



doktor

BIULETYN INFORMACYJNY OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W ZIELONEJ GÓRZE

nr 1 (123) rok 28

Zielona Góra, styczeń • luty • marzec 2017 rok

ISSN 1426-1162

Przychodnia POZ w Kozuchowie Beata i Wojciech Perekitko, Krzysztof Bemnowicz



W NUMERZE M.IN.:

- Wybrane czynniki warunkujące procesy starzenia – **str. 7**
- Leki II szczebla drabiny analgetycznej – **str. 10**
- Z poradnika orzecznika – **str. 12**
- Konferencje „Post eular” i Człowiek żyjący z HIV” – **str. 15 i 18**
- Wielcy myśliciele – Albert Camus – **str. 22**

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, w dotychczasowych odcinkach naszego cyklu analizowaliśmy wspólnie różne sytuacje zawodowe, w których znajdował się lekarz, a które skutkowały odpowiedzialnością cywilną. Były to różnego rodzaju zdarzenia niepożądane, a czasem sytuacje nieuzasadnionych roszczeń, przed którymi lekarz musiał się bronić.

Dziś analizie poddamy nieco inną sytuację – sytuację, w której lekarz **nie mógł wykonywać pracy zawodowej** z powodu błędnego wypadku podczas jazdy rowerem. W jednej chwili zmieniła się jego sytuacja zawodowa i prywatna – utrata zarobków spowodowała, że nie mógł on utrzymać dotychczasowego poziomu życia.

Uważasz, że Ciebie to nie dotyczy? Przyjrzyj się poniżej opisanej sytuacji.

Lekarz ortopeda posiadał własną praktykę lekarską, w której kilka razy w tygodniu przyjmował pacjentów. Dodatkowo, współpracował on z placówką medyczną, a trudniejsze przypadki konsultował w szpitalu klinicznym, gdzie przeprowadzał także operacje ortopedyczne. Z placówką oraz ze szpitalem związany był na podstawie umowy cywilno-prawnej, popularnie zwanej kontraktem.

Jako osoba czynnie uprawiająca sport, pan doktor często wybierał się na wyprawy rowerowe. Podczas jednej z takich przejażdżek uległ wypadkowi, w konsekwencji którego doznał urazu kolana. Uraz, który doprowadził do unieruchomienia stawu kolanowego i kilkutygodniowej rehabilitacji, spowodował przerwę w wykonywaniu zawodu trwającą łącznie 62 dni. W tym czasie pan doktor nie mógł przyjmować pacjentów ani w ramach własnej praktyki, ani w szpitalu.

Pracując na kontrakcie oraz prowadząc własną praktykę lekarską, lekarz odprowadzał składki na ZUS od minimalnej podstawy wymiaru składek. W związku z długotrwałą niezdolnością do pracy nie dostał on zasiłku chorobowego w wysokości umożliwiającej mu pokrycie przynajmniej bieżących kosztów prowadzonej działalności. Leasing samochodu, koszty wynajmu gabinetu lekarskiego oraz bieżące opłaty jak rata kredytu, czynsz, rachunek telefoniczny i opłata za prąd, zostały więc pokryte z długo gromadzonych oszczędności.

Na szczęście, kilka miesięcy wcześniej, przy odnawianiu polisy odpowiedzialności cywilnej, lekarz dowiedział się od swojego agenta, że na rynku dostępne jest ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy. Zapewnia ono wypłatę świadczenia finansowego w przypadku dłuższej niezdolności do pracy wskutek choroby, czy wypadku. Taki zastrzyk finansowy umożliwia zachowanie przychodów na poziomie pozwalającym

na pokrycie stałych kosztów utrzymania i prowadzenia działalności.

Pan doktor otrzymał z ubezpieczenia środki pieniężne w łącznej wysokości 18 600 PLN. Okazały się one pomocne w tej szczególnie niekomfortowej sytuacji i pozwoliły przetrwać najtrudniejsze chwile.

INTER Kontrakt – co to jest?

Ubezpieczenie zapewnia wypłatę ustalonej kwoty pieniężnej w przypadku czasowej niezdolności do pracy lekarza lub osoby wykonującej zawód medyczny. Wysokość wypłaconego świadczenia nie jest uzależniona od wysokości ponoszonych kosztów i nie jest bezpośrednio związana z utratą przychodu. Gwarantuje jednak Ubezpieczonemu **dotatkowe środki**, które mogą być przekazane m.in. na pokrycie kosztów wykonywanej działalności zawodowej lub kosztów zastępstwa.

„Pensja” podczas choroby

Za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy, przy zwolnieniu trwającym min. 15 lub 30 dni (w zależności od przyczyny zwolnienia lekarskiego) lekarzowi wypłacana jest kwota świadczenia określona w umowie ubezpieczenia. Zgodnie z zasadą, że im dłużej chorujesz, tym bardziej potrzebujesz pieniędzy, ubezpieczenie nie obejmuje kilkudniowych niedyspozycji. Koncentruje się na dłuższych chorobach, przy czym świadczenie jest wypłacane także za pierwsze dni czasowej niezdolności do pracy.

Zakres ubezpieczenia

Należy zawsze zwrócić uwagę na zakres ubezpieczenia. W tym przypadku lekarz ma do wyboru dwa warianty ubezpieczenia o różnej wysokości przysługującego świadczenia. W zależności od wybranej opcji za 30 dni niezdolności do pracy lekarz otrzyma kwotę 4 500 PLN lub 9 000 PLN.

Opisana historia pokazuje, jak łatwo możemy stracić równowagę finansową budowaną przez wiele lat. Coraz bardziej popularne „kontrakty” umożliwiają uzyskanie wysokich przychodów, ale wymagają od nas lekarzy przewidywania i zabezpieczania się przed sytuacjami losowymi. Tylko my sami możemy zapewnić sobie i naszym rodzinom stabilność finansową. Warto o tym pamiętać rozmawiając ze swoim agentem ubezpieczeniowym. Z pewnością doradzi INTER Kontrakt...

Do zobaczenia w kolejnym odcinku!
DR INTER

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.
Al. Jerozolimskie 172, 02-486 Warszawa
www.interpolska.pl, www.bezpiecznylekaz.pl

inter
UBEZPIECZENIA

OKIEM PREZESA



Koleżanki i Koledzy!

Zapowiadane rewolucyjne zmiany w funkcjonowaniu ochrony zdrowia na razie są dyskutowane w gremiach ekspertów i brak jest nadal ostatecznych decyzji. Trudno więc powiedzieć, jaki będzie ostateczny model funkcjonowania ochrony zdrowia w 2018 roku. **Trwają prace nad tzw. siecią szpitali.** W założeniu wszystkie publiczne zakłady opieki zdrowotnej mają wejść do systemu, pozostałe placówki będą brały udział w konkursie ofert. **Zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej** mają polegać - m.in. - na wprowadzeniu systemu opieki skoordynowanej z osobnym budżetem przeznaczonym na diagnostykę i konsultacje specjalistyczne, zlecane bezpośrednio przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lekarzom specjalistom. Wstępnie ustalono, że 12 poradni specjalistycznych nie będzie zawierać umów z płatnikiem, lecz bezpośrednio z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej.

Zmiany w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej mają polegać także na większym oparciu systemu o poradnie specjalistyczne przyszpitalne. Ci z Państwa, którzy mają dłuższy staż pracy, pamiętają czasy, kiedy ochrona zdrowia finansowana była w systemie budżetowym. Do tego budżetowego systemu obecnie mamy znowu powrócić. Największy niepokój budzi brak wcześniejszego jasnego określenia

zasad, na jakich przyjdzie nam pracować w roku 2018.

Na styczniowym posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej tematyka zmian w funkcjonowaniu ochrony zdrowia była głównym punktem obrad. Zaproszeni goście - z p.o. prezesa NFZ Andrzejem Jacyną - zapewniali, że zmiany będą wprowadzane stopniowo w kolejnych latach. Zapowiedziano wprowadzenie pilotażowego systemu opieki skoordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej w wybranych praktykach lekarzy rodzinnych, stopniowe wprowadzanie zmian w funkcjonowaniu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, która w kilku najbliższych latach ma funkcjonować nadal w sposób oparty głównie na obecnym systemie.

Z innych propozycji zmian - wracają pomysły wprowadzenia odpłatności za studia medyczne. Wicepremier i minister nauki i szkolnictwa wyższego oświaty zgłosił projekt, zgodnie z którym studia w zawodach medycznych miałyby być płatne. Na czas nauki studenci otrzymywaliby stypendia, które powinni odpracować w kraju. Za każdym razem, gdy czytam o planach wprowadzenia odpłatności za studia medyczne, dziwi mnie, skąd w ogóle takie pomysły pojawiają się w głowach polityków. Gdzie równe traktowanie obywateli, gdzie jakakolwiek idea sprawiedliwości? Jeśli studia mają być odpłatne, jak np. na Wyspach Brytyjskich, to wydaje się oczywiste, że na wszystkich kierunkach. Tam każdy student jest kredytowany i każdy w jakiejś formie te studia spłaca. Okazuje się, że u nas to tylko nasze zawody medyczne są solą w oku rządzących.

W naszej izbie lekarskiej funkcjonuje od grudnia 2016 r. system ubezpieczenia w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w ramach opłacanej składki członkowskiej. Cieszę się, że wprowadzenie tego ubezpieczenia przyjęte zostało przez dużą grupę lekarzy i lekarzy dentystów z aprobatą.

Przypominam, że wszyscy Państwo - posiadający uregulowane na bieżąco składki członkowskie za 2016 rok

- możecie skorzystać z ubezpieczenia proponowanego przez naszą izbę lekarską. Przystąpienie do ubezpieczenia jest kontynuacją obecnie posiadanego ubezpieczenia i nastąpi w dniu wygaśnięcia aktualnej polisy ubezpieczeniowej. W celu zawarcia ubezpieczenia należy wypełnić formularz ze strony internetowej. Umowę można zawrzeć on line lub można 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.** Przypominam, że obsługą ubezpieczeń w biurze izby zajmuje się Pani Brygida Olszewska. Zapraszam także do odwiedzania naszej nowej strony internetowej, nie tylko w nowej szacie graficznej, ale także znacznie rozbudowanej i zawierającej więcej przydatnych dla państwa informacji.

Zbliża się doroczny Okręgowy Zjazd Lekarzy, na którym od dwóch lat odznaczamy najbardziej zasłużone dla naszego środowiska koleżanki i kolegów odznaczeniem OIL w Zielonej Górze „Laur Asklepiosa”. Każdy z Państwa ma możliwość zgłaszania kandydatur do tego odznaczenia do dnia 23 marca 2017 r. Wtedy odbędzie się posiedzenie kapituły odznaczenia.

8 kwietnia - bezpośrednio przed zjazdem budżetowym - z wykładem „Przychodzi prokurator do lekarza” wystąpi gość naszego zjazdu, Prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej Pan dr Krzysztof Kordel, znany w całym środowisku lekarzy i lekarzy dentystów wybitny autorytet w zakresie prawa medycznego. Zapraszam wszystkich Państwa, także tych, którzy nie są delegatami na zjazd, do wysłuchania wykładu doktora Kordela, gdyż wiedza w zakresie prawa medycznego nie jest większości z nas dobrze znana.

Zbliża się Wielkanoc, życzę Państwu wszelkiej pomyślności na zbliżające się święta i radości z nadchodzącej szybkimi krokami wiosny.

Mariusz Paweł Witczak



Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy.

Tempus fugit. Tak, czas szybko płynie. Dopiero zasiadaliśmy do kolacji wigilijnej, a już tuż przed nami Święta Zmartwychwstania Pańskiego, które w bieżącym roku będą stosunkowo późno.

Tak samo moglibyśmy powiedzieć, że dopiero co wybieraliśmy delegatów do organów Okręgowej Izby Lekarskiej, a już kończy się bieżąca kadencja i przygotowujemy się do kolejnych wyborów. Chciałbym zwrócić Państwa uwagę na kalendarz wyborczy, zamieszczony w numerze, oraz możliwość zmiany okręgu wyborczego, do którego zostaliście Państwo zapisani przez komisję wyborczą. Jeżeli zmieniliście miejsce pracy lub zamieszkania, albo po prostu chcielibyście przenieść się do innego rejonu wyborczego, możecie to zrobić, składając wniosek do OKW z prośbą o przeniesienie.

Niepokojącym pomysłem ostatnich tygodni dla kandydatów na studia medyczne jest sondowanie przez ministra nauki wprowadzenia odpłatności za studia medyczne. Pojawiająca się przy tej okazji kwota pół miliona złotych wykluczy możliwość uzyskania indeksu dla szerokiej grupy młodych, zdolnych ludzi, których zwyczajnie nie będzie stać na tak drogie kształcenie. Oczywiście, niesprawiedliwe jest kształcenie za polskie pieniądze lekarzy i lekarzy stomatologów na potrzeby innych krajów. Czy jednak nie lepiej byłoby wykształconą w Polsce kadrę, której tak bardzo brakuje, dobrze wynagradzać i stworzyć warunki dla

dr n. med. Jacek Kotuła

Zdaniem NACZELNEGO

godnego funkcjonowania w naszym kraju. Wówczas na pewno lekarze nie szukaliby pracy na emigracji, a woleliby pozostać „u siebie”. Przypomnę tylko, że już jeden minister, nota bene z tego samego ugrupowania, w przeszłości chciał lekarzy przymusowo wysłać w kamasze i poddać rozkazom zwierzchników.

W dniu 3.03.2017 r. rząd przyjął projekt ustawy o sieci szpitali. Teraz projekt trafi do prac parlamentarnych, aby zmiany mogły obowiązywać od 1 października 2017 r. Był on forsowany przez ministra zdrowia i - mimo sprzeciwu środowiska lekarskiego oraz negatywnych opinii społecznych - nadano mu bieg prawny. Premier Beata Szydło podczas konferencji prasowej, omawiając założenia projektu, stwierdziła, że ma on być lekiem na całe zło w opiece zdrowotnej. „Wprowadzamy te zmiany, myśląc przede wszystkim o pacjencie: żeby była większa dostępność, żeby skrócić kolejki, żeby szpitale publiczne, samorządowe, powiatowe, które dzisiaj mają bardzo często kłopoty z finansowaniem usług, wreszcie mogły bezpiecznie myśleć o leczeniu, a nie martwić się o to, że braknie im środków na zabezpieczenie dla pacjentów” - stwierdziła Beata Szydło.

Niezadowolone wśród lekarzy, których potrzeby są ustawicznie ignorowane, ciągle narasta. Coraz więcej lekarzy wypowiada klauzulę opt-out, która pozwala pracować dłużej od obowiązujących norm. Dla przypomnienia, wprowadzenie klauzuli opt-out miało być przejściowym (od 2004 roku) dostosowaniem prawa polskiego do wymagań Unii Europejskiej, ze względu na niską liczbę lekarzy. Niestety, mimo upływu czasu nic się nie zmieniło, a przejściowe prawo stało się docelowym.

Z okazji zbliżających się Świąt Zmartwychwstania Pańskiego w imieniu redakcji i swoim własnym pragnę złożyć Państwu najserdeczniejsze życzenia. Niech świt wielkanocnego poranka i światłość Zmartwychwstałego Chrystusa rozświecili mroki naszych codziennych zmagania.

Ps. Serdecznie zapraszam lekarzy stomatologów na spotkania naukowo-szkoleniowe, organizowane przez oddział Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego w Zielonej Górze przy współpracy Komisji Stomatologicznej Okręgowej Rady Lekarskiej. Najbliższe szkolenia:

- 25.03.2017 r. dr Kaja Wichrowska Rymarek. Rekonstrukcje estetyczne zębów w odcinku bocznym – inleye, onleye, overlaye,
- 29.04.2017 r. prof. dr hab. n. med. Beata Dejak. Wkłady koronowo-korzeniowe
- 27.05.2017 r. prof. dr hab. n. med. Jerzy Sokalski. Znieczulenia w stomatologii.

Uprzejmie proszę osoby, do których nie dochodzą nasze zaproszenia drogą e-mailową, o przesłanie na adres j_kotuła@poczta.onet.pl informacji, że chcieliby otrzymywać informacje o organizowanych przez nas szkoleniach.

W związku z przygotowywaniem przeze mnie publikacji na temat historii zielonogórskiej stomatologii oraz historii opieki zdrowotnej w Zielonej Górze, wszystkich Państwa, którzy chcieliby podzielić się swoimi wspomnieniami, doświadczeniami, materiałami, zdjęciami, bardzo proszę o kontakt e-mailowy lub telefoniczny.



NASZ SERWIS

Redakcja „Puls Medycyny” opublikowała „Listę stu 2017”.

Za najbardziej wpływową osobę minionego roku w polskim systemie ochrony zdrowia uznano prof. Alicję Chybicką i kolejno dr. Konstantego Radziwiłła i dr. Marka Posobkiewicza, a w polskiej medycynie prof. Henryka Skarżyńskiego i kolejno prof. Grzegorza Opolskiego i prof. Mirosława Wielgosia. Pojawiły się na liście nowe osoby, m.in. prof. Marek Deja kardiochirurg, kierownik Oddziału Kardiologii w Górnośląskim Centrum Medycznym Szpital w Ochojcu oraz prof. Andrzej Tykarski, rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Z naszego regionu na liście Medycyna został wymieniony prof. Zbigniew Izdebski, a na liście systemu ochrony zdrowia dr Marek Twardowski.

Puls Medycyny 20017-01-18

Opr. W.J.

INFORMACJE Z POSIEDZEŃ PREZYDIUM I RADY OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

Specjalizacje

Centrum Egzaminów Medycznych przekazało informację o uzyskaniu specjalizacji w sesji jesiennej 2016 r. przez następujące osoby:

ANESTEZJOLOGIA
I INTENSYWNA TERAPIA
lek. Monika Daszkiewicz

NEONATOLOGIA
lek. Paweł Kondarewicz

POŁOŻNICTWO
I GINEKOLOGIA
lek. Katarzyna Bandrowska
dr n. med. Magdalena
Kłosowska-Kwapisz

REUMATOLOGIA
lek. Mariusz Warchoń

CHIRURGIA
STOMATOLOGICZNA
lek. dent. Wioleta Urda

ORTODONCJA
lek. dent. Joanna Woźniak-Busz

Tytuł
doktora nauk medycznych
uzyskali:
dr n. med.
Magdalena Kłosowska-Kwapisz,
dr n. med.
Jacek Kotuła.

Wszystkim serdecznie gratulujemy!

Prezydium i Okręgowa Rada Lekarska od ostatniego sprawozdania obradowały w dniach: 3 października, 5,15 grudnia 2016 r., 10 stycznia i 16 lutego 2017 r. Na posiedzeniach:

- Przyjęto sprawozdania Prezesa OIL z posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej i Konwentu Przewodniczących,
- Przyjęto informację na temat wstępnej wyceny budowy parkingu na terenie działki Okręgowej Izby Lekarskiej,
- Przyjęto sprawozdanie wiceprezes ORL z FDI i Naczelnej Komisji Stomatologicznej,
- Przyjęto informacje na temat elektronicznego systemu kształcenia i specjalizacji,
- Podjęto uchwałę w sprawie ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentyków członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze ze środków własnych Okręgowej Izby Lekarskiej,
- Podjęto uchwałę w sprawie daty Okręgowego Zjazdu Delegatów, który został zaplanowany na 8.04.2017 r.
- Podjęto uchwałę w sprawie porządku obrad Okręgowego Zjazdu Delegatów Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze,
- Podjęto uchwałę w sprawie utworzenia 12 okręgów wyborczych,
- Na wniosek Okręgowej Komisji Wyborczej podjęto uchwałę w sprawie liczby mandatów w nadchodzących wyborach i parytetach wyborczych,
- Podjęto uchwałę w sprawie liczebności okręgów wyborczych,
- Podjęto uchwałę w sprawie kalendarza wyborczego,
- Podjęto uchwałę w sprawie powołania składu zespołu wizytującego praktyki lekarskie ubiegające się o wpis na listę marszałkowską podmiotów uprawnionych do prowadzenia staży cząstkowych,
- Po zapoznaniu się z opinią zespołu wizytacyjnego podjęto uchwałę

- w sprawie wpisu na listę marszałkowską praktyki ubiegającej się o prowadzenie staży poddyplomowych,
- Na wniosek lekarza dentystry wydano prawo wykonywania zawodu,
- Przyjęto informację o rezygnacji z prowadzenia przez OIL kursów zdrowia publicznego,
- Podjęto uchwałę w sprawie przyjęcia wysokości refundacji z Ministerstwa Zdrowia za czynności przejęte od administracji państwowej,
- Negatywnie opiniowano propozycję wyznaczania powstania przy OIL komórki organizacyjnej biegłych sądowych,
- Na wniosek lekarza podjęto uchwałę w sprawie zwolnienia z opłacania składek członkowskich,
- Na wniosek lekarza podjęto uchwałę w sprawie wpisu do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze,
- 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 uchwałę o skreśleniu podmiotów z rejestru działalności leczniczej,
- Podjęto uchwałę o dofinansowaniu lekarzowi staży specjalizacyjnych.



Karta Multisport

Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze informuje, że w dalszym ciągu jest możliwość skorzystania z kart Multisport.

Szczegółowe informacje:

tel. 68 323 66 84,

e-mail: zielona.gora@hipokrates.org



OC W SKŁADCE DLA CZŁONKÓW OIL W ZIELONEJ GÓRZE

Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze, jako jeden z pierwszych samorządów w kraju postanowił zaproponować swoim członkom ubezpieczenie OC lekarza i lekarza dentystry w ramach składki członkowskiej. Lekarze – członkowie Izby mogą skorzystać z obowiązkowego lub dobrowolnego ubezpieczenia OC.

Program ochrony został przygotowany przez jednego z największych polskich brokerów ubezpieczeniowych – Mentor S.A. Dla jak najlepszej realizacji ochrony ubezpieczeniowej członków OIL w Zielonej Górze została przeprowadzona szczegółowa analiza rynku ubezpieczeniowego. Najlepszą ofertę przedstawił renomowany Zakład Ubezpieczeń – STU Ergo Hestia S.A.

Program zakłada objęcie ochroną w ramach obowiązkowego ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentystry, wykonujących działalność leczniczą w formie praktyki lekarskiej. Zgodnie z 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) suma ubezpieczenia wynosi 75 000 euro na jedno zdarzenie i 350 000 euro na wszystkie zdarzenia.

W przypadku członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze, zatrudnionych wyłącznie na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenie lub umowy o dzieło, korzystają oni z ochrony ubezpieczeniowej w ramach dobrowolnego ubezpieczenia OC lekarza i lekarza dentystry z sumą ubezpieczenia wynoszącą 300 000 zł na wszystkie zdarzenia.

W obu przypadkach płatnikiem składki jest OIL w Zielonej Górze.

Kompleksowa ochrona

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom członków Izby program ubezpieczeniowy został dodatkowo poszerzony o ubezpieczenia, które umożliwiają lekarzowi i lekarzowi dentyście ochronę w zakresie:

- dobrowolnego ubezpieczenia OC lekarza i lekarza dentystry, pozwalające na podwyższenie sumy ubezpieczenia,
- ubezpieczenia OC działalności gospodarczej i użytkowania mienia,
- ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, rozszerzonych o świadczenia dodatkowe w związku z ekspozycją ubezpieczonego na HIV i WZW.

Dodatkowo lekarze i lekarze dentyści zrzeszeni w OIL w Zielonej Górze, którzy skorzystają z programu ubezpieczeniowego, nabywają prawo do dodatkowej zniżki w wysokości 15% przy zawieraniu ubezpieczeń indywidualnych w ramach pakietów:

- ERGO 1 – ubezpieczenie mienia, ubezpieczenie komunikacyjne (OC, AC, NNW, Assistance), ubezpieczenie następstwa nieszczęśliwych wypadków, ubezpieczenie OC w życiu prywatnym,
- ERGO 7 – ubezpieczenie mienia, ubezpieczenie komunikacyjne (OC, AC, NNW, Assistance, szyby), ubezpieczenie następstwa nieszczęśliwych wypadków, ubezpieczenie OC w życiu prywatnym, ubezpieczenie kosztów ochrony prawnej, home assistance, sos assistance, medical assistance,
- Moja Firma – ubezpieczenie dedykowane osobom prowadzącym jednoosobową działalność gospodarczą,
- ERGO Podróż,
- ERGO Sport.

Jak skorzystać?

By móc skorzystać z programu ubezpieczeniowego konieczne jest:

- posiadanie aktywnego statusu członka Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze,
- uregulowanie terminowo składki członkowskiej,
- złożenie wniosku ubezpieczeniowego poprzez:
 - wypełnienie formularza dostępnego w Okręgowej Izbie Lekarskiej za pośrednictwem Pani Brygidy Olszewskiej lub
 - wypełnienie formularza dostępnego na stronie internetowej www.oil.med.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 informacji dotyczących programu ubezpieczeniowego przygotowanego dla Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze należy skontaktować się z:

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

SPECJALNY PROGRAM UBEZPIECZEŃ dla Członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze		 OC LEKARZA W SKŁADCE CZŁONKOWSKIEJ	 OC DZIAŁALNOŚCI I UŻYTKOWANIA MIENIA
 www.oil.med.pl/zg	 509 396 025	 DOBROWOLNE OC LEKARZA	 NNW + HIV/WZW
KONTAKT online lub osobisty: OIL w Zielonej Górze, ul. Batoiego 71, piętro I, pokój „Praktyki lekarskie”			



Dr. n. o zdrowiu Przemysław Bejga
Specjalista chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej, Nowa Sól

WYBRANE CZYNNIKI WARUNKUJĄCE PROCESY STARZENIA, JAK BARDZO JEST TO PRZYDATNA WIEDZA?

Tempo starzenia się i jego kierunek zależą od wielu czynników. Z całą pewnością charakter ich jest zróżnicowany. Część z nich to czynniki endogenne, część to egzogenne, procesy starzenia zazwyczaj stanowią sumę oddziaływań obu grup. Czynniki modyfikujące proces starzenia można podzielić zatem tradycyjnie, jak w większości przykładów, na zewnętrzne i wewnętrzne. Co zatem zalicza się do czynników endogennych?

Materiał genetyczny.

Starzenie się w największym stopniu zdeterminowane jest genetycznie. Przemawiają za tym przede wszystkim empiryczne ustalenia na temat procesu przedwczesnego starzenia się. W zespole *Hutchinson'a - Gilford'a*, czyli przedwczesnym starzeniu się dzieci, kluczową rolę odgrywa mutacja w genie kodującym białko włókniste z grupy białek filamentowych - pośrednich (*class V intermediate filaments*), które to biorą udział przy podziałach komórkowych i zapewniają strukturalną stabilność jądra komórkowego [1, 2]. Podobne mechanizmy stwierdzono nie tylko w progerii dziecięcej typu HGPS, ale również w progerii dorosłych (*Werner's syndrome - progeria of adults*) [2]. Na marginesie warto dodać, że w powyższych zespołach nie obserwuje się spadku sprawności intelektualnej charakterystycznego dla starości [3]. Zapewne oznacza to nieco inne mechanizmy starzenia się układu nerwowego na tle całego organizmu. Badania procesów

zachowania sprawności intelektualnej, zapewne trudne, w ocenie autora stanowią przyszłość w walce z chorobami degeneracyjnymi ośrodkowego układu nerwowego. Elementem, który budzi duże zainteresowanie badaczy, jest skojarzone występowanie u osobników z przedwczesnym starzeniem onkogenezy. Zatem nie tylko starzenie się jest tutaj głównym przedmiotem zainteresowania, ale również utrata mechanizmów chroniących przed onkogenezą [4].

Zaburzenie funkcjonowania aparatu immunologicznego spowodowane czynnikami endogennymi.

Zaburzenia te wynikają z „zużycia się układu immunologicznego”, który również podlega procesom starzenia się, spadku jego reaktywności i skuteczności działania. Złożone reakcje biorące udział w odpowiedzi immunologicznej ulegają stopniowo spowolnieniu, wyczerpaniu i deregulacji [5, 6]. W wymiarze praktycznym zaburzenia, o których mowa, wyrażają się choćby trudnościami w gojeniu się ran i oparzeń czy zwalczaniu infekcji, co może niekiedy prowadzić do rozwoju śmiertelnych powikłań zdrowotnych [7]. Szybciej rozwija się wtedy syndrom uogólnionej odpowiedzi zapalnej (*Systemic Inflammatory Response Syndrome - SIRS*), lub zespół wczesnej niewydolności wielonarządowej (*Early Multiple Organ Failure - EMOF*) [8].

Praktyczny wymiar wiedzy o zaburzeniach odporności w podeszłym wieku to zapewnienie takim chorym maksymalnie aseptycznych i ewentualnie antyseptycznych warunków oraz świadomość statystycznie innej dynamiki przebiegu schorzeń, z której powinien wynikać wzmożony nadzór

medyczny i zachowana ostrożność w zakresie rokowania.

Do czynników upośledzonej odpowiedzi immunologicznej zalicza się: zmienione czynnościowo i funkcjonalnie limfocyty typu T i B, monocyty i makrofagi, spaczoną i podwyższoną autoimmunogenność, oraz zmniejszoną aktywność genów supresorowych (pełnią funkcję ochronną oraz antyproliferacyjną wobec DNA) [9].

Ludzi starszych charakteryzuje zwiększone występowanie przeciwciał przeciwjądrowych - ANA, antykardiolipinowych - aCL, przeciw cytoplazmie neutrofilów - p-ANCA, przeciw mitochondriom (AMA) i mięśniom gładkim (ASMA) [10].

O ile pojawianie się większości przeciwciał może być w późnym wieku wyrazem fizjologicznego procesu starzenia się, to obecność przeciwciał przeciw cytoplazmie neutrofilii (p-ANCA) zazwyczaj skojarzona jest z chorobą. W przypadku wyników dodatnich uwzględniona być musi dalsza diagnostyka uwzględniająca typ fluorescencji i obecność dalszych grup przeciwciał.

Odwrotnie ma się sytuacja z obecnością czynnika reumatoidalnego - RF. W badaniach wykazano obecność czynnika reumatoidalnego w populacji osób starszych średnio w 22% (max 48%). Zwykle obecność RF nie była związana z chorobą, lecz była wyrazem reakcji na przewlekły stan zapalny. Możliwe, że w tym wypadku obecność RF stanowi przypuszczalnie rodzaj pierwszej linii obrony, zanim nastąpi synteza specyficznych przeciwciał [11]. W tym przypadku dalsza obserwacja i przebieg kliniczny są decydujące dla postępowania.

Jakich schorzeń należy zatem się spodziewać w grupie starszych pacjentów?

Do częściej występujących wraz z wiekiem schorzeń autoimmunologicznych należą:

- zapalenie olbrzymiokomórkowe tętnicy skroniowej (*temporal arteritis TA*),
- polimyalgia reumatyczna (*PMR*),
- zapalenie wielomięśniowe (*polymyositis PM*),
- zapalenie skórno - wielomięśniowe (*dermatopolymyositis DPM*),
- zespół (*Sjögren's syndrome SS*),
- reumatoidalne zapalenie stawów (*rheumatoid arthritis RA*),
- toczeń układowy (*systemic lupus erythematosus SLE*),
- zespół antyfosfolipidowy (*antiphospholipid syndrome APS*),
- ziarniniak Wegenera (*Wegener's granulomatosis WG*),
- sklerodermia (*scleroderma - systemic sclerosis SSC*).

Należy zauważyć, że w przypadku APS i PM warta rozważenia jest możliwa demonstracja pod postacią zespołu paraneoplazmatycznego, a w przypadku SLE należy również myśleć o możliwym niepożądanym działaniu leków [10].

Pierwotne i wtórne zaburzenia psychiczne i somatyczne.

To częsta przyczyna utraty aktywności życiowej na wielu polach, wynikająca ze spadku witalności,

zmniejszenia aktywności ruchowej i szybkiego obniżenia potencjału intelektualnego, same w sobie stanowią czynnik przyspieszający procesy starzenia. Wart przy tej okazji nadmienienia jest tzw. pozorny zespół otępienny rozwijający się zwłaszcza na tle zaburzeń poznawczych o charakterze pierwotnym lub wtórnym. Objawowym wykładnikiem mogą być wtedy: majaczenia, zaburzenia świadomości, splątanie oraz liczne objawy somatyczne. Usunięcie przyczyny sprawczej (np. leczenie depresji, czy niewyrównanych stanów metabolicznych) prowadzi z reguły do poprawy stanu chorego w tym do poprawy funkcji poznawczych. Dlatego tak ważne jest szybkie ustalenie przyczyny i leczenie [12]. Co warto podkreślić, zaburzenia nastroju i rezygnacja z aktywności fizycznej występują w pozornym zespole otępiennym powszechnie i uważane

są za objaw zaburzeń psychicznych, a zaburzenia poznawcze i deficyt intelektualny wiązane są z naturalnym procesem starzenia się.

Przekonanie to jest błędne, często prowadzi do rezygnacji z właściwego leczenia i sprowadza się do postawienia nieprawidłowej diagnozy [13]. Podobnie rzecz się ma z nasileniem zaburzeń psychicznych (psychozy, leki, depresje) i zaburzeń behawioralnych oraz psychologicznych u chorych z już rozpoznaną demencją (*behavioural and psychological symptoms of dementia, BPSD*). Bezsprzecznym jest fakt akceleracji ogólnych niekorzystnych procesów, w tym starzenia się, na tle innych schorzeń.

Limit Hayflick'a - apoptoza.

Wyznacza on ograniczoną liczbę podziałów komórkowych, co związane jest ze zjawiskiem skracania się telomerów w chromosomach podczas kolejnych podziałów. Skrócony telomer odsłania strefę pretelomerową, w której zawarte są geny kodujące białka kończące serię podziałów i rozpoczynające apoptozę. Niektórzy badacze traktują omawianą koncepcję jako telomerową teorię starzenia (*telomere theory of aging*) [14]. Limitowi Hayflicka nie podlegają komórki macierzyste i nowotworowe (w zdecydowanej większości), wyposażone obficie w telomerazę - enzym umożliwiający naprawę uszkodzonego telomeru [15]. Wnioskiem praktycznym jak się wydaje jest poszukiwanie czynników modyfikujących przebieg tego procesu.

Osobną grupę stanowią przyczyny zewnętrzne (*egzogenne*), modyfikujące procesy starzenia.

Czynniki zewnętrzne to duża i bardzo zróżnicowana grupa oddziaływań na procesy starzenia się. Należą do nich: czynniki fizyczne (np. promieniowanie wysokoenergetyczne), czynniki chemiczne (np. zanieczyszczenie środowiska), czynniki biologiczne (np. bakterie, wirusy), czynniki społeczne (np. więzi środowiskowe i rodzinne, pomoc społeczna, promocja zdrowia), czynniki psychologiczne i ekonomiczne (np. status ekonomiczny, w tym również stres w ujęciu psychologicznym). Podane w nawiasach przykłady stanowią jedynie wąską reprezentację zazwyczaj

bardzo szerokiej i zróżnicowanej grupy. Wyodrębnionym czynnikiem z powodu swojego znaczenia jest opieka zdrowotna. Specyfika opieki nad osobami starszymi i niektóre aspekty dotyczące zasobów systemu opieki zdrowotnej stanowią o jakości podaży opieki zdrowotnej wobec osób starszych.

Obecność **czynników fizycznych** w środowisku człowieka wynika po pierwsze z ich naturalnej obecności (np. promieniowanie kosmiczne), ale też jest efektem rozwoju cywilizacyjnego (np. promieniowanie rentgenowskie w medycynie).

Stres oksydacyjny, uszkodzenie chromosomów, starzenie się komórek, skracanie telomerów, mniejsza reaktywność komórek macierzystych, stanowią efekt jaki wywołuje promieniowanie jonizujące. Choroby serca, udary, choroby układu pokarmowego, oddechowego i nowotwory są skojarzone z zwiększonym narażeniem na promieniowanie jonizujące, podczas gdy cukrzyca, demencja, choroby zapalne nie wydają się być powiązane z tym czynnikiem.

Promieniowanie jonizujące powoduje bezpośrednie uszkodzenie struktur komórkowych i tkankowych. Najbardziej narażone są komórki młode szpiku kostnego i komórki rozrodcze.

U osób starszych problem promieniowania z tego powodu ma nieco mniejsze znaczenie, natomiast to efekt dawki skumulowanej może w tej grupie wiekowej odgrywać większą rolę.

Problem oddziaływania na organizm człowieka promieniowania jonizującego jest istotny, a skutki tego oddziaływania są pochodną czasu ekspozycji i wielkości dawki skumulowanej w czasie. Skutki oddziaływania promieniowania jonizującego zbieżne są w dużej mierze z tymi, jakie opisuje teoria wolnych rodników. Zwrócić także należy uwagę, iż rodzaje nowotworów, powstałych w wyniku promieniowania jonizującego są inne, od tych które występują spontanicznie wraz z wiekiem. Do wyjątków tego rodzaju należy CLL, przewlekła białaczka limfatyczna i rak prostaty, których etiologia nie ma związku z promieniowaniem jonizującym [16, 17, 18].

W świetle badań empirycznych czynnikiem sprzyjającym ujawnieniu się negatywnych skutków promieniowania

jonizującego jest gen AT (*ataxia - teleangiectazja*), którego obecność w populacji sięga ok. 1% [19, 20].

Hormesis.

Termin oznacza poprawienie funkcji komórek lub tkanek pod wpływem licznych słabych bodźców (*low doses*). Wymieniane są: wysoka temperatura, wysiłek, redukcja kalorii, stres oksydacyjny i osmotyczny, ale również stres z użyciem inhibitorów proteaz lub metali ciężkich.

W efekcie obserwuje się efekt przeciwstarzeniowy (*anti - aging*), poprawiający stan zdrowia (*health - improving*) i wydłużający życie (*longevity - promoting*) [21]. Podobny efekt dają niskie dawki UV, przynoszące wzmocnienie nici DNA [22]. Generalnie jednak wpływ promieniowania UV na organizm jest destrukcyjny. Zauważalne jest to na przykładzie kancerogennych skutków opalania się [23, 24, 25]. Uznać zatem należy, iż czynniki fizyczne, zwłaszcza w dużych długotrwałych dawkach, raczej działają niekorzystnie i zdecydowanie przysłaniają korzystny obraz związany z pojęciem *hormesis* [26, 27]. Zatem poprawa funkcji komórkowych i tkankowych w następstwie oddziaływania licznymi, niskimi dawkami stanowi tutaj o istocie zjawiska. Działanie rozcieńczonych naturalnych substancji fenolowych, takich jak resweratrol (winogrona), hyperycyna (dziurawiec zwyczajny) czy kofeina oraz wielu innych, na procesy poprawy funkcji komórkowych odbywa się poprzez pobudzenie procesów enzymatycznych prowadzących do deacetylacji białek histonowych wpływając w ten sposób na procesy transkrypcji genów. Do grupy w taki właśnie sposób indukowanych enzymów należą sirtuiny (*silent information regulator*), usuwające grupy acetylowe z reszt lizynowych w częściach N-terminalnych histonów H3 i H4, hamując transkrypcję.

Kluczowe jest tutaj nie tylko zwolnienie procesów transkrypcyjnych, ale wyciszenie wielokrotnych fragmentów DNA oraz uruchomienie procesów jego naprawy, prowadząc do stabilizacji chromosomów [28]. Niezmiernie ciekawy jest fakt pobudzania aktywności tej grupy enzymatycznej poprzez długotrwałą redukcję kaloryczną poniżej

30-50% zapotrzebowania, co prowadzi do zwolnienia procesów starzenia i przedłużenia życia organizmów. Proces, jak się wydaje, ma charakter uniwersalny i podlegają mu organizmy proste jak i złożone, w tym ssaki [29, 30]. Aktywacja deacetylaz powoduje wzrost obrotu białkowego w następstwie zwiększoną syntezę białek szoku (*HSP - heat shock proteins* 27,70) oraz podwyższoną odporność na inne rodzaje stresu [31]. Badania nad zjawiskiem hormezy mieszczą się w większej grupie badań nad procesami naprawy kwasów nukleinowych. Wart odnotowania jest fakt, że to właśnie za badania nad naprawą DNA nagrodę Nobla z dziedziny chemii w 2015 roku otrzymali Szwed Tomas Lindahl, Amerykanin Paul Modrich i Turek Aziz Sancar.

Jak oddziałują czynniki chemiczne?

Zagadnienie to jest bardzo rozległe, tak ze względu na wielość substancji chemicznych z jakimi człowiek styka się w życiu, jak i z powodu bardzo szerokiego spektrum ich oddziaływania.

Zakres przedmiotowy tego problemu obejmuje nie tylko substancje szkodliwe, czy wręcz toksyczne, ale również przyjmowane leki (działania niepożądane). Kontakt ze szkodliwymi środkami chemicznymi uszkadza DNA - istotą tego mechanizmu jest reakcja środków chemicznych z kwasami nukleinowymi indukująca zmiany w kodzie genetycznym lub oddziaływanie enzymatyczne powodujące zaburzenie funkcji komórkowych.

Kluczowe znaczenie mają tu wolne rodniki tlenowe i azotowe, uszkadzające one strukturę białek i osłabiają ich aktywność biologiczną [32].

Pomimo względnej stabilności nici DNA oraz jej zdolności autonaprawczych wolne rodniki powodują liczne w niej uszkodzenia [33]. Nadmiar wolnych rodników prowadzi do zaburzenia równowagi oksydacyjno-redukcyjnej na rzecz procesów utleniania, co skutkuje obniżeniem ATP, spadkiem glutationu, depolaryzacją błon i uszkodzeniem DNA.

Zjawisko to określane jest terminem „stresu oksydacyjnego” [34].

Wspomnieć w tym kontekście należy o wpływie na proces starzenia się palenia tytoniu.

Badania empiryczne dowiodły, iż nadmierna konsumpcja papierosów

prowadzi u młodych kobiet do przedwczesnego starzenia skóry, czego wskaźnikiem jest mniejsza skuteczność zabiegów odmładzających u tych kobiet w porównaniu z kobietami niepalącymi [35, 36].

Do czynników biologicznych wpływających na proces starzenia się zalicza się osłabioną reaktywność immunologiczną w podeszłym wieku, stwarzającą doskonałe warunki do rozwoju wielu chorób o podłożu infekcyjnym [37]. Fizjologicznym akceleratorem procesu starzenia się są w tym wypadku schorzenia bakteryjne, wirusowe i grzybicze oraz choroby pasożytnicze [38, 39].

Choroby przebyte w późnych latach życia skutkują dużo częściej niż choroby przebyte w młodym wieku trwałym pogorszeniem stanu zdrowia [40].

Temat wybranych czynników modyfikujących procesy starzenia został poruszony fragmentarycznie, czynniki psychologiczne, społeczne, ekonomiczne i inne zostały celowo pominięte z racji ograniczonej formy przedstawienia.

Fragmentarycznie przytoczony zarys ma w zamysle stanowić impuls do rozważań nad procesami starzenia i ewentualnego wprowadzenia pożytecznych modyfikacji do własnego życia.

Prostych kilka elementów zdrowego trybu życia realizuje zaledwie kilka procent społeczeństwa. Połowa społeczeństwa ma nadwagę, tylko kilka procent uprawia regularną aktywność fizyczną, kilkadziesiąt procent nadal pali i regularnie pije alkohol, a dieta - no cóż - stale modna, a przecież idzie nie tylko o długość życia, ale również jego jakość.

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



OGŁOSZENIA DROBNE

Wynajmę na godziny komfortowy, wyposażony gabinet lekarski 12 m² w Zielonej Górze.
tel. 503 037 067

Zatrudnię lekarza dentystę w pełnym wymiarze, gabinet w Bieganowie (k. Cybinki). Zapewniamy mieszkanie.
tel. 516 459 040

dr Dorota Kazimierczak
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej

LEKI II SZCZEBŁA DRABINY ANALGETYCZNEJ

Dawkowanie i rodzaj leku są dobrane indywidualnie dla każdego chorego; należy wziąć pod uwagę mechanizm bólu, natężenie bólu, wcześniej stosowane leki, ich skuteczność i działania niepożądane oraz schorzenia towarzyszące (np. niewydolność nerek, niewydolność krążenia, krwawienie z przewodu pokarmowego). Wszystkie te czynniki będą wpływać na wybór leku u danego chorego. W wyborze leku pomocna jest drabina analgetyczna.

Wybór leku zależy od natężenia bólu ocenianego przez chorego.

W przypadku:

- **bólu łagodnego** NRS 1-3 należy zastosować leki nieopiodowe (NLPZ czy paracetamol) – I stopień drabiny analgetycznej – leki te omówiono we wcześniejszych artykułach;

- **bólu umiarkowanego** NRS 4-6 – II stopień drabiny analgetycznej – stosujemy słabe opioidy (tramadol, kodeina, dihydrokodeina) lub niskie dawki silnych opioidów, należy unikać maksymalnych dawek słabych opioidów;

- **ból silny** NRS 7-10 jest wskazaniem do zastosowania silnych opioidów – III stopień drabiny analgetycznej – lekami pierwszego rzutu są morfina i oksykodon podawane p.o.; formy transdermalne (plastry z fentanyllem lub buprenorfiną) w bólu silny są lekami drugiego rzutu.

Opioidami II szczebla drabiny analgetycznej są słabe opioidy, od 2012 r. zgodnie z wytycznymi EAPC są to również silne opioidy w małych dawkach: morfina ≤ 30 mg/dobę, oksykodon ≤ 20 mg/dobę lub hydromorfon ≤ 4 mg; należy pamiętać o lekach nieopiodowych i wspomagających, które nadal stosujemy na II szczeblu drabiny analgetycznej

KODEINA

Jest metylową pochodną morfiny o działaniu przeciwbólowym i przeciwkaszlowym. Jest agonistą receptora

μ . Działanie przeciwbólowe wykazują metabolity kodeiny. Najważniejszy metabolit powstający przy udziale izoenzymu CYP2D6 to morfina. Aktywność izoenzymu CYP2D6 jest w populacji bardzo zróżnicowana. Około 5-10% osób rasy białej nie ma tego izoenzymu – to tzw. wolni metabolizerzy; osoby te są niewrażliwe na kodeinę – efekt przeciwbólowy jest niewielki. U kilku procent populacji obserwuje się natomiast nadekspresję izoenzymu – to tzw. ultra szybcy metabolizerzy; u osób tych powstaje większa ilość morfiny, co może prowadzić do objawów przedawkowania.

Biodostępność leku po podaniu doustnym wynosi ok. 30-40%; początek działania występuje po 15-30 min, a czas działania to ok. 4 h; metabolizm ma miejsce w wątrobie; powstałe metabolity są wydalane przez nerki.

W przypadku stosowania samej kodeiny leczenie rozpoczyna się od 20 mg co 4 h p.o. i w razie potrzeby zwiększa się dawki do max. 240 mg/dobę. Obecnie brak jest preparatu kodeiny w postaci tabletek. Choremu można przepisać roztwór wodny kodeiny

Codeini phosphorici 2,0

Aq.dest. ad 100,0

Mf. Sol

1 ml zawiera 20 mg kodeiny

lub w postaci robionych proszków

Codeini phosphorici 0,02

Saccharum lactis qs

Mf.pulv. Dtd No 20

Obecnie najczęściej stosowane preparaty to połączenie kodeiny z paracetamolem. Dawkowanie tych preparatów jest nieco odmienne; należy pamiętać o ryzyku przekroczenia dawek maksymalnych paracetamolu.

Najczęstszy objaw niepożądany to zaparcia – chory stosujący kodeinę wymaga profilaktyki zaparc. Rzadziej pojawiają się nudności czy wymioty.

Obecnie kodeina rzadko stosowana jest jako lek przeciwbólowy

(wprowadzenie nowych lepiej tolerowanych leków opioidowych); częściej wykorzystywany jest jej efekt przeciwkaszlowy czy u chorych z przewlekłymi biegunkami i umiarkowanymi bólami.

DIHYDROKODEINA (DHC)

Jest półsyntetyczną pochodną kodeiny wykazującą działanie przeciwbólowe i przeciwkaszlowe podobne do kodeiny. W odróżnieniu od kodeiny jest lekiem aktywnym – działa z taką samą siłą u wolnych metabolizerów.

Dihydrokodeina jest dostępna w Polsce w postaci tabletek o kontrolowanym uwalnianiu, do stosowania co 12 h; dawki 60 mg, 90 mg. Lek jest refundowany – w bólach nowotworowych – B oraz innych bólach przewlekłych 30%.

Tabletki 120 mg nie są refundowane.

Dawka maksymalna 240 mg/dobę w dwóch dawkach.

Działania niepożądane podobne jak w przypadku stosowania kodeiny.

TRAMADOL

Jest najbardziej popularnym w Polsce słabym opioidem. Posiada podwójny mechanizm działania. Lek jest agonistą receptora μ oraz działa również w mechanizmie nieopiodowym, polegającym na aktywacji zstępującego układu antynocyceptywnego przez zahamowanie wychwyty zwrotnego noradrenaliny i serotoniny.

Tramadol jest metabolizowany w wątrobie i wydalany przez nerki.

Aktywny metabolit – O-desmetylotramadol – powstaje przy udziale izoenzymu CYP2D6 i ma wysokie powinowactwo do receptora μ i z tego wynika jego działanie analgetyczne. U osób wolno metabolizujących tramadol może mieć mniejsze działanie przeciwbólowe. Za mechanizm nieopiodowy odpowiedzialny jest związek macierzysty.

Okres półtrwania tramadolu wynosi 6 h, jego aktywnego metabolitu 7,5 h. U chorych z niewydolnością nerek i wątroby okres półtrwania ulega wydłużeniu 2-3-krotnie. U chorych z takimi zaburzeniami należy zmniejszyć dawki tramadolu oraz wydłużyć odstęp między kolejnymi dawkami. Należy pamiętać o interakcjach tramadolu z innymi lekami. U chorych otrzymujących równocześnie inhibitory izoenzymu CYP2D6 (duloksetynę, fluoksetynę, paroksetynę, sertralinę, citalopram, haloperidol) obserwuje się mniejszą skuteczność analgetyczną; efekt ten obniża również jednoczesowe podanie ondansetronu lub karbamazepiny.

Tramadol w mniejszym stopniu niż kodeina czy dihydrokodeina powoduje zaparcia; w początkowym okresie stosowania może powodować nudności i wymioty oraz nadmierne pocenie.

W trakcie leczenia tramadolem i jednoczesnym stosowaniu SSRI (np. sertralina, paroksetyna, wenlafaksyna) może dojść do wystąpienia zagrażającego życiu zespołu serotoninowego. Objawy tego zespołu obejmują: początkowo bóle głowy, biegunkę, tachykardię, wzrost ciśnienia tętniczego, nadmierne pocenie się, dreszcze, gorączkę, kolejno dołączają się objawy ze strony układu nerwowego tj. dezorientacja, pobudzenie, niepokój, drgawki i utrata przytomności.

Tramadol może obniżyć próg drgawkowy; dlatego u chorych na padaczkę należy zachować szczególną ostrożność (w przypadku padaczki odpornej na leczenie nie stosować tramadolu); podobnie u chorych ze zmianami przerzutowymi do ośrodkowego układu nerwowego – podanie tramadolu może wywołać napad drgawkowy.

W przypadku zatrucia tramadolem przebiegającym z zaburzeniami oddychania należy podać nalokson. Lek ten cechuje się stosunkowo niskim potencjałem wywołania lekozależności oraz rozwoju tolerancji. Chorzy stosujący przez długi okres tramadol w wysokich dawkach przy zmianie leku na silny opioid mogą w początkowym okresie zgłaszać zaburzenia snu, nastroju – jest to związane z nieopiodowym mechanizmem leku. U chorych może być potrzeba włączenia leków przeciwdepresyjnych.

Leczenie tramadolem rozpoczyna się od preparatów o natychmiastowym uwalnianiu, zwykle w dawce 25-50 mg co 4-6-8 godzin p.o.

U osób starszych lub wyniszczonych albo w przypadku niewydolności nerek lub wątroby dawki początkowe mogą być jeszcze mniejsze 12,5-25 mg co 8 h – stosujemy wówczas krople.

Preparaty o natychmiastowym uwalnianiu to:

- krople 100 mg/ml - prep. z kroplomierzem – o pojemności 10 ml; dawka 20 kropli = 50 mg leku; prep. z dozownikiem – o pojemności 96 ml; 1 doza odpowiada 5 kroplom = 12,5 mg tramadolu; maksymalna dawka jednorazowa to 40 kropli = 8 doz = 100 mg tramadolu; ta forma leku pozwala na bardzo precyzyjne wymiarczkowanie skutecznej dawki, szczególnie u osób starszych oraz pozwala zastosować lek u chorych zaburzeniami połykania czy ze sztuczną drogą odżywiania;

- kapsułki – 50 mg
- czopki – 100 mg
- ampułki – 50 mg lub 100 mg

- może być stosowany domięśniowo; droga dożylna lub podskórna – pozwala podać lek we wlewie ciągłym lub w powtarzanych wstrzyknięciach co 4-6 h; jeśli wcześniej stosowano lek p.o. podajemy 75-100% dobowej dawki doustnej.

Preparaty o przedłużonym uwalnianiu to:

- formy retard 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg do stosowania co 12 h; leki te połykamy w całości, nie kruszymy;
- formy do stosowania co 24 h (lek Noax Uno); występuje w dawkach 100 mg, 200 mg, 300 mg; ; lek ten połykamy w całości, nie kruszymy.

Dawkę leku zwiększamy stopniowo do dawki maksymalnej 400 mg/dobę; w szczególnych sytuacjach klinicznych, np. u chorych na nowotwór, przy dobrej tolerancji leku, dawkę można zwiększyć do 600mg/dobę.

Tramadol jest dostępny, podobnie jak kodeina, w połączeniu z paracetamolem.

Leki te występują w połączeniu 37,5 mg tramadolu + 325 mg paracetamolu (podajemy 1-2 tabletki co 6 h – max. 8 tabl/dobę) oraz 75 mg tramadolu + 650 mg paracetamolu (1 tabletka co 6 h, max. 4tabl/dobę). Połączenie 75 mg tramadolu + 650 mg paracetamolu jest dostępne w formie SR o przedłużonym

uwalnianiu, do stosowania co 12 h. Chorzy mogą przyjąć również to połączenie lekowe w postaci tabletek musujących.

Leki opioidowe z II stopnia drabiny analgetycznej – słabe opioidy są skuteczne w uśmierzaniu bólu o umiarkowanym nasileniu NRS 4-6. Stosując te preparaty należy pamiętać o innych działaniach niepożądanych i ważnych interakcjach lekowych.

Na II stopniu drabiny analgetycznej stosujemy ze słabymi opioidami nieopiodowe leki przeciwbólowe i leki wspomagające. U chorych, którzy nie mogą otrzymywać słabych opioidów na II szczeblu, wprowadzamy małe dawki silnych opioidów. Leki te zostaną omówione w kolejnych artykułach.



naši lekarze powiedzieli...

Dr Marek Twardowski – wiceprezes Porozumienia Zielonogórskiego – „*Lekarze rodzinni mówią NIE*” – krytycznie mówi o projekcie nowej ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Nie można nakładać nowych obowiązków przy siłach i środkach, jakie obecnie mamy.

Mało jest lekarzy rodzinnych, około 40% w naszym rejonie jest w wieku emerytalnym, nie ma chętnych do specjalizacji w medycynie rodzinnej, niskie są płace. Lekarze powinni leczyć a nie zajmować się biurokracją – dziennie przyjmują 60 do 100 pacjentów.

Gazeta Lubuska 2017 II 06



W sprawie zagrożenia grypą (zapobieganie i leczenie) wypowiadali się liczni lekarze m.in. **dr Eligiusz Balcerzak** i **dr Ewa Sabat** z Nowej Soli, **dr Izabela Rajchel-Polowczyk** z Zielonej Góry i **dr Bartosz Wierzejewski** z Żar.



Dr Marek Twardowski, dr Tomasz Kremer, dr Wojciech Perekitko – lekarze rodzinni – „*Lekarz rodzinny? Medyków u nas jest jak na lekarstwo*” – w szerokim wywiadzie analizują pracę POZ i odpierają zarzuty, że część obowiązków przerzucana jest na SOR-y.

Gazeta Lubuska 2016 XI 26-27

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

Z PORADNIKA ORZECZNIKA



ZWOLNIENIA LEKARSKIE NA DRUKACH ZUS ZLA DO 31 GRUDNIA 2017 r.

Od 1 stycznia 2016 r. lekarze mogą wystawiać elektroniczne zaświadczenia o niezdolności do pracy z powodu choroby. Nadal można także orzekać na dotychczas obowiązujących drukach ZUS ZLA. Forma papierowa zaświadczeń została zachowana na okres przejściowy, tj. do 31 grudnia 2017 r. Od 1 stycznia 2018 r. obowiązywać ma tylko forma elektroniczna, tzw. e-zwolnienia. Aby z nich korzystać, pracodawcy muszą spełnić określone warunki:

Elektroniczne zwolnienia lekarskie wprowadza ustawa z 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2015 r. poz. 1066). Mogą być one dużym ułatwieniem dla płatników. Powinny także poprawić efektywność procesu obsługi zwolnień i skrócić czas niezbędny do ich wypełniania (program ma podpowiadać dane ubezpieczonego i weryfikować inne dane zawarte w zwolnieniu). Pracodawcy będą też mogli szybciej

skontrolować pracownika, zwłaszcza przy zwolnieniach krótkoterminowych. E-zwolnienie będzie też trudniejsze do podrobienia, zatem możliwości nadużyć będą mniejsze.

Rejestracja profilu przez płatnika

Płatnik zgłaszający powyżej pięciu ubezpieczonych musi założyć profil informacyjny płatnika, aby móc otrzymywać elektroniczne zwolnienia lekarskie pracowników. Tworzy się go online za pomocą systemu udostępnionego przez ZUS – Platformy Usług Elektronicznych ZUS (pue.zus.pl). Zawiera on Nowy Portal Informacyjny ZUS (NPI). Jednak, żeby z niego skorzystać, płatnik musi być posiadaczem tzw. profilu zaufanego.

Aby dokonać jego rejestracji, trzeba wybrać jeden z trzech sposobów:

- rejestracja i zaufanie profilu za pomocą Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej (ePUAP) – ten sposób jest przeznaczony dla osób posiadających aktywny profil zaufany na portalu ePUAP. Rejestracja w ten sposób nie wymaga dodatkowej wizyty w urzędzie;
- rejestracja profilu z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego – przeznaczona dla osób dysponujących podpisem elektronicznym. Założenie profilu w ten sposób odbywa się w pełni drogą elektroniczną i nie wymaga potwierdzenia w urzędzie. Jest to najlepsza opcja dla firm, które mają wyznaczonych pracowników z uprawnieniami do podpisywania dokumentów dla ZUS (posiadających podpis elektroniczny). Wystarczy, że taki pracownik założy profil zaufany, a pracodawca prześle do ZUS pełnomocnictwo na druk ZUS-PEL. Po wykonaniu tych czynności upoważniony pracownik będzie miał dostęp do bazy e-zwolnień;
- rejestracja profilu niezaufanego – polega na złożeniu wniosku online i zarejestrowaniu profilu. Założenie wiąże się z ograniczonym dostępem do portalu i brakiem możliwości

załogowania się do swojego konta. Aby korzystać ze wszystkich funkcji, użytkownik musi być posiadaczem profilu zaufanego. W celu zaufania profilu należy się udać w ciągu 7 dni z dowodem tożsamości do najbliższej terenowej jednostki ZUS.

Termin na założenie profilu wyznaczono płatnikom do 31 grudnia 2015 r. Muszą go utrzymywać nawet wtedy, gdy nie mają już obowiązku wysyłania dokumentów elektronicznych (np. z uwagi na zmniejszenie zatrudnienia). Informacja o tym, że płatnik ma założony profil, będzie widoczna dla lekarza wystawiającego zwolnienie. Zatem płatnicy, którzy go założą, nie mają obowiązku informowania o tym swoich ubezpieczonych.

Małe firmy po staremu

Płatnicy, którzy nie mają obowiązku założenia profilu, gdyż zgłaszają do ubezpieczenia mniej niż pięć osób, muszą poinformować ubezpieczonych o obowiązku dostarczania papierowych zwolnień lekarskich z uwagi na brak profilu płatnika. Natomiast, gdy taki płatnik założy profil, to będzie miał obowiązek poinformować ubezpieczonych w ciągu siedmiu dni o ustaniu obowiązku dostarczania wydruków zaświadczeń lekarskich.

Na założenie profilu jest czas do 31 grudnia 2017 r. Ustawodawca wyznaczył bowiem okres przejściowy – przez dwa lata będą funkcjonować e-zwolnienia oraz zwolnienia papierowe. Warto pamiętać, że zwolnienie w formie drukowanej może być wystawione w dwóch przypadkach. Pierwszy to sytuacja, gdy płatnik nie ma zaufanego profilu, o czym musi poinformować ubezpieczonych. Drugi dotyczy sytuacji awaryjnych, gdy lekarz wystawiający nie może wysłać zwolnienia do ZUS, bo nie ma dostępu do internetu, np. w razie chwilowego braku dostępu do sieci, a także w czasie wizyt domowych. Lekarz powinien wówczas wypisać blankiet zaświadczenia lekarskiego, wydrukowany uprzednio z programu. Takie zaświadczenie ma obowiązek wprowadzić do systemu w ciągu trzech dni od daty wystawienia (lub od ustania przyczyn uniemożliwiających przekazanie zaświadczenia).

A lekarze:

1. Lekarz wystawia zaświadczenie o niezdolności do pracy w formie dokumentu elektronicznego. Dane pacjenta są udostępnione przez ZUS z Centralnego Rejestru Ubezpieczonych albo z Centralnego Rejestru Płatników Składek oraz z Centralnego Rejestru Członków Rodzin Ubezpieczonych Uprawnionych do Ubezpieczenia Zdrowotnego.

2. Lekarz przekazuje zaświadczenie na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS niezwłocznie po jego wystawieniu.

3. ZUS udostępnia zaświadczenie lekarskie płatnikowi składek na profilu informacyjnym płatnika najpóźniej dzień po jego otrzymaniu od lekarza. Dokument jest prezentowany bez oznaczenia numeru statystycznego choroby. Płatnik może natychmiast skontrolować poprawność wystawienia czy wykorzystania zwolnienia. Ma 30 dni na wypłatę zasiłku.

ZASADY WYSTAWIANIA ZAŚWIADCZEŃ

Pytanie:

Czy można wystawić zwolnienie z wyprzedzeniem?

Odpowiedź:

Można, ale tylko w ściśle określonych sytuacjach.

Przypominam zatem obowiązujące zasady wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy:

Sprawę zasad wystawiania zwolnień lekarskich reguluje Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 grudnia 2005 w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich (Dz. U. Nr 1 z 2006 r. poz. 3). Zgodnie z tym rozporządzeniem zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy wystawia się od dnia, w którym przeprowadzono badanie, lub od dnia bezpośrednio następującego po dniu badania. W niektórych przypadkach zaświadczenie może być wystawione na okres rozpoczynający się po dniu badania, jednak nie później niż od czwartego dnia po dniu badania, jeżeli:

- bezpośrednio po dniu badania przypadają dni wolne od pracy, np. w piątek od poniedziałku (trzeci dzień) lub nawet wtorku (czwarty dzień),

- badanie przeprowadzane jest w trakcie już wcześniej orzeczonej niezdolności, np. pacjent ma zwolnienie do piątku, zgłosił się do lekarza we wtorek, może otrzymać dalsze zwolnienie od soboty.

Zaświadczenie za okres wsteczny może obejmować okres nie dłuższy niż 3 dni poprzedzające badanie, jeżeli jego wynik wskazuje, że ubezpieczony był w tym czasie niewątpliwie niezdolny do pracy. Ograniczenie to nie dotyczy zaświadczeń wystawianych przez lekarza psychiatrę, w razie stwierdzenia lub podejrzenia przez niego zaburzeń psychicznych, ograniczających zdolność chorego do oceny własnego postępowania. W razie potrzeby wystawienia zaświadczenia za okres wsteczny przekraczający 3 dni konieczne jest uzyskanie zgody ZUS.

Lekarz starający się o taką zgodę winien wystąpić z odpowiednim wnioskiem do Wydziału Zasiłków Oddziału ZUS na terenie którego funkcjonuje. We wniosku należy określić dane pacjenta, czasokres niezdolności do pracy, na jaki nie wydano zwolnienia, i podać przyczynę nie wydania go we właściwym czasie. Do wniosku należy dołączyć oryginał lub kserokopię dokumentacji lekarskiej, potwierdzającej fakt, iż w przedmiotowym okresie pacjent był niewątpliwie niezdolny do pracy. Kserokopia dokumentacji musi być oczywiście potwierdzona za zgodność z oryginałem. W naszym przypadku do Oddziału ZUS w Zielonej Górze, ul. Kupiecka 65. W Wydziale Zasiłków sprawdza się, czy pacjent jest ubezpieczony i czy ma prawo do zasiłku. Główny Lekarz Orzecznik Oddziału odnosi się do względów medycznych sprawy. W razie całościowej pozytywnej opinii, Wydział Zasiłków wydaje decyzję, którą przesyła do lekarza i Ubezpieczonego.

Po otrzymaniu zgody lekarz może wystawić zaświadczenie. Datą wydania zaświadczenia będzie oczywiście data aktualna.

ZWOLNIENIE CELEM OPIEKI

Pytanie:

Moja matka, mieszka w Żarach i jest osobą ciężko, obłożnie chorą, wymagającą opieki. Chciałabym pojechać do niej i pobyć u niej, opiekując się jednocześnie.

Mój lekarz rodzinny w Sulechowie odmówił mi wydania zwolnienia lekarskiego celem opieki nad chorą matką, choć pokazywałam mu karty informacyjne wypisów mamy ze szpitala. Kto ma mi takie zwolnienie wystawić?

Odpowiedź:

Lekarz postąpił słusznie. O konieczności opieki nad chorym osoby drugiej w ramach zwolnienia lekarskiego decyduje lekarz a nie rodzina. Lekarzem, który w niniejszym przypadku może podjąć taką decyzję, jest lekarz sprawujący opiekę medyczną nad chorą. Lekarz rodzinny ewentualnej opiekunki nie ma w tym przypadku nic do powiedzenia, gdyż nie zna chorej i nie wie, w jakim jest stanie, a przedstawianie mu kart informacyjnych chorej nie wystarczy. Dlatego w sprawie ewentualnego zwolnienia lekarskiego celem opieki nad chorą matką, należy zwrócić się do lekarza leczącego chorą. Jeżeli konieczność sprawowania opieki uzna za zasadną, powinien wydać zwolnienie. Przypominam, że celem opieki nad chorym członkiem rodziny powyżej 18 roku życia przysługuje 14 dni w roku płatnego zasiłku. Dłuższe zwolnienie lekarskie wydane w tym celu, będzie niepłatną, ale usprawiedliwioną nieobecnością w pracy. Oczywiście, opiekować się danym chorym mogą różni członkowie rodziny. Warunek jest tylko jeden - by w okresie sprawowania opieki przebywali razem z chorym.

PACJENT Z ANGLII

Pytanie:

Do lekarza w Zielonej Górze zgłosił się pacjent mieszkający w Anglii, a czasowo przebywający w Polsce. Jak wypisać druk zwolnienia lekarskiego?

Odpowiedź:

W krajach należących do Unii Europejskiej obowiązuje zasada, że w danym kraju do dokumentowania niezdolności do pracy używa się druków w nim obowiązujących. Dotyczy to nie tylko własnych obywateli, ale także obywateli innych krajów-członków UE, którzy czasowo znaleźli się na danym terytorium i z powodu stanu zdrowia nie są zdolni do pracy. Tak więc w Polsce używamy druków ZUS ZLA, a wypełniamy je zgodnie z obowiązującymi zasadami, wpisując te dane, które pacjent posiada. Oczywiście chory

ubezpieczony w Anglii nie będzie miał tych wszystkich danych, które posiada osoba ubezpieczona w Polsce. Dlatego należy wpisać te dane, które posiada. No i bardzo ważne, w prawym górnym rogu koniecznie należy wpisać „4”, czyli ubezpieczony w innym państwie.

NOWE ZACHOROWANIE PO PRZERWIE

Pytanie:

Dostałam z ZUS pismo o wypowiedzenie się w sprawie pacjenta. Po długim okresie choroby i wykorzystaniu zwolnienia lekarskiego 182 dni, po 64 dniach przerwy, ponownie otrzymałam on zwolnienie. Przyczyna była ta sama. Proszono mnie o wyjaśnienie, czy kończąc poprzedni okres zasiłkowy pacjent odzyskał zdolność do pracy.

Odpowiedź:

Zliczanie okresów zasiłkowych i otwieranie nowych to bardzo istotny problem, zarówno ze względów proceduralnych jak i finansowych. Otwarcie nowego okresu zasiłkowego to także prawo do nowego zasiłku chorobowego. Poszczególne okresy zasiłkowe, jeśli przerwa pomiędzy nimi nie przekracza 60 dni i spowodowane są tą samą przyczyną, zlicza się w ramach jednego okresu zasiłkowego, który wynosi 182 dni. Jeżeli po wyczerpaniu okresu zasiłkowego chory odzyskuje zdolność do pracy i wraca do niej na okres znacząco przekraczający 60 dni, sprawa oczywiście nie budzi wątpliwości. Nową niezdolność liczy się w ramach nowego okresu zasiłkowego. Inaczej jest, gdy przerwa tylko nieznacznie przekracza 60 dni, zwłaszcza w przypadku chorób przewlekłych. W takich sytuacjach zachodzić może podejrzenie, że nie doszło do wyleczenia chorego, nadal był chory i w zasadzie niezdolny do pracy, a zwolnienia lekarskiego nie wydawano dlatego, że skończył się okres zasiłkowy. Okoliczności takie może wyjaśnić tylko lekarz, który leczył chorego przed przerwą. Winien zatem określić, czy pacjent odzyskał zdolność do pracy, czy nastąpiła tylko przerwa w wystawianiu zwolnień lekarskich. Wtedy brak jest podstaw do otwarcia nowego okresu zasiłkowego, a chory może starać się w ZUS o świadczenie rehabilitacyjne. Podobna sytuacja ma miejsce, gdy chory ma kilka przewlekłych chorób, na które

choruje jednocześnie, ale zwolnienie otrzymuje z powodu tylko jednej, bo leczy go akurat specjalista od tej choroby, a na druku zwolnienia wpisuje się numer statystyczny tylko jednej z nich. Wtedy przerwanie zwolnienia z danego powodu i po krótkim czasie rozpoczęcie z innego też nie daje podstaw do otwarcia nowego okresu zasiłkowego z powodu innej choroby, bo jako przewlekła i zaawansowana istniała ona także w czasie orzekania poprzedniej niezdolności. Nie jest to więc nowe zachorowanie na nową chorobę.

Zielona Góra; Luty 2017 r.



Biuro Okręgowej Izby Lekarskiej
jest czynne:

**PONIEDZIAŁEK, WTOREK,
PIĄTEK**

od 800 do 1500

ŚRODA, CZWARTEK

od 800 do 1700

Zwracamy się z prośbą do lekarzy i lekarzy dentystów, którzy chcieliby otrzymywać informacje o szkoleniach, imprezach kulturalnych i sportowych oraz innych wydarzeniach organizowanych przez Izbę Lekarską o podanie swojego **aktualnego adresu e-mail** (z tych które posiadamy wiele jest nieaktualnych - dużo e-maili wraca jako niedostarczone). Prosimy podać na adres: zielona.gora@hipokrates.org w tytule podając imię i nazwisko.

SKŁADKI CZŁONKOWSKIE

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.



dr Włodzimierz Janiszewski - specjalista reumatolog

KONFERENCJA REUMATOLOGICZNA “POST EULAR I ACR” W POZNANIU (2-3.12.2016)

WYBRANE TEMATY

Była to piąta edycja Post EULAR i ACR - największych europejskich i światowych konferencji dyskusyjnych, na których przedstawiane są najnowsze badania, poglądy i rekomendacje w zakresie chorób reumatycznych. W bieżącym roku EULAR (Europejska Liga do Walki z Chorobami Reumatycznymi) obradowała w Londynie, a ACR (Amerykańskie Kolegium Reumatologiczne) w Waszyngtonie.

Na spotkaniu ACR było ponad 14 tys. uczestników z całego świata, około 450 sesji naukowych z udziałem tysiąca wykładowców oraz 3 tys. doniesień w sesji plakatowej.

W dalszym ciągu w reumatologii najważniejszym problemem są choroby zapalne (diagnostyka, nowoczesne leczenie i osiąganie długotrwałej remisji), ale także ważnym problemem jest choroba zwyrodnieniowa stawów (nieskuteczne leczenie, bóle, inwalidztwo) - m.in. ze względu na wydłużanie się okresu życia pacjentów.

Jednocześnie coraz częściej zmiany zwyrodnieniowe występują w populacji stosunkowo młodych, którzy są aktywni zawodowo, uprawiają sport i oczekują pełnej sprawności. Ocenia się, że 90% zgłaszających się z dolegliwościami układu ruchu to różne postacie choroby zwyrodnieniowej.

Od dawna poszukuje się obiektywnych markerów do oceny aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) i przewidywania efektów leczenia. Ostatnio pod uwagę brano m.in. interleukiny IL-17 i IL-23. Jednak nie mają one przewagi nad dotychczas

stosowanym w ocenie klinicznej DAS-28 czy laboratoryjnej (wartości RF, CRP i a-CCP). Potwierdzono dużą wartość diagnostyczną obecności auto-przeciwciał skierowanych przeciwko cytrulinowym peptydom (antycytrullinated peptide antibodies - przeciwciała a-CCP).

Pojawienie się we wczesnym okresie RZS mają więc znaczenie diagnostyczne, ale odgrywają także rolę prognostyczną.

W patogenezie zapalenia stawów przeciwciała te powstają w wyniku odpowiedzi immunologicznej na cytrulinację białek. W badaniach amerykańskich obecność przeciwciał a-CCP stwierdzono u 95% pacjentów chorujących na RZS. **Potwierdzono, że najlepsze efekty daje leczenie biologiczne skojarzone z metotrexatem (MTX).**

Właściwe stosowanie glikokortykosteroidów (GKS) w RZS wywołuje natomiast ciągłą debatę medyczną. GKS do leczenia RZS zostały wprowadzone w latach 50-tych ubiegłego stulecia. Wiadomo, że w wielu chorobach ratują życie, ale są liczne dowody, że długotrwałe ich stosowanie wiąże się z licznymi skutkami ubocznymi, nieraz groźnymi dla życia, głównie starszych pacjentów.

Ekspersi EULAR i ACR proponują stosowanie szczegółowych zaleceń, np. „do 6 miesięcy” zamiast tylko „krótkoterminowo” - ponieważ w Wlk. Brytanii niektórzy pacjenci przyjmowali je dłużej niż zalecano. Ryzyko związane z dawką 5mg GKS przyjmowaną przez 3 lata jest podobne do ryzyka dawki 30 mg przyjmowanej przez miesiąc. Istnieją różne strategie leczenia sterydami: podawanie doustne w małych lub umiarkowanych dawkach, iniekcje domięśniowe lub dożylnie. Dwa ostatnie schematy zwykle wiążą się z niższą dawką kumulacyjną. Potwierdzono więc poprzednie ustalenia, że GKS należy odstawić tak szybko, jak to jest możliwe.

Obecnie nawet nie wiadomo, czy GKS są niezbędne do utrzymywania remisji.

Ostatnio coraz częściej zwraca się uwagę na tzw. styl życia. Wykazano, że nieprawidłowe BMI (Body Mass Index) oraz palenie papierosów są czynnikami warunkującymi gorszą odpowiedź na leczenie MTX, powodując szybszy postęp zmian radiologicznych i zmniejszając szansę na uzyskanie remisji. Zależności takiej nie wykazano dla alkoholu.

Potwierdzono także udział chorób infekcyjnych układu pokarmowego, moczowego i oddechowego w rozwoju reaktywnego zapalenia stawów, a także innych chorób autoimmunologicznych, jak twardzina układowa (TU) czy różne spondyloartropatie (SpA).

Najczęstszą przyczyną zgonów w RZS są powikłania sercowo-naczyniowe, a czynnikami ryzyka są: wiek, płeć, palenie papierosów, ciśnienie skurczowe, cholesterol całkowity a nawet zaniedbanie higieny jamy ustnej (paradontoza).

W RZS częściej występuje półpasiec. ACR zaleca aby osoby powyżej 60 r. ż. stosujące GKS szczepiły się przeciw półpaścowi (przeciwwskazane u chorych stosujących leczenie biologiczne).

Na bóle w RZS ma wpływ temperatura i wilgotność - większy ból związany jest z niższą temperaturą i mniejszą wilgotnością.

Ostatnio wykryto w RZS nowy antygen oznaczony jako HLADR-4 świadczący o genetycznej predyspozycji do tej choroby. Dotychczas podejrzewano, że na RZS choruje 0,5-1% populacji w krajach UE. Najnowsze badania Cross i wsp. wykazały, że jest to jednak 0,25%. Wg Państwowego Zakładu Higieny w Polsce na choroby zapalne układu ruchu choruje około 400 tys. osób.

Na konferencji dużo uwagi poświęcono chorobie zwyrodnieniowej, ponieważ jest najczęstszą a zarazem

najmniej skutecznie leczoną. Omówione zostały nowoczesne metody leczenia - są to terapie komórkowe: podanie do chorego stawu osocza bogatokomórkowego, mezenchymalnych komórek macierzystych czy chondrocytów.

Osocze bogatokomórkowe - spreparowany z krwi pacjenta koncentrat płytek w małej ilości osocza. Zawiera czynniki wzrostu, białka adhezyjne (fibryna, fibronektyna), których uwolnienie jest kluczowe dla procesu naprawy.

Obszary zastosowania to: choroby zwyrodnieniowe stawów, entezopatie, tendinopatie, urazy oraz w leczeniu trudno gojących się ran.

Mezenchymalne komórki macierzyste mogą różnicować się w kilka linii komórkowych i odtwarzać tkanki - mają właściwości regeneracyjne i występują w większości unaczynionych tkanek. Można je pobrać z krwi, szpiku lub tkanki tłuszczowej. Oprócz właściwości regeneracyjnych wykazują również właściwości immunoregulacyjne. Zastosowanie to: choroba zwyrodnieniowa stawów, RZS, twardzina układowa, procesy gojenia.

Możliwe jest także leczenie operacyjne chrząstki z autologicznym przeszczepem własnych chondrocytów. Wskazania: znaczne uszkodzenie chrząstki, ciągły ból i obrzęk stawu, brak efektów dotychczasowego leczenia zachowawczego i operacyjnego (endoprotezy).

Procedura jest trójetapowa: artroskopowe pobranie zdrowej chrząstki, hodowla chondrocytów przez 4-6 tygodni, a następnie nakładanie na uszkodzony obszar. Są jednak przeciwwskazania: stany zapalne, palenie papierosów i BMI powyżej 35.

Omawiano także problem bólu w chorobach reumatycznych. Jest to problem cywilizacyjny - u 37% chorych w wieku powyżej 60 lat wymaga farmakoterapii. W ciągu ostatnich 10 lat liczba pacjentów w USA zgłaszających ból wzrosła z 21 do 27 milionów. Niestety, nie ma dobrego leku przeciwbólowego dla każdego.

Z badań w 2016 r. bóle krajach Unii Europejskiej dotyczą 19% populacji a w Polsce - 27%.

Najczęstsze przyczyny bólu przewlekłego nienowotworowego to: choroba zwyrodnieniowa stawów, bóle naczyniowe, trzewne, neuropatyczne, psychogenne i fibromialgia. W chorobie zwyrodnieniowej bóle mogą wystąpić z powodu podeszłego wieku, nadwagi, niedożywienia, przeciążenia, płci (niedobór estrogenów u kobiet) i osłabienia mięśni okołostawowych. Powszechnie znana jest trójstopniowa drabina analgetyczna. Kolejno stosuje się proste leki przeciwbólowe (NLPZ), słabe opioidy, a w razie potrzeby silne opioidy. Działanie ich można wzmocnić adjuwantami - leki przeciwlękowe i zmniejszające napięcie.

U wszystkich chorych stosujących NLPZ należy ocenić ryzyko sercowo-naczyniowe. Nie należy ich stosować do 6 miesięcy po zawale z wyjątkiem kwasu acetylosalicylowego. Należy kontrolować ciśnienie krwi. Po kilku tygodniach stosowania NLPZ 60-100% chorych może mieć wybroczyny i nadżerki błony śluzowej żołądka. Przy przewlekłym stosowaniu 5-30% może mieć owrzodzenia żołądka lub dwunastnicy.

Dna moczanowa - dopiero 50 lat temu wykazano patogenną rolę moczanu w rozwoju tej choroby. Hyperurykemia - to stężenie kwasu moczowego powyżej 6mg/dl (wartość przyjęta arbitralnie) powyżej którego może dochodzić do wytrącania kryształów kwasu moczowego. Przyczyny wzrostu poziomu kwasu moczowego to: nadprodukcja, wzmożenie uwalniania puryn, rozpad tkanek nowotworowych, oraz przyczyny nerkowe - przewaga resorpcji nad aktywnym wydalaniem. Grupę chorych narażonych na utrzymywanie się depozytów charakteryzuje się przez: utrzymywanie się guzków dnawych, stężenie kwasu moczowego pow. 6mg/dl, napad dny w czasie ostatnich 3 miesięcy.

Podstawową strategią leczenia jest obniżenie stężenia kwasu moczowego poniżej 6 mg/dl. Obniżanie stężenia kwasu moczowego można rozpoczynać już w czasie napadu, a nie jak dotychczas kilka dni po jego ustąpieniu (zmiana rekomendacji). Stosowanie allopurinolu zmniejsza ryzyko wystąpienia zawału serca. Czynnikiem ryzyka

sercowo-naczyniowego są także: nadwaga, podwyższenie poziomu homocysteiny oraz niedobór wit. D.

Stwierdzono, że wzrost kwasu moczowego może nastąpić nawet po zaniechaniu spożycia śniadania. Według EULAR i ACR brak jest przełomu w diagnostyce i leczeniu dny moczanowej.

Omawiano także patogenезę spondyloartropatii (SpA) - jest tu udział czynników środowiskowych, genetycznych i immunologicznych. Czynniki środowiskowe - uszkodzenie stawu, infekcja wirusowa lub bakteryjna. Uwarunkowania genetyczne - to wzmocnienie odpowiedzi immunologicznej. Ważne może być oddziaływanie cząsteczek HLA z limfocytami CD-8, co powoduje produkcję cytokin prozapalnych (np. IL-17A) i indukuje hiperproliferyację keratynocytów np. w łuszczycy.

Leukocyty i cytokiny pochodzące ze skóry mogą odgrywać bezpośrednią rolę w rozwoju łuszczykowego zapalenia stawów (ŁZS). W tej grupie chorób (ŁZS, ZZSK) - często występuje zapalenie błony naczyniowej oka mogące doprowadzić do utraty wzroku. Do leczenia tego schorzenia zatwierdzony został lek biologiczny adalimumab (Humira), co pozwala na zmniejszenie dawki GKS. Dobre wyniki leczenia ŁZS i ZZSK uzyskano po zastosowaniu innego leku biologicznego Secukinumabu.

Omawiając twardzinę układową (TU), analizowano przyczyny i ryzyko zgonów (wiek, płeć męska, podwyższenie CRP, włóknienie płuc, obniżenie FVC, proteinuria, zajęcie stawów i owrzodzenie skóry). Wykryte zostało nowe przeciwciało, oznaczone jako anti-BICDR - występuje u 30% chorych i wiąże się z łagodniejszym przebiegiem choroby. Najlepsze wyniki uzyskano leczeniem biologicznym stosując Tocilizumab.

Na każdej z dotychczasowych Konferencji uczestnicy mogli wysłuchać nowych doniesień na temat fibromialgii (FMS - fibromyalgia syndrome).

W dalszym ciągu nie wiadomo, czy jest to samoistna jednostka chorobowa, czy zespół bólu funkcjonalnego. Obecnie uważa się, że patogenезa tego zespołu nie polega na zaburzeniach

układu mięśniowo-szkieletowego i obwodowego układu nerwowego. Objawów jest dużo i są różnorodne: bóle mięśniowo-powięziowe, obecność punktów spustowych (osiemnaście), zwiększenie napięcia mięśni, objawy zmęczenia, zaburzenia snu, stopniowe zmniejszanie kondycji fizycznej i psychicznej (zaburzenia pamięci, koncentracji i nastroju).

Według badań epidemiologicznych na FMS cierpi 1-3% światowej populacji. W przebiegu choroby ważną rolę odgrywają czynniki genetyczne, stresowe i środowiskowe. Obecnie uważa się, że przyczyną tego zespołu może być dysfunkcja endogennych układów hamujących kontrolę bólu oraz zaburzenia transportu serotoniny.

W leczeniu stosuje się Amitriptylinę i Duloksetynę które redukują ból i depresję oraz poprawiają sen, a także inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny (Fluoksetyna). Okresowo można zastosować Paracetamol. Zaleca się także ostrzykiwanie bolesnych punktów lekami miejscowo znieczulającymi z domieszką GKS.

Dodatkowo można zastosować: balneoterapię, np. masowanie bolesnych punktów kostkami lodu, a także akupunkturę. W dalszym ciągu trwają prace nad wyjaśnieniem etiologii i patogenезy fibromialgii.

Konferencja zgromadziła blisko 400 lekarzy z całego kraju. Była zorganizowana przez Wydawnictwo „Termedia”, a Patronat Honorowy objął JM Rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, **Profesor Andrzej Tykarski**.



Sąd Okręgowy w Zielonej Górze poszukuje kandydatów do wykonywaniem czynności lekarza sądowego uprawnionego do wystawiania zaświadczeń, potwierdzających zdolność albo niezdolność do stawienia się uczestników postępowania z powodu choroby, na wezwanie lub zawiadomienie organu uprawnionego na obszarze Sądu Okręgowego w Zielonej Górze.

Zgodnie z treścią art. 5 ustawy z dnia 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym (Dz. U. Nr 123, poz. 849 ze zm.):

I. lekarzem sądowym może zostać lekarz, który spełnia następujące warunki:

1. ma prawo wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
2. ma pełną zdolność do czynności prawnych;
3. nie był karany za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
4. ma nieposzlakowaną opinię;
5. uzyskał rekomendację okręgowej rady lekarskiej;
6. ma tytuł specjalisty lub specjalizację I lub II stopnia.

II. lekarzem sądowym nie może zostać lekarz, wobec którego jest prowadzone postępowanie:

1. o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe;
2. związane z niedostatecznym przygotowaniem zawodowym;
3. w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia.

Ustawa o lekarzu sądowym nałożyła na Prezesa Sądu Okręgowego obowiązek, prowadzenia wykazu lekarzy sądowych, z którymi wcześniej należy podpisać umowę o wykonywanie czynności określonych w ustawie.

Wynagrodzenie lekarza za wystawienie zaświadczenia określa rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 stycznia 2008 r. w sprawie wynagrodzenia przysługującego lekarzowi sądowemu i trybu finansowania tego wynagrodzenia oraz zwrotu kosztów dojazdu, a także wzoru zestawienia wystawionych zaświadczeń (Dz. U. z 2013, poz. 467) i wynosi na dzień dzisiejszy 100,00 zł. Natomiast rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. z 2002 r., Nr 27, poz. 271 ze zm.), określa koszt używania pojazdu wg stawek za 1 km przebiegu pojazdu w zależności od pojemności skokowej silnika.

Bliższych informacji udziela Oddział Administracyjny Sądu Okręgowego w Zielonej Górze, tel. kontaktowy 68 322 01 93 lub 68 322 01 77.

OA.L-0151-6/16

nasz lekarze powiedzieli...

Dr Kazimiera Kucharska-Barczyk – Ordynator Oddziału Dziecięcego i zastępca Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Klinicznego w Zielonej Górze – „Pani doktor od dzieci” – przez wiele lat organizowała akcje charytatywne, by wspomóc oddział pediatrii, a dzieci choć na

chwilę zapomnieli o chorobie. W Zielonogórskim szpitalu pracuje od 1976 r. W wywiadzie omawia korzystne zmiany w minionym 40-leciu. Kolejnym ważnym wydarzeniem jest decyzja władz samorządowych o budowie Centrum Matki i Dziecka.

Gazeta Lubuska 2016 XII 17-18



Dr Róża Pożniak-Balicka – kierownik Zakładu Radioterapii Wojewódzkiego Szpitala Klinicznego w Zielonej Górze – „Zawsze chciała być lekarzem” – wspomina osobiste

zainteresowanie medyczne. Opisuje rozwój radioterapii – od jednego poradzieckiego aparatu kobaltowego (1995) do najnowszego aparatu o standardach europejskich (przyspieszacze).

Gazeta Lubuska 2016 XII 10-11



Dr Mariola Piotrowska – dermatolog z Zielonej Góry „Gdy skóra jest sucha i swędzi” – odpowiadała na liczne pytania z dyżuru telefonicznego w redakcji Gazety Lubuskiej, dotyczące różnych chorób skóry.

Gazeta Lubuska 2016 XII 20

dr Włodzimierz Janiszewski - specjalista epidemiolog

XXIII KONFERENCJA „CZŁOWIEK ŻYJĄCY Z HIV W RODZINIE I SPOŁECZEŃSTWIE”.

W dniach 30 XI – 1 XII 2016 r. w hotelu Marriott w Warszawie odbyła się XXIII Konferencja „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”.

W liście do uczestników konferencji organizatorzy Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae” bardzo trafnie nawiązują do tekstu słynnego utworu Czesława Niemena – „Dziwny jest ten świat”.

Z jednej strony jest ogromny postęp technologii i medycyny, a z drugiej strony są obszary, gdzie wołanie o godność ludzką, prawa człowieka, prawa do zdrowia i edukacji są jakby mniej słyszalne.

W ostatnich kilkudziesięciu lat dużo wysiłku włożono w pracę nad tolerancją i akceptacją dla osób z HIV/AIDS. Jednak, niestety, w dalszym ciągu stygmatyzacja tych osób jest bardzo duża- „i dziwne jest, że od tylu lat człowiek gardzi człowiekiem”.

Pozytywny wynik testu na HIV nie może być powodem do wstydu. Nikt już nie musi umierać na AIDS, nastąpił olbrzymi postęp w jej leczeniu. Długość życia osób leczących się jest zbliżona do długości życia osób zdrowych.

Niemen kończy swój utwór optymistycznie – „przyszedł już czas najwyższy, czas nienawiść zniszczyć w sobie i w innych wokół nas”.

Uroczystą Sesję Konferencji prowadziła znana prezenterka Agnieszka Rosłaniak.

Władze rządowe reprezentowali: Pełnomocnik Rządu ds. Społeczeństwa Obywatelskiego i Równego Traktowania minister **Adam Lipiński** i wiceminister zdrowia **Jarosław Pinkas**.

Minister **A. Lipiński** także zwrócił uwagę na istniejący jeszcze problem wykluczenia i stygmatyzacji pacjentów z HIV/ AIDS, deklarując jednocześnie wsparcie dla programów edukacyjnych i profilaktycznych, zwiększających świadomość społeczeństwa, a także pracowników służby zdrowia.

Z dostępnością do leczenia w Polsce nie ma problemu, jednak zbyt mało osób wykonuje testy na HIV. Nawiązał do pionierskiego działania Marka Kotańskiego i podziękował organizacjom działającym w obszarze profilaktyki.

Swoje wystąpienie zakończył cytatem ze znanego psychiatry Antoniego Kępińskiego „**wykluczenie ze świata społecznego, śmierć społeczna równa się dla człowieka śmierci biologicznej**”.

W XXI wieku, kiedy mamy lekarstwa na wirusa, wciąż jedynym lekarstwem na wykluczenie jest serce, wiedza i dobroć – stwierdził minister.

Wiceminister zdrowia **Jarosław Pinkas** wysoko ocenił działalność Krajowego Centrum ds. AiDS i dyrektor **Anny Marzec-Bogusławskiej**. Wyraził jednocześnie trochę abstrakcyjne marzenie, żeby nie było takich konferencji – to by świadczyło, że problem został zlikwidowany.

Duże zainteresowanie wzbudził występ **Marii Seweryn**, która odczytała fragmenty ponadczasowego traktatu słynnego filozofa francuskiego Wolteram.in. „nie czyn drugiemu co tobie nie miło”. Brak tolerancji jest niedorzeczny i barbarzyński.

Zgromadzeni wysłuchali także utworu **Stanisława Sojki** wykonanego przez Zespół Muzyczny **Pozton Band** z Głogowa.

Wręczone zostały także nagrody „czerwonej kokardki” za działalność profilaktyczną w zakresie HIV/AIDS.

Otrzymali je m.in.:

- **profesor Mirosław Wielgoś** – konsultant krajowy w dziedzinie perinatologii – rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,

- **dr hab. Anita Olczak** z Kliniki Chorób Zakaźnych i Hematologii UMK w Bydgoszczy,

- **dr Beata Ochocka** konsultant krajowy w dziedzinie epidemiologii, oraz cała rodzina **Alina, Roman i Łukasz Jarzynowie** z Głogowa, wolontariusze

od 25 lat, zaangażowani w profilaktykę, szkolenia i organizowanie tych konferencji.

Pomimo że od początku epidemii HIV/AIDS minęło ponad 30 lat, uczeni (Uniwersytet Stanu Arizona i Cambridge w Wielkiej Brytanii) w dalszym ciągu badają drogę przenoszenia się wirusa. Od dawna podejrzewali, że HIV zakażał ludzi w USA już przed 1981 r., uznawany dotychczas za początkowy okres pojawiania się zakażeń.

Po przebadaniu zachowanych 2 tysięcy próbek surowicy pobranych od amerykańskich mężczyzn w latach 1979 i 1978, uzyskano osiem pełnych sekwencji genomu RNA charakterystycznego dla najstarszych RNA w Ameryce Północnej. Był to szczep HIV-1 z grupy M, który głównie zakażał mężczyzn homoseksualnych.

Po ocenie zmienności genetycznej wirusa naukowcy ustalili, jak szybko się rozprzestrzenił i jak przemieścił się z Afryki do Ameryk. Najpierw pojawił się w rejonie Karaibów – już w roku 1967 i szybko rozprzestrzenił się na Haiti, Dominikanie, Jamajce, Trynidadzie i Tobago. Dopiero w 1971 roku został przeniesiony do San Francisco i Kalifornii, gdzie zakażenie początkowo przebiegało bezobjawowo. Właśnie w tym stanie i dopiero w 1981 r. po raz pierwszy opisano pacjenta z zespołem AIDS.

Świat został zaalarmowany o nowej chorobie, która cechuje się zespołem nabytego niedoboru odporności.

Naukowcy nawet próbowali odnaleźć pacjenta Zero.

Miał to być aktywny seksualnie francusko-kanadyjski steward pokładowy. Ale nowe badania z zachowanej próbki wykazały, że genom wirusa HIV-1 jest typowy dla szczepu amerykańskiego, co oznacza, że nie mógł to być pierwotny przypadek zakażenia.

Także w Polsce sprawa pacjenta zero budzi duże, już historyczne, zainteresowanie.

Autor tego artykułu otrzymał tekst wywiadu **profesora Andrzeja Gładysza** – wieloletniego kierownika Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych i Nabytych z Niedoborów Odporności UM we Wrocławiu, byłego konsultanta krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych, który opisuje, że wiosną 1987 został poproszony do Kliniki Hematologicznej we

Wrocławiu, na konsultacje do pacjenta chorującego na zapalenie płuc, nie reagujące na standardowe leczenie.

Chory przyjechał z małego dolnośląskiego szpitala, był heteroseksualny, miał żonę i dwoje dzieci.

Miał jednak ryzykowne zachowanie podczas wyjazdów do pracy do Niemiec i prawdopodobnie korzystał z usług prostytutek.

Wykonany test potwierdził podejrzenie o chorobę AIDS.

Został przewieziony do szpitala chorób zakaźnych w Warszawie, gdzie po kilku dniach zmarł. Można z dużym prawdopodobieństwem stwierdzić, że był to pierwszy pacjent w Polsce, który zmarł na AIDS (nie licząc tych, którzy mieszkali za granicą i przyjechali do Polski przed końcem życia).

Od początku epidemii wirusem, na świecie zakażyło się ponad 80 milionów osób. Według WHO obecnie żyje z HIV/AIDS około 37 milionów.

Codziennie z przyczyn związanych z HIV/AIDS umiera na świecie 4,5 tys. osób. Większość z żyjących z HIV mieszka w Afryce Subsaharyjskiej, w Azji i Europie Wschodniej. Na Ukrainie może być zakażonych do 1% populacji. Władze przyznają się do 270 tys. zakażonych, ale może ich być ponad 500 tys.

Na świecie przybywa zakażonych kobiet – obecnie jest to 16 milionów – większość w wieku rozrodczym. W 2015 r. na świecie zarejestrowano ponad 2 miliony nowych zakażeń HIV obu płci.

Wśród zakażonych obecnie na świecie jest około 3,5 mln dzieci do 15 roku życia, a tylko 30% objętych jest leczeniem.

Aktualnie na świecie trwają liczne testy nad szczepionkami, lekami ARV (antyretrowirusowymi) i terapiami genowymi.

W RPA ruszyły testy szczepionki, z którą związane są duże nadzieje. To pierwszy test nowej szczepionki przeciw HIV/AIDS od 2009 r. Organizowane są przez National Institutes of Health (NIH) i weźmie w nich udział 4400 mężczyzn i kobiet w wieku 18 do 35 lat.

Oprócz NIH testy sponsoruje także fundacja Billa Gatsa, Sanofi Pasteur i GSK. Szczepionka zawiera trzy geny HIV, które organizmy szczepionych nauczą się rozpoznawać i zwalczać, ale

nie mogą atakować ludzkich komórek i namnażać się w organizmie człowieka.

W Polsce od początku rejestracji (1985 r.) wykryto około 21 tysięcy zakażeń HIV, zachorowało na AIDS 3.400 osób, a zmarło 1350.

Szacuje się jednak, że w naszym kraju żyje 30-35 tysięcy zakażonych HIV. Być może nawet blisko 50% o tym nie wie i może nieświadomie zakażać innych.

W województwie lubuskim wykryto dotychczas 6585 zakażonych zachorowało 200, a zmarło 60 (w ciągu roku nie było zgonu).

Należy z dużą satysfakcją podkreślić, że 1 grudnia 2016 r. z okazji Światowych Dni AIDS w Wojewódzkim Szpitalu Klinicznym w Zielonej Górze oddany został do użytku pododdział w Klinicznym Oddziale Zakaźnym – liczący 34 łóżka dla zakażonych i chorych na HIV/AIDS.

W uroczystości wzięła udział marszałek województwa lubuskiego **Elżbieta Polak** (wsparcie finansowe), a ordynator **dr Jacek Smykał** dziękował i wspominał dawne czasy, kiedy choroba AIDS budziła duży strach nawet wśród pracowników służby zdrowia.

Jak wiadomo, obecnie każdy pacjent z HIV, niezależnie od ilości komórek CD4 i poziomu wirerii, powinien przyjmować leki ARV. Amerykańskie badania wykazały, że 1 dolar wydany na profilaktykę i leczenie daje w przyszłości 4 dolary oszczędności.

Roczny koszt leczenia pacjenta w Polsce wynosi 900 zł, a w programie metadonowym 2.200 zł.

Aktualnie ważnymi problemami są:

- kobiety w ciąży (tylko 22% wykonuje testy, ale 2% więcej niż w roku ubiegłym),

- późno zgłaszający się zakażeni lub chorzy,

- epidemia wśród MSM (mężczyźni z mężczyzną),

- zakażenia w grupie imigrantów,

- osoby jeszcze stosujący iniekcje środków psychoaktywnych, a także nowych substancji psychoaktywnych (NSP).

NSP SA to związki chemiczne tak projektowane, by naśladowały swym działaniem narkotyki objęte kontrolą.

Są to m.in.:

- aktynon – alkaloid występujący w czuwalicze jadalnej w Afryce (catha

edulis) – duże podobieństwo do efedryny i innych pochodnych amfetaminy (działanie stymulujące),

- metylokatynon (efedron) – substancja otrzymywana syntetycznie, jest inhibitorem wychwytu zwrotnego noradrenaliny i dopaniny (poprawa nastroju i zwiększenie napędu psychoruchowego),

- mefedron – pochodny aktynonu – stymulant i empatogen,

- ketamina – substancja silnie znieczulająca i pobudzająca,

- poppersy – zawierają azotyn amylu – działa relaksująco i powoduje euforie,

- syntetyczne kanabinaidy, którymi nasączony jest susz roślinny np. prawoślaz są palone,

Są to substancje, które wchodzi w skład tzw. dopalaczy.

Te problemy na konferencji szeroko omawiała **dr Grażyna Cholewińska** z Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie. Także podała definicje w tym zakresie.

- tensex – nowy rodzaj oddziaływania adresowany szczególnie do bardzo młodych ludzi – ma na celu zainteresowanie seksem,

- chemsex – zażywanie substancji NPS tylko w sytuacjach związanych z seksem poprawiające doznania seksualne.

- slamsex – odnosi się do tych samych substancji tylko podawanych dożylnie (ryzyko zakażenia HIV).

Na każdej konferencji analizowana jest działalność Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych. Aktualnie w Polsce jest ich 29. W województwie lubuskim funkcjonują w Gorzowie i Zielonej Górze - Towarzystwo Rozwoju Rodziny). Badania wykonywane są bezpłatnie i anonimowo – jednak nie wszyscy zdiagnozowani HIV+ zgłaszają się na leczenie.

Fundacja Edukacji Społecznej (**dr Magdalena Aukiersztein-Bartczak** podaje własne wyniki) - spośród 232 zakażonych HIV na leczenie zgłosiło się 116 osób, a dobry efekt leczenia (niewykrywalna wiremia) uzyskało 113 osób (97%).

Profesor Andrzej Horban – konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych - analizując sytuację HIV/AIDS w Polsce powiedział, że system leczenia nastawiony jest na pacjenta,

dobra jest dostępność i każda osoba zakażona może się leczyć. Niebezpieczny jest wzrost zachorowań w kręgach Europy Wschodniej. Najważniejszym wyzwaniem dla nas w walce z HIV/AIDS jest uświadomienie społeczeństwu, że zakażenie HIV nie dotyczy tylko męskiej grupy narkomanów. Dotyczy każdej osoby, która miała ryzykowne zachowania seksualne. Wiele lat temu zaczęto propagować prostą strategię profilaktyki – **zasadę ABC**

- A – abstinence – od abstynencji seksualnej,

- B – be faithfull – czyli bądź wierny, ale w partnerstwie wzajemnie,

- C – condom – gdy nie spełnia się warunków A lub B.

Organizator Konferencji Prezes Fundacji „Res Humanae” **Mateusz Liwski** wypowiadając się dla różnych mediów m.in. dla Kuriera Konferencyjnego - powiedział, że aktualne jest działanie w ramach „**Koalicji 1 Grudnia**”, skupiającej kilkanaście organizacji działających w zakresie profilaktyki i udzielających pomocy osobom potrzebującym. Po 30 latach można mówić o doskonale zorganizowanej ogólnopolskiej bezpłatnej opiece dla osób zakażonych, która jest wzorem dla innych krajów.

Są jednak problemy zaniedbane – np. niedostateczna jest edukacja społeczna, która bezpośrednio wpływa na wzrost zakażeń, a także brak świadomości o potrzebie wykonywania testów w kierunku HIV.

W XIII Konferencji wzięło udział około 400 osób różnych zawodów. Jest to ważne krajowe forum wymiany informacji i doświadczeń osób zawodowo i społecznie zajmujących się profilaktyką i leczeniem HIV/AIDS.

Tradycyjnie w każdej konferencji biorą udział osoby żyjące z HIV/AIDS.

Tegoroczną konferencję - jak i poprzednie - bardzo dobrze przygotował sprawny i doświadczony zespół „Res Humanae” pod kierownictwem Prezesa Mateusza Liwskiego.

Sponsorami konferencji były firmy farmaceutyczne – Gilead, GSK, ViiV, Jansen, Qbbvie, Bristol – Myers Squibb oraz dyrekcja Hotelu Marriott.



Zdzisław J. Kijas OFMConv

PRAWDA WYRASTA I UMACNIA SIĘ NA MODLITWIE

Żyjemy w dziwnych czasach. Wielu powie, że charakteryzuje je pewien rodzaj schizofrenii. Oto bowiem z jednej strony współcześni historycy deklarują się kapłanami kultu prawdy, uważając się za powołanych do służenia bóstwu, w którego istnienie zmuszeni są wątpić. Publikują opasłe tomy, aby dowieść kłamstwa lub prawdy pewnych wydarzeń, jakie miały miejsce w przeszłości. A co robią wtedy ich koledzy, przedstawiciele innych dyscyplin, często pracownicy tej samej uczelni? Robią dosłownie coś odwrotnego. Wielu z nich publikuje równie opasłe tomy, porzucając to, w co dotąd wierzyli. Zrzucają prawdę ze swych ołtarzy, aby zastąpić ją nowymi bogami. W takiej sytuacji historycy trwają wśród ruin niczym strażnicy pogańskiej świątyni w okresie, w którym upada cesarstwo. Wśród barbarzyńców, którzy stoją u bram miasta, aby się do niego wdrzeć i obalić jego dotychczasowe bóstwa, gwarantujące rozwój i trwałość, są filozoficzni sceptycy, postmodernistyczni krytycy i różnej maści naukowcy, którzy przewartościowują kryteria prawdziwości. Słowem, są nimi wszyscy wandalie i ofiary doktryny, która głosi, że tak zwana obiektywność jest czystą fikcją, ponieważ prawda nie istnieje.

Odwrót od prawdy jest jednym z najbardziej dramatycznych epizodów naszej historii. Dla wielu współczesnych uczonych odejście od prawdy równa się z odejściem od tradycyjnych zobowiązań: to tak jakby lekarz zrezygnował z ratowania życia albo teolog przestał interesować się Bogiem. Tego rodzaju przypadki, niegdyś nie do pomyślenia, stają się coraz częstsze, w miarę jak

upada prestiż prawdy. Ale, jeśli nie istnieje kryterium prawdziwości, to jak wówczas ocenić szkodliwość takich postaw, jak nazizm, sadyzm, pedofilia... itd.? Czy ich ocena staje się wówczas wyłącznie kwestią indywidualnych przekonań? Jeżeli dopuści się do tego, społeczeństwo straci tym samym moralne oparcie dla swych wyborów, a wtedy jedyną zasadą funkcjonowania społeczeństw stanie się tyrania większości.

Odkrywanie Prawdy i poznawanie prawdy swojego życia dokonuje się poprzez modlitwę. To Bóg jest Prawdą. Jezus mówi, aby „na modlitwie nie być gadatliwym”, ale skupić się na tym, co istotne (por. Mt 6, 7-15). Gani wielomówstwo, chwali zaś skupienie się na Tym, który rzeczywiście istnieje i może mi pomóc. Gadulstwo, podobnie jak hałas, może zagłuszyć głos prawdy, wypaczyć jej intencje, wręcz odebrać prawo do istnienia. Chrystus zaprasza modlącego się, aby skupił się na tym, co istotne, na Prawdzie najważniejszej, czyli na Bogu jako Ojcu, ponieważ wyłącznie w perspektywie Jego istnienia wszystko otrzymuje właściwe proporcje i znaczenie, nabiera sensu... Tylko w Bogu możliwa jest obiektywna ocena zjawisk.

Człowiek odchodzi od prawdy, kiedy się nie modli, kiedy nie wchodzi w relację z Bogiem. Bez Boga wydaje się, że prawda nie istnieje, stąd niemal obsesyjne tworzenie własnych pseudo-prawd, bo człowiek bez Prawdy umiera.

NASZ SERWIS

Ordynator oddziału położniczo-ginekologicznego Szpitala na Wyspie w Żarach dr **Zygmunt Dwornicki** odszedł na emeryturę i został uroczystie pożegnany przez radnych i miejscowe władze. W tym szpitalu pracował od 1979 r. Doktora zastąpił jego syn Paweł. Gratulacje.

Regionalna 2017-02-03

.....

Trwa rozbudowa szpitala na Wyspie w Żarach. Do budynku, w którym mieści się oddział dziecięcy, chirurgia i ginekologia z położnictwem, dobudowywane jest nowe skrzydło. Powiększony zostanie oddział dziecięcy i ginekologia.

Regionalna 2017-01-27

.....

Nowy Szpital w Świebodzinie wybudował całodobowe lądowisko dla helikopterów. Poprawiło to bezpieczeństwo pacjentów wymagających szybkiego transportu.

Szpital zakupił także nową kolumnę histeroskopowo – laparoskopową do zabiegów diagnostycznych i operacyjnych.

Gazeta Lubuska 2017-02-06

.....

Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli otrzymał zgodę nowej instytucji Jowisz (Instrument oceny Wniosków Inwestycyjnych w Służbie Zdrowia) na rozbudowę bloku operacyjnego o dalsze trzy sale (obecnie jest pięć) – ponieważ w Szpitalu wykonuje się dwa razy więcej zabiegów niż wynosi średnia w Polsce.

Przygotowania do inwestycji już się rozpoczęły.

Gazeta lubuska 2017-02-06

.....

Porozumienie Zielonogórskie domaga się szczegółów dotyczących likwidacji NFZ i przejścia na system budżetowy. Bez nich trudno ocenić wpływ zapowiadanych zmian na opiekę zdrowotną w Polsce. Według ekspertów P.Z. nie można zapowiadanych zmian administracyjnych rozpatrywać w oderwaniu od ustawy o POZ.

Medical Tribune 20016 grudzień

.....

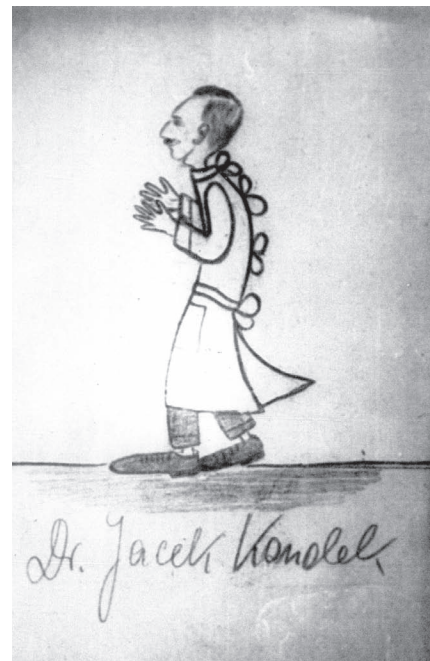
W Wielospecjalistycznym Szpitalu w Nowej Soli w O/Kardiologii dwóm osobom wszczepiono miniaturowe stymulatory serca (długość 2 cm. i średnica 8 mm).

Są to jedne z pierwszych tego typu zabiegów w Polsce, a pierwsze w województwie lubuskim. O sukcesie poinformował ordynator O/Kardiologii dr n. med. Jarosław Hiczkiewicz.

Gazeta Lubuska 2016-12-02

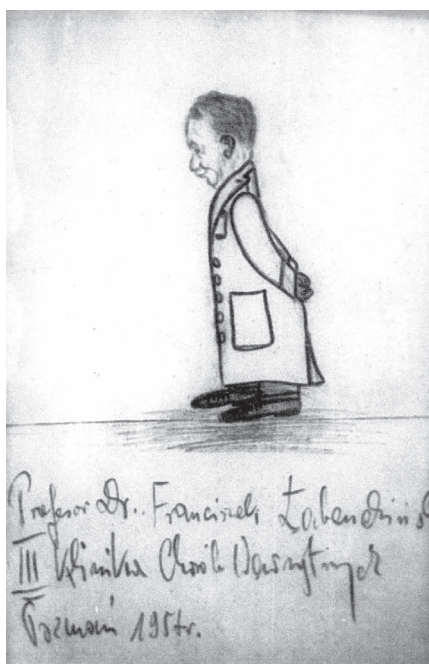
Opr. W.J.

Wspomnienia



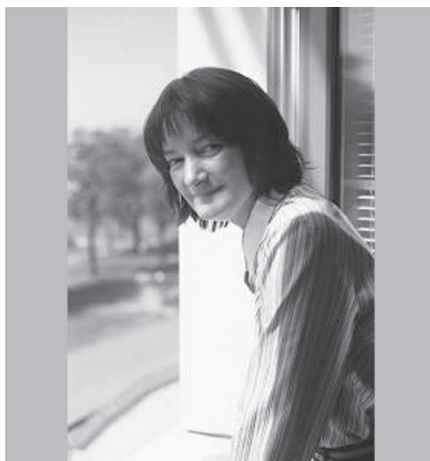
LEKARZE W KARYKATURACH (CIĄG DALSZY)

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



Urodził się w 1913 r. w Algierii, która wtedy była francuską kolonią, tam spędził dzieciństwo i młodość. Uczęszczał do elitarnego liceum francuskiego w Algierze, potem rozpoczął studia na tamtejszym uniwersytecie. Studiował filozofię i historię, ukończył je w 1936 roku. Następnie pracował jako dziennikarz. Okres II wojny światowej spędził we Francji. Już w 1942 r. jedno z najbardziej prestiżowych wydawnictw paryskich – Gallimard – wydało „Obcego”, mini-powieść, która przyniosła mu sławę światową. W tym samym roku wychodzi „Mit Syzyfa” i to potwierdza sławę Camus’a. W 1945 r. w tym samym wydawnictwie zostały opublikowane „Listy do przyjaciela Niemca” pisane jeszcze w czasie okupacji. One ostatecznie ugruntowały wysoką ocenę jego talentu. Dwa lata później wyszła drukiem „Dżuma” – najbardziej znana powieść Camus’a. Został okrzyknięty egzystencjalistą, podobnie jak J.-P. Sartre, ale nie byli przyjaciółmi, raczej ze sobą konkurowali. W 1951 r. wydał esej „Człowiek zbuntowany”, który wywołał konflikt intelektualny i osobisty pomiędzy nim i Sartrem. Trwał on przez kolejne lata. W 1957 r. została mu przyznana literacka nagroda Nobla. Ale nie był modny w tym sensie, że coraz częściej głosił swe poglądy antykomunistyczne (a to właśnie nie było modne we Francji). Nie zajął też zdecydowanej postawy wobec dekolonizacji Algierii. Zginął tragicznie w wieku 46 lat w wypadku samochodowym, w okolicznościach do końca niejasnych. Był rok 1960.

W „Micie Syzyfa” zastanawiał się nad filozoficzną motywacją samobójstwa. Najpierw musimy rozstrzygnąć, powiada, czy w ogóle chcemy żyć. Gdy stawiamy sobie to pytanie, szukamy czegoś, co mogłoby nasz ostateczny krok powstrzymać: jakiejś nadziei, jakiegoś sensu. Ale świat, w którym żyjemy, jest pozbawiony wszelkiego sensu i celu, jest obojętny wobec naszej egzystencji. Świat nie jest rozumny, stąd powstaje poczucie absurdu. Píše tak: „Absurd rodzi się z konfrontacji: ludzkie wołanie i bezsensowne milczenie świata”. Poczucie absurdu może się wyłaniać na różne sposoby, na przykład, gdy widzimy obojętność przyrody w stosunku do ideałów człowieka, gdy uświadomimy sobie ostateczność śmierci. I Camus formułuje koncepcję człowieka, wedle której każdy z nas jest samotnym Syzyfem – człowiekiem absurdalnym. Samotnie dźwigamy swój los (toczymy kamień) bez nadziei na lepsze jutro.



Prof. dr hab. Lilianna Kiejzik

WIELCY MYSLICIELE

Przyszłość jest bowiem dla Syzyfa absurdalna. A zatem, czy życie jest, czy nie jest warto trudu, by je przeżyć? Jesteśmy wolni, możemy więc wybrać samobójstwo, tak jak zrobił to Kirilow z „Biesów” Dostojewskiego, protestując przeciwko temu, aby nikt już nigdy nie gwałcił małych dziewczynek.

Poczucie wolności każdemu umożliwia samobójstwo, ale także daje szansę pogo-

Albert Camus (1913-1960)



żenia się z losem. Syzyf wie o tym i dlatego dźwiga swój kamień. I Camus nie zaleca jednak samobójstwa. Jego zdaniem samobójstwo oznacza poddanie się absurdowi, oznacza kapitulację przed światem. Wielkość człowieka przejawia się wtedy, gdy będziemy żyć w świadomości absurdu. Co prawda,

nie ma żadnych wzorów, mówiących człowiekowi, jak ma żyć. Jak powiadają bohaterowie Dostojewskiego – „wszystko jest dozwolone”. Człowiek prawdziwie absurdalny jest świadom absurdu, dlatego nie przeżywa rozczarowań. Po prostu zna granice swego życia i swej wolności. **Człowiek absurdalny żyje bez Boga.** Odrzucenie Boga oznacza tu przede wszystkim rezygnację z gotowych rozwiązań, negację instytucji zbawienia i nieśmiertelności. Oczywiście nie znaczy to, że taki człowiek nie może poświęcać się dla innych. Może, ale to on wybiera drogę.

Chociaż absurd jest koniecznym aspektem istnienia człowieka i chociaż jest wynikiem próby racjonalizacji świata, można go pokonać. Jak? W sztuce. Kiedy świat jawi się nam nie bezpośrednio, ale poprzez metafory, możemy go uczynić harmonijnym. W sztuce los człowieka możemy przemienić w mit i nie będzie on już bezradny wobec absurdu.

Filozofię Camus wyznaczały dwie kategorie: **absurd i bunt**. Ta druga pojawia się wraz z opublikowaniem innej ważnej pracy: „Człowieka zbuntowanego”. Człowiek nie znajduje w absurdalnym świecie żadnego oparcia, obiera więc wobec niego postawę buntu. W pracy Camus opisuje rozwój

idei protestu w kulturze europejskiej od starożytności aż po XX wiek, różnicując postawy na buntownicze i nihilistyczne. Wiele jest wcieleń człowieka zbuntowanego: Prometeusz, Nietzsche, Baudelaire, Iwan Karamazow i inni.

W tej pracy na plan pierwszy wysuwa się problem norm moralnych. Oznacza to, że mniej interesuje go tu jednostka, a bardziej zbiorowość, która dostaje się w ręce przywódców różnych rewolucji. I Camus przedstawia kolejno, na tle dziejów, samotnych buntowników, którzy doprowadzili do obalenia wartości. W tym miejscu wyjaśnimy, że bunt zakłada w gruncie rzeczy uznanie wartości (ale tylko określonych, inne odrzuca). Jeżeli bowiem buntujemy się przeciwko uciskowi czy niesprawiedliwości, to tym samym uznajemy wartość wolności i sprawiedliwości. Ale jemu chodzi nie o wolność jednostkową, ale o wolność i sprawiedliwość dla wszystkich. Nie o sytuacje, kiedy w imię wolności usprawiedliwiano każde ludzkie

działanie. Tak doszło do pojawienia się systemów totalitarnych. W taki sposób powstał stalinizm. Camus pisze tak: „Wielkim wydarzeniem XX stulecia było porzucenie przez ruch rewolucyjny wartości związanych z wolnością, stopniowe ustępowanie wolnościowego socjalizmu przed atakami socjalizmu wodzowskiego i wojskowego”. I chociaż Camus nie był wielbicielem społeczeństwa burżuazyjnego, uważał, że bunt przeciw istniejącemu porządkowi społecznemu może doprowadzić do narzucenia niewolnictwa. Opisał ideologie, które pozwoliły Leninowi, Hitlerowi czy Stalinowi, wspieranym przez filozofię Hegla i Marksa, zbudować nowoczesne tyranie.

Po opublikowaniu tego eseju w 1951 r. we Francji rozgorzał wielki spór: lewicujący intelektualiści, którym przewodził Sartre, ostro zaatakowali antyrewolucyjną wymowę utworu. Zarzucono Camus'owi konformizm i strach przed porzuceniem burżuazyjnego społeczeństwa. Bronił się, mówiąc, że kłopot z burżuazyjną demokracją, która zastąpiła wieczne Boskie prawdy przez abstrakcyjne zasady rozumu, polega na tym, że owych zasad się nie stosuje. Społeczeństwo burżuazyjne w imię wolności rozgrzesza wyzysk i niesprawiedliwość i sankcjonuje przemoc. Ale co w takim razie w zamian – zadawano mu pytanie. Otóż odpowiedzi Camus nie dawał. Krytykował rozmaite ruchy, lecz nie przedstawiał niczego w zamian. I nie zamierzał bynajmniej. Jego zdaniem, na tej arenie dziejów pełnej krwi nikt nie miał racji. Przyznawał więc, że sens świata leży poza historią. Jednak nie w Absolutcie, filozof odrzucał również Boga. A czy idea sprawiedliwości może być pojmowana bez idei Boga? Camus był jednak przekonany, że człowiek nie może żyć bez wartości. Jeżeli wybiera życie, uznaje tym samym, że życie jest dobre i warto żyć. I chociaż nie stworzył żadnej teorii pozytywnej (tzn. wyjścia z tej trudnej sytuacji) to – jak napisano w uzasadnieniu przyznania mu nagrody Nobla – rozświetlił trudności ludzkiego sumienia.

Na pewno był zaangażowany, ale obojętny w stosunku do wszelkich systemów, co pozwalało mu krytykować ich zło i nie pozwalało wybaczać zła w innych systemach. Czyli to zaangażowanie miało charakter bardziej moralny, niż polityczny. I w tym chyba tkwi jego wielkość.

Włodzimierz Janiszewski
lekarz epidemiolog

JAJKO – SYMBOL WIELKANOCY

Wielkanoc to najstarsze święto chrześcijańskie, bowiem obchodzone jest od siedemnastu wieków. Symbolem tych świąt jest jajko, uważane za początek nowego życia.

Przed świętami panuje zwyczaj malowania jajek. Później, już jako święcone pisanki, dzielone są wśród bliskich z życzeniami „za zdrowie”. Ta tradycja pojawiła się w Polsce w X wieku, a zwyczaj zdobienia jaj przywieźli w nasze strony Persowie.

Nie wiadomo dokładnie, dlaczego przez ostatnie 30 - 40 lat naukowcy obarczali jajka za powstawanie zmian miażdżycowych. Obecnie wiadomo jednak, że nie mieli racji. **Cholesterol z żółtka nie powoduje miażdżycy, ponieważ jest to tzw. „dobry cholesterol”.**

Światowa Organizacja Zdrowia uznaje białko jajka za najlepszy wzorzec składu aminokwasów. Ostatnio z białka wyizolowano cystatynę, która ma hamować niektóre procesy nowotworowe.

Zdrowy człowiek może spożywać 6-8 jajek tygodniowo, jednak w starszym wieku należy ograniczyć ich ilość do 3-4 na tydzień.

Obecnie uważa się, że zawarte w żółtkach kwasy omega-3 oraz lecytyna działają przeciwzapalnie, przeciwnaczyniowo i przeciwmiażdżycowo – zapobiegają m.in. tworzeniu się płytek miażdżycowych w tętnicach.

Obecna w jajku luteina, poprawia koncentrację, pamięć, zapobiega uszkodzeniu siatkówki oka i spowalnia starzenie się organizmu.

Jajko ma silne działanie sycące – zmniejsza uczucie głodu, co wspomaga w odchudzaniu. Zawiera również żelazo w najłatwiej przyswajalnej postaci, które niezbędne jest do tworzenia hemoglobiny. **Jajka wzmacniają także system odpornościowy, ponieważ zawierają znaczne ilości witaminy A, B12 oraz selen.**

Dzięki zawartości choliny, która jest składnikiem neuronów i komórek glejowych, jajka poprawiają pamięć poprzez usprawnianie przepływu informacji.

Cholina pobudza także układ nerwowy, wzmacniając zdolności koncentracji i wydajność umysłową. Zapewnia również szybką regenerację po wysiłku fizycznym. Ta substancja odgrywa również ważną rolę w rozkładzie homocysteiny. Aminokwas ten, powstający podczas trawienia białka zwierzęcego, zawartego głównie w czerwonym mięsie, uszkadza śródbłonek naczyń krwionośnych (tętnic), co sprzyja inicjacji miażdżycy.

Jajka wzmacniają mięśnie, ponieważ dostarczają wysokowartościowego białka. Wzmacniają również kości oraz zęby, gdyż są bogate w witaminę D, niezbędną do prawidłowego przyswajania wapnia. Wspomagają także prawidłowy rozwój płodu.

Obecnie wiadomo, że zaburzenie gospodarki lipidowej – dawniej przypisywane cholesterolowi z jajek – zostały po badaniach naukowych wycofane. Natomiast w pełni potwierdzono, że zaburzenia lipidowe są następstwem palenia papierosów, nadmiernego spożywania czerwonego mięsa, otyłości, spożywania dużych ilości cukru, nadmiernego spożycia alkoholu oraz braku aktywności fizycznej.

Jajka należy spożywać na miękko, ponieważ gotowane na twardo mogą wywołać dolegliwości trawienne, głównie u dzieci. Należy także unikać spożywania jajek surowych (tzw. kogel-mogel), ponieważ zawierają awidynę, związek blokujący przyswajanie witamin z grupy B. Jajka mogą również zawierać salmonellę, bakterię powodującą silne zatrucie pokarmowe (giną w czasie gotowania).

Na zakończenie należy podkreślić, że żadne inne pożywienie, poza mlekiem matki, nie zawiera wszystkich składników potrzebnych człowiekowi, jak jajka.

Składając życzenia z okazji świąt, podzielmy się symbolicznie jajkiem, ale także spożywajmy je na co dzień dla dobra naszego zdrowia.

RONDO DOKTORA WŁADYSŁAWA KOLBUSZEWSKIEGO

W listopadzie minionego roku miało miejsce uroczystość nadania imienia dla nowego ronda przy skrzyżowaniu ulic Starostawskiej i Przemysłowej w Nowej Soli. Rondo ma nazwę „Rondo doktora Władysława Kolbuszewskiego”. W ten sposób uczczono pamięć Pana Doktora jako mieszkańca Nowej Soli, szczególnie zasłużonego dla rozwoju miasta i jego mieszkańców.

Współpracownicy doktora nauk medycznych, chirurga Władysława Kolbuszewskiego przyznają, że zoperował ponad 40 tys. osób. To więcej niż mieszkańców ma miasto Nowa Sól. Doktor był również laureatem „Odrzany” – nagrody przyznawanej najbardziej zasłużonym nowosolaninom.



Władysław Kolbuszewski urodził się we Lwowie 16 lipca 1924 r., zmarł 23 maja 2013 r. W czasie okupacji mieszkał w Zamościu, gdzie zdał maturę i pracował w ośrodku zdrowia. Walczył w Powstaniu Warszawskim, został aresztowany i wywieziony do obozu Mauthausen. Po wojnie wrócił do Polski i ukończył studia medyczne w Akademii Medycznej we Wrocławiu. Pracował we Wrocławiu, Gorzowie Wielkopolskim, Skwierzynie. Od 1 kwietnia 1965 r. do 31 grudnia 1980 r. był dyrektorem szpitala i ordynatorem oddziału chirurgicznego w Nowej Soli. W 1973 r. uzyskał tytuł doktora nauk medycznych. Na emeryturę przeszedł w 1991 r. Potem jeszcze przez wiele lat pracował na tym oddziale (do kwietnia 1999 r.).

W uroczystości udział wzięli: rodzina doktora, znajomi, władze miasta oraz uczniowie Szkoły Podstawowej nr 6.

(red.)

mgr Aleksandra Majsnerowska
dietetyk kliniczny FoodMed Centrum w Zielonej Górze

NA KRYSZTAŁY NAJLEPSZE WIŚNIE - ZALECENIA W DNIIE MOCZANOWEJ.

Nieprawidłowy styl życia, nadmierne spożywanie alkoholu, czy niewłaściwa dieta bogata w żywność wysokoprzetworzoną, prowadzą do wielu stanów zapalnych w organizmie oraz są przyczyną wielu chorób. Jednym z procesów prozapalnych jest podwyższony poziom kwasu moczowego, który odkłada się w nerkach lub w stawach, tworząc kryształki soli, tzw. kryształki moczanu sodu. Proces zapalny stawów i towarzyszący mu ból to tzw. dna moczanowa, spowodowana nadmiernym stężeniem kwasu moczowego we krwi, powstałym jako wynik zaburzeń przemiany materii, a dokładniej nieprawidłowości rozpadu puryn. Hiperurykemię stwierdza się, gdy stężenie kwasu moczowego we krwi przekracza 7 mg% (420 $\mu\text{mol/l}$). Jej przyczyny mogą być pierwotne (genetyczne) lub nabyte, najczęściej związane są z nieprawidłowym sposobem odżywiania. Powstawaniu dny moczanowej sprzyja również stosowanie głodówek, gwałtowne odchudzanie, otyłość, wysiłek fizyczny oraz nadmierne spożycie produktów bogatych w puryny. Interwencja dietetyczna polega na obniżeniu stężenia kwasu moczowego poprzez ograniczenie podaży związków purynowych z pokarmów. **Najwięcej puryn znajduje się w drożdżach browarniczych, zatem w terapii dny moczanowej nie zaleca się spożywania napojów alkoholowych, a zwłaszcza piwa.** Do produktów niewskazanych w dużej ilości w diecie zalicza się mięso wieprzowe, boczek, dziczyznę, cielęcinę, gęsinę, podroby, salceson, salami, słoninę, smalec, wędzone ryby, śledzie, pstrągi, szproty, sardynki, owoce morza, rosół i zupy gotowane na wywarach, grzyby (z wyjątkiem kurek), rośliny strączkowe, cukier spożywczy i wyroby cukiernicze oraz niektóre warzywa: szparagi, kalafior, brukselkę, kukurydzę, szpinak, paprykę, groszek czy por. Osoby cierpiące na dnę moczanową powinny zwiększyć podaż płynów do ok. 3 litrów na dobę, aby skutecznie pozbywać się nadmiaru kwasu z organizmu. W diecie nie może zabraknąć dużej ilości warzyw

i owoców, bezglutenowych kasz oraz przeciwzapalnych dodatków do potraw, przypraw i ziół tj.: kurkumy, imbiru, skrzypu polnego, pokrzywy, estragonu, liścia laurowego, gorczycy, lubczyku, jesionu, czarciego pazura. **Jednym z najskuteczniejszych owoców w terapii dny moczanowej są bezwzględnie wiśnie.** Wiśnie to bogate źródło witaminy C i A oraz znakomite źródło flawonoidów, którym zawdzięczają ciemnoczerwony kolor. Posiadają one szereg substancji sprzyjających hamowaniu enzymów, biorących udział w tworzeniu kryształków kwasu moczowego, substancji prozapalnych, dzięki czemu zmniejszają objawy stanu zapalnego, między innymi odpowiedzialnego za powstawanie charakterystycznego, silnego bólu. Substancje zawarte w wiśniach porównuje się nawet do powszechnie stosowanych, silnych leków przeciwzapalnych i przeciwbólowych. **Poza tym wiśnie chronią układ krążenia i serce przed chorobami, usuwają toksyny i metale ciężkie, skutecznie odtruwając organizm.** Aby uniknąć uporczywych ataków dny moczanowej należy spożywać ok. 250 g wiśni dziennie, natomiast podczas ataków należy zwiększyć ich ilość do ok. 450 g.

Szkolenia Konferencje

W Izbie Lekarskiej odbyły się szkolenia:

„Leczenie ran” – problem omówiła **Anna Pacewicz**.

„Co nowego w tyreologii” – tematykę przedstawił **dr n. med. Mariusz Witczak**.



W hotelu Ruben odbyło się szkolenie n/t:

„Pacjent geriatryczny z bólem w praktyce lekarza POZ i specjaliści – jak pomagać, aby nie szkodzić, czyli rzecz o racjonalnym stosowaniu analgetyków” – wykładowca **dr n. med. Jarosław Woroń**.

Sponsorem była firma farmaceutyczna Berlin-Chemie / Menarini.

Opr. W.J

SPOTKANIE OPŁATKOWE

Tradycyjne spotkanie w Naszej Izbie zgromadziło w tym roku stosunkowo małe grono emerytów. Nie znam przyczyny mniejszej niż w innych latach frekwencji, ale może to wczesne ostatniej jesieni infekcje wirusowe stały na przeszkodzie...

A szkoda – spotkania opłatkowe są okazją do spotkań dla osób, które w ciągu roku nie mają takiej okazji.

Starania władz Izby i nieoceniona pomoc Pań z biura czynią „Opłatek” miłą kameralną imprezą o charakterze rodzinnym. Była - jak zwykle - serdeczna atmosfera. Prezes Izby dr Mariusz Witczak przekazał wszystkim serdeczne życzenia dobrego zdrowia i wszystkiego najlepszego. Były życzenia, łamanie się opłatkiem i czasem łezka w oku. Na stołach pojawiły się tradycyjne wigilijne przysmaki. Rozmowom nie było końca.

W imieniu uczestników dziękuję organizatorom za to miłe spotkanie i apeluję do koleżeństwa o liczny udział w spotkaniu w następnym roku.

Pozostaję z życzeniami zdrowia.
Do Siego Roku.

Anna Stawiarska



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.org**

REDAKCJA:

Jacek Kotuła (red. nacz.), Włodzimierz Janiszewski (z-ca red. nacz.), 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 umieszczania śródtytułów.

Biuletyn jest rozpowszechniany bezpłatnie wśród członków OIL. Serwis fotograficzny własny.

SKŁAD KOMPUTEROWY: Firma Usługowa „RATIO”



Pani
dr Stanisławie
Biłasz-Wójtowicz
wyraży głębokiego
współczucia z powodu
śmierci Mamy
Składają
Koleżanki i Koledzy
z NS ZOZ „OKO”
w Zielonej Górze

Wydział Stomatologiczny
Gdańskiej Akademii Medycznej
w latach 1987-1992

Z okazji 25 rocznicy uzyskania dyplomu lekarza stomatologa,
dnia 11 listopada 2017 roku w ZAMKU GNIEW
odbędzie się spotkanie. Zjazd obejmuje:

- uroczystą kolację z atrakcjami,
- nocleg w hotelu ze śniadaniem.

Koszt 350,00 PLN od osoby (mile widziane osoby towarzyszące).

Wpłaty prosimy kierować na konto:

Bank Zachodni WBK S.A. 1 Oddział w Toruniu
nr 41 1090 1506 0000 0001 3411 1058.

Termin zgłoszeń i wpłat **do 30.06.2017 r.**

Koleżanki i Koledzy, jeżeli posiadacie zdjęcia z okresu studiów,
prosimy o przesłanie ich na adres e-mail: amgstomgniew@o2.pl.

Dodatkowe informacje:

Piotr Skrzat 601 680 626; Dorota Skrzat 603 944 468



Z głębokim żalem i smutkiem
pożegnaliśmy 03 stycznia 2017 r.
Ś.P.

dr Wiesław Sikorę-Czerniecką,
lekarza, specjalistę neonatologii.

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



Z głębokim żalem i smutkiem
pożegnaliśmy 05 stycznia 2017 r.
Ś.P.

dr. Ryszarda Koprowskiego,
lekarza, specjalistę położnictwa i ginekologii.

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



Z głębokim żalem i smutkiem
pożegnaliśmy w styczniu 2017 r.
Ś.P.

dr. Zbigniewa Madyniaka,
lekarza, chirurga ogólnego.

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



Z głębokim żalem i smutkiem
pożegnaliśmy 12 lutego 2017 r.
Ś.P.

dr. Bazylego Szaluchę,
lekarza, specjalistę medycyny ogólnej.
Wyrazy współczucia rodzinie składają
koleżanki i koledzy z OIL w Zielonej Górze.

Mistrzostwa odbyły się 19 lutego 2017 w Hali WOSIR w Drzonkowie pod honorowym patronatem Lubuskiego Urzędu Marszałkowskiego i organizacyjnym Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze. Zawody zostały rozegrane tylko w grze singlowej dla Pań i Panów.

W grupie damskiej open - zwyciężyła kol. **Małgorzata Pawelec-Wojtalik**, 2 miejsce zdobyła kol. **Iwona Pietsch**, 3 zajęła kol. **Bożena Rutkowska**.

Panowie zostali podzieleni na cztery grupy wiekowe: w grupie open do 45 lat - zwyciężył kol. **Bartosz Ruszkowski**, pokonał w finale kol. **Marcina Szmyra**, w drugiej 45-60 - zwycięstwo zdobył kol. **Lech Borkowski**, 2 miejsce zagarnął kol. **Dariusz Drzygała**, w trzeciej grupie 60-70 - wygrał kol. **Roman Olbrycht**, w czwartej seniorskiej - zwyciężył kol. **Józef Safian**, 2 miejsce wywalczył kol. **Bogdan Struk**, a 3 miejsce zdobył kol. **Kadet Stemplewski**.

Ostatnim sympatycznym akcentem zawodów była gra mikstowa, w której zwyciężyła para - kol. **Iwona Pietsch** z kol. **Leszkiem Borkowskim**, pokonując parę kol. **Małgorzatę Pawelec-Wojtalik** z kol. **Józefem Safianem**.

Sędzią Głównym zawodów był tradycyjnie pan **Rafał Helbik**, który w sposób mistrzowski je przeprowadził. Na uroczystość zakończenia mistrzostw przybył - Wiceprezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze - **dr Antoni Ciach**, wręczył pamiątkowe puchary i pogratulował nam dobrej gry i dobrego zdrowia!

W imieniu wszystkich tenisistów lekarzy chcemy podziękować za przychylność i pomoc w organizacji Mistrzostw całemu Zarządowi Izby Lekarskiej na czele z Prezesem dr. n. med. Mariuszem Witczakiem! Do zobaczenia na **VII-mym Ogólnopolskim Turnieju Tenisowym we wrześniu 2017**. Zapraszamy naszych Kolegów i Koleżanki do aktywnego udziału!

Józef Safian

II Halowe Mistrzostwa Lekarzy Lubuskich w Tenisie





Bal Lekarza

PALMIARNIA - ZIELONA GÓRA

2017