



Wiadomości Lekarskie

Czasopismo Polskiego Towarzystwa Lekarskiego



Pamięci
dra Władysława
Biegańskiego

Redaktor naczelny

Prof. dr hab. med. Władysław Pierzchała
(SUM Katowice)

Zastępca redaktora naczelnego

Prof. zw. dr hab. n. med. Aleksander Sieroń
(SUM Katowice)

Sekretarz redakcji

Joanna Grocholska

Redaktor statystyczny

Ewa Guterman

Rada naukowa

Redaktorzy tematyczni:

Chirurgia

Prof. dr hab. med. Krzysztof Bielecki
(CMKP Warszawa)

Prof. dr hab. med. Stanislav Czudek
(Onkologické Centrum J.G. Mendla Czechy)

Prof. dr hab. med. Marek Rudnicki
(University of Illinois USA)

Choroby wewnętrzne

Prof. dr hab. med. Marek Hartleb, gastroenterologia
(SUM Katowice)

Prof. dr hab. med. Jacek Dubiel, kardiologia
(CM UJ Kraków)

Prof. dr hab. med. Zbigniew Gąsior, kardiologia
(SUM Katowice)

Prof. dr hab. med. Jerzy Korewicki, kardiologia
(Instytut Kardiologii Warszawa)

Dr hab. med. Antoni Wystrychowski, nefrologia
(SUM Katowice)

Prof. dr hab. med. Ryszarda Chazan, pneumonologia
i alergologia (UM Warszawa)

Prof. dr hab. med. Tadeusz Płusa, pneumonologia
i alergologia (WIM Warszawa)

Choroby zakaźne

Prof. dr hab. med. Andrzej Gładysz
(UM Wrocław)

Epidemiologia

Prof. dr hab. med. Jan Zejda
(SUM Katowice)

Neurologia i neurochirurgia

Prof. dr hab. med. Krystyna Pierzchała, neurologia
(SUM Katowice)

Prof. dr hab. med. Henryk Majchrzak, neurochirurgia
(SUM Katowice)

Pediatria

Prof. dr hab. med. Ewa Małecka-Tendera
(SUM Katowice)

Dr hab. med. Tomasz Szczepański
(SUM Katowice)

Położnictwo i ginekologia

Prof. dr hab. med. Jan Kotarski
(UM Lublin)

Prof. dr hab. med. Andrzej Witek
(SUM Katowice)

Stomatologia

Prof. dr hab. Maria Kleinrok
(UM Lublin)

Polskie Towarzystwo Lekarskie

Prof. dr hab. med. Jerzy Woy-Wojciechowski
(Prezes PTL)

Prof. emerytowany dr hab. med. Tadeusz Petelenz
(O. Katowicki PTL)

Kontakt z redakcją i wydawnictwem

Joanna Grocholska
e-mail: j.grocholska@blue-sparks.pl

Wydawca

Blue Sparks Publishing Group Sp. z o.o.
ul. Obornicka 15/4, 02-948 Warszawa
tel. (22) 858-92-53

Zarząd: dr Anna Łuczyńska – prezes

Reklama i marketing: Agnieszka Rosa
tel. 662-116-020
e-mail: a.rosa@blue-sparks.pl

Zamówienia na prenumeratę:

e-mail: prenumerata@blue-sparks.pl
lub tel. (22) 858-92-53

Projekt okładki: Dorota Cybulska

Opracowanie graficzne: Tomasz Białkowski

Nakład: do 6000 egz.

© Copyright by Blue-Sparks Publishing Group

Wydanie czasopisma Wiadomości Lekarskie w formie papierowej jest wersją pierwotną (referencyjną). Redakcja wdraża procedurę zabezpieczającą oryginalność publikacji naukowych oraz przestrzega zasad recenzowania prac zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Czasopismo indeksowane w:
Medline, EBSCO, MNiSW (6 pkt), Index Copernicus, PBL.

SPIS TREŚCI

Rafał Patryn Agresja pacjentów skierowana do lekarzy. Interpretacja prawna w kwestii obrony	83
Andrew Dobradin Total preperitoneal biological patch indirect inguinal hernioplasty	88
Richard Cranovsky Zdarzenia niepożądane w leczeniu	91
VIII Kongres Polonii Medycznej, Światowy Kongres Lekarzy Polskich – Streszczenia wystąpień	94
Indeks nazwisk Autorów wystąpień	135
REGULAMIN PUBLIKOWANIA PRAC	136

Warunki prenumeraty Wiadomości Lekarskich

Prenumerata obejmuje 4 wydania – 100 zł (w tym 5% VAT)

Prenumeratę czasopisma można zamówić:

– telefonicznie: (+48 22) 858-92-53

– pocztą elektroniczną: prenumerata@blue-sparks.pl

– opłacając na pocztę lub w banku, podając dokładny adres, na który ma być dostarczony magazyn oraz numer, od którego rozpoczyna się prenumerata (nr rachunku: 90 1160 2202 0000 0002 1944 1120)

Prenumerata wersji elektronicznej czasopisma (wysyłka pliku PDF na podany adres e-mail) – 50 zł

**Wydawca: Blue Sparks Publishing Group sp. z o.o.
Ul. Stradomska 46, 04-619 Warszawa**

Agresja pacjentów skierowana do lekarzy. Interpretacja prawna w kwestii obrony

Patient's aggression aimed at physicians. Legal interpretation of defense possibilities

Rafał Patryn

Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

Zadaniem niniejszej pracy jest zaznajomienie środowiska lekarzy z prawnymi możliwościami obrony przed agresją ze strony pacjentów. Opisana i poruszana kwestia, czyli występowanie różnych form agresji skierowanej do lekarzy i personelu medycznego jest zjawiskiem coraz częstszym, bardzo problematycznym i trudnym w interpretacji. Zakres analizy ograniczono do zjawiska agresji pacjentów w stosunku do lekarzy, z racji tego, iż, lekarze są najczęściej celem tej agresji, i co należy podkreślić w kwestii obrony przed agresją pacjentów, lekarze są pozbawieni praktycznych i uniwersalnych rozwiązań prawnych, a także często potrzebnej wiedzy. Ideą niniejszego opracowania jest ukazanie sensownego rozwiązania w takich przypadkach, i określenie co robić, w przypadku zaistnienia omawianego zdarzenia, naturalnie z płaszczyzny obowiązującego prawa. W kolejności zostanie przedstawiony zarys sytuacji konfliktowej z krótkim wyszczególnieniem źródeł tej agresji, następnie zostanie omówiona i przedstawiona odpowiednia systematyka prawa (cywilne, karne) pozwalająca na pomoc w takim przypadku. Zostaną także zaprezentowane praktyczne i dozwolone prawnie rozwiązania możliwe do wprowadzenia, a służące obronie, zaniechaniu, czy nie dopuszczeniu do tego nagannego zjawiska.

SŁOWA KLUCZOWE: prawo, agresja, obrona, lekarze

ABSTRACT

The aim of the following study is to acquaint medical practitioners with legal possibilities of defense against patients' aggression. The occurrence of the described and discussed issue, namely the appearance of different forms of aggression aimed at physicians and other medical staff is a more and more frequently appearing phenomenon, which is very problematic, and difficult to interpret. The scope of the analysis has been limited to aggression of patients towards physicians only, as they are most often the aim of this aggression, and what should be emphasized, they lack practical and universal solutions and frequently also necessary knowledge to protect themselves against it. The idea behind this study is to present a rational solution to the afore mentioned situation, within legal limits. First, an outline of a conflict situation with a short specification of sources of aggression will be presented, than an appropriate legal taxonomy (including civil and criminal law) allowing for aid in such a situation will be offered and discussed. The authors will also present practical and legally permissible solutions aiming at defense, abandonment, and not allowing for the appearance of this reprehensible phenomenon.

KEY WORDS: law, aggression, defense, physicians

Wiad Lek 2013, 66 (2), 83-87

WPROWADZENIE

Podstawowym zadaniem pracy jest określenie stanowiska prawa w kwestii aktualnie spotykanego zjawiska, czyli różnych form agresji skierowanej do lekarzy i personelu medycznego. Zakres analizy ograniczono do zjawiska agresji pacjentów w stosunku do lekarzy, z racji tego, iż, lekarze są najczęściej celem tej agresji, następnie na lekarzach, pacjenci poprzez swoje agresywne zachowanie starają się „coś” wymusić (np. zwolnienie), i w kwestii obrony przed agresją, lekarze są pozbawieni praktycznych i uniwersalnych rozwiązań prawnych, a także często potrzebnej

wiedzy. Naturalnie, agresja pacjentów dotycząca całego personelu medycznego (ratownicy, pielęgniarki, pracownicy administracyjni) jest również zjawiskiem częstym i problematycznym, niemniej w pracy, jak wspomniano, autor skoncentruje się na przypadkach agresji skierowanej do lekarzy. Ideą niniejszego opracowania jest ukazanie sensownego rozwiązania w takich przypadkach, i określenie co robić, w omawianym zdarzeniu (wystąpienie ukierunkowanej agresji), naturalnie z płaszczyzny obowiązującego prawa. W kolejności zostanie przedstawiony zarys sytuacji konfliktowej, systematyka prawa pozwalająca na

pomoc w takim przypadku i praktyczne rozwiązania możliwe do wprowadzenia.

„Statystykę przypadków użycia siły słownej czy fizycznej wobec personelu medycznego na razie prowadzi tylko samorząd lekarski, który ruchomił specjalny portal monitorujący agresję w służbie zdrowia, na którym każdy przedstawiciel zawodu medycznego może opisać swój przypadek. Portal działa już rok i ponad 100 osób zamieściło tam swoje wpisy. Krzysztof Kordel, rzecznik praw lekarza, przyznaje jednak, że to tylko wierzchołek góry lodowej. Niewielu medyków zgłasza przypadki agresji. Portal, chociaż przeznaczony dla całego białego personelu, w ogóle nie zawiera np. wpisów od pielęgniarek.”¹ Wzrost zjawiska agresji w społeczeństwie jest faktem i przykrym zjawiskiem, pomijam w opracowaniu genezę tego typu zachowania i kwestie socjologiczne, które na to wpływają, dla pracy jest istotne, że ze wzrostem agresji mamy do czynienia też w środowisku medycznym. Jest to o tyle trudne do zrozumienia właśnie w przypadku środowiska medycznego, bo misja i typ działalności tego sektora jest nastawiony na pomoc i wsparcie w kwestiach zagrożenia życia, czy zdrowia. Po części za wzrost agresji w sektorze medycznym, jest obciążony sam sposób organizacji tego sektora, bezustanne braki finansowe, złe zarządzanie, czy nie do końca określony charakter działalności medycznej (budżetowa czy komercyjna).

Skrótowno analizując przyczyny agresji pacjentów należy stwierdzić, że obecnie system ochrony zdrowia zmaga się z licznymi trudnościami (finansowymi, organizacyjnymi), co w rezultacie przekłada się na różne roszczenia w stosunku do określonych podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Do częstszych powodów frustracji, która przekłada się na agresję należą nierówny dostęp do opieki zdrowotnej oraz wielogodzinne kolejki utrudniające konsultację medyczną.² Ponadto chorzy roszczą sobie prawo do nadmiernego i natychmiastowego udzielania konsultacji czy pomocy medycznej. Następnie roszczenia mogą dotyczyć łamania szeroko pojętych praw pacjenta. Częstym zarzutem, właśnie z katalogu praw pacjenta, jest stwierdzenie o nieposzanowaniu godności i przedmiotowym traktowaniu chorego człowieka, co stanowi poważny zarzut dotyczący konkretnego postępowania lekarza. Do częstych postulatów świadczeniobiorców należą pretensje o niedochowanie tajemnicy lekarskiej oraz nieszanowanie prawa do informacji w zakresie stanu zdrowia.³ Typowe roszczenia które często przejawiają się agresją pacjenta, dotyczą uznania autonomii w wyborze leczenia.⁴ Pacjent w takim przypadku nadinterpretuje istotę tej autonomii i sam wciela się w rolę lekarza, ingerując w decyzje dotyczące zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych, a także przyjmowania przypisanych mu leków, które nierzadko zażywa według własnego uznania, podważając tym samym wiedzę i auto-

rytet lekarza.⁵ Niezadowolenie z efektów leczenia to kolejny przykład powodujący sytuacje roszczeniową na linii pacjent – lekarz. Niepowodzenie w procesie leczniczym może być spowodowane wieloma czynnikami, poczynając od początkowo niekorzystnego rokowania, a kończąc na wszelkiego rodzaju zaniedbaniach, niekompetencji oraz niedoinformowaniu i wiązać się może powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu lub narażeniem na zagrożenie życia lub zdrowia.⁶ Często towarzyszą temu zawód i poczucie krzywdy, a odczucia te i decyzja zaskarżenia lekarza niejednokrotnie potęgowana jest przez postawę nie tylko samego chorego, lecz głównie przez jego rodzinę.⁷ Kolejnym przykładem roszczeń względem lekarza jest sytuacja, gdy pacjent domaga się środków usmierzających ból. Sytuacja taka wydaje się być zrozumiała, wszak podanie środków przeciwbólowych jest nieodłącznym elementem postępowania leczniczego, jednak prawdą jest, że nieraz lekarze celowo rezygnują ze zniesienia bólu, tłumacząc takie postępowanie zatartym obrazem choroby.⁸ Jednakże analizę samych przyczyn agresji, chciałbym w tym miejscu skończyć i skupić się już na samym fakcie wystąpienia tej agresji w stosunku do lekarza. Jak podają dane najczęściej mamy do czynienia z dwoma typami agresji: słowną (mniej groźną) i fizyczną, czyli bezpośrednimi atakami z użyciem siły fizycznej (czy niebezpiecznych przedmiotów) na lekarza.

PRAWNE MOŻLIWOŚCI OCHRONY PRZED AGRESJĄ PACJENTA

Prawne możliwości obrony przed agresją ze strony pacjentów są możliwe na gruncie dwóch reżimów prawnych, mianowicie na gruncie prawa cywilnego i karnego. Naturalnie sytuacje tego typu ze względu na swoją specyfikę nie są łatwe w kwalifikacji prawnej i musi być spełniony szereg innych przesłanek (świadkowie, dowody, itd.), tak by odpowiednie normy prawa skutecznie zastosować. Jako zalecaną drogę postępowania z formalnego punktu widzenia można uznać sytuację powództwa (nadanie drogi prawnej konkretnemu zdarzeniu) na drodze cywilnej, czy (jeśli są ku temu przesłanki) karnej. Należy jednak podkreślić, że są to określone propozycje, które z racji wymaganego czasu (zeznania, obdukcja, itd.), formalności i określonego biurokratycznego mechanizmu (kolejność spraw, okres procedur, duża formalizacja), nie zawsze są adekwatne do powstałej sytuacji i w praktyce pokrzywdzeni lekarze często rezygnują z dalszego tzw. formalnego „biegu sprawy”. Na początku zostanie zaprezentowana ochrona przed agresją na gruncie prawa cywilnego z powodu przejrzystości norm i jasności kwalifikacji. Agresja pacjenta czy to słowna czy fizyczna godzi w tzw. dobra osobiste. Jest to stale poszerzany katalog pewnych autotelicznych i przyrodzonych praw, które są bezpośrednio związane ze sferą egzystencji człowieka. Według kodeksu cywilnego (art. 23) dobrami tymi są: zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek,

¹ Wójcik-Adamska K.: Na celowniku wściekłego pacjenta. Rzeczpospolita 29.09.2012.

² Kurier Lubelski: W Lublinie jest coraz więcej niezadowolonych pacjentów. http://www.kurierlubelski.pl/artukul/453011,w-lublinie-jest-coraz-wiecej-niezadowolonych-pacjentow,id,t.html#czytaj_dalej (dostęp: 2011.09.21).

³ Kondracki T.: Stomatolog wobec pacjentów roszczeniowych. TPS 2009, 1, 70-72.

⁴ Engelhardt K.: Pacjent w swojej chorobie. Warszawa, 1974, 21-22. Jest to problem sygnalizowany przez cytowanego autora już w latach 70, ubiegłego wieku, niemniej występuje on także obecnie w deontologii lekarskiej i wart jest szerszej analizy.

⁵ Derczyński W.: Opinie o roszczeniach odszkodowawczych pacjentów. Prawo i Medycyna, 2000, 8(2), 93-94.

⁶ Kondracki T.: Stomatolog wobec pacjentów roszczeniowych. TPS 2009, 1, 71-72.

⁷ Tamże, s. 73.

⁸ Gaszyński W.: Postępowanie przeciwbólowe i sedacja w warunkach zdarzeń masowych i katastrof. (w) Strużyna J., red. Oparzenia w katastrofach i masowych zdarzeniach. Wyd. 1. Warszawa, PZWL, 2004, 214-215.

tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska, które pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach.⁹ Naturalnie, katalog ten cały czas się rozbudowuje i w aktualnej teorii prawa wymienione składowe mogą być rozbudowane o prawo do prywatności, czy prawo do spokoju (wolność od strachu), co ma znaczenie w przypadku omawianej kwestii. Właśnie w przypadku agresji pacjenta dobrami osobistymi lekarza, chronionym na gruncie kodeksu cywilnego najczęściej będą: zdrowie, cześć (dobre imię) wizerunek i oczywiście prawo do spokoju, czyli wolności od strachu, np. poprzez pogroźki czy groźby. W sytuacji naruszenia tych dóbr poprzez agresywne zachowanie pacjenta (często agresywne zachowanie pacjenta może wypełnić cały wymieniony katalog, gdy pacjent stosuje przemoc fizyczną, ubliża, grozi i straszy lekarza), nękany medyk może skorzystać o ochrony przewidzianej właśnie w art. 24 kodeksu cywilnego, według paragrafu 1. żądać zaniechania tego działania.¹⁰ W przypadku już dokonanej naruszenia tych dóbr, może żądać, by osoba (agresywny pacjent), która dopuściła się naruszenia, dopełniła czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności żeby złożyła oświadczenie odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie. Jeśli nie doszło do zastosowania przemocy fizycznej (która może być rozpatrywana łącznie na gruncie prawa karnego, o czym w dalszej części tekstu) mogą to być przeprosiny, sformalizowane w postaci stosownego oświadczenia lub także dające swój jasny wyraz oświadczenie o nie naruszaniu więcej powyższych dóbr. W sytuacji, gdy taki przypadek naruszy wymienione dobra, lekarz w myśl tego artykułu może żądać zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny. Naturalnie, wg par. 2 jeśli skutek naruszenia dobra osobistego została wyrządzona szkoda majątkowa (np. lekarz w wyniku ataku doznał uszkodzenia ciała) może żądać jej naprawienia na zasadach ogólnych (odpowiednie odszkodowanie).¹¹ Droga do uznania powyższych zasad może być dobrowolna (pojednawcza) i sądowa, kiedy w wyroku sądu po uznaniu okoliczności naruszenia zapadnie wyrok obligujący agresywnego pacjenta do: przeprosin, sprostowania wypowiedzi, zadośćuczynienia, odszkodowania lub wszystkich łącznie. W przypadku udowodnienia tego typu zdarzenia przed sądem warto wspomnieć o typowych zasadach odpowiedzialności cywilnej, jakimi są: określona szkoda (materialna, jak np. z powodu oszczerstw utrata pacjentów lub niematerialna, jak np. krzywda po sformułowaniu określeń pod adresem lekarza, przykładowo takich jak oszust), wina (możliwość wskazania winnego, w tym przypadku agresywnego pacjenta) i związek przyczynowy, czyli powiązanie specyfiki danego zdarzenia z konkretną osobą sprawcy (wysoki pacjent w poczekalni formułował oszczerstwa skierowane pod adresem lekarza).

OBRONA PRZED AGRESJĄ PACJENTÓW NA GRUNCIE PRAWA KARNEGO

Prawo karne oferuje skuteczne środki przed agresją pacjentów, jednak pod pewnymi warunkami, ograniczonymi do konkretnego typu agresji i okoliczności tego zdarzenia.

Mianowicie z racji dysponowania dość szczególnymi rodzajami sankcji (kara pozbawienia wolności) wymaga paru istotnych elementów, które określamy przesłankami wraz ze specyficznymi okolicznościami zdarzenia. Naturalnie także sam tryb postępowania jest szczególnie, proces udowodnienia tej agresji, wymagać będzie zaangażowaniem instytucji, takich jak policja, prokuratura i sąd. Prawo karne stanowi zbiór przepisów, które regulują kwestie związane z bezpieczeństwem osobowym człowieka, bezpieczeństwem pojętym bardzo szeroko, zaczynając od możliwości karania samej groźby, do konkretnego działania skierowanego bezpośrednio do lekarza, poprzez fizyczne ataki i inne objawy agresji, a kończąc na poważnych uszkodzeniach ciała zagrażających życiu. Kwestie związane z pieczęcią ochronną tego rodzaju prawa są też skonstruowane w ten sposób, że atakowany lekarz w wielu przypadkach nie musi podejmować decyzji o ściganiu tego typu przestępstw, ponieważ zajmuje się tym prokurator (jako typ przestępstw publiczno-skargowych). W kolejności chciałbym przedstawić dwie istotne kwestie, mianowicie kwestię związaną z udowodnieniem tej agresji i drogą postępowania w jej przypadku. W następnej kolejności katalog artykułów, które można zakwalifikować do wykładni obrony przed agresją pacjenta. Otóż, często sama sytuacja zdarzenia, niebudząca wątpliwości, czyli sytuacja, że lekarz otrzymuje informacje werbalną o grożącym mu niebezpieczeństwie, już może być zakwalifikowana jako naruszenie prawa. Do tego jednak są potrzebne, poza zeznaniami samego lekarza (zawiadomienie o przestępstwie), którego dotyczyło, także określone dowody. Pod tym pojęciem będziemy rozumieć każdy środek, który jest dopuszczony przez przepisy prawa, który służy ustaleniu okoliczności mających znaczenie w postępowaniu karnym. Dowodami przy takich zdarzeniach, mogą być: dowody materialnej agresji (jeśli do niej doszło) w postaci obdukcji lekarskiej stwierdzającej naruszenie powłoki cielesnej lub inne urazy, dowody z miejsca zdarzenia, jak poprzewracane krzesła, zdemolowane pomieszczenie, następnie zeznania świadków, którzy byli przy tym obecni (zeznania pielęgniarki, lub innych pracowników którzy byli obecni w gabinecie, zeznania pacjentów w poczekalni, którzy słyszeli lub widzieli zdarzenia), obraz z monitoringu lub elektronicznej rejestracji obrazu, który nagrał zdarzenie, nagrania fonetyczne jeśli oczywiście był prowadzone lub w jakiś sposób towarzyszyły zdarzeniu. Kolejną kwestią jest sama droga postępowania, która zaczyna się od zawiadomienia odpowiednich organów, czyli policji lub prokuratury, wówczas wg sformalizowanych procedur zaczyna się postępowanie, które ma na celu ustalenie wszelkich okoliczności zdarzenia i skierowaniu (bądź nie) sprawy do sądu.

Poniżej zaprezentowano katalog artykułów wraz z krótkim komentarzem i z przytoczonymi sankcjami (co grozi za to sprawcy), które mogą być zastosowane w przypadku agresji skierowanej do lekarza. Kluczowym i pierwszym z omawianych artykułów jest art. 156, którego hipoteza w paragrafie 1 brzmi: kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci: pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej, albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zespzczenia lub

⁹ Art. 23. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93).

¹⁰ Art. 24. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93).

¹¹ Tamże.

znieszczenia ciała, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.¹² W tym przypadku mamy do czynienia z agresją, która ukierunkowana w swym fizycznym działaniu spowodowała konkretne obrażenia fizyczne. Kolejny z artykułów dotyczy także ukierunkowanej agresji, innej niż wymieniono wcześniej. Wg artykułu 157, paragraf 2 - Kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający nie dłużej niż 7 dni, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.¹³ Ściganie przestępstwa określonego w § 2 lub 3, jeżeli naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia nie trwał dłużej niż 7 dni, odbywa się z oskarżenia prywatnego.¹⁴ Co jest warte podkreślenia sankcje grożące sprawcy są bardzo różne w zależności od stopnia obrażeń, i różne co do trybu zgłoszenia. Zakładając hipotetycznie, że lekarz doznałby w wyniku agresji obrażeń kwalifikujących się leczeniem do terminu 7 dni, wówczas na nim (jeśli podejmie taką decyzję) ciąży obowiązek zgłoszenia tego typu zdarzenia (oskarżenie prywatne). Kolejnym artykułem jest art. 160, który brzmi: kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.¹⁵ Jest to sytuacja, gdy lekarz jest straszony np. nożem bądź rozbitą butelką, która także podlega odpowiedzialności prawnej. Artykuł 190 – kto grozi innej osobie popełnieniem przestępstwa na jej szkodę lub szkodę osoby najbliższej (np. zastraszanie bliskich, rodziny lekarza), jeżeli groźba wzbudza w zagrożonym uzasadnioną obawę, że będzie spełniona, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.¹⁶ Tak jak w przypadku artykułów wcześniejszych, ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego. Następnym znamienym artykułem jest art. 193, który brzmi: kto wdiera się do cudzego domu, mieszkania, lokalu, pomieszczenia albo ogrodzonego terenu albo wbrew żądaniu osoby uprawnionej miejsca takiego nie opuszcza, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.¹⁷ Sytuacja spotykana w polskich szpitalach, gdy lekarz nakazuje opuścić gabinet awanturującemu się pacjentowi, który wtargnął do niego na siłę, chcąc coś wymusić awanturą, groźbą, czy próbą ukierunkowanej agresji. Kolejna grupa artykułów dotyczy sytuacji naruszenia czci (np. poprzez pomówienia) i nietykalności cielesnej. Wg artykułu 212 kodeksu karnego, kto pomawia inną osobę, grupę osób, instytucję, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nie mającą osobowości prawnej o takie postępowanie lub właściwości, które mogą poniżyć ją w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania potrzebnego dla danego stanowiska, zawodu lub rodzaju działalności, podlega grzywnie, karze ograniczenia albo pozbawienia wolności do roku.¹⁸ Sytuacja jakże znana z życia codziennego, pomawianie i wypowiedzanie publicznie słów np. „łapówkarz”, „morderca”, itd., pod adresem lekarza także ma swoją kwalifikację prawną, o czym warto wiedzieć. Artykuł podobny w swej treści (art. 216), kto znieważa inną osobę w jej obecności albo choćby pod jej nieobecność, lecz publicznie lub

w zamiarze, aby znieważa do osoby tej dotarła, podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności.¹⁹ Kto znieważa inną osobę za pomocą środków masowego komunikowania, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku (§ 2). Ściganie z tych dwóch artykułów odbywa się z oskarżenia prywatnego. Na koniec, artykuł dotyczący naruszenia nietykalności cielesnej (art. 217), kto uderza człowieka lub w inny sposób narusza jego nietykalność cielesną, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku i również ściganie następuje na wniosek oskarżonego.²⁰ Jak widać katalog artykułów zapisanych w kodeksie karnym w dość jasny sposób może być pomocy w przypadku skwalifikowania i ukarania sprawcy agresji w stosunku do lekarza.

INNE ŚRODKI OCHRONY PRZED AGRESJĄ ZE STRONY PACJENTÓW

Inne środki ochrony, poza istniejącymi rozwiązaniami prawnymi, zostaną przedstawione jako pewne propozycje, które mogą być bardzo pomocne w zapobieganiu agresji, a jeśli już do nie dojdzie do jej łatwego udowodnienia. Pierwszym z nich jest tzw. elektroniczna rejestracja obrazu, czyli nagrywanie obrazu non stop (lub wg określonego klucza, np. podczas godzin pracy lekarza) z gabinetu lekarza. Chcę w tym miejscu podkreślić, że nie jest to monitoring, który swego czasu był krytykowany na gruncie medycznym (doszło do nieprawidłowości, podczas jego zatasowania, czyli do nadużycia przez oglądających pracowników ochrony pacjentek z gabinetu ginekologicznego). Elektroniczna rejestracja obrazu polega na bezustannym nagrywaniu tego, co się dzieje w pomieszczeniu jednak bez możliwości podglądu, oczywiście w chwili nagrywania. Najczęściej obraz jest nagrywany i magazynowany na dysku, i w razie ewentualnej potrzeby jego użycia (obejrzenia) do tego dochodzi. W przypadku monitoringu mamy możliwość oglądania obrazu tyłu live, czyli na bieżąco, co oczywiście jest problematyczne, nie mówiąc już o moralnej stronie jego stosowania i wykorzystania w przeciwieństwie do elektronicznej rejestracji obrazu, która może podlegać określonym warunkom dostępu i oglądu, np. możliwością zobaczenia nagrania tylko ściśle określonym osobom (lub osobie) w przypadku, gdyby doszło do przestępstwa. Może nią być: prokurator, policja, lub osoba upoważniona przez dyrektora lub kierownika podmiotu leczniczego, jest to kwestia otwarta, niemniej bardzo racjonalna. Także w przypadku tej formy zabezpieczenia bardzo łatwo stwierdzić, kiedy doszło do jej użycia (oglądnięcia, odtworzenia), z dysku gromadzącego dane w sposób cyfrowy. Naturalnie ta forma musi być jasno zakomunikowana pacjentom, krótkim ogłoszeniem, że obraz z gabinetu lekarskiego jest bezustannie nagrywany.

Kolejna kwestia, niejako rada, jest to przeprowadzanie wszelkich czynności medycznych i porad (o ile się da, np. diagnostycznych, w obecności innego personelu medycznego, np. pielęgniarki, lekarza stażysty), w celu późniejszych i ewentualnych środków dowodowych w postaci zeznań świadków. Zeznania świadków (poza ewentualną pomocą w chwili zagrożenia) są bardzo cenne w przypadku ukierunkowanej agresji w kierunku lekarza. Dlatego warto by lekarze, którzy mogą być narażeni na

¹² Art. 156 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553).

¹³ Tamże, art. 157, par. 2.

¹⁴ Tamże, art. 157, par. 3.

¹⁵ Art. 160. Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553).

¹⁶ Tamże, art. 190.

¹⁷ Tamże, art. 193.

¹⁸ Tamże, art. 212.

¹⁹ Art. 216 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. 1997, nr 88, poz. 553).

²⁰ Tamże, art. 217.

taką agresję (rodzinni, w SOR-ach, na oddziałach ratunkowych) zawsze starali się mieć osobę towarzyszącą z personelu medycznego, która mogłaby potwierdzić i opisać przebieg ewentualnych zdarzeń związanych z agresją. Ostatnim elementem, który może ochronić lekarza przed agresją pacjentów są dozwolone środki obrony koniecznej (oczywiście poza umiejętnościami fizycznymi samoobrony, które posiadają tylko nieliczni) jak gaz łzawiący (pieprzowy), pałka, paralizator elektryczny, taser (pistolet elektryczny). W myśl artykułu 11, Ustawy o broni i amunicji, polski ustawodawca zezwala na posiadanie przedmiotów przeznaczonych do obezwładniania osób za pomocą energii elektrycznej o średniej wartości prądu w obwodzie nieprzekraczającej 10 mA, czy posiadania ręcznych miotaczy gazu obezwładniającego lub łzawiącego.²¹ Trzeba także nadmienić, lub raczej potraktować jako ważny postulat skierowany do Samorządu Lekarskiego, (notabene, które powinno mieć wpływ na prawo dotyczące lekarzy), by podczas dyskusji i stanowiska Samorządu w kwestii nowelizacji ustawy (czyli Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry), znalazł się zapis traktujący, każdego lekarza podczas wykonywania swej pracy (udzielania świadczeń zdrowotnych i to zdefiniowanych szeroko) jako funkcjonariusza publicznego (taki jaki znalazł się w znowelizowanej Ustawie o zawodach pielęgniarstwa i położnej).²² Samo zakwalifikowanie do kategorii funkcjonariuszy publicznych powoduje określoną pieczę prawną w kwestii ochrony zarówno przed atakami fizycznymi jak i słownymi. Wówczas lekarz podczas wykonywania swej pracy i czynności zawodowych byłby traktowany podobnie jak funkcjonariusz policji, który taki status posiada i przykładowo

samo znieważenie było by już zagrożone określoną karą.²³

Reasumując opracowanie, agresja skierowana do lekarza ze strony pacjenta jest zjawiskiem bardzo przykrym i oczywiście niepotrzebnym. Niemniej jednak, gdy dojdzie już do określonej jej formy (słownej bądź fizycznej, co staje się, niestety coraz powszechniejszym faktem), zaatakowany lekarz, poza użyciem dozwolonych przez prawo środków obrony, może dochodzić swoich praw na gruncie prawa cywilnego (odszkodowanie, zadośćuczynienie) i karnego (pociągnięcie sprawcy do odpowiedzialności karnej) według opisanych powyżej warunków i zasad.

PIŚMIENNICTWO

1. **Wójcik-Adamska K.:** Na celowniku wściekłego pacjenta. Rzeczpospolita 29.09.2012.
2. Kurier Lubelski: W Lublinie jest coraz więcej niezadowolonych pacjentów. http://www.kurierlubelski.pl/artukul/453011,w-lublinie-jest-coraz-wiecej-niezadowolonych-pacjentow,id,t.html#czytaj_dalej (dostęp: 2011.09.21).
3. **Kondracki T.:** Stomatolog wobec pacjentów roszczeniowych. TPS 2009, (I),70.
4. **Engelhardt K.:** Pacjent w swojej chorobie. Warszawa, 1974, 21-22.
5. **Derczyński W.:** Opinie o roszczeniach odszkodowawczych pacjentów. Prawo i Medycyna, 2000, 8(2), 93-94.
6. **Kondracki T.:** Stomatolog wobec pacjentów roszczeniowych. TPS 2009, (I), 93-94.
7. **Gaszyński W.:** Postępowanie przeciwbólowe i sedacja w warunkach zdarzeń masowych i katastrof. W: Strużyńska J, red. Oparzenia w katastrofach i masowych zdarzeniach. Warszawa 2004, Wydanie 1, PZWL, 214-215.
8. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93).
9. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553).
10. Ustawa z dnia 21 maja 1999 r. O broni i amunicji (Dz. U. 1999 Nr 53 poz. 549).

ADRES DO KORESPONDENCJI:

Rafał Patryn

20-56 Lublin, ul. Krańcowa 76a/10

tel. 501-750-604

e-mail: rpatryn@wp.pl

Pracę nadesłano: 4.02.2013 r.

Przyjęto do druku: 22.02.2013 r.

²¹ Art. 11 Ustawy z dnia 21 maja 1999 r. o broni i amunicji (Dz. U. 1999 Nr 53 poz. 549).

²² W znowelizowanej ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, wprowadzono zapis, według którego pielęgniarka i położna jest funkcjonariuszem publicznym podczas wykonywania obowiązków zawodowych. Zgodnie z treścią art. 11 ust. 2 pielęgniarka i położna podczas i w związku z wykonywaniem wymienionych czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych, zapisanych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny. W opracowaniu nie analizuję kwestii, niektórych funkcji które sprawuje lekarz (udzielanie pomocy ze względu na zagrożenie życia, lekarz jako pracownik administracji rządowej), których pełnienie jest chronione pieczęcią funkcjonariusza publicznego, jest to poza głównym tematem pracy.

²³ Katalog kar związanych właśnie z ochroną funkcjonariusza publicznego jest wymieniony w rozdziale XXIX Kodeksu Karnego - Przepisy przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu Terytorialnego i z całą pewnością artykuły 222, 224 i 226 mogły by być zastosowane w przypadku „ochrony”, czynności zawodowych lekarza.

Total preperitoneal biological patch indirect inguinal hernioplasty

Andrew Dobradin

Winter Park Memorial Hospital
University of Central Florida, Orlando

Wiad Lek 2013, 66 (2), 88-90

BACKGROUND AND OBJECTIVE

Groin hernia treatment, with high prevalence in men, remains one of the most common surgical procedures. The tension free repair became standard approach with laparoscopic repair gaining popularity mostly because of minimal pain and rapid recovery. Mesh placement is obligatory in such cases. With the commonly used alloplastic materials (polypropylene, polyester, polytetrafluoroethylene) encapsulation is the functional form of the mesh integration into the host's tissue.

With the introduction of the biologic acellular collagen based grafts many types of hernia (incisional, hiatal) repair can be successfully performed. There are few reports of the value of the biological grafts in the open and laparoscopic groin hernia repair based on the implantation of extracellular matrix prepared from the inner mucous layer of pig's intestine. In these techniques prosthesis role is to provide three-dimensional scaffolding for native tissue ingrowths and local remodeling to enhance/restore the tissue function.

The bovine pericardium is one of several biological materials available for hernia repair. It contains highly organized compact collagen fibers providing strength and resistance to stretching due to low content of elastin. The safety of the commercially available product is well established for over 25 years. This material was chosen for repair of the selected group of patients with symptomatic indirect inguinal hernias.

MATERIAL AND METHODS

During year 2011 (March-September) 12 patients underwent laparoscopic repair of the indirect inguinal hernia with the use of bovine pericardium acellular grafts. Mean follow-up to the final interview was 168 days (84-278).

Population of the patients included exclusively males. The average age was 54.6 years (19-82).

Total number of hernias repaired was 15. The opposite site in the bilateral hernia was treated with the implantation of the alloplastic material in two cases when one patient received xenograft on both sides.

Right-sided hernia was repaired on 9 patients, including two done with allograft, when all 6 left sided hernias were repaired exclusively with the biological graft.

Ten patients had totally preperitoneal repair of the hernia (including bilateral hernia). Two cases of the preperitoneal placement of the graft with transperitoneal approach took place

in difficult cases; one on patient with previous operation on prostate and the other because the recurrence after TEP repair caused by the mesh uprolling.

The average operation time was 53 min (25-78). Unilateral hernia repair took 15 min less time to complete. All the operations were performed as a day surgery procedures with mean time to discharge of 198 min (120-422).

The preperitoneal space was created by balloon dissection. Total of three trocars were used to complete procedure. I used standard 6 x 8 cm biological graft. Mesh or graft was always secured with the absorbable tacks. The graft was overlapping the internal ring by at least 2 cm margin.

Patients were seen on the second postoperative week for follow up visit. Additional visits were provided on prn basis. Final interview for the purpose of the study was completed by phone.

One hernia recurrence was observed on patient who sustained car accident 233 days after the operation and diagnosed 38 days later. Patient underwent TAPP repair of recurrent hernia with the use of allogenic material. The biological graft was found to be shifted medially, being firmly attached to pubic bone and peritoneum. Markings of the used tacks were still present laterally to the internal inguinal ring.

All patients were very uniformly satisfied with the procedure. Even the patient with hernia recurrence applauded the procedure. He had very painful open repair done few years earlier.

75% of patients did not require any prescription pain medication after operation. Two patients took only one pill of Vicodine each. One patient had to take prescription pain medication for two days.

None of the patient had any problems with the return to the pre-operative professional and athletic level of activity. One patient changed car tire on the day of operation, the other passed his military physical test few weeks later, 71 year old gentleman is still working installing flooring when the 55 year old man plays tennis almost daily.

DISCUSSION

The quest to find the best possible material to perform tension free repair of the hernia was settled for many years by common application of the allografts. The recent controversy is mostly focused on the value of heavy- versus lightweight mesh [1]. Introduction of the biological graft to repair of the

Patient	Age	R groin	L groin	OR time (hr)	T to d/c (hr)	Prescription pain medication
BR	55	3 DMax	Veritas	1:18	7:02	none
MG	49	Veritas		0:49	5:12	none
FJ	75	Veritas	Veritas	0:54	2:52	none
GW	38		Veritas	1:13		2 days
KP	60	Veritas		0:42	6:20	none
HM	55	3 Dmax	Veritas	1:06	2:02	none
OL	42		Veritas	0:25	2:06	none
PJ	55	Veritas (recurrent)		0:52	2:25	1 tbl Vicodin
EL	71	Veritas		0:35	3:34	1 tbl Vicodin
VL	55	Veritas		0:42	2:00	none
DD	82	Veritas		1:15	5:10	none
WB	19		Veritas	0:45	2:26	none

complicated ventral hernias as well as to closure of the hiatus brings similar opportunity to the field of the groin hernia repair. The first successful applications, over decade ago, were based on the porcine small intestinal submucosa graft implantation with standard or laparoscopic technique [2, 3]. Excellent results were reported with the acceptable recurrence rate [4]. Major benefit of biological graft in comparison to allogenic material was decreased sensation of pain translated into less amount of analgesia during recovery time [5]. My study results confirmed such positive effects with the use of bovine pericardium.

The experimental studies of the biological implants with the intraperitoneal onlay mesh plasty showed better overall performance of the bovine pericardium than porcine collagen [6]. Recent report demonstrated "almost complete disappearance" of the porcine submucosal collagen implanted in the intraperitoneal position [7]. The choice of the graft material might affect the final long-term outcome of the operation.

Recurrence of the hernia over 5-year period is 4% [8, 9]. Majority of the recurrences among patients subjected to laparoscopic operation is diagnosed in the first year after operation.

[10]. In the studied group one patient developed recurrence 8 month after operation. The re-operation showed the graft being pulled medially. This change of position exposed internal inguinal ring. It is very difficult to sort out the role of the graft fixation, tissue ingrowths, and effect of the shear force due to motor vehicle accident in the evaluation of this isolated case of the recurrence. The tack connection of the graft to the soft tissue of the musculofascial layer of the abdominal wall laterally to the internal ring might be weak in comparison to strong bond of the graft to the pubic bone medially might be the most reasonable cause of the recurrence. However, there is no strong evidence that such correlation exist [11, 12].

All grafts in my patient population were secured in position by generous deployment of the absorbable tacks. Some surgeons successfully affix grafts with the fibrin sealant [13]. My single hernia recurrence happened despite extensive application of the

tacks. I would be very hesitant to depend solely on the fibrin glue to secure mesh in position. The fixation does not compensate for the inadequate mesh size [14]. Currently used graft size might not satisfy the recommendation of some investigators calling for 10x15 cm patch with at least minimum 3 cm overlap [15]. Future operations might require larger than 6x8 cm graft however this also will increase the cost of the procedure. The price of \$6-28 per square cm has to be taken seriously under consideration [16]. Additional cost of stapling devise was found to increase cost of procedure by \$517 [17].

CONCLUSION

1. Biological graft can be used effectively in the laparoscopic preperitoneal indirect inguinal hernia repair.
2. The implantation of the biological graft is associated with minimal post-operative pain.
3. The long-term outcome studies of the biological graft implantation in groin hernia repair need to be performed before wide use of this material can be advocated.
4. The cost of the biological graft needs to decrease in order to be a competitive material to allogenic grafts.

REFERENCES

1. **Agrawal B.B. et al.:** Prospective double-blind randomized controlled study comparing heavy- and lightweight polypropylene mesh in the totally extraperitoneal repair of inguinal hernia. *Surg. Endosc.*, 2009, 23, 242-247.
2. **Edelman D.S.:** Laparoscopic herniorrhaphy with porcine small intestinal submucosa: a preliminary study. *JLS*, 2002, 6, 203-205.
3. **Ansaloni L. et al.:** Hernia repair with porcine small intestinal submucosa. *Hernia*. 2007, 11, 321-326.
4. **Fine A.P.:** Laparoscopic repair of inguinal hernia using Surgisis mesh and fibrin sealant. *JLS*, 2006, 10, 461-465.
5. **Hodde J., Hiles M.:** Constructive soft tissue remodeling with biological extracellular matrix graft. *Acta Chir. Belg.*, 2007, 107, 641-647.
6. **Petter-Puchner A.H. et al.:** Biologic hernia implants in experimental intraperitoneal onlay mesh plasty repair. *Surg. Endosc.*, 2011, 25, 3245-3252.
7. **Bellon J.M. et al.:** Postimplant intraperitoneal behavior of collagen-based meshes followed by laparoscopy. 2012, 26, 27-35.

8. **Magnusson N. et al.:** The time profile of groin hernia recurrences. *Hernia*, 2010, 14, 341-344.
9. **Neumayer L. et al.:** Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. *N. Engl. J. Med.*, 2004, 350, 1819-1827.
10. **Liem M.S.L. et al.:** Coala Trial Group Recurrences after conventional anterior and laparoscopic inguinal hernia repair. *Ann. Surg.*, 2003, 237(1), 136-141.
11. **Tylor C. et al.:** Laparoscopic inguinal hernia repair without mesh fixation. *Surg. Endosc.*, 2008, 22, 757-762.
12. **Evangelos Messaris MD, PhD, Guy Nicastrì MD, Stanley J. Dudrick, MD:** Total Extraperitoneal Laparoscopic Inguinal Hernia Repair Without Mesh Fixation *Arch. Surg.*, 2010, 145(4), 334-338.
13. **Agresta F., Bedin N.:** Transabdominal laparoscopic inguinal hernia repair. Is there a place for biological mesh? *Hernia*, 2008, 12(6), 609-612.
14. **Totte E. et al.:** Surgical anatomy of the inguinal region; implication during inguinal laparoscopic herniorrhaphy. *Eur. Surg. Res.*, 2005, 37, 185-190.
15. **Knook M.T. et al.:** Optimal mesh size for endoscopic inguinal hernia repair, a study in a porcine model. *Surg. Endosc.*, 2001, 15, 1471-1477.
16. **Petter-Puchner A.H. et al.:** Biologic hernia implants in experimental intraperitoneal onlay mesh plasty repair. *Surg. Endosc.*, 2011, 25, 3245-3252.
17. **Morengo-Egea A. et al.:** Randomized clinical trial of fixation vs nonfixation of mesh in total extraperitoneal inguinal hernioplasty. *Arch. Surg.*, 2004, 139, 1376-1379.

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Andrew Dobradin

Faculty of Medicine, University of Central Florida, Orlando

Informacja prasowa

USTAWA REFUNDACYJNA ZWIĘKSYŁA ILOŚĆ POLIS UBEZPIECZENIOWYCH O 50 PROCENT

Od czasu wejścia w życie ustawy refundacyjnej, zwiększyło się zainteresowanie lekarzy ubezpieczeniami dodatkowymi, zapewniającymi im ochronę prawną, także w wypadku sporów z NFZ za błędnie wystawione recepty.

Na rynku ubezpieczeniowym widoczny jest wzrost ilości kupowanych przez lekarzy polis po wejściu w życie ustawy refundacyjnej. Lekarze, korzystając ze specjalnych produktów przeznaczonych tylko dla lekarzy i lekarzy dentyków, ubezpieczają się od ponoszenia kosztów sporów z NFZ, w tym od ryzyka kar, które mogą otrzymać za błędnie wystawione recepty.

DODATKOWA OCHRONA

W drugiej połowie 2011 r., jeszcze przed wejściem w życie ustawy refundacyjnej, samorząd lekarski zwrócił się z wnioskiem do firmy Medbroker (której nazwa od marca 2013 brzmi APRIL Polska Medbroker), prowadzącej działalność brokerską w środowisku medycznym o rozpoznanie możliwości zorganizowania ubezpieczenia lekarzy przed ryzykiem wynikającym z nowych przepisów. Samorząd prowadził wówczas działania interwencyjne, które okazały się na tyle skuteczne, że z ustawy refundacyjnej wykreślono kontrowersyjne zapisy. Jednak w czerwcu 2012 r. (po wejściu w życie Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 38/2012/DGL) znalazły się one w nowych umowach z NFZ, jakie lekarz lub lekarz dentyśta musi podpisać, jeżeli chce wypisywać recepty na leki refundowane. Wówczas powrócił temat ubezpieczeń i intensywne prace w Medbrokerze, któ-

rych efektem jest nowy produkt ubezpieczeniowy Program Recepta, dostępny dla lekarzy i lekarzy dentyków od 1 stycznia 2013 r.

– Jeśli przy wystawianiu recept zostaną naruszone przez lekarza obowiązki, wynikające z umowy z NFZ, może on ponieść skutki finansowe – wyjaśnia mec. Marek Opiela z kancelarii Dittmayer i Wspólnicy, współtwórca Programu Recepta, chroniącego lekarzy przed nowymi zapisami o sankcjach. – Oznacza to, że NFZ może naliczyć wówczas kary umowne, a także dochodzić odszkodowania od lekarza. Przedmiotowe ubezpieczenie chroni lekarza w przypadku zastosowania sankcji przez NFZ – dodaje Opiela.

WZROST ZAINTERESOWANIA UBEZPIECZENIAMI DLA LEKARZY

Jak wynika z analizy APRIL Polska Medbroker, ustawa o refundacji spowodowała ogólne zwiększenie zainteresowania ubezpieczeniami lekarzy i lekarzy dentyków.

– Po wejściu w życie ustawy refundacyjnej lekarze i lekarze dentyści z większym przekonaniem zapoznają się z ubezpieczeniami, które mogą ich chronić w przypadku sporu z NFZ – mówi Sławomir Apelski, prezes April Polska Medbroker. – Szczególnie są zainteresowani Prawnikiem dla lekarza – ubezpieczeniem ochrony prawnej, który pokrywa ewentualne koszty sądowe i opieki pełnomocnika prawnego (wzrost w skali roku ilości wykupywanych ubezpieczeń o 50 %), a także nowym produktem którego ochrona obejmuje sfinansowanie kar umownych i odszkodowań dochodzonych przez NFZ - Programem Recepta .

Materiały: APRIL Polska Medbroker

Zdarzenia niepożądane w lecznictwie

Richard Cranovsky

Global Faculty Member Fairleigh Dickinson University, New Jersey

Ekspert do spraw Zdrowia Publicznego, Jakości i Bezpieczeństwa w Lecznictwie – RC-Consulting

Wiad Lek 2013, 66 (2), 91-93

Niedoskonałości natury ludzkiej oraz systemu lecznictwa znajdują wyraz w zdarzeniach niepożądanych (ZN).

Są to niezamierzone, niespodziewane wydarzenia w procesach leczniczych (rozpoznawanie, różne metody terapii i rehabilitacji) powodujące przejściową lub trwałą szkodę u pacjenta, lub stanowiące znaczne ryzyko uszkodzenia. Te zdarzenia nie są rezultatem przebiegu choroby, ani nie mają przyczyny w podstawowym stanie zdrowia. Są spowodowane działalnością leczniczą.

Zdarzenie niepożądane jakiego można było uniknąć, np. respektując uznane standardy, ale tego nie uczyniono, określa się jako błąd medyczny.

Te pojęcia zastąpiły w ostatnich latach, w badaniach nad funkcjonowaniem lecznictwa, w piśmiennictwie fachowym oraz w większości międzynarodowych zaleceń (np. Komisji Europejskiej, Rady Europy i Światowej Organizacji Zdrowia) popularną dawniej nazwę: „błąd sztuki lekarskiej”.

Nowelizacja do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta z dnia 28 kwietnia 2011 r. wprowadza termin „zdarzenia medyczne” ograniczając się tylko do głównych kategorii: zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, śmierć.

Zarówno ZN, jak i błędy, mają swoje przyczyny. Analiza wspomnianych wydarzeń jest niezbędna do zapobiegania im, ale nie musi być jednoznaczna z poszukiwaniem sprawcy i z definicją winy.

Przedstawione tu definicje dotyczą przede wszystkim lekarzy/lekarek, ale także przedstawicieli/przedstawicielek innych zawodów ochrony zdrowia, działających indywidualnie lub w zespołach.

Szczegółowe definicje ZN (taksonomia) oraz wzajemne relacje czynników współdziałających, zostały opracowane przez Światową Organizację Zdrowia. Jednakże w praktyce codziennej nadal stosuje się wiele mniej precyzyjnych podziałów błędów medycznych według różnych kryteriów.

W ramach mojego zaangażowania się w zapobieganie ZN uznałem za najbardziej przydatny podział na następujące kategorie:

I. Błędy dotyczące umiejętności zastosowania posiadanej wiedzy medycznej, zdolności szybkiej analizy spostrzeganych zjawisk, rozwiązywania niespodziewanych problemów oraz podejmowania uzasadnionych decyzji. Można je nazwać błędami kognitywnymi. Przykłady: niewłaściwe rozpoznanie przyczyny

nieprzytomności w przypadku nagłym, mylna interpretacja wyników badania laboratoryjnego, nieumiejętność odczytania obrazów „radiologicznych”, zaniechanie należytej diagnostyki w przypadku podejrzenia zawału serca, przepisanie niewłaściwej dawki silnie działającego leku (np. insuliny).

II. Błędy wykonania i sprawności technicznej. Dotyczą one zarówno prostych czynności diagnostycznych i zabiegowych (np. podstawowe badanie ogólne stanu pacjenta, wszelkiego rodzaju nakłucia, zaopatrzenie zranień, posługiwanie się instrumentami i aparaturą, badania USG, podanie leku pacjentowi), jak i bardziej złożonych zabiegów chirurgicznych lub interwencji mini-inwazyjnych.

III. Osobna kategoria to błędy organizacyjno-administracyjne w zakresie uzależnionym od bezpośrednich rozstrzygnięć lekarza, od jego nadzoru lub od obowiązków eksperta. Można je uznać za odmianę błędów kognitywnych popełnianych na innym poziomie ochrony zdrowia.

Należy także odróżnić ZN powstałe z powodu podjętego działania lub będące skutkiem zaniechania działania. Ogólnie błąd to nieosiągnięcie zamierzonego, uzasadnionego celu lub wadliwe planowanie podjętej czynności.

Nierzadko zdarza się, że niekorzystna sytuacja w przebiegu procesu leczniczego kończy się pomyślnie czyli bez szkody dla pacjenta.

Dzieje się to czasami przez przypadek, a niekiedy jako rezultat zapytania lub interwencji ze strony pacjenta lub jego rodziny. Najczęściej jednak dzięki spostrzeżeniu przez lekarza lub jakąś osobę z nim współdziałającą, odstępstw od przebiegu zaplanowanej akcji i podjęcie natychmiast działań zapobiegawczych.

Do takich sytuacji odnoszą się pojęcia w języku angielskim stosowane w nawigacji i aeronautyce, oznaczające nieomal zderzenie, lub rozminięcie się z celem (*close call*, *near miss*). Zadomowiły się one także w piśmiennictwie dotyczącym zdarzeń niepożądanych i ryzyka w lecznictwie.

Doświadczenie oparte na rejestrach poszczególnych procedur np. cewnikowania (kaniulacji) żył, potwierdzają znaną z przemysłu teorię, która mówi, że częstość rzadkich, ale poważnych powikłań przebiegu jakiejś procedury, pozostaje w dosyć regularnej proporcji do liczby drobnych zaburzeń oraz „nieomal błędów”.

Na szczycie tej piramidy znajdują się więc zdarzenia bardzo rzadkie, ale powodujące ciężkie, śmiertelne skutki. „Nieomal

błędy” oraz banalne uszkodzenia stanowią zatem ważny wskaźnik prognostyczny. Muszą być zgłaszane oraz objęte odpowiednimi działaniami zapobiegawczymi.

W tym miejscu warto wspomnieć, że w ostatnich latach zaproponowano w niektórych krajach, przede wszystkim w USA, wprowadzenie pojęcia zdarzeń jakie nigdy nie powinny się wydarzyć czyli. tzw. „never events”. Stanowią one przeciwieństwo „nieomal błędów”. Przykładem może być podanie niewłaściwego leku, w złej dawce, nienależytą drogą lub niewłaściwemu pacjentowi.

SKALA PROBLEMU ZN W OPIECE ZDROWOTNEJ

Stan wiedzy o ZN na świecie jest bardzo niejednorodny. W wielu krajach, które rozwinęły dobrze w ostatnich dziesięcioleciach statystykę medyczną oraz badania i informacje o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, istnieją solidne dane liczbowe dotyczące rezultatów leczenia oraz ZN (np. kraje skandynawskie, Niemcy, Szwajcaria, Kanada, Australia i Nowa Zelandia).

Niektóre z tych krajów (np. USA) dysponują ustawami umożliwiającymi rejestrację ZN.

Wspomniane powyżej organizacje międzynarodowe, zwłaszcza WHO ostrzegają, że ZN mogą dotyczyć nawet 12% pacjentów szpitalnych, spośród których u 3-5% ZN powodują skutek śmiertelny.

Jedne z nowszych wyników badań przedstawiają dane ze Szwecji opublikowane w 2009 r. W znamiennej statystycznie próbie historii chorób z 28 szpitali (120 000 pacjentów w ciągu roku) stwierdzono 12,3% ZN. Zdarzenia, którym można było zapobiec, czyli błędy, stanowiły 9%. Zgony spowodowane przez ZN dotyczyły 3% pacjentów szpitalnych. Mniej dokładne są dane dotyczące leczenia ambulatoryjnego.

W celu należytego zrozumienia rozmiarów ZN istotna jest także opinia społeczeństwa. Sondaże przeprowadzone w krajach UE (Eurobarometer 2006 i 2010) wykazały, że prawie połowa pytanym odpowiedziała, że obawiają się komplikacji w czasie leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego. W Polsce aż 75% biorących udział w sondażu odpowiedziało twierdząco na pytanie, czy osobiście lub w rodzinie mieli jakieś niekorzystne doświadczenie z leczeniem. Zbliżone wyniki, wskazujące na poważne problemy dotyczące zaufania społeczeństwa do leczenia, uzyskano także w ankietach polskiego Biura Badania Opinii Publicznej (www.cbos.pl)

W Polsce istnieją tylko częściowe, rozproszone dane odnoszące się do medycznych lub prawnych aspektów ZN. Trudno jest naszkicować rzetelny, kompletny obraz istniejącej sytuacji.

Najliczniejsze są dane odnoszące się do zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Odpowiadają one ogólnej ocenie częstości występowania ZN sporządzonej przez Biuro Europejskie Światowej Organizacji Zdrowia.

Niezbyt pewne źródła krajowe szacują liczbę zgonów spowodowanych z powodu ZN na 20-30 tysięcy rocznie. Są to jednak głównie próby kalkulacji (interpolacji) oparte na danych międzynarodowych – a więc mało miarodajne.

W niektórych szpitalach, będących w trakcie wprowadzania programu zapobiegania ZN (np. w Olsztynie) rozpoczęto zbieranie konkretnych, miejscowych informacji.

Jednakże jeden z przedstawicieli tak miarodajnej instytucji jak Centrum Monitorowania Jakości (CMJ) stwierdził w roku 2010 jednoznacznie, że nie posiada danych pozwalających ocenić

skalę problemu ZN w kraju. Równie zaskakujący może wydać się fakt, że ankieta programu ranking „Bezpieczny Szpital” – wspólny projekt CMJ oraz czasopisma „Rzeczpospolita” – zawiera wprawdzie pytania o pewne rodzaje ZN, ale uzyskane szczegółowe dane nie są dostępne.

W artykule pt. „Zdarzenia niepożądane w leczeniu i błędy medyczne – skala problemu” (Medycyna Praktyczna 2/2011) przedstawiliśmy wraz z prof. R. Krajewskim niektóre dane dotyczące skarg pacjentów, jakie wpłynęły do rzeczników odpowiedzialności zawodowej w latach 2005-2009 (około 12 000 skarg).

Znamienna jest wypowiedź przewodniczącego Komisji Etyki Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w wywiadzie dla „Gazety Wrocławskiej”, że w Polsce nie prowadzi się monitoringu błędów medycznych (www.gazetawroclawska.pl 2010-08-10).

Trzeba uznać, że w kraju istnieje jeszcze duża dysproporcja pomiędzy alarmującymi opiniami wyrażanymi w środkach masowego przekazu i niedostatkami systematycznie zbieranych danych, które powinny służyć ocenie aktualnej sytuacji i zapobieganiu ZN.

Nie będzie przesadą ostrzeżenie, że każdy pracownik ochrony zdrowia powinien się liczyć z tym, że może współuczestniczyć w 3 ZN różnej ciężkości na 100 badanych lub leczonych przypadków rocznie (ale nie koniecznie być współwinnym!).

Tym niekompletnym, ale niepokojącym informacjom trzeba przeciwstawić niewątpliwe postępy w leczeniu, zwłaszcza specjalistycznym (kardiologia, chirurgia serca i naczyń, ortopedia, onkologia). Skutecznie leczeni są pacjenci, którzy dawniej nie mogliby być uratowani. Osiągnięcia terapeutyczne uzyskiwane przed 30 laty tylko w szpitalach uniwersyteckich są dzisiaj możliwe do uzyskania w większości szpitali wojewódzkich lub nawet powiatowych.

PRZYCZYNY WYSTĘPOWANIA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH I PRZECIWDZIAŁANIE

Ochronę zdrowia należy traktować podobnie jak zakłady produkcyjne lub instytucje świadczące usługi, cechujące się znacznym stopniem złożoności procedur i ryzykiem. Przebieg i bezpieczeństwo ich aktywności określają zarówno stosowane technologie, jak i czynniki ludzkie.

Dlatego niektóre przyczyny występowania ZN w leczeniu trzeba przypisać elementom istniejącego systemu, jak np. niedostateczne wyposażenie, niewystarczające środki finansowe lub personalne, deficyty w szkoleniu, w przekazywaniu i wdrażaniu instrukcji, zaleceń oraz ostrzeżeń.

Inna zaś kategoria przyczyn to niedoskonałości natury ludzkiej, jak np. ograniczona wytrzymałość i odporność na stres, błędy w odczytywaniu oraz w interpretacji pomiarów, nieumiejętność porozumiewania się w ramach zespołu i z pacjentami lub odbieganie od uznanych standardów postępowania.

Im bardziej wzrasta liczba poszczególnych czynności niezbędnych dla wykonania danej procedury leczniczej oraz im więcej osób w tym uczestniczy, tym bardziej zwiększa się prawdopodobieństwo (ryzyko!) wystąpienia ZN.

Wiele decyzji w leczeniu trzeba podejmować w warunkach dużej niepewności (np. co do spostrzeganych u pacjentów objawów, co do znaczenia wyników badań laboratoryjnych) i to pod presją czasu. Warto podkreślić, że ZN wydarzają się zarówno mało doświadczonym, początkującym fachowcom,

jak również doświadczonym specjalistom. Ci bowiem często przejmują leczenie najcięższych przypadków lub dokonują trudnych rozstrzygnięć.

Listę czynników systemowych i ludzkich można by jeszcze znacznie rozszerzyć.

Repertuar sposobów zmniejszania ryzyka oraz zapobiegania ZN musi uwzględniać zarówno przyczyny systemowe (uwzględniając utajone słabe punkty) jak i ludzkie.

Ogólnie mówiąc bardzo ważna jest należyta kultura postępowania wobec ZN.

Trzeba być świadomym, że one mogą wystąpić i wiedzieć, że w pierwszej fazie muszą być szybko podejmowane decyzje i czynności, aby ratować pacjenta i zmniejszyć ryzyko wystąpienia uszkodzeń. W drugiej fazie należy zabezpieczyć wszystkie materiały i zapisy które mogą pomóc w analizie przyczyn zdarzenia.

Ponadto osoby współuczestniczące w jakimś ZN powinny wiedzieć co, jak, kiedy, w jaki sposób i komu należy zgłaszać w ramach danej instytucji ochrony zdrowia. Fakt zgłoszenia nie może być rozumiany jako samooskarżenie lub traktowany jako przyznawanie się do winy. Dokonanie zgłoszenia, bez poczucia zagrożenia sankcjami, jest niezbędnym warunkiem do następującego potem wdrożenia czynności zapobiegawczych.

Należyta „kultura błędów” obejmuje także niezbędność wyjaśnienia każdego ZN pacjentowi lub jego rodzinie w sposób ogólny ale jasny, nacechowany empatią oraz wzbudzający zaufanie.

Jednakże najistotniejszym elementem tej kultury jest umiejętność wyciągania wniosków zmierzających do zmniejszenia ryzyka wystąpienia ZN i zapobiegania im.

Spośród wielu sposobów zapobiegania należy wymienić kilka o znaczeniu praktycznym:

- należyta identyfikacja pacjentów (sprawdzenie co najmniej dwukrotnie na początku objęcia opieką oraz podczas ich przemieszczania lub przekazywania; wprowadzenie elektronicznych sposobów identyfikacji),
- stosowanie standardów i list kontrolnych („*check lists*” np. okołooperyacyjna lista kontrolna); wprowadzanie barier

uniemożliwiających zaistnienie pomyłki np. w podłączeniu gazów medycznych lub w zastosowaniu leków.

- upraszczanie czynności i wprowadzenie wytycznych dla czynności rutynowych (higiena, mycie rąk, aseptyka, pobieranie materiałów biologicznych, przepisywanie i podawanie leków),
- poprawa komunikacji na każdym etapie postępowania w ochronie zdrowia pomiędzy leczącymi a pacjentem oraz wewnątrz zespołu (zwłaszcza podczas przekazywania opieki nad chorym w ramach oddziału oraz, przenoszenie do innej jednostki lub wypisywania do domu),
- do tej kategorii należy także zachęcanie pacjentów do śmiałego zadawania pytań i zgłaszania wątpliwości jakie mogą się u nich pojawić w jakiegokolwiek sprawie w przebiegu procesu leczniczego; angielskie określenie „*speak-up*” odnosi się zarówno do chorych, jak i do opiekujących się nimi osób; leczący muszą być pewni, że pacjent zrozumiał informację i zalecenia, muszą być też pewni że sami się wzajemnie rozumieją.

PODSUMOWANIE

ZN są niestety częste, ale nie są naturalnym, nieodzownym atrybutem lecnictwa. Częstość ich występowania można zmniejszyć. Krążące opinie o nieuchronności np. zakażeń szpitalnych są wyrazem defetyzmu i rezygnacji. Temu można zaprzeczyć.

Spółczesność powinna być lepiej uświadomiona w sprawach ochrony zdrowia („*health education*” – nie mylić z reklamami i propagandą). Wykształcony obywatel i „sprytny pacjent” to najlepszy partner pracownika ochrony zdrowia. Wspólnie mogą zapobiec ZN oraz osiągnąć zamierzone rezultaty.

Odpowiedzialni bezpośrednio za ochronę zdrowia oraz za politykę zdrowotną powinni starć się o lepsze dane liczbowe charakteryzujące funkcjonowanie lecnictwa. Chodzi nie tylko o finanse, ale także o odpowiednie ich wykorzystanie (*appropriateness*) i wymierne wyniki (*outcomes*). Podejmowanie decyzji, nie opartych na dowodach i na analizie danych liczbowych, to żeglowanie bez kompasu.

ADRES DO KORESPONDENCJI:

Richard Cranovsky

e-mail: rcc6601@gmail.com

VIII Kongres Polonii Medycznej, Światowy Kongres Lekarzy Polskich

Kraków 23-26 maja 2013 r.

Streszczenia wystąpień*

Adamowicz-Klepalska Barbara

Aktualne problemy i trendy współczesnej stomatologii wieku rozwojowego od poczęcia do dojrzałości

Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska

Współczesna stomatologia wieku rozwojowego koncentruje się na działaniach profilaktycznych prowadzonych jeszcze w łonie matki. Jedną z podstawowych dyscyplin nowoczesnej medycyny jest profilaktyka z promocją zdrowia poprzez prozdrowotną edukację populacji kobiet w ciąży, matek oraz osób opiekujących się dziećmi od urodzenia przez okres rozwojowy do dojrzałości, z zachowaniem zdrowego uzębienia mlecznego i stałego. Profilaktyka choroby próchnicowej polega na stosowaniu prawidłowego odżywiania, dbaniu o higienę jamy ustnej, zbiorowych, grupowych oraz indywidualnych metodach zapobiegania próchnicy, a także na stosowaniu profesjonalnych metod diagnostycznych, profilaktycznych i leczniczych z zastosowaniem testów aktywności próchnicy, laserów oraz lakierów i laków, w tym preparatów fluorkowych. Próchnica zębów mlecznych i stałych uznana za chorobę społeczną powinna podlegać ocenie jakości i skuteczności opieki stomatologicznej oraz opieki pediatrycznej i ogólnomedycznej, z uwzględnieniem warunków społecznych i środowiskowych.

Opieka stomatologiczna dla dzieci i młodzieży powinna być priorytetowym systemowym interdyscyplinarnym działaniem finansowanym ze środków publicznych, opartym na polityce zdrowotnej. Adaptacja wraz z wdrożeniem w Polsce w 1997 r. i realizowanym nadal systemem monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej, z zapisami w dwóch kolejnych edycjach Narodowego Programu Zdrowia do 2015 r. wskazują, że nadal aktualny jest problem dostępności świadczeń stomatologicznych dla 28,2% dzieci i młodzieży. Powikłania stomatologiczne oraz ogólnoustrojowe choroby próchnicowej są głównym publicznym problemem zdrowotnym.

Współczesne trendy w stomatologii wieku rozwojowego obejmują wykonywanie zabiegów lakowania poprzez uszczelnienie bruzd w pierwszych zębach trzonowych stałych, stosowanie lakierów z fluorem, grupowe nadzorowane szczotkowanie zębów preparatami z fluorem, wykorzystanie bakteriobójczego i remineralizującego działania ozonu, diagnostykę nadżerek szkliwa zębów w anoreksji oraz w chorobie refluksowej przełyku. Współczesna stomatologia koncentruje się także na badaniach związanych z wykorzystaniem komórek macierzystych w stomatologicznym leczeniu odtwórczym tkanek zębów, przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej.

Bankiewicz Krzysztof

Postępy w celowanym domózkowym podawaniu leków w chorobach neurologicznych

Uniwersytet Kalifornijski w San Francisco, USA

Skuteczność terapii chorób neurodegeneracyjnych jest znacznie ograniczona przez fakt, że w większości przypadków substancje o potencjalnym znaczeniu leczniczym nie są zdolne do pokonania bariery krew – mózg po ich podaniu systemowym. Ograniczenie to wymusiło opracowanie technologii dostarczania terapeutyków bezpośrednio do mózgu, z pominięciem bariery krew – mózg. Co więcej, technologia ta dała możliwość celowanej iniekcji do zmienionych patologicznie regionów mózgu – lub bezpośrednio do guzów mózgu – z pominięciem obszarów zdrowych. Lokalizacja dostarczenia leków jedynie do określonych obszarów mózgu, wiąże się również ze znacznym zwiększeniem bezpieczeństwa i zredukowaniem działań niepożądanych.

Prace rozwojowe prowadzone przez zespół Prof. Bankiewicza doprowadziły do opracowania innowacyjnej technologii zaakceptowanej klinicznie, która pozwala na precyzyjne i ukierunkowane domózkowe podawanie leków, nanocząsteczek lub nośników wiralnych pod kontrolą obrazowania mózgu w czasie rzeczywistym. Technologia ta jest wykorzystywana w próbach klinicznych prowadzonych pod kierunkiem Prof. Bankiewicza i będzie omówiona podczas sesji.

*Większość streszczeń opublikowano w wersji nadesłanej przez Autorów.

Ks. Biesaga Tadeusz

Trudności w odróżnieniu eutanazji od odstąpienia od uporczywej terapii

Katedra Bioetyki, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie, Polska

Referat, odróżniając eutanazję od odstąpienia od uporczywej terapii, przywoła teoretyczne trudności, prowadzące do zamazywania różnic między tymi dwoma kategoriami etycznymi. Trudności z kwalifikacją danej czynności medycznej do jednej z wymienionych kategorii etycznych, generuje nie tylko rozwój medycyny, medykalizacja końca życia, czy coraz to większe możliwości transplantologii, ale także określona filozofia medycyny i pewne nurty etyki medycznej.

W paternalistycznej i scjentystycznej medycynie sukces, walka i zwycięstwo nad śmiercią, staje się jej marzeniem i zasadniczym celem. Rodzi się przekonanie, że odsunięcie śmierci w każdym przypadku, zależy od odpowiednio wyspecjalizowanego personelu medycznego, od odpowiednio zaawansowanych technicznie ośrodków medycznych i od odpowiednich pieniędzy. W tym kontekście każda śmierć pacjenta staje się przegraną medycyny, czyli eutanazją.

Podobnie zamazywanie różnic między eutanazją a odstąpieniem od uporczywej terapii, wprowadza etyka utylitarystyczna czy konsekwencjonalistyczna, która ocenia moralność działań medycznych z pozycji końcowej sumy konsekwencji, czyli bilansu korzyści i niekorzyści dla ludzkości. Z tej perspektywy wszystkie czynności czy zaniechania, które kończą się śmiercią pacjenta są eutanazją. Dobro czy zło owej eutanazji ocenia się z punktu widzenia korzyści oraz braku korzyści dla ludzkości.

Wyraźnemu odróżnieniu odstąpienia od uporczywej terapii od eutanazji sprzyja klasyczna, czy personalistyczna etyka medyczna, posługująca się kategorią czynów proporcjonalnych i nieproporcjonalnych do dobra pacjenta. Dyktowane tą kategorią odstąpienie od terapii danej choroby na rzecz np. działań paliatywnych czy hospicyjnych nie jest eutanazją, ale szacunkiem dla ostatniego etapu życia ludzkiego, dla naturalnej śmierci, w której medycyna może tylko towarzyszyć jako jedna z wielu służb opieki nad człowiekiem.

Ks. Biesaga Tadeusz

Tendencje zagrażające stosowaniu klauzuli sumienia w praktyce medycznej

Katedra Bioetyki, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie, Polska

W referacie przywoła się pewne tendencje w obszarze filozofii medycyny, bioetyki, etyki medycznej oraz obecne w działalności pewnych organizacji społecznych i politycznych, które zmierzają do ograniczenia, względnie wyrugowania klauzuli sumienia z praktyki medycznej.

Zostaną przedstawione tendencje wywodzące się z ciasnej filozofii medycyny, redukujące działania medyczne do kierowanej prawnymi wolnego rynku działalności komercyjnej, zacieśniającej relację lekarz – pacjent, do relacji sprzedawca – klient, konsument.

Będą opisane pewne nurty w etyce medycznej, m.in. dominacja socjonizmu, (dobro – to to, czego społeczeństwo sobie życzy i chce), utylitaryzmu (życie ludzkie o niskiej jakości biologicznej, społecznej czy ekonomicznej – nie ma żadnej wartości, a nawet staje się antywartością), kontraktualizmu (lekarz ma wykonać to, co w kontraktach społecznych mu wyznaczono), legalizmu (szpital, lekarz mają realizować to, co zalegalizowano w danym państwie) oraz autonomizmu pacjenta (klient nasz pan).

Zostanie zwrócona uwaga, jak dalece druzgocące konsekwencje, zarówno dla możliwości stosowania klauzuli sumienia, jak też dla całej etyki medycznej, przyniosłoby zalegalizowanie, propagowanego od wielu lat przez ruchy aborcyjne i eugeniczne, tzw. „prawa do zdrowej reprodukcji”.

Bogucka Andzela

Opieka paliatywna w Mołdawii

Mołdawia

W Mołdawii, po rozpadzie ZSSR długo trwała reforma SZ, która doprowadziła do likwidacji takich ośrodków specjalistycznych, jak: szpitale onkologiczne, szpitale leczące chorych na gruźlicę i małe szpitale rejonowe. O stacjonarnej lub ambulatoryjnej opiece paliatywnej nie było mowy. W tych trudnych czasach, by pomóc chorym i ich rodzinom, organizacje pozarządowe, za pomocą organizacji religijnych i sponsorów zagranicznych, tworzyły grupy pomocy socjalnej i medycznej chorym w domu. W 1999 r. PTM w Mołdawii przy aktywnej pomocy Parafii i Caritas stworzyły Hospicjum Dobre w Bielcach. Lekarze, pielęgniarki i wyszkoleni wolontariusze przychodzili z pomocą terminalnie chorym, dostarczając im środki opatrunkowe, jednorazowe pieluchy, baseny, balkoniki i inny niezbędny sprzęt. Hospicjum to działa do dziś.

Obecnie w Mołdawii powoli rozwija się opieka paliatywna. Zasady opieki paliatywnej w Mołdawii reguluje Uchwała MZ nr 154 z 01.06.2009 r. „O organizacji opieki paliatywnej”. Leczenie onkologicznie chorych prowadzi Instytut Onkologii w Kiszyniowie, a w regionach są łóżka na oddziałach terapii ogólnej i na oddziałach specjalistycznych. W 2008 r. przy Instytucie Onkologii przy

wsparciu finansowym Fundacji Soros stworzono „mobilną multiprofesjonalną ekipę opieki paliatywnej”. Oprócz konsultowania i leczenia pacjentów z bólem nowotworowym, członkowie ekipy wypracowują wytyczne postępowania dla lekarzy-onkologów regionalnych, organizują dla nich konferencje i jeżdżą do szpitali rejonalnych z wykładami na temat leczenia bólu.

W 2012 r. Kasa Chorych podpisała kontrakty z Ośrodkami Lekarzy Rodzinnych oraz organizacjami niepaństwowymi, takimi jak: Fundacja Angelus Moldova, Caritas i innymi, o świadczeniu opieki paliatywnej u chorych w domu. W Kiszyniowie zorganizowano szpital geriatryczny z oddziałem opieki paliatywnej na 30 łóżek. W miejscowości Zymbreni istnieje stacjonarne Hospicjum na 12 łóżek, sponsorowane przez USA. W przyszłości zaplanowano w 20 szpitalach miejskich i rejonowych utworzenie oddziałów geriatrycznych z łózkami dla pacjentów wymagających opieki paliatywnej.

Bondarewa Olga

Rola Internetu w praktyce lekarskiej, na przykładzie państwowej przychodni w Berdiańsku

Związek Lekarzy Polskich, Berdiańsk, Ukraina

W ciągu ostatnich lat Internet stał się jednym z najpopularniejszych źródeł informacji, umożliwiając szybki i skuteczny dostęp do dużej ilości zasobów wiedzy. Z każdym dniem pojawiają się na świecie nowe strony internetowe dotyczące różnych zagadnień medycznych.

Obecnie coraz więcej osób korzysta z zasobów z sieci w celu uzyskania informacji na tematy związane ze zdrowiem i medycyną. Motywy są bardzo różne – zaczynając od poszukiwań na forach i blogach zawierających informacje o usługach medycznych, aż po uzyskanie wskazówek diagnostycznych i terapeutycznych.

Spora ilość ludzi wykorzystuje Internet jako podstawowe i łatwe dostępne źródło informacji z dziedziny medycyny. Skali tego zjawiska nie da się obiektywnie oszacować, ale w wielu krajach przybiera ono poważne rozmiary.

W tym celu postanowiłam przygotować, bazując na podstawie ankiety wystąpienie, które będzie dotyczyło „Roli Internetu w praktyce lekarskiej, na przykładzie państwowej przychodni w Berdiańsku”. Dzięki zebranych w ankiecie informacjom od określonej grupy docelowej, referat pokaże na mikroskalę, jak dane zjawisko jest rozpowszechnione w Berdiańsku, oraz odpowie między innymi na pytanie: „Jak często pacjenci korzystają z Internetu oraz czy wierzą bardziej Internetowi czy lekarzowi?”

Budzyna-Dawidowska Agnieszka

Advance Care Planning (ACP) in dementia – practical aspects and ethical challenges

Waitemata District Health Board, Auckland, New Zealand

Dementia is recognised as a public priority and an exponentially growing problem which needs to be addressed. There is global concern with the cost and required standards of the care provided. It has been a national priority in many countries with national strategies and plans aimed at organising care for dementia patients.

In this presentation the author is going to focus on psychological aspects of early diagnosis of dementia and its consequences on the patients and families. The author will discuss the concept and practical aspects of advance care planning (ACP) in dementia and its implementation into residential aged care facilities. The author will address ethical challenges, analyse advantages and disadvantages of processing with ACPs with the special focus on empowering patients for times when their assumed autonomy has to be challenged and minimise costly interventions in maintaining poor quality of life.

In the final part of the presentation the author discusses the understanding of medical decisions process and factors involved in medical decision making. The author will consider how social changes in the XX and early XXI century influenced medical decision making with the focus on the cultural background differences in decision making in specific situation such as advance care planning in dementia. Are the goals of the physician and the medical system (economically and legally) driven by the same factors?

Budzyna-Dawidowska Agnieszka

Multicultural society – challenges and advantages of psychiatrist's work – personal reflection on aspects of practising as a psychiatrist in New Zealand

Waitemata District Health Board, Auckland, New Zealand

In this presentation the author is going to present the ethnicity profile in New Zealand, differences in understanding, adjusting and coping with mental illness in different cultures (European, Pacific, Maori, and Chinese) and consequences on developing appropriate services.

The main theme of the topic is the psychiatrist's role in working in multicultural society. The topic is approached from patients' and clinician's perspective. Including topics like: understanding wellness and disorder, doctor and patient relationship, treatment

expectation, language, differences in the training and practise in the situation when doctors and their patients often have very different cultural background, philosophy, understanding of illness and expectation from the medical system.

In the final part of the presentation the author will analyse some aspects of cultural globalisation and standards in evidence base medicine and reflect on the unique focus in psychiatry, on human experience and behaviour, in health, in disease, in culturally diverse, on the one hand and globalised, unitary aspects of society in the other.

Chervinskaya Alina

Dry sodium chloride aerosol (halotherapy) in the treatment of rhino sinusitis and asthma

Scientific and Clinical Center of Preventive and Rehabilitation Pulmonology, St. Petersburg, Russia

Introduction: Salt speleotherapy has a long history in Europe since 19-th century. Studies of the atmosphere of the speleoclinics and the mechanics of salt speleotherapy showed that the main factor, which improves health is the smallest airborne particles of natural rock salt – dry sodium chloride aerosol (DSCA) of a certain size and concentration. This fact has led to the idea of creating similar atmospheric conditions, which are more accessible to patients (pts).

Halotherapy (HT) is the result of adapting natural salt aerosol from salt caves to flexible usage in other locations. Curative effect of HT is caused by an air medium saturated with DSCA with predominance amount of particles of 1 to 5 µm in size and of a certain density range. HT is carried out in the premises equipped with medical facilities – dry salt aerosol generators (halogenerators) and control devices.

Material and methods: The randomized placebo study has lasted for 12 months. Controlled HT was evaluated in 115 pts with asthma. 60% of pts received a base medication without a full effect. DSCA with the dominating amount of 1 to 5 µm particles was produced by halogenerator ASA-01.3 (Aeromed Ltd.). Treatment was performed in a special room with salt coated walls. The pts breathed quietly while reclining in the chairs. The DSCA course comprised 15-20 daily 40-60 min procedures. The duration of each course and density of aerosol medium (from 1 to 10 mg/m³) depend on clinical features of disease and functional parameters. The control matched groups included 95 pts with asthma and 17 pts with allergic rhinitis. All of them received placebo. Placebo course consisted of 15 procedures in the same room with salt coated walls, but DSCA was not produced by halogenerator.

Results: During HT the most of pts showed positive dynamics of symptoms indicative of a better drain function of their airways: sputum secretion alleviated, it became less viscous and more mucousal, coughing relieved, and the auscultative picture of the lungs altered. By the end of the course of HT the number of asthma attacks decreased significantly as compared to the initial ones (94 and 56%, p<0.01). The number of severe asthma attacks controlled by combined medication also decreased (24% and 3%, p<0.01). Reduction or cancellation in medication usage was an indicator of HT clinical benefit. None of the pts complained of bad condition during HT procedures. The pts showed significant increase of FVC, FEV₁, PEF, FEF₅₀ and decrease of Raw by the end of the treatment.

The inclusion of HT into the rehabilitation course of asthma pts allowed achieving therapeutic effect along with the most optimal use of pharmacotherapy. HT resulted in improvement of clinical state in 85% of mild and moderate asthma cases, 75% – of severe asthma cases. The pts were examined 6 and 12 months after HT course. The average duration of remission was 7.6±0.9 months. It has shown that the application of the HT assured 1.5-2 times reduction of morbidity level in follow-up observation.

Positive effect of HT was achieved in 90,4% of the pts with allergic rhinitis. Positive dynamics of the main clinical symptoms was observed. The DSCA improved mucociliary clearance of a nasal mucous epithelium, restored drainage function of a nose; had antiedematous, antiallergenic and anti-inflammatory effect.

The changes of the majority of the clinical and functional parameters in the control group were less statistically as compared to the HT group's ones.

Conclusion: The application of HT on the background of the basic medicinal therapy in pts with asthma and allergic rhinitis renders to positive influence on the clinical and functional parameters. The results of HT application demonstrate its efficacy.

We look at positioning of DSCA with controlled HT as a component of rehabilitation programs for asthma and allergic rhinitis pts.

Cichon Jacek

Three Dimensional Echocardiography – State of the Art

STA AG Hospital of Zweisimmen, Department Internal Medicine/Cardiology, Zweisimmen, Switzerland

1. Goal of the analysis: To present a dramatic transition, which made the 3 D Echocardiography, from predominantly a research tool to a technology useful in everyday clinical practice. The overshoot of the outlines the history of 3 D Echo from its beginnings to the most current technology.

2. Description: A part of the examination was performed using the Vingmed platform Vivid 7, the other part using the Vivid E9. The 3 D-Echo was done as a complementary examination to the conventional 2 D-Echocardiography. The validation was assured by the intraoperativ findings and the angiography examinations.

Overall, 450 Patients was submitted to the 3 D-Real Time echocardiography. The main goals of the examinations were:

- Evaluation of the Heart Chambers, Size, Function, Mass
- Three-Dimensional Echo for the Assessment of Valvular Heart Disease

3. Results: – The findings in the Three-Dimensional-Echocardiography concerning the left ventricle quantification, including the hemodynamic parameters were in 92% concomittant with the angiographic findings. – The analysis of the valvular morphology and function was useful for the surgeons especially concerning the mitral valve.

4. Conclusions: The Three-Dimensional Echocardiography trespassed the historical point of the experimental tool and became a usefull tool in everyday clinical practice.

The Three Dimensional Echocardiography is a very precious diagnostic tool in the analysis of the heart chambers, especially the hemodynamics of the left ventricle.

There is still a need for the development of the 3-D-techniques in the analysis of the valvular heart disease, however the novel techniques open nowadays good perspectives.

The 3-D-Echocardiography shall be still concerned as a complementary examination tot he 2-D Echocardiography.

Czarnobilski Krzysztof¹, Szlęk Robert¹, Lis Grzegorz², Obtulowicz Krystyna², Czarnobilska Ewa², Lalik Brunon¹

Skuteczność subterraneoterapii w leczeniu astmy oskrzelowej ocenianej metodą pomiaru tlenu azotu w powietrzu wydychanym

¹Szpital SP ZOZ MSW w Krakowie, Polska

²Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska

Subterraneoterapia jest uznaną metodą leczenia chorób układu oddechowego. Kopalnia soli w Wieliczce jest jednym z nielicznych miejsc na świecie gdzie prowadzone jest specjalistyczne leczenie w warunkach wyrobisk solnych. Klimat naturalnych komór solnych sprzyja pacjentom z przewlekłymi schorzeniami dróg oddechowych, takimi jak astma oskrzelowa i może zmniejszyć nasilenie objawów tego schorzenia.

Celem przeprowadzonych badań było określenie wpływu tej metody klimatycznej na proces zapalny dróg oddechowych i parametry spirometryczne. Badania przeprowadzono w Oddziale Rehabilitacji Szpitala ZOZ MSWiA w Krakowie, który znajdował się w Komorze Vessel, 135 metrów pod powierzchnią ziemi. Wstępne badania przeprowadzono na 15 pacjentach obu płci, w wieku od 10. do 71. rż. z dobrze kontrolowaną astmą oskrzelową. Pacjenci przebywali w komorze solnej 8 godzin dziennie przez 14 dni. Nasilenie procesu zapalnego oceniano przy użyciu pomiaru stężenia tlenu azotu (NO) w powietrzu wydychanym (INOX). U wszystkich pacjentów wykonano badanie spirometryczne urządzeniem skalibrowanym do warunków otoczenia (ABCMed). Pomiar stężenia NO wykonywano jeden dzień przed leczeniem oraz dzień i 7 dni po jego zakończeniu. Parametry spirometryczne były oceniane pierwszego oraz ostatniego dnia leczenia o tej samej godzinie.

Wyniki: U 10 spośród 15 pacjentów nastąpiło znamienne obniżenie stężenia NO o 36,5%, jakkolwiek po tygodniu od zakończenia leczenia eliminacja NO wróciła do wartości kontrolnych. U 5 pacjentów nie było zmian w stężeniu NO, ale u tych chorych w trakcie hospitalizacji wystąpiła infekcja górnych dróg oddechowych i wymagali oni dodatkowych dawek betamimetyków.

U 12 pacjentów wykazano znamienne wzrost objętości wdychowej (IC), średnio o 12%, natomiast inne statyczne parametry spirometryczne nie uległy zmianie. Obserwowano także wzrost wartości PEF o 10,5% u 8 pacjentów. Chorzy zgłaszali również mniej epizodów skróconego oddechu i poprawę komfortu życia.

Na podstawie wstępnych badań możemy stwierdzić, że subterraneoterapia jest pomocniczym narzędziem w leczeniu astmy oskrzelowej i może zmniejszyć proces zapalny w drogach oddechowych.

Demidik Svetlana, Aleksa Alena, Pihalkova Lidia

Study of dose-dependent activity of Cycloferon on the induction of Interferon- γ – in patients with pulmonary tuberculosis

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Reducing production of Interferon-IFN γ in patients with pulmonary tuberculosis leads to significant disorders in T-cell immunity, which is the indication for use of immunomodulating drugs from the group inducers of interferon. Cycloferon is a low molecular weight inducer of early interferon synthesis and is one of the most safe, effective and promising drugs.

The aim of study: to study the dose-dependent activity of Cycloferon in two therapeutic doses – 250 and 500 mg per day in patients with pulmonary tuberculosis.

Material and methods: 95 patients with advanced (loss of 3 or more segments) pulmonary tuberculosis were randomly divided into a study group (SG) and control group (CG). Patients of the control group (n=41) received antibacterial chemotherapy alone.

Patients from study group received antibacterial chemotherapy with Cycloferon in the different doses: 33 patients (SG250) – 250 mg per day, 21 patients (SG500) – 500 mg daily.

Patients of the both groups did not differ significantly by age, sex, characteristics of tuberculosis process, chemotherapy regimens. The serum IFN- γ concentration was determined before treatment and after 2 months of treatment by ELISA in all patients.

Results: In assessing the dynamics of serum IFN- γ level in patients from SG250 and CG different rates of its increasing were established. The level of IFN- γ in patients from SG250 was significantly increased ($p < 0.01$) after 2 months of treatment. Significant differences in its dynamics in patients of the CG were not found. At the same time, a tendency to decrease of the concentration of serum IFN- γ ($p = 0.6$) was determined in the group of patients treated with a higher dose of Cycloferon (SG500).

Conclusions: A significant effect Cycloferon as interferon inducer was noted, when it was used in a dose of 250 mg per day (SG250). Using a higher dose of the drug had not significantly effect on the level of serum IFN- γ .

Dnistriańska Antonina, Gumeniuk Alla

Leczenie nadciśnienia tętniczego u kobiet w okresie menopauzy

Narodowy Uniwersytet Medyczny im. M.I. Pirogowa, Winnica, Ukraina

Menopauza – to okres w życiu kobiety, w którym ustaje fizjologiczna czynność gonad i pojawiają się pierwsze oznaki starzenia. W tym czasie, zwanym okresem przekwitania może dochodzić do licznych zmian patologicznych, na które ma wpływ szereg czynników takich jak np. otyłość. Jest ona zarówno efektem, jak i czynnikiem przyczynowym wielu zaburzeń metabolicznych, zwłaszcza w zakresie stężeń cholesterolu i jego frakcji, lipidów, a także zmian właściwości reologicznych krwi w tym zdolności agregacji krwinek płytkowych. Zapobieganie powikłaniom patologicznego przebiegu menopauzy i zmianom w układzie sercowo-naczyniowym polega na skutecznym leczeniu zaburzeń hormonalnych i metabolicznych.

Celem pracy jest ocena skuteczności leczenia nadciśnienia II st. u kobiet z patologiczną otyłością w okresie menopauzy.

Materiał i metody: Rozpoznanie nadciśnienia potwierdzano codziennymi pomiarami ciśnienia krwi, badaniem echokardiograficznym, identyfikowano zespół metaboliczny, określano profil lipidowy oraz stężenia estrogenów i hormonu folikulotropowego (FSH).

W badaniu wzięło udział 35 kobiet w wieku 50-55 lat w okresie menopauzy (od 1 do 3 lat) z otyłością i nadciśnieniem tętniczym drugiego stopnia bez objawów niewydolności serca. Terapia trwająca 3 miesiące polegała na zastosowaniu losartanu 50 mg/d oraz atorwastatyny 10 mg/d i hormonalnej terapii zastępczej.

Wyniki: U chorych zaobserwowano normalizację ciśnienia tętniczego i profilu lipidowego oraz zmniejszenie nasilenia objawów menopauzy.

Wnioski: Leczenie kobiet z otyłością, nadciśnieniem i dyslipidemią w okresie menopauzy powinno polegać na stosowaniu terapii skojarzonej obejmującej zakres objawów patologicznych.

Dnistriańska Antonina, Savycka Anastazja, Pop Roman

Bioetyczne aspekty diagnostyki i sposobu prowadzenia ciężarnych z wadami wrodzonymi u płodu

Narodowy Uniwersytet Medyczny im. M.I. Pirogowa, Winnica, Ukraina

Problem dzieci urodzonych z wrodzonymi wadami istnieje od dawna. W nie tak dalekiej przeszłości problem ten stał przed rodzicami i lekarzami dopiero po urodzeniu dziecka, jednak wraz z rozwojem badań USG i pojawieniem się możliwości wczesnej diagnozy wad wrodzonych płodu, ów problem i mnóstwo pytań dotyczących sposobu prowadzenia takiej ciąży należy rozwiązać jeszcze przed urodzeniem dziecka. W przypadku stwierdzenia wad wrodzonych u płodu Ministerstwo Zdrowia Ukrainy zachęca do aborcji co spotyka się ze sprzeciwem zarówno rodziców, jak i lekarzy wyznania chrześcijańskiego. Instrukcja „Donum Vita” o poszanowaniu życia ludzkiego, domaga się od człowieka, by miał świadomość nieocenionej wartości życia i przyjmował je z odpowiedzialnością. Ta fundamentalna zasada powinna skłaniać do refleksji nad problemami moralnymi pojawiającymi się wraz z rozwojem możliwości zewnętrznej ingerencji w rodzące się życie i procesy jego przekazywania. Istniejąca w medycynie ukraińskiej sytuacja, wymaga więc od lekarzy chcących zmienić obecne trendy postępowania określonych postaw i decyzji. Wśród pierwszych efektów tych zmian wymienić można kodeks etyczny lekarza ukraińskiego deklarujący że: „Życie i zdrowie to są główne, podstawowe wartości”. Lekarz poprzez swoją działalność stoi na straży humanizmu, dobroci, miłości i miłosierdzia oraz ochrony życia i zdrowia już od chwili poczęcia i rozciąga się na cały okres prenatalny i postnatalny. Warunkiem realizacji przyjętych postulatów jest jednak nie tylko wysiłek lekarzy i naukowców, ale wszystkich, którzy czują i rozumieją potrzebę wprowadzania takich zmian w systemie opieki zdrowotnej.

Dobradin Andrew

Laparoscopic preperitoneal biological patch indirect inguinal hernioplasty

Winter Park Memorial Hospital
University of Central Florida, Orlando, USA

Groin hernia laparoscopic treatment gained wide acceptance. This approach requires use of alloplastic materials that causes encapsulation as the form of integration into the host's tissue. An acellular collagen matrix with highly organized collagen fibers brings potential for ideal material for such repairs providing "scaffolding" for native fibroblast to grow through and to remodel it to the form of native tissue.

15 patients underwent laparoscopic repair of indirect inguinal hernias with the use of bovine pericardium grafts (Veritas). Total 18 hernias were repaired among mostly male population of patients with the average age of 58. Majority of the patients had preperitoneal approach when 4 had transperitoneal because of complicated hernias.

The postoperative course was very smooth and more than 50% of patients did not require any analgetics at home.

Only one hernia recurrence was found on patient who sustained motor vehicle accident 233 days after surgery.

The biological graft for the repair of the indirect hernia can be successfully implemented and bring very satisfying result. This novel approach in selected case might eliminate the side effects of allograft and improve patient satisfaction.

Dolgaya Nadezhda, Svintsitskiy Anatoliy

Peculiarities of treatment of patients with *H.pylori* – associated chronic gastritis and non-alcoholic steatohepatitis

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

The problem of treatment of chronic gastritis (CG) in combination with liver diseases, such as non-alcoholic steatohepatitis (NASH) is very actual for clinical practice. A lot of questions about the use of pathogenetic therapy remain controversial and require further study.

The aim of the work was to improve treatment of *H. pylori*-associated CG with NASH.

Material and methods: The study involved 128 patients (mean age – 47.7 ± 3.4 years) with *H. pylori*-associated CG and NASH. All of them were divided into 2 groups: the first group (n=68) received *H. pylori* eradication therapy (10-14 days) + pentoxifylline 400 mg 2 times a day (1 month), in the second group (n=60) only *H. pylori* eradication therapy (10-14 days) was conducted.

The effectiveness of treatment was evaluated by clinical signs, the *H. pylori* eradication rate, epithelialization of gastric mucosa erosions, decrease of gastritis morphological activity, improvement of microcirculation processes in gastric mucosa. Statistical analysis was performed with the Statistica version 6.0 software.

Results: Statistically significant differences in the dynamics of dyspepsia symptoms were not found in the patients of the first and the second groups. Heaviness in the right upper quadrant of the abdomen was significantly higher in patients of the second group. *H. pylori* eradication efficacy and dynamics of inflammation in the body and antrum of the stomach in patients did not differ depending on the applied treatment. Frequencies of epithelialization and microcirculatory changes normalization of the gastric mucosa erosions were significantly higher in the first group. *H. pylori* eradication + pentoxifylline therapy significantly increased the number of vessels in the gastric body and antrum mucosa, the average size and the relative volume of vessels in gastric antrum mucosa.

Conclusion: *H. pylori* eradication + pentoxifylline therapy in the patients with *H. pylori* – associated CG and NASH can achieve a greater percentage of epithelialization of the gastric mucosa erosions and microcirculation processes improvement.

Dowgierd Krzysztof¹, Sporniak-Tutak Katarzyna^{1,2}, Smalec Alicja¹, Smektała Tomasz¹

Leczenie nawrotowej ankylozy stawu skroniowo-żuchwowego u 16-letniej pacjentki z wykorzystaniem protezy alloplastycznej

¹Centrum Wad Twarzoczaszki Chirurgii Twarzowo-Szczękowej z Oddziałem Chirurgii Twarzowo-Szczękowej i Rekonstrukcyjnej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie, Polska

²Zakład Chirurgii Stomatologicznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Polska

Ankyloza stawu skroniowo-żuchwowego jest schorzeniem ograniczającym możliwość otwierania ust i w efekcie upośledzającym wzrost i rozwój dzieci oraz młodocianych pacjentów. Leczenie jest zwykle wieloletnie i obejmuje przywrócenie funkcji stawu, jego rekonstrukcję, oraz konieczne zabiegi korekcyjne szkieletu twarzy. Wśród wielu metod rekonstrukcyjnych najczęściej stosuje się: przeszczep kości autogennej, dystrakcje kości oraz protezy alloplastyczne. Celem pracy było przedstawienie procesu leczenia młodocianej pacjentki cierpiącej od 4. r.ż. na pourazową ankylozę stawu skroniowo-żuchwowego za pomocą całkowitej alloplastycznej protezy stawu.

Po badaniach, klinicznym oraz radiologicznym, w których stwierdzono znaczny niedorozwój i asymetrię żuchwy, przesunięcie bródki w stronę prawą oraz ograniczenie otwierania ust do 13 mm, zaplanowano dwuetapowe leczenie. W pierwszej kolejności wykonano zabieg usunięcia ankylotycznej masy kostnej i przywrócono rozwarcie ust w granicach normy. Po 6 miesiącach zrekonstruowano prawy staw skroniowo-żuchwowy za pomocą standardowej alloplastycznej protezy stawu Biomet-Lorenz oraz przywrócono symetrię twarzy stosując zabieg strzałkowego rozszczepienia gałęzi żuchwy po stronie przeciwnej. Po zabiegu wdrożono intensywną mechanoterapię. Pozabiegowe odwodzenie żuchwy wynosiło 30 mm. Pacjentka nie zgłaszała dolegliwości bólowych okolic stawu.

Drabik R., Drabik A.

Trąd – choroba także nam współczesna. Aktualne informacje

Deutsche Lepra-u. Tuberkulosehilfe, Würzburg, Deutschland

Słowo „trąd” kojarzy się w naszych myślach ze średniowieczem. Mało kto, nawet wśród lekarzy wie o tym, że choroba ta zagraża także wielu ludziom we współczesnym nam świecie.

W ostatnich latach, liczba nowych przypadków trądu wynosi rocznie w skali świata przeszło 200 000 i liczba ta wzrasta.

W 2011 r. wyniosła przeszło 230 000 nowo wykrytych i zarejestrowanych zachorowań. Przy tym nie wolno nam zapomnieć, że roczna liczba istniejących nowych zachorowań, ale nie wykrytych nie jest mniejsza. To znaczy, że corocznie przybywa około pół miliona nowych przypadków trądu.

Aczkolwiek sytuacja ta jest bardzo niepokojąca, uważa się, że trąd jest na świecie „eliminowany”, za wyjątkiem Indii i Brazylii. Eliminacja znaczy, że liczba nowych zachorowań jest niższa od 1:10 000 ludzi.

Na przykład w mieście liczącym 100 000 mieszkańców liczba nowych zachorowań na trąd nie mogłaby przekroczyć 9 przypadków trędowatych rocznie (!).

Piętno trądu jest dalej głęboko zakorzenione w świecie. Nierzadko i obecnie wyklucza się trędowatych z ich rodzin, zakładów pracy, z kręgu przyjaciół i znajomych. Z powodu choroby trędowaty traci wszystko, pozostaje sam ze swoją chorobą. Patrząc w lustro jest przerażony swoim wyglądem. A przecież trąd jest uleczalny.

Terapia MDT (*Multi-Drug-Therapy*) jest niezawodna, likwiduje symptomatykę tej choroby. ŚOZ (Światowa Organizacja Zdrowia) bezpłatnie udostępnia leki stosowane w terapii chorym na całym świecie. Należy tylko znaleźć chorych, postawić diagnozę i zgłosić w punkcie ŚOZ. Punkty te znajdują się w stolicy każdego państwa na całym świecie.

Najważniejszym momentem przy stawianiu diagnozy jest stwierdzenie na skórze znieczulicy, która pojawia się w miejscach widocznych zmian chorobowych.

Trędowaci są ludźmi takimi jak my. Dlatego, jako lekarze, jesteśmy zobowiązani w naszym sumieniu udzielić im fachowej pomocy.

Duda Borys, Ghidirim N.

Przezkórna przetoka nerkowa jako sposób nadpęcherzowego odprowadzenia moczu w przebiegu miejscowo zaawansowanych guzów miednicy

Klinika Urologii, Instytut Onkologii w Kiszyniowie, Republika Mołdowa

Obecnie w urologii wprowadza się metodę polegającą na wykonaniu przezskórnej przetoki nerkowej (p.p.n.), która jest jednym ze sposobów ponadpęcherzowego odprowadzania moczu, stosowanych w celu ratowania życia chorych z **miejscowo zaawansowanymi guzami miednicy**. Metoda daje możliwość uniknięcia lub zmniejszenia częstości występowania ciężkich powikłań oraz wysokiej chorobowości i śmiertelności.

W pracy przedstawiono moje pionierskie operacje (z lat 2005-2011), w trakcie których wytwarzano przezskórna przetokę nerkową pod nadzorem ultrasonograficznym u 125 pacjentów, z udokumentowaniem jak zabieg ten wpływa na: funkcję wydzielniczą i wydalniczą nerek, na szybkie poprawienie stanu klinicznego chorego i poprawienie wskaźników biochemicznych (mocznika, kreatyniny).

Bezpośrednio przed przezskórnym wyprowadzeniem moczu, średnie stężenie mocznika u 125 chorych wynosiło 25,54 mmol/l, a kreatyniny 855,1 mmol/l, po zabiegu stężenie mocznika obniżyło się dwukrotnie – do **13,05 mmol/l**, a **stężenie kreatyniny obniżyło się trzykrotnie** – do 276,5 mmol/l. Wskaźniki te są statystycznie znamienne. Łącznie powikłania dotyczyły 24,8% chorych, średni czas hospitalizacji wynosił 9 dni, a średnie przeżycie wydłużyło się o 13,3 miesiąca. Wskaźnik 2-letniego przeżycia wynosił 25,4% pacjentów, a przeżycia 5-letniego – 5,6%. Po uzyskaniu normalizacji funkcji nerek, możliwe stało się zastosowanie terapii uzupełniającej u 56,0% chorych.

Poprawa stanu ogólnego chorych pozwoliła na kontynuowanie leczenia chirurgicznego u 16% pacjentów, chemioterapii u 27,8% i radioterapii u 9,8%, jako leczenia uzupełniającego. Wszystkie te korzyści zwiększają przeżycie, a także poprawiają jakość życia.

Wykonywanie tych zabiegów stało się możliwe dzięki odbyciu stażu w Klinice Urologii UM w Poznaniu, pod kierunkiem prof. Z. Kwiasa i wyposażeniu Oddziału w Kiszyniowie w aparat ultrasonograficzny BK-Medical Mini Focus 1402 z przystawką punkcyjną.

Dynnyk Nataliia, Dzeman Michael, Svintsitskyy Anatoliy

Features of patients' resistance and responsiveness in case of liver diseases with various etiology and pathogenesis

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

It is a specific practice in the contemporary clinical hepatology that physicians have to deal with harmful effects of pathogenic factors, the specific features of which are insufficiently reproduced the adaptation mechanisms of human organism.

The aim of this work is to study the specific features of general adaptive reactions (GAR) of the organism in patients with hepatobiliary pathology.

Material and methods: We performed comprehensive clinical and laboratory examination of 45 patients with liver diseases aged from 29 to 57 years. Under the diagnostic criteria the examined patients were split into the following three groups: 1st (n=15) – with chronic viral hepatitis, 2nd (n=15) – with chronic toxic hepatitis, and 3rd (n=15) – with nonalcoholic fatty liver disease.

Results: In case of viral, toxic and metabolic liver diseases, the basis of non-specific adaptation of the organism is provided by GAR of activation and training with significant growth in stab neutrophils and monocyte populations. An insignificant stress in eosinophils on the background of pronounced leukocytosis in case of toxic hepatitis is compensatory and adaptation mechanism that is capable of considerably reducing the degree of toxic liver injury. Availability of GAR with sanogenetic potential in case of steatohepatitis in nearly 90% of the patients provides relatively benign course of disease. Detection of certain stress in GAR factors in 100% of patients is likely to suggest unavailability of non-specific evolutionary adaptation of the organism in case of steatohepatitis.

Conclusions: The optimal method for providing non-specific adaptation of the organism in case of liver diseases of various etiology and pathogenesis is to support harmonic GAR of activation and training in the process of comprehensive treatment.

Dzekan O., Khomenko W.

Wpływ stosowania terapii beta-blokerami na występowanie zaburzeń depresyjno-lękowych u pacjentów ze stabilną dławicą piersiową w klasie II-III wg CCS

Narodowy Uniwersytet Medyczny w Winnicy, Ukraina

Cel: Celem pracy było zbadanie wpływu lipofilnych beta-adrenoblokerów (BA) na nasilenie zaburzeń depresyjno-lękowych u chorych ze stabilną dławicą piersiową (SDP) w klasie II-III wg CCS.

Materiał i metody: Zbadano 63 pacjentów (grupa A), leczonych lipofilnymi BA. Wśród chorych z przewlekłą chorobą niedokrwienną serca (PCNS), 43 pacjentów otrzymywało karwedilol w dawce 12,5 mg, 20 chorych – bisoprolol w dawce 7,5 mg. Średni czas trwania terapii lipofilnymi BA wynosił 8,3±2,6 miesięcy. Grupa kontrolna składała się z 30 zdrowych osób. W grupie porównawczej (grupa B) było 58 chorych z PCNS. Pacjenci z tej grupy nie otrzymywali podczas leczenia BA ani lipofilnych inhibitorów konwertazy angiotensyny. Metody badania: elektrokardiografia, test wysiłkowy, skala depresji Hamiltona, skala lęku Taylor (ST), metody analizy statystycznej.

Wyniki: Analiza wyników uzyskanych za pomocą kwestionariusza Hamiltona wykazała wyższą punktację skali u chorych z SDP w klasie II grupy A w porównaniu z grupą B i grupą kontrolną (p<0,05). U pacjentów z SDP w klasie III, leczonych lipofilnymi BA, suma punktów z kwestionariusza o 45% przewyższała wynik grupy porównawczej (p<0,05), co odpowiadało występowaniu zaburzeń depresyjnych o średnim stopniu nasilenia. Dalsza analiza danych uzyskanych poprzez ST wykazała istotnie większą liczbę punktów u chorych z SDP w klasie II-III z grupy A w porównaniu z pacjentami z grupy B (19,4±1,6 punktów i 5,3±1,8 punktów odpowiednio p<0,05) oraz zdrowych badanych (19,4±1,6 pkt i 3,2±1,7 pkt, p<0,05).

Wnioski: Zlecenie lipofilnych BA chorym z PCNS wiąże się z ryzykiem rozwoju łagodnych zaburzeń depresyjnych u pacjentów z SDP w klasie II i istotnym statystycznie wzrostem nasilenia zaburzeń depresyjnych u pacjentów z SDP w klasie III, do stopnia średniego w skali Hamiltona. Zastosowanie lipofilnych BA u chorych z SDP w klasie II-III istotnie zwiększa niepokój ogólny u pacjentów do poziomu średniego w ST.

Glazunowa Iryna, Kalinichenko Tetiana, Świąćicki Anatol

Wykorzystanie laserowej przepływometrii dopplerowskiej do diagnostyki erozyjnego zapalenia błony śluzowej żołądka u chorych z nadciśnieniem tętniczym

Narodowy Uniwersytet Medyczny im. O.O. Bohomolca, Kijów, Ukraina

Wstęp: Nadciśnienie tętnicze (NT) jest najczęściej występującą niezakaźną chorobą na świecie. Ważnymi elementami jej rozwoju są: uszkodzenie mikrokrążenia (UM) i dysfunkcja śródbłonna (DŚ), które jednocześnie sprzyjają powstawaniu erozyjnego zapalenia błony śluzowej żołądka.

Cel: Udoskonalenie diagnostyki u chorych z NT przy pomocy laserowej przepływowometrii dopplerowskiej (LPD).

Materiał i metody: Przebadano 32 pacjentów w wieku od 38 do 72 lat (średnia wieku – 59,6±1,5 roku), których podzielono na 3 grupy: I grupa – 14 pacjentów z przewlekłym erozyjnym zapaleniem błony śluzowej żołądka związanym z zakażeniem *H. pylori* i NT; II grupa – 10 pacjentów z przewlekłym erozyjnym zapaleniem błony śluzowej żołądka związanym z zakażeniem *H. pylori* bez NT; III grupa – 8 pacjentów z NT.

W zależności od długości okresu przyjmowania leków na NT (β -blokerzy, ACE-inhibitory, blokery kanału wapniowego, blokery receptora angiotensyny II), grupa I została podzielona na dwie podgrupy: Ia – pacjenci regularnie przyjmujący leki w ciągu 6 miesięcy, Ib – pacjenci przyjmujący leki nie dłużej niż 2 tygodnie.

Wszyscy chorzy zostali przebadani klinicznie, w tym wykonano: endoskopię z biopsją w celu określenia stopnia zakażenia kolonizacji błony śluzowej żołądka *H. pylori*, echokardiogram i LPD celem określenia DŚ i UM.

Wyniki: Zaobserwowano DŚ i UM u chorych z grupy I (stopień DŚ był wyższy w podgrupie Ib).

W grupie II UM stwierdzono u 20%, DŚ – u 8%, a w grupie III – odpowiednio u 95% i 90% pacjentów. Wysoki poziom zakażenia *H. pylori* zauważono w grupie I – 22%, w grupie II – 70%, a w III grupie – nie zaobserwowano.

Wnioski: Przeprowadzone badanie pozwala nam potwierdzić poprzednio uzyskane wyniki na temat chorych bez NT mówiące o tym, że czynnikiem etiologicznym rozwoju erozyjnego zapalenia błony śluzowej żołądka jest zakażenie *H. pylori*, a u pacjentów u których występuje jednocześnie NT i erozyjne zapalenie błony śluzowej żołądka jest rezultatem systematycznej DŚ. Powyższy wniosek świadczy o celowości zastosowania LPD w diagnostyce erozyjnego zapalenia błony śluzowej żołądka u chorych z NT.

Grodzicki Tomasz, Miłek Bogdan

Kształcenie podyplomowe – znaczenie uczelni medycznych z perspektywy UJ CM oraz model niemiecki

Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska

Część 1. Kształcenie podyplomowe w Polsce

W 2013 r. zostanie wprowadzony nowy model kształcenia lekarzy. Po zakończeniu stażu podyplomowego (który zostanie zlikwidowany w 2018 r.), lekarz będzie mógł rozpocząć szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę, rezydentury (finansowanej przez państwo) lub na zasadzie umowy cywilno-prawnej (wolontariat). Wybór specjalizacji jest uzależniony w głównej mierze od liczby punktów uzyskanych w ramach LEK (Lekarski Egzamin Końcowy) oraz dostępności wolnych miejsc specjalizacyjnych w danym województwie.

Program większości specjalizacji w 2013 r. ulegnie przekształceniu w tzw. system modułowy. W praktyce oznacza to likwidację systemu dwustopniowego obowiązującego do tej pory, w ramach którego lekarz mógł uzyskać „nadspecjalizację” np. endokrynologię, hematologię lub geriatrię dopiero po zakończeniu szkolenia z chorób wewnętrznych. Wprowadzenie systemu modułowego oznacza, że wszyscy lekarze pragnący uzyskać stopień specjalisty w ramach szczegółowej specjalizacji, będą musieli ukończyć wspólny 3-letni moduł szkoleniowy z chorób wewnętrznych, a następnie przejdą 2- lub 3-letnie szkolenie szczegółowe. W praktyce oznacza to skrócenie czasu specjalizowania z około 7-8 lat do 5-6 lat, oraz najprawdopodobniej brak konieczności zdawania egzaminu zaliczeniowego po module ogólnym (np. z chorób wewnętrznych lub chirurgii ogólnej). W chwili obecnej rozpoczynane są prace nad nowymi programami szkoleniowymi.

Istotnym elementem szkolenia podyplomowego są kursy i szkolenia organizowane przez Towarzystwa Naukowe lub Uczelnie Medyczne. W niektórych przypadkach, jak np. ultrasonografia, wspomniane kursy są niezbędne do uzyskiwania refundacji wykonywania badań przez NFZ, ale w znakomitej większości służą podnoszeniu wiedzy i umiejętności bez dodatkowych bezpośrednich korzyści.

Wprowadzony kilka lat temu program kształcenia ustawicznego, polegający na zdobywaniu punktów szkoleniowych w związku z uczestnictwem w zjazdach naukowych lub szkoleniach, nie został w pełni wykorzystany ze względu na brak jednoznacznych przepisów wykonawczych tzn. braku określenia konsekwencji nieuzyskania odpowiedniej liczby punktów.

Część 2. Kształcenie podyplomowe w Niemczech

Kształcenie specjalizacyjne w Niemczech dostępne jest dla każdego, nie jest limitowane ogólnie dostępnością wolnych miejsc i etatów. System uzyskiwania uprawnień jest zdecentralizowany i różnicowany regionalnie zależnie od kraju związkowego, bazuje jednak na wzorcu centralnie uchwalonego modelu danej specjalizacji. Opiera się na udokumentowaniu czasu pracy, wykonaniu listy zabiegów oraz złożeniu egzaminu. Lekarze, chcąc zdobyć specjalizację i spełnić wymagane kryteria – muszą zmienić pracę – nie ma instytucji oddelegowywania na staż do specjalizacji, nie ma „rezydentury” fundowanej przez państwo – specjalizant pracuje w szpitalu i dostaje za tę pracę wynagrodzenie („*learning by doing*”).

Ważne jest przy tym, jaki okres pracy z danego oddziału może być maksymalnie zaliczony w poczet wymóg specjalizacji – *Ermächtigung*: zależy on od kwalifikacji szefa oraz od samego oddziału.

Istnieją także dodatkowe specjalizacje – *Zusatzbezeichnung* – warunkiem ich uzyskania jest (zazwyczaj) posiadanie jednej z „klasycznych” specjalizacji plus spełnienie dodatkowych kryteriów (np. 200 godzin certyfikowanych kursów, czas pracy na danym oddziale, egzamin).

Lekarze mogą nabyć także dodatkowe uprawnienia – Fachkunde und Sachkunde (np. do wykonywania i rozliczania wobec kas chorych badań lub terapii, np. ultrasonografii czy oceny zdjęć rentgenowskich) oraz dodatkowe określenia nadawane przez związki lekarskie po spełnieniu konkretnych wymogów.

Punkty edukacyjne – każdy lekarz pracujący w praktyce lub (od niedawna też) w szpitalu musi zgromadzić 250 punktów edukacyjnych w ciągu 5 lat. 1 punkt odpowiada 45 minutom szkolenia. Ilość punktów zatwierdza przed danym szkoleniem izba lekarska, na terenie której dobywa się szkolenie – izba ta też kontroluje jego przebieg. W przypadku nieuzyskania wymaganej liczby punktów dany lekarz ponosi konsekwencje finansowe. Istnieje system zautomatyzowanego odczytywania zaświadczeń o odbytych kursach tzw. Barcode skanerami analogicznie, jak w supermarkecie, całość punktów zaś archiwizowana jest elektronicznie w centralnej instytucji obejmującej swym zasięgiem całe Niemcy.

Jeszcze 15 lat temu obowiązywała zasada: „dem Arzt ist jegliche Werbung untergesagt” – czyli, że lekarzom, jako przedstawicielom wolnego zawodu nie wolno było się reklamować. Wszystko, nawet wielkość szyldu na budynku, ilość i tekst ogłoszeń w gazecie o otwarciu praktyki były regulowane. Obecnie ten zakaz uległ pod wieloma względami zmianom – stąd coraz częściej lekarze starają się o zgromadzenie całej palety dodatkowych specjalizacji i uprawnień, nie tylko tych tradycyjnie zdobywanych za pośrednictwem izb lekarskich – w celach reklamy własnej osoby i uzyskania z tego powodu określonych korzyści.

Gryglewski Ryszard W.

De medicae artis excellentia

Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska

Siedem wieków istnienia Akademii Krakowskiej to także siedem stuleci historii jej Wydziału Lekarskiego. Historię zaś tworzą ludzie. Stąd, mówiąc o przeszłości Alma Mater, kierujemy nasze myśli właśnie w ich stronę. Postaci wybitnych w dziejach naszej uczelni nie brakowało. O wszystkich jednak nie sposób w krótkim wystąpieniu powiedzieć. Dlatego też przychodzi wybrać siedmiu, których losy wiążą się ściśle z Wydziałem Lekarskim – siedmiu na siedem stuleci. Józef Struś, Józef Dietl, Alfred Biesiadecki, Jan Mikulicz Radecki, Ludwik Karol Teichmann, Napoleon Nikodem Cybulski i Leon Marchlewski zapisali się trwale nie tylko na kartach nauki w Polsce, lecz także na kartach nauki światowej. Przybywali do Krakowa z różnych stron. Jedni ledwie parę lat pozostając, inni wiążąc się z miastem i uczelnią już do końca życia współtworzyli wspólnotę uczniów i mistrzów, studentów i profesorów, nauki i sztuki w zgodzie z tradycją zamkniętą w łacińskim słowie *universitas*. Vivat academia, vivant professores!

Grzymała-Moszczyńska Halina¹, Pawlus Marzena²

Lekarz wobec odmienności kulturowej pacjentów

¹Zakład Psychologii Religii, Instytut Religioznawstwa, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska

²Kliniczny Oddział Pediatriczny, Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki w Warszawie, Polska

Polski personel medyczny coraz częściej ma kontakt z pacjentami, jak i ze współpracownikami różnych narodowości. Ma to miejsce zarówno podczas pracy zawodowej w polskich placówkach służby zdrowia, jak i w momencie podejmowania zatrudnienia za granicą. Osoby, które dotąd pracowały w monokulturowym środowisku, muszą odnaleźć się w nowych warunkach – w pracy ze zróżnicowanymi pod względem kulturowym pacjentami i współpracownikami.

Z uwagi na homogeniczność kulturową Polski oraz brak doświadczeń w praktyce z odmiennością rasową czy kulturową, niezbędne wydaje się podjęcie dyskusji na temat teoretycznych i praktycznych zasad udzielania kompetentnej opieki medycznej w Polsce z poszanowaniem odmienności kulturowej pacjentów. Wyniki badań empirycznych wskazują, że zapewnienie pacjentowi opieki medycznej uwzględniającej jego oczekiwania oraz uwarunkowania kulturowe i językowe odnosi pozytywny wpływ na przestrzeganie zaleceń lekarskich. W konsekwencji, na całościowy wynik procesu leczenia (Lukoschek, 2003) ma wpływ wzrost zaufania i poczucia komfortu pacjenta w kontaktach z personelem medycznym oraz poczucie kontroli nad procesem leczenia (Tucker, 2011).

Aktualna formuła akademickiego kształcenia personelu medycznego nie zapewnia zajęć poświęconych nabywaniu kompetencji międzykulturowych, które pozwalają na efektywne funkcjonowanie w zróżnicowanym pod względem kulturowym środowisku. Celem wystąpienia jest zatem zaprezentowanie: (a) zasad komunikowania międzykulturowego, (b) kulturowych uwarunkowań zdrowia i choroby, (c) standardów kulturowo wrażliwej i kompetentnej opieki medycznej, opartych na amerykańskim modelu Skoncentrowanej na Pacjencie Kulturowo Wrażliwej Opieki Zdrowotnej (*Patient – Centered Culturally Sensitive Health Care; PC – CSHC*) oraz (d) wybranych możliwości adaptacji standardowych interwencji.

Grzymała-Moszczyńska Halina¹, Pawlus Marzena²

The physician in the face of patients' cultural differences

¹Faculty of Psychology of Religion of the Institute of Religious Studies, Jagiellonian University, Cracow, Poland

²Pediatric Clinical Ward, ks. Jerzy Popiełuszko Bielany Hospital in Warsaw, Poland

Polish medical personnel have recently had increasingly frequent contacts with patients and colleagues of other nationalities. This is the case both during their professional work in the Polish health service and when taking employment abroad. Individuals who have so far worked in a mono-cultural environment must adjust to the new conditions – in the workplace with culturally different patients and colleagues.

Due to Poland's culturally homogenous nature and lack of experience in contacts with racial or cultural differences, it seems necessary to begin a discussion on the theoretical and practical principles of providing culturally sensitive and competent medical care in Poland. The results of empirical research show that when patients are provided with medical assistance that takes into account their expectations as well as their language and cultural considerations, it has a positive effect on their adherence to doctors' orders and, as a consequence, on the overall result of the treatment process (Lukoschek, 2003), which results in an increase in trust and a sense of comfort in contacts with medical personnel and an increase in the sense of control over the treatment process (Tucker, 2011).

The prevailing formula applied in the academic training of medical personnel does not envisage classes on the acquisition of cross-cultural competences which enable effective functioning in a culturally diversified environment. Thus, the purpose of the lecture is to present: (a) principles of cross-cultural communication, (b) cultural considerations of health and sickness, (c) standards of culturally sensitive and competent medical care based on the American model of *Patient – Centered Culturally Sensitive Health Care; PC – CSHC*, and (d) selected possibilities of adaptation of standard interventions.

Guzik Tomasz J.

Medyczne badania naukowe widziane z perspektywy UJ CM – dokąd zmierzamy?

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Medycyny Wsi, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska

Uniwersytet Jagielloński od wieków zajmował istotne miejsce na mapie kluczowych ośrodków medycznych badań naukowych świata. Nawet w okresie bardzo ograniczonego dostępu do finansowania badań, krakowskie szkoły, m.in. farmakologii czy fizjologii przewodu pokarmowego, były miejscem wielu kluczowych odkryć.

Rozwój medycyny wyznacza przed badaniami medycznymi nowe wyzwania którym Uniwersytet Jagiellońskiego Collegium Medicum wychodzi naprzeciw.

Znajduje to swe odbicie w największej liczbie grantów medycznych przyznawanych przez Narodowe Centrum Nauki czy Fundację na Rzecz Nauki Polskiej, a także uzyskaniu przez Wydział Lekarski UJ CM statusu Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego (KNOW). Badacze na wszystkich szczeblach rozwoju naukowego uzyskują granty zarówno polskie, jak i wielu agencji międzynarodowych, w czym bardzo efektywnie pomagają odpowiednio zreformowane jednostki administracyjne Uczelni. W ostatnich latach obserwujemy, iż UJ CM znacznie rozwija swą infrastrukturę badawczą, w znacznej mierze wykorzystując dostęp do środków unijnych. Jednak rozwój laboratoriów nie ma żadnego znaczenia jeśli nie będzie wraz z nim postępował rozwój kapitału ludzkiego. Collegium Medicum prowadzi szereg rekrutacji na skalę międzynarodową, prowadzi programy pozwalające na wysyłanie własnych uczonych do wiodących ośrodków naukowych na świecie. Wszystkie powyższe aspekty sprawiają, iż na konkursy dotyczące pozycji naukowych post-docentów czy doktorantów napływa wiele zgłoszeń z licznych państw świata, co wskazuje iż Collegium Medicum staje się coraz ważniejszym centrum naukowym.

Humeniuk Alla, Jebel V., Sakovich O., Wilczynski G.

Ocena stężeń peptydu natriuretycznego w osoczu krwi u kobiet z nadciśnieniem tętniczym w okresie postmenopauzalnym

Narodowy Uniwersytet Medyczny, Winnica, Ukraina

Peptydy natriuretyczne (NP) są jednym z czynników, które mogą przeciwdziałać negatywnemu wpływowi układu renina-angiotensyna-aldosteron i powstawaniu dysfunkcji śródbłonna w chorobach układu krążenia, w tym, nadciśnienia tętniczego (HA) i jego powikłań, przewlekłej niewydolności serca (CIC).

Cel: Ocena stężeń NP w osoczu kobiet w okresie postmenopauzalnym, z niepowikłanym HA i niewydolnością serca w stopniu II/III według klasyfikacji NYHA, zamieszkałym w regionie Winnica.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 100 kobiet (średnia wieku 47,92±0,58 lat): 50 pacjentów z HA II stopnia i 50 pacjentów z HA III stopnia oraz niewydolnością krążenia w stopniu II/III wg NYHA. Grupę kontrolną stanowiło 80 kobiet

(średnia wieku $57,49 \pm 0,48$ lat), bez objawów z układu sercowo-naczyniowego. W celu określenia osoczowych stężeń peptydów stosowano testy immunoenzymatyczne.

Wyniki: Średnie stężenia w osoczu u kobiet z III stopniem HA wynosiło $5,61 \pm 0,14$ pmol/ml i było znacznie wyższe ($p < 0,01$) niż u pacjentów z HA w stopniu II ($4,04 \pm 0,08$ pmol/ml) i u zdrowych kobiet ($2,38 \pm 0,06$ pmol/ml). U pacjentek z zaburzeniami funkcji rozkurczowej lewej komory serca (LV) obserwowano wyższe stężenia NP w osoczu, niż u pacjentek z prawidłową funkcją rozkurczową ($5,28 \pm 0,12$ pmol/ml vs $3,75 \pm 0,08$ pmol/ml, $p < 0,01$). Najwyższe stężenie zanotowano u pacjentek z CIC II stopnia i dysfunkcją skurczową ($EF < 45\%$), ($6,05 \pm 0,16$ pmol/ml).

Wnioski: Stężenia NP w osoczu krwi kobiet w okresie postmenopauzalnym z HA i niewydolnością serca II-III stopnia wg klasyfikacji NYHA, są znacznie wyższe niż u pacjentów z niepowikłanym nadciśnieniem i osób zdrowych. Stężenia NP u pacjentów z nadciśnieniem korelują z obecnością zmian strukturalnych w lewej komorze serca i zaburzeniami funkcji rozkurczowej lewej komory.

Humeniuk Alla¹, Rolik Viktor², Owsianowska Elwira²

Izolowane uszkodzenia układu przewodzącego serca w boreliozie kleszczowej

¹Winnicki Narodowy Uniwersytet Medyczny, Winnica, Ukraina

²Kliniczny Szpital Miejski Nr 1, Winnica, Ukraina

Cel: Przedstawienie przypadków nietypowego uszkodzenia układu przewodzącego serca w kleszczowej boreliozie (KB, chorobie z Lyme).

Materiał i metody: Przedstawiono pięć klinicznych przypadków nietypowej manifestacji izolowanego uszkodzenia układu przewodzącego serca w KB, w Oddziale Kardiologicznym, od maja do października 2012 r. Średni wiek pacjentów wynosił: $30,2 \pm 4,8$ lat (od 21. do 48. r.ż.), 4 mężczyźni i 1 kobieta. 4 pacjentów nie zgłaszało w wywiadzie chorób serca, jedna 25-letnia pacjentka miała wrodzony całkowity blok AV (w przeszłości nie wyrażała zgody na rozrusznik) z zastępczym węzłowym rytmem o częstotliwości 40-50/min.

Wyniki: U 4 pacjentów zaobserwowano obecność rumienia wędrującego, 2-5 tygodni przed rozwojem objawów choroby po ukąszeniu kleszcza, 3 – miało artralgię. U pacjentów nie obserwowano uszkodzenia układu nerwowego. Badani nie korzystali z pomocy medycznej przed hospitalizacją.

W badaniach laboratoryjnych: pacjenci mieli znacznie podwyższone IgM przeciw *Borrelia burgdorferi* $> 6,8$ R (wynik dodatni przy $R \geq 1,1$), średni poziom CRP $7,37 \pm 0,9$ mg/l (od 4,42 do 9,2 mg/l), ujemne markery uszkodzenia mięśnia sercowego u wszystkich pacjentów. W ECHO serca u żadnego z pacjentów nie stwierdzono istotnych zmian: średnia $EF = 61,08 \pm 2,17\%$ (z 55,2 do 68,4%).

U 3 chorych stwierdzono blok AV II°-III° bez zaburzeń hemodynamicznych i objawów klinicznych. 2 pacjentów wymagało czasowej stymulacji: pacjentka z pełnym wrodzonym blokiem AV, hamowaniem rytmu węzłowego z pauzami do 5 sekund i epizodami zastępczego rytmu komorowego 30-40/min, oraz 25-letni pacjent z pełnym blokiem z powodu nawracającej asystolii do 8 sekund na tle zastępczego rytmu węzłowego.

W ciągu 3 dni po leczeniu antybiotykami (ceftriakson 2 g/dobę, iv) u wszystkich pacjentów stwierdzono zmniejszenie stopnia bloku AV z przywróceniem hemodynamicznie skutecznej aktywności serca.

Wnioski: W przypadkach uszkodzenia układu przewodzącego serca u pacjentów młodych i w średnim wieku powinno się uwzględniać możliwość KB i wdrażać odpowiednią diagnostykę laboratoryjną i leczenie przyczynowe.

Kajetanowicz Andrzej

Wiarygodność informacji medycznych w internecie – przegląd literatury

Dept of Pediatrics, Dalhousie University

Neonatal Intensive Care Unit

Cape Breton Regional Hospital, Sydney, Nova Scotia, Canada

Problem z weryfikacją informacji medycznych istnieje od zarania medycyny. Weryfikacje informacji stosowane przez wydawnictwa medyczne okazały się niewystarczające, dlatego na Uniwersytecie McMaster powstała koncepcja *Evidence Based Medicine*. Umieszczanie informacji medycznych w internecie nie podlega żadnej weryfikacji, a jakość tych informacji zależy wyłącznie od umieszczającego je. Odbiorca tych informacji musi sam przeprowadzić analizę i ocenić ich jakość. W krajach rozwiniętych zdecydowana większość pacjentów ma dostęp do internetu i ponad połowa pacjentów szuka w nim informacji medycznych. Niestety informacje, które można znaleźć w internecie różnią się jakością i rzetelnością. Badania wykazały, że większość ludzi czyta tylko to, co znajduje się na pierwszej stronie wyszukiwarki. Niestety często na pierwszej stronie ukazują się ogłoszenia, bądź strony sponsorowane, które według badań, wykazują bardzo niską jakość podawanych informacji. Większość pacjentów nie ma wiedzy i kwalifikacji by przeprowadzić prawidłową weryfikację zamieszczanych informacji. Także lekarze mają kłopoty z prawidłową ich weryfikacją i nawet na forach medycznych, gdzie lekarze udzielają porad lekarzom zdarzają się np. zwolennicy

homeopatii, a także można znaleźć porady niezgodne z obowiązującymi standardami. Uniwersytet w McMaster opracował dla lekarzy i pacjentów system weryfikacji informacji medycznych. Specjalnie dla lekarzy, Uniwersytet McMaster, opracował system MORE (*McMaster On Line Rating of Evidence*) w celu identyfikacji informacji, która pomocna jest w praktyce. Dla dobra pacjentów lekarze powinni mieć w swoich obowiązkach informowanie i edukowanie pacjentów, jak korzystać z internetu by zdobywać informacje na temat zdrowia czy choroby.

Kajetanowicz Andrzej

Reliability of medical information on the internet – literature review

Dept of Pediatrics, Dalhousie University

Neonatal Intensive Care Unit

Cape Breton Regional Hospital, Sydney, Nova Scotia, Canada

Problems with verifying medical information have existed since the beginning of medicine. Since verification processes used by medical publications are not good enough, McMaster University developed the concept of Evidence Based Medicine. Posting information on the internet does not require any verification; The quality and reliability of the information depends solely on the provider of the information. It is therefore the reader who must analyze the quality of the information. In developed countries, the majority of patients have access to the internet and more than half of these patients use the internet to find medical information. Unfortunately, the quality of this information varies greatly. Studies show that most people only look at the first page of search results. On the first page, very often one finds advertisements or sponsored web pages; Studies show that information from these sources is of poor quality. Most patients do not have the qualifications nor the knowledge to verify and assess the quality of the information found. Physicians unfortunately have the same problem. Even on professional forums where physicians advise other physicians, one can find advice which is in conflict with standards- for example, advice from homeopaths. McMaster University researchers have developed a better way for both the public and healthcare professionals to seek valid medical information on the internet. Specifically for physicians, McMaster University has developed the McMaster Online Rating of Evidence (MORE) system to help define the best research to support evidence-based clinical practice, tailored to the individual interests of clinicians. Physicians should take another task on themselves to educate patients on how to search medical information, and how to verify this information.

Kasina Janusz

Czy opieka zdrowotna nadaje się do komercjalizacji?

Sztokholm, Szwecja

Istnieją trzy modele funkcjonowania i finansowania służby zdrowia – opieka zdrowotna całkowicie upaństwowiona, opieka całkowicie prywatna oraz cały szereg modeli pośrednich.

W wielu krajach obserwuje się postępujące urynkiwienie opieki zdrowotnej. W Szwecji, w przekonaniu że służba zdrowia będzie działała lepiej i efektywniej, postanowiono, na początku lat 90-tych działać według zasad „New public management”. Celem była wolność i efektywizacja. Urzędnicy, w często nieprzystający do realiów służby zdrowia sposób, określili zasady działania opieki zdrowotnej, równocześnie rozpoczęto narzucanie zrozumiałych i wygodnych dla urzędników mierzalnych parametrów, których wypełnienie stawało się świadectwem prawidłowości i jakości działania służby zdrowia. Zamiast niemierzalnego dobrostanu i zdrowia pacjenta, przedmiotem oceny stały się mierzalne parametry, takie jak: ochrona środowiska, równouprawnienie na miejscu pracy, ilość wizyt czy detaliczna dokumentacja każdego działania składającego się na opiekę zdrowotną. Planowana wolność działania, efektywizacja i decentralizacja zostały skrzepowane mnogością przepisów i ograniczeń. „New public management” doprowadził do stanu, kiedy obiektem rozmyślań, rozmów i działań przestał być pacjent a stały się nimi kody, sprawozdania, cyfry i pieniądze. Narzucone reguły sprawiają, że lekarze zamiast myśleć o pacjentach w kategoriach zdrowia i choroby myślą w kategoriach opłacalności i nieopłacalności.

Taki obraz „New public management”, gdzie sztuka leczenia zastąpiona została produkcją nie jest optymistyczny. Jaka jest więc alternatywa? Powrót do służby zdrowia finansowanej z budżetu państwa nie jest realny. Procedury medyczne, praca i leki są coraz to droższe, społeczeństwo starzeje się, oczekiwania wobec stanu własnego zdrowia są coraz to wyższe, subiektywne zapotrzebowanie na służbę zdrowia jest prawie nieograniczone.

Jako alternatywa pozostaje więc jedynie rozsądna komercjalizacja z równoległym dalszym rozwijaniem i efektywizowaniem tej części opieki zdrowotnej, która jest finansowana przez system podatkowy.

Opieka zdrowotna nie nadaje się do komercjalizacji, pomimo to musi być w znacznej części, ale nigdy w całości, skomercjalizowana.

Kautsch Marcin

Bezpieczeństwo pacjenta z punktu widzenia organizacji ochrony zdrowia

Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Jakość usług medycznych ma różne wymiary. Jednym z nich jest bezpieczeństwo usług oferowanych przez świadczeniodawcę. Na bezpieczeństwo to składa się szereg czynników, które najczęściej kojarzą się z jakością aparatury medycznej oraz fachowością personelu klinicznego.

Bezpieczeństwo ma też jednak wymiar organizacyjny. Jakość aparatury, czy fachowość personelu musi być bowiem wsparte solidnymi ramami organizacyjnymi, w tym finansowymi. Bez nich najlepszy aparat i najlepszy specjalista niewiele mogą. A w każdym razie niewiele mogą w dłuższej perspektywie. Nawet najlepsza bowiem aparatura, czy najlepszej klasy specjalista nie są w stanie dostarczyć wysokiej jakości usługi, jeżeli skalpel nie został uprzednio fachowo wysterylizowany, a leki nie są dostarczane na czas.

Badania prowadzone przez autora w ostatnich latach wskazują, że jednostki ochrony zdrowia nie są najlepiej zarządzane. Można, oczywiście wskazać na braki finansowe i obwinić o niepowodzenia Narodowy Fundusz Zdrowia, jednak to nie brak finansów czy polityka publicznego płatnika sprawia, że szpitale czy przychodnie nie przygotowują planów, nie wyznaczają celów, nie mają strategii opartych o realne przesłanki. Wspomniane powyżej kwestie nie są zależne od czynników zewnętrznych, lecz wewnętrznych – woli i umiejętności personelu. Przede wszystkim – zarządczego, lecz stanowiska odpowiedzialne za zarządzanie, to także stanowiska obsadzane przez personel kliniczny. Kierownikami oddziałów/ordynatorami, oddziałowymi, kierownikami apteki czy poradni są bowiem osoby mające wykształcenie medyczne. Wykształcenie medyczne mają także w większości przypadków dyrektorzy szpitali.

Za powodzenie organizacji odpowiada cały personel. Wprowadzenie zasad rynkowych w ochronie zdrowia pogłębiło podziały między grupami zawodowymi, a nawet specjalizacjami. W efekcie, zamiast spójnych i sprawnych organizacji, w ochronie zdrowia mamy często do czynienia z organizacjami zantagonizowanymi, które co prawda trwają, ale nie są zdolne do stawiania czoła coraz potężniejszym wyzwaniom.

Jesienią tego roku odczujemy skutki obowiązywania ustawy o działalności leczniczej. Powinno dojść do bankructw części samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej lub prób ich sprzedaży przez jednostki samorządu terytorialnego, które nie będą dalej mogły utrzymywać zadłużonych jednostek. Obecnie nie widać, by ktoś miał plan na wypadek takiego zjawiska.

Kilka powyższych punktów pokazuje, że w najbliższym czasie może dojść do poważnych wydarzeń, na które system nie jest przygotowany, a które będą mogły w istotny sposób wpłynąć na bezpieczeństwo pacjenta w systemie ochrony zdrowia.

Konopka Piotr

Wpływ lekarzy polskich we Francji XIX i początku XX wieku na medycynę francuską i światową

Association des Médecins d'Origine Polonaise de France (AMOPF), Paryż, Francja

Wielu Polaków znalazło się we Francji po klęsce powstania 1830 roku. Wśród nich byli również lekarze i studenci medycyny. Wielu z nich stało się znanymi we Francji lekarzami.

Większość z nich była zrzeszona w Paryskim Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich. Kilku z nich zapisało się „złotymi zgłoskami” w historii medycyny francuskiej, m.in. Seweryn i Ksawery Gałęzowski, Adam Raciborski, Adrian Baraniecki.

Nieco później, pod koniec XIX wieku, wielu znakomitych uczonych i lekarzy polskich uczestniczyło w pracach Instytutu Pasteura. Jan Danysz, Edward Aleksander Pozerski de Pomiane, Helena Sparow-Germa. Dzięki nim, nauka polska była znana, mimo że Polska zniknęła z mapy świata.

Kilku znanych lekarzy, którzy wywarli ogromny wpływ na medycynę francuską i światową, nie było bezpośrednio związanych z tymi dwoma ugrupowaniami. Józef Babiński, Piotr Ludwik Napoleon Chernoviz (Czerniewicz), Ludwik Rajchman. Konferencja, bogato ilustrowana, jest poświęcona ich największym osiągnięciom zarówno na polu medycyny, jak też w „strefie” pozamedycznej.

Konturek Peter C.

Stress and the brain-gut axis: pathophysiology, clinical consequences, diagnostic approach and treatment options

Department of Medicine, Thuringia Clinic Saalfeld, Teaching Hospital of the University of Jena, Germany

Stress, which is defined as an acute threat to homeostasis, shows both short- and long-term effects on the functions of the gastrointestinal tract. Exposure to stress results in alterations of the brain-gut interactions (“brain-gut axis”) ultimately leading to the development of a broad array of gastrointestinal disorders including inflammatory bowel disease (IBD), irritable bowel syndrome (IBS) and other functional gastrointestinal diseases, food antigen-related adverse responses, peptic ulcer and gastroesophageal reflux disease. The major effects of stress on gut physiology include: 1) alterations in gastrointestinal motility; 2) increase in visceral

perception; 3) changes in gastrointestinal secretion; 4) increase in intestinal permeability; 5) negative effects on regenerative capacity of gastrointestinal mucosa and mucosal blood flow; and 6) negative effects on intestinal microbiota. Mast cells (MC) are important effectors of brain-gut axis that translate the stress signals into the release of a wide range of neurotransmitters and proinflammatory cytokines, which may profoundly affect the gastrointestinal physiology. IBS represents the most important gastrointestinal disorder in humans, and is characterized by chronic or recurrent pain associated with altered bowel motility. The diagnostic testing for IBS patients include routine blood tests, stool tests, celiac disease serology, abdominal sonography, breath testing to rule out carbohydrate (lactose, fructose, etc.) intolerance and small intestinal bacterial overgrowth. Colonoscopy is recommended if alarming symptoms are present or to obtain colonic biopsies especially in patients with diarrhoea predominant IBS. The management of IBS is based on a multifactorial approach and includes pharmacotherapy targeted against the predominant symptom, behavioural and psychological treatment, dietary alterations, education, reassurance and effective patient-physician relationship. For evaluation of stress-induced condition in the upper GI tract, the diagnostic testing include mainly blood tests and gastroscopy to rule out gastroesophageal reflux disease (GERD) and peptic ulcer disease. The therapy for these conditions is mainly based on the inhibition of gastric acid by proton pump inhibitors and eradication of *Helicobacter pylori*-infection. Additionally, melatonin an important mediator of brain gut axis has been shown to exhibit important protective effects against stress-induced lesions in the gastrointestinal tract. Finally, probiotics may profoundly affect the brain-gut interactions ("microbiome-gut-brain axis") and attenuate the development of stress-induced disorders in both the upper and lower gastrointestinal tract. Further studies on the brain-gut axis are needed to open new therapeutic avenues in the future.

Kosiaty Jarosław

„Wszyscy kłamią” – czy dr House miał rację?

Portal dla lekarzy Esculap.pl; CMKP Warszawa
Szkola Biznesu Politechniki Warszawskiej, Polska

Motto:

„Największą karą dla kłamcy jest nie to, że ktoś mu nie uwierzy,
ale to, że on sam nie potrafi uwierzyć nikomu.”

George Bernard Shaw (1856-1950)

“Everybody lies” („Wszyscy kłamią”) – taki napis na koszulce nosił główny bohater popularnego serialu telewizyjnego „Dr House”, w którego postać przez osiem sezonów wcielił się brytyjski aktor, scenarzysta filmowy, pisarz i muzyk Hugh Laurie. Czy tak jest rzeczywiście? Psycholog Robert Feldman uważa, że średnio co 10 minut wypowiadamy trzy kłamstwa. „Sam byłem zaskoczony, kiedy to odkryłem. Zanim rozpocząłem badania, sądziłem, że kłamstwo zdarza się rzadko” – komentuje Feldman.

A jaka jest skala i zakres tego zjawiska w relacjach lekarz – pacjent? Przeprowadzenia badań na ten temat podjął się jeden z największych w Polsce serwisów internetowych dla lekarzy – Esculap.pl. Elektroniczną ankietę wypełniło 1350 medyków. Niespełna połowa lekarzy (48%) na pytanie „Czy Twoi pacjenci kłamią?” odpowiedziała: „Tak, od czasu do czasu” (649 głosów), prawie co trzeci z medyków (29%) wybrał odpowiedź „Tak, bardzo często” (393 odp.), a jedynie co szósty (16%) zaznaczył, że wprawdzie jego pacjenci kłamią, ale czynią to rzadko (219 odp.). Tylko 4% spośród wszystkich lekarzy biorących udział w badaniu (52 osoby) odpowiedziało, że ich pacjenci zawsze starają się mówić prawdę. 3% medyków (37 osób) udzieliło „wymijającej” odpowiedzi, iż nie ma bezpośredniego kontaktu ze swoimi pacjentami.

Podczas VIII Kongresu Polonii Medycznej – Światowego Kongresu Lekarzy Polskich w Krakowie w maju 2013 r. przedstawione zostaną szczegółowe wyniki badania wraz z podsumowaniem komentarzy, licznie dopisywanych przez lekarzy pod ankietą.

W wystąpieniu znajdą się ponadto odpowiedzi na pytania: kiedy uczymy się kłamać i dlaczego to czynimy? Czy zjawisko kłamstwa występuje tylko u ludzi? Jak i kiedy kłamią zwierzęta?

A wracając do wyświetlanego w 66 krajach serialu „Dr House” – ostatni, 177 odcinek, który wyemitowany został 21 maja 2012 r. nosił tytuł... „Everybody dies” i tutaj niepotrzebna jest żadna ankietka, aby potwierdzić 100% słuszność tego stwierdzenia.

Kostenko T.W., Wysoczańska T.G., Krywenko G.A., Wysoczański A.W., Karpenko N.W.

Podział czasu na etapach przeprowadzenia zabiegu trombolizy na oddziale udarowym Winnickiego Obwodowego Szpitala Psychoneurologicznego im. akad. A.I. Juszczenka

Winnica, Ukraina

Wstęp: Terapię trombolityczną w leczeniu zawału mózgu uważa się za metodę leczenia, której skuteczność udowodniły rozległe badania wieloośrodkowe. Zastosowanie tej metody zmniejsza stopień inwalidztwa pacjentów o 30%. W krajach z dobrze zorganizowanym systemem udzielania pomocy pacjentom z zawałem mózgu leczenie trombolityczne przeprowadza się średnio w 20-24%. Na Ukrainie odsetek ten jest o wiele niższy. Odpowiednia organizacja udzielania pomocy pacjentom z ostrym zaburzeniem krwioobiegu mózgu w WOSPN im. akad. A.I. Juszczenka zezwala na zastosowanie terapii trombolitycznej w leczeniu pacjentów z zawałem mózgu.

Materiał i metody: Przeprowadzono analizę historii choroby pacjentów przywiezionych w ramach „okna terapeutycznego” do oddziału udarowego WOSPN w okresie od grudnia 2007 r. do grudnia 2011 r. Pacjentów po neurowizualizacji/weryfikacji (rozpoznanie) zawału mózgu zgodnie z protokołem poddano zabiegowi trombolizy.

Wyniki: Czas „wystąpienia ostrego epizodu naczyniowego – SKT” wynosił średnio 2 godz. 10 min. Utworzenie „zielonego korytarza” dla pacjenta – kandydata na przeprowadzenie zabiegu i jego zbadanie przez lekarza dyżurującego – neurologa w gabinecie tomografii komputerowej wyklucza marnowanie czasu na oczekiwanie neurowizualizacji i znacząco skraca czas na tym etapie.

Etap „drzwi SKT – bolus” średnio trwał 50 min.±10 min.

Wnioski: Skuteczność zastosowania zabiegu trombolizy w leczeniu zawału mózgu jest bezpośrednio uzależniona od ścisłego przestrzegania jednolitych rekomendacji ogólnych. Analiza otrzymanych danych potwierdza konieczność skrócenia odcinka czasu „drzwi – bolus”. Opracowanie odpowiednich protokołów lokalnych zbliża do europejskich standardów udzielania pomocy pacjentom z zawałem mózgu.

Kostenko T.W., Wysoczańska T.G., Krywenko G.A., Wysoczański A.W., Karpenko N.W.

Ocena wyników przeprowadzonego zabiegu trombolizy na oddziale udarowym Winnickiego Obwodowego Szpitala Psychoneurologicznego im. akad. A.I. Juszczenka

Winnica, Ukraina

Wstęp: Udar mózgu jest częstą przyczyną wystąpienia pierwotnej niepełnosprawności, czasowej i/lub stałej niezdolności do pracy. W Rosji i na Ukrainie odsetek osób ze stopniem inwalidztwa po upływie 1. roku po udarze wynosi od 76% do 85%, podczas gdy w krajach Europy Zachodniej – 20-30% (Kalra L., 1994; Szachparonowa N.W., Kadykowa A.S., 2006), co świadczy o niewystarczającym poziomie organizacji procesu leczenia oraz rehabilitacji.

Na oddziale udarowym WOSPN im. akad. A.I. Juszczenka zabieg trombolizy przeprowadza się od 2007 r. W kolejnych latach progresywnie wzrastała liczba pacjentów, w leczeniu których zastosowano terapię trombolityczną.

Materiał i metody: Przeprowadzono analizę historii choroby pacjentów z zawałem mózgu, którzy zostali poddani zabiegowi trombolizy w 2011 r. Po neurowizualizacji/weryfikacji (rozpoznanie) zawału mózgu zgodnie z protokołem pacjentom podawano preparat „Actylise”. W 2011 r. terapii trombolitycznej poddano 18 pacjentów (12 mężczyzn, 6 kobiet). Stan kliniczny pacjentów oceniano za pomocą skali NIHSS/Rankin w czasie hospitalizacji przy przyjęciu i za pomocą skali NISS/Bartel/Rankin 7 dni po przeprowadzeniu zabiegu oraz po upływie 3 miesięcy od momentu wypisania ze szpitala.

Wnioski: Skuteczność leczenia pacjentów z zawałem mózgu jest uzależniona od przeprowadzenia zabiegu trombolizy ze ścisłym przestrzeganiem jednolitych rekomendacji ogólnych na oddziale specjalistycznym. Istotne znaczenie ma wczesne ustawienie w pozycji pionowej oraz aktywizacja pacjentów, co umożliwia efektywniejsze przywracanie utraconych funkcji. Należy oceniać stan kliniczny pacjentów po zabiegu w momencie wypisania ze szpitala oraz po upływie 90 dni, co daje możliwość odnotowania pozytywnej różnicy w stanie pacjentów.

Analiza otrzymanych danych potwierdza konieczność szerokiego wdrażania współczesnej metody leczenia zawału mózgu – przeprowadzenia zabiegu trombolizy, w wyniku czego zmniejsza się stopień inwalidztwa i polepsza się jakość życia pacjentów po zawale mózgu oraz ich najbliższego otoczenia.

Kostiuczenko A.W., Tytarenko N.W.

Wpływ postępującej niepełnosprawności oraz chorób współistniejących na jakość życia chorych na stwardnienie rozsiane

Winnica, Ukraina

Jakość życia (JŻ) jest ważnym parametrem oceny funkcjonowania pacjentów z chorobami przewlekłymi a także skuteczności rehabilitacji i pomocy medycznej i społecznej.

Cel pracy: Ocena wpływu stopnia inwalidztwa i chorób współistniejących, zwłaszcza zaburzeń lękowo-depresyjnych i zmęczenia na jakość życia (JŻ) chorych ze stwardnieniem rozsianym (SR).

Materiał i metody: Badaniu poddano grupę 314 chorych z SR (średni wiek 40,36±9,66 lat, z czego 66,2% stanowiły kobiety), przebywających na obserwacji w Winnickim Centrum Obwodowym SR. Uczestnicy badań wypełniali ankiety oceny jakości życia SF-36, Skalę Szpitalną Lęku i Depresji (HADS), wersję standardową Zmodyfikowanej Skali Oddziaływania Zmęczenia (MFIS), Kumulatywną Skalę Oceny wpływu chorób współistniejących (CIRS). Ocena ciężkości niedoborów neurologicznych została przeprowadzona w oparciu o skalę EDSS. Analizę statystyczną danych demograficznych, psychologicznych i klinicznych przeprowadzono z wykorzystaniem metody analizy logistycznej regresji.

Wyniki badań: Ustalono istotne obniżenie profilu JŻ według wszystkich subskał systemu SF-36 u chorych na SR, w porównaniu z grupą kontrolną. Obniżenie analizowanego wskaźnika następowało przeważnie kosztem parametru zdrowia fizycznego

(odpowiednio: $40,42 \pm 6,72\%$ przeciw $49,98 \pm 5,57\%$, $p < 0,001$). Natomiast funkcjonowanie społeczne oraz aktywność życiowa wpływają w mniejszym stopniu na obniżenie jakości życia ($43,91 \pm 9,45\%$ przeciw $48,27 \pm 8,5\%$, $p = 0,002$). W analizie regresji zależnymi wielkościami zmiennymi były komponenty jakości życia, a niezależnymi – czynniki kliniczno-fizjologiczne. Ustalono znaczny negatywny wpływ na ocenę końcową fizycznego czynnika jakości życia następujących zmiennych: deficytu neurologicznego według skali EDSS ($p < 0,001$; $\beta = -0,34$), poziomu lęku według HADS ($p < 0,001$; $\beta = -0,48$), zmęczenia według MFIS ($p = 0,027$; $\beta = -0,19$), ocen według subskali kardialnej CIRS ($p = 0,025$; $\beta = -0,18$), czasu trwania SR ($p = 0,04$; $\beta = -0,17$). Istotnym czynnikiem wpływającym na obniżenie parametru psychicznego jakości życia daje poziom zmęczenia według MFIS ($p < 0,001$; $\beta = -0,36$), depresji według HADS ($p = 0,003$; $\beta = -0,27$), oceny według skali CIRS naczyniowej ($p = 0,002$; $\beta = -0,24$), mięśniowo-szkieletowej ($p = 0,007$; $\beta = -0,21$), psychiatrycznej ($p = 0,026$; $\beta = -0,17$) oraz długość trwania SR ($p = 0,024$; $\beta = -0,17$), co niewątpliwie wymaga bacznej uwagi neurologa u pacjentów z predyktorami formowania negatywnej dynamiki jakości życia oraz chorobami współistniejącymi.

Wniosek: Skuteczne obniżenie poziomu zmęczenia, zaburzeń lękowo-depresyjnych oraz leczenie chorób współistniejących warunkuje poprawę JŻ pacjentów z SR.

Królikowski Krzysztof¹, Chądzyński Radosław², Mąka Artur³, Domagała-Kulawik Joanna², Opolski Grzegorz⁴

Uzależnienie od nikotyny i motywacja do rzucenia palenia u chorych ze świeżym zawałem serca

¹Przychodnia Antytytoniowa, Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa, Polska

²Katedra i Klinika Pulmonologii i Alergologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polska

³Studenckie Koło Naukowe „Alveolus”, Katedra i Klinika Pulmonologii i Alergologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polska

⁴Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polska

Wstęp: Odsetek palaczy papierosów w Polsce wśród dorosłych mężczyzn wynosi 33,5%, a wśród dorosłych kobiet 21,0%, co stanowi odpowiednio: 5,2 i 3,5 mln osób. Choroby odtytoniowe stanowią przyczynę największej liczby zgonów. Należy do nich między innymi zawał serca.

Cel: Ocena stopnia uzależnienia i siły motywacji do rzucenia palenia chorych hospitalizowanych z powodu świeżego zawału serca (ŚZS), w porównaniu do bezobjawowych palaczy oraz analiza uzyskanych danych w odniesieniu do danych demograficznych i stopnia ciężkości schorzenia.

Materiał i metody: Badanie ankietowe z wykorzystaniem testu motywacji i testu Fagerstroma (tF) przeprowadzono u 32 chorych – aktualnych palaczy, hospitalizowanych z powodu ŚZS. Grupę kontrolną stanowiły 32 „zdrowe” osoby palące papierosy. Średnia liczba paczko-lat u chorych wyniosła w grupie kobiet – 25,78, mężczyzn – i 39,1, w grupie kontrolnej odpowiednio: 26,8 i 50,7. Poza badaniem klinicznym i ankietowym dotyczącym uzależnienia, u każdego chorego prowadzono poradę antynikotynową wg obowiązujących zasad.

Wyniki: Większość chorych zgłaszało wystąpienie epizodu ŚZS po raz pierwszy, dominował zawał pełnościenny. Średni wynik w teście Fagerstroma w grupie mężczyzn nie różnił się między chorymi a zdrowymi i wynosił odpowiednio: 5,84 wobec 5,72. U kobiet, w grupie chorych z ŚZS, średnia testu wyniosła 2,6, zaś w grupie zdrowych 6,1. W poszczególnych przypadkach chorych z grupy z ŚZS obserwowano silny stopień uzależnienia z jednoczesną silną motywacją u chorych z pierwszym zawałem ze współistnieniem nadciśnienia tętniczego.

Wnioski: Pacjenci z ŚZS (w szczególności kobiety) wykazują średni stopień uzależnienia i dużą motywację do rzucenia palenia. Silne uzależnienie biologiczne i psychiczne zaobserwowano u mężczyzn. Powyższe obserwacje wskazują na konieczność objęcia chorych z ŚZS odpowiednią opieką specjalistyczną.

Laidler Piotr

Korzyści dla efektu kształcenia lekarzy medycyny wynikające ze współpracy międzynarodowej – doświadczenia SMO WL UJ CM

Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska

W 1994 r. rozpoczęła działalność Szkoła Medyczna dla Obcokrajowców Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Collegium Medicum (SMO UJ CM). W roku akademickim 2012/2013 kształci się w niej 630 studentów pochodzących z 5 kontynentów i reprezentujących 20 krajów. Większość spośród studiujących pochodzi z Norwegii, Stanów Zjednoczonych i Kanady.

W ofercie Szkoły są dwa programy studiów medycznych prowadzonych w języku angielskim. Pierwszy z nich, to program 4-letni przeznaczony dla absolwentów przedmedycznych szkół pomaturalnych/uczelnii wyższych ze Stanów Zjednoczonych i Kanady. Drugi z programów – 6-letni, przewidziany jest dla absolwentów szkół średnich. Po ukończeniu obu programów absolwenci otrzymują dyplom UJ, który nadaje im tytuł lekarza medycyny. Od 2010 r. Szkoła oferuje 5-letni program lekarsko-dentystyczny w języku angielskim.

Wśród nauczycieli akademickich Szkoły są zarówno najbardziej doświadczeni wykładowcy UJ CM, jak i nauczyciele akademicy ze Stanów Zjednoczonych, Anglii, Kanady czy Niemiec. Standardy anglojęzycznych programów UJ CM opierają się nie tylko na polskich wymogach nauczania, ale również na tych, przyjętych w Unii Europejskiej i Stanach Zjednoczonych Ameryki (*US Department of Education, Medical Board of California*).

Studenci ostatnich lat studiów mają możliwość odbycia na mocy umów oraz własnych wyborów przedmioty kliniczne w *University of California San Diego, UC Irvine, UC Los Angeles, Loma Linda University Medical Center, University of Rochester School of Medicine and Dentistry, Cleveland Clinic*.

UJ CM współpracuje z instytucjami pełniącymi ważne funkcje edukacyjne na terenie USA: *National Board of Medical Examiners (NBME), Association of American Medical Colleges (AAMC)* oraz w Europie – *European Board of Medical Assessors (EBMA)*. Wraz z niemal 30 światowej rangi uczelniami medycznymi z całego globu, uczestniczy w projekcie stworzonym we współpracy z *Association of American Medical Colleges (AAMC) – Global Health Learning Opportunities (GHLO)*, czyli elektronicznej rejestracji studentów w programie tych uczelni w celu prowadzenia wymiany.

Absolwenci programów Szkoły Medycznej UJ CM odbywają rezydentury oraz podyplomowe kształcenie w szpitalach uniwersyteckich w różnych krajach, począwszy od Stanów Zjednoczonych i Kanady poprzez Australię, Anglię, Irlandię i Szwajcarię na Norwegii, Szwecji i Polskę kończąc.

Leszek Jerzy

Choroba Alzheimerera wyzwaniem współczesności

Katedra i Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Polska

Prognozy demograficzne wskazują na szybko postępujący proces starzenia się społeczeństwa, szczególnie krajów wysoko uprzemysłowionych, w tym Polski. Rodzi to określone konsekwencje zdrowotne. Przyjmuje się, że w 2020 r. ponad milion Polaków osiągnie 90. r.ż., a co czwarty Polak w 2035 r. przekroczy 65. r.ż. Aktualnie około 127 milionów Europejczyków jest dotkniętych przynajmniej jedną chorobą mózgu, które stanowią 35% wszystkich obciążeń chorobowych w Europie. Najczęstszą przyczyną otępienia w wieku podeszłym jest choroba Alzheimerera, na którą w Polsce choruje ok. 250 tys. osób, a przewiduje się, że tylko w Polsce do 2020 r. zachoruje na nią ok. 1 milion osób.

Prezentacja stanowi krytyczny przegląd aktualnych, głównych koncepcji etiopatogenetycznych choroby Alzheimerera oraz narzędzi i możliwości wczesnej, możliwie przedklinicznej diagnostyki procesu otępiennego, dających nadzieje zarówno na wypracowanie leczenia modyfikującego lub hamującego proces chorobowy, ale również jemu zapobieganie. Wprawdzie dotychczas nie obserwujemy jeszcze przełomu w zakresie etiologii, leczenia przyczynowego czy też skutecznych działań profilaktycznych, niemniej jednak szybki postęp wiedzy, szczególnie na polu immunologii, biologii molekularnej, genomiki itp. znacznie nas do niego zbliżył. Prezentacja przedstawia nowe kierunki przyszłych oddziaływań terapeutycznych.

Lipski Daniel

Stomatologia na Litwie: sytuacja terażniejsza i możliwości jej polepszenia

Wilno, Litwa

Stan uzębienia u dzieci na Litwie nie jest zadowalający. Wprowadzone od 2000 r. regulacje prawne nakazują obowiązek dokonywania profilaktycznych przeglądów uzębienia u dzieci w wieku od 1,5 r.ż., a od 2004 r. obowiązek lakowania. Bardzo ważnym aspektem jest zachęcanie rodziców do stosowania u ich dzieci przeglądów profilaktycznych, a także informowanie dzieci już od wieku przedszkolnego i aktywny udział w tych działaniach lekarzy rodzinnych, gdyż oni mają częsty kontakt z naszymi przyszłymi pacjentami.

Materiał do prezentacji bazuje na artykułach specjalistów z Wydziału Medycznego Instytutu Odontologii Uniwersytetu Wileńskiego.

Majkowski Ryszard

E-learning jako narzędzie wymiany wiedzy ponad granicami

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

Medycyna jest ważną dziedziną nauki i zarazem „sztuką lekarską”. Od zarania dziejów cieszy się estymą i prestiżem społecznym. Tak jest w Polsce i na całym świecie.

Obecnie obserwuje się bardzo dynamiczny rozwój medycyny. Chyba jak nigdy dotąd, na lekarzach ciąży moralny obowiązek „śledzenia” tego rozwoju i „nadążania” za zachodzącymi zmianami. Rzecz znamienna, że w tym „śledzeniu” i „nadążaniu” nie chodzi o informację (tej mamy już przesytność), ale nade wszystko o rzetelną i aktualną wiedzę. Szacuje się, że w medycynie okres dezaktualizacji wiedzy wynosi zaledwie 5 lat. Wymóg kształcenia ustawicznego w naszym środowisku zawodowym wydaje się więc bezdyskusyjny.

Biorąc pod uwagę fakt, że lekarze coraz częściej działają na obszarze „globalnej wioski”, palącym problemem staje się standaryzacja wiedzy medycznej i jej nieskrępowana popularyzacja (terytorialnie, czasowo, ekonomicznie). Najlepiej ponad granicami. Sensownym rozwiązaniem staje się więc rozwijanie nowoczesnych narzędzi kształcenia na odległość.

Wychodząc naprzeciw wyzwaniom współczesności i oczekiwaniom środowiska zawodowego, od 2011 r. realizowany jest w Polsce największy projekt edukacyjny w ochronie zdrowia „E-learning w służbie lekarzom”. Choć głównymi beneficjentami

projektu jest 5,5 tysięcy lekarzy z województwa mazowieckiego, ma on wymiar ogólnokrajowy. Nośnikiem kwalifikowanej wiedzy jest bowiem ogólnopolska sieć internetowa z ograniczonym dostępem pn. Medyczna Platforma Edukacyjna, działająca z powodzeniem od stycznia 2006 r. Ponieważ Internet ma zasięg globalny, nic nie stoi na przeszkodzie, aby z programów Medycznej Platformy Edukacyjnej nawet „od zaraz” zaczęli korzystać lekarze polonijni.

Aktualnie, lekarze mają dostęp do ponad 100 multimedialnych wykładów, których autorami są wybitni polscy naukowcy reprezentujący różne dziedziny medycyny, a także eksperci związani z sektorem ochrony zdrowia. Warto wspomnieć, że w drugiej połowie 2013 r. zasoby wiedzy Medycznej Platformy Edukacyjnej wzbogacone zostaną programami Polskiej Akademii Nauk. Możliwa jest także współpraca z autorami polonijnymi.

Projekt „E-learning w służbie lekarzom” jest przykładem, że kryzys w polskiej ochronie zdrowia i jej permanentne niedofinansowanie nie jest przeszkodą w tworzeniu rozwiązań na miarę XXI wieku.

Matyja Andrzej

Prywatna ofensywa – zmiany na rynku usług medycznych

Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński oraz Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie, Polska

Ostatnie kilka lat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, to – między innymi – bardzo silny rozwój sektora prywatnego. Działają on w wielu obszarach. Wystąpienie będzie odnosiło się do części systemu obejmującej dostarcycieli usług zdrowotnych.

Od lat 90. poprzedniego wieku, po przemianach systemowych, doszło do rozkwitu prywatnych praktyk lekarskich.

Przemiany związane z wprowadzeniem systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w 1999 r. zaowocowały powstaniem dużej liczby świadczeniodawców niepublicznych. Ponieważ publiczny płatnik nie był ograniczany przepisami, jeżeli chodzi o to z kim kontraktuje świadczenia, coraz częściej podpisywał umowy z niepublicznymi świadczeniodawcami. To dało silny impuls do rozwoju niepublicznego sektora. Publiczny płatnik – dysponując budżetem na wszelkie świadczenia – stymulował powstawanie prywatnych ośrodków, które mogły zaoferować coraz bardziej zaawansowane technologicznie usługi. W początkowej fazie rozwoju, niepubliczna ochrona zdrowia musiała opierać się na ograniczonych środkach prywatnych. Od zmiany z 1999 r. jest ona w stanie rozwijać się intensywnie, bazując na publicznym pieniądzu. Przy całym narzekaniu na Narodowy Fundusz Zdrowia, daje on jednak możliwości rozwoju i zapewnia środki, na które nie stać społeczeństwa, jeżeli miałyby leczyć się prywatnie i pokrywać koszty drogiej opieki z własnej kieszeni.

Liczba podmiotów niepublicznych wzrasta, rośnie zakres usług przez nie oferowanych. Podstawowa opieka zdrowotna w zasadzie w całości została opanowana przez prywatnych świadczeniodawców. Od pewnego czasu usługi POZ tworzą (publiczne) szpitale, jednak przeważająca liczba świadczeniodawców jest niepubliczna.

W zasadzie niepubliczny stał się rynek usług dializacyjnych, na którym dominują duże korporacje, mające znaczącą przewagę technologiczną nad konkurencją. W mniejszym stopniu, ale także widoczny jest wzrost znaczenia sektora niepublicznego w diagnostyce laboratoryjnej, a w jeszcze mniejszym – obrazowej.

Przewagę na rynku usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ma już sektor prywatny, przy czym w tym przypadku, szpitale (w tym publiczne) mają technologiczną przewagę nad świadczeniodawcami prywatnymi, nadal więc ich pozycja jest stosunkowo silna.

Rynek usług rehabilitacyjnych jest już w połowie niepubliczny. Niepubliczny sektor zaczyna być coraz bardziej widoczny w szpitalnictwie.

Widać więc, że sektor prywatny stanowi potężną siłę na rynku usług medycznych, a obserwowane trendy wskazują, że pozycja ta będzie jeszcze silniejsza.

Mazurek Józef

Opieka nad pacjentem terminalnie chorym w USA, aspekty etyczno- prawne

Chicago, USA

Terminalnie chory pacjent ma ograniczony okres życia, zwykle do sześciu miesięcy. Najczęściej powodem choroby jest daleko posunięty rozwój nowotworu lub choroby serca. Opieka nad pacjentem u schyłku życia napotyka na ogromne problemy natury medycznej, etycznej, prawnej i finansowej. Problemy narastają u pacjentów starszych w wieku powyżej 85. r.ż.

Przepisy prawne ustalające postępowanie z pacjentem terminalnym są różne w każdym stanie Ameryki Północnej. Lekarz, jeżeli ma wątpliwości, powinien zasięgać porady prawnej lub komisji etycznej. Zasada autonomii, czyli prawo chorego o decydowania o własnym życiu jest podstawą amerykańskiej bioetyki medycznej. Pacjent musi dać jednoznaczną zgodę na leczenie, może też odmówić leczenia, nawet gdy odmowa prowadzi do jego śmierci. Rodzi się mnóstwo pytań, czy terminalnie chory jest świadomy podjęcia decyzji, jak ocenić jego świadomość, kto może być jego pełnomocnikiem. Komunikacja pomiędzy pacjentem a lekarzem oraz lekarzem a rodziną jest niezwykle ważna. Kontrowersje budzi eutanazja i umożliwienie samobójstwa z asystą lekarza. Eutanazja nie jest legalna, asysta w samobójstwie jest legalna w Europie w Belgii, Holandii, Luksemburgu i w niektórych stanach Ameryki Północnej – Oregon, Montana, Washington State.

Mereuță Ion, Duda Boris, Svet Weronika

Zespół wypalenia zawodowego (burn-out) u lekarzy onkologów

Państwowy Uniwersytet Medycyny i Farmacji „Nicolae Testemitanu”, Katedra Hematologii i Onkologii, Instytut Onkologii, Kiszyniów, Republika Mołdawia

Praca zawodowa często jest przyczyną przeciążenia emocjonalnego i somatycznego. Stan taki jest specyficzny dla niektórych zawodów, takich jak np.: lekarz, psycholog, pracownik socjalny, nauczyciel i może nieść ze sobą negatywne konsekwencje dla zdrowia. W literaturze specjalistycznej patologia ta jest nazywana zespołem wypalenia zawodowego (Burn-out) lub zespołem wyczerpania w związku z wykonywaną profesją. Wśród objawów zespołu wymienia się wyczerpanie fizyczne, emocjonalne i umysłowe, spowodowane nadmiernym i długotrwałym narażeniem na sytuacje stresowe. Presja wysokiej wydajności, zagrożenia zwolnieniami personelu, niskie płace, powodują u lekarzy onkologów strach przed utratą pracy, co motywuje ich do pokonania ograniczeń fizycznych i psychicznych a jednocześnie przyczynia się do rozwoju depresji. Główną przyczyną opisywanej patologii jest przeciążenie zawodowe i przeszacowanie swoich możliwości pokonywania wysiłku fizycznego. Literatura fachowa opisuje kombinację czynników, związanych z miejscem pracy, stylem życia i cechami osobowości, które mogą powodować powstawanie i rozwój tego zespołu. Najczęstsze objawy zespołu to poczucie obojętności, brak motywacji, profesjonalnej kreatywności i uczucie bezradności.

Celem badania była ocena zapadalności na zespół wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego Kliniki Onkologii oraz porównanie syndromu u lekarzy i pielęgniarek.

Materiał i metody: Do badań użyto trójstopniowej skali *Maslach Burnout Inventory*, oceniającej wyczerpanie emocjonalne (WE), brak emocji (BE) oraz brak satysfakcji zawodowej (BSZ). W badaniu udział wzięło 10 lekarzy i 11 pielęgniarek z Kliniki Onkologii, którzy wypełniali kwestionariusze wykorzystujące skalę Likerta.

Wniosek: Zespół wypalenia zawodowego stwierdzono u 11 pracowników medycznych, co stanowi 52,38% ogółu badanych. Znamienne jest, że BSZ został wykryty u 16 uczestników badania co wynosi 76,19%. Z obu badanych grup personelu to lekarze są bardziej narażeni na rozwój syndromu burn-out.

Miłek Bogdan

Niemiecki system opieki paliatywnej

Niemcy

W Niemczech istnieje od lat systematycznie rozbudowywany system opieki paliatywnej nad pacjentem terminalnie chorym. System ten obejmuje zarówno pacjentów chorych na chorobę nowotworową – jak również inne schorzenia w (przed-) terminalnym stadium: układu oddechowego, krążenia, schorzenia neurologiczne.

Pacjenci są leczeni stacjonarnie – zarówno w szpitalnych oddziałach medycyny paliatywnej oraz w stacjonarnych hospicjach. Istnieje także, obejmujący duże obszary kraju, system ambulatoryjnego zaopatrzenia paliatywnego SAPV (specjalistyczne ambulatoryjne zabezpieczenie paliatywne) u pacjenta w domu. Obejmuje on specjalistycznie wyszkolone i permanentnie szkolące się grupy opieki paliatywnej składające się z lekarzy, pielęgniarzy i innych zawodów medycznych (multiprofesjonalny PCT). Oprócz grup SAPV istnieją także grupy ochotników organizowane i szkolone przez różne podmioty społeczne, np. kościelne. Spełniają one pomocną rolę tak wobec samego chorego, jak również i jego rodziny, mogąc np. odciążyc ją w procesie opieki nad pacjentem.

Grupy SAPV pełnią dyżur w systemie 24-godzinnym, ich zadaniem jest uwolnienie lub złagodzenie u pacjenta bólu, poczucia braku tchu, nudności, wymiotów, zaparć, zaburzeń psychicznych itp. Także towarzyszenie pacjentowi i jego rodzinie w procesie umierania. Przyjmuje się, że 10% ogółu umierających wymaga opieki w systemie analogicznym do SAPV. SAPV jest kompleksowym systemem opieki obejmującym opiekę lekarską, pielęgniarską, socjalną, opiekę duchową, fizjoterapeutyczną, psychoonkologiczną, logopedyczną. To więcej niż suma poszczególnych składowych, to także analiza całościowej sytuacji pacjenta, określenie celów terapii i kompleksowej opieki. Jeden zespół opieki paliatywnej (4 lekarzy, 8 pielęgniarek) kosztujący rocznie ok. 1 500 000 € – powinien obejmować swoją opieką 250 000 mieszkańców (wg ustaleń ETMP – 150 000 mieszkańców). Aktualnie w Niemczech istnieje ok. 320 grup SAPV. Średnio równocześnie opieką jednej grupy SAPV objętych jest 15 pacjentów, towarzyszy ona rocznie ok. 200 umierającym.

Jeden dzień opieki pacjenta w systemie SAPV (przy założeniu że 40% pacjentów objętych jest opieką całościową w systemie 24 godzin na dobę, 40% objętych jest opieką częściową oraz 20% objętych jest jedynie systemem porad i organizacji innych struktur i służb) – kosztuje ok. 279 €. Przeciętnie, opieka przez SAPV nad jednym pacjentem trwa 4 tygodnie. Koszty opieki paliatywnej SAPV pokrywa wstępnie – do czasu wyjaśnienia ostatecznego finansowania kosztów danego pacjenta – kasa chorych, tak że pacjent nie jest obciążony wyjaśnieniami dotyczącymi proporcji pokrycia kosztów leczenia (kasa chorych, ubezpieczenie pielęgnacyjne, rentowe, niewielki własny wkład zależnie od sytuacji finansowej pacjenta).

System SAPV przynosi – mimo poświęcanych na niego nakładów – oszczędności: wg badań uniwersytetu w Augsburgu na podstawie analizy 1500 pacjentów – 85% pacjentów SAPV umiera w domu, do 97% z nich nie ma potrzeby wysyłania w okresie terminalnym karetki z lekarzem, w 84% przypadkach pacjent nie wymaga w tym okresie skierowania do szpitala.

Świadomość celów leczenia w fazie (pre-) terminalnej, unikanie zbędnej uporczywej terapii – jest szeroko rozpowszechniona w społeczeństwie niemieckim. Przyczyniło się do tego współdziałanie różnych struktur, w tym lekarzy, związków wyznawo-

wych, organizacji chrześcijańskich, świata mediów i polityki. Wielu starszych obywateli zaopatrzone jest w stosowne regulacje na wypadek krytycznego pogorszenia stanu zdrowia (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht) – te są zdeponowane u lekarzy rodzinnych, notariuszy czy adwokatów oraz u członków rodziny tak, że w razie wystąpienia nagłej hospitalizacji lekarz od razu jest informowany na temat istnienia odpowiednio udokumentowanej woli pacjenta.

To bardzo ułatwia lekarzowi i rodzinie pacjenta podjęcie decyzji w sytuacji krytycznej, oszczędza pacjentowi niechcianych zabiegów oraz przynosi także wymierne choć nie zamierzone (oficjalnie) oszczędności w służbie zdrowia.

Misiak Andrzej

Prof. Stefan Kazimierz Malawski (1920-2012). Polski wielki ortopeda

Okręgowa Izba Lekarska, Warszawa, Polska

Stefan Kazimierz Malawski urodził się 26 grudnia 1920 r. w Rakowie na Ziemi Wileńskiej w rodzinie o tradycjach patriotycznych. Ukończył Szkołę Powszechną w Rakowie, a następnie Gimnazjum w Próżanie. W 1938 r. rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Wileńskiego. Po wybuchu wojny studiował we Lwowie. Po wkroczeniu Niemców przerwał studia. Został Szefem Sanitarnym ZWZ-AK – Raków, a następnie lekarzem 13 Brygady AK Ziemi Wileńskiej, do akcji „Ostra Brama”. W 1946 r. w Lublinie uzyskał dyplom lekarza. Od 1947 r. pracował w Centralnym Instytucie Chirurgii Urazowej uzyskując specjalizację z ortopedii. W 1952 r. uzyskał tytuł doktora medycyny na podstawie rozprawy: „Złamania i zwichnięcia kręgosłupa lędźwiowego”. W 1955 r., po zakończeniu przewodu habilitacyjnego, nt. „Uszkodzenia kręgosłupa szyjnego” – tytuł naukowy docenta. W 1957 r. objął stanowisko Konsultanta Krajowego ds. leczenia gruźlicy kości i stawów. Prowadził Oddział Gruźlicy Kości i Stawów w Klinice Ortopedii w Warszawie. W 1968 r. związał się z Otwockiem, piastując stanowiska dyrektorskie w Sanatorium Gruźlicy Kostno-Stawowej (720 łóżek), a od 1981 r. Kierownika Kliniki Ortopedii powstałej na bazie oddziałów. W 1973 r. otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego. Wykonał ponad 25 000 dużych zabiegów operacyjnych układu narządu ruchu, w tym wiele według własnych metod. Najbardziej znany jest przednio-boczny dostęp do kręgosłupa piersiowego. Klamra czaszkowa Jego pomysłu jest stosowana do dziś. Był autorem 166 prac w czasopiśmie polskich i zagranicznych, 15 podręczników (rozdziałów). Był promotorem 3 przewodów doktorskich i habilitacyjnych. Pod jego kierownictwem 44 lekarzy uzyskało specjalizację. Z licznych odznaczeń bardzo cenili: „Laudabilis” Warszawskiej Izby Lekarskiej oraz order Św. Stanisława wręczony za całokształt działalności dla dobra chorych, przez wielkiego Mistrza Kapituły prof. Marka Kwiatkowskiego. Profesor Malawski wyznawał zasadę, powtarzając często na wykładach, że operacja nie powinna być większa od samej choroby. Po przejściu na emeryturę w 1991 r. był nadal czynnym zawodowo lekarzem do 2011 r. Zmarł w Warszawie 23 października 2012 r.

Misiak Andrzej^{1,2}, Szczepaniak Andrzej B.¹

Splenektomia laparoskopowa klasyczna czy SILS splenektomia (single incision laparoscopic surgery)

¹Klinika Chirurgii Ogólnej i Hematologicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Warszawa, Polska

²Okręgowa Izba Lekarska, Warszawa, Polska

Wstęp: W pracy porównano dwie małoinwazyjne metody laparoskopowego usunięcia śledziony. Stosowaną w Polsce od 1996 r. laparoskopową splenektomię klasyczną i wprowadzoną w 2009 r. w Polsce operację z jednego 3,5 cm cięcia w pępku, niepozostawiającego widocznych blizn (*no scars*). Obie metody cieszą się dużym zainteresowaniem szczególnie u osób młodych, z uwagi na końcowy efekt kosmetyczny i znacznie szybszy powrót do zdrowia w porównaniu z operacją klasyczną.

Cel: Porównanie bezpieczeństwa i skuteczności operacji klasycznej splenektomii laparoskopowej z SILS splenektomią z dostępu przez pępek.

Materiał i metody: Materiał obejmuje 34 chorych (27 kobiet i 7 mężczyzn), w wieku od 18 do 78 lat poddanych splenektomii w latach 2009-2013. Porównano dwie grupy po 17 osób każda. Wskazaniem do splenektomii w obu grupach była małopłytkowość immunologiczna (27 chorych), wrodzona niedokrwistość hemolityczna (3), chłoniak (3), naczyniak z torbielą śledziony (1). Do metody SILS dobierano chorych ze śledzioną o masie do 300 g, którą obliczano za pomocą USG. Pozostałych chorych z przewidywaną większą śledzioną operowano metodą klasycznej laparoskopii.

Wszyscy chorzy otrzymali przed zabiegiem antybiotyki, a liczba płytek krwi wynosiła min 50 G/l.

Wyniki: U 32 chorych operację zakończono laparoskopowo (1 konwersja po SILS splenektomii do laparotomii, 1 po klasycznej laparoskopii). U chorych w obu grupach po zabiegu nie obserwowano powikłań infekcyjnych. Rany zagojone przez rychłozrost. U wszystkich chorych obserwowano pooperacyjny wzrost liczby płytek. Przy wzroście powyżej 100 G/l stosowano profilaktykę przeciwzakrzepową z użyciem heparyn drobnocząsteczkowych, kontynuowaną do normalizacji liczby płytek. W 7. dobie po zabiegu oceniano jamę brzuszną (usg Doppler). U żadnego chorego nie stwierdzono zakrzepicy wrotnej, u 2 chorych po SILS splenektomii i u 3 po klasycznej laparoskopii obserwowano krwiaki w łożu po śledzionie, niewymagające interwencji chirurgicznej.

Wnioski: Według naszej oceny u chorych hematologicznych SILS splenektomia jest tak samo bezpieczna i skuteczna, jak metoda klasycznej laparoskopii i daje lepszy efekt kosmetyczny.

Myszkowska Dorota¹, Obtulowicz Krystyna¹, Dyga Wojciech¹, Mikołajczyk Maciej², Zagórska Monika², Kędzierska Jolanta², Czarnobilska Ewa¹

Monitoring biologiczny powietrza komór leczniczych Kopalni Soli Wieliczka

¹Zakład Alergologii Klinicznej i Środowiskowej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Pracownia Alergologiczno-Immunologiczna Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

²Zakład Mikrobiologii, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Polska

Wstęp: Komory solne nieczynnych wyrobisk kopalni od wielu lat są miejscem klimatycznego leczenia nieinfekcyjnych schorzeń dróg oddechowych (nosa, zatok, oskrzeli). Do profesjonalnego prowadzenia działalności leczniczej konieczny jest stały monitoring czystości bioaerosolu komór, jak i parametrów fizyko-chemicznych. Przypuszcza się, że materiał biologiczny powietrza jest w znacznej części przynoszony do komór z powierzchni przez personel i pacjentów na ubraniach, we włosach. Dlatego celem badań była analiza zawartości cząstek biologicznych w powietrzu w komorach solnych Uzdrowiska Kopalnia Soli „Wieliczka” na przestrzeni roku kalendarzowego.

Metodyka: Badania wykonano kwartalnie w latach 2012 i 2013 w Komorze Wessel i Stajni Gór Wschodnich (po dwa punkty pobrań w każdej z komór). Pomiary obejmowały: analizę czystości powietrza pod względem zawartości kolonii bakterii i grzybów metodą zderzeniową oraz zawartości zarodników grzybów, pyłku roślin i alergenów roztoczy kurzu domowego metodą wolumetryczną. Próby powietrza pobierano przed i w trakcie pobytu pacjentów, czyli w ramach każdego badania wykonano po 8 pobrań. Zastosowano metodę hodowli na agarze tryptozowo-sojowy (TSA), zawartość kolonii drobnoustrojów podano w jednostkach CFU. Stężenia zarodników grzybów i pyłku roślin w metodzie wolumetrycznej podano w m³ powietrza. Analizę alergenów roztoczy kurzu wykonano metodą ELISA, stężenie alergenów podano w ng/ml buforu. Analizę statystyczną oparto na teście nieparametrycznym U-Manna Whitneya.

Wyniki: Zarodniki grzybów powietrznopochodnych stwierdzono w pomiarach obydwoma metodami, rodzaje występujące wspólnie to *Aspergillus* spp. i *Penicillium* spp. W próbach powietrza stwierdzono obecność bakterii z rodzaju *Micrococcus*, *Bacillus* i *Coagulase negative Staphylococcus*, przy czym ziarnokowce z rodzaju *Staphylococcus* stanowiły 2/3 drobnoustrojów flory powietrznej. Najwyższą zawartość zarodników grzybów stwierdzono w próbach z lipca 2012 r. Stężenie bakterii było porównywalne w lipcu i październiku, natomiast w lutym 2013 r. stwierdzono wyraźny wzrost zawartości *Staphylococcus* spp. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic dla zawartości zarodników grzybów i bakterii pomiędzy komorami Wessel i Stajnia Gór Wschodnich oraz pomiędzy warunkami pomiarów (pobyt pacjentów). W większości prób wykazano obecność pyłku roślin, w tym taksonów nie obecnych w powietrzu zewnętrznym. Stężenie alergenu Der p 1 we wszystkich próbach było znacznie poniżej normy dla pomieszczeń zamkniętych (2-15 µg/g kurzu).

Wnioski: 1. Obecność flory grzybowej typowej dla pomieszczeń zamkniętych, nie stanowi zagrożenia dla pacjentów w zakresie otrzymanych stężeń. 2. W okresie wiosny i lata stężenia grzybów z rodzaju *Cladosporium* są istotnie niższe odnotowywane w tym czasie na powierzchni (w Krakowie). 3. Wyizolowane bakterie to typowe drobnoustroje komensalne, wchodzące w skład fizjologicznej flory bakteryjnej powierzchni skóry i błon śluzowych dróg oddechowych. 4. Obecność pyłku roślin w próbach z powietrza w komorach solnych jest istotnie niższa niż na powierzchni i świadczy o nanoszeniu go do komór przez pacjentów i personel (ubrania, włosy) oraz o zaleganiu materiału biologicznego, nie stanowiąc zagrożenia dla osób uczulonych. 5. Znikome stężenie alergenów roztoczy (znacznie poniżej normy dla pomieszczeń zamkniętych) świadczy o niesprzyjających warunkach do rozwoju tych pajęczaków w komorach solnych, włącznie z okresem jesiennym. 6. Skład jakościowy i ilościowy wyhodowanej flory wskazuje na jej dobre przystosowanie do środowiska nieożywionego, powyżej 98% stanowią drobnoustroje wyróżniające się zdolnością wzrostu w obecności 7,5% NaCl. 7. Skład powietrza pod względem jakościowym i ilościowym stwierdzonych drobnoustrojów i cząstek biologicznych wydaje się typowy dla pomieszczeń przeznaczonych do użytku publicznego i jest bardziej stabilny na przestrzeni roku w stosunku do powietrza zewnętrznego.

Nowakowski Michał

Krakowskim targiem, czyli o zmianach w edukacji medycznej na Wydziale Lekarskim UJ CM wobec wyzwania dnia dzisiejszego

Zakład Dydaktyki Medycznej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków, Polska

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 5 czerwca 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunku lekarskiego zmieniło warunki prowadzenia studiów medycznych w Polsce. Razem z likwidacją stażu podyplomowego zaowocowało koniecznością przesunięcia znacznej części kształcenia praktycznego na niższe lata studiów. Stworzyło również warunki do indywidualizacji procesu kształcenia lekarzy i lekarzy dentyistów poprzez zwiększenie ilości zajęć fakultatywnych oraz stworzyło Radom Wydziałów możliwość przyjęcia programów studiów dostosowanych do specyfiki danego wydziału oraz jego wizji kształcenia lekarzy. Jednocześnie wprowadzono dość ściśle zasady regulacji zawartości studiów przez opisanie ich za pomocą efektów kształcenia.

Ze względu na ujawnienie przez Ministerstwo planów odnośnie reformy w 2011 r. komisja powołana na Wydziale Lekarskim UJ CM rozpoczęła przygotowania do przeprowadzenia gruntownej reformy jeszcze przed ogłoszeniem ustawy.

Pozwoliło to na dogłębne przeanalizowanie stanu aktualnego, opracowanie ram, a następnie szczegółów nowego programu studiów. Program został oparty na nowoczesnych standardach edukacyjnych i obejmuje cztery główne filary: postępowanie w stanach zagrożenia życia, umiejętności komunikacyjne i profesjonalizm, nauki podstawowe oraz wiedzę i umiejętności kliniczne. Nauczanie zostało oparte na stopniowo postępującej integracji wiedzy teoretycznej, umiejętności praktycznych oraz wiedzy klinicznej z rosnącym, z roku na rok, kontaktem studentów z pacjentami, ale utrzymaną stopniowo malejącą ilością nauk podstawowych. Ostatni rok studiów to w całości kształcenie praktyczne na oddziałach szpitalnych. Celem poprawy bezpieczeństwa pacjentów wprowadzono znaczny odsetek szkolenia symulacyjnego zarówno na bardzo podstawowym poziomie poszczególnych umiejętności, jak i na poziomie zaawansowanych zadań zespołowych w ramach kursów zarządzania w sytuacjach kryzysowych.

Wydział Lekarski UJ CM postawił sobie ambitne i trudne do realizacji zadanie daleko idącej reformy systemu kształcenia. Zrywa z utartymi schematami i stawia na oparty na nowoczesnych wzorcach program studiów nastawiony na kształcenie praktyczne solidnie podparte naukami podstawowymi oraz poprawę umiejętności komunikacyjnych i bezpieczeństwa pacjentów.

Obtułowicz Krystyna

O mechanizmach leczniczego działania subterraneoterapii w komorach solnych Kopalni Wieliczka u chorych z alergią dróg oddechowych i skóry

Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska

Subterraneoterapia – leczenie mikroklimatem podziemnych komór solnych nieczynnych wyrobisk kopalni soli stosowane jest w leczeniu nieinfekcyjnych chorób dróg oddechowych, takich jak: astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenie oskrzeli, w wielu miejscach Europy.

Historia tego leczenia w wyrobiskach solnych Kopalni w Wieliczce sięga XIX wieku i była wprowadzona przez dr. Boczkowskiego – lekarza salinarnego. Regularne leczenie subterraneoterapią w komorach solnych Kopalni w Wieliczce powiązane z badaniami naukowymi wprowadził w połowie XX w. prof. Krakowskiej Akademii Medycznej – Mieczysław Skulimowski. Wyniki własnych badań nad skutecznością tego leczenia ogłosił w „Przeglądzie Lekarskim” w 1964 r. i utworzył Szpital Uzdrawiskowy Kinga w Wieliczce.

W latach 70-90-tych XX w. lecznictwem sanatoryjnym związanym z subterraneoterapią kierowała dr Izabella Wróblewska, a nadzór naukowy powierzono Krakowskiej Akademii Medycznej. Obserwacje lekarskie z tego okresu potwierdziły poprawę zdrowia u 60% chorych z astmą oskrzelową. Zwróciły uwagę na zmniejszanie skłonności do infekcji dróg oddechowych u tych chorych, na poprawę drożności nosa i węchu u chorych z alergicznym n. nosa i zatok, na ustępowanie objawów alergii pyłkowej podczas przebywania chorych w komorach solnych. Ponadto zaobserwowano leczniczy wpływ samego przebywania w komorach na świąd skóry oraz na wyprysk alergiczny towarzyszący alergii dróg oddechowych leczonych chorych.

Dotychczasowe obserwacje i badania nad mechanizmem działania subterraneoterapii na drogi oddechowe i skórę wskazują, że są to mechanizmy złożone. Istotne są: czystość powietrza, hyperosmia spowodowana wysokim stężeniem soli, wysoka wilgotność, podwyższone stężenie CO₂, niskie stężenie O₂. Codzienne zjazdy na głębokość 130 m i wjazdy na powierzchnię stanowią 2x dziennie bodziec wymuszający adaptację ustroju, co czyni subterraneoterapię bardzo bodźcowym rodzajem leczenia. Wiele nadto czynników, takich jak wpływ m.in. mikroelementów, promieniowanie, wymaga dalszych badań. Wszystko to czyni subterraneoterapię w komorach solnych szczególnie i silnie bodźcową metodą leczenia takich środowiskowych schorzeń, jakimi są alergiczne choroby dróg oddechowych i skóry.

Oksyuta Valeriy

Hydration of tissue in women with impaired reproductive function with hypothyroidism

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnitsa, Ukraina

Problem statement: Tissue hydration status is an important indicator in the choice of medical treatment of reproductive function in women. This is especially true for women with inadequate thyroid function mode, where the extra weight is not formed due to the increase in fat mass, but due to edema of myxedema (The increased deposition of glycosaminoglycans leads to osmotic edema and fluid collection).

Methods: To assess body composition, we used the method of bioimpedans measurements using the device, which determines the degree of hydration of tissues ICGT-01, which allows you to set the number of intracellular and extracellular fluid.

Results: Conducted the survey 32 women active reproductive age who complained about the lack of pregnancy for one year or more and suffered from hypothyroidism of varying degrees of severity. The control group of similar age and comprised 41 healthy women

In the analysis of the data found a significant increase in extracellular fluid to 14.37±1.53 l. in women with hypothyroidism vs 11.42±0.82 l. in healthy. Differences in weight and body mass index in women with hypothyroidism and healthy were not found. In studying the distribution of adipose tissue significant differences were found.

Conclusion: In women with reproductive disorders on the background of hypothyroidism distinct change of hydration of tissues by increasing the extracellular fluid.

When planning the treatment of reproductive disorders should consider the state of hydration of tissue in women with hypothyroidism.

Olejniczak Piotr

Postępy leczenia padaczki – stan obecny i perspektywy na najbliższą przyszłość

Dept. of Neurology, Louisiana State University, New Orleans, LA

Padaczka jest częstym neurologicznym chorobowym zespołem objawowym, który dotyka aż 1-1,5% populacji światowej. Postępy leczenia padaczki umożliwione zostały dzięki pierwotnym postępom w farmakologii i elektronice. Wspierane są one przez organizacje społeczne i zawodowe, jak Międzynarodowa Liga Przeciwpadaczkowa. W Stanach Zjednoczonych, gdzie pracuję, stworzono krajowe stowarzyszenie ośrodków leczenia padaczki (NAEC), a ostatnio również uznano epileptologię, jako podspecjalizację neurologii z osobnym egzaminem kwalifikacyjnym.

Ogólnie metody leczenia padaczki można podzielić na farmakologiczne i chirurgiczne. W ostatnich latach pojawiło się wiele nowych leków przeciwpadaczkowych, w tym niektóre o zupełnie nowych sposobach działania. Jednak aż jedna trzecia chorych ma padaczkę lekooporną. Te osoby mogą kwalifikować się do leczenia chirurgicznego. Standardowe leczenie operacyjne polega na usunięciu tkanki zawierającej ognisko padaczkorodne. Najlepsze wyniki uzyskuje się w leczeniu ognisk przyśrodkowej części płata skroniowego. Neokortykalne i czynnościowo niezbędne ogniska padaczkorodne mogą być leczone przecięciami podoponowymi. Próbuje się również stosować ogniskowe ablacje termiczne czy radiologiczne. Neurostimulacja nie wymaga zniszczenia tkanki mózgowej. Obejmuje ona nie tylko uznaną już od 1999 r. stymulację nerwu błędnego, ale także stymulację jądra przedniego wzgórza czy samego ośrodka padaczkorodnego.

Olszynski Wojciech P.

Zastosowanie techniki synchrotronowej w naukowych badaniach medycznych

Saskatoon Osteoporosis Centre | University of Saskatchewan

Saskatoon, Saskatchewan, Canada

Dlaczego korzystać z analizy synchrotronowej?

Światło synchrotronu – wysokiej jasności światło otrzymywane na skutek ruchu elektronów z szybkością zbliżoną do prędkości światła o zmienionym kierunku promieniowania pod wpływem pola magnetycznego.

Pozwala na użycie małych, mikroskopowych próbek.

Daje przejrzysty obraz struktury chemicznej – obrazy struktury cząstki o wysokiej rozdzielczości.

Analiza przeprowadzona naturalnie, bez przygotowywania preparatu.

Bardzo szybka analiza próbek.

Nie powoduje niszczenia preparatów analizowanych.

Badania w dziedzinie zdrowia : 1. Opracowywanie nowych preparatów leczniczych. 2. Leczenie nowotworów.

Biomedyczne programy naukowe: 1. Tzw. „Mikrowiązkowe napromieniowanie”. 2. Architektura kości. 3. Mikro-tomografia komputerowa w ocenie kości.

Olszynski Wojciech P.

Applications of Synchrotrone technique in medical research

Saskatoon Osteoporosis Centre | University of Saskatchewan

Saskatoon, Saskatchewan, Canada

Why Synchrotron analysis?

Synchrotron light – very brilliant light produced when electrons moving close to the speed of light are forced to change direction by a magnetic field.

Can use very small samples

Very clear information of chemical structure- what it is and how it is arranged (high resolution)

Analysis in natural site (no sample preparation)

Very fast analysis

Non- destructive

Health research: 1. Discovery of new medications. 2. Treatment of the cancer.

Biomedical Research Programs: 1. Microbeam Radiation Therapy. 2. Bone architecture. 3. Micro-CT assessment of bone (synchrotron radiation).

Olszynski Wojciech P.

Ultradźwięki w badaniu kości, nowa jakość i przydatność w ocenie ryzyka złamania osteoporotycznego

Saskatoon Osteoporosis Centre | University of Saskatchewan

Saskatoon, Saskatchewan, Canada

Od dawna zachodzi potrzeba opracowania dodatkowych sposobów oceny wytrzymałości kostnej, poza badaniem densytometrycznym i zmiennymi stosowanymi w obliczaniu popularnego modelu ryzyka złamań zwanego FRAX.

Badanie przy użyciu ultradźwięków wykonywane jest od szeregu lat z nadzieją uzyskania wyników umożliwiających rozpoznanie osób ze zwiększonym ryzykiem złamań. Aparaty używane do tych celów są przenośne, relatywnie mniej kosztowne, łatwe w obsłudze i nie emitują promieniowania jonizującego.

Pośród różnych typów aparatów, urządzenie pozwalające wykonać pomiary na kości promieniowej, piszczeli i palców wydaje się bardzo obiecujące.

Zasadniczym celem poniżej omawianego projektu była ocena przydatności *BeamMed Omnisense MultiSite Quantitative Ultrasound* w badaniach prospektywnych dużej grupy ludzi biorących udział w programie epidemiologicznym CaMos.

CaMos jest prospektywnym badaniem epidemiologicznym przeprowadzanym w Kanadzie, w celu zrozumienia czynników prowadzących do osteoporozy i złamań. CaMos obejmuje 10 000 osób wyselekcjonowanych w sposób losowy, które między innymi badane są przy użyciu badania densytometrycznego i ultradźwięków w sześciu centrach uczestniczących w programie.

Badania przy użyciu ultradźwięków były wykonane na kości piszczelowej, przedramieniu i palcu, z ponowieniem pomiarów po pięciu i dziesięciu latach, z zanotowaniem liczby złamań w czasie obserwacji i innych istotnych danych zawartych w protokole (np. szczegółowy kwestionariusz każdego uczestnika).

Do analizy włączono jedynie złamania nisko-traumatyczne. Szczegółowy opis analizy statystycznej jest dostępny w publikacji zatwierdzonej do druku JBMR.

Rezultaty potwierdziły oczekiwane obniżenie wartości mierzonej (SOS) dla mężczyzn i kobiet w miarę upływu lat. Nie zaobserwowano istotnej klinicznie korelacji pomiędzy badaniem ultradźwiękowym i densytometrycznym potwierdzając przypuszczenie, że mierzone są inne atrybuty kości. Możliwe było uzyskanie czynnika T-score powszechnie stosowanego do oceny badania densytometrycznego. Podobnie jak w przypadku wartości bezwzględnych obserwowano stopniowy spadek wartości T-score z wiekiem. Zademonstrowano, że badanie ultradźwiękowe wskazuje różnicę wyników pomiędzy osobami ze złamaniami kręgosłupa i bez złamań, zwłaszcza w przypadku kobiet. Podobne wyniki uzyskano analizując inne złamania.

Dokonując pomiaru na kości piszczelowej i przedramieniu można ocenić ryzyko złamania. Wykazano znamiennej zależność pomiędzy wynikiem pomiaru a złamaniem, gdzie na każdy przyrost SOS o 150 m/sec ryzyko złamania było niższe o 18-19%.

Uzyskane wyniki badań potwierdziły dużą przydatność badania ultradźwiękowego w ocenie ryzyka złamań. Jakość wyników badań była oceniana na przestrzeni 10 lat w różnych ośrodkach, wskazując częstą powtarzalność wyników i dużą precyzję w wielu przypadkach przewyższając wyniki uzyskiwane podczas stosowania tradycyjnego „złotego” standardu, jakim jest badanie densytometryczne.

Pąsowicz Mieczysław

Scenariusze w ochronie zdrowia w Europie do 2030 r.

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Polska

Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali

European Association of Hospital Managers, Bruksela

Wystąpienie podsumowuje prognozy zaprezentowane w raporcie „Przyszłość opieki zdrowotnej w Europie”, opublikowanym przez *The Economist* w 2011 r. Eksperti ocenili aktualną sytuację w ochronie zdrowia w Europie i wskazali siedem głównych trendów kształtujących przyszłość systemów. Wskazują one na nieuchronny, dalszy wzrost kosztów tych systemów, szybszy niż możliwości gromadzenia środków, co spowoduje konieczność dalszej racjonalizacji wydatków i znaczne zmiany w zakresie organizacji oraz konsolidacji świadczeniodawców.

Wzrastająca skala potrzeb zdrowotnych obywateli Europy stanowi coraz poważniejsze wyzwanie dla europejskich systemów ochrony zdrowia. Szacunki OECD wskazują, że do 2030 r. poziom wydatków na zdrowie w krajach Unii Europejskiej wzrośnie z obecnej wartości ok. 9% nawet do 14% PKB. Głównymi czynnikami warunkującymi ten stan są zmiany demograficzne i epidemiologiczne. Szacunki demografów nie pozostawiają złudzeń – już w 2030 r. w Europie odsetek osób w wieku 65+ wzrośnie z obecnego ok. 17% do ok. 24%. Szacunki Światowej Organizacji Zdrowia wskazują także, że już obecnie w starzejącej się Europie nawet 1/3 populacji choruje na co najmniej jedną chorobę przewlekłą, a koszty jej leczenia pochłaniają nawet 70% wszystkich wydatków na zdrowie (wliczając koszty opiekunów). Poważnym problemem stanie się także pokrycie dodatkowych kosztów w związku z wyzwaniami demograficznymi i spadającym od 30 lat wskaźnikiem dzietności w większości krajów Europy.

Systemy będą musiały wypracować nowe rozwiązania w zakresie zapobiegania rozwojowi chorób i zmianami stylu życia, podobnie jak mechanizmy gromadzenia i analizowania danych medycznych w celu ustalania priorytetów zdrowotnych i wdrożenia nowych metod monitorowania zdrowia. Dodatkowo sami pacjenci będą musieli przejmować większą odpowiedzialność za swoje zdrowie, a rządy ograniczać biurokrację systemową. Ekspert wskazał także pięć różnych, ale nie wykluczających się wzajemnie scenariuszy rozwoju systemów do roku 2030 – od wzrastającej roli technologii medycznych i rozwoju nowych terapii molekularnie ukierunkowanych, poprzez stworzenie jednolitego paneuropejskiego systemu ochrony zdrowia, wzrost roli inwestycji w zdrowie publiczne i stosowanie nowych systemów monitorowania zdrowia i wczesnego wykrywania i leczenia chorób cywilizacyjnych. W przypadku dalszego kryzysu konieczne stanie się ograniczenie inwestycji tylko do grup szczególnie wykluczonych, aż po głęboką prywatyzację systemów finansowania i świadczenia usług. Scenariusze te zostaną omówione w wystąpieniu.

Piękość Wiesław

Kilka myśli o sztuce piękna muzycznego i sztuce medycznej w nawiązaniu do treści książki Prof. Andrzeja Szczeklika pt. „KATHARSIS”, o uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki

b. profesor Robert Schumann Hochschule Düsseldorf, Niemcy

1. Relacja między sztuką medyczną a sztuką piękną muzycznego.
2. Czy lekarz może być równocześnie artystą np. muzykiem a artysta muzyk „uzdrowicielem” (w pewnym sensie).
3. Lekarz i jego specyficzny pacjent – artysta-muzyk: czy ich relacja może sprowadzić się do konstruktywnego dialogu?
4. Osobisty wątek: wspomnienie niezapomnianych, wspnianych lekarzy-artystów muzyków: prof. Franciszka Groera oraz prof. Andrzeja Szczeklika, autora wspomnianej książki pt. „KATHARSIS”, o uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki.
5. Granice wyznaczone przez etykę lekarską w odczuciu pacjenta-artysty: zaufanie-zawierzenie-odpowiedzialność wobec pacjenta – tzw. prawda obiektywna – wyrok śmierci – *ecce homo* znaczy – zawsze człowiek, a nigdy przedmiot doświadczalny – czyli: miłość – nadzieja. *Finis coronat opus*: pokora i wiara.

Pokorski Janusz^{1,2,3}, Pokorska Joanna¹

Medyczne zdarzenia niepożądane – aspekty ergonomiczne

¹Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska

²Szpital Uniwersytecki w Krakowie

³Komitet Ergonomii, Polska Akademia Nauk

Niedoskonałość ergonomiczna – niezgodność z zasadami dostosowania pracy do jej wykonawcy i przedmiotów do użytkownika, do jego cech anatomicznych, fizjologicznych, psychologicznych oraz jego możliwości i ograniczeń.

Pod pojęciem „pracy” rozumiemy zadania robocze i wszystko, z czym wykonawca pracy wchodzi w interakcję (np. narzędzia, urządzenia, materiały, oprogramowanie, warunki i okoliczności wykonywania pracy). Dotyczy to wszelkiej aktywności, również kontynuacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego w domu u pacjenta.

Wiedza na temat zdarzeń niepożądanych w systemie opieki zdrowotnej ogranicza się praktycznie do przyczyn medycznych, takich jak zakażenia wewnątrzszpitalne, skutki uboczne stosowanych leków i procedur. Zwykle pamięta się przy tej okazji o upadkach pacjentów, odleżynach i powikłaniach towarzyszących leczeniu parenteralnemu. Prawie całkowicie pomija się pozamedyczne przyczyny zdarzeń niepożądanych oraz niedoskonałość ergonomiczną systemu opieki zdrowotnej i jego podsystemów. W społeczeństwie panuje przekonanie, że zdarzeniom niepożądanym w systemie opieki zdrowotnej winni są bezpośredni wykonawcy działań medycznych, tj. głównie lekarze i pielęgniarki. Obwiniane osoby zwykle nie są w stanie takich zarzutów odeprzeć, mimo że w większości przypadków ich sprawstwo jest jedynie częściowe, a w dodatku poza nielicznymi przypadkami rzeczywistego braku wiedzy czy umiejętności – niezawinione lub tylko częściowo zawinione. Nikt, łącznie z profesjonalistami służby zdrowia, nie doszukuje się błędu (powodu zdarzenia niepożądanego) po stronie producenta urządzeń medycznych, oprogramowania, czy wytwórcy leków i pracujących dla nich projektantów. Tymczasem to oni kształtują środowisko pracy lekarzy oraz dostarczają im technologii i „narzędzi” do ich realizacji. Działają przy tym zwykle – jak to wynika z doświadczeń autorów i coraz obszerniejszej literatury przedmiotu – bez uwzględnienia zasad ergonomii (w USA *human factors*). W ten sposób do systemu opieki zdrowotnej przenika szereg „błędów ukrytych” (*latent errors*). Stanowią one punkty wyjściowe (*root causes*) błędów dostrzegalnych (*active errors*) popełnianych przez lekarzy, pielęgniarki i innych profesjonalistów służby zdrowia. „Przykładne” ukaranie „sprawcy” nie usuwa błędów ukrytych – natomiast często usuwa doskonałych profesjonalistów, na których popełnienie błędu zostało „wymuszone” przez tkwiące w systemie „błędy ukryte” zawinione przez osoby kształtujące warunki i narzędzia pracy bez uwzględnienia zasad ergonomii (*human factors; User Centered Design; usability*).

Według nielicznych opracowań wyróżniających *usability*, a raczej jej brak, jako przyczynę zdarzeń niepożądanych – czynnik ten może być odpowiedzialny za co najmniej połowę zdarzeń niepożądanych w systemie opieki zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę powyższe stwierdzenia, działania zmierzające do zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa, polegające na ściganiu i karaniu sprawcy, należy uznać za anachroniczne. Niestety kodeks Hammurabiego jeszcze nie całkiem się zdezaktualizował w medycynie. Jak dotychczas medycyna nie wykorzystuje dorobku ergonomii sprawdzonego praktycznie w lotnictwie, badaniach kosmicznych i przemyśle.

Warto wreszcie pamiętać, że pojęcia „ergonomia” po raz pierwszy użył polski uczonek, prof. Wojciech Bogumił Jastrzębowski w 1857 r. w rozprawie „Rys ergonomii albo nauki o pracy”.

Przybyła Andrzej Krzysztof

Mężczyzna = „zdrowotny ignorant”?! Aging Male Medicine, czyli nowe – całościowe podejście do postrzegania i leczenia mężczyzn

Klinik Hartwald, Reha-Zentrum Bad Brückenau, Urologische Reha-Klinik&Aging Male, Bad Brückenau, Niemcy

Pojęcie *Aging Male Medicine* jako nowy, komplementarny koncept leczenia i postrzegania mężczyzn, przeżywa w Europie Zachodniej prawdziwy „boom”. W ciągu kilku ostatnich lat pojawiło się kilka prac naukowych, które stały się kamieniem milowym w tej dziedzinie. Najkrócej mówiąc, koncept ten opiera się na całościowym podejściu do mężczyzn w wieku po 40. r.ż., uwzględniając zarówno specyficzną męską sferę cielesną (urologiczną i internistyczną) oraz psychiczną (burnout, depresja, andropauza). Powyższy temat znalazł poparcie społeczne i jest wspierany politycznie i edukacyjnie (przygotowywany nowy program dla studentów medycyny!) w takich krajach, jak: Niemcy, Szwajcaria, Austria. Praca powyższa ma na celu przedstawienie zarysu koncepcji *Aging Male Medicine* i oparta jest na pracach naukowych i doświadczeniu zdobytym z własnej pracy klinicznej.

Przybyła Andrzej Krzysztof

Jakość leczenia pooperacyjnego i opieki pooperacyjnej pacjentów urologicznych w Niemczech, ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń erekcji i nietrzymania moczu. Porównanie z Polską i innymi krajami europejskimi

Klinik Hartwald, Reha-Zentrum Bad Brückenau, Urologische Reha-Klinik&Aging Male, Bad Brückenau, Niemcy

W ostatnich kilku latach w Europie Zachodniej nastąpił gwałtowny rozwój nie tylko „medycyny technicznej” – opartej na nowoczesnym sprzęcie, ale także w dziedzinie leczenia powikłań i opieki pooperacyjnej. Celem wykładu jest pokazanie i porównanie systemu, wyników oraz możliwości opieki pooperacyjnej i leczenia powikłań u pacjentów urologicznych w Niemczech na tle Polski i innych krajów. Szczególny nacisk położony jest na problem zaburzeń potencji oraz nietrzymania moczu. Praca bazuje na dostępnych danych oraz doświadczeniach własnych i wskazuje możliwą drogę, jaką powinny iść kraje (w tym Polska) w tym zakresie oraz co jest jeszcze do zrobienia dla dobra pacjentów.

Przybyła Andrzej Krzysztof

Szkolenie podyplomowe lekarzy w Niemczech. Specjalizacja i co dalej?

Klinik Hartwald, Reha-Zentrum Bad Brückenau, Urologische Reha-Klinik&Aging Male, Bad Brückenau, Niemcy

System niemieckiej służby zdrowia umożliwia zarówno uzyskanie tytułu specjalisty w danej dziedzinie medycyny, jak i zobowiązuje do dalszego kształcenia. Celem wykładu jest przedstawienie możliwości, jakie oferuje system niemiecki lekarzom specjalistom oraz uświadomienie obowiązku dalszego kształcenia, już jako Facharzt (lekarz specjalista). Bardzo krótko zostanie także przedstawiona sytuacja specjalizacji lekarskich po obecnych zmianach systemowych. Praca bazuje na danych statystycznych, aktach prawnych oraz własnym doświadczeniu.

Pułyk Aleksander

Czynniki ryzyka otępienia poudarowego

Narodowy Uniwersytet w Użgorodzie, Ukraina

Wstęp: Poszukiwanie skutecznych metod leczenia zaburzeń funkcji poznawczych w chorobie Alzheimera, na chwilę obecną, nie dało żadnych rezultatów. Jednocześnie istnieją doniesienia, że leczenie naczyniopochodnych zaburzeń poznawczych prowadzi do poprawy funkcji poznawczych. Na świecie prowadzone są aktywne poszukiwania czynników ryzyka otępienia poudarowego, metod korekcji zaburzeń funkcji poznawczych i sposobów zapobiegania rozwojowi otępienia naczyniopochodnego. Znany

angioneurolog Philip Gorelick w podsumowaniu przeglądu 600 prac naukowych na temat naczyniopochodnych zaburzeń poznawczych, wzywa do prowadzenia w różnych krajach badań epidemiologicznych na temat tych zaburzeń, które powinny rzucić światło na ich etiopatogenezę.

Cel: Badanie charakteru, cech i dynamiki zmian funkcji poznawczych u chorych po udarze i poszukiwanie prognostycznych czynników ryzyka rozwoju poudarowej niewydolności poznawczej.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 600 pacjentów z udarem mózgu, leczonych na oddziale naczyniowym w Centralnym Miejskim Szpitalu w Užgorodzie. Średni wiek pacjentów wynosił 63,5±9,0 roku. W badaniu wzięło udział 257 (43%) kobiet i 353 (57%) mężczyzn.

Wyniki: Przeprowadzono ocenę pacjentów za pomocą skali MMSE i zgodnie z jej wynikami wszystkich pacjentów podzielono na 4 grupy. W pierwszej grupie znaleźli się pacjenci z objawami umiarkowanego otępienia (11-19 pkt), w drugiej – z łagodnymi objawami otępienia (20-23 pkt), w 3 grupie – z objawami łagodnych zaburzeń poznawczych (24-27 pkt), oraz w 4 – pacjenci bez zaburzeń poznawczych (28-30 pkt). Stwierdzono, że w pierwszej grupie istotnie częściej niż w grupie 4 obserwowano naczyniowe czynniki ryzyka: choroba niedokrwienna serca, zaburzenia rytmu serca, przebyty w przeszłości udar mózgu, cukrzyca u kobiet. Co do pozostałych czynników ryzyka, wiarygodnie częściej niż w czwartej grupie występowały – nadużywanie alkoholu i bezdech senny.

Wnioski: Choroba niedokrwienna serca, zaburzenia rytmu serca, przebyty udar mózgu, cukrzyca u kobiet, a także nadużywanie alkoholu i bezdech senny u pacjentów z udarem mózgu, prowadzą do rozwoju otępienia poudarowego.

Radwańska Ewa

Postępy w leczeniu niepłodności

Chicago, USA

W leczeniu niepłodności, na przestrzeni ostatnich 50 lat nastąpił olbrzymi postęp.

Częściowo odbywało się to stopniowo – np. poprzez doskonalenie technik chirurgicznych (mikrochirurgia, laparoscopia, hysteroskopia), które pozwalały na dokonywanie operacji zachowawczych w przypadkach endometriozy, mięśniaków i schorzeń przydatków już w latach 70. Również wprowadzenie leków wywołujących owulację (clomifen) było bardzo pomocne w leczeniu kobiet z zaburzeniami jajczkowania. Wiele przypadków jednak było odporne na to leczenie.

Pierwszym przełomem w tej dziedzinie było wyizolowanie i zastosowanie w leczeniu anowulacji gonadotropin. Zbiegło się to również z postęпами w oznaczaniu hormonów szybkimi metodami radioimmunologicznymi, umożliwiającymi monitorowanie leczenia aby zapobiegać powikłaniom (np. ciąży mnogiej). Obecnie gonadotropiny są produkowane na dużą skalę w bioreaktorach. Do sukcesów w diagnostyce i monitorowaniu leczenia niepłodności przyczynił się też rozwój ultrasonografii, bez której dalszy postęp nie byłby możliwy.

30 lat temu wprowadzona została rewolucyjna metoda *in vitro fertilization (IVF)*, która szybko weszła do użycia na całym świecie i umożliwiła tysiącom kobiet z wieloma schorzeniami, które nie poddawały się innemu leczeniu (np. niedrożność jajowodów) zajście w ciążę. Przygotowanie cyklu gonadotropinami i staranne monitorowanie znalazły nowe zastosowanie i stały się niezbędne w tym procesie. Pozostał jednak problem z niepłodnością męską. W latach 90. nastąpiła następna rewolucja: *intracytoplasmic sperm injection (ICSI)* – wstrzyknięcie pojedynczego plemnika do komórki jajowej w przebiegu *IVF*. Ten zabieg umożliwia zapłodnienie w przypadkach niepłodności męskiej nawet wtedy, gdy liczba plemników jest znikoma!

Oczywiście, ewolucja odbywa się nadal. Wiele innowacji diagnostycznych (np. MRI, badanie genetyczne), chirurgicznych (roboty), farmakologicznych (agoniści i antagoniści GnRH) itp. przyczynia się do stałego postępu w tej dziedzinie.

Radwańska Ewa

Terapia hormonalna po menopauzie

Chicago, USA

Minęła dekada od opublikowania w 2002 r. amerykańskich badań WHI (*Women's Health Initiative*) dotyczących stosowania terapii hormonalnej (HT) po menopauzie. Badania te, randomizowane i przeprowadzone na przeszło 16 tys. kobiet w wielu ośrodkach, miały na celu zweryfikowanie ugruntowanej opinii, że podawanie estrogenów (z progestagenem lub bez) po menopauzie, w znacznym stopniu chroni kobiety przed chorobami układu krążenia. Wyniki badań WHI po wstępnej analizie, która została szeroko nagłośniona, zaprzeczyły temu przekonaniu – wśród kobiet poddanych aktywnej terapii więcej było niż w grupie placebo przypadków zakrzepicy, choroby wieńcowej i udarów mózgu; zwiększyła się również częstość wykrywania raka sutka. Natomiast mniej było przypadków złamań patologicznych i nowotworów jelita grubego. Co ciekawe, umieralność była podobna w obu grupach. Na skutek ogłoszenia i szerokiego omawiania tych wyników w prasie, entuzjazm lekarzy do przepisywania, a kobiet do brania hormonów po menopauzie znacznie opadł. Niestety przy okazji „wylano dziecko z kąpielą”! Do mało kogo dotarły późniejsze wyniki bardziej wnikliwej analizy badań WHI i zaktualizowane zalecenia. W szczególności okazało się, że z badań WHI

wykluczono kobiety skarżące się na uderzenia gorąca (jedno z głównych wskazań do leczenia estrogenami), natomiast włączono kobiety otyłe, chore na cukrzycę czy nadciśnienie (choroby zwykle uważane za przeciwwskazanie), jak również kobiety po 70. r.ż. (wiek w którym w praktyce nie rozpoczyna się leczenia hormonalnego). Jak widać, kobiety rekrutowane do badań WHI nie stanowiły reprezentatywnej grupy pomenopauzalnych pacjentek zgłaszających się do lekarza z objawami okresu przekwitania. Szczegółowa analiza wyników badań WHI wykazała jednak, że u kobiet w przedziale wieku 50-60 lat badane wskaźniki zdrowia uległy polepszeniu, kobiet w wieku od 60-70 lat nie było statystycznie znamiennych różnic; a tylko w grupie kobiet, u których terapię estrogenami rozpoczęto w wieku 70-80 lat wyniki przemawiały na niekorzyść leczenia hormonalnego. Potwierdził to wielokrotnie obserwowany już wcześniej fakt, że doustne podawanie estrogenów zwiększa ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowej, szczególnie u kobiet w starszym wieku. Również czynniki ryzyka wystąpienia raka sutka znane są od dawna; liczne badania i analizy wskazują m.in. na estrogeny, wywiad rodzinny, otyłość, niepłodność i spożywanie alkoholu, jako względne obciążenia. Tak więc, po 10 latach reanaliz badań WHI, wnioski i zalecenia dotyczące HT są znacznie bardziej wyważone, niż wynikało to z pobieżnych wstępnych interpretacji. Sprowadzają się one do indywidualizowania terapii w zależności od wieku kobiety, objawów i zagrożeń zdrowotnych – jednym słowem do leczenia pacjentki (!), tak jak to zawsze było naszym celem, będąc jednak wzbogaconym o wiedzę zaczerpniętą z badań epidemiologicznych – nawet jeżeli mimo najlepszych intencji nie były one bezbłędne. Nowe informacje i zalecenia zawarte są m.in. w wydanym w 2012 r. przez NAMS (*North American Menopause Society*) *Position Statement on Hormone Therapy*.

Rotaru Andrian

Postinfarct left ventricular aneurysm – hemodynamic study

International Hospital Medpark, Department of Cardiovascular Surgery, Chisinau, Republic of Moldova

Aim: With a view to the determination of the effect of the size and localization of cardiac aneurysm upon left-ventricular function and the indications for surgical treatment – 42 patients with aneurysms of anterior and posterior walls were complexly examined – hemodynamically, angiocardiographically and coronarographically.

Material and methods: A method was applied for the determination of the area of anterior aneurysms. The hemodynamics and cardiac functions were established to be pathologically changed in cardiac aneurysm with an area over 25% of the ventricular surface, with a quickly growing risk for surgical treatment with a surface over 60%.

Results: The gravest changes were established in case of anterior aneurysms. The possibilities of faults are discussed as well as of the limited significance of the generally accepted parameters of left ventricular function--end diastolic pressure, end diastolic volume, expulsion fraction and the mean velocity of circumferential contraction along the equatorial plane – in the patients with cardiac aneurysm.

Conclusions: The high significance of the changes in the local kinetics is confirmed (percentage contraction of the three main axes and their six semi-axes), both for the residual myocardium and aneurysm. Critical values for the parameters applied are proposed, when the surgical treatment is contraindicated or is with a high risk.

Rotaru-Lungu Corina, Procopişin Larisa, Scaletchi Valentina

Functional exploration for children with bronchial asthma

Institute of Physio Pneumology "Chiril Draganiuc", Chisinau, Republic of Moldova

Aim: To analyze spirographic indices the children have with bronchial asthma of the different degree of gravity for evaluating the level of the obstruction of the respiratory tract.

Material and methods: Under the observation find 67 children, at the age of 9.5 ± 4.5 of years with bronchial asthma of the different degree of gravity, by which a spirographic study was carried out. In 14 children the diagnosis of moderate persisting asthma was established, in 44 children – medium-weight persisting asthma, in 9 – severe persisting asthma.

Results: A study of spirographic indices in children with bronchial asthma revealed: the decrease of value FVC to $62.27 \pm 7.08\%$ in the group of children with severe persisting asthma, whereas with medium-weight (87.63%) and severe persisting asthma (86.19%) they proved to be within the limits of standard; the decrease of average FEV_1 : for moderate persisting asthma to $79.59 \pm 5.88\%$, medium-weight – $79.49 \pm 5.74\%$, heavy – $61.91 \pm 3.95\%$; FVC / FEV_1 (speed of the forced expiration), which serves we wound by the sensitive indicator of the obstruction of the respiratory tract, it proved to be understated in the group of children with severe persisting asthma (71.55%); reduction PEF was noted in all groups: with moderate asthma to $68.22 \pm 1.11\%$, medium-weight – $68.23 \pm 2.97\%$, heavy – $61.0 \pm 1.48\%$; the average volume velocity in the range from 25 do 75% of volume FEF (FEF_{25-75}), which reveals the most delicate disturbances in the conductivity of bronchi, it proved to be, it is obviously lowered with severe persisting asthma to $64.55 \pm 2.27\%$.

Conclusions: With bronchial asthma is noted the considerable decrease of value FVC, FEV_1 , PEF. Possibly, clinical manifestations precede the disturbance of the conductivity of bronchi, because of the compensating mechanisms.

Rotkiewicz Krystyna

Pierwszy szpital dla chorych na raka

Instytut Onkologii Wileńskiego Uniwersytetu, Wilno, Litwa

Onkologia jako nauka zaczęła się rozwijać na początku XX wieku, gdy w Austrii, Niemczech, Stanach Zjednoczonych zaczęły się ukazywać dane statystyczne, pokazujące wzrost zachorowalności i śmiertelności chorych na raka. Choroby nowotworowe stały się biczem Bożym końca XIX i początku XX wieku. Zaistniała potrzeba utworzenia szpitali – którą zrozumiał ksiądz i społecznik Piotr Skarga. Toteż już w 1584 r. założył szpital im. Św. Łazarza w Warszawie przy ul. Mostowej – był to pierwszy szpital o profilu nowotworowym w Europie. Profesor, onkolog z Warszawy, Zbigniew Wronkowski uważa, że był to pierwszy o takim profilu szpital na świecie. Szpital dla chorych na raka, założony w Anglii w Middlesex powstał w 1792 r., tj. o dwa stulecia później.

W akcie założycielskim szpitala w Warszawie było wyraźnie powiedziane, że w tym szpitalu nie mogą być hospitalizowani chorzy przewlekłe, ale chorzy na raka, którzy nie mieli dotąd swego szpitala, i po prostu gnili i umierali na ulicach. Toteż szpital Św. Łazarza nazywano szpitalem dla gnojników.

Ksiądz społecznik Piotr Skarga w 1592 r. założył Bractwo Św. Łazarza, które sprawowało opiekę nad szpitalem Św. Łazarza w Warszawie.

Rudnicki Marek

Nowe kierunki w walce o poprawę jakości leczenia i jego rezultatów

Chicago, USA

Jakość i bezpieczeństwo leczenia stały się fundamentalną sprawą w całym systemie opieki zdrowotnej. W sposób zasadniczy wpływają bowiem na jego rezultaty. Im wyższa jakość i bezpieczeństwo, tym mniej niepożądanych efektów, dzięki czemu obserwuje się lepsze rezultaty leczenia. Okazuje się, że wiele przyczyn nieprawidłowości w medycynie jest związana z funkcjonowaniem całego skomplikowanego systemu opieki zdrowotnej i współpracy wielu jej uczestników a nie jedynie fragmentów całej struktury.

Współczesne zasady poprawy bezpieczeństwa leczenia pacjentów opierają się na trzech zasadniczych przesłankach:

- Błąd postępowania, jako składowy czynnik działania człowieka jest praktycznie nie do uniknięcia.
- Niepożądane zdarzenia są wynikiem nieprawidłowo funkcjonującego systemu.
- Można wypracować taki system, który będzie zapobiegał lub wykrywał niewłaściwe postępowania ludzkie, zanim dojdzie do popełnienia błędu prowadzącego do niepożądanych zdarzeń.

Przyjmując takie kierunki można określić, że obecnie funkcjonująca opieka zdrowotna jest wektorem współdziałania wielu różnych składowych systemu, a lekarze są jedynie jego częścią.

Oznacza to również, że oczekiwanie jakiegokolwiek poprawy w bezpieczeństwie i jakości usług medycznych wymaga najpewniej współpracy wszystkich stron, zainteresowanych poprawą jakości i bezpieczeństwa leczenia. Lekarze są w sposób szczególny odpowiedzialni za promowanie i racjonalny rozwój tego kierunku.

Aby budować zaufanie pacjentów do systemu ochrony zdrowia, bezpieczeństwo i jakość leczenia muszą być zdecydowanym priorytetem. Jeśli lekarze nie wykorzystają możliwości prowadzenia tych działań, można spodziewać się erozji zaufania, jak i pewnej utraty profesjonalnej autonomii.

Wśród zainteresowanych poprawą bezpieczeństwa leczenia są pacjenci, korzystający z usług medycznych zarówno prywatnych, jak i sterowanych centralnie, oraz profesjonalne organizacje lekarskie. Wielkie oczekiwania mają również kompanie ubezpieczeniowe, w których interesie jest ograniczenie wydatków na przedłużone leczenie wynikające z występowania niepożądanych zdarzeń i efektywne ograniczenie kosztów leczenia. Poszukują one i wprowadzają odpowiednie mechanizmy finansowe efektywnie stymulujące poprawę bezpieczeństwa leczenia. Przy niedostatecznym zaangażowaniu i braku poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia, odpowiedzialność za nie przejmą politycy, określając zasady funkcjonowania racjonalnych struktur zabezpieczających zdrowotne potrzeby całej populacji.

Rudnicki Marek

Recertyfikacja specjalizacji: wymysł biurokratów, czy też bezwzględna konieczność dostosowania się do wymogów medycyny XXI w.

Chicago, USA

Spółczesność początku XXI w. ma wielkie oczekiwania w stosunku do lekarzy specjalistów. Dzięki powszechnemu dostępowi do informacji, pacjenci spodziewają się leczenia zgodnie z najnowszymi standardami postępowania. Można przyjąć, że licencja lekarska czy też prawo wykonywania zawodu wskazują, że lekarz ma minimum kompetencji wymaganych do przeprowadzenia

diagnostyki i leczenia pacjentów. Natomiast specjalizacja uzyskana w efekcie rygorystycznego szkolenia, potwierdzonego zdaniem państwowego egzaminu ma dowodzić wysokiej wiedzy potrzebnej do leczenia w wąskiej dziedzinie. Pacjenci mają prawo oczekiwać wiedzy specjalistycznej na najwyższym poziomie, niezależnie od miejsca gdzie są leczeni.

W relacjach pacjent – lekarz oprócz wiedzy specjalistycznej ceni się również doświadczenie, nabywane z latami wykonywania zawodu. Z natury rzeczy jednak wielu specjalistów, pracujących w szczególności z dala od ośrodków akademickich, ma trudniejszy dostęp do nowoczesnych metod diagnostyczno-leczniczych. Kreowany poprzez wzrost zainteresowania bezpieczeństwem pacjentów system, kieruje się w stronę tzw. recertyfikacji, czyli utrzymania wiedzy specjalistycznej dostosowanej do wymogów czasu. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom pacjentów, kompanii ubezpieczeniowych i systemów opieki zdrowotnej wypracowano system utrzymywania specjalizacji obejmujący zasadnicze cztery komponenty:

- Utrzymanie wysokiego statusu zawodowego (pełne i nieograniczone prawo wykonywania zawodu oraz przywileje do leczenia pacjentów).
- Udokumentowany udział w szkoleniach zawodowych (min. 30 godz. rocznie).
- Wiedza specjalistyczna (utrzymanie odpowiedniego poziomu wiedzy specjalistycznej, sprawdzanej egzaminem co kilka lat, np. co 10 lat dla wszystkich).
- Ocena działalności klinicznej (udział w krajowych, regionalnych i miejscowych programach zbierających informacje o wynikach leczenia i porównujących ich wyniki).

Zasadniczą częścią systemu recertyfikacji jest poprawa raczej aniżeli ocena. Recertyfikacja uznawana jest za ważny wskaźnik jakości leczenia przez wielu partnerów współdziałających w systemie opieki zdrowotnej. Poprzez program recertyfikacji, lekarze specjaliści i ich organizacje podnoszą standardy specjalistycznej opieki na terenie całego kraju. Wyższe standardy oznaczają lepszą opiekę zdrowotną.

Schreyer Krzysztof

Jak budować doskonały system kształcenia ustawicznego (doskonalenia zawodowego) lekarzy?

Komisja Kształcenia Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, Polska

Stworzenie doskonałego systemu kształcenia ustawicznego, inaczej doskonalenia zawodowego lekarzy (CME/CPD) jest zadaniem niezmiernie trudnym, w głównej mierze ze względu na to, że musi on pogodzić wiele sprzeczności ideowych i praktycznych; na przykład zasadę wolnego wyboru treści i formy kształcenia z sugestiami i rekomendacjami naukowców i dydaktyków, czy konieczność materialnego wsparcia ze strony państwa i różnych organizacji. Istotnym zadaniem jest takie zorganizowanie systemu punktów edukacyjnych (kredytów) by nagradzał nie czas spędzony na wykładach, lecz aktywne uczenie się i osiągnięcia, owocujące zmianami w praktyce. Autor poddaje pod dyskusję 18 postulatów, które powinien spełnić „idealny” system CME/CPD i podkreśla konieczność uczenia się od innych czyli wymiany dotychczasowych doświadczeń.

Serdiuk Wiktor

Plan działań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na Ukrainie

Wszschukraińska Rada Ochrony Praw i Bezpieczeństwa Pacjentów, Kijów, Ukraina

Ukraińska organizacja pozarządowa „Rada ochrony praw i bezpieczeństwa pacjentów” (dalej – Rada), od 10 lat prowadzi działalność w zakresie ochrony praw i bezpieczeństwa pacjentów. Przyjęto ponad 7000 wniosków i zażaleń w sprawach błędów medycznych. W 2012 r. Rada uczestniczyła w ponad 60 programach telewizyjnych i innych mediach nt. ochrony zdrowia.

Rada bierze udział w rozwoju polityki zdrowotnej i zdrowia publicznego, doradza Parlamentowi, Radzie Ministrów Ukrainy i Ministerstwu Zdrowia Ukrainy. Rada jest partnerem Rady Europy w sprawach ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pacjentów.

Na Ukrainie system opieki zdrowotnej jest w kryzysie. Objawia się on niską jakością, brakiem dostępu do opieki zdrowotnej oraz zawodową i społeczną pasywnością środowiska lekarskiego. To mobilizuje pacjentów do działania w zakresie bezpieczeństwa, jakości i polepszenia dostępności usług zdrowotnych i do zwiększenia wpływu na politykę rządu.

Powszechnie wiadomo, że ludzie popełniają błędy, ale częstość błędów medycznych na Ukrainie wynosi 30%. Głównym powodem jest niewystarczający system kontroli jakości i brak przejrzystego systemu odpowiedzialności za opiekę zdrowotną.

Propozycje rozwiązania tego rodzaju problemów są zawarte w „Planie działań w zakresie bezpieczeństwa pacjentów”, przygotowanym we współpracy z Wydziałem Polityki Zdrowotnej Rady Europy (szef dr Piotr Mierzewski), jako część planu działania dla Ukrainy na lata 2011-2014. Zagadnienia priorytetowe to: kontrola zakażeń szpitalnych – pierwsze i podstawowe wyzwanie dla bezpieczeństwa pacjentów (upowszechnienie kultury czystości skutecznie zwiększa bezpieczeństwo usług zdrowotnych); bezpieczna chirurgia, efektywna komunikacja i dialog, partnerstwo, usprawnienie informacji o dostępnych świadczeniach zdrowotnych. Zwiększenie zabezpieczenia i bezpieczeństwa pacjenta, podniesienie poziomu zdrowotności – to strategiczne zadania społeczne właściwie zaprojektowanego i skutecznie kontrolowanego przez społeczeństwo i państwo systemu opieki zdrowotnej.

Osiągnięciu tych celów służy upowszechnienie wiedzy na temat zasad medycyny opartej na dowodach, dzięki współpracy z wydawnictwem „Medycyna Praktyczna” (internetowa wersja podręcznika Szczeklika), przy wsparciu Ambasady RP w Ukrainie.

Postulujemy zwiększenie finansowania ochrony zdrowia do 6% z 3,5% w budżecie.

Nie chcemy biednej medycyny dla biednych ludzi! Biedna medycyna jest niebezpieczna!

Siwicka Bronisława, Komarowska Barbara

Medycyna paliatywna na Litwie

Polskie Stowarzyszenie Medyczne na Litwie

Na Litwie medycyna paliatywna jest obecna od ponad 20 lat. W 1998 r. zostało założone Litewskie Stowarzyszenie Medycyny Paliatywnej (przez prof. Arvydasa Seskevičiusa), dzięki którego staraniom w szpitalach litewskich są tzw. łóżka paliatywne. Nie odpowiada to jednak potrzebom osób terminalnie chorych. Przepisy prawne dotyczące pomocy paliatywnej obowiązują dopiero od 11 stycznia 2007 r., kiedy ukazało się rozporządzenie ministra zdrowia: „O wymogach świadczenia usług pomocy paliatywnej osobom dorosłym i dzieciom”. Wywalczona przez Stowarzyszenie baza prawna umożliwiła kilka lat później siostrzom ze Zgromadzenia Jezusa Miłosiernego podjęcie wyzwania założenia w Wilnie – Hospicjum bł. ks. Michała Sopoćki. To żywe dzieło Bożego Miłosierdzia powstało w byłym klasztorze siostr wizytek, który w latach 1945-2005 był więzieniem, tam mieszkał bł. M. Sopoćko. W tym budynku, pod kierunkiem św. Faustyny Kowalskiej, został namalowany obraz Jezusa Miłosiernego: „Jezu, ufam Tobie”, pędzla Eugeniusza Kazimirowskiego. Organizatorką Hospicjum – wówczas dyrektorem placówki – jest Michaela Rak ze Zgromadzenia Sióstr Jezusa Miłosiernego. Przyjechała do nas z Polski, gdzie pracowała w Hospicjach ok. 20 lat. Remont budynku był wykonany z pieniędzy ofiarodawców. Na utrzymanie hospicjum potrzeba ok. 80 tys. litów (60 tys. zł) miesięcznie. Na razie litewska kasa chorych nie ma możliwości podpisania umowy, a Ministerstwo Zdrowia również na to pieniędzy nie ma. Zatrudnia ono na różnych etatach ok. 20 wyszkolonych pracowników, osoby te opiekują się stacjonarnymi pacjentami i osobami w domu. Jednakże wymiar duchowy, o który tak trudno w szpitalu, jest najważniejszy. W celu pozyskania funduszy na utrzymanie Hospicjum prowadzone są akcje w różnych parafiach, były organizowane zbiórki w Polsce, wykorzystywane są też środki z różnych projektów. Na Hospicjum łożą także indywidualni darczyńcy i Hospicja w Polsce.

Wszystkich, którzy chcieliby wspomóc Hospicjum bł. Michała Sopoćki w Wilnie, odsyłamy do strony internetowej placówki: <http://www.faustyna.eu/hospicjum-wilno.htm>, oraz na Nr. Konta: LTL 152140030000152637.

Sosnovskaite Natalija, Józwick Maciej, Wysocka Jolanta, Kozłowska Katarzyna, Józwick Marcin, Diakowska-Kosidło Jolanta, Koput Alicja, Pietrzycki Bartosz, Walecki Jerzy

Biochemical measures of renal function in cases of uterine prolapse

Departments of Gynecology, Pediatric Laboratory Diagnostics and Radiology, Medical University of Białystok, Białystok, Poland;
Outpatient clinic of Naujininkai, Vilnius, Lithuania

Introduction: Uterine prolapse is relatively commonplace among aged women and hydroureteronephrosis has been implicated as a frequent consequence. Nevertheless, there is scarce information on metabolic sequelae of the disorder. Few studies that attempted to explore the issue found no significant changes in basic measures of renal function in such women. The present study was designed to prospectively examine in a complex manner both glomerular and tubular renal function in different degrees of uterine prolapse. In addition, all studied subjects were examined with ultrasound for upper urinary tract obstruction.

Material and methods: Twenty-three women with uterine prolapse of II and III degree according to 17 women without such condition were included. Both groups were matched for age, body mass index and hormonal status, had obstetric/gynaecologic history taken and upper urinary tract scanned with ultrasound for outflow obstruction. The degree of uterine descent was measured in centimeters using a calibrated device, kolpomyometer. Systolic and diastolic blood pressure were taken and mean arterial pressure calculated. The determined measures of glomerular renal function were: creatinin, uric acid, urea, human cystatin C and β_2 -microglobulin concentrations in serum, and uric acid and urea content in daily urine output. The determined measures of tubular renal function were: activity of total N-acetyl- β -D-hexosaminidase in urine and microalbumin concentration in urine. We also calculated creatinin and urea clearance values.

Study groups. We compared women with uterine prolapse with women without such disorder, matched for age, body mass index (BMI) and hormonal status. The initial selection included 154 women, of whom the majority fulfilled one or more of the following exclusion criteria:

- 1) acute and chronic urinary tract diseases, like inflammatory conditions, urolithiasis, diabetes mellitus, Ormond's disease;
- 2) congenital disorders of urinary tract;
- 3) expanding retroperitoneal or pelvic area diseases which could result ureters obstruction;
- 4) survived nephrological or urogynaecological operations.

The complet study was performed for 40 women: 23 women had different degree of the uterine decreasing and it was the study group, 17 didn't have any gynaecological disturbances and composed the control group.

Results: Increased sensitive measures of both glomerular and tubular function such as human cystatin C (1.32 ± 0.44 vs 1.03 ± 0.16 ; $P=0.0365$) and β_2 -microglobulin concentrations (2.52 ± 0.79 vs 2.0 ± 0.47 ; $P=0.0205$) in serum and activity of total N-acetyl- β -D-hexosaminidase (11.57 ± 7.53 vs 6.17 ± 4.07 ; $P=0.0078$) in urine women of the Experimental group compared with the Control group testify to renal impairment due to prolapse-related hydronephrosis.

Conclusions: Our study demonstrates that women with uterine prolapse do show changes in renal function. Increased sensitive measures of both glomerular and tubular function such as human cystatin C and β_2 -microglobulin concentrations in serum and activity of total N-acetyl- β -D-hexosaminidase in urine testify to renal impairment due to prolapse-related hydronephrosis. There is a clear relationship between the degree of uterine prolapse and the degree of renal impairment, the causative link supported by numerous significant correlations.

Sosnowski Marcin, Hamid Sayed, Ali Alina

Primum non nocere – better is the biggest enemy of good

Whanganui DHB, New Zealand

Background: Over-investigation of low-risk patients represents a growing problem in modern medicine. Multiple studies have recently shown that a huge amount of money and resources are being used in clinical practice without any improvement in patient care. The trend towards treating diseases have often led us to forget about the patients themselves and whether they get any benefit from the investigations and treatments we bestow upon them. Using the examples from recent literature and the results of the authors' recent local study we would like to discuss this growing issue.

Material and methods: Literature search using various search engines for evidence of the current trends in medical practice. Our local study was based on the PERC validation study and Wells PE criteria which we combined to minimise the harm to the patients with a low probability of a PE. The pathway was retrospectively tested on over 1 year's worth (125 CTPAs) of patients.

Results: Multiple publications support the theory that unnecessary investigations and treatments are commonly used with no improvement (possibly even result in a worsening) to patient health. Our local study supported this trend- 56% of CTPAs fell into a low risk group. Radiologists reported 2 probable and one possible PE. This gave an incidence rate of positive CTPAs of 4.6%. All 3 PEs reported in this group were small and likely to be of no clinical significance. Based on the PIOPED II study as well as the patients' chart review, 2 were likely to be false positive. This gives a rate of true PEs as 1.4%. This was below the PERC treatment threshold of 1.8% and is likely to have resulted in a net harm.

Conclusions: We need to concentrate on treating the sick patients and limit searching for diseases in the healthy to those at high risk.

Stadnyk Oksana

Pierwsza nefrektomia we Lwowie

Lwowski Regionalny Szpital Kliniczny, Lwów, Ukraina

Cel: Informacja o pierwszej nefrektomii wykonanej we Lwowie.

Urologia, podobnie jak inne wąskie specjalizacje, wyodrębniła się z chirurgii ogólnej pod koniec XIX w. Nowe metody leczenia oraz interwencji operacyjnych stosowane w chorobach układu moczowo-płciowego wprowadzali chirurdzy, których imiona zachowała historia medycyny. Pierwszą nefrektomię na świecie wykonał Gustav Simon w 1869 r. W Polsce, za pionierów uważani są Julian Kosiński oraz Władysław Orłowski, którzy przeprowadzali nefrektomie w latach 1884 i 1885, odpowiednio.

W „Przeglądzie Lekarskim” (PL) (nr 10, 1886) została odnaleziona krótka informacja o wykonaniu nefrektomii przez lekarza-chirurga Antoniego Schattauera (1845-1886) ze Lwowa, przedstawiona przezeń na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich.

W następnej publikacji „Przyczynek do zaotrzewnowego wycięcia hydronefrozy” (PL, nr 19, 1886) autor podał kliniczny opis przypadku, przedstawił technikę nefrektomii, przeprowadzonej z powodu hydronefrozy u siedmioletniego chłopczyka, przebieg okresu pooperacyjnego i wyzdrowienia pacjenta. Operacja miała miejsce 10 lipca 1885 r. w oddziale chirurgicznym Dziecięcego Szpitala św. Zofii. Zgodnie ze statystycznymi danymi Grossa (Hans Gross, 1847-1915) w 1885 r. hydronefroza była wskazaniem do nefrektomii tylko w 21 z 233 przypadków.

O samym A. Schattauerze wiadomo niewiele. Przyszły chirurg urodził się w Czortkowie, w rodzinie lekarza. Uczył się w Czerniowcach i Tarnopolu, w 1869 r. zdobył stopień doktora medycyny i chirurgii na wydziale medycznym Uniwersytetu Krakowskiego. Po studiach przyjechał do Lwowa, odbył staż w oddziale chirurgii Szpitala Powszechnego. W 1875 r. otrzymał posadę lekarza w zarządzie miasta Lwowa, równolegle rozpoczął prywatną praktykę chirurgiczną, był autorytetem, zyskał uznanie i sympatię pacjentów ze wszystkich warstw społecznych. Od 1880 r. A. Schattauer pracował w oddziale chirurgicznym Dziecięcego Szpitala św. Zofii. Zmarł w rozkwicie sił w 1886 r.

Wnioski: Pierwsza nefrektomia wykonana przez Antoniego Schattauera we Lwowie w 1885 r., stała się znanym wydarzeniem w medycznym życiu miasta, a imię chirurga weszło w poczet pionierów urologicznej specjalizacji we Lwowie.

Wykorzystane źródła:

1. Chojna J.W.: Krótki zarys dziejów urologii polskiej. Archiwum historii medycyny. Warszawa, 1989, 52, 2-3, s. 204.
2. Kościński S.: Słownik lekarzy polskich. Warszawa, 1883, s. 444.
3. Przegląd Lekarski, 1886. № 10, s.126.
4. Schattauer A.: Przyczynek do zaotrzewnowego wycięcia hydronefroz. Przegląd Lekarski, 1886, № 19, s. 257-258.
5. Wiczkowski J.: Lwów, jego rozwój i stan kulturalny oraz przewodnik po mieście. Lwów, 1907, s. 304.
6. <http://en.wikipedia.org/wiki/Nephrectomy>.

Stobnicki Marek

Oceny (ranking) lekarzy – dobra czy niezgodna z prawdą informacja

Chicago, USA

Internet i rządowe regulaminy w USA, przyczyniły się do tego, że ranking lekarzy stał się wielkim biznesem (przykładem mogą być rankingi prowadzone przez: Gallup, Press Ganey czy National Research Corporation). Informacje o danym lekarzu zawarte w Internecie przeważnie nie podają właściwych danych o jego dorobku, zainteresowaniach, profilu praktyki, etc.

Wcześniej, ranking lekarzy był używany przez firmy ubezpieczeniowe, żeby kierować pacjentów do lekarzy, u których leczenie było mniej kosztowne. Ostatnio zarządzenia wydane przez obecną administrację USA spowodowały, że kompanie prowadzące ranking zaczęły zarabiać jeszcze więcej, przy czym lekarze i szpitale mają dodatkową biurokrację i zwiększone koszty.

Wprowadzone również ostatnio finansowe stymulacje dla szpitali i lekarzy w celu zwiększenia satysfakcji pacjentów, dodały niespodziewanych problemów, zwiększyły jeszcze bardziej koszty leczenia i postawiły niejednokrotnie lekarzy w etycznie trudnej sytuacji.

Stobnicki Marek

Physician Rankings – good information or misinformation, and it's consequences

Chicago, USA

In age of Internet, and lately government regulations, physician rankings become mega business (Gallup, Press Ganey, National Research Corporation, just to mention few).

Most of available rankings sites has not correct information reflecting physician profile, interest, skills, etc.

Traditionally rankings of the physician was used by private insurance industries to channel patients to less expensive physicians, but new government regulation added unfortunately extra spin to profits of already financially sound ranking companies and increased financial burden to already strained health care providers.

Recent government monetary incentive for physicians and hospitals to increase patient satisfaction, had major unintended consequences by increasing costs and putting physicians in ethical dilemma.

Suszko Aleksandr¹, Mazhejko Mihail²

Wyniki chirurgicznego leczenia chorych z powodu gruczolaków

¹Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej, Szpital Obwodowy w Grodnie, Białoruś

²Katedra i Klinika Chirurgii, UM w Grodnie, Białoruś

Celem pracy była ocena wyników leczenia chorych po resekcji tkanki płucnej z powodu gruczolaków.

Materiał i metody: Na oddziale chirurgii klatki piersiowej Szpitala Obwodowego w Grodnie w latach 2001-2011 leczono 47 chorych z powodu gruczolaków. Spośród nich 74,2% stanowili mężczyźni, 25,8% – kobiety. 73,8% chorych było w wieku 31-49 lat. Rozpoznanie ustalano na podstawie badań klinicznych, RTG, USG klatki piersiowej oraz tomografii komputerowej, które potwierdzano wynikiem badania histopatologicznego. Obecnie zalecanym sposobem postępowania u pacjentów ze stwierdzonymi w obrazie RTG, TK gruczolakami jest usunięcie zmiany.

Wyniki: Pacjentów po 4-miesięcznym leczeniu przeciugruczalcym w Klinice Gruźlicy i Chorób Płuc UM w Grodnie przyjęto na oddział chirurgii klatki piersiowej w Szpitalu Obwodowym. U wszystkich 47 chorych wykonano zabiegi chirurgiczne wykorzystując zmodyfikowaną metodę VATS. U 9 chorych z nieznanym rozpoznaniem histopatologicznym wykonywano doraźne badanie śródoperacyjne. Po zabiegu, w ciągu 3-4 doby, pacjentów skierowano do Kliniki Gruźlicy i Chorób Płuc UM celem kontynuacji leczenia przeciugruczalczego przez okres 4-5 miesięcy. Ogółem, wśród chorych operowanych z powodu gruczolaków, u 13,3% pacjentów nie stwierdzono nawrotu choroby w ciągu 5 lat, a u 8,7% w okresie 10 lat. Dodatkowa analiza leczenia zabiegowego i zachowawczego prowadzonego w latach 1991-2000 wykazała istotne różnice wyników prowadzonych u chorych terapii (p=0,015).

Wnioski: 1. W grupie chorych operowanych z powodu gruźliczaków nie stwierdzano nawrotów choroby natomiast częściej obserwowano je u pacjentów leczonych zachowawczo. 2. Zastosowanie w leczeniu chirurgicznym metody VATS pozwoliło zmniejszyć uraz operacyjny i ilość powikłań pooperacyjnych, wcześniej rozpocząć pooperacyjną terapię przeciwgruźliczą. 3. 8-9-miesięczny okres leczenia przeciwgruźliczego w przypadkach gruźliczaków jest wystarczający, by zapobiegać nawrotom choroby.

Święicki Anatol

Współczesne spojrzenie na relacje lekarz – pacjent

Narodowy Uniwersytet Medyczny im. O.O. Bohomolca, Kijów, Ukraina

Współczesny lekarz zawsze powinien dbać o swój duchowy rozwój. Wygląd zewnętrzny, ubiór, zachowanie powinny być uzewnętrznieniem bogactwa jego świata wewnętrznego. Jednym z ważniejszych warunków prowadzenia skutecznego procesu leczenia jest właściwy kontakt psychiczny lekarza z chorym. Kultura obcowania, zewnętrzny wygląd lekarza, jego sposób badania nie powinny wywoływać u chorego negatywnej reakcji. Ton rozmowy powinien być otwarty, spokojny i pouczający. Znalazło to odzwierciedlenie w znanym aforyźmie polskiego lekarza – filozofa Władysława Biegańskiego: „Nie będzie dobrym lekarzem ten, kto nie jest dobrym człowiekiem”. Pierwszy raz o lekarskiej sztuce obcowania z chorym wspomniał Hipokrates, który napisał „Lekarz ma trzy naboże – słowo, roślinę i nóż. Słowo – na pierwszym miejscu!” Kontakt lekarza z pacjentem może wywoływać u chorego strach czy nerwicę, dlatego też ważne aby unikać używania terminów i wyrażen niezrozumiałych dla chorego mogących wywołać obawy, wątpliwości czy wręcz niepokój. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji zastosowania inwazyjnych metod badań czy wyboru niektórych sposobów leczenia. Postęp technologiczny w medycynie również nie powinien zastępować właściwego kontaktu lekarza z pacjentem zgodnie z dewizą – „Technice – tak, technokratyzmowi – nie!”. Wnikliwie badający lekarz musi pamiętać, że leczy nie tylko chorobę ale przede wszystkim chorego. Uwagi udzielane choremu przez lekarza w trakcie procesu leczenia, odnoszenie się do niego z szacunkiem, wyjaśnianie jego wątpliwości, odpowiadanie na pytania – to wszystko może pomóc w wypracowaniu i podtrzymywaniu motywacji pacjenta do leczenia; przy tym szczególnie ważne jest aby lekarz niezależnie od poziomu wykształcenia chorego mógł znaleźć zrozumiałe dla niego słowa, mogące pobudzić w nim stanowczą chęć wyleczenia.

Svintsitsky Igor

Impaired glucose regulation in hypertensive patients: state of the art and further research perspectives

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Hypertension is an important public health problem, and its prevalence is increasing in Ukraine. In very rare cases hypertension is the only disease, frequently it combines with other pathological conditions, such as diabetes mellitus (DM) or impaired glucose regulation (IGR), also called prediabetes.

The aim of this study is to analyze the data about the influence of IGR on the patients with hypertension, identify the key issues for further research in this field.

Material and methods: Articles from the international academic databases and search engines (SciVerse Scopus, Web of Science, Cochrane Library, SpringerLink, Google Scholar, eLibrary etc) and the Ukrainian medical journals were analyzed.

Results: Early metabolic abnormalities that precede DM are impaired fasting glucose (IFG) and impaired glucose tolerance (IGT). According to the IDF Diabetes Atlas (2010), the prevalence of IGT worldwide is 340 million and it will increase to approximately 462 million people by 2030. Reliable data about the prevalence of IFG is absent.

IGR can reliably predict increased risk of not only type 2 DM but also cardiovascular diseases (e.g., hypertension). IGT is also a risk factor for cardiovascular mortality in hypertensive patients. The DECODE Study demonstrated that the relative risk of cardiovascular mortality for IGT was 1.32 compared with normoglycaemia, for IFG – 1.14.

Preventive measures (e.g., lifestyle modification) have proven to be more effective than pharmacological intervention in preventing or delaying the onset of DM in persons at high risk of developing the disease, such as patients with hypertension and IGR.

Conclusions: IGR (IFG and/or IGT) in patients with hypertension represents an actual problem of contemporary medicine, which requires further research. It is necessary to determine the definite role of IFG and IGT in the clinical course of hypertension and to develop an effective treatment of these patients.

Targoński Janusz S.¹, Suschek Christoph²

Ocena metody własnej przygotowania tkanki tłuszczowej do przeszczepu w odległych wynikach w chirurgii estetycznej

¹Medbeauty Institute, Hagen, Niemcy²Universität Düsseldorf Labor unfallchirurgische Forschungsgruppe, Niemcy

Wyniki autologicznego przeszczepienia tkanki tłuszczowej wykazują nie tylko miejscowe powiększenie pojemności, ale również regenerację okolicznych tkanek. Zjawisko regeneracji występuje zawsze, ale wynik zależy od metody pobierania i przechowywania tkanki tłuszczowej. Zaobserwowanie tego procesu spowodowało wzrost zainteresowania tą metodą wśród badaczy na całym świecie. Ostatnio publikowane doniesienia wykazują, że zawarte w tkance tłuszczowej komórki rozrodcze (*adipose stem cells* – ADSC) mają wysoki potencjał rozmnażania, podobny do mesenchymalnych komórek szpiku kostnego, którego przeszczep jest skomplikowany, a ilość materiału ograniczona. Chcąc wykazać przeżywalność pobranej tkanki tłuszczowej – pobierano materiał różnymi metodami – odsysanie, łyżeczkowanie, wycinanie oraz dodanie różnych środków miejscowo znieczulających. Przygotowując tkankę do przeszczepienia używano metody rozdrabniania poprzez przestrzykiwanie zawartości pomiędzy połączonymi strzykawkami (*tarcie-rubbing*)

Wyniki: Sposób pobierania oraz zastosowanie środka znieczulającego nie mają istotnego wpływu na przeżywalność komórki tłuszczowej. Zamrażanie w celu przechowywania niszczy komórki tłuszczowe. Zastosowana metoda rozdrabniania powoduje zniszczenia części dojrzałych komórek uwalniając komórki rozrodcze, nie niszcząc młodych komórek tłuszczowych, powodując lepsze przyjęcie przeszczepionego materiału.

Wnioski: Przeszczepianie autologicznej tkanki tłuszczowej (*autolipofilling*) jest metodą szeroko stosowaną w chirurgii estetycznej. Metoda „*rubbing*” pozwala przeszczepiać bardzo rozdrobniony materiał igłami 18.G w dowolnych miejscach. W wynikach odległych (6-12 miesięcy) stwierdzano równomierne, gładkie rozprowadzenie przeszczepionego materiału bez tendencji do tworzenia guzków tłuszczowych.

Tołłoczko Tadeusz

Klauzula sumienia. Spojrzenie klinicysty

Warszawa, Polska

W europejskiej starożytności prawdopodobnie pierwszym, który mówił o sumieniu był Pitagoras. Sokrates rozważał problem „rozmowy duszy samej z sobą” i w sytuacjach trudnych i wątpliwych i wsłuchiwał się w *głos swego* „daimoniona”. W XVIII-wiecznej etyce wewnętrzny głos sumienia nazywany został „zmysłem moralnym” (*moral-sense*). Tak, więc pojęcie sumienia nie wymaga wiary i pierwotnie nie wynikało z nakazu „Przykazań kościelnych”. Jest pojęciem świeckim wzbogacającym o moralne nakazy wiary. Problem konfliktu sumienia i przekonań moralnych z prawem stanowionym znany jest od starożytności. Jest wyrazem konfliktu wartości. Według I. Kanta sumienie to głos rozumu wrażliwego na prawdę i dobro. A w odniesieniu do prawa rozum ma być też duszą prawa. („*Ratio est anima legis*”).

Zgodnie z koncepcją ewolucjonizmu Darwina tylko gatunek będący na najwyższym szczeblu „drzewa życia”, a więc ludzie w odróżnieniu od zwierząt, wyposażeni zostali w bardzo precyzyjny instrument, jakim jest sumienie.

Sumienie nie zapewnia bezbłędności. Jakże często jednak stwierdzić możemy, że określony mówca się nie myli tylko po prostu kłamie. Sumienie nie zapewnia też skuteczności. Sumienie w przeciwieństwie do prawa nie posiada fizycznej „*executive power*”. Dlatego tak wiele słyszymy wypowiedzi na temat jego nikłej wartości i konieczności ograniczeń.

Pamiętajmy jednak, że ograniczając rolę sumienia gubi się człowieczeństwo. Pomimo tego, a może właśnie dlatego, istnieją siły pragnące pozbawić człowieka prawa do sumienia, przez jego stopniowe ograniczanie, oraz zacieranie różnic między tym, co legalne, a tym, co moralne.

Pamiętajmy również, że sumienie odróżniać ma dobro od zła, i w żadnym wypadku nie może podlegać i kierować się zbiorem norm prawnych. Toteż A. Einstein przestrzegał: „*Nigdy nie postępuj wbrew swojemu sumieniu nawet, jeśli zażąda tego państwo*”.

Życie bieżące i historia uczą, że więcej zagrożeń dla człowieka istnieje ze strony prawa niż sumienia. Prawo stanowią „trzymający władzę”, a więc silniejsi, a nie sumienie sterowane zasadami moralnymi. Już starożytni Rzymianie mawiali: „*Ius est quod iustum est*” – prawem jest to co jest prawe – a nie to, co mówią legislatorzy. I dlatego „*Non omne licitum honestum*” – nie wszystko, co jest zgodne z prawem jest godziwe, bowiem „*Non veritas, sed auctoritas facit legem*” – nie prawda, lecz władza stanowi prawo. A z władzą jak wiemy różnie bywa.

Ci starożytni Rzymianie mawiali też: „*Homines it quod volunt – credunt*” – ludzie wierzą w to, czego pragną często ze względu tylko na tzw. opłacalność lub koniunkturalne układy, bo „Ludzie bardziej dbają o swoje interesy niż o prawa” (Napoleon). Dlatego myśl w odniesieniu do sumienia i moralności nie rozwija się równoległe do postępu naukowego i technologicznego w lepszym rozumieniu racji moralnych, ale wręcz na uwalnianiu się od tych wymogów i podążaniu w kierunku utylitarystycznych celów pod formalnie tylko niewypowiedzianym hasłem „róbta co chceta”.

Weber Teresa

Jak rozpoznać umieranie?

Szpital Uniwersytecki Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Polska

Rozwój opieki paliatywno-hospicyjnej w świecie pozwolił na określenie zasad, które są przeznaczone do stosowania w przypadku pacjentów w schyłkowym okresie życia. Strategie postępowania opracowane przez specjalistów medycyny paliatywnej przynoszą korzyści chorym, którzy umierają w szpitalach, domach opieki społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych, czy domach, w oparciu o podstawową opiekę zdrowotną. Przestrzeganie zasad postępowania w schyłkowym okresie życia jest utrudnione z powodu braku umiejętności personelu medycznego rozpoznawania procesu umierania. Nie jest to łatwe, ale chorym umierającym z powodu nowotworów towarzyszą charakterystyczne objawy, które są wskazaniem do odstąpienia od terapii daremnych i noszą znamiona uporczywości. Ustalenie, że chory jest umierający jest ważne dla lekarza, aby wdrożył odpowiednio zmodyfikowane leczenie objawowe, kierując się uprzednio wyrażoną wolą chorego odnośnie możliwości terapeutycznych.

Wojtyczka Andrzej

Kontrola bezpieczeństwa i jakości procedur medycznych w Niemczech

Klinik für Allgemeine, Viscerale und Onkologische Chirurgie
Klinikum Bremen Mitte, Bremen, Republika Federalna Niemiec

Kontrola jakości i bezpieczeństwa w służbie zdrowia ma w Niemczech wieloletnią tradycję. Od 1993 r. odbywa się ona w myśl wytycznych, które na szczeblu federalnym dyktuje instytucja KTQ GmbH (*Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen*). Wytyczne te dotyczą wszystkich aspektów funkcjonowania służby zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem jakości (*Qualität*), bezpieczeństwa procedur medycznych, a także przejrzystości i jawności (*Transparenz*) funkcjonowania instytucji medycznych. Kontroli i ustawicznej poprawie jakości świadczonych usług medycznych służą systemy certyfikowania poszczególnych ośrodków narzucające wysokie wymagania dotyczące zarówno kompetencji personelu (ilość specjalistów określonego typu), doświadczenia w leczeniu określonych schorzeń (w przypadku specjalności zabiegowych określonej minimalnej ilości różnego typu operacji wykonywanych w ciągu dwóch kolejnych lat), zaplecza diagnostycznego, technicznego, logistyki, współpracy interdyscyplinarnej, wreszcie działalności naukowo-badawczej. Kliniki spełniające wymagania stawiane ośrodkom specjalistycznym mogą ubiegać się o kolejne, coraz wyższe rangą tytuły: *Kompetenzzentrum*, *Referenzzentrum* oraz *Exzellenzzentrum*. Każdy szpital zobowiązany jest do opracowania tzw. ścieżek terapeutycznych (*Behandlungspfad*), które konkretyzują określone zadania i kompetencje wynikające z algorytmów zalecanych przez międzynarodowe lub federalne towarzystwa naukowe (*Leitlinien*, *Richtlinien*) i przystosowują je do warunków lokalnych. W dziedzinie chirurgii, bezpieczeństwu służą coraz szerzej wprowadzane „check-listy” (*Operationschecklisten*). Szpitale są zobowiązane do prowadzenia szczegółowego rejestru powikłań i zdarzeń niepożądanych. Istnieje też system anonimowego zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Na podstawie analizy tych rejestrów organizowane są szkolenia, mające na celu uniknięcie w przyszłości zaobserwowanych zdarzeń niepożądanych. Kluczowe procedury, np. w chirurgii zabiegi laparoskopowe, kolorektalne itp. objęte są centralną kontrolą jakości. Dla każdego pacjenta sporządzane są formularze jakości (*Qualitätsbogen*). Umożliwiają one ocenę, na jakiej podstawie zakwalifikowano chorego do określonego zabiegu, jak przebiegał sam zabieg, jakie powikłania wystąpiły w czasie zabiegu i po zabiegu, jak się ma np. ocena doszczętności zabiegu onkologicznego dokonana w czasie zabiegu przez operatora do oceny preparatu operacyjnego poddanego badaniu patomorfologicznemu. Przejrzystości i jawności systemu służą coroczne raporty dotyczące ilości określonego typu procedur wykonywanych w danym szpitalu, a także ilości i rodzaju związanych z nimi powikłań. Tego typu publikacje podawane są do publicznej wiadomości, co daje pacjentom możliwość porównania różnych ośrodków i swobodnego, opartego na tej wiedzy wyboru szpitala, w którym chcą się poddać leczeniu.

Wszółek Zbigniew K.

Poszukiwania przyczyn genetycznych choroby Parkinsona i zespołów zwyrodnieniowych mózgu

Mayo Clinic, Florida, USA

Choroby Alzheimera i Parkinsona to dwie najczęściej występujące choroby neurozwyrodnieniowe mózgu. Przyczyny etiologiczne tych chorób, jak i spokrewnionych z nimi innych zespołów neurodegeneracyjnych nadal nie są w pełni znane. W ostatnich dwóch dekadach, czynniki genetyczne leżące u ich podłoża, zostały lepiej poznane. Związane to jest w dużej mierze z ogromnym postępem technologicznym badań genetycznych.

Szybko powiększająca się liczba chorych na te jednostki chorobowe i rosnące koszty opieki powodują, że nakłady finansowe na badania naukowe zarówno z instytucji państwowych, jak i prywatnych znacznie rosną umożliwiając ich dalszy postęp.

W chorobie Parkinsona znanych jest obecnie 18 miejsc genetycznych lub genów ze znanymi mutacjami. Coraz bardziej poznawane są też czynniki ryzyka genetycznego, jak i genetyczne czynniki protekcyjne. Przyczyn genetycznych szuka się również

w takich zespołach zwyrodnieniowych mózgu, jak: postępujące porażenie nadjądrowe, zwyrodnienie korowo-podstawne, czy nawet zanik wieloukładowy, które jeszcze do niedawna uważane były jako zespoły niedziedziczne.

Zrozumienie podstaw genetycznych chorób zwyrodnieniowych mózgu z całą pewnością doprowadzi do postępu zarówno w zapobieganiu, jak i leczeniu tych chorób. W przyszłości, poprzez tak zwaną obecnie terapię indywidualną, będzie można zastosować leczenie farmakologiczne, czy też chirurgiczne specyficzne dla danego defektu genetycznego. Już w chwili obecnej pewne korzyści z badań genetycznych są dostępne dla pacjentów cierpiących na genetycznie uwarunkowane choroby neurozwyrodnieniowe. Precyzyjna diagnoza pozwala na dużo lepszą ocenę rokowania, co niewątpliwie jest istotne dla wielu chorych i ich rodzin. Wielu zdrowych członków rodzin ze znanymi mutacjami decyduje się na przeprowadzenie badania genetycznego na nosicielstwo mutacji z nadzieją, iż będą mogli uczestniczyć w przyszłych badaniach interwencyjnych, czy też z powodów osobistych, takich jak założenie rodziny, kwestii majątkowych i innych.

Prowadzenie większości badań genetycznych wymaga międzynarodowej współpracy. Polskie ośrodki naukowe i polscy naukowcy współpracują szeroko i efektywnie z wieloma ośrodkami zagranicznymi, przyczyniając się do zrozumienia podłoża genetycznego tych chorób w polskiej populacji i z korzyścią dla innych populacji.

Wysocka-Bąkowska Maria Magdalena

Ból głowy: wyzwanie dla lekarza i pacjenta. „Tylko” czy „aż” ból głowy?

Ciekawe przypadki. Nietypowe migreny

Gabinet Lekarski i C.M. ENEL-MED., Warszawa, Polska

Wieloletnia praktyka i obserwacja pacjentów z bólami głowy uczy coraz większej ostrożności i pokory. Uczymy się od pacjentów. Niestety dominują postawy lekceważenia lub zbywania czy unikania pacjentów z bólem głowy, jako nieistotnych, męczących, odsyłanych dalej.

Pacjent trafia do „eksperta” po latach doświadczeń, po wielu konsultacjach, sfrustrowany, zmęczony i oczekuje cudu. Pierwsza wizyta powinna być długa i obejmować wyczerpujący wywiad, analizę dotychczasowego leczenia, ale też poznanie pacjenta, nawiązanie kontaktu, porozumienia i wzajemnego zaufania.

Żaden samoistny ból głowy nie zwalnia nas z uważnej obserwacji, nie wyklucza współistnienia innych schorzeń: zapalnych, zakrzepowych, niedokrwiennych czy nawet guza. Pacjent miewa też inne choroby, przyjmuje różne leki, ma często złożone problemy osobiste, rodzinne i zawodowe.

Umiejętne, solidne i dokładne przeanalizowanie wszystkich tych czynników pozwala na wspólne ustalenie metod postępowania.

Badania neuroobrazowe bywają cennym uzupełnieniem, odgrywają rolę diagnostyczną, ale i leczniczą, pozwalając na wyciszenie niewypowiedzianych obaw.

Pacjent musi odgrywać czynną rolę w procesie leczenia.

Warto zlecać szersze badania; spotykamy zaburzenia biochemiczne, koagulopatie, zaburzenia metaboliczne i hormonalne, które często wywołują lub nasilają bóle głowy. Ważna jest współpraca z lekarzami innych specjalności i z lekarzem rodzinnym.

Prezentacja wybranych nietypowych i skomplikowanych przypadków migreny powikłanej i objawowych bólów głowy.

Zając Robert

Aktywność polityczna polskich lekarzy – wybrane sylwetki z historii polskiej medycyny

Szwajcaria

Duże zainteresowanie publikacją „Lekarze i polityka na przestrzeni dziejów” zachęciły autora do jej rozszerzenia o temat związany z aktywnością polityczną polskich lekarzy. Celem prezentacji jest przedstawienie sylwetek kilku lekarzy polskich, którzy zdecydowali się na kariery wykraczające często poza standardowe rozumienie wykonywania zawodu lekarskiego.

1. Józef Dietl, ur. 24.01.1804 r. w Pobużu koło Sambora, zm. 18.01.1878 r. Lekarz, polityk, profesor i rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego. Jako Rektor UJ popierał jego autonomię, swobodę władz uczelni w obsadzaniu katedr, tworzenie samorządu uniwersyteckiego i stowarzyszeń studenckich. Usunięty z tej funkcji przez rząd austriacki za zadanie wprowadzenia języka polskiego, jako języka wykładowego. Od 1861 r. był posłem na sejm galicyjski i zabiegał o autonomię Galicji. Był prezydentem Krakowa w latach 1866-1874.

2. Adam Asnyk, ur. 11.09.1838 r., zm. 2.08.1897 r. Ukończył Akademię Medyko-Chirurgiczną w Warszawie. Jako dwudziestolatek zaangażował się w pracę konspiracyjną. Gdy w 1860 r. jego działalność wykryto, został aresztowany i uwięziony w X Pawilonie Cytadeli Warszawskiej. Po wypuszczeniu, mimo słabego zdrowia, wziął udział w Powstaniu Styczniowym. Po jego klęsce współtworzył tzw. wrześnieowy rząd narodowy, w którym pełnił odpowiedzialne funkcje polityczne i wojskowe.

3. Tadeusz Kamil Marcjan Żeleński: pisarz, poeta i satyryk, ur. 21.12.1874 r., zm. 4.07.1941 r. we Lwowie. W latach 1892-1900 studiował medycynę na Uniwersytecie Jagiellońskim. Działalność polityczną prowadził na łamach czasopisma, które sam redago-

wał. Wstawiał się za równouprawnieniem kobiet, ich prawem do antykoncepcji i przerywania ciąży, atakował kler za podwójną moralność i hipokryzję. W dniu 19.11.1939 r. podpisał oświadczenie niektórych polskich autorów, w którym to akceptował aneksje Zachodniej Ukrainy przez ZSRR.

4. Mieczysław Jan Michałowicz: lekarz, działacz polityczny i społeczny, wolnomularz, senator IV kadencji w II RP w latach 1935-1938 wybrany przez Sanację, poseł w latach 1935-1938, w 1939 r. został pierwszym Prezesem Zarządu Głównego SD. Protestował przeciwko instytucji „getta ławkowego”. Podczas wojny więziony przez hitlerowców. Po 1944 r. zaangażował się w reaktywację Stronnictwa Demokratycznego – już koncesjonowanego. W latach 1945-1949 był prezesem rady naczelnej SD, po 1949 r. honorowym prezesem SD. Poseł w latach 1945-1952 do Krajowej Rady Narodowej potem do Sejmu Ustawodawczego. Został współzałożycielem Stronnictwa Demokratycznego.

5. Ludwik Rejman, ur. 1.11.1881 r., zm. 1965 r. w Paryżu. Dyplom lekarza medycyny uzyskał po studiach w Krakowie w 1906 r. Jeden z założycieli UNICEF i był jej pierwszym przewodniczącym 1946/1950, organizacji udzielającej pomocy dzieciom i osobom prześladowanym. Sympatyzował z Polską Partią Socjalistyczną i rewolucją 1905 r., za co został przez władze carskie aresztowany w 1906 r. W czasie II Wojny Światowej był politycznym doradcą rządu polskiego na uchodźstwie.

6. Bolesław Ignacy Wieniawa-Długoszowski, ur. 22.07.1881 r., zm. 1942 r. w Nowym Jorku. Z wyróżnieniem ukończył studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie w 1906 r., uzyskując dyplom doktora wszechnauk lekarskich. Generał dywizji Wojska Polskiego dyplomata i wolnomularz, osobisty adiutant Józefa Piłsudskiego. Formalnie przez 1 dzień „następca” prezydenta RP. Redaktor naczelny „Dziennika Polskiego” w Dittroit. W listopadzie 1921 r. został mianowany attache wojskowym w Bukareszcie, tam wziął udział w pracach nad konwencją polsko-rumuńską podpisaną w kwietniu 1922 r. Do 13.06.1940 r. pełnił funkcję ambasadora RP w Rzymie. W marcu 1942 r. otrzymał nominację na ambasadora na Kubie.

7. Felicjan Sławoj-Składkowski, minister spraw wewnętrznych od 1926-1931 r., następnie minister obrony narodowej i prezydent państwa polskiego od 13 maja 1936 r. Dyplom lekarza uzyskał po ukończeniu studiów na Uniwersytecie Jagiellońskim w 1911 r.

Kariery tych osób wskazują, że dyplom lekarski nie jest przeszkodą w prowadzeniu szerszej działalności na rzecz całego społeczeństwa.

Ks. Zawalniuk Władysław

Oczyszczający post – wielowiekowa praktyka dietetyczna stosowana przez wyznawców chrześcijaństwa

Polonia Medyczna w Mińsku i Mińskiego Obwodu, Białoruś

Wśród wyznawców chrześcijaństwa od wielu wieków praktykowane jest stosowanie tzw. oczyszczającego postu, który to jako metoda w zmodyfikowanej formie stał się jednym z istotnych elementów leczenia dietetycznego w praktyce klinicznej. Efektem takiej terapii są nie tylko zmiany metaboliczne ale również przywrócenie integralności duchowo-somatycznej człowieka. Ma to ogromne znaczenie w obecnym świecie, gdzie współczesny człowiek liczy tylko na pomoc z zewnątrz i nieograniczone możliwości medycyny.

Żukowski Dymitr

System kształcenia lekarzy na Białorusi. Możliwości powrotu lekarzy pochodzenia polskiego z Białorusi do Macierzy

Samodzielny Publiczny Szpital nr 1 im. Tadeusza Sokołowskiego, Szczecin

Narodowe Centrum Badawcze „Matka i Dziecko”, Mińsk, Białoruś

Cel: Zapoznanie lekarzy z sytuacją w środowisku lekarskim na Białorusi i problemami powstającymi wśród lekarzy pochodzenia polskiego w związku z decyzją o powrocie do Macierzy.

Większość Polaków na Białorusi należało do najniższych warstw społecznych, co decydowało o niskim odsetku polskich lekarzy. Proces asymilacji sprawił, że stopniowo polscy lekarze zaczęli odnosić sukcesy zawodowe. Program nauczania studentów na Wydziale Lekarskim na Białorusi niewiele się różni od obowiązującego w Polsce. Na VI roku przewidziane jest rozsyłanie lekarzy z przymusowym skierowaniem na miejsce pracy i wyborem specjalizacji uwzględniając zapotrzebowanie na specjalistów w określonych miejscowościach.

Specjalizacja na Białorusi: Kształcenie specjalisty I stopnia obejmuje roczny staż specjalizacyjny. Często decyzja komisji dystrybucyjnej nie uwzględnia predyspozycji studenta, co powoduje wybór specjalizacji według miejsca pracy, a wbrew woli lekarza. Termin pracy lekarskiej zgodnie z dystrybucją – 2 lata. Przy odmowie przybycia na miejsce pracy przewiduje się uiszczenie kosztów nauki (45 tys. zł). Roczny staż specjalistyczny nie pozwala na odpowiednie przygotowanie specjalisty. Jednak nauczanie lekarzy na stażu jest bardzo intensywne.

Etapy powrotu lekarzy pochodzenia polskiego do Macierzy.

Obowiązek nostryfikacji dyplomu. (koszt 3500 zł). Koszty nostryfikacji przy niezdanym egzaminie nie są zwracane. Przy odnalezieniu niezgodności w programie nauczania nostryfikujący lekarz ponosi koszty kursów uzupełniających;

Zdanie egzaminu ze znajomości języka polskiego w NIL;

Odbycie rocznego stażu podyplomowego;

Zaliczenie LEK;

Po ukończeniu stażu i zdaniu LEKu można ubiegać się o specjalizację. Ilość miejsc na specjalizację jest ograniczona.

Wnioski i propozycje:

Warunki pracy lekarzy na Białorusi powodują masowe poszukiwanie nowych rozwiązań;

Zawiłe procedury odnośnie otrzymania prawa wykonywania zawodu w Polsce nie powodują napływu lekarzy z Białorusi;

Na wyjazd za granicę decydują się najczęściej białoruscy lekarze z doskonałymi umiejętnościami i dobrze przygotowani do zawodu, którzy potrzebują indywidualnego podejścia przy pokonaniu wszystkich administracyjnych procedur na drodze uzyskania prawa wykonywania zawodu;

Ułatwienie procesów organizacyjnych przy uzyskaniu prawa wykonywania zawodu lekarza spowodowałoby zwiększenie napływu lekarzy z Białorusi, szczególnie polskiego pochodzenia i w pewnym stopniu uzupełnienie lekarskiej luki kadrowej w Polsce;

Unifikacja systemu nostryfikacji dyplomów białoruskich we wszystkich uczelniach medycznych w Polsce. Uwzględnienie uzyskanych stopni na uczelni na Białorusi przy wydaniu decyzji o nostryfikacji. Ułatwienie procedury nostryfikacji dyplomu dla lekarzy, którzy skończyli uczelnię więcej niż 10 lat temu;

Rozważenie możliwości zmniejszenia opłat nostryfikacyjnych dla lekarzy pochodzenia polskiego;

Możliwe zniesienie lub skrócenie stażu podyplomowego dla lekarzy z Białorusi;

Czas trwania specjalizacji powinien być zależny od długości okresu pracy i doświadczenia konkretnego białoruskiego lekarza w swojej specjalizacji.

Indeks nazwisk Autorów wystąpień

- A**
Adamowicz-Klepalska B. 94
Aleksa A. 98
Ali A. 127
- B**
Bankiewicz K. 94
Biesaga T. 95
Bogucka A. 95
Bondarewa O. 96
Budzyrna-Dawidowska A. 96
- C**
Chądzyński R. 111
Chervinskaya A. 97
Cichon J. 97
Czarnobilska E. 98, 116
Czarnobilski K. 98
- D**
Demidik S. 98
Diakowska-Kosidło J. 126
Dnistrzańska A. 99
Dobradin A. 100
Dolgaya N. 100
Domagała-Kulawik J. 111
Dowgierd K. 100
Drabik A. 101
Drabik R. 101
Duda B. 101, 114
Dyga W. 116
Dynnyk N. 102
Dzekan O. 102
Dzeman M. 102
- G**
Ghidirim N. 101
Glazunowa I. 102
Grodzicki T. 103
Gryglewski R.W. 104
Grzymała-Moszczyńska H. 104, 105
Gumeniuk A. 99
Guzik T.J. 105
- H**
Hamid S. 127
Humeniuk A. 105, 106
- J**
Jebel V. 105
Jóźwik M. 126
Jóźwik M. 126
- K**
Kajetanowicz A. 106, 107
Kaliniczenko T. 102
Karpenko N.W. 109, 110
- Kasina J. 108
Kautsch M. 108
Kędzierska J. 116
Khomenko W. 102
Komarowska B. 126
Konopka P. 108
Konturek P.C. 108
Koput A. 126
Kosiaty J. 109
Kostenko T.W. 109, 110
Kostiuczenko A.W. 110
Kozłowska K. 126
Królikowski K. 111
Krywenko G.A. 109, 110
- L**
Laidler P. 111
Lalik B. 98
Leszek J. 112
Lipski D. 112
Lis G. 98
- M**
Majkowski R. 112
Matyja A. 113
Mazhejko M. 128
Mazurek J. 113
Mąka A. 111
Mereuță I. 114
Mikołajczyk M. 116
Miłek B. 103, 114
Misiak A. 115
Myszkowska D. 116
- N**
Nowakowski M. 116
- O**
Obtułowicz K. 98, 116, 117
Okyuta V. 117
Olejniczak P. 118
Olszynski W.P. 118, 119
Opolski G. 111
Owsianowska E. 106
- P**
Pawlus M. 104, 105
Pąsowicz M. 119
Pietrzycki B. 126
Piękoś W. 120
Pihalkova L. 98
Pokorska J. 120
Pokorski J. 120
Pop R. 99
Procopișin L. 123
Przybyła A.K. 121
Pułyk A. 121
- R**
Radwańska E. 122
Rolik V. 106
Rotaru A. 123
Rotaru-Lungu C. 123
Rotkiewicz K. 124
Rudnicki M. 124
- S**
Sakovich O. 105
Savycka A. 99
Scaletchi V. 123
Schreyer K. 125
Serdiuk W. 125
Siwicka B. 126
Smalec A. 100
Smektała T. 100
Sosnowski M. 127
Sosnowskaite N. 126
Sporniak-Tutak K. 100
Stadnyk O. 127
Stobnicki M. 128
Suschek Ch. 130
Suszko A. 128
Svet W. 114
Svintsitskyy A. 100, 102
Svintsitskyi I. 129
Szczepanik A.B. 115
Szłęk R. 98
- Ś**
Święcicki A. 102, 129
- T**
Targoński J.S. 130
Tołłoczko T. 130
Tytarenko N.W. 110
- W**
Walecki J. 126
Weber T. 131
Wilczynski G. 105
Wojtyczka A. 131
Wszolek Z.K. 131
Wysocka-Bąkowska M.M. 132
Wysocka J. 126
Wysoczańska T.G. 109, 110
Wysoczański A.W. 109, 110
- Z**
Zagórska M. 116
Zajac R. 132
Zawalniuk W. 133
- Ż**
Żukowski D. 133

REGULAMIN PUBLIKOWANIA PRAC

Wiadomości Lekarskie (Wiad Lek) zamieszczają artykuły naukowe poświęcone medycynie klinicznej i problemom bezpośrednio z nią związanym, jako:

- a – prace oryginalne,
- b – prace poglądowe,
- c – obserwacje kazuistyczne,
- d – specjalne opracowania edukacyjne (zamawiane),
- e – sprawozdania ze zjazdów naukowych,
- f – oceny książek medycznych,
- g – listy do redakcji i polemiki,
- h – artykuły redakcyjne,
- i – inne prace.

Redakcja przestrzega zasad zawartych w Deklaracji Helsińskiej, a także w Interdisciplinary Principles and Guidelines for the Use of Animals in Research, Testing and Education, wydanych przez New York Academy of Sciences' Adhoc Committee on Animal Research. Wszystkie prace odnoszące się do ludzi lub zwierząt muszą być przygotowane zgodnie z zasadami etyki.

Zasady recenzowania prac

Wstępnej oceny tekstów dokonuje Redakcja. Prace niespełniające podstawowych warunków publikacji są odrzucane. Materiały niekompletne lub przygotowane w stylu niezgodnym z zasadami podanymi poniżej odsyłane są autorom bez oceny merytorycznej. Pozostałe artykuły zostają zarejestrowane, a następnie są przekazywane anonimowo do oceny niezależnemu recenzentowi. W razie jakichkolwiek uwag recenzenta, praca jest odsyłana do poprawy autorowi. Do publikacji zostaje przyjęta po wprowadzeniu zasygnowanych zmian.

Konflikt interesów

Jednocześnie z nadesłaniem pracy jej autorzy są zobowiązani do ujawnienia wszelkich zobowiązań finansowych, jeżeli takie istnieją, pomiędzy autorami i firmą, której produkt ma istotne znaczenie w nadesłanej pracy lub firmą konkurencyjną. Informacje te są poufne. Prace sponsorowane przez firmę bezpośrednio zainteresowaną jej opublikowaniem muszą być wyraźnie oznaczone, a warunki ich druku uzgodnione z Redakcją. Każdy konflikt interesów, który powstanie w związku z nadesłanym manuskrypcem, będzie rozwiązywany zgodnie ze stanowiskiem Międzynarodowego Komitetu Wydawców Czasopism Medycznych (Lancet 1993; 341: 742).

Pozwolenie na druk

Autor/autorzy artykułu muszą potwierdzić prawa autorskie do nadesłanej pracy (Oświadczam, że artykuł jest moim/naszym oryginalnym dziełem i nie narusza praw autorskich innych osób, nie był wcześniej publikowany i nie jest przesłany redakcji innego czasopisma. Po jego publikacji wszystkie prawa autorskie przekazuję/przekazujemy Redakcji Wiadomości Lekarskich). Oświadczenie należy przesłać e-mailem wraz z pracą oraz podpisane własnoręcznie pocztą bądź faksem na adres Redakcji. Jeżeli materiał był już wcześniej opublikowany, należy do niego dołączyć pisemną zgodę na ponowne wydanie, zarówno od poprzedniego wydawcy, jak i autorów oryginalnej pracy.

Zastrzeżenie

Redakcja oraz Wydawca dokładają wszelkich starań, aby informacje publikowane w czasopiśmie były wiarygodne i dokładne. Jednakże opinie wyrażane w artykułach czy reklamach są publikowane na wyłączną odpowiedzialność autorów, sponsorów lub reklamodawców. Redakcja zastrzega sobie także prawo dostosowywania nadesłanych materiałów do potrzeb pisma, dokonywania poprawek i skrótów tekstu. Ostateczna wersja pracy jest przesyłana wyłącznie autorom, którzy podali kontaktowy adres e-mailowy. Wszelkie sugestie i zmiany są przyjmowane w terminie do trzech dni od daty wysłania e-maila. Brak odpowiedzi w podanym terminie jest równoznaczny z akceptacją przez autora nadesłanego do niego materiału.

Przygotowanie pracy do druku

Prace do publikacji prosimy przysyłać za pośrednictwem poczty elektronicznej do Sekretarza Wydawnictwa: j.grocholska@blue-sparks.pl.

Objętość prac oryginalnych nie powinna przekraczać 10 stron znormalizowanego wydruku komputerowego (czcionka Times New Roman 12, format A4, odstęp pomiędzy

wierszami 1,5), poglądowych – 12 stron, a kazuistycznych – 6 stron (łącznie z tabelami i rycinami). Przedstawione limity nie obejmują streszczeń i piśmiennictwa.

Każda praca powinna posiadać: tytuł w języku polskim i angielskim, imię i nazwisko autora/autorów, nazwę instytucji, w której pracuje/pracują autor/autorzy, tytuł naukowy, imię i nazwisko Kierownika Ośrodka, w którym wykonywano pracę. W przypadku, gdy autorzy pochodzą z różnych ośrodków należy podać przy ich nazwiskach odnośniki do konkretnych jednostek.

Następnie należy podać streszczenie pracy w języku polskim i angielskim oraz słowa kluczowe (polskie i angielskie). Na końcu pracy należy umieścić piśmiennictwo oraz adres do korespondencji do jednego z autorów (imię, nazwisko, adres, telefon oraz e-mail).

Streszczenie i słowa kluczowe. Prace oryginalne powinny mieć streszczenie w języku polskim i angielskim zawierające 150–250 słów. W streszczeniu pracy oryginalnej należy wyodrębnić cztery akapity zatytułowane: Wstęp, Materiał i metody, Wyniki, Wnioski (Introduction, Material and methods, Results, Conclusions). Pod streszczeniem należy umieścić od 3 do 10 słów lub wyrażen kluczowych (w języku polskim i angielskim), w miarę możliwości zgodnych z Medical Subject Headings Index Medicus. Praca poglądowa i kazuistyczne powinny zawierać streszczenie w języku polskim i angielskim zawierające do ok. 200 słów. Pod streszczeniem, podobnie jak w przypadku prac oryginalnych, należy umieścić od 3 do 10 słów lub wyrażen kluczowych w obu językach.

Tekst. Prace oryginalne należy podzielić na następujące części: Wstęp, Materiał i metody, Wyniki, Dyskusja, Wnioski, a tekst należy podzielić na ustępy zawierające zwartą treść. Prace poglądowe i opisy przypadków mogą być podzielone w inny sposób.

Piśmiennictwo. Na końcu pracy należy umieścić piśmiennictwo, które musi być ułożone i ponumerowane według kolejności cytowania w tekście pracy, a nie w porządku alfabetycznym. Skrótów tytułów czasopism powinny być zgodne z Index Medicus. Każda pozycja – pisana od nowego wiersza, powinna być opatrzona numerem i zawierać: nazwisko (nazwiska) i inicjały imion autora(ów), tytuł pracy, nazwę czasopisma, w którym została opublikowana, rok wydania, nr tomu (cyframi arabskimi), nr zeszytu, numer strony początkowej i końcowej. Jeśli autorów jest siedmiu lub więcej, wówczas należy podać nazwisko trzech pierwszych z dopiskiem „i wsp.:". W przypadku cytowania książek należy wymienić: kolejny numer pozycji, autora, tytuł, wydawcę, miejsce i rok wydania. Powołując się na treść rozdziału książki, należy podać: nazwisko autora, inicjały imion, tytuł rozdziału, nazwisko autora (redaktora) książki, inicjały imion, tytuł książki, wydawcę, miejsce i rok wydania, przedział stron. Powołania w tekście, umieszczone w nawiasach kwadratowych, powinny być oznaczone cyframi arabskimi.

Ryciny, wykresy, rysunki, slajdy, fotografie czarno-białe i kolorowe powinny być opisane cyframi arabskimi i przesłane w osobnych plikach. Nie wolno umieszczać rycin i fotografii w plikach tekstowych. Ich opisy należy przesłać w osobnym pliku. Każda fotografia i rycina powinna być zapisana jako JPG, TIFF lub EPS o rozdzielczości 300 DPI. Wykresy powinny być zapisane w programie Microsoft Excel lub w wyżej wymienionych formatach.

Tabele powinny być zapisane w programie Microsoft Word. Każda z nich powinna być umieszczona na oddzielnej stronie, ponumerowana cyframi rzymskimi, a u góry opatrzona tytułem.

Przesłane materiały wraz z recenzją pozostają w dokumentacji redakcji.

Wydawca nabywa na zasadzie wyłączności ogół praw autorskich do wydrukowanych prac (w tym prawo do wydawania drukiem, na nośnikach elektronicznych CD i innych oraz w Internecie). Dopuszcza się natomiast drukowanie streszczeń bez zgody Wydawcy.

Autorzy prac otrzymują bezpłatnie egzemplarz czasopisma. Zespoły autorskie – nie więcej niż 4.

Wydawca i redakcja nie ponoszą odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń.

Czasopismo to jest przeznaczone tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. Nr 126, poz. 1381, z późniejszymi zmianami i rozporządzeniami).