



doktor

BIULETYN INFORMACYJNY OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W ZIELONEJ GÓRZE
nr 4 (122) rok 27 Zielona Góra, październik • listopad • grudzień 2016 rok ISSN 1426-1162



ERGO
HESTIA®

Oferta grupowego ubezpieczenia OC
dla lekarzy i lekarzy dentyistów
OIL w Zielonej Górze
- str. 6

BEZPIECZNY LEKARZ

Witamy kolejnym odcinku cyklu BEZPIECZNY LEKARZ, poświęconemu analizie przypadków z życia środowiska medycznego. Wraz z doktorem INTEREM przemierzamy obszary regulacji prawnych rynku medycznego, skupiając się na tych aspektach, które są najistotniejsze dla lekarza.



DR INTER: Drodzy koledzy i koleżanki, wydawać by się mogło, że najbardziej zagrożone możliwością popełnienia błędu medycznego są te specjalizacje lekarskie, które w codziennej praktyce związane są z przeprowadzaniem inwazyjnych zabiegów: chirurdzy, kardiochirurdzy, ginekolodzy położnicy. Twierdzenie to jest bez wątpienia prawdziwe, jednak w ostatnich latach obserwujemy znaczący wzrost roszczeń z tytułu błędnie postawionej diagnozy, wysuwane także wobec tzw. lekarzy pierwszego kontaktu.

Błąd diagnostyczny wynika zazwyczaj z niewłaściwej interpretacji objawów, na których oparł się lekarz dokonujący rozpoznania i polega albo na **nierozpoznananiu rzeczywistej choroby** (tzw. błąd diagnostyczny negatywny), albo na **mylnym stwierdzeniu choroby faktycznie nieistniejącej** (błąd pozytywny). Możemy mieć także do czynienia z sytuacją, w której błędnie postawiona diagnoza spowoduje wybór niewłaściwej metody leczenia, przeprowadzenie niepotrzebnego zabiegu bądź – w sytuacji ekstremalnej – doprowadzi nawet do usunięcia zdrowego organu.

Przyjrzyjmy się przykładowi.

30-letnia pacjentka po rozpoznaniu poronienia 6-tygodniowej ciąży, została przyjęta na oddział ginekologiczno-położniczy jednego ze szpitali. Przyjmujący pacjentkę lekarz internista, bez konsultacji z wykwalifikowanym ginekologiem oraz bez przeprowadzenia dalszych badań, stwierdził konieczność wyłęczkowania macicy w celu usunięcia pozostałości obumarłego płodu. Pacjentkę następnie wypisano do szpitala.

Po niespełna 2 miesiącach pacjentka ponownie zgłosiła się do szpitala z powodu silnego krwawienia z dróg rodnych. Wyłącznie na podstawie badania USG lekarz rozpoznał u niej żywą 7-tygodniową ciążę i podjął leczenie zmierzające do jej utrzymania. Kolejne USG wykazało obumarcie płodu, w związku z czym konieczne stało się ponowne łyżeczowanie.

Dopiero wtedy doszło do przeprowadzenia badania anatomopatologicznego, na podstawie danych z usuniętej tkanki stwierdzono, iż w dniu drugiego łyżeczowania nie było żywej ciąży, a przyczynę krwotoku stanowiło niecałkowite

opróżnienie jamy macicy w czasie pierwszego łyżeczowania. Dwukrotne poddanie pacjentki zabiegowi łyżeczowania w krótkim odstępie czasu doprowadziło do zapalenia jamy macicy, objawiającego się krwawieniem i silnymi bólami.

Cały proces leczenia trwał ok. pół roku. Po jego zakończeniu pacjentka pozwała lekarza, obwiniając go o psychiczne i fizyczne cierpienia. W pozwie podnosiła, że udzielanie jej sprzecznych informacji o ciąży i poronieniu wywołało u niej rozchwianie emocjonalne, stany lękowe i depresyjne. **Sąd nie miał wątpliwości, że doszło do błędu diagnostycznego:** rozpoznano nieistniejącą ciążę wyłącznie na podstawie badania ultrasonograficznego, które w tym zakresie może mieć jedynie charakter pomocniczy. Nie uznano natomiast niecałkowitego opróżnienia macicy podczas pierwszego łyżeczowania za błąd terapeutyczny. **Sprawa znalazła finał w Sądzie Najwyższym, który przyznał pacjentce zadośćuczynienie za cierpienia psychiczne w wysokości 45 000 zł.**

Opisana historia pokazuje, że nawet lekarz specjalizacji, która nie wydaje się „ryzykowna”, może zostać pozwany przez pacjenta i stanąć przed koniecznością zapłaty wysokiego odszkodowania. Dlatego upewnij się czy wszystkie obszary twojej działalności zawodowej objęte są ochroną ubezpieczeniową. Skontaktuj się z doradcą INTER i porozmawiaj o szczegółach swojej polisy. Lepsza ochrona ubezpieczeniowa to Twoje większe bezpieczeństwo!

Do zobaczenia w kolejnym odcinku!

DR INTR

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.

Al. Jerozolimskie 172, 02-486 Warszawa

www.interpolska.pl, www.bezpiecznylekarz.pl

inter
UBEZPIECZENIA

KIEM PREZESA



Koleżanki i Koledzy!

W piątek 9 grudnia podpisałem w imieniu członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze umowę, dotyczącą ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń ERGO Hestia SA. Po wielomiesięcznych negocjacjach oraz dyskusjach na posiedzeniach Okręgowej Rady Lekarskiej udało się rzecz całą pomyślnie sfinalizować! **Wszyscy Państwo - członkowie naszej izby lekarskiej - macie możliwość skorzystania z tego ubezpieczenia w ramach opłacanej składki członkowskiej.** Jest to ubezpieczenie obowiązkowe, suma ubezpieczenia jest ustalona w rozporządzeniu Ministra Finansów z 22 grudnia 2011 roku i wynosi 350 000 euro na wszystkie zdarzenia i 75 000 euro na jedno zdarzenie. Osoby, które chcą ubezpieczyć się na wyższą kwotę gwarancyjną, mogą wybrać odpowiedni wariant i wtedy dopłacają za ubezpieczenie powyżej 350 000 euro we własnym zakresie. Ubezpieczenie obowiązkowe od odpowiedzialności cywilnej zobowiązani są posiadać wszyscy lekarze wykonujący działalność leczniczą w ramach działalności gospodarczej. Koleżanki i koledzy zatrudnieni na umowach o pracę, umowach zleceniach lub umowach o dzieło, którzy nie mają obowiązku posiadania ubezpieczenia obowiązkowego, mogą w ramach opłacanej składki członkowskiej skorzystać z ubezpieczenia dobrowolnego OC lekarza i lekarza dentystry z kwotą gwarancyjną 300 000 zł na jedno i na wszystkie zdarzenia w STU ERGO Hestia.

Obsługą ubezpieczeń w OIL w Zielonej Górze zajmować się będzie Pani Brygida Olszewska. Udzieli ona odpowiedzi na wszystkie pytania i pomoże w razie trudności. Uruchomiona została także obsługa on line. Link do strony obsługującej ubezpieczenie znajduje się na stronie internetowej naszej izby. On line można zawrzeć ubezpieczenie bez konieczności przyjazdu do izby, łącznie z możliwością wydrukowania certyfikatu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczeniowej.

Wszyscy Państwo - posiadający uregulowane na bieżąco składki członkowskie za 2016 rok - możecie skorzystać z ubezpieczenia proponowanego przez naszą izbę lekarską. Przystąpienie do ubezpieczenia nastąpi w dniu wygaśnięcia obecnej, aktualnej polisy ubezpieczeniowej. W celu zawarcia ubezpieczenia należy wypełnić formularz ze strony internetowej i całą procedurę można przeprowadzić on line. Można także złożyć wniosek w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze. Składka za kwotę ubezpieczenia obowiązkowego na kwotę 350 000 euro lub dobrowolnego do 300 000 zł opłacona zostanie przez OIL w Zielonej Górze w ramach uiszczanej przez Państwa składki członkowskiej.

Przypomnę Państwu, że już w latach 1997-2005 - w czasie, gdy pełniłem funkcję Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Zielonej Górze - funkcjonowało ubezpieczenie OC dla lekarzy i lekarzy dentystry i było dobrze oceniane przez koleżanki i kolegów. W tamtych latach

nie było obowiązku posiadania ubezpieczenia, kwoty gwarancyjne były znacznie niższe - około 25000 - 30000 zł, a naszymi partnerami ze strony firm ubezpieczeniowych były Inter Polska, PZU i nieistniejące już PTU (Polskie Towarzystwo Ubezpieczeniowe). W roku 2017 ponownie wracamy do grupowego ubezpieczenia dla naszych członków i jesteśmy drugą w kraju - po warszawskiej - izbą lekarską, która proponuje w ramach opłacanej składki grupowe ubezpieczenie OC. Mam nadzieję, że ta inicjatywa będzie przez Państwa dobrze przyjęta i uznacie, że pieniądze ze zwiększonej kwoty składki członkowskiej nie są marnowane ani przejadane, lecz przeznaczone z korzyścią dla lekarzy.

Gdy piszę te słowa za oknami ani śladu zimy, ale już wszędzie czuje się atmosferę zbliżających się świąt.

Jak co roku ze wzruszeniem czekamy na Mikołaja, Gwiazdora, na pachnącą choinkę, na spotkania z najbliższymi. **Niech ten bożonarodzeniowy czas przyniesie nam mądrą zadumę nad sensem życia i wypełni się pojednaniem z bliźnimi.**

Wzorem lat ubiegłych 15 grudnia zapraszamy do siedziby naszej Izby na **wigilijno-opłatkowe spotkanie seniorów, naszych starszych kolegów - nauczycieli i mistrzów, od których kiedyś uczyliśmy się sztuki lekarskiej.** Jak co roku będzie to okazja do serdecznych wspomnień, wzruszeń i radości.

Wszystkim Państwu składam życzenia miłych i dobrych chwil, oderwania się od codziennych trudności i kłopotów.

Spokojnych i radosnych świąt!

Mariusz Paweł Witczak



Zdrowych i pogodnych
Świąt
Bożego Narodzenia
oraz wszelkiej pomyślności
w Nowym Roku
życzy
redakcja



**Szanowni Państwo,
Koleżanki i Koledzy,**

zapraszam do zapoznania się z najnowszym numerem naszego biuletynu „Doktor”. Znajdziecie w nim Państwo wiele ciekawych artykułów i informacji z życia naszego samorządu.

W dniu 24 września 2016 r. w Warszawie odbyła się manifestacja Porozumienia Zawodów Medycznych. W skład porozumienia weszło 9 ogólnopolskich związków zawodowych oraz innych stowarzyszeń zrzeszających reprezentantów wszystkich zawodów medycznych. Po raz pierwszy ramię w ramię stanęli lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, ratownicy medyczni, diagnosty laboratoryjni, fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni i technicy radiologii. Wszyscy oni wspólnie - mówiąc jednym donośnym głosem - domagali się uczciwych i godnych warunków pracy i płacy, wobec iluzorycznych obietnic elit rządowych dziesięcioletniego dochodzenia do przeznaczenia na opiekę zdrowotną 6% PKB.. Manifestację poparły okręgowe izby lekarskie, których reprezentanci uczestniczyli w zgromadzeniu w Warszawie.

Ważnym projektem, nad którym pracuje Okręgowa Rada Lekarska w Zielonej Górze, jest opłacenie wszystkim członkom naszego samorządu polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywanego zawodu. Pierwsze decyzje w tej sprawie zostały już podjęte. Lekarze, którzy będą chcieli się zabezpieczyć będą mogli to zrobić indywidualnie.

Trybunał Konstytucyjny orzekł o konieczności ujawnienia pytań testowych i odpowiedzi z egzaminów

dr n. med. Jacek Kotuła

Zdaniem NACZELNEGO

lekarskich, które już się odbyły. Niestety, dyrektor CEM dotychczas nie wykonał orzeczenia TK. Interpelacje poselskie w tej sprawie mają na celu umożliwienie lekarzom i lekarzom denty stomom swobodnego dostępu do pytań i ich interpretacji.

Zakończył się kolejny okres rozliczeniowy efektów doskonalenia zawodowego. Komisja kształcenia rozpoczęła zbieranie, weryfikowanie i zaliczanie zdobytych przez nas w ostatnim czteroletnim okresie punktów edukacyjnych. Wzory odpowiednich druków zostały przesłane na nasze skrzynki e-mailowe. Jeżeli ktoś z Państwa nie otrzymał ww. druków, może je uzyskać w biurze OIL.

W dniu 23 listopada 2016 r. w Centrum Kongresowo – Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu odbyła się konferencja podsumowująca realizację programu promocji zdrowia jamy ustnej u dzieci i ich opiekunów pod hasłem „Dzieciństwo bez próchnicy”. Program finansowany był przez rząd Szwajcarii i Ministra Zdrowia. W programie wzięły udział dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodzice i opiekunowie, nauczyciele, pielęgniarki oraz lekarze rodzinni. W podsumowaniu wyników stwierdzono bezsporny fakt, iż próchnica jest ciągle chorobą społeczną, rozpoczynającą się w wieku żłobkowym i przedszkolnym. Brak programów promocji zdrowia jamy ustnej i programów profilaktycznych skierowanych na zdrowie jamy ustnej wpływa na utrzymujący się alarmujący poziom czynnej próchnicy już u dzieci w wieku przedszkolnym. Zauważono konieczność zaangażowania w walce z chorobą - oprócz lekarzy stomatologów - również zespołów lekarza rodzinnego, pediatry i pielęgniarki, szczególnie pielęgniarki ośrodków nauczania i wychowania oraz pielęgniarki środowiskowe.

Zwrócono uwagę na konieczność utrzymania prawidłowej higieny jamy ustnej dzieci, w którym to obowiązku do 8 roku życia dzieci czynnie powinni towarzyszyć rodzice, przejmując na siebie obowiązek szczotkowania zębów swoich dzieci. Zwrócono uwagę na dietę dzieci w okresie pierwszych dwóch lat

życia. Powinno być ona całkowicie pozbawiona cukru i napojów słodzonych. Należy podkreślić konieczność rozpowszechnienia jako głównego napoju czystej wody.

W programie wykorzystano szereg materiałów drukowanych, pomagających dzieciom i ich rodzicom zmierzyć się z zasadami prawidłowej higieny, zasadami prawidłowego i racjonalnego odżywiania oraz regularnych wizyt stomatologicznych.

W dniach 14-15.10.2016 r. w Dworze Kolesin odbyła się konferencja naukowa lekarzy stomatologów pod hasłem „lekarz stomatolog – człowiek, profesjonalista”. Konferencja stała się miejscem nie tylko pogłębienia wiedzy, lecz również integracji środowiska lekarsko – stomatologicznego. Pragnę serdecznie podziękować wszystkim Koleżankom i Kolegom, którzy uczestniczyli w naszym spotkaniu oraz zaprosić na kolejne nasze spotkania.

Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia pragnę złożyć Państwu w imieniu całego zespołu redakcyjnego naszego biuletynu najserdeczniejsze życzenia pełnych radości i miłości Świąt oraz wszelkiej pomyślności w nadchodzącym Nowym 2017 Roku.

Życzę miłej lektury.



ZAPROSZENIE

Zapraszamy serdecznie na

BAL LEKARZA

A.D. 2017

Palmiarnia - Zielona Góra

21 stycznia 2017

godz. 19.00

Okręgowa Izba Lekarska
w Zielonej Górze

MUZYKĘ ZAPEWNI
ZESPÓŁ „THE QUEST”

Rezerwacja miejsc:

tel. 68 320 79 00

tel. 509 39 60 25

tel. 504 24 93 33

fax. 68 320-78-15

e-mail:

zielona.gora@hipokrates.org

INFORMACJE Z POSIEDZEŃ PREZYDIUM I RADY OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

dr n. med. Jacek Kotuła, sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej

Prezydium i Okręgowa Rada Lekarska od ostatniego sprawozdania obradowały w dniach 15 września, 3, 15 października 2016 r. Na posiedzeniach:

- Przyjęto sprawozdania Prezesa OIL z posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej i Konwentu Przewodniczących,
- Przyjęto sprawozdanie Prezesa OIL w związku z propozycją zakupu ubezpieczenia OC lekarzy dla członków OIL w Zielonej Górze,
- Przyjęto sprawozdanie sekretarza dra Jacka Kotuły z posiedzenia Naczelnej Komisji Stomatologicznej i FDI, które odbyły się w Poznaniu,
- Podjęto uchwałę w sprawie przesunięcia budżetowego dla zabezpieczenia kosztów zakupu ubezpieczenia OC lekarzy dla członków OIL w Zielonej Górze,
- Podjęto uchwałę w sprawie delegowania Prezesa OIL w Zielonej Górze dra Mariusza Witczaka do prowadzenia negocjacji i podpisania umowy ubezpieczenia OC lekarzy dla członków OIL w Zielonej Górze,
- Podjęto uchwałę w sprawie zmiany wysokości opłat za wynajem sali wykładowej w OIL, w kwocie 200 zł za godzinę i 1000zł za czas powyżej 8 godzin,
- Przyjęto sprawozdanie Komisji Praw Lekarza. Zwrócono uwagę na monitorowanie wpisów w portalach społecznościowych, w internecie oraz wzrostu agresji wobec lekarzy,
- Omówiono udział Okręgowej Izby Lekarskiej w manifestacji w Warszawie w dniu 24.09.2016 r., delegację autokaru i rozpropagowanie informacji na temat manifestacji wśród lekarzy,
- Podjęto uchwałę w sprawie odmowy dostępu do informacji publicznej posłowi na Sejm RP – Panu Sachajko,
- Omówiono sprawę możliwości rozbudowy siedziby OIL lub zakupu nowej siedziby po sprzedaży obecnej nieruchomości ,

- Podjęto uchwały w sprawie rekomendacji kandydatów na stanowiska konsultantów wojewódzkich w dziedzinach: ortopedia i traumatologia – dr A. Wiatrak, chirurgia szczękowo – twarzowa – dr R. Nowak, angiologia – prof. dr hab. A. Szczerba, radiologii – dr W. Wierzchołowski,
- Podjęto uchwałę w sprawie odmówienia wpisu do Rejestru Podmiotów Leczniczych dla praktyki, w której nazwie własnej znalazły się niedopuszczalne sformułowania,
- Na wniosek lekarza podjęto uchwałę w sprawie wydania ograniczonego prawa wykonywania zawodu oraz skierowania lekarza na staż podyplomowy,
- Na wniosek Lekarza podjęto uchwałę w sprawie wpisu do rejestru członków OIL w Zielonej Górze i przyznania stałego prawa wykonywania zawodu dla lekarzy po zdaniu LEKi LDEK,
- Podjęto uchwałę w sprawie wpisu na Listę Marszałkowską podmiotów uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych,
- Na wniosek lekarza podjęto uchwałę w sprawie zwolnienia z opłacania składek członkowskich,
- Na wniosek lekarza podjęto uchwałę w sprawie rozłożenia spłaty zaległych składek na raty,
- Na wniosek lekarza podjęto uchwałę w sprawie wpisu do Rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze,
- Na wniosek lekarza podjęto uchwałę w sprawie dofinansowania lekarzy w trakcie specjalizacji,
- Na wniosek lekarza podjęto uchwałę w sprawie udzielenia zasiłku z tytułu urodzenia dziecka,
- Na wniosek lekarza podjęto uchwałę w sprawie udzielenia pomocy finansowej dla lekarzy w trudnej sytuacji materialnej,
- Na wniosek lekarza podjęto uchwałę w sprawie wpisu do rejestru działalności leczniczej,

- Na wniosek lekarza podjęto uchwały o skreśleniu podmiotów z rejestru działalności leczniczej,
- Na wniosek lekarza podjęto uchwałę w sprawie skierowania lekarza na staż podyplomowy,
- Podjęto uchwałę w sprawie powołania komisji wizytacyjnej praktyki lekarza w osobach dr n. med. M. Plucińskiej i dra P. Kwiatkowskiego
- Podjęto uchwały w sprawie przyznania punktów edukacyjnych za szkolenia organizowane przez :
Fundacja Eskulap – 10 pkt,
Fundacji Eskulap – konferencja diabetologiczna w Łagowie – 10 pkt.
Polskie Towarzystwo Stomatologiczne – konferencja „Lekarz stomatolog – człowiek, profesjonalista” 16 pkt.
Lubuskie Kolegium Lekarzy Rodzinnych – konferencja, 5 pkt.

□

ODZNACZENIA DLA NASZYCH LEKARZY

Na ostatniej Sesji Sejmiku Województwa Lubuskiego zostały wręczone honorowe odznaki dla zasłużonych osób.

„Odznaki honorowe za zasługi dla województwa lubuskiego” otrzymały:

- **dr n. med. Marzenna Plucińska** – ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala w Nowej Soli, działaczka samorządu terytorialnego (radna powiatu żagańskiego, a następnie Sejmiku Wojewódzkiego oraz aktywna działaczka samorządu lekarskiego (m.in. wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Lekarskiej);
- **dr Kazimiera Kucharska-Barczyk** – z-ca dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Klinicznego w Zielonej Górze, przewodnicząca oddziału zielonogórskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Także Szprotawa wyróżniła swojego lekarza.

Dr Lechosław Lipowski – chirurg z Nowego Szpitala w Szprotawie został odznaczony Medalem za Zasługi dla Gminy Szprotawa. Odznaczony pracuje w tym mieście blisko 42 lata.

Wszystkim nagrodzonym serdecznie gratulujemy!

ERGO HESTIA®

OC W SKŁADCE DLA CZŁONKÓW OIL W ZIELONEJ GÓRZE

Z początkiem grudnia zielonogórski samorząd lekarski postanowił, że jako jeden z pierwszych w kraju zaproponuje swoim członkom, regularnie opłacającym składkę, ubezpieczenie OC lekarza i lekarza dentystry. W zależności od formy wykonywanego zawodu medycznego – indywidualna praktyka lekarska lub umowa cywilnoprawna czy umowa o pracę – każdy członek izby będzie mógł odpowiednio skorzystać z obowiązkowego lub dobrowolnego ubezpieczenia OC lekarza i lekarza dentystry.

Jakie ubezpieczenie dla kogo?

Mając na względzie dobro członków OIL w Zielonej Górze, Okręgowa Rada Lekarska w Zielonej Górze podjęła decyzję o zleceniu przygotowania programu ubezpieczeniowego przez jednego z największych polskich brokerów ubezpieczeniowych – Mentor S.A. W oparciu o przeprowadzoną analizę rynku ubezpieczeniowego przedstawiono i zaproponowano oferty ubezpieczenia, z których jako najlepsza wyłoniona została oferta renomowanego Zakładu Ubezpieczeń – STU Ergo Hestia SA.

Zgodnie z założeniami programu członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze, którzy wykonują działalność leczniczą w formie działalności gospodarczej, zostaną objęci ochroną w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC lekarza i lekarza dentystry. W polskim porządku prawnym zakres oraz suma tego ubezpieczenia są regulowane Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2011 nr 293, poz. 1729). Według jego zapisów ubezpieczony ma do wykorzystania sumę ubezpieczenia w wysokości 75 000 euro na jedno zdarzenie i 350 000 euro na wszystkie zdarzenia.

Z kolei członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze, którzy są zatrudnieni wyłączenie na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia lub umowy o dzieło, skorzystają z ochrony ubezpieczeniowej w ramach dobrowolnego ubezpieczenia OC lekarza i lekarza dentystry z sumą ubezpieczenia 300 000 zł na wszystkie zdarzenia.

W obu przypadkach płatnikiem składki jest OIL w Zielonej Górze.

Kompleksowa ochrona

Wychodząc naprzeciw potrzebom członków OIL w Zielonej Górze program ubezpieczeniowy został dodatkowo rozszerzony o ubezpieczenia, które pozwalają lekarzowi i lekarzowi dentyście kompleksowo zadbać zarówno o swoje bezpieczeństwo. Dzięki temu każdy członek OIL w Zielonej Górze może indywidualnie skorzystać z poniższych ubezpieczeń, wyróżniających się preferencyjnymi stawkami z racji grupowej formy umowy ubezpieczenia:

- dobrowolne ubezpieczenie OC lekarza i lekarza dentystry pozwalające na podwyższenie sumy ubezpieczenia,
- ubezpieczenie OC z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej i użytkowania mienia,
- ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków rozszerzone o świadczenia dodatkowe z tytułu ekspozycji ubezpieczonego na HIV i WZW.

Jak skorzystać?

Warunkiem skorzystania z programu ubezpieczeniowego jest posiadanie aktywnego statusu członka OIL w Zielonej Górze oraz uregulowanej terminowo składce członkowskiej, a także złożenie wniosku ubezpieczeniowego zgodnie z jednym z poniższych sposobów:

- wypełnienie formularza dołączonego do bieżącego wydania „DOKTORA” nr 4/2016 i dostarczenie go do Biura OIL w Zielonej Górze do Pani Brygidy Olszewskiej, piętro I, pokój „Praktyki lekarskie”,
- wypełnienie formularza dostępnego na stronie internetowej www.oil.zgoramed.pl/zg, uruchomionej specjalnie z myślą o wygodzie członków OIL w Zielonej Górze.

Potwierdzeniem przystąpienia do programu ubezpieczeniowego jest certyfikat, który w przypadku złożenia wniosku ubezpieczeniowego online zostaje przesyłany na adres e-mail podany przez ubezpieczonego.

Kontakt w sprawie ubezpieczeń

W celu uzyskania wyczerpujących informacji dotyczących programu ubezpieczeniowego przygotowanego na zlecenie Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze, należy skontaktować się z:

- Brygidą Olszewską (OIL w Zielonej Górze) tel.: 509 396 025,
- Agatą Łukowską (Mentor S.A.) tel.: 56 669 33 07.



*Dr n. med. Przemysław Bejga
Specjalista chorób wewnętrznych, Nowa Sól*

CZY WARTO CISZEJ? HAŁAS A ZDROWIE

Istnieją różne podziały klasyfikujące hałas, np. wg źródeł powstawania. W ten sposób wyróżnia się: hałas przemysłowy, związany z procesami przemysłowymi, i hałas komunalny, związany z bytowaniem człowieka w jego miejscu zamieszkania lub przebywania w miejscach użyteczności publicznej [16].

Z punktu fizycznego można wyróżnić hałas infradźwiękowy, słyszalny i ultradźwiękowy, a ze względu na czas trwania zmienny lub stały. Specyfika każdego z rodzajów hałasu wynika z określonych parametrów fizycznych [3].

Hałas - jak każdy dźwięk - może być definiowany poprzez podanie źródła (np. przyczyny antropogeniczne lub naturalne) lub poprzez określenie wartości fizycznych, takich jak moc, natężenie, częstotliwość czy czas trwania.

Hałas na ludzki organizm wpływa poprzez narząd słuchu, jak i z jego pominięciem, poprzez fizyczne oddziaływanie fali akustycznej, wywołując zjawiska wibracji i rezonansu, a w następstwie prowadząc do między innymi pogorszenia słuchu, zaburzeń neuroendokrynych i neurofizjologicznych oraz wywoływania reakcji zapalnych [33,34,35,36].

Oddziaływanie fali akustycznej na narząd słuchu to nic innego jak przenoszenie energii na błonę bębenkową, wywoływanie odkształceń tejże błony, skutkujące przeniesieniem mechanicznym energii fali akustycznej poprzez system kosteczek słuchowych do ucha wewnętrznego (narząd Cortiego) i wygenerowaniem sygnału, którego ostateczne miejsce percepcji, po przewodzeniu przez drogi słuchowe, znajduje się w korze mózgowej (pierwotna kora słuchowa), w jej części skroniowej (pola 41/42 Brodmanna, zakręt Heschla) [39,40].

Odbiór sygnałów akustycznych zatem jest efektem podatności układu odbiorczego i stanowi, mimo uśrednień,

cechę indywidualną każdego odbiorcy, w zależności od stanu zdrowia, który determinowany jest wiekiem, predyspozycjami genetycznymi i czynnikami narażenia, do których należy również hałas. Nie bez znaczenia zatem jest dokładne opisanie wartości natężenia hałasu wyrażonego w dB*, jego zmienność i czas trwania, w stosunku do całej populacji, jak i podejście szczegółowe do kwestii narażenia grup szczególnie narażonych. [7,41].

Zakres dźwięków słyszalnych mieści się zazwyczaj między 20-20000 Hz. Dźwięki powyżej, jak i poniżej tych wartości, są dla człowieka zazwyczaj niesłyszalne, w wartościach granicznych zaś mogą być nieprzyjemnie odczuwalne. Przy odpowiednim natężeniu w znacznym swoim spektrum zachowują negatywny wpływ na ludzkie zdrowie [42].

Najbardziej narażone na hałas i jego negatywne skutki są: płody w łonie matki, noworodki, dzieci, młodzież, osoby starsze, przewlekle chorzy - w tym chorzy z zaburzeniami psychicznymi (schizofrenia, autyzm), chorzy z wcześniejszym upośledzeniem słuchu oraz pracownicy zmianowi. Zwiększona wrażliwości na niekorzystne działanie hałasu wynika przede wszystkim z podatności osobniczej i w przypadku pracowników zmianowych z nakładających się wcześniejszych zaburzeń snu [7]. Z punktu widzenia lekarza wyróżnienie powyższych grup ma niewątpliwie istotne znaczenie.

Parametry fizyczne opisujące hałas służą wyznaczeniu bezpiecznych dla zdrowia wartości, po przekroczeniu których wzrasta narażenie na szkodliwe działanie i wynikające z tego negatywne skutki zdrowotne. Przez określenie dopuszczalnych wartości ekspozycji dla danego środowiska bytowania określona zostaje bezpieczna granica dla zdrowia ludzkiego [1,2].

Skalę wpływu na zdrowie człowieka ilustruje dobrze przykład narażenia

Wpływ czynników środowiskowych na zdrowie jest niewątpliwy. Wg. WHO zdrowie to stan pełnego fizycznego, psychicznego oraz społecznego dobrostanu, a nie tylko niewystępowanie choroby czy niepełnosprawności (WHO 1946).

Pośród czynników oddziałujących na zdrowie istotną grupę stanowią czynniki fizyczne o zróżnicowanym charakterze, do których należą również fale akustyczne.

Tradycyjnie fale akustyczne dzielone są wg. częstotliwości na:

- ultradźwięki - niesłyszalne dla ucha ludzkiego o wysokiej częstotliwości,
- słyszalne dźwięki ,
- infradźwięki - niesłyszalne o niskiej częstotliwości.

Hałasem z punktu widzenia medycznego są wszelkie niepożądane, nieprzyjemne, dokuczliwe, uciążliwe lub szkodliwe dźwięki wpływające na narząd słuchu, pozostałe zmysły oraz inne części organizmu bądź cały organizm [1].

Należy przy tym zauważyć, że istotne parametry opisujące hałas odnoszą się nie tylko do ściśle obiektywnych wartości uznawanych za nieprzyjemne bądź szkodliwe, ale również, w takim samym stopniu, do miejsc, w których występujące dźwięki będą uznawane za niepożądane lub przeszkadzające. Zatem hałasem mogą być dźwięki, które w innym miejscu będą uznawane za tło, dotyczy to w między innymi terenów chronionych, parków, uzdrowisk i szpitali.

zawodowego trwającego 40 lat i więcej przy zrównoważonym hałasie na poziomie 90 dB, kiedy to uszkodzenia słuchu doznaje 21% populacji. Obniżenie poziomu hałasu do 85 dB zmniejsza liczbę uszkodzeń słuchu do 10% [16].

Krańcowym przykładem mogą być mechaniczne uszkodzenia słuchu wywołane krótkotrwałym hałasem na poziomie 130-140 dB, prowadzące do perforacji i dalej ubytków w błonie bębenkowej, lub zgon w wyniku narażenia na hałas o wartości 175 dB [16,44].

Wysokie natężenie hałasu może wywoływać zaburzenia neuroendokrynne i poprzez nie mieć wpływ na cały organizm, lub też działać jako czynnik psychogeny, stresowy lub mechaniczny i wywoływać w następstwie powstawanie zaburzeń koncentracji, bezsenność, lęki, nudności, zawroty głowy, zaburzenia orientacji w przestrzeni, trudności w oddychaniu i połykaniu, chorobę nadciśnieniową, niedokrwienną serca, wrzodową, zaburzenia odporności, pogorszenie gojenia się ran czy też zaburzenia płodności [20,21,22,42].

Z całą pewnością wspomniane oddziaływanie na ludzki organizm ma charakter złożony i wymaga dalszego szczegółowego zbadania. O znaczeniu czynnika, jakim jest hałas, dla zdrowia ludzkiego świadczą najlepiej badania nad dziećmi przedwcześnie urodzonymi, przebywającymi w oddziałach neonatologicznych i stwierdzonym negatywnym wpływem tego czynnika na układ sercowo-naczyniowy i oddechowcy [18,19].

W świetle powyższych faktów niezwykle istotna jest ochrona przed narażeniem na nadmierną ekspozycję na hałas oraz jego redukcja. W tym względzie zalecenia Ministerstwa Ochrony Środowiska czy WHO są dość szczegółowe i obejmują obszary życia ludzkiego, takie jak: bytowanie (sypialnie, tereny zewnętrzne, szkoły, zakłady przemysłowe, centra handlowe, ruch uliczny, tereny publiczne, festyny i różnego rodzaju imprezy – wewnątrz, jak i na zewnątrz budynków) oraz używanie różnego rodzaju urządzeń, w tym sprzętu muzycznego, w szczególności słuchawek. Istnieją również zalecenia dotyczące zabawek produkujących dźwięki, sztucznych ogni oraz terenów takich jak parki i tereny chronione [25].

Należy zwrócić szczególną uwagę na znaczenie obszarów rekreacyjnych i uzdrowiskowych z racji ich zadań. Na obszarze wymienionych parków i terenów chronionych poziom hałasu powinien być jak najniższy, możliwie zbliżony do naturalnego poziomu tła (existing quiet outdoor areas should be preserved and the ratio of intruding noise to natural background sound should be kept low)[25].

W przypadku placówek ochrony zdrowia powinna nastąpić redukcja hałasu do poziomu, wg zaleceń Ministerstwa Ochrony Środowiska, nie wyższego niż 30-35 dB (30 dB dla pomieszczeń łóżkowych w oddziałach intensywnej opieki medycznej, 35 dB dla pomieszczeń łóżkowych w pozostałych oddziałach).

Odpowiednio wg WHO poziom hałasu w szpitalach w nocy nie powinien przekraczać 30 dB. Niestety, z reguły powyższe wartości są przekraczane, tak że przeciętny poziom hałasu w szpitalach wynosi obecnie 50-60 dB, co może mieć implikacje dla pacjentów i personelu. Interesującym jest ponadto fakt stałego wzrostu poziomu hałasu we wspomnianych placówkach w ciągu ostatnich 45 lat do poziomu 60 dB [23,24,25].

Istotnym zagadnieniem szczegółowym jest, zapewne z powodu powszechności używania, w tym również przez młodzież i dzieci, wyznaczenie dopuszczalnego natężenia dźwięku w słuchawkach. Zalecany próg w tym wypadku wynosi 85 dB dla ekspozycji trwającej nie dłużej niż godzinę (daily one-hour exposure). W przypadku wielogodzinnej ekspozycji, po to by uniknąć uszkodzenia słuchu, nie należy przekraczać wartości 70 dB [25]. Niestety, pewna grupa odbiorców regularnie przekracza bezpieczny poziom, narażając się na negatywne skutki zdrowotne. Poziom bezpieczeństwa częściej jest przekraczany przy wysokich wartościach tła [26].

Innym problemem są powszechnie występujące szумы uszne. Warto zwrócić uwagę, że obecnie zagrożona występowaniem szumów jest młodzież uczestnicząca w koncertach muzycznych (pop, rock, metal etc) jak i bywalcy dyskotek. Szумы uszne w tym wypadku mogą mieć mniej lub bardziej trwały charakter [37].

Za hałas infradźwiękowy przyjmuje się taki, którego widmo mieści się pomiędzy częstotliwościami 1-20 Hz, jak i w wartościach niskich słyszalnych, przy czym górna granica częstotliwości może sięgać 250-500 Hz[4,5]. Należy przy tym pamiętać, że podział widma dla poszczególnych rodzajów hałasu nie jest jednoznacznie powiązany z jego słyszalnością, w szczególności dotyczy to wartości granicznych, które w wypadku hałasu infradźwiękowego mogą sięgać nawet 500 Hz i są odczuwalne jako nieprzyjemne doznania ze strony narządu słuchu. Podobnie rzecz się ma z hałasem ultradźwiękowym, którego zakres rozpoczyna się od 10 kHz[16]. Źródłem infradźwięków są najczęściej maszyny, zjawiska przyrodnicze, jak i sam człowiek. Takie czynności jak bieganie i korzystanie z huśtawek również mogą być przyczyną powstania infradźwięków. Pracujące klimatyzatory, turbiny elektrowni wiatrowych czy subwoofery samochodowe są źródłem hałasu o niskiej częstotliwości, choć nie zawsze z nimi się kojarzą. Ekstremalnymi przykładami źródeł hałasu o niskich częstotliwościach są wybuchy wulkanów i tsunami [5].

Wpływ dźwięków o niskiej częstotliwości na zdrowie zachodzi poprzez bezpośrednie oddziaływanie na narząd słuchu, jak i poprzez wpływ na cały organizm między innymi poprzez czucie wibracji i może skutkować: podenerwowaniem o różnym stopniu nasilenia, zaburzeniami snu, bezsennością, zawrotami głowy, szumami usznymi, nudnościami, atakami paniki czy zaburzeniami rytmu serca. Niewątpliwie bezsporne dane dotyczące działania niskich częstotliwości odnoszą się do podenerwowania i zaburzeń snu [6].

Odczucia ucisku w uszach i drżenia oraz wewnętrznej wibracji to z kolei najbardziej typowe objawy zgłaszane przez osoby narażone na hałas infradźwiękowy [16].

Pozostałe dane dotyczące wpływu infradźwięków na zdrowie pozostają sporne, aczkolwiek należy je brać pod uwagę w dalszej dyskusji dotyczącej potencjalnie niekorzystnego oddziaływania, mimo ograniczeń zawartych w dotychczasowo przeprowadzonych badaniach (zbyt mała badana grupa, analiza retrospektywna stanu zdrowia) [8,9].

Autorzy wspomnianych badań przytaczają szeroką gamę negatywnych skutków zdrowotnych, wśród których między innymi znajdują się: zwiększone ryzyko napadów padaczki oraz niekorzystne oddziaływanie na układ krążenia pod postacią wzrostu ryzyka sercowo-naczyniowego i choroby niedokrwiennej serca [9].

Istotne było, zdaniem autorów, postulowanie wydzielenia osobnej jednostki chorobowej – choroby wibroakustycznej (vibroacoustic disease, VAD), jednak liczba objawów, ich różnorodność oraz ograniczenia wynikające z niewielkiej liczby badanych osób w poszczególnych grupach sugerują obecnie dalsze szczegółowe analizy oraz ograniczenie w ewentualnym rozpoznawaniu do osób z grup szczególnie narażenia na hałas o niskich częstotliwościach (np. personelu technicznego lotniczych zakładów produkcyjno-naprawczych).

Niewątpliwie częstsze występowanie padaczki w narażonych grupach w stosunku do pozostałej populacji (10% do 0,2%) oraz zmiany patomorfologiczne znajdujące w układzie krążenia, dotyczące przerostu kolagenu i pogrubienia osierdzia, stanowią wyróżnik postulowanej jednostki chorobowej [10,11].

Hałas zawarty się w widmie od 16 Hz do 16 kHz jest słyszalny i z racji tej właśnie cechy wydaje się być najbardziej dokuczliwym i najczęściej zgłaszanym powodem dolegliwości zdrowotnych ze strony narządu słuchu. Wynika to z faktu, że czułość aparatu słuchowego człowieka jest największa w zakresie 3-5 kHz, co oznacza największą podatność na uszkodzenia słuchu przez hałas właśnie w tym zakresie [1,16]. Podobne następstwa zdrowotne są odnotowane dla tego rodzaju hałasu, jak dla hałasu infradźwiękowego, i są to: podrażnienie, trudności w rozumieniu mowy i komunikowaniu się, trudności w pozyskiwaniu informacji, kłopoty z snaniem czy upośledzenie słuchu.

Uznaje się, że mowa jest w pełni zrozumiała przy poziomie hałasu w tle wynoszącym 35 dB, a przy poziomie 45 dB zrozumiała jest w stopniu dość dobrym. Do porozumiewania się przy poziomie 65 dB należy podnieść głos (more vocal effort). Należy zauważyć, że w celu zachowania prawidłowego porozumiewania się przy podwojeniu dystansu między rozmówcami na

terenach na zewnątrz budynków należy podnieść głośność każdorazowo o 6 dB.

Nie bez znaczenia jest fakt, że jednoczesne stosowanie leków ototoksycznych i narażenie na wibracje ułatwiają uszkodzenie słuchu [25,27].

Dane epidemiologiczne wskazują również na związek pomiędzy hałasem słyszalnym a chorobami układu krążenia, szczególnie przy długotrwałym narażeniu i wartościach rzędu 65-70 dB (ruch uliczny), przy czym silniej wyrażony jest związek z chorobą niedokrwinną serca i zawałami mięśnia sercowego niż z nadciśnieniem. Związki te były szczególnie mocno widoczne w grupie mężczyzn do 50 roku życia palących papierosy [28,29,30].

Natomiast wpływ hałasu słyszalnego na zdrowie psychiczne zawiera się w szerokim spectrum, od podrażnienia poprzez zwiększone zażywanie środków nasennych i uspokajających, do wzrostu liczby hospitalizacji. Należy zauważyć, że większość badań dotyczy wpływu hałasu pochodzącego z ruchu lotniczego i ulicznego. Co do mniej nasilonego hałasu dane wymagają dalszego dokładnego zbadania, niemniej zapewne wpływ na zdrowie w wielu obszarach można ekstrapolować, czego w szczególności dowodzą badania nad snem i zaburzeniami wywołanymi hałasem [31].

Prawidłowy sen jest niezbędny dla zachowania zdrowia w obu jego aspektach, zarówno fizycznym jak i psychicznym. Zalecenia WHO mówią o dopuszczalnej granicy 40 dB mierzonego na zewnątrz budynku od strony sypialni [7]. Niepokojący jest wzrost zagrożenia hałasem w ostatnich dekadach, niewątpliwym w Polsce jak również w krajach zachodnich.

Mierzalne komponenty, np. w badaniach holenderskich, to: ruch uliczny, hałas ze strony sąsiadów, ruch powietrzny, rekreacja, ruch kolejowy, prace budowlane i przemysł. Zanotowano istotny wzrost liczby osób skarżących się na niekorzystny wpływ hałasu na ich zdrowie (z 19% w roku 1998 do 27% w roku 2003) [7].

Badając wpływ hałasu na zdrowie podczas snu, określono jednocześnie poziom w dB, od którego mierzalny jest niekorzystny efekt. Zdaniem ekspertów następujące skutki zdrowotne występowały od określonych poziomów

narażenia na hałas: pogorszenie samopoczucia (35 dB), nadciśnienie tętnicze (50dB), zawał mięśnia sercowego (50 dB), zaburzenia psychiczne (60 dB).

Bezspornie, od poziomu 35 dB stwierdzano podczas snu zmiany w zapisie EEG, wzrost aktywności ruchowej podczas snu (32-42 dB), zmiany w długości trwania poszczególnych faz snu, zmiany struktury snu i jego fragmentacja (35 dB), budzenie się w nocy (42 dB), zgłaszanie zaburzeń snu (42 dB), stosowanie środków nasennych i uspokajających (40 dB). Jak widać z przytoczonych danych, negatywny wpływ na zdrowie może powodować hałas o stosunkowo niewysokim natężeniu.

Interesującym pojęciem jest wprowadzony przy tym termin bezsenności środowiskowej (environmental insomnia), wywołanej nadmiernym hałasem i zgłaszanej lekarzowi [13].

Badania nad hałasem podczas snu i jego oddziaływaniem na zdrowie stanowią, jak można przypuszczać, doskonały model wyjściowy do ekstrapolacji skutków zdrowotnych i prób ich definiowania w różnych okresach dobowej aktywności.

Należy zauważyć, że dotychczasowe zalecane poziomy hałasu w nocy dla obszarów zabudowanych w Europie raczej przekraczały obecnie zalecane 40 dB i wahały się pomiędzy 40 dB dla Holandii a 62 dB dla Francji [7].

Ogólnie można przyjąć, że całkowicie bezpieczny dla organizmu ludzkiego jest poziom hałasu do 30 dB. Poziom od 30-40 dB powoduje zaburzenia snu, wybudzenia - przy czym szczególnie narażone są dzieci, osoby starsze i przewlekle chorzy. Zaburzenia w tym wypadku znacznie zależą od charakteru bodźca i czasu trwania. Wraz z dalszym wzrostem natężenia hałasu zwiększają się negatywne skutki zdrowotne na ciele ze wzmożeniem ryzyka sercowo-naczyniowego [14].

Widmo hałasu ultradźwiękowego obejmuje wysokie częstotliwości słyszalne i niskie ultradźwiękowe i zawiera się między 10 kHz a 100 kHz [17]. Z powodów praktycznych podaje się częściej zakres od 10 kHz do 40 kHz. Widmo powyżej 100 kHz uważa się za nieszkodliwe dla ludzkiego organizmu [38]. Podobnie jak w wypadku innych częstotliwości również tutaj dochodzi

do uszkodzenia słuchu, notuje się również negatywny wpływ na narząd przedsionkowy w uchu wewnętrznym, prowadzący do powstania zawrotów głowy, nudności, bólów głowy, zaburzeń równowagi, senności w ciągu dnia i osłabienia. Odnotowuje się również nadmierne zmęczenie, ospałość wyczerpanie, pogorszenie nastroju i nadmierną senność [43].

Dźwięki o tej charakterystyce są produkowane najczęściej przez maszyny, których części mechaniczne pracują w zakresach wysokich częstotliwości lub urządzeniach pneumatycznych, w których dochodzi do szybkich przepływów gazów. O powszechności ultradźwięków świadczy to, że są produkowane również przez inhalatory lub specjalne gwizdki ultradźwiękowe do przywoływania zwierząt. Metody ograniczenia emisji hałasu ultradźwiękowego są lepsze niż przy niższych częstotliwościach z powodu niewielkiej długości fali, poprzez stosowanie różnego rodzaju izolacji [16,38].

- w artykule wartości wyrażone w dB w większości odnoszą się do poziomu dźwięku A LA - poziomu ciśnienia akustycznego skorygowanego według charakterystyki częstotliwościowej A [16]

Cyfry arabskie w kwadratowych nawiasach odnoszą się do przywołanych w tekście źródeł. Bibliografia dostępna jest u autora pracy. □

Karty Multisport

Okręgowa Izba lekarska
w Zielonej Górze
informuje,

że w dalszym ciągu jest możliwość skorzystania z kart Multisport.

Szczegółowe informacje:

tel. 68 323 6684,

e-mail:

zielona.gora@hipokrates.org



Ewa Hassa

radca prawny OIL w Zielonej Górze

ZMIANY W PRZEPISACH PRAWA NA PRZEŁOMIE WRZESIEŃ – GRUDZIEŃ 2016 R.

1 września 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne (Dz.U.2016, poz. 1360);

1 września 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie informacji gromadzonych przez apteki oraz informacji przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz.U.2016, poz. 1350);

1 września 2016 r. weszła w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept lekarskich (Dz.U.2016, poz. 1261);

1 września 2016 r. weszła w życie ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2015, poz. 1640);

1 września 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach

żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz.U.2016, poz. 1154);

1 września 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2016, poz. 1372);

8 września 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Nauki i Szolnictwa Wyższego z dnia 11 sierpnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U.2016, poz. 1332);

8 września 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U.2016, poz. 1327);

8 września 2016 r. weszła w życie ustawa z dnia 22 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U.2016, poz. 1331);

8 września 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie kwalifikacji lekarzy uprawnionych do wydawania zawodnikom orzeczeń lekarskich o stanie zdrowia oraz zakresu i częstotliwości wymaganych badań lekarskich niezbędnych do uzyskania tych orzeczeń (Dz.U.2016, poz. 1172);

8 września 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2016 r. w sprawie jednostek organizacyjnych, które prowadzą badania jakościowe produktów leczniczych i produktów leczniczych weterynaryjnych, oraz opłat pobieranych za te badania (Dz.U.2016, poz. 1179);

11 września 2016 r. weszła w życie ustawa z dnia 20 maja 2016 r. o zmianie ustawy o publicznej służbie krwi oraz

niektórych innych ustaw (Dz.U.2016, poz. 823);

14 września 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 31 sierpnia 2016 r. w sprawie reorganizacji Centralnego Laboratorium Ochrony Radiologicznej (Dz.U.2016, poz. 1459);

17 września 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2016 r. w sprawie wykazu nowych substancji psychoaktywnych (Dz.U.2016, poz. 1393);

17 września 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 września 2016 r. w sprawie stanowiska mającego istotne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa jądowego i ochrony radiologicznej oraz inspektorów ochrony radiologicznej (Dz.U.2016, poz. 1513);

17 września 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz.U.2016, poz. 1492);

24 września 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 24 sierpnia 2016 r. w sprawie standardów kształcenia na kierunku analityka medyczna/medycyna laboratoryjna (Dz.U.2016, poz.1434);

29 września 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2016, poz. 1567);

27 października 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2016 r. w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów (Dz.U.2016, poz.1674);

29 października 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wzoru wniosku o wydanie pozwolenia

na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego (Dz.U.2016, poz. 1699);

8 listopada 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 11 października 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (Dz.U.2016, poz. 1748);

10 listopada 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgnarek i położnych (Dz.U.2016, poz. 1761);

16 listopada 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2016 r. w sprawie oznakowania krwi i jej składników (Dz.U.2016, poz. 1845);

23 listopada 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2016 r. w sprawie wymagań i sposobów unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych (Dz.U.2016, poz. 1819);

25 listopada 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2016 r. w sprawie informacji udzielanych zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz Narodowy Fundusz Zdrowia (Dz.U.2016, poz. 1754);

25 listopada 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U.2016, poz. 1825);

13 grudnia 2016 r. weszło w życie Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 listopada 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U.2016, poz. 1908);

1 stycznia 2017 r. wejdzie w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie

szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U.2015, poz. 178);

1 stycznia 2017 r. wejdzie w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2004 r. w sprawie określenia rzadkich grup krwi, rodzajów osocza i surowic diagnostycznych wymagających przed pobraniem krwi zabiegu uodpornienia dawcy lub innych zabiegów oraz wysokości ekwiwalentu pieniężnego za pobraną krew i związane z tym zabiegi (Dz.U.2004, Nr 263, poz. 2625);

1 stycznia 2017 r. wejdzie w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2016 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2017 r. (Dz.U.2016, poz. 1538);

1 stycznia 2017 r. wejdzie w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie upoważnienia Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych do uznawania kwalifikacji w zawodzie diagnosty laboratoryjnego (Dz.U.2011, Nr 22, poz. 120);

1 stycznia 2017 r. wejdzie w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie wzorów wniosków w zakresie refundacji leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego (Dz.U.2013, poz. 44);

1 stycznia 2017 r. wejdzie w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie przekazywania informacji o programach polityki zdrowotnej oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje (Dz.U.2015, poz. 1867);

1 stycznia 2017 r. wejdzie w życie ustawa z dnia 9 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy - Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2015, poz. 788);

1 stycznia 2017 r. wejdzie w życie ustawa z dnia 24 lipca 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz

zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.2015, poz. 1365);

1 stycznia 2017 r. wejdzie w życie ustawa z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2016, poz. 652);

1 stycznia 2017 r. wejdzie w życie ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U.2015, poz. 1916);

1 stycznia 2017 r. wejdzie w życie ustawa z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2015, poz. 1991);

1 stycznia 2017 r. wejdzie w życie ustawa z dnia 19 grudnia 2014 r. o zmianie ustawy - Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2015, poz. 28);

1 stycznia 2017 r. wejdzie w życie ustawa z dnia 20 maja 2016 r. o zmianie ustawy o publicznej służbie krwi oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2016, poz. 823);

1 stycznia 2017 r. wejdzie w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu i trybu udzielania zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób, na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, oraz sposobu ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji (Dz.U.2012, poz. 605);

1 stycznia 2017 r. wejdzie w życie ustawa z dnia 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2015, poz. 875);

1 stycznia 2017 r. wejdzie w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U.2016, poz. 1815).

S K Ł A D K I

Wysokość składki członkowskiej

Od 1 stycznia 2015 r. zmieniły się zasady naliczania i wysokość składki członkowskiej na rzecz samorządu lekarzy i lekarzy dentystów, która wzrosła do **60 zł na miesiąc**.

Wyjątki:

1. Lekarz stażysta opłaca składkę członkowską w wysokości **10 zł** na miesiąc począwszy od miesiąca następującego po miesiącu, w którym został wpisany na listę członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze.
2. Lekarz emeryt zostaje zwolniony z obowiązku opłacania składki członkowskiej od miesiąca następującego po miesiącu, w którym ukończy **75 rok życia**.
3. Lekarz emeryt / rencista, który ma przyznane obniżenie składki członkowskiej na stałe, składka nadal wynosić będzie 10 zł na miesiąc.
4. Lekarz emeryt / rencista, któremu Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej obniżyło składkę na czas określony opłaca składkę w tej wysokości do momentu zakończenia okresu obniżenia.
5. Zwolnienie **nie przysługuje** osobom, które **mają jakikolwiek dochód** (w kraju oraz zagranicą).
6. Nie można przyznawać obniżenia składki członkowskiej do 10,00 zł na miesiąc.
7. Zwolnienie **nie przysługuje** osobom na urlopach macierzyńskich, zwolnieniach lekarskich oraz urlopach wychowawczych jeżeli jest przyznawany zasiłek wychowawczy.

W przypadku Jakichkolwiek wątpliwości izba lekarska ma prawo wystąpić o udostępnienie dokumentów podatkowych dokumentujących okres nieotrzymania dochodu i cofnąć wsteczne przyznane zwolnienie.

Składka członkowska winna być opłacana do końca miesiąca za dany miesiąc bądź z dowolnym wyprzedzeniem na konto Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze:

95 1090 1535 0000 0000 5301 9198

w tytule przelewu należy wpisać swój nr Prawa Wykonywania Zawodu.

Sprawy związane ze składkami członkowskimi na rzecz samorządu lekarzy i lekarzy dentystów reguluje Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/14/VII z dnia 05 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej ze zmianami.

nasi lekarze powiedzieli...

Dr Mariusz Witczak – Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze: „Trzy godziny z NRL” - w dyskusji zwrócił uwagę na trudną sytuację oddziałów wewnętrznych borykających się z brakiem wykwalifikowanej kadry i małą popularnością specjalizacji chorób wewnętrznych wśród rezydentów.

/Gazeta Lubuska, X.2016/

*

Dr Witold Iciek – laryngolog, Ordynator Oddziału Wojewódzkiego Szpitala Klinicznego w Zielonej Górze - „Kiedy do laryngologa” - odpowiedział na liczne pytania czytelników „Gazety Lubuskiej”.

/Gazeta Lubuska, 25.X.2016/

*

Dr Róża Poźniak-Balicka, dr Witold Iciek – Wojewódzki Szpital Kliniczny w Zielonej Górze „Zbadaj głowę i szyję” - zachęcali do badań w ramach profilaktyki nowotworowej.

/Gazeta Lubuska 19.IX.2016/

*

Dr Rafał Poczwała – okulista z Zielonej Góry: „Czasami pozwól oczom odpocząć” - odpowiedział na liczne pytania czytelników „Gazety Lubuskiej”.

/Gazeta Lubuska, 11.X.2016/

dr Dorota Kazimierczak
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej

LECZENIE BÓLU. NIEOPIOIDOWE LEKI PRZECIWBÓLOWE. CZĘŚĆ II NIEOPIOIDOWE LEKI PRZECIWBÓLOWE POZBAWIONE DZIAŁANIA PRZECIWPALNEGO.

Nieopiodowe leki przeciwbólne (NLP) są, podobnie jak antybiotyki, najczęściej stosowanymi lekami. Znajdują się na I szczeblu drabiny analgetycznej – są właściwe w leczeniu bólu słabego i umiarkowanego.

W poprzedniej części opisane zostały niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ). Obecnie omówione zostaną preparaty pozbawione działania przeciwzapalnego: paracetamol, metamizol, nefopam, flupirtyna.

PARACETAMOL

To lek o działaniu przeciwbólowym i przeciwgorączkowym dostępny w Polsce od 1961 r. i należy do najczęściej nabywanego leku bez recepty. W sprzedaży znajduje się ponad 100 preparatów zawierających paracetamol sam lub w połączeniu z innymi lekami. Istnieje więc ryzyko przedawkowania paracetamolu, ponieważ nazwy tych preparatów są odmienne.

Mimo, że lek jest stosowany powszechnie nadal jego mechanizm działania nie został w pełni poznany. Istnieje kilka hipotez:

- wykazuje on ośrodkowy efekt hamujący cyklooksigenazę głównie COX-2 i nieznacznie COX-1; nie ma wpływu na obwodowe hamowanie COX;
- prawdopodobnie hamuje produkcję prostaglandyn w mózgowiu;
- wpływa na układ serotonergiczny poprzez aktywację dróg zstępujących hamowania bólu;
- oddziałuje na układ endokannabinoidów, układ opioidowy, receptory

NMDA, hamowanie syntezy tlenu azotu.

Paracetamol jest dostępny w postaci tabletek, tabletek musujących, proszku do sporządzenia roztworu, granulki podawanych pod język, syropu, czopków oraz preparatu dożylnego. Efekt kliniczny po podaniu doustnym występuje po 15-30 min w zależności od stosowanego preparatu. Lek działa 4 godziny i najczęściej jest stosowany doraźnie z powodu bólu lub gorączki rzadziej w terapii bólu przewlekłego.

Paracetamol jest metabolizowany w wątrobie na drodze glukuronizacji oraz sprzęgania z kwasem siarkowym lub cysteiną do nieaktywnych metabolitów wydalanych z moczem. Około 5% paracetamolu usuwane jest w postaci niezmięnionej przez nerki. Kolejne 5% leku ulega w wątrobie N-hydroksylacji przy udziale enzymów cytochromu P450 do toksycznego metabolitu N-acetylo-p-benzochinoiminy (NAPQI), który jest bardzo szybko unieczynniany przez grupy sulfhydrylowe glutationu i wydalany z moczem. W przypadku przedawkowania paracetamolu dochodzi do wyczerpania glutationu i toksyczny metabolit NAPQI uszkadza komórki. Stany związane z niedoborem glutationu tj. niedożywienie, niedobory witaminowe, nadużywanie alkoholu, mukowiscydoza, zakażenie wirusem HIV, choroby wątroby i jelit oraz terapia lekami indukującymi aktywność cytochromu P450 zwiększają ryzyko uszkodzenia wątroby.

Dobowa dawka maksymalna wynosi 4 g, chociaż u pacjentów w wieku podeszłym oraz chorych z chorobą nowotworową bezpieczne wydaje się 3 g leku na dobę. W przypadku w/w czynników ryzyka dawkę należy zmniejszyć do 2 g/dobę. Dawkowanie leku to 500- 1000

mg; w razie potrzeby dawkę można powtórzyć po 4-6 godzinach.

W pediatrii według *British National Formulary for Children* polecane są następujące dawki paracetamolu:

- **droga doustna** – u dzieci od 3 m.ż do 12 r.ż pierwsza dawka leku powinna wynosić w zależności od wysokości gorączki lub natężenia bólu 20-30 mg/kg m.c./dawkę; a następnie 15-20 mg/kg m.c./dawkę, do całkowitej dawki dobowej 90 mg/kg m.c./dobę;
- **droga doodbytnicza** pierwsza dawka paracetamolu powinna wynosić 30-40 mg/kg m.c./dawkę, a następnie 25-30 mg/kg m.c./dawkę do całkowitej dawki dobowej 120 mg/kg m.c./dobę.

Stosując paracetamol drogą doodbytniczą należy pamiętać, że biodostępność leku podawanego tą drogą jest o 50% niższa niż przy stosowaniu doustnym. Zależy też od wielu innych czynników: dawki leku, wielkości czopka, rodzaju podłoża (im większa lipofilność podłoża, tym większa biodostępność i szybszy efekt, jednak krótszy czas działania leku), a także od stopnia unaczynienia odbytnicy.

Objawy niepożądane to: reakcje alergiczne, bóle głowy, nudności i wymioty, reakcje nadwrażliwości, uszkodzenie wątroby i nerek głównie podczas długotrwałego przyjmowania wysokich dawek.

Paracetamol nie ma właściwości przeciwapagacyjnych.

Lek odznacza się bezpieczniejszym profilem działania w przewodzie pokarmowym niż NLPZ.

Pozostaje lekiem z wyboru jako środek przeciwgorączkowy i przeciwbólowy u kobiet w ciąży.

Paracetamol może być stosowany z lekami z grupy NLPZ oraz słabymi czy

silnymi opioidami. W Polsce dostępne są preparaty złożone o działaniu przeciwbólowym, które zawierają tramadol lub kodeinę. Są one dostępne w postaci tabletek o szybkim uwalnianiu (czas działania 6 godz.) oraz w postaci tabletek o przedłużonym uwalnianiu SR (czas działania 12 godz.).

METAMIZOL

To lek o działaniu przeciwbólowym, przeciwgorączkowy. Efekt kliniczny leku jest związany z zahamowaniem COX-2 i COX-3 w ośrodkowym układzie nerwowym, a także aktywacją układów opioidoergicznego i zstępującego układu antynocycetywnego oraz desensytyzacją nocyceptorów w tkankach obwodowych. Lek ma działanie spazmolityczne na mięśniówkę gładką oraz wykazuje wpływ na receptory kannabinoidowe.

Lek jest dostępny w postaci tabletek, proszku do sporządzenia roztworu, roztworu do wstrzyknięć. Możliwa jest droga doodbytnicza – preparat gotowy jest niedostępny, należy przygotować go w aptece.

Lek zazwyczaj jest podawany drogą dożylną w dawce 1 g w powolnym wlewie, w razie konieczności dawkę można zwiększyć do 2,5 g; dawka dobową 5 g/dobę. Można lek podać głęboko i.m.

Stosowany doustnie w dawce 500-1000 mg. Dawka dobową 3 g/dobę p.o. Dawkę jednorazową można powtórzyć po 6-8 godzinach.

Metamizol jest skuteczny w uśmierzaniu bólu pooperacyjnego o umiarkowanym natężeniu.

Siła analgetyczna dawki 2,5 g jest porównywalna z siłą działania 10 mg morfiny.

Leku nie stosujemy w sposób ciągły dłużej niż 7 dni z uwagi na wzrost ryzyka działań niepożądanych ze strony układu krwiotwórczego.

U dzieci stosować wyłącznie w leczeniu zagrażającej życiu gorączki, gdy inne leki są nieskuteczne lub przeciwwskazane. Stosować tak krótko jak to możliwe i po ukończeniu przez dziecko 1 r.ż.; dawkowanie zależne od masy ciała.

NEFOPAM

Analgetyk nieopiodowy o działaniu ośrodkowym. Lek hamuje wychwyt zwrotny serotoniny oraz noradrenaliny

w zstępującym układzie antynocycetywnym. W dużych dawkach działa cholinolitycznie, przeciwhistaminowo i miejscowo znieczulająco. Działa chro-no- i inotropowo dodatnio. Jest lekiem silniejszym niż NLPZ i może być stosowany w przypadku przeciwwskazań do leczenia NLPZ. Siła analgetyczna nefopamu to 50% siły analgetycznej morfiny.

Lek stosujemy w leczeniu bólu słabego i umiarkowanego ostrego oraz w leczeniu bólu przewlekłego o niewielkim nasileniu – np. u chorych onkologicznych. Dawki p.o. stosowane podczas posiłku lub po nim 30-90 mg 3x/dobę; u osób w wieku podeszłym należy stosować mniejsze dawki 30 mg 3x/dobę. Nie ma konieczności modyfikacji dawki u osób z niewydolnością nerek.

Nie stosować u dzieci do 12 r.ż. Ostrożnie u osób z chorobami wątroby, rozrostem gruczołu krokowego lub utrudnionym oddawaniem moczu, padaczką. Nefopam może powodować bezobjawowe zwiększenie aktywności aminotransferaz – przy dłuższym stosowaniu konieczna jest kontrola czynności wątroby.

Lek może powodować różowe zabarwienie moczu -nie jest to wynik krwimoczu czy uszkodzenia nerek.

Działania niepożądane to nudności i wymioty, nadmierne pocenie się, zawroty głowy, nadmierne pobudzenie, bezsenność, stany lękowe, zaburzenia widzenia, utrata łaknienia, suchość w ustach, trudności w połykaniu, trudności w oddawaniu moczu, tachykardia; u osób starszych mogą wystąpić omamy i dezorientacja.

W przypadku przedawkowania: drgawki, omamy, tachykardia, nadciśnienie tętnicze, gorączka, pocenie się.

FLUPIRTYNA

Nieopiodowy lek przeciwbólowy o działaniu ośrodkowym, selektywnie otwierający neuronalny kanał potasowy. Aktywuje sprzężone z białkiem G kanały potasowe w komórkach nerwowych. Wpływ jonów potasowych z komórek powoduje stabilizację ich potencjału spoczynkowego, zmniejszeniu ulega aktywacja błon komórek nerwowych. Lek wykazuje pośrednio antagonizm w stosunku do receptora

NMDA, co zmniejsza napływ jonów wapnia do komórek.

Flupirtyna ma wpływ rozluźniający na mięśnie szkieletowe. Lek zapobiega przejściu bólu ostrego w ból przewlekły, wygaszając pamięć o nim i obniżając wrażliwość na ból.

Lek ma zastosowanie w leczeniu zespołów bólowych narządu ruchu, migrenie, bólu neuropatycznym oraz bólu w chorobie nowotworowej. Dobry efekt przeciwbólowy uzyskujemy w leczeniu bólu związanego ze wzmożonym napięciem mięśni, zwłaszcza w bólu pourazowym oraz w przebiegu ucisku korzeni nerwowych.

Nie stosować u osób do 18 r.ż.

Podawać doustnie połykać w całości, popić płynem; w wyjątkowych sytuacjach kapsułkę można otworzyć i przyjąć jej zawartość- gorzki smak.

Dawkowanie zwykle 100 mg 3-4x dziennie co 6-8 godz.; w bólu o większym nasileniu 200 mg 3x dziennie. Maksymalna dawka dobową 600mg/dobę.

U osób w podeszłym wieku 2x 100 mg. Osoby z zaburzeniami czynności nerek dawka do 300mg/dobę.

Leczenie nie powinno trwać dłużej niż 14 dni.

Podczas podawania z innymi lekami metabolizowanymi głównie w wątrobie należy kontrolować aktywność enzymów wątrobowych przed leczeniem oraz regularnie w trakcie terapii.

Większe dawki leku mogą powodować zielone zabarwienie moczu; nie jest to istotne klinicznie.

W obu częściach artykułu poświęconego nieopiodowym lekom przeciwbólowym przedstawiono ich zalety i wady. Należy o nich pamiętać na I szczeblu drabiny analgetycznej, ale również, gdy istnieją wskazania do ich zastosowania w bólach umiarkowanych lub silnych, zwłaszcza u chorych z bólem kostnym (rozsiew do kości) lub NLP stanowią część "multimodalnego postępowania przeciwbólowego".



Dr n. med. Bogdan Jakubski, główny lekarz orzecznik ZUS w Zielonej Górze

Z PORADNIKA ORZECZNIKA



„CHYBA MNIE OSZUKAŁ?”

Nie chciałbym być postrzegany jako zwolennik tzw. spiskowej teorii dziejów, ale wróg, czytaj oszust, czai się wszędzie. Tak przynajmniej wynika z wyjaśnień i tłumaczeń lekarzy, przysyłanych mi przy kontroli zwolnień lekarskich. Pracują w pocie czoła, pełni zaangażowania, wiary w człowieka i chęci pomocy, w co akurat nie wątpię, ale czy ktoś to rozumie i docenia? Do tego narażeni są na tych wstrętnych oszustów i naciągaczy, którzy tylko czekają na okazję, by ich naciągnąć. Na co? Oczywiście, że na zwolnienie lekarskie, bo na co więcej. Moje podejrzania o czyhających powszechnie oszustach i naciągaczach nie są gołosłowne. W tygodniu wpływa do ZUS-u co najmniej kilkanaście wniosków od pracodawców o skontrolowanie zasadności wydanych ich pracownikom zwolnień lekarskich. We wnioskach tych podawane są informacje o okolicznościach, które zwykle poprzedziły fakt wydania przez lekarza zwolnienia.

Oto kilka przykładów.

31 maja - to w szkołach graniczna data dla ruchów kadrowych planowanych na następny rok szkolny. Pani X., nauczycielce w szkole w Ż., dyrekcja zaproponowała przejście na inne stanowisko pracy. Dzięki temu kończąca w szkole staż młoda, dobrze zapowiadająca się nauczycielka mogłaby zostać zatrudniona. Nie można jej było bowiem zatrudnić na tamtym

wolnym stanowisku. Pani X. długo się zastanawiała, udzielenie odpowiedzi stale przekładając na „jutro”. W końcu 20 maja, w kolejne „jutro”, nie przyszła do pracy, lecz przez rodzinę przekazała zwolnienie lekarskie. Powodem niezdolności do pracy przez okres 30 dni było schorzenie z grupy oznaczonej symbolem F, a wydał je lekarz p.o.z. niebędący psychiatrą. Nie byłoby może w tym nic dziwnego – nieszczęścia chodzą po ludziach i to przeważnie parami. Żyjemy w świecie pełnym napięć, stresów, w ogromnym tempie i nie wszyscy tempo to wytrzymują. Lekarzowi też nie można odmówić wiedzy i umiejętności oceny stanu psychicznego. To co, że nie był psychiatrą? Skoro uważał, że się zna? Chociaż ostatecznie wyszło to wszystko niekoniecznie dobrze i elegancko. 9 czerwca, a więc prawie w połowie orzeczonej niezdolności, Pani X. wróciła bowiem do pracy. Tak po prostu, jakby nic się nie stało. Przyszła do pracy, oświadczyła „jestem, czuję się już dobrze, mogę pracować”. Wobec stwierdzenia dyrekcji, że przecież jest na zwolnieniu lekarskim, że tak nie można, oświadczyła, że przyniesie odpowiednie zaświadczenie lekarskie. I przyniosła, od innego lekarza – specjalisty medycyny rodzinnej – uprawnionego do badań profilaktycznych, że brak przeciwwskazań do pracy na stanowisku nauczycielki. O propozycji przesunięcia jej na inne stanowisko już nie rozmawiano. Minął 31 maja i czas rozwiązał problem. Nauczycielka, którą można było zatrudnić, nie została zatrudniona. **A co lekarz, który pomógł Pani X. zrealizować jej plan? „Była w takim stanie psychicznym, że musiałem jej pomóc” oświadczył. Gdy usłyszał, czym się to wszystko skończyło, dopowiedział: „Chyba mnie oszukała”. Cóż można dodać? Że chyba tak! Ach, ci oszuści! A lekarz tak bardzo chciał jej pomóc. Zamiast dać kilka dni zwolnienia i zalecić wizytę u specjalisty, sam od siebie, tak się zaangażował, że dał od razu aż 30 dni.**

Ach, ci oszuści!

Pan Y. – 25-letni mężczyzna - pracował w prywatnej firmie, znajdując się w okolicach Zielonej Góry.

Pracując, uczył się, co akurat trzeba mu zapisać na plus. W czerwcu, w związku z czekającym go egzaminem, zwrócił się do pracodawcy o 10 dni urlopu wypoczynkowego. Dla pracodawcy egzamin pracownika jest ważny, ale realizacja planów produkcyjnych i los firmy ważniejszy. Tłumacząc się przed pracownikiem, z ciężkim sercem odmówił mu więc urlopu. Do pracy Pan Y. i tak nie przyszedł. Do zakładu wpłynęło zwolnienie lekarskie wydane na okres 10 dni przez lekarza rodzinnego. Co mu było? „Mówił, że w pracy coś dźwignął i bolą go plecy” wyjaśniła lekarka. **Po usłyszeniu o wydarzeniach, jakie miały miejsce w zakładzie, o wizycie rozżalonego pracodawcy w ZUS-ie, przyznała, że „Chyba mnie oszukał”. Cóż dodać? Wszystko wskazuje na to, że chyba tak.**

Ach, ci oszuści!

Pan Z. też pracował w prywatnej firmie. Firma zdobyła dobry kontrakt, zwiększyła produkcję, zatrudniła dodatkowych pracowników. Zaszła potrzeba uruchomienia drugiej zmiany. Rozwój firmy to jej mocniejsza pozycja na rynku, to pewniejszy los załogi. Tak by się jednak tylko wydawało. Pan Z. nie dał się firmie zatrudnić na 2 zmiany. Postanowił z niej odejść – najpierw na zwolnienie lekarskie, a potem całkowicie. Gdy otrzymał polecenie przyścia w dniu następnym na drugą zmianę, nie odrzekł nic, tylko na drugi dzień rano odwiedził lekarza. Jak nietrudno się domyśleć zgłosił, że w pracy dźwignął jakąś skrzynię i tak go plecy rozboleły, że całą noc nie spał, a dziś się ledwo rusza i do pracy absolutnie iść nie może. Otrzymał oczywiście to, co chciał, w końcu wiedział kogo i o co prosi. Nie mijało mu przez kilka tygodni, w końcu znalazł sobie inną pracę i zwolnił się. Bóle też, jakoś tak, jakby same ustąpiły. **A lekarz, usłyszawszy o okolicznościach poprzedzających zachorowanie, tłumaczył się jak wszyscy: „pewnie mnie oszukał”.**

Ach, ci oszuści!

Przygnębiający i smutny obraz naszej rzeczywistości wyłania się z opisanych wyżej sytuacji. **Żyjemy w świecie fikcji. Niektórzy pracownicy udają, że pracują, niektórzy pracodawcy udają, że płacą. Niektórzy pacjenci udają, że chorują, a niektórzy lekarze, że im wierzą.** Ci sami lekarze, proszeni później o wyjaśnienie, udają, że mówią prawdę. Nie włączam się w ten układ.

Nie staram się być prokuratorem, nie oskarżam. Nie staram się być sędzią, nie osądzam. Przyjmuję fakty do wiadomości, a wkurzonym wnioskodawcom odpisuję, że opisane przez nich zdarzenia mogą budzić wątpliwości, co do rzeczywistych okoliczności i motywów wydania przez lekarza zwolnienia i wskazują, że o faktach tych należałoby być może powiadomić prokuraturę. Tam bowiem narzędzia prawne mogące przerwać krąg fikcji i zakłamania.

Jest jeszcze jeden aspekt tego zagadnienia- edukacja. Jesteśmy przecież częścią systemu edukacyjnego społeczeństwa. Uczymy naszych pacjentów nie tylko dawkowania leków, ale także udzielania I pomocy, zasad higieny, odżywiania, pielęgnacji, sposobu wykonywania pracy, zapobiegania chorobom itd. Z naszego podejścia i szacunku do obowiązującego prawa wynika też szacunek do tego prawa naszych podopiecznych. Czy będzie szanował prawo ktoś, kto uzyskuje świadczenie na drodze złamania prawa? Czy będzie przy tym szanował tego, kto dla niego to prawo złamał, albo tego, kogo jest tak łatwo oszukać, bo się oszukać daje? Kto raz to zrobi, poproszony ponownie będzie musiał ulec i zrobić to znowu, bo odmówić się nie da. A kto się nauczy w ten sposób iść przez życie, będzie miał ciągoty, by z tej łatwej drogi, na skróty, korzystać.

Jak w kontekście opisanych w niniejszym felietonie przypadków wygląda w oczach pacjenta lekarz jako nauczyciel zdrowia, autorytet i wzór do naśladowania? Blado? To chyba za lekko powiedziane. Ale może i to wtapia się w naszą codzienną rzeczywistość, ogólny system edukacji, znajomość i przestrzeganie prawa, szacunek do pracy, do innego człowieka. Ale doprawdy, czy musimy, jako lekarze, przykładać do tego rękę?

Dużo pytań, zdecydowanie za dużo i jakoś tak smutno. Dla poprawy nastroju zacytuję więc, kojarzącą mi się z całą sytuacją, fraszkę wspaniałego Jana Sztayndyngera pt. „O przeuczaniu młodzieży” „I po cóż znać im wszystkie litery, skoro do szczęścia wystarczy cztery?”

Przed przenikliwością i mądrością Mistrza chyłę czoła.

Resztę pozostawiam ku rozwadze.

NFZ INFORMUJE

Szanowni Państwo

Lubuski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia przypomina, iż zostało opublikowane Zarządzenie Nr 80/2016/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty oraz Zarządzenie Nr 81/2016/DSOZ z dnia 29 lipca 2016 r. zmieniającego zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 45/2009/DSOZ w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zarządzenie Nr 80/2016/DGL jest konsekwencją wejścia w życie ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1991). Wyżej wymieniona ustawa, wprowadziła zmianę w art. 48 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345, z późn. zm.), zwanej dalej ustawą refundacyjną, polegającą na zniesieniu obowiązku zawierania przez Fundusz umów upoważniających do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych, przysługujące świadczeniobiorcom.

Na mocy obowiązujących przepisów dyrektorzy oddziałów Funduszu w dalszym ciągu są zobowiązani do nadawania unikalnych numerów identyfikujących recepty, dla recept w postaci papierowej.

W związku z powyższym w dniu 01.08.2016 r. na stronie Lubuskiego OW NFZ został zamieszczony „Komunikat dla osób uprawnionych do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych w sprawie ubiegania się o nadanie numerów recept z wykorzystaniem Portalu NFZ”, wskazujący nowe zasady obowiązujące w zaopatrywanie się w numery recept refundowanych.

Poniżej przedstawiamy instrukcję logowania się do Portalu Personelu:

1. Po zalogowaniu się na swoim koncie w Portalu Personelu (dotyczy osób,

które posiadają umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych i mają już dostęp do Portalu Personelu) w zakładce wnioski, należy wybrać „dodaj wniosek o aktualizację danych osób uprawnionych do wystawiania recept”. Po jego wypełnieniu i przekazaniu do OW NFZ wniosek ten należy wydrukować i wraz z oryginałami dokumentów złożyć osobiście pod niżej podanymi adresami:

- a) Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ Wydział Gospodarki Lekami ul. Podgórna nr 9b 65-057 Zielona Góra
- b) Delegatura Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ul. Targowa 2 66-400 Gorzów Wlkp.

2. W przypadku osób, które posiadają umowę upoważniającą na wystawianie recept refundowanych i nie posiadają dostępu do Portalu Personelu, powinni wejść na stronę internetową www.nfz-zielonagora.pl w zakładkę Świadczeniodawcy i Farmaceuci, a następnie w Portal Personelu/ Logowanie do systemu. W celu uzyskania dostępu do Portalu, należy jednorazowo wybrać „wniosek o dostęp do portalu”, który trzeba wypełnić według prowadzącej w nim ścieżki, następnie zatwierdzić wszystkie naniesione dane i przekazać elektronicznie do OW NFZ. Tak przekazany wniosek należy wydrukować.

Uzyskany w ten sposób indywidualnym loginem i hasłem, należy zalogować się na swoim koncie na Portalu Personelu i postępować tak jak w pkt. 1.

W celu sprawnego składania wniosków i zachowania ciągłości w możliwości wystawiania recept refundowanych dla siebie, rodziny oraz pacjentów w 2017 r., proszę o niezwłoczne składanie wniosków elektronicznych i jednorazowe przybycie do siedziby Funduszu w Zielonej Górze/ Delegatury OW NFZ w Gorzowie Wlkp. wraz z niezbędnymi dokumentami.

W przypadku jakichkolwiek pytań, wątpliwości możliwy jest kontakt telefoniczny z pracownikami Wydziału Gospodarki Lekami, urzędującymi pod wskazanymi numerami telefonów: Pani Aneta Karłowicz (68)328 76 79 (LOW NFZ Zielona Góra) Pani Sandra Suska (68)328 77 35 (LOW NFZ Zielona Góra) Pani Joanna Bożek (95)733 63 04 (Delegatura OW NFZ Gorzów Wlkp.).

Z poważaniem

Aneta Karłowicz

Specjalista Dział Programów Lekowych, Monitorowania, Analiz, Refundacji i Rozliczeń; Wydział Gospodarki Lekami LOW NFZ w Zielonej Górze

Szczepienia - list otwarty Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej do społeczeństwa polskiego

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz w dniu 20 listopada 2016 roku po emisji programu Studio Polska wyemitowanego na antenie TVP Info w dniu 19 listopada 2016 roku wystosował list otwarty do polskiego społeczeństwa o następującej treści:

„Po obejrzeniu programu Studio Polska wyemitowanego na antenie TVP Info w dniu 19 listopada 2016, pomimo faktu, iż przed niewielu dniami wystosowałem pismo do Prezesa TVP przesłane do wiadomości Ministra Zdrowia, by zaprzestano działań szkodzących zdrowiu publicznemu w Polsce stwierdzam, że Telewizja Polska kontynuuje akcję antyszczepionkową.

Celem kolejnego programu było wywołanie w społeczeństwie lęku przed szczepieniami. Na taki cel wskazywał przede wszystkim sposób prowadzenia programu, uniemożliwiający przedstawienie racjonalnych przesłanek za szczepieniem, dopuszczający do obrażania obecnych w studio autorytetów medycznych. Zamiast spokojnego wysłuchania ekspertów medycznych, pojawiło się przejęcie na siebie roli ekspertów przez prowadzących, wskazujących, że rację ma jedynie ten, który jest przeciwny szczepieniom. Na cel wywołania w społeczeństwie lęku przed szczepieniami wskazywał również dobór zaproszonych rodzin osób, u których wystąpiły niepożądane odczyny poszczepienne, z których nieszczęściem bardzo trudno się pogodzić. Zamiast danych dotyczących częstotliwości występowania niepożądanych odczynów poszczepiennych, szerokiego wyjaśnienia procedury ich zgłaszania pojawiła się głębia ludzkiego nieszczęścia wzmocniana płaczem obecnej w studio osoby niepełnosprawnej. U każdego widza, który ma w sobie współczucie dla ludzkiego nieszczęścia musiał się obudzić odruch lęku, by nie dotknęło to jego lub jego najbliższych.

Zwracam się zarówno do widzów tego programu, do każdej Polki i Polaka, do naszych pacjentów, by dbali o swoje zdrowie, rozumiejąc, że zabezpieczenie się przed epidemiami może mieć miejsce tylko przez masowe szczepienia, które medycyna uważa za największe osiągnięcie redukujące choroby, które nie tak dawno dziesiątkowały Europę i świat.

Zaznaczam, że środowisko lekarskie na co dzień spotyka się z problemem chorób zakaźnych u osób, które nie zabezpieczyły się poprzez szczepienia i spotkanie z tymi chorymi jest nieporównywalnie więcej niż zdarzeń niepożądanych. Apeluję do Koleżanek i Kolegów lekarzy i lekarzy dentyistów, aby zarówno każda choroba zakaźna, jak i wszystkie niepożądane odczyny poszczepienne były sumiennie zgłaszane do Inspekcji Sanitarnych, tak, aby nikt nie miał wrażenia, że lekarze i lekarze dentyści zamiatają te kwestie pod dywan.

Do obowiązków lekarza i lekarza dentyisty należy nie tylko porada w zakresie szczepień, zgłaszanie występowania niepożądanych odczynów poszczepiennych, ale przede wszystkim danie przykładu, że sam się szczepi. Dlatego też w dniu 9 grudnia 2016 roku członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej publicznie poddadzą się szczepieniu przeciwko pneumokokom. W szczepieniu będzie również uczestniczył Główny Inspektor Sanitarny Marek Posobkiewicz. Wszyscy poddamy się stosownej obserwacji i jeśli u któregokolwiek z nas wystąpią niepożądane odczyny poszczepienne złożymy stosowny raport i opublikujemy go na naszej stronie.

Zwracam się do Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła, by dołączył do mojego wezwania i zaapelował do Prezesa Telewizji Polskiej Jacka Kurskiego, by publiczna telewizja zaprzestała akcji antyszczepionkowej i zaczęła promować zachowania prozdrowotne służące dobru publicznemu”.



dr Włodzimierz Janiszewski - specjalista epidemiolog

SZKODLIWY RUCH ANTYSZCZEPIONKOWY

Szczepionki, jako wielka zdobycz cywilizacji, są najskuteczniejszą metodą ochrony przed groźnymi chorobami zakaźnymi.

Idea szczepień ochronnych narodziła się z obserwacji natury. Gdy organizm ludzki zetknie się z osłabioną bakterią czy małą ilością wirusów, jego system immunologiczny wytwarza odporność, która chroni go przed zachorowaniem.

Szczepionka to właśnie preparat pochodzenia biologicznego, zawierający odpowiednio dobrane i wyselekcjonowane drobnoustroje chorobotwórcze. Wprowadzając do ustroju śladowe ilości wrogich, nieszkodliwionych mikroorganizmów lub tylko fragmentów ich DNA, prowokujemy odpowiedź immunologiczną. Dzięki temu układ odpornościowy rozpoznaje atakujące go wirusy i bakterie i unieszkodliwia je. Taka pamięć immunologiczna może trwać przez całe życie, ale może wygasać po kilku latach od zetknięcia z drobnoustrojem.

Przed kilku laty w Wielkiej Brytanii, na tle oszukańczych manipulacji medyczno-prawniczych, powstał bardzo szkodliwy dla zdrowia publicznego ruch antyszczepionkowy. W 1998 roku nieuczciwy lekarz Andrew Wakefield wraz ze współpracownikami ze szpitala Royal Free w Londynie zamieścili w poważnym, naukowym czasopiśmie „Lancet” artykuł, w którym opisali, że u ośmiorga dzieci w 6 dni po szczepieniu preparatem MMR przeciwko śwince odrze i różyczce wystąpiło zapalenie jelit, a następnie po 2 tygodniach od podanej szczepionki dzieci te zachorowały na autyzm. Dr Wakefield sugerował, że

zawarty w szczepionce wirus odrzy uszkodził barierę jelitową, co spowodowało wchłanianie do krwi neuropeptydów odpowiedzialnych za zmiany w mózgu i rozwój autyzmu.

Wśród rodziców w wielu krajach pojawiła się fala strachu o zdrowie i bezpieczeństwo ich dzieci. Wówczas, również w Polsce, zaczęły powstawać zorganizowane ruchy antyszczepionkowe. W tym czasie nawet ówczesny premier Wielkiej Brytanii wraz z żoną odmówili zaszczepienia swego syna szczepionką MMR.

W USA powołano w tej sprawie komisję kongresu, mającą ustalić, czy istnieje związek między wspomnianą szczepionką a autyzmem.

Pojawiły się także artykuły sugerujące, że stosowane w niektórych szczepionkach substancje konserwujące na bazie związków rtęci (timerosal) zdolne są uszkodzić układ odpornościowy, w tym również mózg (obecnie timerosal został wycofany). Rozpoczęły się na szeroką skalę badania i dochodzenie w celu zweryfikowania tych zarzutów.

Pierwsze poważne wątpliwości o wpływie szczepionek na autyzm pojawiły się w 2004 r. Dochodzenie ujawniło że dzieci, które badał A. Wakefield, nie pojawiły się w szpitalach przypadkowo. Rodzice przynajmniej pięciorga z nich byli klientami adwokata, który wystąpił z pozwem przeciwko producentom szczepionki MMR, zarzucając im, że wywołuje autyzm. Okazało się, że lekarz A. Wakefield przyjął od tych prawników 55 tys. funtów.

Po tych informacjach „Lancet” zdecydowanie zareagował i fałszywy artykuł wycofał z bazy medycznej.

W różnych krajach przebadano wiele milionów dzieci, w samej Finlandii 2 miliony i nie potwierdzono związku szczepionki MMR z autyzmem. Lekarz okazał się oszustem i wkrótce został pozbawiony prawa wykonywania zawodu.

Niestety, pomimo tych niezaprzedalnych dowodów ruchy antyszczepionkowe nie zaprzestały działania. Obecnie

nawet przekonują, że objawy występujące u osób dorosłych, np. bóle mięśni czy zespół przewlekłego zmęczenia, to efekt szczepień w dzieciństwie. Jest to już zdecydowana nieprawda a nawet hochsztaplerstwo.

Należy jednak pamiętać, że pomimo że szczepionki są najbezpieczniejszymi lekami, to szczepienie nie jest pozbawione ryzyka, ponieważ ingeruje w układ odpornościowy. Są to tzw. niepożądane odczyny poszczepienne, np. w wyniku uczulenia na składniki szczepionki, niewłaściwe przechowywanie. Nieprawidłowe reakcje układu odpornościowego jeśli pojawią się, to w ciągu miesiąca. Są one jednak niezwykle rzadkie i dokładnie nie analizowane.

Aktualnie tzw. wyszczepialność szczepień obowiązkowych wynosi ponad 90%, zalecanych około 20%, a na grype 4-5%, co lokuje nasz kraj prawie na końcu państw europejskich.

Aby populacja była zabezpieczona przed chorobami zakaźnymi, stan zaszczepienia nie może być niższy niż 85%. Aktualnie corocznie około 3 tys. rodziców pisemnie odmawia szczepień – ale w 2012 r. nie zaszczepiono 5,5 tys. najmłodszych dzieci, natomiast w 2015 już około 17 tys. (sic!).

Szczepienia wykorzeniły (eradykacja) ospę prawdziwą, wyeliminowały wiele chorób np. w Polsce od 30 lat nie ma polio, a spektakularnym dowodem ich skuteczności są szczepienia przeciw WZW typu B. Mianowicie przed 25 laty notowano ponad 40 zachorowań na tę chorobę na każde 100 tysięcy mieszkańców, a po wprowadzeniu szczepień wśród noworodków i starszej młodzieży WZW typu B występują tylko 4 zachorowania (spadek 10-cio krotny). Podobnie przedstawia się sytuacja ze spadkiem zachorowań na odrę, świnkę i różyczkę.

Jednak w krajach Zachodniej Europy w ostatnich latach wzrastają zachorowania na odrę i krztusiec, a nam grozi tzw. epidemia wyrównawcza, czyli zachorują te osoby, które się nie zaszczepiły. Szczepionka na krztusiec działa tylko około 5 lat i należy potem podawać dawki

przypominające. Bardzo niebezpieczna jest odra, ponieważ po zachorowaniu może wystąpić ostre zapalenie mózgu.

Warto podkreślić, że szczepionki są najpowszechniej stosowanym preparatem w historii medycyny i trwa to już z ogromnym sukcesem od ponad 200 lat. Szczepieniami zajmuje się nauka – **wakcynologia**, której nazwa pochodzi od łacińskiej „vaccinus” na uhonorowanie Edwarda Jennera, który był wynalazcą pierwszej nowożytnej szczepionki przeciw ospie prawdziwej opartej na bydłęcym wirusie ospy (vaccinia).

Na zakończenie rozważań o potrzebie zwalczania ruchu antyszczepionkowego poprzez dobrą i rzetelną informację o wartości szczepień warto przypomnieć, w jakich latach wynaleziono najpopularniejsze szczepionki: ospa - 1796, wścieklizna - 1882, tężec, błonica - 1890, cholera - 1892, krztusiec - 1920, gruźlica - 1927, grypa - 1945, polio - 1952, odra - 1964, różyczka - 1970, ospa wietrzna - 1974, WZW typu B - 1981, WZW typu A - 1992, HPV - 2004.

Trwają intensywne badania nad nowymi szczepionkami, które mają chronić przez wąglikiem, WZW typu C, boreliozą, AIDS, helicobacter pylori, malarią czy nową doustną przeciwko grypie.

Być może dzięki inżynierii genetycznej w przyszłości szczepionki będzie można hodować na polach uprawnych. Umożliwia to proces tzw. transgenicznej implantacji, polegający na wbudowaniu materiału genetycznego zarodka do komórek warzywa lub owocu np. do sałaty czy banana.

Nowe podejście do szczepień to próby odczulania, które są swego rodzaju szczepieniami. Jego celem jest przyzwyczajenie organizmu do pewnej dawki alergenu. Jeszcze inny problem to szczepionki przeciwnowotworowe. Ich wytwarzanie polega na wychwytywaniu komórek nowotworowych, przygotowaniu z nich szczepionki i podawaniu jej pacjentowi, aby mógł uruchomić własny układ odpornościowy po zastosowaniu leczenia tradycyjnego. Szczególnie dotyczy to czerniaka złośliwego, raka jelita grubego czy raka nerki – nowotworów o udokumentowanej immunogenności.

Wakcynologia jeszcze może nas pozytywnie zaskoczyć.

Wspomnienia



LEKARZE W KARYKATURACH

(CIĄG DALSZY)

Karykatury autorstwa dr Marii Śliwińskiej wykonane w latach 1957-1958. Ze zbiorów dra B. Jodłowskiego



Według zgodnej opinii specjalistów miał zmienić ogólną orientację psychoanalizy we Francji i w innych krajach. Okrzyknięty i uważany za geniusza albo za skandalistę – Lacan urodził się w 1901 r. w burżuazyjnej rodzinie. Studia medyczne podjął na Sorbonie, a dopiero później przystąpił do szkolenia w psychiatrii pod kierunkiem znanych ówczesnych specjalistów, m.in. Cleramboaulta. Od niego nauczył się sztuki obserwacji, natomiast od surrealistów, których znał i podziwiał, nauczył się sztuki autoprezentacji. Najlepiej chyba ujęła to historyk psychoanalizy we Francji Elizabeth Roudinesco, która tak opisała zachowanie Lacana: „Ubrał się w sposób podobny do jego barokowej składni. Wkrótce po pierwszym semestrze przeniósł się do amfiteatru w Sainte-Anne... Tam, przez ponad 10 lat, rozprawiał zmieniającym się co chwila głosem, na przemian grząc i schodząc do słabego szeptu, przerywanego co jakiś czas westchnieniami i chwilami wahania. Przed seminarium spisywał wszystko, co miał zamiar powiedzieć, a następnie, w obecności widowni, improwizował niczym aktor, który mógł pobierać lekcje dykcji u Greta Garbo i mieć Arturo Toscaniniego za duchowego przewodnika. Lacan stwarzał pozory fałszu, ponieważ mówił prawdę, jak gdyby poprzez napięcie głosu, który w każdej chwili był bliski załamania, wydobywał na powierzchnię, niczym jakiś bruchomówca, sekretne zwierciadło nieświadomości – objaw mistrzostwa nieustannie balansującego na granicy ostatecznego upadku. Czarownik pozbawiony magii, guru nie znający hipnozy, prorok bez bóstwa, fascynował publiczność wspaniałym językiem, który roztaczał swój urodzieliwski urok, wskrzeszając jednocześnie ducha wieku Oświecenia”.

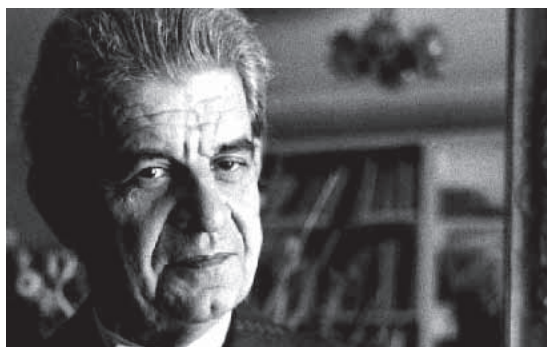
W 1932 r. uzyskał tytuł doktora medycyny i pozostał praktykującym psychiatrą i psychoanalitykiem. W 1936 r. po raz pierwszy sformułował własną koncepcję psychoanalizy, nazywaną „studium lustra”, która nadawała centralne znaczenie tzw. sferze imaginyjnej w rozwoju człowieka. Rozgłos i sławę wykraczające poza granice Francji zyskał od połowy lat 50-tych, kiedy sam zaczął prowadzić regularne seminarium na Uniwersytecie Paryskim. Założył



Prof. dr hab. Lilianna Kiejzik

WIELCY MYSLICIELE

też własną szkołę psychoanalityczną we Francji, ale z Międzynarodowego Towarzystwa Psychoanalitycznego, w wyniku rozbieżności z oficjalnie przyjętą interpretacją zjawisk, został wykluczony. Bardzo silnie oddziaływał na życie intelektualne Francji, przy czym największe znaczenie miały nie jego prace, które do dzisiaj nie doczekały się pełnego wydania, co prowadzone przez niego seminaria. Zaliczany obok Foucaulta, Levi-Straussa i Derridy do czołowych przedstawicieli poststrukturalizmu. Zmarł w Paryżu w 1981 r.



Głównym motywem jego twórczości była zasada sformułowana po raz pierwszy w latach 50-tych, że język posiada zdolność wypowiedzenia czegoś innego niż to, co mówi. Możemy powiedzieć krótko: język mówi poprzez istoty ludzkie tak samo, jak one mówią językiem.

Podjął próbę reinterpretacji Freuda. I to stało się jego celem. Pragnął dokonać rewizji teorii subiektywności i seksualności. Interpretował go, starając się rozjaśnić i tchnąć nowe życie w cały szereg pojęć, wśród których jedno z ważniejszych miejsc zajmuje pojęcie nieświadomości. Lacan twierdził, że czynnikiem, który stanowił największą przeszkodę dla poznania rewolucyjnego charakteru dzieł Freuda, był pogląd, że „ego” ma podstawowe znaczenie dla rozumienia ludzkiego zachowania. Teoria „ego” jako czegoś, co stanowi źródło tożsamości jednostki zapanowała nie tylko w amerykańskiej psychologii, ale rozprzestrzeniła się na nauki społeczne i humanistyczne. Panowała więc pewność, że „ego” znajduje się w samym centrum życia psychicznego człowieka.

Natomiast Lacan, podkreślając w charakterystyczny dla strukturalizmu sposób, że język jest systemem różnic, rzucił światło na doniosłą rolę języka w pracach Freuda. Ale jeszcze w 1936 r., kiedy ujęcie strukturalistyczne nie było powszechnie znane, sformułował teorię „studium lustra”.

Jacques Lacan (1901-1981)

Otóż powiada ona o powstawaniu u dziecka (enfant = nieme) – między szóstym a osiemnastym miesiącem życia, zanim jeszcze nauczy się

mówić i opanuje wiele umiejętności motorycznych – zdolności rozpoznawania własnego obrazu w lustrze. Ta czynność rozpoznawania nie jest oczywista: dziecko musi bowiem zrozumieć, że obraz zarazem jest nim samym (tj. jego obrazem), jak i nie jest nim samym (jest tylko lustrzanym odbiciem). Ów obraz nie jest tożsamy z dziecięcym podmiotem, a stawanie się podmiotem ludzkim (to znaczy bytem społecznym) oznacza akceptację tego stanu rzeczy. Wkraczanie dziecka w język jest całkowicie uzależnione od rozpoznawania własnego odbicia. Dotyczy to również formowania się „ego” (centrum świadomości). Zasadniczą rolę zaczyna tu odgrywać język i elementy symboliczne (kulturowe), podczas gdy wcześniej powszechnie uważano, że podstawą ludzkiej subiektywności są czynniki biologiczne (tzn. przyrodnicze). Lacan ujął to w Wykładzie Rzymskim z 1953 r. w następujący sposób: „Człowiek mówi,

ale jest tak dlatego, że symbol uczynił go człowiekiem”.

Język odgrywa również kluczową rolę w czasie sesji psychoanalitycznej, podczas której skłania się pacjenta do mówienia wszystkiego, co przychodzi mu na myśl (bez wyjątku), odgrywa bowiem kluczową rolę w samym konstytuowaniu się pamięci. Właśnie dlatego mówi się, że istoty ludzkie nieuchronnie przenika porządek symboliczny.

Język nie jest jednak po prostu nośnikiem myśli i informacji; nie jest również jedynie środkiem komunikacji. Lacan dowodził, że to co powoduje defekty komunikacji, również jest znaczące. W języku i poprzez język rodzą się też nieporozumienia, błędy i takie własności, jak: przejęzyczenia, roztrągnięcia, zapomnienie nazw, pomyłki w czytaniu – to wszystko, co Freud analizował w „Psychopatologii życia codziennego”. Są to otóż własności, na podstawie których można dostrzec skutki działania nieświadomości. I to te własności pozwoliły Lacanowi powiązać język i nieświadomość w słynnym aforyzmie: „Nieświadomość posiada taką samą strukturę, jak język”. A zatem, to właśnie nieświadomość rozsądza komunikacyjny dyskurs – i nie dochodzi do tego przypadkowo, ale zgodnie z pewną strukturalną prawidłowością.

Wedle Lacana, chociaż język jest podstawowym składnikiem porządku Symbolicznego, w psychoanalizie (dla kreacji podmiotu) ważne są jeszcze dwa pozostałe porządki: porządek Tego, co Wyobrażone i porządek Tego, co Rzeczywiste. To, co Rzeczywiste = to, co realne.

To, co Symboliczne = to, co posiada brak rzeczywistości.

To, co Wyobrażone = jest miejscem, gdzie podmiot nie rozpoznaje natury Tego, co Symboliczne. Tj. To, co Wyobrażone jest dziedziną iluzji.

Jedno z określeń Tego, co Rzeczywiste, sformułowanych przez Lacana jest takie, że zawsze znajduje się ono na swoim miejscu. Jest tak dlatego, ponieważ tylko to, co nie znajduje się na swoim miejscu, może zostać ujęte symbolicznie, a tym samym sformalizowane. To, co Symboliczne, jest substytutem tego, co nie znajduje się na swoim miejscu. Słowo, symbol zawsze pociągają za sobą nieobecność przedmiotu.

Jednak na płaszczyźnie formowania się indywidualnego podmiotu, który posiada płeć, tym, co nieobecne, jest fallus matki. Chodzi o to, że wkraczanie

dziecka w język odbywa się równoległe z oddzieleniem się od matki. Zanim to oddzielenie nastąpi, istnieje pełnia oparta na jedności matki i dziecka. Po oddzieleniu matka staje się dla dziecka pierwszym przedmiotem, to znaczy pierwszym doświadczeniem nieobecności, czy też braku. Dla matki zaś, według Lacana, dziecko jest substytutem nieobecnego fallusa; doznaje ona uczucia spełnienia dzięki bliskiej więzi łączącej ją z dzieckiem. Ale gdyby nie dochodziło do oddzielenia, tworzenie języka zostałoby zahamowane. Ojciec z kolei jest tym czynnikiem, który stara się ingerować w stosunek między matką i dzieckiem, co sprawia, że identyfikując się z nim dziecko może zacząć tworzyć własną tożsamość. W tym scenariuszu (oczywiście w metaforycznej postaci to wszystko się odbywa) matka (i wszystko to, co żeńskie) zajmuje miejsce Tego, co Rzeczywiste, natomiast ojciec Tego, co Symboliczne oraz część Tego, co Wyobrażone, którą może pojąć dziecko. Bardziej prosto możemy to zinterpretować tak: tożsamość dziecka jest wynikiem zaakceptowania przez nie zróżnicowania płciowego. W tym procesie różnicowania najważniejszą rolę odgrywa dostrzeżenie przez dziecko, że jego matka nie posiada fallusa: nosi więc w sobie znak (symbol) zróżnicowania. Fallus więc na status symboliczny. W najogólniejszym sensie, To, co Symboliczne, nadaje światu sens i prawo, a nawet porządek.

Dla wielu autorek feministycznych najważniejszą konsekwencją tej swoistej antropologii Lacana jest system patriarchalny, który stawia na piedestale męskość i w ogóle męczyznę. Lacan jakby sam to potwierdzał, głosząc aforyzmy: „Kobieta nie istnieje”, „Kobieta nie jest pełnią”. To pierwsze stwierdzenie ma wskazywać na to, że nie ma żadnego stereotypu, który ujmuje istotę kobiety. Właśnie dlatego seksualność jest zawsze grą masek i zasłon. A zatem powiedzenie, że kobieta nie istnieje, znaczy zwykle, że różnicy płci nie można ująć w żadnej symbolicznej formie; nie może ona posiadać żadnej reprezentacji. Drugie stwierdzenie nawiązuje do tego, że kobieta nie posiada fallusa i tym samym odgrywa pewną rolę w powstaniu Tego, co Symboliczne. Nie jest to więc wizerunek negatywny kobiety, a wielu tak właśnie to interpretuje.

Szkolenia Konferencje

Firma G-Pharma zorganizowała w Hotelu For/Rest dwa kolejne sympozja naukowo-szkoleniowe „*Medycyna rodzinna 2016 – Terapia z uwzględnieniem wieku i płci*” oraz „*Dermatologia 2016 – standardy postępowania – najnowsze doniesienia*”.



W Ośrodku Wypoczynkowym „Leśnik” w Łagowie odbyła się **V Lubuska Konferencja Diabetologiczna**. Jej organizatorami byli: Dyrekcja SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze (**dyrektor dr Dariusz Sucharski**), oraz Oddział Wewnętrzny i Diabetologii (**ordynator dr Bożena Mospan**). Celem konferencji było przedstawienie i popularyzowanie zasad kompleksowej opieki diabetologicznej, prowadzonej przez interdyscyplinarny zespół w oparciu o aktualnie obowiązującą wiedzę. Wygłoszono kilkanaście merytorycznych referatów. Wykładowcami byli lekarze, specjaliści z Zielonej Góry, Gorzowa Wlkp., Wrocławia, Krakowa i Poznania. Najważniejsi sponsorzy: Ascensia i Bioton. Za udział w Konferencji Izba Lekarska przyznała 10 punktów edukacyjnych.



W Izbie Lekarskiej odbyło się spotkanie lekarzy rodzinnych południowej części województwa lubuskiego skupionych w Porozumieniu Zielonogórskim. Na spotkaniu Zarząd Związku przekazał najbardziej aktualne informacje dotyczące planu Ministra Zdrowia na temat funkcjonowania POZ w przyszłym roku. **Spotkanie prowadził Prezes dr Marek Twardowski wraz z Zarządem.**



W Izbie Lekarskiej odbyły się następujące szkolenia:

„*Zasady prowadzenia dokumentacji lekarskiej w aspekcie teoretycznym i praktycznym*”

- prowadziła **mec. Ewa Hassa**,

„*EKG*” - prowadziła **dr n.med. Marzenna Plucińska**,

Opr. W.J

Włodzimierz Janiszewski
lekarz epidemiolog

DOPALACZE

POWAŻNY PROBLEM MEDYCZNY I SPOŁECZNY

Moda na dopalacze trwa od kilkadziesiąt lat i ma zasięg ogólnosiwiatowy. Dotychczas nie ma naukowej definicji dopalaczy. Jest natomiast określenie potoczne, zapożyczone z techniki lotniczej i samochodowej przez młodzież spożywającą w poprzednich latach w Polsce napoje energetyzujące (energizery). Napoje te powodują poprawę nastroju, przypływ energii oraz poczucie większej wydolności fizycznej i psychicznej.

Spożywają je głównie uczniowie i studenci przed egzaminami, a także osoby pracujące w nocy oraz kierowcy. Na półkach supermarketów jest ich kilkadziesiąt rodzajów, np. Red-bull, Tiger, Strong Men, Vigor Energy, itp. Głównymi ich składnikami są: kofeina, tauryna, guarana, karnityna, wyciąg z miłorzębu japońskiego, glutamina, lecytyna, żeń-szeń, węglowodany, magnez i różne witaminy.

Jednak po pewnym okresie pod nazwą dopalaczy pojawiły się w sklepach stacjonarnych i internetowych produkty o nieznanym składzie chemicznym. Nawet sprzedawcy nie znają ich zawartości, ponieważ producenci nie podają składu chemicznego. Sprzedawane są pod zafałszowaną nazwą użytkową, np. jako kadzidełka, sole do kąpeli, środki czystości, podpałka do węgla, wonne granulki fiołkowe, piasek do kociej kuwety, itp.

Ponieważ pojawiły się liczne zatrucia, a nawet zgony, w 2009 roku nastąpiła pierwsza znacząca nowelizacja ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu narkomanii, która wprowadziła zakaz stosowania najczęściej stwierdzonych w dopalaczach substancji działających narkotycznie i psychotropowo.

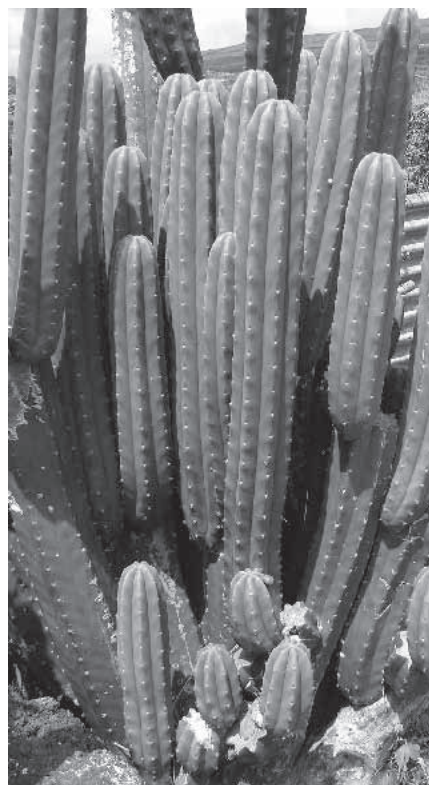
Jedną z nich była benzylopiperazy-na (BZP), czyli substancja chemiczna o silnym działaniu psychotropowym, zbliżonym do ekstazy. Powoduje euforię, poczucie siły fizycznej, początkowo zadowolenie, a następnie wymioty, drgawki, bóle głowy i senność.

Naukowcy zidentyfikowali także wiele toksycznych składników pochodzących

z egzotycznych roślin Azji, Afryki i Ameryki Południowej. Już wtedy wykryto syntetyczne kannabinoidy (JWH – 018) w mieszance ziołowej „spice”, która była sprzedawana jako kadzidełko.

Warto przypomnieć kilka toksycznych roślin i ich działających składników:

- **powój hawajski** – alkaloidy pochodne kwasu lizergowego,
- **szałwia mieszana** – alkaloid salvinorin – powoduje halucynacje wzrokowe,
- **czuwaliczka jadalna** – alkaloid katayna – działa pobudzająco, powoduje bezsenność i halucynacje,
- **kaktus Sanpedro** – alkaloidy fenyloaminoaminowe – meskalina tyramina – powoduje psychozy do 24 godzin,
- **pieprz metystynowy** – kawa-kawa – zaburzenia chodzenia,
- **ogon lwa** – alkaloid leonityna – pobudza zmysły wzrokowe i słuchowe,
- **poganiek rutowaty** – alkaloid harmelina – działanie zbliżone do marihuany,
- **kolumnowy kaktus** – alkaloid meskalina
- i inne.



Kaktus Sanpedro



Czuwaliczka jadalna

Od 1 lipca 2015 roku ponownie nastąpiła nowelizacja ustawy, do której wprowadzono dalszych 114 szkodliwych substancji wykrytych w dopalaczach, należących do grupy środków odurzających i psychotropowych. Są to np. butyrfentanyl, lidokaina, difenoksylation, kamfetamina, tryptamina, midazolam, barbital, bromazepam i zopiklon. Wśród nich jest kilkadziesiąt związków syntetycznych marihuany pod ogólną nazwą JWH, oznaczonych cyframi o zbliżonym składzie chemicznym.

W opisywanym powszechnie „mocarzu”, który spowodował liczne ciężkie zatrucia, a nawet zgony – zawarty w jego składzie syntetyczny związek działa 800 razy silniej niż marihuana.

Drugą dużą grupą są katynony, działające podobnie jak amfetamina czy MDMA (ekstazy) – produkowane głównie w Chinach i Indiach.

Szczegółowe badania różnych grup dopalaczy wykazały, że poza substancjami narkotycznymi, psychotropowymi, silnie działającymi alkaloidami roślinnymi, w ich składzie znajdowały się składniki trutek na szczury (kumaryna), pestycydy, arsen, rozpuszczalniki organiczne, a nawet metale ciężkie – ołów i rtęć.

Do dopalaczy przeznaczonych do wciągania przez nos, dodawane jest często mielone szkło ze zużytych świetlówek, które rani śluzówkę, żeby środek szybciej się wchłaniał.

Niestety, zakazanie jednej substancji nie stanowi większej trudności dla chemika, który w to miejsce podstawia inną. Powstanie nowa substancja psychotropowa nie występująca jeszcze na liście zakazanych.

Obecnie wytwarzane dopalacze nazywane są „nowymi narkotykami” lub „narkotykami dla ubogich”, ponieważ są relatywnie tanie. Funkcjonuje także nazwa anglojęzyczna – Designer

Drugs. Designerem jest zwykle chemik, który projektuje nowe cząsteczki chemiczne.

Objawy po ich zażyciu są różnorodne – głównie: zachowania agresywne, halucynacje, zaburzenia koncentracji i osobowości, stany lękowe, panika, myśli samobójcze, a w końcowej fazie działania często sennaść i apatia. Dopalacze często powodują przyspieszenie czynności serca do 200/min. I tylko młodzi ludzie mają szansę przeżyć, ale czasem dochodzi do jego zatrzymania i zgonu. Występują również zaburzenia oddychania, uszkodzenie mózgu, wątroby i nerek.

Ponieważ skład chemiczny dopalaczy nie jest znany, lekarze udzielający pomocy mogą tylko zastosować leczenie objawowe. Podaje się wlewy kroplowe w celu przyspieszenia wydalania substancji toksycznych, które najpierw muszą ulec metabolizmowi w organizmie osoby zatrutej.

Światowa Organizacja Zdrowia już kilka lat temu stwierdziła, że w walce z narkotykami na świecie poniesiono porażkę. Nie ma aktualnie szans na zlikwidowanie tego zagrożenia, ponieważ daje ogromne zyski producentom. Jest to suma kilkuset miliardów dolarów rocznie. Są to większe zyski niż handel żywnością czy tekstyliami. Jedynie handel bronią przynosi większe zyski niż handel narkotykami.

Należy więc zwiększyć skuteczność działania na rzecz ograniczenia popytu na te substancje, często uzależniające, i ograniczyć szkody zdrowotne.

W Polsce do zażywania dopalaczy przyznaje się 9% osób w wieku 15-24 lat, w Wielkiej Brytanii jest to 10%, we Francji 12%, w Hiszpanii 13%, a w Irlandii aż 22%!

Ostatnio ogłoszona została społeczna kampania „Dopalacze kradną życie”. Do kampanii włączyli się m.in.: Jerzy Owsiak i Marcin Gortat oraz liczne organizacje pozarządowe. Zjawisko zażywania dopalaczy w Polsce nasila się. Obecnie w ciągu roku zatruciu ulega około 3 tysięcy młodych osób, a kilkadziesiąt umiera. Należy więc wszystkimi możliwymi sposobami energicznie przeciwdziałać temu groźnemu dla życia młodych ludzi zjawisku.

NOWE ZASADY REJESTRACJI PRAKTYK LEKARSKICH TYTUŁ PRAWNY DO NIERUCHOMOŚCI

19 maja 2016 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, która jednoznacznie określa, że w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) mogą być zamieszczane wyłącznie miejsca prowadzenia działalności gospodarczej, co do których przedsiębiorcy przysługuje tytuł prawny do nieruchomości.

Zgodnie z nowym art. 16a ustawy, każdy przedsiębiorca (w tym lekarz prowadzący indywidualną praktykę lekarską) jest obowiązany posiadać tytuł prawny do nieruchomości, których adres wskazał w CEiDG. **Nie ma w tym wypadku znaczenia rodzaj tytułu prawnego (np. własność, umowa najmu, umowa dzierżawy, umowa użyczenia).** Istotne jest jedynie, aby dla każdego adresu prowadzonej działalności (głównego lub dodatkowych) istniał ważny tytuł prawny do korzystania z nieruchomości. Dokumenty potwierdzające posiadanie tytułu prawnego do nieruchomości **nie muszą** być dołączane do wniosku o wpis lub zmianę danych w CEiDG. W wypadku powzięcia przez

Ministra Gospodarki informacji o braku tytułu prawnego do nieruchomości wskazanej we wpisie do CEiDG, może on jednak wezwać przedsiębiorcę do przedstawienia tytułu prawnego do nieruchomości lub dokonania odpowiedniej zmiany wpisu w tym zakresie (np. poprzez wykreślenie miejsca, co do którego przedsiębiorca nie posiada już tytułu prawnego), w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania. W wypadku nieprzedstawienia żądanych dokumentów albo niedokonania zmiany wpisu Minister może w drodze decyzji administracyjnej wykreślić przedsiębiorcę z CEiDG.

W związku z powyższymi zmianami należy rozważyć wykreślenie miejsc prowadzenia działalności gospodarczej, co do których lekarz nie posiada tytułu prawnego do nieruchomości (np. w zakresie świadczeń kontraktowych). **Natomiast nowi przedsiębiorcy powinni pamiętać, aby do CEiDG wpisywać wyłącznie adresy miejsc, w których posiadają tytuł prawny do lokalu.**

(Za Pomorskim Magazynem Lekarskim, 2016)

NASZ SERWIS

Zielonogórski szpital ogłosił listę planowanych inwestycji na lata 2016-2020, m.in.:

- modernizację Oddziału Chorób Zakaźnych z poddziałem Nabytych Niedoborów Immunologicznych (HIV), Oddziału Chorób Płuc, budynku E (laryngologia i okulistyka), Zakładu Radioterapii,
- utworzenie stacji uzdatniania wody,
- przystosowanie węzłów komunikacyjnych dla osób niepełnosprawnych.

/Gazeta Lubuska, 22.VII.2016/

*

Marszałek Województwa Lubuskiego Elżbieta Anna Polak potwierdziła, że Centrum Matki i Dziecka w Zielonej Górze nie jest zagrożone.

Objęcie kompleksową opieką matki i dziecka to najważniejszy priorytet Komisji Europejskiej, a także polskich władz rządowych. Będzie w nim kilkanaście oddziałów, a także część hotelowa. Zabezpieczone są środki finansowe. Budowa rozpocznie się w 2017 r. a zakończy się w 2019.

/Gazeta Lubuska, 22.VII.2016/

*

Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli ma szansę na nowy blok operacyjny. Według Bożeny Osińskiej Dyrektora Szpitala i radnej Sejmiku Lubuskiego wykorzystanie stołów operacyjnych jest o 100% wyższe niż średnia w całym województwie. Celem tej inwestycji jest skrócenie czasu oczekiwania na zabieg, poprawa standardu usług medycznych oraz stworzenie większej dostępności.

/Region, IX.2016/

*

W Wojewódzkim Szpitalu Klinicznym w Zielonej Górze stosowane są nowatorskie metody leczenia – m.in. neurochirurdzy jako pierwsi w kraju zastosowali przezskórną metodę stabilizacji trzonu kręgosłupa. Cienką igłą podaje się stabilizator i cement. Zastosowali też nowatorską metodę leczenia operacyjnego złośliwego nowotworu mózgu. Natomiast lekarze chirurgii dziecięcej usuwają kamień z nerki cienką igłą z umieszczoną w niej mikrokamerą, którą nakłuwają się nerkę (metoda Micro-Perc).

/Gazeta Lubuska, 20.V.2016/

*

W Świebodzińskim szpitalu oddano do użytku nowe poradnie specjalistyczne – zostały one gruntownie wyremontowane. Poprawiły się warunki pracy służby zdrowia oraz oczekujących na wizyty pacjentów.

/Gazeta Lubuska, 5.X.2016/

Marian Krawczyński
Prof. zw. dr nauk medycznych

LUDWIK PASTEUR I ROBERT KOCH

– RYWALIZACJA UCZONYCH MOTOREM POSTĘPU NAUKI I ROZWOJU BAKTERIOLOGII

CZĘŚĆ II

W drugiej połowie 19. wieku terapia daleka była pod podstaw naukowych. Nawet rodziny królewskie były bezbronne wobec chorób zakaźnych. Przykładowo, z powodu duru brzuszego zmarł książę Albert, mąż królowej Wiktorii. Nadal popularne były zabiegi puszczania krwi, przystawianie pijawek. Modne stały się kąpiele wodne. Za sprawa



wą Hahnemanna¹ dynamicznie rozwijała się homeopatia, metoda terapii stosująca zasadę *similia similibus curantur*, czyli podobne leczy się podobnym.

Chociaż starzy profesorowie drwili sobie z zarazków, to jednak nowe idee zaczęły mieć co raz więcej zwolenników. W chirurgii metody antyseptyczne Listera i współpracującego z nim Bella [10] przynosiły pozytywne efekty.

Niezbędne eksperymenty medyczne co raz częściej wykonywano na zwierzętach, zwłaszcza na psach. Koch korzystał ze świnek morskich i myszy polnych, Pasteur eksperymentował na inwentarzu. Trudności i problemy narastały w miarę narastania potrzeb na zwierzęta doświadczalne. Zaczęto piętnować wiwisekcje, czyli zabiegi przeprowadzane na żywych zwierzętach. Rozwijał się ruch w obronie praw zwierząt. Torturowania zwierząt nie można uzasadniać niedorzeczną ciekawością – pisał Dickens [11].

Sukcesy Pasteura były doskonałym argumentem wskazującym na wartość szczepień, jednakże wzbudzały sprzeciw wobec praktyk wiwisekcyjnych.

¹ Samuel Hahnemann (1755-1843), niemiecki lekarz, poliglota, twórca homeopatii – alternatywnej metody leczenia według zasady *similia similibus curantur* (podobne leczy podobnym), praktykowanej w wielu krajach do dziś, nie mającej podstaw naukowych, autor wielu książek z dziedziny chemii, medycyny i homeopatii.

Nauki medyczne burzyły dotychczasowe zasady i przyzwyczajenia, nawet styl życia, przedkładając zdrowie publiczne nad prawa jednostki. Wobec wielu objawów niepożądanych, a nawet powikłań (szczepionki przeciw wściekliźnie, wąglikowi i cholery były jeszcze niedoskonałe), sceptycznie przyjmowano profilaktyczną wartość szczepień, których działania nikt dokładnie nie rozumiał jeszcze przez wiele lat. Nauka wymagała zatem od ludzi wiary. Wartość szczepień uzasadniał m. in. ich orędownik Conan Doyle wykazując, że mimo pojawiania się ognisk endemicznych ospy w Londynie i Liverpoolu śmiertelność waha się od mniej niż jednej osoby na sto wśród zaszczepionych do 37% wśród pozostałych.

Dnia 3 sierpnia 1890 roku na X Międzynarodowym Kongresie Lekarskim z około sześciu tysiącami uczestników, któremu przewodniczył Rudolf Virchow, Pasteur przedstawiał działanie szczepionki przeciw wąglikowi, a Lister – dalsze wyniki badań z zakresu antyseptyki. Koch po omówieniu nowoczesnych technik laboratoryjnych w diagnostyce bakteriologicznej zasygnalizował uzyskanie substancji, która



zapobiega rozwojowi gruźlicy u świnek morskich, a podana chorym zwierzętom prowadzi do wyleczenia. Nie podał jednak nazwy substancji (nazwanej później limfą, a następnie tuberkuliną), ani jej pochodzenia i składu.

Od września 1890 roku



w berlińskim szpitalu *Charite* zaczęto podawać tuberkulinę kilku chorym pacjentom. Badania kliniczne nadzorował doktor Ernst von Bergman². Organizm chorych reagował gorączką i złym samopoczuciem. „Skrofuliczne” zmiany skórne ulegały zacerwienieniu, w zakażonych tkankach pojawiał się obrzęk i stopniowo obumierały. Badacze zorientowali się, że tuberkulina nie zabija bezpośrednio bakterii, a niszczy jedynie zakażone guzki. Mechanizm ten nie był zrozumiały.

Dnia 13 listopada 1890 roku w *Deutsche Medizinische Wochenschrift* ukazał się komunikat Kocha informujący o odkryciu *remedium* na *phthisis*, prowadzące do zatrzymania rozwoju choroby u zwierząt po zakażeniu ich prątkami gruźlicy. Już dwa dni później w Nr 1132 *British Medical Journal* ukazał się przekład tej informacji i wiadomość o jego sukcesie poszła w świat. Po raz pierwszy u Kocha przedwczesny optymizm wyprzedził pewne dowody na lecznicze działanie substancji.



Preparat przygotowany przez Kocha szybko przyjęto na świecie jako lek przeciw gruźlicy. Pisano, że „anioł śmierci” czyli suchoty, będzie w końcu pokonany. Mekką w poszukiwaniu limfy (tuberkuliny) stał się Berlin. Zaplanowany na 17 listopada 1890 roku

² Ernst von Bergman (1836-1907), chirurg, profesor Uniwersytetu w Dorpacie i Würzburgu. Rozpowszechnił metodę aseptyki, wprowadził sterylizację narzędzi chirurgicznych. Pionier operacji hydrocoele i uchyłka przełyku.

publiczny pokaz skuteczności preparatu zgromadził w Berlinie tysiące chorych ludzi. Conan Doyle, który przyjechał do Berlina, widział [wg 4]: „długie posępne szpalery chorych ze zdeformowanymi stawami, gnijącymi kośćmi i ohydnymi owrzodzeniami skóry”, którzy mieli nadzieję na uzyskanie leczniczej substancji. W przygotowanym sprawozdaniu z pobytu w Berlinie, Conan Doyle podsumował osiągnięcia naukowe Kocha, podkreślając jego wielki umysł. Uznał jednak, że „limfa” Kocha nie ma wpływu na przebieg choroby, a w mniejszych dawkach może jedynie pomóc w rozpoznaniu gruźlicy (do niedawna jeszcze, właśnie w tym celu wykorzystywano tuberkulinę!).

Z całego świata do Berlina docierała lawina listów z prośbą o udostępnienie „limfy”. Ta była jednak nieosiągalna, gdyż - aby ją uzyskać - trzeba było wielu miesięcy pracy, a nigdy nie można było uzyskać jej na miarę potrzeb. Nadal jednak jej skład znany był tylko Kochowi i jego współpracownikowi doktorowi Libbertzowi. Entuzjazm stopniowo opadał, Kocha zaczęto stawiać niemal w szeregu hochsztaplerów, dziwiąc się dlaczego skład „limfy” nadal jest przez niego ukrywany. W czasach

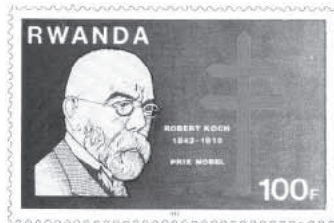
Kocha nie obowiązywały jeszcze żadne standardy badawcze, ani statystyczne ani etyczne. Każdy szpital (klinika) otrzymujący „limfę” stosował ją w sposób niejednorodny i niekontrolowany, nie tylko u dorosłych, ale i u dzieci. Niezbyt precyzyjnie ją dawkowano, różne też były miejsca jej wstrzyknięcia, a nawet sposób dokumentowania reakcji organizmu. Występowała nie tylko gorączka i drgawki, notowano nawet zgony (prawdopodobnie były to objawy wstrząsu). Zatem, była to reakcja immunologiczna, a nie efekt leku. Von Bergman uznał ją za wysoce niebezpieczną dla dzieci poniżej 10. roku życia.

Dotychczas Koch miał opinię sumiennego naukowca. Teraz, honorowany przez cesarza najwyższymi odznaczeniami,

zaapelował o utworzenie instytutu pod jego kierownictwem, zajmującego się wyłącznie prowadzeniem badań klinicznych nad tuberkuliną. Przystano na propozycję Kocha, aby monopol na tuberkulinę przez 6 lat należał do niego, co gwarantowało niemałe zyski. Kontrowersje związane z tą decyzją zaczęły graniczyć ze skandalem [12]. Ostatecznie z inicjatywy kanclerza Niemiec zawieszono tę decyzję do czasu potwierdzenia skuteczności tuberkuliny.

Stopniowo otrzymywano wyniki stosowania tuberkuliny u chorych z różnymi postaciami gruźlicy (suchoty, skrofuły, toczeń). Za wyleczonych uznano dwudziestu ośmiu chorych spośród ponad dwóch tysięcy, którym podano tuberkulinę. Nad uzyskanymi wynikami rozpoczęto debatę z udziałem lekarzy uczestniczących w badaniach. Ostateczną opinię o tuberkulinie wyraził Virchow, stwierdzając, że terapia ta okazała się nieskuteczna, a niekiedy nawet niebezpieczna. Koch wyjaśnił, że jego tuberkulina jest „glicerynowym wyciągiem czystej kultury prątków gruźlicy”. Tym razem dowody okazały się zbyt skromne, dopasowywano fakty do teorii zamiast odwrotnie. Koch nie dopełnił nawet własnych zasad protokołów badań naukowych. Kontrowersje wokół instytutu, tuberkuliny i prowadzonych badań zadecydowały o wstrzymaniu finansowania.

Ze wszystkich stron co raz częściej zaczęły pojawiać się głosy krytyczne o postawie Kocha i jego tuberkulinie. Naruszył ustanowione przez siebie zasady. Formułując wnioski, wyprzedził fakty – stwierdzano. Co gorzej, wysokie zapotrzebowanie na tuberkulinę, która zawiodła, spowodowało pojawienie się na rynku różnych fałszywych mikstur o podobnych nazwach, rzekomo wytwarzanych w laboratoriach badawczych. Czas stopniowo jednak zacierał kontrowersje. Wznowienie finansowania nowego Instytutu Chorób Zakaźnych nastąpiło w maju 1891 roku, jednocześnie z zakazem czerpania zysków z jego działalności.



Nastąpił nowy etap w życiu Kocha. W 1892 roku rozwiódł się, a w następnym roku ożenił się

powtórnie z młodszą od siebie o blisko 30 lat Hedwig. Co raz mniej angażował się w prace naukowe, pełniąc głównie rolę reprezentacyjną. W następnym roku, na polecenie rządu, Koch z młodą żoną wyjechał do Afryki Południowej, gdzie rozpoczął prace nad szczepionką przeciwko pomorowi bydła. Półtora roku później trafił do Indii, aby znaleźć przyczynę epidemii dżumy. W kolejnych latach zajmował się epidemiami dżumy i malarii w niemieckiej Afryce Wschodniej oraz holenderskich Indiach Wschodnich, będących terytorium oddziaływania Niemiec. Opracował tam metodę profilaktycznego stosowania chininy w malarii, stosowaną przez blisko pół wieku.

W 1895 roku zmarł Ludwik Pasteur – przez 15 lat rywal Kocha

- utrzymując prymat w dziedzinie nowych terapii. Pozostawił liczne grono uczniów, m.in. późniejszych laureatów nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny (Ilja Miecznikow, Santiago



Ramon y Cajal, Jules Bordet, Charles Richet).

Na drodze swojej kariery naukowej Koch udowodnił, że zarazki (bakterie) są czynnikami

chorobotwórczym. Szczególne znaczenie miało to w przypadku choroby społecznej, jaką była gruźlica. Odkrycie prątka i dróg zakażenia dało podstawę do zmiany poglądów w zakresie higieny życia codziennego. Spluwanie uznano nie tylko jako wyraz braku wychowania, ale i możliwość zakażenia gruźlicą przez styczność ze śliną chorych. Zainicjowano kampanie przeciw pluciu w miejscach publicznych. Wdrażano działania prewencyjne. W ostatnich latach XIX. wieku, w wielu ośrodkach wielkomiejskich odnotowano spadek zachorowań na gruźlicę. Osiągnięcia



Kocha i jego teoria zarazków miały niebagatelny udział w poznaniu etiologii wielu chorób oraz późniejszym rozwoju immunologii i antybiotykoterapii.

W 1900 roku wrócił do Berlina na opuszczone stanowisko dyrektora Instytutu Chorób Zakaźnych, jednak bez obciążeń administracyjnych. Główną rolę w pracach badawczych przejęli jego młodsi współpracownicy: Paul Ehrlich³ i Emil von Behring⁴ - późniejsi laureaci Nagrody Nobla.



Badania dotyczyły antytoksyny przeciw błonicy, choroby groźnej dla dzieci. W 1884 roku von Behring opracował seroterapię błonicy, a przedmiotem badań Ehrlicha był proces wytwarzania przeciwciał i rozwoju odporności, co można uznać za pierwszy krok w stronę nowoczesnej immunologii.

Pod koniec XIX wieku zwrócono uwagę na ujęcia wody dla wielkomiejskich ośrodków i rolę higieny w życiu publicznym. W 1892 roku Koch ujawnił źródło endemii cholery w Hamburgu, wykrywając przecinkowce (bakterie uprzednio zidentyfikowane w Indiach) w naziemnej sieci wodociągowej. Zalecone czerpanie wody z głębiej położonych źródeł ograniczyło rozprzestrzenianie się choroby.

W 1901 roku na zaproszenie organizatorów Koch wziął udział w międzynarodowym kongresie lekarzy w Londynie, by ponownie wrócić do problematyki gruźlicy. Minęło 20 lat od odkrycia prątka, nadal jednak niejasna pozostawała droga przenoszenia się choroby i brak było efektywnej farmakoterapii. Związek gruźlicy ludzkiej z bydlęcą sugerował możliwość zakażenia poprzez picie surowego mleka chorej krowy. Mimo odkrycia prątka bydlęcego w 1898 roku, Koch na kongresie całkowicie

zanegował tę hipotezę, co było wielkim zaskoczeniem. Przeciwnie temu stanowisku Kocha wystąpił von Behring, stwierdzając,



że to ta sama choroba. Nie była to tylko dyskusja akademicka, ale ważny fakt dla codziennego życia. Dość powszechna była już zasada krótkotrwałego gotowania mleka przed jego spożyciem - jako metoda niszczenia drobnoustrojów. I teraz, po śmierci Pasteura, poglądy obu rywali ponownie nie były zgodne.

Mimo zawirowań z nieskuteczną tuberkuliną wkład Kocha do nauki ciągle był doceniany. Miał bowiem



niepodważalne sukcesy w badaniach nad wąglikiem i cholera, oryginalną była jego teoria etiologii zakażeń i postulaty w uprawianiu nauki, wreszcie odkrycie prątka gruźlicy - to osiągnięcie stulecia. Dlatego też wyróżnienie w 1901 roku nagrodą Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny za prace nad antytoksyną przeciwko bło-



nicy jego ucznia von Behringa, przyjęto z dezaprobatą, a Koch poczuł się zlekceważony. Doczekał się jej dopiero w 1905 roku za odkrycie w 1882 roku prątka gruźlicy. Nie zmienił jednak poglądu na związek gruźlicy ludzkiej i bydlęcej. Cho-



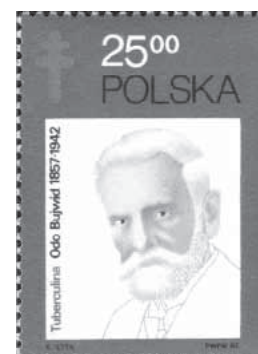
ciaż do końca życia spotykały go zaszczyty, nie potrafił przyznać, że przyczyną jego krytyki i rozczarowań był on sam.

Zmarł w 1910 roku na zawał serca, przeżywszy 67 lat. **Dziś Pasteur i Koch mają „swoje” instytuty.** Koch



ma swój prątek, pomniki i nazwy ulic. Chyba jednak bardziej popularny jest Pasteur, dzięki swojej pasteryzacji, a nawet Lister - mający płyn *Listerine* do płukania jamy ustnej. Wszystkich jednak uhonorowały poczty różnych kontynentów.

Z obu uczonymi - Pasteurem i Kochem - wiąże się również znaczący



polski akcent. Jest nim osoba Odo Bujwida⁵, który odbywał u nich staże naukowe w Berlinie i Paryżu, aby później zdobyłą wiedzę rozwijać na terenie Polski.

Całego wieku trzeba było, aby doczekać się opanowania cholery, błonicy i gruźlicy. Główną rolę odegrały tu szczepionki. Ale to już kolejny etap, następców tych dwóch uczonych, zwłaszcza szkoły francuskiej (m.in. Calmette⁶



⁵ Odo Bujwid (1857-1942), pionier bakteriologii w Polsce, naukowiec i społecznik, profesor higieny na UJ (1893-1920). Podjął badania dotyczące gruźlicy i cholery. Inicjator szczepień przeciw wściekliźnie w Krakowie. Współzałożyciel Klubu Rotary. W okresie okupacji produkował szczepionkę przeciw durowi płamistemu. Miał sześcioro dzieci. Córkę Helenę (Jurgielewicz) za męstwo w obronie Lwowa kilkakrotnie odznaczono Krzyżem Virtuti Militari. W 1923 roku była pierwszą kobietą w Polsce, która otrzymała dyplom lekarza weterynarii.

⁶ Albert Calmette (1863-1933), lekarz marynarki francuskiej w Indochinach, gdzie opracował surowicę przeciw jadowi węży oraz dżumie. W Afryce prowadził badania nad malarią i filariozą. Po powrocie do Paryża, wspólnie z Camille Guerin, w drodze ponad 200 pasaży Mycobacterium bovis, uzyskali prątek atenuowany, który wykorzystali w przygotowaniu szczepionki przeciw gruźlicy (BCG).

³ Paul Ehrlich (1854-1915), chemik i bakteriolog, współpracownik Kocha. Prowadził badania komórek krwi obwodowej. Odkrywcą salwarsanu, uważany za pioniera chemioterapii. Laureat Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny (1908).

⁴ Emil von Behring (1854-1917), fizjolog, współpracownik Kocha, laureat Nagrody Nobla (1901) za odkrycie antytoksyny błonicy (1890), honorowy członek International Association of Art and Sciences, USA

i Guerin⁷). Trudno zrozumieć, dlaczego dziś jeszcze odzywa echo przeciwników szczepień. Niestety, gruźlica nadal jest jeszcze istotnym problemem zdrowotnym w Afryce. Na innych kontynentach ciągle drzemie, ujawniając się w niekorzystnych warunkach bytowania wię-



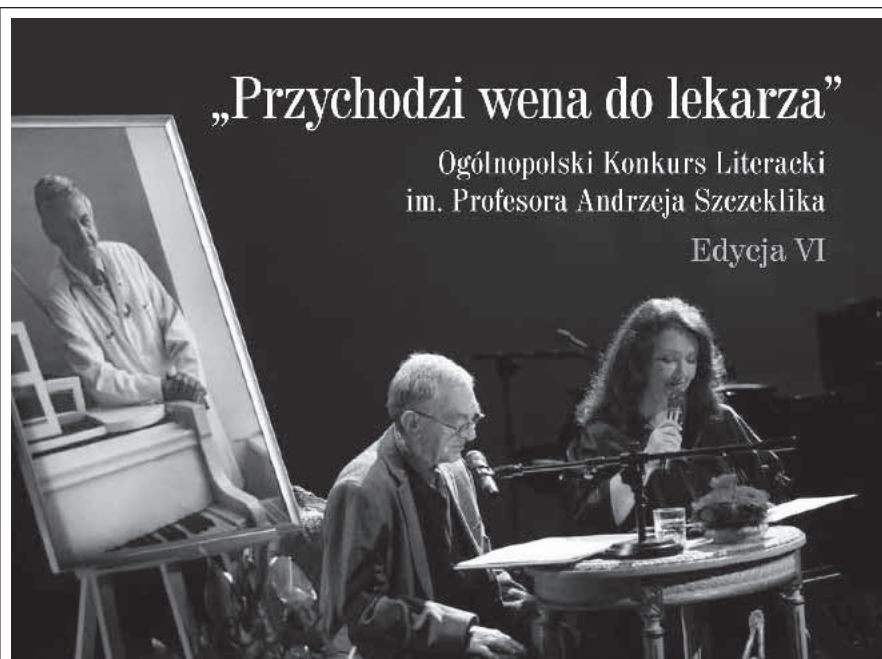
szych zbiorowisk ludzkich. Ich miejsce zajęły inne choroby niezakaźne - układu krążenia i nowotwory. Czy na pewno nie ujawni się kiedyś u nich czynnik zakaźny, jak np. *Helicobacter pylori* w chorobie wrzodowej żołądka, czy wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) w raku jamy ustnej i gardła?

Piśmiennictwo. (część cytowań wykorzystano w cz. 1 artykułu)

1. Gordon C.A.: Lessons on hygiene and surgery from the Franco-Prussian War. London 1873, s.194
2. Garrison F.H.: Notes of the history and military medicine. Washington 1922, s.179
3. Evans A.S.: Causation and disease: a chronological journey. New York 1993, s. 14
4. Goetz T.: Cudowny lek. Robert Koch, Ludwik Pasteur i prątki gruźlicy. Wyd. Znak, Kraków 2015.
5. Waksman S.A.: The conquest of tuberculosis. Berkeley 1964, s.84-85
6. Merton R.K.: The Matthew effect in science. Science 1968,159 (3810):56-63
7. Ewangelia św. Mateusza: Mt 25,14-30. Biblia Tysiąclecia. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Wyd. V., Poznań 1999.
8. Artykuł redakcyjny *The Medical Times and Gazette*, 22.04.1882, s. 411
9. Balas E.A., Bren S.: Yearbook of medical informatics: managing clinical knowledge for health care improvement. Stuttgart 2000, wg 10, s. 182.
10. Bell J.: Notes on surgery for nurses, Edinburgh 1887
11. Dickens Ch.: Inhumane Humanity. All the Year Round 17.03.1866, 15 (360):238
12. Grandmann C.: Laboratory disease. Robert Koch's medical bacteriology. Baltimore 2009

Adres / e-mail: krymar@vp.pl

⁷ Jean-Marie Camille Guerin (1872-1961), lekarz weterynarii, bakteriologii i immunologii, pracownik naukowy Instytutu Pasteura w Paryżu. Współtwórca (z Albertem Calmette) szczepionki przeciw gruźlicy (BCG). Przewodniczył Francuskiej Akademii Weterynarii. Akademii Medycyny i Francuskiej Akademii Nauk.



„Przychodzi wena do lekarza”

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika

Edycja VI

Jury: Anna Dymna, Waldemar Hładki, Ewa Lipska, Bronisław Maj, Maria Szczeklika, Jarosław Wanecki, Adam Zagajewski

- W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub lekarza dentysty.
- Prace konkursowe będą przyjmowane w 3 kategoriach:
Poezja
Proza non-fiction
Opowieść pacjenta – opowieść lekarza
- Termin nadsyłania prac konkursowych do 5 marca 2017 roku pocztą elektroniczną pod adresem wena@mp.pl
- Prosimy o zapoznanie się z regulaminem konkursu dostępnym na stronie internetowej: www.mp.pl/wena

Informacji udziela:
Anna Wierchowska-Woźniak
Medycyna Praktyczna, ul. Gazowa 14A, Budynek C
31-060 Kraków, tel. 12 293 42 68
e-mail: wena@mp.pl



medycyna praktyczna



nasz lekarze powiedzieli...

Dr Marzena Plucińska – Przewodnicząca Lubuskiej Rady Zdrowia – w dyskusji w Lubuskim Urzędzie Marszałkowskim mówiła o niskim wskaźniku lekarzy w Województwie Lubuskim i przeciążeniu pracą – nawiązała do niedawnego zgonu lekarki w Białogardzie oraz przed kilku laty w Szprotawie.

/Gazeta Lubuska, 23.VIII.2016/

Dr Marek Twardowski – Wiceprezes Porozumienia Zielonogórskiego: „Audyt ustaw zdrowotnych – precz absurdami” - krytykuje nadmiar sprawozdań lekarzy POZ do różnych instytucji oraz konieczność posiadania odrębnych bloczków recept na poszczególne zakresy umowy z NFZ – są to absurd. Powinny być jeden bloczek recept na lekarza i jego prawo wykonywania zawodu.

/Medical Tribune, VII-VIII 2016/

Dr Marek Twardowski – Wiceprezes Porozumienia Zielonogórskiego: „75+ receptę na bezpłatne leki dostaniesz w szpitalach?” - to jest absurdalne, jeśli pacjent po pobycie w szpitalu musi udać się do POZ, żeby skorzystać z prawa do bezpłatnych leków.

/Super Expres, 23.IX.2016/

Dr Andrzej Rozmiarek – onkolog ze Szpitala Klinicznego w Zielonej Górze: „Po pierwsze profilaktyka” - odpowiadał na pytania czytelników Gazeta Lubuskiej.

/Gazeta Lubuska, 4.X.2016/

Dr Elżbieta Tomiak – konsultant wojewódzki ds. medycyny rodzinnej w województwie lubuskim – „Aptekarze mogą nie honorować recept wystawianych przez lekarzy rezydentów” – analizuje wystawianie recept z listy „S” przez lekarzy rezydentów pracujących w poz, którzy nie mają na swoich pieczętkach informacji o specjalizacji.

/Puls Medycyny 01IX.2016/

(Opr. W. J.)

Janiszewski Włodzimierz
Specjalista epidemiolog

JAK BYŁO NA WINOBRANIU?

W tym roku Winobranie odbyło się po raz 164. Nie ma w historii dłuższej trwającej tradycyjnej imprezy związanej ze świętem Winobrania.

To wyjątkowe święto miasta i regionu. Mieszkańcy Zielonej Góry i okolic uprawiali winorośle już od XII wieku,



a pierwsze pisemne wzmianki pochodzą z XIV wieku.

Dokumenty historyczne poświadczają, że winną latorośl uprawiano także w okolicach Gubina, Krosna Odrzańskiego, Lubuska, Głogowa, Sulechowa, Babimostu, Słubic czy Kożuchowa.

Ponieważ miasto Zielona Góra - podobnie jak Rzym - leży na siedmiu wzgórzach, było dużo miejsca do zakładania winnic. Słynne były tzw. domki winiarskie - z jednego na wzgórzu w centrum miasta powstała w 1961 roku znana w całym kraju Palmiarnia. Po ciężkiej pracy przy zbieraniu owoców i wyprodukowaniu wina odbywała się zabawa, która zawsze kończyła się korowodem.

Po wojnie pierwsze Winobranie odbyło się już w 1945 roku, trwało 2 dni, a korowód przemaszerował wokół Ratusza. Następnie impreza stopniowo się rozrastała, a atmosfera zawsze była wesoła, ludzie bawili się na placach i ulicach. Obecnie w lubuskim jest 40 ha winnic, a w kraju 146 ha.

Przybywa producentów wina - obecnie zarejestrowanych jest 18 winnic, o 4 więcej niż w roku poprzednim. Specjalne Winobusy przewoziły na ich zwiedzanie i degustację wina na miejscu.

Jest też sporo winiarzy, którzy produkują wino dla własnych potrzeb. Powstał Lubuski Szlak Wina i Miodu oraz Muzeum Winiarstwa w Zielonej Górze, a także Lubuskie Centrum Winiarstwa w Zaborze z największą winnicą w Polsce.

W pierwszym dniu Winobrania klucze od prezydenta miasta przejmuje bóg wina Bachus i rządzi grodem przez 9 dni. W tym roku zaraz po ceremonii wystąpił zielonogórski Kabaret Zachodni, a wieczorem odbył się koncert Filharmonii Zielonogórskiej

pod nazwą „Radosna klasyka” Wysłuchaliśmy m.in. mazura z „Halki” Stanisława Moniuszki, „Marsza tureckiego” Mozarta, utwory Straussa i Bizeta. Warto wspomnieć, że Filharmonia gra już 60 lat, a dyrygent Czesław Grabowski obchodzi 30-lecie pracy artystycznej. W następnych dniach wystąpiło kilkadziesiąt zespołów i artystów m.in. - Hey z Katarzyną Nosowską, Trubadurzy, Mesajah, Lao Che, Ania Wyszkonii, Ania Rusowicz czy Andrzej Piaseczny, a w Teatrze Lubuskim: Anna Mucha, Daria Widawska, Lesław Żurek i Wojciech Medyński.

Na ulicach było ponad 400 stanowisk handlowych z różnych branż - można było kupić prawie wszystko, ale goście głównie degustowali i kupowali wina z miejscowych winnic.

Były także trunki z Gruzji, Węgier, Mołdawii czy Maroka. Na Winobranie przyjechali goście z wielu miast naszego kraju, a także z zagranicy - z Niemiec

przyjechało 50 wycieczek. Nasi sąsiedzi doskonale już kojarzą nasz „Wine Festival”.

Były także wybory Miss Winnego Grodu 2016. W ramach imprez sportowych odbył się VI Ogólnopolski Turniej Lekarzy w tenisie ziemnym, w którym wzięło udział ponad 70-ciu lekarzy z całej Polski. Organizatorem była Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze.

Tradycyjnie Winobranie zakończył wspaniały korowód trwający kilka godzin. Maszerowali: aktorzy, artyści, tancerze, winiarze, orkiestry, bębniarze, wozy i beczki z winem oraz wiele tysięcy mieszkańców. Co roku duże zainteresowanie budzą glinoludy z Bolesławca. W tym roku można było w specjalnym punkcie pomalować twarz i ręce białą glinką i pójść we wspólnym pochodzie. Nowością było towarzyszące paradyzie hasło „Kultury Świata”. Dlatego uczniowie zielonogórskich szkół przygotowali i szli w strojach ludowych ze wszystkich stron świata - Japonii, Chin, a także plemion afrykańskich.

Wyróżniał się także orszak Świętego Urbana - chrześcijańskiego patrona miasta.

Znawcy winiarstwa są zdania, że odpowiednie podkreślenie historii Grünbergu, a następnie Zielonej Góry, połączone z odrestaurowaniem zacho-



wanych elementów architektury winiarskiej, mogłoby skutkować wpisaniem miasta na listę Światowego dziedzictwa UNESCO. Krótki opis warto zakończyć cytatem z Benjamina Franklina: „Wino jest nieustającym dowodem, że Bóg kocha nas i lubi widzieć nas szczęśliwymi”.

Wspomnienia

Minęły miesiące od spotkania wigilijnego, zbliża się następne, a ja ciągle wracam do wspomnień. Może także dlatego, że pan doktor Jodłowski w rozmowach telefonicznych zachęcał mnie do dalszej retrospektywy z lat 50. i 60. – z czasów początków i rozwoju Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze i opieki medycznej w woj. Zielonogórskim.

W czasie rozmowy pan doktor napomknął, że na spotkaniu wigilijnym była pani doktor Powojewska, moja starsza [broń Boże nie wiekiem, ale stażem] koleżanka z AM w Gdańsku. Przepraszam!!, szkoda, żal!!, że nie poznałem. Była by okazja do wspomnień dawnych lat. Wszak razem startowaliśmy po indeks na gdańską AM [1950 rok]. Niestety dla mnie zabrakło indeksu [nie przyjęty z braku miejsc – grzmiał wyrok]. Jak się okazało, dostęp do miejsca zamknęła opinia Zarządu Powiatowego ZMP – nie byłem jej członkiem, bo w moim prywatnym biskupim gimnazjum nie było takiej organizacji. Opinia była krótka, ale treściwa: „klasowo z nami, ideologicznie wróg na usługach kleru”. Później się udało, ale to dłuższa historia. Faktem jest, że z koleżanką Powojewską kończyliśmy tę sama uczelnię. I bardzo żałuję, że Jej nie poznałem. Może będzie okazja przy następnej wigilii, jak nas zaproszą.

Tymczasem wracam do Zielonej Góry na staż w oddziale wewnętrznym, wówczas jeszcze w stanie organizowania, ale już pracującego pełną parą. Wyposażenie, z dzisiejszego punktu widzenia, było skąpe, liczyła się wiedza, doświadczenie i nos, jak mawiał jeden z doświadczonych lekarzy. Chociaż to nie zawsze wystarczało. Pamiętam ładną, młodą dziewczynę z niewydolnością nerek z bardzo dużymi obrzękami, której wówczas nie można było pomóc. Słyszałem, jak jeden z lekarzy obecnych na wizycie powiedział: „że też dla człowieka pan Bóg nie przewidział części zamiennych”. Dializa, przeszczepy, to wtedy marzenia wręcz nie wyobrażalne.

Przypomniałem sobie, że w oddziale był też doktor Szymanowski i lekarz, którego nazwiska, niestety,

nie pamiętam, a który to zabierał mnie często, po pracy w oddziale, do organizującej się Stacji Krwiodawstwa. Nadzorował budowę i organizację tej placówki. Jednak po ukończeniu budowy stanowisko dyrektora powierzono doktorowi Daszyńskiemu. Po latach spotkałem doktora w Bydgoszczy na stanowisku dyrektora Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa.

Miło wspominam pana doktora Straburzyńskiego, który czasem odwiedzał i konsultował gubiński oddział wewnętrzny. Byłem dyrektorem, więc z obowiązku towarzyszyłem lub wysłuchiwałem uwag pana doktora. Doktor, zapalony myśliwy, wiedząc, że ja też poluję, zawsze, gdy odprowadzałem go do samochodu, nie omieszkiał zapytać, jak sukcesy łowieckie, jednak nim zdążyłem cokolwiek powiedzieć, wysłuchiwałem opowieści o ostatnich przygodach łowieckich – niektóre pamiętam do dziś.

Tak się składało, że jako młody lekarz spotykałem się dość często ze starszymi, pełniącymi różne funkcje, lekarzami. Pamiętam, że jako dyrektor rozwijającego się szpitala zwracałem się o porady i pomoc o różnych porach dniach i nocy. I zawsze spotykałem się ze zrozumieniem. Dla przykładu - kilkuletnia dziewczynka została potrącona przez samochód, przywieziona karetką do szpitala, stan wydawał się stabilny. Jednak zaniepokojony brakiem chirurga w szpitalu, zadzwoniłem do ordynatora chirurgii dziecięcej, pani doktor Bukowskiej, z prośbą o poradę lub ewentualnie zgodę na przewiezienie pacjentki do Zielonej Góry - „niech pan jej nie rusza, zaraz przyjadę i zadecydujemy. Było to późne popołudnie. Pani doktor własnym środkiem lokomocji przyjechała, skonsultowała i zadecydowała. Żadnych delegacji nie podpisywałem, to była zwykła koleżeńska przysługa.

Wracając do oddziału wewnętrznego, jako stażysta przebywałem w oddziale non stop od poniedziałku do soboty (trudności z dojazdami), współdziałując. **Szczególnie pamiętam dyżury z panią dr Śliwińską, która,**

nawiasem mówiąc, mnie dokarmiała, pozwałała by w nocy, gdy do oddziału przywieziono pacjenta (nie było izby przyjęć, pacjent trafiał wprost do oddziału), najpierw wezwano mnie. Po przyjęciu i zbadaniu pacjenta stawiałem rozpoznanie i proponowane leczenie, potem wzywałem panią doktor, która weryfikowała moje propozycje. Nie wiem, może już kiedyś opisałem przypadek starszej pani z niewydolnością krążenia i obrzękiem płuc. Zleciłem położenie pacjentki w izolatce, leki, szybko przytaszczyłem z korytarza butlę z tlenem, przywiązałem ją do łóżka i podałem tlen pacjentce. W tym czasie wezwano panią dr Śliwińską. Moje poczynania, o czym nie wiedziałem, obserwowała rodzina pacjentki. W efekcie, gdy po kilku dniach pacjentkę wypisano ze szpitala, rodzina z olbrzymim bukietem róż podziękowała mi za uratowanie mamy. Było to tuż po rannej wizycie. Zespół lekarzy wraz z panem ordynatorem stali na korytarzu, gdy rodzina z kwiatami zwracała się do mnie. Dr Straburzyński ze śmiechem - „niech pan odbiera, widocznie pan zasłużył”. Róże były piękne, wszystkim się podobały - dla mnie nie została ani jedna.

Dostałem też zaszczytu uwiecznienia tego momentu w rysunku dr Śliwińskiej. Była to moja karykatura z bukietem, niestety rysunek bardzo dobrze schowałem i dziś nie mogę się nim pochwalić. W czasie mojego stażu w oddziale wewnętrznym **przyjęty został jako pacjent dr Pieniężny** (dyrektor Szpitala Wojewódzkiego) z zawałem. Postępowanie różniło się znacznie od dziś stosowanego. Najważniejsze było bezwzględne leżenie. Doktor nie bardzo stosował się do tych zaleceń, miałem zadanie zaglądać do doktora i przypominać o leżeniu. Po latach, przy różnych spotkaniach, wspominaliśmy o tym, co ośmieliło mnie, by zwrócić się do pana doktora z zapytaniem, prośbą, czy w przypadkach trudnych mogę się zwrócić do niego o poradę lub pomoc. Dr Pieniężny podał mi swój domowy numer telefonu ze słowami: „może kolega dzwonić o każdej porze dnia i nocy do domu lub oddziału”. I znalazłem się w takiej sytuacji. Po likwidacji powiatu gubińskiego odeszli ze szpitala wszyscy

chirurdzy. Oddział funkcjonował dzięki lekarzom wojskowym „skazanym” na dwuletnią służbę wojskową, którzy chętnie pracowali w oddziale. Byli to lekarze młodzi z pierwszym stopniem specjalizacji i niewielkim doświadczeniem. Do oddziału przywieziono (późnym wieczorem) we wstrząsie pacjenta „leczonego” od rana z powodu bólów brzucha środkami p/bólowymi i alkoholem. Stan pacjenta wymagał natychmiastowej pomocy i nie nadawał się do transportu do Zielonej Góry. Tu należy przypomnieć, że w dawnych czasach transport wyglądał zupełnie inaczej. Chirurg postanowił natychmiast operować, okazało się jednak, że jego umiejętności są niewystarczające. Dzwonię do dr. Pieniężnego i proszę o pomoc po przedstawieniu sytuacji, może o przysłanie jakiegoś doktora z Zielonej Góry - „a pacjent do tego czasu dożyje?” - „jest zaintubowany na oddechu kontrolowanym”. Wówczas nie było to jeszcze powszechne.

„Będę za godzinę”. Pan dr przyjechał i zoperował pacjenta. Po zabiegu usiedliśmy do opisu w książce operacyjnej (było to ok. 3 nad ranem) zaproponowałem doktorowi herbatę i kawę. Poprosił o kawę (ta była wówczas tylko z przydziału) i pielęgniarka zrobiła kawę dla doktora. Doktor spróbował łyk, spojrzał na mnie i nic nie mówiąc sączył ją dalej. Kiedy odprowadzałem doktora do samochodu dziękując za pomoc, doktor powiedział „kolego, jeśli zawsze podajecie tak dobrą kawę, to mogę przyjeżdżać częściej”. Przekazałem te słowa pielęgniarce, a ta powiedziała, że to zwykła pooperacyjna, chirurgiczna kawa z dodatkiem (zaznaczam, że doktor w tym dniu nie był kierowcą).

Dobre to były czasy - nie liczyły się godziny pracy, na pomoc bardziej doświadczonych można było zawsze liczyć. Prócz pomocy były pouczenia, uwagi, ale nigdy złośliwości. Zawsze najważniejszy był pacjent. Dziś sam jako pacjent „ginę” w gąszczu procedur i za swoje leczenie muszę płacić z własnej emeryckiej kieszeni.

A więc MEDICE, CURA TE IPSUM!
Zygfryd Gwizdalski

Wspomnienie



Wspomnienie to jedyny wehikuł czasu, jakim dysponujemy.

(Lukasz Świdorski)

Na Cmentarzu Miejskim w Żaganiu 27 września 2016 roku pożegnaliśmy naszego Kolegę lek. med. Zygfryda Czapczyńskiego, długoletniego Kierownika Pracowni Rtg SP ZOZ w Żaganiu. Z pasją ambicją i zaangażowaniem przez przeszło 35 lat aktywnie pracował na rzecz diagnostyki radiologicznej w żagańskim szpitalu, wspierając pracę swoich kolegów lekarzy oraz pomagając pacjentom.

Zygfryd Czapczyński urodził się 26 czerwca 1946 roku w Opatowie na Opolszczyźnie. Po ukończeniu Liceum Ogólnokształcącego został przyjęty na Wydział Lekarski Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, gdzie rozpoczął studia w październiku 1964 roku. Poznaliśmy się w „akademiku” przy ul. Ku Słońcu, który przez sześć lat stał się naszym drugim domem. Tam zrodziły się nasze długoletnie przyjaźnie, wspólne przeżywanie doli i niedoli studenckiego życia, tam poznaliśmy nasze przyszłe małżonki. Mimo upływu czasu nasza mała grupka przyjaciół trwale związana jest ze sobą do dzisiaj. Zygfryd był sympatycznym, wesołym, nie pozbawionym poczucia humoru kolegą. Zawsze uczynny, chętnie służący pomocą. Czasem mobilizował nas swoją ambicją, zdyscyplinowaniem i poszukiwaniem wiedzy.

Studia na Wydziale Lekarskim PAM w Szczecinie ukończył w czerwcu 1970 roku. Już od 01 lipca 1970 roku rozpoczął staż podyplomowy w Szpitalu Powiatowym w Żaganiu, jednocześnie pracując z małżonką Janiną, lekarzem stomatologiem, w Ośrodku Zdrowia w

LEK. MED.

ZYGFRYD CZAPCZYŃSKI (1946 - 2016)

Brzeźnicy koło Żagania. Jeszcze dziś niektórzy mieszkańcy Brzeźnicy wspominają Go jako uczynnego, wrażliwego i zawsze skorego do pomocy lekarza.

Po zakończonym stażu podyplomowym rozpoczął specjalizację w zakresie radiodiagnostyki i zamieszkał w Żaganiu wraz z rodziną. Pierwszy stopień specjalizacji uzyskał 11 października 1975 roku, a tytuł specjalisty w zakresie radiodiagnostyki uzyskał po złożeniu egzaminu 28 kwietnia 1979 roku.

W czasie odbywania specjalizacji spotykałem go często w Zakładzie Radiologii Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze, gdzie starał się poznać jak najwięcej tajników wiedzy diagnostycznej i zapoznać się z nowym sprzętem. Jak zawsze sympatyczny, wesoły i uczynny cieszył się dobrą opinią i sympatią kolegów radiologów.

Poza pracą każdą wolną chwilę Zygfryd poświęcał Rodzinie. Z troską i zaangażowaniem wspierał swoje dzieci Iwonę i Jarosława, które dzięki zaangażowaniu Rodziców także kontynuują zawodowe pasje rodzinne. Po 35 latach pracy dr Zygfryd Czapczyński przeszedł na emeryturę 30 czerwca 2006 roku, ale nadal służył swoją wiedzą i pomocą potrzebującym Go pacjentom i kolegom lekarzom.

Problemy zdrowotne, jakie trapiły Zygfryda od 1992 roku, nie wstrzymały Jego zawodowych ambicji. Walczył dzielnie z chorobą i cierpieniem, starając się jak najwcześniej powrócić do pracy i swoich pacjentów. Kiedy już wydawało się, że sobie poradził i powrócił do zdrowia, nagle dotarła do nas wiadomość, że ponownie powróciły Jego problemy zdrowotne.

Był dzielny, walczył do końca, do cierpienia podchodził ze zrozumieniem godnym uznania. Wspierała Go Rodzina i Przyjaciele. Otoczony Rodziną i wspólną modlitwą zmarł 24 września 2016 roku.

Zygfryd pozostanie w naszej pamięci, bo ta wspinała zdolność ludzkiego intelektu pozwala odtwarzać zapamiętane wspólne przeżycia.

Władysław Kościelniak



Stało się już tradycją, że we wrześniu spotykają się „potęgi” tenisa lekarskiego w Zielonej Górze. Tak było i w tym roku - w dniach od 9 do 11 września 2016, na kortach ziemnych przy ul Urszuli 14 rozgrywaliśmy VI Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy.

Zawody zostały objęte patronatem Prezydenta Zielonej Góry Janusza Kubickiego, Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie, Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy i gospodarza turnieju - Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze z Prezesem Mariuszem Pawłem Witczakiem. Do imprezy zgłosiło się 83 uczestników - 20 Koleżanek i 63 Kolegów. Zostali podzieleni na grupy wiekowe w singlu i deblu - rozgrywki przeprowadził sprawnie Sędzia Główny Tomasz Kapelczak (w zastępstwie Rafała Helbika). Uroczyste otwarcie turnieju odbyło się o godzinie trzynastej pierwszego dnia turnieju, na które przybyli zaproszeni

Józef Safian

VI OGÓLNOPOLSKI TURNIEJ TENISOWY LEKARZY W ZIELONEJ GÓRZE WINOBRANIE 2016



Goście: Wiceprezydent Zielonej Góry Dariusz Lesicki, Prezes PSTL Marcin Wroński, Dyrektor MOSIR Robert Jagiełowicz, Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze Mariusz Paweł Witczak, Dyrektor Aldemedu Ryszard Szcząchor. W uznaniu zasług za ogromną wolę wsparcia, pomocy i mobilizowania całego zespołu Okręgowej Izby Lekarskiej w organizowaniu kolejnych Turniejów Winobraniowych

i XIX Halowych Mistrzostw Polski, prezesowi naszej Izby **dr. Mariuszowi Witczakowi** został wręczony pamiątkowy i ozdobny Dyplom od prezesa PSTL-u, **dr. Marcina Wrońskiego**. Wiceprezydent Zielonej Góry zachęcał do zwiedzania miasta i bogatego programu winobraniowego oraz życzył nam udanego turnieju! Po tym sympatycznym wstępie przystąpiliśmy do





kontynuacji zawodów w poszczególnych grupach wiekowych.

W singlu damskim w grupie wiekowej do 45 lat - wygrała kol. Agata Wojciuk pokonując w finale kol. Annę Leśniowską, w przedziale 45-55 wygrała kol. Anna Komar zwyciężając kol. Mariolę Kąkol-Kaczmarek, powyżej 55 wygrała kol. Bożena Kędzierska, srebro zdobyła kol. Małgorzata Wojtalik-Pawelec. W deblu damskim w grupie do 45 wygrały: kol. Agata Wojciuk i kol. Agnieszka Widziszewska pokonując w finale kol. Annę Komar i kol. Annę Leśnikowską, powyżej 45 wygrały: kol. Bożena Kędzierska i kol. Małgosia Pawelec-Wojtalik, pokonując kol. Bożenę Klimczyk i kol. Mariolę Kąkol-Kaczmarek.

W singlu męskim w grupie wiekowej do 35 lat wygrał kol. Pokrzywnicki Marcin, pokonując w finale kol. Roberta Telegę, w grupie 35-45 wygrał kol. Bartosz Ruszkowski, w grupie 45-50 zwyciężył kol. Mariusz Słowik, w grupie 50-55 zwyciężył kol. Roman Sadowski pokonując kol. Dariusz Drzygałę, w grupie 55-60 w pięknym stylu zwyciężył kol. Artur Ferencz, pokonując w finale kol. Bogusława Rataja, w grupie 60-65 zwyciężył kol. Kazimierz Bujak, pokonując kol. Dariusz Obina, w grupie 65-70 wygrał kol. Ryszard Koczorowski z kol. Romanem Pawlasem, w grupie 70-75 zwyciężył kol. Andrzej Pozowski, pokonując kol. Józefa Szafranka, w grupie 75-80 zwyciężył kol. Józef Safian, pokonując odwiecznego rywala kol. Bogdana Solarskiego i powyżej 80 bez walki zajął pierwsze miejsce kol. Stanisław Świerad.

W deblu męskim w grupie open do 45 lat wygrali kol. Piotr Hudała i kol. Maciej Jędrusik, pokonując w finale kol. Bartosza Ruszkowskiego w parze z kol. Markiem Komarem, w grupie 45 -55 zwyciężyli kol. Andrzej Semczuk i kol. Robert Telega, pokonując w zaciętym boju kol. Leszka Borkowskiego i kol. Stanisława Woźniaka, w grupie 55-65 zwyciężyli kol. Bogusław Rataj i kol. Daniel Leończyk, w ostatniej grupie powyżej 65 zwyciężyli kol. Ignacy Lubiński i kol. Daniel Leończyk.

Najlepszym zawodnikami VI Ogólnoposkiego Turnieju Tenisowego Lekarzy WINOBRANIE 2016 zostali wybrani: wśród kobiet kol. Agata Wojciuk, a w grupie męskiej kol. Robert Telega - otrzymali w nagrodę piękne puchary od prezydenta Zielonej Góry Janusza Kubickiego. Brawa dla zwycięzców i zwyciężonych, i wszystkich uczestników oraz kibiców przybyłych na turniej! W drugim dniu zmagania turniejowych odbyło się sympatyczne spotkanie towarzyskie w restauracji FIGARO, gdzie spędziliśmy miły wieczór przy nastrojowej muzyce i przyjacielskich rozmowach. W programie wieczoru były losowane drobne upominki.

Na zakończenie dodam słów kilka o wyprawie tenisowej do pięknego ZAMOŚCIA, gdzie nasi koledzy zdobyli następujące trofea: kol. Artur Ferencz zdobył złoty medal w singlu + 50 i medal srebrny w deblu 45-55, kol. Dariusz Drzygała zdobył dwa medale brązowe w singlu + 50 i deblu, kol. Józef Safian brąz w singlu +70 i srebro w deblu +65. Brali oni udział w VI Ogólnopolskim Turnieju Tenisowym Lekarzy o Memoriał dr Tomasza Teresińskiego (12-14.08. 2016 r.).

Zapraszam do udziału nasze KOLEŻANKI I KOLEGÓW do Halowych Mistrzostw Lekarzy Lubuskich w Tenisie w Drzonkowie (19. 02. 2017!) Do zobaczenia na korcie!

PS. Ostatnia pilna wiadomość – kol. Artur FERENCZ zdobył dwa brązowe medale na 46 Mistrzostwach Świata Lekarzy w Tenisie odbywających się w Limie stolicy Peru (14-22.10.2016 r.). Był jedynym reprezentantem Naszej Izby Lekarskiej. Składamy gratulacje i wyrazy uznania!



ZNACZKI

prowadzono do obiegu:

07.01. Jeden znaczek pocztowy o wartości: 2,35 zł, emisji: 23. Finał Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Na znaczku przedstawiono:

- 2,35 zł - na tle kolorowych figur geometrycznych symboliczne serce z napisami: Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy, 23. FINAŁ, DIAGNOSTYKA, PEDIATRIA, ONKOLOGIA, KARDIOCHIRURGIA, GODNA OPIEKA LUDZI W PODESZŁYM WIEKU, WIELKA ORKIESTRA ŚWIĄTECZNEJ POMOCY.



06.02. Jeden znaczek pocztowy o wartości: 2,35 zł, emisji: Kocham Cię. Na znaczku przedstawiono rubinowe serce.

12.02. Jeden znaczek pocztowy o wartości: 1,75 zł w emisji: 150. rocznica urodzin Kazimierza Przerwy-Tetmajera. Na znaczku przedstawiono portret Kazimierza Przerwy-Tetmajera.

24.02. Jeden znaczek pocztowy wartości: 5,20 zł w formie bloku emisji: Witkacy - twórca wizjoner. Na znaczku przedstawiono podobiznę Witkacego.



06.03. Dwa znaczki pocztowe o wartości: 2,35 zł, 5,20 zł, emisji: Wielkanoc. Na znaczkach poszczególnych wartości przedstawiono:

- 2,35 zł - kroszonkę opolską,
- 5,20 zł - pisanekę kurpiowską.

20.03. Jeden znaczek pocztowy o wartości: 1,75 zł, emisji: Transplantologia. Na znaczku przedstawiono w sposób symboliczny przeszczep serca.



31.03. Jeden znaczek pocztowy o wartości: 2,35 zł, emisji: „Ida”. Na znaczku przedstawiono tytuł filmu „Ida” w symbolicznym kadrze.

CAŁOSTKI

Wprowadzono do obiegu:

- 12.01. Kartkę pocztową z nadrukowanym znakiem opłaty pocztowej o wartości 1,75 zł, emisji: Rok Caritas.
- 24.02. Kartkę pocztową z nadrukowanym znakiem opłaty pocztowej o wartości 2,35 zł, emisji: Krótkofalowcy w służbie publicznej.
- 09.03. Kartkę pocztową z nadrukowanym znakiem opłaty pocztowej o wartości 1,75 zł, emisji: Wielkanoc.
09. 03. Kartkę pocztową z nadrukowanym znakiem opłaty pocztowej o wartości 2,35 zł, emisji: Wielkanoc.
- 31.03. Kartkę pocztową z nadrukowanym znakiem opłaty pocztowej o wartości 1,75 zł, emisji: Drogi wodne w Polsce - Tylnokołowiec.
- 31.03. Kartkę pocztową z nadrukowanym znakiem opłaty pocztowej o wartości 1,75 zł, emisji: Drogi wodne w Polsce - Łódź „Livet”.
- 31.03. Kartkę pocztową z nadrukowanym znakiem opłaty pocztowej o wartości 1,75 zł, emisji: Drogi wodne w Polsce - Katamaran „Laguna”
- 31.03. Kartkę pocztową z nadrukowanym znakiem opłaty pocztowej o wartości 1,75 zł, emisji: Drogi wodne w Polsce - Bocznokołowiec...

Kolekcjoner

WYDZIAŁ LEKARSKI AM W BIAŁYMSTOKU Z ROKU 2002 ORAZ KOLEŻANKI I KOLEDZY STUDIUJĄCY W LATACH 1996 – 2002

Spotkanie koleżeńskie z okazji XV rocznicy ukończenia studiów odbędzie się **23 września 2017 r.** w Hotelu 3trio (<http://www.hotel3trio.pl/>).

Informacje: Sylwia Marcinkiewicz-Rybołowicz kom 606157526, sylwamar-cinkiewicz@wp.pl, www.facebook.pl (Sylwia Marcinkiewicz-Rybołowicz lub UMB zjazd).

Opłata uczestnika zjazdu 250 zł.

Promocja dla par małżeńskich – związków partnerskich, za dwie osoby 450 zł.

Wpłaty do dnia 15.07.2017 r. na konto:

S. Marcinkiewicz-Rybołowicz, PKO BP - 77 1020 1332 0000 1602 0141 7237 koniecznie z dopiskiem „ZJAZD” oraz podaniem nazwiska (kobiety w nawiasie nazwisko panięskie”).

Noclegi w hotelu 3trio - rezerwacja indywidualna (na hasło 15 lecie studiów otrzymanie zniżkę).

Impreza w hotelu od godz 20:00. Chcielibyśmy rozpocząć oficjalnie – AULA w Pałacu Branickich godz 12 (obecność obowiązkowa, będą pamiątkowe zdjęcia).

Koleżanki i Koledzy, nawet jeśli sami nie będziecie uczestniczyć w spotkaniu, przekażcie proszę tę informację potencjalnie zainteresowanym.

Sylwia Marcinkiewicz-Rybołowicz

OGŁOSZENIA DROBNE

Gabinety lekarskie do wynajęcia – Międzyrzecz, ul. Chrobrego 28.
tel. 790 850 414 lub 602 101 395.

&

Lekarza dentystę na bardzo dobrych warunkach zatrudnię.
tel. 665 060 010.

&

Wynajmę gabinet lekarski o powierzchni 12 m² - „Centrum Medyczne” ul. Wyszyńskiego 99 (dawna przychodnia). tel. 606 130 708.

&

Sprzedam 3-pokojowe mieszkanie o powierzchni 63 m² na I piętrze w samym centrum Nowej Soli (róg ul. Moniuszki i Wrocławskiej) - doskonała lokalizacja na gabinet lekarski. Dodatkowo 70 m dalej jest garaż. tel. 728 555 232.

Pani
Teresie
Gontowicz
wyraży głębokiego
współczucia
z powodu
śmierci Męża
Składają
Okręgowa Rada Lekarska
w Zielonej Górze,
Koleżanki i Koledzy z pracy
oraz Redakcja „Doktora”.

Pani
Brygidzie
Olszewskiej
wyraży głębokiego
współczucia
z powodu
śmierci Mamy
Składają
Okręgowa Rada Lekarska
w Zielonej Górze,
Koleżanki i Koledzy z pracy
oraz Redakcja „Doktora”.

**MEDYCYNA
GRABIENIEC Sp. z o.o.**

zatrudni

LEKARZY RODZINNYCH,
a także w trakcie specjalizacji lub
LEKARZY POZ

(zaświadczenie z Okręgowej Izby Lekarskiej)
na stanowisku

lekarza lub kierownika

Przychodni w Bledzewie
oraz Przychodni w Pszczewie
(woj. lubuskie).

OFERUJEMY

bardzo dobre warunki
pracy i płacy oraz
mieszkanie rodzinne
Poszukujemy też lekarza na
1 – 2-tygodniowe zastępstwa.

KONTAKT: 600-01-23-51,
e-mail iwona@grabieniec.pl



Panu
**dr. Dariuszowi
Koniecznemu**
wyraży głębokiego
współczucia
z powodu śmierci
Żony
Składają
Koleżanki i Koledzy
z Okręgowej
Rady Lekarskiej
w Zielonej Górze

WYDAWNICTWO:

Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze • ul. Batorego 71
tel. 68 320-79-00 • kom. 509396025 fax 68 320-78-15.

POCZTA INTERNETOWA: zielona.gora@hipokrates.org

SERWIS: www.oil.zgora.pl

REDAKCJA:

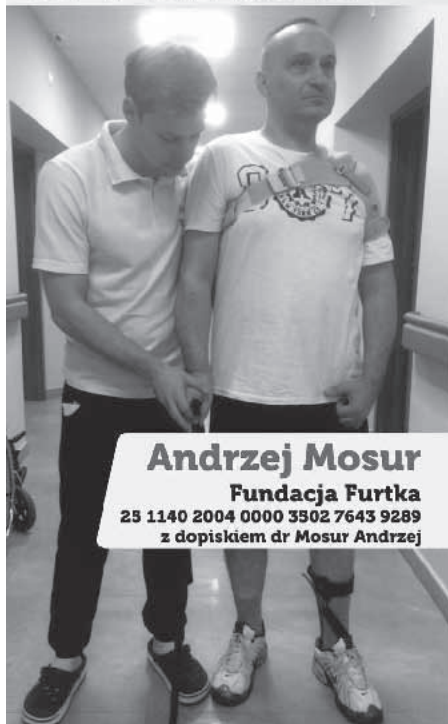
Jacek Kotuła (red. naczej.), Włodzimierz Janiszewski (z-ca red. naczej.), Jerzy Domagalski (sekretarz redakcji), Bogdan Jakubski, Anna Stawiarska, Ewa Hassa, Janusz Tylewicz (członkowie redakcji), Zygfryd Gwizdalski, Józef Safian (stali współpracownicy), Grażyna Sosiewicz, (red. techn.), Dariusz Golczyk (układ graficzny).

Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów, poprawek stylistycznych oraz umieszczenia śródtytułów. Biuletyn jest rozpowszechniany bezpłatnie wśród członków OIL.
Serwis fotograficzny własny.

SKŁAD KOMPUTEROWY: Firma Usługowa „RATIO”



**APEŁ
O POMOC**



Andrzej Mosur
Fundacja Furtka
25 1140 2004 0000 3502 7643 9289
z dopiskiem dr Mosur Andrzej

Szanowne Koleżanki i Koledzy

Zwracam się do Państwa z prośbą o pomoc. Nazywam się Andrzej Mosur mam 50 lat i jestem lekarzem rodzinnym z Babimostu w województwie lubuskim. W 2015 roku doznałem udaru niedokrwiennego prawej półkuli mózgu. Od tego czasu ze względu na stan zdrowia nie jestem w stanie nieść pomocy chorym. Przeszło rok czasu spędzam na oddziałach rehabilitacyjnych aby móc uzyskać władzę w lewej ręce i nodze. Profesjonalna rehabilitacja niestety jest poza moimi możliwościami finansowymi. Proszę serdecznie Kolegów i Koleżanki o wsparcie.

Fundacja Furtka
Pestalozziego 7, Bydgoszcz
www.fundacjafurtka.pl

Numer konta bankowego:
25 1140 2004 0000 3502 7643 9289
z dopiskiem dr Mosur Andrzej



Z głębokim żalem i smutkiem
pożegnaliśmy 27 września 2016 r.
Ś.P.

dr. Zygfryda Czapczyńskiego,
lekarza, specjalistę radiodiagnostyki.

Wyraży współczucia rodzinie składają
koleżanki i koledzy z OIL w Zielonej Górze.



Z głębokim żalem i smutkiem
pożegnaliśmy 7 listopada 2016 r.
Ś.P.

dr. Macieja Paładzkiego,
lekarza, specjalistę patomorfologii.

Wyraży współczucia rodzinie składają
koleżanki i koledzy z OIL w Zielonej Górze.



**KOMISJA STOMATOLOGICZNA
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W SZCZECINIE**

AMBER BALTIC
HOTEL ★★ ★★ MIĘDZYDZROJE

NAJNOWSZE TRENDY W STOMATOLOGII **XVIII Konferencja naukowo-szkoleniowa**

17 - 19 MARZEC 2017r.

Hotel AMBER BALTIC, Międzyzdroje



Szanowni Państwo,

Serdecznie zapraszam na Konferencję naukowo-szkoleniową z cyklu Najnowsze Trendy w Stomatologii organizowaną przez Komisję Stomatologiczną ORL w Szczecinie. To już XVIII odsłona tej konferencji i 3 w konwencji ogólnopolskiej. Tym razem chcemy Państwa zaprosić w dniach 17-19 marca 2017r. do Międzyzdrojów do kultowego hotelu Amber Baltic. W programie ciekawe i praktyczne wykłady wygłaszane przez autorytety w dziedzinach stomatologicznych i medycznych. Dodatkowo sesja samorządowa, występ gwiazdy wieczoru, no i oczywiście niezapomniana atmosfera, która posłuży zapewne integracji i relaksowi.

Do zobaczenia w Międzyzdrojach!

Agnieszka Rudzińska-Tynda
Wiceprezes ORL w Szczecinie

RAMOWY PROGRAM KONFERENCJI:

17.03.2017r.

- 15.00 - rozpoczęcie konferencji
- 15.00 - 18.30 - I panel wykładowy
- 16.30 - 17.00 - przerwa kawowa
- 17.00 - 18.30 - II panel wykładowy
- 20.00 - uroczysta kolacja z gwiazdą wieczoru

18.03.2017r.

- 12.30 - 14.00 - sesja samorządowa

18.03.2017r.

- 10.00 - 11.30 - III panel wykładowy
- 11.30 - 12.00 - przerwa kawowa
- 12.00 - 13.30 - IV panel wykładowy
- 13.30 - 14.30 - lunch
- 14.30 - 16.30 - V panel wykładowy
- 16.30 - 17.00 - przerwa kawowa
- 17.00 - 18.30 - VI panel wykładowy
- 20.00 - dyskoteka, zawody bowlingowe

Tematyka konferencji:

stomatologia dziecięca, stomatologia zachowawcza z endodoncją, periodontologia,
protetyka stomatologiczna, medycyna ogólna, prawo medyczne.

Szczegóły dostępne na stronie: [www.oil.szczecin.pl/konferencje/lekarze dentyści oraz www.trendy17.pl](http://www.oil.szczecin.pl/konferencje/lekarze_dentyści_oraz_www.trendy17.pl)

Szczegółowe informacje: tel. 91 487 49 36 wew. 116, e-mail: ksidor@oil.szczecin.pl

Warunkiem uczestnictwa jest wypełnienie elektronicznego formularza zgłoszeniowego i przesłanie go wraz z potwierdzeniem wpłaty - www.trendy17.pl

Dane do przelewu: 2 Event Sp. z o.o. nr konta: 83 1140 2004 0000 3702 7570 6670 z dopiskiem "Trendy 2017"

Bezkosztowe anulowanie zgłoszenia jest możliwe do dnia 20.01.2017r.

Uczestnicy konferencji otrzymują punkty edukacyjne. Ilość miejsc ograniczona.

Organizator zastrzega sobie możliwość zmian w programie konferencji oraz jej odwołania.

VI OGÓLNOPOLSKI TURNIEJ LEKARZY W TENISIE Winobranie 2016

