

11 2006

Gazeta
Lekarska
ISSN 0867-2146
Egzemplarz bezpłatny
Pismo Izby Lekarskich



Praktyki stomatologiczne **Czy bardzo się różnimy?**



Dali się przebadać

Końcówka roku przynosi zwykle obfite żniwo konkursów, plebiscytów i rankingów. Wybieramy najlepszych piłkarzy, najbardziej oryginalnych polityków, najzgrabniejszych tancerzy. Łączy telefoniczne rozgrzewają się wówczas do czerwoności, a SMS-sy widzów i czytelników zapychają najpotężniejsze serwery. Nic dziwnego, jako że plebiscyt etymologicznie wywodzi się z łaciny i oznacza uchwały zgromadzenia plebejuszy na tzw. komisjach ludowych pod przewodnictwem trybuna. Taki zbiorowy amok przynosi czasem zaskakujące wyroki. Tegoroczna Nagroda im. Aliny Pienkowskiej przypadła Wojciechowi Szrajberowi „za właściwe pojmowanie i realizowanie zawodu menedżera”. Przypomnijmy, że wiosną dyr. Szrajber, pomimo wyraźnego nacisku wicepremiera Ludwika Dorna, nie wyrzucił z pracy 80 strajkujących lekarzy. Okazuje się, że źródłem prestiżu i dumy może być również zwykła ludzka przyzwoitość i normalność.

Publiczność coraz częściej domaga się wyborów najpopularniejszego lekarza. W ub. roku w Olsztynie wyróżnienie to otrzymał lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Rakesh Jalali. W szranki konkursowe nie boją się stawiać publiczne szpitale i prywatne lecznice. Zdobyte nagrody są przecież wiarygodnym miernikiem jakości świadczonych usług, zwróceniem uwagi płatnika, a często oddaleniem od siebie widma niedofinansowania lub likwidacji. Racjonalizacja wyboru szpitala wymaga starannych i pochłaniających dużo czasu badań. Trzeba mieć nie lada warsztat analityczny, by balansować pomiędzy informacjami przedstawiającymi szpital jako miejsce luksusowego wypoczynku a dramatycznymi informacjami publikowanymi przez stowarzyszenia piętnujące błędy lekarzy – twierdzi Marek Labon z Towarzystwa Promocji Jakości. W Ogólnopolskim Rankingu Szpitali „Bezpieczny Szpital 2006” popularnej „Rzeczpospolitej” ocenie poddały się 324 jednostki. W tym roku, żeby dostać się do „złotej setki”, trzeba było zdobyć o wiele więcej punktów niż przed rokiem.

Na ocenę nie składał się bynajmniej urok osobisty dyrektorów i styl sprawowania urzędu. Punktowano: bezpieczeństwo eksploatacji, zarządzanie majątkiem, zasilanie w media, blok operacyjny i system sterylizacji, dostęp do diagnostyki w stanach nagłych, systemy informatyczne, politykę lekową, certyfikaty jakości, komfort pobytu pacjenta, analizę skarg, personel i jego kwalifikacje. Liderami polskich szpitali są Centra Onkologii w Bydgoszczy i Gliwicach oraz Szpital Kliniczny im. Barlickiego w Łodzi, pierwszą dziesiątkę uzupełniają szpitale z Zamościa, Pleszewa, Ostrowi i Grodziska Mazowieckiego, dwa lubelskie szpitale kliniczne i Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie.

Wśród niepublicznych szpitali i prywatnych lecznic, za które trzymamy kciuki w ich dążeniu do równouprawnienia, na najlepszej drodze do ideału są: wrocławski EuroMediCare, Lecznica Dzieci i Dorosłych im. Mościckiego w Chorzowie oraz Mazurskie Centrum Zdrowia PRO MEDICA w Elku. Tuż za nimi kroczą gdański SWISSMED, Dolnośląskie Centrum Chorób Serca MEDINET i warszawskie Centrum Medyczne Damiana. Sukces w prywatnym leczeniu nie jest już domeną stolicy i wielkich metropolii, o czym świadczą wysokie miejsca w rankingu placówek z Olecka, Ślubic, Świecka, Tucholi, Kwidzyna, Kluczborka, Aleksandrowa Kujawskiego czy Więcborka.

Rankingi nie zastąpią profesjonalnych badań jakości pracy szpitali, ale zanim wszyscy zdecydują się na regularne badania swojej kondycji, plebiscyty i rankingi mogą pełnić rolę drogowskazów na rynku wyjątkowo mało precyzyjnych ofert. Prawo do dokonywania wyborów tylko wtedy ma wartość, kiedy człowiek wie, pomiędzy czym wybiera. Człowiek chory szczególnie.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Ruszyła platforma edukacyjna dla lekarzy	4
Okiem Prezesa	5
Czy bardzo się różnimy	6-12
Niespodzianka dla cara	14-16
Napisać receptę – to nic wielkiego!	18-19
Przewlekłe zakażenia HBV	20-23
Zgłaszanie zatruc produktami biobójczymi	22
Medyczny Nobel 2006	24-27
Prośby o zadanie śmierci	28-29
Najważniejsza jest zgoda	30-31
Doktor Piłsudski	36-39
Lekarski sport	40-42
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	43
Książki nadesłane	44-45
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	46-58
Ogłoszenia różne	58-60

Biuletyn NRL

Angielski przez Internet
www.skoknet.pl/demo
login: demoang
hasło: HGtYcVas



Ruszyła platforma edukacyjna dla lekarzy

Marek Stankiewicz

Pod skrzydłami TVN, 19 października, wystartował pierwszy kodowany kanał telewizyjny tylko dla lekarzy – TVN Med. Jest to owoc dwuletniej współpracy Telewizji z Naczelną Izbą Lekarską. Równocześnie startuje zintegrowany z telewizją portal edukacyjny dla lekarzy www.tvnmed.pl

W założeniach stacja i portal mają dostarczać lekarzom maksimum rzetelnej i praktycznej wiedzy medycznej. System kształcenia oferowany przez TVN Med i zintegrowany z nim portal internetowy umożliwiają zdobywanie punktów edukacyjnych. To pierwsze medium tego typu, które uzyskało akredytację Naczelnej Rady Lekarskiej i może przyznawać punkty edukacyjne. W pierwszej fazie program TVN Med adresowany jest do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Z biegiem czasu pojawi się oferta programowa dla specjalistów.

TVN Med jest telewizją kodowaną – oznacza to, że program będą mogli oglądać jedynie lekarze posiadający aktualne Prawo Wykonywania Zawodu. Zagadnienia i tematy poruszane w audycjach TVN Med nie są adresowane do laików. Każdy z trwających 45 minut programów zostanie poświęcony odrębnemu zagadnieniu medycznemu. Podczas audycji widzowie razem z prowadzącymi będą przechodzić całą drogę od rozpoznania po leczenie.

Wszystkie audycje TVN Med podlegają specjalistycznej kolaudacji. Stacja pozyskała do współpracy ponad stu profesorów – autorytetów z poszczególnych dziedzin medycyny. To oni oceniają programy już na wstępnym etapie scenariuszowym, a później dopuszczają audycje na antenę. Podstawowym kryterium doboru tematów i sposobu realizacji audycji w TVN Med jest przydatność przedstawianych wiadomości w codziennej praktyce lekarza.

24-godzinny program TVN Med zbudowany jest podobnie jak inne kanały tematyczne. Codziennie ma premierę jedna audycja, powtarzana później o różnych porach dnia i nocy. Twórcom stacji zależało, aby każdy lekarz, niezależnie od obciążeń zawodowych czy rodzinnych, mógł w dogodnym dla siebie czasie obejrzeć interesujący go program.

Dodatkowo, każdą z audycji nadanych przez TVN Med będzie można obejrzeć w Internecie, na www.tvnmed.pl.

Wszyscy lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (specjaliści medycyny rodzinnej i ogólnej, pediatrzy, internści, lekarze bez specjalizacji) dostaną od TVN Med to, co jest niezbędne do odbioru programu: bezpłatną instalację darmowego zestawu antenowego i dekodera oraz bezpłatny abonament. Lekarz musi tylko zgłosić swój akces do TVN Med. Zgłoszenia można dokonać na dwa sposoby: za pomocą infolinii **0-801-88-66-33** lub poprzez stronę internetową – www.tvnmed.pl. Zanim dekodery zostaną przyznane, TVN Med musi zweryfikować uprawnienia i dane potencjalnego odbiorcy telewizji. Należy zatem przygotować i przedstawić do wglądu TVN Med dokumenty stwierdzające prawo wykonywania zawodu. Pozostali lekarze będą mogli także bezpłatnie oglądać TVN Med po otrzymaniu na zasadach komercyjnych zestawu antenowego i dekodera.

Z portalu www.tvnmed.pl mogą bezpłatnie korzystać wszyscy lekarze niezależnie od specjalizacji. Załogowani użytkownicy zyskają tym samym bezpłatny dostęp do programów edukacyjnych TVN Med i możliwość zdobywania punktów edukacyjnych.

Twórcy stacji, w tym Rada Programowa złożona z autorytetów w dziedzinie kształcenia podyplomowego, tłumaczą, że „wyróżnienie” lekarzy pierwszego kontaktu darmowymi dekodernami było decyzją przemyślaną i uzasadnioną. Twórcy stacji tłumaczą, że lekarze pierwszego kontaktu będąc niezwykle ważnym ogniwem systemu ochrony zdrowia i od których wiedzy i profesjonalizmu zależy bardzo wiele mają stosunkowo najtrudniejszy dostęp do szkoleń.

Dla lekarza pierwszego kontaktu każdy wyjazd na szkolenie (często w odległe miejsce) oznacza konieczność szu-

kania dla siebie (płatnego) zastępstwa, co szczególnie w przypadku lekarzy pracujących w mniejszych ośrodkach nie jest łatwe. Dodatkowo dochodzą koszty uczestnictwa w zjazdach i konferencjach, które nie są małe. Lekarz pierwszego kontaktu z reguły płaci za szkolenia z własnej kieszeni. Jeśli dodać do tego fakt, że pracuje on nawet 10-12 godzin dziennie, to trzeba uznać, iż dopełnianie obowiązku ustawicznego kształcenia wymaga od niego niezwyklej determinacji i wysiłku.

Wykorzystując możliwości dokształcania jakie niesie TVN Med każdy lekarz, niezależnie od miejsca zamieszkania, będzie miał szansę korzystania z różnorodnej oferty programowej w dogodnym dla niego czasie. Co więcej, będzie mógł zdobyć, tak poszukiwane, punkty edukacyjne – do stu w okresie rozliczeniowym. Przy pomocy portalu www.tvnmed.pl lub teletekstu TVN Med, po obejrzeniu programu i przyswojeniu informacji w nim zawartych, każdy lekarz będzie miał możliwość wypełnienia testu sprawdzającego.

Platforma edukacyjna TVN Med to pionierskie w skali świata rozwiązanie. Połączenie kanału telewizyjnego i portalu edukacyjnego, to nie spotykana dotąd na świecie oferta zintegrowanego i punktowanego systemu kształcenia lekarzy. Twórcy platformy edukacyjnej TVN Med deklarują, że jedynym kryterium doboru tematów i kształtu audycji jest kryterium obiektywnej i praktycznej wiedzy. Nad zachowaniem standardów stacji czuwa Rada Programowa i Rada Naukowa TVN Med.

Patrząc na potrzeby szkoleniowe lekarzy, na koszty dokształcania – idea kodowanej stacji edukacyjnej może być naprawdę dobrym rozwiązaniem. Założenia TVN Med i pierwsze programy przekonują, że to może być strzał w dziesiątkę. Mocno kibicując stacji i licząc, że spełni pokładane w niej nadzieje.



Niebezpieczny scenariusz

Zapowiedzi ministra zdrowia o ustawowych zmianach wprowadzenia nieobligatoryjnej przynależności do samorządu lekarskiego część środowiska lekarskiego przyjęła z aplauzem. Z niemałym entuzjazmem niektórzy przyjęli też projekt zastąpienia funkcji ordynatora konsultantem. Natomiast mało który z lekarzy odniósł się ze zrozumieniem do pomysłu odebrania samorządowi legitymacji do osądzania lekarskich czynów i przekazania tych kompetencji sądom powszechnym. Cóż bowiem oznaczać dla nas będzie likwidacja samorządu? Pomimo radości tych, dla których 30 zł miesięcznie odprowadzanych na izbę lekarską to niczym nieuzasadniona grabież oraz niewielkich działaczy związkowych, liczących na wzrost autorytetu swojej organizacji i traktujących samorząd nie jako partnera, lecz jako konkurencję, rysuje się niebezpieczny scenariusz mający na celu ubezwłasnowolnienie lekarzy i pozbawienie ich reprezentacji.

Najpoważniejszym argumentem świadczącym, że samorząd reprezentuje jednak, wbrew opiniom niektórych, środowisko lekarskie, jest właśnie próba ograniczenia jego kompetencji.

Nieprzypadkowo bolszewicka władza nie tolerująca sprzeciwu i jakiegokolwiek krytyki zlikwidowała ustawą sejmową samorząd. Również teraz, nie bez przyczyny, władza, już co prawda nie bolszewicka, stara się ograniczyć kompetencje organizacji społecznych wyrażających często głośny sprzeciw, czy wręcz protestujących wobec patologii dotyczących środowiska, które reprezentują. A patologii jest wiele. Największą jest wynagrodzenie lekarzy rażąco odbiegające od europejskich standardów. Jest nią również obarczanie winą naszej grupy zawodowej za niepowodzenia terapeutyczne, które są wynikiem również marnych nakładów na leczenie w Polsce, upartyjnienie stanowisk kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej, gdzie koleśkowskie układy i partyjna przynależność otwierają podwoje do dyrektorskich gabinetów. (...)

Istnienie niezależnego i reprezentującego interesy środowiska lekarskiego silnego samorządu lekarzy i lekarzy dentystów stanowi w ocenie rządzących zagrożenie ich interesów. Próby zastraszenia, szantażowania niepokornego, lekarskiego bractwa mają swoje podłoże w braku argumentów i odpowiedzi na pytania i zarzuty, którymi od wielu lat polscy lekarze zarzucają kolejne ekipy rządowe. (...)

Andrzej Ciołko

„Medicus” 10/2006

Okiem Prezesa



Po co lekarzom i lekarzom dentystom izby lekarskie? To pytanie (w formie retorycznej, bo dla wielu odpowiedź, niestety, jest niekorzystna dla korporacji) stawia wielu członków samorządu lekarskiego. Działacze samorządu przyzwyczaili się odpowiadać często, że izby wykonują ogromną ilość zadań administracyjnych wobec swoich członków i, gdyby nie one, to jakieś bezduszne urzędy państwowe byłyby ich partnerami w tych sprawach. To samo dotyczyłoby odpowiedzialności zawodowej, która w rękach administracji państwowej byłaby zdecydowanie nieprzyjemna dla środowiska. Ogromny wysiłek setek działaczy samorządu różnych szczebli rzeczywiście doprowadził do zbudowania ogromnej maszyny, która będąc sprawnie zarządzana w przyjazny dla członków izb sposób obsługuje ich potrzeby w wielu obszarach. Czy jednak członkowie samorządu rzeczywiście tego, co jest oczywistym obowiązkiem izb, oczekują od swojej korporacji? Odpowiedź jest prosta – z całą pewnością to nie wystarczy dla wytworzenia powszechnej akceptacji dla naszej obowiązkowej organizacji. Mam wrażenie, że budowanie potęgi izb przysłania niektórym działaczom ich podstawowe zadania. Także poprzez wysiłek na rzecz poprawy sytuacji materialnej kolegów będących w trudnej sytuacji życiowej, organizację jak najkorzystniejszych dla indywidualnych lekarzy i lekarzy dentystów ubezpieczeń czy organizację kształcenia. Lekarze i lekarze dentyści oczekują od samorządu, że ten poprawi ich byt materialny. Niewątpliwie ogromne zaangażowanie izb w tegoroczny protest przeciwko niskim wynagrodzeniom poprawił trochę ich wizerunek w środowisku, ale oczekiwania są daleko większe niż wywalczona naszym wspólnym wysiłkiem (nie dla wszystkich) podwyżka. Trzeba podkreślić, że jak to w demokracji, wyborcy oceniają wybranych po skutkach ich działań, a nie ich wysiłkach. Umiejętność dalszego liderowania akcjom na rzecz wzrostu wyceny pracy lekarzy i lekarzy dentystów z masowym poparciem środowiska będzie sprawdzianem dla samorządu w najbliższym czasie. Wydaje się jednak, że jest to zadanie nie tylko dla najwyższych władz izbowych, ale także dla wszystkich działaczy, w tym delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy. Niech staną się oni wyrazicielami opinii, stanowisk i żądań swoich wyborców wobec dyrektorów placówek opieki zdrowotnej, miejscowych władz, Narodowego Funduszu Zdrowia. Niech osobiście czują się odpowiedzialni za przebieg wspólnych akcji środowiskowych (zbieranie podpisów pod obywatelskim projektem ustawy o gwarancjach wynagrodzeniowych,* udział w masowych wspólnych akcjach itp.). Środowisko oczekuje od izb wsparcia na polu rozwoju zawodowego. Samorząd, jak dotychczas, musi kontynuować starania o bardziej przyjazne dla lekarzy i lekarzy dentystów przepisy regulujące specjalizowanie się, zdobywanie kwalifikacji w wyższych dziedzinach medycyny i kształcenie ustawiczne. Izby powinny interweniować wszędzie tam, gdzie naruszane jest prawo członków samorządu do doskonalenia się (także, gdy na tej drodze stają starsi koledzy ograniczając dostęp młodszych do podwyższania swoich kwalifikacji lub z dążenia przez młodszych do kariery czyniąc źródło (nielegalnych) dochodów. Sam samorząd wreszcie powinien w bardziej bezpośredni sposób ułatwiać swoim członkom dostęp do doskonalenia zawodowego (poprzez sponsorowanie indywidualnych wysiłków poszczególnych kolegów, a także poprzez organizowanie kształcenia w izbach). Samorząd powinien także bardziej energicznie włączyć się w uzdrawianie środowiska z licznych plag psujących wizerunek lekarzy i lekarzy dentystów w społeczeństwie, ale także zatruwających relacje w samym środowisku. Organy i działacze izb nie tylko nie mogą dać się włączać w realizowanie partykularnych interesów poszczególnych osób czy grup, ale w każdym przypadku takich prób stanowczo przeciwdziałać niekoleżeńskiemu zachowaniu. Dotyczy to takich pól działania izb, jak konkursy ordynatorskie, konkurencja o kontrakty, mianowanie konsultantów itp. Fałszywa solidarność wobec naruszających dobre imię nas wszystkich korupcji, nieuczciwości czy innych nieetycznych zachowań niektórych członków samorządu nie może być sposobem reagowania izb. Kolegów, którzy mają kłopoty z przygotowaniem do zawodu lub nałogami (zwłaszcza alkoholizmem), należy wspierać poprzez zorganizowaną pomoc, a nie ukrywanie ich problemów.

Wszystko to jednak nie będzie możliwe bez Twojej, drogi Czytelniku tego tekstu, pomocy!

Konstanty Radziwiłł

*który jak zawsze jest załączony w „GL”, tym razem na str. 38

Uwaga! Wykaz czasopism indeksowanych przez filadelfijski Instytut Informacji Naukowej lub Index Copernicus można znaleźć na stronach:

- filadelfijski Instytut Informacji Naukowej: www.isinet.com w zakładce „master journal list” dokładny link do pełnej listy: <http://www.thomsonscientific.com/cgi-bin/jrnlst/jlresults.cgi?PC=MASTER>
- Index Copernicus: www.indexcopernicus.com/index.php dokładny link do pełnej listy: <http://journals.indexcopernicus.com/masterlist.php?litera=a&start=0&skok=30>

Czy bardzo się różnimy?

Prezentujemy wybrane propozycje zasad postępowania w sprawach kontroli zakażeń i gospodarki odpadami medycznymi, opracowane przez grupę roboczą powołaną w tym celu przez Radę Europejskich Lekarzy Dentystów (Council of European Dentists [formerly EU Dental Liaison Committee]).

Większość propozycji czy też wskazówek zawartych w omawianym „Kodeksie” jest przedstawiona w sposób prosty i logiczny; nie odbiega od wymagań, jakimi kieruje się znaczna liczba polskich lekarzy dentystów przy wyborze wyposażenia i w postępowaniu z odpadami. Zwracamy uwagę na szczególne znaczenie, jakie autorzy propozycji nadają zasadom postępowania z amalgamatem i jego resztkami.

Zamieszczony materiał, jak sądzimy, może być pomocny w trudnych ustaleniach jakie większość okręgowych izb lekarskich prowadzi z wojewódzkimi i terenowymi inspektorami sanitarnymi. Troska o zapobieganie zakażeniom i prawidłowa gospodarka odpadami powinna doprowadzić do wypracowania wspólnego, dobrego modelu postępowania dla ochrony ludzi i środowiska.

Wskazówki zostały ujęte w punktach, które omawiamy poniżej zachowując ich kolejność.

1. Wybór sprzętu i wyposażenia

Autorzy zwracają uwagę na to, aby przy zakładaniu nowej praktyki lub modernizowaniu już istniejącej dobrać sprzęt uwzględniający możliwość zapobiegania zakażeniom i dbałość o ochronę środowiska.

- W ocenie sprzętu i urządzeń należy zwracać uwagę przede wszystkim na jakość materiałów użytych do ich kon-

strukcji, a szczególnie odporność na detergenty, środki dezynfekcyjne i sterylizację. A więc raczej metalowe lakirowane niż z tworzyw sztucznych.

- Końcówki muszą nadawać się do czyszczenia i sterylizacji.
- Zawory lub systemy antyretakcyjne muszą znajdować się zarówno w końcówkach, jak i unicie, a przewody wodne i powietrzne powinny zapobiegać tworzeniu się biofilmu.

Większość funkcji unitu powinna być sterowana nożnie.

Dla ochrony środowiska, w celu maksymalnego zmniejszenia zanieczyszczenia wody powinno się instalować separatory amalgamatu, filtry i regulowany system kanalizacyjny.

2. Wybór podłogi i materiałów na blaty robocze

Podłoga w pomieszczeniu praktyki musi być pokryta materiałem syntetycznym, ceramicznym lub mineralnym. Powierzchnia powinna być gładka, nie wchłaniająca płynów, odporna na zadrapania oraz musi nadawać się do czyszczenia środkami dezynfekcyjnymi.

Zalecane jest umieszczenie wszelkich rur, kabli, przewodów doprowadzających i odpływowych wody i powietrza pod podłogą pomieszczenia. Wymaga to zastosowania studzienek rewizyjnych, zaworów i wyłączników.

Niedozwolone jest stosowanie wykładzin dywanowych w pomieszczeniach zabiegowych, laboratoriach, sterylizatoriach i toaletach.

Blaty robocze i szafki muszą być wykonane z materiałów nieporowatych, nie zawierających spoin, odpornych na kwasy, temperaturę i środki dezynfekcyjne.

3. Dokumentacja medyczna pacjenta

Dokumentacja medyczna jest sprawą na tyle oczywistą dla lekarza, że nie wymagałaby omawiania, gdyby w „Kodeksie” nie zwrócono uwagi na aspekt inny

niż normalnie rozumiany. Chodzi mianowicie o uwzględnienie w wywiadzie, a następnie szczegółowe udokumentowanie ewentualnych czynników ryzyka zakażenia, takich jak: uzależnienie pacjenta od narkotyków, jego niestabilność seksualna, niosąca za sobą częstą zmianę partnerów, a w rezultacie możliwość pozytywnego HIV lub HCV, częste transfuzje krwi oraz pochodzenie z kraju, gdzie istnieje wysokie ryzyko zakażenia HIV i TBC etc.

Odmowa leczenia pacjentów z podwyższonym ryzykiem jest wysoce nieetyczna i nie powinna zdarzać się w praktyce, natomiast lekarz musi mieć możliwość podjęcia odpowiednich środków ostrożności przy przyjmowaniu pacjentów. Pełna dokumentacja, zawierająca dokładny wywiad może być także bronią lekarza w przypadku roszczenia.

4. Szczepienia

Zwracamy uwagę na ten punkt, bowiem w Polsce szczepienia ochronne nie są obowiązkowe dla lekarza i pozostałego personelu praktyki. Niektóre są jedynie zalecane. Autorzy „Kodeksu” twierdzą, że powinny być obowiązkowe. Polecane są szczepienia przeciwko żółtacze typu B, grypie, gruźlicy, śwince i odrze, a także jako dodatkowe szczepienia przeciwko różyczce i ospie wietrznej.

5. Mycie i dezynfekcja rąk

Ręce należy myć – stwierdzają autorzy opracowania. Mamy nadzieję, że taka dewiza przyświeca również naszym kolegom dentystom.

Ponadto „Kodeks” zaleca, aby przed rozpoczęciem przyjmowania pacjentów zdejmować obrączki, biżuterię i zegarki. Konieczny jest podajnik bezdotykowy do mydła. Ręce należy osuszać ręcznikiem papierowym. Dla ochrony własnej skóry zalecane jest częste używanie kremu.

6. Rękawice ochronne

Wielką wagę przywiązuje się do używania rękawic ochronnych, które bez-

względnie muszą być jednorazowego użytku. Należy pamiętać o tym, że w przypadku pacjentów seropozytywnych powinno się stosować jedną parę rękawic nałożoną na drugą.

7. Maski, ubrania i okulary ochronne

- Maski powinny przykrywać usta i nos lekarza, musi być zmieniana po każdym pacjencie. Maskę należy również zmienić natychmiast po zmożeniu lub zabrudzeniu krwią, śliną lub innym płynem ustrojowym.
- Okulary powinny mieć osłonki boczne oraz być przystosowane do dezynfekcji.
- Przypomina się, że uniformy powinny wytrzymywać pranie w temperaturze co najmniej 65 stopni z zastosowaniem detergentu. Pranie uniformów powinno odbywać się w pralniach komercyjnych.
- W szczególnych przypadkach na uniformy powinno się zakładać jednorazową odzież ochronną.

8. Ochrona powierzchni

Każda rzecz, zarówno instrument, jak i powierzchnia niemożliwa do sterylizacji czy właściwej dezynfekcji powinna być chroniona przez osłonki.

Zalecane są serwety, lignina, folia, torebki foliowe, samoprzylepne folie adhezyjne. Wszystkie te materiały muszą być nieprzemakalne, a ponadto odporne na rozerwanie.

Obowiązkowe jest usunięcie ich po zakończonym zabiegu (po każdym pacjencie).

9. Przedmioty jednorazowego użytku

Zgodnie z projektem „Kodeksu” jako jednorazowych używa się obowiązkowo: igieł i karpuli do znieczuleń, ostrzy skalpeli, igieł do szycia, kubków plastikowych, ślinociągów, końcówek do ssaka, drewnianych i plastikowych klinów, miazgociągów, pasieczków i kształtek, łyżek do fluoryzacji, serwet dla pacjenta.

Przedmioty jednorazowego użytku stosowane w praktyce muszą być wyrzucone po użyciu i nigdy nie mogą być użyte ponownie, nawet gdy istnieje możliwość ich dezynfekcji czy sterylizacji.

Dąży się do stosowania jako sprzętu jednorazowego użytku także: lusterek, zgłębników, pęset, wiertel, tacek do narzędzi, dmuchawek wodno-powietrznych, szpatulek do mieszania, a nawet – co zapewne nie zachwyci naszych kolegów – końcówek szybko i wolnoobrotowych.

ciąg dalszy na str. 8



Czy bardzo się różnimy?

ciąg dalszy ze str. 7

10. Środki do dezynfekcji

Najważniejszym zaleceniem jest zasada, że wszystko, czego nie możemy sterylizować, musimy dezynfekować. Omawianie środków dezynfekcyjnych nie wydaje się celowe, bowiem ich aktywne składniki wymieniane w opracowaniu są powszechnie znane i identyczne ze stosowanymi w Polsce.

11. Dezynfekcja i sterylizacja narzędzi

Wszystkie narzędzia zanieczyszczone przez płyny ustrojowe muszą być dokładnie i zdezynfekowane, i wyczyszczone, zanim poddamy je sterylizacji.

Najbardziej odpowiednim sprzętem do tych czynności są myjki ultradźwiękowe i maszyny myjące. Mycie ręczne jest najmniej efektywne i stwarza największe zagrożenie dla personelu.

Zawsze należy pamiętać o stosowaniu środków ochrony osobistej podczas pracy z zanieczyszczonymi narzędziami i sprzętem.

Zdaniem autorów projektu po skończonym dniu pracy płyny dezynfekcyjne powinny zostać wylane, a pojemnik zdezynfekowany i wytarty.

Po uprzednim przygotowaniu narzędzi następuje ich sterylizacja. Chociaż istnieje wiele metod sterylizacji obecnie poleca się sterylizację w autoklawach ciśnieniowych, jako najbardziej skuteczną.

Skuteczność sterylizacji osiągamy między innymi przez właściwe opakowanie i ułożenie narzędzi w komorze autoklawu, aby umożliwić swobodną cyrkulację pary.

12. Monitorowanie i wskaźniki sterylizacji

Istnieją trzy formy kontroli sterylizacji, które muszą być stosowane wspólnie: test biologiczny, chemiczny i wydruk przebiegu cyklu, a więc czasu ekspozycji, temperatury i ciśnienia. Dla potwierdzenia parametrów procesu sterylizacji zaleca się stosowanie drugiego wskaźnika wewnątrz pakietu.

Nowe autoklawy powinny mieć wbudowaną drukarkę lub możliwość podłączenia do komputera w celu monitorowania procesu sterylizacji.

Lekarz jest zobowiązany do archiwizowania wydruków cyklu sterylizacji.

13. Sterylizacja końcówek

Czynność ta, budząca wiele kontrowersji w naszym kraju, opisana jest bardzo dokładnie w omawianym opracowaniu.

Zasada postępowania z końcówkami turbinowymi jest prosta:

- przed zdjęciem końcówki z rękawa należy uruchomić ją i oczyścić serwetą z materiału biologicznego powstałego podczas zabiegu,
- po zdjęciu końcówki wymienić wiertło na sterylne lub założyć zamiennik wiertła i wyczyścić zewnętrzną powierzchnię detergentem i wodą. Następnie po nasmarowaniu olejem i dokładnym wytarciu powierzchni usunąć zamiennik wiertła i obowiązkowo umieścić końcówkę w pakiecie.

Taka sama procedura dotyczy końcówek na mikrosilnik z wyjątkiem splukiwania wodą w przypadku, gdy nie są do tego przystosowane.

Do sterylizacji końcówek zalecane są autoklawy parowe.

14. Sterylizacja wiertel i narzędzi endodontycznych

Wszystkie narzędzia obrotowe, zarówno tnące, jak i polerujące, wymagają bardzo dokładnego czyszczenia części pracującej i trzonka.

Dotyczy to również poszerzaczy i pilniczków endodontycznych.

Do czyszczenia instrumentów zalecane są urządzenia ultradźwiękowe z płynem zawierającym detergenty i enzymy, wyposażone w metalowe koszyki z małymi perforacjami.

Uwaga! Niewłaściwe jest czyszczenie w myjce w tym samym czasie instrumentów wykonanych z różnych materiałów, ponieważ można w ten sposób zapoczątkować proces ich korozji, wywołany prądami galwanicznymi powstającymi pomiędzy metalami.

Po zakończeniu cyklu czyszczenia instrumenty należy splukać pod bieżącą wodą i osuszyć papierowym ręcznikiem lub ciepłym powietrzem.

Każde wiertło musi być ustawione pionowo w specjalnym stojaku, odpornym na korozję i sterylizowane w autoklawie lub chemiklawie.

Pilniczki endodontyczne i poszerzacze mogą być sterylizowane w taki sam sposób jak wiertła lub wpięte w gąbkę i umieszczone w szczelnie zamkniętych małych, papierowo-plastikowych torebkach.

15. Dezynfekcja sprzętu

Sprzęt, który nie może być sterylizowany, powinien być dokładnie czyszczony i dezynfekowany według instrukcji producenta.

Przed dezynfekcją każdą powierzchnię należy wyczyścić, używając do tego ściereczek zawierających detergenty. Po wyczyszczeniu powierzchni stosuje się środek dezynfekcyjny i pozostawia do wyschnięcia tak długo, jak zaleca to producent środka.

Ze względu na bezpieczeństwo lekarza i pozostałego personelu praktyki nie zaleca się rozpylania detergentów i płynów dezynfekcyjnych na dużych powierzchniach. Jeżeli jest to niezbędne – należy użyć rękawic gospodarczych, masek, okularów ochronnych i odpowiedniego ubioru.

Istnieje duża różnorodność środków do dezynfekcji: bakteriobójcze, grzybobójcze, sporobójcze, prątko- i wirusobójcze. Aktywne składniki tych środków to: związki chloru, jodoform, alkohol, fenole, aminy czwartorzędowe z alkoholem lub bez i środki uwalniające tlen.

Niestety, zdaniem autorów opracowania personel dentystyczny musi używać wielu środków, ponieważ nie ma dotychczas takiego, który działałby na wszystkie typy drobnoustrojów w krótkim czasie, nie niszczył sprzętu i nie był toksyczny dla ludzi. Dlatego należy zachować daleko posuniętą ostrożność i maksymalną ochronę.

Zwracamy uwagę Państwa na dbałość o bezpieczeństwo lekarza i personelu praktyki, która przejawia się w całym projekcie. Nie od rzeczy byłoby przyjęcie takiego sposobu myślenia.

16. Dezynfekcja materiałów wyciskowych

Wyciski muszą być wyczyszczone i zdezynfekowane przed przekazaniem ich do laboratorium.

- Natychmiast po wyjęciu z ust pacjenta wycisk należy splukać pod bieżącą wodą. Nie zaleca się spryskiwania sprayem powierzchni wycisku ze względu na możliwość uszkodzenia delikatnych detali jak i ryzyko wdychania środka stosowanego do dezynfekcji.

ciąg dalszy na str. 10



Czy bardzo się różnimy?

ciąg dalszy ze str. 8

- Można lekko spryskać środkiem dezynfekcyjnym papierowy ręcznik, owinać nim wycisk i szczelnie zamknąć w plastikowej torebce na czas zalecany przez producenta.
- Najwłaściwszym sposobem dezynfekcji wycisków jest zanurzenie ich w roztworze środka dezynfekcyjnego na czas podany przez producenta preparatu. Ze względu na jakość wycisku zaleca się, aby czas ten był możliwie krótki.

17. Dezynfekcja przyrządów ortodontycznych

W przypadku wycisków ortodontycznych należy przestrzegać tego samego toku postępowania jak przy wyciskach protetycznych. Kleszcze ortodontyczne, nawet te, które zawierają elementy z gumy, muszą być myte, czyszczone i sterylizowane w autoklawie w delikatnym programie (121°). Niedopuszczalne jest sterylizowanie używanych klamer i drutu w celu ponownego ich użycia.

18. Postępowanie z zanieczyszczeniami krwi

Powierzchnie zanieczyszczone krwią muszą być natychmiast zdezynfekowane. **Plam nie należy zmywać przed dezynfekcją.**

Plamę należy przykryć jednorazowym ręcznikiem, nasączonym podchlorynem sodu lub proszkiem uwalniającym tlen i pozostawić przykrytą co najmniej 5 minut. Następnie wytrzeć miejsce zabrudzone papierowym ręcznikiem, gąbką jednorazowego użytku lub gazą.

Bezwzględnie wymagana jest przy tych czynnościach ochrona osobista w postaci bardzo grubych rękawic gospodarczych, maski, okularów ochronnych i jednorazowego fartucha. Zabro-

nione jest mycie miejsca zabrudzonego mopem, nawet z dodatkiem środka dezynfekcyjnego.

19. Aerozole i jakość powietrza

Wiele procedur dentystycznych powoduje powstanie w powietrzu skażonego aerozolu. Stwarza to poważne zagrożenie przeniesienia chorób, takich jak: gruźlica, odra, a nawet SARS. Źródłem zanieczyszczenia powietrza mogą być narzędzia dentystyczne, ślina, końcówki szybkoobrotowe z chłodzeniem wodnym, strzykawki wodno-powietrzne, urządzeń polerujących, systemów abrazyjnych i skalerów ultradźwiękowych.

Używanie przez personel masek, okularów, odzieży ochronnej i rękawiczek, ssaka oraz koferdamu może znacznie zminimalizować powierzchnię, na której osiadą zawiesiny. Naturalna wentylacja redukuje w znacznym stopniu poziom lotnych związków organicznych i gazów, podczas gdy większe cząsteczki osiadają na powierzchni wewnątrz pomieszczenia. Systemy klimatyzacji i wentylacji mechanicznej muszą być konserwowane i czyszczone przez profesjonalny serwis.

20. Gospodarka odpadami

Praktyki dentystyczne wytwarzają szeroką gamę odpadów, sklasyfikowanych jako:

- a. Odpady typu domowego, zawierające resztki jedzenia, opakowania, części zamienne, materiały piśmienne itp.
- b. Odpady potencjalnie skażone zawierające serwetki, materiały okrywowe, torebki do sterylizacji, butelki po materiałach dentystycznych, kapsułki, strzykawki.
- c. Odpady skażone, zawierające przedmioty jednorazowego użytku, takie jak: ślinociągi, chirurgiczne końcówki do ssaka, wałeczki, gaziki, materiały ochronne i podkładowe, odzież jednorazowa, matryce, maski, wszelkiego rodzaju rękawice, łyżki do fluoryzacji, nici dentystyczne.
- d. Skażone odpady ostre zawierające igły do znieczuleń, igły do przemywań, karpule, wiertła, pilniki, poszerzacze, skalpele, metalowe matryce, kliny.
- e. Materiały toksyczne, takie jak: roztwory środków dezynfekcyjnych, rtęć, resztki amalgamatu, resztki polimeru itp.

Postępowanie

Grupa odpadów typu domowego nie wymaga odrębnego postępowania i jest traktowana tak jak inne odpady tego typu.

Wszystkie inne grupy wymagają specjalnego trybu gromadzenia i usuwania. Dla odpadów typu **b** i **c** zalecane są specjalne, bardzo wytrzymałe pomarańczowe torby plastikowe, właściwie oznakowane. Torby te wypełnia się jedynie do 3/4 wysokości i związuje mocną taśmą.

Skażone odpady typu **b** muszą być zbierane i usuwane przez licencjonowanych przewoźników, którzy sporządzają protokół odbioru.

Do odpadów typu **d** stosuje się mocne, odporne na przekłucie plastikowe pojemniki pomarańczowego koloru, odpowiednio oznakowane.

21. Usuwanie amalgamatu i materiałów toksycznych

Rozdział ten omówimy nieco szerzej, ze względu na znaczenie, jakiego ostatnio nabiera dyskusja na temat szkodliwości amalgamatu dentystycznego. Autorzy projektu podkreślają stanowczo, że resztki tego materiału nie mogą być wylewane do kanalizacji ani też wyrzucane z odpadami stałymi. Amalgamat dentystyczny zawiera bowiem 50% rtęci, oprócz tego inne metale ciężkie, takie jak srebro, cynk, miedź i cyna.

- Resztki amalgamatu powinny być oddawane do dalszego przetworzenia. Nie należy umieszczać amalgamatu, wolnej rtęci, złamanych lub nie zużytych kapsułek, usuniętych zębów z amalgamatem, separatorów i filtrów w pomarańczowych torbach na śmieci, ponieważ w czasie procesu spalania wyparowują do środowiska szkodliwe substancje.
- Nie należy płukać separatorów amalgamatu, filtrów i pojemników w zlewie.
- Zaleca się zbieranie i magazynowanie suchych odpadów amalgamatu w specjalnie do tego celu przeznaczonych, szczelnych pojemnikach. Pojemnik z amalgamatem, który jest przeznaczony do przerobu, powinien być oznaczony jako „amalgamat dentystyczny: metal do ponownego przetworzenia”, opatrzony nazwą, adresem i numerem telefonu praktyki oraz datą rozpoczęcia zbierania tej porcji materiału.
- Notatki z informacją o zbieraniu i usuwaniu resztek amalgamatu powinny być archiwizowane, bowiem inspektorzy mogą zażądać ich okazania.
- W praktyce powinny być używane wyłącznie kapsułki amalgamatowe.
- **W celu wychwytywania amalgamatu należy stosować separatory. Jest to konieczne dla ochrony środowiska, zgodnie z nowymi aktami prawnymi, ustanowionymi przez Parlament Europejski.**

dokończenie na str. 12



Czy bardzo się różnimy?

dokńczenie ze str. 10

- Rtęć**
W celu kontroli i eliminowania rtęci należy:
- Używać wyłącznie kapsułkowanego amalgamatu.
 - Do czyszczenia rozlanej rtęci używać specjalnego zestawu.
 - Do związania niewielkiej ilości wolnej rtęci stosować stop srebra, aby przekształcić ją w amalgamat podlegający recyklingowi.
 - Z resztkami rtęci i absorbentem używanym do oczyszczenia miejsca, w którym się rozlała postępować zgodnie z zaleceniami odbiorcy tych resztek.

Amalgamat skażony
Amalgamat skażony to taki, który miał kontakt z pacjentem, np.: usunięte zęby z amalgamatem, resztki z separatorów, filtrów i ekranów. Odpady te powinny być traktowane jako odpady niebezpieczne.

22. Postępowanie z materiałem z biopsji

Tkanki z biopsji muszą być przechowywane w sterylnym, szczelnym naczyniu szklanym lub pojemniku plastikowym w 10 % roztworze formaliny.

23. Protokół skaleczeń

W praktyce często dochodzi do skaleczenia lekarza. Są to przypadki bardzo różne i wynikające z wielu sytuacji. W każdym przypadku skaleczenia lub zakłucia należy spowodować skrwawienie rany, następnie zmyć ją bieżącą wodą i mydłem antybakteryjnym, przemyć środkiem dezynfekcyjnym i przykryć wodoszczelnym opatrunkiem.

Wskazane byłoby zgłoszenie się do lekarza i wdrożenie odpowiedniego postępowania wypadkowego, nadzoru serologicznego i osłony farmakologicznej.

Niezbędne jest odnotowanie faktu skaleczenia w dokumentacji medycznej.

Powyższy tekst stanowi omówienie propozycji Grupy Roboczej ds. Kontroli Zakażeń i Gospodarki Odpadami Dentystycznymi, powołanej przez Council of European Dentists (CED) zawartych w materiale: *Wspólny Europejski Kodeks Kontroli Zakażeń i Gospodarki Odpadami Medycznymi*.

Członkami grupy roboczej są: Tzoutzas J. (Hel), Rode M. (SI), Rodrigues Lozano F. (Es.), Zemen J. (Cz), Braga J. (Pt)

*tłum: lek. dent. Anna Śpiałek
oprac: lek. dent. Anna Śpiałek
lek. dent. Halina Porębska
fot. Marek Stankiewicz*

Abiit, non obiit

12 października 2006 r. na Powązkach Warszawa pożegnała doktora **Jerzego Moskwę**, pierwszego Przewodniczącego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, wspaniałego lekarza i społecznika, oddanego swoim pacjentom.

Doktor Jerzy Moskwa był niekwestionowanym autorytetem, który potrafił swoje życiowe doświadczenia wykorzystać w działalności dla dobra środowiska lekarskiego.

„Kolumb lat dwudziestych”, żołnierz Polski Podziemnej, członek Prezydium NSZZ „Solidarność”, wybitny lekarz sportowy, opiekun kadry narodowej bokserów pod wodzą Feliksa Stamma, ordynator Oddziału Urazowo-Ortopedycznego szpitala na Barskiej był naszym nauczycielem i przewodnikiem. Tworzył izbę warszawską budując ją od podstaw, jednocząc wokół siebie tych, dla których idea samorządności była bliska. Wiedział jak trudno będzie sprostać oczekiwaniom lekarzy i społeczeństwa pisząc z troską w jednym z pierwszych biuletynów warszawskiej OIL: „Czy możemy się wybić na samorządność?”

Był zaangażowany w działalność samorządu do końca. Pierwszy przewodniczący Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, wiceprezes NRL II kadencji, honorowy Prezes i Delegat warszawskiej OIL, niezastąpiony Działacz i Przyjaciel.

Człowiek żyje tak długo, jak długo pozostaje po nim pamięć. Odszedł, ale nie umarł – na zawsze pozostanie w naszej pamięci.



6 PAŹDZIERNIKA 2006 R. ZMARŁ
DOKTOR NAUK MEDYCZNYCH
JERZY MOSKWA
WSPÓŁTWÓRCA ODRODZONEGO SAMORZĄDU ZAWODOWEGO LEKARZY
WICEPREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ II KADENCJI
BYŁY CZŁONEK NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
ODZNACZONY „MERITUM PRO MEDICI”
NAUCZYCIEL I AUTORYTET DLA WIELU POKOLEŃ LEKARZY
SERDECZNE WYRAZY WSPÓŁCZUCIA RODZINIE ZMARŁEGO
SKŁADAJĄ PREZES I CZŁONKOWIE NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
ZESPÓŁ „GAZETY LEKARSKIEJ”

Dnia 6 października 2006 r. zmarł
Pan dr n. med. JERZY MOSKWA,

twórca samorządu lekarzy, Nauczyciel i Przyjaciel wielu z nas,
Inicjator i Pierwszy Prezes Konwentu Przewodniczących
Okręgowych Izb Lekarskich,
Kawaler Tytułu i Odznaczenia Pro Gloria Medici.

Rodzinie Pana Doktora wyrazy głębokiego współczucia przekazuje
Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska
i Kapituła Tytułu i Odznaczenia
Pro Gloria Medici – Ku Chwale Lekarzy

Maciej Z. Czerwiński

Panu Doktorowi
GRZEGORZOWI MAZUROWI
wiceprzewodniczącemu Okręgowej Rady Lekarskiej
wyrazy serdecznego współczucia z powodu tragicznej śmierci
Żony Małgorzaty
składają Przewodniczący i Okręgowa Rada Lekarska w Łodzi

Niespodzianka dla cara



Ryszard Kijak

Pewnego kwietniowego poranka dziesięcioosobowa grupa lekarzy została wyrzucona z oddziału chirurgii dziecięcej, gdzie stawiała się, aby wykonać dziewięć zaplanowanych na ten dzień zabiegów oraz zapewnić odpowiednią opiekę małym pacjentom znajdującym się na oddziale.

foto: Marek Stankiewicz

Zanim jeszcze lekarze pojawili się w pracy, mogli już przeczytać w lokalnej gazecie, nabytej wraz ze świeżymi bułeczkami kupionymi na śniadanie, że właśnie... odeszli od łóżek pacjentów. Ponieważ prasa codzienna składana jest do druku późnym wieczorem dnia poprzedniego, zdarzenie to dziennikarz-jasnowidz przewidział więc na kilkanaście godzin wcześniej, nim ów fakt miał choćby teoretyczną możliwość zaistnienia. Jeszcze przez kilka następnych dni miejscowe media zachłystywały się tą lekarską „afetą”.

Chodziło o to, że poprzedniego dnia zespołowi chirurgów Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Specjalistów Chirurgii Dziecięcej, Ortopedii i Traumatologii „Pean”, prowadzonemu przez dr. Tadeusza Politewicza, skończył się kontrakt z SP Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalem Dziecięcym w Olsztynie. Nowego nie udało się jeszcze wynegocjować. A „Pean” zajmował się specjalistyką, opieką nad hospitalizowanymi pacjentami i pełną operatywą szpitalną.

rys: Małgorzata Gnyś



Szczucie ochroniarzami

Choć feralnego dnia chirurdzy w zasadzie nie mieli już prawa wstępu do szpitala (ze względu na to, iż umowa nie została z nimi jak na razie przedłużona), to jednak, motywowani poczuciem obowiązku, postanowili przystąpić do normalnej pracy. Ale na oddziale przywitał ich wicedyrektor, przy czym jego przywitanie okazało się jednocześnie pożegnaniem.

Wyrazem tego jest notatka służbowa zamieszczona w książce dyżurowej, a podpisana przez obie strony (wicedyrektora i chirurgów): „Dnia 1.04.2003 lekarze NZOZ «Pean» zgłosili się o godz. 7.00 celem wykonania operacji zaplanowanych na dzień dzisiejszy. Dyr. Edmund B. przekazał nam, że przejmuje oddział i prosi nas o opuszczenie szpitala”.

W rzeczywistości kurtuazji było nawet znacznie mniej, niżby wynikało to z tekstu wpisu, ponieważ przedstawiciel pracodawcy, nie bacząc na deklaracje lekarzy, iż wykonają wszystkie operacje i zabezpieczą życie oraz zdrowie swoich podopiecznych bez względu na brak kontraktu i nadal negocjując jego warunki, zażądał bezwzględnego opuszczenia przez nich zakładu, a w razie odmowy – zagroził poszczuciem ich ochroniarzami.

W tej samej książce dyżurowej widnieje jeszcze i druga uwaga: „Na prośbę zarządu szpitala w celu zapewnienia opieki nad dziećmi oddziału chirurgicznego objęto dyżur o godz. 7.00 dnia 1 kwietnia 2003” – tu pieczęć i podpis dr. Marka Załęskiego.

go, prowadzącego NZOZ „Specjaliści Dziecięcy”, sprofilowany na specjalistyczne dziecięce poradnictwo chirurgiczne, na chirurgię jednego dnia i małoinwazyjną. Czyli – zdaniem jednych – niekonkurencyjnego w stosunku do NZOZ-u „Pean”, zaś zdaniem innych – jak najbardziej tak.

Daremne szukanie jelenia

Z chwilą wyrzucenia „Peana” za drzwi na oddziale zaczęły się czarne dni. Jego funkcjonowanie zabezpieczał bowiem przez trzy doby pod rząd jeden tylko lekarz z NZOZ-u „Specjaliści Dziecięcy”, a czterema poradniami specjalistycznymi zajmował się emerytowany chirurg dziecięcy, wsparty jednego dnia przez ortopedę. Nie odbyła się żadna poważna operacja. Noworodki z wadami rozwojowymi odsyłane były do Warszawy.

Lekarze z NZOZ-u „Pean” nie pozostali obojętni na los pacjentów. Udzielali porad telefonicznie, przeprowadzili konsultację noworodka na OIOM-ie, a także incydentalnie wzięli udział w paru drobniejszych zabiegach. W tym czasie dyrektorka szpitala, Elżbieta K.-D., gorączkowo przeczesywała Polskę w poszukiwaniu kogoś, kto mógłby zastąpić krnąbrnych chirurgów. Niestety, nie pomogły nawet dawane do prasy pilne ogłoszenia.

Chirurgów „Peana” irytowało, że dyrekcja SP WSS Dziecięcego w Olsztynie nie zawsze podpisywała z nimi umowy na okres krótszy niż rok, a każda kolejna umowa opiewała na stawkę niższą niż poprzednia. „Pean” zaczynał od 2,00 zł za 1 pkt procedury, po pewnym czasie zmieniono mu stawkę na 1,60 zł (czyli na 16 proc. wartości punktu), aż w końcu zaproponowano 1,10 zł za punkt, co dałoby lekarzom zarobki niższe, niż gdyby pracowali na szpitalnych etatach. I ta właśnie zagrywka stała się przyczyną impasu.

Lekarzy zirytowało także, iż w tym samym czasie, gdy zlecniodawca zaniżał „Peanowi” wynagrodzenie, powołując się na brak środków finansowych i długi szpitala, z innymi podmiotami zawierał o wiele bardziej atrakcyjne dla tamtych zleceniobiorców umowy: nie na 16 proc., a na 50 proc. wartości punktu w tych samych procedurach (co mogło rodzić podejrzenia o działania korupcyjne) czy na oszałamiające stawki dyżurowe: 800,00 zł za dzień zwykły i 2400 zł za świąteczny.

Wobec patowej sytuacji chirurdzy zwrócili się z prośbą o interwencję do marszałka województwa. Dopiero wtedy, nocą 3 kwietnia, dyrekcja szpitala wznowiła negocjacje, które wreszcie doprowadziły do powrotu „Peana” na oddział.

Monopol przeciw monopolowi

Szpital czuł się carem i monopolistą, dysponującym – jako jedyny na tym terenie – odpowiednią infrastrukturą i wszelkimi innymi warunkami niezbędnymi do przeprowadzania określonych operacji. To utrzymywało administrację w przekonaniu, że może robić ze zleceniobiorcami wszystko, na co jej tylko przyjdzie ochota.

Dyrekcja zapomniała jednak o pewnym drobiazgu: NZOZ „Pean” także okazał się monopolistą. Bardziej nawet niezależnym niż zakład publiczny. I oto ta niespodzianka.

Bo to właśnie zakład publiczny, ze swoim organem założycielskim, czyli samorządem terytorialnym, prawnie zobowiązany jest do zapewnienia społeczeństwu świadczeń medycznych, a nie NZOZ. To szpital publiczny musi zapewnić ciągłość ich udzielania, a więc wystarczająco wcześniej wyszukać wykonawcę, wynegocjować warunki i zawrzeć umowę na odpowiednio długi okres, zapewniający bezpieczeństwo zdrowotne ludności.

A jeśli okaże się, że podmiot wykonawczy jest tylko jeden, i innego nie udaje się znaleźć, to niestety, ale nie można go potraktować jak śmiecia. Trzeba albo uelastyczyć swoje propozycje, albo zamknąć oddział na głucho. Bo taki wykonawca też jest monopolistą, który w dodatku – bez żadnych konsekwencji prawnych – może po prostu nie przystać na proponowane przez szpital warunki. Lekceważenie takiego kontrahenta to prowokowanie sytuacji, która właśnie zaistniała na chirurgii dziecięcej w Olsztynie.

dokończenie na str. 16

Niespodzianka dla cara

dokńczenie ze str. 15

Niektórzy dyrektorzy zrozumie-
li już tę prostą – jak budowa maczugi
– zasadę, że przestali być carami. Je-
śli nie udaje im się znaleźć wykonaw-
cy za małe pieniądze, podpisują kon-
trakt z takim, który wykona zadanie
za większe. Ale wykona. Tak się dzie-
je np. w szpitalu w Bogatyni, gdzie
miesięcznie specjaliści zarabiają nawet
12 tys. zł brutto, gdyż w innym przy-
padku pojechaliby sobie do Niemiec,
czy w szpitalu w Lwówku Śląskim,
gdzie otrzymują po ponad 10 tys. zł.
Z tych samych powodów.

Jednak... konkurencja?

Ale to nie koniec afery „Peana”. Bo
oto minęły już trzy lata, gdy ni stąd ni
zowąd – 6 marca 2006 r. – do Okręgo-
wego Rzecznika Odpowiedzialności
Zawodowej Warmińsko-Mazurskiej
Izby Lekarskiej w Olsztynie wpłynę-
ło zawiadomienie o podejrzeniu na-
ruszenia zasad etycznych przez Tade-
usza Politewicza, kierującego NZOZ-
em „Pean”. Skargę złożył... kierują-
cy NZOZ-em „Specjaliści Dziecięcy”
Marek Załęski, a dotyczyła ona opisa-
nego wyżej, odgrzanego, primaapri-
sowego konfliktu „Peana” z dyrekcją
szpitala z 2003 r.

Prowadzenie postępowania naczelnym
rzecznik odpowiedzialności zawodowej
dr Jolanta Orłowska-Heitzman przeka-
zała rzecznikowi okręgowemu w Bia-
łymstoku, a ten – odmówił wszczęcia
postępowania wyjaśniającego.

Białostocki rzecznik dr Anatol Aksiu-
cik stwierdził, iż skarżący wywodzi na-
ruszenie zasad etycznych przez T. Po-
litewicza z faktu niezawarcia kolejnej
umowy między NZOZ-em „Pean” a
szpitalem dziecięcym – po wygaśnie-
ciu dotychczasowej – i pozostawienie
pacjentów oddziału bez opieki. Ponie-
waż jednak organizacja i zapewnienie
ciągłości udzielania świadczeń zdro-
wotnych z zakresu chirurgii dziecięcej
należały do szpitala, i to obowiązkiem
dyrekcji było bądź przedłużenie dotych-
czasowej umowy z „Peanem”, bądź za-
warcie nowej z innym podmiotem, wo-
bec tego zarzut nieetycznego postępo-
wania T. Politewicza jest całkowicie
nieuzasadniony.

Podjezanych jest więcej

Autor skargi natychmiast odwołał
się od tego postanowienia, a naczelną
rzeczniczka uchyliła decyzję okręgową
i przekazała sprawę do ponownego roz-
poznania, ponieważ w odwołaniu skar-
żący uściślił, iż przedmiotem jego skar-
gi jest nieetyczne zachowanie kierow-
nika NZOZ-u „Pean”, związane z „nie-
zapewnieniem odpowiedniej opieki pa-
cjentom prowadzonej przez niego pla-
cówki po wygaśnięciu umowy”.

Zdaniem rzeczniczki naczelniej rzec-
znik okręgowy „powinien zbadać, czy
zdrowie i życie pacjentów NZOZ «Pean»
było zagrożone po wygaśnięciu umowy,
a jeśli tak, ustalić również, kto ponosi za
ten stan odpowiedzialność”. Rzecznicz-
ka zadecydowała, że w sprawie tej „po-
winno zostać przeprowadzone postępo-
wanie dowodowe mające na celu ustale-
nie, czy w opisanej przez skarżącego sy-
tuacji doszło do popełnienia przewinie-
nia zawodowego przez jakiegokolwiek
lekarza”. Zaleciła więc przeprowadze-
nie całego żmudnego, czasochłonnego
i kosztownego postępowania, z zezna-
niami świadków, analizą historii cho-
rób itp.

Przy okazji, rzeczniczka naczelną
znacznie rozszerzyła zakres podmio-
towy skargi złożonej pierwotnie jedy-
nie na T. Politewicza. Uznała, iż jeśli
rzecznik okręgowy stwierdzi, że zaist-
niało zagrożenie dla pacjentów, to po-
winien wykryć, czy nie tylko kierow-
nik „Peana”, ale czy w ogóle jakikol-
wiek lekarz był temu winien. Winnym
może więc się okazać niekoniecznie dr
Politewicz, ale np. ówczesna dyrektorka
szpitala, lekarka. Albo jej zastępca. Też
lekarz. Lub jeszcze ktoś inny, np. kon-
kurent. Bo pytanie „czy winny jest Po-
litewicz”, a pytanie „czy winny jest ja-
kikolwiek lekarz”, to dwa całkiem róż-
ne pytania.

Zaleganie afektu

Sprawa nie jest jeszcze zamknięta i
znajduje się u okręgowego rzecznika od-
powiedzialności zawodowej. Dlaczego
tam w ogóle trafiła?

– Wróciłem po trzech latach do tego
zdarzenia, ponieważ doszedłem do
wniosku, że nadal nic się nie zmieni-
ło, a koledzy z NZOZ-u „Pean” w dal-
szym ciągu uważają, iż wówczas postą-
pili właściwie – chętnie odpowiada na
pytanie „Gazety Lekarskiej” skarżący,
dr Załęski.

– A jeżeli są w błędzie, to, według
pana, co musieliby wtedy zrobić? – py-
tam.

– Już na tydzień wcześniej powinni
przygotować pacjentów, a zwłaszcza
ich rodziców, do sytuacji, że na oddzia-
le może zabraknąć chirurgów – twier-
dzi autor skargi. – Zbagatelizowali pro-
blem, nie opróżnili oddziału i nie wy-
kazali zdolności mediacyjnych. A prze-
cież istniały mechanizmy zabezpiecza-
jące. Można było np. podpisać kontrakt
tymczasowy, na dwa, trzy miesiące, i
negocjować dalej, uprzedzając w tym
czasie pacjentów, że niedługo mogą zo-
stać pozbawieni opieki.

Nas nie miało nie być

Jeśli chodzi o mnie – może i zgodził-
bym się z tym tokiem rozumowania,
gdyby nie to, że nie widzę żadnego po-
wodu, abym musiał podpisywać skraj-
nie niekorzystny dla siebie kontrakt, na-
wet gdyby miał być tylko tymczasowy.
Nie pomijałbym też uprzejmie faktu,
iż chirurdzy wykazali maksimum dobrej
woli i – mimo braku kontraktu – stawi-
li się do dyspozycji swoich pacjentów.
Tyle, że natychmiast zostali usunięci z
placówki.

Poza tym wiadomo, że oddziałem za-
rządza dyrekcja szpitala, a nie jakaś gru-
pa świadczących tam usługi lekarzy. I
to do dyrekcji – jako zarządcy – nale-
żało ewentualne zredukowanie liczby
pacjentów oraz uprzedzenie ich o po-
tencjalnych perturbacjach. Niestety, o
swoich prawach zarządczych dyrekcja
przypomniła sobie dopiero w momen-
cie wyrzucania „Peana” z oddziału, czy-
li cokolwiek za późno.

– Dlaczego pod koniec marca 2003 r.
nie ograniczyliście przyjęć pacjentów i
nie ostrzeżliście rodziców, że może was
nie być? – indaguję szefa „Peana” T. Po-
litewicza, który zapoznał mnie z doku-
mentacją tej sprawy.

– Nas nie miało nie być. Nie plano-
waliśmy tego. Przeciwnie, zdecydowa-
liśmy, że jeśli będzie trzeba, to jakiś
czas popracujemy nawet bez kontrak-
tu, za darmo – wyjaśnia. – Uważaliśmy,
że będzie to z korzyścią zarówno dla
pacjentów, jak i szpitala. Przy tym za-
łożeniu nie zachodziła potrzeba reduk-
cji stanu oddziału i straszenia chorych.
Przyszliśmy do pracy jak każdego in-
nego dnia. Lecz dyrekcja wybrała kon-
frontację. Wypchnęła nas rano za drzwi,
więc wyszło – jak wyszło... Ale to już
nie nasza wina.

Ryszard Kijak

Zaledwie 4% ludzi wie, co to jest AMD

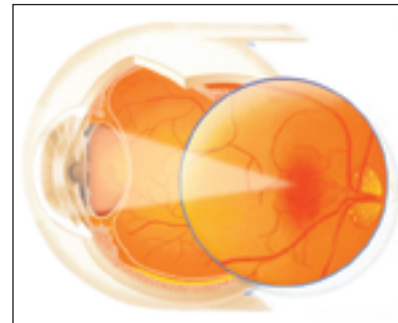
Uwaga na druzy

Co pięć sekund jeden dorosły mieszkaniec kuli ziemskiej traci wzrok.

O
becnie ponad
160 mln lu-
dzi na całym świe-
cie jest niewido-
mym lub słabo wi-
dzących. Aż trzy
czwarte przypad-
ków ślepoty można
uniknąć dzięki za-
stosowaniu znanych,
sprawdzonych i nie-
zwykle opłacalnych środków – mówi
prof. Andrzej M. Stankiewicz, szef kli-
niki okulistycznej Wojskowego Insty-
tutu Medycznego.

Tegoroczny Światowy Dzień Wzro-
ku obchodzono 3 października po raz
pierwszy. Na czoło zagrożeń wysuwa
się jaskra i AMD. Szczególną uwagę po-
święcono AMD – zwyrodnieniu plamki
związanemu z wiekiem, jako najczęst-
szej przyczynie nieodwracalnej utraty
wzroku po 50 roku życia. W Polsce w
zaawansowanym stadium choroby jest
już 616 tys. osób. Pomimo ogromnego
zagrożenia wiedza społeczeństwa na jej
temat jest znikoma. Zaledwie 4% wie
o istocie choroby, nie mówiąc już o
ogromnym odsetku pacjentów zgłasza-
jących się na badanie wzroku rzadziej
niż co dwa lata.

Zwyrodnienie plamki związane z wie-
kiem (*Age-related Macular Degenera-
tion*, AMD) jest jedną z przyczyn nieod-
wracalnej utraty wzroku. Oko stopnio-
wo traci zdolność do ostrego widzenia
szczegółów obrazu, aż do trudności z
rozpoznawaniem twarzy i czytaniem.



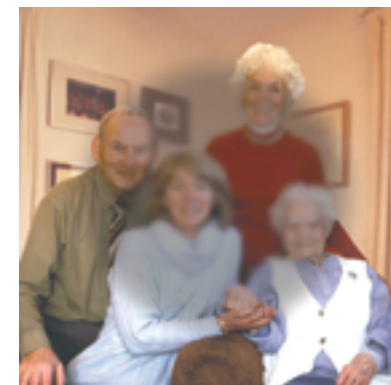
Druzy – złogi
nierozpuszczalnego
materiału umiej-
scowione pomię-
dzy warstwą komó-
rek nabłonka barw-
nikowego siatków-
ki (RPE) a błoną
Brucha stanowią
integralny element
diagnozy zwyrod-

nienia plamki związanego z wiekiem
(AMD).

Wyróżnia się postać suchą i mokrą
AMD. Pierwsza jest łagodniejsza i po-
czątkowo jest przyczyną minimalnych
zaburzeń widzenia. W miarę postępu
choroby obszar niewyraźnego widze-
nia zlokalizowany w centrum powo-
li się powiększa. Jeśli proces dotyczy
jednego oka, chory może nie zauważyć
żadnych zmian. W postaci mokrej utra-
ta widzenia centralnego następuje gwał-
townie, nawet w ciągu 3 tygodni. Do
trudności z czytaniem dołącza się czę-
sto deprymująca nieporadność w pro-
stych czynnościach domowych. Postę-
puje neowaskularyzacja, a kruche na-
czynia pękają i tworzą wylewy i wysię-
ki podsiatkówkowe.

Zaleca się wczesne przeciwdziałanie
skutkom choroby. Przyjmowanie mikro-
składników takich jak luteina i zeaksan-
tyna (preparat *Ocuvite Lutein*), wcho-
dzących w skład żółtego barwnika plam-
ki, zwiększa gęstość pigmentu plamki i
zmniejsza ryzyko wystąpienia AMD.

ms





Napisać receptę – to nic wielkiego!

Krystyna Knypl

Dobrze to znamy: na minutę przed zakończeniem wielogodzinnej pracy uchylają się drzwi gabinetu i pojawia się w nich głowa pacjenta, który recytuje: „Pani doktor, ja tylko po receptę...”

Sugestia przełożenia wizyty na następny dzień zderza się ze zręczną kontrap: „Ale ja już od tygodnia nie mam leków...” W tej sytuacji, jakkolwiek bez entuzjazmu, robimy to, co najprostsze – przyjmujemy pacjenta i sięgamy po bloczek. Piszemy sto pięćdziesiątą receptę tego dnia, wypisujemy imię i nazwisko, kod pocztowy i adres zamieszkania pacjenta (obowiązkowo całe wyrazy – żadne tam Al. Jerozolimskie!), pesel gdy ordynacja dotyczy inwalidy wojennego, nazwę leku, liczbę tabletek, opakowań, uff... jeszcze tylko podpis i data. Recepta rozpoczyna samodzielne długie życie po krótkiej inkubacji w gabinecie lekarza.

Głos farmaceutów

Farmaceuta pierwszy zмага się z odczytaniem recepty. Czy jest to zadanie łatwe? Mgr Małgorzata N. (nazwisko znane redakcji) w ciągu 33 lat praktyki zetknęła się z tysiącami recept napisanych przez lekarzy różnych specjalności. Na początku pracy zawodowej realizowała około 15 recept w ciągu dyżuru za ładą, obecnie ma ich dwa razy tyle. W ciągu całego dnia warszawska apteka położona przy dość ruchliwej ulicy, w pobliżu dwóch przychodni, realizuje około 120 recept.

Farmaceutka uważa, że dawniej wszystkie recepty były czytelne. – Teraz mam trudności z odczytaniem 20% recept, a mimo usilnych starań nie mogę rozszyfrować 3%. Weźmy choćby tę receptę... Co pani doktor uda się odczytać? – pyta pani magister i podaje mi *corpus delicti*.



Na dowód, że to trudne zadanie, załączam fragment recepty. Może zechcą koledzy spróbować swoich sił w grafologii i rozszyfrują jaki lek zaordynowano? Osoby, które prawidłowo podadzą nazwę leku i prześlą rozwiązanie pod moim adresem poczty elektronicznej, otrzymają nagrodę-niespodziankę. Dla ułatwienia dodam, że recepta nie jest pisana cyrylicą, jak sądziła pewna młoda lingwistka, zaangażowana doraźnie jako osoba z grupy kontrolnej bez wykształcenia medycznego. – Jakie są konsekwencje niepewności co do treści recepty i nietrafnego jej zakwalifikowania? – pytam panią magister. – Zdarza mi się raz w roku ponieść konsekwencje finansowe w postaci zapłaty za receptę, dwa razy w życiu jechałam do domu pacjenta, aby upewnić się co do wydanych leków. Na szczęście nie popełniłam błędu – słyszę w odpowiedzi.

Pisanie recept jest emocjonujące

Emocje związane z pisanem recept są różnego rodzaju. Na początku praktyki byłam najbardziej skupiona na dawce na parstnicy w tabletkach. Potem rozpoczął się festiwal przepisów i najważniejsze było pamiętać najnowsze zarządzenia miłośników rządzących – jedno opakowanie na jednej receptce, słownie liczba tabletek, recepty z czerwonym paskiem dla inwalidów wojennych, zielone recepty bezpłatne itd. – kóż to wszystko jeszcze pamięta?

Największe emocje budzą jednak naciski przemysłu farmaceutycznego na „przepisywaczy” – jak niezbyt elegancko bywają określani lekarze przez niektóre osoby z branży farmaceutycznej. To oczywiście i poza wszelką dyskusją, że nikt nie powinien wywierać nacisków na lekarza wystawiającego receptę ani proponować mu dodatkowych gratyfikacji. Trzeba też podkreślić, że nie powinny mieć miejsca naciski ze strony administratorów systemu ochrony zdrowia, dążących jedynie do doraźnej minimalizacji wydatków na leki. Dyskusja o korupcji związanej z wypisywaniem recept ślimaczy się na łamach komercyjnych czasopism medycznych, a głównymi komentatorami są członkowie Lekarskiej Grupy Roboczej Programu Przeciw Korupcji. Wypowiedzi osób z owej grupy, które spotkałam na łamach prasy, są mieszaniną poprawności politycznej, zenujących domniemań i myślenia życzeniowego.

Nie tędy droga! Profesor Philip Kotler, wybitny autorytet w dziedzinie marketingu, zapytany przeze mnie o problematykę rynku medycznego powiedział: „Nieprawidłowe relacje między lekarzem a przemysłem farmaceutycznym spotyka się częściej na tych rynkach, na których nie ma odpowiednich przepisów lub nie precyzują one tych relacji dostatecznie dokładnie. Najgorsza jednak sytuacja panuje wtedy, gdy relacje nie są zdefiniowane”.

Korupcję tworzą złe przepisy i dwie ręce – jedna, która daje i druga, która bierze. Pierwszym krokiem, i najbardziej skutecznym, jest stworzenie odpowiednich przepisów, czyli receptariusza. Dlaczego Ministerstwo Zdrowia i NFZ nie stworzyły go dotychczas – nie wiadomo. Z pewnością *lekką, łatwo i przyjemnie* jest obrzucać lekarzy błotem, a trudno tworzyć dobre przepisy. Zachęcamy decydentów, aby nie unikali trudnych dróg prowadzących do skutecznych rozwiązań i żeby napisali dobrego receptariusza. Nie interesuje nas osobliwa *kuracja błotna*, jaką każdego dnia fundują nam media.

Programy komputerowe

Wszyscy moi rozmówcy widzieli ratunek w receptach wystawianych komputerowo. To z pewnością znakomity sposób na wyeliminowanie nieczytelnych recept, ale rodzi nowe problemy. Polskie programy komputerowe zbyt często są zawodowe i trudne w obsłudze, a ich instrukcje gęsto najeżone komputerowym żargonem, zrozumiałym przez niewielką liczbę osób, w zasadzie płci męskiej, młodych, przed trzydziestką. Brak przejrzystości w proponowanych formach graficznych to drugi mankament dostępnych u nas programów.

W dobie *pen-drive'ów* (usłyszałam ostatnio sympatyczne polskie określenie tego przydatnego gadżetu – pędrak; gorąco je popieram) łatwo można sobie wyobrazić, że nosimy dane pacjentów razem z innymi przyborami lekarskimi. Idealne rozwiązanie to stojący w każdym gabinecie sprawny komputer z drukarką. Skoro zaopatrzone w komputery banki, poczty, biura podróży, to powstaje pytanie, dlaczego nie zrobiono tego w sposób systemowy z ochroną zdrowia. Czyżby zadziałało słynne twierdzenie, że lekarz zawsze da sobie radę?

Oczywiście należy się podpisać pod apelami kierowanymi do praktykujących kolegów, aby czytelnie wypełniali poszczególne pola recepty i nie lekceważyli zarządzeń. *Dura lex sed lex*. Lecz mamy też świadomość, że nie wszystko jest w naszych rękach. Apelujemy do decydentów, aby przestali wierzyć w zawołanie, że w systemie ochrony zdrowia *jakos to będzie*. Może przyjdzie taki dzień, że będzie bardzo źle. Niewykluczone, że kartka z tym dniem wisi już na ścianie naszych gabinetów.

Lekarstwo na recepty

Długoletnia obserwacja wskazuje na to, że nie ma skutecznego lekarstwa na pisanie recept. Po raz kolejny dostaniemy w połowie 2007 r. polecenie wyprodukowania nowych pieczętek – tym razem z numerem indywidualnej umowy z oddziałem NFZ i naszym prywatnym telefonem. Każdy będzie mógł całodobowo dzwonić do lekarza i wyjaśniać wątpliwości.

Wielu pacjentów, których leczę ma moje prywatne telefony i adres poczty elektronicznej. Na przestrzeni 38-letniej praktyki telefonowano do mnie o najróżniejszych porach. Pamiętam telefon o piątej nad ranem od pacjentki, której zmarł ktoś bliski i której przyszło na myśl, że ja będę właściwą osobą do rozmowy. To ludzkie i normalne, że w takiej chwili odczuwa się potrzebę podzielenia rozpaczy z kimś, do kogo ma się zaufanie. Jednak wyjątkowe życiowe sprawy to jedno, a urzędowe czynienie z lekarza całodobowej agencji informacyjnej tylko dlatego, że – dla przykładu – na recepcie napisał słowa „czopek glicerynowy”, a pacjent nie zapamiętał szczegółów ordynacji jest nadużyciem prawa do prywatności należnego każdemu lekarzowi. Tak uważam.

krystyna.knypl@compi.net.pl

Przewlekłe zakażenia HBV

Waldemar Halota

W ostatnich latach dochodzi w Polsce do systematycznego spadku liczby nowych zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B.

Pociąga to z jednej strony za sobą nieuprawnione opinie, iż pozostaje to w związku z poprawą stanu sanitarnego jednostek ochrony zdrowia, a z drugiej – głosy samozadowolenia z powodu rzekomego uporania się z tą groźną chorobą.

Szacuje się, że z wirusem HBV zetknęły się na świecie 2 miliardy ludzi,

spośród których 1/5 czyli ok. 400 milionów osób cierpi z powodu przewlekłych następstw tych zakażeń. Tych ostatnich bagatelizować nie należy, gdyż tylko w Stanach Zjednoczonych każdego roku przyczyniają się do śmierci jednego miliona ludzi.

Jeśli popatrzymy na problem w skali naszego kraju, to nie ma wątpliwo-

ści, że obecnie rangę chorób etiologii HBV wyznaczają tu również przewlekłe zakażenia. Brakuje obiektywnych danych, ale najczęściej szacuje się ich liczbę na 350-400 tysięcy. Są wśród nich chorzy na różnych etapach przewlekłych zapaleń wątroby i marskości wątroby, gwałtownie też narasta liczba osób z rakiem wątrobowokomórkowym.

Nie budzi wątpliwości, że zachowujemy się zbyt pasywnie w stosunku do tych zagrożeń. Postęp farmakoterapii jaki ostatnio nastąpił zbyt wolno dociera do świadomości lekarzy praktyków, a zwłaszcza urzędników NFZ. Programy lekowe nie obejmują nowych generacji leków, dlatego polski pacjent pozbawiony jest nowoczesnej terapii. Koszty społeczne i finansowe tych zaniechań są niewyobrażalne.

Epidemiologia zakażeń HBV w Polsce

W latach siedemdziesiątych każdego roku rejestrowano kilkadziesiąt tysięcy zachorowań na WZW typu B. Z prowadzonych wówczas i później dociekań epidemiologicznych wynikało niezbicie, że dominującą rolę w szerzeniu się choroby odgrywały zaniechania sanitarne w jednostkach ochrony zdrowia. Proporcjonalnie do zakażeń HBV wśród kobiet kształtowały się zakażenia przenoszone drogą wertykalną.

Na Zachodzie główną drogą transmisji zakażeń HBV są niezmiennie zakażenia przenoszone drogą seksualną, stąd początkowo odmienne strategie szczepień przeciwko HBV; tam zalecano je młodzieży i turystom, u nas osobom oczekującym na zabiegi operacyjne. Nie ma wątpliwości, że rodzime rozwiązanie zostało wymuszone brakiem wiary w możliwość zapobiegania zakażeniom zakładowym poprzez rygorystyczne przestrzeganie

zaleceń sanitarnych. W konsekwencji jednostki ochrony zdrowia przestały generować zakażenia HBV bez związku z poprawą higieny, o czym najlepiej świadczy ich ranga w rozprzestrzenianiu zakażeń HCV. W tym jednak przypadku duży odstęp czasu między ekspozycją a objawami choroby sprawia, iż nie stygmatyzują one sprawców.

Mimo że to kontrowersyjne rozporządzenie obecnie nie obowiązuje, świadectwa szczepień przeciwko WZW B są często nadal wymagane. Nie wiadomo czy mają być gwarantem bezpieczeństwa pacjenta czy zakładu leczniczego. Abstrahując od takiej prewencji, wprowadzenie zwłaszcza powszechnych obowiązkowych szczepień wśród noworodków i ostatnio wśród starszych dzieci przyczyniło się do radykalnej poprawy sytuacji epidemicznej. Co więcej, nie wydają się wyolbrzymione oczekiwania, że podobnie jak w przypadku kilku innych chorób zakaźnych szczepienia te mogą doprowadzić do eradykacji zakażeń HBV. Nie nastąpi to szybko ze względu na ogromny rezerwuar HBV jakim są przewlekłe zakażenia. Nie wydaje się, aby ich szacowana w Polsce liczba (około 400 tysięcy) była zawyżona, gdyż obejmuje „tylko” około 1% populacji.

Historia naturalna choroby

Wirusowe zapalenie wątroby jest chorobą heterogenną, której przebieg determinowany jest reaktywnością mechanizmów odpornościowych zakażonego człowieka. Postęp w poznaniu tych zjawisk w dużej mierze zawdzięczamy badaniom na zwierzętach z innymi wirusami z rodziny Hepadnaviridae oraz eksperymentom na myszach transgenicznym. Potwierdzono hipotezy, że HBV nie jest wirusem patogennym w ostrym okresie zakażenia, gdyż za zmiany chorobowe odpowiadają limfocyty T oraz inne elementy odporności stymulowane zakażeniem. Reaktywność mechanizmów odpornościowych, ich charakter i nasilenie przesądza w istocie o losach zakażenia i przebiegu choroby, a mówiąc wprost o losach człowieka.

Powszechnie przyjmuje się, że występują 4 fazy zakażenia HBV – tolerancji immunologicznej, klirensu, niereplikacyjnej oraz reaktywacji. W okresie tolerancji dochodzi do roz-

woju specyficznych mechanizmów odpornościowych prowadzących w kolejnym okresie do eliminacji wirusii. Wówczas w fazie klirensu dochodzi do burzliwej manifestacji klinicznej choroby z obecnością jej wykładników biochemicznych i morfologicznych. Tak się dzieje w około 90% przypadków, czyli w zakażeniach o tzw. typowym przebiegu. Jeszcze do niedawna uważano, że faza niereplikacyjna, która następuje po tej fazie jest dowodem zdrowienia. Od czasu wykrycia minireplikacji, czyli wykazania, że u rekonwalescentów z serologicznymi wykładnikami przebytego zakażenia (obecność przeciwciał anty-HBc) może występować podprogowa replikacja HBV, nie bardzo wiadomo czy w ogóle potrafimy definitywnie wyeliminować wirusa. Na domiar złego badacze japońscy zapoczątkowali dyskusję podważającą powszechnie od lat akceptowane prawidłowe wartości aminotransferaz, sugerując, że są za wysokie.

W konsekwencji prognozowanie zejścia tego zakażenia na podstawie tradycyjnych kryteriów w wielu przypadkach może być obarczone poważnym błędem, a faza reaktywacji zagrażać potencjalnie każdemu, kto zetknął się z HBV w przeszłości. Jest ona częsta u osób leczonych immunosupresyjnie w okresie rekonstrukcji immunologicznej, które wcześniej przeżyły WZW B.

Zakażenia HBV, do których dochodzi w okresie noworodkowym i dziecięcym charakteryzują się pierwotnie przewlekłym, bezobjawowym przez wiele lat przebiegiem. Z nich głównie wywodzą się tzw. nosiciele HBsAg.

W tych przypadkach z zasady trwająca wiele lat faza immunotolerancji tylko wyjątkowo kończy się spontaniczną serokonwersją. Tym razem nazwa fazy nie może być przyjmowana dosłownie, gdyż powszechnie kończy się poważnymi następstwami chorobowymi. Na etapie zaawansowanej marskości wątroby możliwości farmakoterapii są praktycznie żadne, podobnie kształtują się szanse na transplantację narządu. Schyłkowa niewydolność wątroby, krwotoki z przewodu pokarmowego nierzadko zamykają historię naturalną choroby przed jej ostatnim etapem jakim jest rak wątrobowokomórkowy. HBV jest podobnie silnym karcynogenem jak nikotyna.

dokończenie na str. 23

WZW B – powstała grupa ekspertów

Z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych w lipcu została formalnie ustanowiona Grupa Ekspertów na rzecz terapii przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B.

Grupa Ekspertów ma przede wszystkim uporządkować problem leczenia przewlekłego WZW B w Polsce, dokładnie określić sytuację epidemiologiczną i zapewnić wszystkim chorym terapię, nie odbiegającą od światowych standardów. Szacuje się, że w Polsce liczba chorych na przewlekłe WZW B wynosi około 300 tys. Grupa opracuje wytyczne dotyczące leczenia WZW B w Polsce w 2007 r.

Działania Grupy mają ponadto zwrócić uwagę władz i społeczeństwa na problem WZW B w Polsce – temat, który jest często bagatelizowany z powodu istniejącego programu szczepień. Jednak lekarze zakaźnicy i hepatolodzy cały czas zbierają pokłosie zakażeń sprzed lat, które dopiero teraz, z racji tego, że choroba najczęściej przebiega bezobjawowo, ujawniają się pod postacią marskości czy raka wątroby. Można temu zapobiec dzięki odpowiedniej diagnozie i leczeniu osób zakażonych.

W skład Grupy wchodzi największe autorytety z dziedziny hepatologii i chorób zakaźnych w Polsce: **prof. dr hab. n. med. Jacek Juszczak** – Klinika Chorób Zakaźnych, AM Poznań, **prof. dr hab. n. med. Janusz Cianiara** – Instytut Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych, Warszawa, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, **prof. dr hab. n. med. Waldemar Halota** – Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, AM Bydgoszcz, członek Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego, **prof. dr hab. n. med. Andrzej Gładysz** – Klinika Chorób Zakaźnych, AM Wrocław, **prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak** – Klinika Obserwacyjno-Zakaźna, AM Białystok, **prof. dr hab. n. med. Anna Boroń-Kaczmarska** – Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, AM Szczecin, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego, **prof. dr hab. n. med. Małgorzata Pawłowska** – Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, AM Bydgoszcz, wiceprzewodnicząca Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, **prof. dr hab. n. med. Krzysztof Simon** – Klinika Chorób Zakaźnych, AM Wrocław, **prof. dr hab. n. med. Piotr Małkowski** – Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, AM Warszawa, prezes Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego, **dr Wiesław Kryczka** – Oddział Zakaźny Wojewódzkiego Szpitala w Kielcach. Koordynatorem Grupy został **prof. dr hab. n. med. Jacek Juszczak**.

Zgłaszanie zatruć produktami biobójczymi

Barbara Jaworska-Luczak

Zgodnie z zapisem zawartym w art. 23 Dyrektywy 98/8/WE dotyczącej wprowadzania do obrotu produktów biobójczych do prawa polskiego został wprowadzony obowiązek monitorowania zatruć produktami biobójczymi.

Stało się to na mocy ustawy z 28 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o produktach biobójczych (Dz. U. nr 180, poz. 1491), która znowelizowała ustawę z 13 września 2002r. o produktach biobójczych (Dz. U. nr 175, poz. 1433). Zagadnieniu kontroli zatruć produktami biobójczymi poświęcony został rozdział 9a. Wprawdzie system ten miał rozpocząć działalność z dniem 1 stycznia 2006 r., jednakże ze względu na brak stosownych aktów wykonawczych termin ten nie został dochowany.

Odpowiedzialność za kontrolę zatruć produktami biobójczymi nałożona została na ośrodki konsultacji i informacji toksykologicznej. Ośrodki te mają obowiązek pracy w systemie ciągłym 24 godziny na dobę przez cały rok, zapewniając konsultację medyczną w przypadkach zatruć produktami biobójczymi.

Minister właściwy do spraw zdrowia określił, w drodze rozporządzenia, cztery ośrodki toksykologiczne odpowiedzialne za kontrolę zatruć produktami biobójczymi (rozporządzenie ministra zdrowia z 29 sierpnia 2006 r. w sprawie wykazu ośrodków toksykologicznych odpowiedzialnych za kontrolę zatruć produktami biobójczymi oraz podmiotów obowiązanych do zgłaszania zatruć, Dz. U. nr 161, poz. 1143). Są to:

1. Centrum Informacji Toksykologicznej I Kliniki Chorób Wewnętrznych i Ostre Zatrucia Akademii Medycznej w Gdańsku,
 2. Ośrodek Informacji Toksykologicznej Kliniki Toksykologii Collegium Medicum UJ w Krakowie,
 3. Ośrodek Informacji Toksykologicznej w Szpitalu im. Franciszka Raszei w Poznaniu,
 4. Biuro Informacji Toksykologicznej Szpitala Praskiego p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie,
- wraz z określeniem województw, na terenie których są one właściwe do kontroli zatruć.

To samo rozporządzenie wskazuje, kto jest obowiązany do zgłaszania zatruć. Są to m.in.: lekarz, ratownik medyczny, felczer oraz pielęgniarz, pracujący zarówno w zakładach opieki zdrowotnej, jak i w ramach indywidualnej lub grupowej praktyki, a także organy nadzoru (np. Państwowa Inspekcja Sanitarna, Inspekcja Handlowa) oraz podmioty wprowadzające produkty biobójcze lub substancje czynne do obrotu, które powezmą informację o przypadku zatrucia produktem biobójczym.

Ośrodki toksykologiczne mają za zadanie zbieranie, rejestrowanie i archiwizację każdego zgłoszenia zatrucia produktami biobójczymi na formularzu zatrucia i na tej podstawie stworzyć bazę danych o takich przypadkach. Informacje zawarte w formularzu obejmują podstawowe dane o produkcie biobójczym, płeć i wiek osoby, która uległa zatruciu, okoliczności, w jakich doszło do zatrucia oraz opis następstw zdrowotnych powstałych w wyniku narażenia na działanie produktu biobójczego.

Na podstawie informacji zawartych w poszczególnych formularzach ośrodki toksykologiczne sporządzają raporty zbiorcze. Informacje zawarte w raporcie obejmują dane o produktach biobójczych, osobach, które uległy zatruciu, okolicznościach, w jakich doszło do zatrucia oraz opis następstw zdrowotnych powstałych w wyniku narażenia na działanie produktu biobójczego. Ośrodki toksykologiczne składają prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Lekowych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych co pół roku raporty o zgłoszonych przypadkach zatruć produktami biobójczymi oraz przekazują dane na temat zatruć produktami biobójczymi na każde jego żądanie.

Minister zdrowia określił, w drodze rozporządzenia, zarówno wzór formularza zatrucia, wzór raportu o zgłaszanych

przypadkach zatruć produktami biobójczymi, szczegółowy zakres informacji o zgłoszonym zatruciu produktem biobójczym, sposób gromadzenia i archiwizowania danych o przypadkach zatruć produktami biobójczymi, jak i sposób i tryb finansowania kosztów związanych z ww. czynnościami (rozporządzenie ministra zdrowia z 29 sierpnia 2006 r. w sprawie sposobu gromadzenia informacji o przypadkach zatruć produktami biobójczymi, Dz. U. nr 161, poz. 1144).

Również na prezesie Urzędu ciąży obowiązki związane z przekazywaniem ośrodkom toksykologicznym danych o produktach biobójczych wprowadzonych do obrotu i do stosowania w postaci karty charakterystyki, a jeśli nie jest ona wymagana danych o składzie jakościowym i ilościowym produktu biobójczego oraz imię i nazwisko lub nazwa oraz adres lub siedziba podmiotu odpowiedzialnego. Dane te mogą być wykorzystywane wyłącznie w celach leczniczych i zapobiegawczych przez ośrodki toksykologiczne, w przypadkach stwierdzenia lub podejrzenia zatrucia produktem biobójczym. Dane i informacje przekazywane są ośrodkom co 3 miesiące oraz w każdym przypadku wystąpienia zatrucia takim produktem biobójczym, którego dane nie zostały jeszcze przekazane ośrodkom toksykologicznym, na każde ich żądanie.

Obowiązek kontroli zatruć produktami jest wymogiem prawa europejskiego, które stanowi, iż każde państwo członkowskie UE ma za zadanie raz na 3 lata przekazać Komisji Europejskiej raport o zgłoszonych przypadkach zatruć. W Polsce obowiązek ten spoczywa na prezesie Urzędu Rejestracji, który przygotowuje raport zbiorczy na podstawie danych przekazywanych przez ww. ośrodki toksykologiczne.

Przewlekłe zakażenia HBV

dokręcenie ze str. 21

Farmakoterapia przewlekłych zapaleń i marskości wątroby etiologii HBV

Główne kierunki poszukiwań terapeutycznych koncentrują się na immunomodulacji naturalnych mechanizmów odporności człowieka lub na blokowaniu replikacji wirusa HBV poprzez hamowanie enzymów odpowiedzialnych za poszczególne etapy jego cyklu życiowego.

Do pierwszej grupy należą cytokiny, wśród których dotychczas do praktyki klinicznej wszedł interferon alfa. Wielokierunkowe działanie interferonu prowadzi do zaburzenia translacji wirusowego mRNA, blokowania syntezy i elongacji białek oraz dojrzewania wirionów. Wprowadzenie do terapii zakażeń HBV interferonu pegylowanego podniosło efektywność leczenia przy jednoczesnej poprawie jakości życia pacjentów, gdyż lek podaje się raz w tygodniu.

Wśród leków o działaniu bezpośrednio przeciwwirusowym znajdują się analogi nukleozydów i nukleotydów. Najlepiej znanym i jedynym dostępnym w kraju w ramach programu lekowego jest lamiwudyna, inhibitor odwrotnej transkryptazy o dużym potencjale terapeutycznym. Podobnie jak inne leki z tej grupy rzadko prowadzi jednak do eliminacji wirerii. W konsekwencji muszą one być podawane długotrwale, gdyż po odstawieniu następuje nawrót wirerii. Niekwestionowanymi ich zaletami jest postać doustna oraz wysokie bezpieczeństwo i tolerancja.

Gdyby lamiwudyna nie generowała lekooporności, nie miałyby żadnych wad. Mankamentem jednak jest jej duża łatwość wywoływania oporności na lek i związana z tym utrata zdolności hamowania wirerii. Sytuacja staje się poważna, gdyż jest od wielu lat jedynym dostępnym terapeutycznym, dlatego liczba niewrażliwych na ten specyfik jest duża.

Na akceptację ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia czekają adefowir i entekawir, leki o podobnym mechanizmie działania. Szczególne zainteresowanie wzbudza entekawir, nowo zarejestrowany inhibitor polimerazy HBV. Charakteryzuje się on wysokim potencjałem terapeutycznym oraz prawdopodobnie tylko śladową zdolnością prowokowania lekooporności. Obydwa leki powinny jak najszybciej znaleźć się w programach lekowych NFZ. Są poważną szansą dla chorych na przewlekłe zapalenie i marskość wątroby etiologii HBV, również dla pacjentów po zabiegu przeszczepienia tego narządu.

Praktyka kliniczna

Problem właściwej opieki medycznej nad przewlekłe zakażonymi HBV jest złożony, nie zamyka się tylko w niedomaganiach polityki zdrowotnej i niechęci do podejmowania niezbędnych decyzji na szczeblu centralnym. Ważne, aby lekarze rodzinni nie bagatelizowali tych zakażeń i rutynowo kierowali pacjentów do konsultacji w specjalistycznych ośrodkach. Fakt wieloletniego trwania zakażenia nie powinien uspokajać nawet przy braku uchwytanych objawów choroby czy prawidłowej aktywności aminotransferaz. Choroba często przebiega podstępnie, dlatego bez badań wirusologicznych czy morfologicznych nie rzadko nie daje się monitorować. Co raz częściej zapominamy o fizykalnym badaniu pacjenta, dlatego umyka nam niepokojący objaw jakim zawsze jest hepatomegalia. Takie przypadki, podobnie jak okresowe wzrosty aktywności transaminaz, nie są problemem „urody”, lecz choroby, niekiedy bardzo poważnej. Nie możemy nie pamiętać, że nie wszyscy zakażeni HBV są wykryci, a to musi się stać w gabinecie lekarza rodzinnego.

Bez współpracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i hepatologów nie uda poprawić się losu zakażonych tym wirusem, jednoznacznie niekorzystnie wyznaczonego ramami historii naturalnej choroby.

Waldemar Halota

Autor jest prof. dr. hab. med., kierownikiem Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii CM UMK w Bydgoszczy.

Medyczny Nobel 2006

Tegoroczni laureaci Nagrody Nobla Andrew Z. Fire i Craig C. Mello odkryli mechanizm o podstawowym znaczeniu dla regulacji przepływu informacji zawartej w genach. Informacje zakodowane w cząsteczkach DNA w jądrze komórkowym są przenoszone do cytoplazmy, gdzie syntetyzowane są białka. Transmisja kodu genetycznego jest możliwa dzięki tzw. informacyjnemu RNA (mRNA).

W 1998 r. Amerykanie Andrew Fire i Craig Mello opublikowali doniesienie o odkryciu mechanizmu umożliwiającego zniszczenie (degradację) mRNA niosącego informację z określonego genu. Ten mechanizm, który otrzymał nazwę interferencji RNA, zostaje uruchomiony, gdy w komórce pojawiają się nici RNA połączone ze sobą w pary. Dwuniciowy RNA aktywuje mechanizmy biologiczne, które niszczą cząsteczki mRNA niosące kod genetyczny identyczny z kodem dwuniciowego RNA. Zniknięcie takich cząsteczek mRNA jest równoznaczne z wyłączeniem (wyciszeniem) wysyłającego je genu, czyli zahamowaniem syntezy kodowanego przez ten gen białka.

Zjawisko interferencji RNA występuje w komórkach organizmów roślin, zwierząt i człowieka. Interferencja RNA ma duże znaczenie dla regulacji ekspresji genów, jest jednym z mechanizmów chroniących komórki przed zakażeniem wirusami, a także trzyma w karchach tzw. ruchome geny (transpozony). Już obecnie wykorzystuje się to zjawisko w badaniach funkcji genów, a w przyszłości interferencja RNA być może stanie się podstawą nowatorskich metod leczenia.



Andrew Z. Fire,

ur. w 1959 r., obywatel amerykański, doktorat z biologii w 1983 r. w Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, MA, USA. Profesor patologii i genetyki na Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA.



Craig C. Mello,

ur. w 1960 r., obywatel amerykański, doktorat z biologii w 1990 r. w Harvard University, Boston, MA, USA. Profesor medycyny molekularnej, badacz w Howard Hughes Medical Institute, Program in Molecular Medicine, University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA, USA.

Przepływ informacji wewnątrz komórki: z DNA przez mRNA do białka

Kod genetyczny zawarty w cząsteczkach DNA określa budowę białek. Instrukcje zawarte w DNA są kopiowane do cząsteczek mRNA, a następnie wykorzystywane do syntezy białek (Ryc. 1). Brytyjski laureat Nagrody Nobla Francis Crick nazwał przepływ informacji genetycznej od DNA przez mRNA do białek podstawowym dogmatem biologii molekularnej. Białka uczestniczą we wszystkich procesach życiowych, na przykład jako enzymy trawiące pokarm, receptory odbierające sygnały w mózgu czy przeciwciała broniące nas przed bakteriami.

Genom człowieka składa się w przybliżeniu z 30 000 genów. Poszczególne komórki z tej puli wykorzystują bardzo małą liczbę genów. To, które geny ulegają ekspresji (tzn. są wykorzystywane do syntezy nowych białek), regulują mechanizmy nadzorujące proces transkrypcji, czyli kopiowania DNA do mRNA. Przebieg transkrypcji informacji genetycznej również zależy od różnych czynników. Najważniejsze zasady regulacji ekspresji genów odkryli ponad 40 lat temu laureaci Nagrody Nobla z Francji François Jacob i Jacques Monod. Dziś wiemy, że podobne zasady funkcjonują we wszystkich żywych organizmach – od bakterii do człowieka. Ich poznanie umożliwiło także opracowanie technik inżynierii genetycznej pozwalającej na wprowadzenie do komórki sekwencji DNA kodujących wytwarzanie nowych białek.

Na przełomie lat dziewięćdziesiątych poprzedniego stulecia biolodzy molekularni przeprowadzali eksperymenty dające trudne do wytłumaczenia wyniki. Najbardziej zaskakujące rezultaty uzyskiwano w doświadczeniach mających na celu zwiększenie intensywności barwy płatków petunii dzięki wprowadzeniu genu stymulującego tworzenie się czerwonego barwnika. Jednak zamiast bardziej intensywnego koloru obserwowano całkowitą utratę barwy: płatki stawały się białe! Mechanizm leżący u podłoża takich efektów pozostawał zagadką do czasu, gdy Fire i Mello dokonali odkrycia, które uhonorowano tegoroczną Nagrodą Nobla.

Odkrycie zjawiska interferencji RNA

Andrew Fire i Craig Mello badali regulację ekspresji genów u nicienia *Caenorhabditis elegans* (Ryc. 2). Badacze wstrzykiwali robakom cząsteczki mRNA kodujące jedno z białek mięśni, jednak nie wywoływało to zmian w zachowaniu nicieni. Sekwencje mRNA niosące informację genetyczną określa się jako „sensowne”. Wstrzykiwanie „antysensownego” RNA, które może się wiązać z mRNA przez dopasowanie par zasad, również nie wywoływało zmian. Dopiero po wstrzyknięciu połączonych sekwencji sensownych i antisensownych badacze zaobserwowali, że nicienie dostawały drgawek. Podobne zaburzenia występowały u robaków, których DNA nie zawierało sprawnego genu odpowiedzialnego za wytwarzanie badanego białka. Jak to wytłumaczyć?

Sensowne i antisensowne sekwencje RNA łączą się, tworząc podwójną nić RNA. Czy dwuniciowa cząsteczka RNA może „wyciszyć” gen kodujący tę samą informację genetyczną? Fire i Mello badali tę hipotezę, wstrzykując *C. elegans* dwuniciowe cząsteczki RNA kodujące kilkanaście innych białek nicieni. W każdym z tych eksperymentów wstrzyknięcie dwuniciowego RNA niosącego informację genetyczną prowadziło do ustania syntezy kodowanego białka, czyli wyciszenia genu zawierającego tę samą informację.

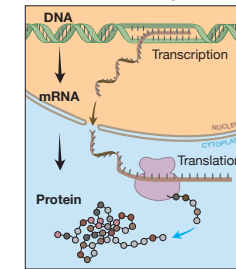
Po przeprowadzeniu cyklu prostych, lecz eleganccko zaprojektowanych eksperymentów, badacze doszli do wniosku, że dwuniciowy RNA jest w stanie wyciszyć geny i że zjawisko interferencji RNA dotyczy genu o kodzie identycznym z kodem wstrzykniętych cząsteczek RNA. Stwierdzili także, że komórki mogą przekazywać interferencję RNA innym komórkom, a nawet komórkom potomnym. Ponieważ do wyciszenia genów wystarczyło wstrzyknięcie niewielkich ilości dwuniciowego RNA, Fire i Mello doszli do wniosku, że interferencja RNA (obecnie powszechnie oznaczana skrótem RNAi) ma charakter katalityczny.

Badacze opublikowali wnioski z eksperymentów w „Nature” 19 lutego 1998 r.

RNA interference

— gene silencing by double-stranded RNA

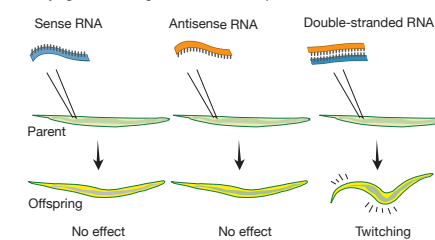
1. The central dogma



Our genome operates by sending information from double-stranded DNA in the nucleus, via single-stranded mRNA, to guide the synthesis of proteins in the cytoplasm.

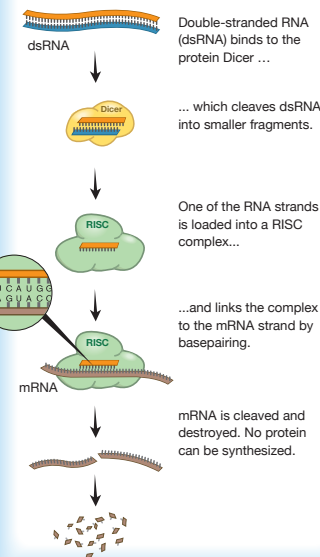
2. The experiment

RNA carrying the code for a muscle protein is injected into the worm *C. elegans*. Single-stranded RNA has no effect. But when double-stranded RNA is injected, the worm starts twitching in a similar way to worms carrying a defective gene for the muscle protein.



3. The RNAi mechanism

RNA interference (RNAi) is an important biological mechanism in the regulation of gene expression.

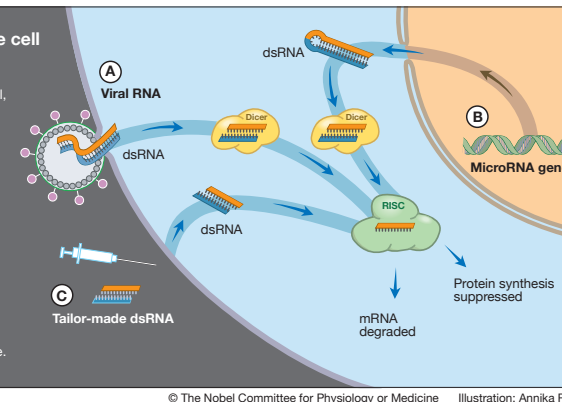


4. Several processes in the cell use RNAi

A. When an RNA virus infects the cell, it injects its genome consisting of double-stranded RNA. RNA interference destroys the viral RNA, preventing the formation of new viruses.

B. Synthesis of many proteins is controlled by genes encoding microRNA. After processing, microRNA prevents the translation of mRNA to protein.

C. In the research laboratory, dsRNA molecules are tailor-made to activate the RISC complex to degrade mRNA for a specific gene.



© The Nobel Committee for Physiology or Medicine Illustration: Annika Röhl

Interferencja RNA. Wyciszanie genów przez dwuniciowy DNA

1. Podstawowy dogmat biologii molekularnej

Transkrypcja, mRNA, białko, translacja, komórka.

Genom steruje syntezą białek w cytoplazmie dzięki przesyłaniu informacji zawartych w dwuniciowym kodzie DNA z jądra komórki za pośrednictwem jednoniciowego mRNA

2. Eksperyment

RNA kodujące jedno z białek mięśni wstrzykuje się do organizmu nicienia *C. elegans*.

Wstrzyknięcie jednoniciowego RNA nie wywołuje żadnych zmian. Wstrzyknięcie dwuniciowego RNA powoduje, że robak doznaje drgawek, podobnie osobniki będące nosicielami niesprawnego genu kodującego to białko.

sensowny RNA, antisensowny RNA, dwuniciowy RNA

Rodzic, Potomstwo

Bez zmian, bez zmian, drgania mięśni

3. Mechanizm interferencji RNA (RNAi)

Interferencja RNA odgrywa ważną rolę w biologicznej regulacji ekspresji genów.

Dwuniciowe RNA (dsRNA) wiąże się z białkiem Dicer...

... które tnie dsRNA na mniejsze fragmenty

Jedna z nici RNA przylacza się do kompleksu RISC...

... i wiąże go z nicią mRNA zawierającą komplementarne zasady

nić mRNA zostaje pocięta i zniszczona. Nie dochodzi do syntezy białka

4. RNAi jest elementem różnych procesów przebiegających w komórce

A. Gdy wirus RNA przedostaje się do komórki, wstrzykuje swój genom, zawierający RNA w postaci dwuniciowej. Mechanizm RNAi niszczy to RNA, dzięki czemu wirus nie może się namnażać.

B. Proces syntezy licznych białek jest regulowany przez geny kodujące mikroRNA.

Przetworzone w procesie interferencji mikroRNA uniemożliwiają translację kodu mRNA w cząsteczkę białka.

C. W laboratoriach wytwarza się dwuniciowe cząsteczki RNA tak skonstruowane, by pobudzały kompleks RISC do degradacji mRNA niosących informacje z określonego genu.

A. wirusowe RNA

B gen z mikroRNA

C. specjalne dsRNA

Degradacja mRNA

Zahamowanie syntezy białka.

dokończenie na str. 27



PZU Życie SA




Fundacja „Promocja Zdrowia” organizuje w ramach akcji „Rzuć palenie razem z nami” konkurs dla osób chcących zerwać z nałogiem palenia tytoniu. Jeżeli przest(a) Pan/Pani palić tytoni w ciągu bieżącego roku, to prosimy przesłać do nas wypełnioną kartę. Do wygrania zdrowie, a także wiele nagród rzeczowych. Prosimy o wpisanie poniżej swoich danych. Wyniki konkursu podamy do wiadomości publicznej, a zwycięzców powiadomimy listownie.



Akcja „Rzuć palenie razem z nami”

Przestałem(am) palić tytoni w dniu: Kod. poc. i miejscowość:
Imię i nazwisko: Płeć (M) (K)
Data urodzenia: Województwo:
Adres: Tel.: podpis
Podanie danych osobowych jest warunkiem uczestnictwa w konkursie. Dane potrzebne są wyłącznie do przekazania nagrody.






Główna nagroda
- wycieczka zagraniczna
Wypełnione kupony prosimy przysłać na adres
NIL, Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa
z dopiskiem „Rzuć palenie”

Medyczny Nobel 2006

dokńczenie ze str. 25

Ich odkrycie pozwoliło na wyjaśnienie wielu zagadkowych i wzajemnie sprzecznych obserwacji eksperymentalnych i ujawnienie stworzonego przez naturę mechanizmu regulacji przepływu informacji genetycznej. Oznaczało to otwarcie całkiem nowych możliwości badawczych.

Tajniki mechanizmu interferencji RNA

W ciągu kilku następnych lat wyjaśniono mechanizm zjawiska RNAi (Ryc. 3). Dwuniciowy RNA wiąże się z kompleksem białek o nazwie Dicer, który tnie nici na mniejsze fragmenty, które są następnie przyłączane do innego kompleksu białek, tzw. RISC. W tym procesie jedna z nici ulega eliminacji, ale druga po przyłączeniu do kompleksu RISC jest wykorzystywana do rozpoznawania cząsteczek mRNA. Cząsteczki mRNA łączące się z fragmentem RNA związanym z RISC zostają także przyłączone przez RISC, pocięte na fragmenty i zniszczone w procesie degradacji. W ten sposób dochodzi do wyciszenia genu obsługiwane przez ten rodzaj mRNA.

Interferencja RNA chroni przed wirusami i ruchomymi genami

Interferencja RNA ma znaczenie dla ochrony organizmu przed wirusami, zwłaszcza u organizmów niższych. Dwuniciowy RNA jest częścią kodu genetycznego wielu wirusów. Gdy jeden z takich wirusów zakaża komórkę, wstrzykuje wytwarzaną przez siebie cząsteczkę RNA, która natychmiast wiąże się z kompleksem Dicer (Ryc. 4A). Dochodzi do aktywacji kompleksu RISC i degradacji wirusowego RNA, dzięki czemu komórka jest w stanie poradzić sobie z zakażeniem. U wyższych organizmów istnieją także inne mechanizmy obrony, takie jak wytwarzanie przeciwciał, komórek cytotoksycznych i interferonów.

Ruchome geny, nazywane także transpozonomi, to sekwencje DNA, które mogą się swobodnie przemieszczać w obrębie genomu. Transpozony występują w komórkach wszystkich żywych organizmów i mogą powodować ich uszkodzenia, jeżeli znajdują się tam, gdzie nie powinny ich być. Wiele transpozonów powiela się dzięki wykorzystaniu

kopiowania DNA do RNA. Cząsteczki RNA są następnie z powrotem zamieniane w DNA, który zostaje umieszczony w innym miejscu genomu. Fragmenty takich cząsteczek RNA mają często postać podwójnych nici, dzięki czemu interferencja RNA może je unieszkodliwiać, chroniąc genom organizmu przed transpozonomi.

Interferencja RNA reguluje ekspresję genów

Interferencję RNA można wykorzystać do regulacji ekspresji genów nie tylko robaków, ale także człowieka (Ryc. 4B). W genomie człowieka istnieją setki genów kodujących niewielkie cząsteczki RNA, tzw. microRNA, które zawierają fragmenty kodu innych genów. Cząsteczki microRNA mogą tworzyć struktury dwuniciowe, aktywując tym samym mechanizmy interferencji RNA, czego wynikiem jest zahamowanie syntezy białek, czyli wyciszenie określonego genu. Obecnie wiadomo już, że procesy regulacyjne, w których biorą udział cząsteczki microRNA, mają duże znaczenie dla rozwoju organizmu i regulacji czynności różnych składników komórki.

Nowe możliwości w badaniach biomedycznych technologii genowej i służbie zdrowia

Interferencja RNA otwiera nowe perspektywy dla tzw. technologii genowych. Opracowano dwuniciowe cząsteczki RNA służące do wyciszania określonych genów u ludzi, zwierząt lub roślin (Ryc. 4C). Po wprowadzeniu do wnętrza komórek takie cząsteczki aktywują proces interferencji RNA prowadzący do degradacji mRNA niosącego identyczny kod genetyczny.

Metoda interferencji RNA stała się znaczącą metodą badawczą w biologii i biomedycynie. Jest nadzieja, że w przyszłości zakres zastosowań tej metody obejmie wiele innych dziedzin, w tym medycynę i rolnictwo.

Kilkanaście opublikowanych w ostatnim okresie prac opisuje udane wyciszenie genów w komórkach organizmu człowieka i u zwierząt eksperymentalnych. Na przykład dzięki podaniu zwierzętom odpowiednio spreparowanego RNA udało się wyciszyć gen związany z wysokim stężeniem cholesterolu we krwi. Plany na przyszłość obejmują opracowanie molekularnych wyciszaczy do stosowania w leczeniu zakażeń wirusowych, chorób układu krążenia, nowotworów, zaburzeń hormonalnych i niektórych innych chorób.

opr. Mariusz Górnicz



DEPOZYTY:

POŻYCZKA MIESZKANIOWA NA CELE REMONTOWE

OPROCENTOWANIE TYLKO 7,9%!!!

KWOTA DO 50 000 PLN!!!

Kwota pożyczki w PLN	Okres spłaty 36 miesięcy	Okres spłaty 48 miesięcy	Okres spłaty 60 miesięcy
10 000	312,91	243,67	202,30
30 000	938,72	731,00	606,89
50 000	1 564,53	1 218,34	1 011,48

LOKATY:

LOKATA KRYSTAŁOWA 12-MIESIĘCZNA – 5,35%*
LOKATA KRYSTAŁOWA 24-MIESIĘCZNA – 5,80%*

*oprocentowanie zmienne w skali roku

PEŁNA OFERTA DEPOZYTÓW I POŻYCZEK:

Infolinia 0-801 88 88 11 (opłata jak za połączenie lokalne)

www.skokil.pl

Prośby o zadanie śmierci

Konstanty Radziwiłł

Problem (z greckiego *eu θάνατος* – dobra śmierć) musiał nurtować już starożytnych lekarzy, skoro Hipokrates składając swoją przysięgę 2400 lat temu na greckiej wyspie Kos odniósł się także do niej mówiąc: „Nikommu, nawet na żądanie, nie dam śmiercionośnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał.”

Choć problem śmiertelnie chorych i bardzo cierpiących pacjentów wraz z rozwojem medycyny znajduje dziś nieporównanie więcej możliwych rozwiązań (przede wszystkim poprzez dynamiczny rozwój technik objawowego zwalczania praktycznie wszystkich poważnych dolegliwości), to nurtuje on wielu z nich do dziś. Lekarz w swojej bezradności wobec cierpiącego, śmiertelnie chorego człowieka staje niejednokrotnie przed pytaniem o możliwość podjęcia (samodzielnego lub na prośbę pacjenta) działań zmierzających do skrócenia wypełnionego cierpieniem życia. W kilku miejscach świata w drugiej połowie XX w. podjęto publiczną debatę na ten temat. Zaowocowało to legalizacją praktyk eutanazyjnych w kilku krajach.

Sztandarowym przykładem jest od dawna Holandia, gdzie przyzwolenie społeczne i pobłażliwość wymiaru sprawiedliwości wobec lekarzy dokonujących aktów eutanazji doprowadziły do częstego jej stosowania w praktyce lekarskiej, a w 1991 i następnie w 2002 r. najpierw do depenalizacji takich praktyk, a na-

stępnie ustanowienia kryteriów, po których spełnieniu lekarz nie jest w ogóle traktowany jako przestępca. W praktyce oznacza to legalizację eutanazji i umożliwia jej szerokie stosowanie.

Warunkami legalnego przeprowadzenia eutanazji przez lekarza w Holandii są:

- dobrowolna i dobrze przemyślana prośba chorego (ma to stwierdzić lekarz mający go pod opieką przez dłuższy czas – w praktyce najczęściej jest to lekarz podstawowej opieki zdrowotnej),
- przekonanie lekarza, że cierpienie chorego jest nie do wytrzymania i nie ma szansy na poprawę,
- poinformowanie chorego o jego sytuacji i rokowaniu,
- omówienie sytuacji z chorym i dojście do wniosku, że nie ma alternatywy dla eutanazji,
- zasięgnięcie opinii co najmniej jednego innego lekarza w żaden sposób nie związanego z lekarzem leczącym i pacjentem (w praktyce najczęściej jest to dyżurujący w rejonie lekarz, który przeszedł 3-dniowe szkolenie w zakresie przepisów i procedur eutanazyjnych),
- stosowanie się do zaleceń medycznych podczas przerywania życia chorego lub asystowania przy jego samobójstwie (w praktyce Królewskie Holenderskie Towarzystwo Lekarskie zaleca stosowanie dożylnych dużych dawek barbituranów i środków zwiędzających lub doustnego przyjęcia przez chorego dużej dawki barbituranu).

Lekarz ma obowiązek raportowania o każdym przypadku dokonanej eutanazji do Rejonowej Komisji Kontroli Eutanazji, która po analizie przypadku umieszcza jego zdepersonalizowany opis na swojej stronie internetowej (!). Jeśli stwierdzi, że któryś z wymienionych warunków nie został spełniony, przekazuje sprawę prokuraturze (gdzie od czasu legalizacji eutanazji wszystkie sprawy są umarzane) oraz rejonowej komisji dyscyplinarnej (jedyną karą stosowaną w praktyce jest w takich przypadkach upomnienie).

W opinii autora praktycznie każdy fragment opisanej procedury budzi ogromne wątpliwości i sprzeciw. Wydaje się, że jakąś tęsknotę za śmiercią-wyzwoleniem wyraża okresowo duża część poważnie chorych pacjentów. Czy jednak należy traktować to jako rzeczywistą prośbę o zadanie śmierci? Jaki wpływ na pojawienie się takich myśli ma otoczenie chorego (rodzina, sytuacja opiekuńcza, stan opieki zdrowotnej) i czy możliwe zmiany w tym zakresie nie mogłyby zmienić decyzji chorego? Są, także w Holandii, dowody na to, że prośby o eutanazję zdarzają się niezmiernie rzadko w hospicjach z dobrą kom-

pleksową opieką. Czy brak sukcesu w łagodzeniu dolegliwości nie jest spowodowany niedostatkami kompetencji lekarza leczącego w dziedzinie zwalczania bólu, duszności, majaczenia czy depresji?

Czy dla nieuleczalnie chorego cierpiącego człowieka rzeczywiście nie ma innej alternatywy jak przyspieszenie śmierci (empatia bliskich i opiekunów może tchnąć w chorego optymizm nawet w skrajnych sytuacjach medycznych)? Czy lekarz jest osobą, która stawiając się w pozycji Boga ma podejmować (wraz z chorym) decyzje nie mające wiele wspólnego z medycyną o tym, czy warto jeszcze żyć?

Czy trzydniowe szkolenie lekarzy „eutanatologów”, którzy pełnią funkcję obowiązkowych konsultantów w zakresie podjęcia ostatecznych decyzji o życiu i śmierci, nie jest jaskrawym naruszeniem powagi spraw, którymi się zajmują? Czy stosując procedurę uśmiercania chorego można w ogóle mówić o zasadach sztuki lekarskiej?

Dyskusja na temat eutanazji komplikuje się jeszcze bardziej, jeśli spojrzeć na konkretne przykłady dokonanej „terminacji” życia chorych. W praktyce w dużej części z nich dochodzi do naruszeń ustanowionych zasad wynikających z tego, że sytuacja każdego człowieka jest inna.

Co zrobić z osobami, które wprowadzić nie są w obecnym swoim stanie wyrazić prośby o eutanazję, ale wcześniej wyrażały taką wolę (tzw. *advanced will*)? Czy za chorych w stanie śpiączki może o eutanazję prosić ktoś z rodziny? Jak postępować z nieletnimi i psychicznie chorymi? Co z prośbami o eutanazję osób zdrowych, które po prostu mają dość życia (tzw. *suffering from life*). I wreszcie pytanie z punktu widzenia środowiska lekarskiego najbliższe: czy jeśli prawo do decydowania o chwili własnej śmierci zostałoby przyznane przez państwa obywatelom, to wykonawcami tej woli muszą być lekarze powołani przeciw do zupełnie innych celów?

Legalizacja eutanazji w obecnej formie już dziś zdaje się dopiero uchyleniem drzwi dla szerzenia idei wartościowania życia ludzi. Wpisuje się to w filozofię utylitaryzmu szerzącą się w niektórych społeczeństwach XXI w. Nie ma w niej miejsca dla tradycyjnie pojmowanej świętości każdego życia. Nad wartość życia w ogóle stawia ona użyteczność i możliwości konsumpcyjne człowieka. Czy jednak rzeczywistość jest to dążenie do przyznania bezgranicznej autonomii każdemu człowiekowi?

Na ile legalizacja eutanazji staje się alibi dla społeczeństwa, które nie potrafi (lub nie chce) otoczyć osób starych, niepełnosprawnych i chorych właściwą z punktu widzenia ich potrzeb opieką (w ostatnim roku w Holandii śmiertelny zastrzyk zastosowano u 3600 osób, a głęboką sedację z jednoczesnym zaprzestaniem nawadniania i odżywiania dodatkowo wobec około 20 000 – te liczby wskazują na potężne oszczędności środków, które trzeba by wydać na opiekę społeczną i medyczną nad tymi osobami)? Fakt ten zdaje się potwierdzać dążenie do możliwości zadawania śmierci osobom, które wprowadzić same nie mogą się wypowiedzieć, ale innym ich życie wydaje się bez sensu (osoby w śpiączce, noworodki z poważnymi wadami wrodzonymi itd.).

Nie da się tego pogodzić nie tylko z obowiązującym w Polsce prawem (Kodeks Karny, Kodeks Etyki Lekarskiej), ale także z powszechnie akceptowanym w polskim społeczeństwie systemem wartości. Wydaje się jednak, że także w Polsce problemy terminalnej opieki i dylematów towarzyszących lekarzom opiekującym się śmiertelnie chorymi wymagają pogłębionej refleksji, dyskusji medyczno-etycznych i ustanawiania wytycznych postępowania w tym zakresie.

• **200 szpitali do likwidacji?** Ponad 200 szpitali w całej Polsce może zostać zlikwidowanych lub przekształconych w efekcie powstania tzw. sieci – powiedział w Katowicach min. zdrowia Zbigniew Religa. • **Ministerialna dotacja dla zabrzańskiej Fundacji.** Opracowanie nowych, półautomatycznych narzędzi do małoinwazyjnej chirurgii precyzyjnej – to nowe przedsięwzięcie Fundacji Rozwoju Kardiochirurgii z Zabrza. Dzięki ministerialnemu grantowi w wysokości 1,2 mln zł pracownicy Fundacji będą mogli opracować innowacyjne narzędzia oraz dokończyć trwające od 2000 r. prace nad robotem kardiochirurgicznym Robin Heart. • **MZ walczy z korupcją i przyjmuje donosy.** Prof. Religa powołał w resorcie zdrowia zespół do walki z korupcją w ochronie zdrowia. Na internetowym serwerze MZ powstała już specjalna strona dla donosicieli. „W polskich realiach, przy powszechnej zawiści i niskiej kulturze, pomysł wydaje mi się przedwczesny. Powstanie takiej strony może prowadzić do pomówień i oskarżeń niewinnych ludzi” – uważa prof. Kazimierz Szewczyk, etyk z łódzkiego UM. • **W kolejce po RTG.** Pacjenci w województwie łódzkim tygodniami czekają na rentgen lub badania USG – pisze „Dziennik Łódzki”. Ponadto np. w szpitalu w Głownie aparat rentgenowski ma... ponad 20 lat i zaledwie 1 na 5 zdjęć udaje się nim zrobić poprawnie. Inspektorzy marszałka województwa znaleźli też i takie szpitale, w których sprzęt całymi latami prawie nie był wykorzystywany. „Do niedawna byliśmy szpitalem ginekologiczno-położniczym, więc rentgen był mało przydatny” – tłumaczy na przykład dyr. łódzkiego szpitala im. Jordana Jacek Osiński. • **Założą karetę czekała w domu pod telefonem.** Sąd Okręgowy w Koszalinie oddalił pozew tamtejszej Stacji Pogotowia Ratunkowego przeciwko oddziałowi NFZ w Szczecinie. Sprawa dotyczy windykcji przez Fundusz 545 tys. zł długu za niewywiązanie się Stacji z kontraktu (kontrola NFZ wykazała, że jedna z zakontraktowanych załóg pogotowia dyżurowała w... domach pod telefonem).

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 100 000 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 Pharmindeks, 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
Dendrite International
www.esculap.pl
e-mail: jkosiaty@esculap.pl

Lekarz powinien uzyskać zgodę pacjenta,
nawet gdy leczenie z pozoru nie jest eksperymentalne

Najważniejsza jest zgoda

Anna Kaczmarek

Każdego dnia wielu ludzi dowiaduje się, że cierpi na nieuleczalną, śmiertelną chorobę. Jedynym ratunkiem jest dla nich postęp medycyny. Nie dojdzie jednak do epokowych odkryć medycznych bez eksperymentów.

Co roku w Polsce przeprowadza się kilka tysięcy eksperymentów medycznych. Nie obejdują się bez nich żadna praca doktorska czy habilitacyjna. Każdy lekarz, który kiedykolwiek przeprowadzał eksperyment medyczny, wie jak trudno jest przejść przez gąszcz przepisów i wymagań formalnych stawianych badaczowi. Najważniejszym elementem przygotowań do pracy jest pozyskanie ochotników do przeprowadzenia badania i uzyskanie od nich zgody na jego przeprowadzenie.

Eksperymenty medyczne do dzisiejszych czasów kojarzone są z tymi prowadzonymi przez hitlerowskich lekarzy w obozach koncentracyjnych. Nie ma się jednak co dziwić. Historia medycznego eksperymentowania obfituje w makabryczne obrazy. Wszystkiemu winne było przeprowadzanie eksperymentów bez świadomej zgody tych, na których eksperymentowano.

Prof. Zbigniew Szawarski we wrześniu br., podczas Konferencji Biotycznej „Świadoma zgoda w eksperymentach medycznych” w Naczelnej Izbie Lekarskiej, przypomniał, że w XIX w. pacjent traktowany był jak przedmiot. Nie pytano wtedy o zgodę na przeprowadzenie eksperymentu. Żeby poznać



prof. Zbigniew Szawarski

mechanizm kiły zarażano nią celowo zdrowych pacjentów. Często wykorzystywano do badań osoby chore umysłowo. Wiek XX zdaniem prof. Szawarskiego był szczególnie

okrutny. W czasie II wojny światowej wielu więźniów obozów koncentracyjnych uśmiercono bądź okaleczono eksperymentując na ich organizmach w bestialski sposób. Trudno uwierzyć, że takich zbrodni dokonywali lekarze, którzy z założenia ratują życie.

Niemieccy lekarze eksperymentujący w obozach koncentracyjnych uważali, że działają w imię patriotycznego obowiązku, wybierają mniejsze zło pomagając lotnikom czy marynarzom walczącym dla III Rzeszy. Dodatkowo byli przekonani, wierząc w wyższość rasy nordyckiej, że eksperymentują na tych, którzy są niższym gatunkiem człowieka. Jak mówił profesor, w procesie norymberskim oskarżono 23 lekarzy, wśród nich wybitnych profesorów. Na karę śmierci skazano 7 osób. Podczas tego procesu po raz pierwszy doszło do stworzenia zasad dotyczących etycznego prowadzenia eksperymentów medycznych.

Problem segregacji ludzi – zauważył prof. Szawarski – może istnieć również dziś. Część badaczy mogłaby np. dojść do wniosku, że można bez zgody eksperymentować np. na pedofilach czy homoseksualistach uważając, iż są gorszą lub wręcz niepożądaną częścią społeczeństwa.

Eksperymentowano także po wojnie. Kiedy wydawało się już, że mroczną epokę doświadczeń mamy za sobą, nie leczono np., mimo dostępnych środków, części chorych na syfiliś, która stanowiła grupę kontrolną w badaniu skuteczności leczenia tej choroby.

Podstawą eksperymentowania jest uzyskanie przez badacza świadomej zgody.

Jej uzyskanie to nie biurokracja, ale moralny obowiązek każdego lekarza – uważa prof. Zbigniew Szawarski. Dodaje, że lekarz powinien uzyskać zgodę

pacjenta, nawet gdy leczenie z pozoru nie jest eksperymentalne. Jego zdaniem każdy człowiek ma inny organizm, który może np. zupełnie inaczej reagować na podawane leki. Jednak w przypadku standardowego leczenia nie ma wielu zagrożeń, ponieważ wyleczenie pacjenta jest w interesie zarówno pacjenta, jak i lekarza. Przy leczeniu eksperymentalnym nie wszystko jest już tak klarowne. Może np. dojść do sytuacji, w której badacz przedkłada swoją karierę lub chęć poznania nad dobro pacjenta.

Zdaniem profesora wiedza jest ważna, ale nie można jej pozyskiwać kosztem życia, zdrowia czy choćby godności pacjenta. „Prawda tak, ale nie za wszelką cenę. Świadoma zgoda chroni pacjenta przed zbyt dużą ciekawością lekarza. Chroni również lekarza przed zachłannością firm farmaceutycznych” – mówił.

Niestety, zdaniem prof. Szawarskiego w Polsce brakuje rozwiniętej moralnej i prawnej doktryny świadomej zgody.

Procedura uzyskiwania świadomej zgody jest zdaniem wielu badaczy dość skomplikowana i pełna zawiłości prawnych. Pojawia się wiele pytań np.: Czy można eksperymentalnie leczyć dzieci?

Jak wyjaśniła podczas wcześniej wspomnianej konferencji Joanna Różyńska z SNS Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, prawo zezwala np. na eksperymenty lecznicze na dzieciach. W tym przypadku zgodę na udział dziecka musi wyrazić przedstawiciel ustawy małoletniego (najczęściej rodzice), a także sam małoletni, o ile jest w stanie z rozeznaniem wyrazić opinię o swoim udziale w eksperymencie.

Jeżeli chodzi o dzieci, to niezwykle ważna jest forma przekazania informacji o eksperymencie. Powinno się ją dostosować do poznawczych i intelektualnych możliwości małoletniego. Jeżeli rodzice chorego dziecka nie zgadzają się na jego udział w eksperymencie leczniczym, o udzielenie takiej zgody badacz może wystąpić do właściwego sądu opiekuńczego. Wbrew pozorom takie przypadki się zdarzają. Uczestnicy konferencji opowiadali o występowaniu do sądu opiekuńczego w sytuacji, kiedy rodzice nie godzili się np. na eksperymentalną operację będącą jedynym ratunkiem dla dziecka. Sąd w tym przypadku wydał zgodę na przeprowadzenie eksperymentu leczniczego.

Niestety, zdaniem Joanny Różyńskiej, tempo pracy sądów w Polsce często dyskwalifikuje tę formę uzyskania zgody. Mały pacjent nie może w wielu przypadkach tygodniami czekać na wdrożenie leczenia.

Przypomniała, że dzieci mogą być uczestnikami tylko takich eksperymentów badawczych, których spodziewane korzyści mają bezpośrednie znaczenie dla ich zdrowia.

Zdaniem Marka Czarkowskiego, przewodniczącego Komisji Bioetycznej przy OIL w Warszawie, uzyskanie świadomej zgody wiąże się ze spełnieniem wielu warunków. Ważne, by informacja dla uczestnika eksperymentu była pełna, przejrzysta i zrozumiała dla pacjenta, a nie tylko dla lekarza. Istotna jest nie tylko treść, ale i forma druku informacji dla uczestnika. Nie dopuszczalne jest np. stosowanie małej czcionki, kiedy odbiorcą informacji jest



Marek Czarkowski

osoba starsza lub słabo widząca. Nie można także zapominać o stworzeniu odpowiednich warunków, w których badacz przekazuje potencjalnemu uczestnikowi szczegółowe badania. Uczestnik

powinien mieć czas na przemyślenie swojej decyzji, konsultacje z rodziną, najbliższymi czy swoim lekarzem rodzinnym.

W dzisiejszym świecie eksperymenty medyczne mogą być przeprowadzane tylko wtedy, gdy można uzyskać świadomą zgodę pacjenta. W Polsce gwarantuje to Konstytucja, ale wiele zależy także od etycznej podstawy badacza. Choć, jak mówił podczas konferencji Marek Czarkowski, bycie etycznym jest pracochłonne, czasochłonne, kosztowne i ogranicza liczbę potencjalnych badanych, to jest moralnym wymogiem w XXI w. Dr Czarkowski szczegółowo przedstawił współczesne wymagania, jakim musi odpowiadać należycie przygotowana informacja dla pacjenta i druk świadomej zgody na udział w eksperymencie medycznym.

Wiele miejsca poświęcono zagadnieniu świadomej zgody na udział w genetycznym eksperymencie medycznym. Te, od niedawna przeprowadzane, eksperymenty rodzą nowe problemy natury etycznej, co w połączeniu z brakiem polskich regulacji prawnych dotyczących tego zagadnienia może zagrozić uczestnikom eksperymentów medycznych.

fot. Marek Stankiewicz

Pamiętaj o Sercu!

W tym roku centralne obchody Światowego Dnia Serca odbyły się 8 października w Chojnicach, w woj. pomorskim, na Kaszubach. Przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego wybrali region pomorski, aby pokazać, że o profilaktyce chorób serca warto mówić nie tylko w dużych miastach, ale również w mniejszych ośrodkach miejskich.

Impreza rozpoczęła się od parady artystów i mieszkańców, która przeszła barwnym korowodem przez miasto. Następnie na rynku głównym bur-

fect. Dla amatorów sportu został przygotowany rajd rowerowy. A dla dzieci kącik zabaw, szczudlarze, clowni, mimowie. Na rynku zaprezentowano wystawę laureatów konkursu plastycznego dla szkół pt. „W młodym sercu młody duch”. Przedstawiono również wiersze wyróżnione w konkursie literackim.

Dzień Serca to przede wszystkim okazja do sprawdzenia stanu swojego zdrowia. Wszyscy

uczestnicy festynu mogli skorzystać z bezpłatnych porad specjalistów i badań przeprowadzanych w namiotach Instytutu Flory, Kardiologicznej Poradni Servier i w Centrum Badań Polocard.

Program tego wydarzenia mogli poznać nie tylko mieszkańcy Kaszub i Pomorza, ale też widzowie z całej Polski. Retransmisję pikniku można było zobaczyć 14 października na antenie TVP2.

Organizatorzy szacują, że festyn odwiedziło około 5000 osób.

Sponsorami obchodów Światowego Dnia Serca 2006 w Chojnicach byli: „Flora” – Partner Główny, „Servier” – Sponsor Główny Medyczny, „Polocard” – Sponsor Badań.

W Warszawie tegoroczny Światowy Dzień Serca obchodzono w niedzielę 24 września na Polu Mokotowskim pod hasłem „Jak młode jest Twoje serce”. Okazuje się, że serce nie musi się starzeć z upływem lat. Jeśli dbamy o kondycję fizyczną, nie palimy, stosujemy odpowiednią dietę i minimalizujemy stres, to nasze serce długo będzie młode, bez względu na nasz biologiczny wiek.

W czasie imprezy lekarze kardiolodzy dzielili się wiedzą na temat profilaktyki chorób serca. Pomagali im w tym rów-

nież artyści. Bożena Dykiel opowiadała, jakie składniki powinna zawierać zdrowa dieta. Znana z „Tańca z gwiazdami” Anna Głogowska propagowała sport i aktywność fizyczną, jako sposób na utrzymanie zdrowego serca.

Imprezę odwiedził również prezydent Warszawy Kazimierz Marcinkiewicz, który wpisał się do „księgi postanowień” dotyczących zdrowego trybu życia. Napisał: „Golonka tylko raz w miesiącu”. Za tym przykładem poszli inni uczestnicy festynu i również zapisali swoje przyrzeczenia w księdze.

Polityk zapewniał też, że również stara się prowadzić zdrowy tryb życia, od kilku miesięcy intensywnie biega, rzucił palenie i ograniczył jedzenie.

Z koncertem wystąpili: Majka Jeżowska, Marysia Sadowska i zespół Zakopower.

Ale największym powodzeniem cieszyły się punkty bezpłatnych badań profilaktycznych. Szacuje się, że w czasie imprezy przebadano w kardiobusie firmy „Servier” i stanowisku marki „Polocard” firmy Polpharma ok. 2,5 tys. osób.

Impreza na Polu Mokotowskim była tłumnie odwiedzana przez mieszkańców Warszawy, zarówno ludzi starszych, jak i rodziny z dziećmi. Szacuje się, że festyn odwiedziło blisko 12 tys. osób.

Warszawa – Pole Mokotowskie



Chojnice

mistrz miasta Arseniusz Finster uroczyście powitał gości i symbolicznie przekazał miasto we władanie polskim kardiologom. Na scenę wniesiono księgę postanowień dotyczących zdrowego trybu życia. Jako pierwszy wpisał się do niej burmistrz. Następnie księga została udostępniona uczestnikom festynu.

Wybitni eksperci omówili najważniejsze czynniki sprzyjające chorobom układu krążenia, czyli takie zagadnienia jak: nadwaga i otyłość, palenie papierosów, mała aktywność fizyczna, dieta. Poruszony został też temat reanimacji w sytuacji zawału serca.

Z koncertem wystąpili: Majka Jeżowska, Rudi Schuberth i zespół Per-



Przychodzi lekarz do prawnika

Pytanie lekarza: Czy lekarze i inni pracownicy medyczni zatrudnieni w szpitalnym oddziale ratunkowym mają prawo do wynagrodzenia dodatkowego wynikającego z art. 321 ustawy o ZOZ-ach, skoro SOR-y nie są pogotowiem ratunkowym (pomocą doraźną)?

Odpowiedź prawnika: Tak, pracownicy medyczni SOR mają prawo do 20% dodatku.

Uzasadnienie: Art. 321 ust. 2 ustawy z 30 VIII 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991, nr 91, poz. 408, z późn. zm.) (dalej jako: u.z.o.z.) daje podstawę do przyznania pracownikom medycznym zatrudnionym na oddziałach ratunkowych prawo do 20% dodatku. SOR-y nie są co prawda pogotowiem ratunkowym, ale ponad wszelką wątpliwość stanowią jednostkę o charakterze pomocy doraźnej. Wniosek taki płynie z zakwalifikowania SOR-ów do grupy jednostek organizacyjnych pomocy doraźnej w pkt 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia ministra zdrowia z 16 VII 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczególnych zasad ich nadawania (Dz. U. nr 170, poz. 1797).

opr. Agnieszka Sieńko

Materiały udostępnione dzięki uprzejmości Domu Wydawniczego ABC, wydawcy CD-ROM-u „Serwis Prawo i Zdrowie”: www.prawoizdrowie.pl

DOM WYDAWNICZY ABC

Serwis
Prawo i Zdrowie
Z pomocą Serwisu Zdrowia

www.prawoizdrowie.pl

Pierwszy wybór specjalisty

W świecie, gdzie informacja prawna to być albo nie być każdej jednostki służby zdrowia, szpitala, przychodni czy nawet ZOZu my zapewniamy pełne wsparcie informacyjne specjalisty. Wiarygodne, zawsze aktualne. Gwarantujemy także odpowiedzi ekspertów na każde zadane pytanie.

■ on-line ■ wszystko o prawie ■ zmiany i projekty ■ analizy problemów

Dom Wydawniczy ABC, ul. Płocka 5a, 01-231 Warszawa,
tel. (0-22) 535 80 00, fax (0-22) 535 80 01, infolinia 0 800 120 188, e-mail: info@abc.com.pl, www.abc.com.pl

REKLAMA

REKLAMA

Gloria Medicinae 2005

27 października br. w Pałacu Na Wodzie w Łazienkach Królewskich dziesięciu wybitnych lekarzy odebrało najwyższe odznaczenie Polskiego Towarzystwa Lekarskiego – medal „Gloria Medicinae”, *symbol wdzięczności dla tych, których życie, czyny i dzieła przepełnione są pragnieniem pomocy ludziom i ulżenia ich cierpieniom, przyznawany corocznie od 1990 r. przez 40-osobową Kapitułę za najwyższy szacunek dla zdrowia i życia ludzkiego, za sumienne i godne wykonywanie sztuki leczenia, za podtrzymywanie honoru i szlachetnych tradycji stanu lekarskiego.*

Więcej dobrego czy mniej normalnego?

Już po raz trzeci przyznano Nagrodę im. Aliny Pienkowskiej, tym, którzy dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce zrobili „więcej dobrego niż złego”.

Kandydatów do nagrody nominowali dziennikarze ogólnopolskich mediów zajmujący się tematyką medyczną, a zwycięzcę wybierają czytelnicy „Służby Zdrowia” i portalu internetowego „Esculap.pl”.

Największym uznaniem cieszył się w tym roku ekonomista **Wojciech Szraber**, odwołany wiosną za to, że nie wykonał polecenia i nie zwolnił z pracy w trybie dyscyplinarnym ponad 80 strajkujących lekarzy ze szpitala MSWiA w Łodzi. Laureat nie krył zaskoczenia, że wśród pokonanych pozostawił takie sławy jak Zbigniew Religa, Henryk Skarżyski, Jerzy Miller czy Krzysztof Bukiel.

„Okazało się, że dyrektor to ktoś, kto nie tylko reprezentuje firmę i odbiera splendory, ale także potrafi wziąć na siebie odpowiedzialność, stanąć po stronie ludzi domagających się godziwych warunków pracy i płacy. I zaryzykować przy tym własną karierę zawodową” – mówił ze wzruszeniem w wywiadzie dla „Służby Zdrowia”.

Wyróżnienie dziennikarzy przypadło w udziale **Jarosławowi Pin-
kasowi**, wiceministrowi zdrowia – za urok osobisty i styl, w jakim sprawuje urząd wiceministra oraz starania o wprowadzenie nowego modelu ratownictwa medycznego.

ms
fot. Tomasz Dobosz



Medal „Gloria Medicine” z wizerunkiem Józefa Strusia – Chwały Medycyny Polskiej XVI w. (1510-1566) z dewizą „Florest Res Medica” posiada granatowo-wisniową wstążkę orderową. Projekt medalu wykonał znany artysta plastyk Edward Gorol.

Tegorocznymi laureaci:

prof. dr hab. med. **Wanda Andrzejewska** (Szczecin)
Od lat związana z Kliniką Okulistyczną w Szczecinie. Główne zainteresowania medyczne dotyczyły fizjologii widzenia, chirurgii okulistycznej, schorzeń siatkówkowo-naczyniówkowych. W dorobku ma 86 prac naukowych oraz 26 abstraktów z wystąpieniem na zjazdach okulistycznych. W Okręgowej Izbie Lekarskiej kierowała komisją etyki.

prof. dr hab. med. **Witold Chrzanowski** (Łódź)
Przez całe życie związany z Łodzią. Także poprzez ojca – łódzkiego lekarza i profesora. Jest uznanym specjalistą w zakresie interny i nefrologii, cenionym klinicystą, konsultantem wielu klinik różnych specjalności, autorem 125 prac naukowych, rozdziałów w książkach medycznych i referatów, zasłużonym wychowawcą młodzieży medycznej.

prof. dr hab. med. **Andrzej Górski** (Wrocław)
Urodził się we Wrocławiu w rodzinie lekarskiej. Absolwent warszawskiej AM, od 1988 profesor. W latach 1993-2002 konsultant krajowy w dziedzinie immunologii. W latach 1993-99 piastował najwyższe stanowiska w warszawskiej AM (prorektora i rektora). Opublikował ponad 200 prac naukowych, z tego ponad 100 w piśmiennictwie międzynarodowym wysokiej rangi. Laureat licznych polskich i zagranicznych nagród naukowych. W drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych związał się (i objął stanowisko dyrektora) z Instytutem Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN im. Hirszfelda we Wrocławiu.

lek. **Jarosław Lubiowski** (Konin)
Pochodzi z Jarocina. Studia w poznańskiej AM (dyplom w 1968 r.). Od roku 1978 przez 17 lat pełnił funkcję z-cy ordynatora, a następnie, po wygraniu konkursie, objął i do dziś piastuje stanowisko ordynatora oddziału urazowo-ortopedycznego. Był długoletnim przewodniczącym Konińskiego Towarzystwa Lekarskiego. Jako prezes fundacji SANUS od wielu lat z powodzeniem stara się pozyskiwać nowoczesny sprzęt medyczny dla macierzystego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Koninie.

prof. dr hab. med. **Michał Myśliwiec** (Białystok)
Studiował na Wydziale Lekarskim AM w Białymstoku w latach 1960-66. Jest organizatorem i kierownikiem Kliniki Ne-

frologii i Transplantologii (z Ośrodkiem Dializ) AM w Białymstoku, która stała się cenionym ośrodkiem szkoleniowym Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Autor i współautor ponad 300 prac naukowych, w większości poświęconych roli krzepnięcia i fibrynolizy w nefrologii, nadciśnieniu tętniczym, miażdżycy u chorych po transplantacji nerek, ale także markerom osteodystrofii nerkowej oraz uszkodzeniom śródbłonna u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek. Od 2004 r. piastuje godność prezesa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego.

prof. dr hab. med. **Edmund Nartowicz** (Bydgoszcz)
Pochodzi z Grodna. Po studiach na wydziale lekarskim AM w Gdańsku (dyplom 1952) podjął pracę w przemysłowej służbie zdrowia w Bydgoszczy. Zorganizował intensywne leczenie kardiologiczne i stację dializ, dzięki czemu Bydgoszcz dołączyła do czołówki ośrodków kardiologicznych i nefrologicznych w Polsce. Od 1974 oddział prowadzony przez prof. Nartowicza (aż do chwili przejścia na emeryturę w r. 2000) stał się Katedrą i Kliniką Kardiologii i Chorób Wewnętrznych.

lek. **Konstanty Radziwiłł** (Warszawa)
Specjalista medycyny ogólnej i medycyny rodzinnej. Absolwent warszawskiej Akademii Medycznej, Podyplomowego Studium Ekonomiki Zdrowia i Podyplomowego Studium Bioetyki, w latach 1980-1982 działacz Niezależnego Zrzeszenia Studentów. Od 2001 r. prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Przewodniczący Komitetu Etycznego Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME).

prof. dr hab. med. **Halina Seyfried** (Warszawa)
W 1964 r. objęła kierownictwo w zorganizowanym przez siebie (w ówczesnym Instytucie Hematologii) Zakładzie Serologii. Po wykryciu nieznanych przedtem wirusów szerzących się poprzez zakażenia parenteralne Zakład Serologii dokonała adaptacji i wdrożenia kolejnych generacji testów pozwalających wykryć bezobjawowe nosicielstwo tych wirusów wśród krwiodawców. Obecnie na emeryturze; nadal współpracuje z Instytutem Hematologii i Transfuzjologii; patronuje m.in. wprowadzeniu metod biologii molekularnej do identyfikacji mutantów HCV niewykrywalnych innymi sposobami.

prof. dr hab. med. **Andrzej Steciwo** (Wrocław)
Związany z Akademią Medyczną we Wrocławiu, początkowo w Katedrze i Klinice Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej, a od roku 1994 kieruje Zakładem Medycyny Rodzinnej. Jest też koordynatorem Regionalnego Ośrodka Kształcenia Lekarzy Rodzinnych. Obecnie pełni także funkcję rektora Wyższej Szkoły Medycznej w Opolu. Jest także długoletnim, aktywnym działaczem PTL.

prof. dr hab. med. **Jerzy Szaflik** (Warszawa)
Studia medyczne ukończył w r. 1969 w Śląskiej Akademii Medycznej. Przez wiele lat związany z Katedrą i Kliniką Okulistyki w swojej macierzystej uczelni doszedł w niej do tytułu profesora nadzwyczajnego (1990), a następnie przeniósł się do Warszawy, gdzie w r. 1991 objął Klinikę (a w r. 1998 Katedrę i Klinikę) Okulistyki II Wydziału Lekarskiego AM. W r. 1997 uzyskał tytuł profesora zwyczajnego. Obecnie jest konsultantem krajowym ds. okulistyki oraz przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Okulistycznego.

ms

Doktor Piłsudski

Zygmunt Wiśniewski

Józef Piłsudski miał być lekarzem. Pewnie by nim został, gdyby nie rogata dusza, która wciągnęła go do organizacji wywrotowej, za którą w 1887 r. otrzymał pięć lat katorgi na Syberii.

Ziuk, bo tak go w rodzinie i wśród najbliższych nazywano, zdał egzamin maturalny w pierwszym gimnazjum wileńskim i 26 czerwca 1885 r. otrzymał świadectwo maturalne. Biograf, Wacław Jędrzejewicz, przedstawi po latach opisową ocenę postępów szkolnych świeżego maturzysty:

Po pierwsze, na podstawie obserwacji za cały okres kształcenia się jego w pierwszym gimnazjum wileńskim, sprawowanie jego było na ogół celujące, sprawność w uczęszczaniu na lekcje i ich przygotowaniu, a także wypełnianiu prac pisemnych dostateczna, pilność dostateczna i zainteresowanie we wszystkich przedmiotach dostateczne.

Stopnie uzyskane na egzaminie dojrzałości są wyższe niż w opisowej ocenie W. Jędrzejewicza. W ówczesnym systemie oceny maturalnej, w którym na pierwszym miejscu były stopnie wystawione przez radę pedagogiczną, a na drugim – uzyskane na egzaminie maturalnym, Józef Piłsudski otrzymywał na egzaminie wyższe oceny, bo na ogół czwórki, przy trójkowych ocenach rady pedagogicznej.

W 1903 r., w artykule „Jak zostałem socjalistą”, sam oceni siebie następująco: *Dla mnie epoka gimnazjum była swego rodzaju katorgą. Byłem, co praw-*

da, chłopcem dość zdolnym, nigdy się nie zamęczałem pracą i z łatwością przechodziłem z klasy do klasy, lecz gniotła mnie atmosfera gimnazjalna, oburzała niesprawiedliwość i polityka pedagogów, nużył i nudził wykład nauk.

W tym czasie narodziły się też poglądy polityczne i wolnościowe młodego Józefa Piłsudskiego.

Nazwałem siebie socjalistą („Promień”, nr 8-9, 1903), choć nie oznaczało to nabycia niezłomnych przekonań o słuszności idei socjalistycznej. (...) Socjalizm młodzież polska i litewska łączyła z rewolucyjnym patriotyzmem. Wszystkie nasze marzenia koncentrowały się wówczas wokół walki z Moskalami. Rosja i Rosjanie byli synonimami zła, tajdactwa i barbarzyństwa. W gimnazjum naszym, które mieściło się murach dawnego uniwersytetu założonego z fundacji króla Stefana Batorego, uczyli i wychowywali młodzież carscy pedagodzy, którzy gnębili nas i poniżali. Oburzała mnie ta niesprawiedliwość i gniotła ta atmosfera.

Student medycyny

22 sierpnia 1885 r. Józef Piłsudski został przyjęty na wydział lekarski uniwersytetu w Charkowie. Ten wybór – i kie-



Biograf Wacław Jędrzejewicz znalazł to zdjęcie maturalne Józefa Piłsudskiego w jego bagażu podróżnym.

runku studiów, i Charkowa, odległego od Wilna, gdzie przebywał owdowiały po stracie żony, Marii Piłsudskiej, samotny ojciec, nie są dla biografów zrozumiałe. Tłumaczy je młodzieńczym brakiem zdecydowania.

Ojciec pragnął, aby syn studiował w Instytucie Technologicznym w Petersburgu. Ten zaś wybrał i Charków, i medycynę chyba przez przekorę, bo jak ocenia W. Jędrzejewicz – do medycyny nie miał żadnego zamiłowania.

Przytoczenie tych opinii jest chyba konieczne, aby nie tworzyć mitologii niedosłanego lekarza, bo jak się niebawem okaże nie został nim nie tylko dlatego, że wybrał działalność socjalistyczną i niepodległościową.

Przyszły medyk naukę w Charkowie rozpoczął obiecująco. W grudniu 1885 r. zdał egzaminy na zakończenie I semestru studiów, uzyskując czwórki z anatomii, historii i fizyki oraz zaliczenia z zajęć praktycznych z anatomii i histologii.

Start był zupełnie obiecujący, kontynuował więc naukę na II semestrze.

Na początku marca zaczęły się w Charkowie manifestacje studenckie z okazji

150 rocznicy uwłaszczenia włościan. Wśród aresztowanych 150 studentów znalazł się również Piłsudski, który został ukarany 6-dniowym aresztem i ostrzeżeniem, że w przypadku podobnego wykroczenia będzie wydany z uczelni.

W liście do cioci, Stefanii Lipmanówny z Wilna, opisał te swoje pozanaukowe doświadczenia z Charkowa:

Już zostaliśmy osądzeni za nieporządk w uniwersytecie. A mianowicie 20 dotychczas osadzili na siedzenie w areszcie i między nimi i mnie na sześć dób. Doprawdy, ten karcer już mnie przesładuje. Co pół roku w nim przesiedywać nie jest arcy-przyjemną rzeczą. W przeszłym półroczu 2 doby, teraz sześć z uwagą, że na przyszłość przy najmniejszym przestępstwie z mojej strony zostaną wydani z uniwersytetu.

Pierwsze doświadczenia konspiracyjne nie przeszkodziły mu kontynuować studiów i skończył II semestr. Otrzymał pozytywne oceny z anatomii, chemii nieorganicznej, fizyki, botaniki i historii oraz zaliczył zajęcia praktyczne z anatomii i histologii.

Kiedy na przełomie maja i czerwca 1886 r. wracał do domu, do Wilna przez Petersburg, gdzie spotkał się z bratem Bronisławem, był absolwentem I roku wydziału lekarskiego uniwersytetu w Charkowie. Już wtedy jednak



Portret olejny Marszałka, pędzla prof. Tadeusza Pruszkowskiego, rektora warszawskiej ASP, zdobił aulę kolegium profesorskiego Wydziału Lekarskiego UW.

biograf odnotował, że Ziuk nie zamierzał wracać do Charkowa, życie w nim było przykre, uniwersytet go nie pociągał. Do Charkowa zniechęciła go dodatkowo grupa studiujących tam Polaków, do tego stopnia zrusyfikowanych, że on, Polak z Litwy, czuł się między nimi obco.

Po lecie spędzonym w Wilnie postanowił przenieść się na II rok medycyny na uniwersytet w Dorpacie (Tartu) w Estonii. Korespondował w sprawie przesłania dokumentów z uniwersytecie w Charkowie, którego urzędnicy nie omieszkali wpisać mu do papierów adnotacji o udziale w zamieszkach studenckich. Kierownictwo uniwersytetu w Dorpacie początkowo zareagowało na „wywrotowe” ciągotki studenta nieufnie, ale po dalszej korespondencji zgodziło się przyjąć go na uczelnię.

Spiskowiec

W Dorpacie studiów medycznych jednak z własnego wyboru nie kontynuował. Bliżej mu było do organizacji konspiracyjnych, socjalistycznych i niepodległościowych niż do praktykowania w szpitalu uniwersyteckim.

Po przyjeździe na wakacje do Wilna – wspomina – zacząłem prowadzić pracę samokształceniową w różnych kółkach wileńskich, m.in. i robotniczych. Wydawałem także nielegalne pismo, w którym kładłem nacisk na obronę polskości przed wynaradawianiem ludu, co praktykował rząd rosyjski na Litwie.

W 1887 r. został aresztowany i skazany na pięć lat katorgi. Osobę Józefa Piłsudskiego połączono z wykrytym właśnie spiskiem na życie cara Aleksandra III. W sprzysiężeniu tym uczestniczył rzeczywiście brat Józefa, Bronisław, który otrzymał także karę 5-letniej katorgi i dożywotniego zesłania.

I tu dopiero – wspomina – wyleczyłem się gruntownie z rosyjskiego wpływu. Rozmyślenia i książki ugruntowały mnie w socjalizmie, zrozumiałem, że jest on realną potrzebą ludu pracującego z chwilą, gdy społeczny i kulturalny rozwój umożliwi mu zrozumienie, że socjalista – Polak dążyć musi do niepodległości kraju, a niepodległość jest warunkiem zwycięstwa socjalizmu w Polsce.

W czasie pobytu na katordze Józef Piłsudski nie zaprzyjaźnił się z Rosjanami, co zdarzało się często innym polskim zesłańcom. Przeciwnie – zapisał w swoich pismach („Pisma zbiorowe”, t. II) refleksję, która uzasadniała tę niemożność przyjaźni z Rosjanami.

Wszyscy oni są mniej lub więcej zakapturzonymi imperialistami, nie wyłączając rewolucjonistów. Żywiłowy centralizm jest cechą tych umysłów, wiecz- nie tęskniących do absolutu. Nie znoszą różnaitości, nie umieją godzić sprzeczności – nużą one ich wolę i wyobraźnię do tego stopnia, że nie mogą stopić różnaitości w jednolitą całość, odrzucają zupełnie nawet potrzebę świadomych dokręcenie ze str. 39



Fotografia ogólna z uroczystości nadania Józefowi Piłsudskiemu doktoratu honorowego była od początku wadliwa technicznie. Dokumentuje jednak klimat niezwykłego dnia.

Lp.	Imię (imiona) i nazwisko	Adres zamieszkania (miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)	Numer ewidencyjny PESEL	Podpis
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Zebrane podpisy prosimy przesyłać pod adresem: Naczelna Izba Lekarska, 00-764 Warszawa. ul. Sobieskiego 110



Doktor Piłsudski

dokńczenie ze str. 37
społecznych organizacji, byle tylko nie myśleć o nich.

Biograf Jerzy Celma-Panek, syntetyzując poglądy i działania Józefa Piłsudskiego po ucieczce z katorgi, powołując się na jego zwierzenia pisze, że jego idea przewodnią było przybliżyć Polakom, żyjącym w zacołaniu i ubóstwie, idee socjalistyczne, by z ich pomocą zachęcić ich do walki o niepodległość kraju. Dlatego najwięcej energii poświęcał w początkach swej działalności w PPS wydawaniu „Robotnika”, w którym zamieszczał własne artykuły o treściach niepodległościowych. Podobne cele przyświecały mu, kiedy zaangażował się w działalność Organizacji Bojowej PPS, a później w oddziałach Strzelca i Legionach.

Jako redaktor „Robotnika” skrytykował wprowadzoną w 1900 r. przez rząd reformę lecznictwa fabrycznego.

Panowie fabrykanci potrącają pewien odsetek zarobku na szpital, lekarza itd., a ci utrzymywani za nasze pieniądze doktorzy leczą nas jak z łaski, oszczędzają na lekarstwach i dopuszczają się tysięcy szachrajstw, ceniąc więcej względy swych możliwych patronów niż życie ludzkie. Obecnie w departamencie przemysłu i handlu w Petersburgu zasiada komisja, mająca dokonać reformy lecznictwa fabrycznego w całym państwie. Czy wyjdziemy na tej reformie tak, jak na prawie o dniu roboczym, to jest, czy wpadniemy z deszczu pod rynnę? – okaże przyszłość. Pewnym jednak jest, że rząd w Rosji tylko się wtenczas śpieszy, gdy mu zatelefonują: «raboczyje buntujut». Ponieważ u nas więcej «buntujut» niż w Rosji, mamy więc już gotowy projekt lecznictwa fabrycznego, zastosowanego do warunków warszawskich.

Doctor honoris causa

Dr Stanisław Konopka, lekarz wojskowy, był zafascynowany postacią Naczelnego Wodza.

W swoim ogromnym dorobku autorskim i bibliograficznym pozostawił m.in. broszurę z opisem uroczystości nadania Józefowi Piłsudskiemu godności doktora honorowego.

Na 2 maja 1921 r. zaplanowano nadanie Uniwersytetowi Warszawskiemu godeł. Godła miał wręczać Józef Piłsudski. Była to – według Konopki – jedyna okazja do zrealizowania inicjatywy, która zrodziła się w łonie Rady Wydziału Lekarskiego przed rokiem. 30 kwiet-

nia 1920 r., kiedy dziekanem był prof. Jan Mazurkiewicz, uchwalono wniosek o wszczęcie postępowania w celu nadania Józefowi Piłsudskiemu tytułu doktora honorowego medycyny Uniwersytetu Warszawskiego. Wniosek ten uzyskał formalny placet Rady Lekarskiej 11 czerwca 1920 r. i od tamtego czasu czekał na sposobną okazję. Stała się nią uroczystość wręczenia Uniwersytetowi Warszawskiemu insygniów i godeł.

Mistrzem ceremonii był rektor UW, profesor historii, Jan Kochanowski, który połączył w swym wystąpieniu podziękowania za nadanie godeł z prośbą o przyjęcie godności honorowej.



Postacią Marszałka zafascynowany był Edward Wittig, który na początku lat dwudziestych wyrzebił popiersie Józefa Piłsudskiego.

Polskie tłumaczenie łacińskiego tekstu na dyplomie brzmiało:

My, Jan Kochanowski, profesor średniowiecznej historii polskiej, obecny Rektor i Antoni Gluziński, doktor medycyny, profesor patologii i terapii specjalnej, obecny dziekan wydziału medycznego, męża znakomitego Józefa Piłsudskiego, na pierwszego Naczelnika Najjaśniejszej Rzeczypospolitej Polskiej w czasie odzyskania niepodległości jednogłośnie obranego, który studia medyczne, ongiś zaczące, sam przerwał, aby tem łatniej uleczyć serca Polaków, niewolą zgnębione... 2 maja 1921 roku doktorem medycyny honoris causa uroczystie ogłosiliśmy i dla stwierdzenia tego ten oto dyplom w pieczęć Uniwersytetu zaopatrzyliśmy.

W ten sposób historia zatoczyła koło: dawny student, spiskowiec, aresztant, dowódca drużyn strzeleckich i Legionów otrzymał zaszczyt, który wśród narodów żyjących w pokoju wypracowuje się w pracowniach i gabinetach.

Zygmunt Wiśniewski

Sami swoi, czyli jak doktor z motocyklistą

W sobotnie przedpołudnie Pabianice należały do nich. Kolumna 120 motocykli ruszyła z hukiem ze Starego Rynku i zajęła główną ulicę. W czarnych skórzanych strojach, na swoich potężnych maszynach wyglądali majestatycznie, jak szwadron ciężkiej jazdy wyruszający do boju

Lączy ich praca i pasja. Jeszcze kilka lat temu nie wiedzieli, że jest ich tak wielu. Po pierwszym, ubiegłorocznym zlocie obiecali sobie powtórkę imprezy za rok, w większym gronie. I dotrzyмали słowa. 22 września do pabianickiego MOSiR-u zjechało ponad 120 lekarzy-motocyklistów z całej Polski, czyli trzykrotnie więcej niż wtedy.

Swój „pierwszy raz” wspominają z sentymentem, chociaż łatwo nie było. Przemierzali setki kilometrów w strugach deszczu, z foliowymi workami na butach i przemoczeni do suchej nitki. W tym roku pogoda była wprost bajeczna.

Organizatorem imprezy był Motocyklowy Klub Lekarzy „DoctoRRiders” przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi w osobach braci Włodzimierza i Marcina Dłużyńskich.

Galeria osobliwości

W piątkowe popołudnie na podwórku MOSiR-u co kilka minut zajeżdżała czyjaś wspaniała maszyna. Najlicniejsza reprezentacja to hondy, yamahy, suzuki, kawasaki, pojawiły się nawet trzy harleye davidsony. Były też pojedyncze sztuki: Ireneusz Marcinik przyjechał z Gdańska na triumphie rockecie, który pobił na imprezie rekord pojemności silnika – 2,3 l. Paweł Banasiak spod Piły okazał się dumnym posiadaczem najdroższego seryjnie produkowanego motocykla – hondy gold wing. Zaciekawienie budziły również legendarne junaki, królowie polskich jednośladów w czasach PRL. Wyjątkową atrakcją był rów-

nież trójkołowiec, który prowadził Jacek Dyba z Pabianic.

Ale największą furorę na zlocie zrobiła 7-letnia Karolinka Zięba z Gorlic, reżolutne dziecko na własnym minimotocyklu. Rodzice – oboje na swoich maszynach – przywieźli ze sobą córkę na „plecaka”, a jej pojazd zapakowali do pudła i wysłali do Pabianic... kurierem! Dziewczynka jeździła dopiero trzy tygodnie, ale wytrzymałość pokonuje wszelkie niedostatki doświadczenia. Podczas, gdy starsi koledzy popijali piwko i nawiązywali nowe znajomości, brzdąc do ciemnej nocy robił slalomy między stolikami. Szło jej tak dobrze, że rodzice odważyli się pozwolić jej na samodzielny udział w paradzie. Dziennikarze szaleli z zachwytem, była gwiazdą dnia.

Królowie życia

Pytam motocyklistów, co oni w tym widzą. Pytam, bo jeszcze nigdy nie jechałam. – Wiatr we włosach, szosa należy do ciebie, zapominasz o całym świecie. Nie planujesz, nie rozmyślasz, rozkoszujesz się chwilą – mówi dr Grzegorz Krzyżanowski, prezes Okręgowej Izby Lekarskiej, właściciel pięknego harleya davidsona. Czasami dojeżdża nim do pracy, częściej jeździ rekreacyjnie w pogodne weekendy.

Przemek Koryciński z Wolsztyna wiosną kupił kawasaki vulcana. Od lat marzyła mu się jakaś porządna maszyna. – Nie wiem, skąd mi się to wzięło. Może utkwiał mi gdzieś w pamięci huk motoru i pęd powietrza, kiedy ojciec wioził motocyklem moją mamę i mnie do porodu – opowiada. – w tym jest coś z poezji. Próbuje coś w życiu dogonić albo wprost przeciwnie, może przed czymś uciekamy. Jazdę na motocyklu można też porównać do współczesnego traperstwa. Pewnie stąd te lisie kity przy kierownicach – dodaje.

Wydawałoby się, że motocykl to zabawka dla prawdziwych facetów. Stereotyp i szufladka, jak zwykle. Uczestnikami zlotu na własnych motocyklach było kilka pań. Między innymi Hanna Przybycień-Zięba, farmaceutka z Gorlic

i jej przebojowa córka Karolina oraz Joanna Bagińska, Katarzyna Banaszak, Iwona Firek-Matejek, Agata Skórka, Magdalena Zygałłowicz.

Zjechali się dosłownie z każdego zakątka Polski. Każde województwo miało swoją reprezentację. Organizatorzy wypatrywali też kolegi ze Szwajcarii, ale nie dojechał. Gęsta mgła zatrzymała go w Tyrolu i musiał zawracać.

Wielu motocyklistów zabrało osoby towarzyszące, tzw. plecaki. W sumie na imprezie bawiło się ponad 180 osób. Wszyscy z branży, ale o pracy raczej nie rozmawiali. Nie chciało się, nie wypadało, jakby panował niepisany zakaz. Czasem komuś wyrwał się komentarz na temat marnych kontraktów czy niepewnych podwyżek, ale temat gasł natychmiast. Liczyła się tylko dobra zabawa.

Niech nas zobaczą

W sobotę na Starym Rynku w Pabianicach już przed dziesiątą zaczęli zbierać się ludzie. Ojcowie z synami, dziadkowie z wnuczkami i młodzi fani motoryzacji przyszli zobaczyć niezwykle widowisko. Lekarz kojarzy się nieodłącznie z powagą i spokojem i białym fartuchem. Motocyklista na supermaszynie – z wariactwem i łamaniem wszelkich przepisów. Byli ciekawi, czego można się spodziewać, kiedy jeden i drugi siedzi w tej samej osobie. Zakładali się, co zobaczą: ścigacze, choppery czy jeszcze coś innego.

Najpierw zza zakrętu wyłonił się policyjny radiowóz. To jechał Andrzej Janicki, naczelnik sekcji ruchu drogowego KMP w Pabianicach. Dzięki jego uprzejmości trasa przejazdu była tak zabezpieczona, że motocykliści nie musieli się już o nic martwić. Ulice blokowali dwaj łódzcy policjanci na motocyklach BMW, zaproszeni na zlot również jako uczestnicy.

Przed jedenastą lekarze-motocykliści wypełnili plac na Starym Rynku. Mieszkańcy Pabianic podchodzili do nich, z zachwytem przyglądali się maszynom, robili zdjęcia.

Hasło do rozpoczęcia parady dał dr Włodzimierz Dłużyński – komandor

zlotu i prezydent Klubu Motocyklowego. Wyjazd z rynku opóźnił się z uwagi na brak Prezesa OIL, który przyjechał z małżonką do Pabianic prosto z ważnego spotkania ze Związkiem Zawodowym Lekarzy. Po drodze na skrzyżowaniach w błyskawicznym tempie przebiegał się z wizytowego garnituru w strój motocyklowy.

W końcu kolumna 120 motocykli ruszyła z hukiem. Z początku jechali powoli i dostojnie, potem nabierali tempa i robili coraz więcej hałasu. Takiej imprezy to miasto już dawno nie widziało. Przechodnie przystawali, machali. W pośpiechu wyjmowali komórki i robili zdjęcia. Pewnie w niejednej chłopczej głowie narodziła się tego dnia pasja motocyklowa.

Zabrałam się jako „plecak” z Dominikiem Chodyrą z Bolesławca, posiadaczem 20-letniej hondy VF 750. Na początku krótki instruktaż: trzymać się kierowcy i uważać na nogi. Rura wydechowa rozgrzana do 400 stopni potrafi w jednej chwili spalić spodnie i poważnie porządzić nogę.

Już po pierwszym kilometrze zaczęłam rozumieć, co oni w tym kochają. Upajający pęd powietrza, niesamowite przyspieszenie. Wrażenie, jakby motocykl kierowany był myślami i w ogóle nie poddawał się prawom fizyki. Uczucie uskrzydlenia. Nie istnieje nic, tylko ta chwila.

Motorem na gryby

Pokazali się światu, potem musieli pokazać, co potrafią. Przyszedł czas na jazdę w terenie. Organizatorzy Zlotu Włodek i Marcin rozdali wszystkim mapki ze schematem trasy, objaśnili, o co chodzi i w 30-sekundowych odstępach wypuszczali pojedynczo motocyklistów na trasę. Trzeba było przejechać trasę według mapki, nie zgubić się, nie wyprzedzić swojego poprzednika i zmieścić się w czasie z dojazdem do celu. Mapki były jasne, gorzej z terenem. Bywało, że droga oznaczona jako prosta nagle jakby rozwidlała się. Albo znak drogowy pojawiał się wcześniej, niż można się było tego spodziewać.

Jechaliśmy z Dominikiem ściśle według mapki. Z naprzeciwnika wracała grupka zniechęconych. – Tam nic nie ma, koniec drogi. Na gryby pojedziecie – machali ręką. No tak, ale mamy jechać prosto, a tu droga nam ucieka w lewo. Uparliśmy się jednak na wprost. Po kilkuminutowej przejażdżce po wertepach, kałużach i polach kartoflanych wyjechaliśmy w końcu na twardą drogę. Ucieszyliśmy się, bo według mapki tak właśnie miało być. Ale po kilku kilometrach już nie pasowało nic. Zawróciliśmy do MOSiR-u. Tam już spora grupka uczestników siedziała przy piwie i analizowała

przyczyny porażki. Do wieczora słysząc było opowieści i tłumaczenia w parach, kto kiedy wpadł na pomysł, żeby skręcać tam, gdzie nie trzeba. Ponad połowa uczestników przejechała trasę prawidłowo, a wyniknęło to z czytania nie tylko mapy, ale też opisu do trasy z drugiej strony kartki. Po południu były konkursy stacjonarne: kto najwolniej przejedzie kilkumetrowy odcinek, konkurs palenia gumy, „waga płaczu”. Ten ostatni budził najwięcej emocji. Wygrywał uczestnik, który najdłużej utrzymał w wyciągniętej ręce wał korbowy. Dla kobiet przeznaczony był „babski wał” od Victorii. Kto się trochę znał na fizyce, ten odchyłał plecy do tyłu i wytrzymywał dłużej, rozkładając siłę ciężenia na dwa wektory. Jednym z „sędziów” był Krzysiek Dłużyński, syn Komandora, który służył nam pomocą w różnych trudnych sytuacjach.

Za rok będzie nas więcej

O godzinie 18.00 nastąpiło uroczyste otwarcie zlotu. Na składanej scenie padły podziękowania organizatorów dla sponsorów oraz uczestników dla organizatorów, ogłoszono zwycięzców w konkursach. Każdy uczestnik zlotu otrzymał pamiątkowy dyplom. – Jest wspaniale, przyjeździemy za rok większą ekipą – obiecywali. To największy komplement dla twórców imprezy. – Kiedy to słyszę, wiem, że wszystko udało się jak należy. Czuję ogromną radość i już wyobrażam sobie, jak będzie wyglądać zlot w przyszłym roku. Nie ma nic cenniejszego dla organizatorów jak radość uczestników i „obiecanki” przyjazdu w przyszłym roku, jest to największe podziękowanie za 8 miesięcy pracy. Dla tych właśnie „szalonych” ludzi robi się taką imprezę – mówi Włodek Dłużyński.

Motocykliści złożyli szczególne podziękowania trzem współorganizatorom zlotu, pracownikom łódzkiej Izby Lekarskiej. To Ela Sadura, Wiesia Bąk i Ula Pruszyńska opiekowały się każdym z uczestników. Bez nich nic by nie wypaliło. Jak dobre duchy pilnowały, żeby każdy został wpisany na listę, dostał znaczek, koszulkę i miał gdzie przenocować. Na ich głowie były wszystkie dyplomy, nagrody i cała aprowizacja.

W nocy były już tylko tańce, piwo i rozmowy. W klimat motocyklowy idealnie wpasował się bluesowy zespół Blue Haze, który znakomicie rozgrzał publiczność. Nie chciało się spać, grupki siedziały przy ognisku do białego rana. Rano nie chciało się wstawać ani wyjeżdżać.

Ale wszyscy obiecali, że wrócą za rok. Ale w liczniejszym gronie!

Adriana Sikora



Wydział Lekarski AM w Gdańsku, rocznik 1958
Przygotowujemy w 2008 r. spotkanie z okazji 50 rocznicy absolutorium. Zbieramy informacje o kolegach do pamiątkowej kroniki. Proszę o przesyłanie informacji o sobie, kolegach (także zmarłych); brakuje nam aktualnych adresów. **Bogumił Przeździak, ul. Lęborska 16, 80-387 Gdańsk, e-mail: bop@plusnet.pl**

Wydział Lekarski AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, rocznik 1982
Zjazd, z okazji XXV rocznicy ukończenia studiów, odbędzie się **2.06.2007 r. (sobota) we Wrocławiu**. Opłata za uczestnictwo w Zjeździe od absolwenta 250 zł, od osoby towarzyszącej na bankiecie 150 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do 31.03.2007 r., z dopiskiem „Zjazd 1982”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Serdecznie zapraszamy do udziału w Zjeździe. Do zobaczenia! **Organizatorzy: Jolanta Zaleska, tel. 0605-642-101, e-mail: jolzal@poczta.onet.pl, Piotr Kołtowski MEDINET Dolnośląskie Centrum Chorób Serca, tel. 071-327-67-39, Patrycja Malec Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl**

Wydział Lekarski i Oddział Stomatologii ŚAM z roku 1956
W związku z przygotowaniem do uroczystości 60-cio lecia ŚAM w 2008 r. i 50-cio lecia odnowy dyplomu prosimy absolwentów wydziału lekarskiego i oddziału stomatologii z roku 1956 o zarejestrowanie się w Dziekanacie Wydziału Zabrzeńskiego u Pani **Julity Prabuckiej do 28 października 2006 r. Adres Dziekanatu: 41-800 Zabrze Plac Traugutta 2, tel. 032-271-26-41, e-mail: doktoratyab@slam.katowice.pl**. O terminie i programie uroczystości powiadomimy każdego zarejestrowanego indywidualnie. **Zyga Wawrzynek, Stowarzyszenie Wychowanków ŚAM**

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.

Zapraszamy Państwa do korzystania z **POKOI GOŚCINNYCH** Naczelnej Izby Lekarskiej, **ul. Sobieskiego 110, Warszawa**
50 zł/doba – lekarz,
70 zł/doba – pozostałe osoby
Rezerwacja:
tel. **022-559-13-00, 022-559-13-24**

VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim

Pełne słońca kryształowe puchary

W dn. 1-3 września odbyła się siódma edycja Otwartych Mistrzostw Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim w samym sercu Borów Tucholskich – w Osiu. Z różnych stron naszego kraju zjechało 60 uczestników zawodów wraz z rodzinami.

Zawody rozgrywano w czterech kategoriach: goście, klasa otwarta, powszechna oraz klasyfikacja drużynowa z reprezentacjami okręgowych izb lekarskich. Po wyczerpującym wieloboju myśliwskim wyłoniono zwycięzców, rozdano medale, kryształowe puchary i nagrody Mistrzostw Polski Lekarzy.

Mistrzem Polski na rok 2006 został **Marek Wyduba** (Łódź) z wynikiem 464 pkt., wicemistrzem **Paweł Polak** (Lublin) z wynikiem 457 pkt., na trzecim miejscu z wynikiem 447 pkt., uplasował się **Andrzej Mohr** (Słupsk). **Łukasz Latyński** nie obronił tytułu mistrzowskiego z zeszłego roku i zajął czwarte miejsce.

W klasie powszechnej (tylko konkurencje śrutowe) pierwsze miejsce zajął **Maciej Gmitrzak** (Bydgoszcz) przed **Robertem Burdyńskim** (Poznań) i **Andrzejem Reetz** (Grudziądz).

W klasyfikacji drużynowej reprezentacja Bydgoskiej Izby Lekarskiej w składzie: **Marek Jedwabiński, Maciej Gmitrzak** i **Adam Witkowski** pokazała, że dysponuje największą siłą ognia i

zdobyła po raz kolejny Drużynowe Mistrzostwo Kraju.

Wśród zaproszonych gości i sympatyków naszego środowiska zdecydowanie najlepszy okazał się kolega **Marcin Smykowski** z wynikiem 485 pkt. Po zakończeniu sportowej części zawodów odbył się Charytatywny Turniej Sponsorów, którego dochód, jak co roku, został przekazany na cele dobroczynne, a który wygrał nie kto inny jak utytułowany strzelec ścisłej czołówki polskiej **Roman Bernacki** (Katowice). W niedzielę każdy, kto pragnął rewanżu mógł spróbować sił w zawodach wędkarskich w połowie pstrąga na łowiskach w Starej Rzece. Po zaciętym pojedynku wyłoniony zwycięzca **Lech Żymierski** z Koszalina był równie szczęśliwy jak aktualny Mistrz Polski w zawodach strzeleckich, a złowione pstragi podano na wystawny obiad kończący nasze spotkanie

Serdecznie zapraszamy w przyszłym roku! Z myśliwskim pozdrowieniem „DarzBór”

Marek Jedwabiński

sport@gazetalekarska.pl

V Mistrzostwa Polski „Medyków” w Strzelectwie Sportowym

na które lekarzy, osoby związane z szeroko pojętą medycyną oraz sympatyków służby zdrowia, zaprasza Klub Strzelectwa Sportowego „Feniks” w Węgrowie oraz Lekarski Klub Strzelecki „Dziwiątko” przy OIL w Warszawie. Zawody odbędą się **10.12.2006 r. o godz.10.00 w obiekcie strzelnicy sportowej Klubu Strzelectwa Sportowego „Feniks” w Węgrowie**. Przeprowadzone zostaną w konwencji – open (klasyfikacja wspólna dla kobiet i mężczyzn). Przewiduje się przeprowadzenie następujących konkurencji strzeleckich: - pistolet standardowy (małokalibrowy) 20+20+20, - pistolet centralnego zapłonu 10+10, - karabinek sportowy 20. **Warunkiem uczestnictwa jest dokonanie zgłoszenia 07-100 Węgrów, ul. Bohaterów Warszawy 10 lub tel. 0-25-691-73-08, 0-25-792-45-59, GSM 606120892 lub faks 0-25-691-73-08 lub e-mail: radek97@poczta.fm oraz wniesienie opłaty startowej na rzecz organizatora w wysokości – 80 zł.** Udział mogą brać zawodnicy dysponujący własną bronią sportową, istnieje również możliwość skorzystania z broni organizatora zawodów. Organizatorzy gwarantują dobrą atmosferę towarzyską, znakomite warunki strzeleckie i atrakcyjne nagrody. Istnieje możliwość zakwaterowania przed i po zawodach.

Narty we Francji i Sylwester w Hiszpanii

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie przygotowała dla lekarzy kilka wyjazdów (samolotem) na narty w Alpy Francuskie w **styczniu i marcu 2007 r.** i wyjazd na **Bał Sylwestrowy** w Pałacu Andaluzyjskim w Sewilli. **Zgłoszenia i informacje: OIL w Warszawie, e-mail: praca68@oil.org.pl**

• **21-23.11.2006 r.** Poznań. Międzynarodowe Targi Poznańskie i Biuro Promocji Jakości po raz pierwszy zapraszają na Międzynarodowe Targi **Higieny i Ochrony** przed **Szkodnikami** HiPeCo. W trakcie Tragów zaplanowano m.in.: Dzień Służby Zdrowia, Dzień Przemysłu Spożywczego, Dzień Administratorów Budynków Użyteczności Publicznej. Kontakt: Miłosz Matelski (MTP) – milosz.matelski@mtp.pl; Olimpia Karpik (BPJ) – olimpia.karpik@bpj.com.pl; Anna Banaszak (obsługa zwiedzających) – anna.banaszak@mtp.pl; Radosław Rakowski (PR) – radoslaw.rakowski@mtp.pl

• **29.11.-2.12.2006 r.** Kraków. Katedra Ginekologii i Położnictwa Wydz. Lek. UJ CM organizuje II Międzynar. Kongres **Kolposkopii i Patofizjologii Dolnego Odcinka Żeńskiego Narządu Pciowego** dla krajów Europy Środkowej i Wschodniej. I Europejski Kurs Kolposkopii. Biuro Organizacyjne: Symposium Cracoviense, 31-123 Kraków, ul. Krupnicza 3, tel. 012-422-76-00, faks 012-421-38-57, www.symposium.pl/kolposkopia, e-mail: info@symposium.pl

• **30.11.2006 r.** Poznań. Konf. **Zapobieganie agresji w szkole** – organizowana przez CBT-Centrum Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej pod patronatem Klin. Psychiatrii Wieku Rozwojowego AM w Warszawie, Klin. Psychiatrii Dzieci i Młodzieży AM w Poznaniu oraz Stow. Pomocy Dzieciom z ADHD w Poznaniu, z udziałem prof. Tomasza Wolańczyka z wykładem: **Zachowania agresywne a diagnoza psychiatryczna, farmakoterapia zachowań agresywnych**. Pkt. edukac. Informacje: www.cbt.pl, e-mail: miwanek@cbt.pl, 00-672 Warszawa, ul. Piękna 68, tel. 502-104-480

Kursy medyczne Skolamed w 2006 r.: www.szkolenia-medyczne.com.pl

• **1-2.12.** Lublin. **Podstawy neurosonologii – badanie dopplerowskie tętnic wewnątrz- i zewnątrzczaszkowych**. Patronat Sekcji Neurosonologii Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. 14 pkt. edukac.
• **8-9.12.** Bydgoszcz. Warsztaty przygotowujące do prowadzenia **badań klinicznych**. Szkolenie przygotowane wspólnie z Covance Polska. Dla lekarzy oraz personelu medycznego chcących zdobyć umiejętności i wiedzę niezbędne do prowadzenia badań klinicznych. 12 pkt. edukac. Zgłoszenia: tel. 081-534-43-87, faks 081-533-51-48, e-mail: medyczne@paiz.com.pl.

• **4-6.01.2007 r.** Szczawnica. I Symp. Naukowe: **Postępy w Diagnostyce Nowotworów Piersi** organizuje, pod patronatem PT Chirurgii Onkologicznej Pol. Lek. Tow. Radiologicznego, Centrum Onkologii, ul. Garncarska 11, 31-115 Kraków. Przew. Kom. Nauk. prof. Krzysztof Herman, przew. Kom. Org. dr med. Elżbieta Łuczyńska, www.sympozjumszczawnica.republika.pl, e-mail: sympozjum.szczawnica@onet.eu

• **8-11.02.2007 r.** Ustka. III Ogólnopolskie Warsztaty Sekcji Dermatologicznej PTA. Sekcja Dermatologiczna PT Alergologicznego oraz Kat. i Klin. Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM w Gdańsku zapraszają lekarzy zainteresowanych tematyką **dermatoz alergicznych**. Warunkiem udziału jest nadesłanie streszczenia pracy (prezentacji lub przypadku klinicznego) w nieprzekraczalnym terminie do 17.11.2006 r. na adres: wiolabar@amg.gda.pl. Karta zgłoszenia: www.alergologia.amg.gda.pl. Informacje: przew. Sekcji dr hab. n. med. Roman Nowicki – prof. nadzw. AMG, tel. 058-349-25-90, e-mail: mowicki@amg.gda.pl

• **12-15.02.2007 r.** Zakopane. CBT-Centrum Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej zaprasza na Zimową Szkołę **Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej**. Informacje: www.cbt.pl, tel. 502-104-480, e-mail: miwanek@cbt.pl

• **28.02.-3.03.2007 r.** Szczyrk. Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Woj. w Bielsku-Białej organizuje VII Konferencję: **Postępy Znieczulenia w Chirurgii Jednego Dnia**. Formularze zgłoszeniowe i najświeższe informacje: www.hospital.com.pl/Szczyrk, e-mail: Szczyrk@hospital.com.pl; Kom. Org. – Sekcja Znieczulenia Ambulatorejnego PTA i IT: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego, 43-316 Bielsko-Biała, al. Armii Krajowej 101, tel. 033-810-25-91, faks 033-81025-90.

• **2-3.03.2007 r.** Łódź. VI Łódzkie Warsztaty **Psychogeriatryczne** organizowane przez Klinikę Psychiatrii Wieku Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych UM w Łodzi: **Leczenie zaburzeń psychicznych wieku podeszłego: zagadnienia kliniczne, diagnostyczne i prawne**; m.in. sesje, wykłady plenarne i zajęcia warsztatowe poświęcone następującym zagadnieniom: - *Zaburzenia świadomości w wieku podeszłym*, - *Problem uzależnień w wieku podeszłym*, - *Zaburzenia snu u chorych w wieku podeszłym*, - *Psychiatria sądowa w psychogeriatрії – orzecznictwo rentowe, oświadczenia woli, sprawy karne*, - *Praktyczne zastosowania diagnostyki neuropsychologicznej u chorych w wieku podeszłym* - *Niefarmakologiczne aspekty opieki nad chorym z otepieniem – edukacja opiekunów, rehabilitacja, opieka paliatywna*. Informacje: sekr. konferencji: Klinika Psychiatrii Wieku Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych, 92-216 Łódź, ul. Czechosłowacka 8/10, tel. 042-675-73-72, faks 042-675-77-29, e-mail: klinika1@tlen.pl, klinika1@o2.pl, psychogeriatría@csk.umed.lodz.pl oraz na str. Warsztatów: www.esk.lodz.pl

• **18-21.04.2007 r.** Wisła. I Konf. Szkol. PT **Alergologicznego**. Organizator: PT Alergologiczne, ul. Kopcińskiego 22, 90-153 Łódź, tel./faks 042-679-03-16, kom. 501-

085-226, e-mail: alergologia@toya.net.pl, www.pta.med.pl. Biuro Org.: AltaSoft s.c.ul. Bytkowska 18, 40-955 Katowice, tel. 032-259-83-99, faks 032-259-83-98, e-mail: altasoft@altasoft.pl. Rejestracja: www.szkoleniapt.pl.

• **20-21.04.2007 r.** Poznań. Kat. i Klin. Reumatologiczno-Rehabilitacyjna i Chorób Wewnętrznych organizują III Ogólnopol. Konf.: **Zespół antyfosfolipidowy**. Komitet Org. – Katedra i Klinika Reumatologiczno-Rehabilitacyjna i Chorób Wewnętrznych AM im. K. Marcinkowskiego, 61-545-Poznań, ul. 28 Czerwca 1956 r. 135/147, tel. 061-831-03-17, 831-02-71, 833-28-11, faks 061-831-03-17, e-mail: zimmermannhorska@hotmail.com, puszczewicz@hotmail.com

• **23-26.05.2007 r.** Bydgoszcz. 38. Zjazd Pol. Tow. Radiologicznego. Informacje: e-mail: biuro@zjazd.radiologow.pl, tel./faks 052-585-40-50, www.zjazd.radiologow.pl

• **14-16.06.2007 r.** Zamek Książąt Pomorskich w Szczecinie. 42. Zjazd **Psychiatrów** Polskich. Temat wiodący: **Miejsce psychiatrii wśród nauk medycznych**. Informacje: www.zjazdtpt2007.szczecin.pl/

• Instytut **Aterotrombozy**, ul. Niedźwiedzia 29b, 02-737 Warszawa, tel./faks 022-853-72-65, kom. 0600-412-356, uruchomił swój najnowszy projekt **trialBase** – bazę ponad 2,5 tys. badań klinicznych z zakresu **kardiologii** dostępnych na stronie www.aterotromboza.org.pl

• Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii** (nr w rej. DIL 24A/PSz/A/2005), ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel./faks 071-348-39-66, tel. 0606-350-328, www.usg.webd.pl, zaprasza na szkolenia z diagnostyki **USG** i **cytodiagnostyki**

• Szkoła Edukacji **Ultrasonograficznej** Cedus. Szkolenia w 2006 r. Informacje i zapisy: ul. Łowicka 51 m. 20, 02-534 Warszawa, tel./faks 022-646-41-56, www.cedus.edu.pl, e-mail: kursy@cedus.edu.pl

• **Medyczne Szkolenia Podyplomowe** PAKT. Szkolenia w 2006 r. Informacje i zgłoszenia: PAKT ul. Kopernika 8/2, 40-064 Katowice, tel./faks 032-251-22-64, 0601-423-243, www.msp-pakt.med.pl, e-mail: medycznesympozja@msp-pakt.med.pl.pl

• Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej. Praktyczne kursy **ultrasonograficzne** w 2006 r. Prawo do pkt. edukac. Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: tel./faks 061-819-25-00, tel. 0603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

• Roztoczańska Szkoła **Ultrasonograficzna**. Kursy w 2006 i 2007 r. Info: tel. 084-638-80-90, 084-638-55-12, www.usg.com.pl.

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Wydawnictwa **Roztoczańskiej Szkoły Ultrasonografii**,
22-400 Zamość, ul. Chopina 3, tel. 084-638-55-12, 084-638-80-90,
faks 084-638-80-92, e-mail: rsu@roztocze.pl



Ultrasonograficzny atlas sutka
Wiesław Jakubowski
ilustracje: **Elżbieta Hałas**
seria wydawnicza: **Praktyczna Ultrasonografia**
Warszawa – Zamość 2006, s. 192
Atlas prezentuje obrazy usg zarówno sutka, tkanek otaczających sutek oraz węzłów chłonnych. Publikacja ma służyć lekarzom zajmującym się profesjonalnie diagnostyką obrazową sutka oraz studentom. Rzadko zdarza się w tego typu publikacjach tak trafne połączenie wiedzy, którą można nazwać sztuką z obrazami sztuki. Obrazy przedstawiające bukiety kwiatów artystki Elżbiety Hałas zainspirowały autora do takiego właśnie połączenia, co daje efekt wzmocnienia, o który chodziło autorowi oraz czyni książkę niezwykle atrakcyjną także od strony estetycznej.



Diagnostyka ultrasonograficzna żołądka i jelit
Andrzej Smreczyński
seria wydawnicza: **Praktyczna Ultrasonografia**
Warszawa – Zamość 2006, s. 96
Publikacja służąca podnoszeniu kwalifikacji ultrasonografów w praktyce zajmujących się diagnostyką jamy brzusznej. Autor jest ekspertem, autorytetem i pionierem w zakresie badań usg przewodu pokarmowego.

a-medica press, 43-300 Bielsko-Biała, skr. pt. 333, tel. 033-816-90-79,
faks 033-828-13-72, e-mail: poczta@alfamedica.pl, www.alfamedica.pl



Rak okrężnicy. Diagnostyka, leczenie, kontrowersje
red. prof. **Marek Pawlicki**
wyd. I, Bielsko-Biała 2006, s. 160, cena 20 zł
Publikacja zawiera najważniejsze informacje dotyczące nowotworów w rozdziałach: Rak okrężnicy – kontrowersje, leczenie objawowe; Postępowanie z chorymi; Patomorfologia raka jelita grubego; Rozpoznawanie nowotworów; Zasady chirurgicznego leczenia; Chemioterapia; Leczenie bólu towarzyszącego nowotworom; Rokowanie u chorych. Książka ma na celu służyć pomocą lekarzom pierwszego kontaktu we wczesnym wykrywaniu raka, ale także może pomóc innym w rozpoznawaniu chorób nowotworowych.



Zakażenia grzybicze – wybrane zagadnienia
pod red. prof. **Danuty Dzierżanowskiej**
Bielsko-Biała 2006, s. 168, cena 20 zł
Publikacja zawiera rozdziały: Wybrane właściwości biologiczne grzybów chorobotwórczych; grzybyce powierzchniowe – etiologia, klinika i diagnostyka; Patogeneza inwazyjnych grzybic układowych; Diagnostyka mikrobiologiczna i serologiczna układowych zakażeń grzybiczych; Wykrywanie metabolitów w diagnostyce grzybic układowych; Diagnostyka molekularna zakażeń grzybiczych; Leki przeciwgrzybicze stosowane w leczeniu grzybów układowych; Zakażenia grzybicze w hematologii; Zakażenia grzybicze ośrodkowego układu nerwowego; Zakażenia grzybicze u dzieci z pierwotnymi niedoborami odporności.



EKG jasno i zrozumiale
Andrew R. Houghton, David Gray
wyd. II pol. (poszerzone i uzupełnione), Bielsko-Biała 2005, s. 272
Publikacja napisana wyjątkowo zrozumiałym językiem. W jasny i logiczny sposób przedstawia nieprawidłowości rejestrowane w różnych stanach patologii. Uczy posługiwania się zawartymi informacjami co pozwala na osiągnięcie biegłości w interpretacji zapisu EKG. Książka szczególnie przydatna dla lekarzy pierwszego kontaktu, którzy dzięki niej uzyskają elementarne umiejętności interpretacji EKG w zakresie rozpoznawania niedokrwienia mięśnia sercowego, cech tworzących się i przebiegającego zawału serca oraz groźnych zaburzeń rytmu i przewodzenia. Do wyd. II dodano wiadomości dot. ostrych zespołów wieńcowych oraz diagnostyki wykorzystującej nowe markery martwicy mięśnia sercowego. Poszerzono i uaktualniono niektóre rozdz. w oparciu o najnowszą wiedzę diagnostyczną i zgodnie z ostatnimi wytycznymi Europejskiego Tow. Kardiologicznego (ESC) i Amerykańskiego Kolegium Kardiologicznego (ACC).



Zapalenie zatok przynosowych
Dariusz Jurkiewicz, Beata Zielińska-Jurkiewicz
Bielsko-Biała 2005, s. 72
Monografia omawia całość zagadnień związanych ze schorzeniem, anatomią nosa i zatok przynosowych, fizjologią, patofizjologią, nieżyty infekcyjne, obraz kliniczny schorzenia, diagnostykę, leczenie, powikłania.

Mój flirt z medycyną
prof. **Wiesław Magdzik**
Bielsko-Biała 2006, s. 164, cena 20 zł
Autor zajmował się zapobieganiem i zwalczaniem chorób zakaźnych. Pełnił wiele funkcji państwowych związanych z tą dziedziną medycyny oraz działał w org. światowych. Pracował w wielu krajach, gdzie brał udział w rozwiązywaniu problemów epidemiologicznych. Jest współautorem kilkunastu książek i kilkuset artykułów publikowanych w prasie fachowej. Ta książka obrazuje 50 lat pracy zawodowej autora, jest kroniką życia i podsumowaniem dorobku. Przedstawia doświadczenia zawodowe i życiowe. Tak pisze o książce sam autor: „Postanowiłem opisać tylko i wyłącznie prawdziwe zdarzenia, bez dodawania wszelkiego rodzaju upiększeń”.

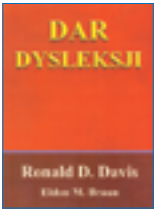


Wydawnictwo Zysk i S-ka, 61-774 Poznań, ul. Wielka 10,
tel. 061-853-27-51, 061-853-27-67, faks 061-852-63-26,
Dział Handlowy tel. 061-855-06-90, sklep@zysk.com.pl, www.zysk.com.pl

Psychologia starzenia się. Wprowadzenie
Ian Stuart Hamilton
wyd. I. Poznań 2006, s. 304.
Wyd. polskie III edycji uaktualnionej i poszerzonej książki, która stała się podręcznikiem w nauczaniu psychogerontologii klinicznej. Zawiera nowe tematy i fragmenty rozdziałów napisane na nowo. Według recenzentów publikacja jest najbardziej profesjonalnym opracowaniem psychologii starzenia się zawierającym materiały źródłowe oraz komplet zagadnień ujętych z każdej możliwej perspektywy. Jest podstawową lekturą dla psychologów klinicznych i terapeutów.



Dar dysleksji. Dlaczego niektórzy zdolni ludzie nie umieją czytać i jak mogą się nauczyć
Ronald D. Davies, Eldon M. Braun
tłum. **Grażyna Skoczylas**
Poznań 2006, s. 270



Autor jest dyslektykiem o wielkiej inteligencji i talentach twórczych. Mając 38 lat dokonał zaskakującego odkrycia, które przyczyniło się do opracowania metod pozwalających dyslektykowi nauczyć się czytania i osiągać sukcesy. W czterech częściach książki zawiera wskazówki pomagające przezwyciężyć ten defekt: 1) Czym naprawdę jest dysleksja, 2) Rozwojowa teoria dysleksji, 3) Dar, 4) Korygowanie dysleksji – przewodnik dla rodziców, opiekunów i nauczycieli.

Dar uczenia się. Sprawdzona nowa metoda korekcji ADD, problemów z matematyką i pisaniem odręcznym
Ronald D. Davis, Eldon M. Braun
tłum. **Monika Hartman**
wyd. I, Poznań 2006, s. 380
Publikacja jest kontynuacją i poszerzeniem „Daru dysleksji”. Obok znanych już metod prezentuje nowe mające zastosowanie w korekcji wielu zaburzeń uczenia się, np.: ADD, ADHD, kłopotów z matematyką, z pisaniem odręcznym. Zawiera sprawdzone techniki w walce z tymi zaburzeniami, które może zastosować każdy nauczyciel, rodzic czy terapeuta lub nawet sama osoba mająca trudności w uczeniu się.



Kryzys
Ros Jay
tłum. **Michał Kubiak**
wyd. I, Poznań 2006, s. 96
Autor wielu poradników, w tej niewielkiej książce radzi jak pokonać sytuację kryzysową, która może nas zaskoczyć w każdej chwili i na którą nie jesteśmy przygotowani. Reklamuje poradnik w tych słowach: „Masz przed sobą szybki, acz przystępny kurs umożliwiający ci zostanie ekspertem w reagowaniu kryzysowym w ciągu godziny”.



Wszystko o ADHD.
Kompleksowy, praktyczny przewodnik dla nauczycieli.
tłum. **Jacek Bieroń**
wyd. I, Poznań 2006, s. 174
W książce opisano oparte na badaniach i konsultacjach w szkołach, metody wychowania i uczenia dzieci z ADHD. Model nauczania równoległego (nauka i wychowanie), techniki i strategie zostały tak dobrane, aby można je było zastosować w każdej klasie szkolnej. Niektóre strategie może nauczyciel dobrać również pod kątem swojego stylu uczenia i temperamentu. Także niektóre strategie mogą się okazać odpowiednie dla wszystkich dzieci w klasie nie tylko z ADHD, na co wskazuje wielu nauczycieli. Podstawą opisywanych w książce „przykładów z życia” były rzeczywiste obserwacje kliniczne oraz innowacje wprowadzane przez nauczycieli.



BIULETYN

Nr 6 (101) Rok XVII **Naczelnej Rady Lekarskiej** Warszawa, X 2006

REDAKTOR NACZELNY: *MARIUSZ JANIKOWSKI*

Obwieszczenie
Krajowej Komisji Wyborczej
z dnia 8 września 2006r.
o wynikach wyborów uzupełniających
na stanowisko Zastępcy Sekretarza
Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 23 pkt 6 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z 1990 r. Nr 20, poz. 120, z 1996 r., Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 28, poz. 152, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 2001 r. Nr 126, poz. 1383, z 2002 r. Nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052 oraz Nr 92, poz. 885 z 2004 r.), § 43 i 46 w związku z § 7 ust 1 pkt 2 uchwały Nr 76/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 kwietnia 2004 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów obwieszcza się, co następuje:
W wyniku przeprowadzonych wyborów uzupełniających na stanowisko Zastępcy Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, na podstawie protokołu Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej w Warszawie – wybory uzupełniające Zastępcy Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, ogłasza się, że Zastępcą Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, na okres kadencji 2006-2009 został
Jerzy Kruszewski

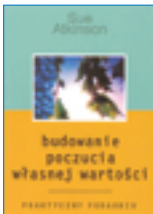
Ładysław Nekanda-Trepka
przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej

Obwieszczenie
Krajowej Komisji Wyborczej
z dnia 30 września 2006r.
w sprawie uzyskania mandatu
Zastępców Naczelnego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej

Na podstawie art. 23 pkt 6 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z 1990 r. Nr 20, poz. 120, z 1996 r., Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 28, poz. 152, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 2001 r. Nr 126, poz. 1383, z 2002 r. Nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052 oraz Nr 92, poz. 885 z 2004 r.), § 47 w związku z § 7 ust 1 pkt 2 i ust. 4 uchwały Nr 76/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 kwietnia 2004 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów obwieszcza się, co następuje:
W wyniku wygaśnięcia mandatów Zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Andrzeja Cholewki i Ewy Grzesiak-Kubicy, na podstawie uchwały nr 4 Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 30 września 2006 r. w sprawie wygaśnięcia i uzyskania mandatu Zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, ogłasza się, że Zastępcami Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na okres kadencji 2006-2009 zostali:
– **Jędrzej Bandurski** – lekarz
– **Zbigniew Darasz** – lekarz

Ładysław Nekanda-Trepka
przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej

strona 1 Biuletyn 6/2006



Budowanie poczucia własnej wartości.
Praktyczny poradnik
Sue Atkinson
tłum. **Katarzyna i Wiesław Marcysiakowie**
wyd. I, Poznań 2006, s. 226

Publikacja oparta na doświadczeniach własnych autorki. Skierowana do wszystkich, którym brak wiary w siebie, brak dla siebie szacunku. Praktyczny poradnik zawierający ćwiczenia i wskazówki do przemyślenia. Trzeba ją przerabiać powoli, krok po kroku dążąc do zbudowania poczucia własnej wartości.

Ponadto nadesłano:



Dziecko i jego środowisko.
Uzależnienia a dzieci i młodzież
pod red. **Andrzeja Steciwko i Iwony Pirogowicz**
Wydawnictwo „Continuo”, www.continuo.wroclaw.pl,
tel. 0-71-791-20-30, Wrocław 2006, B5, 132 s., cena 20 zł
Publikacja zawiera następujące prace: Narkotyki używane przy popełnianiu przestępstw seksualnych – nowy problem, nowe wyzwania; Duchowe aspekty uzależnienia; Gdzie szukać pomocy?; Narkotyki – droga do uzależnienia; Problem uzależnień w środowisku młodzieży akademickiej – badania własne; Skala problemu narkomanii w województwie dolnośląskim i opolskim; Narkotyki – zakażenia HIV/AIDS a dziecko; Praktyczne aspekty oddziaływań terapeutycznych wobec młodzieży zagrożonej uzależnieniami i uzależnionej w warunkach leczenia ambulatoryjnego; Rola policji w profilaktyce zagrożeń uzależnieniami wśród dzieci i młodzieży; Wpływ substancji psychoaktywnych na rozwój i funkcjonowanie społeczne dzieci; Uzależnienie od alkoholu a zaburzenia osobowości u młodzieży; Nikotyna a dziecko – czy to tylko bierne palenie tytoniu?

opr. md

Nominacje profesorskie

W Pałacu Prezydenckim 24 października 2006 r. odbyła się uroczystość wręczenia nominacji profesorskich. Otrzymali je: **Marek Andrzej Dobosz** – Szpital Miejski w Gdyni, **Krzysztof Józef Drews** – Akademia Medyczna w Poznaniu, **Andrzej Mieczysław Dziedziczko** – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, **Olga Haus** – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, **Andrzej Wacław Kutarski** – Akademia Medyczna w Lublinie, **Danuta Barbara Maślińska** – Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej Polskiej Akademii Nauk w Warszawie, **Jacek Jan Moll** – Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, **Jerzy Roch Nofer** – Westfalski Uniwersytet Wilhelma w Münster, Republika Federalna Niemiec.

Spotkania i Msze św.
dla środowiska medycznego prawobrzeżnej Warszawy
będą się odbywać w każdą **pierwszą niedzielę** miesiąca o godz. **17.00 przy ul. Floriańskiej 3** w Warszawie (kaplica w dawnym budynku kurialnym).
Terminy spotkań: 2006 r. – **5.11., 3.12.**
2007 r. – **7.01., 4.02., 4.03., 1.04., 6.05., 3.06.**

Ojcowie Karmelici Bosi zapraszają na
Rekolekcje dla Pracowników Służby Zdrowia,
które odbędą się w dn.
7-10 .12.2006 r. (czw., godz. 18.00 – nd., godz. 14.00)
w Domu OO. Karmelitów Bosych w Sopocie
Temat: **Modlitwa u św. Teresy od Jezusa**
o. Julian Ilwicky, OCD
Adres: **Dom OO. Karmelitów Bosych**
ul. Głowackiego 3, 81-744 Sopot-Wyścigi
Bliższych informacji udziela:
o. Julian Ilwicky, tel. 0-600-227-684