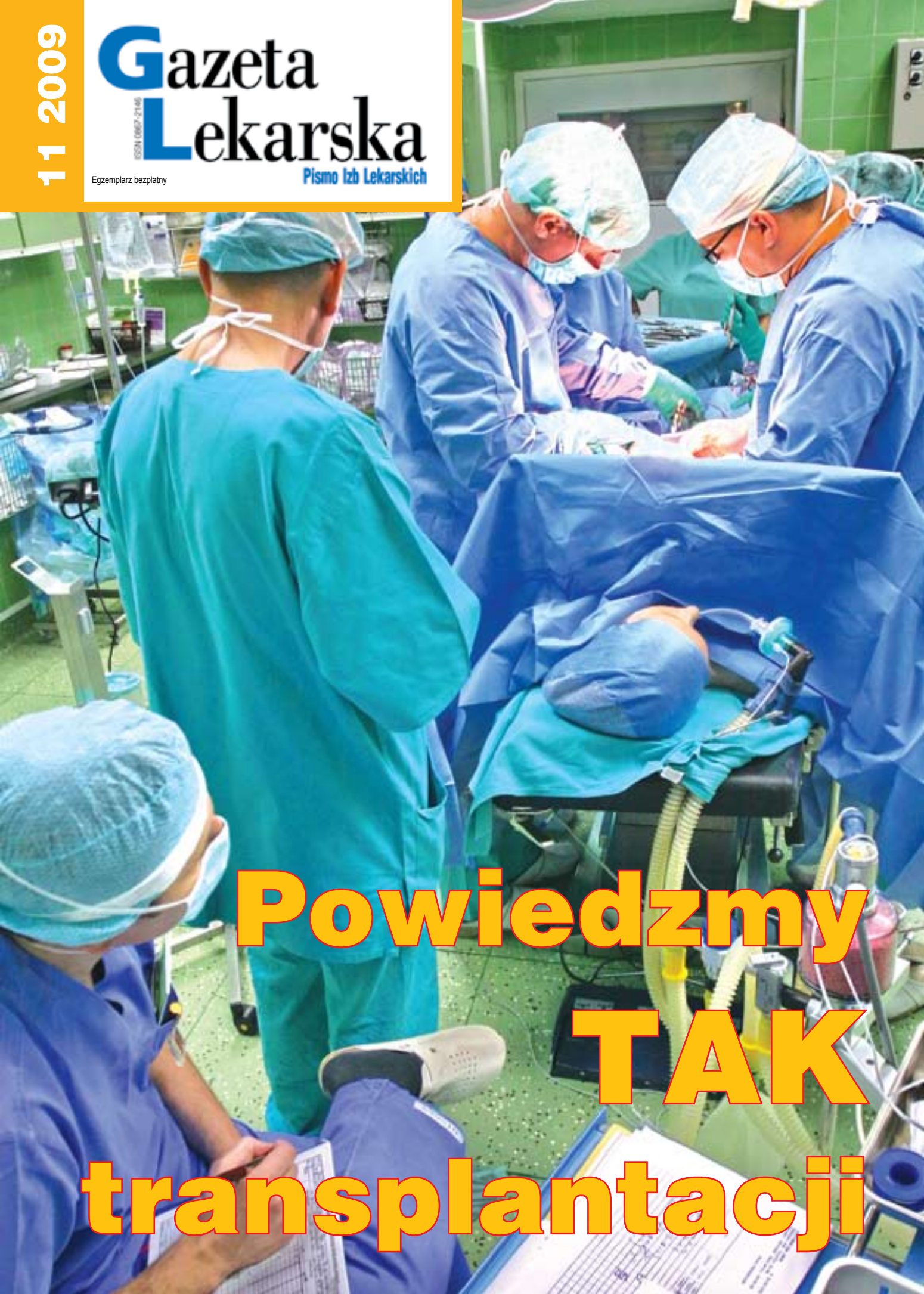


11 2009

Gazeta
Lekarska
ISSN 0867-2146
Pismo Izby Lekarskich

Egzemplarz bezpłatny



Powiedzmy
TAK
transplantacji



Minister z Sajgonu

Utyskując na wady i niedostatki systemu ochrony zdrowia czasem zazdrośnie spoglądamy na naszych zachodnich sąsiadów. Nawet polskie kasy chorych w 1999 r. wzorowano na ich niemieckich imienniczkach. Wydaje nam się, że zasobne państwo może dać swym obywatelom wszystko, czego potrzebują. Owszem, może pod warunkiem, że za sterami państwa nie stoją ludzie, którym sen z oczu spędzają myśli, jakby tu jeszcze coś zabrać lekarzom. Dochody niemieckich lekarzy w ostatnim dziesięcioleciu spadły co najmniej o 40%, wielu szuka spokojniejszego życia w Szwajcarii lub Norwegii. Po ostatnich wyborach powiało trochę nadzieją, kiedy przeklinaną powszechnie przez lekarzy arogancką minister zdrowia Ullę Schmidt zastąpił 36-letni liberal Philipp Rösler. Nowy minister jest z pochodzenia Wietnamczykiem, ocalałym dzieckiem z sajgońskiego sierocińca, adoptowanym i wychowanym w niemieckiej rodzinie w Hamburgu. Rösler ukończył medycynę w Hanowerze, specjalizował się w okulistyce, ale szybko stał się wschodzącą gwiazdą niemieckiej polityki. O trudnych sprawach potrafi mówić prosto i zrozumiale. „Wolno mówić wszystko, co się myśli” – oto jego życiowa dewiza. Ale jeśli się w ogóle myśli – sam dodaje po chwili. Już po paru dniach urzędowania zapowiedział więcej wolności w wyborze lekarza, terapii i kasy chorych. Szkoda, że w Polsce, gdzie podobno rządzą rdzenni liberalowie, o swobodach i ułatwieniach słyszy się mniej niż o dziadostwie i rozgardiaszu w szpitalach. Tylko pozazdrościć Niemcom pragmatyzmu i odwagi.

Nasi politycy, niestety, nie ogniskują się na sprawach zwykłych ludzi. Wolą pasjonować się światem utkanym z mgieł, z których wylaniają się Zbycho, Miro i Rycho oraz tropiąca ich opozycja. Gdybym miał wskazać wydarzenie ostatniego miesiąca, którym warto byłoby podzielić się z Czytelnikami, to byłbym w kłopotcie. W stolicy, do której ciągną setki łaknących wiedzy przedstawicieli terenu, odbywa się wiele konferencji, przeważnie bez myśli przewodniej i prezentacji ciekawych rozwiązań. Słuchaczy wabi są dodatkowo zapowiedzią udziału ministrów, polityków i różnych celebrytów, którzy prezentują te same, często archaiczne poglądy. W ekskluzywnych hotelach stolicy głądzi się o niczym, a jedyny pożytek to prezentacja reklamowa sponsorów.

Pocieszam się, że kwitną i nabierają nowego znaczenia lekarские zjazdy naukowe, tłumnie oblegane przez lekarzy specjalistów. Jestem pod wielkim wrażeniem X Jubileuszowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Alergologicznego w Bydgoszczy. Pobudka o szóstej rano, warsztaty szkoleniowe od siódmej, zaraz potem trzy sympozja plenarne, przebogate sesje plakatu w przerwie obiadowej, niesamowity ring alergologiczny z udziałem wybitnych autorytetów, a wieczorem zabawa z legendarnym zespołem rockowym „Perfekt”, to tylko dowód na to, że lekarzy do wiedzy nie trzeba gonić restrykcjami, lecz zachęcać atrakcyjnym programem i dobrą atmosferą. Obszerniej o Zjeździe na str. 24-25.

Przed nami sezon narciarski. Wiele osób szuka odpowiedniego sprzętu, dobrze dopasowanych wiązań, butów, kasku i nart. Przygotowując się do wyjazdu pamiętajmy też o poprawieniu kondycji i diecie. Odpowiedni trening jest równie ważny co markowy sprzęt. Właściwe przygotowanie fizyczne to klucz do uniknięcia urazu. Jeśli uprawiamy sport regularnie, ryzyko wystąpienia kontuzji jest zdecydowanie mniejsze. Jeżeli jednak nie ćwiczymy na co dzień, pamiętajmy, by zacząć przygotowania fizyczne przynajmniej 3 tygodnie przed planowanym wyjściem na stok. W przygotowaniu do sezonu sprawdzają się pływanie, biegi, nordic walking, jazda na rowerze. Ja chyba zostanę w domu, bo jestem starszy o... 25 kilogramów i chyba tym razem nie zdążę na stok.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Lekarzu, powiedz tak transplantacji	4-5
Okiem Prezesa	5
Centra urazowe zastąpią SOR-y?	6-7
Powrót po 60 latach	8
Nie pozwolę lżyć lekarzy	10-11
Wybory do izb lekarskich	12
Niedoceniani czy przeceniani?	12-13
O naturze schorzeń	14-15
U stomatologów	16-18
Śladem naszych publikacji	19
Nobel za telomery	20-21
Kalejdoskop leków	22-23
Alergia dla każdego	24-25
Polscy lekarze w Tarnopolu	26
Czy są nam potrzebne?	30
Przychodzi lekarz do prawnika	32-33
Obowiązkowe a dobrowolne ubezpieczenie OC lekarzy	34-35
Polskie Towarzystwo Medycyny Sądowej i Kryminologii	36-37
Historie stomatologiczne (21)	38
Dawno temu we Lwowie	39
Lekarski sport	40-42
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	44-45
Książki nadesłane	46-47
Praca – konkursy, zatrudnię, szukam	48-60
Ogłoszenia różne	60-61

Baza polskich lekarzy za granicą
www.polscylekarze.org

www.blogilekarzy.pl
Daj się poznać, pisz
swojego bloga

Największa baza ofert pracy dla lekarzy
www.praca.gazetalekarska.pl

Lekarzu, powiedz tak transplantacji

Agnieszka Katrynicz

W Polsce przeszczepia się dwa, a nawet trzy razy mniej narządów w porównaniu do rzeczywistych potrzeb. Jedną z przyczyn jest zbyt mała aktywność środowiska lekarskiego w tym zakresie.

Srodowisko trzeba aktywizować i przypomnieć, że zgłaszanie potencjalnych dawców to jeden z elementów lekarskiej misji – mówi prof. Magdalena Durlik, prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego. – Bo wbrew pozorom to nie odmowa rodziny jest główną przyczyną małej liczby transplantacji.

Polska transplantologia dźwiga się z zapaści, do której doszło po aresztowaniu kardiochirurga dr. Mirosława G. i słynnej konferencji ministra Zbory, kiedy to liczba przeszczepów dramatycznie spadła. Teraz na narząd czeka 2019 osób, a w pierwszej połowie roku wykonano niespełna 700 operacji. Chociaż jest lepiej niż w 2007 r. – wtedy przez cały rok organy przeszczepiono zaledwie 922 osobom. Jednak nadal w Polsce przeszczepia się znacznie mniej narządów niż w Europie Zachodniej. Chociaż – jak pokazują badania opinii społecznej – 80-90 proc. Polaków akceptuje tę formę leczenia i deklaruje gotowość oddania swoich narządów. – Wiele szpitali nie zgłasza dawców – twierdzi prof. Durlik. – Dyrektorzy nie wiedzą, że w przypadku niewydolności

nerek, wątroby, serca, płuca czy trzustki transplantacja to jedyna metoda ratująca życie. Lekarze często nie potrafią przeprowadzić rozmowy z rodziną, nie wiedzą też jak należy postępować i boją się długiej i żmudnej procedury.

Koordinator potrzebny od zaraz

Warto od razu sobie uświadomić, że np. aby pobrać od zmarłego 6 narządów, które następnie zostaną przeszczepione choremu potrzebny jest 100-osobowy zespół. A cała procedura trwa ponad dobę. – Ktoś musi te osoby zorganizować, zgrać wszystko w czasie. To właśnie rola koordynatora przeszczepów – mówi prof. Dariusz Patrzałek, prezes niedawno powołanego Polskiego Stowarzyszenia Koordinatorów Transplantacyjnych. – Niestety, w większości placówek lekarze pełnią tę funkcję charytatywnie, a reszta kolegów nazywa ich wręcz aniołami śmierci. Nic dziwnego, że wielu dyrektorów szpitali nie widzi powodu, by taką funkcję powołać.

Jak na razie w całym kraju jest ok. 200 koordinatorów. Zdecydowaną większość z nich stanowią anesteziolodzy (niestety, jest to także ta grupa zawodowa, która najczęściej wybiera pracę za granicą). Ich szkoleniem zajmują się, powołane dzięki inicjatywie prof. Wojciecha Rowińskiego, Podyplomowe Studia Koordinatorów Przeszczepiania Narządów przy Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Zadaniem koordynatora jest wyszukiwanie w szpitalach potencjalnych dawców wśród pacjentów ze śmiercią mózgu, zwoływanie komisji potwierdzającej śmierć mózgową, rozmowa z rodziną dawcy przed zabiegiem i po nim. Warto przypomnieć, że pierwszego koordynatora transplantacji powołano w ośrodku

w Cambridge w Wielkiej Brytanii pod koniec lat siedemdziesiątych. Przydatność tej funkcji potwierdzają doświadczenia hiszpańskie – już w początkach lat osiemdziesiątych stworzono system oparty na lokalnych koordynatorach transplantacji – dzięki czemu Hiszpanie do dziś zajmują pierwsze miejsce w światowych rankingach efektywności donacji narządów, a następnie tkanek. W modelu hiszpańskim koordynatorzy stanowią *corps d'esprit* całego systemu, który jest aktywnie wspierany przez państwo, media i hiszpański Kościół katolicki.

Polskie doświadczenia

W Hiszpanii pracuje ok. 6 koordinatorów na 1 mln mieszkańców, w Polsce ta liczba wynosi poniżej 0,5. Jednocześnie ok. 50 proc. wszystkich przeszczepianych w naszym kraju narządów jest pobieranych zaledwie w 10 szpitalach, w których zatrudnieni są lokalni koordynatorzy transplantacyjni.

Dla przykładu w Warszawie pracuje tylko kilku koordinatorów, m.in. w szpitalu przy ul. Banacha, MSWiA, Centrum Zdrowia Dziecka i przy ul. Lindleya. Ta ostatnia lecznica ma dwie przeszkolone pielęgniarki dbające o pobieranie narządów. Pracują na etacie. To wyjątek, zwykle koordynatorzy pełnią tę funkcję za darmo. W tym roku szpital chce przeszczepić 35 wątrob i 70 nerek. To dobry wynik. – Każdy powinien mieć osobę odpowiedzialną za transplantację. Dla naszego szpitala to wydatek ok. 50 tys. zł rocznie, ale się opłaca. Głównie pacjentom, bo dajemy im drugie życie, ale także szpitalowi, bo transplantacje są dobrze wycenione – mówi prof. Janusz Wyzgał, dyrektor szpitala przy Lindleya.

Dlaczego inne szpitale nie mają koordinatorów? – Bo nie jesteśmy ośrodkiem, który przeszczepia. Im

to się opłaca, bo dostają pieniądze za zabiegi. Ja musiałbym utworzyć nowy etat, powołać zespół, który orzekałby śmierć pnia mózgu całą dobę, a to koszty. Gdyby jakaś klinika przeszczepiająca organy zgłosiła się do mnie z propozycją, że zapłacą za koordynatora i procedury związane z kwalifikacją pacjenta do transplantacji, pewnie bym się zgodził – mówi dyrektor jednego z warszawskich szpitali.

Prof. Wojciech Rowiński, konsultant krajowy ds. transplantologii klinicznej, wiceprzewodniczący Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej ma nadzieję, że Ministerstwo Zdrowia znajdzie pieniądze dla koordynatorów. – Mamy wstępną obietnicę, że te pieniądze się znajdą – mówi prof. Rowiński. – Tym bardziej, że chodzi o naprawdę nieduży wydatek, bo postulujemy 800 zł dodatku do pensji dla koordynatora.

Zależy od regionu

Ale czy dodatki dla koordynatorów rozwiążą problem? Z pewnością nie. – W zapewnieniu choremu dostępu do transplantacji duże znaczenie ma rozwój jej idei na szczeblu regionalnym – twierdzi prof. Wojciech Rowiński.

Kiedy patrzy się na mapę Polski widać duże różnice. Dla porównania w 2008 r. w Małopolsce pobrano narządy jedynie od dwóch zmarłych osób, co stanowi zaledwie 0,61 dawcy w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców. Niewielką liczbę pobrań zarejestrowano także w województwach podkarpackim, świętokrzyskim i lubelskim, w których zgłoszono odpowiednio pięciu, sześciu i dziesięciu zmarłych dawców. Na czele stawki znalazły się dwa województwa: wielkopolskie i zachodniopomorskie, które jako jedyne w kraju przekroczyły średnią europejską pod względem liczby zmarłych dawców.

W rekordowym województwie zachodniopomorskim liczba ta wyniosła 40,78 osoby na 1 mln mieszkańców. – Dlatego namawiam lokalne władze do wsparcia idei donacji narządów – mówi Rowiński. – Cieszę się, że okręgowe izby lekarskie włączyły się w naszą akcję i organizują kursy psychologiczne uczące lekarzy jak mają rozmawiać z rodziną potencjalnego dawcy.

Kolejnym krokiem ma być wydanie tego kursu na płycie DVD i rozesłanie do medyków. – To jeden z elementów mobilizowania środowiska lekarskiego – tłumaczy prof. Rowiński.

Okiem Prezesa



Tematem ostatnich tygodni są oczywiście wiadomości nadchodzące z frontu „kryzysowego”. Dochodzące ze świata nieśmiałe, choć powtarzające się dobre wieści o zwiastunach zbliżania się końca globalnej zapaści gospodarki, a także podawane przez nasze media dane o stosunkowo niezłych wskaźnikach polskiej gospodarki, nie współbrzmiały z narastającym przekonaniem o zsuwaniu się po równi pochyłej środków przeznaczanych na świadczenia zdrowotne. Wszystko wskazuje na to, że już w 2009 r. przychody NFZ będą mniejsze o ponad miliard złotych niż zakładano, a w 2010 o co najmniej półtora miliarda mniej niż w bieżącym roku. A niewykluczone, że spadek będzie jeszcze większy. Nie są to dane zaskakujące dla tych, którzy zdają sobie sprawę, że przychody NFZ zależą od poziomu zatrudnienia, wynagrodzeń i cen żyta. Wszystkie te wskaźniki „leczą” w dół. Niewątpliwie zdaje sobie z tego sprawę także rząd. Widząc zbliżające się problemy, pod społecznym naciskiem podczas obrad *Białego szczytu*, sam Premier zapowiedział wzrost składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne w 2010 r. o 1% oraz reformę KRUS (mówiło się o oskładkowaniu przynajmniej bogatszych rolników lub dopłat unijnych).

Nie minął rok od tych deklaracji i w sytuacji, kiedy w wielu krajach Unii Europejskiej podejmuje się kroki na rzecz ochrony sektora zdrowia przed skutkami kryzysu, polski rząd zabiera środki budżetowe przeznaczone na przeszczepianie narządów, a potem resort zdrowia, jak wszystkie inne, otrzymuje polecenie cięcia wydatków o 10 %. To zjawisko nie spotykane w cywilizowanym świecie. Ochrona zdrowia jest oczywistym priorytetem dla przytłaczającej większości obywateli, a polscy politycy zdają się tego w ogóle nie dostrzegać. W sytuacji kryzysu należałoby raczej podejmować nadzwyczajne kroki dla zredukowania skutków kryzysu w tym szczególnym obszarze obowiązków państwa wobec obywateli. W przeciwnym razie nie tylko spowoduje to narastanie zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej, upadek placówek prywatnych pracujących na rzecz publicznego systemu, ale także wydłużanie się kolejek i narastanie nierówności społecznych dostępu do opieki medycznej. W sytuacji narastającego interwencjonizmu większości państw podejmujących aktywną walkę z kryzysem w ich gospodarkach prywatyzacja i rynek na pewno nie pozwolą na postawienie na nogi polskiej służby zdrowia. Potrzeba mądrej i odważnej akcji ze strony rządu. Czekają na nią zarządzający placówkami ochrony zdrowia, ich pracownicy, ale także będący w coraz trudniejszej sytuacji polscy pacjenci.

Drugim gorącym, choć nie tak podstawowym tematem ostatnich tygodni jest sprawa nowelizacji rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich. Kwestia, co w wadliwie wystawionej receptce może poprawić/uzupełnić aptekarz oraz propozycja, aby recepty wystawione w ułomny sposób mogły być realizowane za pełną odpłatnością, roznieca emocje środowiska aptekarskiego i obrońców praw pacjentów. Bez względu na finał tej sprawy, przypominam o elementarnym obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w czytelny sposób. Musi to dotyczyć szczególnie tej jej części, która jest korespondencją między fachowymi pracownikami służby zdrowia (skierowania, opisy konsultacji, no i oczywiście recepty). To kwestia bezpieczeństwa chorych, ale także przecież szacunku do adresatów – naszych kolegów lekarzy i aptekarzy.

I wreszcie ostatnia sprawa, nasza środowiskowa, to wybory w samorządzie lekarskim. Znamy już nowe władze niektórych okręgowych izb lekarskich, są też już pierwsi delegaci na X Krajowy Zjazd Lekarzy. Dzięki „Gazecie Lekarskiej” znamy też trzech kolegów, którzy zadeklarowali chęć starania się o funkcję Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. To dobrze, że szerokim rzeszom lekarskim „Gazeta” przybliżyła ich sylwetki ich własnymi słowami. Niektórzy koledzy proponują umożliwienie im prowadzenia dalszej kampanii wyborczej poprzez organizowanie serii publicznych spotkań z wyborcami (delegatami na Zjazd). Ciesząc się z zainteresowania wyborami osobiście nie sądzę, żeby był to dobry pomysł. Upodobnienie naszych wyborów do kampanii prowadzonych przez polityków nieuchronnie doprowadzi do populizmu i prowadzenia gry wyborczej. Nie sądzę, żeby mogło się to przyczynić do lepszej jakości pracy nowo wybieranych władz samorządu. Myślę, że w swoich decyzjach środowisko lekarskie powinno kierować się raczej wiedzą o kandydatach (którzy w końcu są nam na ogół dobrze znani) zbieraną przez lata ich pracy na rzecz izb niż emocjami związanymi z ich sztuką prezentacji kampanijnej.

Centra urazowe zastąpią SOR-y?

Agnieszka Katrynicz

Do 2013 r. kilkanaście oddziałów ratunkowych zostanie przekształconych w centra urazowe. Tyle, że wielu lekarzy kwestionuje potrzebę istnienia takich ośrodków.

Zgodnie z rządową propozycją wybrane szpitale będą miały czas na przekształcenie oddziałów ratunkowych w centra urazowe do końca 2013 r. Jak zapowiada Ewa Kopacz, minister zdrowia, powstanie od 10 do 12 takich ośrodków. Dzięki nim pacjenci, którzy tam trafiają, będą mieli zapewniony szybki dostęp do specjalistycznych badań diagnostycznych w jednym miejscu. Będzie to możliwe, ponieważ w centrach mają być udzielane świadczenia przez lekarzy z zakresu praktycznie wszystkich specjalności. W ocenie Ministerstwa Zdrowia przyczyni się to do zmniejszenia liczby powikłań, a także do obniżenia wysokiej śmiertelności i kalectwa pourazowego.

Dziś urazy są jedną z trzech najczęstszych przyczyn nagłych zgonów w Polsce. Rocznie obrażeniom ciała ulega około 3 mln osób. Spośród nich

300 tys. wymaga hospitalizacji, a 30 tys. umiera, oznacza to, że śmiertelność jest o połowę wyższa niż np. w USA czy w Europie Zachodniej. Centra mają również stanowić bazę dydaktyczną i szkoleniową dla kadry medycznej.

Za mało czy za dużo?

Zdaniem posłów opozycji w przyszłości może okazać się, że planowana liczba centrów będzie zbyt mała i dostęp do nich będzie ograniczony. – Centra nie powstaną bowiem we wszystkich województwach – mówi Czesław Hoc, członek sejmowej Komisji Zdrowia.

Z kolei Andrzej Sośnierz, dziś poseł PiS-u, były szef Śląskiej Kasy Chorych, uważa, że 10 ośrodków to liczba zawyżona. – Gdy byłem szefem kasy chorych, postanowiliśmy ekstra dofinansować leczenie pacjentów z zerwaną nerką, pękniętą wątrobą i połamany kośćmi itp., bo wiadomo, że jest kosztowne. I okazało się, że w ciągu roku było ich ok. 150. A Śląskie to 10 proc. ludności Polski, więc na cały kraj przypada może 1500 pacjentów z takimi obrażeniami rocznie. Ile więc specjalistycznych centrów potrzeba, aby ich leczyć? Dziesięć? Nie, wystarczyłoby kilka – tłumaczy.

Jednak lekarze-praktycy powołują się na doświadczenia innych krajów. Tam tworzy się je dla populacji 1–2 milionów ludzi. Warto też pamiętać o tzw. złotej godzinie, w czasie której pacjent powinien dotrzeć do centrum. Jeśli centrum powstanie np. w Krakowie, a pacjent jedzie z Jabłonki czy Szczawnicy, nie ma szans na dotarcie do szpitala w ciągu godziny. Stąd założenie, że centrów powinno być między 10 a 12.

Potrzebne czy nie?

– Centra urazowe na Zachodzie już w pierwszym roku funkcjonowania obniżyły śmiertelność o 25 proc. To

bardzo dużo – podkreśla doc. Leszek Brongel z Kliniki Medycyny Ratunkowej Obrażeń Wielonarządowych CM UJ. – Dlaczego nie skorzystać z gotowych wzorów?

Jednak przeciwnicy podkreślają, że te same zadania już dziś mają Szpitalne Oddziały Ratunkowe (SOR-y), nie ma więc potrzeby dublowania zadań. Tym bardziej, że na ich stworzenie trzeba będzie wydać ok. 35 mln euro i ok. 100 mln euro (środki mają pochodzić z funduszy europejskich) na rozbudowę szpitalnych oddziałów ratunkowych i budowę lądowisk dla helikopterów. – Dla mnie to pomysł bardziej PR-owski niż zmieniający cokolwiek w działaniu niewydolnego systemu służby zdrowia. I sposób na to, by wydać kilkaset milionów euro – mówi Sośnierz. – Centra urazowe mamy tworzyć, by zapewnić szybką, kompleksową i fachową pomoc ofiarom wypadków, szczególnie pacjentom z urazami wielonarządowymi. Dobrze brzmi. Ale pojawia się pytanie: To po co budowaliśmy system szpitalnych oddziałów ratunkowych, które miały dokładnie te same założenia?

Jego zdaniem należałoby raczej przeanalizować, dlaczego dotychczas SOR-y w dużej części się nie sprawdziły, stając się nocną przychodnią, a nie oddziałami ratującymi życie.

Są chętni

Zainteresowanie ze strony szpitali jest duże. Nic dziwnego – placówki liczą na znaczący zastrzyk gotówki, który m.in. pozwoli dokończyć rozpoczęte inwestycje. Na Pomorzu aż trzy placówki zgłosiły chęć stworzenia centrum i wojewoda miał problem z wyborem. Ostatecznie wybór padł na Pomorskie Centrum Traumatologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Gdańsku. W Małopolsce wytypowano Szpital Uniwersytecki

w Krakowie, który zamierza wybudować za 60 mln zł budynek czterokondygnacyjny z oddziałem urazowym, intensywnej terapii, anestezjologii, toksykologii, blokiem operacyjnym, komorą hiperbaryczną, laboratorium i lądowiskiem na dachu. Na Mazowszu wygrał Wojskowy Instytut Medyczny przy ul. Szaserów w Warszawie. Ma lądowisko dla śmigłowców i – jak twierdzi rzecznik prasowy placówki Wojciech Lubiński – dysponuje odpowiednią kadrą i sprzętem, żeby udzielać pomocy pacjentom w ciężkim stanie.

Wielkopolska postawiła na Zakład Opieki Zdrowotnej Poznań-Nowe Miasto przy ul. Szwajcarskiej, a łódzkie na Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi.

Niemal każde województwo chciało mieć centrum u siebie. Pretendować do roli centrum urazowego postanowił również Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach oraz Państwowy Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie.

Wszystkie szpitale czekają teraz na decyzję ministra zdrowia. Resort na razie analizuje plan uwzględniający potrzeby całego kraju. Nie wiadomo ile ta analiza potrwa.

Chirurdzy są za

Konieczność powstania centrów urazowych zgłosiło Towarzystwo Chirurgów Polskich. Ich zwolennikiem jest też prof. Juliusz Jakubaszko, krajowy konsultant w dziedzinie medycyny ratunkowej. Jego zdaniem powiązanie systemu medycyny ratunkowej i procedur okołourazowych zaawansowanych specjalistycznie wpłynie na zmniejszenie powikłań wśród pacjentów oraz kalectwa pourazowego, a organizacja udzielenia świadczeń zmniejszy koszty leczenia i rehabilitacji.

Jak przekonuje prof. Jakubaszko koncepcja tworzenia centrów urazowych oparta jest o istniejące wielospecjalistyczne ośrodki chirurgiczne, które trzeba doposażyć, rozwinąć w nich działy chirurgii traumatologicznej, powiązać z dobrze funkcjonującymi w ich sąsiedztwie szpitalnymi oddziałami ratunkowymi. Aby system dobrze działał, musi dysponować siecią łączności z zespołami przedszpitalnymi, lądowiskami helikopterów. Całością zaś powinny sterować centra powiadamiania ratunkowego. Jednak pytanie, czy uda się te wszystkie elementy połączyć. Wiadomo przecież, że obecnie działający system ratownictwa medycznego pozostawia jeszcze wiele do życzenia.

foto: Marek Stankiewicz

NASI W EUROPIE

Europejska Federacja Związków Zawodowych Lekarzy Etałowych (FEMS) na posiedzeniu we włoskim Montecatini Terme wybrała **Ryszarda Kijaka** do 6-osobowego zarządu w charakterze drugiego sekretarza generalnego na kadencję 2009-2012. Prezydentem FEMS pozostaje Claude Wetzels z Francji.

Stały sekretariat FEMS mieści się w Brukseli przy Rue Guimar 15.

Więcej o FEMS – www.fems.net



Ryszard Kijak (59 lat) jest anestezjologiem z Białogostoku, długoletnim działaczem OZZL i samorządu lekarskiego, zasiada w NRL. Jest również publicystą, m.in. autorem bardzo smacznych artykułów w „Gazecie Lekarskiej”.

Powrót po 60 latach

Krzysztof Makuch

W dn. 14-17 października w New Delhi odbyły się obrady Zgromadzenia Ogólnego (General Assembly) Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (World Medical Association), w których po 60 latach ponownie w charakterze pełnoprawnego członka uczestniczyła Naczelna Izba Lekarska.

World Medical Association (WMA) powstała z inicjatywy *British Medical Association* w 1947 r. jako kontynuacja działającej od 1926 r. do II wojny światowej *l'Association Professionnelle Internationale des Me'decins*. Pierwsze Zgromadzenie WMA odbyło się we wrześniu 1947 r. w Paryżu, a Naczelna Izba Lekarska była jednym z założycieli WMA.



Autor z prezydentem WMA Dana Hansonem

Głównym zadaniem WMA jest obrona niezależności wykonywania zawodu lekarza, tworzenie najwyższych standardów jakości opieki medycznej oraz zasad etycznych, a także dbałość o ich przestrzeganie. Ciałem decyzyjnym WMA jest

coroczne Zgromadzenie Ogólne, a wykonawczym wybierana na dwa lata Rada (*Council*), której przewodniczący jest odpowiedzialny za politykę WMA. W Radzie działają trzy stałe Komisje: Etyki, Finansowo-Organizacyjna, Wykonywania Zawodu. WMA reprezentuje wybierany każdego roku Prezydent, a za sprawy organizacyjne odpowiada Sekretarz Generalny. Obecnie 95 organizacji krajowych ma status członka pełnoprawnego.

Tegorocznym gospodarzem Zgromadzenia Ogólnego było Indyjskie Stowarzyszenie Lekarzy mające 80-letnie tradycje, a miejscem obrad stolica New Delhi. Opracowane przez komisje projekty dokumentów, po zaopiniowaniu przez Radę, były przedmiotem dyskusji i głosowania przez Zgromadzenie Ogólne. Tradycyjna sesja naukowa poświęcona była w tym roku gruźlicy, niedocenianej przez polityków zdro-

wotnych, na którą rocznie umiera 2 mln ludzi w wieku 15-54 lata. Stwierdzono również duże braki wiedzy lekarskiej w diagnostyce i leczeniu gruźlicy wskazując na potrzebę dokształcania lekarzy i zmian w zarządzaniu.

Zgromadzenie Ogólne przyjęło m.in. stanowisko w sprawie przyjęcia planu ochrony zdrowia w związku ze zmianami klimatycznymi krytykując rządy za brak należytej działalności w tym zakresie (stanowisko ma być przedstawione przez WMA na posiedzeniu ONZ w Kopenhadze w grudniu br. poświęconym zmianom klimatycznym). Stanowczo przeciwstawiło się polityce przekazywania wielu uprawnień zastrzeżonych dotychczas dla lekarzy w zakresie diagnostyki i ordynacji osobom o niższych kwalifikacjach, które zamiast oszczędności prowadzą do pogorszenia jakości i bezpieczeństwa. Wezwało do przestrzegania kodeksu etyki w Iranie przypominając lekarzom, że powinni służyć pacjentom, a nie rządowi i zaapelowało do rządu w Iranie o niezmuszanie lekarzy do udziału w torturach. Poruszo-no sprawę konfliktu interesów, prawa do opieki dla matki i dziecka.

W części oficjalnej uczestniczyła prezydent Indii Pratibha Devisingh Patil zapalając tradycyjną lampę obowiązują-



Sala obrad

cą w czasie uroczystości państwowych w Indiach oraz minister zdrowia Indii Ghulam Nabi Azad. Insygnia władzy od ustępującego prezydenta Yorama Blachara z Izraela przejął Dana Hanson



Prezydent Indii

z Kanady (dermatolog z Fredericton), na prezydenta elekta wybrano Katana Desai z Indii. Przewodniczącym Rady pozostał Edward Hill z USA, a sekretarzem generalnym Otmar Kloiber z Niemiec.

Gospodarze oprócz świetnej organizacji potrafili pokazać ogromną różnorodność kulturalną i historię swojego ogromnego kraju zwanego krajem niezwykłych kontrastów. Indie to ponad miliardowy kraj, w którym połowa mieszkańców żyje z dnia na dzień, opieka medyczna jest niezwykle zróżnicowana, a ta na poziomie dostępna tylko nielicznym. Brak lekarzy może być szansą dla polskich uczelni medycznych kształcących obcokrajowców, o czym wspomniał na spotkaniu ambasador RP w Indii prof. Piotr Kłodkowski. Wracając z Indii trudno pozostać obojętnym.

Dla Naczelnej Izby Lekarskiej powrót do aktywności w WMA po długiej przerwie spowodowanej likwidacją samorządu przez władze, a później zapisami statutowymi WMA ma istotne znaczenie. Jesteśmy samorządem o doświadczeniu i wiedzy, który powinien być partnerem dla liderów organizacji medycznych. Przyjmowane przez WMA stanowiska mogą być również pomocne do wprowadzania zmian w prawodawstwie w Polsce. W roku przyszłym Zgromadzenie Ogólne będzie obradować w Vancouver w Kanadzie i mam nadzieję z udziałem silnej reprezentacji NIL-u.

REKLAMA

REKLAMA

Nie pozwolę lżyć lekarzy

Z Maciejem Hamankiewiczem, przewodniczącym Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach rozmawia Marek Stankiewicz

• *Podobno zamierzasz ubiegać się o fotel prezesa NRL na kolejne cztery lata.*

– Owszem, będę w styczniu kandydował, bo to jest moja naturalna droga w samorządzie lekarskim, z którym związałem się przed 16 laty.

• *Po co specjaliście z dobrą praktyką, ordynatorowi oddziału w Będzinie, urzędnicze stanowisko, w dodatku trzy-sta kilometrów od domu?*

– Niekoniecznie trzysta. Spora część mojej rodziny pochodzi z Warszawy i tam mieszka. Ja zresztą też mam mieszkanie w Józefowie, który niemal przylega do prawobrzeżnej Warszawy. W ogóle czuję się bardziej warszawiakiem niż niejednym mieszkańcem stolicy, który chce uchodzić za warszawiaka. Ja mam duszę społecznika i tkwi we mnie głęboko potrzeba uzupełnienia o coś więcej mojego lekarskiego powołania. Jakoś nie widzę się w partii politycznej i innych organizacjach poza tymi, które są związane z moim zawodem. Moje miejsce jest w izbie lekarskiej. Tu mogę zrobić najwięcej.

• *Wystarczy ci na to wszystko czasu? A może już znudziło ci się leczenie chorych?*

– Jedyną moją obawą jest przekonanie otoczenia, że działalność w izbie musi oznaczać roztanie z zawodem. Przecież urzędujący prezes NRL Konstanty Radziwiłł ani na chwilę nie przestał

praktykować jako lekarz rodzinny. Izba lekarska to nie jest miejsce dla zawodowych nieudaczników, lecz dla ludzi, którzy w naszym zawodzie coś znaczą, prezentują wysoki poziom i trzymają etyczne standardy. Jeśli nie, zwyczajnie przepadną w wyborach.

• *Podobno chcesz przewietrzyć „warszawkę” we władzach naczelnych?*

– Ja pochodzę z Zagłębia i wiem czym pachną lokalne uprzedzenia i antagonizmy. W Warszawie uchodzę za Ślązaka, a w Katowicach za nie-Ślązaka. To jest myślenie głupie i godne wyśmiewania. Jesteśmy w inteligentnym środowisku, które musi korzystać z innych kryteriów wyboru. Prezes NRL nie ma żadnych uprawnień, aby cokolwiek lub kogośkolwiek przewietrzać. Jest wyłaniany w odrębnych wyborach. Jedynym jego zmartwieniem powinno być to, aby do Naczelnej Rady Lekarskiej wybrano lekarzy, którzy będą mu sprzyjać i pomagać.

• *W internetowym rankingu lekarzy otrzymałeś oceny bardzo dobre i bardzo złe. Czy uważasz, że pacjenci mają prawo dzielić się opiniami o lekarzach?*

– Wyrażanie opinii nie jest niczym złym. Gorzej, jeśli fora internetowe, choćby takie jak www.mordercy.com stoją otworem dla sfrustrowanych i złośliwych ludzi. Lekarze powinni poznawać opinie pacjentów, ale pochodzące z poważniejszych i wiarygodnych badań ankietowych.

• *A czy plebiscyt na „Najlepszego Lekarza Śląska”, którego laureatem byłeś w 2000 r., był wiarygodny?*

– To był plebiscyt wielkonakładowego „Dziennika Zachodniego”, na który napłynęło mnóstwo ankiet, a moją kandydaturę zgłosili pacjenci. Zwycięstwo w takim plebiscycie jest miłe, ale ja nie nadaję mu szczególnego znaczenia.

• *„Śląska Izba Lekarska jest opanowaną przez gangsterów gwardią pretorianów, szczerzących lisów z podstępnyimi lbami”. Pamiętasz kto to powiedział?*

– Tzw. Profesor Kazimierz Piotrowicz, mechanik, producent wkładek ortopedycznych i łóżek.

• *Brawo! Zagoniłeś tego oszczercę przed sąd, który go skazał, a cała lekarska Polska podziwiała jak dzielnie broniś honoru lekarzy i nie pozwalasz ich poniżać, odzierać z godności i mieć za nic. Dla wszystkich jesteś taki nieprzejednany?*

– Nieprzejednany jestem tylko dla tych, którzy poniżają lekarzy. Nie pozwolę nikomu lżyć lekarzy. Właśnie przed chwilą złożyłem doniesienie do prokuratury z podejrzeniem popełnienia przestępstwa przeciwko właścicielowi strony internetowej www.mordercy.com.

Uważam, że zaufanie społeczne do lekarza jest gruntem, na którym stoi lekarz. Jego wykształcenie i wiedza są istotne, ale jeśli zostanie pozbawiony tej aureoli kapłaństwa i jeśli komuś uda się podważyć zaufanie do niego, nie jest w stanie skutecznie wykonywać zawodu. Niestety, nieszczęściem ostatnich lat jest to, że każdy może publicznie i bezkarnie mówić i pisać o lekarzach, co tylko chce. Brednie również. Zadaniem izby lekarskiej jest ten fatalny stan sprowadzić z głowy na nogi.

• *Czy uległość wobec oszczerców to błąd izby lekarskiej?*

– Błąd to chyba za duże słowo. To symptom czasu, który nas zaskoczył. Przez wiele lat przyzwyczailiśmy się, że nikt nam nie może odebrać palmy pierwszeństwa w rankingach zaufania społecznego. Aż tu nagle gwałtownie poleciliśmy w dół. Teraz trzeba to odbudować.

• *A da się to odbudować?*

– Oczywiście. Ale musimy stanowczo reagować tam, gdzie lekarzom dzieje się krzywda i również tam, gdzie lekarzom zdarza się plamić dobre imię zawodu. Pamiętaj, że obecnie skala agresji pacjentów wobec lekarzy jest gigantyczna.

• *Czy polscy lekarze są dobrze wykształceni?*

– Tak, nawet bardzo dobrze. Fala emigracji lekarskiej, która tu, na Śląsku, zawsze była bardzo wysoka, potwierdza zapotrzebowanie na naszych lekarzy. Koledzy z mojego szpitala wyjechali jeszcze niedawno do Anglii, Irlandii czy Walii na stanowiska asystentów, a są już

dziś konsultantami czy samodzielnymi specjalistami z godną ich wiedzy pensją.

• *Czy dentyści w samorządzie są zdominowani przez lekarzy?*

– Taką też konsekwentnie kuje nie-wielka, ale hałaśliwa grupa skupiona wokół Roberta Stępnia, lekarza dentystry z Nowej Huty, wiceprzewodniczącego krakowskiej izby lekarskiej. Powiem krótko, w izbie lekarskiej dentyści otrzymują o wiele więcej pieniędzy niż lekarze innych specjalizacji, mimo że płacą taką samą składkę. Dominacja polega na dofinansowaniu tej grupy przez innych lekarzy. Chciałbym być tak zdominowany!

• *Czy izba lekarska popełnia błędy?*

– Wszystkim się one przytrafiają. Zależy co masz na myśli. Nie mam gotowej na to odpowiedzi.

• *Potrafiśz wymienić trzy kardynalne błędy, jakie przydarzyły się samorządowi lekarskiemu w minionym dwudziestoleciu?*

– Nie potrafililiśmy podczas tworzenia systemu ubezpieczeniowego w Polsce stworzyć skutecznego lobby, które pozwoliłoby zabezpieczyć interesy lekarzy i pacjentów. Daliśmy się po prostu z tego systemu wypchnąć.

Skala agresji pacjentów wobec lekarzy jest obecnie gigantyczna

Nie wiedzieć czemu naszych kolegów i koleżanki, wcześniej działacze samorządu, którzy obejmowali wysokie stanowiska państwowe, w tym ministrów i wiceministrów, szefów NFZ-u traktowaliśmy jak przeciwników i nieprzyjaciół. Z pewnością wykazaliśmy zbyt małą aktywność w walce o wyższe wynagrodzenia lekarzy. Ogromna rzesza lekarzy uważa to za powinność izby lekarskiej. Ja uważam, że sporo się udało załatwić, ale dla wielu jest to wciąż zbyt mało. Nie udało nam się przejąć pod skrzydła izby lekarskiej kształcenia specjalizacyjnego. W kształceniu podyplomowym narzuciliśmy sobie takie rygory zdobywania punktów edukacyjnych, że liczba osób, które postanowiły się w ogóle z nich rozliczyć, jest minimalna. Aktywność lekarzy w kształceniu zawsze była wysoka i nie ma potrzeby ich gonić do wiedzy.

• *Czy minister zdrowia to sojusznik czy przeciwnik lekarzy?*

– Mogę śmiało powiedzieć, że dotychczasowi ministrowie zdrowia dezorga-

nizowali pracę i nie pomagali lekarzom w prawidłowej opiece nad pacjentami. Nie wywiązywali się również z ustawowego obowiązku refundacji kosztów przejętych od administracji państwowej. Może z wyjątkiem prof. Grzegorza Opali, który krótko urzędował w rządzie Jerzego Buzka, ale uczciwie rozliczył się z samorządem za ofiarne i sumienne wykonywanie przezeń zadań zleconych przez państwo.

• *Czy związki zawodowe to istotne uzupełnienie uprawnień izby lekarskiej czy tylko kula u jej nogi?*

– Związki zawodowe mają inne uprawnień ustawowe niż izba lekarska. Mogą i powinny działać razem. Związkowiec ma duszę bojownika. Wiem, co mówię, bo byłem związkowcem. Tam się działa bardziej emocjonalnie niż racjonalnie. W samorządzie przeważa język rozważ i poszanowania prawa. Współpraca ze związkami zawodowymi jest ważna. Bez nich nie udałoby się nic w sprawach płacowych.

• *Śląscy liderzy związku Tomasz Underman i Maciej Niwiński skarżą się, że ich systematycznie lekceważysz. Za co nie lubisz OZZL-u?*

– Z Maciejem Niwińskim współpracujemy od dawna i немало razem zrobiliśmy. Śląska Izba Lekarska zawsze dokładała się finansowo. Nie powiem ile, bo nie chciałbym wypominać. Ale to ja zorganizowałem lekarzy do marszu protestacyjnego w Warszawie. Do naszych autokarów łaskawie wsiedli nieliczni działacze OZZL-u i kilkunastu studentów medycyny. W gorącym okresie walki o wynagrodzenia powołałiśmy w Śląskiej Izbie Lekarskiej komitet porozumiewawczy, którzy skupiał wszystkie związki na równych zasadach. Koledzy ze śląskiego OZZL-u uważali jednak, że należy im się bardziej eksponowane miejsce. O ile z innymi związkami, np. „Solidarnością” szybko uzyskiwaliśmy konsensus, liderzy OZZL-u obrażali się, opuszczali demonstracyjnie obrady, komentując, że „z takim towarzystwem nie chcą mieć nic wspólnego”. Kolegę Tomasza Undermana traktowałem jako



foto: Marek Stankiewicz

związkowca tylko do momentu, kiedy w 2006 r. zgodził się zostać pełnomocnikiem dyrektora placówki ochrony zdrowia w Rudzie Śląskiej. Ludzi, którzy zmieniają poglądy w zależności od własnych korzyści, ja po prostu nie lubię. I jeszcze ostatni przykład. W kwestii tzw. procesów Misiowych OZZL najpierw namawiał lekarzy do wytaczania procesów w sądach powszechnych, a potem Śląski oddział OZZL-u przysłał do mnie lekarki, które przegrały. Do procesu namówił ich OZZL, ale gdy przegrały – OZZL wymyślił, że to nie związek, lecz izba ma dać im przegrane pieniądze.

• *Nie można się z nimi jakoś dogadać?*

– Można, tylko oni muszą chcieć. W swojej działalności nie stawiam na walkę, lecz na współpracę. Również ze związkami. Ale każda współpraca musi mieć na celu dobro lekarzy. Chciałbym więc, żeby lekarze czuli się bezpiecznie w obliczu negatywnych skutków procesów. Jeśli dana organizacja namawia lekarza do procesu, to ona musi pomóc lekarzowi w przypadku przegranej.

• *Trzymam cię za słowo! Podaj przykład, kiedy to izba pomyślała o rozliczeniach.*

– Tak, teraz jest kolejna sprawa pt. „Chcemy zarabiać tyle co rezydenci”. Musimy przejść przez procesy sądowe, które pewnie ktoś przegra. Nie wiem kto. Izba ma na to pomysł, bo przygotowaliśmy stosowny fundusz dla tych lekarzy, którzy złożą pozew.

Niedoceniani czy przeceniani?

Agnieszka Katrynicz

Specjaliści narzekają na lekarzy rodzinnych obwiniając ich o niewykonywanie badań, złą diagnostykę, przerzucanie kosztów badań na szpitale i przychodnie specjalistyczne.

Z kolei lekarze POZ mówią, że winna jest zła organizacja systemu i jego finansowanie. Kto ma rację?

Lekarzy rodzinnych jest w Polsce 10 tys., a kolejne 2 tys. kształci się obecnie w tym kierunku, co sprawia, że jest to największa grupa zawodowa wśród medyków. Ich problemy trudno więc lekceważyć. Złośliwi zaraz odpowiedzą, że odkad przy ul. Miodowej w Warszawie (siedziba Ministerstwa Zdrowia) zasiadł Marek Twardowski – jeden z założycieli Porozumienia Zielonogórskiego – to środowisko wiele zyskało.

Z kolei Rafał Nizankowski, członek honorowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych (KLR) w Polsce, twierdzi, że wprowadzie przez 20 ostatnich lat zmieniliśmy system w kraju, jednak opieka zdrowotna nadal potrzebuje zmian. Jego zdaniem w miejsce służby zdrowia mamy obecnie „medycynę transakcyjną, rywalizujące grupy interesów, mocną presję na zwiększanie dochodów oraz koncentrację na zwiększaniu ilości wykonywanych świadczeń”. Dlatego

Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce domaga się, aby powstała specjalna ustawa opisująca ich miejsce w systemie opieki zdrowotnej.

Rodzinny czyli jaki?

Zdaniem Kolegium tylko ustawowo można rozwiązać ich problemy. Poza tym byłby to ważny sygnał dla młodych lekarzy, że nie oczekuje się od nich jedynie „roli przedsiębiorczych świadczeniodawców produkujących usługi medyczne, ale i roli wspieranych przez państwo lekarzy specjalistów dbających o zdrowie lokalnych społeczności” – jak można przeczytać w oświadczeniu KLR. Dziś oni sami czują się jedynie wypisywaczami recept i skierowań do kolejnych specjalistów.

– Te ustawy, które regulują działanie systemu, nie uwzględniają lekarzy, ale instytucje i finansowanie usług – podkreśla dr Maciej Godycki-Ćwirko, prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych

w Polsce. – Od początku powstania KLR oczekujemy wizji funkcjonowania systemu i miejsca w nim lekarzy rodzinnych.

Jak mówi Godycki-Ćwirko, potrzebna jest ustawa określająca kompetencje lekarza rodzinnego, jego współpracę z podstawowymi elementami systemu, sposób finansowania usług, ale też taka, która rozwiąże część obecnych problemów, jak np. brak ciągłości świadczeń. Warto przypomnieć, że gdy tworzono instytucję lekarza rodzinnego, zakładano, że będzie koordynatorem leczenia. Miał pilnować m.in., by badania zlecane przez specjalistów nie dublowały się i by pacjent nie przyjmował zbyt wielu leków przepisywanych przez różnych lekarzy. Tymczasem do lekarzy rodzinnych nie trafiają informacje o badaniach wykonanych przez specjalistów, chociaż NFZ nakłada na nich obowiązek przekazywania takich danych. Lekarz rodzinny nie może więc pełnić przypisywanej mu roli koordynatora leczenia.

– Ten brak koordynacji rzutuje na jakość opieki medycznej. Komunikacja między lekarzami rodzinnymi a specjalistami szwankuje. W krajach skandynawskich czy anglosaskich lekarz POZ współpracuje z konkretnym specjalistą. W Polsce jest tak, że my wystawiamy skierowanie, a pacjent może za trzy miesiące gdzieś z nim trafić, ale nie wiadomo do kogo, a my nie dostaniemy żadnej informacji zwrotnej. Prawdopodobnie jedynie regulacja ustawowa jest w stanie to uporządkować – podkreśla Godycki-Ćwirko.

Na razie efekt jest taki, że w niedawno opublikowanym przez Najwyższą Izbę Kontroli raporcie stwierdza się wprost: instytucja lekarza rodzinnego nie spełnia założonej roli. Miał być swoistym „strażnikiem systemu”, bo jest najbliżej pacjenta i jego porady są

najtańsze. Zakładano więc, że tylko w wyjątkowych wypadkach pacjent będzie trafiał do szpitala lub specjalisty, a 80 proc. przypadków zajmie się właśnie lekarz rodzinny, który zadba nie tylko o leczenie już istniejących chorób, ale także profilaktykę. Jednak praktyka pokazała, że tak się nie dzieje. W efekcie pacjentowi wydłużyła się droga do uzyskania porady, bo kolejki do specjalistów rosną. Część tych zadań przejęły szpitalne izby przyjęć, gdzie codziennie zgłaszają się pacjenci, którzy z powodzeniem mogliby być leczeni w POZ. Trafiają do szpitala, bo tu zostaną przyjęci szybciej i dokładniej zdiagnozowani. – Nasz system zdrowia to piramida, która stoi na czubku, czyli szpitalnictwie – mówi wprost Marek Twardowski. – Trzeba to zmienić, bo inaczej budżet przeznaczony na zdrowie tego nie wytrzyma.

Walka o kasę

W opinii lekarzy rodzinnych przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać m.in. w przejmowaniu przez specjalistów pacjentów. Cukrzycę niepowikłaną, taką, w której stosuje się dietę i podaje tylko leki doustne, może prowadzić lekarz rodzinny, a przejmuje diabetolog. Ten sam problem dotyczy np. kardiologów, szczególnie w leczeniu nadciśnienia. Drugą stroną medalu jest to, że lekarze rodinni – mając stawkę kapitacyjną – rzadko wysyłają pacjentów na badania. Według NIK w niektórych przychodniach jest to zaledwie ok. 7 proc. całego kontraktu, a osiem lat temu zakładano, że będzie to ok. 10 proc. (sami lekarze rodinni powołują się na raporty NFZ, z których wynika, że przeznaczają na badania 15 proc. kontraktu). Problemem jest też profilaktyka.

Choć to lekarz rodzinny miał zajmować się np. zapobieganiem chorobom nowotworowym, tylko niespełna co piąty pacjent był w ogóle pytany, czy miał w rodzinie przypadki raka. Zaledwie co piąta kobieta dowiedziała się od lekarza rodzinnego, jak samodzielnie badać piersi. Badanie wykrywające raka jelita grubego proponowano co dziesiątemu pacjentowi.

Lekarze rodinni skarżą się jednak na poziom finansowania – stawka kapitacyjna jest taka sama od lat, co sprawia, że realne finansowanie spadło o 1/3, a wraz z nim realne płace, motywacja lekarzy i zatrudnionego personelu. Zmieni to być może wprowadzona przez NFZ wyższa stawka za leczenie pacjentów z cukrzycą lub chorobami krążenia.

Od września świadczeniodawcy w podstawowej opiece zdrowotnej przekazują do NFZ pełną listę wizyt pacjentów z podaniem przyczyny zgłoszenia się po poradę według klasyfikacji ICD-10. Jeśli wśród chorych znajdzie się pacjent z cukrzycą lub chorobą krążenia, lekarz rodzinny otrzymuje za niego trzykrotność podstawowej stawki kapitacyjnej, czyli 24 zł miesięcznie. Jeśli opiekuje się nim przez cały rok dostaje 288 zł.

Wolne popołudnie potrzebne

Lekarze rodinni podkreślają także, że nie mają czasu na szkolenia i zajmowanie się pacjentem. – Tylko 40 proc. naszego czasu pracy to udzielanie porad chorym, resztę zajmuje wypisywanie sprawozdań, raportów itp. rzeczy związanych z prowadzeniem własnej praktyki – podkreśla prof. Witold Lukas, konsultant krajowy ds. medycyny rodzinnej.

Jednym z powodów takiego stanu rzeczy jest to, że jeden lekarz nierzadko opiekuje się 2,7 tys. pacjentów, a powinno ich być najwyżej 1,6 tys. – taka jest średnia europejska w innych krajach UE.

Do ministra zdrowia trafił list z propozycją, aby mogli w środowe popołudnia zamykać gabinety, a ten czas przeznaczyć na kształcenie. – Lekarze są zobowiązani do ustawicznego kształcenia się. Poświęcamy na to weekendy, wieczory, a chcemy być nie tylko lekarzami, ale mieć też czas dla swojej rodziny. Połowę dnia wykorzystamy na aktualizację, uzupełnienie wiedzy i będziemy mieć czas dla naszych rodzin – mówi prezes KLR. Pod listem podpisał się też dr hab. Witold Lukas, krajowy konsultant ds. medycyny rodzinnej.

Pytanie tylko czy w obecnym układzie, kiedy to opiekę świąteczną, nocną i w dni wolne zapewniają przede wszystkim Szpitalne Oddziały Ratunkowe i ratownictwo medyczne, to rozwiązanie jest możliwe do przeprowadzenia. Dla przykładu w Holandii lekarze POZ sami organizują nocne dyżury (taki dyżur wypada jednej osobie raz na 3-4 tygodnie), a dodatkowo dyżuruje ambulatorium, którego pomoc może być konieczna w przypadku wykonania jakiegoś zabiegu. Także w Polsce wprowadzono podobne rozwiązanie – niestety nie wszędzie.

Czy rosnące nakłady na POZ zmienią ten stan rzeczy? A koledzy specjaliści docenią wreszcie pracę w POZ?

WYBORY DO IZB LEKARSKICH

24 października rozpoczęła się zmiana lekarskiej warty w izbach okręgowych. Na pierwszy ogień ruszyły lekarskie samorządy skupione wokół Płocka, Opola i Torunia.

Zjazd Lekarzy w Toruniu nie poparł kandydatur rekomendowanych przez dotychczasowego prezesa izby Macieja Z. Czerwińskiego. Po jego 20 latach ofiarnej działalności zostało tylko wspomnienie. Macieja zastąpi o wiele młodszy endokrynolog Łukasz Wojnowski (1963), a rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej będzie Piotr Piekarski, ginekolog położnik z Chełmna.

W Płocku (woj. mazowieckie) dotychczasowego szefa samorządu Pawła Sobieskiego zastąpi pediatra Jarosław Wanecki. Jego zastępcą ds. stomatologii zostanie prawdopodobnie Ewa Szczutowska. Rzecznikiem będzie również pediatra Marek Zimoch.

W Opolu Stanisława Kowarzyka, endokrynologa z Nysy, zastąpi dotychczasowy sekretarz, a wcześniej długoletni prezes Jerzy Jakubiszyn, który zwyciężył jednogłośnie. Jakubiszyn jest ordynatorem oddziału laryngologii w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu i konsultantem wojewódzkim. Rzecznikiem wybrano Zbigniewa Kuzyszyna, internistę ze Szpitala Wojewódzkiego w Opolu.

Zjazdy lekarzy w pozostałych 21 okręgach odbędą się na przełomie listopada i grudnia. Krajowy Zjazd Lekarzy będzie obradować w dn. 28-30 stycznia 2010 r. (ms)



O naturze schorzeń

Krystyna Knypl

Schorzenia o naturze jeszcze nierozwikłanej przez naukę są nadzieją badaczy i przekleństwem pacjentów.

foto: Marek Stankiewicz

Perspektywa odkrycia przyczyny nieuleczalnej choroby lub leku skutecznie ją zwalczającego pobudza wyobraźnię badaczy, nadzieję chorych oraz aktywizuje inwestorów. Odkrycia medyczne w dobie przeszczepów, wyrafinowanych technik obrazowania oraz nowoczesnych terapii biologicznych są w równym stopniu efektem talentu, zapału i samozaparcia badaczy, cierpliwości pacjenta, hojności oraz wytrwałości inwestora. Wcale nierzadko lata pracy, jak i milionowe nakłady nie przynoszą ani oczekiwanych zysków, ani laurów sławy. Optymiści twierdzą, że negatywne badania kliniczne dostarczają nam więcej wiedzy niż te, w których nad wykazaniem pozytywnych wyników statystyka musi się mocno napracować. Współcześnie najbardziej dynamicznie rozwijającym się i jednocześnie obiecującym działem poszukiwań są leki biologiczne.

Kierunki i koszty nadziei

Ciągle najwięcej do odkrycia pozostaje w obszarze chorób nowotworowych, reumatologicznych i neurologicznych. Nieubłagane postępujący przebieg choroby, minimalny wpływ pacjenta na swoje losy (w odróżnieniu od chorób metabolicznych i krążeniowych, w których pacjent jest *de facto* głównym „zarządzającym” swoją chorobą) w sposób naturalny powoduje, że chorzy z wymienionych grup lokują nadzieje w odkryciu nowych leków lub przyczyn schorzeń.

Wszystko co nowe i angażujące wyrafinowane technologie kosztuje nieporównanie więcej niż produkty stare i dobrze znane. Kwoty kilku tysięcy złotych na miesięczną kurację czy dziesiątki tysięcy na kursy leczenia nie są niespodzianką dla tych, którzy bliżej znają zagadnienia terapii najnowszymi lekami biologicznymi. Dla przeciętnego człowieka kwoty takie są niebotycznie wysokie, stresujące i frustrujące, a pytanie o finansowanie kolejnego cyklu leczenia wisi nad nimi niczym miecz Damoklesa. Płatnik, czy-

li NFZ, zachowuje się w odniesieniu do tych metod leczenia ambiwalentnie – z jednej strony widzi potrzebę ich refundacji, z drugiej przez stwarzanie misternych sieci ograniczających kwalifikację do poszczególnych terapii stara się zredukować swoje zaangażowanie finansowe. Pacjent za stary, za gruby, gromadzący nie tyle, co trzeba punktów kwalifikujących – takie opinie są zawsze oficjalną przykrywką dla ograniczenia dostępu.

Czy są dobre rozwiązania?

Gdy koldra jest za krótka, zawsze komuś nogi będą wystawać. Nie zwalnia to jednak nikogo z poszukiwania dróg rozwiązania tego poniekąd odwiecznego dylematu – jak zaspokoić potrzeby tych wszystkich, którzy potrzebują osłony. Różnorodne naciski natury instytucjonalnej i prasowej na płatnika są najprostszą i najpowszechniejszą metodą, jednak o ograniczonej i umiarkowanej skuteczności. Finansowanie kuracji przez samych pacjentów jest rzadką, ale skuteczną metodą, nie pozabawioną cnót heroicznych.

Zdarza się czasem, że schorzenie wymagające kosztownej terapii atakuje człowieka bogatego – na jednej z konferencji prasowych za granicą miałam możliwość wysłuchania opowieści pacjenta samodzielnie finansującego swoje leczenie przeciwnowotworowe. Był to ekspert od prawa finansowego o międzynarodowej renomie, który swoje wystąpienie zakończył słowami: „Dziękuję Bogu, że powstał skuteczny lek na moje schorzenie i dziękuję Bogu, że mogę sobie na niego pozwolić”. Był to jednak wyjątek potwierdzający regułę, że choroby wymagające kosztownych kuracji atakują w znakomitej większości przypadków osoby, które nie mają milionowych kwot na kontach bankowych. Ludzie ci radzą sobie na wiele różnych sposobów. Wygrywają ci z nich, którzy nie tracą nadziei, których choroba nie załamała i nie odebrała woli zwyciężania. Piękne przykłady takiej walki mamy nie tylko

w skali kraju, ale i w naszym, lekarskim środowisku.

Powrócił do pracy po wypadku śmigłowca medycznego dr Andrzej Nabzyk, który jest mistrzem świata nie tylko w ratownictwie medycznym, ale przede wszystkim mistrzem w pokonywaniu przeciwności losu. Wyrazy wielkiego szacunku, doktorze Andrzeju!

Innym przykładem wspaniałej postawy wobec choroby jest Ania, córka naszej koleżanki lekarki, prowadząca blog <http://annablack.blox.pl/strony/TYSABRIIJA.html>, w którym pokazuje efekty leczenia natalizumabem stwardnienia rozsianego, na które zachorowała przed kilku laty. Ania dokumentuje efekty leczenia z wykorzystaniem technik multimedialnych, dzięki czemu każdy może się zorientować, na ile kolejna kuracja jest skuteczna. Fundusze zdobywa dzięki aktywnemu wsparciu ludzi dobrej woli. Zachęcam wszystkich do zapoznania się z blogiem Ani i wiem, że odwiedzenie go będzie dla wielu osób impulsem do solidarnej i koleżeńskej reakcji.

To, jak może zaowocować wsparcie kogoś w chorobie, najdobitniej ilustruje historia Jasia Meli, który dzięki ofiarności ludzi dobrej woli otrzymał nowoczesną protezę kończyny dolnej. Ponadto Marek Kamiński zaprosił go na wyprawę polarną. Dziś Jaś Mela jest nie tylko zdobywcą obu biegunów, ale też Elbrusa. Ten niezwykle dzielny młody mężczyzna szykuje się do zdobycia szczytów Korony Ziemi.

Gdy hart ducha osób dotkniętych przez los łączy się z odruchami serca ludzi dobrej woli, nawet zdobycie najwyższych szczytów jest możliwe.

Gdybym była ministrem...

Koszty transplantacji narządów, leczenia chorób sierocych, terapie biologiczne schorzeń nowotworowych, reumatologicznych czy neurologicznych powinny być w całości refundowane przez państwo. Rygorystyczne regulaminy wykreowane przez NFZ nie służą tak naprawdę staranniejszemu doborowi

pacjentów, lecz zmniejszeniu ich liczby. Nikt dla przyjemności nie pobiera kroplówek z leków biologicznych czy przeciwnowotworowych, ani też nie kwalifikuje pacjentów pochopnie do takiego leczenia. Wiek będący jednym z dyskryminatorów we wspomnianych programach tak naprawdę nie jest kryterium merytorycznym, lecz naruszeniem zasady równego dostępu do świadczeń medycznych.

Nie jestem przekonana, że każdy z dwudziestu generyków dowolnego ACE inhibitora kosztującego 10 zł wymaga refundacji. Znakomitą większość pacjentów stać na pokrycie kosztów taniego leczenia. Gdy dostają oni refundację, swoje rezerwy budżetowe przeznaczają na papierosy, chipsy lub prasę kolorową. Pacjenci wymagający kosztownych kuracji w obecnym systemie refundacji nie mają wyboru – na walkę o godne życie idą ich prywatne fundusze oraz składki ludzi dobrej woli.

Oczywiście indywidualne zabiegi nie zastąpią rozwiązań systemowych, które są niezbędne.

Co widać z Brukseli?

Nasz system refundacji oraz przepisy nim rządzące nie zachwycają nie tylko pacjentów czy lekarzy w Polsce. Jego poważne i liczne mankamenty widzą stosowne komisje europejskie i ślą monity do naszych władz. Nie da się dalej chować głowy w piasek. Kreowanie wirtualnych sukcesów nie jest dobrą techniką naprawy istniejącego stanu. Jedynie systemowe i merytoryczne rozwiązanie zagadnień związanych z refundacją drogich i nowoczesnych terapii będzie właściwym podejściem do tych trudnych zagadnień.

Każdy czas na rozsądne zmiany jest dobry, a do ich dokonania potrzebne są przede wszystkim świadomość i chęć rozwiązywania problemów, które to przymioty umysłu i serca tak naprawdę nie mają wymiaru finansowego.

Rozszyfruj receptę

Recepta z poprzedniego numeru „GL” pozornie nie była taka trudna, ale spora grupa Czytelników miała kłopoty z odczytaniem leku drugiego i trzeciego na zaprezentowanej receptce.

Laureatami zostają dr **Monika Jezierska-Kazberuk** oraz dr **Wojciech Bednarski**. Jak zawsze proszę laureatów o nadesłanie do mnie adresów pocztowych, na które zostaną przesłane nagrody książkowe.

W bieżącym numerze zamieszczam chyba stosunkowo łatwą zagadkę – jest nią prośba o podanie rozpoznania, które zostało umieszczone na skierowaniu na konsultację specjalistyczną.

Już dziś zapraszam wszystkich do nastawienia się i aktywnego uczestnictwa w grudniowej edycji naszego konkursu, gdy będziemy obchodzili trzecią rocznicę naszej rubryki. Gwarantuję superzagadkę i fajne nagrody, w zwiększonej, świątecznej liczbie.

krystyna.knypl@compi.net.pl

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym

Panią (Pana)

Adres.....

PESEL:

Rozpoznanie.....

Cel porady (uzasadnienie).....

Badania dotychczas wykonane.....

Uwagi poradni specjalistycznej:
Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....
Termin wyznaczonej porady.....

Razem czyli osobno

Anita Pacholec

Zamieszanie, jakie od pewnego czasu panuje w tej kwestii, budzi podziw co do skuteczności, jaką wykazali się nasi niektórzy koledzy, wywołując tę zawieruchę. Świadczy to, między innymi, o tym jak, przy odpowiedniej determinacji i wytrwałości, niewielka grupa ludzi może osiągnąć swój cel.

Ciekawe, co mogliby osiągnąć dla środowiska dentystów w naprawdę ważnych sprawach, gdyby tę swoją energię skierowali w bardziej oczekiwanym kierunku. Na usta ciśnie się pytanie, czy naprawdę mniejszość dentystów w stosunku do lekarzy jest aż tak wielką rzeczywistą przeszkodą. Obecna sytuacja zdaje się temu przeczyć.

A tak na marginesie interesujące jest, czego to nie mogli nasi koledzy dentyści osiągnąć z powodu blokowania ich poczynań przez naszą „większą siostrę”. Może jakieś konkrety? Może projekty uchwał odrzuconych w głosowaniu przez lekarzy?

Obecnie sytuacja nie jest jeszcze w pełni jasna, ale warto chyba zrobić rachunek zysków i strat, z jakimi przyjdzie nam się zmierzyć, jeśli nasi koledzy osiągną swój cel.

Założmy, że według nowej ordynacji wyborczej na kandydatów do rad lekarskich i na delegatów na zjazd krajowy głosować będą dentyści na dentystów, a lekarze na lekarzy. Co w tej sytuacji my, dentyści, zyskamy? No i chyba będę musiała poprosić o pomoc szanownych kolegów ze Szczecina, Poznania czy Krakowa, bo jakoś sama nie potrafię zobaczyć tych korzyści. Za to widzę pewne straty. Też, nie przesadzajmy, niewielkie. Bo w tych izbach, gdzie współpraca dentystów i lekarzy układała się dobrze, to

wszyscy wiedzą kto jest animatorem tych zmian i rozumieją, że koledzy dentyści zdecydowanie się od tych pomysłów odcinają. Tam nie zmienia się więc nic. Ale za to tam, gdzie ta współpraca nie była wzorowa, a przypuszczam, że takie izby istnieją, no bo po co byłaby ta cała wojna, to teraz o przyjaźni w ogóle można zapomnieć. A to na pewno nie poprawi sytuacji dentystów.

Korzyści

Zastanawiam się więc, po co to wszystko. Wydaje się, że dla autorów tych zmian istotna jest jednak nie sytuacja przejściowa, ale dalekosiężny cel. Jest to bowiem wyłom w murze, a ostatecznie chodzi o pełną autonomię lub wręcz oddzielenie izby dentystycznej. Rozważmy więc i taką sytuację, gdyby nasi koledzy osiągnęli pełny sukces i doprowadzili do całkowitego rozdzielenia izb. Na marginesie należy zaznaczyć, że pozostaje nierozwiązany status kolegów o podwójnym dyplomie, bo tacy też są wśród nas.

Prześledźmy jednak korzyści.

- Skupilibyśmy się tylko na sprawach stomatologów, co wprawdzie jest możliwe również teraz w ramach komisji stomatologicznych, no ale to zawsze tylko komisja.
- Mniejsza liczebnie organizacja jest łatwiejsza do zarządzania (to prawda i widać to na przykładzie małych izb okręgowych).
- Jednolite interesy członków mogą przyczynić się do większej determinacji i skuteczności działania.

Straty

A teraz straty.

Straty naukowe

- Izolacja zawodowa od lekarzy zamknie możliwości rozmowy, wymiany informacji, możliwości szybkiej i łatwej pomocy w sprawach zawodowych, która teraz istnieje na zebraniach organów izby.
- Posiadanie czysto dentystycznej gazety spowoduje ograniczenie dostępu do informacji ogólnomedycznych, jakie znajdujemy teraz w „Gazecie Lekarskiej”.

Straty prestiżowe

- Teraz, gdy przedstawiciel rządu czy ministerstwa spotyka się z przedstawicielami izby lekarskiej wie, że rozmawia z delegatami 150-tysięcznej organizacji zawodowej. Po rozdziale będziemy marginalną organizacją reprezentującą ok. 25 tysięcy członków. Na spotkanie nie pofatyguje się już minister, lecz jego trzeci zastępca. Bo kto się będzie przejmował taką, prawie niszową, organizacją? Lekarze nadal jednak będą dużą 125-tysięczną organizacją. Wtedy dopiero nas zdominują.
- Stracimy również na prestiżu zawodowym w świecie medycznym. Wiele czasu i pracy kosztowało niektórych z nas, by lekarze traktowali nas tak jak na to zasługujemy, czyli jak lekarzy, tyle tylko, że z określoną już wcześniej specjalizacją. Że mamy bardzo podobne wykształcenie i wiedzę. Teraz na własne życzenie robimy wszystko, by udowodnić, że jest całkiem odwrotnie.

Straty organizacyjne

- W ostateczności spodziewałabym się braku „Gazety Stomatologicznej” (czy jak by się inaczej nazywała) na poziomie „Gazety Lekarskiej” z powodu braku chętnych do jej redagowania. Kiedyś redaktor naczelny „GL” zagwarantował pewną liczbę stron w „Gazecie” dla stomatologów, by mogli tam publikować swoje artykuły. Stało się to po promowaniu pomysłu grupy dentystów, że powinniśmy mieć własną gazetę, bo teraz z powodu braku miejsca na łamach często trudno się przebić sprawom dentystów. Skutek jest taki, że po wielkim szumie i krótkim zrywie pisarskim nie było komu tych stron wypełnić. A co dopiero mówić o wypełnieniu sensownym całej gazety!
- Z powodu małej liczebności struktura będzie musiała być mniej rozbudowana. To wprawdzie niesie oszczędności, ale powoduje, że do siedziby na obecnym poziomie okręgowym będziemy musieli udać się w dużo dalszą podróż, bo zapewne nie będzie jej w każdym mieście wojewódzkim.

Straty ekonomiczne

Ograniczenia organizacyjne będą wymuszone brakiem finansów. Policzmy szacunkowo:

- Obecnie 160 000 członków x 40 zł x 12 miesięcy = 76 800 000 zł rocznego budżetu. Z tego utrzymujemy: izba naczelna, gazeta, 24 izby okręgowe, centralny rejestr lekarzy, rzecznik odpowiedzialności zawodowej i sąd lekarski na poziomie okręgowym i naczelnym.
- Po rozdziale 34 tysięcy członków x 40 zł x 12 miesięcy = 16 320 000 zł. Ciekawe co z tego da się sfinansować. Nadmienić trzeba niestety ze wstydem, że dentyści są największymi dłużnikami w płaceniu składek. Nie ma więc co liczyć na pełną sumę, a poprawy sytuacji ja osobiście bym się nie spodziewała. I niech koledzy z Poznania, Szczecina czy Krakowa się nie cieszą, z tych pieniędzy da się utrzymać pewnie tylko jedną siedzibę i zapewne byłaby ona w Warszawie, bo jest to chociaż trochę w środku kraju. To bardzo istotne dla mieszkańców Przemysła, Białegostoku czy Jeleniej Góry. A więc z każdym problemem musielibyśmy jechać kilkaset kilometrów. Z tych samych powodów zapewne nie stać nas będzie na wydawanie gazety, a już na pewno nie w tym formacie i częstotliwości co teraz „GL”. Nasze sądy i rzecznicy odpowiedzialności zawodowej będą ubezwłasnowolnieni z powodu braków finansowych na odpo-

wiednie procedowanie spraw. Niesie to zagrożenie dla naszego bezpieczeństwa zawodowego i osobistego.

Drugie dno sprawy

Ale cała sprawa ma jeszcze drugie dno, i to bardziej niebezpieczne niż by się wydawało na pierwszy rzut oka. Sytuacja jest bowiem taka, że demokratycznie wybrani przedstawiciele lekarzy, po demokratycznych głosowaniach w ramach komisji stomatologicznych okręgowych i naczelnej, w ramach rad lekarskich okręgowych i naczelnej, w której części są przeciw proponowanym zmianom, a mała grupa ludzi i tak realizuje swoje zamia-ry. Wygląda to tak jakby u szczytów władzy ta demokracja całkiem się gdzieś zapodziała. Szyją nam ubranko wbrew naszej woli, nie zważając na nasze sprzeciwy i tylko dla pozorów pytając nas o zdanie. Może i demokracja nie jest idealnym systemem społecznym, może to źle, że większość ma zawsze rację, ale nikt nic lepszego jeszcze nie wymyślił. Jakim więc prawem ktoś ustala zasady, na jakich mamy działać kompletnie nie licząc się z naszą opinią? Czy hasła „państwo prawa”, „państwo obywatelskie” to już zupełnie puste słowa?

W tej chwili dotyczy to, jak już wspomnia-łam, drobiazgów, ale zakusy są większe i myślę, że właśnie włączył się czerwony alarm. Jeśli teraz nie zareagujemy ostro i stanowczo na łamanie naszych praw jako członków samorządu i obywateli Rzeczypospolitej, to później będzie to już płkanie nad rozlanym mlekiem. Będzie można bowiem tą przetartą

teraz drogą wprowadzać kolejne niechciane prze nas i niekorzystne dla nas zapisy, by wreszcie całkowicie nas ubezwłasnowolnić, a z izby lekarskiej zrobić marionetkę. Jeżeli bowiem koledzy z Krakowa, Szczecina czy Poznania mają nadzieję, że raz dane władzy, jaka by ona nie była, pole do działania da się odzyskać, a raz wykorzystany bat później trafi do lamusa, to świadczy tylko tyle, że są oni naiwnymi marzycielami, którzy jak dzieci wierzą w obietnicę cukierka. To znaczy, że nie rozumieją, iż władza państwowa i mocny samorząd to dwie rzeczy, których się nie da pogodzić na południowej herbatce u cioci. To permanentny stan rywalizacji i ścierania się o strefy wpływów. Każdej władzy najbardziej zależy na tym, by organizacje samorządowe były słabe i rozdrobnione. Śmiesz również fakt, że w chwili, gdy podzielone samorządy prawnicze, by wzmocnić swą siłę, myślą o zjednoczeniu, jak sami mówią biorąc przykład z naszej organizacji, my będziemy się dzielić.

Przyznaję, to bardzo powierzchowna analiza i zapewne przy głębszym wgrzyzieniu się w temat udałoby się znaleźć kilka innych korzyści, ale i zapewne kilka innych strat i zagrożeń. Mnie osobiście wystarczy już to, by samej być przeciwną jakiegokolwiek separacji i apelować do moich szanownych kolegów o zdrowy rozsądek i odłożenie swych osobistych ambicji na bok dla dobra nas wszystkich.

Autorka jest lek. dentystą, specjalistą chirurgii stomatologicznej we Włocławku.

REKLAMA

REKLAMA

ŚWIATOWE WYRÓŻNIENIE DLA POLSKIEGO NAUKOWCA

24 września br., tradycyjnie w przededniu otwarcia CEDE 2009, odbyło się w Poznaniu coroczne posiedzenie Sekcji Polskiej Akademii Pierre Faucharda, z udziałem dr. Charlesa G. Eklera, prezydenta Akademii Pierre Faucharda, który przybył do Polski w związku z przyznaniem prof. **Zbigniewowi Jańczukowi** nagrody „ELMER S. BEST Memorial Award”.

Nagroda została ustanowiona w USA w 1962 r. dla upamiętnienia założyciela Akademii Pierre Faucharda dr. Elmera S. Besta jako wyróżnienie dla osoby spoza USA, która wniosła szczególny wkład w rozwój stomatologii na świecie. Od 1963 r. przyznaje ją corocznie Komitet Nagród Akademii jednemu lekarzowi dentyście spoza Stanów Zjednoczonych. W 2009 r. nagrodę tę otrzymał Polak prof. Zbigniew Jańczuk. Uroczyste wręczenie Nagrody odbyło się następnego dnia na otwarciu CEDE 2009. Nagrodę wręczył prezydent Akademii Pierre Faucharda dr Charles G. Elmer. W swoim wystąpieniu podkreślał zasługi laureata dla stomatologii oraz propagowania idei Akademii. Wzruszone-
mu laureatowi gratulacje w imieniu polskich lekarzy dentystów złożyła wiceprezes NRL Anna Lella wręczając pamiątkową plakietkę oraz medal XX-lecia Izby Lekarskich. W uroczystości udział wzięli członkowie prezydium Komisji Stomatologicznej NRL.



Małgorzata Kaczmarska-Banasiak



O zdrowy uśmiech naszych dzieci

Jolanta Małmyga

Coraz mniejsza ilość środków publicznych na profilaktykę i opiekę stomatologiczną dla dzieci i młodzieży, i wysoki poziom zapadalności na próchnicę zębów w Polsce, przy jednocześnie niskim poziomie świadomości prozdrowotnej, stały się bodźcem do lokalnego działania nad poprawą stanu uzębienia najmłodszych mieszkańców Gorzowa Wlkp.

Oryginalny projekt profilaktyki próchnicy obejmujący blisko 20 tys. dzieci Gorzów realizuje od lutego br. we współpracy z OIL w Gorzowie Wlkp. i Oddziałem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Koszt programu to 300 tys. euro, z czego 85 % to pieniądze unijne, a pozostałą część dołożyła gmina. Do promocji projektu i udziału w spotach reklamowych przyłączyli się znani sportowcy koszykarka Justyna Żurawska, wioślarz Tomasz Kucharski i Jurek Owsiak.

Z badań epidemiologicznych wynika, iż w Polsce zapadalność na próchnicę zębów utrzymuje się na wysokim poziomie, a schorzenia jamy ustnej są na czwartym miejscu wśród najbardziej kosztownych do leczenia na świecie. Problemom zdrowia jamy ustnej poświęcono sesję Światowego Zgromadzenia Zdrowia WHO w maju 2007 r. FDI, IAPO, IADR sformułowały wspólnie strategiczne cele zdrowotne, których głównym celem jest promocja zdrowia i zmniejszenie wpływu chorób jamy ustnej na ogólny stan zdrowia. Finansowanie opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą ze środków publicznych w Polsce jest obecnie niewystarczające na pokrycie wszystkich potrzeb i zorganizowanie planowanej opieki, bo wymaga zwiększenia nakładów na podstawową opiekę stomatologiczną i opracowania spójnej polityki zdrowotnej.

Do troski o zdrowie należy włączyć całe społeczeństwo. Najprostszym i najtańszym sposobem zapobiegania powstawaniu chorób jest profilaktyka i edukacja prozdrowotna. Dostrzegając znaczenie i rolę w szerzeniu wiedzy na temat zdrowia jamy ustnej i profilaktyki przeciwp próchnicowej Urząd Miasta w Gorzowie Wlkp. wspólnie z lekarzami dentystami, członkami OIL w Gorzowie Wlkp. oraz Gorzowskim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego przystąpili do przygotowania i realizacji projektu profilaktyki próchnicy dofinansowane

go ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

Organizatorzy zwrócili się z prośbą o patronat naukowy nad realizacją projektu do Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Sekcji Stomatologii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. W ramach projektu uczniowie szkół z terenu miasta Gorzowa Wlkp. zostaną poddani zabiegom lakierowania i lakowania zębów stałych preparatem uszczelniającym zawierającym związki fluoru, jednocześnie będzie prowadzona szeroka kampania edukacyjna promująca zasady prawidłowej higieny jamy ustnej, zdrowego odżywiania i zachowań prozdrowotnych.

Programem będzie objętych ok. 19 tys. uczniów szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. W trakcie realizacji projektu w związku ze zmniejszeniem liczby uczniów w szkołach rozszerzono grupę docelową o dzieci w wieku 6-7 lat z klas zerowych w szkołach i przedszkolach.

Zabiegi odbywają się w 13 gabinetach dentystycznych, do których zostały przydzielone szkoły z 13 okręgów, na jakie podzieliło miasto według odległości szkół od gabinetów. Wyboru lekarzy dentystów do realizacji programu dokonano na podstawie rekomendacji udzielonej przez ORL.

Podczas spotkań z lekarzami dentystami przedstawiono sposób realizacji programu, uzgodniono jednolite zasady postępowania i wypełniania dokumentacji medycznej, a także sposoby działań w ramach akcji informacyjnych. Uzgodniono i zaprezentowano treść ulotek promujących program. W ramach promocji projektu lekarze odbywają spotkania z nauczycielami i uczniami upowszechniając zachowania prozdrowotne.

Warunkiem uczestniczenia dzieci w projekcie jest zgoda rodziców lub prawnych opiekunów na wykonanie zabiegów. Do akcji uzyskiwania pisemnej zgody rodzica włączeni zostali nauczyciele szkół. Bardzo

pomocne są również lokalne media prowadzące szeroką kampanię promocyjną.

Program rozpoczęto w lutym 2009 r. Zakończenie planowane jest na czerwiec 2010 r.

Aktualnie akcji profilaktycznej poddanych zostało 7028 dzieci, w tym lakierowanie wykonano u 6964 dzieci, natomiast zabiegiem lakowania zębów objęto 1538 dzieci.

Zabiegi są całkowicie bezpłatne i niebolesne, nie powodują też żadnych skutków ubocznych. Zgodę na zabiegi wyraziło dotychczas tylko 73 % rodziców.

Zastanowić się należy nad przyczyną takiego stanu. Czy jest to brak dostatecznej informacji, czy też niskiego stanu świadomości zachowań prozdrowotnych części społeczeństwa. Wzmocniono więc część promocyjną programu ulotkami, spotami informacyjnymi i zintensyfikowano kampanię promocyjno-informacyjną w lokalnych mediach. Po zakończeniu projektu opracowane zostaną dane statystyczne określające wskaźniki próchnicy na podstawie wybranych grup wiekowych, które pozwolą określić potrzeby zdrowotne wśród gorzowskich dzieci i będą potwierdzeniem dla kontynuowania i wdrożenia wieloletniego programu profilaktyki. Wpłyne to na poprawę dostępu dzieci i młodzieży do świadczeń profilaktycznych i wzrost świadomości potrzeb zdrowotnych.

Założeniem projektu jest uzyskanie zmniejszenia wskaźnika intensywności próchnicy i obniżenie różnic w nasileniu próchnicy między województwami, gdyż w województwie lubuskim występuje jeden z najwyższych wskaźników próchnicy.

Bardzo ważne jest także upowszechnienie prawidłowych nawyków higieny jamy ustnej i zasad zachowań prozdrowotnych poprzez szeroko prowadzoną akcję promocyjną.

Autorka jest lekarzem dentystą, przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Gorzowie Wielkopolskim.

Lekarzem będę zawsze

Po lekturze rozmowy redaktora naczelnego Marka Stankiewicza z wiceprezesem NRL Andrzejem Włodarczykiem („GL” nr 8-9/2009 „Lekarzem będę zawsze”, str. 16-17) miałem mieszane uczucia. Moje zdziwienie, a później także oburzenie, wywołał fragment dotyczący największego sukcesu naszego samorządu – wywalczenia podwyżek dla lekarzy w 2007 r. Wg Andrzeja Włodarczyka ojcem tego sukcesu wcale nie były lekarskie związki zawodowe, chociaż bardzo aktywnie nas wspierały, lecz izba.

Minęły zaledwie 2 lata. Niemożliwa jest już teraz taka luka w pamięci, tym bardziej że wielu naszych kolegów uczestniczyło aktywnie w tych wydarzeniach i doskonale je pamięta. Trzeba bardzo nie chcieć pamiętać, by mówić o tak nieodległej historii w ten sposób. Taka wersja wydarzeń wywołała szczególne oburzenie na Podkarpaciu, bo właśnie tutaj to wszystko się zaczęło. Nie jest moją intencją ustalanie „ojcostwa”, ale nie zgadzam się, by oficjalny organ samorządu lekarskiego publikował nieprawdę. A jaka jest prawda? Była tylko jedna podwyżka systemowa, którą przyniosła tzw. ustawa „wedłowska” z 22 lipca 2006 r. Projekt tej ustawy powstał po rozmowach przedstawicieli strajkujących szpitali z Podkarpacia z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i NFZ, które odbyły się 13 kwietnia 2006 r. w gmachu ministerstwa. Podwyżki w następnym roku dokonały się tylko w tych szpitalach, które strajkowały i tych nielicznych, których dyrektorom starczyło wyobraźni, by podwyższyć płace bez konieczności strajku. Bez wątpienia miało to związek z prowadzoną ogólnopolską akcją strajkową. Wspomniane w wypowiedzi dr. Włodarczyka „Białe Miasteczko” było akcją związku zawodowego pielęgniarek i położnych. Poza obniżeniem komfortu pracy urzędników kancelarii premiera nie dało żadnych rezultatów.

Marsz protestacyjny ulicami stolicy, zorganizowany głównie przez samorząd, też nie zrobił na rządzącej wówczas ekipie większego wrażenia, choć na pewno przyczynił się do upowszechnienia odważnych postaw w środowisku lekarskim i do zwiększenia zasięgu strajku. Taka jest prawda! Ocenę wypowiedzi A. Włodarczyka pozostawiam Czytelnikom „Gazety Lekarskiej”.

Zdzisław Szramik
wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego OZZL

Każda sroka swój ogonek chwali jak mówi stare polskie przysłowie, które pozwalał sobie przypomnieć koledze Zdzisławowi Szramikowi, popularnemu wśród przyjaciół „Dzidkowi”.

Gdyby ten wywiad czytały pielęgniarki lub związkowcy z innych central (np. „Solidarność”), zapewne powiedzieliby, że to głównie dzięki nim doszło do rozmów z rządem PiS i do uchwalenia tzw. ustawy „wedłowskiej”, jak to słusznie przypomniał dr Szramik. Każdy, kto uczestniczył wtedy w protestach, strajkach czy marszu protestacyjnym, miał większy czy mniejszy udział w sukcesie, jakim była wywalczona przez nas wszystkich podwyżka wynagrodzeń. Choć nie wszystkich ona oczywiście zadowolila. Dla mnie osobiście największe znaczenie dla podjęcia przez rządzący wtedy PiS decyzji o „podwyżce Religi” miało utworzenie przez prawie wszystkie działające w ochronie zdrowia organizacje Krajowego Komitetu Porozumiewawczego na Rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia. Wówczas po raz pierwszy wszystkie samorządy zawodów medycznych, związki zawodowe, w tym i OZZL oraz Porozumienie Zielonogórskie wystąpiły razem na rzecz zmian w systemie opieki zdrowotnej.

Nie mogę jako działacz izby lekarskiej nie „chwalić swojego ogonka”. Nie sposób nie przypomnieć, że to właśnie Naczelna Izba Lekarska była inicjatorem tego porozumienia i marszu protestacyjnego ulicami Warszawy. Ale tak naprawdę w rozmowie z red. Markiem Stankiewiczem, na łamach „Gazety Lekarskiej”, jako kandydatowi na prezesa NRL, chodziło mi nie o wartościowanie, kto jaką rolę odegrał w uzyskaniu wzrostu wynagrodzeń, lecz o wskazanie, że działacze samorządu nie potrafili pokazać ważnej roli jaką odegrała izba lekarska w tych protestach. Jeżeli moja niefortunna wypowiedź uraziła kogokolwiek, to przepraszam. Nie mam zamiaru umniejszać roli OZZL, którego cały czas jestem członkiem. Wciąż myślę, drogi Dzidku, że zostało jeszcze wiele do zrobienia, żeby nasze koleżanki i koledzy byli zadowoleni z pracy i zarobków lekarskich. Wiem, że aby tak się stało, trzeba dalej działać wspólnie.

Andrzej Włodarczyk

Nobel za telomery

Elizabeth H. Blackburn, Carol W. Greider i Jack W. Szostak zostali laureatami tegorocznej Nagrody Nobla za odkrycie mechanizmów ochrony chromosomów przez telomery i enzym telomerazę.

Odkrycia trójki amerykańskich naukowców ujawniły nowy wymiar wiedzy o komórkach, rzuciły światło na etiologię niektórych chorób i stały się bodźcem do rozwoju potencjalnych nowych metod leczenia – czytamy w oficjalnym komunikacie Komitetu Noblowskiego przy Uniwersytecie Karolinska w Sztokholmie.



Elizabeth H. Blackburn jest obywatelką USA i Australii. Urodzona w 1948 r. w mieście Hobart na Tasmanii, studiowała w University of Melbourne, a doktorat obroniła w 1975 r. na uniwersytecie w Cambridge, po czym przeniosła się na staż podoktorski do Yale University w New Haven (USA). Wykładała również na University of California w Berkeley, a od 1990 r. jest profesorem biologii i fizjologii na University of California w San Francisco.



Carol W. Greider jest obywatelką USA urodzoną w San Diego (Kalifornia) w 1961 r. Studiowała w University of California w Santa Barbara i Berkeley, gdzie w 1987 r. obroniła doktorat pod opieką E. Blackburn. Po stażu podoktorskim w Cold Spring Harbor Laboratory została w 1997 r. mianowana profesorem w katedrze biologii molekularnej i genetyki Johns Hopkins University School of Medicine w Baltimore.



Jack W. Szostak jest obywatelem USA. Przyszedł na świat w Londynie w 1952 r., dorastał w Kanadzie. Studiował na McGill University w Montrealu i Cornell University w mieście Ithaca w stanie New York, gdzie także otrzymał tytuł doktora w 1977 r. Od 1979 r. związany z Harvard Medical School, profesor genetyki w Massachusetts General Hospital w Bostonie. Współpracuje także z Howard Hughes Medical Institute.

To prestiżowe wyróżnienie stało się udziałem tych, którzy znaleźli odpowiedź na pytania: jak udaje się kopiować całe chromosomy podczas podziału komórki i w jaki sposób chromosomy są chronione przed rozpadem. Uczniowie wykazali, że kluczem do znalezienia odpowiedzi są końcowe fragmenty chromosomów, tzw. telomery, oraz enzym telomeraza, dzięki któremu telomery powstają.

Długie nitki cząsteczek DNA, na których znajdują się geny, są upakowane w chromosomach.

Telomery to „nasadki” na końcach chromosomów. Elizabeth Blackburn i Jack Szostak wykazali, że zniszczenie chromosomów uniemożliwia szczególna sekwencja DNA w obrębie telomerów. Carol Greider i Elizabeth Blackburn odkryły istnienie enzymu telomerazy, dzięki któremu powstaje DNA telomerów. Te odkrycia umożliwiły wyjaśnienie, w jaki sposób końce chromosomów są chronione przez telomery i potwierdzenie, że są one tworzone przez telomerazę.

Jeżeli dochodzi do skrócenia telomerów, komórki obumierają, i odwrotnie, przy wysokim poziomie aktywności telomerazy długość telomerów nie zmniejsza się, co opóźnia starzenie się komórek. Taka sytuacja ma miejsce w komórkach nowotworowych, o których można powiedzieć, że są nieśmiertelne. Z kolei u osób cierpiących na niektóre choroby dziedziczne telomeraza działa wadliwie, przez co dochodzi do uszkodzenia komórek. Przyznanie Nagrody Nobla jest wyrazem uznania dla odkrycia mechanizmu komórkowego o fundamentalnym znaczeniu – odkrycia, które legło u podstaw rozwoju nowych strategii leczenia.

Tajemnicze telomery

Chromosomy zawierają nasz kod genetyczny w postaci nici DNA. Już w latach trzydziestych XX w. Hermann Muller (Nagroda Nobla w 1946 r.) i Barbara McClintock (Nagroda Nobla w 1983 r.) zauważyli, że widoczne

na końcach chromosomów struktury o nazwie telomery prawdopodobnie uniemożliwiają łączenie się chromosomów ze sobą. Badacze przypuszczali, że telomery mają funkcję ochronną, ale sposób ich działania pozostawał tajemnicą.

W latach pięćdziesiątych, gdy naukowcy zaczęli rozumieć, w jaki sposób dochodzi do powielania genów, pojawił się kolejny problem: cząsteczki DNA zawierające cztery zasady, które tworzą kod genetyczny, zostają tuż przed podziałem komórki skopiowane, zasada po zasadzie, przez enzymy o nazwie polimerazy DNA. Jednak w przypadku jednej z dwóch nici pojawia się problem: nie można skopiować końcowego odcinka nici. Wynika z tego, że po kolejnych podziałach chromosomy powinny skracać się coraz bardziej – jednak zwykle tak się nie dzieje.

Rozwiązania obu tych problemów przyniosło ustalenie przez tegorocznych Laureatów, jak funkcjonują telomery, i odkrycie enzymu, który odpowiada za ich powielanie.

Telomerowe DNA chroni chromosomy

Na początku pracy naukowej Elizabeth Blackburn zajmowała się lokalizowaniem sekwencji DNA. Podczas badań nad chromosomami *Tetrahymena*, jednokomórkowego organizmu z typu orzęsków, badaczka wykryła, że na końcach chromosomów wielokrotnie powtarza się sekwencja CCCCAG, której funkcja nie była jasna. W tym samym okresie Jack Szostak zaobserwował, że liniowa cząsteczka DNA, rodzaj minichromosomu, ulega szybkiemu rozpadowi po wprowadzeniu do komórek drożdży.

W 1980 r. Blackburn przedstawiła wyniki swoich badań na konferencji. Jej praca zainteresowała Szostaka, który wspólnie z badaczką postanowił przeprowadzić eksperyment polegający na przekroczeniu granicy między bardzo odległymi od siebie gatunkami. Blackburn wyizolowała sekwencję CCCCAG

z DNA *Tetrahymena*, a Szostak połączył ją z badanymi przez niego minichromosomami, które następnie wprowadził z powrotem do komórek drożdży. Wyniki badań opublikowano w 1982 r. Były zdumiewające: telomerowa sekwencja DNA zapobiegała rozpadowi minichromosomów. Wykazanie, że telomerowe DNA jednego gatunku (*Tetrahymena*) chroni chromosomy zupełnie innego (drożdży) było dowodem na istnienie wcześniej nie znanego mechanizmu o fundamentalnym znaczeniu. Później odkryto, że charakterystyczne sekwencje telomerowego DNA można znaleźć w komórkach większości gatunków roślin i zwierząt od pelzaków do ludzi.

Enzym, który syntetyzuje telomery

Carol Greider, wówczas studentka pracująca pod opieką Blackburn, wspólnie ze swoją mentorką zajęła się badaniem, czy synteza DNA telomerów może być wynikiem działania nieznanego nauce enzymu. W 1984 r. w dzień Bożego Narodzenia Greider wykryła oznaki aktywności enzymów w badanym wyciągu komórkowym. Badaczki nadały enzymowi nazwę telomeraza, uzyskały jego oczyszczoną postać i wykazały, że obok składnika białkowego nowo odkryty enzym zawiera również RNA. Okazało się, że RNA zawiera sekwencję CCCCAG, która jest wykorzystywana jako szablon do syntezy telomeru, natomiast składnik białkowy służy do „prac konstrukcyjnych”, tzn. aktywności enzymu. Telomeraza wydłuża DNA telomerów, dzięki czemu polimerazy DNA mogą powielić chromosom na całej jego długości, w tym również w końcowym odcinku.

Telomery opóźniają proces starzenia komórek

Następnie naukowcy zajęli się badaniem funkcji telomerów w komórce. Zespół Szostaka wykrył komórki drożdży z mutacjami prowadzącymi do stopniowego skracania się telomerów. Stwierdzono, że takie komórki cechują się słabym wzrostem i po pewnym czasie przestają się dzielić. Elizabeth Blackburn i zespół jej współpracowników doprowadzili do powstania mutacji w RNA telomerazy *Tetrahymena*, co spowodowało podobne skutki. W obu przypadkach efektem końcowym było przedwczesne starzenie się komórek. Sprawne telomery chronią komórki przed uszkodzeniami i opóźniają proces starzenia. Później Carol Greider z zespo-

łem wykazała, że telomeraza opóźnia również procesy starzenia w organizmie człowieka. Badania w tej dziedzinie rozwijają się intensywnie. Obecnie wiadomo już, że charakterystyczna sekwencja DNA telomerów przyciąga białka, które tworzą ochronną osłonkę wokół kruchych zakończeń nici DNA.

Ważna część układanki – starzenie się ludzi, nowotwory złośliwe i komórki macierzyste

Te odkrycia miały wielki wpływ na społeczność naukową. Wielu badaczy wysuwało przypuszczenia, że skracanie się telomerów może być przyczyną procesów starzenia się nie tylko w skali pojedynczych komórek, ale również całego organizmu. Okazało się jednak, że procesy starzenia się są bardziej złożone. Obecnie uważa się, że zależą od kilku różnych czynników, a skracanie się telomerów jest tylko jednym z nich. W tej dziedzinie nadal trwają intensywne badania.

Większość prawidłowych komórek nie dzieli się intensywnie, w związku z czym ich chromosomy nie ulegają szybko skróceniu, a aktywność telomerazy pozostaje niska. Komórki nowotworowe mają natomiast zdolność do nieskończonych podziałów, a mimo to ich telomery nie skracają się. W jaki sposób komórki nowotworowe unikają starości? Pewnego wyjaśnienia dostarczyło, jak się wydaje, odkrycie wysokiej aktywności telomerazy w wielu komórkach nowotworowych, na podstawie czego wysunięto hipotezę, że usunięcie telomerazy jest sposobem na wyleczenie nowotworów. W tej dziedzinie realizowane są obecnie liczne badania, w tym próby szczepionek skierowanych przeciwko komórkom o podwyższonej aktywności telomerazy.

Obecnie wiadomo też, że defekty telomerazy są przyczyną niektórych chorób dziedzicznych, np. pewnych odmian wrodzonej niedokrwistości aplastycznej, która jest wynikiem zbyt małej liczby podziałów komórek macierzystych w szpiku kostnym. Uszkodzenia telomerazy wywołują również niektóre choroby dziedziczne skóry i płuc.

Odkrycia Elizabeth Blackburn, Carol Greider i Jacka Szostaka ujawniły nowy wymiar wiedzy o komórkach, rzuciły światło na etiologię niektórych chorób i stały się bodźcem do rozwoju potencjalnych nowych metod leczenia.

opr. Mariusz Górnicz
i Marek Stankiewicz

GAZETA
FARMACEUTYCZNA**Działania
niepożądane
inhibitorów
leukotrienów**

Amerykańska agencja FDA zobowiązała producentów leków – inhibitorów leukotrienów do wprowadzenia do ulotki informacyjnej ostrzeżenia o możliwości wystąpienia poważnych zaburzeń psychicznych po stosowaniu tych leków. Inhibitory leukotrienów ordynowane są w leczeniu astmy i kataru siennego. Decyzja ta była podyktowana wynikami postmarketingowych badań. Obecnie informacje zostaną poszerzone i będą dotyczyły wszystkich leków przeciwalergicznym o tym mechanizmie działania. Raporty o działaniach niepożądanych otrzymane przez FDA obejmują pobudzenie, agresję, lęki, anormalne sny, halucynacje, depresję, bezsenność, irytację, drżenia, niepokój i myśli samobójcze (z samobójstwami łącznie). Dlatego pacjenci i lekarze powinni być poinformowani o tak poważnych działaniach niepożądanych, a lekarze powinni brać pod uwagę ewentualną konieczność przerwania leczenia.

oprac. dr Anna Goldnik
na podstawie JAMA, 2009, 4, 365-6

**Botox –
działania
niepożądane**

Firma Allergan wystosowała do kanadyjskich lekarzy komunikat na temat potencjalnych powikłań, jakie mogą towarzyszyć podaniu w iniekcji toksyny botulinowej A. Monografia produktu Botox zawiera opis potencjalnych objawów niepożądanych związanych z leczeniem. Część z nich może prowadzić do

zgonu chorego. Opisano m.in. trudności w połykaniu, osłabienie mięśni, zachtłystowe zapalenie płuc, zaburzenia oddychania, zaburzenia mowy. Fachowi pracownicy opieki zdrowotnej powinni zalecić pacjentom i ich opiekunom niezwłocznie zwrócić się o pomoc do lekarza, gdy pojawią się trudności w połykaniu, oddychaniu lub mówieniu. Preparaty Botox i Botox Cosmetic należy podawać tylko w zalecanych dawkach i z rekomendowaną częstością. Powinni je podawać lekarze o odpowiednich kwalifikacjach. Z wyjątkową ostrożnością należy odnosić się do pacjentów z już istniejącymi chorobami neurologicznymi, trudnościami w połykaniu.

Na podstawie:
Reactions z 24 stycznia 2009, No 1236, 2

**Badania
bezpieczeństwa
leków
pediatrycznych**

Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków zawiadomiła, że rozpoczynają się badania mające na celu ocenę wpływu leków znieczulających i uspokajających stosowanych w anestezjologii i leków na rozwój zdolności poznawczych u małych dzieci. Agencja spodziewa się pierwszych rezultatów tych badań za 2 lata. W badaniach na młodych zwierzętach wykazano, że niektóre leki znieczulające i leki uspokajające mogą powodować zaburzenia pamięci i uczenia się oraz zmiany neurodegeneracyjne w ośrodkowym układzie nerwowym. Brak jest dostatecznych danych, czy podobny wpływ mogłyby wywrzeć te leki na ludzi. W badaniach weźmie udział 5 instytucji: The International Anesthesia Research Society in Cle-

veland, Ohio Children's hospital at Harvard University, Boston Arkansas Children's Hospital Research Institute in Little Rock, Arkansas Columbia University in New York Mayo Clinic in Rochester, Minnesota. The FDA's National Center for Toxicological Research będzie oceniać osłabienie zdolności/funkcji umysłowych u naczelnym poddanych działaniu leków znieczulających oraz będzie rozwijać nieinwazyjne metody obrazowania do pomiaru zmian strukturalnych w mózgu.

Na podstawie:
Reactions z 11 marca 2009, No.1244

**Wady wrodzone
a stosowanie
kwasu
walproinowego**

Od roku 1980 ośrodek australijski zgromadził 72 zgłoszenia wad wrodzonych u noworodków, których matki leczono kwasem walproinowym. Osiemnaście zgłoszeń dotyczyło tylnego rozszczepu kręgosłupa, 4 rozszczepu kręgosłupa z przepukliną oponową, 13 mnogich wad, głównie obejmujących ośrodkowy układ nerwowy. Większość kobiet otrzymywała kwas walproinowy jako lek przeciwpadaczkowy. Dwie kobiety, które urodziły dzieci – jedna z tylnym rozszczepem kręgosłupa, druga – z rozszczepem kręgosłupa z przepukliną oponową otrzymywały kwas walproinowy z powodu choroby dwubiegunowej. Kobiety w wieku rozrodczym, którym zaleca się stosowanie kwasu walproinowego powinno się informować o potencjalnym działaniu teratogennym tego leku.

Na podstawie:
Reactions z 11-18 kwietnia 2009 r., No 1247/1248, 3

**Zagrożenie
samobójstwami
u pacjentów
stosujących
leki
przeciwpadaczkowe**

Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków zadecydowała, że ulotki leków przeciwpadaczkowych powinny zostać uzupełnione o ostrzeżenie o możliwości wystąpienia myśli i zachowań samobójczych związanych ze stosowaniem leków tej grupy. Firmy produkujące te leki zostały poproszone o przedstawienie oceny ryzyka i planu jego zmniejszenia, w tym opracowania przewodnika dla pacjentów stosujących leki przeciwpadaczkowe. Przewodnik będzie rozdawany pacjentom, ich rodzinom i opiekunom przy wydawaniu leków. Pacjentów przyjmujących leki przeciwpadaczkowe należy wnikliwie obserwować, zwracając uwagę na objawy nagłego pojawienia się lub pogorszenia się depresji, myśli i zachowań samobójczych lub zmian nastroju czy odmiennego zachowania.

Na podstawie:
Reactions z 10 stycznia 2009, No 1234, 2

**Pioglitazon
– uaktualnienie
informacji
o leku
w Kanadzie**

Władze kanadyjskie zaleciły uaktualnienie informacji o leku Actos (pioglitazon) w odniesieniu do danych dotyczących powikłań krążeniowych. Obecnie w informacji znajduje się ostrzeżenie, że preparatu Actos nie wolno stosować u pacjentów z niewydolnością serca (bez względu na stopień zaawansowania) oraz że pioglitazonu nie należy podawać łącznie z metforminą i pochodnymi sulfonylomocznika. Pacjent z objawami niewydolności serca, szybką utratą masy ciała, potami, osłabieniem lub skróceniem oddechu powinien niezwłocznie poinformować o tym lekarza sprawującego nad nim opiekę.

Gazeta
Lekarska

Na podstawie:
Reactions z 10 stycznia 2009, No 1234, 3

**Stosowanie
leków
w ciąży**

Jak wynika z danych z 2004 r., zgromadzonych we włoskiej bazie (Regione Emilia-Romagna), dużo kobiet zażywa w czasie ciąży leki dostępne z przepisu lekarza, w tym leki, których nie wolno lub bezwzględnie nie wolno stosować w ciąży (kategoria bezpieczeństwa stosowania w ciąży D oraz X). Przeprowadzono badanie retrospektywne, w którym wzięto pod uwagę dane z roku 2004 o kobietach, rodzących w tym czasie dzieci w szpitalach tego rejonu. Spośród 33 343 rodzących kobiet 70 proc. leczonych było w czasie ciąży co najmniej 1 lekiem dostępnym z przepisu lekarza, a 48 proc. z nich stosowało co najmniej 1 lek oprócz witamin i składników mineralnych. Pięćset osiem kobiet (2 proc.) otrzymało lek kategorii D, a 292 kategorii X. Siedem procent, czyli 2207 kobiet stosowało lek, którego bezpieczeństwo stosowania w ciąży nie określono (brak klasyfikacji).

Na podstawie:
Reactions z 17 stycznia 2009, No 1235, 3.

**Leki
neuroleptyczne
– zwiększone
ryzyko
zgonów u chorych
z demencją?**

Długie stosowanie leków neuroleptycznych może podwoić ryzyko przedwczesnej śmierci u pacjentów – jak wynika z badań przeprowadzonych z użyciem placebo, opublikowanych w brytyjskim czasopiśmie The Lancet Neurology. Obserwacją objęto 165 osób z chorobą Alzheimera, przebywających w domu opieki. Pacjenci stosowali w przeszłości neuroleptyki, nadal je zażywali lub zamiast leku zaczęli otrzymywać placebo. Po dwóch latach żyło więcej chorych zażywających placebo w porównaniu do pacjentów leczonych neuroleptykami (71 proc. vs 46 proc.). Po trzech latach żyła mniej niż jedna trzecia chorych zażywających neuroleptyki, w porównaniu z ponad dwiema trzecimi chorych z grupy placebo. Badacze zwracali uwagę, że leki tej grupy można stosować przez krótki czas i tylko u niektórych pacjentów z nasiloną agresją. Należy pamiętać, że okresy agresji u dementujących pacjentów w większości przypadków mogą minąć bez leczenia. Wyniki badania wskazują na konieczność rezygnacji z długiej i niepotrzebnej terapii lekami tej grupy.

Na podstawie:
Reactions z 28 lutego 2009 No 1241

Informacje opracowała
dr Agata Maciejczyk
kierownik Wydziału Monitorowania
Niepożądanych Działań Produktów
Lecniczych

Alergia dla każdego

Marek Stankiewicz

Pobudka o szóstej, śniadanie „na jednej nodze”, warsztaty szkoleniowe od siódmej rano, zaraz potem trzy sympozja plenarne, przebogate sesje plakatowe w przerwie obiadowej, w tzw. międzyczasie bezpłatne szczepienie przeciw grypie i spotkania na kilkudziesięciu stoiskach firmowych, niesamowity ring alergologiczny z udziałem wybitnych autorytetów, spacer z oczami wysoko w górze trasą architektonicznej uczty w jednym z najbogatszych w secesję miast w Polsce, a wieczorem zabawa z legendarnym zespołem rockowym „Perfekt”.

Tak w skrócie cztery dni w Bydgoszczy upłynęły ponad tysięcznej rzeszy uczestników X Kongresu Polskiego Towarzystwa Alergologicznego (PTA), a wśród nich najwybitniejszym specjalistom w kraju.

To właśnie w Bydgoszczy przed 27 laty z inicjatywy prof. Bogdana Romańskiego powołano do życia PTA. W minionym ćwierćwieczu choroby alergiczne wysunęły się na czoło problemów Polaków, których już blisko połowa się z nimi zмага. Prawdziwym wyzwaniem staje się więc wczesna diagnoza i leczenie alergii, ciężka astma i alergia na leki. Chcemy to zmienić – zapowiada **prof. Piotr Kuna**, ustępujący prezydent PTA. Alergolodzy z całego kraju wyjątkowo tłumnie garną się do nowoczesnej wiedzy. Trudno bowiem, pracując w terenie, nadążyć za niewiarygodnym wprost postępem naukowym i nowościami farmakologicznymi – mówią zgodnie uczestnicy zjazdu. Sala plenarna ani razu nie świeciła pustkami, jak to nieraz bywa na kongresach. Ponad dwudziestoosobowy komitet organizacyjny, którym pokierował **prof. Zbigniew Bartuzi**, zadbał o każdy szczegół.

Nie zabrakło z polotem przygotowanych prezentacji i wykładów oraz ekspresji samych wykładawców. X Kongres PTA miał oblicze isticie interdyscyplinarne. Czy alergia jest chorobą jak każda inna? – zastanawiał

się **prof. Michał Kurek** ze Szczecina. O bezpieczeństwie leczenia alergii i stanie leczenia astmy mówił konsultant krajowy **prof. Jerzy Kruszewski**. Od strony praktykującego pediatry spojrzała na alergię na pokarmy **prof. Krystyna Wąsowska-Królikowska** z Łodzi. O donosowych próbach prowokacyjnych w diagnostyce alergii dowiedzieliśmy się z wykładu **prof. Bolesława Samolińskiego** z Warszawy. Czerwone oko w praktyce alergologicznej – to przesłanie sympozjum okulistycznego, które poprowadzili **prof. Marek Prost** i **dr Ewa Bogacka**.

Cztery sesje naukowe poświęcono specjalnie medycynie rodzinnej. Świad skóry, kaszel, katar i badania diagnostyczne w chorobach alergicznych omówiono od początku i ze szczegółami. Głos w debacie należał nie tylko do klinicystów z wielkich ośrodków. Swoimi doświadczeniami podzielił się m.in. **Łukasz Błażowski** z Jasła.

Co dalej u alergologów? Trudno nawet powiedzieć, że z funkcji szefa PTA ustępuje prof. Kuna, bo to postać zasłużona i ogólnie lubiana. To nasz profesor, mistrz i kumpel – powiedzieli nam ci, których zapytaliśmy o kandydatury na następne lata. Na szczęście PTA tkwi mocno w swoich posadach i w najbliższych czasie pokieruje nim **prof. Barbara Rogala** z Kliniki i Katedry Chorób Wewnętrznych, Alergologii i Immunologii Klinicznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Prezydentem-elektem na

dalsze lata wybrano **prof. Bolesława Samolińskiego** z Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii Warszawskiego UM.

Nowoczesną i bardzo atrakcyjną formą przekazu wiedzy lekarskiej jest ring alergologiczny, na wskroś atrakcyjny i pożyteczny. Naprzeciw siebie, a właściwie naprzeciw swoim głębokim zapatrywaniom i poglądom, w ringu stają wybitni naukowcy, przyodziani na chwilę w rękawice bokserskie. Bynajmniej nie po to, by polować na swoje szczęki, lecz by w ostrym i ciekawym sporze naukowym przekazać licznie zgromadzonej publiczności maksimum wiedzy o zjawiskach, które rodzą maksimum ich wątpliwości. Zabawa jest naprawdę przednia, bo w ringu stają znani profesorowie, którzy mają walczyć o swoją reputację. Nie co dzień mamy więc okazję oglądać naszych mistrzów w takiej właśnie odsłonie. Na

foto: Marek Stankiewicz



W alergologicznym ringu profesorowie: Andrzej M. Fal, Krzysztof Buczyłko i arbiter Michał Kurek.

ogół wiemy, że walka o swoją reputację to coś całkiem dla nich abstrakcyjnego. Nad faulami w ringu, ciosami poniżej pasa i „puszczeniem oka” do sędziów punktowych i publiki czuwa, a jakże – inny znany profesor, który upomina i przypomina o zasadach pojedynku „na niby”. Tu się jednak zaczyna kłopot, bo duma profesorska po prostu nie pozwala niekiedy przywołać się do porządku. Zdarzyło się nawet, że obrażony na roz-

jemcę jeden z profesorów, nieustannie przez niego upominany, rzucił rękawicę i opuścił ring. Na szczęście, choć niektórym puściły nerwy i nie wszyscy wykazali się jednakowym brakiem poczucia humoru, walkę doprowadzono do końca, a każdy z „bokserów” uznał sam siebie za zwycięzcę. Zwyciężyła jak zwykle sofistyka i tradycyjny nawyk wykładania. Przypomnę tylko, że argumenty „pro-contra” dotyczyły problemu alergii na pokarmy, a emocjonujący pojedynek stoczyli **prof. Krzysztof Buczyłko** z Łodzi i **prof. Andrzej M. Fal** z Wrocławia. Fantastycznym, stanowczym, ale i dowcipnym sędzią ringowym okazał się prof. Michał Kurek z Zakładu Alergologii Klinicznej PAM w Szczecinie. Konia z rzędem tym przyszłym bokserom, którzy zechcą „prać się” w takiej intencji. W nieco mniej emocjonującym stylu zmierzyli się profesorowie **Zenon Siergiejko** i **Henryk Mazurek** na temat bezpieczeństwa beta-2 mimetyków.

Polscy lekarze w Tarnopolu

Tadeusz M. Zielonka

Już po raz szósty spotkali się polscy i ukraińscy pneumonolodzy na konferencji naukowej poświęconej postępom w diagnostyce i leczeniu chorób płuc. Tym razem w Tarnopolu, mieście założonym w 1540 r. przez Jana Tarnowskiego.

foto. Joanna Domagała-Kulawik

Konferencja odbyła się w ramach realizowanego od kilku już lat przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie wspólnie z Polskim Towarzystwem Chorób Płuc programu współpracy medycznej z Ukrainą. Użył on finansowe wsparcie ze strony Ministerstwa Spraw Zagranicznych RP w ramach programu Polska Pomoc. Umożliwiło to przybycie na Ukrainę kilkunastu wykładowców reprezentujących wiodące ośrodki pneumonologiczne z całego kraju, począwszy od Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Wojskowego Instytutu Medycznego, Centrum Zdrowia Dziecka i Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN z Warszawy, poprzez Śląski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Medyczny w Gdańsku i Akademię Medyczną we Wrocławiu.

W konferencji uczestniczyło blisko 200 lekarzy z Zachodniej Ukrainy, z Kijowa, Doniecka, Ługańska, Połtawy, Dniepropietrowska i Krymu. Program był niezwykle bogaty. Zgłoszono blisko 80 doniesień, w tym 18 z Polski i 4 z Białorusi. Gościem honorowym był urodzony w Czerniowcach, od wielu lat pracujący w Stanach Zjednoczonych prof. O. Appenzeller, wybitny znawca problematyki hipoksji. Podczas siedmiu sesji wygłoszono wykłady dotyczące astmy, POChP, nikotynizmu, gruźlicy,

grypy, pneumonii, sarkoidozy, chorób śródmiąższowych płuc, badań czynnościowych układu oddechowego oraz hipoksji. Wykładom towarzyszyła bardzo ożywiona dyskusja i wymiana doświadczeń. Z uznaniem trzeba podkreślić coraz wyższy poziom doniesień kolegów z Ukrainy.

Ważnym wydarzeniem była promocja książki „*Badania czynnościowe układu oddechowego*” pod redakcją prof. J. Kowalskiego, doc. L. Radwana i nieżyjącego już prof. A. Kozirowskiego, która została przetłumaczona na język rosyjski i wydana dzięki wsparciu MSZ.

Trzeba podkreślić świetną organizację konferencji, którą przygotowali przede wszystkim prof. L. Hryszczuk, prof. I. Gospodarski z Tarnopola i prof. T. Se-rebrowska z Kijowa.

Goście z Polski spotkali się z Rektorem Uniwersytetu Medycznego w Tarnopolu, który przedstawił dokonania tej uczelni służące poprawie poziomu nauczania. Z wielkim uznaniem spotkała się prezentacja systemu informatycznego uczelni, w ramach którego na stronie internetowej Uniwersytetu dostępne są wszystkie wykłady wzbogacone o prezentacje audiowizualne. Egzaminu odbywają się wyłącznie *on-line* w formie testowej.

Każdy student posiada swój login umożliwiający mu korzystanie z zasobów internetowych uczelni.

Gospodarze pokazali delegatom z Polski słynną z Trylogii Sienkiewiczowskiej twierdzę Zbaraż, w której bronił się Wiśniowiecki i Skrzetuski przed Kozakami dowodzonymi przez hetmana Chmielnickiego. W drodze powrotnej uczestnicy przejechali przez malowniczy Wołyń, gdzie na polach wciąż można dostrzec sielskie obrazki. Pragnąc uczcić 200 rocznicę uro-



Zajęcia z anatomii na uniwersytecie w Tarnopolu

dzin Juliusza Słowackiego polscy lekarze zwiedzili w Krzemieńcu rodzinny dom wielkiego poety. Pięknie odnowiony dworek położony niedaleko jezuickiego Gimnazjum Krzemienieckiego, w którym wykładał ojciec poety, stanowi obowiązkowy punkt programu wszystkich Polaków przybyłych w te strony.

Konferencja w Tarnopolu była tylko jedną z form współpracy polsko-ukraińskiej. W lipcu grupa studentów ukraińskich uczestniczyła w obozach naukowych polskich studentów w Starogardzie Gdańskim i Rabce. W Centrum Zdrowia Dziecka oraz w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie przebywali na kilkutygodniowych stażach naukowych młodzi lekarze ukraińscy, a do Kijowa pojechał pierwszy polski stażysta. Do końca roku przewidziany jest pobyt 10 lekarzy w wiodących polskich ośrodkach pneumonologicznych. Rozpoczęła się również realizacja wspólnych projektów medycznych na rzecz lokalnych społeczności na Ukrainie pomiędzy Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc a Uniwersytetem Medycznym w Doniecku oraz pomiędzy Śląskim Uniwersytetem Medycznym a Uniwersyte-tem Medycznym w Tarnopolu. W przyszłym roku podczas zjazdu Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc w Mikołajkach odbędzie się w dn. 3-5 września 2010 VII polsko-ukraińska konferencja naukowa.



foto. Marek Staniewicz

Prezydium NRL - 9 X 2009

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektów zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie **określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna.**

Prezydium zgłosiło uwagę, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej bardzo często nie otrzymuje zarówno od pacjenta, jak i od lekarza specjalisty informacji o skorzystaniu przez pacjenta z porady specjalistycznej. Ponadto istotne zastrzeżenia Prezydium budzi zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Ograniczanie pacjentowi możliwości skorzystania z porady recepturowej w sytuacji, kiedy może dojść do np. złej tolerancji zaordynowanego leku, zagubienia recepty itp. jest niezrozumiałe.

REKLAMA

informuje

Delegowano:

- **Annę Lellę i Marka Szewczyńskiego** na posiedzenie ogólne **Rady Europejskich Lekarzy Dentystów** (Council of European Dentists), 20.11.br. w Brukseli.
- **Konstantego Radziwiła** na **Europejskie Forum Polityki Zdrowotnej** (European Health Policy Forum), 16.10.br. w Brukseli.
- **Zdzisławę Annusewicza**, na **Kongres „Prague Dental Days”** i na warsztaty przygotowane przez Czeską Izbę Dentystyczną „*Tooth Whitening solely in the Dentist's Surgery – yes or no?*”, w dn. 23-24.10.br. w Pradze.
- **Annę Lellę i Kazimierza Bryndala** na **Zjazd Niemieckich Lekarzy Dentystów** (Deutscher Zahnärztag), w dn. 5-6.11. br. w Monachium.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w posiedzeniu Rady Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych w Częstochowie.
- Udział w warsztatach „W kierunku harmonizacji systemów ustawicznego doskonalenia zawodowego lekarzy w Europie” w ramach wielodyscyplinarnego kongresu onkologicznego w Berlinie.
- Udział w konferencji naukowej Polskiego Towarzystwa Bioetycznego „Konflikty między opinią lekarza i wolą pacjenta – czy są nam potrzebne szpitalne komisje etyczne?” w Krakowie.

- Udział w konferencji „Prawa pacjenta i prawa personelu medycznego” zorganizowanej przez Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego.
- Udział w warsztatach „Jak pracować z trudnym pacjentem – wstęp do umiejętności komunikacyjnych” zorganizowanych przez NIL.
- Udział w konferencji „Zawód lekarza i lekarza dentysty w świetle prawa” zorganizowanej przez Wolters Kluwer.
- Udział w uroczystej gali z okazji 200-lecia nauczania medycyny w Warszawie.
- Udział w konferencji „HCV – cicha epidemia” zorganizowanej przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.
- Udział w Forum Polityki Zdrowotnej UE zorganizowanym przez Dyрекję Generalną Zdrowia i Ochrony Konsumentów w Brukseli.
- Udział w posiedzeniu Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL w Katowicach.
- Udział w roboczym spotkaniu nt. projektu poradnika terapeutycznego mającego towarzyszyć e-receptce w NIL.

Tomasz Korkosz

tel. 022-559-13-27

0602-218-710

faks 022-559-13-26

e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

REKLAMA



Dom rodzinny Juliusza Słowackiego

Polskiej Grupy Roboczej ds. Fenylketonurii w sprawie zapobiegania zespołowi fenylketonurii matczynej

Do wszystkich Lekarzy Rodzinnych, Ginekologów-Położników i Pediatrów!

Wdrożenie w Polsce badań przesiewowych noworodków w kierunku fenylketonurii (PKU) dało szansę wszystkim chorym na normalne życie w społeczeństwie. Obraz PKU nieleczonej, która kojarzy się wyłącznie z upośledzeniem rozwoju umysłowego i padaczką, został skutecznie odesłany do annałów historii medycyny. Dzięki postępowi wiedzy medycznej dzisiaj z pewnością wiemy, że taką szansę mają także dzieci kobiet chorych na fenylketonurię. Dajmy szansę potomstwu około 1000 kobiet z PKU, aby zespół fenylketonurii matczynej również przeszedł do historii.

Fenylketonuria jest wrodzonym, dziedzicznym autosomalnie recesywnie, defektem aktywności enzymu hydroksylazy fenylalaninowej (PAH), który powoduje zaburzenie przemiany fenylalaniny do tyrozyny. Choroba nie leczona lub leczona niewystarczająco prowadzi do upośledzenia umysłowego o różnym stopniu nasilenia, padaczki, małowłowa, zjawiska rozcięcia barwnika, nasilonych wysypek oraz mysiego zapachu potu i moczu.

Obecnie rozpoznanie fenylketonurii nie oznacza upośledzenia umysłowego, bowiem wczesne wdrożenie leczenia dietetycznego pozwala zapobiec najcięższym objawom choroby. Wprowadzenie w Polsce w 1985 r. powszechnych badań przesiewowych noworodków w kierunku PKU (pierwsze badania pilotażowe w Polsce podjęto w 1964 r.) umożliwiło wczesne i efektywne leczenie oraz zmieniło całkowicie obraz kliniczny choroby – pozwoliło zapobiec upośledzeniu umysłowemu pacjentów. Osoby z PKU sprawnie funkcjonują w społeczeństwie, uczą się, studiują, pracują zawodowo, zakładają rodziny. Pojawiły się natomiast nowe problemy, związane z długością okresu stosowania dość uciążliwej diety oraz **zespołem fenylketonurii matczynej**.

Pierwsze doniesienia o zespole fenylketonurii matczynej pojawiły się w 1956 r. Były to obserwacje amerykańskiego pediatry Denta. W 1967 r. ukazało się doniesienie Stevensona i Huntleya o „*Wrodzonych nieprawidłowościach u potomstwa matek z fenylketonurią*”. W 1973 r.

Peny w pracy „*Nierozpoznana fenylketonuria w wieku dorosłym – wskazówki dla położników i psychiatrów*” jednoznacznie wykazał korelację pomiędzy stopniem upośledzenia umysłowego dzieci, a wysokimi stężeniami fenylalaniny we krwi matek.

Płód chorej na fenylketonurię ale nie leczonej kobiety, w czasie trwania ciąży narażony jest przewlekłe na wysokie stężenia fenylalaniny (phe). W przebiegu ciąży łożysko selektywnie gromadzi wyższe stężenia aminokwasów, w tym fenylalaniny, co powoduje, że po stronie płodu koncentruje się 1,5-2 razy więcej fenylalaniny niż we krwi kobiety ciężarnej (kobieta – 10 mg/dl, a płód – 15-20 mg/dl). Na skutek przewlekłego oddziaływania wysokich stężeń fenylalaniny na płód, szczególnie w krytycznym okresie embriogenezy, dochodzi do poważnych uszkodzeń. U noworodka stwierdza się zespół wad wrodzonych, który jest wynikiem braku leczenia lub niedostatecznego leczenia choroby podstawowej u matki – tzw. zespół fenylketonurii matczynej. Na zespół ten składają się: zaburzenia wzrastania wewnątrzłonowego, małowłowie, zaburzenia rozwojowe twarzoczaszki, wady wrodzone serca, przewodu pokarmowego, cewy nerwowej. U kobiet z HPA/PKU znacznie częściej występują samoistne poronienia.

W przeprowadzonym w latach 1984-1996 wieloośrodkowym badaniu International Collaborative Study of Maternal Phenylketonuria zbadano 572 noworodki kobiet chorych na PKU stwierdzając jednoznacznie, że 73%

dzieci kobiet z wysokimi stężeniami phe w krytycznych okresach ciąży rodzi się z małowłowie, 92% dotkniętych jest upośledzeniem umysłowym, wrodzone wady serca występują w 12% a u 40% – wewnątrzmaciczne zaburzenia wzrastania (Rouse i wsp. 1997).

Ta sama grupa ekspertów doszła do wniosku, że kobiety z PKU w okresie prekonceptyjnym i przez całą ciążę powinny stosować ścisłą dietę, aby utrzymać stężenie phe w surowicy krwi <6mg/dl. Podniesiono również problem identyfikacji wszystkich kobiet z PKU, które w dzieciństwie były leczone i odstąpiły od diety niskofenylalaninowej (Levy, Buehler, Bartley, 1994). Zwracano także uwagę na możliwość identyfikacji kobiet z łagodną hiperfenylalaninemią (HPA), którym nie wykonywano nigdy noworodkowych badań przesiewowych, a urodziły one dzieci z objawami embriopatii fenylalaninowej – zespołem fenylketonurii matczynej.

Wyżej wymienione problemy obserwowane są również w Polsce. Kobiety w wieku rozrodczym niechętnie kontynuują leczenie dietetyczne, często „zapominają o chorobie”. Jest także dość liczna grupa kobiet, które nie wiedzą, że są chore, gdyż urodziły się w okresie przed wprowadzeniem obowiązkowych badań przesiewowych noworodków.

Celem zmniejszenia częstości występowania zespołu fenylketonurii matczynej Polska Grupa Robocza Fenylketonurii w 2008 r. podjęła próbę identyfikacji wszystkich kobiet z HPA/PKU w wieku rozrodczym. Projektem objęto około 900 kobiet w wieku 16-37 lat. W grupie tej znalazły się: 363 kobiety, które pozostają pod stałą lub okresową opieką metaboliczną swoich macierzystych ośrodków oraz 221 kobiet z HPA/PKU zgodnie z danymi dokumentacji archiwalnych, które zaniechały kontaktów z poradniami. Natomiast na około 300 szacowana jest potencjalna (w oparciu o dane statystyczne GUS) liczba kobiet w wieku prokreacyjnym, urodzonych przed wprowadzeniem przesiewowych badań noworodkowych, z nierozpoznaną HPA/PKU.

Do 584 kobiet wysłaliśmy listy zawierające materiały edukacyjne, dotyczące problematyki zespołu matczynej PKU, oraz pamiętnik jednej z matek opisujący przygotowania do ciąży oraz szczęśliwe urodzenie zdrowego dziecka. W wyniku podjętej akcji do diety leczniczej powróciło 27 kobiet (4,6%); potwierdzenie dalszego kontaktu z ośrodkami, zajmującymi się leczeniem PKU, przysłały 32 kobiety; natomiast 162 (32%) listy pozostały bez odpowiedzi, w 27 przypadkach korespondencja została zwrócona z dopiskiem „adresat nieznan”. Zda-

rzały się także pojedyncze zgłoszenia do poradni kobiet chorych na PKU już w zaawansowanej ciąży, które pomimo otrzymania wyżej wymienionej korespondencji, nie uznały za stosowne na nią odpowiedzieć.

Około 300 kobiet w wieku powyżej 25 lat nadal pozostaje bez rozpoznania. U kobiet tych odsetek przedwczesnych samoistnych poronień jest wyższy, a z powodu urodzenia dziecka z małowłowie, wadą wrodzoną serca, atrezią przełyku lub odbytu, korzystały one z pomocy specjalistów: ginekologów, chirurgów, kardiologów, genetyków i lekarzy rodzinnych. Niejednokrotnie po wielu latach rozpoznaje się u nich łagodne postacie HPA/PKU, które nie powodują znaczącego upośledzenia umysłowego, natomiast prowadzą do powstania zespołu fenylketonurii matczynej u ich potomstwa.

Wyniki przeprowadzonej akcji wskazują na konieczność oznaczania stężenia fenylalaniny we krwi kobiet ciężarnych z obciążonym wywiadem położniczym, który obejmuje:

- samoistne poronienia;
- urodzenie dziecka z
 - zaburzeniem wzrastania płodu (hipotrofią),
 - małowłowie,
 - upośledzeniem rozwoju umysłowego,
 - wrodzoną wadą serca,
 - wrodzoną wadą przewodu pokarmowego (atrezie).

Lekarze Poradni Metabolicznych wysyłają lekarzom rodzinnym i pediatrom informację o istocie choroby pacjenta z HPA/PKU i o zagrożeniach jakie one ze sobą niosą. Stąd nasz apel o zapoznanie się z informacjami, jak również o wspieranie dziewcząt i kobiet chorych na fenylketonurię, oraz o współpracę z Poradniami Metabolicznymi w celu zapobieżenia występowaniu zespołu fenylketonurii matczynej.

Zwracamy się z apelem do ginekologów-położników o zbieranie szczegółowego wywiadu, dotyczącego chorób wrodzonych i przewlekłych, powikłań i niepowodzeń ciążowych, o baczniejsze przyglądnięcie się historii ciąż kobiet urodzonych przed 1985 r. Dzięki takiej współpracy można będzie skutecznie zapobiegać zespołowi fenylketonurii matczynej u dzieci kobiet z HPA/PKU.

W imieniu wszystkich członków PGRF

dr Bożena Didycz
prof. dr hab. n. med. Andrzej Milanowski

Czy są nam potrzebne?

26 września w Collegium Novum Uniwersytetu Jagiellońskiego odbyła się konferencja **Konflikty między opinią lekarza i wolą pacjenta – czy są nam potrzebne szpitalne komisje etyczne?** Spotkanie zorganizował przewodniczący Polskiego Towarzystwa Bioetycznego **prof. Włodzimierz Galewicz**.

Podczas konferencji przedstawiono argumenty za powołaniem szpitalnych komisji etycznych, które w wielu krajach są składnikiem systemu opieki zdrowotnej, mówiono także o zagrożeniach związanych z ich działalnością, o trudnościach w komunikowaniu się lekarza z pacjentem i o konfliktach etycznych u kresu życia w relacji lekarz-pacjent.

W spotkaniu poza czołowymi polskimi bioetykami uczestniczyła Barbara Kozłowska, dyrektor biura praw pacjenta w Ministerstwie Zdrowia, a także prezes NRL Konstanty Radziwiłł, doc. Romuald Krajewski, prof. Piotr Zaborowski i dr Rafał Wnuk. Uczestnicy konferencji mogli także zapoznać się z opinią kolegi Przemysława Łaniewskiego-Wółka, przewodniczącego Komitetu Doradczego Etyki Klinicznej przy Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie – jednej z nielicznych już działających szpitalnych komisji etycznych.

W popołudniowej części spotkania odbyło się Walne Zgromadzenie członków Polskiego Towarzystwa Bioetycznego, którzy wraz z innymi uczestnikami obrad przyjęli oświadczenie w sprawie szpitalnych komisji etycznych (tekst obok). Ośrodek Bioetyki NRL włączy się w działania mające na celu ułatwienie tworzenia szpitalnych komisji etycznych. Osoby zainteresowane treścią referatów i dalszymi losami pomysłu zachęcam do odwiedzenia stron internetowych PTB: **www.ptb.org.pl** oraz do wzięcia udziału w internetowym forum dyskusyjnym Diametros.

Marek Czarkowski
przewodniczący
Ośrodka Bioetyki NRL

Oświadczenie Polskiego Towarzystwa Bioetycznego w sprawie szpitalnych komisji etycznych

Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Bioetycznego oświadcza, że dostrzega pilną potrzebę rozpoczęcia szerokiej, wieloetapowej dyskusji na temat powoływania szpitalnych komisji etycznych w polskim systemie opieki zdrowotnej. Polskie Towarzystwo Bioetyczne pragnie zainicjować taką publiczną debatę. Apelujemy więc do wszystkich zainteresowanych osób, organizacji i instytucji, aby włączyły się do tej dyskusji.

Uzasadnienie

Przez szpitalne komisje etyczne (w Stanach Zjednoczonych określane jako *hospital ethics committees*, w Wielkiej Brytanii jako *clinical ethics committees*, w obszarze niemieckojęzycznym jako *Klinische Ethik-kommittees*) rozumie się istniejące już w wielu krajach grupy osób działające przy szpitalach i innych zakładach opieki zdrowotnej (np. hospicjach), które mają udzielać pracownikom tych instytucji, jak również korzystającym z ich świadczeń pacjentom lub członkom ich rodzin, intelektualnej pomocy w podejmowaniu trudnych decyzji etycznych, zwłaszcza w obliczu śmiertelnej lub ciężkiej choroby. Szpitalne komisje etyczne (dalej oznaczane skrótem SKE) składają się przeciętnie z kilkunastu osób, spotykających się ze sobą regularnie (np. raz na miesiąc), a także okazjonalnie, w celu omówienia bieżących problemów. Osoby te pochodzą zazwyczaj z różnych grup zawodowych, zarówno medycznych, jak i pozamedycznych (np. psycholog, pracownik socjalny, szpitalny kapelan, prawnik, filozof specjalizujący się w etyce medycznej, przedstawiciele pacjentów).

Nadrzędna misja SKE – bezpośrednia lub pośrednia pomoc w podejmowaniu trudnych decyzji etycznych – obejmuje zwykle trzy formy działania: edukacyjną, regulacyjną i konsultacyjną. Do ich ogólnych zadań należy zatem:

1. Prowadzenie lub organizowanie szkoleń w zakresie etyki klinicznej, które mają umożliwić pracownikom danej instytucji, a w pierwszej kolejności członkom samej komisji, podnoszenie ich kwalifikacji etycznych – zdolności dostrzegania różnych argumentów, przemawiających za takim lub innym sposobem rozwiązania danej aporii etycznej, a także umiejętności rozumnego ważenia tych racji.
2. Udział w formułowaniu ogólnych wytycznych, zalecających określony sposób rozwiązywania pewnych typowych problemów etycznych, przed którymi często stają pracownicy danej instytucji medycznej.
3. Udzielanie „porad” czy też wydawanie opinii etycznych w indywidualnych sytuacjach, zwłaszcza w wypadku niezgodności postaw różnych uczestniczących w nich stron, np. w razie konfliktu między życzeniem rodziny pacjenta i stanowiskiem lekarza. Ta ostatnia, konsultacyjna funkcja SKE jest dla nich najbardziej charakterystyczna, a w jej obrębie bywają nieraz wyróżniane znowu trzy bardziej szczegółowe zadania:
 - a. *klaryfikacja* – SKE wprowadzają większą jasność do złożonych sytuacji etycznych w praktyce klinicznej, wydobywając i wyrażając wszystkie etyczne racje, przemawiające za taką lub inną decyzją kliniczną,
 - b. *mediacja* – SKE pomagają rozwiązywać konflikty między różnymi stronami w praktyce klinicznej, np. między lekarzem i rodziną pacjenta, zwracając uwagę każdej ze stron na racje drugiej strony i próbując doprowadzić do uzgodnienia stanowisk,
 - c. *rekommendacja* – przynajmniej w niektórych wypadkach SKE mogą zalecać lub doradzać którejsz ze stron w konflikcie klinicznym określoną decyzję dotyczącą pacjenta, zwłaszcza gdy są przez tę stronę proszone o radę.

Prawidłowa działalność SKE w zakresie wszystkich wymienionych zadań może niewątpliwie przyczyniać się do istotnej poprawy jakości opieki zdrowotnej: podnosić stopień racjonalności ważkich klinicznych rozstrzygnięć, które oprócz aspektu medycznego mają też wymiar etyczny. Ten trudny do zlekceważenia społeczny pożytek, dostrzegany już i doceniany w wielu innych krajach, SKE mogłyby przynosić również u nas, w Polsce. Z drugiej jednak strony prawidłowe i pożyteczne funkcjonowanie SKE zależy od spełnienia rozmaitych warunków, które w poszczególnych krajach mogą być zróżnicowane. W tej sytuacji rzeczą celową wydaje się podjęcie dyskusji, której przedmiotem byłby właściwy charakter – kształt, skład, tryb powoływania i sposób działania – szpitalnych komisji etycznych w polskim systemie opieki zdrowotnej. Polskie Towarzystwo Bioetyczne pragnie zainicjować taką publiczną debatę.

Walne Zgromadzenie PTB, Włodzimierz Galewicz, prezes PTB

Komunikat dla mediów w sprawie doniesienia OZZL do Rzecznika Praw Pacjenta o łamaniu praw pacjenta przez NFZ i Rząd RP

Zarząd Krajowy OZZL informuje, że złożył w dniu dzisiejszym doniesienie do Rzecznika Praw Pacjenta o łamaniu praw pacjenta przez NFZ i Rząd RP.

W ocenie OZZL w Polsce **łamane jest na skalę masową najważniejsze prawo chorego, jakim jest prawo do uzyskania właściwego leczenia we właściwym czasie**. Nie ulega bowiem wątpliwości, że leczenie uzyskane zbyt późno nie jest „*świadczeniem zdrowotnym odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej*” (art. 6.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Główną przyczyną łamania tego prawa jest limitowanie świadczeń zdrowotnych przez NFZ, powodujące, że część chorych nigdy potrzebnej pomocy nie otrzyma, a część będzie cierpieć, czekając na leczenie lub ich stan zdrowia istotnie się pogorszy. Głównym winowajcą tego stanu rzeczy jest Rząd, a w dalszej kolejności Narodowy Fundusz Zdrowia, realizujący w praktyce decyzje rządzących dotyczące ochrony zdrowia. To od Rządu zależy bowiem ilość pieniędzy publicznych przeznaczanych na świadczenia zdrowotne i zakres świadczeń „gwarantowanych”, jakie za te pieniądze trzeba sfinansować. Istniejąca głęboka i stale powiększająca się nierównowaga w tym zakresie powoduje, że Narodowy Fundusz Zdrowia pozwala zakładom opieki zdrowotnej wykonać dużo mniej świadczeń zdrowotnych niż jest to potrzebne i niż zakłady te mogłyby wykonać. **W ten sposób dostęp Polaków do „świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej” jest aktywnie ograniczany.**

W ostatnim czasie problem ten zaostrzył się jeszcze bardziej. Bezpośrednią tego przyczyną jest to, że Narodowy Fundusz Zdrowia zaczął wliczać – inaczej niż w ostatnich kilku latach świadczenia udzielane w stanach nagłego zagrożenia życia do przyznanego szpitalom limitu rocznego. (Informacja o tym znajduje się w specjalnym *Komunikacie dla świadczeniodawców*, z dnia 4 września br. opublikowanym m. innymi na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich NFZ). Przez to kolejki oczekujących na leczenie planowe wydłużyło się jeszcze bardziej, a wiele szpitali ograniczyło swoją działalność do leczenia stanów nagłych, nie chcąc narażać się na dodatkowe straty. Służba zdrowia niemal przeszła na sposób funkcjonowania typowy dla stanu wojny lub kataklizmu.

W ocenie OZZL reakcja Rzecznika Praw Pacjenta na powyższy wniosek pokaże czy Rzecznik będzie – jak chcieliby tego rządzący – jedynie wentylem bezpieczeństwa dla frustracji chorych i alibi dla rządu nie podejmującego rzeczywistych działań naprawczych w ochronie zdrowia, czy niezależnym i faktycznym rzecznikiem interesów polskich pacjentów.

Zarząd Krajowy OZZL
Krzysztof Bukiel, przewodniczący Zarządu

Bydgoszcz, dnia 9 października 2009r.

Oświadczenie Zarządu Krajowego OZZL w sprawie ogólnopolskiego strajku w służbie zdrowia

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy informuje, że od paru miesięcy trwa w Polsce i stopniowo się zaostrza ogólnopolski „strajk” placówek ochrony zdrowia finansowanych ze środków publicznych w tym zwłaszcza szpitali. Polega on na ograniczeniu funkcjonowania zakładów w ten sposób, że wykonywane są głównie lub wyłącznie świadczenia ze wskazań nagłych (tryb pracy – „ostro dyżurowy”).

Nie jest nam znana dokładnie liczba placówek biorących udział w tej akcji, ale zwiększa się ona stale i są to zakłady z wszystkich regionów kraju. „Strajk” przypomina nieco akcję protestacyjną prowadzoną przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy w roku 2007, ale są też istotne różnice. Obecny „strajk” jest bardziej dotkliwy i bezwzględny dla pacjentów. Strajk organizowany przez OZZL trwał bowiem – w poszczególnych szpitalach – stosunkowo krótko, a świadczenia, które nie zostały wykonane w czasie strajku były nadrobione w późniejszym okresie. W wielu przypadkach strajk OZZL polegał wyłącznie na niewypełnianiu dokumentów finansowych do NFZ, a pacjenci byli leczeni normalnie.

Organizatorzy obecnego „strajku” nie przewidują odrobienia zaległości, a więc pacjenci, których leczenie zostało odłożone z powodu obecnej akcji, muszą od nowa czekać w kolejce. Nie wykluczone, że część z nich nie doczeka się tego leczenia. Przez proste porównanie ilości wykonanych świadczeń szpitalnych w roku 2007 (gdy trwał strajk OZZL) oraz w roku obecnym, można się przekonać, że skutki obecnych działań są znacząco dotkliwsze dla chorych.

ZK OZZL wyraża zdziwienie, że władze publiczne, Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Pacjenta oraz liczne autorytety moralne zachowują zupełne milczenie wobec obecnego „strajku” i jego skutków, a prokuratura nie prowadzi dochodzenia czy akcja ta jest legalna. Jedynie media informują codziennie o kolejnych szpitalach ograniczających leczenie chorych.

Czy przyczyną tego milczenia jest fakt, że obecny „strajk” jest organizowany przez NFZ, który wykonując zalecenia rządzących przestał płacić za świadczenia zdrowotne, przekraczające limity określone przez Fundusz?

Zarząd Krajowy OZZL
Krzysztof Bukiel, przewodniczący Zarządu

Bydgoszcz, dnia 22 października 2009 r.

Do wiadomości: Minister Zdrowia, Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Pacjenta, Media.

Poufność medyczna prawo pacjenta i obowiązki lekarza



Tajemnica to nauka sztuki milczenia. Zachowanie tajemnicy w trakcie procesu leczniczego jest jednym z podstawowych obowiązków lekarza skorelowanym z prawem pacjenta do poufności. Obowiązek ten nie jest jednak bezwzględnie obowiązujący. Oznacza to, że w ściśle określonych przypadkach lekarz ma prawo, a nawet obowiązek uchylić tajemnicę lekarską.

Do kwestii zachowania tajemnicy lekarskiej odnosi się m.in. ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 roku – tj. Dz. U. 2008 r., nr 136, poz. 857 (dalej UoZL), Kodeks Etyki Lekarskiej oraz ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 8 listopada 2008 r. – Dz. U. 2009 r., nr 52, poz. 417, ze zm. W myśl art. 40 UoZL *lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu*. Należy przy tym podkreślić, że obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej powstaje w przypadku łącznego spełnienia dwóch przesłanek:

- **informacje objęte tajemnicą muszą dotyczyć osoby pacjenta.** Do informacji tych należy przede wszystkim fakt, że dana osoba jest pacjentem konkretnego lekarza oraz wszelkie dane dotyczące osoby pacjenta i jego stanu zdrowia. Należy podkreślić, że obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej odnosi się do wszystkich informacji, jakie pacjent przekazał lekarzowi w trakcie procesu leczenia, a także informacji, które nie pochodzą bezpośrednio od pacjenta (np. pochodzą z dokumentacji przedstawionej przez chorego).
- **informacje muszą zostać powzięte przez lekarza w trakcie wykonywania zawodu.** Tajemnicą lekarską nie są więc objęte informacje, które dotyczą osoby pacjenta lub jego stanu zdrowia, jeśli lekarz pozyskał je nie wykonując zawodu lekarza.

Uwaga! *Obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej nie ustaje po zakończeniu procesu leczenia, a nawet po śmierci pacjenta* (art. 40 ust. 3. UoZL).

Jak już wspomniałam tajemnica lekarska nie obowiązuje w każdym przypadku i istnieją sytuacje, w których może zostać uchylona zgodnie z prawem. Odstępstwa od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej są ściśle określone i uregulowane w obowiązujących przepisach prawa. Sytuacje, w których lekarz jest zwolniony z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej zostały wskazane poniżej:

- uchylenie tajemnicy lekarskiej przewidują określone przepisy prawa, np. ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 5.12.2008 r., Dz. U. 2008 r., nr 234, poz. 1570 (dalej UoZChZ). Zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt 1 UoZChZ *lekarz (...) który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, (...), ma obowiązek, w ciągu 24 godzin od momentu rozpoznania lub powzięcia podejrzenia zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, zgłoszenia tego faktu: państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej,*
- *badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych (...)*

organów i instytucji (...) (art. 40 ust. 2, pkt 2, UoZL). Przykładowo uchylenie tajemnicy może dotyczyć wyników badań przeprowadzanych na zlecenie towarzystw ubezpieczeniowych; badań wykonywanych na „zlecenie” sądu lub prokuratury w postępowaniu karnym,

- **zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób** (art. 40 ust. 2, pkt 3, UoZL),
- *pacjent lub przedstawiciel ustawowy pacjenta wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia* (art. 40 ust. 2, pkt 4, UoZL). Decyzja pacjenta odnośnie zgody na zwolnienie lekarza z tajemnicy lekarskiej musi zostać poprzedzona informacją na temat ewentualnych – negatywnych następstw uchylenia tajemnicy. **Należy podkreślić, że zgodę pacjenta na uchylenie tajemnicy należy traktować jako zgodę dotyczącą udzielania informacji w zakresie dotyczącym stanu zdrowia, wyników leczenia i rokowania,**
- *zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń* (art. 40 ust. 2, pkt 5, UoZL). W tym przypadku mamy do czynienia z sytuacją, gdy ujawnienie faktów do-

tyczących pacjenta jest niezbędne do prawidłowego kontynuowania procesu leczenia. Osobami, którym lekarz może przekazać informacje objęte tajemnicą lekarską, są: lekarze, pielęgniarki oraz pozostały personel medyczny biorący udział w udzieleniu świadczeń zdrowotnych,

- uchylenie tajemnicy *jest niezbędne do praktycznej nauki zawodów medycznych* (art. 40 ust. 2, pkt 6, UoZL). Przykładem usprawiedliwionego uchylenia tajemnicy jest omawianie stanu zdrowia pacjenta w obecności studentów odbywających praktyki. Należy jednak zaznaczyć, że pacjent ma prawo do niewyrażenia zgody na udział studentów w trakcie przeprowadzania czynności leczniczych. Nie ma przy tym znaczenia, że pacjent jest hospitalizowany w klinice uniwersyteckiej.
- ujawnienie tajemnicy *jest niezbędne dla celów naukowych...* (art. 40 ust. 2, pkt 7, UoZL). Przykładem jest przedstawianie konkretnego „przypadku klinicznego” na zjazdach naukowych, konferencjach itp. Należy jednak zaznaczyć, że ujawnienie wizerunku pacjenta wymaga wyrażenia dodatkowej zgody przez chorego.

- zachodzi potrzeba przekazania informacji dotyczących pacjenta lekarzowi sądowemu. W takim przypadku lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem ma prawo do przekazania lekarzowi sądowemu informacji dotyczących stanu zdrowia, wdrożonego leczenia, wykonanych zabiegów (art. 40 ust. 2 pkt 8).

Uwaga! Ujawnienie tajemnicy lekarskiej z powodów wymienionych w art. 40 ust. 2 pkt 1-8 UoZL może nastąpić jedynie w niezbędnym zakresie. Oznacza to, że informacje dotyczące pacjenta nie mogą zostać ujawnione w całości, jeśli nie wymaga tego konkretna sytuacja.

Na szczególną uwagę zasługuje możliwość uchylenia tajemnicy lekarskiej w sytuacji, gdy zachowanie tajemnicy mogłoby stanowić możliwość utraty życia lub zdrowia pacjenta bądź innych osób (art. 40 ust. 2 pkt 3 UoZL).

Przykład: Lekarz diagnozuje u pacjenta AIDS lub HIV lub pozyskuje informacje, że pacjent jest zakażony albo jest nosicielem wirusa. W takiej sytuacji lekarz może uchylić tajemnicę lekarską poprzez poinformowanie osób bezpośrednio narażonych na zakażenie lub zachorowanie o tym, że pacjent jest chory lub jest nosicielem.

Należy przy tym podkreślić, że lekarz może uchylić tajemnicę lekarską w tym zakresie wyłącznie w stosunku do osób, które mają bezpośredni i bliski kontakt z chorym, przez co istnieje duże ryzyko zachorowania lub zakażenia.

Wynika stąd, że lekarz nie może przekazać informacji o tym, że pacjent jest chory na AIDS lub jest nosicielem wirusa HIV wszystkim osobom najbliższym dla pacjenta, ale tylko tym, które są bezpośrednio narażone na zarażenie (np. małżonkowi chorego).

Należy również zaznaczyć, że lekarz ma prawo udzielać informacji osobom trzecim (mającym bliski i bezpośredni kontakt z pacjentem) o tym, że pacjent jest chory na jakąkolwiek chorobę zakaźną (wymienioną w załączniku do UoZChZ), która stanowi lub może stanowić istotne i bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia tych osób.

Warto podkreślić, że w rozumieniu prawa udzielenie informacji osobom bezpośrednio narażonym na zachorowanie lub zakażenie jest nie tyle prawem, co obowiązkiem lekarza prowadzącego proces terapeutyczny. W jednym z orzeczeń Sąd Apelacyjny w Poznaniu wyraził pogląd, że lekarz ma obowiązek szczegółowego poinformowania pacjenta i członków jego najbliższej rodziny o konsekwencjach nosicielstwa wirusa choroby zakaźnej. Zaniedbanie tego obowiązku stanowi czyn niedozwolony i uzasadnia odpowiedzialność za powstałą w związku z tym szkodę (wyrok SA w Poznaniu z 9.05.2002 r., sygn. ACa 221/02).

Justyna Zajdel
Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

Materiały ukazują się przy współpracy Wydawnictwa Progress, wydawcy „Prawa w Medycynie” i medycznych atlasów multimedialnych – www.prawo.pl

Obowiązkowe a dobrowolne ubezpieczenie OC lekarzy

Z roku na rok coraz więcej pacjentów domaga się od lekarzy, przychodni i szpitali odszkodowań z tytułu błędów w sztuce medycznej.

Co więcej w ślad za roszczeniami pacjentów podążają sądy, które coraz chętniej zasądza, nierzadko wysokie, odszkodowania i zadośćuczynienia na rzecz powodów. Okoliczności te nie tylko stanowią uzasadnione powody istnienia obowiązkowego ubezpieczenia tych podmiotów, ale stawiają także liczne pytania o optymalne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej składające się z ubezpieczenia obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia, dopasowanego do specyfiki ubezpieczonego.

Obowiązek posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w przypadku lekarzy został wprowadzony wprost przez dwie ustawy: o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 2001 r. oraz o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 27 sierpnia 2004 r. Przepisy te wprowadziły ogólny obowiązek posiadania samego ubezpieczenia, natomiast szczegółowy zakres został uregulowany w rozporządzeniach wykonawczych ministra finansów: odpowiednio w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne z 23 grudnia 2004 r. oraz w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej z 28 grudnia 2007 r.

Na podstawie powyższych rozporządzeń ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne lub świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej objęta jest odpowiedzialność cywilna tych podmiotów za szkody wyrządzone poprzez ich działanie lub zaniechanie, jeżeli szkody tych wynikają ze świadczeń udzielanych w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Co do zasady uznać można, że

niezależnie od sposobu uregulowania obowiązku ubezpieczeniowego zasady oraz zakres odpowiedzialności są niemal identyczne. Różnice można natomiast zaobserwować w sumach gwarancyjnych.

Dla świadczeniodawców minimalna suma gwarancyjna wynosi 46 500 EUR na jedno zdarzenie i 275 000 EUR na wszystkie zdarzenia. Dla przyjmujących zamówienie minimalna suma gwarancyjna wynosi 46 500 EUR, bez limitu ilości zdarzeń. Niezależnie jednak od rodzaju ubezpieczenia nie obejmuje ono szkód polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia, a także wynikających z nałożonych kar umownych. Standardowo, analogicznie jak w innych obowiązkowych ubezpieczeniach, wyłączone zostały szkody powstałe wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

Przytoczony zakres w oczywisty sposób wskazuje, że ubezpieczenie obowiązkowe jedynie ogólnie zabezpiecza interesy prawne osób wykonujących zawód lekarza, szczególnie w zakresie łącznej sumy gwarancyjnej, albowiem kwota stanowiąca równowartość ok. 200 000 zł nie zabezpiecza w pełni ewentualnych roszczeń poszkodowanych pacjentów, szczególnie w sytuacji, w której uszczerbek na zdrowiu pacjenta wskutek popełnionego błędu medycznego przekracza 50%. Należy bowiem pamiętać, że z kwoty tej pokryte będą nie tylko należne odszkodowanie czy zadośćuczynienie, ale także koszty potencjalnej renty wyrównawczej, a także prawne koszty prowadzenia procesu, co także będzie miało wpływ na ograniczenie ostatecznej

kwoty wypłaconego świadczenia. Rozporządzenie z oczywistych powodów nie obejmuje też wszelkich możliwych przejawów aktywności zawodowej lekarzy, jak też i różnorodnych form zatrudnienia, co powoduje, że ubezpieczenia obowiązkowe nie zawsze idealnie są dopasowane do potrzeb ubezpieczonych. Dlatego w obiektywnym odczuciu stwierdzić należy, że lekarz powinien mieć nie tylko ubezpieczenie obowiązkowe, ale i dobrowolne, co więcej powinno ono być idealnie dopasowane do jego aktualnych i przyszłych potrzeb.

Celem zbudowania optymalnej ochrony ubezpieczeniowej dla lekarza

– w kolejnej części ABC ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej lekarza w jasny i przejrzysty sposób zaprezentuję pojęcia zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia oraz rodzaj przewodnika dla osób, które są zainteresowane samodzielnym przebrnięciem przez zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia.

Maciej Dittmayer

Autor jest radcą prawnym w Kancelarii Prawnej Dittmayer Głowacki Awedyk Sp. k., współpracującej z April Group w Polsce i świadczącej usługi dla Medbroker Sp. z o.o.

OŚRODEK DOSKONAŁENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów

na **szkolenia**

w siedzibie
Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie,
ul. Jana Sobieskiego 110

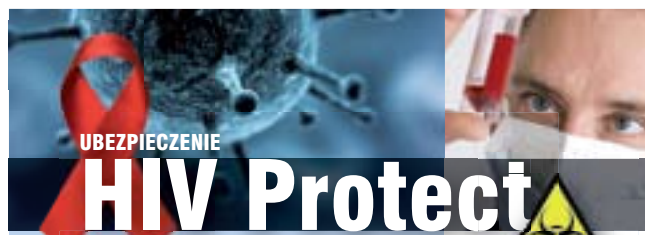
Warsztaty: **Wystąpienia publiczne**
Część I: 15 I 2010; Część II: 22 I 2010

Warsztaty: **Techniki negocjacji**
16 XII 2009; 26 II 2010

Jak pracować z trudnym pacjentem
Wstęp do umiejętności komunikacyjnych
9, 13, 16, 23, 24, 27, 30 XI 2009
1, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 21 XII 2009

- Doborowa kadra wykładowców
- Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne
- Szkolenie bezpłatne dla członków izb lekarskich

Informacje i zgłoszenia:
ODZ NIL 00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4
tel. 022-559-02-69, 022-559-02-86, faks 022-559-02-70
e-mail: odz@hipokrates.org, <http://www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/odz>



UBEZPIECZENIE
HIV Protect

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- pokrycie kosztów przeprowadzenia kuracji antyretrowirusowej w przypadku zaistnienia zdarzenia (wypadku – podejrzenie zakażenia wirusem HIV) w trakcie wykonywania obowiązków wynikających z zakresu wykonywanej pracy lub nauki oraz czynności niesienia doraźnej pomocy medycznej związanej z koniecznością ratowania życia. Suma ubezpieczenia: **3.200,00 zł brutto**
- jednorazowe odszkodowanie w przypadku zakażenia wirusem HIV, pomimo przejścia kuracji antyretrowirusowej. Suma ubezpieczenia: **100.000,00 zł**

Wyjątkowy program przygotowany przez:

MEDBROKER

Ubezpieczyciel:
Lloyd's of London

Składka za 12 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej już od 75 zł od osoby*

Szczegóły programu i zasady przystąpienia:
Medbroker Sp. z o.o.
ul. Wiatraczna 9, 04-366 Warszawa
tel. (22) 740 94 80, 824 29 43
www.medbroker.pl

* dotyczy ubezpieczenia grupowego

1938-2009

Erazm Baran

W 2009 r. przypada sześćdziesiąta rocznica powstania, a właściwie reaktywowania Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii (PTMSiK).

Działalność bowiem Towarzystwa, które powstało w 1938 r. z inicjatywy prof. Wiktora Grzywo-Dąbrowskiego (kierownika Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego) została przerwana w okresie II wojny światowej. W 1949 r., kiedy uchwalono nowy statut i dokonywano rejestracji, nawiązano do tradycji okresu międzywojennego, utrzymując nazwę Towarzystwa przyjętą przez ojców założycieli.

Okres okupacji niemieckiej zapisał w dziejach Towarzystwa tragiczną kartę. 4 VII 1941 r. na Wzgórzach Wóleckich we Lwowie zostali zamordowani przez Niemców profesorowie Uniwersytetu Lwowskiego, a wśród nich prof. Włodzimierz Sieradzki. W Katyniu zostaje zamordowany przez Rosjan doc. Tadeusz Tucholski (toksykolog z Katedry Medycyny Sądowej w Poznaniu). 6 XI 1939 r. w czasie niechlubnej i zbrodniczej akcji niemieckiej „Sonderaktion Krakau”, wraz z innymi profesorami Uniwersytetu Jagiellońskiego zostaje aresztowany prof. Leon Wachholz. Osadzony w nieludzkich warunkach (okres jesienno-zimowy) w obozie koncentracyjnym w Sachsenhausen. Zwolniony w lutym 1940 r., schorowany, z ciężkimi nie gojącymi się odmrożeniami nóg nabytymi w obozie, zmarł w 1942 r. Jego uczeń

prof. Jan Olbrycht zostaje aresztowany w 1942 r. i osadzony w obozie koncentracyjnym Auschwitz-Birkenau, a następnie w Mauthausen.

Decyzję o reaktywowaniu działalności Towarzystwa podjęto na I Konferencji Profesorów Medycyny Sądowej we Wrocławiu w 1948 r. Statut Towarzystwa został zatwierdzony 5 IX 1949 r., a 27 X 1949 r. na Walnym Zebraniu wybrano Zarząd Główny. W skład pierwszego Zarządu Głównego PTMSiK weszli profesorowie – kierownicy katedr medycyny sądowej: Wiktor Grzywo-Dąbrowski (wybrany prezesem), Stefan Horoszkiewicz (z Poznania), Sergiusz Schilling-Siengalewicz (z Wilna), Włodzimierz Sieradzki (ze Lwowa), Jan Olbrycht (z Krakowa); środowisko psychiatrów reprezentował doc. dr Witold Łuniewski (psychiatra sądowy), a przedstawicielami świata prawniczego byli: Mikołaj Halfter – sędzia Sądu Okręgowego, Stanisław Lubodziecki – prokurator Sądu Najwyższego i Włodzimierz Sokalski – sędzia Sądu Najwyższego.

Na I Walnym Zebraniu Towarzystwa prof. Leon Wachholz (emerytowany honorowy profesor Krakowskiej Katedry Medycyny Sądowej), w uznaniu wybitnych zasług dla rozwoju medycyny sądowej, został Pierwszym Członkiem Honorowym Towarzystwa. Leon Wachholz, uczeń prof. Leona Blumenstoka-Halbana, uważany jest za twórcę współczesnej polskiej szkoły medycyny sądowej o poziomie światowym.

Zgodnie z przyjętym statutem wzorowanym na statucie z 1938 r. zaczęto organizować terenowe oddziały Towarzystwa w siedzibach katedr medycyny sądowej, organizowano konferencje i zjazdy. Oficjalnym organem PTMSiK w okresie międzywojennym stało się „Czasopismo Sądowo-Lekarskie”. Powstało ono z inicjatywy prof. Grzywo-Dąbrowskiego w 1928 r., a zatem o dziesięć lat wyprzedziło powstanie Towarzystwa. W latach 1928-39 ukazało się dwanaście roczników. W 1951 r. rozpoczęto wydawanie czasopisma „*Archiwum Medycyny Sądowej, Psychiatrii*



prof. W. Grzywo-Dąbrowski, inicjator PTMSiK

Sądowej i Kryminalistyki”. Do roku 1965 wydano XVII tomów. W ciągłości wydawania nastąpiła dwuletnia przerwa. Wznowienie wydawania czasopisma nastąpiło w 1968 r. pod zmienionym tytułem: „*Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*”. Została zachowana ciągłość numeracji tomów. „*Archiwum*” ukazywało się z finansowym wsparciem Polskiej Akademii Nauk. „Zawirowania” początku lat dziewięćdziesiątych spowodowały, że finansowanie czasopisma zostało wycofane. Dlatego od I I 1993 r. do chwili obecnej „*Archiwum*” jest wydawane wyłącznie staraniem naszego towarzystwa, bez żadnego zewnętrznego wsparcia finansowego. Kryminolodzy, kryminaliści, głównie jednak medycy sądowi mieli możliwość publikowania na łamach „*Archiwum*” prac naukowych. Prowadzono również kronikę wydarzeń, sprawozdania ze zjazdów i konferencji; do 2005 r. prowadzona była bibliografia prac naukowych z medycyny sądowej, kryminologii i działów pokrewnych.

Z inicjatywy Zarządu Głównego na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych ub. wieku podjęto starania o wydanie obszernego, nowoczesnego podręcznika medycyny sądowej. W 1972 r. został wydany podręcznik „*Medycyna sądowa*”, będący wynikiem pracy zespołu autorów pod redakcją prof. Bolesława Popielskiego i prof. Jana S. Kobieli.

Nieregularnie – w druku zwartym – wydawano materiały naukowe ze zjazdów i konferencji pod nazwą „*Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii*”. Ukazało się sześć tomów, w latach: 1988, 1995, 1997, 1998, 1999, 2001.

Spotkania naukowe medyków sądowych mają tradycje sięgające XIX w. W 1869 r. w Krakowie zorganizowano I Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich, w którego programie znajdowała się medycyna sądowa. Na IX Zjeździe w Pozna-



prof. J. S. Kobiela, animator PTMSiK

niu w 1898 r. po raz pierwszy medycyna sądowa figurowała samodzielnie jako „sekcja medycyny sądowej i toksykologii”, a w czasie dwóch ostatnich zjazdów przed II wojną światową (XIV – Poznań 1933, XV – Lwów 1937) jako „sekcja medycyny sądowej i kryminologii”. Tematyka zjazdów po reaktywacji Towarzystwa obejmowała zazwyczaj wszystkie działy medycyny sądowej, tj. tanatologię, hemogenetykę sądową (dawniej zwaną serohematologią), toksykologię sądową, opiniowanie w sprawach karnych, cywilnych i ubezpieczeniowych. IV Zjazd w Krakowie (1970) połączony był z Sesją Jubileuszową z okazji 40-lecia istnienia Instytutu Ekspertyz Sądowych. Szczególny charakter miał XII Zjazd (Kraków 2003) połączony z obchodami dwusetnej rocznicy powołania pierwszej katedry medycyny sądowej na ziemiach polskich.

W okresie sześćdziesięciolecia z inspiracji Zarządu Głównego, względnie pod jego patronatem, odbywały się spotkania naukowe o charakterze konferencji, sympozjów, narad i spotkań szkoleniowych, podejmujące aktualne tematy nurtujące środowisko medyków sądowych, a będące w istocie rzeczy odbiciem istniejących zjawisk i problemów społecznych. W konferencjach brali również udział lekarze innych specjalności (toksykologzy kliniczni, androlodzy, psychiatrzy), przedstawiciele świata prawniczego (prokuratorzy, sędziowie, adwokaci) oraz policjanci z laboratoriów kryminalistycznych. Część tych spotkań nabrała charakteru cyklicznego, np. Szczecińskie Sympozja Naukowe poświęcone zagadnieniom związanym z szeroko pojętą problematyką nadużywania alkoholu, Ogólnopolskie Konferencje Naukowe poświęcone nietrzeźwości, wypadkowości drogowej, narkomanii organizowane przez Śląski Oddział Towarzystwa, Ogólnopolskie Konferencje Naukowe pod hasłem „Błąd lekarski”,

a następnie jako „Błąd lekarski, etyka lekarska, działania jatrogenne” organizowane przez Wrocławski Oddział Towarzystwa, Łódzkie Sympozja Naukowe nt. „*Przestępstwa przeciwko życiu*”, coroczne Konferencje Toksykologów Sądowych organizowane przez Instytut Ekspertyz Sądowych w Krakowie oraz kolejne terenowe Oddziały Towarzystwa, Konferencje Serohematologiczne (Hemogenetyczne) dotyczące badań biologicznych w procesach o dochodzenie spornego ojcostwa i badań dowodów rzeczowych.

W okresie 20-lecia międzywojennego medycy sądowi widzieli konieczność organizacji, jak to wówczas określano, rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego. Konferencja Profesorów Medycyny Sądowej w 1936 r. postulowała utworzenie przy wszystkich Sądach Okręgowych etatów lekarzy sądowych. Prof. Grzywo-Dąbrowski proponował powoływanie etatowych lekarzy sądowych, utworzenie Głównej Rady Sądowo-Lekarskiej. Po roku 1945 sprawa organizacji służby sądowo-lekarskiej została podjęta ponownie na Konferencjach Profesorów Medycyny Sądowej (1948, 1950) oraz przez Komisję Konsultacyjno-Naukową przy Ministrze Sprawiedliwości w 1950 r. Wysiłki Towarzystwa pozostawały bezowocne. Przełom nastąpił po uaktywnieniu się Towarzystwa po 1967 r. Efektem było powołanie przez Specjalistę Krajowego ds. Medycyny Sądowej, którym był prezes Towarzystwa Jan S. Kobiela, specjalistów wojewódzkich medycyny sądowej, mających objąć nadzór nad opiniowaniem dla władz wymiaru sprawiedliwości przez istniejącą, niezwykle szczupłą, często przypadkową kadrę lekarzy działających w terenie.

W dalszym ciągu jednak brakowało najważniejszego ogniwa tej organizacji, tj. terenowych lekarzy medyków sądowych. Wiązać się to musiało ze stworzeniem warunków do wyszkolenia lekarzy o odpowiednich kwalifikacjach. Dopiero w 1978 r. zostały ogłoszone Wytyczne Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Jeszcze przed ukazaniem się Wytycznych powstał przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Rzeszowie Zakład Medycyny Sądowej (21 IX 1977 r.). W okresie późniejszym tego typu zakłady powstały w Bielsku-Białej, Olsztynie i Kielcach. Nie doszło jednak w skali krajowej do utworzenia znaczącej liczby zakładów medycyny sądowej. Aktualnie działają w Polsce tylko dwa zakłady tego typu: w Kielcach i Opolu.

Autor, dr med., jest przewodniczącym Komisji Historycznej Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii.

PREZESI TOWARZYSTWA

1949-1956 prof. Wiktor Grzywo-Dąbrowski
1956-1960 prof. Bolesław Popielski
1960-1964 prof. Witold Dłużyński
1964-1967 prof. Bronisław Puchowski
1967-1972 prof. Jan Stanisław Kobiela (druga kadencja Profesora została przerwana Jego śmiercią – 20 sierpnia 1972 r.)
1973-1975 doc. dr Jan Markiewicz
1975-1987 prof. Stefan Raszeja (trzy kadencje)
1987-1995 prof. Zygmunt Przybylski (trzy kadencje)
1995-1998 prof. Karol Śliwka
1998-2001 prof. Barbara Świątek
2001-2007 prof. Zygmunt Przybylski (dwie kadencje)
od 2007 prof. Jarosław Beret

Od zera

Zygmunt Wiśniewski

Przypomnijmy smutną i okrutną prawdę o wojennych stratach wśród lekarzy dentystów. Z liczby 3722, którzy uprawiali ten zawód w 1939 r., 1794, a więc większość, wojny nie przeżyła. Pierwszy powojenny rocznik statystyczny odnotowuje, że w 1946 r. do pracy stanęło 1581 lekarzy dentystów.

Statystyka ma to do siebie, że jest abstrakcyjna. Dużo to, czy mało? Oczywiście niezmiernie mało, tak mało, że w powojennej Polsce lekarza dentysty szukało się w promieniu kilku-dziesięciu kilometrów.

Odnotujmy kilka przykładów.

Według dokumentów z 1 stycznia 1947 r. w Okręgowej Izbie Lekarsko-Dentystycznej, która obejmowała Warszawę oraz województwa: warszawskie, białostockie, olsztyńskie, gdańskie i zachodniopomorskie, a więc północną część Polski, zarejestrowanych było 534 lekarzy dentystów, z tego 297 w Warszawie.

W delegaturze gdańskiej zarejestrowano 66 członków. Gdańsk jest

miejszem niezwykle interesującym dla przedstawienia skali braków i niedoborów. Jedynym logicznym wnioskiem wynikającym z sytuacji braku lekarzy było szybkie podjęcie ich kształcenia. Ówczesne kierownictwo ministerstwa zdrowia zdecydowało uruchomić w Gdańsku Akademię Lekarską kształcącą lekarzy, lekarzy dentystów i farmaceutów. O wadze problemu niech świadczy ranga dokumentu, który powoływał tę uczelnię: był to dekret Krajowej Rady Narodowej z 8 października 1945 r., a więc najwyższej ówczesnej władzy ustawodawczej w okresie poprzedzającym wybory do Sejmu. Z trzech zaplanowanych wydziałów z wielkim wysiłkiem uruchomiono wydział le-

karski i farmaceutyczny, natomiast w przypadku wydziału stomatologicznego natrafiono na brak kadr, który był przez kilka lat nie do przezwyciężenia. Do pracy w uczelni zgłosiło się kilku lekarzy dentystów, zwłaszcza o specjalności chirurgicznej, którymi ledwo obsadzono asystentury na wydziale lekarskim. Oni zarazem stanowili kadrę przychodni dentystycznej przy Akademii Lekarskiej – jedynej ogólnodostępnej placówki w szybko zaludniającej się aglomeracji. Asystenci nie spełniali wymogów stawianych kadrze naukowej. Potrzebny był lekarz dentysta z dorobkiem naukowym i tytułem profesorskim.

Przed wojną ośrodkami posiadającymi liczną i dobrze przygotowaną

kadrę naukową były Warszawa i Lwów. W Warszawie skupiała się ona wokół Akademii Stomatologicznej (AS), a we Lwowie wokół Wydziału Stomatologicznego Uniwersytetu Jana Kazimierza. Warszawska kadra Akademii Stomatologicznej była zaawansowana wiekowo, sporo osób wojny nie przeżyła. Jej liderem był prof. Marian Zeńczak, który doprowadził do wznowienia wykładów w AS już w 1945 r., a 30 listopada 1947 r. uroczystie zainaugurował rok akademicki. Wokół odnowionej Akademii Stomatologicznej skupiła się dość liczna kadra.

Uniwersytet Lwowski dotknięty został w 1941 r. przez hitlerowców mordem naukowców, którego ofiarą padł m. in. prof. Antoni Cieszyński i kilku jego asystentów. Ocalali z tego pogromu wykładowcy dentystyki przenieśli się wraz z liczną kadrą uniwersytecką do Wrocławia, gdzie podjęli pracę na Wydziale Lekarskim.

Przed Gdańskiem znalazła się jeszcze Łódź, która otrzymała równoległe prawa utworzenia uniwersytetu wraz z wydziałami lekarskim i stomatologicznym. Jedynym człowiekiem spełniającym warunki naukowe, a zarazem „wolnym” okazał się prof. dr Alfred Meissner, przedwojenny wykładowca w warszawskiej Akademii Stomatologicznej. Wokół niego szybko i skutecznie zakrzętnęło się kierownictwo Uniwersytetu Łódzkiego, które zatrudniło go na stanowisku profesora i dziekana Wydziału Stomatologicznego. Zabiegi gdańskiej Akademii Lekarskiej o pozyskanie go do stworzenia Wydziału Stomatologicznego w nowo utworzonej uczelni nie powiodły się.

Mieszkał wprawdzie w tym czasie w Gdańsku i kierował przychodnią dentystyczną przy porcie znany również sprzed wojny lekarz dentysta Stanisław Bloch, ale nie miał niezbędnego statusu naukowego. Zajęty był kierowaniem przychodnią, funkcją wiceprezesa Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej i redagowaniem pisma „Czasopismo Stomatologiczne”.

Określenie „od zera” oznacza nie tylko liczbowy brak lekarzy dentystów. Podkreśla coś znacznie trudniejszego do pokonania: brak kadry naukowo-dydaktycznej. Przez pierwsze powojenne lata odbudowa tej kadry i tworzenie jej miejsc i warunków do pracy na uczelniach, będzie podstawowym problemem środowiska dentystów.

Tak zaczęły się nowe historie stomatologiczne A. D. 1945-50.

Dawno temu we Lwowie

Zygmunt Wiśniewski

Lwów w kulturze polskiej XIX w. i okresu II Rzeczypospolitej znaczył tak wiele, że nie sposób jego roli przecenić. Równie wiele znaczył w Polskiej medycynie. Dlatego pojęcie lwowskiej szkoły lekarskiej jest powszechnie uznawane.

Lwowskiej szkole lekarskiej i jej wpływie na rozwój medycyny polskiej 20 września mówili lekarze w Częstochowie na sympozjum zorganizowanym przez Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie i Okręgową Izbę Lekarską w Częstochowie.

Prawo powoływania na uniwersytetach wydziałów lekarskich było bardzo znaczącym przywilejem. Kiedy w 1616 r. król Jan Kazimierz podniósł dawne kolegium jezuickie we Lwowie do rangi Akademii, wpisał do przy-

rywalizacja, z której zwycięsko wyjdzie Lwów.

W 1772 r., po pierwszym rozbiore Polski, Lwów wraz z Galicją trafił pod panowanie austriackie. Cesarzowa Maria Teresa pozwoliła w 1773 r. na otwarcie kolegium medycznego, w którym kształcono chirurgów, cyrulików i akuszerki. Na prawdziwy wydział lekarski czekał Lwów do roku 1784, wraz z powtórным powołaniem Uniwersytetu, tym razem Józefińskiego (od imienia Józefa II, syna Marii Teresy). Lwów nie miał jednak szczęścia do nauk medycznych, a dokładniej – do pilnych studentów. Po czterech latach, w 1788 r. wyższa medycyna została zniesiona „z powodu słabej frekwencji uczniów”. Historyk medycyny odnotował, że w 1788 r. było ich na wszystkich latach studiów zaledwie siedmiu. Brakowało także profesorów, a ci, którzy we Lwowie zamieszkiwali, oddawali się bardziej kłótniom i wzajemnym animozjom niż nauczaniu studentów. Ograniczony do nauczania chirurgii i położnictwa wydział przetrwał do 1805 r., w którym Lwowski Uniwersytet Józefiński zlikwidowano. Na 100 lat we Lwowie pozostało tylko studium chirurgiczne.

Działo się tak, ponieważ zapotrzebowanie na wiedzę i ordynację lekarską było niewielkie. Historyk medycyny wypowiedział się na ten temat w 1906 r. w „Nowinach Lekarskich”: *u ludzi dotąd jeszcze utrzymuje się nieufność do lekarzy, do których nasz chłop udaje się nierzadko dopiero w ostateczności; przez szeregi lat dziesiątek lud miał sposobność przekonać się, że tacy lekarze, jakich miał, na niewiele się przydawali, nauczył się i przyzwyczaił obchodzić bez lekarza. Trzeba pracy znowu szeregu pokoleń nad oświatą ludu i sumiennej pracy z całym oddaniem się chorym ze strony lekarzy, aby lud nauczył się korzystać z ich pomocy i ufać ich radom i szanować ich.*

Miedzy rokiem 1806, kiedy kształcenie lekarzy we Lwowie zlikwidowano, a rokiem 1905, kiedy „Nowiny

Lekarskie” wydrukowały przytoczoną opinię, minęło nie tylko 100 lat, ale zmienił się także stosunek inteligencji, a wśród niej lekarzy do problemu leczenia prostych ludzi, a zwłaszcza robotników przemysłowych. Powstały i działały towarzystwa stawiające sobie za cel nauczanie higieny, rozwój wiedzy o zdrowiu i zbliżenie z medycyną. W Austrii, na wzór Niemiec, powstawały liczne kasy chorych, które sprawiły, że zapotrzebowanie na lekarzy gwałtownie wzrosło.

Przed rokiem 1893, kiedy powtórnie otwarto Wydział Lekarski na Uniwersytecie Lwowskim, zmieniła się radykalnie sytuacja gospodarcza i administracyjna Lwowa. Historyk A. Bednarski zapisał: *Lwów, stolica kraju, siedziba najwyższych władz, sejm galicyjski, miasto pierwsze w kraju pod względem ilości mieszkańców i ruchu handlowego, rozwijające się, pełne życia, bogate – nęciło ku sobie. To też nic dziwnego, że skoro miał powstać wydział lekarski, na katedry chętnie spieszyli uczeni, całe ich szeregi chętnie opuszczali prastarą Wszechnicę Jagiellońską i starożytny Kraków. Spieszyli uczeni polscy z zagranicy, aby uzupełnić siły miejscowe.*

Mieszkaństwo oczekiwało pomocy lekarzy w utrzymaniu zdrowia. Lekarze, ożywieni ambicją społeczną i naukową, utworzyli Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Zmienili się też ludzie. Inna była młodzież. Skoro otworzyły się bramy instytutów i klinik, młodzież poczęła się garnąć do nowej uczelni, widzieliż zaraz profesorów otoczonych asystentami, praca wre po laboratoriach, sale wykładowe pełne. I tak było aż do wybuchu wojny światowej w 1914 r. W roku 1920, kiedy Uniwersytet Jan Kazimierza we Lwowie świętował 25-lecie utworzenia Wydziału Lekarskiego (1894-1919), profesorowie patrzyli z troską na to, co będzie dalej.

A dalej? Lwów, Wydział Lekarski UJK i lwowski świat lekarski miał przed sobą najwspanialsze lata w okresie istnienia II Rzeczypospolitej.



O nauczaniu medycyny na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Lwowskiego i o lwowskich medykach mówiła z pasją dr Helena Tarnawiecka ze Stowarzyszenia Lekarzy Polskich we Lwowie.

wileju fundacyjnego także nauczanie w niej medycyny. Woli królewskiej nie uszanował jednak sejm, który nauki medyczne wykreślił. Nie pomogły odwołania. Jedno z nich, adresowane do króla Augusta II Mocnego z roku 1706, zostało oddalone, z argumentacją, że tylko jednej Akademii Krakowskiej przysługuje prawo mieć cztery fakultety. Te cztery fakultety, to: teologia, prawo, filozofia i właśnie medycyna. Nauczanie medycyny przypisane było od wieków do Akademii Krakowskiej.

Z czasem między wydziałami lekarskimi uniwersytetów we Lwowie i Krakowie rozwinęło się bardzo inspirowane dla rozwoju polskiej medycyny

Rekordowe Michałki

26 września w Wieleniu nad Notecią, a właściwie w lasach Puszczy nad Drawą po malowniczej okolicy ścigali się kolarze górscy z całego kraju. Brali udział w IX Michałkach a zarazem w szóstej edycji Maratonu MTB.

Lekarski sport

Wśród nich lekarze, którzy walczyli o tytuły Mistrzów Polski w maratonie MTB na dystansie 57 km i medycy (pozostali pracownicy i studenci branż medycznych).

Prawie pięćset osób łącznie z dziećmi startującymi na stadionie robi, jak na naszą małą miejscowość, duże wrażenie. Wśród nich Arkadiusz Garczarek i Przemysław Wegner, tandem integracyjny, który 13 września we Włoszech zdobył tytuł mistrzów świata. Również reprezentanci Polski na tegorocznych Mistrzostwach Świata w maratonie MTB Bartosz Banach i Rafał Łukawski.

Kolejny raz padł rekord frekwencji, poprawiony o ponad setkę uczestników. Wśród zawodników wystartowało 28 lekarzy i 10 medyków, co też jest tendencją wzrostową.

Wokół Wielenia jest pięknie i jest gdzie pojeździć na rowerze. Ostatni długi okres bez opadów i leśne roboty związane z wycinką drzew przyczyniły się do zwiększenia trudności z powodu piaszczystych fragmentów. Wyścig tradycyjnie rozpoczął się na stadionie o godz. 10.00 dla dystansów Giga 100 km i Mega 57 km. Dystans Mini – 30 km – startuje o 10.30.

Ze stadionu wyjechaliśmy po tzw. starcie honorowym, aby przejechać szosę i po 200 m przejazd kolejowy,

a tu PKP zrobiły dodatkową atrakcję, szlabany zamknięte. To się zdarza, ale czy podnosi się szlabany, mimo że pociąg jeszcze nie nadjechał? To jest coś: zatrzymać pociąg dla kolarzy. Nawet na wyścigu Paryż Roubaix tego nie praktykują!

No i gdy szlabany poszły w górę kolarze jak harty wyskoczyli na ostatni w tym maratonie ponad kilometrowy fragment szosy. Odgłos peletonu na kołach do kolarstwa górskiego na asfalcie przypomina furkot samolotu i to coraz bardziej rozpędzonego. Tu nie można się zagapić. Tym razem nikt nie leżał. Bez większych kolizji udało się również wjechać do lasu na ścieżkę szeroką na dwa rowery. Potem wielki tuman kurzu, koło w koło, latające badyle i po kilku kilometrach już normalne ściganie. Po pagórkowatym terenie, leśnych ścieżkach z częstymi zakrętami i po zmiennej leśno-polnej nawierzchni. Wśród jezior, stawów, na koniec wzdłuż Noteci, a już przed samym stadionem po chaszcach, wertepach, zaoranym polu. Potem stadion i finisz na oczach wielu kibiców. I jaka satysfakcja! Bo to nie jest łatwy nizinny maratonik.

Mimo suszy wyścig był bardzo szybki. Na wszystkich dystansach poprawiono rekord trasy. A wynik Bartosza Banacha na Giga jest niesamowity.

Dystans Giga pokonał w 3 godz. 50 min. Poziom wytrenowania czołówki z roku na rok rośnie.

Na trasie oczywiście były rozmieszczone punkty żywieniowe, sędziowskie, ratunkowe (na szczęście bezrobotne) i wielu kibiców, m.in. fotografujących. Efekt ich pracy można zobaczyć na: http://www.maraton.wielen.pl/maraton_2009.htm

Na stadionie odbyły się również zawody dla dzieci.

Po wyścigu dekoracje i losowanie nagród wśród wszystkich uczestników wyścigu, m.in. setka pucharów i dyplomy.

Lekarze na dystansie Mega czyli 57 km walczyli w 6 kategoriach wiekowych o tytuły Mistrzów Polski w maratonie MTB.

Na zdjęciu w mistrzowskich koszulkach stoją od lewej: Tomasz Karczmarek, Wielen, Michał Małysz, Lublin (z małą Myszą), Anna Jurkiewicz, Tarnów, Edyta Swat i Jacek Swat, Przeźmierowo, wiceburmistrz Wielenia Magdalena Sobczak i Janusz Plesiewicz, Wałcz.

Dzięki wsparciu izby lekarskiej wszyscy startujący lekarze otrzymali okolicznościowe koszulki, a zwycięskie trójki na poszczególnych dystansach puchary, dyplomy i nagrody.

Maraton tradycyjnie organizuje UKS Płomień przy wsparciu około stu zaangażowanych pomocników. Wszystkim im bardzo dziękuję. Wszelkie informacje można uzyskać na www.maraton.wielen.pl. I zapraszam we wrześniu 2010 na kolejne Michałki.

Tomasz Kaczmarek
prezes UKS Płomień



ZAKOPANE - JURGÓW - NOWY TARG

slalom gigant
slalom specjalny
carving
zjazd
snowboard
biegi narciarskie
hokej na lodzie
ski-tour
łyżwiarstwo szybkie



www.igrzyskalekarskie.org • tel. 606 340 275

4-7 2010
marca

W ZIMOWE
IGRZYSKA LEKARSKIE

z a p r a s z a m y

• IMPREZA TOWARZYSZĄCA
MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W TENISIE STOŁOWYM '2010



Kryształowe puchary rozdane!

Tradycyjnie już w pierwszy weekend września przy „dobrej” myśliwskiej pogodzie na strzelnicy w samym sercu Borów Tucholskich odbyła się dziesiąta jubileuszowa edycja Otwartych Międzynarodowych Mistrzostw Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim.

Lekarski sport

Honorowy Patronat nad zawodami sprawował prezes NRL Konstanty Radziwiłł wraz z prezesem Bydgoskiej Izby Lekarskiej Radosławą Staszak-Kowalską, a medialną opiekę nad imprezą roztoczyła rozgłośnia radiowa RADIO GRA.

Z różnych stron naszego europejskiego podwórka zjechało do Osia 70 uczestników zawodów wraz z rodzinami, którzy zawzięcie trenowali prawie całe popołudnie piątkowe na przygotowanych osiach parcurowych. Na terenie ośrodka hotelowo-rekreacyjnego w Tleniu odbyła się impreza integracyjna środowiska lekarskiego i jego sympatyków, do której również zaproszono dzieci z grupy rehabilitacyjnej „Neuron”.

W sobotę osoby towarzyszące wybrały się na wyprawę po Borach Tucholskich z instruktorem *nordic walking*, a na strzelnicy po oficjalnym otwarciu zawodów żartów nie było i pod czujnym okiem sędziego głównego zawodów Marka Droszcza przystąpiono do zaciętej rywalizacji o tytuł Mistrza Polski. Zawody rozgrywano w dwóch kategoriach: sympatyków i lekarzy oraz prowadzono klasyfikację drużynową reprezentacji okręgowych izb lekarskich.

Wyczerpujące wieloboje na czterech osiach parcurowych o znanych dla wszystkich nazwach: „KLINIK”, „SZPITAL”, „PORADNIA”, „GABINET”, przygotowane perfekcyjnie przez kolegów Pawła Pokrzywkę i Marka Siegienia dostarczyły wielu sportowych emocji uczestnikom. Wspaniała atmosfera sportowej rywalizacji, starania Komitetu Organizacyjnego oraz życzliwe koleżeńskie porady prezesa PSSP Jerzego Kamińskiego sprawiły, że komisja techniczna i super arbiter nie miały żadnego zajęcia. Po 8 godzinach wieloboju wyłoniono zwycięzców – rozdano medale, kryształowe puchary i nagrody X Mistrzostw Polski Lekarzy.

Mistrzem Polski Lekarzy na rok 2009 i tym samym posiadaczem wspaniałego kryształowego pucharu został kolega Siergiej Isaryk, wicemistrzem – Andrzej Głyda, a na trzecim miejscu uplasował się Marek Jedwabiński.

W klasyfikacji drużynowej reprezentacja Bydgoskiej Izby Lekarskiej w składzie Marek Jedwabiński, Siergiej Isaryk i Adam Witkowski ponownie nie pozostawiła żadnych wątpliwości, która OIL dysponuje największą siłą ognia i zdobyła po raz kolejny (10!) Drużynowe Mistrzostwo Kraju. Wśród zaproszonych gości i sympatyków naszego śro-

dowiska zdecydowanie najlepszy okazał się kolega Paweł Pokrzywka, dosłownie roznosząc na lufach konkurentów, drugie miejsce zajął kolega Zbyszek Grabałowski, a trzecie kolega Edward Spierewka. Puchary ufundowane przez kolegę Zbyszka Grabałowskiego trafiły do najmłodszego zawodnika oraz do najlepiej zapowiadającego się strzelca, który chwilowo zajął ostatnie miejsce.

Tradycyjną częścią sportowej rywalizacji był Charytatywny Turniej Sponsorów w dubletach na osi myśliwskiej – „Dar Serca”, na który nagrody ufundowała Elbląska Izba Lekarska, a uzyskane środki zostały przekazane dla maluszków uczących się w szkole przyszpitalnej działającej na terenie Kliniki Ortopedii CM UMK w Bydgoszczy – tu nie zawiódł faworyt gospodarzy i prezentując dwie czyste serie zdobył „Złotą Różę”.

Niewątpliwą atrakcją tej edycji Mistrzostw Polski był pokaz sprawności terenowej samochodów ze stajni Mercedes-Benz. W niedzielę każdy, kto pragnął rewanzu, mógł spróbować sił w zawodach wędkarskich w połowie pstrąga na łowiskach w Starej Rzece. Po zaciętym pojedynku wyłoniony zwycięzca, nagrodzony wspaniałym prezentem od Armaniego, był równie szczęśliwy jak aktualny Mistrz Polski w zawodach strzeleckich, a złowione pstrągi podano na obiad kończący nasze tegoroczne spotkanie.

Każdy, kto przyjeżdża do Osia, wozi wspaniały dar przyjaźni otrzymany od lekarskiej braci łowieckiej z całej Polski. Serdeczna atmosfera i wspaniali ludzie, lekarze, myśliwi, którzy do nas przyjeżdżają co roku oraz nowi uczestnicy naszych spotkań, powiększający grono naszych przyjaciół dają nam nadzieję, że Międzynarodowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w przyszłym roku będą miały jeszcze większą frekwencję. Serdecznie zapraszamy!

Z myśliwskim pozdrowieniem
„DarzBór”

Marek Jedwabiński
przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

Panu Doktorowi Wojciechowi Marquardtowi
wyrazy
głębokiego i serdecznego współczucia
z powodu śmierci
Mamy
składa
Konstanty Radziwiłł
wraz z członkami Naczelnej Rady Lekarskiej

Drogiemu koledze Sławomirowi Zimmemu
wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci
Ojca
składają
koleżanki i koledzy z Zarządu Krajowego OZZL

Zjazd koleżeńskie

Wydział Lekarski AM w Lublinie, rocznik 1955-60

XXI Zjazd Koleżeński Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie, rocznik 1955-60 odbędzie się w dn. **17-20.06.2010 r. Nałęczów-Lublin**. Odnowienie dyplomów. Prosimy podać numer dyplomu. Przewidywany koszt 500 zł. Zgłoszenia do 31.01.2010 r. Szczegółowy program w komunikatach. Za Komitet Organizacyjny **Adam Tomicki**, e-mail: **adamtomicki@o2.pl**; **Zbigniew Rzecki**, 20-442 Lublin, ul. **Abramowicka 2 Bl. 21 a/7**, tel. **081-740-11-23** po godz. 20.00.

Absolwenci AM we Wrocławiu, rocznik 1970

Spotkanie koleżeńskie z okazji 40 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu **19.06.2010 r. (sobota) we Wrocławiu**. Opłata za uczestnictwo: koszt całkowity 350 zł, osoba towarzysząca na bankiecie 250 zł, uroczystości 150 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31.12.br. z dopiskiem „Zjazd 1970”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: **Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu**, tel. **071-79-88-068**, **patrycja.malec@dilnet.wroc.pl**, **patka.malec@wp.pl**. Za Komitet Org. Barbara Bruzewicz-Mikłaszewska, Henryk Lisiak

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE – www.absolwentus.pl
SERVIS POMOCY PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW.
PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIĄ Szybkie WYSZUKANIE INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI O NOWYM ZJEJZDZIE.

SKUPIENIE ADWENTOWE

dla pracowników medycznych

które będzie prowadził ks. Jan O’Doherty
odbędzie się **13.12.br. o godz. 17.00**
przy **ul. Floriańskiej 3 w Warszawie**.

Imprezy różne

Narty w Alpach Francuskich

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie zaprasza lekarzy z całej Polski na narty w Alpy Francuskie **w marcu 2010 r.**; wyjazd 8-dniowy (7 dni na nartach) do La Plagne. Samolot z Warszawy, zakwaterowanie w hotelu apartamentowym wysoko w górach, w bezpośrednim sąsiedztwie wyciągów i tras narciarskich. Dwupokojowe apartamenty przewidziane są dla 4-5 osób: łazienka, WC i dobrze wyposażona kuchnia. Cena od ok. 2200 zł/os. Tereny narciarskie to setki km tras różnej trudności i dziesiątki wyciągów: gondolowe, krzeselkowe i orczykowe. Informacje i zgłoszenia: **OIL w Warszawie**, **praca68@oil.org.pl** lub bezpośrednio do organizatora: **kwatour@op.pl**



• **W XI 2009 r.** rozpoczną się dwusemestralne studia podyplomowe dla lekarzy i lekarzy dentystów **Kosmetologia w medycynie**, organizowane przez WSzZ Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia w Warszawie, we współpracy z Podyplomową Szkołą Med. Estetycznej PTL. Informacje i formularz zgłoszeniowy: www.kosmetyka.edu.pl; Wyższa Szkoła Zawodowa Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia w Warszawie, ul. Podwale 13, 00-252 Warszawa, Marta Kucharska, tel. 022-635-50-09, 022-635-14-47, faks 022-635-73-62, e-mail: marta.kucharska@wszkipz.pl, www.kosmetyka.edu.pl

CEDUS

- **14.11.2009.** **USG w anestezji regionalnej** – podst., Ciechocinek, 900 zł – bez zakwaterowania 1100 zł – z zakwaterowaniem w klinice „Pod Tężniami” i z obiadem, pełnopłatny
 - **19-22.11.2009.** **USG piersi i mammografia** – Ciechocinek, 399 zł, unijny, z dofinansowaniem
 - **23-27.11.2009.** **Echokardiografia** – zaawans., Ciechocinek, 502 zł, unijny, z dofinansowaniem
 - **27-28.11.2009.** **Endokrynologia ginekologiczna** – Serock, 189 zł, unijny, z dofinansowaniem
 - **28.11.-1.12.2009.** **Doppler** – średniozaawans., Ciechocinek, 350 zł, unijny, z dofinansowaniem
- Informacje: Centrum Diagnostyki Obrazowej CEDUS ul. Bruna 32, 02-594 Warszawa, tel./faks 022-64-64-055.

Swissmed Centrum Zdrowia S.A. i Pomorska Fundacja Rozwoju **Chirurgii**.
Bezpłatne szkolenia dla lekarzy z woj. pomorskiego
• **16.11.2009.** **Zaawansowane techniki chirurgii laparoskopowej**
• **17-18.11.2009.** **Psychologiczne aspekty leczenia bólu**

- **27.11.2009.** **Wady rozwojowe u dzieci**
 - **28.11.2009.** **Diagnostyka prenatalna**
- Szczegółowe opisy szkoleń na www.promedicine.pl. Miejsce szkoleń: Swissmed Centrum Zdrowia S.A., ul. Wileńska 44, 80-215 Gdańsk. Informacje: e-mail: zgloszenia@promedicine.pl, 058-740-23-40, 603-644-999, (projekt realizowany ze środków UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego)

- **16-20.11.2009.** Ośrodek „Transportowiec” w Bielsku-Białej. Kurs na **uprawnienia Inspektora Ochrony Radiologicznej** w pracowni RTG (Dz. U. nr 239/2006, poz. 1737), Testy Specjalistyczne urządzeń RTG (Dz. U. nr 194/2005, poz. 1625). Informacje: EkoAtom, tel. 0601-773-751, 0609-722-762, faks 065-520-53-87, e-mail: info@ekoatom.pl, www.ekoatom.pl

- **21.11.2009.** Warszawa, Novotel Airport, ul. 1 Sierpnia, godz. 9.30-17.30. Z okazji Światowego Dnia POChP Warszawsko-Owocki Oddział Pol. Tow. Chorób Płuc organizuje kolejną sesję **Szkoły Pneumonologii** nt. **Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc**. Wstęp bezpł., pkt. edukac. OIL. Informacje: www.ptchp.home.pl, kier. kursu Tadeusz M. Zielonka, tel. 0501-143-324, e-mail: tmzielonka@wp.pl, sekr. Jacek Jagodziński, tel. 0604-957-483, e-mail: jacjagod@hipokrates.org

- **23.11.2009.** Katowice, Centrala KAMSOF, ul. 1 Maja 133.
- **10.12.2009.** Szczecin, hotel Rycerski, ul. Potulicka 1a. Cykl szkoleń organizowanych przez Wolters Kluwer i OSOZ: **Elektroniczna dokumentacja medyczna i podpis elektroniczny** w nowoczesnej placówce ochrony zdrowia. Każde szkolenie to 6 pkt. edukac. Informacje: www.abc.com.pl/e-dokumentacja. Zapisy: szkolenia@wolterskluger.pl

Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii.

- **23-27.11.2009** **Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA** – podstawowy
 - **1-4.12.2009, 12-15.01.2010** **Diagnostyka USG jamy brzusznej**
 - **25-27.01.2010** **Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA** – doskonalący
- Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 071-348-39-66, 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, www.usg.webd.pl

- **27-28.11.2009.** Białystok. Podlaski Oddział PTA i Ośrodek **Akupunktury i Terapii Laserowej** w Białymstoku organizuje szkolenie dla lekarzy: *Praktyczne stosowanie laserów biostymulacyjnych w medycynie fizykalnej i laseropunkturze. Leczenie syndromów bólowych i stanów zapalnych narządu ruchu metodami laseropunktury*. Informacje i zgłoszenia: ul. Piłsudskiego 17/31A, 15-444 Białystok, tel. 085-652-18-71, 0503-629-208.

EVMACO i Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

- **28.11.2009.** Warszawa, hotel Sheraton. PTD zapr. na konf. **Insulinoterapia w stanach zagrożenia życia** – część II. 7 pkt. edukac., www.insulinoterapia.evmaco.pl
- **9.01.2010.** Warszawa, hotel Sofitel Victoria. PTD zapr. na konf. **Nowości w cukrzycy**. 8 pkt. edukac., www.nowosciwukrzycy.evmaco.pl
- **23.01.2010.** Warszawa, hotel Hyatt. PTD zapr. na konf. pt. **GLP-1 i terapie oparte o inkretyny. Przełom w leczeniu cukrzycy typu 2**. Pkt. edukac., www.inkretyny.evmaco.pl
- **9-11.04.2010.** Polska Filharmonia Bałtycka w Gdańsku. Sekcja Pediatryczna PTD i PTD zapr. na **XII konferencję cukrzycy typu 1**. 18 pkt. edukac., www.12konf-polpediab.evmaco.pl/
- **13-16.05.2010.** Hotel Gołębiowski w Wiśle. Kat. i Klin. Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii w Zabrze ŚIUM w Katowicach oraz Kat. i Klin. Chorób Metabolicznych CM UJ i PTD zapr. na **V Karpacką Konferencję Diabetologiczną**. Pkt. edukac., www.vkkd.evmaco.pl

Informacje i zgłoszenia: EVMACO ul. Batorego 25, 31-135 Kraków, evmaco@evmaco.pl, tel. 012-429-69-06, www.vkkd.evmaco.pl

- **28.11.2009.** Instytut **Dermatologii** w Krakowie. Kursy praktyczne: Wyprysk: **Spektrum kliniczne, diagnostyka, postępowanie**. Informacje i zgłoszenia: www.medukacja.biz

- **5.12.2009.** Warszawa, Centrum Dydaktyczne Warszawskiego UM, ul. Księcia Trojdena 2a, godz. 9.00. Katedra i Klinika **Nefrologii**, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych WUM, ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa, organizuje Mazowiecką Akademicką Szkołę **Interny**, VII Konferencję Zimową 2009 – **Postępy nefrologii**. Informacje: tel. 022-599-26-58, faks 022-599-16-58, e-mail: nefrologia@wum.edu.pl

- **10-12.12.2009.** Warszawa. Polskie Towarzystwo **Gerontologiczne** zaprasza na międzynarodową konferencję. Pkty edukac. Szczęśliwy na stronie www.gerontologia.eu.

Roztoczańska Szkoła Ultrasonografii

- **9-14.01.2010.** **Podstawy echokardiografii**
 - **24-29.01.2010.** **Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych szyi, jamy brzusznej, kończyn górnych i dolnych**
 - **26-28.02.2010.** **Postępy w diagnostyce USG chorób wątroby, trzustki, żołądka i jelit - kurs doskonalący**
 - **28.02.-5.03.2010.** **Diagnostyka USG w medycynie ratunkowej**
 - **7-12.03.2010.** **Diagnostyka i leczenie chorób proktologicznych**
- Pełna oferta kursów na stronie www.usg.com.pl

ABRANETIS

- **15-17.01.2010.** Centrum Kongresowe Międzynarodowych Targów Poznańskich, Pawilon 15, ul. Głogowska 14. **II Targi Medycyny Rodzinnej w Poznaniu**. Konf. dla **lekarzy rodzinnych**.
- **18-20.02.2010.** Szklarska Poręba-Piechowice, hotel Las, ul. Turystyczna 8. **IV Sympozjum Farmakoterapii Dermatologicznej i I Sympozjum Psychodermatologii**. Konf. dla **lekarzy dermatologów**.

Zgłoszenia: www.abranetis.pl. Informacje: Biuro Obsługi Konferencji Abranetis Sp. z o.o., ul. Długosza 2-6, 51-162 Wrocław, tel. 071-792-80-76, tel./faks 071-792-80-77, biuro@abranetis.pl

- **5-6.02.2010.** Lublin, Collegium Maius UM. Kat. Rozwoju Pielęgniarstwa UM w Lublinie, Kat. i Klin. Rozrodczości i Andrologii UM w Lublinie, Zakł. Etyki i Filozofii Człowieka Kat. Nauk Humanistycznych UM w Lublinie, Helsińska Fundacja Praw Człowieka w Warszawie organizują Międzynar. Konfer. Nauk.: **Bioetyka zdrowia prokreacyjnego w praktyce medycznej**. Sekretariat Konferencji/adres do korespondencji: Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa UM w Lublinie, Al. Racławickie 1, 20-095 Lublin, faks 081-528-88-86, e-mail: bdob10@wp.pl, martamonist@wp.pl

- **11-14.02.2010.** Słupsk-Ustka. **6. Akademia Dermatologii i Alergologii**. Informacje: www.ekonferencje.pl/ADA, tel. 058-349-25-90

- **11-14.02.2010.** Słupsk i Ustka. Sekcja Dermatologiczna Pol. Tow. Alergologicznego zaprasza **alergologów, dermatologów, pediatrów i lekarzy rodzinnych** do udziału w **6 Akademii Dermatologii i Alergologii**. Informacje i zgłoszenia: tel. 059-814-40-93, faks 059-814-42-87, www.ekonferencje.pl/ADA.

Mazurska Szkoła USG i Ginekologii

- **11-13.03.2010.** **USG w ginekologii i położnictwie** dla zaawans.
- **18-20.03.2010.** **Diagnostyka prenatalna (11-13 tyg. ciąży) z elementami echokardiografii płodu**
- **21-26.03.2010.** **USG w ginekologii i położnictwie** dla początk. Teoria i praktyka
- **15-17.04.2010.** **Patologia ciąży**
- **9-14.05.2010.** **USG w ginekologii i położnictwie** dla początk. Teoria i praktyka
- **13-15.05.2010.** **Choroby sutka z elementami diagnostyki USG**
- **20-22.05.2010.** **Kolposkopia** dla początk.

- **10-12.05.2010.** **Poradnictwo seksuologiczne i antykoncepcyjne**
 - **25-28.08.2010.** **USG w ginekologii i położnictwie** dla zaawans.
 - **5-10.09.2010.** **USG w ginekologii i położnictwie** dla początk. Teoria i praktyka
 - **30.09.-2.10.2010.** **Kolposkopia** dla zaawans.
 - **7-9.10.2010.** **Doppler w ginekologii i położnictwie**
 - **14-16.10.2010.** **Diagnostyka prenatalna (11-13 tyg. ciąży) z elementami echokardiografii płodu**
 - **17-20.11.2010.** **USG w ginekologii i położnictwie** dla zaawans.
- Informacje i zapisy: www.usg.pisz.pl, usg@usg.pisz.pl, tel. 0504-075-804.

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej „OBRAZ”

- **18.03.2010.** **Ultrasonografia dopplerowska przetok dializacyjnych**
- **25-28.03.2010.** **USG w pediatrii** – typ podstawowy
- **8-11.04.2010.** **USG dopler naczyń obwodowych** – typ podstawowy
- **15-18.04.2010.** **Echokardiografia** – typ podstawowy
- **22-25.04.2010.** **USG gruczołu piersiowego** – typ podstawowy
- **7-8.05.2010.** **USG dopler naczyń obwodowych** – typ doskonalący
- **7-8.05.2010.** **USG jamy brzusznej** – typ doskonalący
- **20.05.2010.** **USG dopler przetok dializacyjnych**
- **21-22.05.2010.** **USG narządów powierzchniowych szyi (tarczycza, węzły chłonne, ślinianki)**
- **27-30.05.2010.** **USG jamy brzusznej**
- **10-13.06.2010.** **USG dopler w neurologii TCD TCCD**

Informacje: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej „OBRAZ”, tel. 061-657-94-63, 0603-762-041, faks 061-282-36-08.

Medyczne Szkolenia Podyplomowe Pakt

- **17-18.04.2010.** Ustroń. **Bark i łokieć – diagnostyka, leczenie operacyjne i rehabilitacja**
- **29-30.05.2010.** Ustroń. **Warsztaty osteoporotyczne: od teorii do praktyki**
- **11-12.09.2010.** Katowice. **Wielospecjalistyczny kurs medycyny manualnej**
- **23.04.2010.** Collegium Maius Lublin, ul. Jaczewskiego 4. VIII Międzynar. Symp. **Choroby przełyku. Przełyk Barretta. Diagnostyka czynnościowa nienowotworowych chorób przełyku. Terapia endoskopowa chorób przełyku. Postępy w chirurgii bariatrycznej i chirurgii metabolicznej**. Języki obrad: pol. i ang. Wykłady tylko na zaproszenia. Zgł. prac do prezentacji plakatowej i nadsyłanie streszczeń do 1.03.2010. 8 pkt. edukac. Zgł. prac i rej. uczestników sympozjum, rez. hotelu: e-mail: Izabela.woszuk@umlub.pl. Komitet Org.: II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego UM 20-081 Lublin, ul. Staszica 16, tel. 081-532-41-27, tel./faks 081-532-88-10, e-mail: grzegorz.wallner@umlub.pl

- **8.05.2010.** Zamek Królewski w Warszawie. Pol. Akad. Med. i Świat. Akad. Med. im. Alberta Schweitzera przy współudziale Akad. Polonijnej w Częstochowie organizują sympozjum z udziałem laureatów Nagrody Nobla pt. **Humanizm a medycyna przyszłości**. Koleżanki i Kolegów, którzy mimo przemęczenia pracą w trudnych warunkach zachowali w sobie pasję uszlachetniania, pragnących wziąć udział w sympozjum, prosimy o nadsyłanie zgłoszeń na e-mail: aswam@wp.pl z podaniem własnego. Liczba miejsc ograniczona.

- **18-19.09.2010.** Katowice. **Rozwojowa dysplazja stawu biodrowego, inne wady wrodzone i nabyte oraz choroby u dzieci i młodzieży – diagnostyka kliniczna, sonograficzna i leczenie**
- Informacje: Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2, medycznesympozja@msp-pakt.med.pl, www.msp-pakt.med.pl, tel./faks 032-251-22-64

opr. u

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Wydawnictwo „Veda”

02-036 Warszawa, ul. Uniwersytecka 5, tel./faks 660-43-91,
e-mail: veda@veda.com.pl, www.veda.com.pl



Rozwój umiejętności społecznych. Jak skuteczniej dyskutować i współpracować Hanna Hamer

wyd. I, Warszawa 1999, str. 250

Autorka proponuje wspólne rozważania i różne ćwiczenia w celu pogłębienia wiedzy oraz umiejętności przydatnych w prywatnych i zawodowych kontaktach z ludźmi. Część I poświęcona jest inteligencji emocjonalnej, II – sztuce asertywnego porozumiewania się, III – współpracy i negocjacji, IV – kierowaniu sobą i ludźmi.



Nowoczesne uczenie się. Albo ściągą z metodyki pracy umysłowej Hanna Hamer

wyd. I, Warszawa 1999, str. 74

Poradnik odpowiada na pytania: Czy chcesz uczyć się szybciej i trwale zapamiętać, czy interesuje Cię jak zważyć stres podczas nauki i w trakcie zdawania egzaminów, czy masz zamiar uczyć się odnieść sukces.

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.

50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 071-330-61-61.
Zamówienia: tel. 042-680-44-09, faks 042-680-44-86,
zamowienia@elsevier.com, www.elsevier.pl



Atlas dostępów operacyjnych w chirurgii ortopedycznej i traumatologii Detlef von Torklus, Toufick Nicola

red. I wyd. pol. Andrzej Wall
Wrocław 2009, str. 240

Szczegółowy opis postępowania w zabiegach chirurgiczno-ortopedycznych, zalety i wady, a także ryzyko wyboru poszczególnych metod. Kolorowe plansze ilustrują kolejne fazy dojścia do struktur anatomicznych, ułatwiając opracowanie planu zabiegu chirurgicznego.



Leczenie chorób skóry Mark G. Lebwohl, Warren R. Heymann, John Berth-Jones, Ian Coulson

red. wyd. I pol. Andrzej Kaszuba
Wrocław 2009, str. 418

O najnowszych metodach leczenia chorób skóry i nowych lekach. 23 rozdziały dotyczące nowych problemów, np. bioterroryzm lub chorób, np. zapalenie naczyń włosowatych, odczyn polekowe, owrzodzenia podudzi oraz informacje o b. rzadko występujących chorobach i schorzeniach z zakresu dermatologii estetycznej. 5-punktowa ocena leków oparta na wynikach badań klinicznych. Każda jednostka chorobowa zilustrowana jest dobrej jakości zdjęciem, zawiera definicję, krótki opis kliniczny, strategię postępowania terapeutycznego, konieczne badania specjalistyczne oraz terapie 1-3-punktowe.



Układ moczowo-płciowy. Przypadki kliniczne Roland J. Zagoria, William W. Mayo-Smith, Julia R. Fielding

red. I wyd. pol. Jerzy Walecki
seria: *Diagnostyka Obrazowa*
Wrocław 2009, str. 476

Książki z tej serii przeznaczone są dla rezydentów, lekarzy przygotowujących się do egzaminu specjalistycznego i praktykujących radiologów. Ukazały się: *Głowa i Szyja, Kregosłup, Pediatria, Serce*.

Choroby wewnętrzne Davidsona

Nicholas A. Boom, Nicki R. College,
Brian R. Walker, John A. A. Hunter

ilustracje Robert Britton

red. wyd. I pol. Franciszek Kokot, Lidia Hyla-Klekot
Wrocław 2009, tom 2, str. 924

Rozdziały: *Choroby układu oddechowego, Choroby układu wętrozwydzielniczego, Cukrzyca, Choroby przewodu pokarmowego i trzustki, Choroby wątroby i dróg żółciowych*. Każdy rozdział rozpoczyna się od przeglądu elementów kluczowych w badaniu klinicznym, po których następuje szczegółowy opis choroby wraz ze wskazówkami diagnostycznymi i proponowanym leczeniem. 1000 ilust. z aktualnymi technikami obrazowania i fot. klinicznymi oraz ramki EBM z wynikami systematycznych badań przeglądowych i randomizowanych badań kontrolowanych w kluczowych obszarach terapeutycznych.



Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o.

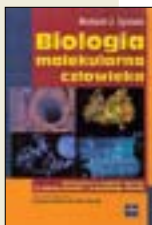
20-807 Lublin, ul. Czeremchowa 21, tel. 081-743-77-66,
faks 081-534-77-88, www.czelej.com.pl

Biologia molekularna człowieka

Richard J. Epstein

wyd. I pol. Lublin 2005, str. 648

Podręcznik dokonuje próby sportretowania molekularnej struktury i funkcji w stanach zdrowia i choroby człowieka. Choroby są prezentowane nie jako niezmiennie jednostki kliniczno-patologiczne (pod postacią rozpoznań lub zespołów), lecz raczej jako dynamiczne procesy molekularne nakładające się w czasie, nasileniu i jakości z normalną biologią. Podręcznik stanowi przewodnik po języku biologii molekularnej. Książka zwrócona do czytelników reprezentujących różny poziom wiedzy, czemu służą różne poziomy poszczególnych rozdziałów.



Geriatra

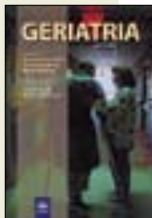
red. Thomas C. Rosenthal, Mark E. Williams,
Bruce J. Naughton

red. nauk. wyd. pol. prof. Leszek Pączek

dr n. med. Mariusz Niemczyk

wyd. I. Lublin 2009, str. 716

Podręcznik geriatryi praktycznej albo opieki i leczenia w geriatryi. Dla lekarzy rodzinnych, internistów, neurologów praktyków, geriatrów, a także dla studentów medycyny.

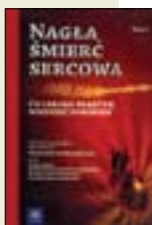


Nagła śmierć sercowa

Co lekarz praktyk wiedzieć powinien

oprac. zbior. pod red. Mirosława Dłużniewskiego oraz
Marka Kucha, Iwonny Grzywanowskiej-Łaniewskiej,
Witolda Pikto-Pietkiewicza, Joanny Syskiej-Sumińskiej
tom 1, wyd. I, Lublin 2009, str. 264

Publikacja dla lekarzy praktyków, którzy na co dzień spotykają się z chorobami serca. Szczegółowo analizuje problemy, które mogą mieć wpływ na to zjawisko. Tom pierwszy to dwa zagadnienia: *Czy można przewidzieć/ocenić zagrożenie nagłym zgonem sercowym? Zmiany w budowie i funkcji serca oraz ich znaczenie w zagrożeniu nagłym zgonem sercowym*.



Immunologia kliniczna

Helen Chapel, Mansel Haeney, Siraj Misbah,
Neil Snowden

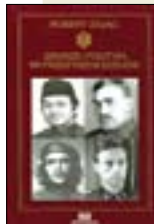
red. nauk. wyd. pol. Grzegorz Sentorski

wyd. I, Lublin 2009, str. 394

Podręcznik dla studentów i lekarzy wszystkich specjalności. Ma przekonać odbiorców o zaletach immunologii klinicznej. Choroby omówiono wg zajętych narządów, a ilustracyjnych przypadków użyto w celu pokazania przydatności (lub nieprzydatności) badań immunologicznych w leczeniu chorób. Wśród prezentowanych przypadków wskazano te, których przebieg odbiegał od typowo obserwowanego.



Ponadto nadesłano



Lekarze i polityka na przestrzeni dziejów Robert Zając

Białystok 2009, P.W.SELENA, rzajac@gmx.at
str. 162

Autor – lekarz, z zamiłowania historyk medycyny, na stałe mieszkający w Szwajcarii – prezentuje wiele nie znanych dotąd faktów historycznych dot. roli lekarzy w polityce. Przedstawia lekarzy pozytywnie oddziałujących na świat polityki, jak i tych, którzy mieli wpływ negatywny na wyobrażenie zawodu służącego ludziom.

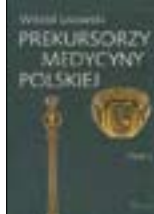


Prekursorzy medycyny polskiej

Witold Lisowski

Warszawa 2008, Wydawnictwo Bellona S.A.,
00-844 Warszawa, ul. Grzybowska 77,
str.: t. 1 – 528, t. 2 – 560

Książka przywraca pamięci Polaków wielkie imiona, które rozślawiły naukę polską i wniosły znaczący wkład w rozwój cywilizacji. Ich spuścizna świadczy o miejscu Polski wśród innych narodów i o naszym udziale w postępie cywilizacyjnym. Publikacja ta to owoc wieloletniej mrówczej pracy autora, który prześledził wszystkie dostępne źródła, co pozwoliło przedstawić szeroką panoramę dziejów medycyny w Polsce i charakterystykę jej luminarzy. Tom pierwszy to początki aż do końca XIX w. Tom 2 obejmuje cały wiek XX.



Przywództwo w ochronie zdrowia. Idee i instrumenty

pod red. Aldony Frączkiewicz-Wronki
i Agaty Austen-Tyndy

Warszawa 2009,

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

01-231 Warszawy, ul. Płocka 5a,
tel. 22 535-80-00, 535-82-00,
ksiazki@wolterskluwer.pl, www.wolterskluwer.pl,
księgarnia internetowa www.profinfo.pl, str. 228



Publikacja stanowi odpowiedź na problemy zgłaszane przez menedżerów zarządzających publicznymi i niepublicznymi jednostkami ochrony zdrowia. Autorzy podejmują tematykę skutecznego zarządzania i przewodzenia, w szczególności przywództwa, zarządzania zmianą i nowoczesnych narzędzi zarządzania organizacjami publicznymi, takich jak analizy interesariuszy i Mission Oriented Scorecard.



Hakawati mistrz opowieści

Rabi Alameddine

przeł. Anna Gralak, Maria Makuch

Mateusz Borowski

Kraków 2009, Społeczny Instytut Wydawniczy
Znak, 30-105 Kraków, ul. Kościuszki 37,
www.znak.com.pl.

Dział sprzedaży tel. 012-619-95-69,
czytelniczy@znak.com.pl

Podróż sentymentalna informatyka z Los Angeles do kraju swoich rodziców Libañezów, pisana w formie opowieści przywołujących obyczaje, normy etyczne, historie rodzinne i kulturę przodków. Polecana dla wytchnienia po znojemym dniu codziennym osobom, które niekoniecznie odpoczywają przy pogłębiającym codzienny chaos i przynębiające tempo telewizorze.

opr. md

Dentystyka czasów Oświecenia

Jest to druga część „Historii dentystyki”
wydanej w Łodzi w 2007 r.
z przeznaczeniem głównie dla studentów
wydziałów lekarsko-dentystycznych.



Autor – po charakterystyce okresu Oświecenia, w którym dominował kult rozumu, a w medycynie nastąpił duży postęp: odkryto nowe fizyczne metody diagnostyczne jak opukiwanie i osłuchiwanie, studentów nauczano przy łóżku chorego hospitalizowanego, wykonywano sekcje osób zmarłych, rozkwitła chirurgia – przedstawia biografie i osiągnięcia wybitnych dentystów działających w przodujących krajach świata.

U schyłku XVII w. dentystyka zaczęła się wyodrębniać jako samodzielny zawód. Wprowadzono bowiem w Prusach w 1685 r. egzamin m.in. dla osób pragnących wykonywać praktykę dentystyczną. Podobne przepisy wprowadzono w Paryżu w 1699 r. Pomimo to nadal w Europie grasowali szarlatani. Dopiero pod koniec XVIII w. dentystyka stała się samodzielnym zawodem, a zabiegi dentystyczne zostały przeniesione z miejsc publicznych, głównie jarmarków, do gabinetów prywatnych. Niejednokrotnie też dentyści wykonywali zabiegi w domach pacjentów.

W omawianym okresie pierwsze miejsce w dziedzinie dentystyki zajmowała Francja. Tam żył Pierre Fauchard, wybitny chirurg zajmujący się głównie stomatologią. Napisał on w 1728 r. rozprawę o zębach. Była to pierwsza książka dotycząca leczenia zębów, chorób jamy ustnej i szczęk. Dzieło to obrazowało ówczesną wiedzę anatomiczną i chirurgiczną, uwypuklało własne doświadczenie autora, obserwowane stany chorobowe i prezentowało nowe konstrukcje protetyczne. Autor wbrew przyjętym zwyczajom nie taił swoich metod leczniczych, lecz je upowszechniał. Dokonywał replantacji zębów od pacjenta do pacjenta. W protetyce radził używanie naturalnych ludzkich zębów lub zębów wymodelowanych z kości słonia czy hipopotama. W przypadku bólu spowodowanego próchnicą zalecał dewitalizację chorej miazgi przy użyciu rozżarzonej metalowej sondy. Opracował konstrukcje całkowitych protez utrzymywanych w jamie ustnej dzięki wąskim stalowym tasiemkom i spiralnym sprężynom. Zwracał uwagę na choroby periodontyczne, problemy ortodontyczne, zabieg usuwania zębów. Wypowiadał się przeciwko „niskiej” pozycji pacjentów poddawanych ekstrakcji (pacjent siedział na ziemi i obejmował nogi dentyści). Skonstruował natomiast fotel, na którym człowiek stabilnie siedział wspierając głowę na poduszce oparcia. Wysokość fotela można było dostosować do wzrostu pacjenta. Zamieścił ilustracje używanych przez siebie narzędzi dentystycznych.

Pod koniec okresu Oświecenia we Francji i Anglii zaczęto stosować tzw. zęby mineralne. Były to całościowe, stanowiące jeden odlew, protezy porcelanowe.

W Anglii najwybitniejszym chirurgiem zajmującym się dentystyką był John Hunter, który anatomię zębów, jamy ustnej i szczęk studiował na zwłokach wykradanych z grobów. Na podstawie tych obserwacji ogłosił w 1771 r. dzieło o naturalnej historii ludzkich zębów, które do tej pory nie straciło na swej aktualności.

W Niemczech również przez długi okres czasu dentystyka była powiązana z chirurgią. Opublikowanie tam przetłumaczonego dzieła Faucharda (1733 r.) pobudziło do życia piśmiennictwo dentystyczne. Od 1742 r. do końca okresu Oświecenia ukazało się tamże 150 tytułów na temat niemieckiej dentystyki pisanych przez chirurgów, lekarzy lub fryzjerów, ale nie dentystów. Dopiero Philipp Pfaff poziomem swych publikacji dorównywał francuskiej literaturze dentystycznej. Ogłosił on w 1756 r. rozprawę o zębach ludzkiego ciała i ich chorobach. Propagował postępowanie stosowane i dziś w stomatologii zachowawczej. Jako pierwszy opisał metodę sporządzania wycisku szczęk przy użyciu laku woskowego.

W podboju Ameryki Północnej główną rolę odegrali Francuzi i Anglicy. Leczeniem chorych niejednokrotnie zajmowali się tam duchowni, ponieważ posiadali pewien stopień ogólnego wykształcenia, co wystarczało do przyswojenia sobie podstawowej wiedzy medycznej. W drugiej połowie XVIII w. w Ameryce Północnej pojawili się brytyjczyści i francuscy dentyści. W XIX w. priorytet w zakresie rozwoju wiedzy stomatologicznej przypadł Stanom Zjednoczonym.

Niewątpliwą wartość prezentowanej publikacji podnosi jeszcze dołączony indeks nazwisk, spis rycin i wykaz najważniejszych pozycji źródłowych.

Teresa Ostrowska

Jerzy Supady, *Dentystyka w okresie Oświecenia*, Wojskowa Drukarnia w Łodzi
Sp. z o.o., 90-520 Łódź, ul. Gdańska 130, tel. 042-637-77-75, faks 042-637-77-73,
str. 110, ilustracje.