



Primum

ISSN 2353-6055 nr 7-8 (324-325) 2018
BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

DRIVE TOGETHER



MAZDA CX-3

CROSSOVER

Z NAPĘDEM i-ACTIV AWD



GOTOWY NA KAŻDĄ DROGĘ

Inteligentny układ napędu na cztery koła i-ACTIV AWD pozwoli Ci w pełni doświadczyć poczucia jedności z samochodem oraz jego imponujących osiągnięć. Zaawansowane czujniki stale monitorują warunki drogowe oraz manewry, wykonywane przez kierowcę. W razie potrzeby ten inteligentny układ przeniesie moc na koła, które w danym momencie mają najlepszą przyczepność, dzięki czemu zachowasz dynamikę i pewność jazdy.

Stylowy crossover Mazda CX-3. Gotowy na każdą drogę.



NORDIC MOTOR BYDGOSZCZ

ul. Fordońska 307 | tel. 52 339 07 33 | www.mazda.bydgoszcz.pl

W zależności od wersji samochodu średnie zużycie paliwa oraz emisja CO₂ wynoszą odpowiednio: od 4,7 do 6,4 l/100 km oraz od 123 do 150 g/km. Samochód jest wyposażony w układ klimatyzacji zawierający fluorowany gaz cieplarniany [HFO-1234F] o współczynniku ocieplenia globalnego powyżej 150. Informacje dotyczące odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji znajdziesz na www.mazda.pl

W NUMERZE

ROZMOWA Z...

Widzę swoją funkcję jako jednoczącą i inspirującą – rozmowa z dr. n. med. Markiem Broniszem, prezesem BIL 2
(Nie)bezpieczne wakacje – rozmowa z dr. hab. n. med. Anitą Olczak 12

NOWY PREZES WYBRANY NOCĄ 4

INFORMUJEMY 7, 8, 9, 10

SUKCESY W TERAPII OSTREJ BIAŁACZKI LIMFOLASTYCZNEJ U DZIECI 10

NOWE W NAUCE Zakaźność choroby Alzheimera – fakt czy spekulacje? 14

KONFERENCJE 18

FIELIETON 19

W PIGUŁCE 20



Okładka: fot. Zbigniew Kula

Szanowne Koleżanki i Koledzy!



Chociaż kalendarz podpowiada, że czas na wakacyjny odpoczynek, w samorządzie lekarskim, po gorącym zjazdowej, nadal trwają intensywne prace. Wszyscy dopytują, co chcą zrobić i w jaki sposób tego dokonają nowy prezes Naczelnej Rady Lekarskiej i prezesi okręgowych izb, zwłaszcza wybrani na pierwszą kadencję. Padają deklaracje, obietnice, czasem propozycje zmian. Pan prof. Andrzej Matyja swoim nocnym, ale dynamicznym wystąpieniem wyborczym na krajowym zjeździe zjednał sobie delegatów i – co obecnie trudne oraz istotne – wzbudził zaufanie młodych lekarzy. Pan prezes, pewnie jak większość lekarzy, pragnie jednoczyć środowisko i postuluje wsparcie rezydentów, a także mniej licznych struktur samorządowych, a więc izb słabszych finansowo. Nadzieję na pozytywną zmianę we współpracy samorządu lekarskiego i Ministerstwa Zdrowia budzi szybkie spotkanie prezesa NRL z prof. Łukaszem Szumowskim, który zainicjował debatę „Wspólnie dla zdrowia” i podczas rozmowy z prof. Matyją zaprosił go do uczestnictwa w radzie programowej projektu.

Powracając do spraw związanych z Bydgoską Izbą Lekarską, chcę poinformować, że bieżące działania Okręgowej Rady są związane z powołaniem komisji tematycznych, wyłonieniem nowego przewodniczącego Rady Programowej naszego pisma, dyskusją nad jego formą i treścią oraz analizą kosztów prowadzonych aktywności. Jednocześnie serdecznie zapraszam do udziału w komisjach, zależnie od Państwa indywidualnych preferencji. W kręgu bieżących dyskusji na spotkaniach ORL jest również temat odległy, ale wymagający wielu przygotowań. Mowa o tradycyjnym karnawałowym spotkaniu lekarzy na balu. Chcemy zmienić nieco formułę i miejsce zabawy. Mamy nadzieję uzyskać istotne oszczędności, nie powodując spadku atrakcyjności imprezy. Rezygnacja z balu w operze na rzecz karnawałowego spotkania „Pod Orłem” może być dobrą kontynuacją naszych corocznych zabaw.

Proponuję i zachęcam Państwa do dyskusji o utworzeniu nowej siedziby BIL. Uchwała poprzedniego zjazdu wskazuje na potrzebę takiego działania, ale nie precyzuje formy i szczegółów realizacji tego wyzwania. A więc remont czy budowa od podstaw? W centrum czy raczej w ustronnej, kameralnej lokalizacji? Proszę także o uwagi, jak wyobrażacie sobie funkcjonowanie nowego obiektu i jakim celom powinien on służyć, poza funkcją ustawową. A może należy zrezygnować z utworzenia nowej siedziby? Czekam na Państwa opinie.

Pozdrawiam serdecznie i życzę udanych wakacji

Dr n. med. Marek Bronisz

Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej

Primum

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



RADA PROGRAMOWA:

przewod.: dr n. med. Marek Jurgowiak; członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkiewicz, red. nac. Agnieszka Banach-Dalke, red. Teodora Bogdańska, red. Magdalena Godlewska, lek. Mieczysław Boguszyński, dr n. med. Stanisław Prywiński, lek. dent. Marek Rogowski, dr n. med. Zofia Ruprecht.

CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje!

Przewodniczący Rady Programowej: Marek Jurgowiak, marek@cm.umk.pl, tel. 604 483 010; redaktor naczelna: Agnieszka Banach-Dalke, agnieszka.banach@hipokrates.org; redaktor: Magdalena Godlewska, magodlewska@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 3460084, 52 3460780; Numer konta BIL: PKO BP II O/Bydgoszcz, 95102014750000830200191197; e-mail: bil@bil.org.pl; www.bil.org.pl

• Redaktor naczelny: Agnieszka Banach-Dalke

• Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: e-mail: rzecznik@bil.org.pl, tel. 52 3461257

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

„Widzę swoją funkcję jako jednoczącą i inspirującą”

Z prezesem Bydgoskiej Izby Lekarskiej dr. n. med. Markiem Broniszem rozmawia Agnieszka Banach

Fot. Agnieszka Banach



► **Przez dwie ostatnie kadencje pełnił Pan funkcję Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w BIL. Oceniał Pan pracę swoich koleżanek i kolegów, pilnował by właściwie wykonywali swój zawód, czasami karał. Teraz występuje Pan w innej roli, będzie Pan ich reprezentował, walczył o nich, wspierał. Skąd decyzja, żeby stanąć na czele samorządu?**

Dość długo zastanawiałem się nad kwestią kandydowania na, moim zdaniem, zaszczytną i jednocześnie trudną funkcję prezesa. Chociaż liczebnie nie jesteśmy dużą izbą, mnogość indywidualnych problemów jest u nas niemała. Do tego dochodzą ciągle nierozwiązane kwestie, które dotyczą wszystkich pracujących w służbie zdrowia. W końcu narodziło we mnie przekonanie, że czas bezpośrednio zmierzyć się z tą rzeczywistością, spróbować ją w jakiś sposób zmieniać, i stąd decyzja o tym, by kandydować. Nie będzie łatwo. Wszyscy, którzy brali udział w pracach samorządu, wiedzą, że bardzo często jesteśmy postrzegani jako papierowy tygrys... Rodzą się ciekawe inicjatywy i pomysły, ale ich realizacja albo uzyskanie posłuchu, zwłaszcza wśród rządzących, jest prawie niemożliwa. Wydajemy szereg apeli, stanowisk, ocen prawnych i one albo nie zostają podjęte przez organizatorów opieki medycznej, albo dzieje się tak zaledwie w szczątkowej formie. To frustruje wielu członków samorządu, mnie również.

► **Przed Panem 4 lata kierowaniem samorządem lekarskim. Proszę powiedzieć, w jakim kierunku będzie zmierzał pod Pana przewodnictwem?**

Chciałbym, żeby nasza izba nie była postrzegana opresyjnie. Nie chcę, żeby była wi-

dziana jako nadany nam urzędowo twór, który koncentruje się na zbieraniu składek i karaniu kolegów, którym zostaną udowodnione przewinienia zawodowe. Chociaż akurat ten ostatni fragment naszej działalności samorządowej jest sprawny, co ocenił nasz zjazd i Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

Widzę rolę samorządu jako partnera dla: kierujących placówkami medycznymi, NFZ, Ministerstwa Zdrowia. Partnera, którego głos wskazujący na to, jak zawód lekarza powinien być wykonywany i w jakich warunkach, jest słyszany i brany pod uwagę. Myślę tu o takich m.in. prostych sprawach, jak np. kwestia liczby godzin, które lekarz powinien przepracować w tygodniu czy stawek minimalnych. Uważam, że jeżeli my sami nie będziemy wychodzili z konkretnymi propozycjami, to będziemy musieli akceptować te, które albo Fundusz albo dyrektorzy jednostek medycznych nam proponują, a mogą dalece odbiegać od naszych oczekiwań... Pamiętajmy, że naszą siłą jest jedność, i żeby nasz głos był słyszalny musimy być razem! Mamy wtedy zupełnie inną moc oddziaływania.

► **To było widać podczas protestu rezydentów...**

Tak. Pokazał, że z jednej strony można zdziałać coś razem, z drugiej był dowodem na anihilację środowiska. Protest nie został wykorzystany w optymalny sposób. Młodzi lekarze na to zresztą sami wskazują. Myślę, że mają też rację, że nie dostali dostatecznego wsparcia od izb. Trudno powiedzieć, czemu tak się stało. Z jednej strony był to pewnie brak wiary ze strony starszych kolegów, którzy już niejednokrotnie bili głową w ścianę, z drugiej postrzeganie protestu tylko jako walki o partykularne interesy jednej grupy...

► **O młodych lekarzach ostatnio dużo się mówi i oni sami też głośno sygnalizują swoje problemy i potrzeby. Widać ich też w samorządzie, przynajmniej warszawskim. Co nasza izba może im zaproponować?**

Pytanie nie zabrzmiało najlepiej... Zabrzmiało roszczeniowo, a to nie jest dobry kierunek. Tak można podzielić środowisko i budować kolejne enklawy grupowych interesów. Widzę to raczej w ten sposób – samorząd, uwzględniając postulaty, potrzeby, a przede wszystkim aktywność młodych lekarzy, działa we wspólnym medycznym interesie. Oczekiwanie, że „my jesteśmy młodymi lekarzami i teraz musimy natychmiast coś

dostać” – uważam za błędne. Problemów i grup, które widzą braki w działaniu samorządu, jest dużo więcej. Zapytajmy specjalistów albo lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, czy są zadowoleni. Na pewno odpowiedzą, że nie. Do rwania sukmany mamy wielu chętnych. Zapewniam, że będziemy młodych lekarzy wspierać, ale na pewno nie kosztem innych grup. Raczej jedną kromkę chleba podzielimy na pół aniżeli nakarmimy tylko jednego. Po to jest Komisja Młodych Lekarzy, żeby przedstawiła Okręgowej Radzie Lekarskiej najbardziej istotne dla nich problemy, a my będziemy starali się je wspólnie rozwiązywać. Zresztą, za moment ci młodzi staną się już specjalistami i będą mieli inne problemy...

► **Wróćmy do głównych kierunków działania izby...**

Ważną dla mnie sprawą jest ścisła współpraca ze związkami zawodowymi, np. OZZL. Uważam, że nie tylko organizacje związkowe powinny się dopominać o godną płacę dla lekarzy. To jest także rola naszej okręgowej izby lekarskiej.

Planuję też działać wspólnie z innymi samorządami zawodów medycznych. U mnie w szpitalu właśnie toczy się protest związków zawodowych pracowników medycznych m.in. laborantów, fizykoterapeutów, służb porządkowych, sekretarek medycznych. Z żalem muszę powiedzieć, że chociaż nasi koledzy informują o proteście, manifestują go nawet poprzez ubiór, to nie widzę, żeby otrzymali jakiegoś wsparcia od nas, lekarzy, ani od pielęgniarek dla swoich słusznych postulatów. Ich praca nie jest doceniana. Uważam, że jako środowisko lekarskie powinniśmy nie tylko starać się wypracowywać jeden wspólny głos w sprawach dotyczących nas, ale też współpracować z innymi zawodami medycznymi.

Chciałbym też zatroszczyć się o lekarzy w pewnych aspektach systemowych, np. jeżeli chodzi o formy wykonywania zawodu – zatrudnienia. Wypracować zunifikowane modele umów cywilno-prawnych w oparciu o pomoc prawną izby. Jest ogromna różnica między lekarzami pracującymi na etatach a lekarzami zatrudnionymi na podstawie umów cywilno-prawnych, których podpisanie wiąże się często z większą odpowiedzialnością i w rezultacie z dramatycznymi konsekwencjami.

Ważnym dla mnie obszarem działania jest też kwestia szkolenia podyplomowego oraz problemów, które z wykonywaniem zawodu mają lekarze dentyści.

Leży mi na sercu naprawa bardzo mocno nadzarpniętego wizerunku środowiska lekarskiego. Prestiż naszego zawodu bardzo spadł. Czy my, lekarze, jesteśmy temu winni, czy media, czy też przyprowadzono nam brodę, od czego nie potrafiliśmy się odzegnać? Pojedynczego winnego nie ma. Na pewno praca w obecnym systemie opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę nakłady jakie są na niego przeznaczane, to mistrzostwo świata. Czasami coś szwankuje i zdarzają się nieprawidłowe działania, to rzecz oczywista, bo jesteśmy tylko ludźmi i popełniamy błędy, ale odpowiadamy za nie, a nie jak się powszechnie uważa, zamykamy pod dywan. Dowodem na to są sprawozdania rzeczownika, które pokazują, że liczba skazanych lekarzy za przewinienia zawodowe rośnie. Zamierzam pracować nad zmianą zbiorowego wizerunku naszej profesji. W związku z tym zależy mi na tym, żeby nasi lekarze, członkowie samorządu, częściej występowali na zewnątrz. Sam prezes nie zmienia tu nic. Wszyscy musimy zrozumieć, że jest sens w działaniu, bo jeżeli będziemy tylko narzekać i zamykać się po ciężkiej pracy we własnej twierdzy, to pozostanie nam jedynie jej obrona.

► Jak Pan – prezes – postrzega swoją rolę w samorządzie?

Chciałbym, żeby koleżanki i koledzy przekonali się, że samorząd jest dla nich i tylko przy ich pomocy może skutecznie działać. Nie chcę, żeby kójarzył się tylko z opresjami.

Zależy mi na głosie z drugiej strony. Dlatego zamierzam poprawić komunikację między nami m.in. poprzez naszą stronę internetową. Widzę swoją funkcję raczej jako jednoczącą i inspirującą, aniżeli restrykcyjnie nakazującą jakiś określony kierunek. Oczywiście, to nie oznacza, że nie mam żadnych preferencji.

► Czyli nie będzie Pan sprawował autorytarnych rządów?

Nie leży to w mojej naturze i raczej ciężko by mi było to zrealizować. A poza tym – nie o to chodzi w samorządzie. Swoje „rządzenie” postrzegam w sposób kolegialny. Uważam, że prezes przewodniczy Okręgowej Radzie Lekarskiej, ale jest tylko jej członkiem i wszystkie jego propozycje równie dobrze mogą być i odrzucone, i przyjęte przez głosowanie. Chciałbym dużo władzy zdeponować w samej radzie.

► Prawie od dwóch miesięcy pełni Pan swoją nową funkcję. Jak się patrzy na Bydgoską Izbę Lekarską okiem prezesa? Czy już pan zaplanował jakieś pierwsze działania, podjął konkretne decyzje?

Staram się przeprowadzić przegląd bieżącej sytuacji. Pierwszą rzeczą, która leży mi na sercu, jest powołanie komisji problemowych. Nie wszystkie do tej pory działały sprawnie, a to jest według mnie tzw. sól ziemi. Jeżeli uda nam się powołać komisje, w których znajdą się ludzie chcący poświęcić się pracy samorządowej, to będzie sukces,

bo to jest gwarancja tego, że coś w samorządzie będzie się działo. Zależy mi na aktywności Komisji Kształcenia, która właściwie nie funkcjonowała, a moim zdaniem jest jedną z ważniejszych. Oczywiście liczę na kolejną aktywną odsłonę Komisji Młodych Lekarzy. Akurat ta komisja, jak popatrzymy na jej całą kadencję, była jedną z aktywniejszych. Oczywiście bardzo doceniam dobrze zorganizowaną Komisję Lekarzy Seniorów. Planuję, żeby po utworzeniu wszystkich komisji Rada Lekarska cyklicznie spotykała się z nimi.

Chciałbym przyjrzeć się różnym aktywnościom, które były dotąd w izbie prowadzone, często z sukcesem np. działalność chóru. Jednak musimy pilnować finansów samorządu, bo to – nie ukrywam – dość kosztochłonny pasja. Jestem za rozwijaniem i wspieraniem wszelkich zainteresowań lekarskich, ale chciałbym, aby pasjonaci się konsolidowali, bo środki mamy określone i niech będą wydawane ku radości jak największej grupy pasjonatów. Myślę, że członkowie naszego samorządu oczekują, że będziemy jako okręgowa rada umiejętnie finansowali różne przedsięwzięcia, bo to nasze wspólne pieniądze.

Moim celem jest, by lekarz po ciężkiej pracy mógł przyjść do izby i tam odpocząć. Szkoda, że nie funkcjonuje u nas klub lekarza, jak to jest w innych miastach. Pewnie na co dzień przychodzili by tu głównie lekarze z Bydgoszczy, a ci z dalszych okolic mogliby wykorzystywać go na różne indywidualne okazje, np. spotkania naukowe, rodzinne i inne. Jednak, by zrealizowała się koncepcja otwartej izby – działań klub, odbywały się spotkania towarzystw, konferencje czy inne wydarzenia, musimy pomyśleć o zmianie siedziby naszej izby...

► Czyli Bydgoska Izba Lekarska potrzebuje nowej siedziby?

Jestem rzecznikiem wybudowania bądź zakupienia i wyremontowania miejsca pod nową siedzibę, ale nie chcę podejmować tak ważnej decyzji sam, potrzebna jest rzeczowa dyskusja, bo to przedsięwzięcie ogromne i wiążące się z dużym wysiłkiem finansowym. Myślę, że jest to na tyle poważna sprawa, że widziałbym ją po dyskusji, także na łamach „Primum”, jako temat zjazdowy.

► Będzie Pan prezesem, za którego rządów zostanie wybudowany Dom Lekarza Seniora?

Uważam, że samorząd powinien interesować się losem seniorów. Ale jak to zainteresowanie przełożyć na język codziennej praktyki? – to bardzo trudne pytanie. Idea budowania domu seniora wydaje się bardzo szczytna i właściwa, ale co zrobić dalej, już po jego wybudowaniu, jak go utrzymać? Tego nie wiemy. Nawet bogate, duże izby zrezygnowały z zamiaru budowy takich domów. Pytanie, czy wykup odpowiednich pomieszczeń od deweloperów lub zakup, dzierżawa miejsc w już funkcjonujących placówkach tego typu nie

byłby lepszym rozwiązaniem? Szybciej moglibyśmy uruchomić pomoc dla seniorów, a poza tym to bezpieczniejsze finansowo rozwiązanie. Chciałbym jak najszybciej omówić te kwestie z przedstawicielami Fundacji „Dom Lekarza Seniora”.

► Chyba marzeniem każdego prezesa jest to, żeby lekarze utożsamiali się ze swoim samorządem. Rzeczywistość jest często diametralnie odmienna. A po co mi ta izba – nierzadko pytają Pana koledzy. Myślę, że niektórzy nawet nie wiedzą, że jest nowy prezes BIL czy NIL. Jak zamierza Pan przekonać kolegów do samorządu?

Wcale by mnie nie zdziwiło, że wielu lekarzy nie ma świadomości, że odbyły się jakieś wybory. Jedyna metoda to praca w zakresach, o których już wspomniałem, pokazywanie, że działamy skutecznie. Wtedy dopiero lekarze uznają, że izba ma sens. Nie możemy też pozostawać bierni i obojętni na kolegów, którzy zwracają się do nas po pomoc. Bardzo często izba nie jest potrzebna nam na co dzień, ale w krytycznych momentach życiowych i zawodowych. Nad każdą taką sprawą musimy się pochylić. Chciałbym nawet, żeby na naszej stronie internetowej funkcjonowało coś w rodzaju takiego alertu, gdzie każdy może zgłosić problem. Zależy mi na tym, żeby lekarze wiedzieli i pamiętali, że izba jest miejscem, w którym można uzyskać pomoc.

► Wybiegnijmy teraz trochę w przyszłość. Wyobraźmy sobie, że mamy już koniec kadencji. Co musiałoby się wydarzyć, żeby poczuł Pan, że to były dobre 4 lata, że spełnił się Pan jako prezes.

Jeżeli moje koleżanki i koledzy, z którymi będę miał okazję współpracować czy spotykać się w różnych sytuacjach, po tych 4 latach stwierdzą, że działania samorządowe mają sens i więcej lekarzy zacznie się z izbą utożsamiać, to uznam to za sukces swój i całej Okręgowej Rady Lekarskiej, ale także i tych kolegów, którzy z nami będą w pracy uczestniczyć. Nasza działalność polega na interakcji. Sami niczego nie zrobimy. Jeżeli przekonamy kolegów do działania, to będzie nasz wspólny sukces.

► Prof. Andrzej Matyja, po tym jak został wybrany nowym prezesem Naczelnej Izby Lekarskiej, podkreślał, że drzwi na Sobieskiego (siedziba NIL w Warszawie) zawsze będą dla lekarzy otwarte...

Zapewniam, że drzwi Bydgoskiej Izby Lekarskiej także, tylko żeby to nie były drzwi do pustki, ale do przestrzeni, która jest przyjazna, zagospodarowana i stwarza jakieś propozycje. I na tym musimy się skoncentrować.

Marek Bronisz jest specjalistą chorób wewnętrznych i kardiologii. Pracuje w Szpitalu Wielospecjalistycznym im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu. Zawodowo interesuje się kardiologią, leczeniem uzdrowiskowym, pozazawodowo: literaturą, podróżami, wędkarstwem.

Nowy prezes wybrany nocą

Andrzej Matyja z Krakowa został nowym prezesem Naczelnej Izby Lekarskiej. Zdecydowała o tym najwyższa władza samorządu — delegaci Krajowego Zjazdu Lekarzy, którzy nocą z piątku na sobotę (25-26 maja) oddali na niego głos. Wyniki, na które trzeba było czekać do trzeciej nad ranem, pokazały, że dotychczasowy prezes krakowskiej izby wygrał z dużą przewagą, pokonując Romualda Krajewskiego — do tej pory wiceprezesa NIL oraz Krzysztofa Kordela — z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej został pełniący już te obowiązki Grzegorz Wrona, wygrywając niewielką liczbą głosów z Wojciechem Drozdą — anestezjologiem ze Śląskiej izby, od wielu lat rzecznikiem.

AGNIESZKA BANACH

XIV Krajowy Zjazd Lekarzy był krótszy o jeden dzień niż wcześniejsze zjazdy sprawozdawczo-wyborcze. Rozpoczął się w piątek po południu (do tej pory zjazdy rozpoczynały się w czwartek), a już na 14. następnego dnia organizatorzy zaplanowali jego zamknięcie. Oczywiście, okazało się to nierealne... Pierwszego dnia obrady skończyły się dopiero nad ranem, drugiego około 18 i to tylko dlatego, że któryś z delegatów zawnioskował o przeliczenie kworum. Wymaganej liczby delegatów na sali nie było i to m.in. z tego powodu, że izby, kierując się programem Zjazdu, miały wcześniej pozamawiane transporty do swoich miast. Chcąc nie chcąc, Zjazd mógł się więc pochylić tylko nad około połową z 85 zgłoszonych przez delegatów propozycji uchwał i wniosków.

Dzień pierwszy

Tradycyjnie już gościem lekarzy był minister zdrowia. Łukasz Szumowski podkreślał wagę Zjazdu, mówiąc, że wyrażane tam tezy „musi brać pod uwagę” Opowiedział też o tym, co pod jego kierownictwem dzieje się w ochronie zdrowia, m.in. o ustawie podwyższającej nakłady na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB, zwiększeniu limitów na studia medyczne, o pracach nad nowelizacją ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, w której zmiany dotyczące m.in. specjalizacji mają zachęcić lekarzy, by nie wyjeżdżali za granicę. Zapowiedział cykl debat pod hasłem „Wspólnie dla zdrowia” (pierwsza – „Pacjent i system” odbyła się 13 czerwca). Minister obiecał też urealnienie wyceny świadczeń medycznych i pomoc dla lekarzy w zakresie informatyzacji („są na to pieniądze w ministerstwie”). Chwalać się wystawieniem pierwszej w Polsce e-recepty, argumentował, że przejście na wystawianie elektronicznych zwolnień i recept oszczędzi nam nawet 1,5 godziny dziennie.

Jak zwykle na zjeździe obecny był przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Krzysztof Bukiel i jak



Nowy prezes NRL Andrzej Matyja tuż po ogłoszeniu wyników, godz. 3.10

Profesor **Andrzej Matyja** jest absolwentem Akademii Medycznej w Krakowie (1978 r.), specjalistą chirurgii ogólnej i onkologicznej. Tytuł profesora nauk medycznych otrzymał w 2012 r. W latach 2001–2009 był zastępcą przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, a w latach 2009–2017 – prezesem ORL w Krakowie. W latach 2001–2009 był członkiem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej (członek Komisji ds. Zmian Systemowych 2001–2005), a w latach 2010–2013 – członkiem NRL i Konwentu Prezesów ORL. Od początku pracy zawodowej związany z I Katedrą Chirurgii Ogólnej i Kliniką Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej UJ Collegium Medicum. Pracował jako asystent w Państwowym Szpitalu Klinicznym w Krakowie (1978–1982), Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym (1979–1982), Poradni Sportowo-Lekarskiej KS Cracovia (1980–1990), a także był wiceprezesem Specjalistycznego Centrum Diagnostyczno-Zabiegowego Medicina (1989–2010). Założyciel i członek zarządu Stowarzyszenia Lekarzy Prywatnie Praktykujących. Członek Towarzystwa Chirurgów Polskich (od 1980 r.), Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (od 1980 r.), Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (od 1980 r.), Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego (od 1993 r.), Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Endoskopowej (EAES, od 1990 r.), Europejskiego Towarzystwa Chirurgicznego (ESS, od 1997 r.), Europejskiego Towarzystwa Przepuklinowego (EHS, jako pierwszy Polak, od 1997 r.), Europejskiej Akademii Nauk Chirurgicznych (EASS, od 2003 r.), Polskiego Klubu Przepuklinowego (członek zarządu 2005), Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej (od 2007 r.). Członek Krajowej Rady Transplantacyjnej, członek Komisji Akredytacyjnej Akademickich Uczelni Medycznych.

zawsze zabrał głos. Jego wystąpienie spotkało się z dużym aplauzem. Wypunktował w nim m.in. ministra zdrowia za to, że w przemówieniu nie wspomniał o porozumieniu z rezydentami, skrytykował obecne zarobki lekarzy – „gorsze niż w PRL” i zaapelował o ich „dekommunizację”. Nie podobała mu się też forma reklamowanej przez ministra Szumowskiego debaty. Podziękował NRL i innym izbom za wsparcie dla protestu rezydentów.

Gościem Zjazdu był też były minister zdrowia, a obecnie senator z ramienia PiS Konstanty Radziwiłł. Jako minister nie zyskał raczej poparcia w swoim środowisku, a wręcz, co wielu podkreślało, kompletnie rozczarował. „Był nadzieją, a zawiódł” – mówiono. Były prezes NRL, który w czasie wystąpienia podkreślał swoje bliskie związki z samorządem, jednak nie zatrzymał się w kuluarach na rozmowę z delegatami na tak długo jak dwa lata temu na Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy, kiedy to dyskutował z nimi kilka godzin.

Pierwszy dzień Zjazdu to także głosowanie nad przyjęciem sprawozdania odchodzącej Naczelnej Rady Lekarskiej VII kadencji. Ustępujący prezes Maciej Hamankiewicz mówił szczegółowo o działalności izby, której przewodził przez ostatnie lata. Wspominał o szkoleniowej działalności NIL, walce o zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia, wsparciu dla protestu rezydentów, sprawach prowadzonych przez NIL przed Trybunałem Konstytucyjnym, m.in. tej, w której orzeczono, że lekarz ma obowiązek leczenia w zgodzie z własnym sumieniem.

Sprawozdanie przyjęto, choć nie obyło się bez głosów krytycznych pod adresem ustępującego prezesa „To była zła kadencja!” – grzmiał Andrzej Włodarczyk z Warszawskiej Izby Lekarskiej. Krytykował m.in. podkreślanie przez Macieja Hamankiewicza udziału NRL w proteście rezydentów. „Protest to był rezydentów, a nie Naczelnej Rady Lekarskiej” – zaznaczał. Nie podobało mu się też, że izba nie podejmowała żadnych skutecznych działań, by przeciwstawić się nieprzychylnym środowisku posunięciom kolejnych ministrów zdrowia. Niezadowolenie z rządów ustępującego prezesa widoczne było także podczas późniejszego głosowania do NRL. Maciej Hamankiewicz ledwo znalazł się w jej składzie.

Nowy prezes i ten sam rzecznik

Trochę po 3. w nocy poznaliśmy wyniki wyborów na najważniejsze samorządowe funkcje. Prezesem NRL VIII kadencji został Andrzej Matyja (217 głosów), który w tajnym głosowaniu, w pierwszej turze, pokonał Romualda Krajewskiego (129 głosów) i Krzysz-

tofa Kordela (49 głosów). Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej został ponownie Grzegorz Wrona (209 głosów), wyprzedzając Wojciecha Drozda (186 głosów).

Andrzej Matyja – entuzjasta samorządu, jak siebie określał – zadeklarował, że chce reprezentować wszystkich polskich lekarzy. „Po pierwsze lekarz, po drugie lekarz, po trzecie lekarz” – deklarował.

Najważniejsze zadanie na teraz to wg niego odbudowa zaufania i prestiżu zawodu lekarza. Podkreślał, że nie ma ambicji politycznych i nie chce budować kariery politycznej, a jedyna polityka, jaką chciałby się zająć jest polityka zdrowotna. Dodawał, że samorząd – neutralny i apolityczny – nie może nie kontaktować się z politykami. Musi być jednak „partnerem władzy, a nie petentem, który do aktów prawnych ma dostęp dopiero w trakcie konsultacji gotowych projektów prawnych, zamiast brać udział w ich tworzeniu”. Zapowiedział też, że będzie chciał spotkać się z ministrem zdrowia i rozmawiać na temat wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, bo 6 proc. PKB do 2024 r. nie rozwiązuje wszystkich problemów ochrony zdrowia. „Głos 180 tys. lekarzy musi być brany pod uwagę” – mówił.

Matyja zapewniał też o swoim wsparciu dla lekarzy rezydentów i o tym, że „chce zwiększyć udział młodych medyków w kreowaniu działalności samorządowej”. Nawiasem mówiąc, mówiło się, że był on właśnie kandydatem młodsze pokolenie lekarzy i na pewno ich poparcie w głosowaniu było znaczącym wsparciem dla jego kandydatury. Nowy prezes obiecał też wzmacnianie okrę-

gowych izb lekarskich i zacieśnienie z nimi współpracy: „prawdziwy samorząd jest właśnie tam” – stwierdził. Ważną sprawą dla niego jest integracja lekarzy i lekarzy dentystów, a jednocześnie zapewnienie im autonomii. Nie zapomniał o konieczności socjalnego wsparcia dla potrzebujących, odpowiedzialności samorządu za kształcenie, walce o ograniczenie biurokracji, obiecał wsparcie w RODO. „Nie ma lekarza bez pacjenta, a pacjenta bez lekarza. Bezpieczny lekarz to bezpieczny pacjent” – podkreślał, przeciwstawiając się stworzonemu, wg niego sztucznie, podziałowi lekarz – pacjent. „Bezpieczeństwo gwarantuje odpowiednią jakość opieki zdrowotnej, którą lekarze mogą zagwarantować” – mówił.

Na koniec zapewnił, parafrazując piosenkę Andrzeja Sikorowskiego: „Nie przeniosę samorządności lekarskiej do Krakowa. Niech tą stolicą staną się wszystkie okręgowe samorządy lekarskie.” Po tym jak dowiedział się, że to on w pierwszej turze został nowym prezesem NRL VIII kadencji (zdobył 55 proc. głosów), mimo bardzo późnej pory, pełen energii, jeszcze raz zapewnił swoich kolegów, że „drzwi na ulicy Sobieskiego (od red. siedziba NIL w Warszawie) są otwarte dla wszystkich”.

Bardziej wyrównanym wynikiem zakończył się wybór Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Został nim ponownie Grzegorz Wrona, który jak 4 lata temu zapewniał, że w jego pracy „nie chodzi o ściganie ludzi, a o walkę z patologią”.

Dokończenie na str. 6



Delegaci BIL na Krajowym Zjeździe Lekarzy, od lewej: Marek Bronisz, Aleksandra Perczak, Radosława Staszak-Kowalska, Jerzy Rajewski, Marek Rogowski, za nim Maciej Borowiecki, na zdjęciu brakuje: Stanisława Prywińskiego, Dariusza Ratajczaka, Krzysztofa Gawła i Krzysztofa Dalke

Fot. Agnieszka Banach

Odmłodzona i odświeżona NRL, uchwały, apele, stanowiska i brak kworum

Drugiego dnia poznaliśmy całą 75 osobową skład nowej Naczelnej Rady Lekarskiej. Oprócz znanych wcześniej prezesów izb okręgowych i wybranego w nocy prezesa NRL weszło do niej 50 delegatów wybieranych przez Krajowy Zjazd Lekarzy (39 lekarzy i 11 lekarzy dentyków).

W obecnym rozdaniu do NRL dostało się wyjątkowo dużo młodych lekarzy (m.in. Jarosław Biliński – podobno miał być nawet kandydatem na prezesa NRL oraz Damian Patecki z Porozumienia Rezydentów OZZL), którzy też licznie reprezentowali swoje izby na zjeździe. Z Bydgoskiej Izby Lekarskiej do składu Rady wybrano Radosławę Staszak-Kowską (otrzymała 132 głosy), obecnie sekretarz ORL BIL (wśród 39 lekarzy wybranych do NRL obok niej są tylko jeszcze 2 kobiety, lepiej wygląda to u lekarzy dentyków).

Wybrano też członków Krajowej Komisji Wyborczej, Naczelnej Komisji Rewizyjnej – jednym z nich został Maciej Borowiecki

z ORL BIL, Naczelnego Sądu Lekarskiego – z naszym przedstawicielem Jackiem Fórmaniakiem, zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Zjazdowa Komisja Uchwał i Wniosków przygotowała 85 projektów. Do godziny osiemnastej, kiedy to Zjazd został przerwany z powodu braku kworum, delegaci zdążyli zająć się zaledwie ich połową.

Wśród przyjętych przez delegatów projektów była uchwała programowa samorządu lekarskiego na lata 2018–2022. Przyjęto też dwa apele wcześniej zgłoszone przez sprawozdawczo-wyborczy zjazd naszej Izby – pierwszy postulował likwidację konieczności nadzoru Urzędu Dozoru Technicznego nad większością autoklawów użytkowanych w medycynie, drugi zwracał uwagę na konieczność dopuszczenia możliwości zatrudniania lekarza przez innego lekarza. Apele zostały zgłoszone przez Marka Rogowskiego z BIL.

Zjazd przyjął też dobrze znane delegatom stanowisko, bo postulaty w nim zawarte wysuwane są przez samorząd bezskutecznie od lat, dotyczące ustalenia minimalnego wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentyków – na poziomie dwóch średnich krajowych dla lekarza bez specjalizacji i lekarza rezydenta, 2,5 średnich

dla lekarzy z I stopniem specjalizacji i 3 dla specjalistów.

Zaapelowano też do ministra zdrowia o stworzenie lekarzom i lekarzom dentykom nieodpłatnej możliwości korzystania z systemu prowadzenia dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej i przesunięcie w czasie (do momentu przeprowadzenia udanego pilotażu potwierdzającego sprawność systemu) obowiązku funkcjonowania związanych z e-zdrowiem rozwiązań (e-recept, e-zwolnień). Lekarze chcieliby, żeby cały czas pozostała możliwość wystawiania zwolnień w formie papierowej. Do ministra zdrowia skierowany został także apel zjazdu, aby w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry zapisać prawo do urlopu szkoleniowego dla każdego lekarza w wymiarze 7 dni.

Na kanwie zakończonego niedawno protestu osób niepełnosprawnych w sejmie KZL zaapelował do premiera Mateusza Morawieckiego o jak najszybsze rozwiązanie problemów zgłaszanych przez osoby niepełnosprawne i ich rodziców.

Projekty uchwał, stanowisk i apeli, którymi nie było szans zająć się w czasie Zjazdu nie przepadną. Zajmie się nimi nowa Naczelna Rada Lekarska.

LEKARZU

- jeśli wśród Twoich pacjentów są chorzy na otępienie, chorobę Alzheimera, Parkinsona lub inne choroby neurozwyrodnieniowe
- 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
neurozwyrodnieniowych**

**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

Biziel poprawia SOR

W Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy rozpoczęła się realizacja kolejnego projektu współfinansowanego przez Unię Europejską. Dzięki dodatkowym środkom zostanie doposażony Szpitalny Oddział Ratunkowy, który właśnie jest remontowany i modernizowany.



Fot. Kamila Wędrska. SOR w Bizielu

Szpital za ponad 3 mln złotych (dofinansowanie z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego – 2 550 000,00 zł, wsparcie z Ministerstwa Zdrowia – 450 000,00 zł, plus wkład własny szpitala ponad 130 tys. zł) zakupił wysokospecjalistyczny sprzęt i aparaturę medyczną, m.in. kardiomonitor (18 sztuk), respiratory stacjonarne (5) i transportowe (3), różnego rodzaju wózki do transportu pacjenta, defibrylatory, aparaty USG, EKG, videolaryngoskopy do trudnej intubacji i stoły zabiegowe. Łącznie 85 urządzeń.

Obecnie, również dzięki wsparciu UE, trwa także rozbudowa i modernizacja SOR-u (zajmie 1052,06 m² – jego powierzchnia zostanie powiększona o 772,7 m²). Koszt tego projektu to prawie 4,5 mln złotych.

Zakończenie całej inwestycji przewidziano na koniec 2018 r.

Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej (SOR) całodobowo udziela pomocy doraźnej w sytuacji wypadku, urazu lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, ze stanami zagrożenia życia włącznie. W 2017 r. SOR w Bizielu przyjął 49 tys. 450 pacjentów – najwięcej w Bydgoszczy!

a.b.

Profesor Jan Styczyński w Krajowej Radzie ds. Onkologii



Minister Zdrowia powołał (17 maja) profesora Jana Styczyńskiego z Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii (Collegium Medicum UMK, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza) do Krajowej Rady ds. Onkologii.

Krajowa Rada ds. Onkologii opracowuje i przedstawia Ministrowi Zdrowia projekt Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, monitoruje realizację Strategii Walki z Rakiem w Polsce, występuje do Ministra Zdrowia z wnioskiem w sprawach dotyczących tworzenia, zmian i uzupełnień strategii i planów zapobiegania chorobom nowotworowym, opracowuje i przedstawia Ministrowi Zdrowia propozycje w zakresie działań profilaktycznych, koordynacji i efektywności opieki onkologicznej, monitoruje skuteczność funkcjonowania opieki onkologicznej, opracowuje standardy postępowania medycznego w opiece onkologicznej i je upowszechnia. Aktualnie Krajowa Rada ds. Onkologii współpracuje też z zespołem Ministra Zdrowia ds. Narodowej Sieci Onkologii. Członkiem Rady jest również dr n. med. Anna Koper z Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Ruszył dentobus

Według danych Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej na próchnicę zębów choruje 57% trzylatków, 80% pięcioletków, 90% siedmioletków. Statystycznie pięcioletek ma 5 chorych zębów, siedmioletek – 5,6; dwunastolatek 3,2; osiemnastolatek – nawet 8. Jest szansa, że te przerażające statystyki wkrótce się poprawią, bo właśnie ruszył w trasę mobilny gabinet stomatologiczny, w którym lekarze dentyści będą bezpłatnie leczyć zęby dzieci i młodzieży na terenie naszego województwa. Pierwszą miejscowością, do której dojechał były Śmiłowice w gminie Chocień w powiecie włocławskim (4 czerwca). Do dentysty zgłosiło się ok. 60 dzieci!



Dentobus zapewnia opiekę stomatologiczną dzieciom przede wszystkim w mniejszych miejscowościach, w których ani w szkole ani w najbliższej okolicy nie ma gabinetu stomatologicznego. Pojazd jest w pełni wyposażony w stomatologiczny gabinet zabiegowy. Dysponuje m.in. specjalistycznym, sterowanym elektronicznie fotelem dentystycznym, zestawem punkowego RTG oraz niezbędnymi narzędziami stomatologicznymi. Będą w nim udzielane świadczenia ogólnostomatologiczne oraz profilaktyczne zawarte w koszyku świadczeń gwarantowanych dla dzieci i młodzieży do lat 18, w tym wizyty adaptacyjne, nauka prawidłowego szczotkowania zębów, lakierowanie, badania okresowe i kontrolne oraz leczenie próchnicy.

Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ umowę na świadczenie usług stomatologicznych w dentobusie zawarł na 5 lat. Leczyła dzieci w naszym województwie będzie: „Stomatologia Piaseczno”, ul. Nowa 6, 05-500 Stara Iwiczna k. Piaseczna. Fundusz pokryje koszty udzielanych świadczeń (15 000 pkt. po 1,15 zł = 17 250/miesiąc), a także miesięczny ryczałt w wysokości 7 356 zł przeznaczony m.in. na eksploatację dentobusu i zatrudnienie kierowcy. (Harmonogram pracy dentobusu na stronie NFZ)

Po Polsce jeździ 16 dentobusów, po jednym dla każdego województwa. Zakupiło je Ministerstwo Zdrowia. Pojazdy udostępniane są bezpłatnie po zawarciu umowy między Wojewodą Kujawsko-Pomorskim a świadczeniodawcą wyłonionym w drodze konkursu przez Kujawsko-Pomorski Oddział NFZ. Taką umowę zawarto 28 maja 2018 r.

Oprócz mobilnych dentobusów dzieci otrzymują pomoc stomatologiczną także we wszystkich gabinetach, które mają zawartą z NFZ umowę na świadczenia ogólnostomatologiczne. Takich w całym województwie jest 364. Do tego działają 93 gabinety zlokalizowane w szkołach. Konkurs ofert na stomatologię zakończono w ubiegłym roku. Umowy są zawarte do czerwca 2022 r. K-P OW NFZ zakontraktował wszystkie gabinety stomatologiczne, które przystąpiły do konkursu i spełniły określone wymagania.



W CO łatwiej o terapię celowaną

Bydgoskie Centrum Onkologii pod koniec maja oficjalnie otworzyło Innowacyjne Forum Medyczne. IFM – wyjątkowa platforma wymiany wiedzy i doświadczeń, dzięki której prowadzone przez zespół Forum projekty mogą być stosowane w leczeniu o wiele szybciej niż zwykle (jak czytamy na stronie szpitala) – analizuje profile genetyczne nowotworów, w celu dobrania optymalnego sposobu leczenia. Zindywidualizowana terapia zwiększa szansę na wyleczenie pacjenta i w mniejszym stopniu obciąża organizm. Wcześniej w CO również zdarzały się celowane chemioterapie, ale ponieważ materiał genetyczny raka trzeba było wysyłać do laboratoriów poza granicami kraju, stosowane były sporadycznie, a okres między pobraniem próbki a wdrożeniem terapii trwał dłużej.

Interdyscyplinarny zespół Forum – złożony zarówno z naukowców (głównie biologów molekularnych i genetyków), jak i lekarzy specjalizujących się w onkologii – indywidualnie dobrane leczenie stosuje przede wszystkim u pacjentów z zaawansowanym rakiem piersi, jelita grubego, płuca i czerniaka. Prowadzone są też badania – zarówno naukowe, jak i kliniczne – nad innymi nowotworami, m.in. nad rakiem prostaty, jajnika czy gleziakiem, co miejmy nadzieję zaowocuje możliwością celowanego leczenia również tych schorzeń. Szansę na sukces zwiększa najnowocześniejsza aparatura do badań onkogenetycznych (zakupiona ze środków z Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych), w którą wyposażone zostały zakłady IFM (Zakład Radioterapii, Fizyki Medycznej oraz Genetyki i Biologii Molekularnej).

Uroczystość otwarcia Forum wzbogaciła II Międzynarodowa Konferencja „Medycyna translacyjna – onkogenetyka”, w której udział wzięli specjaliści w dziedzinie biologii molekularnej: prof. Sui Huang z Northwestern University w Chicago i dr hab. n. med. Marzena Lewandowska (współautorzy pracy opublikowanej tuż przed otwarciem Forum w prestiżowym czasopiśmie *Science Translational Medicine*), dr Christopher Ott z Harvard Medical School w USA, dr Leonardo Meza-Zepeda z Oslo University Hospital oraz dr hab. n. med. Jarosław Czyż z UMK.

m.g.

Nowi profesorowie w Collegium Medicum

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Andrzej Duda nadał (9 maja 2018 r.) tytuł naukowy profesora nauk medycznych dr hab. Barbarze Zegarskiej oraz dr. hab. Markowi Kozińskiemu.

Profesor Barbara Zegarska jest kierownikiem Katedry Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UMK. Postępowanie o nadanie tytułu zostało przeprowadzone na I Wydziale Lekarskim Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Barbara Zegarska jest absolwentką Wydziału Lekarskiego Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Z Bydgoszczą związana jest od czasu stażu podyplomowego. Jest specjalistą dermatologiem, wenerologiem, alergologiem. W latach 1995–2013 pełniła funkcję dyrektora Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Bydgoszczy. Dwukrotnie pełniła funkcję konsultanta ds. dermatologii i wenerologii: dla województwa bydgoskiego w latach 1998–2000 oraz dla województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2013–2018.

Badania naukowe prof. Barbary Zegarskiej dotyczą trądziku różowatego, pospolitego i trądziku osób dorosłych, atopowego zapalenia skóry, nowotworów skóry, neuropeptydów i wpływu czynników środowiska zewnętrznego, a zwłaszcza UV na skórę, problemów suchej skóry i skóry wrażliwej w przebiegu różnych dermatoz. Kierując Katedrą Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej interesuje się również dermatologią estetyczną oraz procesami starzenia się skóry. Obecnie nowym kierunkiem badań profesor Barbary Zegarskiej jest zastosowanie komórek macierzystych w dermatologii oraz problemy skóry owłosionej głowy. Jest autorką i współautorką 125 prac oraz 26 rozdziałów w monografiach. Łączny Impact Factor wynosi 51.342, a wartość punktacji KBN/MNiSzW 769.000. Jest recenzentem w 6 czasopismach z listy Journal Citation Reports: *Advances in Dermatology and Allergology*, *Journal of Cosmetic Dermatology*, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*, *Gene*, *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, *Journal of Biomedical Materials Research*. Była członkiem międzynarodowych zespołów badawczych pod kierunkiem: profesora JP Dumanskiego z Department pSamy Lewiz Habib z Department of Cellular and Structural Biology, University of Texas Health Science Center, San Antonio. Odbiła staże zagraniczne w: The Institute of Dermatology and Plastic Surgery at Cleveland Clinic, Capital Primary Medicine and Nutrition Center in Raleigh w Północnej Karolinie oraz Laboratori Nazionali del Sud (LNS) of Istituto Nazionale di Fisica Nucleare (INFN) in Catania.



Profesor Marek Koziński tytuł profesora uzyskał jeszcze przed 40 urodzinami!

Jest kierownikiem Zakładu Podstaw Medycyny Klinicznej w Katedrze Kardiologii i Chorób Wewnętrznych i prodziekanem ds. naukowo-badawczych Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK.

Prof. Marek Koziński od momentu ukończenia stażu podyplomowego pracuje w kierowanej przez prof. dr. hab. Jacka Kubicę Klinice Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza. W codziennej praktyce zajmuje się kardiologią interwencyjną. Posiada specjalizacje z chorób wewnętrznych i kardiologii. Stopnie doktora i doktora habilitowanego uzyskał na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum UMK odpowiednio w 2006 r. i 2013 r. Jego zainteresowania naukowe koncentrują się wokół czterech głównych zagadnień: farmakoterapii kardiologicznej ze szczególnym uwzględnieniem leków przeciwkrwotocznych, roli biomarkerów w kardiologii, optymalizacji postępowania u pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi i kardiologii sportowej.

Prof. Marek Koziński jest autorem/współautorem 168 recenzowanych publikacji punktowanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, w tym 66 artykułów w czasopiśmie z listy *Journal Citation Reports* (łączna punktacja wszystkich prac: IF 213,753; 2242 punktów KBN/MNiSzW). Jego indeks H wg bazy Web of Science wynosi 20, a wg bazy Google Scholar 24.

W 2016 r. odbył pod kierunkiem prof. Stefano De Servi 3-miesięczny staż naukowo-kliniczny w Klinice Kardiologii Uniwersytetu w Pawii (Włochy). W 2007 r. uzyskał przyznany w drodze konkursu grant Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego ufundowany przez firmę Servier na realizację projektu badawczego „Hiperglikemia stresowa a wybrane markery procesu zapalnego u pacjentów z ostrym zawałem serca z uniesieniem odcinka ST leczonych pierwotną angioplastyką wieńcową – analiza kliniczna, angiograficzna, echokardiograficzna i elektrokardiograficzna”. Jest także kierownikiem projektu „Utworzenie i realizacja interdyscyplinarnych, anglojęzycznych, stacjonarnych studiów doktoranckich o zasięgu międzynarodowym na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum UMK”, na realizację którego Wydział Lekarski CM UMK otrzymał przyznany w drodze konkursu grant dydaktyczny Narodowego Centrum Badań i Rozwoju (konkurs nr POWR.03.02.00-IP.08.00-DOK/16). Przyznana kwota dofinansowania: 1 439 286 zł. Realizacja projektu rozpocznie się od roku akademickiego 2018/2019.

źródło: CM UMK



Dziecięcy w pełni wyposażony



Nowy budynek bydgoskiego szpitala dziecięcego — jedna z największych medycznych inwestycji w kraju — funkcjonuje już od niemal 4 lat, ale dopiero pod koniec maja tego roku został do końca wyposażony. Zyskała główna izba przyjęć, zakupiono meble medyczne i biurowe (w tym m.in. 96 rozkładanych foteli dla rodziców), drobny sprzęt medyczny i rehabilitacyjny oraz wyposażenie kuchenek oddziałowych i łazienek. „Tymi zakupami postawiliśmy kropkę nad „i” modernizacji Szpitala Dziecięcego. Środki pochodziły z wartego ponad 340 milionów złotych drugiego etapu kujawsko-pomorskiego medycznego pakietu stulecia. Finansujemy go, tak jak etap pierwszy, kredytem z Europejskiego Banku Inwestycyjnego” — podkreślał marszałek Piotr Całbecki.

Wcześniej — w 2016 roku — placówka otrzymała już wart 10,5 miliona złotych sprzęt (m. in. narzędzia chirurgiczne) oraz meble do pokoi pacjentów. W ubiegłym roku natomiast zakupiono nowoczesny sprzęt medyczny wart ponad 22 milionów złotych, m.in. wideogastroskop i wideokolonoskop pediatryczny, komputerowy zestaw do archiwizacji badań endoskopowych, sprzęt komputerowy do śledzenia przebiegu operacji i opisu badań oraz system komputerowy z oprogramowaniem medycznym, wysokiej klasy skalpel harmoniczny do przeprowadzania bezkrwawych operacji (wykorzystuje energię fali ultradźwiękowej do cięcia i koagulacji tkanek), pomocny przy podejrzeniu choroby refluksowej aparat do pH-metrii przewodu pokarmowego, aparaty do znieczulenia i respiratory, systemy monitorowania funkcji życiowych, pulsoksymetry czy urządzenie do terapii tlenkiem azotu wykorzystywane w niektórych postaciach niewydolności oddechowej noworodków, echokardiograf i kompletne wyposażenie szpitalnego laboratorium.

„Zakupy ostatnich elementów wyposażenia zakończyły wartą ponad 200 milionów złotych rozbudowę i modernizację Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy” — informuje urząd marszałkowski.

Dzięki rozbudowie i modernizacji Wojewódzki Szpital Dziecięcy mógł poszerzyć swoją ofertę leczniczą o chirurgię, neurochirurgię i hematologię. Powstały nowe oddziały: chirurgiczny, neurochirurgiczny, hematologii, onkologii i reumatologii, a także wyposażone w aparaturę najnowszej generacji pracownie rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej. Wkrótce lecznica uruchomi pracownię endoskopową.

a.b.

Supertalentem w medycynie...

...jest dr n. med. **Maciej Nowacki** — uznało złożone z wybitnych specjalistów jury plebiscytu „**Supertalenty w Medycynie**”, organizowanego przez redakcję „Pulsu Medycyny”. Konkurs promuje liderów młodego pokolenia lekarzy. To zresztą nie pierwsze wyróżnienie doktora Nowackiego w plebiscycie organizowanym przez „Puls medycyny”. Wspólnie z prof. Wojciechem Zegarskim rok temu wyróżniono go „Złotym Skalpelem” za wdrożenie PIPAC — programu dootrzewnowej podciśnieniowej chemioterapii aerozolem.

W tegorocznej edycji wzięto udział kilkudziesięciu lekarzy i absolwentów kierunków związanych z medycyną z ośrodków akademickich i szpitali klinicznych całej Polski. Doktor Nowacki został 4. laureatem nagrody. Jury konkursu pod uwagę brało dorobek naukowy kandydatów, zaangażowanie w działalność społeczną oraz perspektywy dalszego rozwoju zawodowego.

Dr n. med. Maciej Nowacki jest adiunktem w Katedrze Chirurgii Onkologicznej CM UMK i młodszym asystentem na Oddziale Chirurgii Onkologicznej Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Opiekunem naukowym doktora jest prof. Wojciech Zegarski, kierownik Kliniki (w tegorocznym rankingu „Wprost” jego Klinika znalazła się na pierwszym miejscu).

a.b.



Od lewej: dr n. med. Maciej Nowacki, prof. Wojciech Zegarski na sali operacyjnej

Sukcesy w terapii ostrej białaczki limfoblastycznej u dzieci

Onkologia dziecięca to dziedzina chorób rzadkich. Najczęstszym nowotworem wieku dziecięcego jest ostra białaczka limfoblastyczna (ALL, acute lymphoblastic leukemia). Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza jako jedyna w województwie zajmuje się chemioterapią chorób nowotworowych u dzieci.

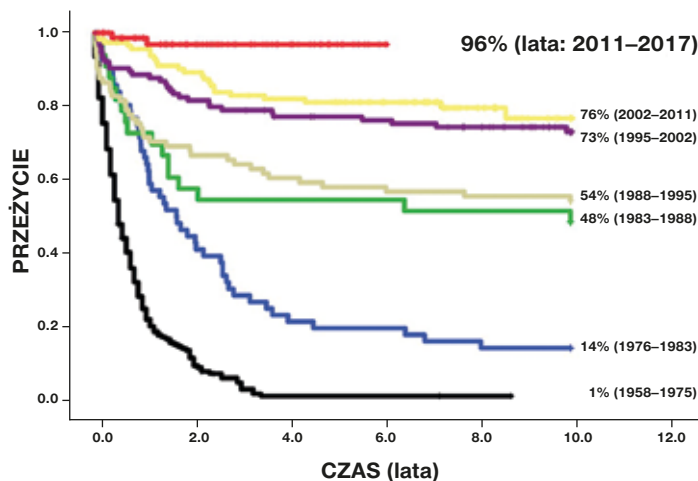
JAN STYCZYŃSKI, MARIUSZ WYSOCKI

Klinika została powołana 1 września 1975 r. pod nazwą Klinika Chorób Dzieci Zamejskiego Oddziału Wydziału Lekarskiego Filii Akademii Medycznej w Gdańsku (AMG). Od tego czasu choroby nowotworowe u dzieci województwa bydgoskiego (w latach 1975-1999 województw bydgoskiego, toruńskiego i włocławskiego, a od 1999 r. województwa kujawsko-pomorskiego) są leczone w naszej Klinice. Od 1979 r. Klinika Chorób Dzieci funkcjonowała już w ramach II Wydziału Lekarskiego AMG, a od 1984 r. jako katedra w Akademii Medycznej w Bydgoszczy. 15 kwietnia 1996 r. została przemianowana na: Katedrę i Klinikę Pediatrii, Hematologii i Onkologii Akademii Medycznej, a od 24 listopada 2004 r. Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu. W roku 2003 w Klinice uruchomiono Oddział Transplantacji Szpiku Kostnego, a od 2000 r. funkcjonuje w niej Pracownia Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej, utworzona w 1996 r. jako Pracownia Cytometrii Przepływowej.

Klinika zajmuje się kompleksowym leczeniem dzieci chorych na nowotwory, zarówno hematologiczne, jak i wszystkie guzy łe. Zajmujemy się również nienowotworowymi chorobami hematologicznymi, w tym zaburzeniami krzepnięcia, a także zaburzeniami odporności i fagocytami.

Początki leczenia białaczek u dzieci w regionie bydgoskim sięgają roku 1958. W roku 1974 dr Teresa Pytel-Dąbrowska obroniła rozprawę doktorską pt. „Zagadnienia epidemiologii i kliniki białaczki u dzieci w latach 1958-1972 w województwie bydgoskim”. Obrona miała miejsce na Akademii Medycznej w Gdańsku, a promotorem była dr. hab. Maria Kamińska. Ogółem, **od 1958 r. do początku 2018 r. ostrą białaczkę limfoblastyczną w regionie bydgoskim leczono u 688 dzieci** (przy czym do 1975 r. nie różnicowano podtypów białaczek). W tym okresie stosowano międzynarodowe programy terapeutyczne: amerykańskie, niemieckie, a ostatnio interkontynentalne. Dzięki temu dzieci leczone w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr Jurasza otrzymują taką samą terapię jak w krajach Europy Zachodniej.

Wspólnym międzynarodowym wysiłkiem w leczeniu ostrej białaczki limfoblastycznej uzyskano znaczną poprawę wyleczalności. Na początku lat sześćdziesiątych prawie wszystkie dzieci z białaczkami umierały, w latach osiemdziesiątych połowę z nich udawało się



wyleczyć, dekadę później już 70%. Dalszy postęp w wyleczalności stawał się jednak bardzo trudny, gdyż część pacjentów prezentuje postacie wysoce odporne lub nawrotowe, część wykazuje podwyższoną podatność na toksyczność i powikłania terapii przeciwbiałaczkowej. Dzięki współpracy interdyscyplinarnej, diagnostyce hematologicznej, immunologicznej, cytogenetycznej i molekularnej oraz monitorowaniu minimalnej choroby resztkowej oraz wczesnemu zapobieganiu toksyczności dekadę temu uzyskaliśmy wyleczalność u 76% pacjentów. Od 2011 r. leczymy wg programu interkontynentalnego.

Co prawda jeszcze za wcześnie na końcowe wnioski, a dla wielu pacjentów leczenie jeszcze nie jest zakończone, nie mówiąc o 5-letnim okresie obserwacji – to jednak na początku 2018 r. możemy powiedzieć, że żyje 96% pacjentów u których po roku 2010 rozpoznaliśmy w naszej Klinice ostrą białaczkę limfoblastyczną.

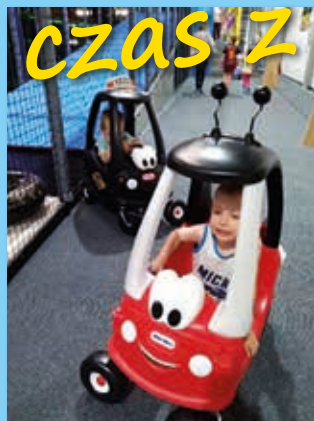
Prof. dr hab. Mariusz Wysocki – kierownik Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii od roku 2000, konsultant wojewódzki w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej.

Prof. dr hab. Jan Styczyński – pracuje w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Collegium Medicum UMK, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza.



Radosny czas z BIL!

Dziękujemy wszystkim dzieciom i ich rodzicom, które spędziły z nami czerwcowe przedpołudnie, świętując Dzień Dziecka. Atrakcją było co niemiara, o czym zresztą wie każdy, kto choć raz odwiedził Park 17 – Centrum Zabaw i Trampolin. Do tego zabawę prowadzili animatorzy. Prawie 250 dzieci, które zaprosiliśmy do zabawy bawiło się więc wymśnienicie. Dla tych, którzy nie mogli dołączyć do nas chociaż się zapisali, mamy dobrą wiadomość. W siedzibie izby czekają na Was wejściówki do Parku 17. A więc dzwonić do nas: 52 346 00 84.





Klasa A 180 d – zużycie paliwa (średnio) – 4,3 l/100 km, emisja CO₂ (średnio) – 113 g/km.

Nowa Klasa A z Mercedes 

Nowa Klasa A. Taka jak Ty.

Nowa Klasa A prezentuje się świetnie. Przebojowy przód i dynamiczna sylwetka podobają się od pierwszego spojrzenia. W środku znajdziesz jeszcze więcej przestrzeni i luksusowo wykończone wnętrze. „Hej, Mercedes!” – przełomowy system komunikacji z kierowcą – to Twój nowy ulubiony asystent! Połącz go z kalendarzem, a nie przegapisz żadnego spotkania! Klasa A zapamięta Twoje ustawienia, od foteli, przez muzykę, do temperatury. Zadbaj o Ciebie jak żaden samochód!



(Nie)bezpieczne wakacje

**Z dr hab. n. med. Anitą Olczak
rozmawia Magdalena Godlewska**

► **Zaczęło się lato – czas bez troski, wakacyjnych wyjazdów, poznawania nowych miejsc i nowych ludzi. Co zrobić, żeby spędzić je w zdrowiu? Jeżeli chodzi o pobyt w egzotycznych krajach, jesteście chyba w miarę wyedukowani?**

W dużej mierze. Najważniejsze, żebyśmy – wyjeżdżając do egzotycznych krajów – pamiętali, że odpowiedzialność za nasze zdrowie spoczywa na nas samych. Biuro podróży jedynie organizuje wyjazd, nie ma obowiązku informowania o koniecznych szczepieniach czy lekach, które powinniśmy ze sobą zabrać. Przed wyjazdem trzeba więc dowiedzieć się, czy miejsca, w których będziemy przebywać, leżą na obszarach endemicznego występowania malarii lub innych chorób tropikalnych.

Na malarię nie ma szczepionki. Jeżeli wyjeżdżamy w tereny malaryczne, musimy pamiętać o repelentach i moskitierach. Powinniśmy też wziąć pod uwagę, że malaria przenoszona jest głównie po zachodzie słońca. To wszystko może jednak nie wystarczyć, dlatego trzeba zaopatrzyć się w leki przeciwmalaryczne. A ponieważ możemy znaleźć się w miejscu, w którym zarodźce są wrażliwe tylko na określoną grupę leków, warto więc wcześniej zasięgnąć porady. Leki zaczynamy brać przed wyjazdem, bierzemy w trakcie całego pobytu i po powrocie. Jeżeli do gabinetu trafi osoba z gorączką, która wróciła z obszarów malarycznych, to cała sztuka lekarska polega nie na tym, żeby potwierdzić malarię, tylko żeby ją wykluczyć. Mamy obowiązek wykluczenia malarii.

Żółta febra przenoszona jest przede wszystkim w dzień. Jadąc na tereny endemicznego występowania tej choroby trzeba się zaszczepić,

Tam gdzie występuje żółta febra i malaria trzeba się liczyć również z biegunkami i dolegliwościami żołądkowo-jelitowymi. Aby ich uniknąć należy myć ręce, nie jeść surowizny, nie kąpać się w wodach stojących, pić jedynie wodę butelkowaną, nie używać lodu do napojów. Kolejnym grzechem, który popełniają turyści np. w Egipcie, jest używanie wypożyczonej rurki do snorkingu.

► **Wakacje w kraju też spędzają niek którym osobom sen z powiek. Przerażenie budzi borelioza. Słusznie?**

Zachorowań na boreliozę rzeczywiście jest bardzo dużo. Szczepionki przeciw tej chorobie nie ma i pewnie długo nie będzie, może nigdy – krętki charakteryzują się bardzo dużą zmiennością antygenową. Z tego samego powodu przechorowanie boreliozy nie chroni przed kolejnymi zachorowaniami. Dobrą wiadomością jest natomiast to, że jest to choroba łatwa do rozpoznania i do leczenia.

Zdarza się, że wczesna borelioza (objawy występują w czasie powstawania lub występowania rumienia) ma poważny przebieg. Jedną z ostrych wczesnych postaci boreliozy jest postać neurologiczna. Może objawiać się zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, porażeniem nerwów czaszkowych. Najczęściej występuje obwodowe porażenie nerwu twarzowego, zwykle jednostronne, czasami – dwustronne. Drugą postacią jest postać kardiologiczna, w której dochodzić może do różnego rodzaju zaburzeń rytmu serca, wśród których najbardziej charakterystyczne jest szybko postępujące wydłużenie przewodzenia przedsionkowo-komorowego, czyli blok serca, najpierw I, w ciągu kilku godzin II, potem III stopnia. Konieczne może być czasowe założenie stymulatora. Kolejną wczesną ostrą postacią boreliozy jest – prawie niewystępująca w Europie, charakterystyczna dla USA, szczególnie okolic Lyme – postać, której towarzyszy zapalenie stawów, z reguły dużych (pojawiają się wszystkie cechy zapalenia: zmiana obrysu stawu, obrzęk, wysięk), nazywane często wędrującym (jednego dnia pojawia się np. zapalenie stawu kolanowego, kiedy zaczyna ustępować, stan zapalny pojawia się w innym dużym stawie).

► **Czy można uchronić się przed boreliozą?**

Boreliozę mogą przenosić gzy, czyli tzw. muchy końskie, ale przede wszystkim jest to choroba odkleszczowa, dlatego jedyną metodą, która może nas uchronić przed zachorowaniem, jest ochrona przed kleszczami. Powinniśmy więc używać repelentów – spryski-

wać skórę, ale przede wszystkim odzież. Oprócz tego zakładać na spacer po łące czy lesie długie spodnie i bluzę z długimi rękawami. Po powrocie do domu zdjąć ubranie i wyprać – kleszcz nie wgrza się od razu, najpierw wędruje (zwykle ta wędrówka trwa nawet kilkanaście godzin), szukając najlepszego miejsca. Potem bierzemy prysznic, myjemy i czeszymy włosy. To powinno wystarczyć.

Jeżeli zauważymy kleszcza na skórze, trzeba go po prostu usunąć. Wystarczy złapać i wyjąć, ciągnąć stycznie do skóry. Nie wolno smarować kleszcza tłuszczem – owszem wyjdzie, ale wcześniej wydali w miejsce wkłucia treść przewodu pokarmowego, w której – jeżeli kleszcz jest zakażony – znajdują się krętki. Jeżeli kleszcza usuniemy w ciągu 24 godzin od momentu wkłucia (domniemanego – ugryzienie kleszcza jest niebolesne, bo wkłuwając się, wpuszcza substancję znieczulającą), to borelioza raczej nam nie grozi. Uważa się, że to zbyt krótki czas, żeby krętki zdołały przebyć drogę z przewodu pokarmowego kleszcza do skóry.

► **Jak rozpoznać chorobę?**

Jeżeli kleszcz nie został odpowiednio wcześniej usunięty (w kilka czy kilkanaście godzin po ukłuciu), to w okolicy ugryzienia zazwyczaj tworzy się odczyn zapalno-toksyczny. Jest to normalna reakcja na ugryzienie, niemająca żadnego związku z boreliozą. Począwszy od 3 dnia od wyciągnięcia kleszcza – na skórze może pojawić się rumień. Jego obecność świadczy, że doszło do zakażenia. Najbardziej charakterystyczny jest rumień przewlekły wędrujący, tzw. bawole oko (typowy dla choroby wywołanej przez bakterie *Borrelia burgdorferi*, występujące w USA). Jest on tylko jednym z wariantów rumienia przewlekłego. Według definicji europejskiej (w Europie boreliozę wywołują inne bakterie, przede wszystkim *Borrelia afzelii* i *Borrelia garinii*) – rumień to każda zmiana (grudka, plamka), która utrzymuje się po ugryzieniu. Borelioza nie przebiega bez rumienia – co najwyżej rumień może zostać nie-

zauważony (nieodpowiednia lokalizacja, nie-wielki rozmiar) lub źle zinterpretowany.

Boreliozę u pacjentów, u których docho- dzi do zajęcia centralnego układu nerwowe- go, rozpoznajemy na podstawie obrazu kli- nicznego oraz badania obecności przeciwi- ciał (badanie dwustopniowe – wynik może być dodatni, ujemny albo wątpliwy). Pojawia- ją się z reguły właśnie w tym okresie (pod koniec występowania rumienia, po upływie mniej więcej 6 tygodni od ukłucia kleszcza). Występują nie tylko w surowicy krwi, również w płynie mózgowo-rdzeniowym.

W przypadku postaci kardiologicznej bore- liozy obecność przeciwciał nie jest konieczna. Do rozpoznania wystarczy rumień i blok II lub III stopnia.

► Jak leczyć boreliozę?

W tej chwili standardem leczenia jest po- dawanie doksycykliny przez 10 do 14 dni (trzeba pamiętać, że doksycyklina może po- wodować nadmierną wrażliwość na światło słoneczne i prowadzić do poparzeń).

Nie jestem przeciwniczką leczenia bore- liozy jedynie na podstawie obecności prze- ciwciał, o ile pacjent nigdy nie był z tego po- wodu leczony i ma dolegliwości charaktery- styczne dla tego schorzenia. W takiej sytuacji proponuję jeden kurs antybiotykoterapii – 10-, 14- czy 21-dniowy. Uważam, że najlep- sza jest nadal doxycyklina – penetruje równie dobrze jak dożylna cefalosporyna 3 genera- cji. Przeciwciała po wyleczeniu borelinozy utrzymują się przez wiele lat, dlatego też nie należy na podstawie ich obecności monito- rować skuteczności leczenia.

► Internet i pozostałe media prześci- gają się w opowieściach o dramatach pa- cjentów, u których lekarze nie umieli roz- poznać lub wyleczyć borelinozy. To rzeczy- wisty problem, czy jedynie medialny?

Medialny i kosztowny. Testy migracji leu- kocytów oraz niekomendowane metody le- czenia (biorezonans, uporczywa, często wie- loletnia antybiotykoterapia) wymagają dużych nakładów finansowych.

Odrębnym problemem leczonych tymi me- todami chorych jest brak diagnostyki różnico- wej i dalszych poszukiwań przyczyny dolegli- wości, które mogą być natury neurologicznej, psychicznej lub reumatologicznej.

Ja w pewnym momencie już straciłam wia- rę w to, co wiem. Pomyślałam tak: Mówimy tym ludziom, że borelinozy nie mają, ale wielu innych mówi im, że mają – więc może to my się nie znamy, może nie umiemy borelinozy le- czyć, może ten temat nie jest tak do końca zbadany. Ale przeciwko moim wątpliwościom przemawia fakt, że ludzie, których leczymy, nie wracają, nie mówią że są ciągle chorzy, a przecież trafiają do nas najcięższe neurolo- giczne przypadki ostrej borelinozy.

► Ale kleszcze to nie tylko borelinoza...

Kleszcze to również kleszczowe zapalenie mózgu. Na naszym terenie choroba ta póki co

występuje sporadycznie. W ciągu kilku lat mieliśmy 2 przypadki kleszczowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z komponentą mózgową, w tym jeden nabyty w innym regio- nie Polski.

Najskuteczniejszą metodą prewencji jest szczepienie przeciwko kleszczowemu zapale- niu mózgu (szczepienie jest dwustopniowe, pierwszą dawkę powinno się wziąć najpóźniej w lutym). Osoby, które nie zdążyły się zaszczepić, a spędzają wakacje na terenach ende- micznych (wschodni i częściowo wschodnio- północny region kraju) mogą zapobiegawczo przyjąć immunoglobulinę. Działanie ochronne utrzymuje się przez 28 dni. Niestety nie jest to refundowane przez NFZ. Immunoglobulinę można podać również już po ukłuciu przez kleszcza, jeżeli nie minęło od tego czasu wię- cej niż 96 godzin. Życie po tym czasie – jeśli doszło do zakażenia – może spowodować na- wet cięższy przebieg choroby.

Nie wszystkie osoby, które są zakażone kleszczowym zapaleniem mózgu, zachorują na zapalenie opon mózgowych. Choroba przebiega w 2 fazach i część osób przechodzi tylko tę pierwszą, grypopodobną fazę. Zaczyna się ona około 3 tygodni od zakażenia, po kilku dniach objawy ustępują. Po mniej więcej od 14–28 dniach mogą wystąpić objawy uszkodzenia centralnego układu nerwowego, różne, bo choroba ma wiele odmian. Przeby- cie kleszczowego zapalenia mózgu daje trwa- łą odporność.

► Wakacje to też nowi ludzie, nowe kontakty, zdarza się, że również seksual- ne. Jak ustrzec się przed zakażeniem HIV?

HIV ma się w Polsce niestety bardzo do- brze. Do niedawna mieliśmy 500, a już od kilku lat = 1000 nowych zachorowań w skali roku.

Jeżeli chodzi o metody zapobiegania HIV to nadrzędną pozostaje zdrowy rozsądek. Ko- lejną – starą, ale niezmiennie skuteczną – są prezerwatywy. Od kilku lat w USA i wielu kra- jach Europy stosuje się profilaktykę przedeks- pozycyjną, czyli PrEP. Przeznaczona jest dla osób o ryzykownych zachowaniach seksual- nych (np. częste kontakty przypadkowe, stały partner zakażony HIV) i polega na stałym do- raźnym przyjmowaniu leku w postaci doust- nej. W skład tabletki wchodzi 2 leki antyretro- wirusowe (tenofovir i emtrycytabina). PrEP należy stosować zgodnie z zaleceniem leka- rza specjalisty, który na podstawie wywiadu ustala, czy wymagana jest profilaktyka ciągła czy doraźna. W czasie działań prewencyjnych konieczne jest wykonywanie badań kontrol- nych oceniających skuteczność w zakresie profilaktyki zakażenia HIV, wczesnego wykry- wania innych chorób przenoszonych drogą płciową oraz działań niepożądanych (ryzyko uszkodzenia nerek). Prawidłowo prowadzona przedekspozycyjna chroni przed zakażeniem HIV, co wykazano w randomizowanych bada- niach klinicznych. W USA PrEP jest stosowa- ny i refundowany jest od 2011 r. W Polsce PrEP jest dostępny, nie jest refundowany. Na-

leży podkreślić, że nie chroni przed innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową (ki- ła, rzeżączka, opryszczka, wirusowe zapale- nie wątroby typu A, B oraz C i wiele innych). Podjęto także próby zmniejszenia ryzyka za- chorowania na kiłę lub rzeżączkę poprzez dołączenie profilaktycznych dawek antybioty- ku do PrEP, zwłaszcza gdy jest stosowany u osób wymagających prewencji doraźnej.

Inną dostępną metodą jest profilaktyka poekspozycyjna. Zalecana, jeśli od ekspozycji (ryzykowne zachowanie seksualne, gwałt, zdarzenie losowe) nie upłynęło więcej niż 72 godziny. Lekarz specjalista zaleca terapię na 28 dni. Leki są refundowane, jeżeli do kon- taktu doszło w wyniku przestępstwa, w pozo- stałych przypadkach koszty ponosi osoba ekspozowana.

Jestem dużą zwolenniczką profilaktyki przedekspozycyjnej – nie jesteśmy w stanie zmienić ludzkich zachowań seksualnych. Próby podejmowane ze względu na HIV i AIDS trwają od 30 lat i nie przynoszą żad- nych efektów. Widocznie takie ryzykowne zachowania seksualne są niektórym ludziom potrzebne do szczęścia, bo gdyby nie były, to straszak w postaci AIDS by zadziałał. Więc nie zastanawiamy się nad tym i nie próbujemy zmieniać – rolą lekarzy jest pomóc im, żeby się nie zarazili.

Dr hab. n. med. Anita Ol- czak jest adiunktem w Ka- tedrze i Klinice Chorób Zakaźnych i Hepatologii CM UMK oraz zastępcą kierownika Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii CM UMK.

Sprawuje opiekę me- dyczną nad osobami za- każonymi HIV zarówno w szpitalu, jak i w Porad- ni Profilaktyki i Leczenia Zakażeń Wirusowych. Jest odpowiedzialna za realizację programu zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia dotyczące- go leczenia osób żyjących z wirusem HIV w Pol- sce. Od 2007 uczestniczy w pracach panelu ekspertów opracowujących zalecenia Polskie- go Towarzystwa Naukowego AIDS dotyczące zasad opieki nad osobami zakażonymi HIV w Polsce. Od 2010 roku jest członkiem Rady Naukowej Międzynarodowego Programu doty- czącego problemów kobiet zakażonych HIV – SHE (Strong, HIV positive, Empovered Women).

Jest autorem pięciu rozdziałów w podręczni- ku dla studentów medycyny i lekarzy: „Zakaże- nia HIV i AIDS w praktyce lekarskiej” (wyd. Otto- nianum 1998) oraz dwóch „HIV/AIDS” (wyd. Ter- media 2006). Od roku 2011 jest redaktorem na- czelnym czasopisma medycznego HIV&AIDS Review (The official journal of the Polish AIDS Research Society – PTN AIDS) o międzynaro- dowym zasięgu. Za całokształt działań na rzecz walki z epidemią HIV i AIDS w Polsce otrzymała w 2011 r. nagrodę Ministra Zdrowia

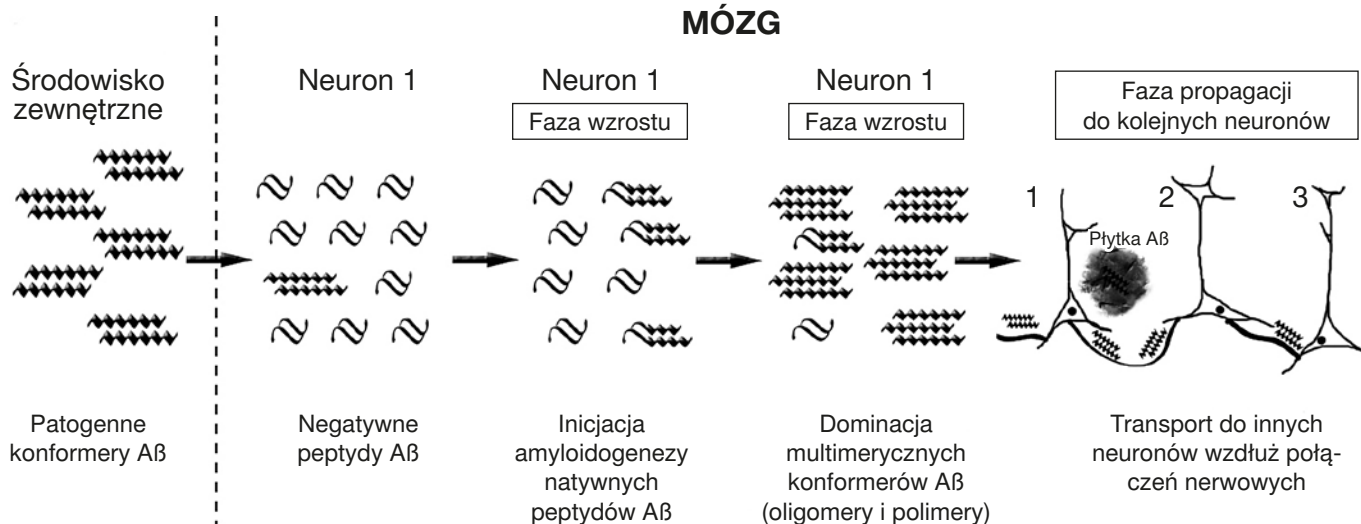
Do jej zainteresowań należą też zagadnienia związane z dynamicznie rozwijającą się hepato- logią zakaźną, krętkowicą kleszczową, listerio- zą, malarią, zapaleniami opon mózgowo-rdze- niowych oraz z innymi chorobami zakaźnymi XX i XXI w.



Zakaźność choroby Alzheimera – fakt czy spekulacja?

Choroba Alzheimera (AD) – opisana po raz pierwszy przez niemieckiego neuropatologa Aloisa Alzheimera na początku XX w. – jest najbardziej rozpowszechnionym schorzeniem neurodegeneracyjnym u ludzi. Według różnych szacunków stanowi od 50 do nawet 70% wszystkich przypadków schorzeń neurodegeneracyjnych i demencji. Można już mówić o pandemii, gdyż na świecie żyje obecnie nawet 47 mln ludzi z AD, w tym w Polsce co najmniej 150–200 tys. Mimo intensywnych badań prowadzonych od kilkudziesięciu lat oraz ogromnych funduszy przeznaczanych na testowanie nowych terapii, wciąż nie poznano dokładnego mechanizmu rozwoju choroby. Nie ma również terapii, które mogłyby cofnąć lub przynajmniej zatrzymać rozwój objawów klinicznych. Sytuacja, która obecnie powstała wokół choroby Alzheimera, zmusza do poszukiwania alternatywnych hipotez etiologii tego schorzenia. Jedną z ciekawszych i najbardziej intrygujących propozycji w tym zakresie jest możliwa zakaźność AD.

MÓZG



RAFAŁ BUTOWT

Leczenie – nieskuteczne, etiologia – nieznaną

Ostatni lek przeciwko AD, którego substancją czynną jest memantyna, wprowadzono na rynek w USA w 2003 r. Jednak obecnie wiadomo, że zarówno antagoniści receptora glutaminianowego (memantyna), jak i inhibitory acetylocholinesterazy (donepezyl i pochodne) to leki działające w bardzo ograniczony sposób i tylko u niektórych pacjentów. Od tego czasu przetestowano ponad tysiąc różnych związków chemicznych bez wyraźnego efektu. Nawet obecnie trwa na świecie kilkaset prób klinicznych w tym zakresie. Sytuacja ta kontrastuje z widocznym postępowaniem w leczeniu chorób sercowo-naczyniowych, czy nawet onkologicznych. Co gorsza, niektóre duże firmy farmaceutyczne wręcz wycofują się z finansowania badań nad nowymi terapiami w tym obszarze, gdyż ponoszone koszty są ogromne, a korzyści jak na razie znikome. Na przykład Pfizer na początku 2018 r. podjął decyzję

o zamknięciu działu badań nad terapiami choroby Alzheimera i Parkinsona.

Kluczowe dla opracowania skutecznej terapii jest poznanie mechanizmu molekularnego prowadzącego do rozwoju choroby Alzheimera. Wiadomo, że AD – jak i wiele innych, rzadziej spotykanych chorób neurodegeneracyjnych – może występować w postaci genetycznej oraz sporadycznej. Postać genetyczna jest uwarunkowana obecnością jednej z kilkuset mutacji o charakterze dominującym, wykrytych w genach APP, PSEN1 lub PSEN2. Zmiany w kilku innych genach, jak np. w ADAM10, prowadzą do wzrostu ryzyka zachorowania na AD, lecz nie dają takiej pewności. Przyczyny postaci sporadycznej nie są znane, choć występuje ona w ponad 99% wszystkich przypadków. Nie wiadomo nawet, czy mechanizm prowadzący do formy sporadycznej AD jest taki sam, jak w przypadku formy genetycznej. Właśnie brak wiarygodnej wiedzy i duże kontrowersje wśród badaczy na temat procesów molekularnych odpowiedzialnych za rozwój zmian patologicznych w mózgu są główną przyczyną braku skutecznych terapii. W zasadzie należy przyznać, że w ciągu ostatnich 30 lat

znaczą liczbę prób klinicznych wykonano bez wiarygodnych podstaw naukowych. Sytuacja ta, niestety, zaczyna przypominać udział firm z branży biomedycznej w bardzo kosztownej loterii. Nagrodą główną są oczywiście przyszłe profity ze sprzedaży „złotego” środka eliminującego objawy kliniczne AD.

Zakaźność AD w badaniach eksperymentalnych

Tak złożona i niejasna sytuacja wokół AD przyczynia się do powstawania nowych hipotez dotyczących przyczyn tej choroby. Jedną z ciekawszych sugeruje zakaźny charakter schorzenia, który – jeśli zostanie definitywnie potwierdzony – może mieć istotne konsekwencje medyczne i kliniczne. Niemal od początku badań nad AD zastanawiano się, czy schorzenie to nie występuje również w postaci zakaźnej, czyli przenoszonej przez kontakt osoby chorej ze zdrową lub kontakt z czynnikiem zakaźnym obecnym w środowisku zewnętrznym. Z pozoru takie rozważania wydają się pozbawione sensu, ponieważ nigdy jednoznacznie nie powiązano etiologii chorób neurodegeneracyjnych z żadnym kła-

sycznym czynnikiem zakaźnym, takim jak bakterie czy wirusy. Dlatego od dawna przyjmowano, że schorzenia te nie występują w postaci zakaźnej. Jednak w latach 60. XX w. udowodniono, że jedno z rzadkich endemicznych schorzeń prionowych znane jako kuru jest chorobą zakaźną. Kuru, której przyczyną wiązano z rytualnymi aktami kanibalizmu wśród plemion Fore z Papui-Nowej Gwinei, obecnie już nie występuje. Jednak później okazało się, że inne ludzkie schorzenie prionowe, znane jako jatrogenna postać choroby Creutzfeldta-Jacoba (iCJD), także wykazuje zakaźną etiologię. W przypadku zakaźnej postaci choroby prionowej iCJD wykazano, że doszło w przeszłości do kilkuset przypadków zakażeń tą chorobą podczas stosowania różnych procedur medycznych i neurochirurgicznych. Przykładem takiej procedury może być podawanie w latach 1958–1985 w celu leczenia niskorostości młodym osobom hormonu wzrostu (GH), uzyskiwanego z przysadek osób zmarłych. Pod koniec lat 80. ub.w. udowodniono, że część z tych preparatów była zanieczyszczona patogenną postacią białka prionowego, które jest czynnikiem zakaźnym. Od kilku do nawet kilkudziesięciu lat później zakażone osoby zmarły na iCJD. Do podobnych zdarzeń dochodziło także po przeszczepach rogówki czy też fragmentów opony twardej mózgu. Z tego powodu zaprzestano używania preparatów pochodzących od osób zmarłych, co pozwoliło zatrzymać dalszy wzrost zachorowalności na iCJD. W zasadzie można więc powiedzieć, iż do zakażeń prionami powodującymi iCJD dochodziło z winy lekarzy i naukowców, którzy w tamtym okresie nie posiadali jeszcze dostatecznej wiedzy na temat możliwej zakaźności neurodegeneracyjnych chorób prionowych.

Długo wydawało się, że zakaźność chorób prionowych jest raczej wyjątkiem, a nie regułą wśród schorzeń neurodegeneracyjnych. Intrygujące, że obecny stan badań nad mechanizmami prowadzącymi do rozwoju neurodegeneracji pozwala poważnie zwrócić pod uwagę również możliwość występowania zakaźnej postaci AD. Skąd zatem o tym wiemy i dlaczego należy tę sprawę potraktować poważnie?

Istnieją trzy rodzaje danych doświadczalnych sugerujących zakaźną etiologię AD. Pierwszy z nich dotyczy danych uzyskiwanych od końca lat 80. XX w. u małych człokokształtnych i innych naczelnych. Kilka zespołów badawczych potwierdziło wówczas możliwość zaindukowania u małych obrazu histopatologicznego zbliżonego do AD, po uprzedniej iniekcji do ich mózgowi ekstraktów pochodzących od osób chorych. Takiego efektu nie uzyskiwano po iniekcji do mózgu małych ekstraktów kontrolnych pochodzących od osób zdrowych, ale zmarłych w podobnym wieku. Te alarmujące dane zostały w tamtym czasie potraktowane stosunkowo sceptycznie przez środowisko neurobiologów. Główną przyczyną były trudności w jednoznacznym ustaleniu, czy u zakażo-

nych małych pojawiły się objawy demencji, czy też nie. Tymczasem w połowie lat 90. doszło do gwałtownego rozwoju technologii generowania myszy modyfikowanych genetycznie. Umożliwiło to wytworzenie wielu modeli myszy dla AD (tzw. myszy AD) i przetestowanie na nich hipotezy o zakaźności tej choroby. Myszy żyją stosunkowo krótko, a uzyskiwane u nich poziomy ekspresji ludzkich zmutoowanych białek prowadzących do rozwoju genetycznej formy AD były relatywnie wysokie. Wszystko to powodowało, że można było takie doświadczenia prowadzić taniej i szybciej aniżeli u małych. Wyniki tych prac jednoznacznie potwierdziły transfer czynnika zakaźnego od chorej myszy AD do zdrowej myszy AD) lub od chorego człowieka do myszy AD. W efekcie przeniesienia czynnika zakaźnego do mózgu myszy biorcy następował u niej szybki rozwój zmian neurodegeneracyjnych, możliwych do zaobserwowania przy użyciu technik mikroskopowych. Stąd też ogólny wniosek płynący z prac wykorzystujących modyfikowane genetycznie myszy AD znacząco wzmacnia hipotezę o możliwej zakaźności przynajmniej niektórych postaci AD.

Krytycy zakaźnej etiologii AD uważali jednak, nie bez racji, iż potrzebne są dane doświadczone bezpośrednio od ludzi, a tych wciąż brakowało. Do pewnego momentu zagadnienie wydawało się być nierozstrzygalne, gdyż z etycznych względów u ludzi nie można wykonać eksperymentów identycznych do wykonanych u zwierząt. Jednak w latach 2015–2018 ukazał się szereg prac badawczych pośrednio przełamujących ten problem. Okazało się, że możliwa jest retrospektywna analiza przechowywanego materiału mózgowego od osób zmarłych mających wiele lat wcześniej kontakt z czynnikiem, który mógł potencjalnie spowodować transmisję AD z jednego człowieka do drugiego. Takim materiałem są m. in. zatopione w parafinie fragmenty mózgowi osób zmarłych z powodu wspomnianej wcześniej jatrogennej choroby prionowej Creutzfeldta-Jacoba (iCJD) wywołanej podaniem im nieprawidłowo oczyszczonych preparatów zanieczyszczonych ludzkim materiałem mózgowym. Obecnie wiadomo, że sposób przygotowywania preparatów mózgowych, które wywołały iCJD, bardzo sprzyjało zakażeniom, gdyż, niestety, przetwarzano wspólnie próbki pobrane od wielu zmarłych osób. Tego rodzaju materiał stanowi więc unikalny model do badań ewentualnej transmisji nie tylko choroby prionowej, ale także innych chorób neurodegeneracyjnych.

Wykorzystując powyższe założenie, badacze z laboratorium Johna Collinge oraz Sebastiana Brandnera przeprowadzili retrospektywną analizę immunocytochemiczną i genetyczną skrawków mózgowych osób, które zmarły w wyniku potwierdzonego zakażenia iCJD. Osoby takie są w Wielkiej Brytanii ściśle monitorowane, a ich materiał mózgowy jest przechowywany przez wiele lat. Przyczyną zakażenia iCJD było przyjmowanie przez

nie w przeszłości preparatów niewłaściwie oczyszczonego hormonu wzrostu pochodzącego z przysadek osób zmarłych. W związku z tym w czasie dostarczania hormonu wzrostu doszło u nich do wielokrotnego podania drogą dokrewną potencjalnie zakaźnego ludzkiego materiału mózgowego. Ku zaskoczeniu, skrawki mózgowe większości analizowanych osób wykazały obecność agregatów i płytek Aβ charakterystycznych dla AD. Co istotne, osoby te zmarły w zdecydowanie zbyt wczesnym wieku, żeby zdążyła się u nich rozwinąć sporadyczna postać AD. Depozyty amyloidu Aβ obserwuje się co prawda u części osób niewykazujących objawów klinicznych AD, ale osoby takie są zawsze w zaawansowanym wieku. Dlatego też logiczną przyczyną pojawienia się agregatów amyloidu Aβ w analizowanych skrawkach była indukcja procesu amyloidogenezy i agregacji przez toksyczny amyloid Aβ obecny w preparatach hormonu wzrostu podawanych tym osobom w przeszłości. Zgodnie z tym rozumowaniem u osób tych prawdopodobnie nie rozwinęły się pełne symptomy kliniczne AD, gdyż wszystkie zmarły wcześniej z powodu szybciej rozwijającej się choroby prionowej iCJD.

Od 2015 r. do dzisiaj ukazało się kilka dodatkowych prac wykorzystujących retrospektywną analizę przechowywanego materiału mózgowego od osób, które mogły zostać zainfekowane czynnikiem AD poprzez interwencje neurochirurgiczne i inne procedury medyczne. Należy podkreślić, że wszystkie te prace wspierają w zasadniczy sposób hipotezę o zakaźności AD.

Co ciekawe istnieją również dane epidemiologiczne sugerujące potencjalną zakaźność AD. Na przykład znane są prace, w których stwierdzono podwyższone ryzyko zachorowalności na AD u neurochirurgów czy też u żyjącego pod wspólnym dachem współmałżonka osoby chorej na AD. Rozpatrywane osobno prace te nie są, rzecz jasna, wystarczająco silnym argumentem przemawiającym za zakaźnością AD, lecz w powiązaniu z wymienionymi powyżej badaniami wykonanymi u małych, myszy AD oraz na materiale ludzkim można je właśnie tak interpretować.

Amyloid Aβ jest „prionem”?

Od czasu nowatorskich propozycji Stanleya Prusiner'a i jego prac nad prionami wiadomo, że czynnik zakaźny nie musi zawierać kwasu nukleinowego w celu przemieszczania się od organizmu dawcy do biorcy oraz swojej amplifikacji. Obecnie wielu badaczy skłania się do poglądu, że peptyd Aβ, uważany za kluczowy dla rozwoju procesu neurodegeneracji w AD, posiada specyficzne właściwości umożliwiające zaklasyfikowanie go jako czynnika prionowego. Pomimo różnic w pierwszorzędowej sekwencji aminokwasowej pomiędzy białkiem prionowym a amyloidem Aβ, związki te wykazują szereg zbliżonych właściwości biologicznych.

Dokończenie na str. 16

Na przykład obydwa peptydy są wyjątkowo hydrofobowe i mają zblizoną strukturę przestrzenną. Są też odporne na trawienie proteazami, tworzą różne rodzaje agregatów, a także są odporne nawet na promieniowanie jonizujące oraz traktowanie formaldehydem. Co najistotniejsze – obydwa typy patogennych peptydów mogą poprzez bezpośredni kontakt przekazywać swoją niewłaściwą, hydrofobową strukturę przestrzenną na kolejne własne cząsteczki Aβ i białka prionowego niemające w momencie kontaktu właściwości toksycznych (Ryc. 1). W ten sposób dochodzi do zwielokrotnienia liczby toksycznych molekuł „prionu” w neuronie i po przekroczeniu pewnego progu pojawiają się objawy kliniczne AD.

To niezaprzeczalne podobieństwo właściwości amyloidu Aβ i patogennej formy białka prionowego, które jest udowodnionym czynnikiem zakaźnym, dodatkowo wzmacnia pogląd o możliwej zakaźności AD. Na szczęście odporność na różne czynniki środowiskowe nie jest w przypadku amyloidu Aβ i białka prionowego nieograniczona i można je wyeliminować w określonych warunkach. Do takich warunków zalicza się m.in. traktowanie roztworami o silnej alkaliczacji. Na przykład w 1987 r. niemiecka firma Braun Melsungen AB sprzedająca preparaty opony twardej o nazwie Lyodura, po skandalu związanym ze sposobem wytwarzania tych preparatów, wprowadziła obok sterylizacji

termicznej oraz promieniowania jonizującego także traktowanie roztworem NaOH. Doprowadziło to do znacznego spadku liczby przypadków zakażeń iCJD.

Czy już teraz możemy uznać AD za schorzenie zakaźne?

Wydaje się, że wciąż nie ma na to niezaprzeczalnych dowodów, ale sprawa powinna być poważnie rozważona. Zagadnienie potencjalnej zakaźności AD nie trafiło jeszcze do podręczników medycznych, gdyż niektóre dane w tym zakresie są wciąż zbyt świeże i wymagają niezależnych potwierdzeń. Poza tym istotny jest jeszcze inny aspekt tej sprawy. Uważa się, że AD jest, być może, chorobą właściwą tylko człowiekowi. Jeśli tak rzeczywiście jest, wówczas – modelując tę chorobę u zwierząt – być może nie jesteśmy w stanie odwzorować wystarczająco dobrze wielu jej objawów klinicznych. W związku z tym trudno przy wykorzystaniu modeli zwierzęcych nie tylko zaprojektować skuteczne terapie, ale również udowodnić zakaźność AD. Należy również wziąć pod uwagę ogromną złożoność i heterogenność omawianej jednostki chorobowej. AD to jedna z niewielu chorób o fazie pre-klinicznej trwającej nawet 30 lat! W takim świetle bardzo trudno powiązać ewentualny czynnik zakaźny lub moment zakażenia z chorobą, która ujawnia się po kilkudziesięciu latach. Ponadto po niepowodzeniach testów wielu nowych poten-

cjalnych leków uważa się obecnie, że AD charakteryzuje się być może nie jednym, ale kilkoma molekularnymi mechanizmami patologicznymi, które mogą przebiegać w chorym mózgu równolegle. Niewykluczone, że pewne formy agregatów i oligomerów amyloidu Aβ reprezentują tylko jeden z tych mechanizmów. Tym niemniej obecnie pewne jest, że wiele badań wskazuje jasno, iż przynajmniej niektóre postaci AD mogą być zakaźne. Warto podkreślić, że pozytywna odpowiedź na pytanie o zakaźność AD może zmodyfikować standardy opieki nad pacjentami oraz wpłynąć na przebieg niektórych procedur medycznych, jak i poszukiwania nowych terapii.

Pełne rozwinięcie zagadnienia zakaźności AD wraz z bibliografią można będzie znaleźć w pracy przeglądowej, która zostanie opublikowana w Postęпах Higieny i Medycyny Doświadczalnej w drugiej połowie 2018 r.

Dr hab. Rafał Butowt pracuje na stanowisku adiunkta w Zakładzie Genetyki Molekularnej Komórki Collegium Medicum im. L. Rydygiera UMK w Bydgoszczy. Zajmuje się badaniami podstawowymi z zakresu funkcji biologicznych białek amyloidowych, które odgrywają istotną rolę w niektórych chorobach neurodegeneracyjnych.



Trwa akcja darmowych badań jelita grubego



W zeszłym roku, w ramach finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Bizuela przebadano 900 pacjentów. U 344 osób wykryto i usunięto polipy, które mogły doprowadzić do choroby nowotworowej, u 5 zdiagnozowano nowotwór jelita grubego i skierowano do dalszego leczenia.

W tym roku Szpital ponownie zaprasza na darmowe badania profilaktyczne 900 osób.

Badania wykonywane są w Klinice Gastroenterologii i Zaburzeń Odżywiania oraz na Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej. W programie mogą wziąć udział osoby w wieku od 50 do 65 lat niezależnie od wywiadu rodzinnego oraz osoby w wieku od 40 do 65 roku życia w przypadku, gdy ich rodzice lub rodzeństwo chorowali na raka jelita grubego. Dodatkowo konieczna jest kwalifikacja do programu przez lekarza, który wypełnia ANKIETĘ potwierdzającą skierowanie pacjenta do programu. Podstawowym badaniem programu jest kolonoskopia.

Kwalifikacja do programu: Klinika Gastroenterologii i Zaburzeń Odżywiania Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy, VI piętro sekretariat Kliniki (w celu zakwalifikowania do programu), tel.: 52 36-55-284, 52 37-14-912, od poniedziałku do piątku w godz. 09:00 - 13:00.

Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii zaprasza do współpracy!

Uprzejmie informujemy, że w Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii Collegium Medicum w Bydgoszczy istnieje możliwość przeprowadzenia poszerzonej diagnostyki alergologicznej w ramach prowadzonych przez nas projektów badawczych dotyczących alergii pokarmowej u dzieci. Prosimy o informowanie swoich pacjentów o naszych możliwościach oraz o kierowanie do Kliniki następujących dzieci:

- Niemowlęta w pierwszym półroczu życia z podejrzeniem alergii pokarmowej i/lub atopowym zapaleniem skóry (prosimy o skierowanie dzieci z chorobami uwarunkowanymi genetycznie, obecnymi zakażeniami lub w trakcie i bezpośrednio (4 tygodnie) po antybiotykoterapii). Prosimy o wydanie skierowania do Kliniki. Czas pobytu w Klinice (jeden–kilka dni) uwarunkowany jest możliwością uzyskania materiałów do badań: krwi dziecka, próbki stolca dziecka oraz mleka matki (w przypadku kobiet karmiących piersią).
- Dzieci od 0 do 18 roku życia z uczuleniem (dodatni wynik punktowego testu skórniego, tj. z 3mm i/lub obecność sIgE>0,15 kU/l) i/lub alergią (tj. reakcją po spożyciu pokarmu) na: mleko krowie i/lub jajo kurze i/lub orzeszki ziemne Celem uzgodnienia terminu przyjęcia prosimy o kontakt telefoniczny Rodzica: z dr E. Łoś-Rycharską, dr Gawryłotek lub dr Popielarz. Tel. 52 5854891 (pokój lekarski), w godzinach 8–15 w dni robocze lub tel. 52 5854850 (sekretariat), w godzinach 8–15 w dni robocze.



Bydgoszcz o jakiej marzymy...



**OSTATNI ETAP
KULTOWEGO OSIEDLA**

**JUŻ
W SPRZEDAŻY**



**CITY
PARK**

Bielawy

tel. (+48) 785 019 019
www.iqdevelopment.pl

Protokół nowoczesnej opieki okołoperacyjnej ERAS – w teorii i praktyce – punkt widzenia anestezjologa i chirurga

Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii wraz z Katedrą Urologii CM UMK Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy serdecznie zaprasza na konferencję naukowo-szkoleniową: „Protokół nowoczesnej opieki okołoperacyjnej ERAS – w teorii i praktyce – punkt widzenia anestezjologa i chirurga” (**18 września 2018 r. o godz. 15.30** w sali konferencyjnej Hotelu „City”).

W programie m.in:

- Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego – strona anestezyjologiczna; Adekwatne znieczulenie chorego zgodnie z koncepcją ERAS; Analgezyja multimodalna jako metoda z wyboru w uśmierzaniu bólu pooperacyjnego – dr Kinga Szczepanek, dr hab. n.med. Katarzyna Wawrzyniak.
- Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego – strona chirurgiczna; Wybór właściwej techniki operacyjnej; Postępowanie z chorym po zabiegu operacyjnym w ramach hospitalizacji na oddziale zabiegowym: prof. dr hab. med. Stanisław Kłęk, prof. dr hab. med. Tomasz Drewa.

Udział w konferencji jest bezpłatny. Prosimy o wcześniejszą rejestrację on-line pod adresem mailowym Katedry i Kliniki Anestezjologii i IT Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy: kikanest@cm.umk.pl

Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu zaprasza na:

- **XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie w Gnieźnie 16.9.2018 r.** Zapisy: www.bieglechitow.pl/strona/zapisy.html
- **21. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu na 15 km w Bukówcu Górnym, 23.9.2018 r.** Zapisy: www.biegsokola.com/zgloszenia
- **XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie w Poznaniu, 14.10.2018 r.** Zapisy: www.marathon.poznan.pl

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AMG rocznik 1978

Zjazd koleżeński z okazji 40-lecia uzyskania dyplomów odbędzie się w dniach **12–14.10.2018 r.** w Ośrodku Wczasowo-Wypoczynkowym w Debrzynie k.Kościerzyny.

Opłatę zjazdową **500 zł** od osoby prosimy wpłacać do 30.06.2018 r. na konto: Stanisław Plewako (administrator konta):

21 8162 0003 0019 3627 3000 0050.

Dla wpłacających z zagranicy:

IBAN PL 21 8162 0003 0019 3627 3000 0050 BIC: GBW CPL PP

Adres mailowy do kontaktów: zjazd.lekarzy.amg@gmail.com

Elżbieta Pietkiewicz-Czaja

terMedia zaprasza



LETNIE FORUM ONKOLOGICZNE 14–15 września 2018 r.

Ogólnopolskie Sympozjum Naukowe pod nazwą: „Letnie forum onkologiczne” nawiązuje do naukowych spotkań polskich chirurgów onkologów na Wybrzeżu, znanych jako Usteckie Dni Onkologiczne. Tematem przewodnim tegorocznego sympozjum będą nowotwory głowy i szyi oraz zastosowanie technik małoinwazyjnych w leczeniu chorych na nowotwór. Chirurgia w leczeniu nowotworów głowy i szyi nadal pełni wiodącą rolę, mimo postępów w radioterapii i leczeniu systemowym. Wiele danych wskazuje na to, że rola chirurgii w skojarzeniu z innymi metodami będzie się nadal umacniać. Zachorowalność na nowotwory głowy i szyi wyraźnie wzrasta w Polsce i na świecie. Dlatego w tym roku temat główny łączy kilka specjalności, a zaproszeni wykładowcy poruszą najważniejsze problemy w skojarzonym leczeniu. Zaprasza do udziału w wydarzeniu dr hab. n. med. Zoran Stojčev prof. nadzw., przewodniczący komitetu naukowego.

MIEJSCE: Gdynia, Hotel Nadmorski, ul. Juliana Ejsmonda 2.



JAK NOWOCZEŚNIE LECZYĆ CUKRZYCĘ. PODEJŚCIE INTERDYSCYPLINARNE 21–22 września 2018 r.

To nowy projekt edukacyjny Wydawnictwa Termedia. Tematem przewodnim spotkania będzie leczenie stopy cukrzycowej. Eksperti zaprezentują najnowocześniejsze metody dotyczące terapii, a także chirurgii. Kierownikiem naukowym wydarzenia jest prof. Leszek Czupryniak - wspaniały mówca i członek wielu gremiów diabetologicznych o zasięgu krajowym i międzynarodowym. Kierownikiem organizacyjnym jest dr n. med. Beata Mrozikiewicz-Rakowska. Zapraszamy nie tylko diabetologów, ale także chirurgów oraz wszystkich lekarzy zainteresowanych interdyscyplinarnym podejściem do pacjenta chorego na cukrzycę.

MIEJSCE: Warszawa.



INTERDYSCYPLINARNE OBlicZA DERMATOLOGII 11–13 października 2018 r.

Przewodniczącymi Komitetu Naukowego są dr hab. Barbara Zegarska, prof. UMK, oraz dr hab. Rafał Czajkowski, prof. UMK. Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy nad konferencją sprawują Katedra Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy oraz Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Planowane sesje podczas konferencji: choroby skóry jako problem interdyscyplinarny, alergologia, choroby włosów, trądzik, choroby tkanki łącznej i naczyń, dermato-onkologia, dermatologia estetyczna, łuszczyca, nowe techniki w dermatologii, psychodermatologii, autoimmunologiczne choroby pęcherzowe.

MIEJSCE: Bydgoskie Centrum Targowo-Wystawiennicze, ul. Gdańska 187, Bydgoszcz

WYNAJME

**pomieszczenia
na działalność medyczną
lub paramedyczną**

w Nakle nad Notecią przy ul. Potulickiej.

Zainteresowane osoby proszę
o kontakt pod numerem telefonu

608 209 898

WYNAJME 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

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!...

*Na to, by w danym kraju zapanował socjalizm,
wystarczy w nim wprowadzić demokrację*

Karol Marks



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W niedalekiej przeszłości środki masowego przekazu obiegała wiadomość, iż konferencję naukową poświęconą filozofii Karola Marksa odwiedziły odpowiednie służby, doszukując się w tematyce tejże konferencji treści godzących w obecną rzeczywistość panującą w Polsce.

Jak głęboko się zastanowiłem, to doszedłem do wniosku, że przeszło połowę mego dorosłego życia spędziłem w Kraju, w którym to marksizm był religią nakazaną i obowiązującą!

Zaraz! Ale przecież tamte czasy, zdaniem niektórych polityków, nie dotyczyły Polski, albowiem w ich mniemaniu Jej wówczas nie było! I tu gnębi mnie pytanie. Gdzie to ja zdawałem maturę? Gdzie kończyłem studia, robiłem specjalizacje i broniłem też doktoratu? W jakim kraju zawarłem związek małżeński i pracowałem przez wiele lat?

Pytania takie można mnożyć w nieskończoność i wszystkie wskazują jedno, że ci, którzy wypowiadają takie słowa o nieistnieniu Polski, czynią to jedynie dla własnych korzyści politycznych. Tenże Karol Marks, którego słów przewrotnie użyłem jako motta do tego artykułu, powiedział też – *Ryszard III ofiarowywał królestwo za konia, koalicja ofiarowuje osta za królestwo*.

Coś prawdziwego w tym Marksie jednak musi być, chociaż on sam zapewniał, że marksistą to on na pewno nie jest!

No i widzicie Mili czytający te słowa, jakim to ja „komuchem” okazałem się być! Ale czy na pewno?

Z tymi to wątpliwościami kierowanymi do Was i do siebie, pozostaję jak zwykle Wasz

A. Martynowski

Z wielkim smutkiem żegnamy emerytowanego pracownika biura
Bydgoskiej Izby Lekarskiej

Hannę Raczyńską

W imieniu samorządu lekarskiego
oraz pracowników biura Bydgoskiej Izby Lekarskiej
serdeczne wyrazy współczucia Rodzinie Zmarłej składa

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej

Bydgoskiej Izby Lekarskiej

dr n. med. Marek Bronisz

Spotkania Lekarzy Seniorów!

● Najbliższe po letniej przerwie posiedzenie Klubu Lekarza Seniora odbędzie się **5 września**, tradycyjnie o **14.30**. Przy kawie i ciastkach będziemy wymieniać powakacyjne refleksje i dyskutować nad programem działania nowego kierownictwa naszego Klubu.

*przewodniczący Klubu
Maciej Borowiecki*

PRACA

Klinika Stomatologii Estetycznej i Chirurgii ALFA-MED w Bydgoszczy poszukuje do współpracy **lekarza stomatologa** pragnącego rozwijać swoje umiejętności zawodowe. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt elektroniczny: marketing@alfa-med.pl lub telefoniczny: 600 262 738.

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, Nadiśnienia i Chorób Wewnętrznych oraz do udzielania świadczeń zdrowotnych w Po-

DYŻURY W BYDGOSKIEJ IZBIE LEKARSKIEJ



- **Prezes BIL** dr n. med. Marek Bronisz, środa, 14.00–16.00
- **Wiceprezes BIL** dr n. med. Paweł Białożyk, co drugi czwartek, 14.00–15.00
- **Wiceprezes BIL** lek. Jerzy Rajewski, co drugi poniedziałek, 13.00–15.00
- **Sekretarz ORL BIL** dr n. med. Radostawa Staszak-Kowalska, wtorek, 13.00–14.00
- **Skarbnik BIL** dr Krzysztof Gawęł, wtorek, 11.30–12.30 oraz czwartek (gdy nie ma posiedzeń Prezydium lub ORL BIL) 13.00–14.00.

Komisja Socjalna organizuje w drugiej połowie września **wycieczkę**. Szczegóły w kolejnym „Primum”. Kontakt: Małgorzata Świątkowska, tel. 606 978 788.

radni Nefrologicznej. Zainteresowane osoby prosimy o kontakt z numerem telefonu: 52 5854030, 52 5854092 lub przesłanie dokumentów aplikacyjnych na adres e-mail: rekrutacja@jurasza.pl

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

Hospicjum im. bł. ks. Jerzego Popiełuszki w Bydgoszczy zatrudni **lekarzy do opieki domowej** oraz **na dyżury lekarskie**. For-

ma zatrudnienia i warunki finansowe do uzgodnienia. Kontakt: 52 3614853.

ZUS Oddział w Bydgoszczy zatrudni **lekarzy orzeczników** (wymagania: tytuł specjalisty i minimum 4 lata czynnego wykonywania zawodu lekarza). Oferujemy umowę o pracę, możliwość zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasu pracy. Szczegółowe informacje na stronie internetowej: www.zus.pl/praca oraz pod nr tel. 502 007 704.

Gabinet stomatologiczny, ul. Belzy 27, podejmie współpracę z **lekarzem dentystą**. Bardzo dobre warunki pracy oraz finansowe. Możliwość dowolnego ustalenia grafiku. Kontakt: tel. 509 430 494, e-mail gabinet@belzy27.pl, www.belzy27.pl

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



LUKSUSOWE MIESZKANIA W SERCU BYDGOSZCZY

+48 536 776 677 • 67dworcowa.pl





Radość z jazdy



ZAUF AJ INSTY NKTOWI.

WYBIERZ BMW W PROMOCYJNYM FINANSOWANIU.

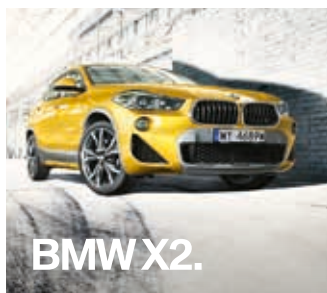
BMW Comfort Lease to najprostsza droga do Twojego nowego BMW. Wybierz model, który podpowiada Ci Twój instynkt, i ciesz się radością z jazdy. Z promocyjnym finansowaniem BMW Comfort Lease 1% to łatwiejsze i wygodniejsze niż kiedykolwiek:

- rata 1% wartości samochodu miesięcznie,
- 5% opłaty wstępnej,
- inteligentny napęd na cztery koła BMW xDrive,
- pakiet bezpłatnych przeglądów przez 5 lat (BMW Service Inclusive).



BMW SERII 5.

już za **2 360** PLN
netto/m-c*.



BMW X2.

już za **1 820** PLN
netto/m-c*.



BMW X3.

już za **1 990** PLN
netto/m-c*.



BMW X5.

już za **2 710** PLN
netto/m-c*.

Dealer BMW BMW Dynamic Motors

ul. Toruńska 272A

Bydgoszcz

tel.: +48 52 339 51 10

www.bmw-dynamicmotors.pl

*Raty miesięczne netto dla BMW 520d xDrive za 236 800 zł brutto, BMW X2 xDrive20d za 182 300 zł brutto, BMW X3 xDrive20d za 202 300 zł brutto i BMW X5 xDrive25d za 271 000 zł brutto, w ofercie BMW Comfort Lease 1%. Opłata wstępna 5%, okres leasingu 36 miesięcy, średnioroczny deklarowany przebieg 30 000 km, gwarantowana wartość końcowa. Niniejsza symulacja nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego. BMW Comfort Lease jest oferowany przez BMW Financial Services Polska Sp. z o.o. Szczegóły dotyczące spalania i emisji CO₂ na www.bmw.pl