SAMORZĄD: Nie zginąć w oparach absurdu

PISMO IZB LEKARSKICH
11 | 2020

GAZETA LEKARSKA

NAGRODA NOBLA ZA ROZPRACOWANIE WIRUSA

Badanie opinii

OCZAMI PACJENTÓW

CO POLACY SĄDZĄ O TELEPORADACH?

Lekarz na kwarantannie
OGRANICZENIA W ZAKRESIE WYKONYWANIA ZAWODU

Poranieni psychicznie
ROZMOWA Z PROF. DOROTĄ MERECZ-KOT

Kałużowa ma się dobrze
INDEKS KORZYŚCI

Temat numeru

CO SIĘ STAŁO?

KRAJ NIEPRZYGOTOWANY NA WZROST ZAKAŻEŃ

Wybierz Xarelto w NVAF i chroń to co najważniejsze dla Twoich pacjentów[1]

SKUTECZNOŚĆ#

21% RRR

ARR 0,5%/ROK (p=0,02*)

UDAR LUB ZATOROWOŚĆ SYSTEMOWA

BEZPIECZEŃSTWO**

50% RRR

ARR 0,3%/ROK (p=0,003)

KRWAWIENIA ZAKOŃCZONE ZGONEM

ANALIZA W TRAKCIE TRWANIA LECZENIA: POPULACJA BEZPIECZEŃSTWA **14143**

ANALIZA POPULACJI BEZPIECZEŃSTWA PODCZAS LECZENIA **14236** | MEDIANA WIEKU **73** | ŚREDNI $CHADS_2$ **3,5** | ŚREDNI HAS-BLED **2,8**

AF - migotanie przedsionków, **NVAF** - migotanie przedsionków niezwiązane z wadą zastawkową serca, **RRR** - względna redukcja ryzyka, **ARR** - bezwzględna redukcja ryzyka. Skala $CHADS_2$ służy do oceny ryzyka udaru u pacjentów z NVAF. **Skala HAS-BLED** służy do oceny ryzyka poważnych krwawień u pacjentów z NVAF. **(*)** Wartość p dla wyższości (superiority). **(#)** Badanie z mocą statyczną dla non-inferiority (nie gorszy) dla pierwszorzędowego punktu końcowego w postaci udaru lub zatorowości systemowej w porównaniu z warfaryną[1]. **(**)** Bez istotnych różnic pod względem pierwszorzędowego punktu końcowego oceny bezpieczeństwa, jakim była częstość poważnych i innych niż poważne krwawień istotnych klinicznie w porównaniu z warfaryną.[1]

Na podstawie: 1. Patel M.R., Mahaffey K.W., Garg J. et al. Rivaroxaban verus warfarin in non-valvular atrial fibrillation. N Engl J Med. 2011;365(10):883-91

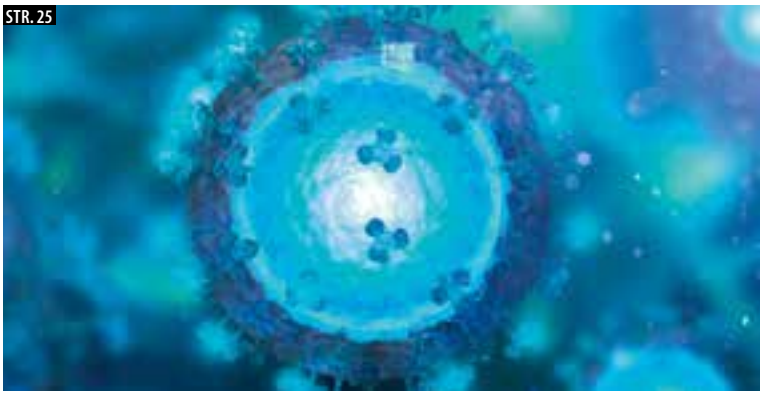
Xarelto® rivaroxaban

PP-XAR-PL-0407-1

GAZETA LEKARSKA
PISMO IZB LEKARSKICH
11/2020

30
LEKARZ A KWARANTANNA
Czasami skutki są nieoczekiwane i nieoczywiste

38
UNIKNĄĆ POWIKŁAŃ
Coraz więcej zabiegów wysokiego ryzyka


STR. 25

STR. 38

STR. 14

Spis treści

Listopad 11/2020

SAMORZĄD
4 | Nie zginąć w oparach absurdu
7 | PNRL o wyroku TK dotyczącym aborcji
10 | Ustawa covidowa

TEMAT NUMERU
18 | Jesień z pandemią
20 | Co się stało?
23 | Zmienność do kwadratu

PRAWO I MEDYCYNA
27 | Biegły przed SL
28 | Konieczne aneksy do umów cywilnoprawnych
30 | Lekarz na kwarantannie
32 | Telemedycyna w oczach pacjentów

PRAKTYKA LEKARSKA
36 | Okienko seropublicystyczne
38 | Uniknąć powikłań
41 | Biuletyn
44 | Czy lekarska solidarność to przeżytek?
46 | Poranieni psychicznie
50 | Nobel za rozpracowanie wirusa
52 | Algorytm rozpozna guzy
53 | Edycja genomu człowieka
56 | Kałużowa ma się dobrze

PO GODZINACH
58 | Zdani na siebie
59 | Wymazywanie
60 | Profesorowie krakowscy
63 | Periodyka Wenckebacha
66 | Jak zwykle
68 | Kultura
75 | Ogłoszenia
82 | Jolka lekarska

FOTO OKŁADKA: SHUTTERSTOCK.COM

ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

Z SOBIESKIEGO 110

Nie zginąć w oparach absurdu

Pod hasłem walki z pandemią przepycha się rozwiązania, których konsekwencje (bezpośrednie i pośrednie) zostaną z nami na długo.

Gdy ten numer „GL" trafi do rąk czytelników, najprawdopodobniej ustawa nazywana antycovidową (*o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID19*) będzie już podpisana przez prezydenta.

Nie pierwszy i, niestety, pewnie nie ostatni raz jesteśmy świadkami galopady legislacyjnej. W chwili pisania tego tekstu piłka jest wciąż w grze, ale skoro na wcześniejszych etapach prac w komisji sejmowej i na posiedzeniu plenarnym sejmu nasze argumenty były ignorowane, brakowało merytorycznej dyskusji, a górę brała polityka w aroganckim wydaniu, nie spodziewam się radykalnej zmiany.

Towarzyszy temu propagandowa narracja o potrzebie chwili, sprawnej walce z epidemią i wyjściu naprzeciw oczekiwaniom środowiska medycznego. „Przekazy dnia" trafiają na podatny grunt, szczególnie te o wielkich benefitach i przywilejach dla lekarzy. Na wyobraźnię działają wiadomości o 200 proc. wynagrodzenia, braku odpowiedzialności za błędy. A w tle sączą się komunikaty o niezaangażowanych lekarzach, o tym, że migają się od pracy.

To podważa zaufanie do nas. Rośnie agresja wobec naszych koleżanek i kolegów. Przykłady krążą w portalach społecznościowych. Wskazanie palcem wroga jest łatwe, gdy panuje stan zagrożenia, zmęczenie, niepewność o byt i przyszłość rodziny. Na co dzień wielu z nas spotyka się z życzliwością i wdzięcznością pacjentów, ale w przestrzeni publicznej wyczuwamy zagęszczającą się atmosferę.

Jesień pokazała, że zaniedbana od dziesięcioleci opieka zdrowotna jeszcze działa dzięki ofiarności lekarzy i całego personelu medycznego. Od władz mamy prawo oczekiwać pomocy, zachęty, wzmocnienia. W zamian za to w ustawie antycovidowej z października br. postanowiono nas zdyscyplinować i zafundowano nam restrykcyjne regulacje, na dodatek różnicujące nas, co jest zarzewiem konfliktów. Podobnie będzie z finansowymi benefitami (w rzeczywistości mniejszymi niż się to nagłaśnia), które obejmują tylko część środowiska medycznego.

W takiej atmosferze trudno uwierzyć politykom, gdy nawołują do współpracy, zgody, wyrażają wdzięczność „bohaterom". My nie chcemy wielkich słów, braw, pompatycznych gestów – o to jest najłatwiej i nic nie kosztuje. Chcemy poważnego traktowania, wsparcia, zrozumienia i takiego zorganizowania nam pracy, byśmy mogli robić to, do czego jesteśmy przygotowani i powołani.

Ustawa dotycząca ochrony zdrowia w dobie COVID-19 została przedstawiona w sejmie przez grupę 34 posłów, wśród których reprezentacja lekarzy praktycznie nie istnieje. Jako projekt poselski trafiła pod głosowanie bez opinii wyspecjalizowanych organów, np. Rzecznika Praw Obywatelskich, Urzędu Ochrony Danych Osobowych, Rzecznika Praw Pacjenta.

Nie było też konsultacji ze środowiskiem medycznym, w tym z Naczelną Radą Lekarską. Na posiedzeniu Sejmowej Komisji Zdrowia 21 października, po mojej stanowczej interwencji, dopuszczono mnie do głosu na kilka minut, co wystarczyło na parozdaniową wypowiedź. Poza mną

> **Ustawa jest przedstawiana jako ukłon w stronę środowiska medycznego i spełnienie naszych postulatów. To nieprawda.**

głosu nie udzielono innym przedstawicielom środowiska medycznego.

Nie było szansy na omówienie naszego stanowiska i uwag, które przygotowaliśmy w błyskawicznym tempie. Nasze propozycje przedstawiali posłowie opozycji, ale nawet pozytywna opinia Sejmowego Biura Legislacyjnego nie miała znaczenia. Posłowie koalicji rządzącej (w tym koledzy lekarze) oraz wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski, przesądzali o kształcie ustawy. Nadzieja pokładana w senacie zapewne okaże się płonna, bo nie w tej izbie kończy się proces legislacyjny. Cudów więc nie spodziewam się.

Ustawa jest przedstawiana jako ukłon w stronę środowiska medycznego i spełnienie naszych postulatów. To nieprawda. Mało tego, zapisy, które znalazły się w projekcie, były niezgodne z tym, co zapowiedział minister zdrowia na konferencji prasowej dzień przed sejmową debatą. Przekaz z tej konferencji narzucił narrację i na tyle mocno utrwalił się wśród dziennikarzy i w mediach, że prawdziwy obraz zmian z trudem przebija się do opinii publicznej.

Na przykład w przestrzeni publicznej krąży informacja o wzroście wynagrodzenia dla lekarzy (dyrektorzy szpitali sygnalizują, że już zwracają się do nich pracownicy oczekujący podwyżki). Tymczasem prawda wygląda inaczej. Proponowaliśmy, aby 200 proc. wynagrodzenia mieli zagwarantowane wszyscy lekarze walczący z COVID-19, niezależnie od tego, czy są oddelegowani przez wojewodę do danej placówki, czy też pracują w niej. To byłoby uczciwe. Posłowie byli innego zdania i nasza poprawka została odrzucona. W efekcie obecny zapis obejmuje znikomą część środowiska (przy czym – co ważne – dotyczy przeciętnego wynagrodzenia podstawowego na danym stanowisku).

Takie rozwiązania to źródło frustracji i niezadowolenia. Podobny efekt przyniesie odrzucenie naszego postulatu, by na koszt państwa objąć ochroną ubezpieczeniową na wypadek utraty zdrowia i życia wszystkich medyków walczących z COVID-19.

> **Proponowaliśmy, aby 200 proc. wynagrodzenia mieli zagwarantowane wszyscy lekarze walczący z COVID-19, niezależnie od tego, czy są oddelegowani przez wojewodę do danej placówki, czy też pracują w niej. To byłoby uczciwe.**

Upominaliśmy się też o to, by prawem do zasiłku chorobowego w wysokości 100 proc. objąć nie tylko osoby „na etacie", ale również „kontraktowców", a podstawą wymiaru było rzeczywiste wynagrodzenie z ostatnich miesięcy przed kwarantanną czy izolacją. Chcieliśmy objęcia tym przepisem wszystkich lekarzy opiekujących się pacjentami, również niedotkniętymi COVID-19. Bez powodzenia!

Z nadzieją oczekiwaliśmy wprowadzenia w życie „Klauzuli dobrego samarytanina", której projekt kilka miesięcy temu zaproponowała Naczelna Rada Lekarska. Celem klauzuli w naszym wydaniu było zagwarantowanie bezpieczeństwa prawnego lekarzom i przedstawicielom innych zawodów medycznych, skierowanym do zadań nieobjętych ich specjalnością. Intencją było uwolnienie od odpowiedzialności karnej, cywilnej i zawodowej w razie popełnienia błędu, chyba że doszło do niego wskutek rażących uchybień. W poselskim projekcie z 19 października zaproponowano zwolnienie jedynie od odpowiedzialności karnej, przy tym pozostawiono niebezpiecznie duże pole do interpretacji i wprowadzono dodatkowe warunki skorzystania z tego zwolnienia. Zostało nam rozwiązanie kadłubowe, które nie daje lekarzom poczucia bezpieczeństwa prawnego, co było ochoczo deklarowane przez rząd.

Inny zapis wprowadził już nas w świat Kafki. Ustawa przewiduje, że izby lekarskie powinny wydawać wojewodzie listy lekarzy, których ten może skierować do pracy przy zwalczaniu COVID-19. Nie powiedziano tylko, skąd izby mają wiedzieć, czy lekarz nie podlega wyłączeniu od tego nakazu, tj. jaki jest lekarki/lekarza stan zdrowia, sytuacja osobista, czy nie cierpi na chorobę przewlekłą, czy nie sprawuje samodzielnie opieki nad dzieckiem do lat 14. Absurdalność sytuacji polega na tym, że izby lekarskie nie mają prawa gromadzić takich danych. Jest to natomiast ustawowy obowiązek wojewody – i sami wojewodowie to przyznają.

Koledzy z niektórych okręgowych izb lekarskich podają pozytywne przykłady postępowania wojewodów, którzy działają roztropnie i wypełniają nałożone na nich obowiązki, wykazując się umiejętnością współpracy z placówkami medycznymi. Można? Można!

„Pod" tych, którzy sobie nie radzą, tworzy się przepisy przerzucające ich obowiązki na samorząd lekarski, czego ten nie jest w stanie wykonać. Kiedy zastanawiamy się, po co wprowadzać tak absurdalne rozwiązania, odpowiedzi padają różne: po to, by złość lekarzy niezadowolonych

z decyzji wojewodów kierować na izby, by skłócić środowisko, by zemścić się na samorządzie za krytykę tych wojewodów, którzy ośmieszyli siebie i swój urząd, wysyłając nakaz pracy do matek karmiących, do opiekunów schorowanych rodziców czy lekarzy z chorobami przewlekłymi.

Gdy powstawał ten tekst, media doniosły o nowym przykładzie – wojewoda mazowiecki skierował do pracy w innej placówce jedynego anestezjologa w szpitalu w Nowym Mieście. Bez konsultacji. I jak nie mówić tu o chaosie fundowanym nam przez urzędnika. Po wejściu w życie ustawy w świetle kamer będzie mógł wskazać winnego – izbę lekarską.

Inna bulwersująca sprawa to wprowadzenie tylnymi drzwiami propozycji, które już wcześniej, przy okazji nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, przepadły. Teraz wróciły i to w jeszcze groźniejszej postaci. Wprowadza się je, jak opisuje tytuł ustawy, w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, ale jest więcej niż pewne, że ich skutki będą trwały dłużej niż epidemia.

W poselskim projekcie ustawy zapisano uproszczenia procedury przyznawania prawa wykonywania zawodu cudzoziemcom. Odbywać się to będzie bez rzetelnej weryfikacji kwalifikacji i z pominięciem dotychczasowych procedur. Nawet bez wymaganej znajomości języka polskiego. Wystarczy oświadczenie. Ciekawe, w jakim języku będzie ono składane? Ciekawe, jakim językiem lekarz obcokrajowiec będzie komunikować się z koleżankami i kolegami z zespołów, a w jakim z pacjentem? Pewnie mistrz Bareja nie wymyśliłby lepszego sposobu na szybkie przegonienie europejskich krajów, które są liderami pod względem liczby lekarzy.

Kreatywności prawodawcom zabrakło natomiast tam, gdzie bardzo by się przydała, czyli w uwalnianiu nas od biurokratycznych obowiązków. Gdy każda minuta medyka jest cenna, zbędna papierologia, nawet scyfryzowana, którą trzeba wykonać, jest marnotrawstwem rzadkiego dobra, jakim jest jego czas pracy.

> **W poselskim projekcie ustawy zapisano uproszczenia procedury przyznawania prawa wykonywania zawodu cudzoziemcom. Odbywać się to będzie bez rzetelnej weryfikacji kwalifikacji i z pominięciem dotychczasowych procedur. Nawet bez wymaganej znajomości języka polskiego.**

Właśnie – czas. Ten płynie innym rytmem dla nas i naszych pacjentów, a innym dla decydentów i polityków.

W wakacje chyba nucono sobie uspokajające „jeszcze poczekajmy, jeszcze się nie spieszmy...” , bo czy tak daleko idących zmian w kilkunastu ustawach regulujących funkcjonowanie ochrony zdrowia nie można było opracować, przedyskutować i przeprowadzić przez parlament latem, skoro wiadomo było, że jesień przyniesie znaczący wzrost zakażeń i zachorowań?

Chaos decyzyjny, fatalne warunki pracy, brak umiejętności zarządzania w kryzysie, nagonka na lekarzy. To może wywołać długofalowe skutki, których dziś politycy, skupieni na gaszeniu pożarów, nie widzą lub nie chcą zauważyć.

Polecam ich uwadze wyniki badań ankietowych (wkrótce szerzej będzie o nich pisać „GL”) przeprowadzonych przez prof. Beatę Buchelt z Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie i prof. Iwonę Kowalską-Bobko z Uniwersytetu Jagiellońskiego przy współpracy z Naczelną Izbą Lekarską latem, czyli wtedy, kiedy sytuacja epidemiczna wyglądała dużo lepiej niż obecnie. Po pandemii 15 proc. lekarzy i 10 proc. pielęgniarek zamierza odejść z rynku pracy – wyemigrować lub całkowicie zrezygnować z zawodu. Czyżby czekała nas postpandemiczna katastrofa kadrowa?

Zdrowie i życie są zakładnikami polityki. W październiku potwierdziła to specustawa covidowa. Do tego doszło orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego o zaostrzeniu ustawy aborcyjnej, co będzie miało poważne konsekwencje dla wykonywania naszego zawodu, a przede wszystkim dla pacjentek i ich rodzin. Podobnie jest ze sporami wokół seksualności. To spektakularne przykłady całkowitego ignorowania współczesnej wiedzy medycznej i opinii lekarzy. Tymi sprawami będziemy się zajmować, podobnie jak problemami związanymi z realizacją ustawy covidowej, by pomóc Wam, Koleżanki i Koledzy, funkcjonować w tej chaotycznie komplikowanej rzeczywistości. Również, by jak się da i gdzie się da próbować blokować niemądre rozwiązania i minimalizować ich skutki w przyszłości. Nie zawsze się to udaje, ale nie poddajemy się. ■

O WYROKU TK DOT. ABORCJI

STANOWISKO Nr 118/20/P-VIII PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 27 października 2020 r. w sprawie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 roku w sprawie planowania rodziny, ochrony płodu ludzkiego i warunków dopuszczalności przerywania ciąży

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z głębokim zaniepokojeniem przyjmuje wyrok Trybunału Konstytucyjnego w sprawie dopuszczalności przerywania ciąży z uwagi na potwierdzone badaniami prenatalnymi ciężkie i nieodwracalne upośledzenie płodu albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu.

W opinii Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej dotychczasowy „kompromis" w sprawie możliwości przerwania ciąży dawał kobietom fundamentalne prawo do decyzji w tak trudnej i indywidualnej sytuacji w przypadku ciężkiego uszkodzenia płodu. Wolnością obywatelską jest możliwość podejmowania decyzji, której po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego kobiety zostaną pozbawione.

Należy też podkreślić, że wszelkie działania medyczne powinny opierać się o najnowszą wiedzę medyczną i odkrycia cywilizacyjne. Po wykonanym badaniu prenatalnym lekarz ma obowiązek przedstawić pełną obiektywną informację medyczną o wyniku badania. Mając na względzie treść wyroku Trybunału Konstytucyjnego, trzeba zwrócić uwagę, że istnieje groźba poniesienia odpowiedzialności karnej przez lekarza w sytuacji poinfwormowania pacjentki o możliwości przerwania ciąży w innych krajach Unii Europejskiej. Kobiety mają prawo do pełnej informacji, a próby ograniczenia dostępu do niej są – według Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej – nieakceptowalne.

Jednocześnie uważamy, że niezbędnym jest, by ewentualnym pracom nad kwestią dopuszczalności przerywania ciąży w Polsce towarzyszyły dodatkowo rozwiązania legislacyjne ułatwiające funkcjonowanie rodzinom już po narodzeniu ciężko i nieuleczalnie chorych dzieci. Jako lekarze jesteśmy świadkami dramatów rodzin, rozpadu związków małżeńskich, pozostawiania chorych dzieci i najczęściej ich matek samym sobie w trudnej sytuacji osobistej i ekonomicznej. Opisywana często przez matki codzienność funkcjonowania i trudności z uzyskaniem pomocy społecznej, wysokiej jakości pomocy lekarskiej, psychologicznej oraz fizjoterapeutycznej nie powinny mieć miejsca w kraju tak mocno starającym się dbać o życie od momentu poczęcia.

W opinii Prezydium NRL utrzymywanie ciąży z uwagi na ciężkie i nieodwracalne wady płodu wyczerpuje niekiedy znamiona terapii uporczywej. Mając na uwadze akceptowalne przez społeczeństwo przepisy dotyczące stwierdzania śmierci mózgu, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej sugeruje oparcie nowych regulacji na tworzeniu komisji lekarskich stwierdzających istnienie przesłanek do przerwania ciąży z uwagi na wady lub uszkodzenia letalne płodu.

Temat dopuszczalności przerywania ciąży był wielokrotnie podnoszony w dyskusji publicznej, budził podziały i skrajne emocje wśród obywateli. Dlatego Prezydium NRL uważa za nieodpowiedzialne podejmowanie rozstrzygnięć w tak kontrowersyjnej sprawie, prowokującej do masowych protestów społecznych, w okresie pandemii COVID-19 i lawinowego wzrostu zakażeń. Podczas demonstracji nie jest możliwe zachowanie zasad sanitarnych koniecznych dla redukcji zakażeń wirusem SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19.

Mając na uwadze napiętą sytuację, jaka powstała po ogłoszeniu wyroku Trybunału Konstytucyjnego, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wzywa środowiska polityczne do pilnego rozpoczęcia współpracy parlamentarnej oraz dialogu ze społeczeństwem celem wypracowania rozwiązań, które pozwolą – tym razem w trybie prac legislacyjnych – unormować tę kwestię. ■

SKRINING

Nie wszystko złoto, co się świeci

nil.org.pl

ALICJA SZCZYPCZYK
RAFAŁ HOŁUBICKI

Dział Mediów
i Komunikacji NIL

21 października Sejmowa Komisja Zdrowia przegłosowała projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19. Przepisy są przedstawiane jako ukłon w stronę środowiska medycznego i spełnienie postulatów samorządu lekarskiego – w opinii prezesa NRL Andrzeja Matyi – wręcz przeciwnie.

Poselski projekt rozmija się z zapowiedziami ministra zdrowia Adama Niedzielskiego. Wbrew powszechnym opiniom nie był konsultowany z żadnym samorządem środowiska medycznego. Żaden partner społeczny nie był dopuszczony do głosu podczas posiedzenia KZ, poza prezesem NRL, i to dopiero po jego stanowczej interwencji. Niestety, podczas kilku minut nie było szansy na przedstawienie stanowiska samorządu. „Nie było mowy o wytłumaczeniu, przekonywaniu, dotarciu do rozsądku" – czytamy w liście prezesa NRL, zamieszczonym na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej, podsumowującym obrady KZ.

Jeszcze przed posiedzeniem KZ, w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie odbyła się konferencja prasowa prezesa NRL dedykowana projektowi poselskiemu. W spotkaniu z dziennikarzami wziął również udział członek Prezydium NRL Jerzy Friediger.

W stanowisku Prezydium NRL z 20 października omówiono wszystkie zastrzeżenia, które do projektu zgłosił samorząd lekarski. Dotyczą one spraw związanych z bezpieczeństwem pacjenta, brakiem dostatecznego wsparcia prawnego, organizacyjnego oraz finansowego dla wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, a także innych zawodów medycznych, w związku z wykonywaną przez nich misją w czasie pandemii (pełna treść stanowiska w aktualnościach na stronie internetowej NIL).

Rządowe rozwiązania samorząd lekarski odbiera jako zarzewie konfliktów wewnętrznych i z otoczeniem, co grozi dodatkowym osłabieniem zaufania do środowiska lekarskiego, a także pozostałych zawodów medycznych. 27 października Senat RP przyjął kilkadziesiąt poprawek do projektu ustawy (więcej na s. 10). ■

Relacja KZ

Stanowisko PNRL

Dr Grzesiowski ekspertem NRL

22 października prezes NRL Andrzej Matyja powołał dr. Pawła Grzesiowskiego na eksperta NRL ds. walki z COVID-19.

Specjaliście, aktywnemu od początku pandemii i na bieżąco komentującemu zaistniałą sytuację poprzez m.in. organizowanie webinariów i wypowiedzi w mediach, nie przedłużono umowy w Szkole Zdrowia Publicznego CMKP, gdzie był wykładowcą. Dr Grzesiowski często krytycznie ocenia przedstawicieli władzy za wprowadzanie rozwiązań niewspółmiernych do aktualnej sytuacji epidemicznej w kraju.

Decyzja prezesa NRL została przyjęta z powszechnym uznaniem środowiska lekarskiego. ■

gazetalekarska.pl

NRL może działać online

Z początkiem października ponownie weszły w życie przepisy umożliwiające podejmowanie przez kolegialne organy samorządów zawodowych uchwał przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość lub w trybie obiegowym. Mają one obowiązywać w okresie stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19. Rozwiązanie to stanowi realizację postulatu prezesa NRL kierowanego do Ministra Zdrowia jeszcze we wrześniu.

Przywrócone rozwiązanie zostało wprowadzone w treści art. 14h ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Daje ono samorządowi możliwość ciągłej, merytorycznej pracy bez zwiększania ryzyka epidemicznego. ■

FOTO: MATERIAŁY PRASOWE NIL

Prezes NRL żąda przeprosin od wicepremiera

13 października wicepremier Jacek Sasin w wywiadzie radiowym dla Programu 1 Polskiego Radia nawiązał do obecnej sytuacji walki z pandemią, podczas którego powiedział: „Oczywiście występują problemy, tym problemem jest chociażby zaangażowanie personelu medycznego, lekarzy. Niestety występuje taki problem jak brak woli części środowiska lekarskiego – chcę to podkreślić wyraźnie – części".

W odpowiedzi na te słowa prezes NRL Andrzej Matyja wystosował pismo do wicepremiera z żądaniem przeprosin dla lekarzy, zwracając uwagę, że ta wypowiedź została bardzo negatywnie przyjęta przez środowisko lekarskie.

W piśmie prezes Matyja poinformował, że nie otrzymywał sygnałów o tym, że lekarze nie chcą w okresie epidemii wykonywać swoich obowiązków. Wprost przeciwnie, kierownictwo Ministerstwa Zdrowia wielokrotnie podkreślało zaangażowanie personelu medycznego w walce z koronawirusem.

Zaznaczył też, że samorząd lekarski wielokrotnie apelował o wprowadzenie zmian w ochronie zdrowia, a w obecnej sytuacji wszystkie słabości systemu zostały obnażone: braki kadrowe, zła organizacja i nieefektywność, zbyt niskie finansowanie. Ponadto, w czasie pandemii lekarze stanęli w obliczu np. braku środków ochrony osobistej, testów, odpowiedniego sprzętu, chaosu decyzyjnego i organizacyjnego, a mimo to robili i robią wszystko, by walczyć o zdrowie i życie pacjentów.

Do chwili druku tego numeru „GL" wicepremier Jacek Sasin nie przeprosił lekarzy za swoje słowa, a przedstawiciele rządu odwrócili swój przekaz, dziękując w swych wystąpieniach za zaangażowanie w walce na pierwszej linii frontu całemu personelowi medycznemu.

W swoich ostatnich wypowiedziach dla mediów prezes NRL zasugerował, aby rządzący, w tym wicepremier Jack Sasin, przyjechali do szpitali i stanęli twarzą w twarz z realną pracą, z jaką muszą mierzyć się na co dzień medycy. – Może wtedy zrozumieją, jaką pracę wykonujemy my, lekarze, i cały personel medyczny, i nie będą wypowiadać tak nieodpowiedzialnych słów w naszym kierunku – powiedział prezes NRL. ■

Nic o nas bez nas

Pod koniec września przedstawiciele zawodów medycznych skierowali wniosek do ministra zdrowia Adama Niedzielskiego o uwzględnienie ich w pracach powołanego w zarządzeniu MZ z 25 września br. Zespołu ds. opracowania propozycji zmian w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

W piśmie zwrócono uwagę, że w składzie zespołu powinni być przedstawiciele reprezentujący wszystkie osoby wykonujące określony zawód medyczny, ponieważ tylko oni mają możliwość przedstawienia wszechstronnej analizy co do sytuacji panującej w ochronie zdrowia i to zarówno na szczeblu szpitali wysokospecjalistycznych, jak i z perspektywy najmniejszych podmiotów działających w Polsce. Wykluczenie głosów środowiska samorządów wszystkich zawodów medycznych z prac nad dokumentem, co wielokrotnie było przedstawiane na Trójstronnym Zespole ds. Ochrony Zdrowia, skutkuje niedoskonałością i fragmentarycznością przyjętych rozwiązań.

Dokument został podpisany przez prezesów: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zofię Małas, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Alinę Niewiadomską, Naczelnej Rady Aptekarskiej Elżbietę Piotrowską-Rutkowską, Krajowej Izby Fizjoterapeutów Macieja Krawczyka oraz Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzeja Matyję.

Podczas ostatniego ze spotkań przedstawicieli Prezydium NRL z Ministrem Zdrowia zapewniono, że efekty pracy zespołu zostaną przedstawione do konsultacji z samorządami medycznymi. ■

Nie będzie ustnego PES

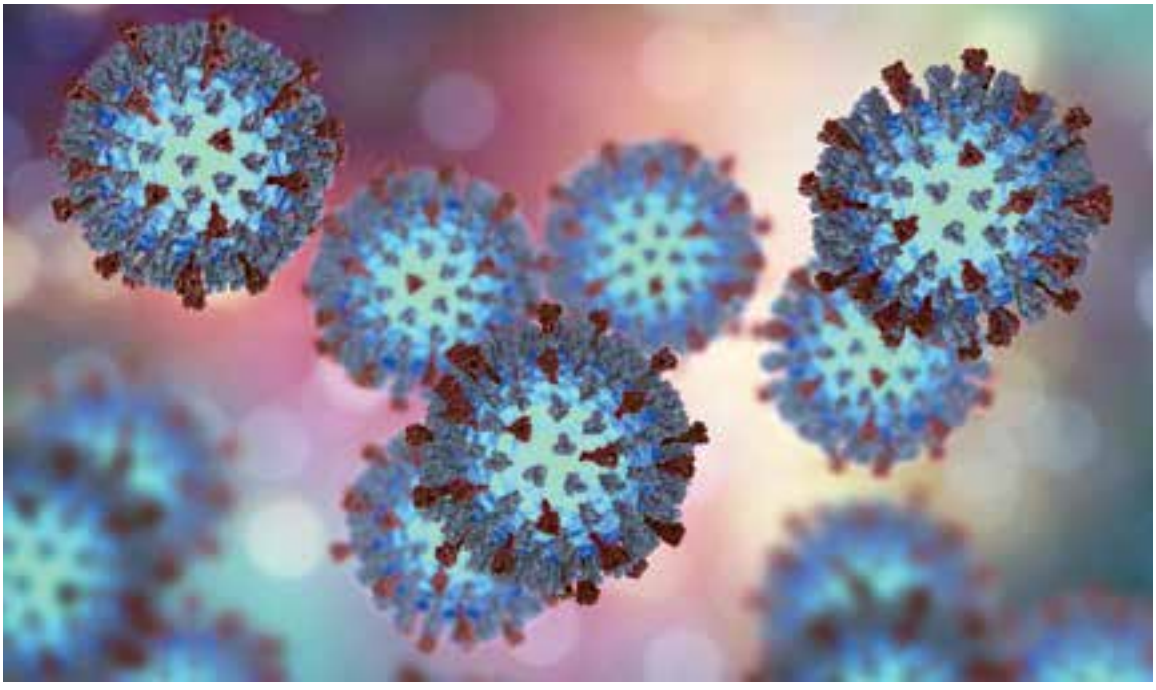
W związku z rozwijającą się sytuacją pandemiczną w kraju, Ministerstwo Zdrowia zdecydowało o zwolnieniu lekarzy i lekarzy dentystów przystępujących w sesji jesiennej do Państwowego Egzaminu Specjalistycznego z części ustnej. Takiego rozwiązania domagał się samorząd lekarski, obawiając się o bezpieczeństwo młodych lekarzy. ■

LEGISLACJA

Ustawa covidowa

Wśród społeczeństwa, w tym również i medyków, potęgują się obawy, że w najbliższych tygodniach pojawi się wiele budzących kontrowersje pomysłów i nowych przepisów uzasadnianych koniecznością walki z pandemią.

TEKST **MARIUSZ TOMCZAK**, DZIENNIKARZ



Tak było w ostatnich miesiącach, gdy kuriozalne przepisy uchwalano w błyskawicznym trybie, a „chowano" je wśród ustaw mających pomagać przetrwać pandemiczną pożogę. To, czego byliśmy świadkami w drugiej połowie października w czasie prac nad tzw. ustawą covidową pokazuje, że grozi nam powtórka.

Poselski projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 wpłynął do laski marszałkowskiej 19 października. W ciągu kilkudziesięciu godzin odbyło się pierwsze, drugie i trzecie czytanie, a uchwaloną ustawę przekazano marszałkowi Senatu już 23 października. Pośpiech uzasadniano koniecznością wprowadzenia w życie przepisów mających ułatwić walkę z pandemią.

ULATWIENIA DLA CUDZOZIEMCÓW

W uchwalonej ustawie spore zdumienie wzbudził m.in. pomysł wprowadzenia ułatwień dla lekarzy cudzoziemców spoza Unii Europejskiej, podobny do tego, który przez kilka miesięcy forsował minister zdrowia Łukasz Szumowski. Choć po wielu miesiącach sporów i burzliwych dyskusji to rozwiązanie nie znalazło się w znowelizowanej kilkanaście tygodni temu ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w ostatnich dniach powróciło do debaty publicznej. – Według przyjętych zapisów, znajomość języka polskiego będzie stwierdzana jedynie poprzez złożone oświadczenie. Ciekaw jestem, czy minister zdrowia zdaje sobie sprawę,

WAŻNE

Senat wprowadził 41 poprawek. Za przyjęciem ustawy z poprawkami głosowało 92 senatorów.

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

FOTO: PIXABAYA.COM

jaki ciężar bierze na swoje barki. To przecież odpowiedzialność za bezpieczne wykonywanie zawodu przez lekarzy, którzy nie ukończyli pięcioletnich studiów i, na dodatek, niemówiący po polsku – komentował „na gorąco" prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Matyja zaraz po posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia, które zakończyło się w nocy z 21 na 22 października. Sporo dyskusji wzbudziła również propozycja wprowadzenia dodatków finansowych dla stosunkowo niewielkiej grupy medyków walczących z pandemią. Pojawiły się głosy o chęci skłócenia środowiska. – Proponowaliśmy, aby 200 proc. wynagrodzenia mieli zagwarantowane wszyscy lekarze walczący z COVID-19, nieważne, czy oddelegowani do pracy, czy nie, nieważne, czy pracujący w szpitalu wojewódzkim, powiatowym czy innym podmiocie. Poprawka została odrzucona – skomentował prof. Andrzej Matyja.

KLAUZULA DOBREGO SAMARYTANINA

Sprytne rozwiązanie stanowi zawarta w ustawie propozycja nałożenia na izby lekarskie obowiązku sporządzania i przekazywania wojewodom list lekarzy, których można by skierować do pracy przy zwalczaniu pandemii. W ostatnim czasie, a przede wszystkim wiosną, na wojewodów wylała się z tego powodu fala krytyki, bo nie brakowało przypadków, gdy robiono to bez ładu i składu, a nakazy pracy wręczano np. samotnym matkom z dwójką kilkuletnich dzieci. Nie wiadomo w jaki sposób izby miałyby to robić, skoro nie gromadzą informacji m.in. o stanie zdrowia lekarzy, ich sytuacji osobistej i rodzinnej (m.in. sprawowaniu samodzielnej opieki nad dzieckiem do 14 lat), w oparciu o które takie nakazy można wystawić lub też nie. Mimo że w połowie miesiąca minister zdrowia Adam Niedzielski publicznie deklarował wprowadzenie „klauzuli dobrego Samarytanina", nawiązując do postulatów zgłaszanych przez środowisko lekarskie od kilku miesięcy, w projekcie ustawy znalazł się przepis o zwolnieniu lekarzy z odpowiedzialności karnej przy pozostawieniu, jak oceniło Prezydium NRL, „niebezpiecznie dużego pola do interpretacji i dodatkowych warunków skorzystania z tego zwolnienia".

> **W ciągu kilkudziesięciu godzin w Sejmie odbyło się pierwsze, drugie i trzecie czytanie.**

CO ZROBIŁ SENAT?

27 października, w godzinach nocnych, senatorowie przegłosowali ustawę w napiętej atmosferze wynikającej nie tylko z pośpiechu, ale również problemów związanych z systemem do głosowania. Marszałek Tomasz Grodzki skarżył się na to, że widzi wyniki głosowań osobno z sali plenarnej, a osobno z sali posiedzeń i głosowań zdalnych, bo z uwagi na pandemię posiedzenia Senatu ponownie odbywają się w formule do niedawna kompletnie nieznanej w dziejach parlamentaryzmu. Senat wprowadził 41 poprawek. Za przyjęciem ustawy z poprawkami głosowało 92 senatorów, jedna osoba była przeciwko, a jedna wstrzymała się od głosu. Wśród przyjętych poprawek znalazła się m.in. ta zakładająca wprowadzenie dodatku w wysokości 100 proc. wynagrodzenia dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia zaangażowanych w leczenie pacjentów z COVID-19, a nie tylko tych skierowanych do pracy. Senatorowie wprowadzili też poprawkę zmierzającą do tego, aby w okresie trwającej pandemii ubezpieczonemu zatrudnionemu w podmiocie leczniczym za czas podlegania obowiązkowej kwarantannie, izolacji lub izolacji w warunkach domowych, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi na COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków, przysługiwało prawo do 100 proc. wynagrodzenia.

Sporo kontrowersji wzbudziła propozycja wprowadzenia dodatków finansowych. Pojawiły się głosy o chęci skłócenia środowiska medycznego.

TESTY DLA MEDYKÓW

Senat ponadto zaproponował utworzenie państwowego funduszu celowego, z którego finansowany miałby być zakup testów na obecność SARS-CoV-2 dla pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej, rodziców i opiekunów dzieci do 1. r.ż., a także osób w wieku powyżej 60. r.ż. Senatorowie opowiedzieli się również za stworzeniem podstaw prawnych dla wprowadzenia dobrowolnych ubezpieczeń na życie pracowników ochrony zdrowia finansowanych ze środków budżetu państwa. Wprowadzono także poprawkę zobowiązującą prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do zmiany planu finansowego na ten rok w celu podwyższenia o minimum 15 proc. opłaty ryczałtowej przeznaczanej na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 i uwzględnienia zasady, że przekazane środki, które nie zostaną wykorzystane do dnia 31 grudnia br., nie mogą podlegać zwrotowi. Inna z senackich poprawek zmierza do tego, aby przepisy przewidujące możliwość wyrażenia zgody na wykonywanie zawodu lekarza albo lekarza dentysty osobom, które uzyskały kwalifikacje poza UE, utraciły moc obowiązującą po dwóch latach od wejścia w życie ustawy, tak aby od początku traktować je jako wyjątek na czas pandemii, a nie normę.

NOWE OBOWIĄZKI DLA IZB

Zgodnie z poprawką Senatu, samorządy zawodowe zostaną zobowiązane do przekazywania wojewodzie wykazu osób wykonujących zawody medyczne, ale ocena, którzy medycy mogą zostać skierowani do pracy przy zwalczaniu epidemii, należeć będzie do wojewody. „Izba stoi na stanowisku, że przepis ustanawiający obowiązek organów samorządów zawodów medycznych do przekazywania wojewodzie albo ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wykazu osób wykonujących zawody medyczne nie może „precyzować", że wykaz ten ma odnosić się do osób, które mogą być skierowane do pracy, z uwagi na okoliczność, że organy te nie posiadają informacji w tym zakresie" – wskazano w uzasadnieniu. Co więcej, senatorowie opowiedzieli się za tym, aby mężczyźni w wieku 60-65 lat nie podlegali pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu pandemii.

ORZECZENIA I RECEPTY

Senatorowie zdecydowali, żeby w okresie trwającej pandemii lotniczy zespół ratownictwa medycznego składał się co najmniej z trzech osób, w tym z jednego pilota zawodowego i lekarza systemu oraz ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu. Celem innej z poprawek jest to, aby orzeczenie w sprawie choroby przewlekłej, której występowanie uniemożliwia skierowanie do pracy, mogło być wydawane przez lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny, której dotyczy choroba przewlekła, bądź też przez specjalistę w dziedzinie chorób zakaźnych. Zgodnie z jeszcze inną poprawką, przedłużanie terminu realizacji recepty w okresie stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii miałoby następować w drodze rozporządzenia, a nie obwieszczenia. Senatorowie chcą również wydłużenia czasu, po upływie którego właściwy podmiot tworzący jest obowiązany dokonać likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (z 12 do 24 miesięcy od upływu terminu do pokrycia straty).

CO NA TO POSŁOWIE?

– Trzeba pamiętać w jakim momencie jesteśmy, z jakimi wyzwaniami musimy się borykać – powiedział w Senacie wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski. Przyznał, że „skala pandemii jest większa niż nasze założenia", a ustawa jest „w pewnym sensie interwencyjna" i pomoże w walce z COVID-19. W jakim stopniu okaże się ona przydatna, to się dopiero okaże, tak jak w chwili oddawania tego numeru „Gazety Lekarskiej" do druku jeszcze nie było wiadomo, które z senackich poprawek poprze Sejm, a które posłowie zdecydują się odrzucić. Wysoce prawdopodobne wydaje się natomiast to, że prezydent Andrzej Duda uchwaloną ustawę podpisze bez zbędnej zwłoki. Z części nowych przepisów niektórzy medycy się ucieszą, ale inne mogą ich zmartwić, a być może nawet zezłościć, co dobitnie unaoczniła dyskusja, która przetoczyła się nad ustawą w czasie prac w Sejmie i Senacie. Nie pierwszy i, prawdopodobnie, nie ostatni raz. ■

OSTATNIE TERMINY W PROJEKCIE

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego
Naczelnej Izby Lekarskiej

zaprasza wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów na bezpłatne szkolenia z zakresu postępowania diagnostycznego, terapii oraz profilaktyki:

- chorób układu krążenia
- chorób nowotworowych
- chorób i zaburzeń psychicznych
- chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego
- chorób układu oddechowego

Szkolenia są uzupełnione o warsztaty z komunikacji i budowania relacji pomiędzy lekarzami pierwszego kontaktu a lekarzami specjalistami.

SZKOLENIA ONLINE

NOWOŚĆ – można wziąć udział w każdym interesującym Państwa module szkolenia (a nie – jak było dotychczas – wyłącznie w jednym)

Korzyści ze szkolenia:
- 20 punktów edukacyjnych
- dostęp do platformy e-learningowej
- podręcznik wytycznych

ZAPISY: https://nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia
SZCZEGÓŁY: https://wytyczne.org – w zakładce Aktualności

Biuro Projektu:
Ośrodek Doskonalenia Zawodowego – Naczelna Izba Lekarska
ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa
e- mail: wytyczne@hipokrates.org tel: 600 048 082

Szkolenie współfinansowane przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (POWER)

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Apel do mediów i osób publicznych

gazetalekarska.pl

Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich zareagował na treść depeszy Polskiej Agencji Prasowej pt. „Izby lekarskie niechętnie kierują personel medyczny do walki z epidemią", apelując do mediów i osób publicznych o nierozpowszechnianie zawartych w niej fałszywych informacji.

Prezesi okręgowych rad lekarskich informują, że m.in. fragment tekstu: „Wojewodowie zwrócili się z prośbą do izb zrzeszających lekarzy o kierowanie personelu medycznego do pracy w związku z koronawirusem. Ich apel nie spotkał się z odzewem kadry medycznej. W niektórych województwach izby nie skierowały żadnej osoby", zawiera nieprawdziwe informacje.

KPORL podkreśla, że izby nie mają żadnej możliwości prawnej kierowania kogokolwiek do zwalczania epidemii. Konwent zwraca też uwagę, że oddelegowanie lekarza do pracy w innym miejscu wiąże się z generowaniem problemów związanych z brakiem lekarza w miejscu, gdzie dotychczas pracował, a pacjenci z chorobami innymi niż COVID-19 również potrzebują opieki. W apelu podkreślono również, że w obliczu epidemii medycy potrzebują realnego wsparcia, a nie rozpowszechniania nieprawdziwych i obraźliwych informacji na swój temat. ■

Trzeba działać inaczej

15 października prezes ORL w Katowicach Tadeusz Urban wystosował list otwarty do Ministra Zdrowia, w którym zwraca uwagę, że w związku z nasileniem zakażeń COVID-19 i brakiem skuteczności dotychczasowych metod stosowanych do opanowania pandemii trzeba szukać nowych rozwiązań i niezwłocznie wprowadzać je w życie.

Wyraził przy tym ubolewanie, że w procesie decyzyjnym bagatelizuje się sugestie i propozycje środowiska lekarskiego. Zaproponował też dwa rozwiązania, które powinno się wziąć pod uwagę.

Pierwsze z nich to zmiana przepisów tak, aby możliwe było przyznanie lekarzom, którzy jeszcze nie zdali LEK-u, prawa wykonywania zawodu i skierowanie ich do pracy w trybie pilnym.

Drugim z proponowanych rozwiązań jest zmiana trybu przyjęć planowych tak, aby pacjent, po założeniu dokumentacji medycznej i pobraniu wymazu w kierunku SARS-CoV-2, mógł w trybie przepustki oczekiwać w domu na potwierdzenie ujemnego wyniku, po czym wracałby niezwłocznie do oddziału szpitalnego. Taki tryb postępowania wymagałby jednoznacznego zalecenia i akceptacji przez NFZ. Zdaniem Tadeusza Urbana dzisiaj stosowana procedura pobierania wymazów u pacjentów już przebywających w szpitalu w przypadku potwierdzenia infekcji u któregokolwiek z nich powoduje konieczność odsunięcia od pracy całej rzeszy personelu, z którym miał kontakt, a nawet zamknięcia oddziału. ■

Lublin w czasach zarazy

Wystartował projekt „Historyczny obraz Lublina w czasach zarazy". Jednym z partnerów przedsięwzięcia została Lubelska Izba Lekarska.

W ramach projektu uruchomiono portal edukacyjny opowiadający o epidemiach, które miały miejsce w Lublinie (www.teatrnn.pl/morowy-lublin). Zamieszczono w nim m.in. filmy „Opowieści lubelskiego balwierza" i „Szlakiem lubelskich epidemii".

Twórcą projektu jest Ośrodek „Brama Grodzka – Teatr NN" (Lubelska Trasa Podziemna). ■

Film o COVID-19

Wielkopolska Izba Lekarska przygotowała film opowiadający o pandemii, m.in. o nowej fali zakażeń, charakterystyce SARS-CoV-2, testach, różnicach między COVID-19 a grypą, wpływu choroby na stan psychofizyczny. W filmie występują: prof. Magdalena Figlerowicz (specjalista chorób zakaźnych i pediatra, konsultant wojewódzki ds. chorób zakaźnych w Wielkopolsce), prof. Jacek Wysocki (specjalista chorób zakaźnych i pediatra, wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Wakcynologii), Artur de Rosier (specjalista psychiatra, prezes ORL WIL). ■

#Niezapominaj

30 września Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zorganizowała konferencję, podczas której podkreślano, że od ubiegłorocznej kampanii pt. „Polska to chory kraj" sytuacja w ochronie zdrowia nie poprawiła się. Wręcz przeciwnie, jest coraz gorzej, a kryzys spowodowany pandemią SARS-CoV-2 obnażył chaos organizacyjny systemu.

W ramach izbowej akcji #Niezapominaj powstał m.in. film, w którym medycy biją „brawa" politykom za to, co robią z polskim systemem opieki zdrowotnej. Opublikowano też manifest, w którym lekarze domagają się m.in. pilnego zwiększenia finansowania ochrony zdrowia do poziomu 6,8 proc PKB, z gwarancją dalszego zwiększania nakładów – do 9 proc. PKB w 2030 r. Apelują też o stworzenie takiego systemu, który będzie gwarantował pacjentom wysoką jakość usług, a personelowi godne warunki pracy. Więcej o akcji na www.niezapominaj.com. ■

FOTO: WIKTORIA KOT, WIL

VIGANTOLETTEN®

LEK BEZ RECEPTY Z WITAMINĄ D

WSPIERA ZDROWIE KOŚCI W KAŻDYM WIEKU

Zapobieganie niedoborom **witaminy D**[1]
Leczenie wspomagające w osteoporozie[1]

Skrócona informacja o leku Vigantoletten 1000 Skład i postać farmaceutyczna: tabletki. 1 tabletka zawiera 25 mikrogramów cholekalcyferolu równoważnego 1000 j.m. witaminy D. **Wskazania do stosowania:** zapobieganie krzywicy i osteomalacji u dzieci i dorosłych; zapobieganie schorzeniom w przypadku występowania ryzyka niedoboru witaminy D u dzieci i dorosłych; zapobieganie niedoborom witaminy D u dzieci i dorosłych; leczenie wspomagające w osteoporozie u dorosłych. **Dawkowanie i sposób podawania**: Dawkowanie: *Dzieci:* pół tabletki na dobę (co odpowiada 0,0125 mg lub 500 j.m. witaminy D). U noworodków, niemowląt i małych dzieci lek należy stosować jedynie pod nadzorem lekarza. *Dorośli (w tym osoby w podeszłym wieku):* jedna tabletka na dobę (co odpowiada 0,025 mg lub 1000 j.m. witaminy D). Bez nadzoru lekarza nie należy stosować produktu leczniczego długotrwale lub w dawkach większych niż zalecane. *Leczenie wspomagające w osteoporozie u dorosłych:* Dwie tabletki na dobę (co odpowiada 0,050 mg lub 2000 j.m. witaminy D). Bez nadzoru lekarza nie należy stosować produktu leczniczego długotrwale, lub w dawce 2000 j.m. na dobę albo większej. Ponadto bez nadzoru lekarza nie należy stosować jednocześnie innych leków, czy suplementów diety oraz innego rodzaju środków spożywczych zawierających witaminę D (cholekalcyferol), kalcytriol lub inne metabolity i analogi witaminy D. Sposób podawania: *Noworodki, niemowlęta i małe dzieci:* należy rozpuścić pół tabletki produktu Vigantoletten 1000 w wodzie na łyżeczce (do herbaty) i podać zawiesinę wodną dziecku bezpośrednio do ust, najlepiej podczas posiłku. Przed podaniem należy się upewnić czy tabletka uległa całkowitemu rozpuszczeniu. Nie zaleca się dodawania tak sporządzonej zawiesiny wodnej do zawartości butelki niemowlęcia (noworodka) lub innego pokarmu, gdyż wówczas nie można zagwarantować przyjęcia pełnej dawki produktu. Jeśli jednak Vigantoletten w tabletkach musi zostać podany z pokarmem (płynnym), konieczne jest wcześniejsze zagotowanie pokarmu (mleka). Należy uwzględnić zawartość witaminy D w pokarmie, jeśli przyjmuje się równocześnie pokarm z dodatkiem witaminy D i produkt leczniczy Vigantoletten 1000. Noworodki karmione piersią, których matki przyjmowały witaminę D w ostatnim trymestrze ciąży, wymagają suplementacji witaminy D począwszy od trzeciego tygodnia życia. Noworodki karmione piersią, których matki nie otrzymywały witaminy D w ostatnim trymestrze ciąży, wymagają suplementacji witaminy D począwszy od pierwszych dni życia. Noworodki karmione mlekiem modyfikowanym, spożywające w ciągu doby objętość mleka, która zabezpiecza należną podaż 400 j.m. na dobę, nie wymagają suplementacji witaminy D. *Dorośli:* należy zażyć tabletkę popijając wystarczającą ilością płynu. **Przeciwwskazania:** nadwrażliwość na substancję czynną (cholekalcyferol) lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; hiperkalcemia i (lub) hiperkalcynuria; kamica nerkowa i (lub) ciężka niewydolność nerek; rzekoma niedoczynność przytarczyc (zapotrzebowanie na witaminę D może być obniżone z powodu okresów prawidłowej wrażliwości na tę witaminę, prowadzących do przedawkowania). W tym przypadku dostępne są pochodne witaminy D łatwiejsze do kontrolowania. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** dodatkowe dawki witaminy D lub wapnia mogą być stosowane wyłącznie pod nadzorem lekarza. W takich przypadkach należy kontrolować stężenia wapnia w surowicy i w moczu. U pacjentów cierpiących na sarkoidozę Vigantoletten 1000 powinien być podawany wyłącznie z zachowaniem szczególnej ostrożności ze względu na ryzyko nadmiernej przemiany witaminy D do aktywnych metabolitów. U tych pacjentów należy monitorować stężenie wapnia w surowicy oraz w moczu. W przypadku pacjentów z zaburzeniami czynności nerek leczonych produktem leczniczym Vigantoletten 1000 należy kontrolować metabolizm wapnia i fosforanów. Produkt leczniczy Vigantoletten 1000 powinien być stosowany z zachowaniem szczególnej ostrożności u niemowląt i małych dzieci z powodu możliwej nieumiejętności połknięcia tabletek i możliwości udławienia się. W przypadku tej grupy wiekowej pacjentów należy rozpuszczać tabletki zgodnie z instrukcją lub stosować produkty w postaci kropli lub emulsji. W razie długotrwałego stosowania produktu Vigantoletten 1000, zwłaszcza w dawce dobowej przekraczającej 1000 j.m. witaminy D, należy monitorować stężenie wapnia w surowicy i w moczu oraz kontrolować czynność nerek przez pomiar stężenia kreatyniny. Jest to szczególnie ważne w przypadku pacjentów w podeszłym wieku oraz przy jednoczesnym leczeniu glikozydami nasercowymi czy diuretykami. W przypadku hiperkalcemii lub oznak zaburzenia czynności nerek należy zmniejszyć dawkę lub przerwać leczenie. Zaleca się zmniejszenie dawki lub przerwanie leczenia jeśli dobowe wydalanie wapnia w moczu przekroczy7,5 mmol/24 godziny (300 mg/24 godziny). Vigantoletten 1000 zawiera sacharozę. Z tego względu nie zaleca się jego stosowania u pacjentów z rzadkimi wrodzonymi zaburzeniami przebiegającymi z nietolerancją fruktozy, złym wchłanianiem glukozy - galaktozy lub niedoborem enzymów β-fruktofuranozydazy i izomaltazy. Vigantoletten 1000 zawiera sód, lecz w ilości poniżej 1 mmol (23 mg) na tabletkę. **Działania niepożądane:** Zaburzenia żołądka i jelit: dolegliwości żołądkowo-jelitowe, takie jak zaparcia, wzdęcia, nudności, bóle brzucha lub biegunka. Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: reakcje nadwrażliwości, takie jak świąd skóry, wysypka lub pokrzywka. Zaburzenia metabolizmu i odżywiania: hiperkalcemia i hiperkalcynuria w przypadku przedłużonego stosowania dużych dawek. W pojedynczych przypadkach opisywano zejścia śmiertelne. **Przed zaleceniem produktu należy zapoznać się z pełną informacją o leku. Kategoria dostępności:** Produkt leczniczy wydawany bez przepisu lekarza –OTC. **Podmiot odpowiedzialny:** P&G Health Germany GmbH, Sulzbacher Str. 40, 65824 Schwalbach am Taunus, Niemcy (poprzednio: Merck KGaA Frankfurter Str. 250 64293 Darmstadt, Niemcy). Opracowano na podstawie ChPL z dnia 01.08.2019. **Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu**: R/1786 - wydane przez Prezesa URPL,WMiPB.
(POL-VIG-1908-0122a)

1. ChPL Vigantoletten 1000 z dnia 01.08.2019

MAT-PL-VIGANTOL-20-000052

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Jubileusz 30-lecia izby

gazetalekarska.pl

26 września odbyły się obchody 30-lecia istnienia Opolskiej Izby Lekarskiej. Uroczystość była bardzo skromna ze względu na panującą pandemię.

Opolska Izba Lekarska powstała w 1990 r. Początkowo lekarze z tego regionu mieli być zrzeszeni w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej, ale po staraniach udało się utworzyć odrębną izbę.

Jubileusz zorganizowano w auli starego Gmachu Głównego Uniwersytetu Opolskiego, a wśród gości znaleźli się m.in. prezes NRL Andrzej Matyja, przewodniczący NSL Jacek Miarka, wicemarszałek województwa opolskiego Roman Kolek, wiceprezydent Opola Maciej Wujec i dyrektor OOW NFZ Robert Bryk. W trakcie spotkania wręczono odznaki honorowe „Za zasługi dla ochrony zdrowia" (odznaczenia przyznawane przez Ministra Zdrowia) oraz izbowe „Prymariusze Opolskie". Obszerna relacja z tego wydarzenia została opublikowana w listopadowym numerze „Biuletynu Informacyjnego Opolskiej Izby Lekarskiej". ■

Lekarka WIL ukończyła 100 lat

Prof. Jadwiga Koczocik-Przedpelska, lekarka Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, 27 września obchodziła setne urodziny.

W czasie wojny działała w AK, była m.in. organizatorką punktu sanitarnego, który przerodził się w szpital. W 1944 r. została aresztowana i zesłana do łagrów w pobliżu Stalinogorska. W 1948 r. rozpoczęła pracę naukową na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego, specjalizowała się w fizjologii stosowanej. Przez ponad dwie dekady kierowała Zakładem Patofizjologii Narządów Ruchu Instytutu Ortopedii i Rehabilitacji AM w Poznaniu. Ma na koncie 165 publikacji naukowych.

W dniu urodzin otrzymała m.in. kwiaty, gratulacje i życzenia od prezesa ORL WIL Artura de Rosier, a także od przewodniczącego komisji ds. lekarzy emerytów i rencistów wielkopolskiej izby Stanisława M. Dzieciuchowicza. ■

Wojskowi lekarze pod nowym adresem

O tym, że Wojskowa Izba Lekarska nie może dłużej korzystać z siedziby, którą zajmowała przez ostatnich kilkanaście lat, pisaliśmy w poprzednim numerze „GL". Przypomnijmy, okres wypowiedzenia umowy użyczenia lokalu przy ul. Koszykowej 78 w Warszawie mijał z końcem października.

Ostanie tygodnie upłynęły władzom izby na intensywnym poszukiwaniu nowego lokum. Zdecydowano się wynająć lokal przy ul. Edwarda Jelinka 48 w Warszawie. Jest to tymczasowe rozwiązanie (umowę najmu podpisano na rok), trwają poszukiwania docelowej siedziby. ■

FOTO: ELŻBIETA PRZEDPEŁSKA-OBER FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

Pokaż, jak wygląda praca w pandemii

Lekarzu! Walczysz z COVID-19? Podziel się swoją historią lub zdjęciem pokazującym trud pracy w czasie pandemii.

Czekamy na fotografie z komentarzem ich autorów lub osób fotografowanych, ukazujące codzienną walkę o zdrowie i życie Polaków, poświęcenie, ale też ograniczenia i absurdy codzienności, które tylko potęgują problemy w niesieniu pomocy (e-mail: redakcja@gazetalekarska.pl).

Chcemy pokazać innym Waszą walkę na łamach „Gazety Lekarskiej".

Redakcja „GL" ■

W trosce o zdrowie kobiet

www.gedeonrichter.pl

GEDEON RICHTER
Zdrowie jest naszą misją

JESIEŃ Z PANDEMIĄ

Z dużym prawdopodobieństwem można powiedzieć, że czekają nas jeszcze długie tygodnie z SARS-CoV-2. To, że w okresie jesienno-zimowym łatwiej o infekcje górnych dróg oddechowych, utrudnia walkę z zagrożeniem.

500

przekroczyła liczba mobilnych punktów wymazów drive thru 21 października. Działają one także w godzinach popołudniowych i wieczornych. Medyków wspomagają żołnierze.

5

osób, pod warunkiem zakrycia nosa i ust oraz zachowania 1,5 m odległości od innych, może uczestniczyć w zgromadzeniach w strefie czerwonej (to maksymalny limit). Od 19 października obowiązuje tam do odwołania zakaz organizacji imprez okolicznościowych (np. wesel, komunii, konsolacji). 17 października w strefie czerwonej były 152 powiaty, w tym 11 miast wojewódzkich (m.in. Warszawa), a 24 października została nią już cała Polska.

20-30%

dziennej liczby osób z nowymi zakażeniami trafi do szpitala, co oznacza, że „przy tym poziomie będziemy mieli obłożenie szpitalnictwa rzędu 2-3 tys. nowych pacjentów dziennie", spośród których 10-20 proc. ma wymagać opieki respiratorowej – powiedział minister zdrowia 21 października w Sejmie.

1/3

porad mniej (tj. ponad 11 mln) udzielono w POZ w II kwartale w porównaniu z tym samym okresem poprzedniego roku – wynika z danych NFZ. Nie wiadomo, ile z udzielonych świadczeń odbyło się w ramach teleporady, bo obowiązek ich raportowania wprowadzono dopiero 1 września.

4 tys.

przekroczyła liczba zgonów w Polsce z powodu pandemii 22 października. Tego dnia resort podał, że w ciągu ostatniej doby zmarło 168 osób z koronawirusem (31 pacjentów z powodu COVID-19, a 137 osób z powodu współistnienia COVID-19 z innymi schorzeniami).

8,4 tys.

poradni POZ zweryfikowali pracownicy NFZ po sygnałach dochodzących o ograniczaniu dostępu do opieki zdrowotnej w czasie pandemii. Jak powiedział szef MZ, 600 jednostek „nie wykazało dostępności via telefon", a po wizytacji okazało się, że 60 z nich „było zamkniętych". – Podlegają one działaniom kontrolnym NFZ – powiedział Adam Niedzielski.

500

łóżek, w tym 50 przeznaczonych do intensywnej terapii, ma znaleźć się w pierwszym tymczasowym szpitalu zlokalizowanym na Stadionie Narodowym w Warszawie. „Szpital Narodowy" będzie filią szpitala MSWiA, a docelowo może tam być do 1 tys. miejsc.

18

prywatnych szpitali udostępni na cele covidowe 1046 łóżek wraz z personelem medycznym. W sumie sektor prywatny posiada ok. 4 tys. łóżek szpitalnych, co oznacza, że na potrzeby pacjentów z koronawirusem zostanie przeznaczonych 25 proc. zasobów.

16,3 tys.

nowych i potwierdzonych przypadków zakażenia koronawirusem w ciągu doby przybyło w Polsce 27 października. Dla porównania: 1 października było ich niecałe 2 tys., a rekord zakażeń we wrześniu wyniósł 567.

16

lat to górna granica wieku osób, których od 24 października w dniach nauki szkolnej, w godzinach 8.00-16.00, dotyczy obowiązek przemieszczania się pod opieką rodzica lub opiekuna. Dotyczy on całego kraju. Podobne obostrzenie obowiązywało już wiosną.

MARIUSZ TOMCZAK

dziennikarz

ANALIZA

Co się stało?

Ostrzeżeń przed powtórką sytuacji z wiosny nie brakowało, ale szybki wzrost zakażeń koronawirusem w drugiej połowie września zaskoczył sporo osób, a to, czego świadkami byliśmy w październiku, niejednego wprawiło w osłupienie. Obaw o przyszłość jest sporo, ale nie tylko z powodu COVID-19.

M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL

Pierwszy „lockdown" po chińsku, obecny kierunek na odporność populacyjną jak w szwedzkim, biurokracja jak w rosyjskim, działalność pubów angielska, zachowanie się polityków amerykańskie... Obyśmy nie sprawdzili włoskiej niewydolności systemu ochrony zdrowia – tak na początku października polski model walki z pandemią scharakteryzował Tadeusz Jędrzejczyk, były prezes NFZ. Sporo w tych słowach racji, choć w kolejnych dniach mocno straciły one na aktualności.

Odkąd 4 marca poinformowano o pierwszym przypadku koronawirusa w Polsce, statystyki rosną dzień za dniem. Od kilku miesięcy prawie codziennie pojawiają się informacje o nowych zakażeniach SARS-CoV-2 i kolejnych zgonach pacjentów z COVID-19, ale niektórzy zostali na nie jakby „uodpornieni". Latem tłumy wypoczywały na plażach, a w końcowej fazie kampanii wyborczej mało kto przestrzegał dystansu społecznego i, mimo skomplikowanej sytuacji w części Górnego Śląska, przez wiele tygodni liczba zakażeń i zgonów była stosunkowo stabilna. W czasie wakacji z innych krajów nie napływały alarmujące doniesienia, można było wyjeżdżać za granicę, z czego niemało osób skorzystało. I zaczął się wrzesień. Dzieci i młodzież, przy licznych głosach sprzeciwu, jednoczasowo wrócili do szkół, a wielu dorosłych do pracy, choć niekoniecznie zdalnej, nawet jeśli były ku temu sprzyjające okoliczności. Pandemia trwała, ale przecież świat się nie zawalił.

66 TYS.

testów na koronawirusa wykonano w ciągu doby – podało MZ 27 października

LICZBY ROBIĄ WRAŻENIE

Niestety, pod koniec września statystyki zaczęły szybować w górę. 7 i 8 października poinformowano o odpowiednio 75 i 76 zgonach z powodu COVID-19 i współistnienia zakażenia koronawirusem z innymi schorzeniami. To niemało, biorąc pod uwagę fakt, że dobowy rekord zgonów z wiosny wynosił 40 i nie został pobity aż do końca pierwszego tygodnia października. Kiedy 14 października gruchnęła informacja, że w Polsce COVID-19 i choroby współistniejące w ciągu doby pokonały 116 osób, a następnego dnia zmarło kolejnych 91 pacjentów, stało się jasne, że pandemia uderzyła ze zdwojoną siłą i, jak się wydaje, rządzący mieli przesłanki przypuszczać, że najgorsze może dopiero nadejść. Wydaje się wątpliwe, by ktokolwiek u władzy przeszedł obojętnie wobec tego, że koronawirus mniej lub bardziej bezpośrednio uśmiercił ponad 200 osób w zaledwie dwa dni, zwłaszcza w Polsce, gdzie nie mieliśmy do czynienia z tak dramatyczną sytuacją jak w niektórych krajach, gdzie kilka miesięcy temu COVID-19 zabijał po tysiąc osób dziennie. Liczby działają na wyobraźnię.

WYKRES PREMIERA

15 października premier Mateusz Morawiecki zapowiedział, że za niecałe 1,5 doby ok. 70 proc. ludności Polski znajdzie się w strefie czerwonej, gdzie dodatkowo zostaną zaostrzone rygory, a podstawowe zalecenie na najbliższe tygodnie brzmi: zostań w domu. Zdaniem szefa rządu kontakty społeczne Polaków powróciły do poziomu sprzed wybuchu pandemii, a na potwierdzenie tej tezy pokazywał wykres mobilności społecznej opracowany w oparciu o dane z telefonów komórkowych zebrane od marca. – Ten wykres mówi praktycznie wszystko o obecnej fali zachorowań – powiedział premier. – Wciskamy hamulec z całej siły. To jest konieczne, żeby obronić wydolność systemu opieki zdrowotnej – wtórował mu minister zdrowia Adam Niedzielski, który również odnosił się do tego wykresu. Jako że jest ekonomistą, zwraca uwagę na liczby, więc nieprzypadkowo tydzień później, odnosząc się do ponad 10 tys. nowych przypadków zakażeń, podkreślił,

że to „oddziałuje na psychikę". Można odnieść wrażenie, że zdaniem premiera i ministra zdrowia główną przyczyną wzrostu nowych zakażeń i zgonów jest fakt, że dystans społeczny stał się fikcją. Niezależnie od tego, na ile taka narracja jest zgodna z prawdą, trzeba przyznać, że wydaje się ona korzystna z punktu widzenia rządu, bo zdejmuje z decydentów dużą część odpowiedzialności za to, czego doświadczamy od kilku tygodni.

PRZYCZYNY BARDZIEJ ZŁOŻONE

– Przede wszystkim myślę, że gdyby na początku września nie otwarto szkół z dnia na dzień, liczba zakażeń byłaby niższa – mówi prof. Andrzej M. Fal, kierownik Kliniki Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych CSK MSWiA, a jednocześnie prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego. Dodaje, że trzeba było to robić sukcesywnie po audytach sanepidu. – Drugim powodem było, w wielkim skrócie, zjawisko polegające na tym, że po powrocie z wakacji z różnych stron świata przywozimy wiele patogenów, wymieniamy się nimi, a populacja to odchorowuje. Tak było też w tym roku – twierdzi prof. Andrzej M. Fal. Powód trzeci skokowego wzrostu zakażeń, nakładający się na dwa poprzednie, to mniejszy strach przed COVID-19. – Polacy i inni mieszkańcy naszego kontynentu w czasie wakacji zapomnieli, że to choroba potencjalnie śmiertelna. Przestaliśmy się bać pandemii, zaczęliśmy mniej przejmować się utrzymywaniem dystansu, noszeniem maseczek czy dezynfekowaniem rąk – tłumaczy. Wśród ekspertów jednak nie ma jednomyślności. Na pytanie, czy otwarcie szkół było błędem i przyczyniło się do dużej transmisji wirusa, prof. Andrzej Horban, konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, a od niedawna główny doradca premiera do spraw walki z epidemią koronawirusa, odpowiada przecząco.

PAŃSTWO A OBYWATELE

Bez wątpienia setki tysięcy Polaków inaczej zachowywały się w ostatnich miesiącach niż w pierwszych tygodniach pandemii, ale nie należy zapominać, że duży ciężar odpowiedzialności za jej przebieg i skutki spoczywa na rządzie – kreatorze polityki zdrowotnej. Rola obywateli, czyli potencjalnych zakażonych SARS-CoV-2 i potencjalnych chorych z COVID-19, jest oczywiście niesłychanie duża, ale tylko do pewnego momentu. W dużym stopniu to rząd jest odpowiedzialny za koordynację opieki zdrowotnej i takie zarządzanie systemem ochrony zdrowia, aby w czasie pandemii był wydolny i zabezpieczał nie tylko pacjentów zakaźnych, ale też osoby zmagające się z innymi chorobami. Od właściwej koordynacji w dużym stopniu zależy teraz sytuacja w całym kraju. Pandemia pokazała, że szeroko rozumiane bezpieczeństwo zdrowotne jest mocno powiązane z wieloma obszarami gospodarki, a sprawnie działająca opieka zdrowotna ma silniejszy wpływ na codzienne życie setek tysięcy Polaków, niż mogłoby się niektórym wydawać. – Jeśli nowe obostrzenia nie zadziałają, możliwy jest nawet głęboki lockdown – powiedział szef rządu 23 października. Dosłowne zamknięcie milionów obywateli w domach zapewne zmniejszyłoby ilość pracy medykom stojącym na pierwszym froncie walki z pandemią, ale z drugiej strony nawet najlepsi i najbardziej ofiarni lekarze, pielęgniarki czy ratownicy medyczni będą bezsilni, jeśli zacznie brakować pieniędzy na zakup leków, utrzymanie placówek, sprzętu czy wypłatę wynagrodzeń za ich codzienną pracę. Walka z pandemią kosztuje coraz więcej, a głównym „sponsorem" systemu ochrony zdrowia są aktywni zawodowo obywatele. Trzeba umiejętnie ważyć finansowe i społeczne korzyści i koszty podejmowanych decyzji, aby nie doszło do zachwiania sytuacji gospodarczej kraju. W konsekwencji ucierpieć może także ochrona zdrowia, a ludzie wtedy będą tracić zdrowie i życie łatwiej niż teraz, choć niekoniecznie z powodu zakażenia koronawirusem.

BYŁ LOCKDOWN, JEST NOKDAUN

Tak czy inaczej, wraz z nadejściem jesieni pandemia ponownie stała się tematem numer jeden w debacie publicznej, a zdania, w jaki sposób Polska radzi sobie w tej sytuacji, są podzielone. – Nie wiem czy wygrywamy, czy przegrywamy z epidemią koronawirusa. Wiele elementów tzw. drugiej fali, wbrew pozorom, nie było do przewidzenia – podkreśla Krzysztof Madej, wiceprezes NRL. Rozprzestrzenianie się wirusa jest nieprzewidywalne, choć wiele tęgich głów próbowało od kilku miesięcy przekonywać, że dzięki rozmaitym narzędziom statystycznym da się przewidzieć przyszły scenariusz. Te prognozy znów zawiodły. Nowy minister zdrowia otrzymał spory kredyt społecznego zaufania, ale każda zapowiedź wdrożenia jakiegoś działania, a tym bardziej podjęta przez Adama Niedzielskiego decyzja, jest natychmiast recenzowana z wielu stron. Na razie znacznie więcej słów krytyki niż minister zbierają premier i cały rząd – za to, że niedostatecznie przygotowano kraj na spodziewany jesienny wzrost zachorowań na COVID-19. – Dostaliśmy czas na przygotowania. Został on jednak zaprzepaszczony. W tej chwili trwa wielka improwizacja – mówi Paweł Grzesiowski, prezes Fundacji „Instytut Profilaktyki Zakażeń", a od niedawna ekspert NRL ds. walki z COVID-19. Zdaniem Pawła Kaźmierczaka, dyrektora medycznego American Heart of Poland, w pierwszej rundzie walkę z koronawirusem wygraliśmy, ale w drugiej zaliczyliśmy nokdaun. W bardziej stonowany sposób obecną sytuację ocenia Jacek Krajewski, prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie, choć również przyznaje, że mogliśmy się lepiej przygotować na jesień z SARS-CoV-2. – Jednak skala epidemii jest taka, że nawet dobrze przygotowani mielibyśmy problem ze sprostaniem tym wyzwaniom – podkreśla.

DLACZEGO SYSTEM KULEJE?

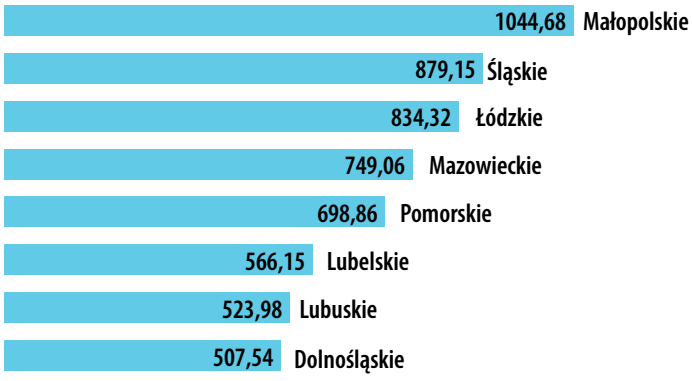
Niezależnie od oceny różnych decyzji podejmowanych przez premiera, jak również obecnego i poprzedniego szefa resortu zdrowia, trzeba pamiętać o obiektywnych trudnościach, z jakimi przychodzi się mierzyć decydentom podczas pandemii.

4,44 MLN

liczba przebadanych próbek pod kątem SARS-CoV-2 (dane MZ z 27 października)

Liczba zachorowań na 100 tys. mieszkańców

(wybrane województwa)



Źródło: www.gov.pl,27.10.2020, g. 11.05

4,27 MLN

liczba przebadanych osób pod kątem koronawirusa (dane MZ z 27 października)

– System jest niesterowny – wskazuje Marek Balicki, który jako jedyny w III RP dwukrotnie stawał na czele Ministerstwa Zdrowia. – Nie mamy silnego ośrodka władzy, który potrafiłby dokonywać dużych, strukturalnych przesunięć w obrębie bazy szpitalnej i podstawowej opieki specjalistycznej – dodaje dr Krzysztof Madej. Niesterowalny system kuleje w chwili próby, z którą mamy do czynienia od kilku miesięcy, a winę za to, że są w nim wieloletnie zaniedbania, głęboko zakorzenione absurdy, a nawet patologie, ponosi m.in. część osób bezlitośnie punktujących teraz nawet najdrobniejsze potknięcia rządu. To, że ta krytyka jest nierzadko w pełni zasłużona, jest oczywiste, ale nie należy zapominać, że kiedy sami mieli wpływ na to, by zmieniać na lepsze oblicze ochrony zdrowia, nie zawsze wystarczało im wyobraźni, wiedzy, woli lub kompetencji. W czasie pandemii mogłoby być łatwiej i medykom, i pacjentom, gdyby kiedyś podjęto ważne, a czasami również odważne decyzje, zamiast chować głowę w piasek.

OSKARŻENIA I PUSTE KIESZENIE

W czasie pandemii uwidaczniają się braki kadry medycznej, co ważne – nie tylko lekarzy. – Łóżka ani respiratory nie leczą. Możemy mieć ich setki, ale bez wysokowykwalifikowanego personelu nie zapewnimy opieki potrzebującym – podkreśla Marcin Pakulski, były prezes NFZ. Te problemy widoczne są nie tylko w odniesieniu do pacjentów z COVID-19 wymagających hospitalizacji. Przez długie lata na marginesie zainteresowania wielu decydentów pozostawała podstawowa opieka zdrowotna, co od marca odbija się czkawką chyba każdemu, kto chce skorzystać z porady lekarza rodzinnego. – Ponad 40 proc. lekarzy pracujących w POZ osiągnęło wiek emerytalny. Nad niektórymi placówkami wisi groźba rezygnacji tych osób z pracy, bo nie chcą narażać swojego zdrowia, niektórzy są schorowani, z przebytymi udarami, zawałami czy po chorobach onkologicznych – mówi Joanna Zabielska-Cieciuch, wiceprezes Podlaskiego Związku Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie. Lekarze rodzinni mają żal do osób twierdzących, że placówki POZ są zamknięte na cztery spusty lub ograniczają się do udzielania teleporad, bo „nic nie robią", odsyłając pacjentów do szpitali, a wypowiedzi o takim przesłaniu padały m.in. ze strony niektórych medyków reprezentujących inne obszary systemu opieki zdrowotnej. Sytuacja robi się nerwowa. Na dodatek narasta opór wobec rządowych nakazów i zakazów. Dzieje się tak m.in. dlatego, że przybywa osób tracących pracę i tych, którzy choć nie stracili źródła utrzymania, dostali mocno po kieszeni. Wśród osób poszkodowanych finansowo nie brakuje medyków i nie wszystkim zrekompensuje to wprowadzenie wyższych dodatków za zaangażowanie w walkę z koronawirusem z uchwalonej niedawno specustawie covidowej.

NIE TYLKO COVID-19 ZABIJA

Coraz częściej pojawiają się opinie, że z powodu skoncentrowania się na zwalczaniu COVID-19 cierpią pacjenci z innymi dolegliwościami. – Zasobami trzeba zarządzać w sposób efektywny i racjonalny, a obecnie mamy dramat m.in. w onkologii czy kardiologii, bo systemy ochrony zdrowia w większości państw zostały w praktyce nakierowane na zwalczanie jednej choroby wirusowej – mówi Jerzy Gryglewicz, ekspert z Uczelni Łazarskiego. Niemal za połowę wszystkich zgonów w Polsce odpowiadają choroby układu krążenia, a na drugim miejscu są schorzenia nowotworowe. Na raka umiera więcej osób niż z powodu COVID-19, co zapewne stanowi jedną z przyczyn, dla których w połowie października Centrala NFZ zaleciła ograniczenie do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo, zaznaczając, że nie powinno to dotyczyć planowej diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych. Opublikowany we wrześniu raport pt. „Onkologia w czasach COVID-19" wskazuje na niekorzystny wpływ pandemii na każdy z etapów ścieżki pacjenta onkologicznego. Najbardziej dramatycznie wygląda sytuacja w obszarze profilaktyki, gdzie utrzymujące się przez dwa miesiące z rzędu spadki we frekwencji w badaniach przesiewowych sięgały 80-90 proc. (w skrajnym przypadku 99 proc.). – Paraliżujący strach przed zakażeniem koronawirusem był silniejszy niż głos rozsądku. Zatrważająco wzrosła liczba zaawansowanych nowotworów, szczególnie przewodu pokarmowego i piersi – mówi prof. Jacek Jassem, kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii GUMed. Pojawia się pytanie: czy to ofiary pandemii, czy raczej lockdownu? Póki co, resort zdrowia stanowczo deklaruje, że jednostki onkologiczne nie będą zobowiązane do zwalniania łóżek na rzecz pacjentów z COVID-19. ■

Zmienność do kwadratu

Ci, którzy późną wiosną lub latem spodziewali się, że pandemia została opanowana, pomylili się bardzo. W ostatnich tygodniach znacznie wzrosła liczba zakażonych koronawirusem, a to, że na Stadionie Narodowym w Warszawie powstaje tymczasowy szpital polowy dla kilkuset pacjentów z COVID-19, urasta do rangi symbolu.

PROF. ANDRZEJ M. FAL

kierownik Kliniki Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych CSK MSWiA, prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego

W Polsce w pierwszej połowie października mieliśmy po 4–5 tys. nowych przypadków zakażeń SARS-CoV-2, co oznacza, że można było nas nazwać „zieloną wyspą" w porównaniu np. z prawie czterokrotnie od nas mniejszymi Czechami albo Hiszpanią, Francją czy Wielką Brytanią.

Niestety dane statystyczne są coraz gorsze i nasze „samozadowolenie" z efektów walki z pandemią powinno nieco zmaleć. Z opublikowanego 9 października raportu Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) wynika, że dzienne przyrosty zachorowań w naszym kraju wynosiły po siedemdziesiąt kilka chorych na 100 tys. mieszkańców, podczas gdy w Niemczech ok. 200, w Hiszpanii ok. 300, a w Czechach prawie 400. Rozpamiętywanie tych liczb nie ma jednak dużego sensu, bo one pokazują tylko to, co było w przeszłości i już w chwili publikacji raportu są historią. Ruch wirusa ma swoje fanaberie i to, że w tej chwili mamy sytuację lepszą niż w innych krajach, nie oznacza, że na skutek lekceważenia zagrożenia w kolejnym tygodniu nie doprowadzimy do tego, że u nas będzie tak samo źle jak w krajach, które wymieniłem, albo nawet jeszcze gorzej. Część epidemiologów, nie wspominając o politykach, twierdzi, że im więcej będziemy testować, tym będzie bezpieczniej. Na pewno wtedy można by więcej powiedzieć o tym, jak bardzo populacja jest dotknięta zakażeniami i jaki mamy wskaźnik odporności populacyjnej. Nie powie to jednak, jakim zagrożeniem społecznym jest pandemia. Wszyscy boimy się przede wszystkim tego, że nie wystarczy zasobów opieki zdrowotnej. Z tego punktu widzenia obserwowanie obłożenia łóżek, analiza liczby hospitalizacji, porównanie odsetka osób hospitalizowanych z chorymi na COVID-19, a w szczególności hospitalizowanych w OIOM lub w warunkach zbliżonych, są najistotniejszymi wskaźnikami, dzięki którym możemy przekonać się, czy idziemy we właściwym kierunku. Niestety patrząc na dane, powody do optymizmu są coraz mniejsze. Same wydanie zakazów czy nakazów nie zadziała. Lepiej mieć jedną linię postępowania, która w 80–90 proc. będzie słuszna, niż 10 koncepcji idących w różne strony. Kiedy trzymamy się jednej ścieżki postępowania, to zaczyna ona przynosić rezultaty. ■

Przy tworzeniu pierwotnej wersji strategii walki z pandemią COVID-19, minister zdrowia Adam Niedzielski nie wsłuchał się w opinie specjalistów medycyny rodzinnej, a decydujący głos miało środowisko lekarzy chorób zakaźnych.

Początkowo lekarze rodzinni nie mogli zlecać testów wykrywających koronawirusa w ramach teleporad, co bez wątpienia wynikało m.in. z przesłanek ekonomicznych. Doszło do precedensu, ponieważ nigdy dotychczas nie zdarzyło się, aby w rozporządzeniu były zapisywane wytyczne kliniczne. Życie szybko zweryfikowało nowe prawo i zmusiło ministra zdrowia do wprowadzenia zmian w strategii. Lekarze POZ uzyskali prawo kierowania na testy wykrywające SARS-CoV-2 już podczas teleporady, zgodnie z wiedzą i wytycznymi. Pierwotnie lekarz mógł zlecić takie badanie, kiedy u pacjenta występowały jednocześnie cztery objawy: gorączka, duszność, kaszel i utrata węchu lub smaku, a jeśli na przykład nie było duszności, to trzeba było zbadać go fizykalnie. Uważaliśmy, że taka tetrada objawów sugerowała skierowanie pacjenta na hospitalizację, a nie kierowanie na test w warunkach ambulatoryjnych. Zgodnie z założeniami strategii, lekarz POZ powinien informować pacjenta o wynikach testu, ale te wyniki otrzymujemy dopiero po kilku dniach od ich wykonania. Zwykle to pacjent przekazuje nam informację, którą ma po telefonie z sanepidu lub z Internetowego Konta Pacjenta. Staramy się pomagać każdemu, niczego nie odwlekamy, bo nie wiemy, jaka sytuacja będzie za tydzień lub za dwa tygodnie. Mimo to jest mnóstwo pretensji ze strony pacjentów, że nie mogą się dodzwonić i długo czekają na poradę. Porady w mojej przychodni udzielane są w dniu zgłoszenia, recepty pacjenci mogą zamówić przez stronę internetową, wówczas wystawienie zleceń na leki zajmuje lekarzowi kilkanaście sekund. Ze strony części lekarzy zakaźników nie ma zrozumienia dla sytuacji, w której w czasie pandemii znalazła się podstawowa opieka zdrowotna, a z wielu moich rozmów wynika, że nie do końca znają specyfikę pracy lekarzy rodzinnych. To nie są pretensje, lecz stwierdzenie faktu, bo takie opinie wskazują na brak wiedzy. ■

JOANNA ZABIELSKA-CIECIUCH

wiceprezes Podlaskiego Związku Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie

FOTO: ARCH. PRYWATNE, MALOPOLSKA.PL, UKSW.EDU.PL

MAREK WIERZBA

dyrektor naczelny Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Nowym Targu

W związku z decyzją wojewody małopolskiego od 5 października wszystkie szpitale powiatowe zostały zobowiązane do utworzenia oddziałów specjalnych.

W naszej placówce w pierwszym etapie powstał oddział 23-łóżkowy, z czego 16 przeznaczono dla pacjentów covidowych, a 7 łóżek miało charakter obserwacyjny. Miejsca zabrakło po dwóch dniach. 10 października uruchomiliśmy kolejnych 40 łóżek, które również szybko wypełniły się zakażonymi pacjentami. O następne 25 łóżek oddział specjalny powiększył się 19 października. Od tego dnia w sumie dysponujemy 81 łóżkami dla pacjentów z COVID-19 i 7 łóżkami obserwacyjnymi, co odbyło się kosztem zawieszenia do odwołania funkcjonowania Oddziału Leczenia Uzależnień (30 łóżek) i ograniczenia ilości łóżek w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym (z 85 do 35). Nie wiem, co będzie dalej, ale już teraz sytuacja jest trudna. Musimy przeznaczyć znaczną część zasobów kadrowych dla pacjentów z COVID-19, nie mając dodatkowego personelu, co więcej – niektórzy lekarze i pielęgniarki też chorują. Braki kadrowe mocno dają się we znaki. Każdego dnia walczymy o obsadzenie dyżurów i utrzymanie przynajmniej minimalnej liczby lekarzy i pielęgniarek tam potrzebnych. W myśl zasady „wszystkie ręce na pokład" opieką nad zakażonymi pacjentami zajmują się lekarze różnych specjalności, np. kardiolodzy, neurolodzy, chirurdzy, ortopedzi czy interniści. W związku z sytuacją epidemiczną ograniczyliśmy przyjęcia planowe, a zabiegi operacyjne zmniejszyliśmy do niezbędnego minimum, co wynika z prostego faktu – nie mamy tylu anestezjologów, bo część z nich jest zaangażowana w opiekę nad pacjentami z COVID-19. Środków ochrony osobistej obecnie nie brakuje, ale koszty wynikające z ich zakupu drastycznie wzrosły, np. opakowanie rękawiczek jednorazowych kosztuje blisko 60 zł, podczas gdy na początku roku było do nabycia za 6-7 zł. ■

ANDRZEJ SOKOŁOWSKI

prezes zarządu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych

W czasie pandemii szpitale prywatne stały tak jakby z boku, ale nie z własnego wyboru – one zostały zepchnięte na boczny tor.

Z naszego punktu widzenia sytuacja wyglądała źle, gdyż byliśmy krytykowani, że bezpośrednio nie włączamy się w walkę z koronawirusem, a przecież to minister zdrowia i prezes NFZ nas nie zauważali i nie chcieli wykorzystać naszego potencjału. Przełom nastąpił, gdy 19 października minister zdrowia zaprosił nas do współpracy. W ciągu 24 godzin sektor prywatny zadeklarował ponad 1000 łóżek. Szpitale prywatne mają duży udział na rynku, w 2018 r. wykonały ok. 20 proc. zabiegów w naszym kraju. Byliśmy od początku epidemii gotowi do współpracy. Już na początku pandemii w imieniu 150 właścicieli szpitali napisałem w tej sprawie pismo do ówczesnego ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego, ale nie otrzymałem odpowiedzi. Poza tym tysiącem łóżek nasze szpitale będą robić to, czym zajmowały się przed pojawieniem się koronawirusa, tzn. operować pacjentów okulistycznych, urologicznych i innych, choć wykonują mniejszą liczbę zabiegów niż wcześniej. To ważne, bo część szpitali publicznych nie przyjmuje pacjentów, niektórzy chorzy od kilku miesięcy nie mogą dostać się do swojego specjalisty albo unikają kontaktu z dużymi szpitalami w obawie, że trafią tam, gdzie znajdują się osoby zakażone koronawirusem. Ze strony niektórych dyrektorów szpitali publicznych pojawiają się mało eleganckie wypowiedzi, jakoby w dobie pandemii szpitale prywatne uciekały od odpowiedzialności, choć zapominają, że kiedy w pierwszych tygodniach pandemii oni dostawali przydziały na środki ochrony indywidualnej, placówki prywatne walczyły o kupno tych samych produktów na wolnym rynku i nie otrzymały niczego za darmo. ■

DR JERZY GRYGLEWICZ

anestezjolog, ekspert Uczelni Łazarskiego w Warszawie

Dyskutując o skokowym wzroście przypadków zakażeń SARS-CoV-2, nie należy zapominać o kwestii wiarygodności testów PCR. Częste są wyniki fałszywie dodatnie.

Nierzadko dochodzi do sytuacji, gdy u pacjenta rozpoznaje się koronawirusa, a potem okazuje się, że niekoniecznie tak było, czego niedawno doświadczył nawet były minister zdrowia Łukasz Szumowski. Żałuję, że nie została podjęta poważna dyskusja na temat skuteczności wykonywanych testów. Trzeba pamiętać o uzależnieniu liczby nowych przypadków zakażeń od liczby wykonywanych testów. Im więcej wykonujemy testów, tym częściej słyszymy o wynikach dodatnich. Często sumuje się pacjentów zmarłych z powodu COVID-19 i chorób współistniejących, ale o wiele ważniejszym wskaźnikiem w czasie epidemii jest liczba pacjentów zmarłych bez schorzeń współistniejących. Ubolewam, że w Polsce nie wykonuje się sekcji zwłok osobom zmarłym na COVID-19. Ich wartość naukowa byłaby nie do przecenienia i mogłoby się to przyczynić do wypracowania bardziej optymalnych warunków leczenia. To, w jaki sposób traktuje się obecną epidemię, niekorzystnie odbija się na pacjentach z innymi chorobami. W Polsce codziennie umiera średnio 1,2-1-3 tys. osób, zdecydowana większość z nich z innych przyczyn niż COVID-19. Koncentrując się na koronawirusie, niestety ponosimy spektakularne porażki w innych obszarach medycyny. Szczególnie jest to groźne w przypadku opóźnienia w diagnozowaniu osób z chorobami nowotworowymi, co będzie miało swoje konsekwencje już w przyszłym roku. Po raz drugi w historii medycyny mamy do czynienia z jednostką chorobową zarządzaną globalnie, gdzie duża rola przypada Światowej Organizacji Zdrowia. W przypadku tzw. świńskiej grypy państwa, które nie zastosowały się do zaleceń WHO, w tym także Polska, postąpiły słusznie, gdyż zagrożenie tą epidemią zostało przez WHO wyolbrzymione. ■

FOTO: ARCH. PRYWATNE, MALOPOLSKA.PL, UKSW.EDU.PL

W PIGUŁCE

Wzrost zakażeń

W październiku przybyło ponad 10 mln nowych zakażonych SARS-CoV-2 na całym świecie. Obserwujemy dalszy rozwój pandemii, choć oczywiście sytuacja – w zależności od kraju – jest inna.

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers, od początku roku do 26 października stwierdzono w sumie prawie 43,7 mln zakażeń koronawirusem, z czego 10,4 mln to przypadki aktywne (1 proc. to pacjenci w stanie bardzo poważnym/krytycznym) i 33,3 mln o charakterze zamkniętym (wyleczeni – 97 proc.; zgony – 3 proc.). Z powodu COVID-19 zmarło 1 mln 163 tys. osób.

W tym okresie najwięcej osób zakażonych potwierdzono w USA (8,9 mln), Indiach (7,9 mln), Brazylii (5,4 mln) i Rosji (1,5 mln). Ponad milion zakażeń odnotowano już we Francji, podobnie sytuacja wygląda w Argentynie, Kolumbii oraz Hiszpanii. Kraje, w których liczba przypadków aktywnych znacząco przewyższa liczbę wszystkich zakażonych w danej populacji, to m.in. Francja, Belgia, Ukraina, Czechy, Polska, Węgry, Słowacja i Wielka Brytania.

– Jesteśmy w krytycznym momencie tej pandemii, szczególnie jeśli chodzi o półkulę północną. Najbliższe miesiące będą bardzo trudne. W zbyt wielu krajach występuje wykładniczy wzrost liczby przypadków, przez co szpitale i stanowiska intensywnej terapii są bliskie zapełnienia. A nadal mamy dopiero październik – powiedział dyrektor generalny WHO Tedros Adhanom Ghebreyesus 23 października, komentując bieżącą sytuację.

Duży wzrost zakażeń w ostatnich tygodniach odnotowano w Europie, w tym przede wszystkim we Francji, gdzie zdarzały się dni nawet z liczbą 40–50 tys. nowych zakażonych (ponad połowa stanowisk intensywnej terapii w tym kraju była zajęta przez pacjentów chorujących na COVID-19).

Po kilkanaście tysięcy przypadków dziennie notowały m.in. Włochy, Wielka Brytania, a także Czechy. Duży wzrost mogliśmy zaobserwować także w Belgii – w tym kraju jeszcze we wrześniu było każdego dnia ok. 1,5–2 tys. zakażonych, a w październiku – nawet po kilkanaście tysięcy. Wirus bardzo aktywny jest też m.in. w Holandii, Hiszpanii, Polsce, Rosji, Szwajcarii i na Ukrainie.

Dotychczas najwięcej zgonów było w USA (230 tys.), Brazylii (157 tys.), Indiach (119 tys.), Meksyku (88,9 tys.), Wielkiej Brytanii (44,9 tys.), we Włoszech (37,4 tys.), we Francji (35 tys.) i w Hiszpanii (35 tys.).

W Polsce do 26 października potwierdzono 264 tys. zakażeń koronawirusem (28. miejsce na świecie), z czego ok. 144 tys. to przypadki aktywne. Prawie 4,5 tys. osób zmarło. ■

Komisja śledcza w Lombardii

Rada Regionalna Lombardii powołała komisję śledczą, która ma zbadać, dlaczego właśnie w tym regionie Włoch doszło na początku pandemii do tak wielu zakażeń i zgonów z powodu COVID-19 – czytamy w internetowym wydaniu „The Lancet".

W Lombardii podczas pierwszych miesięcy tego roku odnotowano najwięcej przypadków zakażeń nie tylko w Europie, ale na całym świecie. Wiele osób poniosło śmierć z powodu COVID-19, a nawet całkowity lockdown nie zastopował rozprzestrzeniania się koronawirusa. W okresie od marca do kwietnia na oddziałach intensywnej terapii było dziesięć razy więcej pacjentów niż zazwyczaj, a braki w środkach ochrony indywidualnej doprowadziły do tysięcy zakażeń wśród personelu medycznego. Kilkudziesięciu medyków zapłaciło najwyższą cenę.

Dlaczego akurat tam wystąpił tak wielki kryzys? Przecież to najbogatszy i najlepiej rozwinięty gospodarczo region Włoch, posiadający opiekę zdrowotną na wysokim poziomie. Na to pytanie będą szukać odpowiedzi członkowie nowopowołanej komisji śledczej. Prace potrwają rok, a opracowane wnioski mają uchronić Włochów przed podobną sytuacją w przyszłości. ■

ŹRÓDŁO: WWW.WORLDOMETERS.INFO, WHO, CBC NEWS, WWW.THELANCET.COM FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

W PIGUŁCE

Kwarantanna a przyszła emerytura

Czas przebywania na kwarantannie co do zasady jest okresem nieskładkowym. Oznacza to, że za okres kwarantanny nie jest odprowadzana składka na ubezpieczenia emerytalno-rentowe, mimo że za ten okres przysługuje świadczenie pieniężne zrównane ze świadczeniem na wypadek choroby. Okres kwarantanny musi być przez pracodawcę wykazany w świadectwie pracy na zasadzie analogicznej, jak wymienia się okresy niezdolności do pracy w celu identyfikacji i obliczenia poszczególnych czasowych przedziałów ubezpieczeniowych.

„Przy ustalaniu prawa do emerytury i renty oraz obliczaniu ich wysokości okresy nieskładkowe uwzględnia się bowiem w wymiarze nieprzekraczającym jednej trzeciej udowodnionych okresów składkowych.

Warto o tym pamiętać, aby nie być niemile zaskoczonym przy ubieganiu się w przyszłości o świadczenie emerytalne. Zdarzają się bowiem sytuacje, że w procesie ustalania prawa do emerytury i uwzględniania odpowiedniej ilości okresów składkowych i nieskładkowych w proporcji wynikającej z art. 5 ust. 2 ustawy o emeryturach i rentach, przyszłemu emerytowi zabraknie kilku dni do legitymowania się odpowiednim stażem ubezpieczeniowym. Przy ustalaniu prawa do emerytury i renty oraz obliczaniu ich wysokości okresy nieskładkowe uwzględnia się bowiem w wymiarze nieprzekraczającym jednej trzeciej udowodnionych okresów składkowych. Szczegółowy katalog okresów nieskładkowych został wymieniony w art. 7 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U.z 2020, poz. 53).

W czasie stanu epidemii znane są przypadki, szczególnie wśród osób wykonujących zawody medyczne, kilkukrotnego przebywania na kwarantannie wynikającej z decyzji Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Po odjęciu tych okresów może się okazać, że bilans tzw. stażu ubezpieczeniowego za 2020 r. takich osób może być zmniejszony nawet o 2–3 miesiące. (BW) ■

gazetalekarska.pl

Pomieszczenia PWDL

Każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą, tj. zarówno praktyka zawodowa lekarzy, pielęgniarek, położnych czy fizjoterapeutów, jak i podmiot leczniczy (taki jak przychodnia, szpital, sanatorium czy zakład opieki długoterminowej), powinien, zgodnie z obowiązującym prawem, posiadać odpowiednie pomieszczenia.

Musi też mieć tytuł prawny do lokalu, w którym jest prowadzona działalność lecznicza (może to być umowa najmu czy też prawo własności). Szczegółowe wymagania dla tych pomieszczeń reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595).

Pomieszczenia i urządzenia PWDL powinny odpowiadać wymaganiom ogólnobudowlanym, wynikającym z Prawa budowlanego (Dz. U. z 2020 r. poz. 1333 z późn. zm.) i przepisów wykonawczych, czyli analogicznym jak dla wszystkich obiektów budowlanych, a ponadto powinny spełniać specyficzne wymogi dla pomieszczeń PWDL – muszą odpowiadać wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych (dotyczą one w szczególności warunków: ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych). ■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Biegły przed SL

Organami prowadzącymi postępowania z zakresu lekarskiej odpowiedzialności zawodowej (rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, członkowie sądów lekarskich) są lekarze i lekarze dentyści posiadający co najmniej 10-letnie doświadczenie zawodowe. Czy w związku z tym w każdym takim postępowaniu należy zasięgać opinii biegłego?

TEKST **PAULINA TOMASZEWSKA**, PRAWNIK NIL

Zgodnie z art. 59 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich, jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znacznie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych, zasięga się opinii biegłego lub specjalisty.
Można powiedzieć, że większość spraw rozpoznawanych przez sądy lekarskie wymaga wiadomości specjalnych – chodzi przecież o ustalenie, czy doszło do popełnienia błędu medycznego, czy nie. Warto jednak przyjrzeć się orzecznictwu Sądu Najwyższego w prezentowanym zakresie.

W uzasadnieniu wyroku z dnia 19 grudnia 2018 r. (sprawa SDI 98/17) SN wskazał, że z istoty postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy wynika, iż członkowie sądów lekarskich dysponują specjalistyczną wiedzą medyczną i mogą, odwołując się do niej, oceniać także opinie biegłych czy ekspertów złożone w sprawie. Ocena ta musi być oparta na możliwych do zweryfikowania merytorycznych argumentach.

W zakresie komentowanej problematyki na uwagę zasługują także ustne motywy uzasadnienia postanowienia z dnia 24 października 2018 r. (sprawa I KK 2/18). W tej sprawie SN podzielił zapatrywania sądów lekarskich, w świetle których brak było przesłanek do poszukiwania przez sąd wiadomości specjalnych, a co za tym idzie – powołania biegłego. W badanym przypadku nie chodziło bowiem o błędy w postępowaniu terapeutycznym, lecz o oczywiste zaniechanie pewnych koniecznych czynności (skierowanie na dodatkowe badania) i prób rozpoznania przyczyn dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta. SN podkreślił, że w sądzie lekarskim zasiadają osoby posiadające medyczną wiedzę. Biegły w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej powinien być powoływany w sytuacji, kiedy wykracza się poza ogólną wiedzę medyczną.

Analiza argumentacji SN prowadzi do wniosku, że nie w każdym postępowaniu w przedmiocie lekarskiej odpowiedzialności zawodowej zachodzi konieczność przeprowadzania dowodu z opinii biegłego. Taka konieczność pojawi się w przypadku, gdy dojdzie do wykroczenia poza ogólną wiedzę medyczną. W organach dyscyplinarnych izb lekarskich postępowania prowadzone są bowiem przez lekarzy i lekarzy dentystów posiadających w określonym zakresie specjalistyczną wiedzę medyczną. ■

KOMENTARZ

GRZEGORZ WRONA
Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Uzupełnieniem do powyżej wskazanych orzeczeń jest postępowanie rozstrzygnięte w październiku przez Sąd Najwyższy oddalający kolejną kasację jako oczywiście bezzasadną. W uzasadnieniu ustnym do sprawy I KK 56/19 SN wskazał, że organ odpowiedzialności zawodowej (rzecznik, sąd), nie zasięgając opinii biegłego, powołując się na swój zasób wiedzy jest zobowiązany do przedstawienia swojego stanowiska w sposób prosty i zrozumiały dla osoby, która nie jest lekarzem. Nie może więc, pomijając opinię biegłego, posługiwać się lekarskim slangiem, czy zakładać, że uczestnicy postępowania sami odczytają tok myślenia organu.

Wydaje się, że jesteśmy w stanie sprostać temu wymaganiu. Przecież KEL nakazuje nam przekazać medyczną informację w sposób zrozumiały dla chorego bez względu na poziom jego wykształcenia. Przenosząc to na grunt postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, powinniśmy pamiętać, że przedstawienie w sposób prosty stawianych tez, zarzutów czy ocen powinno być zasadą w stosunku do obwinianego lekarza. Ta zasada staje się obowiązkiem w stosunku do osób niebędących lekarzami (nieposiadających wiedzy specjalnej), tj. pokrzywdzonego, prawników czy do specjalistów. W ten sposób zmaterializuje się cel dotyczący konstytucyjnej zasady sprawowania przez lekarzy pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu lekarza jako odrębnego od celów stawianych przed postępowaniem karnym. ■

SPECJALIZACJE

Konieczne aneksy do umów cywilnoprawnych

Istniejące w obrocie prawnym umowy o specjalizację w ramach wolontariatu muszą zostać aneksowane i dostosowane do nowych przepisów. Po 8 sierpnia 2020 r. nie jest już możliwe odbywanie specjalizacji na podstawie umów nieodpłatnych. I dotyczy to zarówno umów zawieranych po tej dacie, jak i tych zawartych przed nią.

TEKST **BEATA WIERZCHOWSKA**, RADCA PRAWNY NIL

Umowy cywilnoprawne zawierane przez podmioty szkolące z lekarzami o odbywanie specjalizacji na zasadach tzw. wolontariatu już dawno były pod ostrzałem. Niejednokrotnie w piśmiennictwie wskazywano, że takie nieodpłatne umowy o specjalizację nie powinny być zawierane, bowiem przepis art. 16h ustawy o zawodach (w brzmieniu sprzed nowelizacji) nie zawierał w swej treści odniesienia do ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie[1]. Wolontariat specjalizacyjny miał też jednak swoje niewątpliwe zalety.

MUSI BYĆ WYNAGRODZENIE

Od dnia wejścia w życie ustawy z 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty[2], podmioty akredytowane do szkolenia specjalizacyjnego, które miały zawarte z lekarzami umowy cywilnoprawne o odbywanie specjalizacji na zasadach tzw. wolontariatu, muszą dokonać ich aneksowania w celu wprowadzenia do ich treści zapisów o wynagrodzeniu. Ustalane w tych aneksach uposażenie nie może być niższe niż wysokość minimalnej stawki godzinowej za pracę, ustalonej zgodnie z art. 8a ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę[3]. W 2020 r. stawka ta wynosi 17 zł brutto[4].

ZGODNIE Z DYREKTYWĄ UNIJNĄ

Stanowisko w sprawie konieczności przekształcenia umów nieodpłatnych w odpłatne potwierdził Departament Kwalifikacji Medycznych i Nauki Ministerstwa Zdrowia w piśmie z 30 września 2020 r., skierowanym do Rzecznika Praw Lekarzy OIL w Warszawie, wskazując przy okazji, iż zmiana przepisów ustawy o zawodach w zakresie wynagradzania za pracę w trakcie specjalizacji, w ramach której wykonywane są świadczenia zdrowotne, została spowodowana koniecznością ich dostosowania do obowiązujących norm unijnych. Ministerstwo Zdrowia podniosło w swoim stanowisku, iż na nieprawidłowości dotychczasowej praktyki w zakresie specjalizacji zwracali uwagę przedstawiciele Komisji Europejskiej. Jak wskazano, możliwości realizacji szkolenia specjalizacyjnego bez wynagrodzenia nie przewidują przepisy dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych[5]. ■

> **Ministerstwo Zdrowia podniosło w swoim stanowisku, iż na nieprawidłowości dotychczasowej praktyki w zakresie specjalizacji zwracali uwagę przedstawiciele Komisji Europejskiej.**

[1] Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1057)

[2] Ustawa z 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1291 z późn. zm.)

[3] Ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2177 z późn. zm.)

[4] Rozp. Rady Ministrów z dnia 10 września 2019 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2020 r. (Dz. U. poz. 1778)

[5] Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. U. UE. L. z 2005 r. Nr 255, str. 22 z późn. zm.)

Sterylis – niszczy źródła infekcji

MIROSŁAW OBARSKI

Sposobem na spełnienie nowych wytycznych CDC (Centers for Disease Control and Prevention) , opartych na najnowszych spostrzeżeniach dotyczących rozprzestrzeniania się SARS-CoV-2, jest stałe dezynfekowanie powietrza – twierdzi spółka MILOO - ELECTRONICS. Podejście to zastosowano w szpitalu w Bochni, w którym urządzenia Sterylis stale filtrują i dezynfekują powietrze.

– Niszczenie źródeł infekcji w powietrzu, którym oddychamy w pomieszczeniach, to brakujące ogniwo w łańcuchu metod stosowanych w walce z koronawirusem – mówi Rafał Bendyk, prezes spółki technologicznej MILOO – ELECTRONICS.

Opracowane przez jego firmę uniwersalne rozwiązanie w ułamku sekundy niszczy koronawirusa. Bezpiecznie dezynfekuje powietrze w pomieszczeniach, w których stale przebywają ludzie. Urządzenie Sterylis, opracowane przez spółkę, stoi obecnie na każdej stacji benzynowej PKN Orlen w kraju.

Firma zaznacza, że jej rozwiązanie to połączenie serii ultranowoczesnych technologii ze znanymi metodami filtrowania, dezynfekcji i sterylizacji, co pozwoliło zwiększyć skuteczność urządzenia i jego bezpieczeństwo.

Rozwiązanie wychodzi na przeciw aktualizacji zaleceń CDC odnośnie minimalizacji transmisji COVID-19 w zamkniętych pomieszczeniach. Agencja zaleciła m.in. eliminowanie „źródeł infekcji" z powietrza przez urządzenia. Wynika to z uwzględnienia ryzyka transmisji koronawirusa drogą powietrzną za pośrednictwem tzw. aerozoli emitowanych, kiedy rozmawiamy, a nawet po prostu oddychamy. Mogą się one utrzymywać w powietrzu do około 12 godzin.

Szpital Powiatowy w Bochni wyposażył pod koniec października br. utworzony tam oddział covidowy w kilkanaście Sterylisów, które działają na korytarzach i w salach pacjentów – wersja BASIC, wykorzystująca UV-C, a także w izolatkach oraz na oddziale przyjęć covidowych – wersje VS i Ultra o zwiększonej efektywności i wyposażone w funkcję ozonowania i deozonowania.

– Stosowaliśmy takie urządzenie na sali obserwacyjnej, które działa cały czas. Jestem zwyczajnie zachwycony, ponieważ nie mieliśmy dotąd ani jednego udowodnionego przekazania COVID-19 pomiędzy hospitalizowanymi w SOR pacjentami – powiedział Jarosław Gucwa, zastępca dyrektora ds. lecznictwa szpitala w Bochni. – Urządzenie bazuje na naturalnym promieniowaniu UV-C i ozonie. Dzięki temu nie jest potrzebne stosowanie fumigacji chemicznej, której każdorazowe użycie generuje koszt ok. 200 zł. Z tego powodu szpital ponosi koszty idące w tysiące złotych – dodaje Gucwa.

Skuteczność działania urządzenia zbadał Zakład Kontroli Zakażeń i Mykologii Wydziału Lekarskiego Katedry Mikrobiologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. W badaniach potwierdzono, że urządzenie bardzo skutecznie niszczy np. szczepy gronkowca złocistego i pałeczki ropy błękitnej, lekoopornych bakterii, odpowiedzialnych za tzw. zakażenia szpitalne.

Sterylis oczyszcza powietrze za pomocą dwóch filtrów węglowych z jonami srebra. Dezynfekuje powietrze światłem UV-C o długość fali 254 nanometrów (najskuteczniejsze w walce z drobnoustrojami). Może sterylizować powierzchnie i powietrze ozonem (O3) i jednocześnie deozonować, tj. przyśpieszać proces rozpadu ozonu do tlenu (O2). Produkt został w całości opracowany w Polsce i tutaj jest produkowany.

Sterylis:

- niszczy koronawirusa w ułamku sekundy
- dezynfekuje powietrze w pomieszczeniach, kiedy przebywają w nich ludzie
- filtruje i dezynfekuje powietrze oraz sterylizuje powierzchnie
- technologia medyczna – działająca w oparciu o naturalne procesy fizyczne
- skutecznie niszczy wirusy, bakterie, grzyby, pleśnie, pierwotniaki i roztocza.

Producentem Sterylis jest małopolska firma MILOO – ELECTRONICS, która działa w sektorze elektroniki, optoelektroniki i automatyki sterowania. Znajduje się na liście NATO Commercial and Government Entity. Oznacza to możliwość dostarczania rozwiązań na potrzeby wojsk państw Sojuszu Północnoatlantyckiego, co potwierdza najwyższy poziom jakości i kompetencji przedsiębiorstwa.
Więcej: www.sterylis.com. ■

PRACA A COVID-19

Lekarz na kwarantannie

Jakie skutki wywiera w zakresie wykonywania zawodu lekarza obowiązek poddania się kwarantannie?

TEKST **JAROSŁAW KLIMEK**, RADCA PRAWNY OIL W ŁODZI

Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 pkt 12) ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, kwarantanna to odosobnienie osoby zdrowej, która była narażona na zakażenie, w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.

Osoba, na którą nałożono obowiązek poddania się kwarantannie, zostaje pozbawiona prawa swobodnego przemieszczania się. Czy doznaje również innych ograniczeń, szczególnie w zakresie wykonywania obowiązków pracowniczych czy swobody prowadzenia działalności gospodarczej? Pytanie to stało się istotne dla lekarzy w związku z rozwojem i upowszechnianiem się telemedycyny.

Kodeks pracy nie posługuje się pojęciem kwarantanny, ale mówi o odosobnieniu w związku z chorobą zakaźną. Zgodnie z art. 92 § 1 pkt 1) KP za czas niezdolności do pracy wskutek odosobnienia w związku z chorobą zakaźną trwającego łączenie w roku kalendarzowym do 33 dni pracownik zachowuje prawo do 80 proc. wynagrodzenia (do 5 września było to 100 proc. wynagrodzenia lub podstawy wymiaru zasiłku, jeśli styczność z osobami chorymi miała miejsce w związku z wykonaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym). Odosobnienie powoduje również przesunięcie urlopu wypoczynkowego na późniejszy termin [art. 165 pkt 2) KP], jeśli jeszcze nie został rozpoczęty, lub konieczność udzielenia jego części w późniejszym terminie [art. 166 pkt 2) KP], gdy kwarantanna rozpocznie się już w trakcie urlopu.

PRAWO DO ZASIŁKU – OGRANICZENIA

Na gruncie przepisów ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa na równi z niezdolnością do pracy z powodu choroby traktuje się niemożność wykonywania pracy w wyniku decyzji wydanej na podstawie przepisów o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi lub wskutek poddania się obowiązkowi kwarantanny, o której mowa w tych samych przepisach [art. 6 ust. 2 pkt 1) i 1a)]. W przypadku kwarantanny nie mówi się o niezdolności do pracy, a o niemożności wykonywania pracy (można być do pracy zdolnym, ale nie mieć możliwości jej wykonywania). Sens tej drobnej różnicy widać przy lekturze art. 14 tej samej ustawy. Pracownikowi odsuniętemu od pracy z powodu podejrzenia o nosicielstwo zarazków choroby zakaźnej nie przysługuje zasiłek chorobowy, jeśli nie podejmie zaproponowanej mu innej pracy, której wykonywanie nie jest zabronione takim osobom, a ta praca jest zgodna z jego kwalifikacjami.

Zatem ubezpieczony – bez względu na to, czy jako pracownik, czy jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą – ma w okresie kwarantanny prawo do zasiłku chorobowego, jeśli nie ma możliwości wykonywania pracy. Nie stosuje się przy tym art. 17 ustawy „zasiłkowej", pozbawiającego prawa do zasiłku ubezpieczonego, który „na chorobowym" pracuje zarobkowo albo wykorzystuje zwolnienie od pracy niezgodnie z jego celem. Skoro bowiem osoba poddana kwarantannie jest zdrowa, to nie można mówić o orzeczonej niezdolności do pracy i zwolnieniu od pracy, czy tym bardziej wykorzystywaniu zwolnienia w sposób niezgodny z jego celem.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie telemedycyny jest w związku z tym pracą lub wykonywaniem działalności i należne jest za nie wynagrodzenie przewidziane w umowie o pracę bądź w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Panuje raczej zgoda co do tego, że można polecić lekarzowi zatrudnionemu na umowę o pracę wykonywanie, przez czas oznaczony, pracy określonej w umowie, poza miejscem jej stałego wykonywania (praca zdalna). Pamiętać trzeba, że co do zasady narzędzia i materiały potrzebne do pracy zdalnej ma zapewnić pracodawca. W innych przypadkach (np. wykorzystanie własnego sprzętu i infrastruktury telekomunikacyjnej) muszą one zapewniać poszanowanie i ochronę informacji poufnych i tajemnic prawnie chronionych. Za taką można z pewnością uznać tajemnicę lekarską. ■

W PIGUŁCE

Wyższe zasiłki z ZUS tylko na wniosek

9 października weszła zmiana do tzw. specustawy koronawirusowej[1], która w pewien sposób naprawiła negatywne (wobec pracowników) skutki zastosowania przez pracodawców przepisów tzw. tarcz antykryzysowych, które umożliwiały obniżenie wymiaru czasu pracy w okresie obowiązującego stanu epidemii osobom zatrudnionym.

Październikowa zmiana pozwala na nowo i bardziej korzystnie ustalić podstawy wymiaru świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa w sytuacjach, gdy pracodawca zmienił wymiar czasu pracy na podstawie ustawy o COVID-19, a zasiłki zostały już wypłacone za okres:

1) po 30 marca 2020 r. dla pracowników, którym obniżono wymiar czasu pracy maksymalnie o 20 proc., nie więcej niż do 0,5 etatu lub wobec których zawarto porozumienie o stosowaniu mniej korzystnych warunków zatrudnienia niż te wynikające z umowy o pracę, w zakresie i przez czas, ustalone w porozumieniu (art. 15g lub art. 15zf specustawy koronawirusowej[2]),

2) po 23 czerwca 2020 r. dla osób, którym wymiar czasu pracy został obniżony maksymalnie o 20 proc., nie więcej niż do 0,5 etatu, zatrudnionych u pracodawcy, któremu zmniejszyły się przychody i w związku z tym istotnie wzrosły obciążenia funduszu wynagrodzeń (art. 15gb specustawy koronawirusowej),

3) po 25 sierpnia 2020 r. dla osób, którym na mocy rozporządzenia Rady Ministrów wprowadzono na czas określony – nie dłuższy niż do końca danego roku budżetowego – mniej korzystne warunki zatrudnienia niż te wynikające z podstawy nawiązania stosunku pracy (art. 15zzzzzo ust. 2 specustawy koronawirusowej).

Zasiłki obliczone na podstawie wynagrodzenia obniżonego w związku z COVID-19 można teraz na nowo przeliczyć z zastosowaniem wynagrodzenia, które obowiązywało przed zmianą czasu pracy. Trzeba jednak pamiętać, że przeliczenie podstawy wymiaru świadczeń może nastąpić jedynie na wniosek pracownika/świadczeniobiorcy. Nie ma jak do tej pory sformalizowanego wzoru wniosku, dlatego też wystarczy wyraźne sformułowanie żądania na piśmie z określeniem swoich danych i przekazanie go do pracodawcy lub do ZUS – w zależności od tego, kto był płatnikiem zasiłków (wniosek można złożyć również za pośrednictwem PUE ZUS).

Przeliczenie świadczenia przysługuje, jeżeli zasiłek obliczony i wypłacony na podstawie dotychczasowych przepisów był niższy niż zasiłek ustalony zgodnie z nowymi przepisami. (BW) ■

[1] Ustawa z dnia 7 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu przeciwdziałania społeczno-gospodarczym skutkom COVID-19 (Dz. U. poz. 1747)

[2] Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374 z późn. zm.)

REKLAMA

ZdrowePodlasie.pl

zdrowePodlasie

Najprostsze oprogramowanie medyczne od ponad 17 lat

Oferujemy oprogramowanie do prowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (obowiązek od 01.01.2021r.) z uwzględnieniem opisu badań diagnostycznych (obowiązek od 25.04.2020r.):

- bardzo prosta obsługa
- moduły: ogólny, psychiatria, stomatologia, specjalistyka (w tym m.in.: okulistyka, diabetologia, ginekologia i położnictwo, kardiologia, angiologia, dermatologia)
- własne szablony wywiadu, badania, wykonanych procedur, leczenia
- integracja z aparatami Usg/RTG/innymi
- **karta opisu badania diagnostycznego** (w tym m.in.: RTG, USG, OCT, gastroskopia, kolonoskopia, ECHO serca, EEG/EMG, densytometria, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny)
- ewidencja wizyt NFZ i komercyjnych, rozliczenia z NFZ
- integracja z NFZ (e-WUŚ, KOLCE) i P1 (e-recepta, e-skierowanie)

Przy **zamówieniu oprogramowania** do 27 listopada 2020 r. (gwarancja wdrożenia do 19 grudnia 2020 r.) udzielamy 25% rabatu od ceny regularnej:

- Oprogramowanie tylko do opisu badań diagnostycznych: **145zł brutto/stanowisko** (dotychczasowa cena 190zł brutto)
- Pełna wersja oprogramowania do dokumentacji elektronicznej (w tym do opisu badań diagnostycznych): **710 zł brutto/stanowisko** (dotychczasowa cena 950zł brutto)

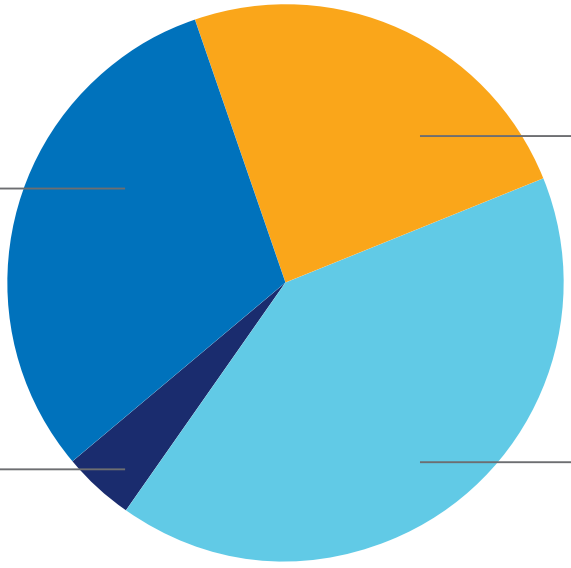
Chcesz dowiedzieć się więcej?

Zadzwoń: 22 24 72 765

Napisz: biuro@zdrowepodlasie.pl

Wejdź na stronę www.zdrowepodlasie.pl

Kontakt z lekarzem w czasie pandemii



KONTAKT OSOBISTY
37 %

BRAK KONTAKTU
29 %

KONTAKT ONLINE
5 %

KONTAKT TELEFONICZNY
49 %

72%

Polaków uważa, że podczas pandemii usługi zdrowotne związane z innymi dolegliwościami niż COVID-19 powinny być świadczone normalnie

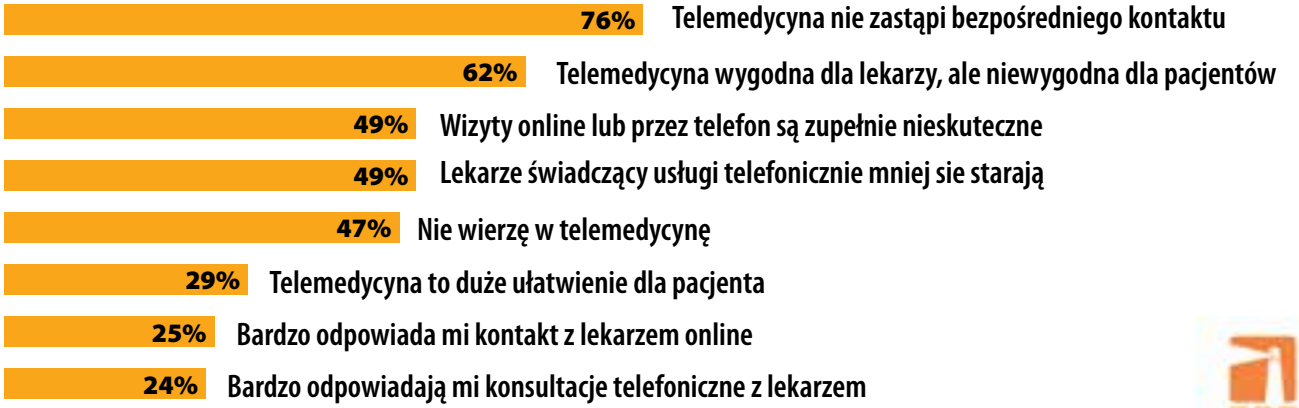
63%

Polaków twierdzi, że podczas pandemii pacjenci z innymi dolegliwościami niż COVID-19 byli traktowani „po macoszemu”

58%

respondentów, którzy korzystali z kontaktu telefonicznego z lekarzem, byli z niego zadowoleni

Opinie Polaków na temat telemedycyny



Badanie zostało zrealizowane przez ARC Rynek i Opinia metodą CAWI na panelu ePanel.pl we wrześniu, próba N=1021. W badaniu wzięli udział Polacy w wieku 18-65 lat, próba była reprezentatywna ze względu na wiek, wykształcenie, region zamieszkania i wielkość miejscowości.

E-ZDROWIE

Telemedycyna w oczach pacjentów

Wprowadzenie w Polsce lockdownu w związku z pandemią COVID-19 spowodowało ograniczenie bezpośredniego dostępu do przychodni i gabinetów lekarskich oraz przejście w dużym stopniu na tryb zdalnego konsultowania.

TEKST **ADAM CZARNECKI**, DR NAUK SPOŁECZNYCH

Pacjenci zostali postawieni przed koniecznością korzystania z porad udzielanych przez telefon lub online. Po kilku miesiącach takich doświadczeń mają oni wyrobione zdanie na ten temat, które wyrazili w badaniu zrealizowanym przez instytut badawczy ARC Rynek i Opinia[1].

Myśląc o tym, jakie czynniki mogły wpłynąć na opinie pacjentów na temat telemedycyny, w pierwszej kolejności nasuwają się dwa: nowości i braku doświadczeń.

PRZYSZŁO NOWE

Telemedycyna jako forma sposobu udzielania porady medycznej była, zarówno dla pacjentów, jak i lekarzy oraz personelu pomocniczego (np. osób odpowiedzialnych za obsługę chorych), zjawiskiem zupełnie nowym. Mimo że mówiło się o niej nie raz, to brakowało nam w tym obszarze doświadczeń.

Do takiej sytuacji przyczynili się pośrednio sami lekarze, którzy wcześniej unikali udzielania porad na odległość. Pacjenci słyszeli wiele razy, że lekarz nie może przez telefon diagnozować ani wystawiać recept, bo to jest niezgodne ze sztuką lekarską. Dlatego część pacjentów, z tak ugruntowanym przekonaniem, mogła sceptycznie podejść do diametralnej zmiany, jaka dokonała się w tym zakresie wśród lekarzy po wybuchu pandemii koronawirusa. Sposób diagnozowania, wcześniej potępiany przez środowisko lekarskie, nagle stał się zalecaną normą. To potwierdzają wyniki badania – aż 3/4 respondentów (76 proc.) jest zdania, że telemedycyna nie zastąpi bezpośredniego kontaktu z lekarzem, a niemal połowa przyznaje, że w nią nie wierzy, a wizyty online czy telefoniczne są zupełnie nieskuteczne.

U części pacjentów mogło zrodzić się poczucie, że to nie ich dobro, a wygoda i obawy lekarzy stoją za tą zmianą. W społecznej percepcji lekarz ma być osobą, która walczy z chorobami i się ich nie obawia. Trochę jak policjant, który nie może bać się przestępców, żeby skutecznie z nimi walczyć, podobnie lekarz nie powinien się obawiać, że zachoruje, gdyż jest to wpisane w jego ryzyko zawodowe. Niestety zamykanie przychodni i unikanie bezpośrednich konsultacji medycznych zostało odebrane przez pewien odsetek badanych jako strach lekarzy przed zakażeniem się od pacjenta. Ponieważ część społeczeństwa jeszcze przed kilkoma miesiącami miała sceptyczne podejście do ryzyka zakażenia, taka postawa lekarzy mogła wywoływać wrażenie, że obawiają się oni koronawirusa w większym stopniu niż sami pacjenci. Warto zwrócić uwagę że, jak wynika z badania, 72 proc. Polaków jest zdania, że podczas pandemii usługi zdrowotne związane z innymi dolegliwościami niż COVID-19 powinny być świadczone normalnie, a tak nie jest, co potęguje frustrację.

STRACH

Telemedycyna z impetem weszła w nasze życie – nie miała żadnego vacatio legis, nie było okresu przejściowego, dzięki któremu pacjenci mieliby czas się do niej przyzwyczaić i z nią oswoić. Zresztą, obok pracy zdalnej, nauczania online, konieczności rezygnacji ze spotkań, wyjść do kina czy do teatru, była jedną z wielu nowości, które niespodziewanie spadły na społeczeństwo. O tyle jednak miała trudniej, że tutaj gra idzie o zdrowie, które jest przecież dla nas najważniejsze. Telemedycyna musiała więc, chcąc czy nie, w naturalny sposób zrodzić sceptycyzm wśród pacjentów. Nie mieli oni bowiem do tej pory do czynienia z sytuacją, gdy lekarz dzwoni do nich i przez telefon „leczy".

LEKARZ JAK TERAPEUTA

Wizyta u lekarza często pełni także funkcję terapeutyczną w sensie psychologicznym. Pacjent oczekuje, że lekarz go wysłucha, zanalizuje wyniki badań, wytłumaczy występujące dolegliwości w jakimś szerszym kontekście. Tak jak część leków ma oddziaływanie bardziej psychologiczne, które też przekłada się na subiektywną, a czasem i realną poprawę stanu zdrowia, tak bezpośredni kontakt z lekarzem może również pełnić taką rolę. W przypadku telemedycyny spełnianie terapeutycznej funkcji jest ograniczone, choćby poprzez brak kontaktu wzrokowego.

Ponadto, na ocenę telemedycyny przez pacjentów wpływa także sam sposób udzielania porad przez telefon. Zdenerwowanie wzbudza sytuacja, gdy lekarz nie dzwoni o umówionej godzinie. Oczywiście tradycyjne wizyty lekarskie też nie zawsze odbywają się o czasie, jednak w przypadku telemedycyny pacjent może mieć obawy, że do połączenia w ogóle nie dojdzie, bo może jest problem z połączeniem czy numerem telefonu.

Negatywną ocenę teleporady może również wywoływać krótki czas jej trwania. Pacjenci twierdzą, że to niepoważne, gdy lekarz stawia diagnozę po kilku minutach rozmowy i wystawia e-receptę. Takie potraktowanie wizyty telefonicznej i skrótowość rozmowy może sprawiać wrażenie powierzchowności diagnostyki. Z badania przeprowadzonego przez ARC Rynek i Opinia wynika, że połowa ankietowanych uważa, iż lekarze świadczący usługi telemedyczne mniej się starają, a 63 proc. respondentów twierdzi, że podczas pandemii pacjenci z innymi dolegliwościami niż COVID-19 byli traktowani po macoszemu – takiego zdania są głównie osoby w wieku 45-65 lat (69 proc.).

PLUSY DLA PACJENTÓW

Oprócz postrzeganych wad i niedogodności teleporady mają dla pacjentów też jednak kilka zalet. Po pierwsze, zaoszczędzają im czas (bo nie muszą przyjeżdżać do placówki służby zdrowia i czekać w kolejce), szczególnie wtedy, kiedy chodzi o wypisanie recepty lub skierowanie na wizytę u specjalisty oraz inne podobnego typu proste świadczenia.

Innym aspektem docenianym przez pacjentów jest zmniejszenie ryzyka zakażeniem w trakcie wizyty – od innych osób przebywających w placówce, w tym samego lekarza. Pacjenci słyszą w mediach często pojawiające się informacje o ogniskach pandemii w szpitalach i w ich percepcji wszystkie placówki ochrony zdrowia stają się miejscami niebezpiecznymi, których należy wszelkimi sposobami unikać. To niestety może powodować opóźnienia diagnostyki np. chorób nowotworowych.

Relatywnie krótki termin oczekiwania na bezpośredni kontakt z lekarzem wskazywany jest jako jedna z zalet teleporad. Zwykle czas oczekiwania na tradycyjną wizytę wynosi od kilku do kilkunastu dni. W przypadku teleporady jest zwykle dużo krótszy, co doceniają pacjenci.

Warto więc zwrócić uwagę, że co czwarty badany mówi, że odpowiada mu kontakt z lekarzem online oraz kontakt telefoniczny, zaś 58 proc. respondentów, którzy korzystali z kontaktu telefonicznego z lekarzem, byli z niego zadowoleni.

PODSUMOWANIE

Teleporady mogą się spotkać z bardziej przychylnym podejściem pacjentów w czasie pandemii i, w jakimś stopniu, również po jej zakończeniu, przy spełnieniu kilku czynników:

- pacjent nie może odnosić wrażenia, że lekarz nie chce się z nim spotkać, bo boi się zakażenia COVID-19;
- pacjent musi mieć poczucie, że lekarz dokonuje wnikliwej diagnozy, wspomagając się, kiedy jest to możliwe, zdjęciami oraz wideotransmisją, w trakcie której jest możliwość zadawania lekarzowi pytań;
- pacjent musi mieć zapewnioną możliwość, oprócz teleporady, skontaktowania się bezpośrednio z lekarzem, zwłaszcza wtedy, gdy objawy choroby nie ustępują i istnieje ryzyko poważnej choroby.

Systematyczne wdrażanie teleporad, jednak naprzemiennie z wizytami bezpośrednimi, może okazać się bardzo skuteczne, zarówno w kontekście samego leczenia, jak i funkcjonowania ochrony zdrowia. Na pewno po okresie pandemii warto wprowadzić szerzej możliwość udzielania teleporad niż to było przed jej wybuchem, tylko trzeba to zrobić tak, by pacjenci czuli się bezpiecznie, a pomoc lekarska była skuteczna. ■

[1] Badanie zostało zrealizowane przez ARC Rynek i Opinia metodą CAWI na panelu ePanel.pl we wrześniu, próba N=1021. W badaniu wzięli udział Polacy w wieku 18-65 lat, próba była reprezentatywna ze względu na wiek, wykształcenie, region zamieszkania i wielkość miejscowości.

KOMENTARZ

JACEK MIARKA

przewodniczący NSL

Z wielkim zainteresowaniem zapoznałem się z wynikami ankiety, które właściwie potwierdzają moją prywatną opinię. Jestem przekonany, że przyszłością medycyny jest połączenie bezpośredniego kontaktu lekarza z chorym, z zebraniem wywiadu i starannym badaniem fizykalnym oraz zleceniem odpowiedniej diagnostyki i terapii, a tam, gdzie nie jest to konieczne, skorzystanie z możliwości telemedycyny. Bo przecież samo wystawienie recepty u chorego przewlekle, stabilnego, znanego, współpracującego w sposób odpowiedzialny z lekarzem, jest wygodniejsze i bezpieczniejsze dla obu stron przez telefon, to samo dotyczy skierowania na rutynowe badania czy wypisania zaświadczenia. Natomiast, co potwierdza w 69 proc. grupa wiekowa 45-65, a więc ta, która najczęściej wymaga leczenia, w przypadku innych dolegliwości niż sugerujące COVID-19, świadczenia powinny, także na prośbę chorego, być świadczone w sposób tradycyjny, bezpieczny dla pacjenta, a także – pod względem odpowiedzialności zawodowej – dla lekarza. ■

DEBATA EKSPERCKA

Zdrowie – największa inwestycja i kapitał

Podczas drugiej edycji Kongresu „Zdrowie Polaków" [26-27 października] odbyło się siedem debat, kilkadziesiąt paneli dyskusyjnych i wykładów ekspertów z różnych dziedzin medycyny, ochrony zdrowia, a także ekonomii, gospodarki i mediów. Wydarzenie zorganizowano w formule hybrydowej.

TEKST **MARTA JAKUBIAK**, REDAKTOR NACZELNA

Kongres odbył się w formule hybrydowej.

Zdrowie Polaków, zdrowie każdego z nas to największy kapitał teraz i największa inwestycja na przyszłość. W dyskusji o nim nie może zabraknąć nikogo – żadnego pokolenia, żadnego środowiska, żadnej grupy społecznej, żadnego medium, żadnego wzorca osobowego, żadnego autorytetu. Tylko wtedy, wznosząc się na inny poziom naszej niezwykle potrzebnej współpracy, jako przykładu dla naszego społeczeństwa, możemy odnieść sukces. Sukcesem wspólnej dyskusji będzie kształtowanie postaw prozdrowotnych u każdego Polaka i budowanie solidarności międzypokoleniowej w każdej rodzinie naszego Kraju. Korzystając z wiedzy i doświadczenia życiowego naszych poprzedników, dziś mamy szansę wspólnie przekazać to, co najlepsze, następnym pokoleniom". Tak motto tegorocznego wydarzenia przedstawił prof. Henryk Skarżyński, przewodniczący rady programowej kongresu.

– Główne przesłanie dotyczy edukacji społecznej, bez której same kadry i nawet, o co nie będzie łatwo, większe nakłady na naukę czy medycynę nie zapewnią optymalnych efektów. Bez rozsądnego odwołania się do odpowiedzialnych postaw prozdrowotnych, które musimy nieustannie kreować w społeczeństwie, będzie coraz mniej bezpiecznie dla nas wszystkich. Liczę, że jako grono uznanych specjalistów, autorytetów w nauce, medycynie, kulturze, sporcie i innych obszarach będziemy systematycznie zmieniać nasze otoczenie. Liczę także, że będziemy w tym kreatywni i zdolni przekonać do naszych idei coraz większą część społeczeństwa. Nie robimy tego tylko dla innych. Robimy to również dla siebie – powiedział prof. Skarżyński.

Podczas kongresu mówiono m.in. o działaniach, które są podejmowane na rzecz ochrony i ratowania zdrowia Polaków. Z kolei dyrektorzy instytutów medycznych rozmawiali o miejscu instytutów nadzorowanych przez resort zdrowia w okresie pandemii COVID-19. Jedna z debat poświęcona została temu, jak wobec wyzwań współczesnej medycyny wygląda polska nauka na tle nauki światowej. Nie zabrakło też dyskusji o nauczaniu przed- i podyplomowym w tym trudnym czasie.

Formułę tegorocznego kongresu rozszerzono o transmitowane przez internet panele, które odbywały się w dziewięciu ośrodkach akademickich: w Białymstoku, Gdańsku, Lublinie, Łodzi, Katowicach, Krakowie, Poznaniu, Szczecinie i we Wrocławiu. Rozmawiano m.in. o rozwoju zastosowań technik komputerowych w medycynie, jak lepiej leczyć chorych po transplantacji nerki, prezentowano wybrane badania epidemiczne prowadzone w danym ośrodku. Swoje przesłania z Polski dla Polaków skierowali online przedstawiciele miast – współorganizatorów Kongresu „Zdrowie Polaków" 2020.

Ostania debata, kończąca drugi dzień kongresu, poświęcona była roli mediów w czasie pandemii. Zwrócono uwagę, jak ważne jest, by przekaz dziennikarski był rzetelny, bazował na sprawdzonych informacjach, czerpanych z wiarygodnych źródeł. „Gazeta Lekarska" aktywnie wzięła w niej udział. ■

PATRONAT

ANDRZEJ CISŁO

wiceprezes NRL

DENTAL ESPRESSO

Okienko seropublicystyczne

O różnych postaciach „fałszywej ujemności”

Jak wiemy, dyskusyjna przydatność testów serologicznych w przypadku obecnie panującego nam wirusa polega na niepewności, czy w dość długim jak na możliwość zakażana czasie wynik nie jest aby fałszywie ujemny.

Fałszywie ujemna” może być też zawartość tego felietonu – jeśli zdarzy się, że nie będzie w nim faktów pierwszoplanowych na dzień, w którym ten felieton trafia do Czytelników, oznacza to tylko tyle, że dynamicznie i lawinowo ewoluująca rzeczywistość stawia trudne do przewidzenia wyzwania.

Wchodzimy w kompletnie nieznane. Podobnie jak nikt z nas, żaden przedstawiciel klasy politycznej czy administracji nie pamięta w swoim życiu zawodowym takiego wyzwania. Przyjdzie przetestować nam granice elastyczności publicznego wsparcia. Kiesa państwowa nigdy nie była dla nas szeroko otwarta, ale pora zaproponować drugą wersję Tarczy, której elementem mogłyby być zarówno środki finansowe, ale może nade wszystko perspektywa lepszego, bardziej racjonalnego i otwartego na dialog stylu zarządzania. Wszelkie nasze zabiegi o utrzymanie kondycji finansowej praktyk i podmiotów to stąpanie po covidowej ziemi nieznanej. Padają już postulaty zarówno umorzenia 25 proc. z subwencji PFR, jak i wyjaśnienia, co z kłopotami dotyczącymi wykonania kontraktów za 2020 r. i sytuacji gabinetów szkolnych. Nawołujemy też ciągle o niezwłoczną redukcję obowiązków administracyjnych, bez których spokojnie możemy się obyć, aby całą energię skupić na ochronie naszych stanowisk pracy przed zakażeniem.

Przewidywalna jest tylko skuteczność legislacyjna projektów rządowych. Na dodatek, aby uniknąć konsultacji, zgłaszanych jako poselskie. „Fałszywie ujemną” należy uznać chyba również aprobatę opozycji dla niektórych rozwiązań ostatniej specustawy sejmowej. Nie wierzę, żeby rozsądnemu parlamentarzyście nie podpadł np. przepis zmieniający zasady sporządzania wystąpienia pokontrolnego przez NFZ, z możliwością nałożenia kary umownej w wysokości do 50 proc. przekazanych w okresie objętym kontrolą środków. Po zaordynowaniu takiej kary umownej, umowne może być już tylko samo istnienie podmiotu. Co gorsza, ustawa przyjęta przez Sejm, w odróżnieniu od jej wcześniejszych wersji, nie zawiera przepisów inaktywujacych te drastyczne regulacje.

Skoro teraz z oczu tak dużej większości sejmowej zniknął drakoński charakter wprowadzonych przepisów, to czy starczy determinacji na odwołanie tych zmian?

Jak widać, różnie reagujemy na strach, który zajrzał nam wszystkim do oczu. Większość z nas nie pogłębia refleksji nad sytuacją, gdyż umieszczeni w oku cyklonu nieprzygotowanego do tych rozmiarów epidemii systemu, nie mamy po prostu na to czasu.

Nie da się w krótkim felietonie uzasadnić zwięźle swego przekonania, że teraz jak nigdy wcześniej musimy czuć oparcie w uczciwych zasadach gry, jaka niewątpliwie toczyła się i nadal toczy pomiędzy władzą a przedstawicielami różnych ciał przedstawicielskich. Niech i na koniec „fałszywie ujemna” będzie też puenta. Prawdziwe kreacje oratorskie, jak epokowe interpretacje Hamleta czy Króla Leara, zdarzają się bowiem rzadko. A powiedzieć coś miałkiego się nie godzi. Po niedawnych, zwalających z nóg, nacechowanych głębokim humanizmem i rzetelnością tezach zdania odrębnego Sędziego Kieresa i internetowym orędziu lidera ruchu „Polska 2050”, czyniąc głęboki, osobisty ukłon wobec wszystkich, których powód tych wystąpień dotknął do żywego, próbę stosownej puenty sobie po prostu daruję. ■

> **“ Przewidywalna jest tylko skuteczność legislacyjna projektów rządowych.**

STOMATOLOGIA

Samorząd na CEDE 2020

Odbywająca się we wrześniu Środkowoeuropejska Wystawa Produktów Stomatologicznych CEDE 2020 miała charakter stricte wirtualny, ale i tak zgromadziła kilkanaście tysięcy uczestników z całego świata. Swój udział w targach, uznawanych przez środowisko stomatologiczne za najważniejsze w branży, zaznaczył też samorząd lekarski.

Stoisko reprezentowane przez Andrzeja Cisło, wiceprezesa NRL i przewodniczącego Komisji Stomatologicznej NRL, oferowało pakiet informacji na temat aktualnych zmian dotyczących wykonywania zawodu lekarza dentysty, szczególnie pod kątem zawierania różnego rodzaju kontaktów handlowych z firmami produkującymi sprzęt i materiały stosowane w stomatologii. W tej ofercie znalazł się także przewodnik po stronie internetowej NIL, który był adresowany do wszystkich prowadzących podmioty i praktyki nieposiadające dostosowanego specjalnie do indywidualnych potrzeb danego podmiotu programu

do dokumentacji medycznej. Jak zaznaczył Andrzej Cisło, strona ta w ostatnim roku radykalnie się zmieniła, ewoluowała, wzbogaciła o nowe treści, co stało się inspiracją do opracowania ulepszonego schematu gromadzenia i przekazywania różnego rodzaju danych.

Wirtualne stoisko NIL pozwalało też dotrzeć do dwóch ważnych raportów tematycznych – jeden dotyczył elektronicznej dokumentacji medycznej, drugi – radiologii i najnowszych przepisów, które właśnie wchodzą w życie i regulują działalność tej dziedziny medycznej. – Można odnieść wrażenie, że po szale wprowadzenia e-recept cyfryzacja przyhamowała, ale to błędne przekonanie. Reforma postępuje i angażuje sporo uwagi, jeśli chodzi o negocjacje w tym zakresie – podkreśla Andrzej Cisło i dodaje, że radiologia to obecnie „temat rzeka", który trzeba przestudiować na www.nil.org.pl. ■

Bezpieczeństwo w czasie pandemii

Z wyników badań American Dental Association Science & Research Institute i Health Policy Institute wynika, że w czerwcu w USA mniej niż 1 proc. lekarzy dentystów miało COVID-19. To pierwszy zbiór i publikacja na tak dużą skalę wskaźników infekcji i kontroli zakażeń u stomatologów w tym kraju.

W czerwcu badacze ADASRI i HPI zaprosili amerykańskich dentystów do udziału w ankiecie internetowej obejmującej pytania związane z objawami związanymi z COVID-19, zakażeniem SARS-CoV-2, procedurami kontroli zakażeń stosowanymi w ich podstawowej praktyce stomatologicznej, a także zapytali o ich kondycję psychiczną i fizyczną.

Spośród 2195 stomatologów, którzy odpowiedzieli na ankietę, 20 miało potwierdzoną lub prawdopodobną infekcję COVID-19. Wśród respondentów znaleźli się lekarze dentyści ze wszystkich stanów oraz z Portoryko. – To bardzo dobra wiadomość dla lekarzy dentystów i ich pacjentów – powiedział dr Marcelo Araujo, dyrektor generalny ADASRI oraz dyrektor naukowy ADA i współautor raportu. – Oznacza to, że to, co robią: zwiększona kontrola zakażeń i zwrócenie większej uwagi na bezpieczeństwo pacjenta i zespołu dentystycznego, działa – podsumował.

– Zrozumienie zagrożeń związanych z przenoszeniem COVID-19 w warunkach dentystycznych ma kluczowe znaczenie dla poprawy bezpieczeństwa pacjenta i zespołu dentystycznego – powiedział dr Araujo. Wytyczne zarówno ADA, jak i CDC, rekomendują m.in., aby stomatolodzy stosowali maski, gogle i osłony twarzy, a aby zminimalizować ilość aerozoli, należy stosować koferdam i ssanie z dużą prędkością, gdy tylko jest to możliwe, oraz unikać skallingu ultradźwiękowego podczas czyszczenia zębów. 99,7 proc. ankietowanych wdrożyło procedury zapobiegania infekcjom. ■

ŹRÓDŁO: ADA.ORG

STOMATOLOGIA

Uniknąć powikłań

Stomatolodzy sygnalizują, że zabiegów wysokiego ryzyka jest coraz więcej, są czasochłonne i wymagają wzmożonej czujności, a pacjenci obciążeni zaburzeniem krzepnięcia krwi są niemałym wyzwaniem.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

Obecnie o stomatologii mówi się w kontekście wielochorobowości, czyli współistniejących ze sobą chorób układu krążenia, cukrzycy, nerek, wątroby, nowotworów, na które cierpi coraz więcej osób trafiających na fotel dentystyczny.

Wiele z nich wymaga leczenia przeciwkrzepliwego, które chroni m.in. przed zawałem serca i udarem mózgu czy żylną chorobą zakrzepowo-zatorową, ale może być groźne, kiedy dojdzie do przerwania ciągłości tkanek, a w gabinecie stomatologicznym przy inwazyjnych zabiegach wykonywanych w obrębie jamy ustnej jest to naturalne. Do lekarzy dentystów trafiają także osoby ze skazami krwotocznymi różnego pochodzenia. Niezależnie od przyczyny, pacjenci obciążeni zaburzeniem krzepnięcia krwi są dla nich wyzwaniem.

W RÓWNOWADZE

Aby krew mogła swobodnie przepływać przez naczynia krwionośnie i spełniać swoją funkcję, musi być zachowana hemostaza, czyli równowaga pomiędzy czynnikami przeciwkrwotocznymi (płytki krwi, czynniki krzepnięcia, inhibitory fibrymolizy) a czynnikami przeciwzakrzepowymi (inhibitory krzepnięcia, układ fibrynolizy). Uszkodzenie naczynia aktywuje elementy przeciwkrwotoczne i powstanie skrzepu zapobiegającego niekontrolowanej utracie krwi. Dzieje się tak m.in. podczas ekstrakcji zęba i innych zabiegów przeprowadzanych w obrębie jamy ustnej, np. plastyki dziąsła przed leczeniem protetycznym.

Czy u pacjentów z zaburzeniami krzepnięcia krwi są one bezpieczne? – Z zaburzeniami hemostazy stykają się lekarze wielu specjalności. Część z tych zaburzeń występuje powszechnie, choćby krwawienia u osób przyjmujących leki przeciwzakrzepowe, a niektóre rzadko, np. w hemofilii czy chorobie von Willebranda. Przy zabiegach inwazyjnych u osób obciążonych tymi chorobami kluczowe znaczenie ma znajomość zasad postępowania, co pozwala uniknąć poważnych powikłań krwotocznych. Z uwagi na specyfikę stomatologii powikłania te w postaci krwiaków umiejscawiają się głównie w okolicy gardła i szyi, co może powodować ucisk na drogi oddechowe i zagrażać życiu. W obawie przed tego rodzaju powikłaniami tacy pacjenci często spotykają się z odmową

FAKT

Chory z zaburzeniami hemostazy jest zwykle pacjentem problematycznym.

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

wykonania zabiegu i są odsyłani do hematologów w celu konsultacji – tłumaczy dr n. med. Magdalena Górska-Kosicka, hematolog.

Z odmową inwazyjnego leczenia stomatologicznego spotykają się nie tylko osoby z wrodzonymi i nabytymi skazami krwotocznymi, ale leczone przeciwkrzepliwie, a jest to najliczniejsza grupa chorych (problem dotyczy wielu milionów Polaków). Czasowe wstrzymanie leczenia nie zawsze jest u nich możliwe. Część zabiegów związanych z niewielkim ryzkiem krwawienia można wykonać bez przerywania terapii, ale niezbędna jest znajomość zasad postępowania. – Chory z zaburzeniami hemostazy jest zwykle pacjentem problematycznym. Na ten temat trzeba mówić na konferencjach, sympozjach i zjazdach, ponieważ ta wiedza może uchronić ich przed powikłaniami krwotocznymi i zakrzepowymi – podsumowuje dr Magdalena Górska-Kosicka.

NAJWAŻNIEJSZY JEST WYWIAD

Prof. Mansur Rahnama, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii stomatologicznej, podkreśla, że najważniejszy jest wywiad. Zanim lekarz dentysta podejmie jakiekolwiek leczenie, powinien wiedzieć o pacjencie praktycznie wszystko – na co choruje, jakie bierze leki, w jakich dawkach, jak na nie reaguje, czy zdarzały się u niego krwawienia, reakcje alergiczne itd. – Populacja starzeje się, naszymi pacjentami są często seniorzy z chorobą niedokrwienną serca, cukrzycą czy nowotworami, a ich stan uzębienia, jak i zresztą pozostałych Polaków, jest poniżej norm europejskich. U pacjentów tych zabiegi chirurgiczne są obarczone dużym ryzykiem powikłań i w ich sytuacji stomatolog zawsze powinien podejmować decyzję w oparciu o wywiad i po konsultacji z lekarzem prowadzącym, np. kardiologiem – przekonuje prof. Mansur Rahnama.

Uważa, że lekarz dentysta nie powinien samodzielnie podejmować decyzji o zmianie leków przeciwkrzepliwych czy też obniżaniu ich dawek. Musi też przyjrzeć się, jak wygląda współczynnik INR, jaki jest czas krzepnięcia krwi. A co z aspiryną? Kwas acetylosalicylowy w małych dawkach wprawdzie także rozrzedza krew i jest lekiem powszechnie stosowanym w prewencji zawału serca i udaru mózgu, jednak eksperci są zgodni, że leku nie trzeba odstawiać na czas leczenia zabiegowego w gabinecie stomatologicznym. Uważa się, że aspiryna w dawce 75-150 mg jest bezpieczna i nie stanowi, inaczej niż w przypadku innych leków przeciwzakrzepowych, ryzyka wystąpienia powikłań przy inwazyjnych zabiegach stomatologicznych.

– Zaburzenia krzepnięcia po leczeniu stomatologicznym to nie jest rzadkie zjawisko i obserwuję, że coraz więcej osób z takim powikłaniem trafia do kliniki, co jest dowodem na to, że wywiad nie był zebrany skrupulatnie, czy też nie zostały wprowadzone odpowiednie procedury – tłumaczy prof. Mansur Rahnama i apeluje, by konsultacje z lekarzem prowadzącym u pacjentów leczonych lekami przeciwkrzepliwymi, chorych na hemofilię czy ze skazami krwotocznymi, stały się normą. Wiąże się to jednak z koniecznością aktualizacji wiedzy lekarzy dentystów na temat leków stosowanych w zaburzeniach krzepliwości krwi, ustawicznego dokształcania się oraz przełamania niechęci do leczenia ludzi starszych. Są oni problematyczni nie tylko z uwagi na leczenie preparatami przeciwkrzepliwymi, cierpią na wielochorobowość i wymagają specjalnego podejścia, np. trzeba im poświęcić więcej czasu.

NIE STRASZYĆ SENIOREM

Dr Anna Kubica-Gemel, prowadząca praktykę dentystyczną w Piotrkowie Trybunalskim, zaznacza, że konsultacja z lekarzem prowadzącym jest bardzo cenna, ale nie zawsze niezbędna, jeśli lekarz dentysta ma doświadczenie w leczeniu takich przypadków. Pacjent w wieku senioralnym nie musi być postrzegany jako problematyczny. Zwraca uwagę, że zaburzenia krzepnięcia krwi mają różne stopnie nasilenia i w dobrze zebranym wywiadzie, a jeśli trzeba, wykonując dodatkowe badania, można zapobiec powikłaniom.

– Na obecnym poziomie wiedzy i wyposażenia gabinetów stomatologicznych lekarz dentysta dysponuje narzędziami, które pozwalają przeprowadzać zabiegi inwazyjne bezpiecznie u pacjentów w każdym wieku, nawet w podeszłym – przekonuje Anna Kubica-Gemel. Tym bardziej, że przeważnie chodzi o ekstrakcję zębów pozostałych korzeni, gdzie duże krwawienie jest mało prawdopodobne i nie ma potrzeby odstawiania leków przeciwzakrzepowych. Jest zdania, że w takiej sytuacji trzeba pacjenta obserwować, zmieniać gaziki i odesłać do domu dopiero, kiedy rana pozabiegowa przestaje krwawić.

W przypadku zabiegów stomatologicznych wysokiego ryzyka, np. pobieraniu wycinków w jamie ustnej lub zabiegów, gdzie trzeba wytworzyć płat śluzówkowy, śluzówkowo-okostnowy, wszczepić implanty czy wykonać mnogie ekstrakcje i inne zabiegi periodontologiczne, np. sterowanej regeneracji tkanek czy pokrywania recesji dziąsłowej z przeszczepem z podniebienia, najczęściej istnieje konieczność modyfikacji leczenia przeciwzakrzepowego i skonsultowania się w tej sprawie z lekarzem prowadzącym. Stomatolodzy sygnalizują, że zabiegów wysokiego ryzyka jest coraz więcej, są czasochłonne i wymagają wzmożonej czujności z ich strony. Tym większej, że w tej grupie znajdują są także pacjenci po chemioterapiach i naświetlaniach, u których w związku z przebytą chorobą nowotworową spadają parametry, jeśli chodzi o morfologię krwi.

– Pacjenci leczeni przeciwzakrzepowo najczęściej przyjmują inhibitory witaminy K, które często na czas zabiegu trzeba odstawić, należy więc po zabiegu zapewnić im prawidłową hemostazę, np. stosując gąbki kolagenowe, dobre szycie rany i trochę dłuższe niż w przypadku innych pacjentów przetrzymanie w gabinecie celem obserwacji – mówi Anna Kubica-Gamel i przekonuje, że stomatolog może wiele zrobić w przypadku pacjentów z zaburzeniami krzepnięcia krwi we własnym zakresie, ale to wymaga doświadczenia, właściwej oceny sytuacji i przełamania bariery strachu. ■

WAŻNE

Uważa się, że aspiryna w dawce 75-150 mg jest bezpieczna i nie stanowi ryzyka wystąpienia powikłań przy inwazyjnych zabiegach stomatologicznych.

STOMATOLOGIA

Rozliczanie kontraktów – negocjacje w toku

Więcej o wycenie świadczeń i korekcie przepisów regulujących przebieg konkursów

14 października Komisja Stomatologiczna NRL poinformowała o stanie prac związanych z ustalaniem warunków wykonywania kontraktów z NFZ w roku 2020 i w latach następnych.

O początku wybuchu pandemii samorząd lekarski wielokrotnie apelował o jasne określenie systemu wsparcia w wypracowaniu kontraktów za rok 2020. Podczas ostatnich rozmów NRL z NFZ zapowiedziano próbę poszukiwania formuły rozliczenia faktur 1/12 kontraktu. Komisja stoi na stanowisku, że faktury 1/12 dla gabinetów szkolnych powinny być rozliczone jako wykonane w 70 proc., a dla pozostałych, które mają problem z wypracowaniem kontraktu, powinno się przyjąć ryczałt za każdy dzień udzielania świadczeń od połowy marca do 5 września i wliczyć go do wykonania za rok 2020.

Zgodnie z rozporządzeniem z 4 września br. przedłużenie okresu rozliczeniowego do połowy 2021 r. następować będzie na wniosek świadczeniodawcy, w sposób określony przez prezesa NFZ. Wnioski takie można składać przynajmniej do końca roku, gdyż ostatnim momentem na zgłoszenie świadczeń za bieżący rok jest 10 stycznia 2021 r. Aby dać czas na wypracowanie jednolitych zasad, wg których realizowane będą ww. wnioski, KS NRL zaleca wstrzymanie się z ich składaniem. ■

ŚDZJU 2021-2023

World Dental Federation (FDI) poinformowało, że hasło kampanii, która prowadzona będzie przez kolejne trzy lata w ramach Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej, brzmi „Be proud of Your mouth". Organizatorzy chcą skupić się na znaczeniu zdrowia jamy ustnej dla ogólnego stanu zdrowia człowieka.

W 2021 r. FDI chce prowadzić obchody ŚDZJU tak, aby każde wydarzenie odbywało się zgodnie z lokalnymi wytycznymi dotyczącymi zdrowia publicznego. – Najważniejsze jest, aby obchody Światowego Dnia Zdrowia Jamy ustnej przebiegały bezpiecznie – mówi prezes FDI dr Gerhard K. Seeberger. – Zachęcam wszystkich do odwiedzenia strony www.worldoralhealthday.org i skorzystania z materiałów, które są tam dostępne – dodaje.

Każdy może wnieść swój wkład w akcję popularyzowania przesłania FDI i okazać poparcie dla kampanii, udostępniając swoje zdjęcia na Mouth Proud Wall. Wystarczy skorzystać z internetowego narzędzia #MouthProud, dzięki któremu umieszcza się ozdobną ramkę wokół ust na

swoim zdjęciu (jako symbol uznania, że jama ustna jest ważna), po czym tak przygotowaną fotografię zamieszcza się na stronie www.worldoralhealthday.org (na MPW), deklarując tym samym osobiste zobowiązanie o nadaniu priorytetu zdrowiu jamy ustnej.

ŚDZJ ustnej obchodzony jest każdego roku 20 marca. Jego cel to wyposażenie ludzi w narzędzia i wiedzę do zapobiegania i kontrolowania chorób jamy ustnej, na które cierpi prawie 3,5 mld ludzi na całym świecie. ■

COVID-19 a bruksizm

Stres wywołany przez pandemię doprowadził do gwałtownego wzrostu problemów związanych ze zgrzytaniem zębami – tak twierdzą amerykańscy lekarze dentyści.

Od stomatologów w całym kraju napływają sygnały, że od czasu wybuchu pandemii zaobserwowali gwałtowny wzrost przypadków bruksizmu. Wielu z nich przypisuje to towarzyszącemu ludziom stresowi.

– Byłbym zaskoczony, gdyby takiego wzrostu nie było – mówi Thomas Sollecito z University of Pennsylvania School of Dental Medicine. – Stres i cierpienie związane z wydarzeniami na świecie wpływają m.in. na pogorszenie jakości snu, wzrost problemów z zaciskaniem zębów i zgrzytaniem – zauważa. U pacjentów dotkniętych tym problemem najczęściej obserwuje się napięciowy ból głowy, który może przypominać tępy ból, odczucie ucisku na czole lub z tyłu głowy, niekiedy bóle zlokalizowane są w skroniach. – Ludzie mogą również odczuwać większy dyskomfort podczas normalnej aktywności, np. podczas zwykłego żucia – twierdzi dr Sollecito. ■

ŹRÓDŁO: SCIENCEDAILY.COM; NATURE.COM; INDEPENDENT.CO.UK FOTO: MATERIAŁY PRASOWE

BIULETYN

NR 5 (198) NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ WARSZAWA, X 2020

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

Posiedzenie NRL – 16 października 2020 r.

UCHWAŁA Nr 13/20/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 16 października 2020 r. w sprawie modernizacji systemu informatycznego dla prowadzenia okręgowych rejestrów lekarzy i lekarzy dentystów i Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 11 i 23 oraz art. 52 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. Postanawia się dokonać modernizacji systemu informatycznego dla prowadzenia okręgowych rejestrów lekarzy i lekarzy dentystów oraz Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, zwany dalej „systemem FINN".
2. Modernizacja ma zapewnić wprowadzenie w systemie FINN możliwości publikacji w trybie online danych z prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej oraz prowadzonych przez okręgowe izby lekarskie Okręgowych Rejestrów Lekarzy, w zakresie wymaganym ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

§ 2.

1. Maksymalne koszty modernizacji systemu FINN, o której mowa w § 1, nie przekroczą kwoty 350.000 zł netto, wydatkowanej w okresie 14 miesięcy.
2. Koszty, o których mowa w ust. 1, zostaną poniesione solidarnie przez okręgowe izby lekarskie oraz Naczelną Izbę Lekarską w 14 miesięcznych częściach przypadających na każdą z okręgowych izb lekarskich oraz Naczelną Izbę Lekarską, wynoszących 1000 zł plus VAT.
3. Sposób i terminy przekazywania przez okręgową izbę lekarską kwot, o których mowa w załączniku do uchwały, zostaną ustalone w umowie zawartej pomiędzy Naczelną Izbą Lekarską a okręgową izbą lekarską.

§ 3.

1. Postanawia się zawrzeć aneks do umowy na usługi asysty technicznej, pomocy zdalnej i helpdesk, zawartej w dniu 1 kwietnia 2011 r. z LTC sp. z o.o., na wykonanie modernizacji, o której mowa w § 1.
2. Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej do zawarcia aneksu, o którym mowa w ust. 1, na warunkach wynikających z niniejszej uchwały oraz oferty LTC sp. z o.o. z dnia 8 października 2020 r. z uwzględnieniem postanowień zabezpieczających interesy Naczelnej Izby Lekarskiej na wypadek niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.

§ 4.

Za wdrożenie nowego systemu informatycznego będą odpowiadać Kol. Paweł Czekalski i kierownik Działu Informatyki i Organizacji Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 5.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ *Marek Jodłowski* WICEPREZES *Krzysztof Madej*

UCHWAŁA Nr 14/20/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 16 października 2020 r. w sprawie upoważnienia do zawarcia umowy o modernizację i wyposażenie w sprzęt AV serwerowni i lokali Naczelnej Izby Lekarskiej przy ul. Sobieskiego 110 w Warszawie

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 i art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Andrzeja Matyję i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej

Dokumenty NRL i Prezydium znajdują się na stronie internetowej NIL – www.nil.org.pl

– Grzegorza Mazura do zawarcia z panią Anną Surynowicz prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą Anna Surynowicz AJSKOM TECHNIKI PREZENTACYJNE umowy o modernizację i wyposażenie w sprzęt AV serwerowni i lokali Naczelnej Izby Lekarskiej przy ul. Sobieskiego 110 w Warszawie, za cenę do kwoty 1.300.000 złotych brutto (słownie: milion trzysta tysięcy złotych).

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ *Marek Jodłowski* WICEPREZES *Krzysztof Madej*

UCHWAŁA Nr 15/20/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 16 października 2020 r. w sprawie utworzenia funduszu wydawniczego Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965, z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Tworzy się „Fundusz Wydawniczy Naczelnej Rady Lekarskiej", zwany dalej: „Funduszem". Środki Funduszu będą przeznaczane na współfinansowanie wydawnictw książkowych lub audiowizualnych, których autorami są lekarze i lekarze dentyści.

§ 2.

Wysokość środków przekazywanych do Funduszu Wydawniczego corocznie określana jest w budżecie Naczelnej Izby Lekarskiej, na wniosek Przewodniczącego Funduszu.

§ 3.

Regulamin Funduszu stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ *Marek Jodłowski* WICEPREZES *Krzysztof Madej*

Fundusz Wydawniczy Naczelnej Rady Lekarskiej

REGULAMIN

§ 1.

Celem utworzenia Funduszu Wydawniczego jest umożliwienie współfinansowania wydawnictw książkowych lub audiowizualnych, których autorami są lekarze i lekarze dentyści.

§ 2.

1. Zadania w zakresie obsługi Funduszu Wydawniczego wykonuje pięcioosobowy Zespół Wydawniczy, zwany dalej „Zespołem".
2. Zespół powoływany jest przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na okres kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej.
3. Zespół stanowią:
1) Członek Prezydium NRL – jako Przewodniczący Zespołu;
2) dwóch członków Ośrodka Historycznego NRL;
3) dwóch członków Komisji Kultury NRL.
4. W skład Zespołu wchodzą wyłącznie członkowie samorządu zawodowego lekarzy, w tym dwóch lekarzy dentystów.
5. Zespół powołuje ze swojego składu i odwołuje w drodze głosowania Sekretarza Zespołu.

§ 3.

1. Zespół pracuje na posiedzeniach lub przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość lub w trybie obiegowym.
2. Z posiedzeń Zespołu sporządza się protokół.
3. W posiedzeniach Zespołu mogą brać udział zapraszani goście.
4. W przypadku ustaleń zapadających przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość lub w trybie obiegowym fakt podjęcia tych ustaleń dokumentuje Przewodniczący Zespołu lub Sekretarz Zespołu w formie pisemnej notatki wskazującej na treść podjętego ustalenia.
5. Przewodniczący Zespołu przedstawia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Radzie Lekarskiej informacje na temat działalności Zespołu.

§ 4.

Wysokość środków przekazywanych do Funduszu Wydawniczego corocznie określana jest w budżecie Naczelnej Izby Lekarskiej, na wniosek Przewodniczącego Funduszu.

§ 5.

Fundusz wspiera wydawanie w formie papierowej oraz audiowizualnej:
1) prac z zakresu historii zawodów medycznych i medycyny ze szczególnym uwzględnieniem dziejów samorządu lekarskiego;
2) literatury pięknej.

§ 6.

1. Pomoc można uzyskać w formie dotacji do przygotowanej już pracy z zastrzeżeniem umieszczenia informacji o mecenacie oraz przekazania na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej egzemplarzy okazowych w liczbie określonej na podstawie umowy z autorem lub wydawcą. Dotacja nie może przekroczyć limitu 50% wydatków druku lub nagrania/montażu na podstawie przedstawionej faktury.
2. W przypadku uzyskania dofinansowania autor lub wydawca wyraża zgodę na cytowanie fragmentów publikacji przez Naczelną Izbę Lekarską. PDF lub plik audio publikacji automatycznie znajdzie się w mediatece lekarskiej.
3. Autor lub wydawca może uzyskać dotację tylko jeden raz w czasie trwania kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej z zachowaniem czteroletnich odstępów od poprzedniej publikacji.
4. Rozliczenie dotacji odbywa się w tym samym roku kalendarzowym, w którym została ona przyznana. Zespół może rozpatrzeć wniosek o zaliczkową wypłatę po rozpatrzeniu uzasadnienia autora.
5. Zadaniem zespołu jest ocena prawidłowości wykorzystanej pomocy wydawniczej. W przypadku niedotrzymania terminów przedstawienia dokumentów finansowych lub w sytuacji, gdy Zespół stwierdzi, że środki zostały wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem, dotacja automatycznie zostanie cofnięta, a otrzymane środki podlegają zwrotowi.
6. Pierwszeństwo w uzyskaniu pomocy mają publikacje o charakterze uniwersalnym i ponadlokalnym oraz posiadające recenzje osób ze znaczącym dorobkiem historycznym lub zajmujących się

Dokumenty NRL i Prezydium znajdują się na stronie internetowej NIL – www.nil.org.pl

zawodowo krytyką literacką, muzyczną lub filmową.
7. Maksymalna wysokość pomocy wydawniczej wynosi 5.000 złotych.
8. W szczególnie uzasadnionych przypadkach możliwe jest przyznanie autorowi lub wydawcy dotacji częściej niż wskazano w ust. 3 oraz w kwocie wyższej niż opisana w ust. 7.

§ 7.

1. Rekomendacje co do zakwalifikowania przedłożonych propozycji do przyznania pomocy wydawniczej podejmowane są cztery razy w roku kalendarzowym w terminach ustalonych przez Zespół podczas posiedzenia Zespołu.
2. Zespół przekazuje swoje rekomendacje Prezydium NRL, które zatwierdza je w drodze uchwały. Rekomendacje Zespołu nie są wiążące dla Prezydium NRL.
3. W przypadku przyznania pomocy wydawniczej Naczelna Izba Lekarska podpisuje z autorem publikacji lub jej wydawcą odrębną umowę regulującą warunki wykonania dzieła.

§ 8.

1. Prawidłowe zgłoszenie pracy wymaga spełnienia następujących warunków technicznych:
1) w przypadku propozycji wydawniczej: zapis PDF;
2) w przypadku propozycji audiowizualnej: zapis cyfrowy MP3 lub MP4;
3) wraz z krótką informacją o autorze, streszczeniem (informacją o publikacji), wysokość nakładu, wskazanie formy pomocy, dane kontaktowe: imię i nazwisko, adres, e-mail i telefon oraz oświadczenie (Załącznik nr 1 do Regulaminu).
2. Zgłoszenia o uzyskanie dotacji należy składać osobiście w zamkniętej kopercie w Sekretariacie NIL lub nadsyłać na adres: Naczelna Izba Lekarska. ul. Sobieskiego 110, Warszawa z dopiskiem FUNDUSZ WYDAWNICZY.

Załącznik nr 1 do Regulaminu jest dostępny na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty".

STANOWISKO Nr 7/20/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 16 października 2020 r. w sprawie projektu ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2021

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2021, przekazanym przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu, Pana Dariusza Salamończyka, z dnia 5 października 2020 r., znak: SPS-WP-020-108(4)/20, pozytywnie ocenia zwiększenie nakładów finansowych przeznaczonych na finansowanie staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów.
Samorząd lekarski pozytywnie ocenia także zwiększenie środków przekazywanych z budżetu państwa na zakup szczepionek do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych, zgodnie z ustalonym na dany rok Programem Szczepień Ochronnych.

SEKRETARZ *Marek Jodłowski*
WICEPREZES *Krzysztof Madej*

Dokumenty NRL i Prezydium znajdują się na stronie internetowej NIL - www.nil.org.pl

Fundacja Lekarze Lekarzom

Serdecznie dziękuję za wszelkie wpłaty, dzięki którym możemy pomagać naszym podopiecznym – Koleżankom i Kolegom, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej. Prosimy o wsparcie nawet bardzo symboliczną kwotą – razem możemy sprawić, że czyjś los choć trochę się odmieni.

Ogromnie dziękuję za datki, które do nas napływają z całej Polski!

Nr konta: 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541
Szczególne podziękowania kieruję także do wszystkich, którzy przekazali swój 1% podatku na rzecz naszej Fundacji (**KRS Fundacji Lekarze Lekarzom: 0000409693**).

Zapraszamy do zapoznania się ze szczegółami działalności Fundacji na www.fll.org.pl

Mariusz Janikowski, prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

OPINIE

Czy lekarska solidarność to przeżytek?

„Strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych".

TEKST **JACEK KOZAKIEWICZ, WICEPREZES NRL**

To cytat z Kodeksu Etyki Lekarskiej. Stanowi dziś niełatwe wyzwanie, zwłaszcza współcześnie, kiedy obserwujemy degradację wartości, relatywizację pojęć, postępującą dehumanizację życia społecznego, w tym niestety też medycyny. Niezbędne dla wypełnienia tego ważnego zobowiązania jest, moim zdaniem, właściwe zrozumienie roli samorządności zawodowej.

CO OZNACZA „SOLIDARNOŚĆ"?

Słowo solidarność w latach 80. ub. wieku stało się znakiem rozpoznawalnym Polski niemal na całym świecie. Zostało wówczas przywrócone jego właściwe znaczenie. To wtedy przypomnieliśmy sobie, że słowo „solidarność" oznacza wzajemne wspieranie się, współdziałanie i współodpowiedzialność wynikającą ze zgodności poglądów, dążeń i postępowania.

CZYM JEST SOLIDARNOŚĆ ZAWODOWA LEKARZY?

Wg prof. D. Byczkowskiej to poczucie wspólnoty z osobami wykonującymi ten sam zawód, przejawiające się poprzez działanie zmierzające do podtrzymania lub polepszenia sytuacji przedstawicieli danego zawodu. Wspólnota ta jest także w pewnym sensie wspólnotą interesów. Korzystne dla jej członków jest więc dbanie o swą profesję.

Poczucie grupowej solidarności i odpowiedzialności za grupę powinno nie tylko dawać każdemu jej członkowi prawo, ale powinno nakładać na niego obowiązek stałego udoskonalania jej wartości moralnej. Tym samym rola grupy będzie polegała na spełnianiu roli opinii społecznej, wymuszającej respektowanie omawianych norm, ocen i wzorów przez wszystkich jej członków pod sankcją presji grupowej.

SOLIDARNOŚĆ LEKARSKA OCZYMA USTAWODAWCY

Wśród zadań i zasad działania samorządu lekarzy oraz praw i obowiązków jego członków zapisanych w art. 5 rozdziału 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich wymieniono m.in.:

– integrowanie środowiska lekarskiego;

– działania na rzecz ochrony zawodu lekarza, w tym występowanie w obronie godności zawodu lekarza oraz interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu lekarzy;

– prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla lekarzy i ich rodzin.

SOLIDARNOŚĆ ZAWODOWA Z INNEJ PERSPEKTYWY

Zdaniem T. Brzezińskiego, negatywną stroną solidarności zawodowej lekarzy, jaką zarzucają nam inne środowiska, jest skłonność do nieobiektywnego wydawania oficjalnych opinii w przypadkach, kiedy lekarz staje pod zarzutem popełnienia błędu lub niewłaściwego postępowania w stosunku do pacjenta.

W ostatnim okresie środki masowego przekazu są szczególnie nieprzychylnie ustosunkowane do lekarzy. W prasie, radiu, telewizji nagłaśniane, nie zawsze obiektywnie, przeważnie sensacyjnie przekazywane są informacje o nieprawidłowościach w postępowaniu lekarzy. Niestety zdarza się, że środowisko lekarskie samo chętnie formułuje opinie o swoich kolegach, które stają się potem podstawą kształtowania ocen o poszczególnych lekarzach czy instytucjach służby zdrowia.

SOLIDARNOŚĆ Z PERSPEKTYWY SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Zanim w 1989 r. odrodził się samorząd lekarski, zanim uchwaliliśmy długo oczekiwany Kodeks Etyki Lekarskiej, Polskie Towarzystwo Lekarskie przyjęło Zbiór Zasad Etyczno-Deontologicznych Polskiego Lekarza. Nie zabrakło w nim miejsca na zasady postępowania lekarza wobec innych lekarzy. Oto one:

• **Zasada 39.** Stosunki między lekarzami powinny opierać się na wzajemnym szacunku, lojalności i koleżeństwie,

Tekst ukazał się w biuletynie „Pro Medico" (wrzesień 2020)

wynikających ze wspólnoty celów i poszanowania trudu, wysiłków oraz odpowiedzialności, jaką ponosi lekarz w swojej działalności zawodowej.

• **Zasada 40.** Lekarz nie powinien nigdy pochopnie oceniać działalności i umiejętności innego lekarza, a zwłaszcza opierać swych sądów na informacjach pochodzących od chorych i osób postronnych, gdyż informacje takie bywają często wynikiem nieporozumienia lub ubocznych względów.

• **Zasada 41.** Jeśli zachodzi konieczność wydania opinii o pracy zawodowej innego lekarza, opinia taka może być wydana tylko na pisemne żądanie powołanych do tego władz, a także może być wyrażona w dyskusji naukowej lub na prośbę zainteresowanego lekarza. Opinia taka powinna być zgodna z zasadami etyczno-deontologicznymi i wydana w sposób bezstronny.

• **Zasada 42.** Lekarz powołany do wydania urzędowej opinii o postępowaniu innego lekarza powinien dokładnie zapoznać się ze wszystkimi materiałami i okolicznościami koniecznymi do wyjaśnienia sprawy, a swą opinię kształtować i wyrażać w sposób obiektywny i ostrożny. Opinie te powinny być, w miarę możności, opracowane kolektywnie, z udziałem właściwych specjalistów.

Podobne zagadnienia zawarto w Kodeksie Etyki Lekarskiej w rozdziale „Stosunki wzajemne między lekarzami". Zgodnie z nimi:

1. Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. Szczególny szacunek i względy należą się lekarzom seniorom, a zwłaszcza byłym nauczycielom.

2. Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób.

3. Lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etyki powoduje poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie organu izby lekarskiej.

4. Poinformowanie organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej innego lekarza nie stanowi naruszenia zasad etyki.

5. Jeżeli dostrzeżony błąd, popełniony przez innego lekarza, ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta, należy podjąć działania dla odwrócenia jego skutków.

Redakcja tego przepisu uległa „złagodzeniu" w porównaniu z pierwotnym brzmieniem. Mowa jest obecnie o konieczności zachowania szczególnej ostrożności w prezentowaniu sądów o innych członkach samorządu lekarskiego, ale już nie zabrania wypowiadania się o innych.

Ciągle natomiast obowiązuje przepis uniemożliwiający dyskredytowanie innych lekarzy. Pojęcie dyskredytowania należy rozumieć jako „pomniejszanie czyjegoś autorytetu, wartości, podważanie zaufania do kogoś lub czegoś", albo jako skompromitowanie, zdyskwalifikowanie lub publiczne psucie komuś opinii.

W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 9 września 2013 r., dotyczącym jednej ze spraw toczącej się w Naczelnym Sądzie Lekarskim, zapisano m.in.: „Zgodnie z utrwaloną od okresu międzywojennego linią orzeczniczą, dotyczącą wykładni znamienia „publiczności" działania sprawcy, przez pojęcie to należy rozumieć taką sytuację, w której miejsce, okoliczności i sposób popełnienia czynu umożliwiają jego dostrzeżenie przez większą, bliżej nieokreśloną liczbę osób".

Przy ponownym rozpoznaniu sprawy Naczelny Sąd Lekarski miał na względzie przytoczone powyżej uwagi i rozważył możliwość przypisania przewinienia polegającego na naruszeniu normy deontologicznej wyrażonej w art. 52 ust. 2 KEL, jednakże bez uznawania go za działanie publiczne. Przepis ten bowiem, poprzez zwrot „w szczególności", jedynie przykładowo wskazuje na niedopuszczalność publicznego przekraczania granic krytyki innego lekarza, co nie stoi na przeszkodzie uznaniu za delikt dyscyplinarny również takiego zachowania, które polegało na niezachowaniu ostrożności w formułowaniu opinii względem innego lekarza, ale nie mogło zostać odebrane przez większą liczbę osób.

Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku z 23 kwietnia 2008 r., SK 16/07, wskazał, że zakresy znaczeniowe pojęć „dyskredytować" i „krytykować" krzyżują się, ale nie pokrywają.

Wskazano tam, że „krytyka w ścisłym znaczeniu tego słowa zakłada zawsze element analizy i oceny prawidłowości zachowania podmiotu krytykowanego, co z kolei umożliwia późniejszą, obiektywną ocenę jej prawidłowości i prawdziwości. Krytyka nie musi ponadto angażować uwagi osób trzecich, ale może ograniczać się do wymiany poglądów pomiędzy krytykującym a krytykowanym. Tymczasem istota dyskredytacji wiąże się ze skutkiem w postaci podważenia autorytetu, spowodowania ujemnej oceny postawy lub działalności określonej osoby w oczach innych".

Podsumowując ten wątek, Trybunał stwierdził, iż dyskredytacją będzie „krytyka dla samej krytyki" albo też reakcja nieadekwatna do wytkniętego błędu oraz zamierzonych, pozytywnych skutków społecznych.

Znaczenie solidarności zawodowej dostrzeżemy także w kolejnych artykułach Kodeksu Etyki Lekarskiej. Na przykład artykuły 53 i 56 wręcz wskazują na to, że doświadczeni lekarze winni służyć radą i pomocą mniej doświadczonym kolegom, zwłaszcza w trudnych przypadkach klinicznych, a lekarze pełniący funkcje kierownicze powinni traktować swoich pracowników zgodnie z zasadami etyki. Natomiast lekarze pełniący funkcje kierownicze są zobowiązani do szczególnej dbałości o dobro chorego oraz o warunki pracy i rozwoju zawodowego podległych im osób. Powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych, a także przekazywanie ich swoim współpracownikom.

Pod rozwagę przekazuję ważne słowa wypowiedziane w filmie dokumentalnym wyprodukowanym przez Śląską Izbę Lekarską pt. „Dziedzictwo Hippokratesa". Bohater filmu, prof. Franciszek Kokot, wybitny naukowiec i lekarz, laureat Wawrzynu Lekarskiego – najwyższego odznaczenia Śląskiej Izby Lekarskiej, mówił:

„Najgorszą rzeczą, jaką lekarz może zrobić, to jest krytyka swojego kolegi w obecności chorego, albo nawet i nie w obecności chorego. Tych, którzy tak robią, należy natychmiast usuwać z zawodu. Nikt z nas nie jest święty, ja uczę się medycyny sześćdziesiąt kilka lat już i jestem niedoskonały. Aktualnie medycyna jest tak agresywna w swoich procedurach diagnostycznych i leczniczych, że nie sposób jest dziś podołać na bieżąco we wszystkich jej dziedzinach...".

REASUMUJĄC...

• Solidarny = odpowiedzialny.

• Zasada solidarności jest wpisana w wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty od starożytności do czasów współczesnych.

• Solidarność jest jednym z warunków koniecznych do zachowania prestiżu, godności oraz szacunku dla nas samych i naszego zawodu. ■

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

Poranieni psychicznie

Z prof. **Dorotą Merecz-Kot**, przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Badań nad Stresem Traumatycznym, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

WYWIAD

Kiedy mamy do czynienia ze stresem traumatycznym?
Stres traumatyczny występuje, kiedy dochodzi do konfrontacji ze zdarzeniami pośrednio lub bezpośrednio zagrażającymi życiu lub zdrowiu. W świetle najnowszych ustaleń nauki i klasyfikacji diagnostycznych w tę definicję wpisuje się np. ciężki wypadek, napaść, doświadczenie horroru wojny, zamachów terrorystycznych, kataklizmów, gwałtu, ale np. choroba COVID-19 także mieści się w tych kanonach. Zwłaszcza kiedy jej przebieg jest ciężki i wykracza poza codzienne doświadczenia chorowania, czyli gdy rokowania są niepewne, nie działają dostępne leki, nie ma skutecznych standardów terapeutycznych, a pacjenci przebywają w izolowanych pomieszczeniach, bez możliwości kontaktu z rodziną i w ograniczonym kontakcie z personelem medycznym, który ze względów bezpieczeństwa pracuje w kombinezonach ochronnych i maskach. Nie widać spod nich twarzy, trudno więc o kontakt wzrokowy.

O izolacji chorych i jej psychicznych następstwach nie mówi się często.
Powiedziałabym nawet, że za rzadko. Tymczasem w zaburzeniach występujących po stresie traumatycznym istotą jest sieć wsparcia i obecność bliskich, ponieważ czynniki te budują odporność na zranienia psychiczne. Te psychologiczne następstwa izolacji nie dotyczą też wyłącznie samego chorego, ale jego bliskich, którzy doświadczają bolesnej niemożności zobaczenia ważnej dla nich osoby, dodawania jej otuchy, udręki związanej z wyobrażaniem sobie jej samotnego cierpienia.

> **Interesujące i zaskakujące zarazem jest w tym badaniu, że na traumę bardziej są narażone osoby z drugiej linii frontu niż te z pierwszej.**

W jakim stopniu personel medyczny jest zagrożony traumą?
W ogromnym i już mamy doniesienia na ten temat. W sierpniu w czasopiśmie „Frontiers in Psychology" opublikowano badania dotyczące pandemii COVID-19 i wyniki wskazują jednoznacznie, że personel medyczny jest w grupie ryzyka. Interesujące i zaskakujące zarazem jest w tym badaniu, że na traumę bardziej są narażone osoby z drugiej linii frontu niż te z pierwszej. Obserwacje te potwierdzają wyniki badań chińskich naukowców opublikowane w „Brain Behaviour and Immunity", w których przebadano 526 pielęgniarek z pierwszej i drugiej linii walki z COVID-19. W badaniach pojawiło się coś, co już wybrzmiało na początku pandemii – wiele osób z personelu medycznego odmawiało pracy z chorymi na COVID-19, nie wytrzymując presji psychicznej związanej z obawą o życie swoje i najbliższych.

Prof. Dorota Merecz-Kot: – Wspólnie z prof. Lis-Turlejską prowadzimy badania, których wyniki wskazują, że poziom traumatyzacji polskiego społeczeństwa jest zdecydowanie wyższy niż w innych krajach Europy.

Czym objawia się stres traumatyczny?

Symptomów jest sporo, ale najczęściej wymienia się nawracające myśli, obrazy związane ze zdarzeniem lub zdarzeniami traumatycznymi, jakich doświadczyliśmy, przymus unikania myślenia, odczuwania, bycia w kontekstach związanych z traumą, objawy wzmożonego pobudzenia, takie jak zaburzenia uwagi, snu, irytacja etc. Może się pojawić przekonanie o całkowitej nieprzewidywalności świata, braku zaufania do ludzi i siebie samego, poczuciu utraconej przyszłości, dolegliwościach somatycznych. W kontekście COVID-19 są to obrazy umierającej bliskiej osoby, uporczywe sny z wątkiem bycia zarażonym czy przeżywaniem własnej śmierci.

Czyli tematyka urazu powraca, utrudniając normalne funkcjonowanie.

Trauma bywa tak silna, że powoduje reakcje fizjologiczne – drżenie ciała, palpitacje serca, nadmierne pocenie się, wzmożony i niczym nieuzasadniony lęk. Inne objawy są związane z unikaniem tego, czego nie chcemy doświadczać. To niechęć do wychodzenia z domu, nadmierne skupianie się na sobie i bliskich. Mam pacjentkę, która reagowała histerią, kiedy jej 19-letnia córka chciała wyjść z domu, bo obawiała się, że jej dziecko wróci zarażone.

W stresie traumatycznym pojawia się też negatywne nastawienie do rzeczywistości i siebie samego. Chorzy postrzegają świat jako zły, niebezpieczny, przed którym nie można się obronić. Rodzi się nieufność, poczucie krzywdy i przekonanie, że ktoś coś celowo zaniedbał, dlatego doszło np. do zakażenia i śmierci. Może też pojawić się reakcja zaprzeczenia – skrajna i niedorzeczna, tak jak w przypadku pewnej kobiety, której siostra zachorowała na COVID-19, pozostawała długo w izolacji i mimo testów potwierdzających chorobę utrzymywała, że to zwykła grypa. Można więc coś widzieć i jednocześnie nie przyjmować tego do wiadomości, tworzyć alternatywne interpretacje po to, by chronić się przed zalewem przerażenia.

Ochrona zdrowia działa na granicy wydolności, może takie myślenie jest zasadne.

Niewydolność systemowa sprawia, że nie można się dodzwonić do sanepidu, lekarza POZ, poradni specjalistycznych, co jest odbierane jako atak personalny, nieżyczliwość, brak wrażliwości na cierpienia związane z pandemią. Tymczasem osoba po drugiej stronie telefonu znajduje się w okolicznościach, które ograniczają jej możliwości działania – tyle że dotknięci stresem tego nie widzą. Zgodnie z regułami przetrwania toczą walkę o siebie, o swoje zdrowie i życie.

FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE

Odpryski COVID-19 dotyczą wielu obszarów, np. skutków braku kontaktu w szpitalu matek z chorymi dziećmi. Sporo osób zostało poturbowanych psychicznie, ponieważ zamknięcie w domach źle wpłynęło na ich relacje rodzinne.

Jak leczyć traumę i jak długo trwa taka terapia?
Zgodnie z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia zaleca się terapię poznawczo-behawioralną, tzw. przedłużoną ekspozycję, gdzie jednym z elementów pracy jest konfrontowanie pacjenta z bodźcem traumatyzującym, by następowała desentyzacja. Coraz bardziej popularne w Polsce jest też stosowanie metody EMDR (eye movement desentization and reprocessing – odwrażliwianie i przetwarzanie za pomocą ruchów gałek ocznych) – stosunkowo młodej, ale jednej z najlepiej przebadanych pod względem skuteczności.

Farmakoterapia pomaga szczególnie na początku, kiedy pacjenci nie mają siły, by podjąć leczenie, które jest skomplikowane i długotrwałe. Traumy jednorazowe leczy się łatwiej, z kolei te związane np. z przemocą seksualną czy fizyczną wymagają długich lat pracy.

A pacjenci „covidowi"?
Za wcześnie, by to ocenić, ale obserwuję tendencję wzrostową osób potrzebujących pomocy. Odpryski COVID-19 dotyczą wielu obszarów, np. skutków braku kontaktu w szpitalu matek z chorymi dziećmi. Sporo osób zostało poturbowanych psychicznie, ponieważ zamknięcie w domach źle wpłynęło na ich relacje rodzinne. Teleporada także zrobiła swoje – leczenie przez telefon lub wideo może prowadzić do wielu nieporozumień diagnostycznych i to dotyczy zarówno pacjenta, jak i lekarza, który ma poczucie niedosytu, kiedy nie może obejrzeć i zbadać chorego w tradycyjny sposób.

Czy pandemia wpłynie na następne pokolenia?
Epidemia „hiszpanki" zabiła miliony ludzi, a nie sądzę, aby ktoś obecnie o tym szczególnie pamiętał. Życie jest silniejsze, a społeczeństwa, wychodząc z okresu kryzysu, próbują odbudować swój ład. Zakładam, że i tym razem tak będzie. Chociaż widzę również obszary zmian – konieczność izolacji wymusiła na wielu osobach korzystanie z nowych technologii, zmienia się sposób pracy, nauczania, realizowania opieki zdrowotnej – które, jak sądzę, zostaną z nami na dłużej. Możemy się też chyba spodziewać długookresowych skutków izolacji i utraty kontaktów z grupami rówieśniczymi. Izolacja jest szczególnie trudna w przypadku dzieci i młodzieży, bo wpłynie na ich funkcjonowanie w dorosłym życiu. Czas, który rozwojowo przeznaczony jest na osiąganie szlifów społecznych, rozpoznania się w normach społecznych i znalezienie swojego miejsca poza strukturą rodziny, jest naznaczony samotnością, poczuciem zamknięcia, sprowadza się do uproszczonych interakcji w mediach społecznościowych czy poprzez komunikatory internetowe. Spodziewać się zatem możemy deficytów kompetencji miękkich, tak potrzebnych w bezpośrednich relacjach z drugim człowiekiem.

PTBST jest częścią Europejskiego Towarzystwa Badań nad Stresem Traumatycznym (European Society for Traumatic Stress Studies – ESTSS). W jakim zakresie uzupełniają się w swoich działaniach?
Towarzystwo powstało z inicjatywy prof. Mai Lis-Turlejskiej z Uniwersytetu Warszawskiego i od początku jego ambicją było promowanie rzetelnej wiedzy na temat traumy, umożliwiając polskim psychologom, psychoterapeutom i psychiatrom kształcenie w tym zakresie. Korzystając z tego, że jesteśmy w strukturach ESTSS, zapraszamy do Polski największe autorytety w tej dziedzinie. Wspólnie z prof. Lis-Turlejską prowadzimy badania, których wyniki wskazują, że poziom traumatyzacji polskiego społeczeństwa jest zdecydowanie wyższy niż w innych krajach Europy, nawet w tych, które przeżyły traumę wojny niezwiązaną z II wojną światową, np. kraje byłej Jugosławii, Ukraina. Szukamy odpowiedzi na to pytanie, jedna z koncepcji mówi o nieprzepracowanej traumie wojennej, skomplikowanej historii, pomieszania ról, gdzie byliśmy ofiarami i sprawcami jednocześnie. ■

W PIGUŁCE

Oblężenie uczelni medycznych

W tym roku amerykańskie uczelnie kształcące przyszłych lekarzy przeżywają jeszcze większe niż zazwyczaj oblężenie.

Jak informuje Association of American Medical Colleges, stowarzyszenie działające na rzecz edukacji kadr medycznych w USA, liczba tegorocznych kandydatów na uniwersytetach medycznych znacznie poszybowała w górę. Z danych zebranych przez tę organizację wynika, że ponad 20 szkół kształcących przyszłych lekarzy odnotowała wzrost aplikacji o co najmniej 25 proc.

> **Zdaniem ekspertów przynajmniej u części osób chęć zostania lekarzem jest związana z obecnie panującą pandemią koronawirusa.**

Do Tulane University School of Medicine (Nowy Orlean, Luizjana) złożonych zostało o 35 proc. więcej wniosków o przyjęcie na studia niż rok temu (16 tys./190 miejsc). Do Boston University School of Medicine było o 26 proc. kandydatów więcej (11 tys./125 miejsc), a do Saint Louis University School of Medicine – o 27 proc.

Jak dotąd w całym kraju odnotowano ponad 7500 dodatkowych aplikacji do uczelni medycznych. To wzrost o prawie 17 proc. w stosunku do ubiegłego roku. Te dane zaskakują, gdyż w ciagu ostatniej dekady notowano z roku na rok wzrosty rzędu 3 proc.

Zdaniem ekspertów przynajmniej u części osób chęć zostania lekarzem jest związana z obecnie panującą pandemią koronawirusa. Zdaniem Geoffrey'a Younga z AAMC to sytuacja podobna do tej, która nastąpiła po 11 września 2001 r., kiedy doszło do zamachu na WTC w Nowym Jorku. Wówczas zaobserwowano wzrost liczby osób zmotywowanych do wojskowej służby. Teraz, widząc co dzieje się w ochronie zdrowia, młodzi ludzie chcą zaangażować się w niesienie pomocy medycznej. Część kandydatów kieruje się jednak bardziej praktycznymi pobudkami – poszukiwaniem bezpiecznego zawodu w niepewnych czasach. ■

Kary za tzw. testy dziewictwa

Francuski rząd zapowiedział, że planuje zakazać wystawiania zaświadczeń poświadczających dziewictwo dla tradycyjnych małżeństw religijnych. Za wykonywanie takich testów i wydawanie certyfikatów ma grozić lekarzom kara roku pozbawienia wolności i grzywna w wysokości 15 tys. euro.

Jak informuje BBC, pomysł jest częścią większego projektu legislacyjnego dotyczącego zmian w prawie, dzięki którym ma nastąpić wzmocnienie francuskich wartości świeckich i zwalczanie tego, co prezydent Emmanuel Macron nazywa „islamistycznym separatyzmem".

Projekt ustawy ma być dyskutowany w parlamencie jeszcze w grudniu tego roku. Już teraz pojawiają się opinie, że kary powinny dotyczyć nie tylko medyków, którzy wykonują testy i wydają odpowiednie certyfikaty, ale też osób, które wymuszają na kobietach poddanie się procedurze poświadczania dziewictwa – np. rodzina czy narzeczony.

Eksperci podkreślają, że za karami powinny też iść kampanie edukacyjne wśród społeczności, w których takie praktyki są kultywowane.

Według informacji podawanych przez France 3, ok. 30 proc. francuskich lekarzy zetknęła się z prośbą o wykonanie testu, ale większość z nich odmawia jego wykonania.

Poświadczanie dziewictwa u kobiet i młodych dziewcząt bywa stosowane w środowiskach muzułmańskich przed zawarciem małżeństwa. Takie praktyki stanowczo potępia ONZ i WHO. ■

Aplikacja na receptę

Lekarze w Niemczech mogą przepisywać na receptę cyfrowe aplikacje swoim pacjentom. Co prawda na razie tylko dwie, ale oferta ma być stopniowa rozszerzana.

Aplikacje mają wspierać pacjenta w jego chorobie, szczególnie dotyczy to osób chorujących przewlekle. Federalny Instytut Leków i Wyrobów Medycznych (BfArM) dotychczas zatwierdził do refundacji aplikację oferującą terapię pacjentom cierpiącym na szumy uszne, a także apkę zawierającą program terapii zaburzeń lękowych.

Pacjent dzięki otrzymanej od lekarza recepcie może taką aplikację bezpłatnie pobrać i zainstalować np. w swoim smartfonie lub komputerze. Jest to możliwość zarezerwowana dla osób posiadających ubezpieczenie w państwowej kasie chorych (GKV).

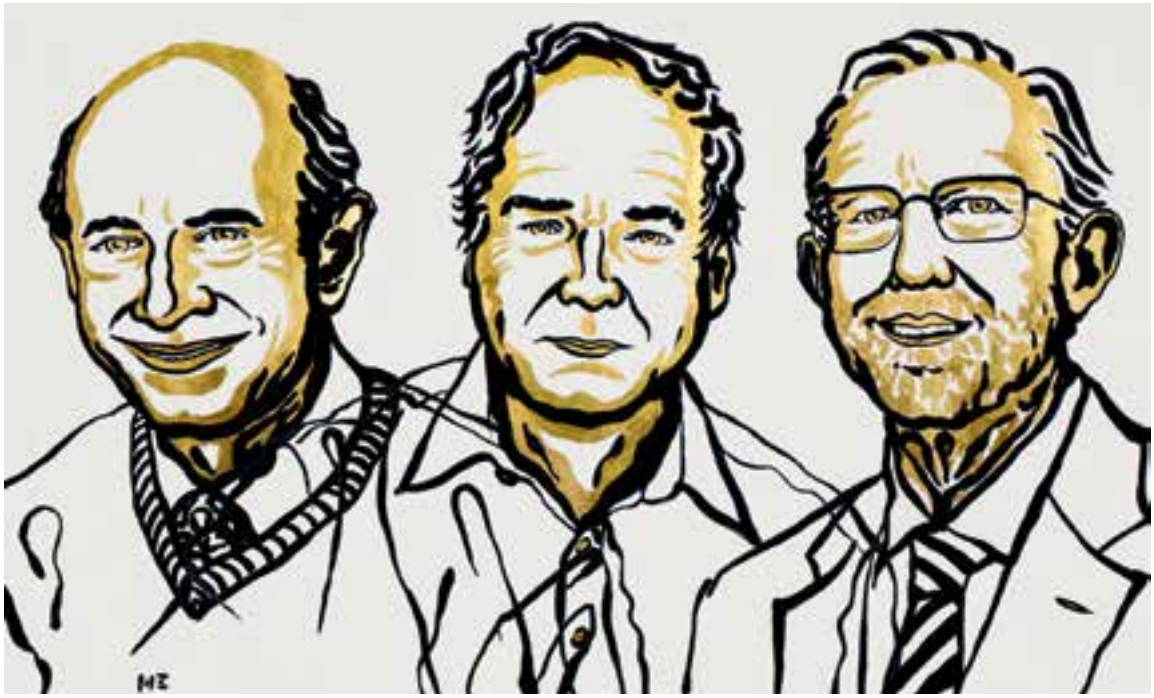
ŹRÓDŁO: AAMC; BBC, FRANCE 3, UN, WHO; WWW.THELOCAL.DE FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

NAUKA

Nobel za rozpracowanie wirusa

Tegorocznymi laureatami Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny zostali Harvey J. Alter, Michael Houghton i Charles M. Rice. Wyróżniono ich za odkrycie i opisanie wirusa HCV, wywołującego WZW C.

TEKST **LIDIA SULIKOWSKA**, DZIENNIKARZ



Harvey Alter, Michael Houghton, Charles Rice

Przedstawiciel Zgromadzenia Noblowskiego próbował dodzwonić się do jednego z nagrodzonych – Harvey'a Altera – kilkukrotnie, zanim udało mu się przekazać radosną dla naukowca wiadomość. Sam Alter przyznał, że wykonywane do niego telefony o godz. 5.00 rano najpierw wzbudziły w nim sporą irytację. Postanowił odebrać dopiero wtedy, gdy telefon zadzwonił po raz trzeci. – To był najlepszy budzik w moim życiu – przyznał później. Dowiedział się, że został jednym z trzech tegorocznych laureatów medycznego Nobla. Nagroda trafiła w jego ręce za odkrycia sprzed kilku dekad, dzięki którym kolejnym naukowcom udało się zidentyfikować HCV, wirusa wywołującego zapalenie wątroby typu C.

NIEWIDOCZNY ZABÓJCA

Urodzony w 1935 r. w Nowym Jorku Harvey Alter w latach 70. XX w. pracował w Narodowym Instytucie Zdrowia Stanów Zjednoczonych, gdzie badał przyczyny wystąpienia zapalenia wątroby u pacjentów otrzymujących transfuzje krwi.

W tamtych czasach wiedziano tylko o dwóch wirusach odpowiedzialnych za wywołanie WZW – HAV (przenoszonego drogą pokarmową i odpowiedzialnego za zapalenie wątroby typu A) oraz HBV (transmitowanego przez krew, powodującego dużo groźniejsze w skutkach WZW B). Notowano jednak mnóstwo przypadków tej choroby

ŹRÓDŁO: NOBELPRIZE.ORG, WHO, NATURE.COM, „THE GUARDIAN" FOTO: © NOBEL MEDIA. ILL. NIKLAS ELMEHED

u osób, u których nie wykryto ani wirusa typu A, ani B, za to byli to pacjenci po przebytej transfuzji krwi.

To dawało Alterowi silne podstawy do podejrzeń, że musi istnieć jeszcze jakiś inny, groźny patogen przenoszony przez krew, odpowiedzialny za zakażenie wątroby. Nie pomylił się. Wraz ze współpracownikami wykazał, że poprzez krew pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby (nie-A i nie-B) można przenieść chorobę na szympansy. Oznaczało to, że musi istnieć niepoznany dotąd patogen we krwi, wywołujący zakażenie. I że najprawdopodobniej jest to wirus.

UDANA IDENTYFIKACJA

Badania nad zidentyfikowaniem tajemniczego patogenu rozpoczął na początku lat 80. kolejny z tegorocznych noblistów, Brytyjczyk Michael Houghton. Został szefem wąskiej grupy naukowców w amerykańskiej firmie biotechnologicznej Chiron. Praca ciągnęła się latami, była trudna i wyczerpująca, ale owocna. W 1989 r. zespołowi Houghtona udało się wyizolować z krwi zakażonego szympansa materiał genetyczny wirusa, dziś dobrze nam znanego jako HCV (Hepatitis C Virus). Trzeci z wyróżnionych przez Zgromadzenie Noblowskie, Amerykanin Charles M. Rice, wykazał, że HCV jest czynnikiem wystarczającym do wywołania wirusowego zapalenia wątroby typu C.

GORZKI SMAK ZWYCIĘSTWA

W składzie zespołu, któremu przewodził Michael Houghton i któremu udało się w 1989 r. zidentyfikować HCV, znaleźli się także Singapurczyk Qui-Lim Choo i Tajwańczyk George Ching-Hung Kuo. Nobla przyznano tylko szefowi tej grupy, Houghtonowi. Sam Houghton stwierdził, że to wyróżnienie ma dla niego gorzki smak, bo nie doceniono w równym stopniu całego teamu.

Decyzja Zgromadzenia Noblowskiego może być jednak zrozumiała – zgodnie z regulaminem można wyróżnić maksymalnie trzy osoby, a chciano pokazać, że ważne było nie tylko samo odkrycie HCV, ale też kolejne osiągnięcia związane z lepszym poznaniem tego wirusa, które umożliwiły opracowanie skutecznych metod diagnozowania i leczenia osób zakażonych.

Michael Houghton Nobla przyjął, zaznaczając jednocześnie, że chciałby, aby w przyszłości była możliwość przyznawania tej nagrody dla szerszej grupy naukowców. Warto przy tym przypomnieć, że Houghton kilka lat wcześniej odmówił przyjęcia prestiżowej Canada Gairdner Award za odkrycie HCV, bo wówczas również nie wyróżniono członków jego zespołu.

George Ching-Hung Kuo, po ogłoszeniu wyników tegorocznego Nobla z medycyny, przyznał, że czuł się zawiedziony. – Ograniczanie liczby nagrodzonych może być nieaktualne w dzisiejszym świecie nauki opartej na współpracy i zespołach – skomentował w artykule opublikowanym w „Nature". Dodał jednak, że dla niego największą motywacją do pracy naukowej jest to, że przez swoje odkrycia może pomóc ludziom na całym świecie.

SUKCES, KTÓRY OCALIŁ MILIONY

WZW typu C to choroba, w której dochodzi do postępującego włóknienia wątroby, a następnie marskości, co może prowadzić do powstania raka wątrobowokomórkowego. HCV atakuje podstępnie. Zapalenie wątroby przebiegające w wyniku tego zakażenia przez lata może nie dawać widocznych objawów. W momencie wykrycia choroby często wątroba jest już bardzo uszkodzona.

Eksperci medyczni na całym świecie podkreślają, że przyznanie Nobla za zidentyfikowanie i dokładne poznanie HCV jest w pełni zasłużone. Szacuje się, że dzięki temu odkryciu uratowano miliony istnień ludzkich.

Udało się opracować bardzo czułe testy, za pomocą których można wykryć zakażenie na wczesnym etapie rozwoju choroby, a także eliminować zainfekowaną krew, która miałaby być wykorzystana do transfuzji, dzięki czemu nastąpił gwałtowny spadek zakażeń powstałych w wyniku przetoczenia. Co więcej, kilka lat temu udało się opracować leki przeciwwirusowe, które skutecznie eliminują HCV z organizmu.

Walka jednak nadal trwa. Dostęp do diagnostyki i terapii jest wciąż niewystarczający. Według szacunków WHO obecnie nawet 150 mln ludzi na całym świecie może być zakażonych HCV. Ponad 70 mln osób zmaga się z przewlekłym WZW C, a rocznie z powodu powikłań tej choroby umiera 400 tys.

W 2010 r. WHO uznała wirusowe zapalenia wątroby za jedno z największych zagrożeń epidemiologicznych XXI w., a sześć lat później przedstawiła globalną strategię, której celem jest eliminacja WZW jako problemu zdrowia publicznego do 2030 r. ■

Rekomendacje Polskiej Grupy Ekspertów HCV dot. leczenia WZW C

KOMENTARZ

KRZYSZTOF TOMASIEWICZ

kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych UM w Lublinie

W tym roku postanowiono docenić badaczy, którzy dzięki swoim dokonaniom mieli olbrzymi wpływ na ogólnoświatowe zdrowie publiczne. To, co udało się osiągnąć w ostatnich dekadach w zakresie walki z HCV, można nazwać jednym z największych sukcesów medycyny. Testy i terapie, które powstały dzięki rozpracowaniu tego wirusa przez tegorocznych noblistów, ocaliły życie milionom ludzi na całym świecie.

Jeszcze na początku lat 90. XX w. HCV zbierał ogromne żniwo m.in. wśród osób chorujących na hemofilię – wśród nich nawet 70 proc. było zakażonych. Po wprowadzeniu testowania krwi pod kątem tego wirusa przed przetoczeniem jej pacjentowi sytuacja się odmieniła o 180 stopni.

Oczywiście HCV wciąż powoduje nowe zakażenia – w głównej mierze są one związane z niezachowaniem właściwej higieny podczas wykonywania drobnych zabiegów medycznych, a także pozamedycznych (salony kosmetyczne, tatuażu etc.). Do infekcji dochodzi, ponieważ wciąż mamy wiele osób zakażonych. Szacuje się, że tylko w naszym kraju jest ich nawet 150 tys., w tym wielu niezdiagnozowanych.

HCV to podstępny wirus, który latami może nie wywoływać żadnych objawów, dlatego należy się skupić na aktywnej identyfikacji osób zakażonych – za pomocą testowania na szeroką skalę. W Polsce niestety tego brakuje, nie ma też narodowej strategii walki z tym wirusem.

Oczywiście najlepszą metodą na całkowite wyeliminowanie wirusa jest szczepionka, ale o taką w przypadku HCV jest bardzo trudno. Prace nad jej opracowaniem trwają od wielu lat, jednak bez powodzenia. Niestety wirus charakteryzuje się dużą zmiennością, przez co trudno o szczepionkę stymulującą produkcję przeciwciał neutralizujących. ■

NAUKA

Wiedza wydłuża życie

gazetalekarska.pl

Kobiety będące nosicielkami dziedzicznych mutacji BRCA 1 lub BRCA 2 mają znacznie większe ryzyko zachorowania na raka piersi i raka jajnika.

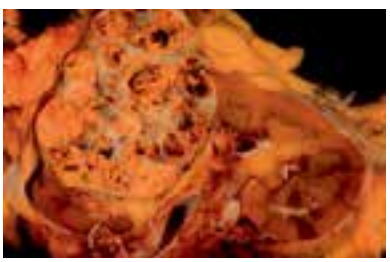
Rak piersi jest jednym z najczęstszych typów raka wśród diagnozowanych nowotworów.

W czasopiśmie „JAMA Oncology" opublikowano badanie, które wykazało, że wiedza o nosicielstwie mutacji BRCA 1/2 i podjęte w związku z tym działania profilaktyczne zmniejszają umieralność z powodu raka piersi. W retrospektywnej analizie uwzględniono 105 kobiet, u których rozpoznano raka piersi w latach 2005-2016. 42 z nich wiedziały wcześniej, że są nosicielkami mutacji BRCA, a 63 dowiedziały się o tym po rozpoznaniu raka piersi. 83 proc. kobiet biorących udział w badaniu było pochodzenia aszkenazyjskiego, a więc z populacji, w której dziedziczne mutacje BRCA występują szczególnie często. W obu grupach zarówno wiek w chwili rozpoznania, jak i stan hormonalny guzów, były podobne. Wśród kobiet, które wiedziały o mutacji, aż u niemal 81 proc. nowotwór rozpoznano w pierwszym stadium zaawansowania, a u kobiet, które o nosicielstwie mutacji BRCA dowiedziały się po rozpoznaniu raka piersi, tylko u 30 proc. Autorzy badania zwracają uwagę na skuteczność prowadzenia intensywnych badań przesiewowych w grupie kobiet z tą mutacją. ■

Algorytm rozpozna guzy

Na Politechnice Gdańskiej opracowano nowatorski system do rozpoznawania złośliwości guzów nerek.

System TITAN przy użyciu technologii uczenia maszynowego i algorytmów sztucznej inteligencji określa prawdopodobieństwo złośliwości guza nerki na podstawie zdjęcia tomografii komputerowej jamy brzusznej. – Lekarz uzyskuje dodatkową opinię w postaci sugestii algorytmu w ciągu zaledwie kilkunastu sekund – mówi dr inż. Patryk Jasik. Dzięki systemowi możliwa będzie dokładniejsza diagnoza, co pomoże zmniejszyć liczbę niepotrzebnych operacji narażających zdrowie i życie pacjentów. Większość chorych, u których występują guzy nerek, to osoby starsze, dla których operacja usunięcia guza może okazać się wysoce ryzykowna. Nierzadko, jeśli guz nie jest złośliwy, bezpieczniej jest nie wykonywać operacji i pozostawić go jedynie do dalszej obserwacji. Określenie złośliwości guza nie jest prostym zadaniem. „Szacuje się, że obecnie w Polsce 15 do 20 proc. operacji



usunięcia nerki po wykryciu w niej guza wykonywanych jest niepotrzebnie, bo guz, początkowo określony jako złośliwy, po operacji i zbadaniu histopatologicznym okazuje się łagodny" – podaje PG w informacji prasowej. Do wytrenowania sztucznej inteligencji wykorzystano ponad 15 tys. zdjęć tomograficznych od kilkuset pacjentów. – Przy opracowywaniu naszego algorytmu przykładaliśmy szczególną uwagę do rozpoznawania guzów łagodnych, gdyż to właśnie poprawne ich wykrycie może potencjalnie uratować życie pacjenta – tłumaczy Aleksander Obuchowski, główny architekt AI projektu. W najbliższym czasie system zostanie testowo wdrożony w szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku, gdzie będą wykorzystywać go lekarze. ■

ASCO o WZW B

Chorzy otrzymujący leczenie systemowe powinni być monitorowani pod kątem zakażenia WZW typu B.

W czasopiśmie „Journal of Clinical Oncology" opublikowano uaktualnione wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ASCO) dotyczące konieczności profilaktycznego testowania wszystkich chorych rozpoczynających leczenie systemowe w kierunku obecnej lub przebytej infekcji wirusowym zapaleniem wątroby typu B. Ponieważ reaktywacja WZW typu B może powodować poważne konsekwencje, łącznie ze zgonem w wyniku piorunującego zapalenia wątroby, najnowsze wytyczne ASCO zalecają testowanie wszystkich pacjentów rozpoczynających leczenie systemowe w kierunku przebytego lub przewlekłego zakażenia WZW typu B. Jednocześnie eksperci podkreślają, że badanie w kierunku WZW typu B w żadnym wypadku nie powinno opóźniać rozpoczęcia systemowego leczenia. Chorzy z przewlekłym WZW typu B w trakcie systemowego leczenia onkologicznego oraz 12 miesięcy po jego zakończeniu powinni otrzymywać profilaktyczne leczenie przeciw WZW typu B. Natomiast pacjenci, którzy przebyli w przeszłości zakażenie WZW typu B, powinni otrzymywać profilaktyczne leczenie jedynie w przypadku terapii niosącej duże ryzyko reaktywacji infekcji. ■

ŹRÓDŁA: JAMA ONCOLOGY, JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY, PLWZR, PG.EDU.PL. FOTO: PUBLIC DOMAIN, ED UTHMAN

GENETYKA

Edycja genomu człowieka

Minęło pięć lat od pierwszego eksperymentu dotyczącego modyfikacji genomu ludzkich zarodków metodą CRISPR/Cas. W którym miejscu teraz jesteśmy?

TEKST **ANDRZEJ KOCHAŃSKI**, KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE GENETYKI KLINICZNEJ

FOTO: JOHAN JARNESTAD/THE ROYAL SWEDISH ACADEMY OF SCIENCES

FAKT

Na naszych oczach odbywa się rewolucja technologiczna w zakresie genetyki człowieka.

W pierwszych dniach października dowiedzieliśmy się o przyznaniu tegorocznej nagrody Nobla w dziedzinie chemii dla Emmanuelle Charpentier i Jennifer A. Doudna za „rozwój metody edytowania genomu". Minęło zaledwie osiem lat od publikacji pierwszego artykułu dotyczącego modyfikacji genomu technologią CRISPR/Cas na łamach czasopisma „Science". Metoda ta jest fantastycznym narzędziem naukowym, ale o nie do końca poznanym jeszcze zastosowaniu klinicznym.

W niniejszym artykule chciałbym ukazać technologię CRISPR/Cas w aspekcie modyfikacji genetycznej ludzkich komórek germinalnych. W 2015 r. świat obiegła wiadomość o pierwszej próbie modyfikacji genomu ludzkich zarodków tą metodą. Środowisko naukowe odniosło się wówczas z rezerwą do takiego działania. Zaledwie trzy lata później chiński biofizyk dr He Jiankui ogłosił narodziny pierwszych dwóch dzieci ze zmodyfikowanym genomem. Tym razem dokonania chińskiego naukowca spotkały się z ostrą reakcją środowiska naukowego Chin i całego świata. Dyskusja na temat modyfikacji genomu ludzkich zarodków rozgorzała na nowo. Po jednej „stronie barykady" stanęli zdecydowani przeciwnicy ingerencji w zmiany dziedziczne w ludzkim genomie. Po drugiej stronie sporu słyszalne były

głosy zwolenników wolności badań naukowych. W piśmiennictwie pojawiają się zatem pytania o kontrolę nad zastosowaniem technologii CRISPR/Cas w odniesieniu do komórek germinalnych.

HIATUS TERAPEUTYCZNO-DIAGNOSTYCZNY

Lata 90. XX w. przyniosły rewolucję technologiczną w zakresie genetyki człowieka pod postacią łańcuchowej reakcji polimerazy (PCR, polymerase chain reaction). Ta rewolucja nabrała tempa w drugiej dekadzie XXI w., kiedy to pojawiły się możliwości jednoczesnej analizy tysięcy genów człowieka (NGS, next generation sequencing). Wprowadzenie NGS do diagnostyki chorób genetycznie uwarunkowanych całkowicie zmieniło obraz współczesnej medycyny.

W latach 2012-2015 dokonał się kolejny przełom w genetyce człowieka, tym razem budzący nadzieję na leczenie chorób genetycznie uwarunkowanych. Technologia CRISPR/Cas pozwala na wprowadzenie trwałej modyfikacji genomu człowieka. Podobnie jak w przypadku wspomnianej już reakcji PCR, naśladującej naturalny proces replikacji DNA, odkryto system CRISPR/Cas (który przez setki milionów lat był używany przez bakterie do niszczenia materiału genetycznego bakteriofagów), umożliwiający „wymianę" uszkodzonych genów w genomie człowieka.

CO STOI NA PRZESZKODZIE?

Myli się ten, kto myśli, że spór w piśmiennictwie fachowym o zastosowanie technologii CRISPR/Cas ma charakter światopoglądowy. W tym miejscu należy dla porządku dodać, że pierwsze obiecujące próby zastosowania tej technologii w terapii somatycznej chorób (nowotwory, hemoglobinopatie, dystrofie mięśniowe) nie są przedmiotem sporu. Debata w środowisku akademickim dotyczy głównie terapii komórek germinalnych z zastosowaniem metody CRISPR/Cas. Czytelników zainteresowanych szczegółami odsyłam do literatury specjalistycznej.

> **Myli się ten, kto myśli, że spór w piśmiennictwie fachowym o zastosowanie technologii CRISPR/Cas ma charakter światopoglądowy.**

Problemy z zastosowaniem technologii CRISPR/Cas w odniesieniu do komórek germinalnych można podzielić zasadniczo na dwie duże grupy zagadnień. Pierwsza dotyczy kwestii technicznych. Druga grupa problemów odnosi się do struktury ludzkiego genomu, która została rozpracowana zaledwie w części. Sekwencja ludzkiego genomu została wprawdzie poznana, jednakże znajomość aż 98 proc. tejże sekwencji jest ograniczona. Dawniej przyjmowano, że te 98 proc. DNA to tzw. śmieciowe DNA. W rzeczywistości bardzo niewiele wiadomo o części regulacyjnej genomu, która odpowiada za ekspresję poszczególnych genów.

W przypadku CRISPR/Cas oprócz genu, który ma zostać zmodyfikowany, dochodzi do przypadkowych, niepożądanych i trwałych modyfikacji genomu. Jeśli taka przypadkowa i nieprzewidywalna modyfikacja nastąpi w intronie lub innych miejscach niekodujących genu, skutki kliniczne będą znikome. Jeśli jednak nieplanowana modyfikacja genu pojawi się w obrębie innego genu, skutki tego zjawiska mogą być groźne (indukcja nowej dodatkowej choroby genetycznie uwarunkowanej z utrwaleniem mutacji w kolejnych pokoleniach).

Warto jeszcze dodać, że określenie rzeczywistej i pełnej listy mutacji „off-target" nie jest w pełni możliwe. Dokładność technologii CRISPR/Cas zależy od kontekstu genetycznego (sekwencje SNP, single nucleotide polymorphisms), który w przypadku każdego człowieka jest inny. Kolejnym problemem jest zjawisko mozaikowatości. Jak dotąd nie udało się uzyskać pełnej modyfikacji wszystkich komórek poddanych procedurze CRISPR/Cas.

Wreszcie, należy zatrzymać się przy problemie mutacji „on-target". Początkowo był on niezauważany, gdyż koncentrowano się na mutacjach nieplanowanych, występujących poza genami „docelowymi". W ostatnich latach zauważono, że technologia CRISPR/Cas może, oprócz delecji genu docelowego, wywołać delecje obejmujące geny sąsiadujące z genem modyfikowanym. W przypadku minimalnej zmiany polegającej na zamianie pojedynczych nukleotydów (mutacje typu missense) technologia CRISPR może „nie odróżnić" allelu typu dzikiego od allelu nieprawidłowego. Nawet jeśli założymy, że zostały pokonane wszystkie problemy natury technicznej, technologia CRISPR/Cas „zderzy" się z kompleksową budową genomu człowieka.

Genomu człowieka nie można postrzegać jako mechanizmu, w którym poszczególne geny można przyrównać do trybików, a wymiana uszkodzonego genu na nowy, prawidłowy, przywraca właściwe działanie mechanizmu. Geny oddziałują pomiędzy sobą w bardzo złożony sposób i zwykle nie można przypisać im jednej funkcji. Zasób wiadomości o regulacji działania genomu człowieka jest znikomy, jeśli próbować go porównywać z wiedzą dotyczącą struktury regionów kodujących.

CO SIĘ WYDARZYŁO W ROKU 2018?

W 2015 r. chińscy naukowcy opublikowali wyniki badań nad edycją genomu ludzkich zarodków niezdolnych do dalszego rozwoju, które pochodziły z procedury in vitro. Eksperyment spotkał się z krytyką. W magazynie „Science"

opublikowano tekst moratorium na edycję genomów ludzkich zarodków.

W 2018 r. dr He Jiankui ogłosił światu (referat) narodziny pary bliźniąt – dziewczynek o imionach Lulu i Nana ze zmodyfikowanym metodą CRISPR/Cas genomem. Zdaniem amerykańskiego bioetyka S. Krimskiego eksperyment Jiankui był aktem szaleństwa, podczas którego chiński naukowiec aż 10-krotnie złamał zasady etyki. W eksperymencie nie odniósł się do konfliktu interesów ani nie uzyskał właściwych zgód ze strony lokalnych i centralnych komisji bioetycznych. Badacz nie oszacował ryzyka eksperymentu, ponadto nie poddał jego wyników ocenie recenzentów ani ich nie opublikował. O ile w 2015 r. dokonano modyfikacji genomu ludzkich zarodków, to w 2018 r. uzupełniono eksperyment o implantację zarodków do macicy i narodziny dzieci ze zmodyfikowanym genomem. Od strony naukowej eksperyment dr He Jiankui nie powiódł się. Nie miał na celu leczenia choroby genetycznie uwarunkowanej, tylko był próbą wzmocnienia genetycznego (genetic enhancement).

KONTROLA BADAŃ

Czy i w jaki sposób należy kontrolować badania nad technologią CRISPR/Cas w zakresie edycji genomów ludzkich komórek germinalnych? W środowisku naukowym coraz częściej słyszy się głosy nawołujące do ustanowienia regulacji prawnych na poziomie globalnym dotyczących stosowania tej metody. Już w 2015 r., po publikacji wyników edycji genomu ludzkich zarodków, wydano pierwsze moratorium w tej sprawie. Jego autorzy postulowali: ograniczenie prób modyfikacji genomu ludzkich komórek germinalnych (w szczególności dotyczy to krajów ze „słabym" ustawodawstwem w tym zakresie); stworzenie międzynarodowego forum umożliwiającego dyskusję; zapewnienie transparentności badań naukowych oraz ustanowienie międzynarodowego gremium ekspertów, które wydawałoby odpowiednie rekomendacje.

W 2017 r. Amerykańskie Towarzystwo Genetyki Człowieka (ASHG) na łamach czasopisma „American Journal of Human Genetics" zamieściło oficjalne stanowisko kilku międzynarodowych i amerykańskich organizacji zajmujących się genetyką człowieka. W zasadzie wszystkie organizacje były zgodne co do zasady, że zastosowanie kliniczne technologii edycji genomów zarodków ludzkich na obecnym etapie rozwoju technologii nie powinno mieć miejsca. Takiej jednomyślności nie znajdziemy już jednak w kwestii badań podstawowych z zastosowaniem edycji genomów ludzkich zarodków. W tym przypadku większość organizacji międzynarodowych opowiedziała się za kontynuacją badań.

Po czterech latach od publikacji pierwszego moratorium dotyczącego zastosowania CRISPR/Cas do edycji genomów zarodków ludzkich, ukazał się kolejny tekst nawołujący do co najmniej pięcioletniego moratorium. Eksperci w zakresie technologii CRISPR/Cas przestrzegają przed niewystarczającym poziomem technicznym tej metody, który zapewniłby bezpieczną edycję genomów ludzkich zarodków. Autorzy moratorium z 2019 r. zwracają szczególną uwagę na możliwość utrwalenia niepożądanych modyfikacji genetycznych, powstałych na skutek zastosowania tej technologii w kolejnych pokoleniach. Sygnatariusze wspomnianego moratorium apelują do rządów poszczególnych państw o publiczne deklaracje uniemożliwiające jakiekolwiek zastosowanie kliniczne edycji genomów komórek germinalnych w okresie co najmniej pięciu lat. Zdaniem autorów moratorium koordynacją edycji ludzkich komórek germinalnych na poziomie globalnym powinna zająć się Światowa Organizacja Zdrowia bądź inne organizacje międzynarodowe. Na koniec twórcy moratorium przestrzegają przed konsekwencjami zdrowotnymi edycji genomu dla pacjentów, jak i nadwyrężeniem zaufania społecznego.

W literaturze fachowej pojawiają się opracowania, które krytycznie odnoszą się do prób ograniczania zastosowania technologii CRIPSR/Cas. Zdaniem prof. Kerry Lynn Macintosh z Wydziału Prawa Santa Clara University, światowe moratorium na modyfikację genomów komórek germinalnych może zachęcić rządy państw do wstrzymania badań, opóźnić badania podstawowe w tym zakresie, a nawet doprowadzić do stygmatyzacji dzieci, które urodziły się ze zmodyfikowanym genomem.

Dziękuję moim Nauczycielom i Wszystkim, którzy nadesłali uwagi i komentarze w trakcie pisania manuskryptu. ■

Zdaniem amerykańskiego bioetyka S. Krimskiego eksperyment Jiankui był aktem szaleństwa, podczas którego chiński naukowiec aż 10-krotnie złamał zasady etyki.

Metoda CRISPR/Cas (ang. *Clustered Regularly-Interspaced Short Palindromic Repeats*, pol. zgrupowane, regularnie rozproszone, krótkie, powtarzające się sekwencje palindromiczne) – metoda inżynierii genetycznej, pozwalająca na manipulacje genomem danego organizmu. CRISPR/CAS stanowi modyfikację mechanizmu immunologicznego obrony bakterii przed wirusami. Jako technika edycji (modyfikacji genomu) wymaga zastosowania RNA, który „naprowadza" enzym Cas na ściśle określoną sekwencję docelową. Następnie nukleaza Cas „nacina" specyficznie tę sekwencję. W miejscu dwuniciowego pęknięcia DNA komórka „zabudowuje" brakującą sekwencję poprzez dwa konkurencyjne mechanizmy naprawcze DNA (rekombinacja homologiczna i rekombinacja niehomologiczna).

DYLEMAT

Czy i w jaki sposób należy kontrolować badania nad technologią CRISPR/Cas w zakresie edycji genomów ludzkich komórek germinalnych?

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Kałużowa ma się dobrze

Jest w filmowej adaptacji „Nocy i dni" Marii Dąbrowskiej, wyreżyserowanej przez Jerzego Antczaka, scena, w której grana przez Zofię Merle chłopka Kałużowa biegnie do folwarcznych czworaków, krzykiem uprzedzając ich mieszkańców o zbliżających się medykach. W Serbinowie trwa epidemia tyfusu.

JOANNA SOKOŁOWSKA
pediatra, felietonista

Ludzie, ludzie uciekajta! Doktory jadą od Kalińca! Do szpitali zabierać, chowajta się!" – wrzeszczy, stuka w okiennice, budzi śpiących, pomaga wstać chorującym sąsiadom. Trzeba się ukryć. Lepiej by dziecko zmarło w chałupie, niż by je wzięli „na zmarnowanie" do szpitala.

W tekście Dąbrowskiej nie ma takiej sceny, jest za to reporterski opis wydarzeń: „Zjechała komisja z Kalińca, w czworakach i w Starym Serbinowie powstał płacz, leżących wynoszono do stodółek i obór, żeby ich uchronić przed wzięciem do szpitala, którego się bali gorzej niż śmierci. Lżej chorzy powstawali z łóżek i udawali zdrowych. (...) Komisja pozamykała studnie we wsi, nie zakażona okazała się tylko pompa w dworskim podwórzu i tylko stamtąd wolno było brać wodę. Następnie przeprowadzono dezynfekcję, przed którą jednak baby pochowały co mogły po kartoflanych dołach – bo jak zaczną tym kwasem pryskać – mówiły – to się nam wszystko wyniszczy".

Niewiele się zmieniło przez te sto lat z okładem w walce z chorobą zakaźną, na którą nie znamy lekarstwa. Izolacja chorych i dezynfekcja to wciąż główne narzędzia. Wydaje się, że zaufanie do lekarzy i szpitali wzrosło tylko nieznacznie. A czy zmieniły się nasze autorytety? Kałużowa ma się dobrze! Wścibska i dobrze poinformowana sąsiadka, której współczesnym odpowiednikiem jest najbardziej aktywna na portalu społecznościowym znajoma, wciąż budzi, jako źródło informacji, większy szacunek niż utytułowane profesorskie głowy. Widziałam ją zresztą i słyszałam minionej soboty na jednym z placów jednego z wielkich miast. Nawet wyglądała podobnie, jak ta wykreowana przez Zofię Merle. Tak, to była ta sama osoba, która od lat przekonuje o istnieniu lekarsko-farmaceutycznego spisku i szkodliwości szczepień ochronnych. Nie biegła, stała wśród ludzi. Nie krzyczała, miała mikrofon. „Pandemia nie istnieje" – mówiła spokojnie, wywołując cichą aprobatę wśród zebranych. Nawoływała do zdejmowania z twarzy maseczek. Wzywała do tego samego, co ponad sto lat temu w Serbinowie – do zlekceważenia lekarskich zaleceń. I nikt jej nie przeszkadzał. Nawet współczesny doktor Wettler, przysłuchujący się temu z epidemicznego dystansu, tylko zwiesił smutno głowę i pojechał do pracy w jednoimiennym szpitalu...

Sens pracy lekarza sprowadza się zasadniczo do tego, by chorych było jak najmniej. Oczywiście można odwrócić kota ogonem – co zresztą czyni Kałużowa – i powiedzieć, że byśmy mogli wykonywać swój zawód, muszą być tacy, którzy chorują. A bycie chorym (w odróżnieniu od bycia lekarzem) nie jest ani miłe, ani satysfakcjonujące. O ile jednak pacjentem można stać się

Sens pracy lekarza sprowadza się zasadniczo do tego, by chorych było jak najmniej. Oczywiście można odwrócić kota ogonem – co zresztą czyni Kałużowa – i powiedzieć, że byśmy mogli wykonywać swój zawód, muszą być tacy, którzy chorują.

w oka mgnieniu, często wręcz niechcący, o tyle by stanąć po drugiej stronie lustra, trzeba poświęcić już nieco więcej czasu i wysiłku – spędzić kilka lat na ślęczeniu nad książkami i zdać kilka trudnych egzaminów. Poświęcanie zaś czasu, a zwłaszcza ślęczenie nad książkami medycznymi, w oczach Kałużowej, już trochę trąci kontaktami z „Big Pharma".

Z reguły zresztą chorujących jest dużo, dużo więcej niż leczących. Ta dysproporcja pozwala na przypuszczenie graniczące z pewnością, że nam, medykom, pracy nigdy i nigdzie nie zabraknie (gdybyśmy nawet jakimś cudem wyleczyli już wszystkich, pozostaje nam przecież profilaktyka). Nie ma się więc co dziwić tym, którzy w czasach kryzysu, patrząc na nas z pewną zawiścią, proponują swoje usługi w ramach tak zwanej medycyny alternatywnej. Leczą dużymi dawkami witaminy C i wlewami wody utlenionej, zalecają irracjonalne diety eliminacyjne i substytucyjne, sprzedają czapeczki z nanosrebrem izolujące przed morderczym promieniowaniem 5G, leki homeopatyczne, oferują leczenie biorezonansem – lud to kupuje! A Kałużowa, której działalność zdaje się być altruistyczna, tylko przychylnie kiwa głową.

Chory na swoje szczęście (lub nieszczęście) – zależy od naturalnego przebiegu choroby – ma możliwość decydowania, czy i jakim sposobem będzie leczony. I, jak wszyscy o tym wiemy, jeśli ma prawo nie wyrazić zgody na jakąś procedurę medyczną, zrobi to na pewno – prędzej lub później. Odmówi więc przyjęcia leku, nie zgodzi się na inwazyjne badanie diagnostyczne, które może zadecydować o losach jego terapii, zrezygnuje z pobytu w szpitalu – argumentów, uzasadnień, a nawet dokumentów, które mu na to pozwalają, dostarczy mu znajoma z internetu – Kałużowa.

Jeśli jednak odstąpienie od leczenia może spowodować zagrożenie dla życia i zdrowia innych, a tak się dzieje w sytuacji epidemii choroby zakaźnej, nasz brak reakcji na łamanie obowiązujących przepisów sanitarnych, uzasadniany wolnością wypowiedzi w przestrzeni publicznej, jest co najmniej tak samo naganny, jak namawianie do niesubordynacji wobec nich. ■

POMÓŻ W WALCE O ŻYCIE LAURY

W imieniu rodziców Laury prosimy o pomoc w zbiórce funduszy na terapię genową ich córki. Laura choruje na rdzeniowy zanik mięśni typu 2. Szansą na leczenie jest lek Zolgensma, którego cena znacznie przekracza możliwości pojedynczej rodziny. Rodzice dziewczynki, Katarzyna i Mateusz Paczuła, są młodymi lekarzami OIL w Warszawie. Ratujmy Laurę i dajmy jej nadzieję.

Z wyrazami szacunku,
koledzy lekarze z Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Przekaż 1%: KRS: 0000396361 (cel szczegółowy: 0087866 Laura)
Link do zbiórki:
https://www.siepomaga.pl/laura-sma

REKLAMA

SonoScape
Caring for Life through Innovation

Ultrasonografy SonoScape

bestseller
E2

Oprogramowanie aplikacyjne do diagnostyki płuc podczas pandemii COVID-19
- automatyczne pomiary parametrów opłucnej
- automatyczne analiza i kwantyfikacja linii B
- adnotacje do określenia skali, strefy i diagnozy

GWARANCJA 3 LATA PRODUCENTA

promocja
S8 EXPERT

P15

TEL. 501 150 150

SONOMEDICAL
Sonomedical Sp. z o. o. Sp. k.
ul. Gęsia 5, 60-106 Poznań
biuro@sonomedical.pl
www.sonomedical.pl

WYŁĄCZNY DYSTRYBUTOR USG SONOSCAPE NA TERENIE WOJEWÓDZTW: DOLNOŚLĄSKIEGO, KUJAWSKO-POMORSKIEGO, LUBUSKIEGO, ŁÓDZKIEGO, POMORSKIEGO, WIELKOPOLSKIEGO I ZACHODNIOPOMORSKIEGO.

SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

Zdani na siebie

Kilka letnich miesięcy było czasem, by możliwie jak najlepiej przygotować się na spodziewany kolejny atak COVID-19 oraz znanych wcześniej jesienno-zimowych infekcji. Dziś wiadomo, że rząd nie opracował nawet solidnych planów, a zaniedbując kontrolę rozprzestrzeniania się zakażeń, skierował falę uderzeniową wprost na niewydolny system opieki zdrowotnej. Zupełnie mnie to nie zdziwiło.

Wirus zaskoczył nas jesienią niczym zima drogowców? Jak rząd i podległe mu instytucje miały opracowywać antypandemiczne plany, skoro na początku lata premier mówił, że „koronawirus jest już w odwrocie”?

Dziwi kogoś pokaźny odsetek „plandemistów” w społeczeństwie? Znów powołam się na wypowiedź Mateusza Morawieckiego, tym razem chwalącą tych, którzy coraz mniej obawiają się wirusa. Puka się ktoś w głowę na widok antymaseczkowców? Ale to minister zdrowia, profesor nauk medycznych, zapewniał, że maseczki nie chronią, a na pytanie, po co ludzie je noszą, odpowiadał: „nie wiem”. Nie sprowadzono dostatecznej ilości szczepionek na grypę? Toż sam pierwszy obywatel jasno powiedział, co o nich sądzi. Takich pytań i nic nie wnoszących, choć na swój sposób wymownych, odpowiedzi można by przytoczyć znacznie więcej. Najważniejsze z punktu widzenia zdrowia i życia konkretnych ludzi padają „na dole”.

Media obiegł film nakręcony przez ratowników z Warszawy, którzy stracili godziny, próbując przekazać covidowego pacjenta do szpitala. Chcąc, nie chcąc, dostało się pracującemu w izbie przyjęć lekarzowi. Ilu oglądających tę dramatyczną relację zadało sobie pytanie, co ten lekarz miał zrobić? Pełniący ze mną dyżur rezydent mówił mi, że kiedy pyta centrum zarządzania kryzysowego, gdzie może przekazać chorego, którego stan się pogorszył, coraz częściej słyszy, że „problem jest nam znany”.

Czy to naprawdę takie trudne stworzyć narzędzia przekazujące na bieżąco informacje o rzeczywiście dostępnych na poszczególnych oddziałach łóżkach? Mało było przed COVIDEM sytuacji, gdy chory przez wiele godzin krążył między szpitalami, płacąc za to życiem? Ledwie koronawirus mocniej zaatakował, a już były zgony pacjentów, których nie zdążono hospitalizować lub podłączyć do respiratora z powodu katastrofalnej organizacji systemu. Jak podpowiada życie, prokuratura zainteresuje się bezradnym lekarzem, zmuszonym dzielić pracę telefonisty z doglądaniem chorych na zatłoczonym oddziale lub czekających po kilka dni w kontenerze na „covida”. Lekarze z oddziałów, na których leczy się zakażonych, SOR-ów i izb przyjęć to obok pacjentów grupa, która najmocniej obrywa covidową pałką. Wiosną, kiedy ku ogólnemu zaskoczeniu zaatakowała nas choroba zakaźna, grzmiano o dramatycznym braku zakaźników. Ogółem w Polsce jest ich około tysiąca, ale niedawno policzono, że w oddziałach zakaźnych pracuje niespełna 40 procent! Dobrze chociaż, że specjalizację z chorób zakaźnych wpisano wreszcie na listę deficytowych. Teraz, gdy jest coraz więcej ciężkich przypadków choroby, nawet przedszkolaki wiedzą o niedostatku anestezjologów. Nie zauważa się braku internistów, choć od dwóch dekad trwa proces rozmontowywania królowej nauk medycznych, likwiduje się ogólnointernistyczne oddziały, a wchodzących do zawodu zachęca się do wybierania wyrosłych z interny specjalności szczegółowych.

Dramatyczny brak kadr, słaba organizacja i koordynacja sprawiają, że nie będzie powtórki z wiosny i nie zdołamy przejść przez pandemię suchą stopą. Kiedy piszę ten felieton, oddziały internistyczne są przekształcane w covidowe. Czyim kosztem? Ta strategia przeczy stale powtarzanym deklaracjom o ochronie starszych i schorowanych. Tylko czy jest jakaś strategia? Choć wiemy, kto jest przy sterze, kurs – nie licząc politykierskich rozgrywek – pozostaje zagadką. ■

> **Lekarze z oddziałów, na których leczy się zakażonych, SOR-ów i izb przyjęć to obok pacjentów grupa, która najmocniej obrywa covidową pałką.**

JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (103)

Wymazywanie

Oświadczenie o braku „jakichkolwiek symptomów choroby" zdradza, że Prezydentowi RP wykonano test PCR na wykrycie koronawirusa w innym trybie niż pacjentom zgłaszającym się po poradę do przychodni. Wynik podano po kilku godzinach, podczas gdy objawowi podopieczni POZ czekają na potwierdzenie zakażenia co najmniej trzy, a nawet pięć dni!

Nawet jeśli przyjąć, że prezydencki test wykonano zgodnie z rządowymi procedurami wewnętrznymi, które mają zabezpieczać zdrowie najważniejszych osób w państwie, wyrażenie o poddaniu się gospodarza Pałacu Namiestnikowskiego „samoizolacji" podkreśla niekompetencję służb prasowych kancelarii. To jednak jest nic w porównaniu z chaosem komunikacyjnym, który jest „na dole".

Władza w ciągu kilku miesięcy przekonała naród, że wirus jest w odwrocie, ale ku swojemu zdziwieniu nie będzie już mogła wymazać z historycznej notatki informacji, że system ochrony zdrowia psuje się od głowy: bez wymaganej maseczki przed kamerami; bez wyborczej świadomości, jak ważne są szczepienia ochronne; bez namysłu nad stratą czasu letniego i zimową strategią gehenny Polaków.

Tymczasem na Stadionie Narodowym ustawiano łóżka szpitalne i włączono agregatory chłodni. Sanatorium z rozsuwanym dachem oddano ludziom, dla których nie było innego godnego miejsca. Jeśli zakażeni przeżyją bożonarodzeniowe wywiedzenie w pole boiska piłkarskiego, z podniesioną głową będą mogli popatrzeć na planowane już przez architektów propagandy „Kolumny Morowe". Obeliski, ręka w rękę stawiane przez hierarchię i Polską Fundację Narodową, zastąpią kosztowną restrukturyzację służb medycznych, które post factum zaszczuje mantra „Udało się! Dzięki Bogu wygraliśmy z pandemią!". Zatem mecz już trwa, a wymazywanie ról: lekarzy, pielęgniarek i ratowników w czasach zarazy, rozpoczęto szybciej niż przypuszczaliśmy. Jak to bywa w takich wypadkach, prym w tym „ujadaniu" wiodą koledzy – pomazańcy z berłem i jabłkiem populistycznej krótkowzroczności.

Ćwierć wieku temu Krystian Lupa wystawił „Grzebanie" – spektakl oparty na tekstach pokazujących pochówek jednostkowych marzeń i narodowych szans. Teatr lubi grzebać się w sprawach beznadziejnych i z godnym podziwu masochizmem rozdrapuje rany przeszłości. Jakie fakty wygrzebiemy po nierównej wojnie z wirusem, któremu sprzyjały wolne od trosk głowy: administracji państwowej, biurokratycznych paranoi, spychologii i wzajemnego zastraszania służb koordynujących? Czy dokopiemy się do: analiz spóźnionych decyzji albo zbyt porywczych reakcji; rozporządzeń i ustaw pisanych na kolanie; prowokacji medialnych i policyjnych, pokazówek z podburzaniem jednych poglądów przeciw drugim; żenującego wydawania nakazów pracy i gróźb wojskową mobilizacją?

W epikryzach ostatnich miesięcy wciąż idziemy pod górkę! Jeśli chodzi o rozpoznanie, nic się nie zmienia. Nie zadziałała jednak profilaktyka, głos rozsądku zginął w personalnych przepychankach rodem z opery mydlanej podczas rekonstrukcji struktur partyjnych. Dlatego właśnie terapia nie przynosi efektu. Cudowne „wypłaszczenie" jest prorokowanym „wybrzuszeniem". Stan zbiorowego pacjenta się pogarsza. Nie raz, nie dwa chorzy, w tym koleżanki i koledzy, umierają. Wymazywanie się rozmazuje. Najpierw testy nie były potrzebne. Potem wymyślono bezsensowne wskazania. Teraz „wąskie gardła" blokują ich wykonanie. I został już tylko jeden „plus". Władza, jak zawsze, wymaże się pierwsza! ■

> **Cudowne „wypłaszczenie" jest prorokowanym „wybrzuszeniem". Stan zbiorowego pacjenta się pogarsza.**

II WOJNA ŚWIATOWA

Profesorowie krakowscy

W czasie II wojny światowej prowadzono zorganizowaną politykę represji i ludobójstwa wobec obywateli Rzeczypospolitej, w tym wśród polskiej inteligencji. Jednym z tragicznych zdarzeń było podstępne aresztowanie przez Niemców profesorów krakowskich uczelni, do którego doszło 6 listopada 1939 r.

TEKST **RYSZARD W. GRYGLEWSKI**,
KATEDRA HISTORII MEDYCYNY UJ CM

Wydarzenie to znane jest w historii pod nazwą Akcja Specjalna „Kraków" (Sonderaktion Krakau). Wszyscy wówczas uwięzieni mieli trafić do obozu koncentracyjnego w Sachsenhausen, choć ostatecznie Niemcy zdecydowali się zwolnić część osadzonych. Resztę przetransportowano do Sachsenhausen na powolną zagładę. Ponieważ tragedia krakowskich profesorów odbiła się głośnym echem w świecie nauki, zdecydowano o zwolnieniu 101 osadzonych w początkach lutego 1940 r. Część młodszych wiekiem uczonych przewieziono do obozu Dachau, skąd sukcesywnie zwalniano ich w kolejnych miesiącach 1940 r.

Bezwzględne traktowanie przez obozowych oprawców, bicie i poniżanie, głodowe racje żywnościowe i sroga zima były codziennością życia obozowego. Skrajnie wyczerpany, ciężko chorujący na mocznicę zmarł wybitny historyk prawa, w tym prawa niemieckiego, były rektor UJ Stanisław Estreicher. W wyniku róży nogi zmarł także Kazimierz Kostanecki, ceniony w świecie anatom, były rektor UJ. Ofiar było jednak znacznie więcej. Ci, którzy przetrwali, wracali chorzy i wycieńczeni. Oto ich historie.

Doc. neurologii i psychiatrii UJ Eugeniusz Brzezicki (1890-1974), po wojnie mianowany profesorem i kierownikiem Kliniki Psychiatrii AM w Krakowie. Specjalizował się w pracach nad typologią osobowości oraz diagnostyką i metodami leczenia schizofrenii, a także cytoarchitektoniką mózgu i anatomią patologiczną układu nerwowego. Z obozu zwolniony w lutym 1940 r. Pozostał w pamięci współwięźniów jako człowiek nieugięty.

Prof. anatomii patologicznej Stanisław Witalis Ciechanowski (1869-1945), członek PAU, dziekan Wydziału Lekarskiego UJ, znany ze swoich prac eksperymentalnych nad nowotworami wraz z oryginalną ich klasyfikacją, a także z wyjaśnienia mechanizmu przerostu gruczołu krokowego. Przewlekle chorujący jeszcze przed wojną, ciężko przeżył aresztowanie. Zwolniony przez Niemców jeszcze w listopadzie 1939 r., jednak mocno podupadł na zdrowiu. Aktywnie angażował się w tajne nauczanie uniwersyteckie. Doczekał końca wojny, ale do czynnej pracy naukowej nie powrócił. Zmarł w sierpniu 1945 r.

Prof. farmacji stosowanej Marek Gatty-Kostyal (1886-1965), członek PAU i PAN, chemik i farmaceuta. Prowadził badania nad właściwościami fizykochemicznymi leków galenowych, jeden z najwybitniejszych znawców zagadnienia. W lutym 1940 roku zwolniony z obozu powrócił do Krakowa. Cierpiał z powodu odmrożenia nóg, lecz zdołał przetrwać. Po wojnie pełnił m.in. funkcję dziekana Wydziału Farmaceutycznego, a później prorektora AM w Krakowie.

Doc. farmakologii UJ Józef Hano (1906-1997), członek PAN i PAU. Prowadził badania zarówno nad lekami syntetycznymi, jak i pochodzenia roślinnego. Badał m.in. mechanizm choroby wrzodowej. Uwieziony w Sachsenhausen, później w Dachau, gdzie wytwarzał leki dla współwięźniów. W styczniu 1941 r. zwolniony z obozu powrócił do Krakowa. W latach 1942-1944 był współorganizatorem i wykładowcą na pozostającym w konspiracji Oddziale Farmaceutycznym UJ. Po wojnie profesor farmakologii Uniwersytetu Wrocławskiego, potem profesor farmakodynamiki AM w Krakowie. Kierował Zakładem Farmakologii Instytutu Farmakologii PAN w Krakowie.

Prof. anatomii porównawczej UJ Henryk Ferdynand Hoyer (1864-1947), członek PAU, dziekan Wydziału Filozoficznego UJ oraz rektor UJ. Od 1934 r. profesor honorowy UJ. Postrzegany jako twórca polskiej szkoły anatomii porównawczej. Był uznanym w świecie badaczem anatomii układu chłonnego kręgowców i anatomii układu krążenia ryb. Z obozu zwolniony w grudniu 1939 r. W latach 1941-1944 prowadził w okupowanym Krakowie aptekę w szpitalu dla

jeńców wojennych. Po wojnie powrócił na uczelnię jako profesor fizjologii i nauki żywienia zwierząt na Wydziale Rolniczym UJ.

Prof. Józef Kostrzewski (1885-1959), lekarz, mikrobiolog i epidemiolog. Członek PAU i PAN, wiceprezes Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, potem prezesem honorowy. Uznawany za jednego z najwybitniejszych specjalistów chorób zakaźnych. Już w trzy dni po aresztowaniu polskich uczonych Niemcy zdecydowali o jego zwolnieniu, gdyż obawialic się wybuchu chorób epidemicznych. W latach okupacji pracował jako ordynator w szpitalu św. Łazarza i nauczał w ramach programu tajnych studiów uniwersyteckich. Z początkiem 1945 r. powrócił do pracy klinicznej.

Prof. pediatrii Ksawery Lewkowicz (1869-1958), członek PAU, dziekan Wydziału Lekarskiego. Prowadził badania w zakresie mikrobiologii i bakteriologii klinicznej, a także nagminnego zapalenia opon u dzieci oraz zespołu gruźliczo-gośćcowego. Z Sachsenhausen zwolniony w lutym 1940 r. Cierpiał na rozległy obrzęk nóg i chorobę serca, lecz prowadził wykłady w ramach tajnego nauczania. Po zakończeniu wojny na krótko powrócił do pracy klinicznej, następnie przeszedł na emeryturę.

Prof. okulistyki Kazimierz Majewski (1873-1959), współtwórca krakowskiej szkoły okulistycznej. Autor metody rejestracji fotograficznej oczopląsu. Opracował technikę wykrywania otworów w siatkówce za pomocą diafanoskopii. Wprowadził nowatorskie rozwiązania w operacjach rogówki, spojówki, a także jaskry. Dziekan Wydziału Lekarskiego UJ, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i Towarzystwa Lekarskiego Francusko-Polskiego. Pobyt w obozie koncentracyjnym (zwolniony w lutym 1940 r.) ciężko odchorował. W czasie okupacji prowadził bezpłatną praktykę, udzielając pomocy chorym kierowanym przez Radę Główną Opiekuńczą oraz PCK. Po wojnie powrócił do pracy w klinice.

Prof. histologii Stanisław Maziarski (1873-1956), członek PAU, dziekan Wydziału Lekarskiego, rektor UJ. Prowadził badania nad systematyką gruczołów oraz nad strukturą jądra komórkowego. Histologiczno-fizjologiczne prace nad strukturą i funkcją gruczołów przyniosły mu międzynarodowe uznanie. Zwolniony z obozu w lutym 1940 r. Do Krakowa wrócił w stanie krańcowego wyczerpania. Do pełni zdrowia nigdy nie powrócił. Organizował studia medyczne na tajnym UJ, a w 1945 r. włączył się do czynnej pracy w Katedrze Histologii.

Prof. otolaryngologii Jan Miodoński (1902-1963), członek PAU i PAN, a także wielu polskich i zagranicznych towarzystw naukowych. Twórca krakowskiej szkoły otolaryngologicznej. Opracował własną metodę tympanoplastyki. Miał znakomite wyniki w leczeniu operacyjnym raka krtani, był w czołówce medycyny światowej. Przetrzymywany w Sachsenhausen, później w Dachau. Z obozu zwolniony w marcu 1940 r. W okupowanym Krakowie pracował jako lekarz Ubezpieczalni Społecznej. Brał udział w tajnym nauczaniu. Po wyparciu Niemców przez Armię Czerwoną powrócił do pracy w klinice.

Prof. chorób wewnętrznych Aleksander Oszacki (1883-1945), członek PAU, prezes Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego. Autor pierwszej w jęz. polskim syntezy metabolizmu białek, tłuszczowców,

1. Studenci Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie podczas wykładu profesora Stanisława Ciechanowskiego.

2. Profesor Stanisław Ciechanowski podczas wykładu.

FOTO: MATERIAŁ POCHODZI Z SERWISU WWW.AUDIOVIS.NAC.GOV.PL

węglowodanów i składników mineralnych w ustroju ludzkim. Jeden z pierwszych analizujących wpływ penicyliny na przebieg schorzeń. Z obozu zwolniony w lutym 1940 r. Po powrocie do Krakowa pracował w samodzielnia zorganizowanej pracowni kardiologicznej w US. Z nadszarpniętym mocno zdrowiem doczekał końca wojny. Zmarł w listopadzie 1945 r.

Prof. antropologii Kazimierz Stołyhwo (1880-1966), członek m.in. PAU i TNW. Twórca pierwszej w Polsce stacji antropologicznej. Autorem hipotezy o jednorodności rasy neandertalskiej. Osadzony w Sachsenhausen. Nie skorzystał z możliwości wcześniejszego opuszczenia obozu. W obozie Stołyhwo zaraził się tyfusem i przebył ostre zapalenie płuc. Zwolniony dopiero 23 kwietnia 1940 r. W czasie okupacji brał udział w tajnym nauczaniu. W 1945 r. powrócił do pracy na uczelni.

Prof. farmakologii Janusz Supniewski (1899-1964), członek PAU i PAN, dziekan Wydziału Lekarskiego UJ, twórca nowoczesnej szkoły farmakologicznej w Krakowie. Prowadził badania nad lekami przeciwgruźliczymi i przeciwnowotworowymi. Autor pionierskich prac nad farmakodynamiką antybiotyków, a także nad miażdżycą, w tym nad mechanizmem biosyntezy cholesterolu. Z obozu zwolniony w lutym 1940 r., wyczerpany i ze wznowioną gruźlicą. W czasie okupacji pracował w aptece, a także w Ubezpieczalni Społecznej. Był konsultantem naukowym w Mokotowskiej Fabryce Chemiczno-Farmaceutycznej A. Gąseckiego. Odrzucił propozycję przyjęcia katedry farmakologii w ramach prowadzonych przez Niemców Medizinische Fachkurse we Lwowie. Po wojnie objął kierownictwo uniwersyteckiej katedry farmakologii.

Prof. historii i filozofii medycyny Władysław Szumowski (1875-1954), członek PAU. Twórca krakowskiej Katedry Historii i Filozofii Medycyny UJ i autor prekursorskiego projektu Instytutu Historii Medycyny, a także Krakowskiego Towarzystwa Miłośników Medycyny. Zwolniony z obozu w stanie skrajnego wyczerpania w lutym 1940 r. przyjechał do Krakowa. Po zakończeniu wojny powrócił do pracy akademickiej. Zmuszony do przejścia na emeryturę w związku z planami likwidacji przedmiotu historii i filozofii medycyny, nie zaprzestał pracy naukowej, prowadził ją niemal do ostatniej chwili życia.

Prof. chorób wewnętrznych Tadeusz Tempka (1885-1974), członek PAU i PAN, założyciel i wielokrotny prezes Polskiego Towarzystwa Hematologicznego. Określany mianem twórcy polskiej szkoły hematologicznej. Prowadził pionierskie badania nad analizą cytologiczną szpiku kostnego. Jako pierwszy wykazał, że niedokrwistość złośliwa jest panmielopatią, a także opisał tzw. pałeczki olbrzymie. Po zwolnieniu z Sachsenhausen w lutym 1940 r. przyjechał do Krakowa. Od 1942 r. brał udział w tajnym nauczaniu i pracował naukowo. Z początkiem 1945 r. powrócił do pracy klinicznej.

Doc. chorób wewnętrznych Leon Tochowicz (1897-1965), po wojnie profesor UJ, później AM w Krakowie, rektor krakowskiej AM. Interesował się zagadnieniami hematologicznymi, a następnie prowadził badania kliniczne nad chorobami układu krążenia i serca. Postrzegany jako pionier kardiologii prewencyjnej. W Sachsenhausen był więziony do lutego 1940 r. Po powrocie do Krakowa pracował jako lekarz. W 1944 r. organizował pomoc dla lekarzy wysiedlonych po powstaniu warszawskim. Po zakończeniu wojny powrócił do pracy klinicznej.

Prof. medycyny sądowej Leon Wachholz (1867-1942), członek PAU, profesor honorowy UJ, wiceprezes Niemieckiego Towarzystwa Sądowo-Lekarskiego. Współtwórca metody oznaczania hemoglobiny tlenkowo-węglowej (tzw. próba Wachholza-Sieradzkiego), prowadził również badania na zwłokach celem wyznaczenia wieku, a także nad mechanizmem utonięcia. Autor podręcznika „Psychopatologia sądowa". W obozie doznał odmrożenia nóg, co wzmogło postępującą chorobę serca. W chwili zwolnienia w lutym 1940 r. z Sachsenhausen był w stanie skrajnego wyczerpania. Do zdrowia nie powrócił nigdy. Zmarł w grudniu 1942 r.

Prof. dermatologii Franciszek Walter (1885-1950), członek PAU oraz zagranicznych towarzystw dermatologicznych, dziekan Wydziału Lekarskiego UJ oraz pełniący obowiązki dziekana tajnego Wydziału Lekarskiego UJ. Pierwszy powojenny rektor UJ. Wybitny syfidolog. Prowadził prace w zakresie diagnostyki i leczenia kiły. Zwolniony z obozu w lutym 1940 r. powrócił do Krakowa. W czasie okupacji był lekarzem dermatologii w US w Krakowie. Dwukrotnie odmówił współpracy przy organizowanych przez Niemców kursach lekarskich we Lwowie. W latach 1941-1945 był szefem służby zdrowia AK na terenie Krakowa. W grudniu 1944 r. objął szefostwo sanitarne PCK okręgu krakowskiego. Po zakończeniu wojny powrócił do pracy klinicznej.

Prof. ginekologii i położnictwa January Zubrzycki (1885-1969), zawodowo związany z uniwersytetami w Krakowie, Lwowie, a po wojnie w Lublinie, Szczecinie i Gdańsku. Dwukrotnie pełnił funkcję prezesa ZG Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Uchodził za jednego z najzręczniejszych operatorów. Pionier operacyjnego leczenia szyjki macicy oraz autor nowych wskazań do cięcia cesarskiego. W lutym 1940 r. zwolniony z obozu, wrócił do Krakowa i wziął czynny udział w tajnym nauczaniu uniwersyteckim. Z początkiem 1945 r. powrócił do pracy w Klinice Ginekologiczno-Położniczej UJ. ■

Informacja
W numerze 9/2020 „GL" w jednej z ramek wkradł się błąd. Profesorowie w niej wymienieni trafili do obozów, a nie stracili w nich życie. Ich historie zostały opisane w powyższym tekście.

HISTORIA I MEDYCYNA

Periodyka Wenckebacha

11 listopada 1934 r. w czasie obchodów Święta Niepodległości (defilada na Polu Mokotowskim w Warszawie) 67-letni Marszałek Józef Piłsudski zasłabł. W kolejnych miesiącach chudł, wyglądał coraz gorzej, ale poznanie przyczyny tego stanu nie było łatwe, bo Marszałek nie ufał lekarzom.

TEKST DR N.MED. **MAGDALENA MAZURAK**, ODDZIAŁ KARDIOLOGII DZIECIĘCEJ, WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU

On sam studiował kiedyś medycynę – w Charkowie zaliczył I rok studiów. Czy dlatego kazał adiutantowi strzelać do każdego lekarza, który będzie chciał wejść do gabinetu?

Wiosną 1935 r. sytuacja była już na tyle zła, że sprowadzono z Wiednia słynnego specjalistę, internistę prof. Karela Wenckebacha. To on, dysponując dużą wiedzą i doświadczeniem, a skromnymi możliwościami diagnostycznymi, stwierdził u Marszałka nieoperacyjnego raka wątroby (badał go 25 kwietnia i 8 maja). Józef Piłsudski zmarł w Belwederze 12 maja 1935 r. o godz. 20.45. Sekcja zwłok potwierdziła rozpoznanie postawione przez wiedeńskiego lekarza. Sam Karel Wenckebach zmarł pięć lat później w Wiedniu, w dniu obchodzonego w Polsce Święta Niepodległości.

FASCYNACJA SERCEM

Wenckebach urodził się w Hadze, w wielkanocny Wielki Czwartek 1864 r. jako syn inżyniera i wnuk sędziego Sądu Najwyższego. Kiedy miał 10 lat, zmarł mu ojciec i rodzina przeprowadziła się do Utrechtu. Tam chłopiec kontynuował edukację. W 1881 r. rozpoczął studia medyczne na Uniwersytecie w Utrechcie. Zafascynowała go embriologia i jeszcze jako student opublikował kilka artykułów na ten temat. Otrzymał tytuł doktora medycyny na podstawie dysertacji: „O budowie i rozwoju kaletki Fabrycjusza". Początkowo pracował w instytucie zoologicznym, ale na przeszkodzie pracy badawczej stanęły problemy w prawidłowej interpretacji preparatów barwionych hematoksyliną i eozyną. Był daltonistą.

Karel Frederik Wenckebach, fotografia portretowa

Ostatecznie z powodów ekonomicznych musiał przerwać karierę naukową. W 1891 r. rozpoczął pracę w zawodzie lekarza na prowincji – w Herleen, wsi na południowym wschodzie Holandii. Do obowiązków młodego doktora należała m.in. opieka nad pensjonariuszami tamtejszego domu opieki, u których często stwierdzał nierówną pracę serca. Podobno potrafił godzinami osłuchiwać tony i szmery w sercu. Według jednej z anegdot, jakaś leciwa dama chwaliła się, że doktor Wenckebach tak długo osłuchiwał jej serce, że zasnął oparty głową o jej klatkę piersiową!

OBSERWACJA ZNERWICOWANEJ PACJENTKI

W 1896 r. ponownie znalazł się w swojej Alma Mater w Utrechcie, gdzie kontynuował badania z elektrofizjologii. Przeprowadzał eksperymenty – stosując tzw. kimograf, rejestrował arytmie serca u żaby. Zapis z urządzenia był czarno-biały, więc nie miał tu znaczenia problem Wenckebacha z rozróżnianiem kolorów.

Jego doświadczenia nie kończyły się na zwierzętach, zaobserwował, że nieregularny rytm z przerwą wyrównawczą występuje również u ludzi. Wielkość Wenckebacha polegała na tym, że fundamentalne odkrycia dotyczące automatyzmu serca i elektrofizjologii, których dokonał na początku XX w., pochodziły sprzed ery elektrokardiografii (Willem Einthoven, 1901 r.). Wenckebach nie miał też świadomości istnienia węzła zatokowego i przedsionkowo-komorowego (Sunao Tawara, 1906 r.).

Jego pionierska praca z 1899 r. „O analizie nieregularnych pulsów" zawierała ocenę rytmu serca na podstawie studium tętna na tętnicy

FOTO: MATERIAŁ POCHODZI Z SERWISU WWW.AUDIOVIS.NAC.GOV.PL ZE ZBIORÓW NARODOWEGO ARCHIWUM CYFROWEGO (KONCERN ILUSTROWANY KURIER CODZIENNY – ARCHIWUM ILUSTRACJI).

Periodyka Wenckebacha w zapisie Holtera ekg. (dzięki uprzejmości pani dr Marii Miszczak-Knecht)

promieniowej 44-letniej znerwicowanej kobiety, która skarżyła się na występującą od dłuższego czasu arytmię. Poza nieznacznym powiększeniem sylwetki serca, Wenckebach stwierdził u pacjentki „słabość, anemiczny wygląd i słabiej wyczuwalne tętno". Tony serca były gorzej słyszalne, ale czyste. Wenckebach uważał, że „tętno jest odbiciem serca", dlatego użył jednokanałowego sfimografu jako detektora tętna na tętnicy promieniowej kobiety. Analiza krzywej wykazała regularne przerwy co każde 3-4 uderzenia, odmienne od tych, które występowały po skurczu dodatkowym, bo nie było po nich dodatkowych, słabszych fal tętna. Ponadto długość przerwy nie była dwa razy dłuższa od poprzedzającego okresu zawartego między dwiema falami tętna, tak jakby można tego oczekiwać w ekstrasystolii.

NIEKONIECZNIE PATOLOGIA

Na podstawie wnikliwej analizy matematycznej Karel Wenckebach stwierdził, że nieregularność tętna nie jest tu wynikiem ekstrasystolii, nie potrafił jednak wyjaśnić przyczyny zjawiska. Nazwał to „okresami Lucianiego", oddając palmę pierwszeństwa Włochowi, który jako pierwszy badał ten objaw. Wenckebach stwierdził, że ten fenomen występuje zarówno u żaby, jak i u człowieka – w obu przypadkach to zjawisko nieregularności było takie samo. Przypuszczał, że może ono być spowodowane uszkodzeniem mięśnia sercowego na granicy przedsionkowo-komorowej. Wprowadzenie przez Willema Einthovena galwanometru strunowego pozwoliło Wenckebachowi (w 1906 r.) na zarejestrowanie stopniowego wydłużania się odstępu PR aż do wypadnięcia zespołu komorowego. Dziś ten fenomen znany jest kardiologom na całym świecie jako „periodyka Wenckebacha" (blok przedsionkowo-komorowy II stopnia).

W 1901 r. Karel Wenckebach został profesorem Uniwersytetu w Groningen i dwa lata później opublikował swoje najważniejsze dzieło: „Arytmia jako wyraz pewnych zaburzeń funkcji serca", które przyniosło mu światową sławę. Był jednym z pierwszych, który uważał, że nieregularna czynność serca niekoniecznie jest objawem patologii, a takie było powszechne przekonanie.

W latach 1911-1914 r. był profesorem na uniwersytecie w Strasburgu. Następnie stanął na czele wydziału lekarskiego uniwersytetu w stolicy Austrii. W 1914 r. opublikował swoje klasyczne, obszerne dzieło „Nieregularna czynność serca i jej znaczenie kliniczne". Jego wykłady z opukiwania i osłuchiwania cieszyły się dużym zainteresowaniem, mimo że sam Karel Wenckebach raczej nie był porywającym wykładowcą. Wśród studentów medycyny krążył nawet stosowny wierszyk: „Beim Herrn Professor Wenckebach sind nur die ersten Bänke wach!" („W czasie wykładów Wenckebacha nie śpią tylko pierwsze ławki").

LECZENIE CHINIDYNĄ

W czasie I wojny światowej Karel Wenckebach przeprowadzał m.in. badania funkcji serca u żołnierzy. Mniej znane eponimy związane z jego nazwiskiem to „objaw Wenckebacha" (ruchy paradoksalne klatki piersiowej w przypadku *mediastinopericarditis chronica*) oraz „pęczek Wenckebacha" biegnący z żyły głównej górnej do uszka prawego przedsionka.

„Był jednym z pierwszych, który uważał, że nieregularna czynność serca niekoniecznie jest objawem patologii, a takie było powszechne przekonanie.

FOTO: CENTRUM ZDROWIA DZIECKA

Dzięki niemu chinidyna (prawoskrętny izomer chininy) została wprowadzona do leczenia arytmii. To on jako pierwszy zastosował 1 g chininy u pacjenta z migotaniem przedsionków (udało się przywrócić mu rytm zatokowy). Odkrycie skutecznego leku przyszło, jak to zwykle bywa, przypadkiem: jeden z jego pacjentów przyszedł na wizytę w trakcie napadu migotania przedsionków. – To nic takiego, jutro wrócę i będzie po wszystkim – oznajmił pacjent. – A jak pan to zrobi? – zapytał zdumiony Wenckebach. – Biorę chininę na malarię. I wtedy serce się uspokaja – wyjaśnił pacjent lekarzowi.

PO PROSTU WENCKIE

W wieku 65 lat Karel Wenckebach zrezygnował z etatu akademickiego, pozostawiając wydział lekarski w Wiedniu w rozkwicie. Zainteresowały go kardiologiczne objawy związane z chorobą beri-beri, co zaprowadziło go do Holenderskich Indii Wschodnich (dziś Indonezja). Ale tam spotkał go zawód. Okazało się, że przypadków skrajnej niewydolności serca już nie ma, nie mniej efektem tej podróży i badań była książka pt. „Das Beriberi-Herz. Morphologie, Klinik, Pathogenese" (1934 r.). W 1935 r. sławny profesor (wówczas 70-letni) został poproszony o konsultację internistyczną marszałka Józefa Piłsudskiego. W 2015 r. ukazała się książka dr. Marka Kamińskiego pt. „Ostatnia tajemnica marszałka Piłsudskiego". Podobno inspiracją do jej napisania stała się anegdota dotycząca wizyty Wenckebacha u chorego marszałka. Wenckebach zbadał go wnikliwie, a następnie wyszedł do polskich lekarzy, pytając: – Panowie, o co tu chodzi? Przecież to jest ewidentna kiła trzeciorzędowa.

W odpowiedzi usłyszał: – Ależ, panie profesorze, my to wiemy. Tylko w odróżnieniu od pana, my tego nie możemy głośno powiedzieć.

Wg autora cytowanej książki o przebytym zakażeniu kiłą świadczyć miałby powolny rozpad osobowości Marszałka oraz stwierdzone w autopsji owrzodzenia po przebytym zapaleniu aorty.

Wenckie, jak nazywali go przyjaciele, był niezwykle lubiany. Miał wspaniałe poczucie humoru, posiadał to, co Francuzi określają jako joi de vivre. Był otwarty, nie wywyższał się. Był melomanem i humanistą, po pierwszej wojnie światowej zaangażował się w akcję dożywiania wiedeńskich dzieci. Tak napisał o sobie: „W medycynie są wielkie królestwa, o których nie posiadam specjalnej wiedzy. Nie, nie jestem wielkim człowiekiem. Jestem szczęśliwym człowiekiem".

W wieku 76 lat, 11 listopada 1940 r. zmarł z powodu urosepsy. W Berlinie ma swoją ulicę (Wenckebachstraße) i pomnik. Jeden z jego braci (Henri Johan Eduard) był inżynierem, jego imię nosi jedna z ulic w Amsterdamie (H.J.E. Wenckebachweg). Syn Karela Wenckebacha, Oswald, był artystą malarzem i rzeźbiarzem, jest autorem wielu portretów i pomników poświęconych bohaterom wojen, projektował także monety, które weszły do obiegu w latach 1948-81. ■

REKLAMA

Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika
EDYCJA X

Jury: Anna Dymna, Waldemar Hładki, Ewa Lipska, Bronisław Maj, Maria Szczeklik, Jarosław Wanecki

W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub lekarza dentysty.

Termin nadsyłania prac konkursowych **25 marca 2021 roku.**

Szczegółowe informacje o konkursie są dostępne na stronie **www.mp.pl/wena**

Informacji udziela:
Anna Wierzchowska-Woźniak
tel. 12 293 42 68, e-mail: wena@mp.pl

PARTNERZY
Mimo Wszystko Fundacja Anny Dymnej
UPPL

PATRON MEDIALNY
GAZETA LEKARSKA

ORGANIZATORZY
medycyna praktyczna

AGATA MORKA
historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Jak zwykle

Jedną z największych rewolucji w sztuce XX w. zainicjował pisuar. Podpisany nikomu wtedy nieznanym imieniem Robert Mutt wystawiony został opatrzony tytułem „Fontanna" i oburzył tak publiczność, jak i znawców sztuki.

Obraz: Wilhelm Sasnal, bez tytułu (Apteczka), 2000, MOCAK, Kraków

Przesunął też granice tego, co za sztukę uważano i otworzył drzwi do współczesnego eksperymentu. Bo jeśli w muzeum stać może pospolity pisuar, to może w nim znaleźć się także apteczka z nieco sfatygowanym pudełkiem na wpół zużytych plastrów.

Wilhelm Sasnal jest jednym ze współczesnych polskich malarzy, którzy odnieśli sukces spektakularny. I to w pełni tego słowa: zdobywa poważne nagrody, a jego prace znajdują się w muzeach sztuki współczesnej na całym świecie oraz kupowane są na międzynarodowych aukcjach, osiągając pokaźne sumy. Sasnal to mistrz tego, co zwykłe. Maluje tak bociany czy drogową infrastrukturę, jak i lecące po niebieskim niebie samoloty, a wszystko to jest bardzo realistyczne. W pracy bez tytułu z 2000 r. idzie o krok dalej, wychodząc poza płótno, wdając się w dialog z trójwymiarowym przedmiotem, którego cichą obecność w rzeczywistości niewielu zauważa. Chodzi o apteczkę.

Opowieść głosi, że Wilhelm Sasnal znalazł apteczkę w czasie instalacji jednej ze swoich wystaw, ot, gdzieś na zapleczu. Obiekt zainspirował go na tyle, że poprosił o pozwolenie na interwencję artystyczną. Zaingerował w zastany stan, przemalowując oryginalne opakowania leków oraz dodając trzy niewielkich rozmiarów obrazki. Na trzech półkach rozmieszczone zostały fiolki i papierowe opakowania z lekami, niektóre opatrzone konkretnymi nazwami, inne nieco tajemnicze, nieujawniające swego zastosowania. Materialność szafki, z jej metalowymi okuciami i zamkiem, kontrastuje z malarskością rozmytego napisu „Plastry", na którym widać jeszcze ruch i fakturę pędzla użytego do jego namalowania. To, co „realne", dotykalne, kontrastuje tutaj z tym, co „wykreowane".

To celebracja tego, co zwykłe, być może nawet niezauważalne. Te anonimowe przedmioty, świadkowie naszej codzienności, przerabia Sasnal w obiekty pierwszoplanowe. Daje głos tym, którzy zazwyczaj tylko szepczą. ■

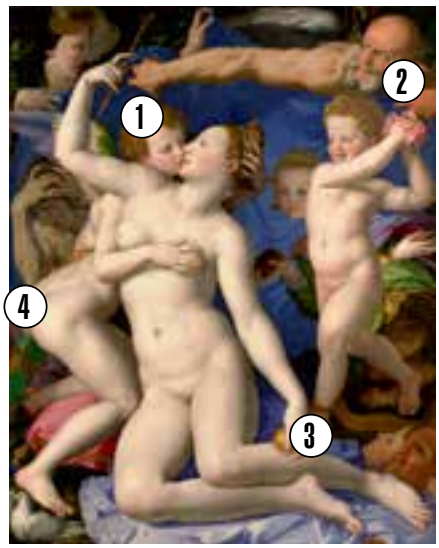
Rozwiązanie zagadki z „GL" 10/2020

1. Przesunięcie ręki Wenus tak, by dotykała głowy Kupidyna.
Bronzino wielokrotnie przerabiał kompozycję obrazu, w jednej z wersji Wenus dotykała włosów swojego syna.

2. Pozbawienie brody figury w prawym górnym rogu.
Figura przestawia Czas, zatem siwa broda jest jak najbardziej uzasadniona.

3. Usunięcie jabłka z dłoni Wenus.
Wenus trzyma w rękach swój atrybut: złote jabłko, które wygrała w konkursie Parysa, nieobecność owocu utrudniłaby identyfikację kobiety jako bogini miłości.

4. Obcięcie lewej strony obrazu, tak by rama wypadała na końcu pośladków Kupidyna.
Kompozycja obrazu została precyzyjnie przemyślana, tak by sutek Wenus wypadał w jednym z tak zwanych „złotych punktów", przyciągając uwagę widza.



Obraz: Bronzino, „Alegoria z Wenus i Kupidynem", 1540-1545, National Gallery, Londyn

NAGRODZENI Z „GL" 10/2020: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Urszula Spiechowicz-Zatoń z Rudy Śląskiej**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Karina Maj z Wrześni, Anna Matczak z Ciechanowa, Edyta Prudło z Gdańska**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl **do 20 listopada 2020 r.**
W temacie maila należy wpisać **GL11** oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

HOTEL PREZYDENT ★★★★
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju

ufundował voucher obejmujący m.in.:

- 2 noclegi dla 2 osób w apartamencie
- 2 śniadania i 2 obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet zabiegów (dla 2 osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA (Masaż dla dwojga, Ajurwedyjski masaż na „Talaxa Spa", Złoty zabieg na ciało)
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

ufundowało książki:

KLAUZULA INFORMACYJNA
Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż: 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Naczelna Izba Lekarska z siedzibą w Warszawie, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa; 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod@hipokrates.org; 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.; 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres maksymalnie 1 roku; 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych; 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

PULS SŁOWA

Anioły mrużą oczy!

W połowie września Alina Chraboł-Sura, Waldemar Hładki i Andrzej Tchórzewski, pod przewodnictwem Marka Wawrzkiewicza, przyznali nagrody i wyróżnienia w 11. edycji Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego „Puls Słowa" dla lekarzy i lekarzy dentystów.

TEKST **MARIA ŻYWICKA-LUCKNER, JAROSŁAW WANECKI**

Sekretarz jury Majka Żywicka-Luckner w „Antologii Nagrodzonych", promowanej przy okazji 49. Warszawskiej Jesieni Poezji pokonkursowej, życzy Czytelnikom przeniesienia się w inny wymiar, gdzie literatura jest środkiem łagodzącym niepokój w czasach zarazy.

Unia Polskich Pisarzy Lekarzy od ponad pół wieku skupia wokół siebie literatów, którzy wygrywają konkursy. Nie dziwi zatem rozdanie warszawskie, gdzie w kategorii poetów razem z Agnieszką Rautman (II nagroda), na podium znaleźli się członkowie stowarzyszenia Renata Paliga* (II, ex aequo, laureatka „Weny") i Jerzy Andrzejczak* (III), znany doskonale łódzkiej publiczności z corocznych biesiad literackich UPPL.

Wyróżnienia otrzymali: Joanna Czajkowska-Ślasko*, Joanna Matlachowska-Pala* i Witold Kopeć. W zawodach prozaików po raz kolejny zwyciężyła Agnieszka Kania*. Drugie miejsce zajął ponownie Jerzy Andrzejczak*, a trzecie – Marzena Nogieć*. Wyróżnienia odebrali Janusz Czarnecki*, Zbigniew Kostrzewa* i Stefan Trzos*.

Na konkurs wpłynęło wiele prac prozatorskich i poetyckich z całego kraju, w tym ze Szwecji. Jury, podobnie jak w roku ubiegłym, nie przyznało I nagrody za poezję, podkreślając jednocześnie wysoki poziom prac prozatorskich. Jurorów zachwyciła w nadesłanych pracach biegła polszczyzna, historyczna wręcz dbałość o szczegóły i swoiste „lekarskie" poczucie humoru. Lekarze pisarze jeszcze raz udowodnili, że ich zainteresowania nie ograniczają się do doświadczeń wynikających z pracy zawodowej, a są otwarci na wiele problemów otaczającego nas świata.

„Anioły mrużą oczy" i przyglądają się z coraz większym zaciekawieniem, co przyniesie jutro. Tegoroczne pokłosie konkursu to kalejdoskop doświadczeń autorów jeszcze sprzed pandemii. Ciekawy zatem przed nami rok następny, który – jak się można domyślać – może obfitować w relacje i reakcje artystyczne na otaczającą nas epidemiczną rzeczywistość i zamknięcie w domach, nierzadko po katorżniczej pracy w oddziałach i przychodniach. ■

PATRONAT

* członek UPPL

Agnieszka Rautman

Być

jesteś

cząstką i falą
błyskasz między wierszami
migoczesz

ciało nabrzmiałe czułością
otwiera mosty zwodzone endorfin

błyszczy piękne jak
bańka mydlana

światło aksonów przenika
je na wskroś

anioły mrużą oczy
szczęście krótkie jest jak życie

„Antologia Nagrodzonych" dostępna jest na www.uppl.pl

KULTURA

PhotoArtMedica 2020

Mistrzowie fotografii po raz ósmy

TEKST **KRZYSZTOF MUSKALSKI**

W sobotnie popołudnie 17 października w Sali Reprezentacyjnej Muzeum Częstochowskiego odbyła się prezentacja laureatów i otwarcie VIII edycji Międzynarodowego Salonu Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica, zorganizowanego przez OIL w Częstochowie.

Ze względu na restrykcje związane z pandemią COVID-19, w uroczystości nie wzięli udziału osobiście laureaci i publiczność, ale wydarzenie można było oglądać w ramach transmisji online. Obecni byli poseł Zdzisław Wolski, prezes OIL w Częstochowie Zbigniew Brzezin, wicedyrektor Muzeum Częstochowskiego Łukasz Pabiś oraz przewodniczący Salonu PhotoArtMedica Krzysztof Muskalski.

W tegorocznym salonie wzięło udział 69 uczestników z 13 krajów – Australii, Bangladeszu, Bułgarii, Czech, Irlandii, Kanady, Niemiec, Polski, Szwecji, USA, Węgier, Wielkiej Brytanii i Włoch – którzy zaprezentowali 481 fotografii. 36 laureatów sięgnęło po 44 nagrody – 17 z nich to Polacy, a 19 to uczestnicy z zagranicy.

Nagrodę PhotoArtMedica Grand Prix 2020 – statuetkę autorstwa częstochowskiego artysty Mariusza Chrząstka, ufundowaną przez prezesa NRL Andrzeja Matyję – zdobył Ryszard Zembrzuski z Warszawy za cztery fotografie w kategoriach „Świat wody" i „Temat wolny".

W kategorii „Świat wody" zgłoszono w sumie 210 fotografii, a do „Tematu wolnego" – 216. W kategorii „Fotografia medyczna" nadesłano 55 zdjęć – część z nich nawiązywała w różnym kontekście do pandemii COVID-19, od tragicznego, poprzez symboliczny po humorystyczny. Niewątpliwie wiele z tych zdjęć staje się historycznym świadectwem ofiarności służb medycznych i społeczeństw całego świata dla przyszłych pokoleń.

W ramach transmisji online swoje przesłanie do laureatów, uczestników i organizatorów przekazał m.in. prezydent największej światowej organizacji fotograficznej FIAP Riccardo Busi z Florencji, który w swoim wystąpieniu podtrzymał propozycję utworzenia Klubu Lekarza w strukturach FIAP (pełna treść przemówienia na www.gazetalekarska.pl).

Patronat honorowy nad wydarzeniem objęli prezes NRL Andrzej Matyja oraz prezydent Częstochowy Krzysztof Matyjaszczyk. Swoje auspicje nadała Salonowi PhotoArtMedica FIAP – Międzynarodowa Federacja Sztuki Fotograficznej, a patronat merytoryczny – czołowa polska organizacja fotograficzna Fotoklub Rzeczypospolitej Polskiej. „Gazeta Lekarska", a także esculap.com i „Foto-Kurier" objęli PhotoArtMedica 2020 patronatem medialnym. ■

PATRONAT

„Mazowiecki staw", Ryszard Zembrzuski, PhotoArtMedica Grand Prix 2020

KULTURA

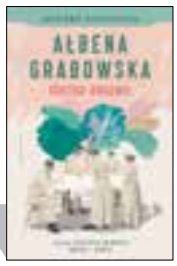
Kwitnąca jabłoń

Z dr. **Ałbeną Grabowską**, neurologiem, epileptologiem i powieściopisarką, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

Jak to się stało, że lekarka z perspektywą zrobienia kariery naukowej została pisarką?
Po studiach pracowałam w jednej z klinik neurologii i epileptologii w Warszawie, ale kiedy życie osobiste zmusiło mnie do odejścia, zrodził się pomysł napisania pamiętnika tematycznie związanego z Bułgarią – moją drugą ojczyzną ze strony matki. Chciałam wiedzę o swoim dziedzictwie pozostawić moim dzieciom. Nie przypuszczałam, że książka zostanie wydana i przyjdą kolejne propozycje, np. napisania bajki terapeutycznej dla dzieci chorych na padaczkę. I tak w ciągu 20 lat wydałam 20 książek.

Są one różnorodne gatunkowo i narracyjnie.
To prawda, są wśród nich książki przygodowe dla dzieci, science fiction, ale też powieści obyczajowe, kryminalne, sensacyjne. Traktuję gatunek literacki jak nośnik historii, którą chcę opowiedzieć. Jeśli tematem jest śmierć nastolatki i okoliczności z tym związane, to wybieram kryminał. Jeśli bohaterem jest polski poseł znaleziony martwy w Bułgarii, a opowieść jest spleciona z wątkami historycznymi sięgającymi XII w., to będzie to powieść sensacyjna.

A „Stulecie Winnych" – obsypane nagrodami i przeniesione na ekran?
Powieść powstała, kiedy poczułam się już gotowa na coś większego. Połączyłam realia z fikcją, a postaci wymyślone z autentycznymi. Akcję osadziłam w podwarszawskim Brwinowie. Powstała saga, gdyż ten gatunek wydawał mi się najbardziej odpowiedni do opowiedzenia tej wielowątkowej historii. „Stulecie Winnych" to historia Polski w pigułce, to opowieść o zwykłych, a zarazem niezwykłych ludziach, która – jak się okazało – silnie przemówiła do wyobraźni czytelników.



Do czego nawiązuje pani najnowsza książka?
„Doktor Bogumił" jest pierwszą częścią sagi lekarskiej zatytułowanej „Uczniowie Hippokratesa". To opowieść głęboko osadzona w historii medycyny. Wciąż kroczę tą drogą – jestem sekretarzem Polskiego Towarzystwa Epileptologii, kształcę się w tej dziedzinie. Chciałam tą książką podziękować moim mentorom. Po studiach pragnęłam zgłębiać tajniki ludzkiego mózgu, a nieżyjący już prof. Jerzy Majkowski, wybitny neurolog i epileptolog, zobaczył we mnie potencjał badacza. Wsparcia udzielała mi także neurolog prof. Joanna Jędrzejczak, która jest teraz moją czytelniczką. Przyjęłam to jako wyzwanie, nie chciałam ich zawieść. Zresztą padaczka stała się moją pasją i badania nad tą chorobą sprawiały mi satysfakcję. Byłam nauczycielem akademickim, miałam doktorat i możliwości rozwijania kariery naukowej, ale los chciał inaczej. Chciałam spiąć klamrą ten kawałek mojej zawodowej drogi i splecionych ze mną losów ludzi. Saga będzie miała trzy części. Pierwsza rozpoczyna się w 1850 r. w Warszawie, kiedy doktor Bogumił Korzyński, absolwent Uniwersytetu Wileńskiego, stara się o pracę i w drodze protekcji zostaje zatrudniony w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Książka ma dość nietypową konstrukcję. Przeżycia tytułowego bohatera przeplatane są siedmioma opowieściami o wybitnych postaciach świata lekarskiego tamtych czasów, m.in. Horacym Wellsie, Jamesie Youngu Simpsonie, Edwardzie Jennerze.

Co jest bliższe pani sercu – medycyna czy pisarstwo?
Mam troje dzieci, dla których pragnę być jak najlepszą matką. Piszę coraz więcej. Coraz większe jest także zainteresowanie mną i moją twórczością, zwłaszcza po ekranizacji „Stulecia Winnych". Chciałabym jeździć na spotkania autorskie, spotykać się z czytelnikami. Nie da się tego pogodzić z typową pracą lekarza. W pewnym momencie musiałam wybrać. To było trudne, ale zdecydowałam się na pisarstwo, które daje mi więcej przestrzeni i możliwości spełniania się. Nie odeszłam jednak z zawodu, wciąż przyjmuję pacjentów ambulatoryjnie.

Skąd imię Ałbena?
To imię bułgarskie, oznacza kwitnącą jabłoń. Lubię je, uważam, że jako pisarkę bardzo mnie wyróżnia. Czuję się związana z Bułgarią, co roku jeździłam tam do babci na wakacje. Moi rodzice poznali się nad Morzem Czarnym. Mama jest muzykiem, ojciec był inżynierem. ■

Przychodzi wena do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki im. Prof. Andrzeja Szczeklika

PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA

Pan P. i przyjaciele

Ciemny korytarz, w głębi migocze przydymione światło lampki, cisza. Żadnego ruchu, dźwięku, szelestu. Ta cisza wgryza się w mózg. Można oszaleć. Jak długo jeszcze?

Takie myśli pędzą jak kołowrotek w umyśle pana P. Odkąd tu trafił, dni i noce zlewają się w jedno, mijają niepostrzeżenie jak ułamki sekund. Pan P. został pacjentem zamkniętego oddziału psychiatrycznego trzy tygodnie temu, kiedy podczas epizodu psychotycznego nożem groził sprzedawcy, wykrzykując, że to on jest winien jego krzywdzie i zdradzie ukochanej kobiety. Codziennie przez trzy tygodnie otrzymywał silne leki antypsychotyczne, które spowalniały jego zachowania, myśli, odczucia. Cały świat zwolnił, a czas biegł niezależnie od niego, jakby obok. Pan P. od trzech tygodni nie może zrozumieć, dlaczego się tu znalazł, został odseparowany i uznany za niebezpiecznego. Przecież doznał ogromnej krzywdy – zdradziła go miłość jego życia, więc silne emocje i gniew powinny być zrozumiałe. Cóż to za świat, który akceptuje zbrodnię przeciwko miłości, pozostawia ją bez kary i odwetu? A co najgorsze, to odkąd nasz bohater dostaje te dziwne, ogromne tabletki, które z trudem przechodzą przez przełyk, nie widział swojej ukochanej. Czyżby zapomniała o nim? Ta literalna izolacja w postaci ciężkich, metalowych drzwi oddziału zamkniętego stała się też symbolicznym murem między nim a nią?

Lampka w korytarzu gaśnie, pan P. zamyka oczy i odpływa w bezpieczną przystań, gdzie marzenia senne i ułudy koją jego złamane serce.

Godzina ósma rano, głosy współtowarzyszy wybudzają pana P. Razi go światło promieni słonecznych wpadających przez szare, brudne okna. Słyszy głos pielęgniarki, która oznajmia, że za pięć minut obchód lekarski. Leniwie zdejmuje pidżamę i ubiera codzienny granatowy dres. Za chwilę wchodzi profesor, za nim adiunkci i cała świta personelu medycznego. Około trzydzieści osób w białych kitlach, którzy wpatrują się w niego nieufnie i badawczo, pozornie tylko wyrażając zainteresowanie i troskę. Profesor pyta: „Jak się pan dzisiaj czuje? Od wczoraj włączyliśmy nowe leki, może odegnały te depresyjne myśli?". „Co on tam wie – myśli pan P. – On nie został zamknięty w jakimś więzieniu, faszerowany dziwnymi proszkami i pozbawiony kontaktu z miłością swego życia". Pytanie profesora wydaje mu się puste, wręcz cyniczne. Odpowiada tylko zdawkowo: „Jest dobrze". Tłum ludzi w białych kitlach kiwa głowami i kieruje się w stronę następnych pacjentów na sali. Pan P. wychodzi. To ten moment dnia, kiedy pije poranną kawę z małym dodatkiem mleka i oddaje się swoim myślom. Jeszcze niczym niezmącony umysł jest świeży i otwarty, wtedy pan P. znajduje najwięcej wyjaśnień dla swych wątpliwości. Dzisiaj, rozpoczynając czwarty tydzień pobytu na oddziale psychiatrycznym, doznaje olśnienia. Skoro zawsze, po rzekomo skutecznych lekach, które tu otrzymuje, czuje się gorzej, zatraca się coraz bardziej, spowalnia i zapomina o swoim dotychczasowym życiu, to oznacza, że powinien spróbować je odstawić. (...)

gazetalekarska.pl

O AUTORZE

KAROLINA KOCISZEWSKA

Laureatka IX edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza". I miejsce w kategorii PROZA.

W 2013 r. ukończyła Śląski Uniwersytet Medyczny. W styczniu 2015 r. rozpoczęła specjalizację z kardiochirurgii i studia doktoranckie na Wydziale Lekarskim ŚUM. W 2017 r. – po całkowitym przestawieniu planów życiowych – rozpoczęła specjalizację z hematologii w Warszawie. Jesienią br. planuje obronę pracy doktorskiej z kardiochirurgii. Pisanie pozwala jej na zachowanie równowagi i oderwanie od codzienności oraz ukazuje medycynę w nieco innym świetle. Humanizuje, uwrażliwia, wyzwala empatię. Jej kolejne pasje to taniec, gra na fortepianie i kultura iberoamerykańska. Jest laureatką konkursu „Przychodzi wena do lekarza" z 2017 r.

FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE

KULTURA

Artyści zaśpiewali medykom

Zarażeni dobrem – artyści i lekarze w podziękowaniu pracownikom ochrony zdrowia" – pod takim hasłem odbył się 3 października koncert w Bytomiu. Dla medyków zaśpiewali soliści: Anna Borucka, Gabriela Gołaszewska, Andrzej Lampert, Stanislav Kuflyuk, Maciej Komandera, a także Chór Opery Śląskiej. Orkiestrą dyrygował Franck Chastrusse Colombier.

To było wspólne przedsięwzięcie Opery Śląskiej, Śląskiej Izby Lekarskiej oraz dr. n. med. Wojciecha Bichalskiego.

W trakcie koncertu lekarzom, pielęgniarkom, ratownikom medycznym, fizjoterapeutom, diagnostom laboratoryjnym i salowym – w sumie kilkudziesięciu pracownikom śląskich szpitali, którzy w szczególny sposób wyróżnili się w walce z pandemią – zostały wręczone odznaczenia: 50 odznak honorowych Ministra Zdrowia „Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia" oraz 15 srebrnych „Odznak Honorowych Za Zasługi dla Województwa Śląskiego".

Medal Śląskiej Izby Lekarskiej trafił do Jerzego Owsiaka, Dominiki Kulczyk i przedstawicieli KWK Piast-Ziemowit. Jerzy Owsiak i Fundacja WOŚP do lipca przekazała placówkom ochrony zdrowia w całym kraju sprzęt medyczny i środki ochrony indywidualnej o wartości 48,8 mln zł. Dominika Kulczyk wsparła Fundację Lekarze Lekarzom kwotą 20 mln zł na zakup ŚOI. Dzięki Kopalni Piast-Ziemowit Śląska Izba Lekarska mogła zaopatrzyć szpitale i przychodnie woj. śląskiego w 12 tys. litrów płynu dezynfekcyjnego.

Słowa uznania zostały skierowane także dla studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, którzy w ramach wolontariatu pomagali w walce z pandemią.

Relacja z koncertu dostępna jest w listopadowym biuletynie Śląskiej Izby Lekarskiej „Pro Medico". ■

gazetalekarska.pl

FOTO: ŚIL

Przełożone konkursy

Ze względu na utrzymujące się zagrożenie epidemiczne, X Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny oraz V Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Literacki „Lekarze dzieciom" zostają przesunięte na 2021 r. ■

NASZA CZYTELNIA

Seria „W gabinecie lekarza specjalisty"

23 redaktorów naukowych, w tym m.in.: Piotr Laudański, Maria Majdan, Paweł Krawczyk

Stale rozwijany cykl publikacji z zakresu ginekologii, pediatrii, onkologii, reumatologii, dermatologii i kardiologii. Autorzy dzielą się z czytelnikami wiedzą i doświadczeniem z praktyki klinicznej, przedstawiają najnowsze dokonania oraz aktualne rekomendacje i standardy, a także opisy najciekawszych przypadków.

Profesjonalizacja roli nauczyciela akademickiego

Redakcja naukowa: Anna Sajdak-Burska, Iwona Maciejowska

Rola nauczyciela akademickiego jest wielowymiarowa i wymaga zrównoważonego podejścia m.in. pomiędzy wykonywaniem podstawy programowej a wspomaganiem rozwoju ucznia. Publikacja jest próbą odpowiedzi na pytanie, jak nauczać studentów, by nie była to jedynie usługa edukacyjna. W książce można znaleźć konkretne przykłady działań, które poprawiają jakość kształcenia.

Vademecum wykonywania protez stałych i ruchomych

Redakcja naukowa: Beata Dejak

Źródło aktualnej wiedzy z zakresu protetyki stomatologicznej – w książce w sposób chronologiczny i logiczny przedstawiono zarówno tradycyjne, jak i nowoczesne metody postępowania klinicznego i laboratoryjnego, stosowane w stomatologicznych procedurach leczenia protetycznego. Monografia jest dodatkowo wzbogacona o schematy preparacji zębów oraz budowy uzupełnień.

Panna doktór Sadowska

Wojciech Szot

Opowieść o pierwszej w Imperium Rosyjskim polskiej lekarce z doktoratem, wojującej feministce, działaczce społecznej, naukowczyni, automobilistce, cenionej lekarce, ale także bohaterce jednego z najgłośniejszych skandali obyczajowych międzywojennej Warszawy. Jej walka z hejtującymi brukowcami jak w soczewce pokazuje obraz świata, w którym bardzo brakowało akceptacji osób o orientacji homoseksualnej.

FOTO: PIXABAY.COM

OBIEKT BEZPIECZNY HIGIENICZNIE

Stosujemy się do zaleceń

Recepta na udany wypoczynek
w Krynicy-Zdroju

BON TURYSTYCZNY

W **HOTELU PREZYDENT** ZREALIZUJESZ
POLSKI BON TURYSTYCZNY

Oferta rabatowa **-10%**
z kodem **"GZ1"** tylko
na **hotelprezydent.com**

★★★★
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

www.hotelprezydent.com | tel. 18 473 65 00 | recepcja@hotelprezydent.com

Ogłoszenia

Praca / zatrudnię

Zatrudnię lekarza chirurga lub w trakcie specjalizacji w Bielsku-Białej. Tel. 603-775-969

Pogotowie w Łomży zatrudni lekarzy systemu w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego tel. (86) 216 62 15

Firma Telediagnosis zatrudni lekarza radiologa do pracy w teleradiologii. Więcej informacji pod numerem telefonu: 500 093 393 lub adresem e-mail: radiolog@telediagnosis.pl.

Zatrudnimy lekarza do pracy w POZ w Kisielicach k/Iławy. Tel. 608 430 319

Praca w POZ. Wielkopolska, Powiat Kolski. W pełnym wymiarze, godzinowo lub na zastępstwa. Mieszkanie służbowe. Tel. 509-779-124

NIEMCY – atrakcyjne oferty pracy, specjalizacje, www.pro-medicus.org +48602813298

SPZOZ w Kobielach Wielkich, powiat radomszczański, zatrudni lekarza pediatrę lub lekarza medycyny rodzinnej, dobre warunki pracy, możliwość zakwaterowania - kontakt: 604075571

NSZOZ Rondo s.c. w Opolu zatrudni lekarza okulistę (specjalistę lub w trakcie specjalizacji) Dysponujemy perymetrem Hempreya, OCT Topcon 3d Maestro. Kontakt: 516820888

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kaliszu poszukuje lekarza w Dziale Dawców i Pobierania Warunki zatrudnienia dot. formy umowy, wynagrodzenia, godzin pracy do ustalenia kontakt tel. 62-7679403

SP ZOZ w Świdniku zatrudni lekarza specjalistę z chorób wewnętrznych lub lekarza rezydenta w dziedzinie chorób wewnętrznych w ramach kontraktu. Tel. 602 450 042

SP ZOZ w Świdniku zatrudni lekarza w Izbie Przyjęć w godzinach pracy 8.00-15.35 oraz na pełnienie dyżurów medycznych. Tel. 602 450 042

Prywatny gabinet stomatologiczny w Sandomierzu nawiąże współpracę z lekarzem dentystą. Tel.535 572 772 www.dentall.pl

Zobacz jak wygląda bardzo dobre miejsce dla psychiatry w Warszawie. Kontakt: psychiatra@terapia-dialog.pl 797-878-822

SP ZOZ w Świdniku zatrudni lekarza specjalistę z chorób wewnętrznych na stanowisku Kierownika Izby Przyjęć. Tel. 602 450 042

Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o. zatrudni lekarzy specjalistów z rehabilitacji medycznej. Wymagane kwalifikacje: wykształcenie zgodne z obowiązującymi przepisami, dyplom specjalisty. Oferujemy: zatrudnienie w oparciu o umowę cywilnoprawną, atrakcyjne warunki wynagrodzenia, pracę w rozwojowej firmie, możliwość doskonalenia się i poszerzania kompetencji, możliwość zamieszkania na terenie szpitala w otoczeniu kompleksu leśno-parkowego. Wszelkich informacji udziela dział kadr i płac, tel.: 75 645 97 12. Zapraszamy do składania ofert i CV osobiście lub listownie na adres: Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o., ul. J. Korczaka 1, 58-400 Kamienna Góra lub pocztą elektroniczną na adres: sekretariat@dcr.org.pl Prosimy o dołączenie klauzuli: „Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb aktualnej i przyszłych rekrutacji."

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi Pilnie Zatrudni do Pracy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Lekarzy: Medycyny Ratunkowej, Neurologów, Internistów, Neurochirurgów, Spec. Ortopedii i Traumatologii. Miejsce pracy: Łódź - nr ref. 7/2020. Oferujemy: atrakcyjne wynagrodzenie , niezbędne narzędzia pracy, specjalistyczne szkolenia, możliwość zdobycia cennego doświadczenia zawodowego, dogodne formy zatrudnienia: umowa o pracę, umowa zlecenie, kontrakt. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem (42) 689 58 30 lub (42) 207 45 37 i niezwłoczne listowne przesyłanie aplikacji (wyłącznie CV i list motywacyjny) na adres: Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi - Dział Spraw Pracowniczych, ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź (REKRUTACJA - ze wskazaniem nr ref. 7/2020) lub na adres email: j.wloch@kopernik.lodz.pl *Informacje szczegółowe o zatrudnieniu na stronie www.kopernik.lodz.pl

Szpital Barlinek Spółka z o.o. w Barlinku zatrudni lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii na stanowisko ordynatora – koordynatora oddziału chirurgicznego. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Więcej informacji pod numerem telefonu 957462502

Dyrektor Szpitala pw. św. Jana Jerozolimskiego w Szczyrzycu zatrudni na korzystnych warunkach pracy i płacy lekarzy geriatrów do organizowanego oddziału geriatrii. Szczyrzyc znajdujący się 50 km na południe od Krakowa to historyczna miejscowość z dużymi walorami rekreacyjnymi leżąca w pięknym i gościnnym Beskidzie Wyspowym. Dane do kontaktu: Lek. med. Tomasz Krupiński Tel kom 608 312 871 lub Email; dyrektor@szpitalszczyrzyc.pl

Ogłoszenia

UWAGA: Uprzejmie informujemy, że ogłoszenia do „Gazety Lekarskiej" przyjmujemy pod numerem telefonu: (22) 559 13 26. Ostateczny termin przysyłania zamówień do numeru **12-01/20-21** upływa **26.11.2020**. Warunkiem zamieszczenia ogłoszenia jest dołączenie do zamówienia dowodu wpłaty.

Cennik ogłoszeniowy: Zatrudnię lekarza, drobne: 21 PLN za słowo + VAT 23%. Wyróżnione: 27 PLN za słowo + VAT 23%.
Konto Nr IBAN: PL 47 1240 1109 1111 0000 0516 2660. Wpłaty dokonane na inne konto niż podane nie będą uwzględniane. Bez dołączonego dowodu wpłaty zamówienie nie będzie zakwalifikowane do druku. Przyjmujemy także ogłoszenia przesyłane drogą elektroniczną: **o.anisko@gazetalekarska.pl**

Wielkopolskie Centrum Onkologii w związku z planowanym rozwojem placówki poszukuje do pracy w Oddziale Radioterapii Onkologicznej I lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych. Oferujemy ciekawą pracę wśród kolegów wspierających rozwój i wspólnie dążących do pomocy jak największej grupie chorych. Nasze Centrum to ośrodek o uznanej renomie międzynarodowej, współpracujący z wieloma ośrodkami zagranicznymi, umożliwiający wszechstronny rozwój. Zgłoszenie powinno zawierać: - C.V., - kopię prawa wykonywania zawodu, - ewentualnie inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje. Termin rozpoczęcia pracy: od zaraz, po dopełnieniu formalności. Dokumenty należy przesłać na adres e-mail kadry@wco.pl lub składać osobiście w Dziale Spraw Pracowniczych (tel. 618850630/631). Oferujemy ponadto:- atrakcyjne wynagrodzenie,- możliwość rozwoju zawodowego,- wysoki standard pracy,- udział w specjalistycznych szkoleniach i kursach, - przyjemną atmosferę pracy. Przyjdź i zobacz, jesteśmy zawsze gotowi przedstawić Wam nasz szpital!

ZZOZ w Cieszynie PILNIE zatrudni Lekarza Specjalistę z zakresu Neurologii i Okulistyki oraz Lekarzy Specjalistów (również w trakcie specjalizacji) z zakresu Chorób Zakaźnych, Rehabilitacji, Pediatrii, Chorób Wewnętrznych, Ginekologii i Położnictwa, Chorób Płuc, Chirurgii Ogólnej lub chcących się specjalizować w tych dziedzinach, oraz lekarzy różnych specjalizacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i lekarzy ogólnych/rodzinnych do pracy w POZ – nocna i świąteczna opieka zdrowotna. Kontakt 33-8549200 lub sekretariat@szpitalslaski.pl

Zatrudnię Laryngologa lub w Trakcie Specjalizacji do pracy w Poradni. Atrakcyjne Wynagrodzenie i Warunki pracy. Okolice Kutna- 4 km od Autostrady A1. Tel. 607375815

Szpital Miejski w Świnoujściu zatrudni lekarzy specjalistów w zakresie: anestezjologii, pediatrii, neonatologii, chorób wewnętrznych. Oferujemy dobre wynagrodzenie i mieszkanie. Kontakt: sekretariat@szpital-swinoujscie.pl

Prezes Szpitala Mrągowskiego PILNIE zatrudni: Koordynatora p/Oddziału Noworodkowego, Kierownika Działu Diagnostyki Obrazowej, lekarzy specjalistów: internistów, anestezjologów, chirurgów, neonatologów, pediatrów, ginekologów, medycyny ratunkowej. Oferujemy korzystne warunki zatrudnienia, wynagrodzenia. Kontakt: Dyrektor – tel. (89) 741 94 15, Kadry – tel. (89) 741 94 12. E-mail: kadry@szpital-mragowo.pl

Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów Szpital w Ludwikowie zatrudni lekarzy specjalistów onkologii klinicznej. Warunki płacy i pracy do uzgodnienia. CV prosimy przesyłam na: anluczak@wcpit.org tel. : 616654281

„Kutnowski Szpital Samorządowy" Sp. z o.o. w Kutnie pilnie zatrudni lekarzy specjalistów lub w trakcie specjalizacji w dziedzinach: PEDIATRIA, CHOROBY WEWNĘTRZNE, RATOWNICTWO MEDYCZNE, NEUROLOGIA, NEONATOLOGIA, POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Dowolna forma zatrudnienia (umowa o pracę, kontrakt). Zainteresowane osoby prosimy o kontakt: Dział Kadr i Płac tel. 24/ 3880215

Diagnostyka Obrazowa w Poznaniu zatrudni do Pracowni USG lekarzy radiologów w trakcie specjalizacji. Więcej informacji pod numerem: 695-214-084. www.diagnostykaobrazowa.eu

SP ZOZ w Siemiatyczach zatrudni na umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną lekarzy : Chirurga, Internistę, Pediatrę, Ginekologa, Anestezjologa, Endokrynologa, Urologa. Warunki współpracy do uzgodnienia. KONTAKT: kadry@spzozsiemiatycze.pl, tel. 85 -655-23-85

Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, ul. Medyczna 19, zatrudni Ordynatora lub Kierownika Oddziału Urologicznego. Forma zatrudnienia do ustalenia (umowa o pracę lub umowa cywilnoprawna). Oferujemy korzystne warunki wynagrodzenia. Kontakt: tel. 24 36 46 100, 24 36 46 106 , e mail: sekretariat@wszplock.pl

Specjalistyczny Szpital im. Dr Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu ul. A. Sokołowskiego 4 zatrudni od zaraz LEKARZA PEDIATRĘ. Oferujemy: - atrakcyjne wynagrodzenie,- mieszkanie. Szczegóły do uzgodnienia pod numerem telefonu +48 601 259 903. Oferty prosimy składać w Sekretariacie Dyrektora Szpitala lub przesłać na adres mailowy: sylwia.grzondziel@zdrowie.walbrzych.pl

CM GOLDENMED Serock zatrudni lekarzy: ULTRASONOGRAFISTĘ, PEDIATRĘ, STOMATOLOGA, ORTOPEDĘ, GASTROLOGA tel. 501-389-358, agnieszka.wielechowska@goldenmedserock.pl

Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu zatrudni: Koordynatora Oddziału Neurologicznego i Udarowego, lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii lub lekarzy zdecydowanych specjalizować się w wyżej wymienionej dziedzinie, do pracy w ordynacji dziennej oraz na dyżury; lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, do pracy w Poradni Zdrowia Psychicznego i udzielania konsultacji psychiatrycznej pacjentom hospitalizowanym w oddziałach Szpitala; lekarzy specjalistów w dziedzinie alergologii w Poradni Alergologiczno-Pulmonologicznej dla Dzieci; lekarzy specjalistów w dziedzinie neurochirurgii w Poradni Neurochirurgicznej: lekarza dentystę specjalistę w dziedzinie chirurgii w Poradni Chirurgii Stomatologicznej. Zainteresowanych lekarzy prosimy o kontakt telefoniczny pod nr 52 3545 320 w dni powszednie w godz. 08.30 - 14.30 lub za pośrednictwem adresu e-mail: sekr.nacz@szpitalino.pl.

Szpital Pediatryczny w Bielsku-Białej zatrudni Specjalistę w dziedzinie neurologii dziecięcej lub lekarza w trakcie ww. specjalizacji lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie pediatrii lub specjalistę pediatrii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy w oddziale neurologii dziecięcej lub poradni neurologicznej dla dzieci. Warunki do uzgodnienia. Oferty prosimy składać na adres e-mail: kadry@szpitalpediatryczny.pl Informacja telefoniczna: 33 8284048

Praca w POZ- tylko pacjenci dorośli. Września, Wielkopolska. Atrakcyjna płaca. Możliwość opłacenia mieszkania. Tel.601776947

Helios Klinikum Uelzen (Niemcy) Przodująca Klinika w północnych Niemczech poszukuje lekarzy chcących się specjalizować w dziedzinie neurologii. Oferujemy pracę w zgranym zespole, możliwość ukończenia specjalizacji w ciągu 5 lat oraz bardzo dobre warunki finansowe. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt mailowy na adres: Arkadiusz.Russjan@helios-gesundheit.de. Pierwszych informacji udzieli Ordynator Kliniki, Dr. med. Arkadiusz Russjan.

Warszawa, Szpital Wolski zatrudni lekarza psychiatrę. Oferujemy udział w programie pilotażowym, bardzo dobre warunki finansowe. Kontakt: akaliszewska@wolski.med.pl, 690383770

Poszukuję lekarza medycyny estetycznej Kraków 602111431

Zatrudnimy stomatologa do współpracy. Żyrardów blisko dworca. Wysokie wynagrodzenie. 502332375 nostradentus@gmail.com

Uczelnia Medyczna z Wrocławia zatrudni lekarzy. Kontakt: dziekanat@nwsm.pl

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca w Wodzisławiu Śląskim zatrudni lekarza specjalistę w dziedzinie chorób płuc lub chorób płuc dzieci lub pediatrii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci. Kontakt: Specjalista ds. kadr i płac (32)4537156

Szpital w Brzesku (małopolskie) zatrudni lekarzy: kardiologów, endokrynologów, internistów, pulmonologów, rehabilitacji medycznej, neurologów oraz lekarzy do pracy w SOR i ZRM. Kontakt (14) 66 21 432.

Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu, jeden z największych, kompleksowych i nowoczesnych ośrodków onkologicznych w kraju, z uwagi na dynamiczny rozwój, zatrudni specjalistów onkologii klinicznej lub lekarzy w trakcie specjalizacji. Zapraszamy do współpracy.

Szczegółowe informacje: sekretariat.onkologia-kliniczna@wco.pl, lub tel. 61-8850 620/942/736

Przyjmę lekarza na dyżury w Ratownictwie Medycznym w Olsztynku. Dyrektor tel. 604 135 784

Przychodnia Lekarska „SANUS" w Zielonej Górze poszukuje lekarza do pracy w POZ, pacjenci dorośli, teleporady tel. 604-446-975

SPZOZ Radzyń Podlaski pilnie poszukuje lekarzy do pracy w obszarze: SOR, Psychiatria, Neurologia, Rehabilitacja, Anestezjologia kontakt: (83)4132267 sekretariat@spzozrp.pl

Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu pilnie zatrudni Anestezjologa. Kontakt, pytania, uzgodnienia: sekretariat@szoz.pl, lub telefonicznie pod nr: 61 850 62 44

Przychodnia stomatologiczna w Poznaniu i Nowym Tomyślu podejmie współpracę z lekarzem stomatologiem. Praca w ramach kontraktu z NFZ oraz komercyjnie. Kontakt: DOROTA BERDYSZAK tel.: 880 228 838 mail: berdyszakdorota@medicalprestige.com

Ogłoszenia drobne

Sprzedam wyposażenie gabinetu stomatologicznego 535-200-929

Sprzedam tanio aparaturę urologiczną w idealnym stanie: SWISS LITHOCLAST, URODYNAMIKA DUET LOGIC G/2 TEL. 604491118

Wynajmę wyposażone gabinety fizjoterapii /lekarskie, Gliwice, 601471468.

Profesor tytularny specjalność statystyka medyczna analizuje i konsultuje materiały badawcze 601409079

Telefoniczna rejestracja dla prywatnych gabinetów lekarskich tel. 538 288 221

Komunikat do fachowych pracowników ochrony zdrowia

Fluorochinolony stosowane ogólnoustrojowo i w postaci wziewnej: ryzyko niedomykalności zastawki serca

Szanowni Państwo,

W porozumieniu z Europejską Agencją Leków (EMA) oraz Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych przedstawiciele poniżej wymienionych podmiotów odpowiedzialnych, pragną przekazać następujące informacje:

Podsumowanie

- Fluorochinolony stosowane ogólnoustrojowo i w postaci wziewnej mogą zwiększać ryzyko niedomykalności zastawki serca.
- Stany predysponujące do niedomykalności zastawki serca obejmują wrodzone lub wcześniej występujące choroby zastawki serca, zaburzenia tkanki łącznej (takie jak zespół Marfana lub zespół Ehlersa-Danlosa), zespół Turnera, chorobę Behçeta, nadciśnienie, reumatoidalne zapalenie stawów i infekcyjne zapalenie wsierdzia.
- U pacjentów z ryzykiem niedomykalności zastawki serca, fluorochinolony stosowane ogólnoustrojowo i w postaci wziewnej należy podawać wyłącznie po dokładnej ocenie stosunku korzyści do ryzyka oraz po rozważeniu innych opcji terapeutycznych.
- Pacjentów należy poinformować o konieczności niezwłocznego zwrócenia się po pomoc medyczną w przypadku ostrych duszności, pojawienia się kołatania serca lub obrzęku jamy brzusznej czy kończyn dolnych.

Dodatkowe informacje dotyczące bezpieczeństwa

Fluorochinolony to antybiotyki zatwierdzone w Unii Europejskiej do leczenia niektórych zakażeń bakteryjnych, w tym zakażeń zagrażających życiu. Ponieważ mogą one powodować ciężkie i długotrwałe działania niepożądane, ich stosowanie jest na ogół ograniczone do zakażeń, w przypadku których stosowanie innych antybiotyków, powszechnie zalecanych w leczeniu tych zakażeń, jest uważane za nieodpowiednie (ryzyko objęte bezpośrednim komunikatem do fachowych pracowników ochrony zdrowia w marcu 2019 r., http://www.urpl.gov.pl/pl/fluorochinolony-i-chinolony-stosowane-og%C3%B3lnoustrojowo-i-w-postaci-wziewnej-ryzyko-wyst%C4%85pienia). Fluorochinolony należy stosować wyłącznie po dokładnej ocenie ich prawdopodobnych korzyści i ryzyk, w tym ryzyka tętniaka i rozwarstwienia aorty (ryzyko objęte bezpośrednim komunikatem do fachowych pracowników ochrony zdrowia w październiku 2018 r., http://www.urpl.gov.pl/pl/fluorochinolony-stosowane-og%C3%B3lnoustrojowo-i-w-postaci-wziewnej-ryzyko-t%C4%99tniaka-i-rozwarstwienia).

Najnowsze badanie epidemiologiczne [1] wykazało około 2-krotne zwiększenie ryzyka niedomykalności zastawki mitralnej i aortalnej u pacjentów przyjmujących fluorochinolony stosowane ogólnoustrojowo w porównaniu z pacjentami przyjmującymi inne antybiotyki (amoksycylinę lub azytromycynę).

U pacjentów otrzymujących fluorochinolony raportowano kilka potwierdzonych medycznie przypadków niedomykalności zastawki serca, dotyczących różnych zastawek serca, z prawdopodobnym lub możliwym związkiem przyczynowym. Dane te wskazują, że fluorochinolony mogą powodować niedomykalność zastawki serca.

Ponadto badanie laboratoryjne [2] wykazało, że ekspozycja na cyprofloksacynę prowadzi do degradacji kolagenu w komórkach miofibroblastów aorty pobranych od pacjentów z aortopatią, w tym z niedomykalnością zastawki aortalnej. Odkrycie to pokazuje, w jaki sposób degradacja tkanki łącznej powodowana przez fluorochinolony może być związana z niedomykalnością zastawki serca. Postulowano również, że degradacja kolagenu jest związana z chorobami ścięgien i aorty związanymi ze stosowaniem fluorochinolonów.
Czynniki zwiększające ryzyko niedomykalności zastawki serca obejmują wrodzoną lub wcześniej istniejącą chorobę zastawki serca, zaburzenia tkanki łącznej (na przykład zespół Marfana lub zespół Ehlersa-Danlosa), nadciśnienie, zespół Turnera, chorobę Behçeta, reumatoidalne zapalenie stawów i infekcyjne zapalenie wsierdzia.
U pacjentów z ryzykiem niedomykalności zastawki serca, fluorochinolony podawane ogólnoustrojowo i w postaci wziewnej należy stosować wyłącznie po dokładnej ocenie stosunku korzyści do ryzyka oraz po rozważeniu innych opcji terapeutycznych.
Pacjentów należy poinformować o konieczności niezwłocznego zwrócenia się po pomoc medyczną w przypadku ostrych duszności, pojawienia się kołatania serca lub obrzęku jamy brzusznej czy kończyn dolnych.

Zgłaszanie działań niepożądanych

Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane związane ze stosowaniem produktów leczniczych zawierających fluorochinolony, zgodnie z zasadami zgłaszania działań niepożądanych za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Biobójczych:
Al. Jerozolimskie 181 C, 02-222 Warszawa
tel.: +48 22 49 21 301
faks: +48 22 49 21 309
Strona internetowa: **https://smz.ezdrowie.gov.pl**

KONTAKT Z WŁAŚCIWYM PODMIOTEM ODPOWIEDZIALNYM

Dane kontaktowe w celu uzyskania dodatkowych informacji znajdują się w drukach informacyjnych produktu (Charakterystyka Produktu Leczniczego lub Ulotka dla Pacjenta).

Wyżej wymieniony komunikat został opracowany we współpracy URPLWMiPB z następującymi przedstawicielami podmiotów odpowiedzialnych: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH; Fresenius Kabi Polska Sp. z o.o.; Fresenius Kabi Deutschland GmbH, Niemcy; Polpharma SA; +pharma arzneimittel gmbh; Chiesi Farmaceutici S.p.A.; Krka d.d., Novo mesto; Synoptis Pharma Sp. z o.o.; Solinea Sp. z o.o. Sp. K.; Sandoz GmbH; Biochemiestrasse 10; 6250 Kundl, Austria; Gedeon Richter Polska Sp. z o.o.; Actavis Group PTC ehf.; Aurovitas Pharma; Polska Sp. z o.o.; A. Menarini - Industrie Farmaceutiche Riunite – s.r.l.; Adamed Pharma S.A., Zentiva a.s., Alvogen Pharma Trading Europe EOOD.

Pełna lista podmiotów odpowiedzialnych, których ten komunikat dotyczy z danymi kontaktowymi, gdzie można raportować działania niepożądane znajduje się na stronie internetowej URPLWMiPB wraz z treścią komunikatu.

Publikacje

[1] Etminan M, Sodhi M, Ganjizadeh-Zavareh S, Carleton B, Kezouh A, Brophy JM. Oral Fluoroquinolones and Risk of Mitral and Aortic Regurgitation. J Am Coll Cardiol. 2019 Sep 17;74(11):1444-1450.
[2] Guzzardi DG, Teng G, Kang S, Geeraert PJ, Pattar SS, Svystonyuk DA, Belke DD, Fedak PWM. Induction of human aortic myofibroblast-mediated extracellular matrix dysregulation: A potential mechanism of fluoroquinolone-associated aortopathy. J Thorac Cardiovasc Surg. 2019 Jan;157(1):109-119.

Xarelto 10 mg / 15 mg / 20 mg tabletki powlekane

▼Niniejszy produkt leczniczy będzie dodatkowo monitorowany.
Skład: Substancja czynna: rywaroksaban 10 mg / 15 mg / 20 mg. Substancje pomocnicze: m.in. laktoza. **Wskazania do stosowania:** Xarelto, tabletki powlekane, 10 mg: Profilaktyka żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ) u dorosłych pacjentów po przebytej planowej aloplastyce stawu biodrowego lub kolanowego. Leczenie zakrzepicy żył głębokich (ZŻG) i zatorowości płucnej (ZP) oraz profilaktyka nawrotowej ZŻG i ZP u dorosłych. Xarelto, tabletki powlekane, 15 mg, 20 mg: Profilaktyka udaru i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak zastoinowa niewydolność serca, nadciśnienie tętnicze, wiek ≥ 75 lat, cukrzyca, udar lub przemijający napad niedokrwienny w wywiadzie. Leczenie ZŻG i zatorowości płucnej (ZP) oraz profilaktyka nawrotowej ZŻG i ZP u dorosłych. **Dawkowanie i sposób stosowania: 10 mg:** zalecana dawka to 10 mg rywaroksabanu, doustnie, raz na dobę. Rozpocząć w ciągu 6 do 10 godzin od zakończenia zabiegu chirurgicznego, pod warunkiem utrzymanej hemostazy. Czas trwania leczenia zależy od indywidualnego ryzyka; po dużym zabiegu stawu biodrowego zaleca się 5 tygodni, po dużym zabiegu stawu kolanowego - 2 tygodnie. Można przyjmować w czasie lub niezależnie od posiłku. **10mg/15 mg/20 mg:** profilaktyka udaru i zatorowości obwodowej: zalecana dawka 20 mg raz na dobę, leczenie należy kontynuować długotrwale pod warunkiem, że korzyść wynikająca z profilaktyki udaru i zatorowości obwodowej przeważa nad ryzykiem wystąpienia krwawienia. Nie należy stosować dawki podwójnej tego samego dnia w celu uzupełnienia pominiętej dawki. Leczenie ZŻG i ZP oraz profilaktyka nawrotowej ZŻG i ZP: zalecana dawka do początkowego leczenia ostrej ZŻG lub ZP 15 mg dwa razy na dobę przez pierwsze trzy tygodnie, a następnie 20 mg raz na dobę do kontynuacji leczenia i profilaktyki nawrotowej ZŻG i ZP. Jeśli zalecana jest przedłużona profilaktyka nawrotowej ZŻG lub ZP (po zakończeniu co najmniej 6 miesięcy leczenia ZŻG lub ZP), zalecana dawka to 10 mg raz na dobę.
Szczególne grupy pacjentów:
Dla Xarelto 15 mg, 20 mg: szczególne zalecenia dotyczące dawkowania mają zastosowanie w przypadku pacjentów z umiarkowanym lub ciężkim zaburzeniem czynności nerek, w przypadku pacjentów z zakrzepicą żył głębokich / zatorowością płucną tylko, jeśli ocenione u tych pacjentów ryzyko krwawienia przewyższa ryzyko nawrotu zakrzepicy żył głębokich / zatorowości płucnej.
Pacjenci poddawani kardiowersji: Można rozpoczynać lub kontynuować podawanie produktu Xarelto u pacjentów, którzy mogą wymagać kardiowersji.
Pacjenci z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową poddawani przezskórnej interwencji wieńcowej (ang. PCI - percutaneous coronary intervention) z założeniem stentu:
istnieje ograniczone doświadczenie ze zmniejszoną dawką 15 mg Xarelto raz na dobę (lub 10 mg Xarelto raz na dobę u pacjentów z umiarkowanym zaburzeniem czynności nerek [klirens kreatyniny 30-49 ml/min]) w skojarzeniu z inhibitorem P2Y12 przez okres maksymalnie 12 miesięcy u pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, którzy wymagają doustnego leczenia przeciwzakrzepowego i poddawani są PCI z założeniem stentu
Tabletki należy przyjmować doustnie razem z jedzeniem.
Przeciwwskazania: Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; czynne krwawienie o znaczeniu klinicznym; nieprawidłowości i stany znacznego ryzyka poważnych krwawień, takie jak czynne lub ostatnio przebyte owrzodzenia w obrębie przewodu pokarmowego; jednoczesne stosowanie innego leku przeciwzakrzepowego z wyjątkiem szczególnej sytuacji zmiany leczenia przeciwzakrzepowego lub jeżeli heparyna niefrakcjonowana podawana jest w dawkach koniecznych do utrzymania drożności cewnika żył głównych lub tętnic; choroby wątroby związane z koagulopatią i ryzykiem krwawienia o znaczeniu klinicznym, w tym marskość wątroby stopnia B lub C wg klasyfikacji Child-Pugh; ciąża i karmienie piersią. **Ostrzeżenia i środki ostrożności:** W czasie leczenia zalecany jest nadzór kliniczny zgodnie z praktyką leczenia przeciwzakrzepowego. Stosowanie leku Xarelto należy przerwać w przypadku wystąpienia ciężkiego krwotoku. Wraz z wiekiem wzrastać może ryzyko wystąpienia krwotoku. Stosowanie Xarelto powinno zostać przerwane po wystąpieniu pierwszych poważnych reakcji skórnych lub jakiegokolwiek innego objawu nadwrażliwości w połączeniu ze zmianami na błonach śluzowych. Nie zaleca się stosowania leku: u pacjentów z ciężkim upośledzeniem czynności nerek (klirens kreatyniny <15 ml/min); u pacjentów, którzy jednocześnie stosują ogólnie leki będące silnymi inhibitorami CYP3A4 i P-gp (np. azolowe leki przeciwgrzybicze i inhibitory proteazy HIV); u pacjentów narażonych na zwiększone ryzyko krwawienia; u pacjentów, którzy jednocześnie stosują leki silnie indukujące izoenzym CYP3A4, chyba że chorzy ci są ściśle obserwowani pod kątem objawów zakrzepicy, u pacjentów z zespołem antyfosfolipidowym w wywiadzie; Xarelto nie należy stosować w zapobieganiu zakrzepom u pacjentów, u których niedawno wykonano przezcewnikową wymianę zastawki aorty (TAVR); nie zaleca się stosowania leku ze względu na brak danych: u pacjentów w wieku poniżej 18 lat; u pacjentów jednocześnie przyjmujących dronedaron u pacjentów ze sztucznymi zastawkami serca, u pacjentów z zatorowością płucną, którzy są hemodynamicznie niestabilni lub którzy mogą zostać poddani leczeniu trombolitycznemu bądź embolektomii płucnej. Zachować ostrożność: w przypadku schorzeń związanych ze zwiększonym ryzykiem krwawienia; u pacjentów z ciężkim upośledzeniem czynności nerek (klirens kreatyniny 15–29 ml/min); u pacjentów z upośledzeniem czynności nerek (Xarelto 15mg/20 mg) oraz u pacjentów z umiarkowanym upośledzeniem czynności nerek (klirens kreatyniny 30-49 ml/min) (Xarelto 10 mg) jednocześnie stosujących inne produkty lecznicze zwiększające stężenie rywaroksabanu w osoczu; u pacjentów jednocześnie przyjmujących produkty lecznicze wpływające na hemostazę; podczas stosowania znieczulenia centralnego lub nakłucia podpajęczynówkowego/zewnątrzoponowego. U pacjentów narażonych na ryzyko wystąpienia owrzodzenia przewodu pokarmowego można rozważyć zastosowanie leczenia profilaktycznego. Pomimo że leczenie rywaroksabanem nie wymaga rutynowego monitorowania ekspozycji na lek, to poziom rywaroksabanu, mierzony skalibrowanym ilościowym testem anty-Xa, może być pomocny w wyjątkowych sytuacjach. Xarelto zawiera laktozę. **Działania niepożądane:** *Często*: niedokrwistość (w tym wynik odpowiedniego parametru laboratoryjnego), zawroty głowy, ból głowy, krwotok oczny (w tym krwotok podspojówkowy), niedociśnienie tętnicze, krwiak, krwawienie z nosa, krwioplucie, krwawienie z dziąseł, krwotok z przewodu pokarmowego (w tym krwotok z odbytnicy), bóle brzucha oraz żołądka i jelit, niestrawność, nudności, zaparcie[A], biegunka, wymioty[A], zwiększenie aktywności aminotransferaz, świąd (w tym niezbyt częste przypadki świądu uogólnionego), wysypka, siniaczenie, krwotok skórny i podskórny, ból kończyny[A], krwotok z układu moczowo-płciowego (w tym krwiomocz i nadmierne krwawienie miesiączkowe[B]), zaburzenie czynności nerek (w tym zwiększenie stężenia kreatyniny we krwi, zwiększenie stężenia mocznika we krwi)[A], gorączka[A], obrzęk obwodowy, ogólne obniżenie siły i energii (w tym zmęczenie i astenia), krwotok po zabiegu medycznym (w tym niedokrwistość pooperacyjna i krwotok z rany), stłuczenie, wydzielina z rany[A]. *Niezbyt często:* nadpłytkowość (w tym zwiększenie liczby płytek krwi)[A], trombocytopenia, reakcja alergiczna, alergiczne zapalenie skóry, obrzęk naczynioruchowy i obrzęk alergiczny, krwotok mózgowy i śródczaszkowy, omdlenie, tachykardia, suchość błony śluzowej jamy ustnej, zaburzenie czynności wątroby, zwiększenie stężenia bilirubiny, zwiększenie aktywności fosfatazy alkalicznej[A], zwiększenie aktywności GGTA pokrzywka, wylew krwi do stawu, złe samopoczucie (w tym niemoc), zwiększenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH)[A], zwiększenie aktywności lipazy[A], zwiększenie aktywności amylazy[A]. *Rzadko:* żółtaczka, zwiększenie stężenia sprzężonej bilirubiny (z lub bez towarzyszącego zwiększenia aktywności AlAT), cholestaza, zapalenie wątroby (w tym uszkodzenie komórek wątroby), krwawienie domięśniowe, obrzęk miejscowy[A], tętniak rzekomy[C]. *Bardzo rzadko*: Zespół Stevensa-Johnsona lub toksyczne martwicze oddzielanie się naskórka, zespół DRESS. *Częstość nieznana:* zespół ciasnoty przedziałów powięziowych, niewydolność nerek/ ostra niewydolność nerek wtórna do krwawienia, wystarczającego do spowodowania hipoperfuzji.
A: obserwowane w profilaktyce żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ) u dorosłych pacjentów po przebytej planowej aloplastyce stawu biodrowego lub kolanowego.
B: obserwowane w leczeniu i profilaktyce nawrotów zakrzepicy żył głębokich (ZŻG), zatorowości płucnej (ZP) jako bardzo częste u kobiet w wieku < 55 lat.
C: obserwowane niezbyt często w profilaktyce zdarzeń zakrzepowych na podłożu miażdżycowym u pacjentów po ostrym zespole wieńcowym (OZW) (po zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej)

Produkt leczniczy wydawany z przepisu lekarza – Rp.
Decyzja Komisji Europejskiej: Xarelto, 10 mg: EU/1/08/472/001-010; 022; 042; 043; 044; 045 Xarelto, 15 mg: EU/1/08/472/011-016; 023; 036; 038 Xarelto, 20 mg: EU/1/08/472/017-021; 024; 037; 039.
Podmiot odpowiedzialny: Bayer AG, 51368 Leverkusen, Niemcy.
Przed przepisaniem należy zapoznać się z Charakterystyką Produktu Leczniczego.
Urzędowa cena detaliczna: Xarelto, 10 mg (10 tabl.): **94,99 zł**; Xarelto, 15 mg (14 tabl.): 133,99 zł; Xarelto 15 mg (42 tabl.): **384,65 zł**, Xarelto, 20 mg (14 tabl.): **135,58 zł**.
Wysokość dopłaty ponoszonej przez pacjenta: Xarelto, 10 mg (10 tabl.): **58,02 zł**; Xarelto, 15 mg (14 tabl.): **74,95 zł**; Xarelto 15 mg (42 tabl.): **207,52 zł**, Xarelto, 20 mg (14 tabl.): **56,86 zł**.
Informacji udziela: Bayer Sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 158, 02-326 Warszawa, tel.: (22) 5723500, fax: (22) 5723555.
Wersja: EU/11/v19/23.07.2019/JP

Zdarzenia niepożądane należy zgłaszać. Informacje na ten temat oraz formularze zgłoszeniowe można znaleźć pod adresem http://www.urpl.gov.pl/pl-formularze-zgloszenia-dzialania-niepozadanego. Zdarzenia niepożądane można również zgłaszać do Bayer Sp. z o.o.

Protopic®

(takrolimus 0.03%, 0.1% maść)

Nazwa produktu leczniczego: Protopic 0,03% maść , Protopic 0,1% maść. **Skład jakościowy i ilościowy:** 1 g produktu leczniczego Protopic 0,03% maść zawiera 0,3 mg takrolimusu w postaci takrolimusu jednowodnego (0,03%).1 g produktu leczniczego Protopic 0,1% maść zawiera 1,0 mg takrolimusu w postaci takrolimusu jednowodnego (0,1%). Pełny wykaz substancji pomocniczych, patrz punkt 6.1 CHPL. Postać farmaceutyczna: maść o barwie białej do lekko żółtawej. **Wskazania do stosowania:** Produkt leczniczy Protopic 0,03% maść jest wskazany do stosowania u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku od 2 lat. Leczenie fazy ostrej *Dorośli i młodzież (w wieku 16 lat i powyżej)* Leczenie umiarkowanych i ciężkich postaci atopowego zapalenia skóry u dorosłych w przypadkach braku dostatecznej odpowiedzi lub braku tolerancji na leczenie konwencjonalne, takie jak miejscowe stosowanie kortykosteroidów. *Dzieci (w wieku 2 lat i powyżej)* Leczenie umiarkowanych i ciężkich postaci atopowego zapalenia skóry u dzieci w przypadkach, gdy konwencjonalne leczenie, takie jak miejscowe stosowanie kortykosteroidów nie przyniosło oczekiwanego rezultatu. Leczenie podtrzymujące Leczenie umiarkowanych do ciężkich postaci atopowego zapalenia skóry w celu zapobiegania nawrotom i przedłużenia okresów bez nawrotów u pacjentów, u których z dużą częstością występuje zaostrzenie choroby (tj. 4 razy w roku lub częściej) i którzy początkowo odpowiadali na leczenie takrolimusem w maści dwa razy na dobę przez okres maksymalnie 6 tygodni (zmiany całkowicie ustąpiły, prawie całkowicie ustąpiły lub są łagodne). Produkt leczniczy Protopic 0,1% maść jest wskazany do stosowania u dorosłych i młodzieży (16 lat i powyżej). *Leczenie fazy ostrej* Dorośli i młodzież (w wieku 16 lat i powyżej) Leczenie umiarkowanych i ciężkich postaci atopowego zapalenia skóry u dorosłych w przypadkach braku dostatecznej odpowiedzi lub braku tolerancji na leczenie konwencjonalne, takie jak miejscowe stosowanie kortykosteroidów. *Leczenie podtrzymujące* Leczenie umiarkowanych do ciężkich postaci atopowego zapalenia skóry w celu zapobiegania nawrotom i przedłużenia okresów bez nawrotów u pacjentów, u których z dużą częstością występuje zaostrzenie choroby (tj. 4 razy w roku lub częściej) i którzy początkowo odpowiadali na leczenie takrolimusem w maści dwa razy na dobę przez okres maksymalnie 6 tygodni (zmiany całkowicie ustąpiły, prawie całkowicie ustąpiły lub są łagodne). **Dawkowanie i sposób podawania** Leczenie produktem Protopic powinno być zapoczątkowane przez lekarzy z doświadczeniem w rozpoznawaniu i leczeniu atopowego zapalenia skóry. *Dawkowanie* Leczenie fazy ostrej Maść Protopic może być stosowana w leczeniu krótkotrwałym lub długotrwałym leczeniu przerywanym. Nie należy stosować produktu w sposób ciągły długotrwale. Leczenie maścią Protopic należy rozpocząć, gdy wystąpią pierwsze przedmiotowe i podmiotowe objawy choroby. Maść Protopic należy stosować na każdy chorobowo zmieniony obszar skóry do czasu, gdy zmiany całkowicie ustąpią, prawie całkowicie ustąpią lub staną się łagodne. Następnie rozważa się, czy u pacjentów właściwe jest zastosowanie leczenia podtrzymującego (patrz poniżej). W przypadku pierwszego nawrotu objawów choroby, należy wznowić leczenie. *Dorośli i młodzież (w wieku 16 lat i powyżej)* Leczenie należy rozpocząć od stosowania produktu Protopic 0,1% maść dwa razy na dobę i kontynuować do czasu ustąpienia zmian. Jeżeli objawy choroby powrócą, należy ponownie rozpocząć leczenie stosując Protopic 0,1% maść dwa razy na dobę. Jeżeli pozwala na to stan kliniczny, należy podjąć próbę zmniejszenia częstości nanoszenia maści lub zastosować produkt o mniejszej mocy - Protopic 0,03% maść. Ogólnie poprawę obserwuje się w ciągu jednego tygodnia od rozpoczęcia leczenia. Jeżeli po dwóch tygodniach od rozpoczęcia leczenia nie obserwuje się objawów poprawy, należy rozważyć inne opcje leczenia. *Pacjenci w podeszłym wieku* Nie przeprowadzono określonych badań u osób starszych. Jednakże dostępne dane kliniczne dotyczące tej grupy pacjentów, nie wskazują na konieczność jakiegokolwiek dostosowania dawki. *Dzieci i młodzież* U dzieci (w wieku 2 lat i powyżej) należy stosować produkt o mniejszej mocy - Protopic 0,03% maść. Leczenie należy rozpocząć od stosowania maści dwa razy na dobę przez okres do trzech tygodni. Następnie częstość stosowania należy zmniejszyć do jednego razu na dobę do czasu ustąpienia zmian (patrz punkt 4.4 CHPL). Do czasu uzyskania dalszych danych, nie należy stosować maści Protopic u dzieci w wieku poniżej 2 lat. Leczenie podtrzymujące U pacjentów, którzy stosowali maść z takrolimusem 2 razy na dobę i odpowiadali na leczenie trwające do 6 tygodni (zmiany całkowicie ustąpiły, prawie całkowicie ustąpiły lub są łagodne) właściwe jest wdrożenie leczenia podtrzymującego. *Dorośli i młodzież (w wieku 16 lat i powyżej)* Pacjenci dorośli powinni stosować produkt Protopic 0,1% maść. Maść Protopic, aby zapobiec zaostrzeniu choroby, należy nanosić raz na dobę przez dwa dni w tygodniu (np. w poniedziałek i w czwartek) na powierzchnię skóry zazwyczaj objętą atopowym zapaleniem. Należy zachować 2–3 dniowe przerwy w leczeniu między nanoszeniem maści. Po 12 miesiącach leczenia lekarz powinien ocenić stan pacjenta i zdecydować, czy kontynuować leczenie podtrzymujące pomimo braku danych o bezpieczeństwie leczenia podtrzymującego, prowadzonego dłużej niż przez 12 miesięcy. W przypadku nawrotu objawów należy powrócić do leczenia maścią dwa razy na dobę (patrz powyżej „Leczenie fazy ostrej"). *Pacjenci w podeszłym wieku* Nie przeprowadzono określonych badań u osób starszych (patrz powyżej „Leczenie fazy ostrej"). *Dzieci i młodzież* U dzieci (w wieku 2 lat i powyżej) należy stosować produkt o mniejszej mocy - Protopic 0,03% maść. Maść Protopic, aby zapobiec zaostrzeniom choroby, należy nanosić raz na dobę przez dwa dni w tygodniu (np. w poniedziałek i w czwartek) na powierzchnię skóry zazwyczaj objętą atopowym zapaleniem. Należy zachować 2–3 dniowe przerwy w leczeniu między nanoszeniem maści. Ocena stanu dziecka po 12 miesiącach leczenia powinna uwzględniać wstrzymanie leczenia do czasu rozważenia potrzeby jego kontynuowania i oceny przebiegu choroby. Maści Protopic nie należy stosować u dzieci w wieku poniżej 2 lat do czasu uzyskania dalszych danych. Sposób podawania Cienką warstwę maści Protopic należy nanieść na chorobowo zmienioną lub zazwyczaj zmienioną powierzchnię skóry. Maść Protopic można stosować na każdą część ciała, w tym na twarz, szyję oraz na zgięcia, z wyjątkiem błon śluzowych. Maści Protopic nie należy stosować pod opatrunkiem okluzyjnym, ponieważ nie badano u pacjentów tego sposobu podawania (patrz punkt 4.4 CHPL). **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną, makrolidy lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w punkcie 6.1.CHPL. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** W czasie leczenia maścią Protopic należy ograniczać narażanie skóry na działanie promieniowania słonecznego oraz unikać promieniowania ultrafioletowego pochodzącego z solarium, leczenia UVB lub UVA w skojarzeniu z psoralenami (PUVA) (patrz punkt 5.3). Lekarz powinien zalecić pacjentom odpowiednie metody ochrony przed promieniowaniem słonecznym, takie jak ograniczenie do minimum czasu przebywania na słońcu, stosowanie produktów zawierających filtry przeciwsłoneczne oraz okrywanie skóry odpowiednią odzieżą. Maści Protopic nie należy stosować na zmienioną chorobowo powierzchnię skóry, jeżeli uważa się, że mogą to być zmiany nowotworowe lub przednowotworowe. Jeżeli na skórze wystąpi jakakolwiek nowa zmiana, inna niż dotychczasowy wyprysk w obrębie leczonej powierzchni skóry, powinien ją ocenić lekarz. Nie zaleca się stosowania maści zawierającej takrolimus u pacjentów z wadą bariery skórnej, taką jak zespół Nethertona, rybia łuska blaszkowata, uogólniona erytrodermia lub skórną chorobą przeszczep przeciw gospodarzowi. Te choroby skóry mogą zwiększyć wchłanianie takrolimusu. W przypadku występowania powyższych chorób, po wprowadzeniu produktu do obrotu zgłaszano przypadki zwiększonego stężenia takrolimusu we krwi. Maści Protopic nie należy stosować u pacjentów z wrodzonym lub nabytym upośledzeniem odporności ani u pacjentów leczonych lekami immunosupresyjnymi. Należy zachować ostrożność podczas długotrwałego stosowania maści Protopic u pacjentów z rozległymi zmianami chorobowymi skóry, zwłaszcza u dzieci (patrz punkt 4.2). Pacjenci, zwłaszcza dzieci i młodzież powinni w czasie leczenia maścią Protopic pozostawać pod stałą kontrolą, w celu oceny odpowiedzi na leczenie i konieczności kontynuacji leczenia. Po 12 miesiącach ocena ta powinna uwzględniać wstrzymanie leczenia maścią Protopic u dzieci (patrz punkt 4.2). Nie określono wpływu leczenia maścią Protopic na rozwijający się układ immunologiczny u dzieci w wieku poniżej 2 lat (patrz punkt 4.1). Protopic zawiera substancję czynną takrolimus, inhibitor kalcyneuryny. U pacjentów po przeszczepieniu narządów długotrwałe narażenie na silną immunosupresję w czasie układowego stosowania inhibitorów kalcyneuryny wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwoju chłoniaków i nowotworów złośliwych skóry. U pacjentów z atopowym zapaleniem skóry leczonych maścią Protopic nie stwierdzono znaczącego układowego stężenia takrolimusu, a rola miejscowego działania immunosupresyjnego nie jest znana. Na podstawie wyników badań długoterminowych i doświadczeniu nie potwierdzono związku między stosowaniem maści Protopic a rozwojem nowotworów złośliwych, ale nie można wyciągnąć ostatecznych wniosków. Zaleca się stosowanie maści z takrolimusem o najniższej mocy i z najmniejszą częstotliwością przez najkrótszy okres, koniecznie zgodnie z oceną stanu klinicznego (patrz punkt 4.2). Powiększenie węzłów chłonnych w badaniach klinicznych zgłaszano niezbyt często (0,8%). Większość tych przypadków była związana z zakażeniem (skóra, układ oddechowy, zęby) i ustępowała pod wpływem odpowiedniego leczenia antybiotykami. Powiększenie węzłów chłonnych występujące w chwili zapoczątkowania leczenia powinno być zbadane i monitorowane. W przypadku utrzymywania się powiększenia węzłów chłonnych należy wyjaśnić jego etiologię. Jeśli brak pewności co do etiologii powiększenia węzłów chłonnych lub wystąpiła ostra mononukleoza zakaźna, należy rozważyć przerwanie leczenia produktem Protopic. Pacjentów, u których w trakcie leczenia wystąpiło powiększenie węzłów chłonnych, należy monitorować w celu potwierdzenia całkowitego ustąpienia limfadenopatii. *Pacjenci z atopowym zapaleniem skóry wykazują skłonność do powierzchniowych zakażeń skóry.* Nie badano skuteczności i bezpieczeństwa maści Protopic w leczeniu atopowego zapalenia skóry z towarzyszącym zakażeniem. Przed rozpoczęciem stosowania maści Protopic należy zlikwidować zakażenie w miejscu leczenia. Leczenie maścią Protopic jest związane ze zwiększonym narażeniem na zapalenie mieszków włosowych oraz zakażenie skóry wywołane wirusem Herpes simplex (wyprysk opryszczkowy, opryszczka zwykła, opryszczka wargowa, wysiew ospopodobny Kaposiego) (patrz punkt 4.8). W przypadku występowania tych zakażeń należy ocenić stosunek ryzyka do korzyści związany z zastosowaniem maści Protopic. W ciągu 2 godzin od zastosowania maści Protopic nie należy stosować środków zmiękczających na tę samą powierzchnię. Nie oceniano wpływu równoczesnego stosowania innych środków stosowanych miejscowo. Brak doświadczenia z równoczesnym stosowaniem układowo działających steroidów lub środków immunosupresyjnych. Należy zwrócić szczególną uwagę, aby unikać kontaktu z oczami lub błonami śluzowymi. Jeśli maść przypadkowo zastosowana zostanie na te powierzchnie, należy ją starannie zetrzeć i (lub) spłukać wodą. Stosowanie maści Protopic pod opatrunkiem okluzyjnym nie było badane u pacjentów. Opatrunki okluzyjne nie są zalecane. Podobnie jak przy innych produktach leczniczych stosowanych miejscowo, pacjenci powinni umyć ręce po naniesieniu maści, o ile ręce nie są celem leczenia. Takrolimus jest w znacznym stopniu metabolizowany w wątrobie i pomimo, że stężenia we krwi są małe po leczeniu miejscowym, maść powinna być ostrożnie stosowana u pacjentów z niewydolnością wątroby (patrz punkt 5.2). Uwagi dotyczące substancji pomocniczych: Protopic maść zawiera butylohydroksytoluen (E321), substancję pomocniczą, która może powodować miejscowe reakcje skórne (np. kontaktowe zapalenie skóry), lub podrażnienia oczu lub błon śluzowych. **Działania niepożądane:** W badaniach klinicznych, około 50% pacjentów doświadczyło różnego rodzaju reakcji niepożądanych pod postacią podrażnienia skóry w miejscu zastosowania. Uczucie pieczenia i świąd były bardzo częste, zazwyczaj łagodne do umiarkowanych, z tendencją do ustępowania w ciągu tygodnia od rozpoczęcia leczenia. Rumień był częstą reakcją niepożądaną. Uczucie ciepła, parestezje i wysypka w miejscu zastosowania były również często obserwowane. Często występowała nietolerancja alkoholu (wypieki lub podrażnienie skóry po spożyciu napojów alkoholowych). Pacjenci mogą być narażeni na zwiększone ryzyko wystąpienia zapalenia mieszków włosowych, trądziku lub zakażenia wirusem *Herpes*. Działania niepożądane o prawdopodobnym związku z leczeniem zestawiono poniżej zgodnie z klasyfikacją układów i narządów. Częstość występowania określono następująco: bardzo często (≥ 1/10), często (≥ 1/100 do < 1/10) i niezbyt często (≥ 1/1 000 do < 1/100). W obrębie każdej grupy o określonej częstości występowania objawy niepożądane są wymienione zgodnie ze zmniejszającym się nasileniem. Zakażenia i zarażenia pasożytnicze: często (≥ 1/100,<1/10) - miejscowe zakażenie skóry niezależnie od specyficznej etiologii obejmujące m.in.: wyprysk opryszczkowy, zapalenie mieszków włosowych, zakażenie skóry wywołane wirusem *Herpes simplex*, zakażenie wywołane wirusami *Herpes*, wysiew ospopodobny Kaposiego*, nieznana (częstość nie może być określona na podstawie dostępnych danych) - zakażenie oka wirusem opryszczki*. Zaburzenia metabolizmu i odżywiania: często - nietolerancja alkoholu (wypieki lub podrażnienie skóry po spożyciu napojów alkoholowych). Zaburzenia układu nerwowego: często - parestezje i dyzestezje (zwiększona wrażliwość skóry, uczucie pieczenia). Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: często – świąd, niezbyt często (≥1/1 000,<1/100) – trądzik, częstość nieznana - trądzik różowaty, plamy soczewicowate. Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania: bardzo często (≥ 1/10) - pieczenie w miejscu podania, świąd w miejscu podania, często - ciepło w miejscu podania, rumień w miejscu podania, ból w miejscu podania, podrażnienie w miejscu podania, parestezja w miejscu podania, wysypka w miejscu podania, częstość nieznana: obrzęk w miejscu podania. Badania: zwiększone stężenie leku (patrz punkt 4.4 CHPL). Leczenie podtrzymujące W badaniu klinicznym oceniającym leczenie podtrzymujące (stosowanie maści dwa razy w tygodniu) u dorosłych i u dzieci z umiarkowaną i ciężką postacią atopowego zapalenia skóry obserwowano zdarzenia niepożądane, które występowały z częstością większą niż w grupie kontrolnej: liszajec w miejscu podania (7,7% u dzieci) i zakażenia w miejscu podania (6,4% u dzieci i 6,3% u dorosłych). *Dzieci i młodzież* Częstość, rodzaj i ciężkość reakcji niepożądanych u dzieci są podobne do zgłaszanych u dorosłych. Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel.: +48 22 49 21 301, faks: +48 22 49 21 309, e-mail: ndl@urpl.gov.pl **PODMIOT ODPOWIEDZIALNY POSIADAJĄCY POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU:** LEO Pharma A/S, Industriparken 55, 2750 Ballerup, Dania. **NUMERY POZWOLEŃ NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU:** EU/1/02/201/001, EU/1/02/201/005, EU/1/02/201/003, EU/1/02/201/006; pozwolenia wydane przez Komisję Europejską. **Kategoria dostępności:** Produkt leczniczy wydawany z przepisu lekarza. Szczegółowe informacje o tym produkcie leczniczym są dostępne na stronie internetowej Europejskiej Agencji Leków http://www.ema.europa.eu. Data zatwierdzenia ulotki: sierpień 2020. W celu uzyskania bardziej szczegółowych informacji należy zwrócić się do przedstawiciela podmiotu odpowiedzialnego w Polsce: LEO Pharma Sp. z o.o., 02-674 Warszawa, ul. Marynarska 15, tel: 22 244-18-40.

Charakterystyka Produktu Leczniczego dostępna na życzenie.

1. Danby SG, Cork MJ; J Clin Dermatol 2010; 1:33-46. **2.** Danby SG, Chittock J, Brown K et al.; Br J Dermatol 2014;170:914-21. **3.** Siegfried EC et al., BMC Pediatrics 2016;16:75-90. **4.** Eichenfield LF et al., J Am Acad Dermatol 2014 Feb; 70(2):338-5. **5.** Ring J et al., JEADV 2012; 26:1045-60. **6.** IQVIA 11/2019.

LEO® EUROPE + PROTOPIC® 82/sierpień 2020 © Wszystkie wykorzystane znaki towarowe należą do LEO® Pharma A/S

Objaśnienia 77 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: M, P i W. Na ponumerowanych polach ukryto 41 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to cytat z Szekspira. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres **jolka@gazetalekarska.pl** do 25 listopada 2020 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* pertussis * greka Biblii * urina * Cejlon * wietrzna lub czarna * żona Projtosa * patriarcha Koptów etiopskich * striatura * indyjskie zaburzenia psychiki wiodące do depresji i impotencji * domena Talii * struma * syn Ruryka * vulnus * ubodzy żydowscy wyznawcy Chrystusa * zespół hemolityczno-mocznicowy lub czeski bohater * sepiida * wpada do łuzy * uczelnia Eisenhowera i Pattona * angielski pan * ... albuminatum w biegunkach * egipska bogini prawa i sprawiedliwości * prezent, podarunek * kumpel, druh * Vibrio * stop glinu i niklu * ziele angielskie, owoc korzennika lekarskiego * nerka (łac.) * bal karnawałowy * podgorzelec * egzamin po studiach * krwi Londona * ustrój dawnej Rosji i Serbii * kawał, figiel * zawilec * prawne porozumienie * owca podhalańska * od niego do kamyczka * krzywica (łac.) * z ozdobnymi otworami * powielacz * choroba macicy (łac.) * sumeryjski poszukiwacz tajemnicy nieśmiertelności * narząd * skały na Stonehenge i piramidy egipskie * angielski cal * międzymózgowie (łac.) * imię Garbo * kalibrowana rurka szklana * dziesiąty miesiąc roku żydowskiego * „Dr House" lub „Szpital na peryferiach" * Filippo, napastnik AC Milan i Juventusu * śledziona (łac.) * jednostka siły (SI) * kraj z Port-au-Prince * zlewne, nocne * chińska dynastia sprzed 22 stuleci * cromoglicic acid * odmiana łososia * wpada do jeziora Bałchasz * zarodnik w ecydiach * skrzydlaty koń * żelazoporfiryna * przed (łac.) * król sawanny * mniejsza od lamy * z siedzibą na Manhattanie * facies * jednostki informacji w umyśle * łęk (łac.) * to zdrowie * człowiek wszystkowiedzący * choroba zapalna stawów * erytropoetyna * zieleniak (łac.) * marna resztka * słuszność, porcja * wrodzony brak otworu w tęczówce (łac.)

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 257 („GL" nr 09/2020)
Najcenniejszych rzeczy w życiu nie nabywa się za pieniądze.

Nagrody otrzymują:
Malwina **Bosowska** (Chorzów), Karol **Daleszak** (Kwatka Królewska), Hanna **Garnier** (Gdańsk), Aleksandra **Jankowska** (Olecko), Tomasz **Wasiluk** (Białystok), Paulina **Więcaszek** (Gorlice). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA
Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 179 600 tegz.

Rada Programowa
Sławomir Badurek (sekretarz)
Jarosław Biliński
Paweł Czekalski
Ryszard Golański
Krzysztof Madej (przewodniczący)
Dariusz Paluszek
Damian Patecki
Marek Stankiewicz
Jarosław Wanecki
Jacek Woszczyk

Redaktor naczelna
Marta Jakubiak
Tel. 698 297 739
naczelny@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska
sekretarz redakcji
Tel. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Lucyna Krysiak
dziennikarz
Tel. 696 48 70 48
l.krysiak@gazetalekarska.pl

Mariusz Tomczak
redaktor portalu internetowego
m.tomczak@gazetalekarska.pl
www.gazetalekarska.pl

Tel. (22) 558 80 40
redakcja@gazetalekarska.pl

Adres redakcji
00-764 Warszawa,
ul. Jana III Sobieskiego 110

Reklama i marketing
Elżbieta Tarczyńska
Tel. (22) 559 13 26, tel. 606 699 830
e.tarczynska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia
Olga Aniśko
Tel. (22) 559 13 26
o.anisko@gazetalekarska.pl

Stale współpracują
Jerzy Badowski (Olsztyn)
Sławomir Badurek (Toruń)
Jarosław Klimek (Łódź)
Marzena Kowalska (Warszawa)
Agata Morka (Berlin)
Joanna Sokołowska (Płock)
Jarosław Wanecki (Płock)

Skład i opracowanie graficzne
Montownia/Teresa Urawska

Druk
Walstead Central Europe

W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej" prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

EuroMedical
medical solutions

www.euromedical.net.pl

Nowość

SONON 300

wersja **LINIOWA** lub wersja **CONVEX**

Pierwsze naprawdę mobilne USG od autoryzowanego dystrybutora.

Dowiedz się więcej na www.sonon.pl

- UltraMobilne
  Bezprzewodowo podłącz tablet lub smartfon
- UltraLekkie
  Waga USG wbudowanego w głowicę to 390g
- UltraŁatwe
  Obsługa dzięki dedykowanej aplikacji

App Store | Google Play

Przetestuj za darmo i bez zobowiązań

OFERUJEMY USG WSZYSTKICH FIRM nowe | powystawowe | używane

E2 5/5 ★★★★★

"Znakomita jakość, korzystna cena!"

- dysk SSD, lekki, cichy, bardzo szybki
- 2-krotny zoom bez utraty jakości
- obrazowanie harmoniczne z inwersją fazy (PHI)
- ponad 500 sprzedanych sztuk

Reklama nie stanowi oferty w rozumieniu Kodeksu Cywilnego.

606 123 723
882 041 882
biuro@euromedical.net.pl

Protopic®

(takrolimus 0.03%, 0.1% maść)

Na zaufanie pracuje się latami

Redukuje stan zapalny w przebiegu AZS
i zapobiega kolejnym zaostrzeniom[1,2]

- Skuteczność i bezpieczeństwo potwierdzone w badaniach klinicznych z udziałem ponad 20 000 pacjentów[3]
- Oryginalna terapia rekomendowana w europejskich i amerykańskich wytycznych leczenia AZS[4,5]
- Doświadczenie kliniczne – od 2003 roku na rynku polskim, ponad 2,7 mln sprzedanych opakowań[6]

LEO®

LEO