

*Dodatek do Gazety AMG*

RemediumM



**Na obrzeżach wiedzy medycznej -
największe szaleństwa i oszustwa**

Are Doctors truly valued?

Dzieje się w SKNach

Temat w cenie - o glutenie

Szukaj w Google

Szczęśliwy traf

Ile waży Internet?

SPIS TREŚCI

2 | Aleksandra Wierzbą

Ile waży Internet?

3 | Małgorzata Kacprzak

Temat w cenie – o glutenie

5 | Agnieszka Kramarz

Doctor Google and How Poland Could Help Solve Death

8 | Mateusz Jankiewicz

Krótką historią nowej medycyny

10 | Aleksandra Strobel

Na obrzeżach wiedzy medycznej – największe szaleństwa i oszustwa

14 | Anurudha Jayaratne

Are Doctors truly valued?

19 | Sylwia Lipińska

Dzieje się w SKN-ach!

22 | Aleksandra Strobel

Mity medyczne – zastanów się zanim uwierzysz!

23 | Dołącz do redakcji

24 | Przemysław Waszak

Polska służba zdrowia na tle świata

Remedium



Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów niezamówionych, a także prawo do skracania i adiacji tekstów oraz zmiany ich tytułów.

Wyrażane opinie są poglądami autorów i nie zawsze odzwierciedlają stanowisko redakcji oraz Uczelnianego Samorządu Studenckiego.



ALEKSANDRA WIERZBA
redaktor naczelna *Remedium*
III rok, kierunek lekarski

Doktor Google. Jakie skojarzenia budzi w Was to sformułowanie? Jestem pewna, że w większości wypadków niezbyt pozytywne. Bardzo możliwe, że część z Was oczami wyobraźni widzi już pacjenta, który jeszcze przed przekroczeniem progu gabinetu lekarskiego zdążył postawić sobie rozpoznanie i zalecić terapię. Do lekarza udaje się przede wszystkim po wyegzekwowanie niezbędnych jego zdaniem badań diagnostycznych oraz recepty na ściśle określony specyfik. Jeśli ten będzie się opierał, bardzo chętnie wytknie mu w najlepszym wypadku ignorancję, w najgorszym – złą wolę i bycie niewolnikiem koncernu farmaceutycznego.

To wszystko oczywiście w oparciu o tak sprawdzone źródła jak... Nie będę robiła antyreklamy niektórym stronom, Czytelnik na pewno sam posiada czarną listę takich.

Odrzućcie te stereotypy na czas lektury marcowego *Remedium*. *Doctor Google and How Poland Could Help Solve Death*, czyli artykuł Agnieszki Kramarz nadaje nowe znaczenie temu sformułowaniu. To wizjonerski tekst, wskazujący możliwe kierunki wykorzystania tzw. *Big Data*, czyli tak dużych zbiorów informacji, że ich analizy nie można dokonać za pomocą tradycyjnych metod przetwarzania danych. O jak dużych liczbach mówimy? O 3 200 000 000 000 000 000 bajtów. Taka jest zbliżona wartość *Big Data* w sieci wg tygodnika *Forbes*. A właściwie była według danych na rok 2015, bo ilość generowanych przez nas danych rośnie w ogromnym tempie. Jeśli przeczytanie tego wstępu zajmie Czytelnikowi 5 minut, Internet rozrośnie się w tym czasie o kolejne 8 miliardów bitów danych. Jeszcze trzy lata temu jego waga była zbliżona do wagi truskawki. Jednak przez ten czas Internet bardzo utył! Teraz ta wartość szacowana jest na około 4 kg.

Tak nieogarnięta ilość informacji rozpościera przed użytkownikami możliwości, które ograniczone są tylko kreatywnością oraz umiejętnością stworzenia narzędzi odpowiednich do ich efektywnej eksploracji, segregacji oraz analizy. O tych perspektywach, a także zagrożeniach wykorzystywania *Big Data* w dziedzinie tak nam bliskiej jak medycyna dowiedzie się więcej z artykułu Agnieszki.

Udanej lektury!

REDAKCJA • Mateusz Jankiewicz • Anurudha Jayaratne • Małgorzata Kacprzak • Agnieszka Kramarz • Sylwia Lipińska • Aleksandra Strobel • Przemysław Waszak (stały współpracownik) • Aleksandra Wierzbą (redaktor naczelna, skład)

KOREKTA • Joanna Śliwińska • Jolanta Świerczyńska-Krok

OKŁADKA • Marika Jasińska

Remedium stanowi dodatek do *Gazety AMG* | **REDAKTOR NACZELNY** *Gazety AMG* • prof. Bolesław Rutkowski

Temat w cenie – o glutenie

Żarty się skończyły, a może właściwie się zaczęły, gdy w jednym z bloków informacyjnych około godz. 17 usłyszałam, że pewien proboszcz umożliwia swoim parafianom przyjęcie opłatka bez glutenu. Wystarczy, że przed mszą św. wierny zgłosi się na zachrystię i już ma ciało Jezusa Chrystusa w wersji bezglutenowej.



MAŁGORZATA KACPRZAK
IV rok, kierunek lekarski

W głowie zrodziła się myśl – co się stało, że kiedyś niezauważany przez nikogo gluten, dziś jest tematem numer jeden wszystkich prozdrowotnych czasopism, portali i przede wszystkim sklepowych półek.

Czym jesteś glutenie?

Dużo się o nim mówi, a nadal mało kto wie, co to tak naprawdę jest.

Nie jest to żadna trucizna ani sama w sobie wielce szkodliwa substancja. Jest to białko, a raczej mieszanina białek: gluteniny i gliadyny. Wiele to nadal nie mówi, ale dodam, że występuje powszechnie, np. w ziarnach popularnych zbóż, takich jak: pszenica, jęczmień, żyto. Gluten ma swoje funkcje, to dzięki niemu głównie piekarnicze wyroby są pulchne, mają porowatą strukturę (on tworzy w ciastach nici włókien, zamykając wewnątrz pęcherzyki powietrza). Dodatkowo jest nośnikiem przypraw i aromatów. Jego obecność była kiedyś upragniona. Trudno się przecież oprzeć dużemu, aromatycznemu bochenkowi chleba.

1% zatrzęsł światem

Celiakia to choroba ściśle związana z glutenem. W Europie szacuje się, że około 1% populacji cierpi z jej powodu. Najprościej tłumacząc, mamy do czynienia z nietolerancją tego białka i reakcją autoimmunologiczną w odpowiedzi na jego obecność. Osoba cierpiąca na celiakię, gdy spożywa np. bułki czy płatki śniadaniowe zawierające to białko roślinne, odczuwa wyraź-

ny dyskomfort. Przewód pokarmowy daje znać przez wzdęcia, biegunkę, bóle brzucha, nudności, nadmierne wydalenie gazów i ogólnie zmęczenie. Dosłownie i w przenośni nie trawi glutenu. Groźniejsze jest podłoże całego procesu, bo ludzki układ immunologiczny, wytwarzając przeciwciała, niszczy własne kosmki jelitowe. Gdy taka sytuacja trwa długo, może dojść do ich zaniku. Końcowo wystąpi problem w przyswajaniu jakiegokolwiek pokarmu.

Choroba, choć nieprzyjemna i wymagająca odpowiedniej diety, istnieje od dawna. Dlaczego więc dopiero od niedawna jest taki *boom* antyglutenowy? W normalnych warunkach żadne duże korporacje nie zwróciłyby uwagi na ów 1% potencjalnych klientów.

Przetworzone bezglutenowe produkty zwykle zawierają mniejszą ilość witamin i minerałów oraz są bardziej kaloryczne.

Powiedz A, a potem przepros

Od czegoś musiało się to wszystko zacząć. W tym przypadku była to praca naukowa australijskiego naukowca Petera Gibsona, który w 2011 r. ogłosił, że wedle jego badań gluten powoduje: bóle brzucha, głowy, zmęczenie i niestrawność, nie tylko u osób chorych na celiakię, ale także zdrowych.

Znaleziono czarną owcę. To nie stres, brak snu, nieunormowane godziny i formy posiłków są źródłem naszego zmęczenia i nudności... To gluten! Wystarczy się go pozbyć i jesteśmy jak nowo narodzeni.

Niestety wyniki powtórzone. Jedna z prób polegała na tym, by osobom, które twierdzą, że lepiej się czują na diecie bezglutenowej, podawać zwykłe posiłki. Sami

zaś zostali poinformowani, że owe dania nie zawierają roślinnych białek. Wynik był taki, że póki badani myśleli, że są na diecie bezglutenowej, czuli się świetnie.

Peter Gibson sprostował wyniki swoich badań. Negatywny wpływ glutenu okazał się fałszywy, ale, jak w przypadku szumu na temat szczepionek, tak i tu machina ruszyła, tym jednak prężniej i mocniej, bo stała się bardzo dochodowa.

Pieniążki, forsa, kasa

Każdy szuka złotego środka na zdrowie. Temat zdrowego stylu życia, diety, sportu w obecnych czasach jest jednym z najczęściej poruszanych. Dwa lata temu ludzie od marketingu zgodnie stwierdzili, że wystarczy na opakowaniu jakiegokolwiek produktu dodać słowo *fit*, by sprzedaż się podwoiła. Teraz tak samo działają słowa *bez glutenu*.

Wiele kolorowych gazet, co warto podkreślić – czasem opłacanych przez duże korporacje, wydaje artykuły utwierdzające, że brak glutenu to krok milowy do długiego i zdrowego życia.

Niestety dane mówią co innego. Całkowite wykluczenie z diety glutenu u osoby na nią nieuczulonej może zaszkodzić, a nie pomóc. Każda dieta eliminacyjna wiąże się z ryzykiem niedostarczenia wszystkich potrzebnych składników naszemu organizmowi.

Gluten free junk food

Wyżej wspomniałam, że gluten odpowiada za strukturę wypieków, ich aromat i smak. Trudno z czegoś takiego zrezygnować, więc przy produktach bezglutenowych jakoś trzeba sprawić, by zmiana była jak najmniej zauważalna. Stosuje się do tego dodatkowe porcje tłuszczów, cukrów i spulchniaczy. Jeśli ktoś skusił się w tłusty czwartek na pączka bezglutenowego, to mam smutną informację. Był on bardziej tłuczący od tego pocziwego ze zwykłej mąki.

W amerykańskich publikacjach pojawiło się nowe sformułowanie – *gluten free junk food*, czyli śmiecio-



we jedzenie bez glutenu. Nie odbiega ono od prawdy. Przetworzone bezglutenowe produkty zwykle zawierają mniejszą ilość witamin i minerałów oraz są bardziej kaloryczne.

DIETA bezglutenowa

Ale dieta ma odchudzać! Na niejednym kobiecym forum internautki chwalą się, że na bezglutenowej diecie czują się lepiej i pozbyły się paru kilogramów nadwagi. Niekoniecznie ma to

związek ze zjawiskiem placebo. Przywołajmy fakty. Co zostaje wyeliminowane z naszego jadłospisu? Bułki, bagietki, makaron, pyzy, paluszki, ciasta, drożdżówki, panierki do mięs, hamburgerów. Pizzy też nie zjemy. Czym to można zastąpić? Daniami na bazie warzyw, ryżu, kaszy jaglanej i owoców. Dieta bezglutenowa jest skuteczna, ale nie ze względu na brak glutenu, ale przytoczonych wyżej produktów. Każdy kto zdecydował się na taką dietę, ściśle uważa na to, co je, przez co je lepiej, często zdrowiej.

Summa summarum

[...] dane mówią co innego.

Całkowite wykluczenie z diety glutenu u osoby na nią nieuczulonej może zaszkodzić, a nie pomóc

Mamy plusy i minusy. Plusy zdecydowanie odczuły osoby faktycznie chorujące na celiakię. Mają one panu Gibsonowi za co dziękować. Półki sklepowe aż uginają się pod produktami z przekreślonym kłosem. Kiedyś znalezienie pieczywa czy zwykłych płat-

ków śniadaniowych bez glutenu graniczyło z cudem, teraz każdy supermarket nimi atakuje.

Rada dla osób zdrowych: nie dajcie się złowić. Zwykle produkty bezglutenowe są dużo droższe od zwykłych. To czysty marketing, gdy producent wmawia Ci, że jeśli zapłacisz więcej, to dostaniesz coś lepszego, zdrowszego. Warto zwracać uwagę na to, co się je, zmienić przyzwyczajenia, rezygnować z białego pieczywa na rzecz ciemnego, pełnoziarnistego albo z pizzy i schabowego z grubą panierką na coś zdrowszego, powiedzmy gotowaną pierś kurczaka z warzywami. Ciut więcej pracy, ale możliwe, że samopoczucie się polepszy i nie będzie to wynik braku glutenu, ale naszego zdrowego rozsądku.

DOCTOR GOOGLE

and How Poland Could Help Solve Death

To solve death. That is perhaps one promise that no politician has ever made to win elections. Is there someone more self-confident than politicians?



AGNIESZKA KRAMARZ
III rok, kierunek lekarski

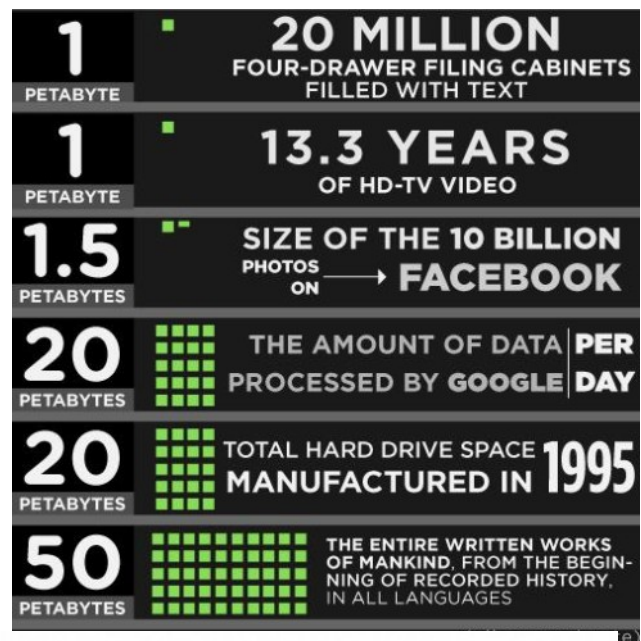
In 2013 Google launched Calico (California Life Company) that boldly aims at finding the cure for death.¹ Co-founder of Google, Larry Page, humbles doctors and says that maybe they have all been looking in the wrong places. Even bearing in mind Google's capacity and the notable list of their endeavors to date, including the driverless car, it seems a touch arrogant to claim so.

Nonetheless, after becoming acquainted with Big Data's capability of significantly expanding the human lifespan, Page's vision begins to sound more plausible.

BIG DATA

Big Data is confirmed to serve in a variety of industries as a source of competitive advantage, informed decision making and therefore exponentially increased revenue. Abroad the term is well-recognized

throughout the general population, suggesting that it will soon be in Poland as well. The Big Data concept explains a situation with so much variable data that you cannot work through using conventional, widely available methods. It is even worse than the "big data" we are facing when we are trying to choose resources to study anatomy, and that is hard enough. We are talking about terabytes if it is phone billing info and petabytes (1 PB = 1000000000000000B = 10^{15} bytes = 1000 terabytes) for google searches daily.



how to live forever

COMPANIES THAT DEPEND ON BIG DATA

Uber is an example of outstanding usage of Big Data, capable of putting a whole profession – taxi drivers – at risk of unemployment and cutting London traffic by 1/3. Uber’s whole business is based on passenger, driver and GPS location data to provide cost-effective matches and cheap fares.

Big Data is also needed for science fiction to become reality when it comes to making computers more like humans – for Siri to become more useful, for Facebook to increase its addictiveness, etc. For that, a vast accumulation of data on human traits, language and face expressions is required. A company called Meta-mind develops deep learning software to collect and implement these records, making the Her movie scenario creep up faster than ever. Finally Wikipedia means multiple terabytes in size that we could no longer live without. 60% of doctors admit to use Wikipedia for reference. Yes, Big Data applies, no less than to the previously mentioned, to medicine.

WHAT IS BIG DATA DOING FOR MEDICINE

Bernard Mard, a Big Data analyst, argues *if you want to find out how Big Data is helping to make the world a better place, there is no better example than the uses being found for it in healthcare.*¹ Following the big money, Big Data is nihil novi for pharmaceutical giants. They have been exploiting its benefits for years now matching developed remedies from their labs to potential disease they could cure and finally matching best-fit patients for their specific clinical trials with advanced computer programs.

The industry not yet benefiting enough from the impact of Big Data is the non-commercial scientific research world. Just in oncology 96% of potentially available data is not yet analyzed, definitely hiding the holy grail of medicine – the cure for many cancers. Using existing data-sharing arrangements, pharmaceutical giants discovered that an anti-depressant desipramine, has potential for curing small cell lung cancer! If patient databases were big enough, computer programs could constantly go through in search for patterns and better treatment formulas. Oncology Cloud is Flatiron’s project aiming to do exactly that. Claiming that curing cancer gives the average life expectancy a boost of only 3 years, Google goes a step further and is heavily funding research in fields other than just oncology. For instance, another hot field includes genetically – tailored personalized medicine.

Multi-faculty oriented search for cures and a drug repositioning approach promises to be high-yield

and advance medicine far more than single-clinic research with unsophisticated computer technology.

WHERE TO START

There are universal guidelines, such as the 4Vs, being developed to encourage using Big Data to one’s advantage. Volume – use the volume of data that you already have, Velocity – use expert analysis of streaming data, Variety – use different forms of data from numerous sources, Veracity – check the certainty of your data and conclusions.

The primary reason why Big Data is not spreading optimally in Poland, is its target group’s unawareness. Potential users probably do not even want to know because there is always a shortage of money, and people are not willing to invest in something they do not understand. A CEO once asked *Am I hiring a Big Data expert or a unicorn? To me it does not make a difference.* Increased recognition and a deeper understanding of Big Data, forced by the media, could make the difference. The price will reduce automatically as more specialists flood the market. Only 1/3 of the demand for them is supplied, making Big Data Experts the trendiest job of the 21st century. The medical profession faces an additional obstacle, *data jail*. Most of the information on patients is available only to doctors, perhaps students, in one specific department. Data-sharing agreements are rare due to the absence of security systems that would enable these data-bases to be safe.

4.4MILLION
data scientists
needed by 2015



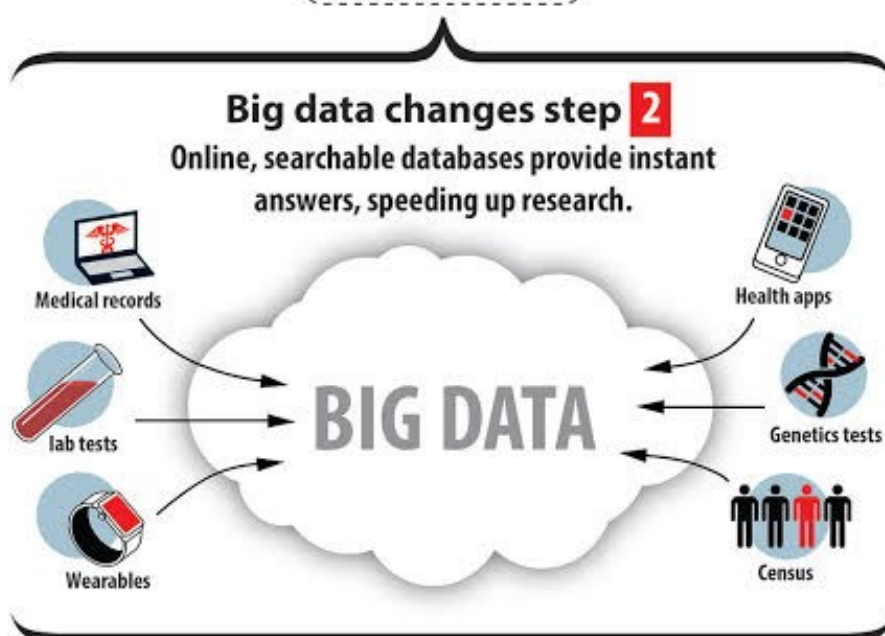
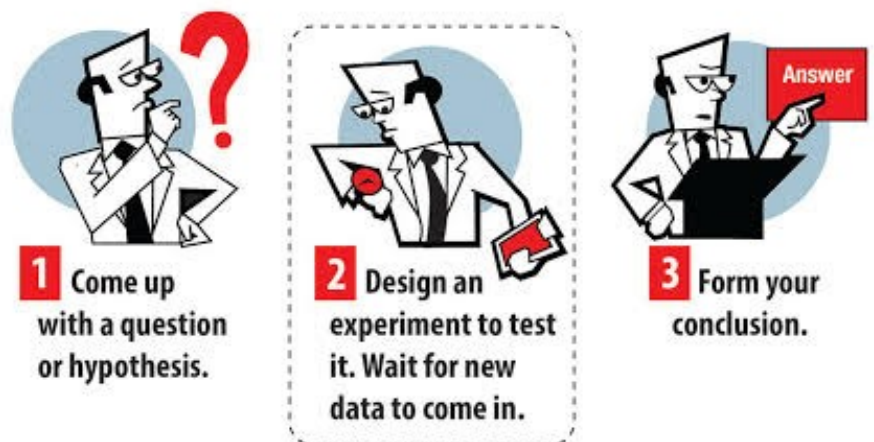
SECURITY

Patients' medical records are more valuable for internet thieves than bank account details. Last February 80 million patients' records were stolen from Anthem, one of the largest US health insurers. Luckily, the hackers only managed to expose identity information and did not reach the diagnoses and treatments. In prevention of a security breach, new algorithms must be developed for hospital databases. A UN-inspired, international organization responsible for preventing sophisticated cyberattacks on medical data, proposed by dr Leslie Saxon, seems like the perfect way to start.

TRENDSETTING

Taking example from Page and thinking even 10 times bigger than something groundbreaking, the world should not stop and stare at the wonderful idea Flatiron had with the OncoCloud. We should shortly see a Neuro, Cardio...Cloud, finally leading to a MedCloud. Without a doubt a global database of medical records with appropriate security levels could increase life expectancy, yours and mine. Being a 40 million people country, with an advanced public-medicine sector, Poland has the potential to be a major contributor. Ideally, this time Poland could start the trend in Europe, rather than follow it many years later. With other influential countries joining we could start a new era

How can big data change science? Here's how medical research traditionally works:



for medical research where the only boundary would be one's creativity. Surely, using that phrase in a political campaign would get lots of attention and for once I would not call it an empty promise.

¹<http://business.time.com/2013/09/18/google-extend-human-life/>

²<http://www.forbes.com/sites/bernardmarr/2015/04/21/how-big-data-is-changing-healthcare/#47512d2a32d9>

Krótką historia nowej medycyny

Jeszcze za Hipokratesa uważano, że jedyną właściwą szkołą chirurga jest wojna. Sama medycyna, stara jak myśl ludzka, jest uosobieniem dążenia do doskonałości, wydłużenia życia i pożądaniem wiedzy absolutnej, dającej siłę zmiany rzeczywistości. Siły niemal boskiej, która ma przywracać zdrowie.



MATEUSZ JANKIEWICZ
II rok, kierunek lekarski

Więcej, szybciej, taniej

Przenieśmy się na chwilę do czasów rewolucji przemysłowej w Anglii. Oświecone nowoczesnym podejściem umysły producentów fabrykują coraz to nowe narzędzia. Obniżają się koszty zautomatyzowanej produkcji, instrumenty do uprawiania medycyny stają się coraz dostępnejsze i lepiej wykonane. Medycyna wchodzi w erę standaryzowania

opieki. Wzrastające dzielnice przemysłowe zaczynają dostrzegać pewien oczywisty dzisiaj problem. Ludzie chorują.

Szybko ktoś doszedł do wniosku, że lepiej i taniej jest zaopatrzyć zakład w lekarza niż regulować rachunki za prywatne wizyty domowe u chorego pracownika. Tak wyrosły przychodnie lekarskie, cały system ubezpieczeń i nowoczesna medycyna, która w założeniach niewiele się zmieniła. Jednak lekarze w tamtym czasie mieli pewne tabu. Organizm człowieka nie był czymś dostępnym, jak dzisiaj. Próbowano ingerować w jego działanie, ale w sposób bezkrwawy. Parzono zioła, podawano coraz lepsze leki, co najwyżej unieruchamiano złamane kości. Prym wiodło opracowanie antybiotyków na trapiące rozwijające się społeczeństwo choroby cywilizacyjne. Tak zwalczano wiele zaraz bakteryjnych i grzybiczych. Dalej powstawały szczepionki, potem coraz doskonalsze środki farmakologiczne..., ale co w



przypadku, gdy bólu brzucha nie dało się wyleczyć kwasem acetylosalicylowym, a ból dotyczył prawego dolnego kwadrantu brzucha?

Boli? Lepiej zjedz ten korzeń...

Wtedy dzwoniło do chirurga. Przyjeżdżał dobrze zbudowany pan, niekoniecznie lekarz, którego zadaniem było jak najszybciej rozciąć brzuch wijącemu się z bólu nieszczęśnikowi i usunąć, mniej lub bardziej precyzyjnie, powiększoną, czerwoną masę. Pacjent leżał na stole kuchennym u siebie w domu, częściowo ogłuszony alkoholem. Scenariusz na kolejną część popularnego horroru? Być może, biorąc pod uwagę problemy psychiczne, jakie mogły mieć miejsce u takiego pacjenta, nawet jeśli przeżył „operację”.

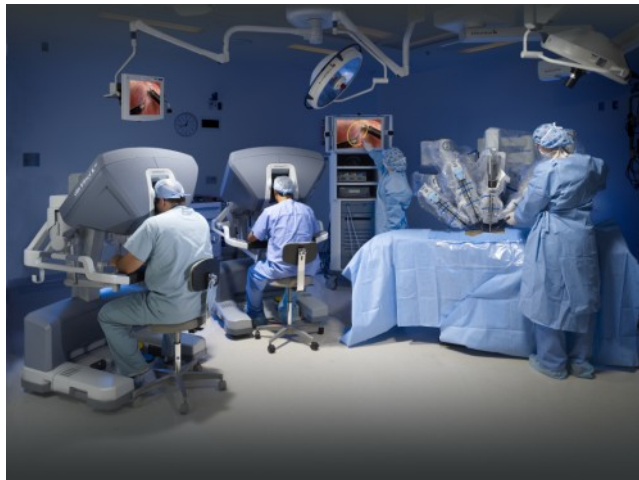
Jak widać, chirurgia kiedyś nie była uznawana za specjalizację lekarską. Śmiertelność operowanych pacjentów była tak duża, że sam fakt skierowania do zabiegu był uznawany za beznadziejny.



There was no treatment. For a long, long time

Po tamtych czasach na szczęście pozostały jedynie wspo-

mnienia. Kwas karbolowy, to on zrewolucjonizował chirurgię. Pan Joseph Lister w 1867 roku po raz pierwszy spryskał pole operacyjne aerozolem z tym fenolem. Od tego czasu śmiertelność chociażby operacji przepukliny spadła do 10% z niemal 80%. Tym bardziej, że od 1842 roku pan Crawford Long w Stanach Zjednoczonych Ameryki zaczął stosowanie eteru do znieczulania pacjentów. Budziło to wtedy ogromne kontrowersje. Społeczeństwo nastawione negatywnie do usypiania pacjentów gazem bało się niemal boskiej,



jak zaczęto mawiać, roli chirurga. Nie dziwi fakt, że Long ukrywał tę metodę przed opinią publiczną przez 4 lata, stosując ją tylko wśród najbardziej zaufanych ludzi. Niemniej jednak stała się ona fundamentem anestezjologii, nierozzerwalnego dzisiaj duetu, który występuje na deskach sali operacyjnej.

Dru ga młodość medycyny

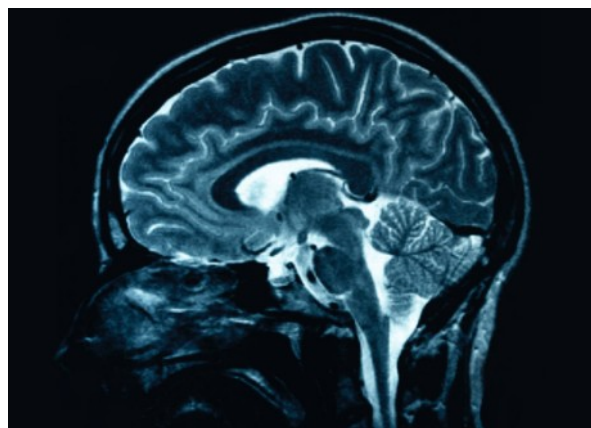
Upowszechnianie się zdobyczy tych czasów wprowadziło medycynę w nową epokę. Epokę, w której dziś żyjemy. Na świecie nastąpił wzrost liczby zabiegów chirurgicznych. Mimo ciągłego strachu przed operacjami, skierowanie do chirurga nie oznaczało już wyroku. Pojawiać się także zaczęły nowe techniki, niemal w postępie wykładniczym. Kolejni chirurdzy zaczęli



dażyć do perfekcji. Nieograniczeni już presją czasu rozpoczęli uprawiać sztukę chirurgii, precyzyjnie studiując poszczególne przypadki i dopasowując swoją ingerencję do stanu pacjenta. Od prostych zabiegów na przepuklinach, poprzez delecję wyrostka robaczkowego i resekcję jelita zaczęto przechodzić do klatki piersiowej. Potem zainteresowano się zawartością ludzkiej czaszki.

Nie samą appendektomią człowiek żyje

Niegasnące pożądanie odkrycia ludzkiego mózgu i zbadania go fizycznie popychało wyposażonych w nowe narzędzia chirurgów coraz dalej i dalej. Prowadzone badania nad korelacją objawów i lokalizacji masy w mózgu kazało wnioskować, że mózg można podzielić na mniejsze pola czynnościowe, zupełnie jak wątrobę lub płuca. Hipotezy o konkretnych zaburzeniach neurologicznych jako skutku ucisku na wskazane obszary mózgowia były o tyle atrakcyjne, co potencjalna metodologia ich leczenia. Ta zaś zakładała usunięcie powstałej z różnych przyczyn masy i uwolnienie danej lokalizacji z nacisku. Wymagała przerwania ciągłości czaszki. Mało tego, pacjent musiał przeżyć.



Oczy zwierciadłem, mózg domem duszy

Czy zatem neurochirurgia to ta najbardziej precyzyjna chirurgia? Co czuje współczesny lekarz, stojący nad nagim *kruchym domem duszy*, jak nazwał go William Szekspir w *Królu Janie*? Tempo rozwoju współczesnej myśli chirurgicznej prowadzi do pytań, na które niezwykle trudno odpowiedzieć, bo kto słyszał jeszcze 10 lat temu o próbach przeszczepienia głowy. Właśnie, głowy czy całego ciała? Podobno już w 2017 roku procedura ta ma szansę wejść do kanonu medycyny. Czy jest jeszcze coś, czego nie potrafimy wyleczyć chirurgicznie? Wygląda na to, że neurochirurgia zajmuje teraz miejsce kardiochirurgii w latach prof. Zbigniewa Religi. Jest w niej też wciąż wiele miejsca. Miejsca na nazwiska naszego pokolenia lekarzy.

Na obrzeżach wiedzy medycznej - największe szaleństwa i oszustwa

Pierwotnie artykuł miał nosić tytuł *Oszustwa medyczne – gdzie leży granica szaleństwa i geniuszu?* Jak daleko można się posunąć, próbując udowodnić swoją teorię? Czy coś usprawiedliwia takie zachowanie?



ALEKSANDRA STROBEL
IV rok, kierunek lekarski

Z pewnością pomyślisz, że nie. Tylko jak wtedy spojrzeć na nieprawdopodobnie dokładne wyniki badań Mendla? Jak spojrzeć na współczesne prace, gdzie autorzy popełniają klasyczny błąd *cherry picking*, czyli wybieranie pasujących badań, z pominięciem tych, które już nie do końca zgadzają się z przyjętą z góry tezą? Oszustwo? Pomyłka? Czy wprowadzenie terapii, w którą się wierzy? Co dzieli genialnego wizjonera od oszusta? Tytuł został zmieniony ze względu na dobór postaci, co do których medycyna nie ma wątpliwości, że zostali zakwalifikowani do grona przedstawicieli ślepych uliczek lecznictwa. Niemniej część ich przekonań jest wciąż żywa wśród nurtów medycyny alternatywnej.

Naszą opowieść zaczniemy od XVIII wieku. Był to trudny czas dla medycyny, kiedy to (mimo postępów w anatomii patologicznej) nie obserwowano poprawy leczenia, co prowadziło do nieufności wobec lekarzy i pewnego nihilizmu terapeutycznego. Pierwszą z postaci, o której chciałabym opowiedzieć, będzie John Brown. Był on prekursorem trendu, w którym wiedzę o człowieku, zdrowiu i mechanizmach chorobotwórczych sprowadzano do jednego czynnika, a następnie obudowywano teoriami i pojęciami. Brown twierdził, że kontrola procesów życiowych zależy od dopływu bodźców zewnętrznych (dieta, temperatura) i wewnętrznych (emocje) oraz zdolności organizmu do reagowania na nie. Zakłócenia w docieraniu i odbieraniu bodźców, tzw. stenia, prowadzą do chorób stenicznych

(gorączka, bezsenność, choroby psychiczne) lub nadmierne pobudzenie – astenia (anemia, biegunki, wymioty, gruźlica) są przyczynami chorób astenicznych. Uważał, że 97% to choroby steniczne, które leczono upustami krwi, głodówką, środkami wymiotnymi w przeciwieństwie do chorób astenicznych, na które aplikowano alkohol, opium, gimnastykę i mięsną dietę. Kolejne lata przyniosły rozwój mniej lub bardziej szalonych teorii. Zdecydowanie do tych bardziej szalonych zaliczał się mesmeryzm. Franz Anton Mesmer był twórcą koncepcji, według której świat rządzony jest przez siłę zwaną magnetyzmem zwierzęcym, niejako fluidem, który wypełnia każdy żywy organizm. Inspirował się m.in. badaniami Izaaka Newtona na temat eteru czy Luigi Galvaniego nad elektrycznością. W celu



normalizacji przepływu używał magnesu, który przesuwiał wzdłuż ciała pacjenta, później robił to już za pomocą dotyku. Proces ten był wykonywany po wprowadzeniu chorego w stan histerii, a ustanie objawów miało oznaczać, że fluid rozmieszczony jest prawidłowo. Europejskie akademie nauk od początku patrzyły na Mesmera krytycznym wzrokiem, a jego teoria szybko została obalona.

Kolejna historia jest dużo bardziej skomplikowana i dotyczy Samuela Hahnemanna, niemieckiego lekarza i twórcy homeopatii. Homeopatia opiera się na przeświadczeniu, że nie ma chorób złożonych, a każdy objaw jest chorobą prostą. Główna zasada *similia similibus curantur*, czyli podobne leczyć podobnym ma początek w historii, kiedy to Hahnemann, czytając o leczeniu

malarii chininą, postanowił sam sobie zaaplikować lek. Po kuracji wystąpiły u niego objawy podobne do malarii, które sprowokowały go do postawienia pierwszego warunku homeopatii. Jest to klasyczny przykład wykorzystania pojedynczego przypadku do stworzenia teorii (w takich momentach przypomina mi się dzieło z 1641 roku o niebezpieczeństwie picia zimnego piwa i wyższości ciepłego trunku, w którym autorzy powołują się na niejakiego pana Hammermana, który padł martwy po wypiciu zimnego piwa czy fakt, że nieomal zabiło ono żonę pana Clarka).

Naszą opowieść zaczniemy od XVIII wieku. Był to trudny czas dla medycyny, kiedy to (mimo postępów w anatomii patologicznej) nie obserwowano poprawy leczenia, co prowadziło do nieufności wobec lekarzy i pewnego nihilizmu terapeutycznego.



Po kilku latach dołożono zasadę rozcieńczeń, czyli potencjowania.

Warto wspomnieć, że homeopatia to żywo rozwijający się nurt, który w niektórych krajach, np. w Szwajcarii, urósł do rangi legalnej, akceptowanej metody leczniczej. Warto również sobie uzmysłowić, że np. na polskim rynku popularny jest homeopatyczny preparat na przeziębienie o potencjale 200C, ze składnikiem, jakim jest krew z wątroby kaczki piżmowej. 200C oznacza, że bierzemy 1 ml krwi z owej kaczki i rozcieńczamy wodą do objętości 100 ml. Z powstałego roztworu bierzemy 1 ml, po raz kolejny rozcieńczamy wodą do 100 ml i tak 200 razy. Logicznym jest, że w sprzedawanym środku trudno doszukać się środka aktywnego. Tu pomoc-

na homeopatom jest teoria pamięci wody, w której zakłada się, że woda zapamiętuje co było w niej rozcieńczane. W Rosji powstała nawet na ten temat praca Stanisława Zenina, nie-

mniej brak naukowych dowodów na poparcie tej teorii. Środki homeopatyczne są dostępne na rynku, ale w przeciwieństwie do konwencjonalnych leków, przed wprowadzeniem do obrotu nie muszą wykazać się skutecznością w badaniach klinicznych, których dla tych środków się nie przeprowadza. Co ciekawe, niektóre z tych preparatów są dostępne na receptę. Jednym z głównych krytyków homeopatii w Polsce jest prof. Andrzej Gregosiewicz.

Wracając jednak do historii, kolejną ciekawostką jest teoria podrażnienia Francois Broussaisa. Uważał on, że w każdym stanie chorobowym głównym czynnikiem sprawczym jest zapalenie, na które zalecał upuszczanie krwi za pomocą pijawek. Doktryna ta popularna do lat 40. XIX wieku uzyskała miano wampiryzmu.

Chciałoby się powiedzieć, że medycyna XX wieku, pomijając lata wojny, była wolna od przekłamań na światową skalę. Otóż nie. Z wielu możliwych nazwisk przychodzi mi do głowy trzy najgłośniejsze: Wakefield, Summerlin, Hamer. W 1973 roku światowe media obiegła wiadomość, że dr Summerlin przeszczepił białym myszom skórę myszy czarnych, nie podając leków i łamiąc barierę immunologiczną. Co więcej, podobno dokonał tego w sposób banalny, umieszczając skórę w składnikach odżywczych, które tłumiły antygeny. Przez rok był gwiazdą światowej nauki. Niestety pewnego dnia asystent zauważył, że skóra myszy jest brudna i starał się ją przemyć wacikiem nasączonym alkoholem, w efekcie czego namalowany flamastrem przeszczep zniknął, a dr Summerlin zakończył naukową karierę w zakładzie psychiatrycznym.

Końcówka lat 70. przyniosła rozwój Nowej Germańskiej Medycyny. Syn autora tej teorii zmarł od postrzału, a u niego samego dwa miesiące później zdiagnozowano nowotwór jądra. Efektem tego była naczelna teza tego ruchu, że *nowotwór to efekt psychicznego szoku na skutek traumatycznego wydarzenia*.

Doktor Ryke Geerd Hamer

próbował to odkrycie zawrzeć w pracy habilitacyjnej, ale została ona odrzucona przez uniwersytet w Tübingen. Ostatecznie dr Hamer został pozbawiony prawa do wykonywania zawodu za narażenie życia i zdrowia chorych (w 1997 roku rodzice zmarłych pacjentów wytoczyli mu proces, podczas którego został skazany prawomocnym wyrokiem, podobnie stało się we Francji w 2001 roku). Teoria ta również neguje rolę wirusów i bakterii w etiologii chorób.

Ostatnią i chyba najgłośniejszą historią jest ta dotycząca dr. Andrew Wakefielda, chirurga specjalizującego się w chorobach układu pokarmowego. Od 1995 roku szukał on powiązań między diagnostyką bezobjawowej odry wywołanej szczepionką MMR a chorobą Crohna.

Warto wspomnieć, że rok wcześniej powstała organizacja JABS, która zrzeszała rodziców, którzy twierdzili, że szczepionka MMR zaszkodziła ich dzieciom. Wakefield zgodził się przyjmować honorarium od prawnika Richarda Barra, reprezentującego JABS, które chciało pozwać firmę farmaceutyczną. Słynny pacjent nr 3 z 12-osobowego badania, cierpiący na autyzm i biegunki stał się sztandarowym przykładem powikłań po MMR. Lata później dziennikarz Brian Deer w rozmowie z matką uzyskał informacje, że pierwsze objawy wystąpiły 6 miesięcy po szczepieniu, co było o tyle ważne, że w pracy Wakefielda opublikowanej w *Lancet* objawy miały występować średnio po 6 dniach. Następnie zaczęto wiązać szczepionkę z autyzmem. Według pracy objawy autyzmu miało mieć 9 pacjentów – w rzeczywistości jeden miał autyzm, drugi zespół Aspergera, przy czym objawy choroby były widoczne wcześniej. Później Brytyjska Komisja Medyczna wykryła, że w przypadkach wycinków histopatologicznych jelita zamiast *bez zmian* wpisano *idiopatyczne zapalenie jelit*. Richard Barr wielokrotnie przelewał pieniądze na rzecz badania. Dodatkowo Wakefield założył firmy, które miały produkować nową szczepionkę, mającą zastąpić MMR.

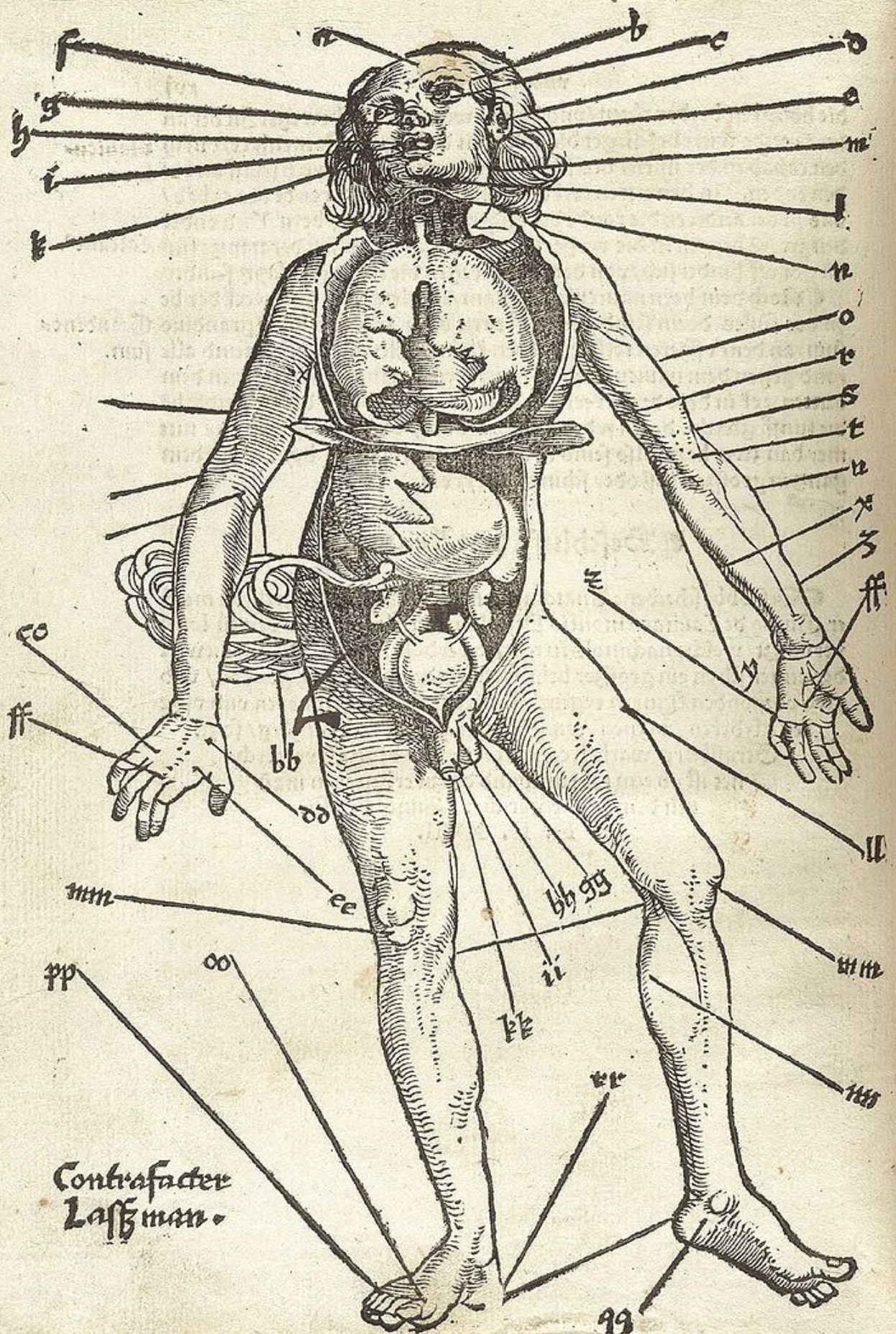
Wakefield został pozbawiony prawa wykonywania zawodu, a wielokrotne badania populacyjne wykluczyły jego rewelacje, chociaż do dziś dzień jego teorie są powielane przez przeciwników szczepień.

Początkiem końca tej smutnej historii było mianowanie na nowego szefa medycznego Royal Free (szpitala, gdzie pracował Wakefield) Marka Pepsy, który domagał się potwierdzenia wyników badań. Wakefield dostał na to rok. Po kilku miesiącach odmówił przedstawienia analiz. Prawda zaczęła wychodzić na jaw w 2004 roku za sprawą Briana

Deera z *The Sunday Times*.

W lutym 2010 roku *Lancet* odciął się od publikacji i usunął ją ze swojego archiwum. Wakefield został pozbawiony prawa wykonywania zawodu, a wielokrotne badania populacyjne wykluczyły jego rewelacje, chociaż do dziś jego teorie są powielane przez przeciwników szczepień.

To już ostatnia przedstawiona przeze mnie historia, choć zdecydowanie nie ostatnia z możliwych. Przykłady można mnożyć, a i współczesna medycyna nie jest wolna od takich problemów. Również w Polsce zdarzały się cudowne kuracje, jak choćby preparat torfowy prof. Stanisława Tołpy. Zachęcam do własnych badań i rozważań na temat historii medycyny, która nieraz potrafi zaskoczyć Czytelnika.



Zalecane miejsca upuszczania krwi

Are Doctors truly valued?

For the world, this healthcare system is a marker; a marker of what a publicly funded healthcare system can achieve for a nation.



ANURRUDHA JAYARATNE
III rok, kierunek lekarski (ED)

been compared to its American style private healthcare system. Both have their advantages and disadvantages; the point of this article is not, this.

Founded in 1948, the National Health Service (NHS) has been a great source of national pride for many years. Developed to serve the 4 countries that make up the United Kingdom, providing free healthcare to the population, it has long been the envy of the world. For many years it has

That is something I'll save for another day.

My main focus is going to be one of the major political topics that faces the NHS today; the new junior doctor contracts that are being proposed. This is a topic of major concern to us, and something I've been following quite closely, as myself and many of us currently studying in Poland may go to work in the UK, after graduating, at some point in our careers. Its important to be aware of the conditions that we as new doctors, will be walking into.

To help you understand a little bit more about who is a junior doctor, follow the diagram below.

As it can be seen, the best part of a doctors career after graduating is spent as a junior doctor, before you reach your reach the speciality consultant level. Of course the time scale spent is variable dependent upon the speciality, but one should expect to spend at least 10 years roughly, if you're training to be a hospital speciality trainee.

The career path of a junior doctor

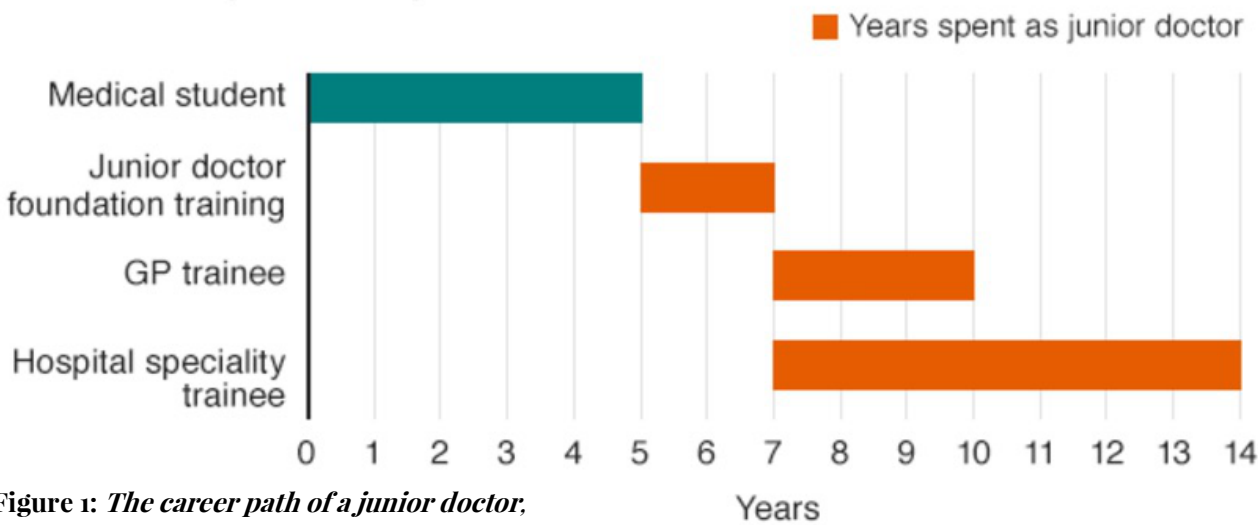


Figure 1: *The career path of a junior doctor*,
<http://www.bbc.co.uk/news/health-34775980>

Source: BMA



The Issue

At the current time the Health Secretary, Jeremy Hunt and the junior doctors are locked in an increasingly difficult argument regarding the current contracts. As things stand we are about to enter into country wide strikes by junior doctors, which will mean a severe impact on services ranging from Accident and Emergency (ER), to patients in wards and those on operating lists. This isn't a direction that was taken lightly; great thought was given to this, and after many rounds of talks between government and the British Medical Association (BMA), we have come to this outcome. The main points of contention are that junior doctors' and their leaders are currently objecting to the proposal put forward involving overall pay cuts of up to 30% and the slashing on premium rates for doctors between the hours of 7 a.m. and 10 p.m. on every day besides Sunday (discussed later in the article). As it stands, the government has offered an 11% pay rise in their basic salary. This, however, is offset against the other changes that are made within the overall contract, such as lower earnings when working evenings, and weekends, as well as other supplements

that come into that contract, which means there isn't an increase in government spend. Other issues of contention include, pay progression and the removal of vital safeguards that protect doctors. Under the proposed new contract, there will no longer be an increase in pay with experience that a junior doctor may get throughout their training. At the moment, as a junior doctor's pay rises automatically through each year in recognition of the experience that they've gained throughout that time. Right now the government believes that a junior doctor should only get an increase in pay when they move to the next stage of their training and responsibility. Based on the chart above, that would mean that after the foundation years there would be an increase in pay after 2 years, when junior doctors move into specialist training. Following that there won't be an increase in pay for between 3-10 years, until a doctor reaches consultant level. The plan is for the government to introduce what they called a *pay premia* that would mean that there could be some limited amount of support for some, but not for all.

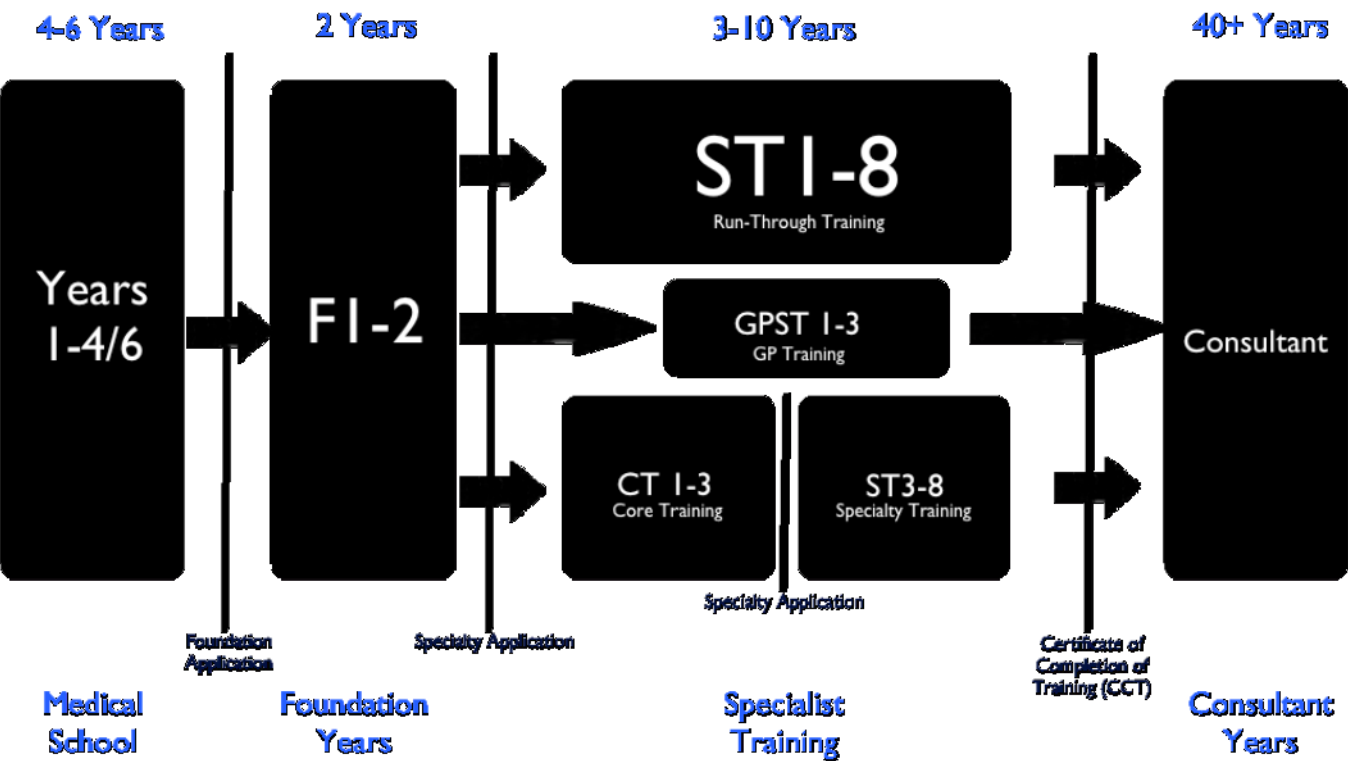


Figure 2: Progression of a Junior Doctor through the British Medical System, http://www.getmeintomedicalschool.com/Becoming-a-Doctor/About-Medicine_files/stacks_image_176.png

There are current safeguards that are in place for doctors in the work place to prevent them from being overworked. Under the proposed new contract there will be an extension in the standard time from 60 hours per week to 90.

Under the current contract the standard working time that is set out is 7 a.m. to 7 p.m., Monday to Friday, however, junior doctors are frequently known to work outside of this standard time so that they can continue to provide the high quality of care that they want to provide to their patients.

When doctors normally work outside of this standard time they receive a pay premium, dependent on their pay band, to reflect the impact that working evenings, nights, Saturdays and Sundays has on personal and family life.

Under the new contract that is being proposed the government no longer wants to recognise the impact of work evenings, Saturdays and Sundays, and therefore plans to extend standard time from 7 a.m. to 10 p.m. Monday to Saturday. Only nights and Sundays will be paid at the higher rate, with Sundays being valued less than nights.

The government basically wants doctors to continue working evenings and Saturdays, but just reduce the rate of pay for them. This equates to 30 hours, which are paid at the premium rate, moving into the standard time bracket and now working on Saturday would be no more different to working Monday to Friday.

How we got here?

This is an issue that has brewing in the UK since 2012, with there being a call from the Department of Health to change the junior doctor contracts, because the terms and conditions needed to be updated, from the original agreement in the 90's. The Department of Health and the British Medical Association (BMA) entered into negotiations, however, after two years, the BMA decided to withdraw from the negotiations, citing the fact that the government were trying to take a heavy handed approach to this issue. In addition to that it was felt that *the contract that was currently on offer would not provide sufficient safeguards for junior doctors, and their patients.*

Subsequently the case was referred to the Doctors and Dentists Review Body (DDRB). The DDRB, after receiving input from the BMA, actually ended up ac-

cepting a lot of the arguments that the government put forward based on hypothetical evidence as opposed to anything concrete. They backed the idea that the current banding system of pay for doctors should be scrapped, and replaced with a contract that is based on *work schedules, work reviews and exception reporting.* On the issue of pay progression, they suggested that pay should be based on the responsibility of the job.

In addition to this the DDRB, in line with the government supported the idea that when junior doctors take maternity leave or pursue an academic degree, they *should not receive a pay increment upon their return.*

Following this review the BMA, acting on behalf of the junior doctors were invited into the further discussion with the government. An agreement could not be reached and therefore the BMA withdrew from negotiations citing that the current proposal for the change in contract *has the potential to cause disputes over job evaluation, and to create huge swing in income as juniors move from one placement to another, deter changing specialty and crucially not reward the full range of a trainee's skills and experience.*

On the issue of junior doctors taking leave it was felt that this is something that would have a severe impact on academic medicine. The argument put forward by the BMA junior doctors committee was *that despite doctors taking time out to gain skills that may be critical to the NHS, trainees will be put off from taking time out to gain a Ph.D.*

Following the withdrawal of the BMA from discussion table, the government stated that they would impose these contracts forcefully from August 2016.

On many occasions the BMA junior doctors committee has stated that it would be willing re-enter into negotiations based on the withdrawal of the condition that the contracts wouldn't be imposed forcefully. This is something that the Government didn't provide assurances about.

In September a ballot was held amongst the 37,000 BMA registered junior doctors in England. Of those 98% voted in favour of full strike action.

Initial industrial action was originally planned for December, however in a bid to avoid a strike, there were further talks between the NHS, Department of Health and the BMA, however, these talks were conc-

Under the new contract that is being proposed the government no longer wants to recognise the impact of work evenings, Saturdays and Sundays, and therefore plans to extend standard time from 7 a.m. to 10 p.m. Monday to Saturday.

What I think?

Based on the information that I have at hand, its something that makes me extremely angry. Not only does it make me feel betrayed as a member of the public, but as a doctor, I wonder to myself, *why should I work in these conditions where I am going to be under appreciated?*

We as doctors have to undergo a great deal of training – 6 years of blood sweat and tears, and some of the biggest emotional ups and downs that anyone can experience. My questions are:

1. *Why are we so under appreciated?*
2. *Why are we taken for granted?*
3. *Do the government think we're stupid?*
4. *Are the blood, sweat and tears really worth it?*

When one is threatened with a decrease in pay, for a job, that probably carries the most responsibility of all in this world, it really makes you wonder what this world is coming to.

Actively taking away safeguards that are currently in place such as the European Working Time Directive is an almost suicidal idea. Not only is this unsafe for doctors, but its unsafe for the patients too. Patients will be treated by doctors that are horrendously overworked. This is not going to lead to decreasing deaths, but to a huge increase in incorrect decisions that may be made by doctors, subsequently leading to the opposite effect. These proposals will take us back to the dark ages where there were no restrictions on the number of hours that doctors worked; doctors worked as little as 50 hours or as much as 120 hours. This isn't something that is healthy for anyone. In fact, before the initial agreement in the 90's for safeguards against working hours, suicide rates were at an all time high amongst doctors.

I grew up during this time; having grown up with my father having to work in these conditions, it was an extreme strain on the family. My father would be on call 6 days a week, from Sunday to Saturday the following week. I grew up barely knowing my father. When you're growing up, that is a whole lot of time, where children are forming bonds with their parents. The changes of the 90's, helped to alleviate these problems, not entirely, but definitely to a reasonable degree; at least there was some protection.

There is a great deal of sacrifice that goes into the job of being a doctor, to make this system work; the physical and mental exhaustion, as well the familial and marital sacrifices that have to be made. Honestly, it

really does make one wonder what the aim of this government is, with regards to the NHS. Do they want this NHS to go back to the dark ages where suicides were rife, and doctors barely got to see their families? At the end of the day, doctors are humans, just like anyone else, making a superhuman effort to make a system work. For the sacrifices we make, we need to be wrapped in cotton wool, given adequate time off, and rewarded fairly. We make the impossible possible; we inspire the uninspired and give them the little bit of hope that they'll be able to go home, fit and healthy.

Up to now this is a system that has functioned, and provided for the needs of nation, subsequently being the envy of the world. Right now, anyone in the UK can walk into an NHS hospital or GP practice and get free healthcare. Its made the rest of world stand up and watch. Its one of main things that drive immigration into this country, along with job prosperity. It offers those that can't afford private healthcare, top quality treatment for free. By destroying this, this is not only betraying the hard work that doctors put in everyday to make this system work, but doesn't it also destroying the hopes, dreams and health of a nation?

Of course, there is need for improvement, just like in society; thats the concept that drives society forward – the drive for change, to constantly improve things. This proposal, however, isn't something that does this. When the government is consistently dictating terms to doctors, saying that they're going to forcefully push forward these contracts, it really does make one wonder how things can be changed. For things to be changed, not only does there need to be a change of attitude from the government, but they need to sit down and listen to doctors; to real people that are working out there in the field, pouring their blood sweat and guts in order to make ends meet. Listening to and pushing forward recommendations given by people sitting behind desks, with no experience of the day to day rigours of medicine, needs to go out of the window. A lot of the ideas being thrown forward is very much *management talk*, that may sound great on paper, with a few figures next to them, but the practicality of it is of little value.

As mentioned earlier, the NHS was formed in 1948, by a Labour government; this was the baby of a labour government. The conspiracy theory that is doing the circular is that the current Conservative government are angling towards privatisation of the NHS, by destroying the current system with the proposals that it is coming up with; it'll only give the government the

excuse to go in this direction, when the current system slowly, but surely collapses due to shortages of staff that have left an unrewarding system.

Whilst privatisation may be of greater benefit to doctors, due to the improved pays, is it really of little benefit to the general public that has grown up, on the basis that they've free healthcare provided? I can't see the British public falling for this.

Whilst the middle, upper middle class, and the filthy rich may be able to afford private healthcare, where would it leave the average working class person? For example in the United States, where you have a largely privatised system, you see many people that are unable to pay for high quality healthcare because they have to fund it privately. It does give the working class person something to aspire to; to educate themselves, and to find a job that pays reasonably well, and provides more importantly healthcare insurance. Of course, the latter principle can be applied to the British population, but then you also ask where the people that can't help themselves, fall into this?

When a system is so engrained into society, one quote comes to mind – one made by Jacob M Brude who said *consider how hard it is to change yourself and you'll understand what little chance you have in trying to change others*. A system that has been functional for the last 50 years, will take even longer to change; it doesn't need a massive overhaul, by sacrificing the

very people that makes the system work.

This is lesson not only for the UK, but the rest of the world too. Don't undervalue your doctors; the basis of what is going on now. They are the very people that keep a country going. Without healthy, energetic people, how is anything in our society going to function? I'm not for a moment suggesting that governments around the world should just give into all the demands that doctors have; that would set a bad precedent when it comes to other sectors. What I'm asking is that they just discuss and listen to the people that are the nuts and bolts of the system; find out about their working days, the sacrifices that they make, and include them in the formation of policy and the decision making process.

Doctors right now are taken for granted. The UK government never expected junior doctors to take strike action. The last 50 years have seen a lot of change in the healthcare system, some of it for the benefit of us, but many of it bad. We've complained, but largely put up with it. This was a step too far. This is where it stops. We deserve to be treated equally like anyone else; we deserve the same work restrictions and comforts that other professions enjoy. This fight is not over greed, but to get what is fair, and what we deserve.



Figure 3: Junior Doctors Protesting - <http://www.express.co.uk/pictures/galleries/3195/NHS-junior-doctor-pay-cuts-unsociable-hours-protests-London-pictures/A-protestor-holds-up-a-sign-that-say-I-took-an-oath-did-Jeremy-72570>

Just think, when you're suffering from cancer or having undergone a serious accident. Whose there besides your family? Its your doctor. They act like your family, they treat you, look after you and do everything in their power to try and make you feel as good as you can be in those circumstances. Not only do I encourage doctors to carry on the fight, but I encourage the general public to fight for us. Its us doctors that give you that fighting chance. Please help us, help you.

Dzieje się w SKN-ach!

Chcielibyśmy przybliżyć naszym Czytelnikom działalność uczelnianych kół naukowych. Rozpoczynamy więc cykl artykułów pisanych przez studentów. Może uda nam się zachęcić Was do wzięcia czynnego udziału w ich pracy!

SKN Psychiatrii Dzieci i Młodzieży



SYLWIA LIPIŃSKA
VI rok, kierunek lekarski

Jesteśmy młodym Kołem, powstałym w grudniu 2014 r. z inicjatywy studentów. Podejmujemy wiele aktywności w obrębie działalności naukowej, jak i społecznej. Dotychczas zorganizowaliśmy warsztaty BLS na Oddziale Młodzieżowym (wraz z SKN Medycyny Ratunkowej), warsztaty literackie, pomagaliśmy też przy obozie integracyjnym młodzieży z ośrodka rehabilitacji socjopsychiatrycznej. Prowadzimy wolontariat, który opiera się na uczestniczeniu w szpitalnym życiu pacjentów. W zeszłym semestrze braliśmy udział w cotygodniowych wycieczkach pacjentów Młodzieżowego Oddziału Psychiatrycznego, podczas których spacerowali, grali w kręgle czy zwiedzali wystawy. Zorganizowaliśmy również regularne sobotnie spotkania przy grach planszowych. Dzięki temu pacjenci spędzali poranki

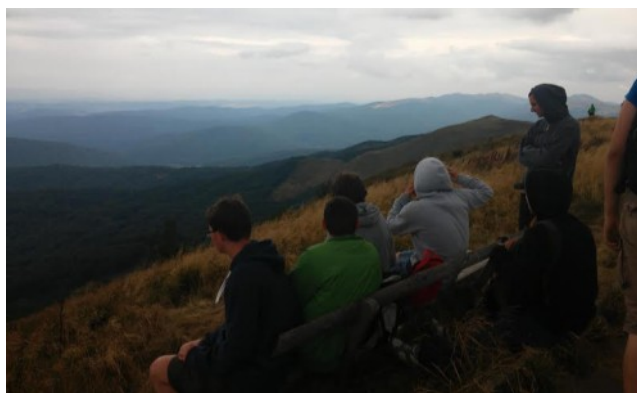
w kreatywny sposób, a my mogliśmy poznać ich perspektywę. W lipcu 2015 r. odbył się cykl warsztatów literackich, na które zaprosiliśmy pisarza Rafała Gawina. Odkrył on przed pacjentami świat literatury i sztuki oraz pomógł im redagować wła-



sne teksty. W ramach spotkań młodzież miała również okazję wykazać się w kole garncarskim oraz wykonać ilustracje do napisanych przez siebie treści. Organizacja warsztatów była dla nas ogromnym wyzwaniem, jednak młodzież pozytywnie zaskoczyła nas zaangażowaniem i frekwencją.



W związku z tym, że na Oddziale obowiązuje zakaz wykonywania zdjęć, dokumentujemy swoją działalność prowadząc Kronikę. Opisujemy wydarzenia oraz swoje spostrzeżenia co do zachowań, relacji i życia pacjentów. Staramy się także rozwijać swoje naukowe horyzonty.



W zeszłym roku wystąpiliśmy z pracą na I Międzynarodowej Studenckiej Konferencji Psychiatrycznej w Katowicach. Rozmawialiśmy na temat literatury tematycznej spoza kanonu podręczników, braliśmy udział w psychodramie. W ostatnim czasie odbyła się debata z lek. Agatą Leśnicką na temat wychowania dziecka do jego roli płciowej, a także spotkanie poświęcone *Open Dialog Therapy*. Na kolejnym spotkaniu będziemy rozmawiać o oddziaływaniu baśni na psychikę dziecka. Obecnie opiekunem Koła jest dr Izabela Łucka, a wcześniej był nim Łukasz Szostakiewicz. Mamy wiele ciekawych pomysłów. W tym roku planujemy kolejne warsztaty literackie, a obóz integracyjny dla młodzieży ma się odbyć właśnie w Gdańsku. Chcemy podjąć współpracę z Gdańskim Centrum Zdrowia. Oczywiście nie zaniedbujemy również spotkań z pacjentami. Jeśli masz ochotę, warto do nas dołączyć, nawet jeżeli nie planujesz przyszłości związanej z psychiatrią. Jest to idealna okazja, by polepszyć i wypracować swoje relacje z młodymi pacjentami, poznać bliżej ich problemy i ich samych. Skontaktuj się z naszą przewodniczącą Barbarą Andrejczuk (basiul@gumed.edu.pl) lub też znajdź naszą grupę na Facebooku.

Sylwia Lipińska,
studentka VI roku kierunku lekarskiego

SKN Medycyny Ratunkowej



Studenckie Koło Naukowe Medycyny Ratunkowej to koło z wieloletnią tradycją, prowadzone od samego

początku przez dr Ewę Raniszewską. Jest to pierwsze w Polsce studenckie koło naukowe związane z medycyną ratunkową i śmiało można powiedzieć, iż na przestrzeni prawie 20 lat istnienia przyczyniło się do ugruntowania pozycji medycyny ratunkowej w opinii społecznej. Jesteśmy grupą ludzi z pasją oraz głowami pełnymi pomysłów i energii do ich realizacji. Potwierdzeniem faktu, że Koło Medycyny Ratunkowej od lat przyciąga nietuzinkowych ludzi, może być to, że założone zostało przez studenta stomatologii! Pilnie pogłębiamy naszą wiedzę na regularnych spotkaniach, a dzięki uczestnictwu w zebraniach Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej jesteśmy na bieżąco z nowinkami z tej dziedziny oraz mamy możliwość doskonalenia swoich umiejętności na szkoleniach organizowanych w ramach tych zebrań. Członkowie naszego koła odbywają certyfikowane kursy American Heart Association, które cieszą się renomą w całym



medycznym świecie. Wiedzą, którą zdobyliśmy, chętnie dzielimy się z innymi. Można spotkać nas wszędzie tam, gdzie można tę wiedzę komuś przekazać – Medyczny Dzień Nauki, Piknik na Zdrowie, Medykalia, Dni Otwarte Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. To m.in. dzięki udziałowi w takich akcjach dostrzegamy, że nasza praca ma sens. Widząc niegasnący entuzjazm na twarzach naszych starszych i młodszych kursantów, chcących zgłębiać tajniki pierwszej pomocy, otrzymujemy potężny impuls do jeszcze intensywniejszej pracy. Nie boimy się nowych wyzwań i wielokrotnie mieliśmy okazję sprawdzić się w ekstremalnych warunkach. Symulacje wypadków na autostradzie, na lotnisku, w nocy, w niskich temperaturach – to nie tylko wspaniałe przygody, ale też możliwość obserwowania akcji ratunkowej w samym centrum wydarzeń. Bierzymy czynny udział w konferencjach naukowych, zarówno jako uczestnicy, jak i organizatorzy. Pomagaliśmy w organizacji CEEM – V Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej i braliśmy udział w sesji młodych. Co roku jesteśmy również obecni na ISSC, prowadzimy warsztaty i przedstawiamy prace naukowe.

Nasze Koło to miejsce, z którym naprawdę ciężko się

rozstać. Starzy członkowie Koła, a obecni lekarze, często wciąż aktywnie uczestniczą w życiu naszej społeczności i włączają się w organizowane przez nas akcje. Wszechstronna pomoc dr Ewy Raniszewskiej dodaje nam skrzydeł i pozwala rozwijać się naukowo, społecznie i w szerszej perspektywie – dorastać do odpowiedzialnej roli lekarza. Przewodniczącym SKN jest Kacper Winiarski.

Zajrzyj na naszą stronę
<http://medrat.skn.gumed.edu.pl>

Idalia Gradel, wiceprzewodnicząca, studentka VI roku kierunku lekarskiego



SKN Ultrasonografii

SKN Ultrasonografii przy Pracowni Diagnostyki Ultrasonograficznej i Biopsyjnej Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii to obecnie najliczniejszy SKN Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Liczymy aktualnie około 300 członków, którym przewodniczy Bogna Kałaska. Naszym opiekunem i koordynatorem jest doc. Wojciech Kosiak. Celem przewodnim naszych działań jest nauka i doskonalenie umiejętności wykonywania badania ultrasonograficznego przez każdego członka Koła, jak również rozpropagowanie edukacji ultrasonograficznej na innych uczelniach medycznych. Na comiesięczne sobotnie spotkania naszego Koła staramy się zapraszać kolegów z innych miast, między innymi z Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy oraz z UWM w Olsztynie. Spotkanie rozpoczynają wykłady naszych doktorów na tematy konkretnych zagadnień

ultrasonograficznych, po czym oferujemy naszym kolegom praktyczne warsztaty szkoleniowe przy aparatach USG. Jesteśmy także organizatorami wielu akcji na terenie Trójmiasta i nie tylko! Pierwszą, o której

warto wspomnieć to projekt *Siema USG* w ramach Finału Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Podczas tego wydarzenia członkowie Studenckiego Koła Naukowego Ultrasonografii prowadzą badanie jamy

brzuszej najmłodszych mieszkańców Trójmiasta. Celem naszej akcji jest uzyskanie przez dzieci i młodzież dostępu do najnowocześniejszych technik diagnostycznych, a dla nas studentów, możliwość sprawdzenia i doskonalenia umiejętności wykonywania badania USG pod nadzorem doświadczonych doktorów. Bie-

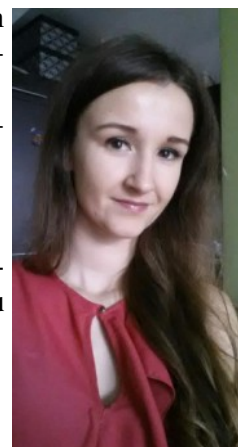


rzemy także udział w akcjach społecznych pod nazwą Biała sobota, gdzie członkowie naszego Koła wykonują badania USG jamy brzusznej i tarczycy mieszkańców wybranych gmin województwa pomorskiego. Muszę także wspomnieć o założeniu Sekcji Studentów i Młodych Lekarzy Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego (SSML PTU), która powstała z inicjatywy docenta Wojciecha Kosiaka i najstarszych członków Koła. W październiku 2015 roku na terenie naszej Uczelni odbył się I Ogólnopolski Zjazd SSML PTU, na którym mieliśmy okazję wysłuchania wykładów czołowych ekspertów z dziedziny ultrasonografii w Polsce i Europie. Jak widać jesteśmy prężnie działającym i rozwijającym się Studenckim Kołem Naukowym, gdzie oprócz wiedzy teoretycznej mamy doskonałą możliwość zdobycia umiejętności praktycznych wykonywania badania ultrasonograficznego.

Serdecznie zapraszamy do współpracy!

Napisz na usg.gumed@gmail.com.

Pamela Freitag, wiceprzewodnicząca, studentka VI roku kierunku lekarskiego



Chcesz zaprezentować swój SKN łamach *Remedium*? Napisz na adres sylwia410@wp.pl.



Mity medyczne – zastanów się, zanim uwierzysz!

Zastanawiałeś się czy rady Twojej babci mają sens?
Interesują Cię rozwiązania medycyny alternatywnej?
Chcesz sprawdzić prawdziwość utartych tez?



ALEKSANDRA STROBEL
IV rok, kierunek lekarski

Jeśli tak to trafiłeś idealnie. W każdym numerze będziemy publikować znane i powtarzane mity medyczne wraz z ich oceną.

Pytanie od czytelniczki Agaty: Czy objawem zawału może być ból brzucha?

Prawda. Do typowych objawów OZW (czyli ostrego zespołu wieńcowego) należą: ból w klatce piersiowej,

promieniujący do lewego ramienia i w stronę żuchwy, ból między łopatkami czy duszność. Jednak objawy mogą być niespecyficzne, np. ból brzucha jak w chorobie wrzodowej, nudności i wymioty. Częściej u kobiet może przebiegać bezobjawowo.

Dieta z dodatkiem dużej ilości ananasów pomaga schudnąć, ponieważ zawierają one enzym bromelainę, który poprawia trawienie.

Mit. Pozytywny wpływ warzyw i owoców na zdrowie jest niepodważalny, ale owoce to cukry proste i jedzone w nadmiarze mogą zapewnić nam przyrost, a nie spadek wagi. Owszem, bromelaina jest enzymem tra-

wiennym (proteazą), ale warunki w jelicie cienkim nie są dla niej optymalne, poziom pH jest zbyt wysoki, preferuje ona pH lekko kwasowe i to zakładając, że enzym dotarłby tam nieuszkodzony.

Próchnica, która pojawia się w mlecznych zębach, nie jest zagrożeniem i nie trzeba jej leczyć.

Mit. Nieleczone mleczaki zwiększają ryzyko próchnicy innych zębów, także stałych, powodują ból i stany zapalne. Do tego dochodzi ryzyko powstania wad zgryzu i choroby okluzyjnej zębów. Uszkodzeniu mogą także ulec zawiązki zębów stałych. Zwiększają również ryzyko infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW), szczególnie u dzieci z wrodzonymi wadami serca.



Jeśli nurtuje Cię jakieś zagadnienie i chciałbyś, żebyśmy pomogli dotrzeć Ci do sprawdzonych dowodów naukowych, napisz na aleksandrastrobel@gmail.com.



Polska służba zdrowia na tle świata



OECD

BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES



2,2

lekarzy na 1000 osób (najmniej w Europie)

do **13%**

osób rezygnuje z wizyty lekarskiej z powodu kosztów, długości oczekiwania lub braku transportu (jeden z najwyższych wyników w Europie)



Polska w gronie najwyższych wskaźników tzw. niepotrzebnych hospitalizacji (*avoidable hospital admissions*), czyli stanów, które z powodzeniem mogą być zaopatrzone w podstawowej opiece

Polska wśród trzech jedynych krajów
**bez powszechnego
dostępu**
do świadczeń zdrowotnych



jedna z większych dysproporcji w OECD

15% vs 85%

odsetek
lekarzy
nie-specjalistów
(*generalists*)

odsetek
lekarzy
specjalistów
(*specialists*)