcja Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w JAROSŁAWIU, w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w KRAKOWIE, ogłasza konkurs na stanowisko
Ordynatora Oddziału IIIA PSYCHIATRYCZNEGO.

Kandydaci powinni posiadać kwalifikacje określone w rozp. MZiOS z 29 marca 1999 r. (Dz.U. nr 30 z 1999 r.). Oferty wraz z dokumentami określonymi w rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. (Dz.U. nr 115, poz. 749 z 1998 r.) należy składać w ciągu 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia, pod adresem: **Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej im. prof. Antoniego Kępińskiego, 37-500 Jarosław, ul. Kościuszki 18**. O terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. *Mieszkań nie zapewniamy.*

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w PRZEWORSKU, w porozumieniu z Okręgową Radą Lekarską w KRAKOWIE, ogłasza konkurs na stanowiska:
• **Ordynatora Oddziału POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNEGO,**
• **Ordynatora Oddziału KARDIOLOGII,**
• **Ordynatora Oddziału WEWNĘTRZNEGO.**

Kandydaci spełniający wymagania kwalifikacyjne określone w rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. (Dz.U. nr 30, poz. 300) oraz określone w rozp. MZ z 17.05.2000 r. (Dz.U. nr 44, poz. 520), ze zm. z 7.06.2003 r. (Dz.U. nr 99, poz. 918) proszeni są o złożenie dokumentów wyszczególnionych w rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. (Dz.U. nr 115, poz. 749) ze zm. z 30.05.2000 r. (Dz.U. nr 45, poz. 530). Od kandydatów ubiegających się o zatrudnienie na stanowisku Ordynatora O/Kardiologii wymagana jest dodatkowo specjalizacja z kardiologii.

Oferty na konkurs wraz z dokumentami prosimy składać w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeworsku, ul. Szpitalna 16, 37-200 Przeworsk**, z dopiskiem na kopercie „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału...”. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrektor SPZZOZ w KOZIENICACH, w porozumieniu z OIL w WARSZAWIE, ogłasza konkurs na stanowiska **Ordynatorów:**
• **Oddziału ANESTEZJOLOGII i INTENSYWNEJ TERAPII,**
• **Oddziału CHORÓB ZAKAŹNYCH,**
• **Oddziału GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO,**
• **Oddziału NEONATOLOGICZNEGO**
• **SZPITALNEGO Oddziału RATUNKOWEGO.**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje zgodne z rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. (Dz.U. nr 30, poz. 300) oraz rozp. MZ z 17.05.2000 r. (Dz.U. nr 44, poz. 520). Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. (Dz.U. nr 115, poz. 749 z późniejszymi zmianami).

Oferty należy składać w kopercie z dopiskiem „Konkurs na Ordynatora Oddziału...”, podpisanej imieniem i nazwiskiem oraz adresem kandydata, w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **SPZZOZ, 26-900 Koźienice, Al. Gen. Sikorskiego 10**. O terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrekcja Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr. E. Warmińskiego w BYDGOSZCZY, ogłasza konkurs na stanowisko **Ordynatora Oddziału CHIRURGICZNEGO.**

Wymagane dokumenty: podanie, dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji zawodowych wymaganych do zajmowania stanowiska ordynatora (dyplom, zaświadczenie o specjalizacji II° w zakresie chirurgii, dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu), zaświadczenie o co najmniej 8-letnim stażu pracy, opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej, opinia o pracy zawodowej z okresu ostatnich 3 lat, co najmniej 2 opinie o kwalifikacjach kandydata, w tym opinia konsultanta wojewódzkiego, oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe.

Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów, w zamkniętej kopercie, z imieniem, nazwiskiem i adresem nadawcy, określonych w § 11, ust. 1 rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. (Dz.U. nr 115, poz. 749), pod adresem: **Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. E. Warmińskiego w Bydgoszczy, ul. Szpitalna 19**, z adnotacją na kopercie „Konkurs na Ordynatora Oddziału Chirurgicznego”. Kwalifikacje kandydata określa rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. (Dz.U. nr 30, poz. 300). Oferty prosimy składać w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia o konkursie. Przewidywany termin rozpatrzenia wniosków 30 dni. *Dyrekcja nie zapewnia mieszkania ordynatorowi.*

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w KRAŚNIKU, w porozumieniu z Izbą Lekarską, ogłasza ponownie konkurs na stanowisko Ordynatora SZPITALNEGO Oddziału RATUNKOWEGO Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku.

Kandydaci przystępujący do konkursu powinni spełniać warunki określone w rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 30, poz. 300). Od kandydatów przystępujących do konkursu wymagana jest specjalizacja z medycyny ratunkowej.

Kandydaci na ww. stanowiska proszeni są o składanie dokumentów określonych w rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. (Dz.U. nr 115, poz. 749, § 11) oraz ankiety dotyczącej przebiegu pracy zawodowej i oświadczenia o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe, ponadto kandydaci przystępujący do konkursu składają jedną z wymaganych opinii, opinię wydaną przez konsultanta wojewódzkiego, w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia, pod adresem: **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Chopina 13, 23-200 Kraśnik**, z dopiskiem na kopercie „Konkurs na stanowisko Ordynatora Szpitalnego Oddziału Ratunkowego” oraz z podaniem swojego nazwiska, imienia i adresu korespondencyjnego. Ankietę o przebiegu pracy zawodowej kandydata można otrzymać w Dziale Kadr. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni pisemnie.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w GŁOWNIE ogłasza konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału CHORÓB WEWNĘTRZNYCH Szpitala Miejskiego w Głownie.

Kandydaci powinni spełniać wymogi określone w rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 30, poz. 300).

Oferty wraz z dokumentami określonymi w rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz.U. nr 115, poz. 749) należy składać w ciągu 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, 95-015 Głowno, ul. Kościuszki 33/35**, z dopiskiem „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych”. Przewidywany termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur nastąpi w terminie 30 dni od daty zakończenia przyjmowania ofert. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w SIERADZU przy ul. Armii Krajowej 7, ogłasza konkurs na niżej wymienione stanowiska:

- **Ordynatora Oddziału REHABILITACYJNEGO,**
- **Ordynatora Oddziału REUMATOLOGICZNEGO,**
- **Ordynatora Oddziału NOWORODKOWEGO.**

Kandydaci spełniający wymagania kwalifikacyjne określone w rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 30, poz. 300) proszeni są o składanie dokumentów określonych w § 11 rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz.U. nr 115, poz. 749 z późn. zm.).

Oferty w zamkniętych kopertach (z imieniem i nazwiskiem oraz adresem) należy w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia kierować pod adres: **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego, 98-200 Sieradz, ul. Armii Krajowej 7**, z adnotacją na kopercie „Konkurs” oraz informacją jakiego stanowiska dotyczy oferta. Przewidywany termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur – czerwiec 2004 r. O posiedzeniu komisji konkursowej kandydaci zostaną powiadomieni pisemnie.

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w AUGUSTOWIE, w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w BIALYMSTOKU, ogłasza konkurs na stanowiska:

- **Ordynatora Oddziału CHIRURGICZNEGO,**
- **Ordynatora Oddziału DZIECIĘCEGO,**
- **Ordynatora SZPITALNEGO Oddziału RATUNKOWEGO i OGÓLNEJ IZBY PRZYJĘĆ.**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje zgodne z rozp. MZiOS z 29 marca 1999 r. (Dz.U. nr 30, poz. 300). Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych w rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. (Dz.U. nr 115, poz. 749 z póź. zm.).

Oferty należy składać w zaklejonej kopercie, z dopiskiem „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału...”, podpisanej imieniem i nazwiskiem oraz adresem kandydata, w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów**. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. *Mieszkania nie zapewniamy.*

Dyrekcja Szpitala Powiatowego im. dr. Aleksandra Majkowskiego z siedzibą w KARTUZACH, przy ul. Ceynowy 7 ogłasza konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNEGO.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu proszeni są o złożenie dokumentów zgodnie z rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. (Dz.U. nr 115, poz. 749 z późn. zmianami) w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu. Kandydaci powinni posiadać kwalifikacje zgodne z rozp. MZ z 17.05.2000 r. (Dz.U. nr 44, poz. 520) w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju.

Oferty na konkurs prosimy kierować pod adresem: **Szpital Powiatowy im. dr. Aleksandra Majkowskiego, ul. Ceynowy 7, 83-300 Kartuzy**, w zamkniętych kopertach, z adnotacją „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Położniczo-Ginekologicznego”, z podaniem nazwiska i adresu do korespondencji, w ciągu 30 dni licząc od daty ukazania się ogłoszenia. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrektor Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. dr. Józefa Psarskiego w OSTROŁĘCE, w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie, ogłasza konkurs na stanowiska Ordynatora:

- **Oddziału URAZOWO-ORTOPEDYCZNEGO,**
- **Oddziału NEUROLOGICZNEGO,**
- **Oddziału ANESTEZJOLOGII i INTENSYWNEJ TERAPII.**

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje zgodne z rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. (Dz.U. nr 30, poz. 300), tj.: specjalizację II° z odpowiedniej dziedziny, tj. ortopedii i traumatologii, neurologii, anestezjologii i intensywnej terapii oraz minimum 8 lat pracy w zawodzie. Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych w rozp. MZiOS z 19 sierpnia 1998 r. (Dz.U. nr 115, poz. 749 i Dz.U. nr 45, poz. 530 z 30 maja 2000 r.), tj.: podanie, odpis dyplomu, przebieg pracy zawodowej, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje, stopnie i tytuły naukowe, publikacje, dwie opinie o kwalifikacjach zawodowych oraz opinia z ostatnich 3 lat pracy lub świadectwo pracy zawodowej z okresu ostatnich 3 lat (w razie gdy stosunek pracy ustał lub został rozwiązany) i oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe.

Dokumenty należy składać w kopercie podpisanej imieniem, nazwiskiem oraz adresem, w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce, ul. Jana Pawła II 120 A, 07-410 Ostrołęka**. O terminie posiedzenia komisji konkursowej kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrektor Szpitala Specjalistycznego w PRABUTACH, woj. POMORSKIE ogłasza ponownie konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ.

Kandydaci powinni posiadać: tytuł specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej lub kardiologii lub chorób wewnętrznych oraz spełniać wymogi określone rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 30, poz. 300) oraz rozp. MZ z 17.05.2000 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz.U. nr 44, poz. 520).

Oferty wraz z dokumentami określonymi rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 115, poz. 749 z późn. zmian., Dz.U. nr 45, poz. 530 z 2000 r.) należy składać w ciągu 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia, pod adresem: **Dyrektor Szpitala Specjalistycznego w Prabutach, 82-550 Prabuty, ul. Kuracyjna 30**, z adnotacją „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej”. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. Przewidywany termin rozstrzygnięcia konkursu do 30 dni od daty zakończenia składania ofert.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w PAJĘCZNIE, w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w ŁODZI, ogłasza konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału CHORÓB WEWNĘTRZNYCH.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu proszeni są o składanie dokumentów określonych w § 11, ust. 1 rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz.U. nr 115, poz. 749 z późn. zm.). Wymagane kwalifikacje zgodne z rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 30, poz. 300).

Oferty prosimy składać w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, w zamkniętej kopercie podpisanej imieniem i nazwiskiem oraz adresem (z dopiskiem „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych) pod adresem: **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Pajęcznie, ul. 1-go Maja 13/15, 98-330 Pajęczno**. O terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. *W miarę potrzeby zapewniamy mieszkanie.*

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w NISKU, ogłasza ponownie konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału CHIRURGICZNEGO z BLOKIEM OPERACYJNYM Szpitala Powiatowego im. PCK w Nisku.

Kandydaci powinni spełnić wymogi określone w rozp. MZiOS z 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 30, poz. 300) oraz rozp. MZ z 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz.U. nr 44, poz. 520).

Oferty wraz z dokumentami określonymi w rozp. MZiOS z 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej... (Dz.U. nr 115, poz. 749 z późn. zmianami; ostatnia zmiana Dz.U. nr 45, poz. 530 z 2000 r.) należy składać w ciągu 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku, 37-400 Nisko, ul. Kościuszki 1**, z adnotacją „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Chirurgicznego z Blokiem Operacyjnym”. Rozpatrzenie zgłoszonych kandydatur nastąpi w ciągu 60 dni od upływu terminu składania wymaganych dokumentów.

Dyrektor Szpitala Rehabilitacyjno-Leczniczego dla Dzieci i Młodzieży w OSIECZNEJ ogłasza konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału REHABILITACYJNO-PEDIATRYCZNEGO.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje zgodne z rozp. MZiOS z 29.03.1998 r. (Dz.U. nr 30, poz. 300), tj.: specjalizację II stopnia z rehabilitacji medycznej. Kandydaci proszeni są o składanie dokumentów wyszczególnionych w rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. (Dz.U. nr 749 ze zmianami z 30.05.2000 r. Dz.U. nr 45, poz. 530), w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia o konkursach w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Szpital Rehabilitacyjno-Leczniczy dla Dzieci i Młodzieży, 64-113 Osieczna, ul. Zamkowa 2**, z adnotacją na kopercie „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Rehabilitacyjno-Pediatrycznego”. Na kopercie kandydat umieszcza swoje imię, nazwisko i adres. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. *Mieszkania nie zapewniamy.*

Dyrektor Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokolowskiego –ZŁOTÓW, woj. WIELKOPOLSKIE ogłasza konkurs na stanowiska:

- **Ordynatora Oddziału CHIRURGICZNEGO,**
- **Ordynatora Oddziału WEWNĘTRZNEGO.**

O stanowisko ordynatora mogą ubiegać się kandydaci spełniający wymogi kwalifikacyjne określone w rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 30, poz. 300).

Kandydaci zgodnie z rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. (Dz.U. nr 115, poz. 749 oraz z 2000 r. nr 45, poz. 530) zobowiązani są do złożenia dokumentów: podanie o przyjęcie na stanowisko objęte konkursem, dokumenty stwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania stanowiska ordynatora, w tym prawo wykonywania zawodu – w oryginałach lub kopie uwierzytelnione notarialnie lub przez właściwą okręgową izbę lekarską albo przez osobę upoważnioną przez kierownika zakładu ogłaszającego konkurs do przyjmowania dokumentów, opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej, świadectwo pracy z okresu ostatnich 3 lat, w razie gdy stosunek pracy ustał lub został rozwiązany i dodatkowo co najmniej dwie opinie świadczące o kwalifikacjach zawodowych kandydata, ewentualnie inne dokumenty, a w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje kandydata.

Oferty wraz z wyżej wymienionymi dokumentami prosimy składać w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia, pod adresem: **Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokolowskiego – Złotów, ul. Szpitalna 28, 77-400 Złotów**, z adnotacją na kopercie „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału...”

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej św. Anny w WARSZAWIE, w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie, ogłasza konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału CHIRURGII OGÓLNEJ i NACZYŃ w Warszawie, ul. Barska 16/20.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać: kwalifikacje zgodne z rozp. MZiOS z 29 marca 1999 r. (Dz.U. nr 30, poz. 300, tj. specjalizację II° z chirurgii oraz minimum 8 lat pracy w zawodzie. Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych rozp. MZiOS z 19 sierpnia 1998 r. (Dz.U. nr 115, poz. 749 i Dz.U. nr 45, poz. 530 z 30 maja 2000r.), tj. podanie, odpis dyplomu, przebieg pracy zawodowej, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje, stopnie i tytuły naukowe, publikacje, dwie opinie o kwalifikacjach zawodowych oraz opinie z ostatnich 3 lat pracy lub świadectwo pracy zawodowej z ostatnich 3 lat (w razie gdy stosunek pracy ustał lub został rozwiązany) i oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe.

Dokumenty należy składać w kopercie podpisanej imieniem, nazwiskiem oraz adresem, w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Barska 16/20, 02-315 Warszawa**. O terminie posiedzenia komisji konkursowej kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w ŚWIECIU n/W ogłasza konkurs na stanowiska:
• Ordynatora Oddziału DZIECIĘCEGO,
• Ordynatora Oddziału GRUŻLICY i CHORÓB PŁUC,
• Ordynatora Oddziału CHIRURGICZNEGO,
• Ordynatora Oddziału GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO.

Wymagane dokumenty: podanie, dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji zawodowych wymaganych do zajmowania stanowiska ordynatora (dyplom, zaświadczenie o specjalizacji II° w odpowiedniej dziedzinie medycyny, dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu), zaświadczenie o co najmniej 8-letnim stażu pracy, opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej, opinia o pracy zawodowej z okresu ostatnich 3 lat, co najmniej 2 opinie o kwalifikacjach kandydata, w tym opinia konsultanta wojewódzkiego, oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe.

Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów, w zamkniętej kopercie, z imieniem, nazwiskiem i adresem nadawcy, określonych w § 11, ust. 1 rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. (Dz.U. nr 115, poz. 749), pod adresem: **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Wojska Polskiego 126, 86-100 Świecie n/W**, „Konkurs na Ordynatora Oddziału...”. Kwalifikacje kandydata określa rozp. MZ z 17.05.2000 r. (Dz.U. nr 44, poz. 520). Oferty prosimy składać w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia o konkursie. Przewidywany termin rozpatrzenia wniosków 30 dni. *Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Świeciu n/W nie zapewnia mieszkania ordynatorowi.*

W „GL” nr 4/2004 na str. 51 z winy redakcji ukazała się błędna wersja ogłoszenia o konkursie na stanowisko Ordynatora Oddziału Chirurgicznego SZPZOZ Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim.

Poniżej prawidłowa treść ogłoszenia:

Dyrektor Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Szpital Zachodni w GRODZISKU MAZOWIECKIM, w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w WARSZAWIE, ogłasza konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału CHIRURGICZNEGO

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje zgodne z rozp. MZiOS z 29 marca 1999 r. (Dz. U. nr 30, poz. 300) oraz rozp. MZ z 17.05.2000 r. (Dz. U. nr 44, poz. 520), tj. specjalizację II° w danej dziedzinie medycyny oraz minimum 8 lat pracy w zawodzie. Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych rozp. MZiOS z 19 sierpnia 1998 r. (Dz. U. nr 115, poz. 749) i Dz. U. nr 45, poz. 530 z 30 maja 2000 r., tj.: podanie, odpis dyplomu, przebieg pracy zawodowej, prawo wykonywania zawodu, specjalizację, stopnie i tytuły naukowe, publikacje, dwie opinie o kwalifikacjach zawodowych oraz opinię z ostatnich 3 lat pracy lub świadectwo pracy zawodowej z okresu ostatnich 3 lat (w razie gdy stosunek pracy ustał lub został rozwiązany), i oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe.

Dokumenty należy składać w kopercie podpisanej imieniem, nazwiskiem oraz adresem, w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Szpital Zachodni, 05-825 Grodzisk Mazowiecki, ul. Daleka 11**, z dopiskiem „Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Chirurgicznego”. O terminie posiedzenia komisji konkursowej kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. Przewidywany termin rozstrzygnięcia konkursu lipiec/wrzesień 2004 r.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w PRZYSUSZE, w porozumieniu z OIL w WARSZAWIE, ogłasza konkurs na stanowiska:
• Ordynatora Oddziału GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO,
• Ordynatora Oddziału NEUROLOGICZNEGO w Przysusze.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje zgodne z rozp. MZiOS z 29 marca 1999 r. (Dz.U. nr 30, poz. 300), tj.: specjalizację II° z ginekologii i położnictwa, specjalizację II° z neurologii oraz minimum 8 lat pracy w zawodzie. Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych rozp. MZiOS z 19 sierpnia 1998 r. (Dz.U. nr 115, poz. 749) i Dz.U. nr 45, poz. 530 z 30 maja 2000 r., tj.: podanie, odpis dyplomu, przebieg pracy zawodowej, prawo wykonywania zawodu, specjalizację, stopnie i tytuły naukowe, publikacje, dwie opinie o kwalifikacjach zawodowych oraz opinia z ostatnich 3 lat pracy lub świadectwo pracy zawodowej z ostatnich 3 lat (w razie gdy stosunek pracy ustał lub został rozwiązany) i oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe.

Dokumenty należy składać w kopercie podpisanej imieniem, nazwiskiem oraz adresem, w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przysusze, ul. Paryżantów 8, 26-400 Przysucha**, z dopiskiem „Konkurs na Ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego” lub „Konkurs na Ordynatora Oddziału Neurologicznego”. O terminie posiedzeń komisji konkursowych kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrekcja SPZZOZ „Zagórze” w SOSNOWCU, w porozumieniu ze Śląską Izbą Lekarską w KATOWICACH, ogłasza konkurs na stanowiska:
• Ordynatora Oddziału CHIRURGII OGÓLNEJ,
• Ordynatora Oddziału REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni spełniać wymogi określone w rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. (Dz.U. nr 30, poz. 300) oraz złożyć dokumenty określone w rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. w sprawie szczególnych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 115, poz. 749 z późniejszymi zmianami).

Oferty z dokumentami prosimy składać w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia o konkursie, pod adresem: **SPZZOZ „Zagórze” w Sosnowcu, ul. Szpitalna 1, 41-219 Sosnowiec**, z dopiskiem „Konkurs na stanowisko...”. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie. Prosimy o podanie adresu zwrotnego.

Konkursy różne

Zarząd Powiatu Grodzkiego ogłasza konkurs na stanowisko Zastępcy dyrektora ds. Medycznych w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej „Szpital Zachodni” w GRODZISKU MAZOWIECKIM

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje określone w rozp. MZiOS z 29.03.1999 r. (Dz. U. Nr 30, poz. 300). Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych w rozp. MZiOS z 19.08.1998 r. (Dz. U. Nr 115, poz. 749 z późniejszymi zmianami).

Oferty należy składać w zaklejonej kopercie, z dopiskiem „Konkurs na stanowisko...”, podpisanej imieniem i nazwiskiem oraz adresem kandydata, w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej”, pod adresem: **Starostwo Powiatu Grodzkiego, ul. Kościuszki 30, 05-825 Grodzisk Maz.** O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrektor Instytutu Matki i Dziecka w WARSZAWIE ogłasza ogólnopolski konkurs na obsadę stanowiska KIEROWNIKA Zakładu FARMAKOLOGII, OCENY RECEPTUR i BADAŃ APLIKACYJNYCH.

O stanowisko to mogą ubiegać się kandydaci – samodzielni pracownicy nauki, którzy posiadają: znaczny dorobek naukowy w zakresie odpowiedniej dyscypliny nauki, właściwe kwalifikacje zawodowe w zakresie wymaganej specjalności, umiejętność kierowania ww. jednostką, doświadczenie dydaktyczne.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu proszeni są o przesłanie w 2 egzemplarzach następujących dokumentów: 1. podania o przystąpienie do konkursu, 2. deklaracji wyboru IMiDz w Warszawie jako podstawowego miejsca zatrudnienia w przypadku wygrania konkursu, 3. życiorysu z uwzględnieniem pracy zawodowej, naukowej i działalności w zakresie kształcenia młodej kadry naukowej, 4. wykazu osiągnięć w pracy naukowo-badawczej (spisu publikacji), 5. dokumentu stwierdzającego posiadanie stopnia naukowego względnie tytułu naukowego i odpowiedniej specjalizacji, 6. oświadczenia o niekaralności.

Oferty prosimy składać w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia, na adres: **Instytut Matki i Dziecka, Dział Spraw Pracowniczych, ul. M. Kasprzaka 17 a, 01-211 Warszawa**, tel. (0 prefiks 22) 632-12-81, 327-74-13, fax (0 prefiks 22) 327-74-22. *Instytut nie zapewnia mieszkania.*

Zatrudnię

• Klinika stomatologiczna w KOMOROWIE k. WARSZAWY zatrudni STOMATOLOGÓW. Nr telefonu (0-22) 758-00-02, tel. kom. 0508-222-170

• Dyrekcja Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w JAROCINIE zatrudni:
- **lekarza** na stanowisko Kierownika Działu Pomocy Doraźnej Przyjęć i Pogotowia Ratunkowego w Jarocinie, który docelowo zostanie przekształcony w Szpitalny Oddział Ratunkowy. Wymagane kwalifikacje: Lekarz posiadający II stopień specjalizacji w dziedzinie ANESTEZJOLOGII i INTENSYWNEJ TERAPII lub RATOWNICTWA MEDYCZNEGO, lub CHIRURGII OGÓLNEJ,
- **lekarza ANESTEZJOLOGA** z I lub II stopniem specjalizacji w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Powiatowego w Jarocinie.
Oferty pracy należy kierować na adres: **Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej, 63-200 Jarocin, ul. Szpitalna 1.**

• Poszukujemy STOMATOLOGA do pracy w ramach kontraktu lub praktyki prywatnej. *Dysponujemy gabinetem i mieszkaniem.* Tel./fax (0-44) 781-32-69, 0601-600-999.

• Zatrudnię **lekarza STOMATOLOGA** w CIESZYNIE na kontrakt NFZ oraz **stażystów** stomatologów z możliwością dalszego zatrudnienia. 0601-529-202

• Umożliwię podjęcie **samodzielnej praktyki STOMATOLOGICZNEJ** w czynnej poradni na URSYNOWIE w WARSZAWIE na zasadzie współpracy, tel. (0-22) 644-14-88

• Quintiles Poland sp. z o. o. zatrudni młodych **LEKARZY** na stanowisko **MONITORA BADAŃ KLINICZNYCH**. Od kandydatów wymagamy biegłej znajomości języka angielskiego i posiadania prawa jazdy. Zapewniamy stabilną pracę i atrakcyjny pakiet socjalny w międzynarodowej firmie organizującej badania kliniczne. Aplikacje w jęz. polskim i CV w jęz. angielskim prosimy przesłać na adres: **Quintiles Poland, Al. Jerozolimskie 214, 02-486 Warszawa, Attn: Luiza Skaradzińska**. Ref. CRA. Odpowiemy tylko na wybrane oferty.

• Zatrudnię **STOMATOLOGA, ENDOKRYNOLOGA, CHIRURGA, LARYNGOLOGA, ANESTEZJOLOGA, UROLOGA, GINEKOLOGA, NEUROLOGA, PEDIATRĘ, ŻYWIEC**, tel. 0502-657-700

• Dyrekcja Szpitala w ŁASKU, ul. Warszawska 62 zatrudni **lekarza NEUROLOGA**, tel. (0-43) 675-21-92

• **DOCTORS**, find out about working in **BRITAIN**, www.europeandoctors.co.uk

• **ALFA** – Lecznica Profesorsko-Ordynatorska przyjmie do współpracy – zatrudni **SPECJALISTÓW**, tel. (0-22) 826-46-94

• Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, 35-111 RZESZÓW, ul. Krakowska 16 zatrudni: **lekarza GINEKOLOGA** z II stopniem specjalizacji. Szczegółowe informacje można uzyskać pod nr. tel. (0-17) 853-27-70 lub osobiście w sekretariacie Zakładu.

• Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w ZAMOŚCIU, ul. Legionów 10, poszukuje lekarzy specjalistów w zakresie **CHIRURGII NACZYNIOWEJ** lub ze specjalizacją II stopnia w zakresie **CHIRURGII OGÓLNEJ** oraz doświadczeniem praktycznym w zakresie chirurgii naczyn. Telefon kontaktowy: (0-84) 677-35-80 lub 677-35-72

• Szpital Powiatowy w PYRZYCACH zatrudni lekarzy specjalistów: **CHIRURGÓW OGÓLNYCH, GINEKOLOGÓW, ANESTEZJOLOGÓW**. Bliższe informacje: tel. (0-91) 570-25-73 w. 216

• Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w DZIAŁDOWIE zatrudni **lekarza PSYCHIATRĘ** do pracy w Oddziale Psychiatrycznym i Poradni Zdrowia Psychicznego tutejszego Szpitala. Bliższe informacje: nr telefonu (0-23) 697-22-11 wew. 199 lub 679-25-94 albo na adres: **SPZOZ, 13-200 Działdowo, ul. Leśna 1.**

• Prywatny Ośrodek Detoksykacyjno-Terapeutyczny „**JANOCHY**” zatrudni **LEKARZY TERAPEUTÓW**, tel. (0-29) 767-19-61, www.detox.ostroleka.com.pl

• Dyrekcja Szpitala Wojewódzkiego im. św. Łukasza SP ZOZ w TARNOWIE, ul. Lwowska 178a zatrudni pilnie **lekarza** z II° specjalizacji z **MEDYCYNY NUKLEARNEJ**. Możliwość zawarcia indywidualnego kontraktu na świadczenia medyczne. Kontakt: **Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie, ul. Lwowska 178 a, 33-100 Tarnów**, tel. (0-14) 631-53-91, 631-52-04, fax (0-14) 621-25-81

• Szpital Specjalistyczny w **PRABUTACH**, woj. POMORSKIE zatrudni w Oddziale Rehabilitacji Medycznej **lekarza** specjalistę **REHABILITACJI MEDYCZNEJ, KARDIOLOGA i INTERNISTĘ**.

Możliwość zakwaterowania. Zainteresowanych prosimy o kontakt telefoniczny z dyrektorem szpitala, nr tel. **(0-55) 278-20-09 w. 445**.

• Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w **ZAMOŚCIU** zatrudni **lekarza** specjalistę z zakresu **NEUROCHIRURGII**.

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt telefoniczny **(0-84) 677-35-80** lub **677-35-92**

• Specjalista ortodonta nawiąże współpracę z **CHIRURGIEM PLASTYCZNYM – wady szczękowo-twarzowe**. Tel. **0603-052-412**

• NZOZ zatrudni **STOMATOLOGA** na **MAZOWSZU**, tel. **0602-155-044**

• Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w **PAJĘCZNIE** pilnie zatrudni: **lekarza INTERNISTĘ, OGÓLNEGO, RODZINNEGO** lub **lekarza po stażu**.

Warunki pracy i płacy do uzgodnienia w |Dyrekcji. Oferty składać pod adresem: **SP ZOZ Pajęczno, ul. 3 Maja 13/15, 98-330 Pajęczno**, tel. **(0-34) 311-16-63**

• Vision Express Polska Sp. z. o. o. zaprasza do współpracy **lekarzy OKULISTÓW** w salonach w **ELBLĄGU i PŁOCKU**. Oferujemy atrakcyjne warunki zatrudnienia i możliwość doskonalenia zawodowego, a lekarzom spoza Elbląga i Płocka *pomoc w dojazdach, zakwaterowaniu lub przeniesieniu*.

Zgłoszenia: Kierownik NZOZ lek. med. Przemysław Rudy, tel. **0608-207-888**, e-mail: **premislaw.rudy@visionexpress.pl** Dział Personalny Vision Express Polska, 02-474 Warszawa, ul. Łopuszańska 117/123

• Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” zatrudni: **lekarza** ze specjalizacją z **AUDIOLOGII**.

Kandydaci zgłaszający się do pracy na proponowanym stanowisku powinni spełniać wymagania formalne, o których mowa w rozp. MZiOS z 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1999 r. nr 30, poz. 300).

Oferty zawierające list motywacyjny, życiorys zawodowy z załączonymi kopiami świadectw pracy, dokumentami potwierdzającymi posiadanie kwalifikacji zawodowych, odbycie kursów lub szkoleń prosimy kierować na adres: **Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, 04-730 WARSZAWA, Al. Dzieci Polskich 20, Sekcja kadr**, tel. **(0-22) 815-16-07**

• SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w **GLUCHOŁAZACH** zatrudni **specjalistę KARDIOLOGA**.

Możliwość otrzymania mieszkania. Blizsze informacje – nr telefonu **(0-77) 408-02-84, (0-77) 408-02-00** lub adres: **SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA Glucholazy, ul. Karłowicza 40**

• **HISZPAŃSKIE Szpitale – Costa Brava** – poszukują **wykwalifikowanych lekarzy** z dobrą znajomością **języka hiszpańskiego** – nauka może być udostępniona. tel./fax **(0-22) 615-30-04**

• **PROTETYKA, PERIDENTOLOGA** lub **CHIRURGA** ze znajomością **technik odbudowy kości**, NZOZ w **WARSZAWIE**, (0-22) 618-61-70

• Instytut Matki i Dziecka w **WARSZAWIE** poszukuje do pracy na stanowiska **asystentów**:

- w **Klinice Chirurgii Dzieci i Młodzieży**:

1. **Lekarza** po studiach **medycznych i stomatologicznych** ze specjalizacją z **CHIRURGII SZCZĘKOWEJ** lub po tych obu kierunkach medycznych, chcącego specjalizować się w **chirurgii dziecięcej**.

2. **Specjalistę** w zakresie **ORTODONCJI** zainteresowanego pracą naukową.

- w **Zakładzie Diagnostyki Obrazowej**:

Lekarzy ze specjalizacją II° w zakresie **RADIOLOGII**.

Kandydat powinien spełniać następujące warunki: staż w **rtg, usg** i **TK**, doświadczenie w radiologii pediatrycznej, biegła znajomość języka angielskiego, umiejętność pracy w zespole, pozytywna opinia z poprzednich miejsc pracy, zainteresowanie pracą naukową.

Oferty prosimy składać na adres: **Instytut Matki i Dziecka, Dział Spraw Pracowniczych, ul. Kasprzaka 17 a, 01-211 Warszawa**. *Instytut nie zapewnia mieszkania.*

• **Szpitale NIEMIECKIE** zatrudnią **LEKARZY** polskich. Informacje oraz oferty: **IGA Consulting**, tel. **0608-484-895** lub e-mail: **igita@uoo.univ.szczecin.pl**

• Lesley Creasey would like to receive applications from anaesthetists who are interested in working in salaried situations in England. You should have a minimum of seven years’ anaesthetic experience with good English language skills. Please contact (**lesleycreasey@hotmail.com**) attaching your curriculum vitae. Your application will receive a personal response. Praca w **ANGLII** dla **ANESTEZJOLOGÓW**.

Kontakt Lesley Creasey.

• **Lekarze RODZINNI** na kontrakty do **IRLANDII** lub **WLK. BRYTANII**, tel./fax **(0-22) 826-89-19, 0601-949-511**

• NZOZ - Lubelskie Hospicjum dla Dzieci zatrudni **LEKARZA mieszkającego w Lublinie z prawem jazdy kat. B** do pracy na pełnym etacie.

Dokumenty: CV, list motywacyjny, kserokopie prawa wykonywania zawodu i posiadanych specjalizacji prosimy składać pod adresem: **LHD, ul. Hutnicza 20B, 20-218 Lublin**

Dodatkowe informacje pod nr tel.: **(0-81) 746-19-00**

• **Lekarza STOMATOLOGA** zatrudnię. Tel. **0509-020-408**

• NZOZ zatrudni **LEKARZA po stażu** w POZ, powiat **SUWAŃSKI**. *Mieszkanie zapewniamy*, tel. **(0-87) 642-40-01**

Oferty pracy

• **PEDIATRA** z II° specjalizacji poszukuje pracy w NZOZ w Warszawie i bliskich okolicach, tel. **(0-22) 672-91-37**

• **Lekarka** kończąca II° z **GINEKOLOGII** (staż 10 lat) szuka możliwości **doktoratu** i (lub) specjalizacji z **endokrynologii** lub **urologii** – najchętniej Polska Centralna, tel. **0609-661-916**

• **Lekarka** – 10 lat pracy w pracowni **ENDOSKOPOWEJ** (endoskopia, kolonoskopia, polipektomia) poszukuje pracy, tel. **0503-381-283**

• **ANESTEZJOLOG** (I°) poszukuje pracy w karetce „R” (dyżury całodobowe). Tel. **0503-515-854**

• **INTERNISTKA** poszukuje dodatkowej pracy w przychodni, na godziny, w Lublinie i okolicy. Tel. **0693-111-676**

• **STOMATOLOG** – wieloletnie doświadczenie zawodowe podejmie pracę na terenie Warszawy i okolic, tel. **0603-322-311**

• **LARYNGOLOG** I° szuka pracy z możliwością dalszej specjalizacji, tel. kontaktowy **0503-572-458**

• **Specjalista MEDYCZNY RODZINNEJ** przyjmie dyżury nocne, sobotnie i świąteczne na terenie Warszawy, tel. **0604-476-997**

• **LEKARKA** poszukuje pracy w POZ na terenie Torunia i okolic, tel. **0695-619-494**

• **STOMATOLOG** z długim stażem szuka pracy, woj. podkarpackie lub sąsiednie, tel. **0503-316-665**

• **Lekarka**, lat 54, **ANESTEZJOLOG**, szuka pracy, okolice Biłgoraja, tel. **(0-84) 686-04-34**

• **Mgr REHABILITACJI**, I stopień specjalizacji, poszukuje pracy w profesjonalnym zespole, tel. **0504-769-920**

Przystojny, lat 36, wysoki, 186 cm, dobrze sytuowany, materialnie niezależny, pozna lekarkę lub farmaceutkę do lat 33, ładną, zgrabną, uczciwą, poważnie myślącą o założeniu rodziny. Cel matrymonialny. Mile widziane zdjęcie. Adres do korespondencji: „Krzysztof”, skrytka pocztowa 170, 00-987 Warszawa IV

Wolny, bezdzietny, 46/180/75, wyższe medyczne, pozna bezdzietną, do 42 l., najchętniej z Warszawy lub okolic. Adres: First Step, 05-820 Piastów, ul. Żeromskiego 47A. Dla Pawła

Stomatolog, panna, lat 29, szczupła, niewysoka, o pogodnym usposobieniu, pozna mężczyznę z wyższym wykształceniem, w wieku 30-35 lat, bez zobowiązań, z optymistycznym nastawieniem do życia, najchętniej z Poznania lub okolic. Zdjęcia mile widziane (odwzajemnię się), e-mail: pigeonus@wp.pl

Lekarz pracujący i mieszkający na stałe w Szwajcarii, pozna panią do lat 35, bezdzietną, szczupłą, niepalącą, ceniącą wartości rodzinne. Dyskrecja i zwrot fotografii zapewnione. Kontakt proszę na adres: CH-9444 Diepoldsau, Steigstr. 1. Posfach 411, Szwajcaria LZ

Sympatyczna, pełna życiowego optymizmu 42-letnia Polka, lekarz, na stałe zamieszkała w Szwecji, pragnie poznać kulturalnego, odpowiedzialnego i uczciwego lekarza z drugim stopniem specjalizacji, zainteresowanego założeniem szczęśliwej rodziny, tel. komórkowy 0046-707-18-22-16 Anka, po godz. 18.00

Lekarka, panna, l. 35, 177/74, uczciwa, o milej aparycji, niezależna materialnie, pozna lekarza – kawalera, w wieku 32-42 lat, bez zobowiązań, o ciepłym usposobieniu, w celu matrymonialnym, z Lublina lub okolic.

Adres do korespondencji: Irena Grymulska, ul. Startowa 12/19, 20-352 Lublin

Ogłoszenia drobne

• Aparat USG – Toshiba 140-kolor, PW, CW – Doppler, Sector, Convex, linia, waginalna, tel. 0693-187-155

• ATL, Hitachi, Apogee, Toshiba, inne – USG – sondy – używane. Demo, mazmed@plocman.pl, 0693-187-155

• Do wynajęcia gabinetu lekarskie w Piasecznie k. Auchan, tel. 0601-535-822

• Do wynajęcia wyposażone gabinety lekarskie, Bytom, ul. Dworcowa, tel. 0501-796-644

• Gastrofibroskopy, kolonofibroskopy, bronchofibroskopy, duodenoskopy itp. endoskopy sztywne, endoinstrumenty, endoakcesoria, endomyjki, źródła światła. Serwis, komis i leasing. Artex, tel./fax (0-22) 758-21-50, 0501-277-612, www.endoartex.med.pl

• Kolposkopy, delibrylatory, fotele ginekologiczne, mikroskopy, elektrokoagulacje, 0602-774-361

• Kupię praktykę stomatologiczną w Trójmieście, tel. 0504-066-802

• Niepubliczny ZOZ sprzedam. Kontakt: kromtek@poczta.onet.pl

• Niepubliczny ZOZ w Centrum Warszawy wynajmie gabinety lekarskie również z zapleczem zabiegowym – nawiąże współpracę z lekarzami specjalistami II stopnia prowadzącymi indywidualną praktykę lekarską. Telefon 331-45-15

• Prywatny Oddział Psychiatryczny i Terapii Uzależnień – odtrucie, depresje, psychozy, nerwice, uzależnienia, psychoterapia (0-44) 635-63-03, www.wolmed.online.pl

• Sprzedam Bicom, tel. 0501-386-678

• Sprzedam lub wydzierżawię sprzęt anestezjologiczny (monitor, aparat): 0602-101-105

• Sprzedam mammograf GE (2001), tel. 0606-929-293

• Sprzedam Polomierz, tel. (0-58) 551-15-88

- Sprzedam unit stomatologiczny Stern-Weber, 0501-631-319
- Sprzedam USG Echson, głowice 3,5/5, 7,5, 6 MHz. Rok prod. 2000, tel. (0-22) 638-52-18, 0603-920-334
- Sprzedam USG Medison 600 linia 5 MHz, 0603-741-419
- Sprzedam w całości wyposażenie gabinetu stomatologicznego, stan idealny, cena atrakcyjna, tel. 0505-644-358
- Tanio sprzedam Autorefraktometr, Polomierz, Synoptofor, Tonometr, Dioptromierz, tel. (0-58) 559-22-28
- Unit Adec stan idealny, 0602-443-377
- Unit stomatologiczny, używany, sprzedam, tel. 0505-441-607
- USG – Hitachi-420, wybór sond, stan bardzo dobry, gwarancja, tel. 0693-187-155
- Videoprinter kolorowy, Sony, Mitsubishi, 0693-187-155

 **Praca dla Lekarzy Rodzinnych w Wielkiej Brytanii!**

Czy chcesz pracować w Wielkiej Brytanii?

Jezeli jesteś zainteresowany bardzo prosimy o REJESTRACJĘ na naszej stronie internetowej www.medicalprofessionals.co.uk lub kontakt e-mail na adres: agata@medicalprofessionals.pl

Prowadzimy aktywną rekrutację Lekarzy Rodzinnych z dobrą znajomością języka angielskiego do pracy w przychodniach na terenie Wielkiej Brytanii

www.medicalprofessionals.co.uk

abcMED Sp. z o.o. 30-133 Kraków, ul. Lea 114, telefon 012 636 89 54, fax 012 636 78 44
e-mail: abcmed@medinet.com.pl

SPIROMETR - przystawka do komputera
Jednorazowe akcesoria eliminujące ryzyko zakażeń drogą kropelkową

OFERTA SPECJALNA

Spirometr z dozymetrem dla lekarzy specjalistów

Indywidualne zestawy i urządzenia do inhalacji dla poradni, szpitali i pacjentów

Szkolenia w zakresie nowych procedur
PORADY LEKARSKIEJ
- wykonywanie badania spirometrycznego i próby rozkurczowej
- indywidualne dostosowanie metody leczenia aerozolami



mardor PRODUCENT EKSKLUZYWNEJ GALANTERII SKÓRZANEJ

SKÓRZANE TORBY I NESESERY LEKARSKIE

11 modeli

Pełna oferta na stronie: www.mardor.com.pl
Zainteresowanym wysyłamy bezpłatny katalog

83-400 Kościerzyna
ul. Mickiewicza 8
tel. (0-58) 686-24-24
tel. (0-601) 62-53-86
e-mail: mardor@post.pl

Realizujemy sprzedaż wysyłkową
- ceny brutto zawierają koszt wysyłki
- możliwość zwrotu w ciągu 7 dni
- udzielamy rocznej gwarancji
- wystawiamy faktury VAT



Witamy w Unii! Znają Państwo niemiecki?

Niemieckie szpitale poszukują pilnie lekarzy...

Coś dla Państwa? My pomożemy.

Bezpłatnie: informacje, kontakty z pracodawcą i załatwienie formalności niezbędnych do podjęcia pracy.
Kontakt również w języku polskim.

www.facharztagentur.de
janpiw@facharztagentur.de

Telefon: 0049 5 21 / 5 21 47 38
Fax: 0049 5 21 / 8 97 31 17
Postfach 101109 · 33511 Bielefeld

FAA
FachArzt Agentur GmbH

 **Praca dla Stomatologów w Wielkiej Brytanii!**
Czy chcesz pracować w UK?

Nasza firma oferuje zatrudnienie dla Lekarzy Stomatologów z dobrą znajomością angielskiego. Dzięki umowie z dużym pracodawcą angielskim zapewniamy:

- możliwość podjęcia pracy w 3 miesiące
- możliwość wyboru miejsca pracy na terenie całej Anglii
- bezpośrednie rozmowy rekrutacyjne z pracodawcą

już w maju i czerwcu 2004

www.medicalprofessionals.co.uk

22-25 września 2004 r., w Łodzi odbędzie się **XXVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Ftizjopneumonologicznego**
Zjazd odbędzie się z udziałem **Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce**

Dla lekarzy rodzinnych i pulmonologów Zjazd to okazja do wymiany poglądów i uzgodnienia zasad postępowania medycznego

Dodatkowe informacje i zgłoszenia:
Klinika Pneumonologii i Alergologii, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
ul. Kopcińskiego 22, 90-153 Łódź
tel. (42) 6787505, 6782129, 698650140 (24h),
fax (42) 6782129, 6501463 (24h)
oraz elektronicznie <http://www.ptf.cn.pl>, e-mail zjazd@ptf.cn.pl

Elektroniczne nadsyłanie abstraktów:
e-mail - rzym@binar.pl, <http://pluca.binar.pl>

Rezerwacja noclegów:
Międzynarodowe Targi Łódzkie, ul. Wólczańska 199, 90-531 Łódź,
tel. (42) 6362983, fax (42) 6372935, <http://www.ptf.cn.pl>, zjazd@ptf.cn.pl
Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
Prof. dr hab. n. med. Paweł Górski

PRACA W WIELKIEJ BRYTANII

Prowadzimy działalność rekrutacyjną wśród lekarzy wszystkich specjalności, stomatologów i pielęgniarek władających jęz. angielskim zainteresowanych wyjazdem na kontrakty do placówek medycznych w Wielkiej Brytanii.

SZCZEGÓLNIENIE POSZUKIWANI SPECJALIŚCI:

- ✓ ANESTEZJOLODZY
- ✓ HISTOPATOLODZY
- ✓ LEKARZE RODZINNI
- ✓ KARDIOLODZY
- ✓ RADIOLODZY
- ✓ NEUROLODZY

Wszystkich zainteresowanych prosimy o przesłanie w formie elektronicznej (e-mail, dyskietka, płyta CD) następujących dokumentów:

- ✓ CV w języku polskim i angielskim
- ✓ list motywacyjny w języku polskim i angielskim

INTERMEDICA Sp. z o.o.
ul. Szelałowska 29/3
61-626 Poznań
www.intermedica.pl
nr tel. 061 82 67 067, 82 67 069
e-mail: rekrutacja@intermedica.pl

Na CV niezbędne jest dopisanie następującej adnotacji:
Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej ofercie pracy niezbędnych dla realizacji procesu rekrutacji, przewidzianego obecnie lub w przyszłości przez brytyjskie placówki zdrowia.
(zgodnie z ustawą z dnia 1997.08.29 o ochronie danych osobowych [Dz.U. nr 133 poz. 683])

 Charter Health Recruitment

 **SZKOŁA GŁÓWNA HANDLOWA**
KATEDRA ZARZĄDZANIA W GOSPODARCE

prowadzi rekrutację na VII edycję

PODYPLOMOWEGO STUDIUM ZARZĄDZANIA ORGANIZACJAMI OCHRONY ZDROWIA

Program studium tworzy pięć bloków tematycznych:

- I. System ochrony zdrowia w Polsce
- II. Prawne problemy funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej
- III. Rynek usług medycznych
- IV. Organizacja i zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej
- V. Zarządzanie finansowe w zakładzie opieki zdrowotnej

Program obejmuje łącznie 176 godzin zajęć dydaktycznych.

Koszt studium: 7 400 zł (możliwość wpłaty w dwóch ratach).
W tej kwocie zapewniamy materiały dydaktyczne oraz książki.

Warunki przyjęcia: dyplom ukończenia uczelni wyższej, życiorys, dowód wpłaty, 2 zdjęcia, formularze zgłoszeniowe. Przewidywana wielkość grupy: 35 osób.

Początek zajęć: 14 października 2004 roku.

INFORMACJE I ZAPISY:
KATEDRA ZARZĄDZANIA W GOSPODARCE
ul. Małalińskiego 31/33, 02-544 Warszawa
telefaks: (022) 646 60 67, tel.: (022) 849 23 02 w. 500
(w godzinach 8:30-15:00)

Informacji udzielają panie Beata Chęłstowska i Bożena Andrejuk

www.sgh.waw.pl/podyplomowe/

Wybieracie się do Wlk. Brytanii?

Potrzebujecie pomocy kogoś, komu możecie zaufać!

Jesteśmy największą agencją pośredniczącą w organizacji pracy dla lekarzy w Wielkiej Brytanii, z ponad 2500 ofertami pracy tygodniowo:

- Długie i krótkie terminy kontraktów
- W całej Wielkiej Brytanii
- Dla lekarzy z różnym doświadczeniem zawodowym
- Wszystkie specjalizacje

Medacs – bezpieczny wybór dla lekarzy chcących pracować w Wielkiej Brytanii

brighter futures

 **medacs**

Head Office
The Old Surgery, 49 Otley Street,
Skipton, North Yorkshire YO23 1ET

Kontakt z nami:
Więcej informacji na naszej stronie internetowej www.medacs.com
Bezpłatna infolinia 00 800 44 123 95 Fax 00 44 1756796117 e-mail registration@medacs.com

Praca dla Lekarzy Specjalistów w Wielkiej Brytanii!

www.MedicalProfessionals.co.uk

Prowadzimy aktywną rekrutację lekarzy specjalistów w następujących dziedzinach medycyny:

Patomorfologia
Medycyna Ratunkowa
Anestezjologia i Intensywna Terapia
Psychiatria
Pediatria
Okulistyka
Radiologia

Jeżeli jesteś zainteresowany bardzo prosimy o REJESTRACJĘ na naszej stronie internetowej
www.medicalprofessionals.co.uk
lub kontakt e-mail na adres:
agata@medicalprofessionals.pl

www.medicalprofessionals.co.uk

**NOWA FIRMA
NOWA JAKOŚĆ
NOWA CENA...**

polrentgen

Polrentgen Sp. z o.o.
Al. K.E.N. 96/187, 02-777 Warszawa
tel./fax: (22) 855 52 60, tel. kom. (0) 601 801 913
e-mail: polrentgen@polrentgen.pl
www.polrentgen.pl

HONDA HS-4000
HONDA HS-1800
HONDA HS-2000

**PRAKTYKA LEKARSKA W LONDYNIE
ZATRUDNI LEKARKĘ RODZINNĄ.**

WYMAGANA BARDZO DOBRA ZNAJOMOŚĆ
JĘZYKA ANGIELSKIEGO ORAZ PEŁNA AKREDYTACJA,
WŁĄCZAJĄC JCPTGP (www.jcptgp.org.uk).

PODANIA W JĘZYKU ANGIELSKIM PROSIMY KIEROWAĆ NA ADRES:
CHISWICK FAMILY PRACTICE
89 SOUTHFIELD ROAD, LONDON W4 1BB
FAX. 0044 208 747 8968, E-MAIL: GloriaMoore@gp-E85075.nhs.uk

PRACA W ANGLII

Poszukujemy specjalistów w dziedzinie
**anestezjologii, pediatrii, medycyny rodzinnej,
ginekologii, radiologii i psychiatrii.**

Oferujemy lekarzom długoterminowe i krótkoterminowe kontrakty na terenie Wielkiej Brytanii, począwszy od czerwca.

Służymy pomocą w procesie rejestracji, wprowadzenia oraz wszelkich z tym związanych sprawach.

Zgłoszenia – CV oraz list motywacyjny – na adres e-mailowy lub kontakt telefoniczny:
Dr Winfried Brenneis, Medical Transfer Services (MTS)
71 Cavendish Avenue, Cambridge CB1 7UR
info@doctorsgouk.com +44 1223 474365

**ANGIELSKI W ANGLII
DLA LEKARZY i PERSONELU MED.**

SPECJALISTYCZNE KURSY W RENOMOWANYCH SZKOŁACH

Dostosuj swój język do angielskich standardów
pracuj bezstresowo !!!

vide nowości

www.efy.pl e-mail: info@efy.pl tel/fax: 22 734 41 00

Optyczny sprzęt diagnostyczny HEINE OPTOTECHNIK

- DERMATOSKOPY
- LUSTERKA
- OTOSKOPY
- OFTALMOSKOPY
- PROKTOSKOPY
- LAMPY
- OŚWIETLACZE



**Od 1 maja 2004 roku:
VAT 7% zamiast 22%**

Najwyższa jakość, wybór modeli i zestawów, przystępna cena

- LUPY OKULAROWE
W DUŻYM WYBORZE
- NOWY MODEL LUPY
DLA STOMATOLOGÓW



Autoryzowany dystrybutor od 1990 r. **PLUS ULTRA:** ul. Na Szańcach 22, 61-663 Poznań
tel./fax (061) 820 38 98, tel. (061) 826 76 66 • **www.plusultra.pl** • info@plusultra.pl

PROMOCJA

ultrasonografy

ELPOL

TESON

ELPOL Sp. z o.o.
Ośrodek Techniki Ultradźwiękowej TESON
24-100 PUŁAWY, ul. Dąbrowska 4
Dział Handlowy
tel./fax (0-81) 888-23-49, 887-70-76 www. 31, 32
e-mail: info@teson.com.pl www.teson.com.pl

**Praca dla STOMATOLOGA w malowniczych miejscowościach
południowo-zachodniej ANGLII!**

Już od maja 2004 polscy lekarze stomatolodzy mogą podjąć legalną pracę w Wielkiej Brytanii. Renomowane kliniki dysponują wolnymi miejscami pracy dla **chirurgów stomatologów**. Nasze kliniki są w pełni skomputeryzowane, posiadają profesjonalne wyposażenie, zapewniają komfortowe warunki pracy, a także przyjazną, wykwalifikowaną kadrę pomocniczą. Standardowe zarobki roczne sięgają kwot powyżej 60 000 GBP. Ubiegający się o pracę powinni legitymować się dobrą znajomością języka angielskiego oraz posiadać odpowiedni staż pracy. Prosimy o kontakt pod numer telefonu: **00 44 1249 650304** lub e-mail: **dentalposts@dia1.pipex.com**

**HIT
CENOWY**

**ultrasonografy
SIEMENS ACUSON
serwisgłowic**

medman

www.medman.pl 40-027 katowice ul. francuska 29
tel 032/ 209 09 84 fax 253 02 32 sms 601 40 40 47

Wielka Brytania - Praca dla lekarzy wszystkich specjalności.

lekarzy rodzinnych, anestezjologów, ortopedów, ginekologów, kardiologów, psychiatrów, chirurgów, histopatologów, stomatologów i innych.

Kolejne indywidualne rozmowy kwalifikacyjne z przedstawicielami angielskiej agencji rekrutacyjnej Bluecare i brytyjskich szpitali:
CZERWIEC 2004 - WARSZAWA

Wymagania:
specjalizacja II stopnia
dobra znajomość języka angielskiego

Proponujemy również pracę w szpitalach w Dubaju, Omanie, Katarze, Arabii Saudyjskiej

Kontynuujemy rekrutację lekarzy stomatologów i pielęgniarek

Tel.: +48 42 677 55 52/53 Fax: +48 42 677 55 02
Tel. kom.: 604 05 77 10
e-mail: info@imsr.pl || ims@pai.net.pl
www.imsrecruitment.com

Praca dla lekarzy w trakcie specjalizacji i lekarzy specjalistów

Czy chcesz pracować w UK?

Poszukujemy lekarzy z dobrą znajomością języka angielskiego do pracy w szpitalach w Wielkiej Brytanii. Oferujemy możliwość rozpoczęcia pracy już od września, w systemie kontraktów czasowych do dwóch lat.

Aktualnie posiadamy oferty dla lekarzy na następujących stanowiskach:
Senior House Officer (SHO)- lekarz posiadający co najmniej 2 lata stażu w danej dziedzinie medycyny.
Specialist Registrars (SPR)- lekarz posiadający co najmniej 5 lat stażu w danej dziedzinie medycyny.
Lekarze, którzy ukończyli specjalizację w ostatnim okresie mogą także składać aplikacje. Praca na stanowisku SPR może przyspieszyć uzyskanie tytułu konsultanta.

Nasza oferta dotyczy następujących dziedzin medycyny: Internia, Pediatria, Chirurgia Ogólna i Naczyniowa, Anestezjologia i Intensywna Terapia, Ginekologia i Położnictwo, Ortopedia, Urologia, Medycyna Ratunkowa,.....

Jeżeli jesteś zainteresowany bardzo prosimy o REJESTRACJĘ na naszej stronie internetowej
www.medicalprofessionals.co.uk

MEF

SPIROMETRY

Polski producent **RHINOMANOMETRY**

PULSOKSYMETRY

INHALATORY KOMPRESOROWE
SZKOLENIA SPIROMETRYCZNE

MARKA ZNANA NA ŚWIECIE OD 11 LAT

MES Sp. z o.o. • 30-390 Kraków • ul. Zawila 56 • e-mail: mes@mes.com.pl
tel./fax (012) 269 02 09, 263 77 67, 262 01 66, 262 01 71 • www.mes.com.pl

Ogólna praktyka lekarska (Niedersachsen)

Solidna, wiejska praktyka lekarska z szerokim spektrum świadczeń ogólnych i usług dodatkowych, np. w zakresie akupunktury i medycyny naturalnej. Dużą część pacjentów stanowią dzieci. Poszukujemy do długofalowej współpracy

lekarza (k) medycyny ogólnej

osoby miłej, zaangażowanej i niezawodnej. Możliwe jest przejęcie praktyki w przyszłości. Pożądana jest znajomość sonografii, elektrokardiografii, małej chirurgii i pediatrii. Dobra znajomość języka niemieckiego w mowie i piśmie jest nieodzowna.

Prosimy o podjęcie kontaktu z naszym doradcą
Dr. Tadeusz Borzych, Tel. Nr. 0049-2159-813 95
lub mailto: info@dr-borzych-consulting.de

Adres pocztowy:



DR. BORZYCH CONSULTING e. K., Postfach 4140
D - 40654 Meerbusch, Niemcy.
www.dr-borzych-consulting.de



Wydawca: Naczelna Rada Lekarska
Dla członków izb lekarskich bezpłatnie
Nakład 143 tys. egz.

Redaktor naczelny:
Marek Stankiewicz
tel. 0-602-756-226
Zastępca redaktora naczelnego
Jerzy Wunderlich
e-mail: j.wunderlich@hipokrates.org

Sekretarz redakcji:
Urszula Bąkowska
e-mail: u.bakowska@hipokrates.org
Publicystka:
Grażyna Ciechomska
e-mail: g.ciechomska@hipokrates.org
Redaktor techniczno-graficzny:
Jan Wierucki
e-mail: j.wierucki@hipokrates.org
tel. redakcji: (0-22) 851-71-37,
851-51-15 wew. 342

Reklama i marketing:
Anna Kamińska
tel. (0-22) 851-51-15 wew. 308, 0-604-505-177
e-mail: marketing@hipokrates.org
Sekretariat:
Renata Klimkowska
tel. (0-22) 851-51-15 wew. 307, 851-71-38
e-mail: r.klimkowska@hipokrates.org
Dział ogłoszeń:
tel. (22) 851-51-15 wew. 307, 851-71-38
fax 851-71-39

Redaktor naczelny Biuletynu NRL
Krzysztof Makuch

Stale współpracują:
Jerzy Bądowski (Olsztyn)
Andrzej Dankowski (USA)
Marta Dąbrowska (Warszawa)
Małgorzata Gnyś (Lublin)
Jarosław Kosiaty (Warszawa)
Iwona Raszke-Rostkowska (Warszawa)
Zbigniew Szczepański (Niemcy)
Tadeusz Zielonka (Warszawa)

Adres redakcji:
00-764 Warszawa, ul. Sobieskiego 110

Nasz adres w INTERNECIE:
www.gazetalekarska.pl
e-mail: lekarska@gazeta.pl

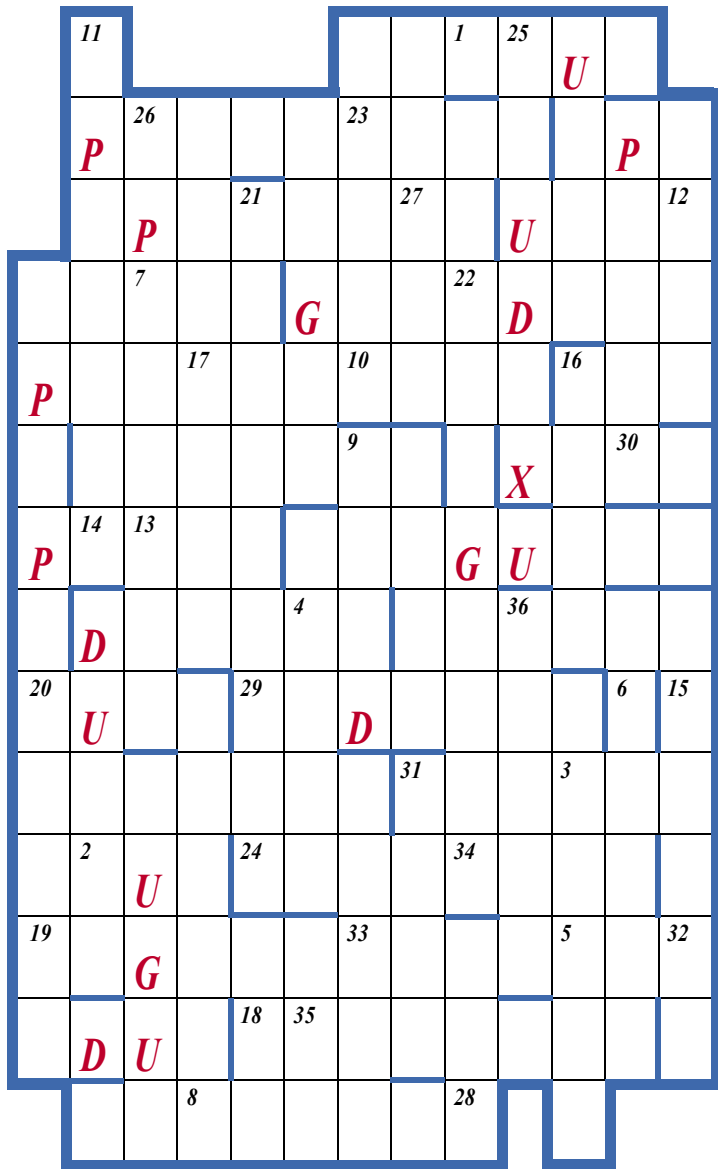
Konto: Naczelna Izba Lekarska
Bank PKO SA VII O/Warszawa
47124011091111000005162660
NIP 522-000-23-28

Skład i łamanie własne
Druk: Elanders Polska Sp. z o.o.
Płońsk, ul. Mazowiecka 2
tel. (0-23) 662-23-16,
e-mail: elanders@elanders.pl

Materiałów nie zamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam – ogłoszeń.

Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na dyskiecie 3,5", w edytorze pracującym w środowisku Windows z zaznaczeniem jego nazwy.

fot. na okładce Marek Stankiewicz



Jolka (91) lekarska

Objaśnienia 54 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery D, G, P, U, i X. Na ponumerowanych polach ukryto 36 liter hasła, które należy przesłać na karcie pocztowej do 10 czerwca 2004 r. na adres redakcji. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy książki (prosimy o podanie specjalizacji).

- kraj profesora Barnarda; • syn Piasta i Rzepichy; • lekarz, medyk; • towarzysz Aramisa i Portosa; • ostatni etap zapłodnienia; • stan z Little Rock; • świętuje 31 V i 3 XII; • worek (łac.); • smaczny skorupiak atlantycki; • płynie przez Szeged; • seborrhoea; • port diamentów między Hajfą a Jaffą; • zniesienie, likwidacja; • narzędzie bakteriologa; • sosna śródziemnomorska; • Ujazdowskie i Jerozolimskie; • chirurg wykonujący zabieg; • imię Kowalskiej, autorki „Pestki”; • karpowaty mulistych wód; • szybki zjazd; • pień drzewa, kłoc (łac.); • waluta UE; • rywal skowronka; • Władysław Warneńczyk i Zygmunt August; • życie jest formą jego istnienia; • imię Bruno, spalonego na stosie; • płynie w Nantes; • kombajn dentystyczny; • rodzinne miasto Sada; • obecność samogłosek w morfemach; • abortus; • aniołek z łukiem; • angielski prawie metr; • izomer antracenu; • na prochy lub głosy; • dokonuje auspcji; • między chlorem a jodem; • nagana z burą; • stolica Shaanxi; • jon ujemny; • miłośnik ćwiczeń hinduskich; • ukochany Aidy; • do tabakier; • nad Rodanem, za winionem; • ofsajd; • wąż wyroczni, zabity przez Apollina; • na płozach, z panami; • udar, szlag; • miasto włoskiej kłęski w Etiopii; • opowiada przebieg akcji; • Jurek, sie ma!

BJER

NAGRODY

THE MERCK MANUAL

Nagrody ufundowane przez ABE Marketing, Warszawa, Grzybowska, 37A, tel./fax 654-06-75

„Basic English for Medicine” (TWIGGER)

„Kolorowy atlas chorób ucha” (a-medica press)

„Menopauza” (Wydawnictwo Adi)

„Zabiegi lekarskie. Poradnik” (PZWL)

„Zaburzenia rytmu serca” (a-medica press)

„Zapalenie wątroby a zakażenie HIV” (URBAN&PARTNER)

ROZWIĄZANIE

Jolki lekarskiej nr 89 („GL” nr 3/2004)

Zdrowy człowiek jest żywym arcydziełem.
Heliodor Święcicki

NAGRODY OTRZYMUJĄ:

Izabela Alenowicz (Gdańsk)
Alicja Babicz (Głogów)
Andrzej Bodula (Wrocław)
Przemysław Emiliańczyk (Złotów)
Jerzy Kempa (Słubice)
Anna Lasota-Szczepanek (Piła)
Krystyna Tomecka (Górki Wielkie)
Monika Szrajda (Bydgoszcz)
Daniela Przeździecka-Gładysz (Słupsk)

Anna Marek (Olsztyn)
Grażyna Papisz (Sanok)
Kamila Walicka (Szczecin)

NAGRODY PRZEŚLEMY POCZTĄ



SKOK IZB LEKARSKICH

Pożyczka Super Bis

dla naszych członków

do **15 000 PLN**

BEZ PORĘCZYCIELI!!!

W 24 GODZINY!!!

Kwota kredytu	Wysokość raty	Okres spłaty	OPROCENTOWANIE	
			efektywne	nominalne
od 1 000 do 7 500	od 88,35 do 662,60	12 m-cy	6,00%	10,90%
od 1 000 do 10 000	od 47,03 do 470,34	24 m-ce	6,45%	11,90%
od 1 000 do 15 000	od 33,65 do 504,77	36 m-cy	7,03%	12,90%

Prowizja 2,5%

Oferta ważna do 30 czerwca 2004 r.

MEGA POŻYCZKA DO

50 000

BEZ PORĘCZYCIELI !!!

Szczegółowych informacji udzielają przedstawiciele SKOK IL przy Okręgowych Izbach Lekarskich

CZĘSTOCHOWA Iwona Coner tel. (0-34) 324-76-19
KATOWICE Jolanta Wojewoda tel. (0-32) 203-65-47
KIELCE Irena Michalska tel. (0-41) 368-75-67
KRAKÓW Agnieszka Widła tel. (0-12) 429-21-41
LUBLIN Kamila Chudaszek tel.(0-81) 536-04-50
ŁÓDŹ Halina Urbaniak tel.(0-42) 683-17-91
OLSZTYN Agnieszka Pierzycka tel.(0-89) 523-60-61
OPOLE Barbara Oborska tel.(0-77)454-59-39
PŁOCK Ewa Szakoła tel. (0-24)262-64-24
RADOM Joanna Ziembicka tel. (0-48)331-36-62
TORUŃ Wiesława Jarysz tel.(0-56)655-41-61
WROCŁAW Ewa Gaździk tel. (0-71) 322-50-56
WARSZAWA Tadeusz Pawlikowski tel.(0-22)824-71-21

ROCZNA LOKATA TERMINOWA

6,19 %

FORMALNOŚCI PRZEZ TELEFON !!!

DZWOŃ TERAZ!

Biuro SKOK IL

ul. Jana Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa
tel. 851-71-38, 851-71-54
e-mail: skok@hipokrates.org

PEŁNA OFERTA KREDYTÓW I DEPOZYTÓW

www.skokil.pl

REKLAMA

REKLAMA

