

Primum

ISSN 2353-6055 Nr 3 (320) 2018

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ



Fundacja Dom Lekarza Seniora **1%** KRS 0000223048



WOLNOŚĆ TO WYBÓR

PRZEDSTAWIAMY NOWE VOLVO XC40
SUBSKRYBUJ. DOŚWIADCZAJ

Nowe Volvo XC40 zaprojektowano z myślą o Twojej wolności. Dlatego stworzyliśmy przemyślane schowki i skorzystaliśmy z intuicyjnej technologii, która pomaga Ci w codziennym życiu. Równie ważna była dla nas Twoja wygoda, dlatego opracowaliśmy coś jeszcze. Usługę Care by Volvo, która pozwala Ci korzystać z samochodu tak, jak zawsze chciałeś. My zajmujemy się całą resztą.

**Gdy możesz mieć wszystko,
wybierz to, co daje Ci wolność.**



Szczegóły oferty u dealerów Volvo. Niniejsza informacja nie stanowi oferty w rozumieniu Kodeksu cywilnego. Prezentowane zdjęcia są przykładowe i mogą obejmować wyposażenie dodatkowe nieujęte w wycenie. W zależności od silnika zużycie paliwa w cyklu mieszanym wynosi od 5 do 7,1 l/100 km, emisja CO₂ od 133 do 166 g/km. Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji na: www.volvocars.pl

NORDIC MOTOR Sp. z o.o.
Autoryzowany Dealer Volvo

ul. Fordońska 307, 85-766 Bydgoszcz
ul. Szosa Lubicka 15, 87-100 Toruń

tel. 52 33 907 00
tel. 56 66 000 66

www.nordicmotor.dealervolvo.pl
 VolvoNordicMotor

U W A G A !

21 kwietnia 2018 r. o godz. 9.00
w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej
odbędzie się XXXVII ZJAZD
SPRAWOZDAWCZO-WYBORCZY,
podczas którego wybrane zostaną
nowe władze Izby

W NUMERZE

WYBORY BIL

Delegaci VIII kadencji wybrani 2

INFORMUJEMY 3, 9, 11

POROZUMIENIE, KTÓRE OTWIERA
DRZWI DO DALSZYCH REFORM 4

SZTUKA ROZMOWY PODSTAWĄ
DIAGNOZY – rozmowa z dr n. med.
Aldoną Katarzyną Jankowską 6

ALERGIA JEST CHOROBA DO KOŃCA
ŻYCIA – rozmowa z lek. med.
Beatą Madej 8

STANOWISKO POLSKIEGO
TOWARZYSTWA
DERMATOLOGICZNEGO 10

Z HISTORII MEDYCYN 12

O PARU ZAGROŻENIACH
W GÓRACH NAJWYŻSZYCH 14

MEDYCZNA NOC W OPERZE 16

LEKARSKI SPORT 18

FELIETON 19

W PIGUŁCE 20



Okladka: fot. Zofia Ruprecht

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Akcja protestacyjna rezydentów zakończyła się podpisaniem kompromisowego porozumienia z obecnym ministrem zdrowia prof. Łukaszem Szumowskim. W porozumieniu zawarto coroczny wzrost nakładów i szybsze – do roku 2024 – osiągnięcie poziomu 6% PKB. Wzrosną wynagrodzenia rezydentów – od 1 lipca 2018 r. będą nie niższe niż 4 lub 4,7 tys. zł (jeśli szkolenie specjalizacyjne będzie dotyczyło dziedzin priorytetowych). Od trzeciego roku specjalizacji wymienione wynagrodzenia zwiększą się, odpowiednio, o 500 lub 600 zł. W celu zachęcenia lekarzy do pracy w kraju po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego – rezydenci, jeśli zobowiążą się do przepracowania w Polsce dwóch lat – otrzymają dodatek 600 lub 700 zł (w zależności od uzyskanej specjalizacji). Ponadto w porozumieniu zapisano również wzrost wynagrodzeń dla lekarzy specjalistów – wynagrodzenie zasadnicze brutto wyniesie nie mniej niż 6750 zł, pod warunkiem, że zobowiążą się nie wykonywać tożsamyh świadczeń medycznych w innej placówce niż główne miejsce zatrudnienia. Zastrzeżenie to jednak nie dotyczy podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji medycznej i pracy lekarzy w sektorze prywatnym. Minister ponadto zobowiązał się zwiększyć liczebność kadry medycznej, aby od 2028 r. klauzula opt-out przestała obowiązywać, a maksymalny dopuszczalny tygodniowy czas pracy wynosił nie więcej niż 48 godzin. W celu zmniejszenia obowiązków administracyjnych zostaną wyszkolone i zatrudnione sekretarki medyczne oraz zostanie zniesiona konieczność określania stopnia refundacji leków przepisanych na receptę.

Chciałbym podziękować Koleżankom i Kolegom Rezydentom za zaangażowanie i wytrwałość w prowadzeniu akcji protestacyjnej, która zakończyła się sukcesem. Prowadzący protest w rozmowach z ministrami wykazali się dojrzałością, odpowiedzialnością i stanowczością. Oczywiście nie wszystkie cele zostały osiągnięte, lecz większość z nich była zgodna z postulatami naszego środowiska. Należy jednak monitorować zapisy prawa wcielające w życie osiągnięte porozumienie. Trzeba też pamiętać, że głównym zadaniem Ministerstwa Zdrowia i rządu jest głęboka reforma służby zdrowia. Dopiero wtedy zobaczymy, czy dobre intencje i deklaracje się utrzymają.

Sukces rezydentów jednak w ocenach niektórych „samorządowych kombatantów” jest rozczarowaniem, a nawet porażką. Oskarżają rezydentów o „zdradę sprawy” i targowicę. Uważają oni, że ich własna przeszłość i już historyczna działalność daje im prawo do tak ciężkich oskarżeń oraz glejt na nieomyślność i tym samym mają prawo do odzierania z godności przywódców protestu. Te słowa bolą, a jednocześnie budzą podejrzenia, że „kombatantom” zależało bardziej na gonieniu króliczka niż na uzyskaniu kompromisowego porozumienia.

Mam nadzieję, że te bezpardonowe ataki nie wpłyną na niezależność myślenia i działania młodych lekarzy. Jeszcze raz dziękuję i gratuluję mądrości w dotychczasowej działalności na rzecz chorych i pracowników ochrony zdrowia. Mam nadzieję, że politycy w końcu pojmą, że zdrowie narodu wymaga większych nakładów finansowych, a placówki zdrowotne to nie fabryki ani zakłady produkcyjne mające przynosić tylko zyski. Jedynym zyskiem jest lepsza opieka nad chorymi i rozwój nauk podnoszących poziom leczenia.

Dr n. med. Stanisław Prywiński
Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej

Primum

REDAKCJA • e-mail: primum@bil.org.pl • tel. 52 346 07 85

RADA PROGRAMOWA:

przewod.: dr n. med. Wojciech Szczesny; członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkiewicz, red. nacz. Agnieszka Banach-Dalke, red. Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław Boguszyński, dr n. med. Marek Jurgowiak, lek. dent. Marek Rogowski, dr n. med. Zofia Ruprecht, dr n. med. Hanna Śliwińska.

CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje!

Przewodniczący Rady Programowej: Wojciech Szczesny, tel. 602 395 654; redaktor naczelna: Agnieszka Banach-Dalke tel. 696 016 262, agnieszka.banach@hipokrates.org; redaktor: Magdalena Godlewska, magdalena.godlewska@poczta.onet.pl

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i poprawiania materiałów oraz zmian w tytułach. Za treść reklam nie odpowiadamy.

WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska, 85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11; telefony: 52 346 00 84, 52 346 07 80;

Red. naczelny: Agnieszka Banach-Dalke
Numer konta BIL: PKO BP II O/Bydgoszcz
95 102 014 750 000 830 200 191 197;

e-mail: bil@bil.org.pl; www.bil.org.pl
• Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:
e-mail: rzecznik@bil.org.pl, tel. 52 346 12 57

• Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów:
dr n. med. Wojciech Kosmowski. Kontakt: 605 550 017



Delegaci VIII kadencji wybrani

17 stycznia br. zakończyliśmy w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej wybory do samorządu lekarskiego VIII kadencji.

W wyborach delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy VIII kadencji **udział wzięło 1169 członków naszej Izby** (o 453 mniej niż w wyborach poprzedniej kadencji), co daje frekwencję wyborczą na poziomie 25,8%. Dominującą formą wyborów było głosowanie korespondencyjne – wybrało ją ponad ¾ głosujących.

Głosowanie wyłoniło 95 delegatów, co odpowiada 63,3% dostępnych mandatów (w VII kadencji rozdano ponad 75% mandatów).

Delegaci to 43 kobiety i 52 mężczyzn. Tytuł zawodowy lekarza posiada 77 osób, zaś tytuł lekarza dentystry – 18. Delegaci lekarze są 2-procentową reprezentacją ogółu lekarzy-członków BIL, a lekarze dentyści, odpowiednio, 2,5-procentową. W porównaniu z ubiegłymi wyborami (rok 2013) wybrano o 10 lekarzy mniej i o 2 lekarzy dentyistów więcej. Warto podkreślić, że delegaci nowej kadencji to prawie w 40% osoby, które nie były wybrane w VII kadencji.

W trzech rejonach nie przeprowadzono wyborów, ponieważ nie zgłoszono w nich żadnego kandydata, zaś w kolejnych dwóch – z powodu braku 20-procentowego kworum – uznano wybory za nieważne. Członkami rejonów, które nie wyłoniły swoich reprezentantów, jest około 400 lekarzy.

Wyborcom, w imieniu wszystkich wybranych delegatów, dziękuję za zaufanie i głosy. Delegatom na Okręgowy Zjazd Lekarzy VIII kadencji gratuluję, życząc jednocześnie sukcesów oraz satysfakcji w pracy na rzecz naszego samorządu.

Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy, który wybierze nowe władze Bydgoskiej Izby Lekarskiej, odbędzie się 21 kwietnia 2018 roku.

*Dr n. med. Elżbieta Narolska-Wierczewska
Przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej BIL*

Obwieszczenie nr 1/2018/VII przewodniczącej Okręgowej Komisji Wyborczej Bydgoskiej Izby Lekarskiej z 17 stycznia 2018 roku o wynikach wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy VIII kadencji Bydgoskiej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 16 ust. 1 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r., poz. 522 t.j. ze zm.) i par. 45 ust. 1 Regulaminu Wyborów stanowiącego załącznik do Uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, uwzględniający zmiany wprowadzone Uchwałą nr 6 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 maja 2016 r. oraz Uchwały nr 2/2018 Okręgowej Komisji Wyborczej Bydgoskiej Izby Lekarskiej z 17 stycznia 2018 r. w sprawie wyników wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy VIII kadencji Bydgoskiej Izby Lekarskiej obwieszcza się, co następuje:

§1

W wyniku przeprowadzonych wyborów w rejonach wyborczych utworzonych na obszarze działania Bydgoskiej Izby Lekarskiej delegatami na Okręgowy Zjazd Lekarzy VIII kadencji Bydgoskiej Izby Lekarskiej zostali wybrani:

1. Augustyniak Michał – lekarz;
2. Bańkowska-Woźniak Magdalena – lekarz;
3. Barkowska-Czeriak Małgorzata – lekarz;
4. Białożyk Paweł – lekarz dentyista;
5. Boguszyński Mieczysław – lekarz;
6. Borowiecki Maciej – lekarz;
7. Bronisz Agata – lekarz;
8. Bronisz Marek – lekarz;
9. Buszko-Sikora Elżbieta – lekarz;
10. Chrobot Andrzej – lekarz;
11. Cichosz Andrzej – lekarz;

12. Dalke Krzysztof – lekarz;
13. Dąbkowska Małgorzata – lekarz;
14. Dereziński Tadeusz – lekarz;
15. Domańska-Midura Halina – lekarz dentyista;
16. Dyduch-Frydryszek Aleksandra – lekarz dentyista;
17. Foremska Joanna – lekarz;
18. Frąckowiak Waldemar – lekarz;
19. Gawel Krzysztof – lekarz;
20. Goc Maria – lekarz;
21. Goszczyński Andrzej – lekarz;
22. Grzyb Sebastian – lekarz;
23. Jałocha Dariusz – lekarz;
24. Jankiewicz Marek – lekarz dentyista;
25. Jańczak-Biegańska Ewa – lekarz dentyista;
26. Jaroszewicz-Goral Waleria – lekarz dentyista;
27. Jasik Bogusław – lekarz;
28. Kaczanowska-Burker Ewa – lekarz;
29. Kalicka Agata – lekarz;
30. Kaniewski Mateusz – lekarz;
31. Kapsa-Sroczyńska Maria – lekarz dentyista;
32. Karnowski Roman – lekarz;
33. Kasperski Adam – lekarz dentyista;
34. Kawecka Elżbieta – lekarz dentyista;
35. Klucz Katarzyna – lekarz;
36. Kołakowska Joanna – lekarz;
37. Kołakowski Jarosław – lekarz;
38. Kopeć Michał – lekarz;
39. Kosmowski Wojciech – lekarz;
40. Koszek Jacek – lekarz;
41. Koszewska-Kolodziejczak Aleksandra – lekarz;
42. Kozak Mirosław – lekarz;
43. Kozłowski Bartosz – lekarz;
44. Krzyżanowski Marek – lekarz;
45. Kuczma-Urbanek Katarzyna – lekarz;
46. Kuczun-Świątkowska Alina – lekarz;
47. Kuliński Andrzej – lekarz dentyista;
48. Kwiatkowski Szymon – lekarz;
49. Lach-Inszcak Sabina – lekarz;
50. Lendo Agnieszka – lekarz;
51. Lesikowska Dorota – lekarz dentyista;
52. Lewandowski Marek – lekarz;

53. Lisiak-Myszke Magdalena – lekarz dentyista;
54. Majewski Bartosz – lekarz dentyista;
55. Mludzińska Anna – lekarz;
56. Monowid Zbigniew – lekarz;
57. Narolska-Wierczewska Elżbieta – lekarz;
58. Paciorek Przemysław – lekarz;
59. Patyk Iwona – lekarz;
60. Perczak Aleksandra – lekarz dentyista;
61. Piaskowska Halina – lekarz dentyista;
62. Porzych Katarzyna – lekarz;
63. Prywiński Maciej – lekarz;
64. Prywiński Stanisław – lekarz;
65. Rajewski Jerzy – lekarz;
66. Ratajczak Dariusz – lekarz;
67. Rhone Piotr – lekarz;
68. Rogowski Jerzy – lekarz dentyista;
69. Rogowski Marek – lekarz dentyista;
70. Rydzkowski Mariusz – lekarz;
71. Sergot-Martynowska Grażyna – lekarz;
72. Sinkiewicz Władysław – lekarz;
73. Siwek Piotr – lekarz;
74. Sobolewska-Pilarczyk Małgorzata – lekarz;
75. Solińska-Lewna Beata – lekarz
76. Sousak Masaoud – lekarz;
77. Staszak-Kowalska Radosława – lekarz;
78. Straburzyńska Maria – lekarz dentyista;
79. Szymanek Anna – lekarz;
80. Śliwińska Hanna – lekarz;
81. Śniegocki Maciej – lekarz;
82. Świątkowska Małgorzata – lekarz;
83. Tojek Krzysztof – lekarz;
84. Turzański Rafał – lekarz;
85. Tworkiewicz Maciej – lekarz;
86. Tyloch Janusz – lekarz;
87. Tywoniuk Krystian – lekarz;
88. Waleryś-Masiak Małgorzata – lekarz;
89. Wanat-Ślupska Elżbieta – lekarz;
90. Wasik Juliusz – lekarz;
91. Widomska Lutobora – lekarz;
92. Wieczorek Janusz – lekarz;
93. Winiarski Piotr – lekarz;
94. Wiśniewska Katarzyna – lekarz;
95. Zalewska-Rydzkowska Danuta – lekarz.

*Dr n. med. Elżbieta Narolska-Wierczewska
Przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej BIL*

Odszedł profesor Józef Kałużny

(17 marca 1940–
–14 stycznia 2018)



Prof. dr hab. n. med. Józef Kałużny był uznanym lekarzem okulistą. Studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu ukończył w 1964 r. Od 1979 r. był kierownikiem Kliniki Chorób Oczu Akademii Medycznej w Bydgoszczy (później Collegium Medicum UMK).

Profesor podczas swojej ponad czterdziestoletniej kariery zajmował się wszelkimi działami okulistyki. Wykonał dwadzieścia tysięcy operacji okulistycznych. Specjalizował się w chirurgii zaćmy, operacjach przeciwjaskrowych, schorzeniach siatkówki oraz laseroterapii. W 1985 r. – jako pierwszy lekarz w Polsce – wszczepił sztuczne soczewki tylnokomorowe po usunięciu zaćmy, a także, jako jeden z pierwszych na świecie, zastosował Spektralną Optyczną Tomografię Koherentną w diagnostyce okulistycznej. Profesor Kałużny opublikował ponad 200 prac

naukowych w specjalistycznych wydawnictwach medycznych w Polsce, Niemczech, Holandii, USA i we Włoszech.

W swojej karierze zawodowej był również rektorem Akademii Medycznej w Bydgoszczy, prezesem Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, przedstawicielem Polski w Europejskiej Radzie Okulistyki i w Sekcji Okulistycznej Europejskiej Rady Towarzystw Medycznych, redaktorem naczelnym „Kliniki Ocznej”.

Od 2008 r. pracował w Klinice Okulistycznej OFTALMIKA, którą stworzył i był jej dyrektorem ds. medycznych. Mimo zaawansowanego wieku, Pan Profesor nadal przyjmował pacjentów i był aktywny zawodowo. Odszedł w wieku 77 lat.

Źródło: OFTALMIKA

Wyrazy głębokiego współczucia
dla prof. dr. hab. n. med. **Jakuba Kałużnego**
i dr. hab. n. med. **Bartłomieja Kałużnego**

z powodu śmierci

OJCA

prof. dr. hab. n. med. Józefa Kałużnego

składają lekarze z oddziału okulistycznego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Włocławku

Oddział Kujawsko-Pomorski Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii...

...serdecznie zaprasza na otwarte spotkanie naukowo-szkoleniowe (Bydgoszcz, Restauracja Villa Calvados, ul. Księdza Piotra Skargi 3) **16 marca 2018 (piątek) godz. 18:30.**

Program: „Zaburzenia mikrobioty jelitowej – przyczyna wielu schorzeń” oraz „Moje najtrudniejsze – prezentacja przypadków” – dr n. med. Anna Pietrzak, Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Onkologii Klinicznej CMKP, Klinika Gastroenterologii Onkologicznej Centrum Onkologii Instytut w Warszawie. ■

Sprawozdawczość statystyczna z zakresu ochrony zdrowia za rok 2017

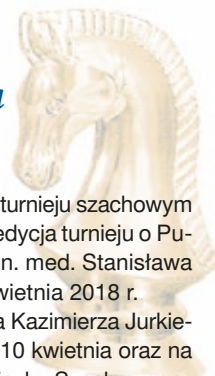
Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego: przypomina o obowiązku przekazania danych statystycznych za 2017 r.

Szczegółowe informacje na stronach internetowych Wydziału Zdrowia: <http://www.zdrowie.bydgoszcz.uw.gov.pl> oraz Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Warszawie: www.csioz.gov.pl

Zapraszamy na wycieczkę (31.05–3.06)

Komisja Socjalna Bydgoskiej Izby Lekarskiej zaprasza na wycieczkę w Beskid Śląski i Żywiecki. Zapisy z przedpłatą 200 zł do 30 kwietnia. Szczegóły w kolejnym numerze **Primum**. ■

Memoriał Szachowy im. prof. Romana Mariana Bugalskiego



Bydgoska Izba Lekarska zaprasza do udziału w turnieju szachowym im. prof. Romana Mariana Bugalskiego. Ósma edycja turnieju o Puchar Prezesa Bydgoskiej Izby Lekarskiej – dr. n. med. Stanisława Prywińskiego odbędzie się w dniach 14–15 kwietnia 2018 r. Zgłoszenia udziału przyjmowane są przez pana Kazimierza Jurkiewicza pod numerem telefonu: 600 980 333 do 10 kwietnia oraz na stronie turniejowej Kujawsko-Pomorskiego Związku Szachowego.

Maciej Borowiecki
Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

Fundacja „Dom Lekarza Seniora” prosi o dalsze wpłaty w ramach corocznego **1%**

W roku ubiegłym dokonaliśmy odwiertów geodezyjnych działki w Osiełsku. W tym - planujemy ostateczny wybór gotowego projektu. Zarysowała się możliwość skorzystania z dotacji unijnych, ale nie jest to pewne, a wytyczne ukażą się dopiero w połowie roku. Jak Państwo widzą – sprawa budowy jest dalej aktualna. Zamierzamy dołączyć w którymś z kolejnych numerów „Primum” ankietę do wypełnienia przez Seniorów dotyczącą wizji działania takiego domu.

Tak więc bądźmy cierpliwi, a zrealizujemy nasz cel. Prosimy o wpłaty nie tylko 1 procenta, ale i o inne dobrowolne datki. Z góry za hojność dziękuję w imieniu naszych Seniorów.

Małgorzata Świątkowska – Prezes Fundacji

PROJEKT...
prowadzonego przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej

122. Numer KRS **0000223048**

Wnioskowana kwota
Kwota z poz. 123 nie może przekroczyć 1% kwoty z poz. 124
zaokrąglonej do pełnych dziesiątek groszy w dół.

I. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE
a) zaznaczając kwadrat w poz. 125 wyrazić zgodę na przekazanie OPP swojego imienia, nazwiska i adresu wraz z informacją z poz. 123. W poz. 126 można podać dodatkowe informacje, np. ułatwiające kontakt z podatnikiem (telefon, e-mail).

124. Cel szczegółowy 1% **Fundacja Dom Lekarza Seniora**

125. **10%**

FUNDACJA DOM LEKARZA SENIORA

Porozumienie, które otwiera drzwi do dalszych reform

Można by napisać: nareszcie!, w końcu!, ale tego nie zrobię. Na pewno jednak ton tego tekstu będzie bardziej radosny niż poprzednich. Osiągnęliśmy kompromis. Jest to krok w kierunku kompleksowych zmian w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Zarazem – kropla w morzu potrzeb.



Minister zdrowia i rezydenci po podpisaniu porozumienia

Źródło: MZ

BARTOSZ FIALEK

SKUTECZNA AKCJA OPT-OUT

Wiele pisałem o wypowiedzianiu klauzul opt-out jako zorganizowanej akcji mającej uwidocznić problem w ochronie zdrowia i zarazem zwrócić uwagę decydentów, iż zmiany i priorytetyzacja tego sektora są konieczne. Ostatecznie licznik lekarzy pracujących zgodnie z Kodeksem pracy zatrzymał się w okolicy 5 tysięcy. Czy to dużo? O tym dalej. W naszym regionie, właściwie, jedynie lekarze ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. Jana Biziela podjęli się walki o poprawę jakości opieki zdrowotnej w naszym kraju. Nie zapominam o pozostałych, którzy dołączyli do akcji (przede wszystkim lekarze rezydenci z Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego) i dziękuję im za wsparcie. Natomiast to właśnie „Biziel” nosi miano szpitala, który w bardzo dużym stopniu przyczynił się do zwrócenia uwagi rządzących na istniejący problem oraz skierowania dodatkowych funduszy na zdrowie. Cała akcja oparła się o kilkadziesiąt szpitali w kraju, w których odczuwalne były braki kadrowe i ograniczany był w różnym stopniu dostęp do świadczeń zdrowotnych. Kilkadziesiąt z około tysiąca. To wszystko z powodu, zaledwie, zobowiązania się pew-

nej grupy lekarzy do pracy do 48 godzin tygodniowo.

NOWY MINISTER – NOWA STRATEGIA

Poprzedni artykuł zakończyłem słowami o wyborze nowego ministra zdrowia prof. Łukasza Szumowskiego. Zastąpił on na stanowisku pana Konstantego Radziwiłła, który był złym policjantem, chwalił się swoimi „sukcesami”, mówił o dialogu z przedstawicielami Porozumienia Rezydentów, który w rzeczywistości okazał się być monologiem. Poprzez swoje działania wyczerpał możliwość przeprowadzenia reformy ochrony zdrowia. Stąd zapewne zmiana personalna, która przy okazji była zmianą taktyczną. Nowy minister zdrowia oznajmił, a następnie pokazał, że dialog jest dla niego najważniejszy. Poza rozmowami ze środowiskiem lekarskim, podjął dyskusję z przedstawicielami: pielęgniarek, ratowników medycznych, diagnostów laboratoryjnych oraz PZM (Porozumienie Zawodów Medycznych zrzeszające wiele związków zawodowych pracowników ochrony zdrowia). Jego priorytety w odniesieniu do zdrowia to poza dialogiem: odbiurokratyzowanie, efektywność, innowacyjność oraz informatyzacja. Podczas spotkań z lekarzami (22 stycznia, 1 lutego oraz 8 lutego) przedstawiał konkretne rozwiązania w kon-

tekście naszych postulatów. Ostatecznie, podczas trzeciego, zostało podpisane porozumienie.

POROZUMIENIE JUŻ TERAZ. DLACZEGO?

Po zaledwie (mając na uwadze historię rozmów z przedstawicielami rządu), trzech spotkaniach udało się osiągnąć kompromis. Dlaczego już teraz? I dlaczego kompromis, a nie sukces? Po kolei. W odniesieniu do początku tego tekstu: około 5 tysięcy lekarzy aktywnie uczestniczących w akcji wypowiedziania klauzul opt-out z około 90 tysięcy aktywnie pracujących w zawodzie to mało. To niecałe 10%. I to liczba lekarzy, którzy jedynie ograniczyli czas pracy do wymiaru normatywnego. Dla porównania – nasi sąsiedzi, Czesi, spektakularnie zreformowali swój system opieki zdrowotnej dzięki akcji „dziękujemy, odchodzimy”, która statystycznie kształtowała się następująco – ok. 25% wypowiedzianych umów, w tym ok. 80% w regionach najuboższych: kraj Wysocyna oraz morawsko-śląski. Oni nie ograniczyli czasu pracy do wymiaru i tak większego aniżeli statystyczny polski etat. Oni postanowili zrezygnować z pracy. W następstwie tamtych działań dzisiaj w Czechach na ochronę zdrowia przeznaczane jest około 6,3% PKB z publicznych środków. U nas po porozumieniu będzie to 4,78% w 2018 r. U nich lekarz specjalista zarabia równowartość trzech średnich krajowych, u nas w wyniku porozumienia – 6750 złotych brutto (1,58 przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w roku 2017; źródło GUS). Brak odpowiedniej solidarności jest jedną z przyczyn podpisania porozumienia już teraz. Po drugie – każdy protest musi się kiedyś skończyć. Najpierw były manifestacje oraz pikety, później dołączyła do nich głódówka, kolejnym przyjętym kierunkiem było wypowiedzianie klauzul opt-out. Po osiągnięciu apogeum na początku stycznia liczba wypowiedzianych klauzul, czy lekarzy aktywnie biorących udział w przedsięwzięciu, wyniosła około 5 tysięcy i była wartością niemal stałą. Było to spowodowane tym, że kolejni chętni dołączali, lecz w tym samym czasie mieliśmy do czynienia z lokalnym rozwiązywaniem już istniejącego problemu, co sprawiało, że część lekarzy wracała do dotychczasowego stylu pracy. Nie widzieliśmy perspektywy wzrostu liczby chcących pracować zgodnie z Kodeksem pracy. Było to zapewne spowodowane naciskami oraz mobbingiem ze strony niektórych zarządów szpitali (udokumentowaliśmy ponad 150 takich postępowań, np.: straszenie zwolnieniem, trudnościami w ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego oraz ograniczeniem funduszy socjalnych, wprowadzanie równoważnego czasu pracy, uniemożliwianie wyjazdów na obowiązkowe kursy specjalizacyjne, opóźnianie zaplanowanych urlopów wypoczynkowych, obraźliwe komentarze i wiele innych), ale i kwestiami moralnymi czy finansowymi. Brak rozwoju,

a nawet groźba zmniejszenia zasięgu akcji jest drugą bardzo istotną przyczyną podpisania porozumienia już teraz. Jest jeszcze kilka innych, pomniejszych przyczyn, które pozwolę sobie pominąć. Literalnie: przedłużająca się akcja nie służyła ani naszym pacjentom, ani nam.

KROPLA W MORZU POTRZEB

Dlaczego porozumienie nazywamy kompromisem, a nie sukcesem? Treścią porozumienia jest między innymi (źródło MZ):

1. Zwiększenie corocznego wzrostu nakładów i szybsze osiągnięcie poziomu 6% PKB – już w 2024 r.;

2. Godziwa płaca dla lekarzy specjalistów za pracę w swoim szpitalu;

3. Wyższe wynagrodzenie dla lekarzy rezydentów w zamian za zobowiązanie do pracy w Polsce po zakończeniu specjalizacji;

4. Odbiurokratyzowanie systemu, wprowadzenie sekretarek medycznych;

5. Przeciwdziałanie problemowi braku pielęgniarek i lekarzy (reforma systemu kształcenia, zwiększenie liczby miejsc na studiach, promocja zawodu pielęgniarki).

Wszyscy jesteśmy świadomi, że niezbędne jest znaczące zwiększenie nakładów na publiczny sektor ochrony zdrowia, a przy obecnych możliwościach wielu naszych pacjentów nie doczeka tych zmian. Nieustająco marzeniem pozostaje przekazywanie 6,8% PKB do 2021 r. z publicznych środków na zdrowie. Wynagrodzenia w dalszym ciągu odbiegają od tych postulowanych. Odbiurokratyzowanie systemu oraz przeciwdziałanie problemowi braku pielęgniar

niarek oraz lekarzy wymaga i czasu, i znacznych nakładów finansowych. Jednak treść porozumienia wydaje się być maksimum możliwym do osiągnięcia, mając na uwadze zaangażowanie środowiska w akcję, nasze możliwości.

Cieszę na pewno zapisy niefinansowe: w końcu lekarz ma posiadać ochronę przypisaną funkcjonariuszowi publicznemu (Art. 115. KK), dodatkowe 6 dni urlopu szkoleniowego, rozwiązanie problemu pracy po całonocnym dyżurze, zawód sekretarki-asystenta medycznego, wyeliminowanie klauzuli opt-out, dążenie do prawidłowej wyceny świadczeń gwarantowanych, cyfryzacja systemu opieki zdrowotnej (e-system: e-zwolnienia, e-recepty, e-skierowania, e-zlecenia), brak konieczności wpisywania poziomu refundacji na recepcie.

CO DALEJ?

W treści porozumienia ustalono datę kolejnego spotkania roboczego na styczeń 2020 r. Ma ono na celu ocenę realizacji umowy oraz renegotiację dotychczasowych zapisów w odniesieniu np. do czynników makroekonomicznych. Po wielomiesięcznej walce śmiało możemy powiedzieć, że naszym największym sukcesem jest bezcenne poparcie i zrozumienie naszych pacjentów. Mamy też nadzieję, że nasze porozumienie otworzy drzwi wszystkim zawodom medycznym do rozmów o poprawie jakości w ochronie zdrowia. Akcja masowego wypowiadania klauzul opt-out z datą podpisania umowy dobiegła końca. Nie znaczy to jednak, że porozumienie jest uwarunkowane powrotem do tego

oświadczenia. Wiadomo, że protest nie zmnożył liczby lekarzy, więc przynajmniej przez kilka lat część lekarzy będzie pracować powyżej podstawowego wymiaru czasu pracy, który wynosi 37 godzin 55 minut. Każdy indywidualnie musi przemyśleć oraz ocenić, biorąc pod uwagę różne czynniki, w tym fizyczne oraz finansowe, przez jak długi czas jest w stanie tak pracować. W żadnym wypadku nie zmieniamy nastawienia i nieprzerwanie uważamy, iż nadmierne obciążenie pracą jest szkodliwe zarówno dla pacjenta, jak i lekarza. Stąd w treści porozumienia został zawarty apel o powrót do pracy w większym wymiarze, lecz celowo nie zapisano jego długości, tym bardziej nie ujęto informacji o podpisywaniu klauzul opt-out. Mogą być one jednak kartą przetargową w działaniach mających na celu poprawę lokalnych finansowych oraz niefinansowych warunków pracy. W dalszym ciągu wiele pracy przed nami, musimy przede wszystkim czuwać nad realizacją kolejnych etapów podpisanego 8 lutego 2018 r. porozumienia pomiędzy ministrem zdrowia a Porozumieniem Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Jeden z rozdziałów batalii o lepszy obraz polskiej ochrony zdrowia uważamy za zamknięty.

Treść porozumienia dostępna jest pod adresem: <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2018/02/porozumienie-z-rezydentami.pdf>

Autor jest lekarzem rezydentem Kliniki Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. Jana Biziela w Bydgoszczy.

Doktor Beata Solińska-Lewna

(1 czerwca 1967–3 lutego 2018)

Głęboko poruszeni stajemy bezradni wobec niespodziewanej śmierci naszej koleżanki. Tragiczne wydarzenia pozbawiły nas możliwości ratowania Jej życia, co Beata czyniła wielokrotnie w stosunku do swoich pacjentów, będąc świetnym lekarzem – specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii. Niestety nie spełni już swoich marzeń, tych tak bardzo osobi-

stych, jak wychowanie Jasia, ale też zawodowych, jak choćby obrona doktoratu. Nie podzieli się z nami swoimi wrażeniami z obejrzanego spektaklu teatralnego, wystawy, koncertu. Nie usłyszymy od Niej ciekawej recenzji na temat ostatnio przeczytanej książki.

Beato, zostanie z nami Twój wspaniały uśmiech i straszliwa pustka, której nie da się zappełnić!

koleżanki i koledzy



Arkowi i Jasiowi

oraz Bliskim naszej wspaniałej koleżanki

dr BEATY SOLIŃSKIEJ-LEWNY

składamy najszczerze wyrazy współczucia
z powodu Jej tragicznej, niespodziewanej śmierci

koleżanki i koledzy

specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii

Doktorowi Arkadiuszowi Lewnie

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu tragicznej śmierci

ŻONY

*składają Koleżanki i Koledzy z Kujawsko-Pomorskiego
Oddziału Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii*

Sztuka rozmowy – podstawą diagnozy

Z dr n. med. Aldoną Katarzyną Jankowską, prezes Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej rozmawia Agnieszka Banach

► Od początku roku na wydziale lekarskim Collegium Medicum funkcjonuje nowa samodzielna jednostka – Pracownia Komunikacji w Medycynie. Na pewno skorzystają na tym przyszli lekarze, ale i ich pacjenci.

Z myślą o tym, przy wsparciu władz dziekańskich Wydziału Lekarskiego oraz władz uczelni, właśnie powstała pracownia i bardzo się z tego cieszę. Będziemy prowadzić dla studentów zajęcia dotyczące komunikacji w medycynie oraz badania obejmujące ten zakres. Nie jesteśmy jedyni w Polsce. Na innych uczelniach medycznych zajęcia z komunikacji są już prowadzone, u nas jednak będą wyglądały trochę inaczej. Model, który powstaje w Collegium Medicum, w dużej mierze oparty jest na doświadczeniach kanadyjskich, ale będzie brał pod uwagę nasze uwarunkowania kulturowe i możliwości organizacyjne. Tworzymy go przy współudziale pacjentów, studentów i lekarzy.

Otrzymuję liczne zapytania i wyrazy zainteresowania jej powstaniem ze strony przedstawicieli innych uczelni medycznych w Polsce.

► Jak więc przyszli lekarze będą się uczyć właściwej komunikacji w medycynie? Czy zajęcia już się zaczęły?

Tak, zajęcia prowadzone według opracowanego przez nas nowatorskiego programu miała już pierwsza grupa studentów na laryngologii. Stworzyliśmy go, opierając się na kilkudziesięcioletnich doświadczeniach wiodących uczelni medycznych w Europie, Stanach Zjednoczonych i Kanadzie. Uczestniczyłam tam w wielu warsztatach, wykładach, zajęciach poświęconych komunikacji i cały czas zastanawiałam się, jak powinny wyglądać idealne zajęcia, które nauczą odpowiedniej komunikacji z pacjentem. Obserwowałam, co się udało, co się sprawdza. Chcemy np., żeby – tak, jak jest w Cambridge czy na Harvardzie – zajęcia miały swoją kontynuację. Zająć nie byłoby dużo, ale powtarzałyby się przez 3 kolejne lata.

W większości uczelni nauczanie komunikacji jest całkowicie oddzielone od nauczania klinicznego. Z jednej strony taki podział umożliwia wprowadzenie niezależne od nikogo funkcjonowanie, z drugiej jednak studenci widzą, że inne sposoby postępowania z pacjentem stosuje się w centrach komunikacji, a odmienne w klinikach. Widać przepaść między prezentowanym wysokim poziomem umiejętności komunikacyjnych na zajęciach, a rzeczywistym kontaktem z pacjentem. Teoria nie łączy się więc z praktyką, a nam chodzi o to, żeby studenci wiedzieli, jak komunikacja działa właśnie w praktyce.

► Na razie planujecie rozpoczęcie współpracy z czterema klinikami w Juraszu: laryngologią, anestezjologią, endokrynologią i pediatrią. Tam właśnie będą prowadzone zajęcia z komunikacji w połączeniu z praktyką kliniczną. Czego nauczą się studenci?

Prowadzone będą konwersatoria i seminaria, ale naszym głównym celem jest, by zajęcia były praktyczne, nierozdzielnie związane z klinikami. Studenci nauczą się m.in. komunikacji w zakresie wywiadu medycznego. Dobrze przeprowadzony wywiad decyduje o skuteczności leczenia. Polscy lekarze są przeciążeni biurokracją, na wywiad mają bardzo mało czasu, co oznacza, że szybko muszą nawiązać dobrą relację z pacjentem i jednocześnie zdobyć potrzebne informacje. Może się wydawać, że jeżeli na chorego mamy mało czasu, to kompetencje komunikacyjne nie będą miały zastosowania. Jest dokładnie odwrotnie. Masz mało czasu – musisz mieć dobre kompetencje komunikacyjne. Zadaniem naszych studentów będzie więc m.in. uzyskanie od chorego potrzebnych informacji i równocześnie nawiązanie dobrej relacji. Wszystko w wyznaczonym czasie i z pacjentami. Wywiady nagrywamy, a potem wspólnie analizujemy. Już w trakcie oglądania filmu studenci sami widzą, co mogliby poprawić, co zrobić inaczej. W naszej pracy często opieramy się też na ich doświadczeniach, kiedy oni sami albo członkowie ich rodzin byli pacjentami. Często mają bardzo dużo trafnych spostrzeżeń.

► Podkreślała Pani, jak ważny jest odpowiednio przeprowadzony wywiad lekarski. Także konferencja, którą organizujecie w kwietniu w Bydgoszczy „Sztuka rozmowy – podstawą diagnozy” (informacje o niej na stronie: komunikacjamedyczna.pl) do tego nawiązuje. Ta międzynarodowa konferencja jest bardzo ciekawie pomyślana – będziecie mówić o problemach związanych z komunikacją w poszczególnych specjalnościach – onkologii, hematologii, pediatrii, geriatrii, internie, ginekologii, medycynie paliatywnej i psychiatrii.

Inicjatywa zorganizowania takiej konferencji pochodzi od studentów, ale oczywiście zapraszamy wszystkich lekarzy, niezależnie od wieku. Do wygłoszenia wykładów zaprosiliśmy osoby, które dobrze porozumiewają się z pacjentami i jednocześnie są autorytetami w swoich dziedzinach. Opowiedzą, na co w ich specjalności należy zwrócić uwagę, by komunikacja z chorym była dobra. Porozmawiamy też na temat błędów w komunikacji i doszkolimy swój warsztat na zajęciach praktycznych. Dokładny plan wydarzenia

będzie znany na początku kwietnia. To druga edycja konferencji. Pierwsza, przed trzema laty, okazała się wielkim sukcesem. Zgromadziła ponad 300 osób! Była to do tej pory największa konferencja na temat komunikacji zorganizowana w Polsce.

► Tegoroczna konferencja pokaże, jakie problemy z komunikacją mogą mieć lekarze reprezentujący konkretne dziedziny medycyny. Może następnym razem warto rozważyć wykład–warsztat dotyczący komunikacji na styku lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – pacjent. Na tzw. pierwszej linii w szpitalu potrzebna jest szybka diagnoza. Tymczasem przez niewłaściwą komunikację kontakt z pacjentem nie zawsze jest taki jak powinien (czego sama ostatnio doświadczyłam). A przecież sztuka rozmowy podstawą diagnozy...

Komunikacja na SORze jest bardzo ważna i trudna. Pracuje się tam pod ogromną presją. Pacjentów jest dużo, są różnorodni, części w ogóle nie powinno tam być. Posiadanie kompetencji komunikacyjnych jest tu bezwzględnie potrzebne. Lekarze często zgłaszają, że są narażeni na agresję, z czym nie potrafią sobie radzić. Z drugiej strony spotykają osoby nastawione lękowo, z którymi też powinni odpowiednio postępować.

► Jak więc dobrze komunikować się z pacjentem na SORze?

Trudno krótko odpowiedzieć na takie pytanie. Na pewno trzeba być przygotowanym na różne sytuacje, umieć się porozumiewać z pacjentem, mieć zaufanie do własnych kompetencji i wrażliwość na drugiego człowieka. Na takim oddziale mamy bardzo mało czasu, musimy więc go dobrze wykorzystać. Często lekarze mówią, że właśnie z powodu braku czasu dobra komunikacja nie jest możliwa. Tymczasem zła komunikacja zabiera w rzeczywistości więcej czasu – lekarz wchodzi w konflikt z pacjentem, dalsza rozmowa staje się trudniejsza, jej czas dłuższy, a porozumienie gorsze.

Bardzo ważny w takich przypadkach jest kontakt pozawerbalny. Tak naprawdę pacjenci oceniają nasz stosunek do nich na podstawie właśnie tego typu komunikacji. W ten sposób porozumiewamy się przecież od zawsze, stów zaczęliśmy używać dużo później. Mechanizmy rządzące komunikacją niewerbalną są bardziej pierwotne i w związku z tym mamy nad nimi mniejszą kontrolę zarówno w odbiorze, jak i nadawaniu. Zdanie: Tylko ciebie tutaj brakowało – w zależności od intonacji ma przecież zupełnie inne znaczenie. Możemy poczuć się pożądanymi w jakimś miejscu albo wręcz odwrotnie.

► **Ten pierwszy kontakt szczególnie ważny jest w przypadku dzieci...**

Jeżeli był zły, trudniej jest z małym pacjentem później współpracować. Pierwsze wizyty implikują stosunek dziecka do lekarza. Ważne jest też, jak potraktujemy rodzica, w jaki sposób z nim rozmawiamy. Jeżeli dziecko widzi np., że nasza relacja z matką jest dobra, to dostosowuje do tego swoje zachowanie. Mamy tu do czynienia z tzw. trójkątem komunikacyjnym, gdzie każdy na każdego oddziałuje. Jeżeli mama stwierdzi, że jej dziecko jest trak-

towane przedmiotowo, spina się i wchodzi w złą relację z lekarzem, podmiotowe traktowanie dziecka – mówienie bezpośrednio do niego, używanie imienia, odpowiedniej intonacji – sprawia, że matka ma do lekarza lepszy stosunek. Czasami przez paternalistyczny, instrumentalny stosunek do pacjenta próbujemy dodać sobie autorytetu. To nie jest skuteczne, działa wręcz odwrotnie. Większość problemów prawnych lekarzy, prawie 70 proc. skarg to skutki niewłaściwej komunikacji. Komunikacja jest naszym narzędziem, a zła – to

zwyczajny błąd lekarski. Nawet jeżeli nie ma błędu w sztuce, który by zaszkodził zdrowiu pacjenta, niewłaściwa komunikacja może narazić lekarza na konsekwencje prawne.

O autorze: dr n. med. Aldona Katarzyna Jankowska, pediatra, onkohematolog dziecięcy, prezes Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej, od stycznia prowadzi w CM UMK Pracownię Komunikacji w Medycynie.



Moje spojrzenie

O wadze komunikacji

W styczniowy poniedziałek trafiłam z moim 6-letnim dzieckiem z podejrzeniem zapalenia wyrostka na izbę przyjęć. Piękny, nowoczesny szpital, przyjazne pielęgniarki, mili prawie wszyscy lekarze. Prawie, bo zdecydowanie nie można było powiedzieć tego o młodej pani doktor z tzw. pierwszej linii frontu, czyli z SOR-u. Niestety, natychmiast można było dostrzec, że młoda lekarka nie miała szansy brać udziału w zajęciach prowadzonych przez Pracownię Komunikacji Medycznej... Najlepiej podsumował ją mój syn: „niemiła, wyniosła (nawet nie wiedziałam, że tak celnie potrafi dobierać słowa), a na pytania odpowiada jakby wcale nie chciała tego zrobić”. Dodam od siebie, że lepiej wspominał przesłuchanie na komisariacie niż ostatni pobyt na SOR. A moje dziecko? Drugi raz nie chciało wejść do gabinetu policjantki–doktora. Super kontakt ze szpitalem już na

samym wstępie, prawda? Pani doktor uczy się, żeby zostać pediatrą. Żał mi jej przyszłych pacjentów...

Dobra komunikacja równa się szansie na dobry wywiad i dobrą współpracę z pacjentem, i – co ważne w przypadku dzieci – z jego rodziną. Można przecież rozładować niepotrzebny stres, uspokoić rodziców. Wystarczy być przy pacjencie, a nie nad nim, towarzyszyć choremu, a nie go musztrować. Ta pani doktor szansy na dobrą komunikację nie wykorzystała.

Dodam, że lekarka nie wykorzystała jeszcze jednej szansy... Otóż pani doktor miała do fartucha przypiętą plaketkę z hasłem: Popieram protest lekarzy. Myślę, że założyła ją po to, by poinformować innych o swoim wsparciu dla tego przedsięwzięcia, ale też po to, żeby starać się o wsparcie społeczne dla tej sprawy. Uważam niestety, że po kontakcie z nią na SOR będzie więcej przeciwników akcji medyków niż zwolenników. Gdyby nie to, że mogę obserwować od środka walkę młodych lekarzy o poprawę sytuacji w ochronie zdrowia, też byłabym już po tej drugiej stronie...

Agnieszka Banach

Światowy Dzień Nerki • 8 Marca 2018 r.

Nie pomijaj, doceniaj, daj im szansę!

Jak co roku Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy wspiera obchody Światowego Dnia Nerki (World Kidney Day). W tym roku przypada on 8 marca, czyli w Międzynarodowym Dniu Kobiet, co daje nam okazję do refleksji na temat znaczenia zdrowia kobiet, a w szczególności zdrowia kobiecego nerek.

Przewlekła choroba nerek (PChN) dotyczy około 195 milionów kobiet na całym świecie i obecnie stanowi w tej grupie 8. przyczynę śmiertelności, powodując każdego roku zgon blisko 600 tys. z nich. Według niektórych badań zapadalność na PChN jest wyższa u kobiet niż u mężczyzn (14% vs 12%). Pomimo tego liczba kobiet leczonych nerkozastępczo dializami jest niższa niż liczba leczonych mężczyzn. U kobiet obserwuje się zdecydowanie wolniejszą progresję PChN do schyłkowej niewydolności nerek niż u mężczyzn. Niestety czynniki psychosocjoekonomiczne, takie jak niska świadomość choroby, prowadzą do późniejszego rozpoczęcia, a nawet zaniechania leczenia dializami wśród kobiet. W wielu krajach istotnym problemem jest również nierówny do-

stęp do opieki zdrowotnej dla obu płci. Kobiety są częściej dawczyniami nerki niż mężczyźni. Jednocześnie mają mniejszą szansę na bycie biorcą tego narządu. Niektóre choroby nerek, takie jak nefropatia toczniowa, również ostre i przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek, występują z większą częstotliwością u kobiet. Ponadto ryzyko odmiedniczkowego zapalenia nerek, podobnie jak zakażeń dróg moczowych, wzrasta jeszcze w okresie ciąży. Przewlekła choroba nerek jest uznanym czynnikiem ryzyka obniżonej płodności oraz niepowodzeń ciążowych. Ciąża u kobiety ze schyłkową niewydolnością nerek w okresie leczenia hemodializami jest możliwa, chociaż nie jest to zjawisko częste. Konieczna jest wówczas intensyfikacja stosowanej dializoterapii poprzez wykonywanie zabiegów hemodializ codziennie lub przez większość dni w tygodniu celem poprawy rokowania dla matki i dziecka. U pacjentek po przeszczepieniu nerki dochodzi najczęściej do przywrócenia płodności, a szansa na urodzenie dziecka zdecydowanie wzrasta. Stan przedrzucawkowy (pre-eclampsia), objawiający się nadciśnieniem tętniczym oraz białkomoczem



w trakcie ciąży, jest jedną z trzech głównych przyczyn śmiertelności kobiet w okresie okołoporodowym. Jest on również, oprócz poronienia septycznego i krwotoku poporodowego, jedną z podstawowych przyczyn ostrego uszkodzenia nerek u młodych kobiet. Znaczenie powyższych powikłań ciąży, które mogą w konsekwencji doprowadzić do rozwoju PChN, jest szczególnie wysokie w krajach rozwijających się. Dlatego też istnieje oczywista potrzeba wyrównania dostępu kobiet do opieki zdrowotnej, jak również edukacji kobiet w celu poprawy ich stanu zdrowia i rokowania. W tym aspekcie ciąża może stać się okazją do wczesnego rozpoznania PChN jak również zaplanowania przyszłych interwencji terapeutycznych.

Nie pomijaj, doceniaj, daj im szansę!

Anna Kardymowicz, Ilona Miśkowicz,
Anna Berent, Jacek Manitius

Alergia jest chorobą do końca życia

Z alergologiem i pediatrą lek. med. Beatą Madej rozmawia Magdalena Godlewska

► **Zaczął się sezon alergiczny. Do POZ-ów trafiają pacjenci uczuleni na pyłki. Zdarza się, że objawy, na które się skarżą, są przypisywane zupełnie innym chorobom...**

Pylenie drzew zaczyna się już w styczniu. Początkowo są to pyłki leszczyny, w tej chwili są już w powietrzu, a w marcu zacznie pylić olcha, potem pojawią się zarodniki grzybów z rodzaju *Cladosporium*.

O tej porze roku na pierwsze objawy pyłkowicy nakładają się infekcje. Katar, kichanie, kaszel, obturacyjne zapalenie oskrzeli, które często są początkiem alergii, mogą być wzięte za symptomy tak nagminnego o tej porze roku przeziębienia.

► **W tej sytuacji pomyłki rzeczywiście wydają się nieuniknione. Ale co powinno wzbudzić podejrzenia, że diagnoza była jednak nietrafiona?**

Jeżeli katar słabo się leczy, przeciąga się albo często nawraca. A także jeśli pojawia się co roku o tym samym czasie. Charakterystyczny dla alergii wziewnej jest też towarzyszący katarowi świąd nosa, a także zapalenie spojówek, też z towarzyszącym mu świądem.

Prawdopodobieństwo alergii jest większe również wtedy, gdy w rodzinie są osoby z alergią.

► **Zgodnie z teorią marszu alergicznego – rodzaj alergii ma związek z wiekiem pacjenta. Alergia na pokarmy np. – mimo że może dotyczyć ludzi w różnym wieku – dotyka przede wszystkim małe dzieci. Jak manifestuje się alergia w innych grupach wiekowych?**

Alergia może zacząć się już w okresie niemowlęcym. Początkowo rzeczywiście jest to alergia na pokarmy lub atopowe zapalenie skóry. W wieku przedszkolnym mogą pojawiać się obturacyjne zapalenia oskrzeli, świadczące o rozwoju astmy oskrzelowej, a w wieku szkolnym i u nastolatków – pyłkowica.

Alergii nie można wyleczyć – jest chorobą do końca życia. Na przykład atopowe zapalenie skóry w wielu przypadkach wycisza się, wchodzi w fazę remisji. Bywa tak, że AZS zastąpi pyłkowica albo astma oskrzelowa. A zdarza się, że pacjent nadal cierpi na atopowe zapalenie skóry, a do tego dołączają: i astma oskrzelowa i alergiczny nieżyt nosa.

► **Większość dzieci wyrasta również z uczulenia na pokarmy.**

Zdecydowanie. Alergia pokarmowa u małych dzieci to przede wszystkim uczulenie na mleko, jajko, ryby, orzechy. Objawy na dwa pierwsze alergeny mijają, gorzej z alergią na orzechy – ona może przetrwać do końca życia.

Jeżeli dorosła osoba jest uczulona na pokarm, to mamy prawdopodobnie do czynienia z alergią krzyżową. Polega ona na tym, że jeden z komponentów alergenu wziewnego,

na który pacjent jest uczulony, występuje również w zjadłym pokarmie. W efekcie po zjedzeniu mogą wystąpić bóle brzucha, drapanie w gardle, napad kichania. Dzieje się tak np. po spożyciu jabłka, gruszki, czereśni, selera, marchwi czy orzechów przez osobę uczuloną na brzozę. Bardzo często alergia krzyżowa występuje też przy uczuleniu na bylicę, również trawy mają dużo alergenów krzyżowych. Innym przykładem jest alergia na wieprzowinę u uczulonych na kota.

► **Teoria marszu alergicznego mówi nie tylko o tym, że alergia w zależności od wieku pacjenta objawia się w różnych postaciach, sugeruje również, że nieleczona zwiększa ryzyko, że te kolejne formy się pojawią i że będą przebiegać ostrzej. Czy to okazało się prawdą?**

Tak. Zwłaszcza nieleczony alergiczny nieżyt nosa może przejść w astmę alergiczną, więc jego leczenie zmniejsza ryzyko astmy u pacjentów.

Nieleczenie alergii może też powodować zwiększenie liczby alergenów, na które pacjent się uczuli (mówimy wówczas o polialergii). Dzieje się tak, ponieważ alergia to proces zapalny, a penetracja przez alergeny tkanek zmienionych procesem zapalnym jest dużo łatwiejsza. Jeżeli np. ktoś jest uczulony na pyłki, a w domu ma kota, to jest duże prawdopodobieństwo, że również na niego się uczuli.

► **Więc leczyć trzeba, ale do tego konieczna jest diagnoza. Jakie metody diagnostyczne stosuje się w poradniach alergologicznych?**

Podstawą jest wywiad i badanie fizykalne potem robimy testy skórne (u dzieci powyżej 3 roku życia) lub na swoiste IgE (także u młodszych dzieci). Nie wszystko wykrywamy. W testach łatwiej wykryć alergię na alergeny sezonowe, np. na pyłki, natomiast w przypadku alergenów całorocznych – roztoczy, sierści zwierząt, pleśni – prawdopodobieństwo wykrycia jest trochę mniejsze.

Jeżeli widzimy, że pacjent ma objawy alergiczne, które korelują z okresem pylenia, a testy wychodzą ujemne – oznaczamy we krwi stężenie immunoglobuliny E swoistej dla wytypowanych alergenów. Jeśli niczego nie wykrywamy, przepisujemy leki i za rok, dwa powtarzamy diagnostykę, bo może się okazać, że objawy wyprzedziły dodatnie wyniki testów. Ale bywa i tak, że testy nigdy niczego nie pokażą, bo pacjent ma tylko lokalną produkcję swoistych IgE – immunoglobuliny E znajdują się np. tylko w nosie albo w oku. Wtedy potrzebne są już bardziej specjalistyczne badania – próby prowokacyjne.

► **Jak leczy się alergię? Wspominała Pani, że staracie się namawiać pacjentów na odczulanie.**

Bo to jest najskuteczniejsza metoda leczenia. Jako jedyna powstrzymuje marsz alergiczny, czyli zmniejsza ryzyko astmy. A szczepionki są coraz lepsze, bezpieczne, i pacjenci – nawet dzieci – dobrze je znoszą. Fantastycznym wynalazkiem są badania komponentów alergenowych, które pozwalają przewidywać sukces immunoterapii. Po badaniach już wiemy, który pacjent dobrze zareaguje na odczulanie, a którego nie warto odczułać. Badania są kosztowne, ale pacjenci przed decyzją o rozpoczęciu odczulania mogą je wykonać, również w naszej klinice.

Pomagają też leki przeciwhistaminowe, zarówno działające ogólnie, jak i miejscowo. Eksperci zalecają, aby alergicy z umiarkowanymi lub ciężkimi objawami zaczynali się zabezpieczać już nawet 2 tygodnie przed wysiewem pyłków.

Jeżeli chodzi o leki donosowe, to wszystko zależy od objawów. Przeciwhistaminowe leki donosowe mogą być wystarczające np. w pyłkowicach – przyniosą ulgę pacjentom, złagodzą katar i świąd. Natomiast w przewlekłym nieżycie nosa powodowanym przez alergeny całoroczne (np. roztocza, kota, psa), gdzie ekspozycja jest długotrwała, co powoduje bardziej nasilone zmiany zapalne w tkankach, obrzęki, steryd jest zdecydowanie lepszy. Lek antyhistaminowy nie będzie tak skuteczny, chyba że w połączeniu ze sterydem.

Jeżeli chodzi o oczy, to pacjentom polecamy preparaty antyhistaminowe bez konserwantów, które mogą drażnić oko. Zaleca się też dodatkowo nawilżanie oka alergicznego, czyli sztuczne łzy

► **Często zdarza się usłyszeć opinię, że za tak dużą częstość występowania obecnie alergii odpowiada zbyt sterylne środowisko. Czy ta hipoteza się potwierdziła?**

Zanieczyszczone środowisko zewnętrzne, np. smog z pewnością wpływa negatywnie. Jeżeli dziecko jest z rodziny alergicznej, to staramy się, żeby kurzu, roztoczy czy pleśni w domu nie było, bo im większe stężenie, im większa ekspozycja, tym większe ryzyko alergii.

Opublikowano też badania, mówiące, że zbyt sterylne środowisko domowe sprzyja alergii, a obecność psa lub kota w domu, w którym jest małe dziecko, wpływa na zwiększenie w mikrobiomie jelitowym liczby bakterii saprofitycznych, chroniących od alergii. Ale to nie jest jeszcze potwierdzone. W każdym razie, jeżeli dziecko jest z rodziny alergicznej, a w domu jest kot, jestem pełna niepokoju o małego pacjenta. W tej sytuacji absolutnie nie polecam zwierzątko w domu. ■

Lek. med. Beata Madej pracuje w Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy im. dr. A. Jurasza.

Wybrano przewodniczącego OZZL w Bizielu

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Oddział Terenowy w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Biziele ma nowego przewodniczącego. Prawie jednogłośnie został nim

Bartosz Fiałek, rezydent z tamtejszego Oddziału Reumatologii, lider trwającej parę miesięcy akcji protestacyjnej lekarzy w naszym regionie. Protest niedawno zakończył się podpisaniem porozumienia z ministrem zdrowia. Doktor Fiałek zgodnie ze statutem OZZL zamierza poświęcić się obronie praw, godności i interesów lekarzy oraz walczyć o przywrócenie zawodowi lekarza statusu zawodu wolnego.

Jesienią odbędą się wybory władz zarządu regionu kujawsko-pomorskiego OZZL.

ab



Prostujemy

Do notki biograficznej autorki artykułu „Zbilansowana dieta”, dietetyczki pani Karoliny Kaźmierczak, wkradł się błąd. Napisaliśmy, że autorka pracuje w „Laboratorium kalorii”. Tymczasem Karolina Kaźmierczak z Laboratorium współpracuje, a pracuje w „Zespole Gabinetu Dietetycznego Paulina Błaskiewicz”, www.jedzzdrowo.eu

Za błąd przepraszamy!

Redakcja

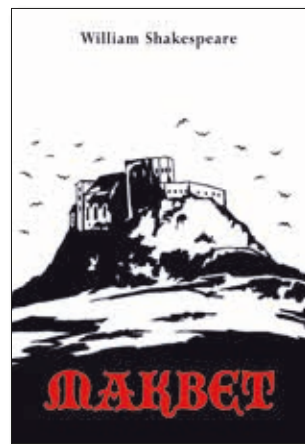
Już u wydawcy

„Makbet” – kolejne po „Hamlecie” i „Sonetach” dzieło Shakespeare w tłumaczeniu Ryszarda Długołęckiego – trafiło do wydawnictwa Arspol.

Przekład Makbeta, podobnie, jak przekłady poprzednie, jest przedsięwzięciem bardzo udanym. Tłumacz wnika bardzo starannie w tekst szekspirowski, rozumie zawartość składniową, wieloznaczność słownictwa, figury stylistyczne i metaforykę – ze wszystkim tym daje sobie radę sprawną i bogatą polszczyzną, proponując ciekawy, nowy tekst tej tragedii – pisze w słowie wstępnym prof. dr hab. Marta Gibińska-Marzec, szekspirolog z Zakładu Historii Literatury i Kultury Brytyjskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego, współzałożycielka Polskiego Towarzystwa Szekspirowskiego.

Tłumaczenie doktora Długołęckiego – chirurga, uczestnika wypraw wysokogórskich – ukaże się już w tym kwartale.

mg



Z ZUS-u

Elektroniczne zwolnienia już od lipca

Szybkimi krokami zbliża się termin – 1 lipca 2018 r., który obliguje nas – lekarzy do wystawiania zwolnień lekarskich (ZLA) wyłącznie w wersji elektronicznej. Zachęcam do nawiązania kontaktu z pracownikami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w celu omówienia zasad i trybu wystawiania elektronicznych zwolnień lekarskich (e-ZLA) [1].

W ramach współpracy proponujemy zorganizowanie dla lekarzy szkolenia lub praktycznego instruktażu, podczas którego:

- omówimy krok po kroku zasady wystawiania e-ZLA,
- założymy lekarzom profile na Platformie Usług Elektronicznych (PUE) – dzięki którym będą mogli wystawiać zwolnienia,
- omówimy sposoby autoryzacji elektronicznych zwolnień lekarskich,
- zaproponujemy podpisanie porozumienia gwarantującego Państwu wsparcie i pomoc we wdrażaniu e-ZLA.

Aby wystawić e-ZLA trzeba je elektronicznie podpisać. Jednym z trzech sposobów autoryzacji (oprócz płatnego kwalifikowanego podpisu elektronicznego i profilu zaufanego ePUAP) jest podpisywanie e-zwolnień bezpłatnym certyfikatem pobieranym z ZUS na okres 5 lat, do czego niezbędne jest założenie profilu na PUE. W styczniu 2018 r. tylko ok. 10% lekarzy z terenu Bydgoskiej Izby Lekarskiej posiadało taki profil. Założenie go zajmuje kilka minut,

a wystawienie e-ZLA – kilkanaście sekund, bez konieczności wizyt w ZUS.

E-ZLA jest dużym ułatwieniem dla nas, lekarzy, i dla placówek, które prowadzimy, ponieważ:

- można sprawniej wystawiać zwolnienia – dane identyfikacyjne pacjenta zostaną automatycznie uzupełnione przez system, a jego adres czy dane płatnika lekarz będzie wybierał z wyświetlonej listy, jest też wyszukiwarka ICD-10 (wg kodu lub rozpoznania) oraz wytłumaczenie kodów literowych,
- następuje automatyczna weryfikacja daty początku okresu niezdolności na podstawie zasad wystawiania zwolnień oraz ostatniego wystawionego zwolnienia (także przez innego lekarza),
- daje możliwość podglądu zaświadczeń lekarskich wystawionych pacjentowi wcześniej,
- w razie stwierdzenia przez lekarza konieczności skierowania pacjenta na rehabilitację leczniczą ZUS – w generowanym wniosku o rehabilitację część danych będzie wypełniała się automatycznie,
- znika obowiązek dostarczania zwolnień do ZUS oraz przechowywania drugiej kopii przez okres trzech lat, a także obowiązek pobierania i rozliczania się w ZUS z bloków formularzy ZUS ZLA, które stanowią druki poufne ścisłego zachowania.

O tym wszystkim dowiecie się Państwo na szkoleniu, które może być przeprowadzone w siedzibie placówki medycznej, w ZUS, jak również podczas zebrań naukowych itd. we wcześniej umówionym miejscu i terminie.

Zachęcam Państwa do nawiązania kontaktu z koordynatorem ds. e-ZLA panią Magdaleną Wojtaluk pod numerem telefonu 523 418 109, 502 007 680 lub mailowo: magdalena.wojtaluk@zus.pl w celu umówienia dogodnego dla Was terminu i miejsca szkolenia.

Podstawa prawna:

[1] zgodnie z art. 55 ust. 1 Ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2017 r. poz. 1368) zaświadczenie lekarskie jest wystawiane w formie dokumentu elektronicznego, zaś zaświadczenia w formie papierowej, stosownie do ustawy z 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r. poz. 1066, z późn. zm.), mogą być wystawiane nie dłużej niż do 30 czerwca 2018 r.

Marlena Ciesielska-Osuch

O autorce: Marlena Ciesielska-Osuch jest lekarzem chorób wewnętrznych oraz specjalistą medycyny pracy. Ma 20-letni staż pracy zawodowej. W Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych pracuje od 2003 r. – od stycznia 2014 pełni funkcję Głównego Lekarza Orzecznika.



Z niepokojem obserwujemy rosnącą liczbę zabiegów medycyny estetycznej oraz czynności z zakresu rozpoznawania i leczenia chorób wykonywanych przez osoby nieposiadające wykształcenia lekarskiego

W ostatnich latach coraz powszechniej dochodzi do wykonywania zabiegów lekarskich z zakresu dermatologii estetycznej i szeroko rozumianej medycyny estetycznej przez osoby bez wykształcenia lekarskiego, takie jak kosmetyczki, kosmetolodzy, pielęgniarki i położne oraz osoby bez żadnego wykształcenia związanego z ochroną zdrowia, jak np. fryzjerzy. Dlatego też istnieje pilna potrzeba wprowadzenia nowych uregulowań prawnych w celu ochrony osób poddających się takim zabiegom przed ryzykiem utraty zdrowia i życia jako konsekwencjami nieumiejętnego wykonywania zabiegów przez osoby bez odpowiednich uprawnień. Szkolenia proponowane przez różne osoby i firmy wydające rozmaite certyfikaty – zgodnie z obowiązującym prawem – nie upoważniają osób niebędących lekarzami do wykonywania zabiegów z przerwaniem ciągłości skóry. Dotyczy to zarówno głębokich peelingów, mezoterapii igłowej, stosowania wypełniaczy, toksyny botulinowej, osocza bogatopłytkowego, nici liftingujących, krioterapii, jak i elektroterapii i laseroterapii (z wyjątkiem laserów biostymulujących

cy i niskoenergetycznych). W związku z coraz częściej pojawiającymi się powikłaniami po zabiegach medycznych wykonywanych przez osoby nieuprawnione, takimi jak zmiany zapalne, ropnie, martwica oraz oparzenia, Polskie Towarzystwo Dermatologiczne wydało odpowiednie stanowisko. Podobne stanowisko zostało wydane przez Stowarzyszenie Lekarzy Dermatologów Estetycznych i Polskie Towarzystwo Medycyny Estetycznej i Anti-Aging. Celem naszego wspólnego działania jest z jednej strony uświadomienie społeczeństwu grożącego niebezpieczeństwa, z drugiej również wydanie odpowiedniej ustawy zabraniającej wykonywania zabiegów medycznych przez nieuprawnione osoby. Stanowiska tych trzech niezależnych od siebie towarzystw zostały przekazane Ministrowi Zdrowia i Sejmowej Komisji Zdrowia.

*dr hab. n.med. Barbara Zegarska prof. UMK
Kierownik Katedry Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej
Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu*

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego (skrót)

W sprawie wykonywania zabiegów z zakresu medycyny estetycznej oraz diagnostyki i leczenia chorób dermatologicznych przez osoby nieposiadające wykształcenia lekarskiego

W związku z nasilającym się w ostatnich latach wykonywaniem zabiegów lekarskich z zakresu dermatologii estetycznej i szeroko rozumianej medycyny estetycznej przez osoby bez wykształcenia lekarskiego widzimy pilną konieczność wprowadzenia nowych uregulowań prawnych w celu ochrony osób poddających się takim zabiegom przed ryzykiem utraty zdrowia i życia jako konsekwencjami nieumiejętnego wykonywania zabiegów przez osoby bez odpowiednich uprawnień.

Żadne szkolenie, nawet zakończone otrzymaniem „certyfikatu”, nie zastępuje wiedzy i umiejętności zdobytych przez 6 lat studiów lekarskich i – w przypadku specjalistów dermatologów–wenerologów – przez dodatkowe 5 lat szkolenia specjalizacyjnego. Osoby szkolące się z zakresu zabiegów tzw. estetycznych, a niebędące lekarzami – po odbyciu kilku lub kilkunastogodzinnego kursu lub szkolenia organizowanego w celach komercyjnych przez różne podmioty – uzyskują różnego rodzaju certyfikaty, które zgodnie z obowiązującym prawem są nielegalne i nie dają uprawnień do wykonywania zabiegowych procedur medycznych.

Przypomnieć należy, że wykonywanie zabiegów z zakresu dermatologii i medycyny estetycznej z użyciem głębokich peelingów, mezoterapii igłowej, stosowanie wypełniaczy, toksyny botulinowej, osocza bogatopłytkowego, nici liftingujących, krioterapii, elektroterapii i laseroterapii (z wyjątkiem laserów biostymulujących i niskoenergetycznych) to świadczenia medyczno-lekarskie, a nie kosmetyczne. Zabiegi, o których mowa wyżej, nie mogą być zakwalifikowane jako zabiegi kosmetyczne. Stosowane przy ich wykonywaniu preparaty to leki lub wyroby medyczne w rozumieniu przepisów Ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2016.2142 t.j. z 23.12.2016 r.) i Ustawy z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2017.211 t.j. z 03.02.2017 r.), a zasady pobierania krwi i jej składników (osocze bogatopłytkowe) regulują przepisy Ustawy z 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. 2014 332 t.j. z 10.03.2014 r.). Z przepisów tej ostatniej ustawy wynika, że ustawodawca nie przewidział możliwości pobierania krwi do celów wykorzystania w zabiegach kosmetycznych, a wyłącznie w celach medycznych.

Ustawodawca traktuje również **toksynę botulinową** jako lek wydawany z przepisu lekarza na receptę, tak więc jego podanie ma cha-

rakter świadczenia medycznego. Osoba niebędąca lekarzem nie może legalnie wejść w posiadanie toksyny botulinowej. Preparaty **kwasu hialuronowego** i inne substancje tzw. wypełniacze są wstrzykiwane implantami służącymi do przywracania objętości tkanek i klasyfikowane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 5 listopada 2010 r. w sprawie klasyfikowania wyrobów medycznych (Dz. U. 2010. 215. 1416 z 16.11.2010 r.) do klasy III pod względem ryzyka ich stosowania. Do klasy tej zalicza się inwazyjne wyroby medyczne, w tym np. chirurgiczne inwazyjne wyroby medyczne przeznaczone do chwilowego oraz do krótkotrwałego użytku, jak np. implanty tkankowe. Użycie implantów tkankowych może prowadzić do natychmiastowych i odległych poważnych działań niepożądanych, takich jak martwica tkanek, stany zapalne, ropnie, trwała utrata wzroku, reakcja anafilaktyczna i inne, aż do zgonu.

Wszelkie tego typu **zabiegi powinny być wykonywane zgodnie z przepisami sanitarno-epidemiologicznymi**, czyli w gabinetach lekarskich zabiegowych, które spełniają odpowiednie wymogi wskazane w Ustawie z 15 kwietnia 2010 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2016.1638 t.j. z 07.10.2017 r.) oraz wydanych na jej podstawie przepisach wykonawczych. Dodatkowo wykonywanie zabiegów medycznych wiąże się z unicestwianiem **odpadów medycznych** i podlega regulacjom zawartym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21 października 2016 r. w sprawie wymagań i sposobów unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych (Dz.U. z 2016 r.1819 z 8.11.2016 r.). Brak prawidłowego wyposażenia oraz niestosowanie się do odpowiednich standardów zwiększa ryzyko infekcji osób trzecich wirusami takim jak: HCV i HIV.

Wykonywanie inwazyjnych zabiegów lekarskich przez osobę niebędącą lekarzem z użyciem urządzeń medycznych jest niezgodne z obowiązującym w Polsce prawem. Procedury takie zastrzeżone są dla lekarzy. Kosmetyczka i kosmetolog, pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta i inne osoby nie są zawodowo przygotowane do diagnozowania i usuwania zmian skórnych. Osoby nie będące lekarzami nie są uprawnione do oceny, które zmiany powinny podlegać leczeniu, a które stanowią tylko defekt estetyczny. Nie są również uprawnione do jakiegokolwiek próby usuwania zmian skórnych. Nie mają wiedzy dermoskopowej, histopatologicznej oraz umiejętności iden-

tyfikowania stanów przednowotworowych i nowotworowych skóry oraz ich różnicowania.

Odrębny problem stanowi rosnący w Polsce rynek nieprofesjonalnych usług w zakresie diagnozowania i leczenia chorób przebiegających z łysieniem. Należy podkreślić, że łysienie może być objawem wielu chorób, w tym zaburzeń endokrynologicznych, chorób nowotworowych, ciężkiej niedokrwistości lub chorób autoimmunizacyjnych. W związku z powyższym trychologia i trichoskopia należą do najbardziej wyspecjalizowanych zakresów wiedzy dermatologicznej. Z ogromnym niepokojem obserwujemy, że w Polsce usługi tzw. „trychologiczne” (czyli polegające na diagnozowaniu i leczeniu chorób przebiegających z łysieniem) udzielane są przez osoby bez wykształcenia lekarskiego. Takie zjawisko niesie za sobą ogromne zagrożenie zdrowia i życia w związku z opóźnieniem w rozpoznawaniu poważ-

nych chorób, których łysienie jest pierwszą manifestacją kliniczną. Należy podkreślić, że Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152 z późn. zm.) stanowi, iż (tylko) lekarze są uprawnieni do diagnozowania i leczenia chorób.

Podsumowanie

Z niepokojem obserwujemy rosnącą liczbę zabiegów medycyny estetycznej oraz czynności z zakresu rozpoznawania i leczenia chorób wykonywanych przez osoby nieposiadające wykształcenia lekarskiego. Zarząd Główny PTD w imieniu wszystkich członków zdecydowanie się temu przeciwstawia. Uważamy, iż naszym obowiązkiem jest poinformowanie społeczeństwa o zagrożeniach zdrowotnych dla potencjalnych pacjentów, jak również doprowadzenie do wydania odpowiednich rozporządzeń i ustaw.

Już po raz czwarty...

...mieliśmy zaszczyt zaprosić do Bydgoszczy, do udziału w symposium „Terapia Żywnościowa w Onkologii”. Jesteśmy niezmiernie dumni, że organizowane przez nas spotkania zyskały Państwa uznanie.

Tegoroczne symposium, podobnie jak w ubiegłych latach, poświęcone było problemom żywieniowym u chorych onkologicznych. Szczególną uwagę zwróciliśmy na podtrzymanie interdyscyplinarnego i interaktywnego charakteru naszego przedsięwzięcia.

Głównymi tematami spotkania były: problemy żywieniowe w onkologii i onkohematologii, żywienie w trakcie leczenia systemowego. Podczas debat opisywano sytuacje kliniczne: niewydolność jelit, zaburzenia połykania, zadawano pytania ekspertom i wymieniano się własnymi doświadczeniami.

Już dziś Klinika Chirurgii Onkologicznej Centrum Onkologii zaprasza na kolejne tego typu spotkanie! ■

Tekst: CO



Dr n. med. Michał Jankowski, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Symposium podczas wykładu

LEKARZU

- jeśli wśród Twoich pacjentów są chorzy na otępienie, chorobę Alzheimera, Parkinsona lub inne choroby neurodegeneracyjne
- jeśli chciałbyś zaproponować swoim pacjentom najnowocześniejszą diagnostykę i próbę leczenia przyczynowego
- jeśli chciałbyś rozwijać swoją wiedzę i umiejętności

Zgłoś się do nas ZAPRASZAMY

Robert Kucharski, Główny Badacz

r.kucharski@domsueryder.org.pl

k.kolewczynska@domsueryder.org.pl

m.megger@domsueryder.org.pl

CENTRUM
PSYCHONEUROLOGII
Sue Ryder

Ośrodek Badań Klinicznych

**Prowadzimy badania kliniczne
w chorobach
neurodegeneracyjnych**

**Jesteśmy największym
ośrodkiem w regionie
i jednym z największych
w Polsce**

Dom Sue Ryder

ul. Roentgena 3

tel. 52 348 56 42

www.psychoneurologia.pl

www.badania-kliniczne.org

Rola bydgoskich lekarzy w staraniach o powołanie Akademii Medycznej

MIECZYŚLAW BOGUSZYŃSKI

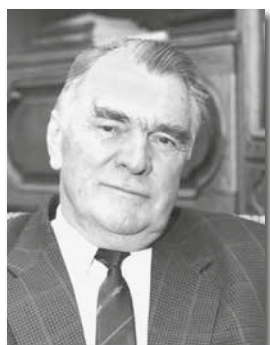
Tworzenie Akademii Medycznej w Bydgoszczy na podstawie ustawy z 21 lipca 1984 r. było wielkim sukcesem zarówno środowiska lekarskiego, jak i władz wojewódzkich i miejskich. Spotkało się też z uznaniem mieszkańców Bydgoszczy i całego regionu.

Pierwsze propozycje powołania wyższej uczelni medycznej, ponawiane kilkakrotnie, wyszły jednak w 1946 r. z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Według wersji z 1950 r. wydział lekarski byłby na UMK. Tam odbywałyby się zajęcia przede wszystkim w zakładach teoretycznych, natomiast część kliniczna nauczania – w Bydgoszczy, z lepiej rozbudowanym i nowocześniejszym szpitalnictwem. Władze wojewódzkie projekt odrzuciły. Uznały, że intensywnie rozwijająca się Bydgoszcz (w 1939 r. – 143 075 mieszkańców, w 1960–239 862) nie może być tylko miastem fabrycznym. Do jej zrównoważonego rozwoju niezbędne jest tworzenie również centrów kultury i nauki z własnymi szkołami wyższymi.

Dalsze dyskusje i starania po 1950 r. związane były już wyłącznie z Bydgoszczą. Po drugiej wojnie światowej dość szybko wiodącą rolę w lecznictwie zamknęły, nie tylko w mieście, przejął nowoczesny, wielospecjalistyczny Szpital Miejski (obecnie Uniwersytecki im. dr. A. Jurasza). Podobnie jak przed 1939 r. cieszył się

dobrą opinią. Już w pierwszych miesiącach 1945 r. pracę w nim podjęli dawni, znani i doświadczeni ordynatorzy – internista dr med. Kazimierz Rekowski, chirurg dr med. Zygmunt Dziembowski, ginekolog dr med. Józef Krzyński i radiolog dr med. Wiktor Sucharski oraz – spoza szpitala – chirurg dr Bernard Chełkowski i laryngolog doc. Aleksander Radziński. Nie wszyscy na swe dawne stanowiska wrócili. Niektórzy pozostali za granicą, inni zginęli w czasie wojny. Ich miejsce zajęli przybyści wcześniej z Bydgoszczą niezwiązani. Przewrotnie szpitalowi zawirowania powojenne sprzyjały. Miasto nie było zniszczone. Nowych miejsc osiedlenia i stabilizacji szukali lekarze ze zburzonej Warszawy i repatrianci z zaanektowanych przez Związek Radziecki wschodnich ziem Rzeczypospolitej. Szpital pozyskał kilkunastu bardzo dobrych specjalistów. Stanowiska ordynatorów objęli: z Warszawy – doświadczony chirurg dr med. Wojciech Staszewski i ginekolog, nauczyciel akademicki dr med. Jerzy Monsiorski. Wileńskie środowisko reprezentowali: neurolog i psychiatra dr med. Napoleon Baniewicz, chirurg dr med. Władysław Żemojtel i lekarz analityk dr Bolesław Ciuńczyk. Szpital się rozwijał. Do 1958 r. otwarto kilkanaście oddziałów specjalistycznych. Powstawał silny ośrodek diagnostyczno-leczniczy.

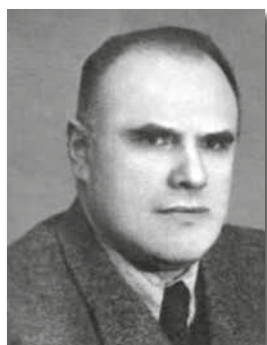
W 1951 r. Polskie Towarzystwo Lekarskie zaleciło wprowadzenie w całym kraju programu dokształcania lekarzy. Szukając rozwiązań formalnych, powołano Zakład Doskonalenia Lekarzy (ZDL). Początkowo jedyna taka placówka powstała w Bydgoszczy, w Szpitalu im. dr. A. Jurasza. Przy wyborze istotną rolę odegrała z pewnością dobra opinia, jaką szpital się cieszył. Duża, nowa lecznica, doświadczeni lekarze specjaliści, dobrze zorganizowane oddziały. Szkolenie przeprowadzano w trzech podstawowych specjalnościach – internie, chirurgii oraz ginekologii i położnictwie. Kierownikiem naukowym został doc. Aleksander Radziński. W trzymiesięcznych kursach uczestniczyło do 30 słuchaczy z całej Polski. Mieszkali w prywatnych kwaterek. Pozytywne bydgoskie doświadczenia zachęciły władze centralne do rozwinięcia tej formy szkolenia. W 1953 r. w miejsce ZDL powołano w Warszawie Instytut Doskonalenia i Specjalizacji Kadr Lekarskich (IDiSKL), już z kilkoma oddziałami na terenie Polski. Bydgoski zorganizowano ponownie przy Szpitalu im. dr. A. Jurasza. Posiadał sześć Zakładów: Chorób Wewnętrznych – pod kierownictwem dr med. Kazimierza Rekowskiego, Ginekologii i Położnictwa – dr med. Jerzego Monsiorskiego, Laryngologii – doc. Jana Szymańskiego, Radiologii – dr med. Wiktora Sucharskiego, Analityki – dr Bolesława Ciuńczyka i dodatko-



Doc. Jan Domaniewski



Doc. Zygmunt Ukleja



Doc. Napoleon Baniewicz



Doc. Elżbieta Rusin



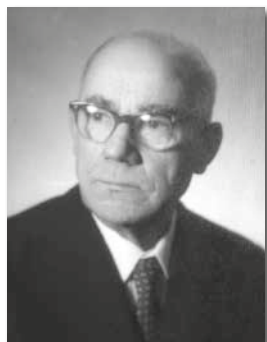
Doc. Edmund Nartowicz



Doc. Jan Kozłowski



Doc. Aleksander Radziński



Dr med. Kazimierz Rekowski



Dr med. Marian Barciszewski



Dr med. Jerzy Monsiorski

wy, w Szpitalu Dziecięcym, Zakład Pediatrii – doc. Edmunda Wilkoszewskiego. W 1958 r. SDiSKL przekształcono w Studium Doskonalenia Lekarzy (SDL) pod kierownictwem prof. Jana Małeckiego, laryngologa. W Bydgoszczy powołano największy oddział z dziesięcioma zakładami. Do już istniejących dodano: w Szpitalu im. dr. A. Jurasza – Zakład Chirurgii dr. med. Wojciecha Staszewskiego, Chorób Wewnętrznych II dr Sławomili Hellerowej, Radiologii dr med. Ireny Fleszarowej, a w dwóch innych bydgoskich szpitalach – zakład Dermatologii dr. med. Jana Kozłowskiego i Chorób Zakaźnych dr. med. Mariana Barciszewskiego. Dla kursantów wybudowano Dom Lekarza przy ul. Dębowej 3 na Osiedlu Leśnym. Z uwagi na duże zainteresowanie trzymiesięczne kursy powtarzano trzykrotnie w roku. Szkolenie prowadzili ordynatorzy i ich asystenci. By sprostać rosnącym wymaganiom, sami musieli nieustannie podnosić kwalifikacje. Zdobywali też coraz większe doświadczenie w pracy dydaktycznej.

O wyższej uczelni medycznej nie zapomniano. Temat wracał z uzasadnieniem, że województwo bydgoskie cierpi na dotkliwy brak lekarzy. W Polsce w 1961 r. na 10 tys. mieszkańców przypadało 10,2 lekarza, a w województwie bydgoskim wskaźnik ten nie przekraczał 6,2. Uznano, że tylko samodzielna uczelnia medyczna mogłaby ten problem rozwiązać. Poparcia szukano u władz centralnych. O pomoc zwrócono się do ówczesnego premiera Józefa Cyrankiewicza. Kierownik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia dr Jerzy Wojciechowski szukał akceptacji nawet u Władysława Gomułki, przebywającego wówczas w sanatorium w Ciechocinku. Tu odpowiedź była ostra i zdecydowana. Polski nie stać na tworzenie kolejnej wyższej uczelni. Starań jednak nie zaniechano. Szukając argumentów, przypomniano, że od lat działa w Bydgoszczy dobry ośrodek szkoleniowy SDL o zasięgu ogólnopolskim. Środowisko lekarskie, zwłaszcza silna grupa w Szpitalu im. A. Jurasza, gromadząc argumenty, udzielała silnego wsparcia władzom regionalnym. Dużą aktywnością wykazywał się zwłaszcza przybyły w 1959 r. z Elbląga dr med. Jan Domaniewski, kierownik Zakładu Patomorfologii. Zaangażowany społecznie, łatwo nawiązywał kontakty zarówno z władzami miejscowymi, jak i Ministerstwem Zdrowia, gdzie spotykał kolegów z powstania warszawskiego i z ich pomocy korzystał. W styczniu 1962 r. Aleksandr Szmidt, Przewodniczący

Wojewódzkiej Rady Narodowej, zapowiedział, że akademia medyczna powstanie. Minister Zdrowia powołał komisję rektorów, która jednak stwierdziła, że Bydgoszcz nie jest przygotowana, przede wszystkim z braku samodzielnych pracowników naukowych. Żeby zarzut odeprzeć, grupa lekarzy ze Szpitala im. A. Jurasza, i nie tylko, zajęła się w szerszym zakresie działalnością naukową. W efekcie do roku 1970 ponad 20 lekarzy uzyskało stopień doktora nauk medycznych, a Jan Domaniewski, kierownik Zakładu Patomorfologii, Elżbieta Rusin, ordynator Oddziału Okulistycznego, Napoleon Baniewicz, ordynator Oddziału Neurologicznego, Zygmunt Ukleja, kierownik Kliniki Otolaryngologicznej, wszyscy ze Szpitala im. dr. A. Jurasza, i Jan Kozłowski ze Szpitala Dermatologicznego uzyskali stopnie naukowe doktora habilitowanego. Dwa lata później habilitację uzyskał Edmund Nartowicz.

W dalszych staraniach oparto się na bliskiej współpracy z Akademią Medyczną w Gdańsku (AMG), która od kilkunastu lat sprawowała opiekę nad lecnictwem województwa bydgoskiego. W 1971 r. uzgodniono z rektorem prof. Marianem Górskim, że pierwszym krokiem na drodze do utworzenia samodzielnej akademii medycznej w Bydgoszczy będzie powołanie Zespołu Nauczania Klinicznego Wydziału Lekarskiego AMG pod kierownictwem doc. Bogdana Romańskiego. Władze wojewódzkie i miejskie podjęły starania o przygotowanie odpowiedniej bazy lokalowej. Rozbudowie i modernizacji poddano Szpital im. A. Jurasza. W sąsiedztwie powstał Dom Nauki, z mieszkaniem dla nauczycieli akademickich i studentów, oraz budynek audytoryjny, z dużą salą wykładową, biblioteką lekarską, laboratorium języków obcych i salami seminarnymi, a przy ul. Mieczysława Karłowicza 24 przewidziano budowę nowego gmachu dla zakładów teoretycznych.

W takiej atmosferze dość szybko osiągnano kolejne cele. W 1975 r. rektor powołał Filii AMG z siedzibą w Bydgoszczy, z wchodzącym w jej skład Oddziałem Zamiejscowym Wydziału Lekarskiego. Kierownikiem został doc. Jan Domaniewski. Jednocześnie utworzono 19 klinik i zakładów – głównie w Szpitalu im. A. Jurasza, pojedyncze w Szpitalu Dziecięcym, Dermatologicznym, Zakaźnym i Płucnochorych. Wśród kierowników klinik znaleźli się bydgoszczanie, którzy się wcześniej habilitowali oraz doktoranci – Danuta Dębicka-Małkowska, chirurg dziecięcy, i Władysław Malukiewicz, neurochirurg. Większość pocho-

dziła jednak z innych ośrodków akademickich. Z Gdańska: docenci – Bogdan Romański, internista, Jerzy Łukasik, ginekolog, Roman Mazur, neurolog, Adam Bilikiewicz, psychiatra, oraz dr med. Jadwiga Tyrakowska, pulmonolog. Z Wrocławia: doc. Anna Balcar-Boroń, pediatra, doc. Zdzisław Boroń, radiolog, a z Katowic: dr med. Władysław Miodoński.

W latach 1977–1983 pracę podejmowali kolejni kierownicy klinik i zakładów: z Gdańska – doc. Stanisław Betlejowski, laryngolog, i dr med. Karol Śliwka, medyk sądowy, z Poznania – doc. Józef Kałużny i doc. Olgierd Sarrazin, a z Lublina doc. Wiesław Szymański.

W październiku 1979 r. decyzją Ministra Zdrowia Filii przekształcono w pełnoprofilowy II Wydział Lekarski AMG.

Po zorganizowaniu zakładów teoretycznych spełnione zostały podstawowe warunki umożliwiające otwarcie wyższej uczelni medycznej w Bydgoszczy.

Powołana w 1984 r. Akademia Medyczna tworzyła się długo, ponad 20 lat. Przy wielu trudnościach, trzy sprawy odegrały szczególnie ważną pozytywną rolę. Sprzyjającą atmosferę budowało środowisko lekarskie, zwłaszcza jego aktywny, wieloletni udział w ogólnopolskim programie dokształcania kadr. Niebagatelne znaczenie miało też dobrze zorganizowane szpitalnictwo, z wprawdzie przetadowanym, ale jednak nowoczesnym Szpitalem im. dr. A. Jurasza w szczególności. Trzeci ważny argument to jednoznacznie pozytywne stanowisko władz wojewódzkich i miejskich, które projekt nie tylko popierały, ale – co najważniejsze – przejęły cały ciężar zabezpieczenia środków m.in. na rozbudowę bazy, przygotowanie mieszkań dla nauczycieli akademickich i zakup kosztownego wyposażenia specjalistycznego.

W 2003 r., po kolejnych dwudziestu latach samodzielnej działalności, Senat Akademii Medycznej podjął uchwałę w sprawie połączenia z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu. W społeczeństwie bydgoskim decyzja została przyjęta z mieszanymi uczuciami.

Źródła:

- *Annales Academiae Medicae Bydgostiensis*, tom I, rocznik 1985
- *Bydgoszcz, kultura, życie gospodarcze*, Wydawnictwo Morskie, Gdynia 1959
- Notatki autora z rozmów z prof. Janem Domaniewskim i dr. Jerzym Wojciechowskim kier. Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia

*Tytuły naukowe w tekście i w podpisach pod zdjęciami dotyczą opisywanego okresu.



Dr med. Wiktor Sucharski



Dr med. Wojciech Staszewski



Dr med. Sławomila Heller



Dr med. Bolesław Ciunczyk



Dr med. Jan Szymański

O paru zagrożeniach w górach najwyższych

RYSZARD DŁUGOŁĘCKI

Co pewien czas kolejne dramatyczne, a czasem i tragiczne wydarzenia górskie, jak te ostatnie na Nanga Parbat, przypominają nam o niebezpieczeństwach związanych z tymi górami. Problemy zdrowotne, jakie mogą pojawić się na dużych wysokościach są obecnie dobrze znane środowisku medycznemu i wspinaczom. Może jednak warto przypomnieć o niektórych z nich. Uczynię to skrótowo.

HIPOKSJA HIPOBARYCZNA

Wraz ze wzrostem wysokości, na którą się wspinamy, nie zmienia się wprawdzie skład procentowy powietrza, którym oddychamy, spada jednak ciśnienie otoczenia, zwane ciśnieniem atmosferycznym, więc – proporcjonalnie – spada też ciśnienie cząstkowe wszystkich składników powietrza, w tym tlenu. I tu zaczyna się problem. Tlen – jak wiadomo – jest transportowany do tkanek w znakomitej większości w postaci wiązań z hemoglobina (ok. 97 %) i w niewielkiej swej części (ok. 3%) w postaci fizycznie rozpuszczonej w osoczu. Wiązanie się z hemoglobina, a następnie przejście do tkanek – jest możliwe po fizycznym rozpuszczeniu się cząsteczek tlenu. Prawo – sformułowane przed ponad 200 laty przez angielskiego chemika Williama Henry'ego – mówi, że rozpuszczalność gazów w cieczach spada (maleje w nich zawartość gazu) wraz ze wzrostem temperatury i obniżaniem ciśnienia. Wprawdzie w górach, w miarę zdobywania wysokości – temperatura otoczenia spada, ale to jedynie w niewielkiej części łagodzi następstwa spadku ciśnienia cząstkowego tlenu, coraz mniejszej jego ilości ulegającej fizycznemu rozpuszczeniu w płynach ustrojowych – a więc ostatecznie – dostępnej tkankom.

Bardzo duże wysokości, takie, na których – po przystosowaniu się – możemy jeszcze przebywać stale bez pobierania tlenu ze sztucznych źródeł, sięgają granicy około 5500 m n.p.m., choć na tej wysokości ciśnienie atmosferyczne osiąga już tylko połowę swej wartości z poziomu morza. Na wysokościach ekstremalnych, a więc tych pomiędzy 5500 a 7500 m n.p.m., nawet najlepiej zaaklimatyzowani, nie jesteśmy już w stanie wyrównać niedoborów tlenu. Strefa powyżej 7500 m n.p.m. to już strefa śmierci, gdzie człowiek może przeżyć jedynie ograniczony, krótki czas.

Tak więc w miarę zdobywania wysokości pojawia się stopniowo nasila u wspinacza proces hipoksji hipobarycznej. U jego początku następują zmiany adaptacyjne, jeszcze fizjologiczne, w miarę jego postępu pojawiają się zmiany patologiczne, coraz groźniejsze. Po wzroście częstości i głębokości

oddechu, częstości tętna, rzutu serca, ciśnienia tętniczego krwi, perfuzji mózgowej, po zwiększeniu produkcji erytropoetyny i następnie – po kilku już dniach – ilości krwinek czerwonych i hematokrytu (a więc i lepkości krwi; kłania się niebezpieczeństwo zakrzepicy) – pojawia się skurcz naczyń płucnych, zwyżka ciśnienia w tętnicy płucnej, a także wzrost przepuszczalności naczyń. Dalej – dla osób, które nie przeszły odpowiedniej aklimatyzacji – otwiera się już obszar choroby wysokogórskiej.

AKLIMATYZACJA

Prawidłowa aklimatyzacja ma umożliwić nam dłuższy bezpieczny pobyt w bazie (dziś obozy bazowe są zwykle rozwijane wysoko: pod Kangchenjungą nasz obóz bazowy był na wysokości ponad 5100 m.n.p.m., pod Makalu – ponad 5500 m.; jedynie pod Baturą w Karakorum baza była poniżej 5000 m n.p.m.) i nieco wydłużyć czas w miarę bezpiecznego pobytu na wysokościach ekstremalnych. Pobyt w strefie śmierci to zawsze kwestia godzin, a nie dni. Jeżeli dni – to już zwykle walka o przeżycie, bardzo często – przegrana. Aklimatyzacja to stopniowe wchodzenie wyżej i schodzenie, by spać niżej, ale tak, aby spać też coraz wyżej. Przepustką do ataku szczytowego w Karakorum czy Himalajach jest zwykle przespanie nocy na wysokości co najmniej 7000 m n.p.m. i wyżej, z następnym zejściem do bazy i odpoczynkiem. To także miarkowanie nasilenia wysiłków fizycznych, dbanie o dobre nawodnienie (rzecz nieraz niełatwa, a bezdyskusyjnie konieczna), utrzymanie diety bogatej w węglowodany, a przede wszystkim – wchodzenie wyżej wtedy, gdy nie mamy niepokojących dolegliwości. To wszystko wymaga czasu (nieco różnego dla poszczególnych osób). Próby przyspieszania tego procesu, pomijania jego etapów, skracania go użyciem środków farmakologicznych (za moich czasów ukochany był m.in. Diamox), wychodzenie wyżej lub pozostawanie na ekstremalnych wysokościach pomimo objawów mogących wskazywać na chorobę wysokogórską, maskowanie tych objawów środkami przeciwbólowymi,

mi, nasennymi, które często pogłębiają stopień hipoksji – to wszystko prowadzi najczęściej do zagrożenia wspinacza i narażania życia tych, którzy będą musieli go ratować. Trzeba jednak przyznać, że choroba wysokogórska pojawia się czasem niespodziewanie u pozornie dobrze zaaklimatyzowanych i doświadczonych wspinaczy.

CHOROBA WYSOKOGÓRSKA

Dla mnie, jako lekarza wypraw, problem ten wyglądał następująco: nie kombinuj nad leceniem ostrej choroby wysokogórskiej wysoko na górze, bo tam nie ma praktycznie leczenia innego niż schodzenie. Staraj się za wszelką cenę jak najwcześniej wychwycić zagrożenie tą chorobą i nie puszczaj zagrożonego wyżej. Obserwuj go bacznie, bo może trzeba go będzie odesłać nawet poniżej bazy.

Choroba wysokogórska u osób szczególnie wrażliwych może pojawić się zaskakująco nisko: już około 3000 m (niektórzy obserwowali ją jeszcze nieco niżej), najczęściej jej pierwsze objawy występują jednak w przedziale 4500–5500 m, a u osób nieco już (ale niewystarczająco) zaaklimatyzowanych – wyżej. Zwykle rozpoczyna się bólami głowy, brakiem łaknienia, zmęczeniem, osłabieniem, zawrotami głowy, mdłościami, nieraz oszołomieniem. Kiedy inni jedzą, czytają, pracują, odpoczywają, są w dobrym nastroju, rozmowni, towarzyscy, ofiara tej choroby jest niemrawa, ospała, pokłada się, nie bierze udziału w rozmowach, skarży się na ból głowy i złe samopoczucie. Często oddaje niewiele zagalęzowanego, ciemnego moczu, „rysując” na śniegu ciemnopomarańczowe wzory. Dalszy postęp schorzenia wiedzie zwykle w kierunku obrzęku płuc lub obrzęku mózgu – często kojarzącym się ze sobą. Obrzek płuc to zwykle najpierw częsty, suchy kaszel z pojawiającą się stopniowo pienistą, a później i krwistą wydzieliną, dusznością wysiłkową, a później spoczynkową – z wybieraniem charakterystycznej pozycji, osłabienie, ucisk w klatce piersiowej, widoczna sinica, znaczne przyspieszenie oddechu i tętna, wreszcie – zaburzenia świadomości. Oczywiście – typowe objawy osłuchowe. W obrzęku mózgu – przy niereagujących na leki bólach głowy, mdłościami, wymiotach – pojawiają się nasilające się zaburzenia świadomości, ataksja, nieraz ogniskowe ubytki neurologiczne, dziwne zachowania, omamy, wreszcie śpiączka i zgon z powodu porażenia oddechu.

Są też przypadki wspinaczy bez tych typowych objawów, ale z postępującymi objawami deterioracji, kończącej się często zgonem, bodaj czy nie częściej niż w przypadku jasnych obrazów choroby wysokogórskiej.

Jeżeli objawy choroby wysokogórskiej są łagodne, nie należy pozwalać na wymarsz chorego w górę, obserwować go, zalecać odpoczynek. Jeżeli objawy nasilają się, jedynym rozsądnym postępowaniem jest scho-

dzenie, a jeśli chory nie jest w stanie chodzić – jego ewakuacja, jeśli jest ona możliwa. Odpowiednia tlenoterapia – jeśli dostępna, jest korzystna, ale nie zastąpi schodzenia w dół. Podobnie inne środki, w tym – odwadniające. Jeśli nie mamy możliwości ewakuacji chorego – tlen i środki farmakologiczne mogą kupić nam jedynie nieco czasu (zwykle niewiele) i nic więcej. Uczestniczka jednej z naszych wypraw opowiadała mi o swoich perypetiach w czasie innej wyprawy: kiedy pojawiły się u niej objawy choroby wysokogórskiej, została potraktowana sporą dawką furosemidu. Odpowiedź organizmu była szybka i zaskakująca: poczuła zmniejszenie się duszności i ucisku w płucach ale osłabła tak, że musiała leżeć. Nie była w stanie przyjąć pozycji stojącej; o schodzeniu nie było mowy. A na ekstremalnych wysokościach znosi się osłabłych towarzyszy wspinaczki na plecach, owszem, ale jedynie na filmach.

CO JESZCZE?

Och – wiele. Kiedy (z różnych przyczyn) zawiedzie ochrona przed promieniowaniem UV – ślepotą śnieżną. Przy wdrożonej ochronie oczu i leczeniu – trwa zwykle kilka dni, a unieruchamia wspinacza na nieco dłużej. Osobny problem to odmrożenia. Wyczerpanie, hipoksja zaburzająca samokontrolę, co zmniejsza dbałość o chronienie ciała przed zimnem, odwodnienie, zbyt długie dla danej osoby przebywanie w niskich temperaturach i lodowatym wietrze, nieodpowiedni sprzęt i ubiór, parę jeszcze innych czynników – prowadzą do odmrożeń. Jeżeli do nich doszło, a wyglądają na głębokie, bo tkanki są twarde, blade, nieczułe – celem działań jest możliwa w danych warunkach ochrona odmrożeń i szybka ewakuacja do bazy. Tam – silny lek przeciwbólowy, kąpiel odmrożeń w przegotowanej, cieplej (38–40°C) wodzie – może też z niewielkim dodatkiem odpowiedniego antyseptyku, następnie osuszenie powierzchni, maść antybakteryjna, jałowe opatrunki, uniesienie (jeśli możliwe) odmrożonych kończyn, ich ochrona przed ponownym zamrożeniem (skutkującym znacznym rozszerzeniem obszarów następowej martwicy) i mikrourazami. Na przykład – odmrożone palce stóp przy schodzeniu doznają ich, przesuwając się w bucie ku przodowi i uderzając w wewnętrzną powierzchnię czubka buta. Pamiętam, jak mój towarzysz wyprawowy, zdobywca wysokiego ośmiotysięcznika, za co zapłacił paskudnie wyglądającymi odmrożeniami palców i przodostopi, był znośzony przez tragarzy w koszu do miejsca, skąd mógł zabrać go nepalski pilot. Dwóch tragarzy, Nepalczyków, przez cztery dni znosiło go na zmianę, pojedynczo, na własnych plecach. Każdy z nich dźwigał mego kolegę, schodząc łożyskiem wyschłego strumienia, pełnego kamieni i dziur, idąc w jakichś prymitywnych, luźnych klapkach. Zmieniali się co pół godziny (!) i rwali w dół tak, że z moim plecakiem musiałem dobrze wyciągać nogi



Obóz na Baturze w Karakorum

Fot. Ryszard Długotęcki

za nimi. Aha – i cały czas gadali ze sobą jak najęci. Giganci! Stopy zostały uratowane).

Tam, gdzie już istnieją warunki do ścisłej obserwacji i kontrolowania stanu chorego oraz odpowiednie wyposażenie, podaje się m.in. donaczyniowo mocne środki rozszerzające naczynia, np. Prostavasin, stosuje się też tlenoterapię hiperbaryczną, która ma umożliwić dotarcie cząstek tlenu do tych uszkodzonych tkanek, do których przestała docierać krew. Tę część tkanek, których nie dało się uratować, wskazuje sam organizm, wyznaczając po pewnym czasie linię demarkacyjną martwicy.

KILKA UWAG O STYLU ALPEJSKIM

Na marginesie powyższych rozważań można uznać, że coraz bardziej popularny styl alpejski wspinania (zdobywanie wysokości w niewielkim, często dwuosobowym zespole, bez schodzenia w dół, bez przygotowanych i wyposażonych uprzednio obozów, zespołów wspinaczy, wyposażenia w tlen, leki i sprzęt medyczny), gdzie podstawą jest zasada: „omnia mea mecum porto”, tak skuteczna w górach typu alpejskiego i coraz popularniejsza w Himalajach i Karakorum, nie tylko latem, ale już i zimą – to styl, który znacznie podnosi ryzyko pojawienia się zagrożeń zdrowia i życia wspinaczy. Wiem, że najlepsi wspinają się w ten sposób z sukcesami w górach najwyższych latem i pewnie w ich gronie ten styl będzie nadal stosowany i coraz bardziej popularny, jednak – moim skromnym zdaniem – styl ten już latem staje się często – jak powiedział kiedyś Wojtek Kurtyka – „biletem

w jedną stronę”, a stosowany zimą jest ogromnym i bezpośrednim zagrożeniem życia tych, którzy go stosują.

Będzie on jednak pewnie stosowany także i zimą i to coraz częściej. Bardzo mi się to nie widzi, ale uznaję prawo ludzi do takiej działalności górskiej, jaką chcą podjąć. Tym, którzy powiedzą: „no tak, ale oni narażają innych i swoje rodziny, a nawet podatków” – odpowiem:

1. Ci „inni” to grupa niewielu najlepszych na świecie wspinaczy, przystosowanych do działania w warunkach ekstremalnych. Pozostali nie biorą udziału w takich akcjach ratunkowych. Ci „inni” sami chcą iść na ratunek ginącym ludziom i sami, pewnego dnia, mogą też takiej pomocy potrzebować.

2. Co do rodzin – sam nie jestem bez winy, bo wiem ile moja rodzina przeżyła w czasie moich wypraw, ale – lepiej nie mówić w imieniu tych rodzin, a spytać o to same rodziny. Ich odpowiedź jest bardzo często zaskakująca.

3. Podatnicy płacą, owszem, choć nie zawsze, za akcje ratunkowe. I co – nie zapłacimy za ratunek ginącemu, choćby sam wmanewrował się w swoją sytuację w sposób, którego nie pochwalamy?

4. Wspomnijmy też znany fakt, że najmniej wątpliwości i najpewniejsze osądy mają w danej sprawie zwykle te osoby, które ją najmniej znają. Im więcej wiedzy i doświadczenia osobistego, tym większa ostrożność, ale też i celność w formułowaniu wniosków i opinii. Tak, jak w naszym zawodzie...

O autorze: doktor Ryszard Długotęcki, chirurg, przez wiele lat był lekarzem wypraw w Himalaje, Karakorum, góry Alaski i Afryki.

Medyczna Noc w Operze

Za nami kolejna „Medyczna noc w Operze” (2 lutego). Bawiliśmy się doskonale (vide fotorelacja)! Wieczór uświetniła nam Karen Edwards – jedna z najciekawszych amerykańskich swingujących, jazz-soulowych pianistek i wokalistek, która pracowała m.in. z Princem i Stevie Wonderem oraz ElJAZZ Trio. Oczywiście nie zabrakło stałego punktu programu – występu kabaretu lekarskiego (obok piosenka z jego tegorocznego repertuaru).

Jak co roku lekarski bal rozpoczął się wręczeniem nagród lekarzom, którzy najlepiej zdali ubiegłoroczny LEK i LDEK. W tym rok byli to: Anna Balińska (LEK), Paweł Woropaj (LEK) i Anna Szpinda (wiosenny LDEK) (3). Nagrody dla tych, którzy najlepiej zdali egzamin Bydgoska Izba Lekarska przyznała już po raz dziesiąty!

Dalej było równie uroczyste: statuetkę Cerebrum Medici wręczono lek. dent. Halinie Domańskiej-Midurze (1) oraz dr n. med. Piotrowi Jarzowskiemu (2).

Tekst: a.b., fot. Roman Janowski



MARZENIA LEKARZY

Muzyka: Zygmunt Adam Lewandowski
(do piosenki „Mały biały domek”),
słowa: Stanisław Prywiński

Dobrze płatny dyżur co noc nam
się śni

Świetnie płatny etat to są nasze sny.

Dobrze płatny dyżur raz
na dziesięć dni

Paru lekko chorych to są nasze sny

Nie wiem, ach nie wiem,
jak to się dzieje,

że ciągle forsy w kieszeni brak.

Nie mam dziewczyny (chłopaka),
ani dzieci (dzieciaka)

Samotnie żyję jak wolny ptak.

Nie przejmuj się, średnia wieku
zmienia się tak,

Ty dobrze wiesz – lekarzy
ciągle brak.

Emeryckie życie – dostatanie się śni
Aby je uzyskać pracuj całe dni
Lekarze seniorzy dziś na topie są,
No bo bez ich pracy pójdziemy
na dno.

Nie wiem, ach nie wiem,
co to się stanie

Gdy wieczny opt-out obejmie nas.
Ilu lekarzy w kraju zostanie
Aby dociągnąć sędziwych lat.

Nie przejmuj się, wieczność wieku
nie zmieni nam,
Gdy dusza twoja załomocze
do nieba bram.

Emeryckie życie – dostatanie się śni
Aby je uzyskać pracuj całe dni
Lekarze seniorzy dziś na topie są,
No bo bez ich pracy pójdziemy
na dno.

BYDGOSKIE DNI BIOETYCZNE

Organizatorzy:



Bydgoska Izba Lekarska

II Katedra Kardiologii CM UMK

we współpracy z:

- Studenckim Towarzystwem Naukowym
- Fundacją na Rzecz Rozwoju Kardiologii
- Fundacją WIATRAK

**14 kwietnia 2018 r.,
godz. 10.00**

sala audytoryjna
Collegium Medicum UMK
przy ul. Jagiellońskiej 13
w Bydgoszczy

Wyzwania i zagrożenia bioetyczne XXI wieku

Patronat:

Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej – dr n. med. Stanisław Prywiński
Prorektor ds. CM – prof. dr hab. med. Grażyna Odrowąż-Sypniewska

Przewodniczący i kierownictwo naukowe konferencji
– prof. dr hab. med. Władysław Sinkiewicz

PROGRAM:

10.00–10.10 – Wprowadzenie
prof. Władysław Sinkiewicz (Bydgoszcz)

**10.10–10.30 – Etyka i moralność
w medycynie XXI wieku – wyzwania
i zagrożenia**

ks. prof. Tadeusz Biesaga (Kraków)

**10.30–10.50 – Bezdroża współczesnej
medycyny a sumienie lekarskie**
dr hab. Jakub Pawlikowski (Lublin)

**10.50–11.10 – Czym jest, a czym
nie jest medycyna?**
prof. dr hab. Jan Dutawa (Katowice)

**11.10–11.30 – Zagrożenia bioetyczne,
kulturowe i socjologiczne ideologii gender**
red. Marzena Nykiel (Warszawa)

11.30–11.50 Przerwa kawowa

**11.50–12.10 – Klonowanie człowieka
i inżynieria genetyczna – nauka w służbie
postępu, fantazji czy szaleństwa?**
dr Błażej Kmiecik (Łódź)

**12.10–12.30 – Troska o życie każdego
dziecka poczętego jako wyzwanie dla
państwa i społeczeństwa**
mgr Kaja Godek

**12.30–12.50 – Niepomyślna diagnoza
prenatalna wyzwaniem dla rodziców
i personelu medycznego**
dr hab. Dorota Kornas-Biela (Lublin)

**12.50–13.10 – Poradnia Bioetyczna
– nowa forma wsparcia w trudnych
dylematach etycznych**
mgr Justyna Gajos (Kraków)

**13.10–13.30 – Czy pacjent u kresu życia
potrzebuje opieki duchowej?**
prof. Małgorzata Krajnik (Bydgoszcz)

13.30–13.50 Odpowiedzi na pytania

WSTĘP WOLNY

Uczestnik konferencji otrzymuje 4 pkt edukacyjne (Roz. MZ z dnia 06.10.2004r DZ. U. nr 231, poz. 2326)

Nie wiem, ach nie wiem,
co to się stanie
Gdy wieczny opt-out obejmie nas.
Ilu lekarzy w kraju zostanie
Aby dociągnąć sędziwych lat.

Nie przejmuj się, wieczność wieku
nie zmieni nam,
Gdy dusza twoja załomocze
do nieba bram.

Emeryckie życie – dostatanie się śni
Aby je uzyskać pracuj całe dni
Lekarze seniorzy dziś na topie są,
No bo bez ich pracy pójdziemy
na dno.

ZALMED

PHILIPS



Aparaty USG

ECHOkardiografy

mobilne aparaty RTG

Przedstawicielstwo w Bydgoszczy
obsługuje całe województwo kujawsko-pomorskie

www.zalmed.eu
tel. 607 81 22 05

spółka ZALMED jest dystrybutorem Philips Healthcare



Tenisowe...

Nowi mistrzowie w tenisie ziemnym



Tradycyjnie już w „Święto Trzech Króli” i w Klubie Tenisowym „Centrum” 6 stycznia w Bydgoszczy odbyły się VII Halowe Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w tenisie ziemnym pod patronatem Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Wśród kobiet I miejsce zajęła dr Magdalena Mikulska-Jovanović, która zwyciężyła z dr Anitą Kazdepką-Ziemińską. Wśród mężczyzn: I miejsce – dr Wojciech Służalec, II miejsce – Krzysztof Kubacki, III – dr Andrzej Wronczewski, IV – dr Marcin Chmielewski. Jednak najbardziej zacięty mecz rozegrali w półfinale dr Wojciech Służalec i dr Andrzej Wronczewski (4:6, 6:3, a w super tie-break 10:5).

We wrześniu zapraszamy na już XVIII Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w Tenisie Ziemnym.

Z koleżeńskim pozdrowieniem
Zbigniew Kula



...zmagania

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie zaprasza na

Mistrzostwa Izb Lekarskich w żeglarskim w klasie OMEGA



Morzyczyn • jezioro Miedwie • 15–17.06.2018 r.

Niezmiennie nam miło zaprosić na XIII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarskim w klasie OMEGA, które odbędą się w urokliwej letniskowej wsi Morzyczyn nad Jeziorem Miedwie w gminie Kobylanka, 24 km od Szczecina.

Regaty rozgrywane będą na łodziach typu OMEGA na niezmiennych zasadach, w systemie przesiadkowym.

Jak zwykle podczas wieczornego biesiadowania szykujemy wiele niespodzianek... zapewniamy miłą atmosferę i dobrą zabawę...

Zgłoszenia odbywają się na podstawie elektronicznych formularzy dostępnych na stronie: www.oil.szczecin.pl zakładka Sport, kultura i rekreacja, przesłanych w terminie do 11 maja 2018r.

Osoby do kontaktu: Halina Teodorczyk, tel. 517 905 224, e-mail: halte@wp.pl; Kamila Sidor, biuro OIL w Szczecinie, tel. 91 4874936 wew. 116, e-mail: ksidor@oil.szczecin.pl

Wpłaty (wpisowe) należy dokonać na konto:

ING Bank Śląski 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034
z dopiskiem „REGATY - OIL”

Nasz Lekarz specjalizuje się
w kompleksowym prowadzeniu
badź klinicznych, realizując
projekty badawcze od I do IV fazy
wszystkich specjalizacji medycznych.

Zapraszamy do **nowej siedziby**
przy ul. **Chodkiewicza 19c**
w budynku City Park.

Lekarzy zainteresowanych
prowadzeniem badań klinicznych
oraz udzielających konsultacji
specjalistycznych
zapraszamy do współpracy.

prof. nadzw. dr hab. n. med. Sławomir Jeka
Dyrektor Ośrodka



NOWA SIEDZIBA

Budynek City Park
ul. Chodkiewicza 19c
85–065 Bydgoszcz

+48 (52) 3 215 916

+48 728 400 535

bydgoszcz@naszlekarz.com.pl

www.naszlekarz.com.pl

Centrum Medyczne
w Bydgoszczy



MEDICOVER

zatrudni
**LEKARZA
RODZINNEGO/
INTERNISTĘ**

Kontakt

601 297 146

Zapraszamy



do BIURA
RACHUNKOWO-PODATKOWEGO

- Specjalizujemy się w rozliczaniu podatkowym podmiotów świadczących **USŁUGI MEDYCZNE**.
- Nasze Biuro łączy **TRADYCYJNĄ KSIĘGOWOŚĆ Z NOWOCZESNYMI TECHNOLOGIAMI**, opartymi m.in. na komunikacji online/ e-mail/sms/tel.
- **SZANUJĄC PAŃSTWA CZAS**, wychodzimy naprzeciw, dojeżdżamy i odbieramy dokumenty bezpośrednio u zainteresowanego.

BIURO RACHUNKOWE



*Kancelaria Podatkowa
Grygier i Wspólnicy sp. z o.o.*

e-mail: poczta_big@wp.pl

☎ 508 303 873 • 52 3070576

www.bigbiuro.pl

Bydgoszcz, ul. Towarowa 36 bud. C lok. 14

Mój jest ten kawałek podłogi!...

Pamięć nareszcie ma, czego szukała...

Wisława Szymborska



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Cytując fragment wiersza Adama Asnyka we wstępie do ostatnich moich wypocin, biłem się z myślą, że już kiedyś po ten fragment sięgałem! Rzeczywiście – równo przed dziesięciu laty w ten sam sposób witałem w naszym biuletynie nadchodzący nowy rok.

To oglądanie się wstecz przyniosło mi i inne zaskoczenia! Także w naszym biuletynie sprzed dziesięciu laty przeczytałem taki to tekst:

Powiem szczerze, że niedobrze mi się robi, gdy słucham kolejnego ministra zdrowia, który z niebывałym tupetem szafuje etyką lekarską, moralnością i innymi wzniosłymi wartościami, przeciwstawiając je jakże prymitywnym oczekiwaniom materialnym kolegów lekarzy. Jest to tym straszniejsze, iż skłonność do takiej taniej retoryki mają szczególnie ministrowie – lekarze.

Tekst ten jest autorstwa naszego kolegi pracującego za granicą. Lata lecą, zmieniają się ministrowie, a ocena ich działalności jest zawsze niezmiennie taka sama.

Dane mi jest przebywać na tym świecie już spory kawałek czasu, a także dość długo jestem lekarzem – i tu z tych powodów pragnę się zwrócić głównie do tej młodej jeszcze, walczącej braci lekarskiej słowami wiersza Jana Brzechwy: *Chcecie bajki? Oto bajka...!*

Nie będzie to bajka o pchle, ale o początkach mojej czynnej przygody z medycyną. Miały one miejsce za czasów wczesnego Gomułki. Nie był to łatwy okres mego życia. Tak jak i teraz – codzienna praca na etacie szpitalno-poradniano, a dzień pracy wynosił 10 godzin. Do tego dyżury nie tak dobrze płatne jak dzisiaj, no i konieczność dorobienia marnego grosza w pogotowiu ratunkowym. Nie pamiętam, czy narzekałem, że mi było ciężko. Ale po sześciu latach takiej pracy nie kupiłem wprawdzie samochodu, ale miałem już swoje upragnione M3, a nawet stać mnie było na dwie wycieczki zagraniczne w jednym roku. Jaki wyptywa z tego wniosek? Było ciężko, ale i tak jak na tamte czasy osiągnąłem dość dużo w stosunkowo krótkim czasie.

Jak słyszę, że w dobie obecnej za wiedzę zdobywaną trzeba nie tylko płacić, ale i poświęcać swój urlop, aby wyjechać na jakieś szkolenie, a na naukę zarywać noce, to chyba ja miałem lepiej. Mogłem sobie wybrać dowolne szkolenie na interesujący mnie w danym roku temat (wybierałem najczęściej dwutygodniowe szkolenia w Warszawie), a po uzyskaniu zgody swego szefostwa (nigdy nie spotkała mnie odmowa) otrzymywałem delegację, urlop okolicznościowy i zakwaterowanie z wyżywieniem za niewielką opłatą w Domu Lekarza. Co dziwniejsze – dyrektor mego szpitala, widząc perspektywiczne potrzeby tegoż szpitala, sam wysyłał mnie a to do profesora Obtutowicza, żebym poznał podstawy alergologii, czy też do kliniki pediatricznej na Litewskiej w Warszawie, abym przyswoił sobie podstawy intensywnej terapii.

Moi Drodzy, to naprawdę nie jest bajka! Tak się działo za czasów głębokiej komuny!

Koniec bajdurzenia i gadania bajek, teraz nadszedł czas na zapomnienie, bo jak powiedział Antoni Stoniński *zapomnienie jest higieną mózgu*. Dbając więc o higienę własnego mózgu, powinienem o tych czasach minionej mojej młodości zapomnieć.

Kończę, mając trochę nadziei, że o mnie być może nie będziecie za szybko zapominali...

Wasz jak zwykle

A. Martynowski

Spotkanie Lekarzy Seniorów!

- **7 marca o godz. 14.30** – gościem lekarzy seniorów będzie lek. dent. Marek Rogowski. Temat jego wykładu to: „Braki zębowe – diagnostyka, przegląd metod leczenia, powikłania, aspekty użytkowe uzupełnień”.
- **4 kwietnia o godz. 14.30** – o „Schorzeniach okulistycznych u seniorów” opowie dr Małgorzata Świątkowska.

PRACA

Poszukujemy do współpracy do naszej kliniki **lekarza dentysty**. Stawiamy na nowoczesność oraz wysoką jakość usług. Wciąż się rozwijamy. Oferujemy atrakcyjne warunki pracy i dużą bazę pacjentów. Zapraszamy do kontaktu – tel. 604 796 594.

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy poszukuje **lekarzy specjalistów** lub w **trakcie specjalizacji** w dziedzinie **chorób wewnętrznych** lub **nefrologii** do pracy w Klinice Nefrologii, Nadciśnienia i Chorób Wewnętrznych oraz do udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Nefrologicznej. Zainteresowane osoby prosimy o kontakt z numerem telefonu: 52 5854030, 52 5854092 lub przesłanie dokumentów aplikacyjnych na adres e-mail: rekrutacja@jurasza.pl

Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy zatrudni od zaraz **lekarzy specjalistów** w zakresie **chorób płuc, chorób wewnętrznych** lub **lekarzy do pełnienia dyżurów medycznych**. Warunki pracy i płacy do omówienia na miejscu. Chętnym spoza Bydgoszczy oferujemy na okres przejściowy mieszkanie 3 pokojowe (66,58 m). Oferty prosimy kierować pod adres: Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii, ul. Seminaryjna 1, 85-326 Bydgoszcz lub kontakt telefoniczny: 52 3256735.

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. Emila Warmińskiego w Bydgoszczy, ul. Szpitalna 19 PILNIE zatrudni **lekarzy anesteziologów** do pracy na oddziale oraz w ramach dyżurów. Informacji udziela Dział Służb Pracowniczych: tel. 52 3709123/21.

Klinika Stomatologii Estetycznej i Chirurgii ALFA-MED w Bydgoszczy poszukuje do współpracy **lekarza stomatologa** pragnącego rozwijać swoje umiejętności zawo-

dowe. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt: marketing@alfa-med.pl lub telefonicznie: 600 262 738.

WOZ „GRYF-MED” sp. z o. o. w Bydgoszczy poszukuje do pracy **lekarzy ze specjalizacją** w zakresie: **chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej** lub **geriatrii** oraz do pracy w POZ. Bliższe informacje: tel. 52 3208720, biuro@gryfmed.bydgoszcz.pl

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Bydgoszczy nawiąże współpracę z **lekarzem okulistą** w celu przeprowadzania konsultacji oraz wydawania opinii specjalistycznych w ramach umowy o dzieło (osoby fizyczne lub działalność gospodarcza). Osoby zainteresowane proszone są o kontakt z Głównym Lekarzem Orzecznikiem tel. 52 3418040 lub 52 3418050.

Sanatorium „Modrzew” w Inowrocławiu zatrudni **lekarza-ordynatora – lekarza specjalistę lub ze specjalizacją II stopnia z balneologii lub lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej albo lekarza specjalistę lub ze specjalizacją II stopnia w dziedzinie tożsamej bądź pokrewnej z kierunkami leczniczymi uzdrowiska Inowrocław, po kursie z zakresu podstaw balneologii**. Zatrudnimy również lekarza. Oczekiwania minimum: **lekarz, ze specjalizacją I stopnia z medycyny fizykalnej i balneologii lub rehabilitacji medycznej lub ze specjalizacją I stopnia z narządu ruchu albo chorób wewnętrznych lub w dziedzinie tożsamej bądź pokrewnej z kierunkami leczniczymi uzdrowiska Inowrocław, po kursie z zakresu podstaw balneologii**. Warunki zatrudnienia do uzgodnienia z dyrektorem Sanatorium Uzdrowiskowego „Modrzew”. Praca od zaraz. Kontakt: tel. 52 3573084, dyrektor@modrzew.com.pl, marketing@modrzew.com.pl

Przychodnia Komunalna w Bydgoszczy zatrudni: lekarza **pediatrę**, lekarza **laryngologa**. Również w trakcie specjalizacji. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Kontakt: tel. 502 749 543 e-mail: sekretariat@przychodnia-komunalni.pl

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Mątwy-Med” w Inowrocławiu zatrudni **lekarza okulistę** w ramach kontraktu z NFZ od zaraz. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt pod numerem: 600 824 609, matwymed@gmail.com

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Micro-Med” poszukuje **lekarza stomatologa** do współpracy w ramach NFZ jak również prywatnie. Praca w pełni wyposażonym gabinecie. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Tel.: 52 3433062.

Prężnie rozwijające się Centrum Medyczne „Clinic Derm” w Bydgoszczy, w pełni wyposażone, nawiąże długoterminową współpracę z **lekarzami różnych specjalizacji** na atrakcyjnych warunkach finansowych (w szczególności w godzinach do-południowych). Kontakt: Centrum Medyczne Clinic Derm, ul. Łabiszyńska 2 (róg Szubińskiej), tel. 795 095 800.

NZO Wielospecjalistyczna Przychodnia „Bartodzieje” sp. z o.o. ul. Koszalińska 7 w Bydgoszczy zatrudni **lekarza POZ** na pełen etat. Atrakcyjne warunki pracy i płacy. Zainteresowane osoby prosimy o kontakt: tel. 52 3758605 lub 609 185 860, mail: biurobartodzieje@scs.com.pl

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie nawiąże współpracę z **lekarzami w ramach: nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, wyjazdowego zespołu PRM typu „S”**. Warunki do uzgodnienia z dyrektorem SPZOZ-u, tel. 52 822353, fax 52 822448, e-mail: spzozkoronowo@o2.pl

Nowo powstała KLINIKA KOSMETOLOGII i MEDYCYNY ESTETYCZNEJ

w Niemczu

ZAPRASZA DO WSPÓŁPRACY PODMIOTY MEDYCZNE

z pokrewnych branż: **kosmetologia, dermatologia, medycyna estetyczna**.

Istnieje możliwość wynajmu gabinetu. Obiekt w atrakcyjnej lokalizacji, zapewnia komfortowe warunki, dogodny dojazd, parking.

Zainteresowane osoby proszę o kontakt pod nr tel. **778 665 115**

WYNAJMĘ GABINET LEKARSKI

W BYDGOSZCZY OSIEDLE BŁONIE

Zainteresowane osoby proszę o kontakt pod numerem telefonu

695 027 171

WYNAJMĘ GABINETY LEKARSKIE

przy ulicy **Jagiellońskiej 36a**
w Bydgoszczy

(atrakcyjna lokalizacja, komfortowe warunki, cena do uzgodnienia).

Możliwość obejrzenia gabinetów na stronie
www.gabinetymarinahouse.bydgoszcz.pl

Telefon **602 753 233**

KWINTESENCJA KLASY SUV

Zwiększony prześwit.

Napęd i-ACTIV AWD.

Bezpieczeństwo. Charakter. Dynamika.

Idealne na miejskie wyzwania...

I poza utartymi szlakami.

Dwa samochody.

Jedna filozofia.

DRIVE TOGETHER

人馬一体

www.mazdasuv.pl

**NOWA
MAZDA CX-5**

MAZDA CX-3



NORDIC MOTOR Sp. z o.o.
Autoryzowany Dealer Mazda

ul. Fordońska 307
85-766 Bydgoszcz

tel. 52 339 07 33
www.mazda.bydgoszcz.pl



W zależności od wersji samochodu średnie zużycie paliwa oraz emisja CO₂ wynoszą odpowiednio: Mazda CX-3 od 4,7 do 6,4 l/100 km oraz od 123 do 150 g/km; Nowa Mazda CX-5 od 5,0 do 7,1 l/100 km oraz od 132 do 162 g/km. Samochody są wyposażone w układ klimatyzacji zawierający fluorowany gaz cieplarniany o współczynniku ocieplenia globalnego powyżej 150. Informacje dotyczące odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji znajdziesz na www.mazda.pl

w BMW przeceniamy dwa razy!



ponad 50 modeli do 45% taniej



Dynamic Motors

Dealer BMW Dynamic Motors
ul. Toruńska 272A
Bydgoszcz
tel: +48 52 339 51 10
www.bmw-dynamicmotors.pl

Dealer BMW Dynamic Motors
ul. Olimpijska 8
Toruń
tel: +48 56 645 21 70
www.bmw-dynamicmotors.pl