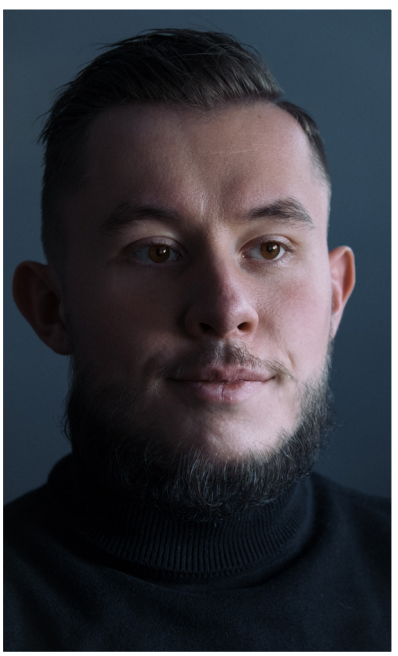


LEGE ARTIS

STUDENCKI KWARTALNIK MEDYCZNY

NUMER 3
ISSN 2544-0934



Przed nami nowy rok, który przyniesie nowe wyzwania, nadzieje i wiele zmian. Prawie dwa miesiące temu byliśmy świadkiem rozpoczęcia ożywionej dyskusji na temat przyszłości ochrony zdrowia wywołanej przez Protest Rezydentów. Pomimo intensywnych działań środowiska na rzecz poprawy sytuacji dalej nie wiadomo, co mogą przynieść następne miesiące czy lata. Wiem natomiast, że wśród Was jest wiele aktywnych osób, które biorą sprawy w swoje ręce i działają. Takich osób potrzeba, by zmieniać naszą przyszłość!

Mam nadzieję, że artykuły prezentowane w tym wydaniu przypadną Wam do gustu i pomogą spojrzeć na problemy w nich przedstawiane z nowej perspektywy.

Życzę Wam udanej zabawy sylwestrowej oraz pomyślnego Nowego Roku! Jak zawsze zapraszam do śledzenia naszej strony i profilu na Facebook'u. Zdradzę Wam, że w najbliższym czasie możecie spodziewać się wielu zmian i niespodzianek!

Mateusz Stajner,
Redaktor Naczelny

Spis treści

Pleiotropowe działanie witaminy D.....	4-7
Szczepienia przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego.....	8-11
„Głos studentów wspiera rezydentów” - rozmowa z Aleksandrą Macurą...	12-16
Komunikacja lekarz - pacjent. Odpowiedzialne partnerstwo.....	17-20
Wpływ chorób przyzębia na choroby sercowo-naczyniowe.....	21-24
Organizacje studenckie.....	26-31

Redakcja:

Jakub Bielak
Sylwia Dobiech
Aleksandra Janik
Justyna Kata
Aleksandra Nowicka
Katarzyna Żak
Bartłomiej Żotniarczyk

Redaktor naczelny:

Mateusz Stajner

Wydawca:

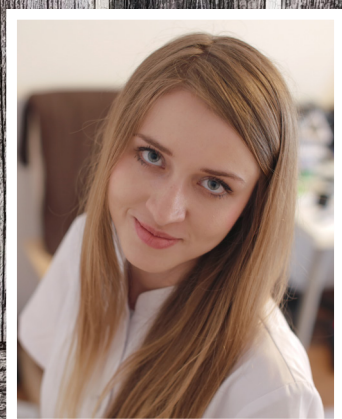
Mateusz Stajner

Kontakt z redakcją:

la.redakcja@gmail.com

Zdjęcia oraz grafiki wykorzystane za zgodą autorów.
ISSN 2544-0934

Pleiotropowe działanie witaminy D



mgr Aleksandra Janik - edukator żywieniowy
oraz absolwentka Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego na kierunku dietetyka kliniczna.

Witamina D została odkryta w trakcie badań zapobiegających krzywicy. W połowie XV wieku opublikowano badania na temat zależności między częstotliwością występowania krzywicy, a nasłonecznieniem, pierwotnie do leczenia tego schorzenia wykorzystywano olej z wątrób rybich.

Istnieją 3 formy witaminy D, jednak tylko związek 25-hydroksycholekalcyferol (witamina D₃), jest aktywny biologicznie i może być syntetyzowany przez ludzki organizm po odpowiedniej ekspozycji na słońce [1].

Witamina D w obecności kwasów tłuszczowych, kwasów żółciowych, triglicerydów wchłaniana jest w jelicie cienkim z produktów spożywczych. Następnie razem z chylomikronami przez układ limfatyczny, transportowana jest do krwioobiegu. W organizmie człowieka jest niezbędna do prawidłowego funkcjonowania układu kostnego, wzmacnia układ immunologiczny oraz jest witaminą o charakterze hormonalnym, uczestnicząc w licznych procesach zachodzących w ustroju, działa podobnie do hormonów steroidowych. Dodatkowo stymulując produkcję limfokin, hamuje różnicowanie komórek nowotworowych, np. raka piersi, raka prostaty, raka jelita grubego [3, 4]. Kalcytriol ma znaczenie dla funkcjonowania wielu komórek i narządów, wpływa na układ sercowo-naczyniowy, układ odpornościowy, układ mięśniowy, a także ma istotne znaczenie w profilaktyce chorób nowotworowych, poprawia nastrój i samopoczucie [1]. W ostatnich latach odkryto wielokierunkowe działanie witaminy D, ponadto zaobserwowano związek pomiędzy niedoborem witaminy D i ryzykiem nadciśnienia, dyslipidemii oraz procesami metabolicznymi [4]. Dodatkowo zapobiega i łagodzi stany zapalne skóry, a także warunkuje utrzymanie prawidłowego słuchu, utrzymując odpowiedni stan kosteczek ucha wewnętrznego [5].

Niska zawartość witaminy D jest powszechna zarówno u dzieci, młodzieży, dorosłych, jak i u osób w podeszłym wieku. Skórna produkcja witaminy D zwykle jest niewystarczająca do pokrycia dobowego zapotrzebowania na witaminę. Na efektywność nasłonecznienia ma wpływ wiele czynników, m.in. pora dnia, pora roku, pogoda, czas ekspozycji na słońce oraz grubość tkanki tłuszczowej [6]. Zawartość witaminy D w organizmie zależy także od powierzchni ciała wystawionej na promienie słoneczne, starzenia się skóry, pigmentacji, położenia geograficznego (niedobór dotyczy szczególnie osób zamieszkujących powyżej 33° szerokości geograficznej). Na niedobór witaminy D₃ i jej metabolitów narażone są osoby, które większość czasu spędzają w pomieszczeniach zamkniętych, pozbawionych promieni słonecznych,

a także osoby stosujące kremy z filtrem ochronnym. Czynnikiem ryzyka jest także dieta uboga w produkty zawierające witaminę D (żółtko jaja kurzego, tłuste ryby morskie), brak suplementacji oraz produktów fortyfikowanych [7]. Przyczyną niedoboru witaminy D u osób w podeszłym wieku może być zaburzona synteza skórna, a także zmniejszone wchłanianie i nieprawidłowości w krążeniu jelitowo-wątrobowym, które prowadzą do wzmożonego wydalania witaminy D. U osób starszych niedobór witaminy D sprzyja demineralizacji, zniekształceniu kośćca, zrzeszotnieniu i porowatości układu kostnego [8]. Zaobserwowano także odwrotną zależność między stężeniem witaminy D, a otyłością, zatem hipowitaminoza może sprzyjać gromadzeniu nadmiernej masy ciała i tkanki tłuszczowej [7].

Hipowitaminoza u kobiet w ciąży, kobiet karmiących i osób dorosłych powoduje rozmiękczenie kości (osteomalację), odwapnienie [8]. Niedobór witaminy D u kobiet w ciąży powoduje defekty szkliska u dzieci. Niskie stężenie witaminy D może przyczynić się do zaostrzenia astmy oraz może być związane z zaburzeniami płodności, ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia stanu przedrzucawkowego, a w konsekwencji także do poronienia oraz przyczynia się do konieczności cesarskiego cięcia i depresji poporodowej [9].

Konsekwencje niedoboru związane są przede wszystkim z zaburzeniami gospodarki wapniowo-fosforanowej, prowadzące m.in. do demineralizacji kości (na skutek uwalniania wapnia i fosforanów z kości), osteoporozy (nadmierna kruchość kośćca), osteomalacji (rozmiękanie kośćca) oraz objawów im towarzyszących: bóle (kręgosłupa, miednicy, kończyn dolnych), osłabienia siły kostnej [10]. Ponadto hipowitaminoza może być związana ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia powikłań pozaszkieletowych, np. zespołu metabolicznego, cukrzycy typu 2 [7, 11], chorób nowotworowych, sercowo-naczyniowych [11]. Niedobór witaminy D może prowadzić do zaburzeń w funkcjonowaniu mięśni oraz nasilić postępujący zanik siły mięśniowej.

Natomiast u dzieci niedobór witaminy D powoduje krzywicę, przyczyniającą się do opóźnionego zrastania ciemiączka i szwów czaszkowych [10], a także opóźnionym wyrastaniem zębów mlecznych i stałych oraz upośledzenie zębiny i emalii zębowej. Niedobory we wczesnym etapie życia mogą skutkować drgawkami, osłabieniem siły mięśni oraz mogą powodować skurcze mięśniowe oraz wystąpienie tężyczki (nadmiernej pobudliwości mięśni) [3]. Dodatkowo zmniejszenie mineralnych zasobów kośćca może przyczynić się do deformacji klatki

piersiowej, tzw. „kurzy mostek” i pałkowatości kończyn [1].

Algorytm ustalenia właściwych dawek leczniczych powinien uwzględniać wyjściowe stężenie 25(OH)D w surowicy krwi, masę ciała pacjenta oraz czas terapii. W indywidualnej terapii osób dorosłych, całkowitą dawkę można obliczyć za pomocą wzoru [14]. Obecnie niedobór rozpoznaje się u ok. 40% dzieci i dorosłych, których stężenie 25(OH)D w surowicy krwi wynosi <20 ng/ml i 60% <30ng/ml [13].

CAŁKOWITA DAWKA TERAPII (IU)

$$= 40 * (75 - \text{stężenie } 25(\text{OH})\text{D nmol/l w surowicy pacjenta}) * \text{masa ciała [kg]} \quad [14]$$

Uzyskaną dawkę należy podzielić na dawki tygodniowe lub dzienne, proces leczenia należy rozłożyć na 2-3 miesiące [14].

Zapotrzebowanie na witaminę D zależy od następujących czynników [14]:

- Pora roku i następcznienie - w miesiącach jesienno- zimowych i wczesną wiosną oraz na terenach mało następcznionych zapotrzebowanie jest zwiększone.
- Wiek - zwiększone zapotrzebowanie występuje w okresie intensywnego wzrostu u dzieci, a także w sytuacji odmiennego stanu fizjologicznego (np. ciąża, laktacja) oraz w wieku starszym.

Witaminę D należy suplementować przez cały rok, gdyż nie jest ona magazynowana w organizmie. W Polsce częstość występowania niedoboru witaminy D jest bardzo wysoka i rośnie wraz z wiekiem [15, 16].

Obecnie plejotropowe działanie witaminy D jest powszechnie znane, należy pamiętać o jej suplementacji [15]. Zaletą niektórych preparatów jest skuteczne działanie i szybkie leczenie niedoborów witaminy D w organizmie. Ponadto stanowią one dobrą alternatywę dla pacjentów, którzy nie są w stanie pozyskiwać witaminy D z promieni słonecznych. Natomiast niekontrolowane stosowanie powszechnie

dostępnych preparatów, które w składzie zawierają witaminę D (np. multiwitaminy) nie powodują wyraźnej poprawy zaopatrzenia w 25(OH)D [16].

Suplementacja diety witaminą D jest uzasadniona zarówno u dzieci jak i u osób dorosłych, ze względu na pozytywny wpływ na choroby ogólnoustrojowe [15]. W zależności od masy ciała oraz stopnia następcznienia, należy ustalać indywidualne dawki cholekalcyferolu, które przedstawiają się następująco [17, 18, 19, 20]:

- 400 IU/dobę (10µg/dobę) - taką dawkę w Polsce D podaje się już od pierwszych dni życia noworodkom i niemowlętom do 6 miesiąca życia, a także niemowlętom karmionym piersią i niemowlętom, które karmione są mlekiem modyfikowanym (400 IU/dobę łącznie z dietą i preparatami farmaceutycznymi).
- 400-600 IU/dobę (10-15 µg/dobę)- dawka zalecana do uzupełnienia diety noworodków i niemowląt od 6 do 12 miesiąca życia, w zależności od podaży witaminy D w diecie. Maksymalna dawka cholekalcyferolu dla noworodków i niemowląt wynosi 1000 IU/dobę (25 µg/dobę).
- 400-800 IU/dobę (10-20 µg/dobę)- dawka zalecana do uzupełnienia diety noworodków urodzonych przedwcześnie, należy włączyć suplementację witaminą D już od pierwszych dni życia, aż do uzyskania wieku skorygowanego 40 tygodni.
- 600-1000 IU/dobę (15-25 µg/dobę)- dawka uzupełniająca w cholekalcyferol dietę, rekomendowana dla dzieci i młodzieży od 1 do 18 roku życia. Maksymalna dawka cholekalcyferolu dla dzieci w wieku 1-10 lat wynosi 2000 IU/dobę (50 µg/dobę). Natomiast w przypadku dzieci w wieku 11-18 lat najwyższa dawka to 4000 IU/dobę (100 µg/dobę).
- 1200-2000 IU/dobę (30-50 µg/dobę), W przypadku dzieci otyłych należy zwiększyć dawkę do zależności od stopnia otyłości. Maksymalna dawka dla seniorów i osób dorosłych o prawidłowej masie ciała wynosi 4000 IU/dobę (100 µg/dobę). [18].

- 800–2000 IU (20–50 µg/dobę) – to profilaktyczna, doustna dawka cholekalcyferolu, która zapewnienia stężenia 25(OH)D w surowicy krwi 30–50 ng/ml (75–125 nmol/l) u osób dorosłych.
- 1600–4000 IU (40–100 µg/dobę)- dawka zalecana dla osób otyłych, w zależności od stopnia otyłości należy zwiększyć dawkę cholekalcyferolu.
- 1500–2000 IU/ dobę (37,5–50 µg/dobę) to dawka uzupełniająca w cholekalcyferol dietę kobiet w ciąży. Kobiety planujące ciążę powinny rozpocząć lub kontynuować suplementację w dawce jak dla osób dorosłych, natomiast od drugiego trymestru ciąży należy zwiększyć dawkę. Maksymalna dawka dla kobiet w ciąży oraz kobiet karmiących piersią wynosi 4000 IU/dobę (100 µg/dobę).

Wg World Health Organization, najwyższa bezpieczna dawka to 10 000 IU - wówczas nie powinny występować objawy uboczne, takie jak hiperkalcemia i/lub hiperkalcemia [23]. Badania potwierdzają korzystne efekty stosowania suplementacji, m.in. poprzez obniżenie umieralności z powodu chorób sercowo- naczyniowych, chorób nowotworowych oraz cukrzycy [24, 25].

Szczepienia przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego



Anna Grażyńska, Weronika Urbaś

Rak szyjki macicy stanowi trzeci co do częstości występowania nowotwór, zaraz po raku trzonu macicy i jajnika, atakujący narządy rodne kobiet. Co roku prawie 3000 kobiet w Polsce zapada na raka szyjki macicy. Prawie 1700 umiera, przez co odsetek umieralności jest nawet o 70% wyższy niż w innych krajach Unii Europejskiej [1]. Nowotwory związane z zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV - human papillomavirus) to jedne z nielicznych nowotworów, których częstość występowania może zostać znacząco zmniejszona dzięki odpowiedniej profilaktyce. Istotną formą tej profilaktyki, obok regularnych badań cytologicznych, są dostępne na rynku szczepionki przeciwko wirusowi HPV.

Wirus HPV

Wirus brodawczaka ludzkiego to wirus należący do rodziny Papillomaviridae. Uważa się go za jeden z najczęstszych czynników zakaźnych przenoszonych drogą płciową. Opisano ponad 100 typów tego wirusa, z których część bierze udział w powstawaniu zmian chorobowych skóry, inne zaś wykazują powinowactwo do błon śluzowych narządów płciowych, a także jamy ustnej, gardła, krtani oraz przełyku. Około 40 typów charakteryzuje się powinowactwem do nabłonków dolnego odcinka narządów płciowych kobiet - szyjki macicy, pochwy i sromu. U mężczyzn zakażenie dotyczy głównie odbytu i prącia. Spośród wirusów HPV wyróżniamy typy o niskim potencjale onkogenym, przede wszystkim typ 6 i 11 oraz 1, 2, 10, 16, 30, 44, 45, które odpowiadają za powstawanie łagodnych zmian o charakterze kłykciny kończystych. Wirusy o wysokim potencjale onkogenym, a więc głównie HPV typ 16 i 18 oraz 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, 69, 73, 82 biorą udział w powstawaniu zmian dysplastycznych i inwazyjnego raka szyjki macicy, a w części przypadków również raka pochwy i sromu [2].

Czynniki ryzyka zakażenia

Do zakażenia HPV dochodzi najczęściej przez kontakt płciowy. Inne drogi zakażenia zdarzają się rzadko. Każdy, kto kiedykolwiek odbył stosunek płciowy, mógł ulec zakażeniu wirusem brodawczaka ludzkiego. Dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Uważa się, że ponad 80% osób aktywnych seksualnie w ciągu swojego życia zostanie zakażonych tym wirusem [3]. Wczesna inicjacja seksualna oraz duża liczba partnerów seksualnych znacznie zwiększają ryzyko zakażenia.

Szczepionki

Szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego zawierają białka antygenowe, tworzące struktury nazywane cząstkami wirusopodobnymi, otrzymane drogą rekombinacji genetycznej. Należy podkreślić, iż nie zawierają one materiału genetycznego i nie są wirusami. W Polsce obecnie dostępne są 3 różne szczepionki stosowane w profilaktyce zakażeń HPV:

- szczepionka dwuwalentna (HPV-2) - Cervarix przeciwko HPV16 i HPV18, wysokoonkogennym typom wirusa, które najczęściej występują u kobiet z rakiem szyjki macicy;
- szczepionka czterowalentna (HPV-4) - Silgard skierowana przeciwko typom HPV16 i HPV18 oraz dwóm typom wirusa odpowiedzialnym za kłykciny kończyste - HPV6 i HPV11;
- szczepionka dziewięciowalentna (HPV-9) - Gardasil przeciwko 7 wysokoonkogennym typom HPV (HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) oraz HPV6 i HPV11 [4, 5].

Kompletne szczepienie składa się z 2 lub 3 dawek podawanych w postaci iniekcji domięśniowej. Pełen cykl szczepienia powinien zakończyć się w ciągu roku, jednak po przekroczeniu tego czasu brakujące dawki należy uzupełnić jak najszybciej, kontynuując rozpoczęty cykl [3, 4, 5].

W "Programie Szczepień Ochronnych na rok 2017" opublikowanym w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia, szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka znajdują się w grupie szczepień zalecanych, szczególnie osobom przed inicjacją seksualną. Należy stosować liczbę dawek i schemat szczepienia według wskazań producenta szczepionki. Szczepionki są stosowane jako profilaktyka rozwoju zmian przednowotworowych i raka narządów płciowych (szyjki macicy, sromu, pochwy) i odbytu związanych przyczynowo z zakażeniem określonymi typami wirusa HPV. Zapobiegają również wystąpieniu brodawek narządów płciowych przyczynowo związanych z zakażeniem określonymi typami wirusa HPV [3, 4, 5]. Zarejestrowane w Polsce szczepionki są stosowane do uodpornienia osób w wieku od 9 do 13/14 lat w schemacie 2-dawkowym, u osób w wieku 14/15 lat i starszych w schemacie 3-dawkowym [5].

Według amerykańskiego Doradczego Komitetu ds. Szczepień ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices) szczepionki HPV-9, HPV-4, HPV-2 mogą być stosowane do rutynowych szczepień dziewcząt w wieku 11-12 lat, a po-

nadto kobiet do 26 roku życia, które nie były wcześniej szczepione lub nie otrzymały wszystkich szczepień wg 3-dawkowego schematu. Szczepionki HPV-9 i HPV-4 mogą być stosowane w ramach rutynowych szczepień chłopców w wieku 11-12 lat, jak również mężczyzn do ukończenia 21 roku życia, którzy nie byli wcześniej zaszczepieni czy też nie ukończyli pełnego cyklu szczepienia [6, 7]. ACIP zaleca również stosowanie szczepionki HPV-9 lub HPV-4 u mężczyzn, którzy utrzymują kontakty homoseksualne oraz u osób do ukończenia 26 roku z niedoborem odporności, w tym zakażonych HIV, jeżeli nie byli wcześniej szczepieni [7].

Najlepsze efekty uzyskuje się przy zaszczepieniu przed ekspozycją na HPV. Wraz ze wzrostem liczby partnerów seksualnych rośnie ryzyko zakażenia HPV i w tej grupie skuteczność szczepienia może być niższa. Można również szczepić kobiety po rozpoczęciu życia seksualnego, jednakże każda aktywna seksualnie kobieta przed podaniem szczepionki musi mieć wykonany wymaz cytologiczny, ponieważ konieczne jest wykluczenie istniejących zmian dysplastycznych lub raka szyjki macicy [3].

W Polsce szczepienie przeciwko HPV należy do odpłatnych szczepień zalecanych. W niektórych miastach i gminach samorządy organizują bezpłatne lub tylko częściowo odpłatne szczepienia [4, 8].

Skuteczność i immunogenność

W Stanach Zjednoczonych przeprowadzono badanie obserwacyjne, w którym porównano częstość występowania zakażeń wirusem HPV przed wprowadzeniem programu szczepień czterowalentną (HPV-4) szczepionką (lata 2003-2006) oraz po jej zastosowaniu (lata 2009-2012). Wykazano, że u kobiet w wieku 14-19 lat częstość zakażeń typami wirusów uwzględnionymi w szczepionce zmalała o 64%, a w grupie kobiet w wieku 20-24 lat o 34%. [9].

Udowodniono, że szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego zmniejszają ryzyko wystąpienia zakażenia i w konsekwencji zmian dysplastycznych szyjki macicy zależnych od typów wirusa uwzględnionych w szczepionce. Badanie kliniczne PATRICIA wykazało, że u kobiet, które nie były wcześniej zakażone wirusem, po zastosowaniu szczepionki Cervarix ryzyko rozwoju zmian dysplastycznych CIN3 (ang. cervical intraepithelial neoplasia) w ciągu 4 lat zmniejszyło się o 93%, a ryzyko adenocarcinoma in situ aż o 100% [10]. Z kolei badanie FUTURE II, oceniające skuteczność szczepionki Silgard u kobiet w wieku 15-26 lat wy-

kazało, że podanie trzech dawek tej szczepionki zmniejsza ryzyko CIN3 o 97% w ciągu 3 lat, a ryzyko raka in situ zależnego od HPV 16 i HPV 18 o 100% [11].

Obecnie nie wiadomo, czy i po jakim czasie od szczepienia wymagane będą dawki przypominające. Badania immunogenności pokazały, że ponad 7 lat po szczepieniu szczepionką Cervarix swoiste przeciwciała przeciwko HPV-16 i HPV-18 są wykrywane w wysokim stężeniu aż u 96% zaszczepionych kobiet [12]. Aktualnie nie zaleca się podawania dawek przypominających szczepionki [4, 5].

Bezpieczeństwo szczepionek

Szczepionki przeciwko HPV są dostępne na rynku od ponad dziesięciu lat. Od tego czasu podano już ponad 270 milionów dawek na całym świecie. Nad bezpieczeństwem wszystkich trzech preparatów czuwa Światowy Komitet Doradczy ds. Bezpieczeństwa Szczepień GACVS (ang. Global Advisory Committee on Vaccine Safety), będący organem doradczym Światowej Organizacji Zdrowia. Z najnowszego raportu GACVS (z lipca 2017 roku) wynika, że nie ma żadnych naukowych dowodów, które mogłyby budzić wątpliwości co do bezpieczeństwa stosowania tych szczepionek [13].

Działania niepożądane po szczepieniu

Do najczęściej zgłaszanych działań niepożądanych należą: ból w miejscu wkłucia (84%), rumień (<25%) oraz obrzęk (<25%). W badaniach klinicznych wykazano częstsze występowanie wymienionych objawów po zastosowaniu szczepionki dwuwalentnej, niż czterowalentnej. Porównując szczepionkę dziewięciowalentną z czterowalentną, ryzyko odczynów miejscowych jest nieznacznie wyższe dla tej pierwszej [14]. Do możliwych do zaobserwowania objawów ogólnych po szczepieniu należą: zaburzenia ze strony układu pokarmowego (nudności, wymioty, biegunka, ból brzucha), a także gorączka, pokrzywka oraz bóle stawów, zawroty głowy, miejscowe zaburzenie czucia [14]. Obserwowane objawy uboczne zwykle są krótkotrwałe i ustępują najpóźniej po kilku dniach od podania szczepionki [3].

Badania naukowe nie potwierdzają doniesień o ciężkich, niepożądanych odczynach poszczepiennych dotyczących zespołu posturalnej tachykardii ortostatycznej POTS (ang. postural orthostatic tachycardia syndrome) oraz zespołu regionalnego

bólu przewlekłego CRPS (ang. complex regional pain syndrome) [13, 14]. Etiologia obu tych schorzeń pozostaje niejasna i wieloczynnikowa [14]. Pomimo trudności wynikających z charakterystyki POTS i CRPS oraz trudności w ich diagnozowaniu nie wykazano związku tych zespołów z działaniem szczepionki przeciwko HPV [14].

Podsumowanie

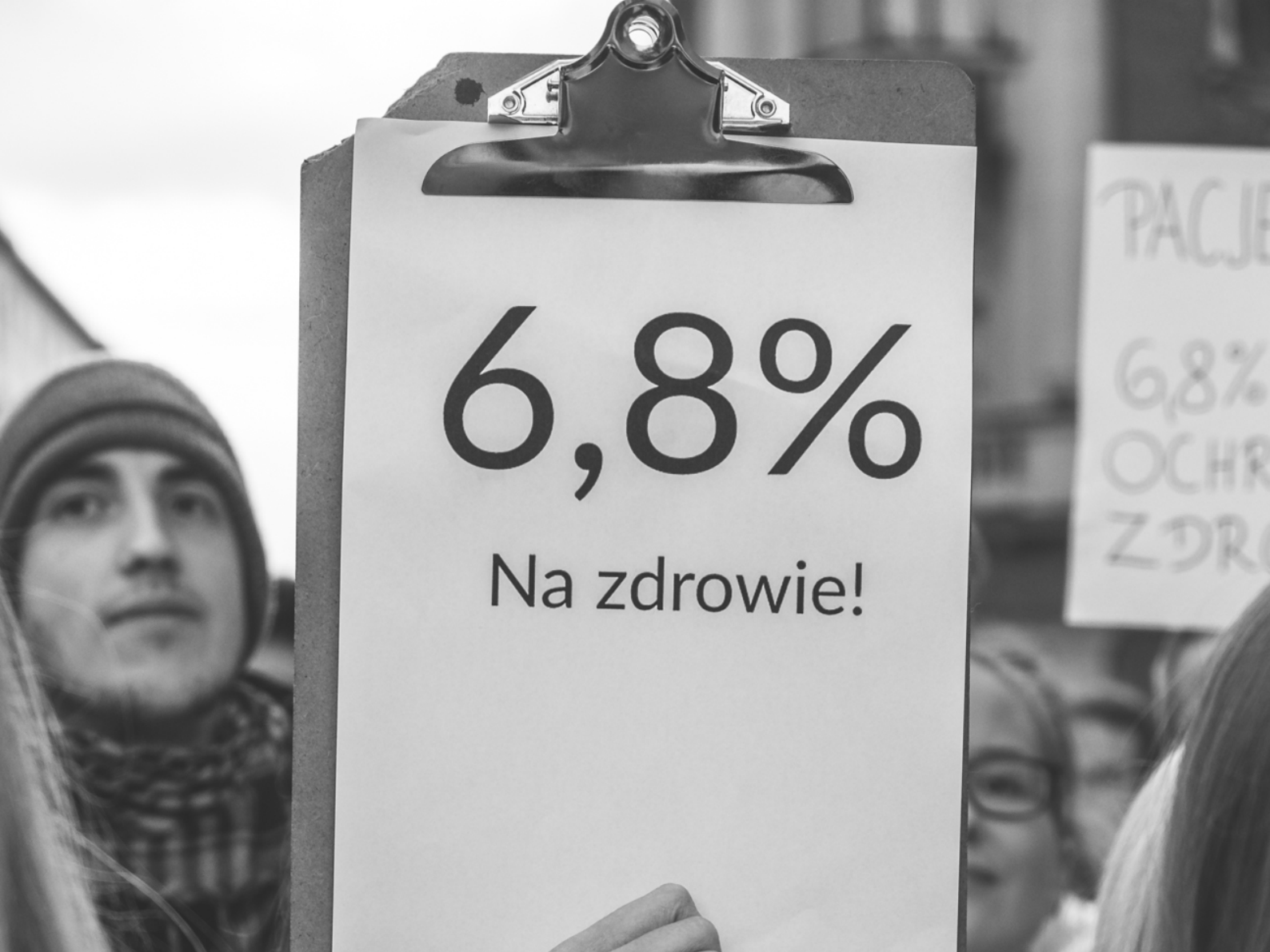
Szczepienia przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego zapobiegają zakażeniu, a tym samym konsekwencjom tego zakażenia, z których najpoważniejszym jest rak szyjki macicy. Należy jednak pamiętać, że szczepienie nie zwalnia z systematycznego badania cytologicznego. Każda kobieta, zarówno szczepiona jak i nieszczepiona, powinna regularnie poddawać się temu badaniu. Jest to bowiem nadal jedna z najskuteczniejszych metod profilaktyki raka szyjki macicy.

Przeprowadzone badania naukowe, które potwierdzają bezpieczeństwo szczepionek przeciwko HPV i udowadniają ich skuteczność przemawiają za powszechnym wprowadzeniem szczepień przeciwko temu wirusowi.

„Głos studentów wspiera rezydentów”

czyli rozmowa z Aleksandrą Macurą, studentką III roku medycyny w Katowicach,
organizatorką akcji wspierających Protest Rezydentów





6,8%

Na zdrowie!

Kiedy usłyszałaś o proteście rezydentów? Jaka była Twoja pierwsza reakcja?

Po raz pierwszy usłyszałam o proteście rezydentów w telewizji prywatnej (nie publicznej, warto to podkreślić). U mnie w domu często ogląda się kanały informacyjne, więc wszyscy byli poruszeni, ponieważ jestem z rodziny lekarskiej (mama i tata są lekarzami). Wtedy mama powiedziała mi: „Jesteś młoda, jesteś studentką, a wy się w ogóle nie ruszacie, stoicie w miejscu, zamiast też wyrazić swoje zdanie, zacząć działać, tylko się przyglądacie jak rezydenci walczą właściwie o waszą sprawę bo im się nie poprawi. Właściwie to oni walczą o przyszłość całej ochrony zdrowia i głównie dla Was.” To spowodowało, że zaczęłam się zastanawiać, analizować jak się za to zabrać. Potem odwiedziłam wszystkie strony, w tym Porozumienia Rezydentów. Byłam na bieżąco w grupie, widziałam co ludzie komentują, ale miałam już dość tego, że tylko komentuję posty i je udostępniam. Bo co to daje? Stwierdziłam, że to nie wystar-

czy, muszę wziąć sprawę w swoje ręce bo jeśli nie będzie takiej osoby, która to poprowadzi to wszyscy będą się tylko biernie przyglądać z boku.

W jakich okolicznościach narodził się pomysł na zorganizowanie wsparcia dla rezydentów? Wiedziałaś już wcześniej, jak należy wszystko zorganizować czy była to dla Ciebie nowa sytuacja?

Zauważyłam na stronie Porozumienia Rezydentów, że jeden chłopak (również student medycyny) z Wrocławia, stworzył grupę i zorganizował protest w swoim mieście. Na proteście pojawiło się około 300 osób, ale nie była to akcja zorganizowana na ogólnopolską skalę, a przecież o to nam chodziło, żeby zmobilizować wszystkich. Stwierdziłam, że zaproszę go do znajomych, zadzwonię do niego i dowiem się jak to u niego wyglądało. Już miałam kilka rzeczy przygotowanych i byłam pewna, że protest odbędzie się w Katowicach. Założyłam grupę

na Facebooku, napisałam post motywacyjny, zachęcałam do zapraszania wszystkich osób, które mogą pomóc – nie tylko studentów czy nawet osoby związane z medycyną. Próbowaliśmy tak to zorganizować, żeby w każdym większym mieście był protest studentów – i głównie chciałam ich mobilizować, żeby zrozumieli, że to oni muszą walczyć o swoją przyszłość. Faktycznie byłam zszokowana jak lawinowo zaczęła się zwiększać liczba zainteresowanych. Po 20 minutach na wydarzeniu były setki ludzi, po 4 godzinach 1000, i w ten sposób doszło do 8000 zainteresowanych. Krzysiek (wcześniej opisywany student z Wrocławia) wyszedł z inicjatywą organizacji protestów w całej Polsce, zgłosiły się osoby z różnych miast, które byłyby organizatorami w Łodzi, Wrocławiu, Poznaniu, Gdańsku czy Warszawie. Krzysiek wziął sprawy w swoje ręce, powiedział mi jak formalnie załatwić wszystkie sprawy i stwierdziliśmy, że działamy.

Na początku byłam sama i miałam pomoc tylko w Krzysku, ale w pewnym momencie, gdy siedziałam przy laptopie, zadzwonił do mnie kolega – Szymon Mizera. Spadł mi z nieba (śmiech) bo ogólnie jestem bardzo żywiołowa, emocjonalna, a on jest poukładany oraz zorganizowany. Dzięki temu nasza współpraca była super, gdyż on odpowiadał za część oficjal-

ną, a ja podsycałam ogień i o to chodziło. Zaczęliśmy na początku października (między 4 a 6), zarejestrowaliśmy protest i w piątek 13 on rzeczywiście się odbył.

Z jakimi trudnościami spotkałaś się po drodze? Co sprawiło największe problemy, a co zaskoczyło Cię pozytywnie?

Ogólnie wszystko to było jedną wielką trudnością (śmiech) bo nigdy wcześniej nie zajmowałam się czymś takim, nigdy nie byłam też w żadnej organizacji studenckiej. Brakowało nam wsparcia, chociażby uczelni, przynajmniej dopóki nie zarejestrowaliśmy wszystkiego oficjalnie. Dopiero wtedy zauważono dobrą organizację i zaangażowanie, postanowiono nam pomóc, przyłączył się do tego również Samorząd. Dostaliśmy zgodę od naszego Dziekana na rozwieszanie plakatów, przyznano nam dni rektorskie.

Potrzebna była również osoba, która jest liderem i pociągnie za sobą wszystkich. Byłam zaskoczona tym, że generalnie nie jestem zbyt charyzmatyczna, a mimo to udało mi się to wszystko osiągnąć.





Pierwsza akcja na Rynku w Katowicach cieszyła się sporym zainteresowaniem. Kiedy narodziła się potrzeba zorganizowania Marszu? Jaki był jego cel?

Pomysł na Marsz narodził się po moim powrocie z pikiet w Warszawie, na którym byłam z moją koleżanką z Zabrze, która również mnie wspierała i pomagała w organizacji. Ona załatwiła transport do Warszawy i nocleg. I właśnie tam poczułam wszystkie emocje towarzyszące protestującym, ich wyczerpanie i to, jak na nas liczą. Mieli już wtedy poczucie, że to wszystko jest trochę jak rzucanie grochem o ścianę, ale pomimo tego, gdy do nich przyszliśmy to ciepło nas przywitali. Podczas pikiet był tłum ludzi, których wypowiedzi były przepełnione emocjami bo każdy medyk jest przecież człowiekiem i oni żyją przede wszystkim pracą, nie mając czasu na rodzinę.

Czy uważasz, że wszystkie te wydarzenia miały znaczenie?

W tym momencie czuję się podłamana bo jak zobaczyłam rezygnację z protestu głodowego to widziałam, że mają poczucie przegranej. Pamiętam jak

Marta na tej pikiecie w Warszawie mówiła ze łzami w oczach, żeby jej nie zostawiać, nie zostawiać protestujących, bo my robimy to dla Was, dla wszystkich Polaków. To był ten moment, w którym ja sama się popłakałam i doszłam do wniosku: „nie zostawię Was, będę działać dalej”. Moim zdaniem władza musiała zauważyć poruszenie, przecież wszyscy studenci z uczelni medycznych się zebrali i zaczęli działać. Nawet jeżeli wrzucali tylko posty na Facebooku bo to i tak jest dobrze, gdyż jest on ogromnym źródłem informacji, pozwalającym na przekaz i edukację ludzi. To był przecież najważniejszy cel – żeby ludzie byli wyedukowani, że my to robimy nie po to, żeby mieć wyższe płace jak skończymy studia, ale po to, żeby oni mieli lepszą ochronę zdrowia.

Co sądzisz o przejęciu protestu przez Porozumienie Zawodów Medycznych?

To było bardzo dobre posunięcie, ale byłam bardzo zaskoczona faktem, że pielęgniarki nas nie wsparły. Co prawda pojawiły się na pikiecie w Warszawie, ale takiego oficjalnego wsparcia nie było. Mimo przejęcia protestu przez PZM to i tak to wszystko się rozmyło bo wszyscy mówili o Proteście Rezydentów, a nie Porozumienia Zawodów Medycznych.

Pamiętam jak udzielałam wywiadów przed Marszem (to było już po tym przejściu) i wszystkie media i tak pytały o Protest Rezydentów. Jeżeli media nie są dobrze poinformowane to jak przeciętny Kowalski ma o tym wiedzieć. To faktycznie trochę pomieszało. Może gdyby od razu nastąpił ten ruch to wszystko byłoby jasne i można byłoby uniknąć tego, że część ludzi mówiła, że lekarze znów myślą o swoich portfelach.

Co uważasz o zmianie formy protestu i wypowiedzianiu opt out'ów?

Słyszałam, że około 10% rezydentów wypowiedziało klauzulę opt-out. To nie jest taka skala, żeby to miało efekt. Ja rozumiem, że jesteśmy ludźmi i powinniśmy darzyć swoją empatią pacjentów, ale również ważne jest, żeby jakość usług ochrony zdrowia była wysoka. Brak pielęgniarek na oddziale czy ilość czasu przeznaczana na wypełnianie wszystkich formalności jest obecnie niedopuszczalna.



Protest głodowy miał większy wydźwięk, po rezygnacji z tej formy protestu cały problem ucichł. Rząd zignorował całą sytuację i uważam, że wypowiedzianie klauzul nie będzie miało żadnego echa. Oczywiście popieram wszystko, co się dzieje, ale większość lekarzy nie może sobie pozwolić, żeby przestać pracować.

Czy planujesz jakieś dalsze działania?

Na chwilę obecną myślę, że nie ma sensu dalej podburzać ludzi bo już są po prostu zmęczeni tym tematem. Poza tym pogoda również nie sprzyja organizacji publicznych akcji. Wiem, że to przyziemny temat, ale po prostu myślę, że teraz taka akcja nie miałaby odbioru. Zbieraliśmy już podpisy pod ustawą o zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia po Marszu, ale teraz nie wiem co jeszcze moglibyśmy więcej zrobić. Uważam, że dopóki nie zdarzy się tak, że sytuacja będzie podbramkowa to nie zmieni się nic.

Jakie rady dałabyś następnym organizatorom podobnych wydarzeń?

Ciężkie pytanie... Ważne, żeby nie próbowali robić wszystkiego samemu. Potrzebna jest osoba, która będzie poprawiać Twoje błędy i wzajemnie. Nie należy się przejmować częścią formalną bo we wszystkich urzędach spotkaliśmy się z miłym przyjęciem i zrozumieniem. Nie było żadnych problemów, żeby wszystko zarejestrować i naprawdę nie ma się czym przejmować. Dajcie się ponieść emocjom i przekonaniom.

Bardzo dziękuję za rozmowę.

Również dziękuję.

Komunikacja lekarz – pacjent. Odpowiedzialne partnerstwo.



Emilia Klimasara i Paweł Defratyka

absolwenci kierunku Język polski w komunikacji społecznej UJ,
spec. Komunikacja w praktyce społecznej. Interesują się mową
niewerbalną, retoryką wystąpień publicznych oraz językoznaw-
stwem kognitywnym.

Od lat 70 XX wieku miarą profesjonalizmu personelu medycznego stała się umiejętność holistycznego podejścia do pacjenta. Wyjaśnianie choroby i planowanie terapii zaczęto opierać o wiedzę nie tylko medyczną, ale również tę ujmującą uwarunkowania emocjonalne, psychospołeczne czy behawioralne. Zwrócenie uwagi na prawidłowy przebieg komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem staje się zatem elementem niezwykle istotnym.

Wąski, skupiony wyłącznie na biomedycznych aspektach model leczenia zastąpiony został socjo- i psychomedycznymi próbami interdyscyplinarnego podejścia do pacjenta, wymuszając tym samym na personelu medycznym posiadanie wiedzy nie tylko z zakresu nauk o zdrowiu, ale również z pogranicza psychologii czy nauk o komunikowaniu.

Komunikowanie kliniczne a nauki o zdrowiu

Chcąc mówić o prawidłowej komunikacji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem, warto zacząć od zdefiniowania pojęcia komunikowania klinicznego. W ramach tego pola badawczego mieści się „szereg relacji między pracownikami medycznymi oraz między nimi a pacjentami; relacji, które oprócz umiejętności i kompetencji w zakresie komunikacji interpersonalnej budowane są także przez inne różnorodne zależności, w tym uwarunkowania psychospołeczne, systemy wartości, środowiska kulturowe i predyspozycje osobowościowe uczestników komunikacji oraz niezależne od nich czynniki formalne” (Deręgowska, 2014: 170).

Pod pojęciem skutecznej komunikacji klinicznej należy zatem rozumieć nie tylko skupienie się na dolegliwościach, chorobie (wywiadzie, diagnozie, procesie terapeutycznym), ale również **na samej osobie pacjenta** – jego szeroko pojętych uwarunkowaniach psychospołecznych, emocjonalnych, zachowaniu, języku, którym się posługuje) (M. Nowina Por. Nowina-Konopka, 2016: 31). Na podstawie takiego definiowania komunikacji klinicznej nietrudno zauważyć, że kompetencje mieszczące się w jej obrębie należą do kompetencji społecznych, opartych na umiejętnościach z zakresu komunikacji interpersonalnej.

Komunikacja międzyludzka, w tym ta pomiędzy lekarzem a pacjentem, jest pewnego rodzaju uniwersalną formą samą w sobie. Pomimo każdorazowo jednostkowego i indywidualnego charakteru relacji, jej przebieg i skuteczność podlegają utrwalonym formułom i konwencjom, na które zarówno lekarz, jak i pacjent muszą zgadzać się niejako z konieczności.

Dzieje się tak, ponieważ każdy z interlokutorów rozpoczyna swój udział w akcie komunikacyjnym z już wcześniej określonym bagażem przekonań i oczekiwań, dotyczących nie tylko celu porozumiewania się, lecz także ról poszczególnych uczestników tego aktu, a nawet całego procesu komunikacyjnego jako pewnej konkretnej całości. Czyni to naszą codzienną komunikację możliwie jak najbardziej przewidywalną i gwarantuje, że będzie ona skuteczna przy jak najmniejszym nakładzie wysiłku myślowego. Dlatego gdy wiemy, kim jest nasz rozmówca, jaka jest jego rola w tym, co wydarza się pomiędzy interlokutorami, a także do jakiego celu zmierza dane porozumiewanie się, jesteśmy w stanie działać komunikacyjnie. Świadomość tego, że w gruncie rzeczy, ta, na pozór nieprzewidywalna sytuacja, jaką jest rozmowa, dialog pomiędzy ludźmi, ma swoje prawa, zasady i daje się przy lepszym poznaniu opanować, może pomóc nam w byciu skuteczniejszymi mówcami i słuchaczami. To z kolei przekłada się na głębsze relacje, efektywniejsze działanie i mniejszą liczbę konfliktów oraz nieporozumień.

W codziennych sytuacjach mamy do czynienia z procesem opartym na jednoczesnym byciu nadawcą i odbiorcą, kodującym i interpretującym. Sygnaty werbalne i pozawerbalne, które wysyłamy i odbieramy, są żywą tkanką i unikalną egzemplifikacją naszych relacji i stanów emocjonalnych.

W normalnym komunikowaniu nieustannie odczuwamy pewne powinności i potrzebę realizowania określonego scenariusza, z którego możemy nawet nie zdawać sobie sprawy, gdyż na ogół pozostaje on w sferze naszej wiedzy proceduralnej. Sytuację tę doskonale opisują słowa prof. Anety Zatazińskiej, która twierdzi, że „stanięcie twarzą w twarz z drugim człowiekiem wymusza wzajemne odniesienie. I nie ma odstępstwa od tej zasady” (Zatazińska, 2006: 115). Zaiistnienie wobec drugiego człowieka w sposób konieczny zawsze pociąga za sobą konkretne rezultaty, zmienia nie tyle obiektywną, co subiektywną, mentalną rzeczywistość tych, którzy się ze sobą spotykają. Skoro stajemy wobec takiej konieczności, to najlepiej spotkanie odbyć w taki sposób, by przynajmniej żadnej ze stron nie

przyniosło ono szkody. Jest to możliwe tylko wtedy, gdy kompetencje każdego z podmiotów aktu komunikacyjnego pozwalają na stworzenie warunków, które umożliwią każdemu z nich dążenie do jasno określonego, najlepiej wspólnego, celu.

Próby stworzenia uniwersalnego, jednolitego modelu komunikacji pomiędzy lekarzem i pacjentem byłyby możliwe dzięki zapleczu teoretycznemu, którego dostarczają nauki o komunikacji i języku. Model taki jednak nie miałby chyba wymiernego przełożenia na codzienne, rzeczywiste sytuacje. Z tego powodu dużo bardziej zasadne i rozsądne wydaje się omówienie tego specyficznego rodzaju komunikacji w podejściu apofatycznym, czyli zwracającym uwagę na to, czym nie powinna być i czym nie powinna się charakteryzować komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem. Z pewnością łatwiej jest próbować unikać konkretnych błędów, niż starać się wcielać w życie teoretyczny i nieco syntetyczny konstrukt. Opis taki możliwy jest dzięki „wzięciu pod lupę” częstych pomyłek, jakie popełniają ci, którzy starają się ze sobą w jakimś celu porozumieć. Należy podkreślić, że istnieją przynajmniej dwa rodzaje kontaktów między pacjentem a lekarzem. W pierwszym z nich, kontakt między stronami jest nastawiony na **pragmatykę i zadaniowość** – rozwiązanie pewnego jednorazowego problemu zdrowotnego. W tym przypadku najważniejsze jest kryterium skuteczności działania i porozumienia. Drugi rodzaj to ten, w którym komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem nastawiona jest na **długofalowe wydarzenie się i włączenie lekarza w sferę intymną, często również rodzinną, pacjenta**. Sytuacja ta dotyczy chorób przewlekłych i długotrwałych, których leczenie jest skomplikowane i wymaga relacji partnerskiej pomiędzy lekarzem i pacjentem. Z pewnością nie jest to wyczerpujący podział, jednak przydatny pod względem metodologicznym, by móc nakreślić pewne ramy tej specyficznej sytuacji komunikacyjnej.

nością poprawnych pod względem stylistycznym wypowiedzi, bogatego słownictwa czy stosowania efektywnych form grzecznościowych. Podstawowym wymogiem jest w takim przypadku **szczerłość, uczciwość wobec faktów i rzeczowość komunikatu pacjenta oraz trafność pytań i diagnoz lekarza**. Obie strony, zarówno lekarz, jak i pacjent, muszą starać się być relewantne, czyli przekazywać możliwie jak największą ilość precyzyjnych informacji. Takie podejście do komunikacji, w językoznawstwie znane jako teoria relewancji według Dana Sperbera i Deirdre Wilson, zakłada **skuteczne zakomunikowanie intencji i informacji przy możliwie jak najmniejszym wysiłku poznawczym** każdej ze stron aktu komunikacji. Pacjenci, którzy przychodzą na wizytę, by znaleźć w lekarzu spowiednika, powiernika tajemnic czy życiowego doradcę oraz lekarze, którzy, czując się obciążeni takim ciężarem, wybierają mniej lub bardziej fortunate reakcje wobec pacjenta – to standardowy obraz wielu sytuacji z setek polskich gabinetów lekarskich. Istnieje cienka granica pomiędzy rzeczowością a przedmiotowym traktowaniem, między koniecznym poziomem zaangażowania a nadmierną wylewnością, nieadekwatną do kontekstu. Nie chodzi o obarczanie winą za taki stan rzeczy którejs z stron, ale raczej o zwrócenie uwagi na występujące zaburzenia i konieczność utrwalania poprawnego modelu w świadomości lekarzy i pacjentów. Ci pierwsi nie powinni zapominać, że duża liczba pacjentów, z którymi mają codziennie do czynienia, nie usprawiedliwia ignorancji i braku zaangażowania w podejściu do każdego z pacjentów jako do obciążonego zdrowotnym problemem unikalnego i indywidualnego ludzkiego istnienia. Drugi natomiast powinni starać się wyrobić w sobie nawyk samodyscypliny i chęci do aktywnej kooperacji z lekarzem, bez zbędnego obarczania go problemami, w rozwiązaniu których nie będzie mógł im pomóc. W tym przypadku cenną radą mogą okazać się słowa wybitnego językoznawcy, niedawno zmarłego prof. Walerego

„Z pewnością łatwiej jest próbować unikać konkretnych błędów, niż starać się wcielać w życie teoretyczny i nieco syntetyczny konstrukt.”

Rzetelny przekaz faktów podstawą skutecznej komunikacji

Nie podczas każdej wizyty pacjenta w gabinecie lekarskim istotne jest nawiązanie i podtrzymanie udanej relacji międzyludzkiej. Lekarz, przeprowadzający rutynowy wywiad z chorym, nie oczekuje z pew-

Pisarka, który radził: „Mów tylko wtedy, kiedy prawdę masz coś ważnego do powiedzenia – to podstawowa zasada, ba! kamień węgielny skutecznego komunikowania” (Pisarek, 1986: 76).

Czynniki zaburzające komunikację

W naukach o komunikowaniu termin „szum” funkcjonuje używany w odniesieniu do różnego rodzaju zakłóceń w komunikacji. Bogusława Dobek-Ostrowska wymienia trzy rodzaje szumów: zewnętrzny, wewnętrzny oraz semantyczny. **Szum zewnętrzny** dotyczy zakłóceń spoza obszaru konkretnej komunikacji osób. Takim szumem może być, na przykład, hałas dobiegający z zewnątrz do gabinetu lekarskiego. Dziś tego rodzaju szum stanowi raczej przeszkodę o marginalnym znaczeniu, z którą bardzo łatwo sobie poradzić. **Szumem wewnętrznym** określane są przeszkody, takie jak złe samopoczucie lub rozkojarzenie któregoś z interlokutorów. Zakłócenie w tym przypadku może polegać na niezdolności pacjenta do zapamiętania zaleceń lekarza, spowodowanej jego roztargnieniem i stresem związanym ze stanem chorobowym. **Szum semantyczny** natomiast dotyczy sytuacji, w której porozumiewający się ze sobą nie posiadają wspólnej wiedzy dotyczącej poruszanych w rozmowie zjawisk, pojęć. Zdaje się, że jest to bardzo powszechny szum, uniemożliwiający skuteczną interakcję między lekarzem a pacjentem. Aby ograniczyć jego negatywny wpływ, lekarz powinien w miarę możliwości **unikać w rozmowie z chorym pojęć specjalistycznych**, dla których pacjent nie posiada żadnych reprezentacji mentalnych. Zadaniem lekarza jest w takim przypadku wytłumaczenie pacjentowi jego stanu w sposób, który pozwoli choremu na zrozumienie tego, na czym polega problem oraz umożliwi współpracę z lekarzem w miarę swoich zdolności.

Partnerski model komunikacji w relacji z pacjentem

Kwestia komunikacji między lekarzem a pacjentem w sytuacji, gdy mamy do czynienia z długotrwałą chorobą, której leczenie wymaga obecności lekarza w życiu pacjenta w zaawansowanym wymiarze, wymaga szczegółowego omówienia. Tu niezwykle istotny jest **akcent partnerski w relacji**. Jest to trudna kwestia, zawsze bardzo indywidualna. Ustalenie zakresu działań i programu postępowania zależy od bardzo wielu czynników, takich jak: rodzaj choroby i jej wpływ na możliwości codziennego funkcjonowania chorego, wiek, płeć pacjenta, jego emocjonalne uwarunkowania i skłonności czy chęć do walki z chorobą (lub jej brak). Istnieje wiele kontrowersji dotyczących tego, w jaki sposób informować pacjen-

ta o śmiertelnej chorobie, jak rozmawiać na trudne tematy medyczne z bardzo młodymi chorymi oraz w jaki sposób osoby trzecie mogą towarzyszyć choremu człowiekowi w procesie leczenia. Z tego względu jakiegokolwiek próby ustalenia scenariusza działań czy zestawu zaleceń są niemożliwe, a wręcz niewskazane. To, na czym powinny skupić się obie strony tworzące relację lekarz – pacjent, to próby nadania jej wymiaru głęboko humanistycznego i interpersonalnego. W relacji takiej rozmywa się wyraźny podział na pacjenta i lekarza, na pierwszy plan natomiast wysuwa się wzajemne odniesienie i wspólnota przeżywania sytuacji walki, radzenia sobie z chorobą. Znikają sztywne i bezosobowe kategorie lekarza, czyli tego, który niesie pomoc, posiada wiedzę, niezbędną do udzielenia pomocy i pacjenta – biernego beneficjenta, zdanego na łaskę lekarza. Ustępują one miejsca unikalnej relacji, w której konkretny lekarz, konkretny pacjent i konkretna choroba sprzężone są w swego rodzaju egzystencjalną triadę. Wielu cennych wskazówek i spostrzeżeń może dostarczyć na tym polu nurt zwany filozofią dialogu, który bardzo silnie akcentuje współobecność uczestników komunikacji, ich odmiennosc, ale i jedność w akcie spotkania. Kluczowe w takiej relacji są z pewnością dwa kroki, które podejmują obie strony: **pokonanie istniejących barier** oraz dołożenie starań, by **nie pojawiały się kolejne**. Wstyd, poczucie obecności kogoś obcego w życiu i dyskomfort osamotnienia w walce z chorobą po stronie pacjenta, jak również (całkowicie zrozumiała) obawa przed zaangażowaniem czy brak czasu, nieraz także cierpliwości, po stronie lekarza – to tylko niektóre z barier utrudniających nawiązanie tak ważnej relacji partnerskiej.

Ocena stopnia profesjonalizmu lekarza oraz poczucie jego sukcesu zawodowego warunkowane jest właśnie umiejętnością całościowego podejścia do wykonywanego zawodu. Oznacza to, że od personelu medycznego wymaga się wiedzy i umiejętności z zakresu wielu dziedzin i dyscyplin naukowych. Skuteczna komunikacja kliniczna determinuje sposób kontaktu lekarza z pacjentem. Jest ona również fundamentem zaufania pomiędzy uczestnikami relacji komunikacyjnej, a także podstawą zrozumienia, bez którego nie można mówić o efektywnej diagnostyce i leczeniu.

Wpływ chorób przyzębia na choroby sercowo-naczyniowe

Wiola Nowicka

Jest studentką IV roku kierunku lekarsko-dentystycznego ŚUM. Szczególnie interesuje się działem periodontologii. W wolnym czasie czyta francuskie powieści.



Choroby przyzębia

Przyzębie jest częścią narządu żucia, zespołem struktur utrzymujących ząb w zębodole. Dzieli się je na brzeżne i wierzchołkowe. W skład przyzębia brzeżnego wchodzi tkanki stykające się ze sobą w obrębie szyjki zęba: dziąsło, ozębna oraz kość wyrostka zębodołowego. Do przyzębia zalicza się również cement korzeniowy – mimo że właściwie jest to tkanka zęba. (1)

Zapalenie dziąseł (gingivitis) jest chorobą ograniczającą się do brzeżnych tkanek miękkich zlokalizowanych powyżej szczytu podłoża kostnego wyrostka zębodołowego. W badaniu klinicznym manifestuje się zaczerwienieniem i obrzękiem dziąseł. Gingivitis może przejść w zapalenie przyzębia (periodontitis). Wówczas zajęte zostają głębsze struktury aparatu zawieszeniowego zęba. Dochodzi do utraty podłoża kostnego i przyczepu nabłonkowego, który jest łącznikiem oszklawia zęba z nabłonkiem dziąsła. Z czasem może prowadzić do utraty zębów. (2)

Jak wynika z badań epidemiologicznych z użyciem wskaźnika CPITN (wskaźnik periodontologicznych potrzeb leczniczych), periodontopatie są obecnie zaliczane do schorzeń społecznych między 35 a 44 rokiem życia. Badania przeprowadzono na terenie 6 polskich miast: we Wrocławiu, Lublinie, Warszawie, Białymstoku, Kielcach, Szczecinie w 1987, 1995 oraz w 1988 i 2002 roku. Zaledwie 1% odsetek pacjentów nie miał objawów periodontologicznych, natomiast u 16% pacjentów stwierdzono zaawansowane zapalenie przyzębia. Stan przyzębia Polaków w wieku 35–44 lat jest jednym z najgorszych w Europie. (3)

Choroby przyzębia są spowodowane infekcją bakteryjną. Przy złych nawykach higienicznych mikroorganizmy kolonizują obszary przyszyjkowe koron zębów, tworząc płytkę nazębną. Do czynników ryzyka należą, oprócz złej higieny jamy ustnej, predyspozycje genetyczne, schorzenia ogólnoustrojowe (np. cukrzyca), dieta, palenie papierosów, spożywanie alkoholu, przyjmowane leki, leczenie onkologiczne, stres emocjonalny czy sytuacja socjoekonomiczna. Część z nich dotyczy także rozwoju chorób układu krążenia. Czynniki te modyfikują mechanizmy obronne organizmu gospodarza i w znacznym stopniu decydują o progresji, stopniu nasilenia i klinicznym obrazie periodontitis. (4)

Proces zapalny rozpoczyna się, gdy zostanie zachwiana równowaga między oddziaływaniem płytki bakteryjnej a układem immunologicznym. Bakterie i ich produkty pobudzają komórki immunokompetentne, a te syntetyzują i uwalniają mediatory zapalne niszczące tkanki okołozębowe. Bogate unaczynienie i stosunkowo duża powierzchnia przyzębia ułatwiają ich przedostanie się do krwiobiegu. Do układu krążenia dostają się metaloproteiny, prostaglandyny, eikozanoidy, cytokiny, kininy i produkty aktywacji dopełniacza. Tkanki otaczające ząb naciekane są przez makrofagi, neutrofile i aktywne limfocyty, które uwalniają interleukinę 1 (IL-1), prostaglandynę E2 (PGE2), czynnik martwicy nowotworów \times (TNF \times). We krwi obwodowej podnosi się stężenie białka C-reaktywnego (CRP), inhibitora aktywatora plazminogenu 1 (PAI-1), fibrynogenu, TNFa, interleukiny 6 (IL-6) oraz czynnika aktywującego płytki (PAF) oraz leukocytów i płytek krwi. (5,6)

Infekcyjne zapalenie wsierdzia

Infekcyjne zapalenie wsierdzia (i.z.w.) jest jednostką chorobową, której istotą jest zakażenie wsierdzia przez bakterie (ponad 90% przypadków) lub grzyby, riketsje czy mikoplazmy. Proces chorobowy najczęściej dotyczy zastawki aortalnej, rzadziej dwudzielnej, ale także zastawek prawej połowy serca, wsierdzia wyściełającego komory i przedsionków. IZW charakteryzuje się bardzo ciężkim przebiegiem, a nieleczona niemal zawsze prowadzi do zgonu. Równie groźne są powikłania, do których zalicza się zatorowość obwodową, rzadziej płucną, arytmie oraz kłębuszkowe zapalenie nerek.

Najczęstszym czynnikiem etiologicznym choroby są paciorkowce zieleniące, dobrze znane jako przyczyna najpowszechniejszych dolegliwości jamy ustnej – *Streptococcus mutans*, *S. mitis*, *S. salivarius*, *S. sanguis*. Oprócz nich wymienia się gronkowce, enterokoki, bakterie grupy HACEK (*H. parainfluenzae*, *A. actinomycetemcomitans*, *C. hominis*, *E. corrodens*, *K. Kingae*) oraz inne bakterie Gram-ujemne. (7) Badania przeprowadzone za pomocą technik hybrydyzacji DNA dowiodły obecności czynników etiologicznych zapalenia przyzębia na tkankach zastawek serca oraz aorty. Oprócz DNA bakterii takich jak: *P. gingivalis*, *T. forsythia* oraz *T. denticola* znaleziono także DNA *Streptococcus mutans* – bakterii inicjującej próchnicę (8,9).

Bakterie te dostają się do krwiobiegu w trakcie codziennych zabiegów higieny jamy ustnej, ale również podczas zabiegów stomatologicznych takich jak: ekstrakcje zębów, usuwanie złogów kamienia nazębnego, leczenie ognisk próchnicy. Ponadto wykazano, że poziom bakteriemii (zwłaszcza gatunków Gram-dodatnich) jest znamienne wyższy u osób z zapaleniem przyzębia, a posiewy próbek krwi pobranych u pacjentów po wykonaniu zabiegów higienizacyjnych są dodatnie w 80% (10).

Przejęciowa bakteriemia pojawiająca się po zabiegu dentystycznym jest niebezpieczna. Te same patogeny mogą tworzyć biofilm w jamie ustnej, jak i na powierzchni wsierdzia, powodując uszkodzenia. Ryzyko w znacznym stopniu wzrasta u osób ze sztucznymi zastawkami serca oraz nabytymi lub wrodzonymi wadami zastawkowym. Dlatego obciążeni nimi pacjenci wymagają profilaktyki antybiotykowej przed zabiegiem. (11)

Miażdżyca i nadciśnienie tętnicze

Miażdżyca to przewlekły proces zapalny dotyczący błony wewnętrznej naczyń tętniczych, prowadzący do odkładania się w ich ścianie tłuszczowo-włóknistej struktury określanej blaszką miażdżycową. Skutkuje to zwężeniem światła naczynia. Manifestacje kliniczne to między innymi choroba niedokrwienna serca, zawał serca, udar niedokrwienny mózgu, miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych. Proces zapalny toczący się w obrębie blaszki często prowadzi do jej destabilizacji z możliwym pęknięciem, a to powoduje powstanie zakrzepu i ostrej niewydolności wieńcowej. (7)

Górska i wsp. w swoich badaniach wykazali, że czynnikiem zapalnym może być patogen bakteryjny pochodzący z tkanek przyzębia. Badaniem objęto grupę 50 pacjentów poniżej 60 roku życia przyjętych z bólem wieńcowym i wstępnym rozpoznaniem ostrej niewydolności wieńcowej (ACS). U wszystkich stwierdzono przewlekłe zapalenie przyzębia. Zbadani pacjenci z ACS oraz bardziej zaawansowaną chorobą przyzębia charakteryzowali się wyższym średnim osoczym stężeniem cytokin IL-1 w fazie ostrej i obserwacji odległej oraz TNF α w obserwacji odległej. (12)

Prawdopodobnym mechanizmem zwiększającym ryzyko choroby sercowo-naczyniowej wśród osób z periodontitis może być wydzielanie przez *Streptococcus sanguis* oraz przypuszczalnie również przez *Porphyromonas gingivalis* proteiny związanej z procesem agregacji płytek krwi. W badaniach in vivo i in vitro prowadzonych na królikach dowiedziono możliwość inicjowania przez tę proteazę silnej agregacji trombocytów i powstanie zakrzepów w małych tętniczkach. (13)

Co warto zaznaczyć, zapalenie przyzębia jest stanem pozostającym w ścisłej korelacji z innymi czynnikami ryzyka schorzeń układu sercowo-naczyniowego, w szczególności z otyłością i nadciśnieniem tętniczym. Wiele badań potwierdza istnienie powiązania między występowaniem otyłości a zapaleniem przyzębia. Prace Saito i Shimazaki udowadniają, że komórki tłuszczowe wydzielają adipocynę, czyli substancję bioaktywną, która może bezpośrednio uszkadzać tkanki przyzębia. (14)

Z badań przeprowadzonych przez Desvarieuxa i wsp. wynika, że periodontitis może determinować występowanie nadciśnienia tętniczego poprzez udział bakterii płytki nazębnej poddziąstłowej (15). W grupie 653 osób biorących udział w badaniu (osoby dorosłe, bez zawału/udarów w wywiadzie) pobrano 4553 próbki z poddziąstłowej płytki nazębnej, a następnie poddano analizie DNA bakterii pod kątem ich identyfikacji. W wyniku analizy okazało się, że obecność mikroorganizmów występujących w złogach predysponuje do wzrostu ciśnienia skurczowego i rozkurczowego. Wartości były wyższe odpowiednio o 9 mm Hg i 5 mm Hg u osób z dużą liczbą gatunków patogennych. W swoich badaniach dr hab. Cześnikiewicz-Guzik także udowodniła, że przewlekła aktywacja limfocytów T typu Th1 przez stany zapalne przyzębia prowadzi do wystąpienia nadciśnienia tętniczego i dysfunkcji śródbłonna (16).

Podsumowanie

Dotychczasowe badania pozwalają jednoznacznie stwierdzić, że występuje korelacja między zapaleniami przyzębia a schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. Ogromna zapadalność na obie choroby zmusza do wszczęcia odpowiednich działań profilaktycznych. Interdyscyplinarna współpraca kardiologów i stomatologów może sprzyjać dokładniejszemu diagnozowaniu pacjentów. Wprowadzenie profilaktyki u pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, polegającej na prowadzeniu prawidłowej higieny jamy ustnej, a także systematyczne wizyty u stomatologa lub periodontologa wydaje się być bardzo słuszne.

Obrzęk, zaczerwienienie dziąseł, bolesność i krwawienie pod naciskiem, czy rozchwianie zębów powinny zwrócić uwagę lekarza – również internisty. Ważne jest także oszacowanie możliwości wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego u osób z już stwierdzoną chorobą przyzębia oraz rozpoczęcie odpowiedniej profilaktyki i wczesnego leczenia.

Regulamin publikacji w czasopiśmie „Lege Artis – Studencki Kwartalnik Medyczny”

1. W kwartalniku publikowane są artykuły o szeroko pojętej tematyce medycznej, tj.:
 - prace oryginalne (naukowo-badawcze, kliniczne),
 - prace pogładowe,
 - prace humanistyczne,
 - opisy postępowania,
 - opisy farmakologiczne,
 - doniesienia wstępne,
 - dyskusje/wywiady,
 - prace zawodowe,

*dokładniejsze wytłumaczenie <http://lpj.pl/schematy.htm>

2. W zależności od rodzaju artykułu powinien on zawierać odpowiednią bibliografię dostosowaną do treści i formy. W większości przypadków mile widziane są prace zrecenzowane przez odpowiednią osobę (np. pracownika uczelni).
3. Praca powinna zawierać się w przedziale 2000 - 10000 znaków (w zależności od tematyki i formy).
4. Wstępnej oceny tekstów dokonuje Redakcja. Prace niespełniające podstawowych warunków publikacji są odrzucane.
5. Autor/autorzy artykułu muszą potwierdzić prawa autorskie do nadesłanej pracy poprzez wypełnienie odpowiedniego oświadczenia, które znajduje się na stronie internetowej czasopisma. Własnoręcznie podpisane oświadczenie należy przesać e-mailem wraz z pracą i zdjęciem na adres: la.redakcja@gmail.com. Jeżeli materiał był już wcześniej opublikowany, należy do niego dołączyć pisemną zgodę na ponowne wydanie, zarówno od poprzedniego wydawcy, jak i autorów oryginalnej pracy.
6. Redakcja zastrzega sobie także prawo dostosowywania nadesłanych materiałów do potrzeb pisma, dokonywania poprawek i skrótów tekstu. Ostateczna wersja pracy jest przesyłana autorom, którzy podali kontaktowy adres e-mailowy.

Śląska Medycyna Laboratoryjna



Śląska Medycyna Laboratoryjna

SML jest organizacją zrzeszającą studentów kierunku analityka medyczna na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej w Sosnowcu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Została założona w październiku 2013 roku i cieszy się popularnością w środowisku akademickim. Głównym celem SML jest promocja kierunku analityka medyczna. SML jest organizacją, która pozwala na realizację projektów, urzeczywistnianie studenckich pomysłów i inicjatyw. Zrzesza kreatywnych studentów o wspólnej pasji, chcących brać aktywny udział w życiu akademickim.

Opiekun Organizacji:

Prof. dr hab. n. med. Zdzisława Kondera-Anasz

Patronat honorowy:

Prof. dr hab. n. med. Krystyna Olczyk

Skład Zarządu Organizacji:

Prezes Zarządu: Anna Kamila Sroka

Wiceprezes: Kinga Tomaszewska

Sekretarz: Dominika Pytka

Skarbnik: Sebastian Koziarz

Rada Studencka:

Paula Piątkowska

Ernest Jaworski

Joanna Pławny

Klaudia Skorupka

Michał Kania

Kontakt:

smedlab@gmail.com

<http://sml.sum.edu.pl>

W tym semestrze organizacja skupia swoje działania wokół projektu „**Dzień licealisty**” w ramach którego zrzeszeni w niej studenci odwiedzają zagłębiowskie i śląskie licea promując kierunek analityka medyczna pośród przyszłych maturzystów.

Jej członkowie zorganizowali także świąteczną zbiórkę darów dla najmłodszych pacjentów Hospicjum Cordis w Katowicach- akcja nosiła nazwę „**Pacuszka dla Maluszka**”.



IFMSA-Poland Oddział Śląsk



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny

Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland zrzesza studentów kierunku lekarskiego wszystkich uniwersytetów w Polsce pragnących angażować się w rozmaite akcje społeczne o profilu medycznym. Odpowiada także za integrację studentów oraz pomoc doświadczonych działaczy młodszym kolegom.

Stowarzyszenie działało pierwotnie jako Komitet Koordynacyjny Studentów Akademii Medycznych (KKSAM), a następnie Polish Medical Students' International Committee (PolMSIC). Obecnie, jako IFMSA-Poland należy do Międzynarodowej Federacji Stowarzyszeń Studentów Medycyny – IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations).

Zarząd organizacji

Urszula Żebrowska - **Prezydent Oddziału**

Agnieszka Hoffmann - **Wiceprezydent ds. Marketingu**

Joanna Szydetko - **Skarbnik Oddziału**

Aleksandra Zaręba - **Sekretarz Oddziału**

Magdalena Wszótek - **Koordynator Lokalny Programu ds. Zdrowia Publicznego**

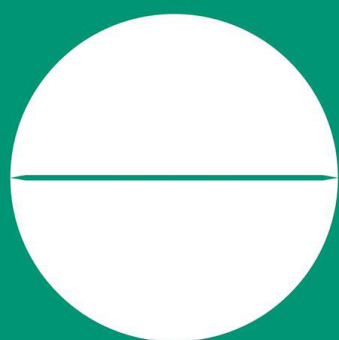
Paulina Majek - **Koordynator Lokalny Programu ds. Zdrowia Reprodukcyjnego HIV/AIDS**

Małgorzata Polak - **Koordynator Lokalny Programu ds. Edukacji Medycznej**

Han Zhao - **Koordynator Lokalny Programu ds. Praw Człowieka i Pokoju**

Małgorzata Roziowska - **Koordynator Lokalny Programu ds. Praktyk Wakacyjnych**

Zuzanna Ślusarz - **Koordynator Lokalny Programu ds. Wymiany Naukowej**



stfp

Studenckie Towarzystwo
Farmacji Przemysłowej

Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach

Zarząd Organizacji

Prezes: Agnieszka Wypasek

Zastępca: Michał Stradowski

Sekretarz: Joanna Głania

Skarbnik: Monika Pietras

Studenckie Towarzystwo Farmacji Przemysłowej

Jest to organizacja studencka założona w grudniu 2015 roku przez studentów Wydziału Farmaceutycznego z OML Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Wywodzi się z koła Farmacji Przemysłowej działającego przy Katedrze Farmacji Stosowanej. STFP powstało z myślą poszerzania zainteresowań studentów tematyką **przemysłu farmaceutycznego** m.in. poprzez organizację wyjazdów do firm farmaceutycznych. Niejednokrotnie mieliśmy okazję zobaczyć jak wygląda produkcja farmaceutyków na terenie Polski. Odwiedziliśmy takie firmy jak: GSK, Polfarma, Farmina, Polfa Warszawa, Polfa Pabianice, ADAMED, Kawon czy Ziąja poznając organizację i strukturę firmy łącznie z działami produkcji czy kontroli jakości pytając farmaceutów o ich pracę i obowiązki.

Polskie Towarzystwo Studentów Stomatologii



PTSS, czyli Polskie Towarzystwo Studentów Stomatologii, od 1997 roku zrzesza młodych adeptów kierunków lekarsko-dentystycznych w Polsce. Na arenie międzynarodowej organizacja jest członkiem rzeczywistym: International Association of Dental Students oraz European Dental Students Association, natomiast w skali lokalnej działa poprzez oddziały mieszczące się we wszystkich miastach, gdzie znajdują się szkoły dentystyczne.

Zabrzański Oddział PTSS powstał w 2001 roku i na przestrzeni lat stał się jednym z największych oddziałów w Polsce. Naszym celem jest poszerzanie wiedzy studentów, zainteresowanie ich konkretną tematyką oraz doskonalenie umiejętności klinicznych poprzez organizację licznych szkoleń – teoretycznych i praktycznych, wykładów czy ogólnopolskich konferencji. Wśród lokalnej społeczności jesteśmy natomiast znani z organizacji licznych akcji profilaktycznych oraz charytatywnych.

Akcje profilaktyczne

W ubiegłym roku akademickim członkowie PTSS Zabrze zorganizowali **aż 55 akcji profilaktycznych**. Odbywały się one w przedszkolach, szkołach podstawowych, w świętochłowickim Klubie Integracji Społecznej, Chorzowskim Centrum Pediatrii i Onkologii, w centrach handlowych, a także na katowickim Rynku.

Rok 2017 rozpoczął się od styczniowej akcji organizowanej w galerii 3 Stawy w Katowicach. Była ona częścią przedsięwzięcia **„Twój ruch po zdrowie”**. Natomiast w lutym, również w katowickim Supersamie, odbyła się akcja **„Polsko, nie zgrzytaj”**, poświęcona problemowi bruxyzmu.

Marzec z kolei jest miesiącem, w którym przypada Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej – World Oral Health Day. W tym roku WOHD organizowane przez zabrzański Oddział PTSS miało miejsce w gliwickim Forum.

W listopadzie bieżącego roku w katowickim DH Supersam została zorganizowana kolejna edycja „Zdrowia pod Kontrolą” realizowana wspólnie z IFMSA. Udzielaliśmy porad dotyczących zdrowia jamy ustnej, prawidłowych technik szczotkowania, chorób nowotworowych jamy ustnej. Uczyliśmy jak samemu dokonywać kontroli błon śluzowych, dziąseł i języka. Podczas trwania akcji udzielaliśmy wywiadów dla Radia Eska, a także TVN24.

Działalność charytatywna

W minionym roku akademickim zebraliśmy koce oraz między innymi ponad 40 kg karmy dla zwierząt ze Schroniska TOZ „Fauna” w Rudzie Śląskiej. Włączyliśmy się także w Szlachetną Paczkę. Nie zapomnieliśmy o akcji „Opatrunek na ratunek”. Udało nam się zebrać

Zarząd Organizacji

Agnieszka Balicz – Prezes

Wojciech Kmak – V-ce Prezes

Paulina Makowska – Skarbnik

Joanna Komasa – Sekretarz

Maciej Stępień – Koordynator
ds. Kursów i Szkoleń

Krzysztof Karoń – Koordynator
ds. Profilaktyki

między innymi ponad 100 strzykawek i igieł, bandaże, plastry oraz wiele innych niezbędnych środków opatrunkowych. Zostały one przekazane do misyjnych szpitali i przychodni w Afryce.

W obecnym roku akademickim także włączyliśmy się w akcję „**Opatrunek na ratunek**” Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”. Mamy nadzieję, że dzięki środkom pochodzącym z tej akcji znacznie poprawi się jakość opieki lekarskiej świadczonej przez misyjne szpitale i przychodnie.

Nie mogło nas zabraknąć przy organizacji **Szlachetnej Paczki**. Razem ze społecznością akademicką Śląskiego Uniwersytetu Medycznego udało nam się pomóc 5-osobowej rodzinie. Przekazaliśmy im kilkanaście kartonów artykułów spożywczych, odzieży, środków czystości. Dzięki hojności pracowników wydziałowych i Rektoratu, nauczycieli akademickich oraz studentów zebraliśmy ponad 5000 zł, które zostały przeznaczone na zakup węgla, karty podarunkowej do sklepu budowlanego oraz inne niezbędne rzeczy.

Obecnie jesteśmy w trakcie organizacji świątecznej wizyty w zabrzańskim Oddziale Hematologii i Onkologii dziecięcej Szpitala Klinicznego nr 1. Liczymy na to, że paczki przygotowane przez nas wywołają uśmiech na twarzach małych pacjentów.

Imprezy

Student Fest to impreza studencka organizowana przez Wydziały Inżynierii Biomedycznej oraz Organizacji i Zarządzania Politechniki Śląskiej, przy współpracy z Wydziałem Lekarskim z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. W tym roku członkowie PTSS Zabrze włączyli się w imprezę i zorganizowali w czasie jej trwania loterię fantową, w której nagrody ufundował nasz sponsor – firma Colgate. Udało nam się zebrać ponad 1300 zł na rzecz leczenia podopiecznej Fundacji Stoneczko – Agatki Szczepańskiej.

Nasza organizacja pomogła również w organizacji **Dnia Dziecka** na katowickim Rynku. Program ze strony Uczelni obejmował promocję zdrowego stylu życia, konsultacje specjalistów oraz podstawowe badania, które można wykonać

w warunkach imprezy plenerowej. Na Rynku pojawili się dietetycy, rehabilitanci, logopedzi i edukatorzy, lekarze z Akademickiego Centrum Stomatologii oraz nasi pełni wigoru wolontariusze.

Konferencja

W dniach 27-29.10.2017 r. odbyła się **Ogólnopolska Konferencja PTSS Industriadent vol. 2**. Program obfitował w ciekawe wykłady, nie zabrakło również warsztatów i części rozrywkowej. Konferencja tradycyjnie rozpoczęła się piątkową imprezą integracyjną – tym razem zorganizowaną w Cotton Clubie. Uczestnicy wydarzenia mieli okazję do wspólnej zabawy w halloweenowej tematyce.

W sobotę miała miejsce część wykładowa naszej Konferencji, która odbyła się w największej prywatnej galerii sztuki w Polsce – Gallerii Szyb Wilson w Katowicach. Rejestracja uczestników rozpoczęła się o godzinie 8. Wszyscy otrzymali pakiety powitalne, które zawierały zestawy materiałów konferencyjnych oraz drobne upominki od naszych sponsorów. Studenci i lekarze mieli okazję poszerzenia wiedzy z zakresu stomatologii zachowawczej, endodoncji, chirurgii stomatologicznej czy implantologii oraz wystuchania świetnych specjalistów, wśród których można wymienić nazwiska jak: Kownacki, Maciak, Adamek, Mocny-Pachońska, Kwiatkowski czy Duda.

W przerwach między wykładami uczestnicy mogli zapoznać się z wystawą w galerii, odwiedzić urokliwą kawiarnię Cafe Byfyj, zwiedzając zabytkową dzielnicę Katowic - Nikiszowiec, a także obejrzeć stoiska takich firm jak Listerine, Eldan, Edra Urban&Partner, Dr Cichobieg, MiPharm, SoloMedica, Poldent. Dzięki uprzejmości kolejnego sponsora - wydawnictwa Elamed - mogliśmy rozdawać bezpłatne egzemplarze specjalistycznych czasopism stomatologicznych (Twój Przegląd Stomatologiczny, Endodoncja w Praktyce, Ortodoncja w Praktyce, Nowoczesny Technik Dentystyczny).

Konferencja była także okazją do pomocy innym – wszyscy uczestnicy mieli szansę, aby zarejestrować się jako potencjalny dawca szpiku przy stanowisku fundacji DKMS. Pod koniec dnia teorii odbyła się także loteria, której uczestnicy mieli

szansę wygrania wspaniałych nagród ufundowanych przez naszych sponsorów.

Po części teoretycznej, w sobotę wieczorem, nadeszła pora na kolejną imprezę. Obyła się ona również w Katowicach, ale tym razem w klubie Endorfina. To była świetna okazja do integracji studentów stomatologii z całej Polski.

W niedzielę przyszedł czas na część praktyczną naszej Konferencji. Chętni uczestnicy wzięli udział w warsztatach prowadzonych przez dr n. med. Martę Maciak, lek. dent. Tomasza Łukasika, lek. dent. Marcina Riegela i dr n. med. Adriannę Adamek. Wszyscy wiedzieli, że poświęcając swój wolny czas w niedzielę, mają możliwość doskonalenia swoich umiejętności z zakresu endodoncji, chirurgii stomatologicznej oraz komunikacji z pacjentem.

Mamy nadzieję, że śląsko-jesienny klimat, w którym spędziliśmy ten weekend, przypadł wszystkim uczestnikom do gustu, zapadł na długo w pamięci i będzie sprzyjać wykorzystywaniu zdobytej, najświeższej wiedzy z wielu dziedzin stomatologii. Staraliśmy się zapewnić doskonałe warunki i liczymy, że ponad 600 osób, które zdecydowały się wziąć udział w Konferencji Industriadent vol.2, jest po prostu zadowolonych z wizyty na Śląsku.

O wszystkich naszych przedsięwzięciach na bieżąco informujemy na stronie internetowej: ptss.pl/base/oddzialy/ptss-zabrze/ oraz na facebook-owym fanpage'u.

Polskie Towarzystwo Studentów Farmacji

Polskie Towarzystwo Studentów Farmacji jest niezależną organizacją pozarządową zrzeszającą najbardziej aktywnych i ambitnych studentów farmacji z wydziałów farmaceutycznych w całej Polsce oraz młodych farmaceutów. W naszych szeregach jest prawie 1000 członków, a ich liczba nieustannie rośnie.

Stowarzyszenie powstało w odpowiedzi na szybko zmieniającą się rzeczywistość, w której przyszli farmaceuci muszą się odnajdywać. Naszym wspólnym celem jest ciągłe podnoszenie prestiżu zawodu farmaceuty przez pomoc studentom w zdobywaniu praktycznych doświadczeń oraz wiedzy teoretycznej w zakresie nauk farmaceutycznych, jak i wspomaganie rozwoju osobistego.

Całą działalność opieramy na energii i kreatywnej pracy członków naszej organizacji. Przedstawiciele PTSF spotkać można na farmaceutycznych kongresach, sympozjach czy warsztatach. Zarówno jako uczestników jak i organizatorów. Co więcej, przeprowadzając liczne akcje profilaktyczne propagujemy idee opieki farmaceutycznej oraz edukujemy społeczeństwo w zakresie zdrowia publicznego. W naszej działalności staramy kierować się odpowiedzialnością społeczną, nieustającym poszukiwaniem możliwości rozwoju oraz troską o wizerunek zawodu farmaceuty.

Zabiegając o integrację środowiska medycznego w maju 2017 roku podpisaliśmy porozumienie o współpracy z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Studentów Medycyny IMFSA-Poland, które efektywnie sprzyja budowaniu współpracy między farmaceutami a lekarzami już w okresie studiów.

Nasza aktywność nie ogranicza się wyłącznie do Polski. Jesteśmy aktywną organizacją członkowską Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Farmacji (**EPSA**) oraz Międzynarodowej Federacji Studentów Farmacji (**IPSF**) łączących około 350 000 przyszłych farmaceutów z ponad 70 krajów na całym świecie.



POLSKIE TOWARZYSTWO STUDENTÓW FARMACJI

Zarząd Stowarzyszenia

Anna Smutek – Przewodnicząca
Łukasz Adam Skibiński - Wiceprzewodniczący ds. Nauki i Edukacji
Grzegorz Żurkowski - Wiceprzewodniczący ds. Zewnętrznych
Paulina Wojna - Wiceprzewodnicząca ds. Wewnętrznych
Kinga Dziok - Wiceprzewodnicząca ds. HR
Wojciech Adam Sobczyk - Skarbnik
Sylwia Dobiech - Sekretarz

