

W NUMERZE:**PODYSKUTUJMY**

Negocjator w białym fartuchu 2
Z oddalenia 3

INFORMUJEMY

Zmiany w Bizielu 5
Hypertension Excellence Centre ... 5

GRATULUJEMY

Nagroda za najlepszą pracę
konkursową 6

MOIM ZDANIEM

Kursy, proszę Pana Ministra 7
Krwiodawcy i jakobini 7

OD KONSULTANTA

Leczenie ostrych zespołów
wieńcowych w województwie
kujawsko-pomorskim 8

PROFILAKTYKA

Pierwsza czterowalentna
szczepionka przeciw HPV. 10

WAŻNE

Karta żywienia klinicznego
– temat kontrowersyjny 11

Z BIL

Rejestracja praktyki lekarskiej 13

Z NFZ

W sprawie recept 14

KONTROWERSJE

Niektóre grzechy współczesnej
medycyny w leczeniu chorób
cywilizacyjnych 15

Z COLLEGIUM MEDICUM

Doktoraty 17

KURSY

I KONFERENCJE 6, 12, 14, 18, 20

FELIETON I SPOTKANIA. 19

W PIGUŁCE. 20

Szanowne Koleżanki i Koledzy



W związku z próbami wynajmowania na terenie Bydgoszczy pomieszczeń związanych z działalnością medyczną, na potrzeby „cudotwórcy z Filipin”, który nieco wcześniej, po interwencji pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej, otrzymał zakaz działalności w jednym z bydgoskich hoteli, Okręgowa Rada Lekarska przypomina, że stanowi to poważne naruszenie Kodeksy Etyki Lekarskiej a w szczególności Artykułu 57 punkt 1.

Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowanymi naukowo. Nie wolno mu także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień.

Podobne wydarzenia w przyszłości, jeśli będą miały miejsce w pomieszczeniach związanych z działalnością lekarzy zrzeszonych w BIL, to jest: gabinety prywatne, przychodnie, szpitale itp., będą surowo karane przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Sąd Lekarski. W przypadkach dotyczących gabinetów mieszczących praktyki prywatne, może to skutkować odebraniem przez BIL pozwolenia na działalność.

Przypominam, że działalność (a także wspomaganie przez lekarzy lub prowadzone przez nich spółki czy NZOZ-y) szarlatanów-cudotwórców oprócz bezdyskusyjnego naruszenia zasad etyki jest również sprzeniewierzeniem się prawu obowiązującemu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Ustawa o Zawodach Lekarza i Lekarza Dentysty stwierdza w Artykule 58:

1. Kto bez uprawnień udziela świadczeń zdrowotnych polegających na rozpoznawaniu chorób oraz ich leczeniu, podlega karze grzywny.

2. Jeżeli sprawca czynu określonego w ust. 1 działa w celu osiągnięcia korzyści majątkowej albo wprowadza w błąd co do posiadania takiego uprawnienia, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

3. Postępowanie w sprawach, o których mowa w ust. 1, toczy się według przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

Radosława Staszak-Kowalska – Przewodnicząca BIL

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Redakcja: e-mail: primum@bil.org.pl, tel. 0523460785

RADA PROGRAMOWA: Przewodniczący: dr n. med. Wojciech Szczęśny; wiceprzewodniczący: dr n. med. Witold Hryncewicz; członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkiewicz, red.: mgr Agnieszka Banach, red. nac.: mgr Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław Boguszyński, dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, lek. Józef Karwowski, dr n. med. Jerzy Kochan, dr n. med. Andrzej Martynowski, dr hab. n. med. Jan Styczyński.

CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje! Przewodniczący Rady Programowej: Wojciech Szczęśny, tel. 0602 395 654; redaktor naczelny: Teodora Bogdańska tel. 052 346 07 85, 0696 016 262; red. graf. Anna Faleńczyk; redaktor: Agnieszka Banach agnieszka.banach@hipokrates.org

■ **DRUK:** ARSPOL sp z o.o. Bydgoszcz tel. 052 341 1337 ■ **SKŁAD:** MAGRAF, Bydgoszcz tel. 052 379 1435

WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska, Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11; telefony: 0523460084, 0523460780; Numer konta: PKO BP II O/Bydgoszcz 95102014750000830200191197; e-mail: bil@bil.org.pl; <http://www.bil.org.pl>

● Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: e-mail: rzecznik@bil.org.pl, tel. 0523461257.

Źle znoszę wszystko, co się dzieje w sprawie strajków. Ze zdumieniem wysłuchuję informacji medialnych na temat wysokości swoich zarobków, na temat wizerunku oraz znaczenia nas, wszystkich pracowników służby zdrowia w tym kraju. Najlepszy jednak przykład to wiadomość o ilości podpasek dla pań pielęgniarek okupujących kancelarię premiera... Przykre. Pracuję w zawodzie 25 lat, powoli dopada mnie zmęczenie i zespół wypalenia zawodowego. Czasami mam wrażenie, że pacjent nie lubi mnie, chociaż pracuję najlepiej jak potrafię. Przestaję lubić siebie, bo złości mnie, że muszę pracować za pensję w wysokości uposażenia oferowanego pomocnikowi murarza. To źle, że tak się dzieje. Nigdy nie będzie dobrym pracownikiem ktoś, kto przestaje lubić to, co robi. Czuję się upokorzona arogancką postawą decydentów – przecież podobno jesteśmy w stanie poradzić sobie, pomimo żenująco niskich płac... Z przerażeniem myślę jednak, jak będziemy sobie radzić na emeryturach, przecież wielu z nas zatrudnia się na umowach kontraktowych. Mamy chyba też prawo do choroby, do zmęczenia... A może nie dożyjemy tych emerytur? Pomijam wszelkie patologie trwające od lat w środowisku, znam je, nie akceptuję ich i chcę zmian.

Dzielę się swoimi odczuciami z przyjaciółmi. Czasami, w długich rozmowach, tłumaczą mi swój punkt widzenia sytuacji. Ostatnio nie wytrzymałam i... poprosiłam: napiszcie. Poniższy tekst napisała moja koleżanka – prawniczka. Być może warto przedyskutować nasz wizerunek, zobaczyć jak widzą nas inni...

Hanna Rozmysłowicz

Kierownik Zakładu Radiologii w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy

Negocjator w białym fartuchu

Mam wiele powodów, by lubić lekarzy, wiele powodów, by darzyć ich najgłębszym szacunkiem i wiele powodów, by sercem i rozumem być po ich stronie. Lubię ich, bo wielu z nich to moi znajomi, koledzy a nawet najbliżsi przyjaciele. Szanuję, bo z troską i oddaniem opiekowali się moimi Rodzicami, Dziadkami... wszystkimi, którzy już odeszli. I jestem po ich stronie, bo jeżdżąc przez kilka lat od szpitala do szpitala z coraz to bardziej chorą Mamą widziałam, jak szarpia się z bezsenssem tak zwanych procedur, jak po wielu godzinach dyżuru znajdują jeszcze uśmiech i dobre słowo. Przez wiele lat, opiekując się kolejno rodzinnymi starośnikami, nigdy nie napotkałam na żądanie, czy sugestię łapówki. Widzę, jak moja przyjaciółka – z doktoratem, długim stażem i ciągle się doksztalająca, żeby utrzymać poziom cywilizowanej egzystencji, pracuje od 7 rano do 18. I czasem myślę, że nie chciałabym być jej pacjentem o 17.30, bo chociaż wiem, że pierwszego i ostatniego „obsłuży” z taką samą starannością, ale... ludzka wytrzymałość ma swoje granice. I wiem, że jeśli lekarze walczą, to nie tylko o siebie, o swoje interesy (choć mają o co), ale także o mnie, pacjenta, którym każdy – prędzej czy później – będzie.

A jednak – popierając dążenia i żądania lekarzy, chciałabym wiedzieć, co miałowicie popieram. A nie bardzo wiem. Żądanie reformy systemu? Jasne, jest bezsensowny i głupi. Ale jaki ma być?

Z medialnego szumu trudno jest, nawet w miarę rozumnej i rożgarniętej osobie, za jaką się poczytuję, wyłowić istotny sens lekarskich propozycji.

Na co dzień obracam się w świecie biznesu i przez taki właśnie pryzmat patrzę na rozgrywane się zdarzenia i ich medialny przekaz. I jasno widzę to, czego lekarskie środowisko, niezależnie od swojej niewątpliwiej racji, ze szkodą dla siebie i dla samej sprawy, nie dostrzega. Żyjemy w takim świecie, że wszystko jest produktem na sprzedaż. Polityk jest produktem specjalistów od wizerunku. Sztab specjalistów mówi mu, co i kiedy należy mówić, a czego w żadnym razie nie, jak modulować głos, jaki kolor koszuli dobrze wygląda w świetle kamer, jaki krój kłap od garnituru wysmukla sylwetkę... i tak dalej. Ma zresztą rzecznika prasowego, który wyratuje go z opresji, kiedy polityk już całkiem goni w piętke. Klasycznym przykładem takiego produktu jest pewien mocno opalony wicepremier. Gwiazdy show biznesu są wytworami kosmetyczek, makijażystek, specjalistów komputerowych technik fotograficznych. Profesjonalna kampania reklamowa jest w stanie sprzedać każdy produkt. Sztuka prowadzenia negocjacji jest także skomplikowaną, trudną dziedziną wiedzy, z elementami psychologii, technik tak zwanego PR (public relations). No i są oczywiście media, które ten „towar” sprzedają. I taka sprzedaż rządzi się także swoimi prawami. Good news is no news, jak mawiają dziennikarze. Musi być sensacyjnie, zaskakująco, przekaz musi być mocny i dobitny.

I dlatego patrząc na to, jak po jednej stronie stołu siadają wygi, szkolone przez takie właśnie sztaby specjalistów, po drugiej zaś siostrzyczki w białych far-

tuskach i zmęczeniu, zestresowani trudną walką lekarze, nie jestem dobrej myśli. To się nie może skończyć sukcesem. Niestety, tak jest nasz świat urządzony, że racja, słuszność, rozsądne propozycje to o wiele za mało, by wygrać. Bo po pierwsze – każdy powinien robić to, co umie, do czego jest powołany. A lekarze powołani są do leczenia a nie do zajmowania się trudną sztuką negocjacji. A po wtóre – walczyć trzeba tą samą bronią. Są na rynku do kupienia usługi specjalistów, którzy po pierwsze zastąpią lekarzy i miłe siostrzyczki przy negocyjnym stole, postużą się wiedzą ekonomiczną, socjologiczną, prawną, zastosują żelazną logikę argumentacji, ale i delikatne techniki manipulowania przeciwnikiem (tak, tak, to też istotny element negocjacyjnej gry!), wyłożą i przeforsują swoją rację. Są też, co niemiennie ważne, specjaliści, którzy fachowo przeprowadzą kampanię medialną, podsuną dziennikarzom ciekawe, może też trochę sensacyjne materiały, które skierują sympatię widza we właściwą stronę. I równocześnie nauczą lekarskich związkowców, po pierwsze: jak w syntetyczny, spójny, przejrzysty, prosty, zrozumiały dla laików sposób przedstawić opinie publicznej lekarskiej koncepcji reformy, a po drugie: znajdą poważną gazetę czy stację TV, która to odbiorcom „sprzeda”. Zapewniam, że politycy sztukę manipulowania mediami, nawet tymi niezależnymi, opanowali do perfekcji. I stąd ten zgiefk, w którym głównie chodzi o zatarcie, zakrzyczenie istoty problemu, którego nie potrafią rozwiązać.

Ja zaś, i wielu podobnych mi ludzi, będąc sercem z Wami, wiem tak naprawdę, że chcecie reformy i że ma ona polegać na prywatyzacji i prywatnych ubezpieczeniach. I nic z tego nie rozumiem. Zupełnie sobie funkcjonowania tego systemu nie umiem wyobrazić. Wiem na pewno, że szpital to także firma, jak każda inna, wprawdzie jej nadrzędnym celem nie jest przynoszenie zysku, ale musi się rządzić zdrowymi, ekonomicznymi zasadami, bo inaczej jest skazana na zagładę. Tyle wiem, ale jak ma wyglądać reforma, dalebóg, nie wiem. A chciałabym. Nie zdobędziecie poparcia rozumnych ludzi, jeśli nie będziecie dla nich jasne, co popierają. Czy siedzącym po jednej stronie stołu lekarzom i pielęgniarkom chodzi w istocie o to samo, czy walczą o tę samą sprawę, czy też, jak sugerują media, interesy są rozbieżne, bo lekarzom chodzi o reformę i prywatyzację a pielęgniarkom o podwyżki w państwowej służbie zdrowia? Czy dla lekarzy ważniejsza jest walka o reformę, a uzdrowienie systemu przyniesie normalność także w sferze płac, czy też najpierw chcą podwyżek, a reformy za chwilę? Nikt z lekarzy tego jasno ludziom nie wyjaśnił. A kiepsko się negocjuje, jeśli każdy ma inny cel.

Na razie media nagłaśniają sprawę podwyżek. Ale to po pierwsze za mało, po drugie dramatycznie splota problem, po trzecie – często niestety budzi sprzeciw. Bo kiedy wczoraj rozmawiałam z majstrem,

który robi mi remont domku na działce, powiedział – to może prawda, że Pani przyjaciółka zarabia dwa tysiące. Ale jak byłem parę lat temu w szpitalu na operację kręgosłupa, profesor właściwie oficjalnie przyjmował długą kolejkę prywatnych pacjentów (tych szpitalno – prywatnych), a za operację trzeba było zapłacić oddzielnie. Takie zjawiska były i pewnie są, nie da się zaprzeczyć. Nie miejsce tu, by mówić o ich przyczynach, ale jeśli rzecz sprowadza się tylko do podwyżek, budzi to takie właśnie reakcje. I jeszcze coś – sytuacja jest dramatyczna, lekarze uciekają się do dramatycznych środków naciśku. A nie ma nic bardziej dramatycznego, niż położenie na szali własnego zdrowia, niewątpliwie narażonego na szwank przez głodówkę. Taka decyzja budzi szacunek i uznanie. W niczym jednak nie wolno przeszarżować, bo zawsze obróci się to przeciwko temu, kto przekroczy granicę. Kiedy widziałam w TV nosze z chorymi, bezradnymi starówkami, przewożonymi do innych szpitali, wyobraziłam sobie, co bym zrobiła, gdyby to była moja Mama. A jako rzekłam, najeżdżałam się z nią, coraz bardziej schorowaną i cierpiącą po wielu szpitalach. I nie mam cienia wątpliwości – z pazurami skoczyłabym do oczu każdemu, kto by się ośmielił ją szarpać, gdzieś taszczyć, narażać na stres, a choćby tylko uciążliwość takiej ewakuacji. I nic by mnie nie obchodziło tłumaczenie, że jej życie nie jest zagrożone. Nie ma przyczyny,

dla której byłabym gotowa taką sytuację zaakceptować.

To wszystko, o czym mówię, na pewno nie przesądzi o wygranej. Bo są to naroste od lat patologie i bezsensy, bo wymaga mnóstwa pieniędzy, bo wreszcie ostatnie słowo należy zawsze do tej drugiej strony, która niestety zawsze będzie najpierw myśleć o głosach wyborców a dopiero potem o czymkolwiek innym. Ale od tego, po której stronie negocyjacyjnego stołu będzie sympatia ludzi, w bardzo dużej mierze zależy, ile się uda uzyskać. I dlatego te trzy rzeczy są tak bardzo ważne – profesjonalne prowadzenie negocjacji, jasny przekaz swoich racji i koncepcji i liczenie się także z uczuciami pacjentów oraz ich rodzin.

A na koniec jeszcze taki drobny argument – może się w negocjacjach przyda. To prawda, że konstytucja gwarantuje każdemu ochronę zdrowia i leczenie. Ale nic tam nie ma o wikcie i opierunku. A każdy szpitalny pacjent musiałby, leżąc we własnym, domowym łóżku mieć prześcieradło i poduszkę, a nawet czasem je wyprać, kupić jedzenie i je ugotować, zapalić lampę, ogrzać dom, sprzątnąć i tak dalej. Więc niby czemu w szpitalu ma to dostawać za darmo? Niech opieka społeczna zapłaci za swoich podopiecznych, ale dlaczego ja mam to na ten przykład dostawać za darmo? Wcale nie chcę.

I trzymam za Was mocno kciuki. Oby się udało, choć trochę.

Imię i nazwisko znane redakcji

Pracuję w Anglii

Z oddalenia

Zbigniew Kirkor

Z uwagą śledzę rozwój strajku kolegów – lekarzy w Polsce. Jako lekarz pozwalam sobie zabrać głos w sprawie stanu polskiej służby zdrowia. Oczywiście, ktoś mógłby mi zarzucić, iż piszę ten list z komfortowej pozycji emigranta w oderwaniu od krajowej rzeczywistości. Myślę jednak, że pewne oddalenie pozwala mi na szerszą perspektywę i nieco inne widzenie polskiej rzeczywistości.

Problem każdego systemu opieki zdrowotnej na świecie polega na potrójnym konflikcie interesów.

Potrójnym, albowiem każdy system opieki zdrowotnej ma trzech uczestników i potencjalnych beneficjentów. Pierwszym jest państwo zainteresowane tym, by świadczenia zdrowotne, które obiecano społeczeństwu, osiągnąć jak najmniejszym kosztem. Drugim są pracownicy systemu opieki zdrowotnej zainteresowani godziwym wynagrodzeniem, przyzwoitymi warunkami pracy i szacunkiem dla zawodu. I jest społeczeństwo, potencjalni pacjenci, którzy zainteresowani są otrzymaniem świadczeń na jak najwyższym poziomie, możliwie jak

najmniejszym kosztem i w możliwie jak najkrótszym czasie.

Każda z powyższych grup ma więc swoje własne potrzeby i oczekiwania. Część z nich jest wspólna, większość zdecydowanie nie. Dodatkowym problemem specyficznie polskim jest fakt, iż każda władza po roku 1989, niezależnie od szyldu, była (i jest!) władzą o rodowodzie związkowo-socjalistycznym (w rozumieniu filozoficznym, a nie ustrojowym) a więc prospołecznym. Żadna władza nie miała więc ani siły ani odwagi, by powiedzieć wprost społeczeństwu, iż nie wszystko i nie każdemu w opiece zdrowotnej się należy. Pamiętam, gdy w roku 1999 wprowadzano z wielkim hukiem tzw. reformę opieki zdrowotnej

sztandarowym hasłem było: „Koniec z kolejkami!”, a kontrakt z kasą chorych wymuszał dostęp do specjalisty w czasie nie dłuższym niż bodaj tydzień! I tak z jednej quasi – socjalistycznej fikcji wpadliśmy w drugą, tkwiąc w niej do dziś. Znamienne były słowa pani minister Cegielskiej, która obejmując urząd ministra zdrowia powiedziała, iż zreformowano już system finansowania opieki zdrowotnej, teraz nadszedł czas na reformę samego systemu. Reforma ta jednak nigdy nie zaistniała.

Lekarze w czasie tych lat podejmowali niezliczone próby zmian, jak dotąd bez większych sukcesów. Obecny strajk zawiera oczywiście hasła natury finansowej. Obawiam się jednak,

Dokończenie na str. 4

Dokończenie ze str. 3

iz ich spełnienie przyniesie jedynie krótkotrwałą, doraźną ulgę. Nadal bowiem tkwić będziemy w chorym systemie. Ekonomiczne symptomy tej choroby są oczywiste – niskie płace, zadłużenie placówek (choć nie wszystkich!!!), braki sprzętowe. Sądzę jednak, iż choroba systemu jest znacznie głębsza. Chciałbym poniżej przedstawić, w moim przekonaniu, kilka z owych symptomów. Zdaję sobie sprawę, że zapewne wkładam kij w mrowisko ale...

Izba lekarska. Izba powstała na fali zmian przełomu 1989 roku czy też jak lubią głosić jej twórcy, została reaktywowana po latach na wzór przedwojennego samorządu lekarskiego. I taką organizacją pozostała – nieco staroświecką, przedwojenną, odwołującą się do takiego wzorca etosu lekarskiego, który dziś trochę traci myśzką. Jednocześnie, w poczuciu misji, izba zaczęła przejmować funkcje od różnych urzędów administracji państwowej. Mamy dziś więc dziwaczny twór, ni to związek zawodowy, ni to samorząd, ni to urząd rejestracyjny. Nie twierdzę, że izba nie ma racji bytu. Twierdzę natomiast, iż w tej formie z pewnością nie jest reprezentantem środowiska lekarskiego. Nie można bowiem połączyć w jedno urząd rejestracyjny, sądu, związku zawodowego i klubu. W Wielkiej Brytanii istnieje General Medical Council odpowiedzialny za wydawanie licencji zawodowych i posiadający moc licencji tych pozbawiania. GMC odpowiada także za opracowywanie generalnych standardów zawodowych. Nikt tej instytucji nie lubi, ale też nie jest ona do lubienia, tylko do pilnowania.

System szkolenia podyplomowego. Realia systemu są takie, że po uzyskaniu dyplomu lekarza można w zasadzie spocząć na laurach, oczywiście po drodze robiąc specjalizację. Ilu jest w Polsce lekarzy, którzy całe swoje życie zawodowe spędzili w jednej i tej samej instytucji, dobrze, jeśli chociaż o jako takiej renomie? Ilu lekarzy prowadzi choćby najprostsze badania kliniczne? Ilu publikuje? Jaki procent artykułów ukazujących się w polskim piśmiennictwie medycznym powstaje w tak zwanych szpitalach rejonowych? A z drugiej strony, jaki jest indeks cytowań polskich profesorów – klinicystów? Myślę, że wszyscy znamy odpowiedź na te pytania... Oczywiście, może ktoś powiedzieć, że to wynik braku czasu, pieniędzy. To wszystko prawda, ale nie cała. To brak spójnego systemu szkolenia podyplomowego i oceny lekarza.

Efektywność pracy. Pracując w Polsce mawiałem przewrotnie, że domagamy się zapłaty za zmęczenie, a nie za efektywność naszej pracy. Sądzę, iż niewiele się zmieniło.

Niewątpliwie lekarz w Polsce jest przemęczony. Ale czy z powodu ogromu wykonanej pracy czy z powodu walki z wiatrakami i załatwiania spraw, które do niego nie należą? Ale też chyba w żadnym cywilizowanym kraju dzień pracy szpitala nie jest tak krótki, jak w Polsce. Z tego, co pamiętam (mogę się mylić) szpital wielkości Szpitala na Zaspie wykonuje około 5.000 zabiegów rocznie. Porównywalny wielkością szpital, w którym pracuję (rejonowy) wykonuje ponad 30.000 zabiegów w ciągu roku. I tu powstaje dość niewygodne pytanie: co robią koledzy w liczbie kilkunastu na oddziale chirurgicznym, wykonującym sześć czy nawet dziesięć zabiegów dziennie? Obawiam się, że podniesienie efektywności pracy szpitali może przynieść bolesną konkluzję: że szpitali w Polsce jest za dużo. Być może także jest zbyt dużo lekarzy.

System ordynatorski. Tony papieru zużyto na krytykę tego systemu. Prawda jest natomiast moim zdaniem taka, iż system, jak system – ani dobry, ani zły. Niewątpliwie zaś w ogólnej patologii daje szerokie możliwości tejże patologii utrwalania. Wprowadzenie innego systemu (o czym poniżej) nie gwarantuje poprawy bez głębszych przemian całości.

Korupcja. Niedawno na łamach „Gazety Wyborczej” jeden z profesorów udowadniał, że korupcja w służbie zdrowia nie istnieje, bowiem według definicji korupcja jest przyjęciem korzyści w zamian za załatwienie czegoś niezgodnego z prawem, zwyczajami czy zasadami. Profesor argumentował, że w takiej sytuacji korupcją byłoby przyjęcie korzyści przez lekarza w zamian za... powstrzymanie się od leczenia! Dość karkołomny wywód, nie zmieniający faktu, iż zjawisko to jest w polskich realiach powszechne. Należy jednak odróżnić dwie sytuacje: przyjęcie korzyści za załatwienie miejsca w szpitalu, przyspieszenie zabiegu czy zakwalifikowanie do leczenia. Tu zjawisko korupcji jest oczywiste. Sytuacja druga ma miejsce, gdy pacjent zwraca się do konkretnego lekarza o podjęcie leczenia. Oczywiście lekarz, zgodnie nawet z Kodeksem Etyki Lekarskiej, ma prawo domagać się honorarium. Patologia zaczyna się w momencie, gdy lekarz ten podejmuje się leczenia za wynagrodzeniem, korzystając bezpłatnie z zasobów publicznej placówki. Kilkanaście lat temu jeden z ordynatorów chwalił się na łamach biuletynu gdańskiej izby, iż w jego szpitalu w Wejherowie wprowadzono system honorariów dla lekarzy, funkcjonujący obok etatowego systemu wynagrodzeń. Wymieniliśmy wtedy parę listów. Ja argumentowałem, że system zbudowany na patologii nie może być zdrowy, pan doktor zarzucał mi, że tkwię po uszy w socjalizmie. Jeśli moje przekonanie, że każde osiągnięcie zysku wiąże się z poniesieniem kosztów, uznamy za pogląd socjalistyczny, to rzeczywiście tkwię w nim głęboko. Obawiam

się, że ta patologia zakorzeniona jest bardzo głęboko i walka z nią będzie długa. Przyjęto się uważać, że jedynym sposobem rozwiązania problemu są: po pierwsze godziwe zarobki, po drugie prywatne ubezpieczenia. Obawiam się, że jest to myślenie życzeniowe. Wyższe zarobki, oczywiście, ale jeśli można zarobić więcej? Taka jest natura ludzka. Prywatne ubezpieczenia na pewną byliby ogromnym krokiem naprzód, nie tylko z powodu korupcji. Ale czy prywatne ubezpieczenie zmieni coś w sytuacji mieszkańca małej miejsciny czy powiatu? Nie sądę.

A teraz parę mitów, którymi minister zdrowia wymachuje niczym szablą.

System konsultancki, wzorowany na modelu brytyjskim. Podobnie jak system ordynatorski, ani dobry, ani zły. Jeśli funkcjonuje w normalnej rzeczywistości, to oczywiście sprawdza się z powodzeniem. Z pewnością nie da się go wprowadzić z dnia na dzień. To wymaga zmiany całego systemu szkolenia podyplomowego, filozofii funkcjonowania oddziału i szpitala, rozwiązań prawnych, kwestii odpowiedzialności zawodowej. Nie jestem przekonany, czy warto ponosić koszty wprowadzania nowego modelu. Wierzę bowiem, że w normalnie funkcjonującym systemie opieki zdrowotnej system ordynatorski nie musi być zły. Z pewnością zaś, wbrew temu co zdaje się sugerować pan minister, model konsultancki nie jest lekiem na całą patologię. Jest odebranym fragmentem większej całości.

Koszyk świadczeń gwarantowanych. Powiem szczerze, że nie bardzo rozumiem o co chodzi. Istnieje przecież katalog świadczeń NFZ i – moim zdaniem – nie jest to nic innego jak koszyk świadczeń gwarantowanych! Obawiam się, że błąd logiczny polega na tym, że nie jest ważne CO się gwarantuje, ale JAK. Weźmy pierwszy z brzegu przykład. Jeśli pacjent ma rozpoznaną kamicę żółciową to jest oczywiste, że w razie zagrożenia musi być zoperowany natychmiast. Jeśli jednak nie ma żadnych objawów, dlaczego ma być zoperowany w ciągu na przykład tygodnia, a nie roku? Oczywiście, jeśli życzy sobie z jakichś względów, niekoniecznie medycznych, przejść operację wcześniej, może to zrobić w ramach prywatnego ubezpieczenia. Dzisiejsza patologia polega na tym, że to szpital jest najbardziej zainteresowany, by pacjenta zoperować (szczególnie na początku roku, potem już nie). Za zabieg bowiem otrzyma pieniądze z NFZ. Co z tego, że zabieg nie ma żadnego uzasadnienia, ani medycznego, ani ekonomicznego.

Trzymam kciuki za strajkujących. Życzę im, by osiągnęli wszystko czego potrzebują. Pozostają jednak pesymistą. Moje pokolenie, pracujących w tym zawodzie dwadzieścia lat, jest pokoleniem straconym...

Zmiany w Bizielu



Szpital uniwersytecki?

Wojewódzki Szpital im. Jana Biziele oprócz swojej podstawowej misji – świadczenia usług medycznych na rzecz mieszkańców regionu, od lat jest także bazą dydaktyczną dla studentów bydgoskiego Collegium Medicum. Uczelnia ma tam już swoje kliniki i planuje następne. Oddziałem klinicznym ma stać się m.in. reumatologia i oddział ratunkowy. Powstanie także kliniczny zakład foniatrii. Od dawna CM liczy na jeszcze jedną zmianę w Bizielu – przekształcenie placówki w szpital uniwersytecki. Na razie zrobiono w tej sprawie kolejny krok – 13 sierpnia rektor UMK prof. Jamiołkowski, prorektor ds. CM prof. Małgorzata Tafil-Klawe, marszałek Piotr Całbecki i wicemarszałek Edward Hartwich podpisali list intencyjny, w którym zakładają przejęcie przez UMK trzech lecznic: bydgoskiego Szpitala Biziele, Wojewódzkiego Szpitala w Toruniu oraz toruńskiego Szpitala Dziecięcego. To na razie tylko intencje. We wrześniu decyzję w sprawie zmiany sztytułu trzech placówek ma podjąć Sejmik Województwa i Senat UMK. Przeszkodą w szybkim jej podjęciu może stać się niezbyt dobra kondycja finansowa lecznic.

Z ISO i po remoncie

Na razie Wojewódzki Szpital im. Biziele sztytułu nie zmienił. Zmienia się za to od wewnątrz.

28 czerwca otrzymał certyfikat ISO 9001:2000, potwierdzający wprowadzenie w jednostce systemu zarządzania jakością w zakresie świadczenia usług medycznych stacjonarnych i ambulatoryjnych, diagnostyki, leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji, profilaktyki prozdrowotnej, ratownictwa medycznego, prowadzenia działalności naukowo-badawczej i wdrażania nowych technologii medycznych.

Tego samego dnia, po generalnym remoncie, otwarto dwa oddziały: Kliniczny-Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych oraz Neurologii i Leczenia Padaczki z Pododdziałem Udarowym.

Pierwszy, kierowany przez prof. Zbigniewa Bartuzi jest jedynym oddziałem klinicznym o profilu alergologicznym w Polsce północnej. Tu remont trwał pół roku. „Po starym oddziale nie zostało nic – mówi profesor – Mury skuto do cegieł! Klinika nabrała zupełnie nowego charakteru. Mamy teraz 40 łóżek, 5 specjalistycznych pracowni, salę intensywnego nadzoru”. Oddział diagnozuje i leczy choroby alergiczne, głównie układu oddechowego i pokarmowego oraz zajmuje się diagnostyką i leczeniem chorób wewnętrznych. W ramach jednostki funkcjonują: Pracownia Immunologiczno-Alergologiczna, Pracownia Endoskopowa

i USG, Pracownia Badań Czynnościowych Układu Oddechowego, Przychodnia Alergologiczna.

Drugi oddział, kierowany przez dr n. med. Barbarę Maślowską diagnozuje i leczy osoby ze schorzeniami układu nerwowego. Specjalizuje się w leczeniu chorych z udarami mózgu oraz padaczką. „Jako jedyni w regionie prowadzimy trombolityczne leczenie udaru mózgu. – podkreśla doktor Maślowska – Dzięki niemu pacjent po udarze szybciej odzyskuje sprawność. Musi jednak trafić do nas w ciągu trzech godzin od wystąpienia pierwszych objawów udaru.” Oddział dysponuje komputerowym aparatem EEG i jedyną w kujawsko-pomorskim Pracownią Video EEG, gdzie monitorowani są pacjenci z padaczką. „Trafiają do nas chorzy z padaczką lekooporną, z częstymi napadami. Dzięki video EEG możemy zweryfikować postawione rozpoznanie. – mówi doktor Joanna Szeffe – Wkrótce na naszej stronie internetowej dostępne będzie skierowanie, by lekarze neurologów mogli kierować do nas swoich pacjentów.” W ramach 38 łóżkowego Oddziału funkcjonuje także Poradnia Neurologii i Leczenia Padaczki z Poradnią Chorób Naczyń Mózgu.

Agnieszka Banach

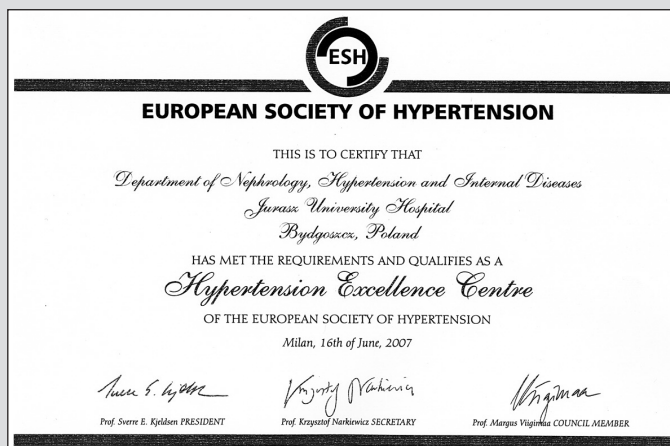
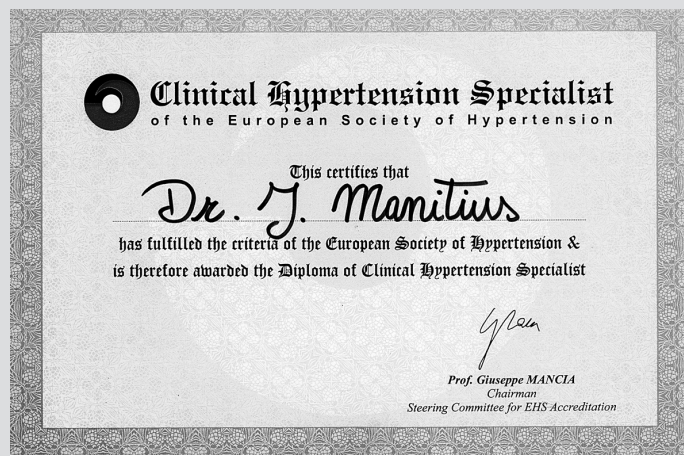
Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego Collegium Medicum w Bydgoszczy uzyskała certyfikat

Hypertension Excellence Centre

To znaczące wyróżnienie wręczone przez Europejskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego (ESH) w czasie 17th European Meeting On Hypertension w czerwcu br. w Mediolanie świadczy o docenieniu dotychczasowej działalności dydaktycznej i naukowej Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Klinika ma akredytację do prowadzenia specjalizacji z hipertensjologią, a w chwili obecnej specjalizuje się w niej 5 lekarzy.

Uznanie pozycji ośrodka przez ESH jest rezultatem konsekwentnego rozwoju jednostki, czego wyrazem było też uzyskanie kilka lat temu przez kierownika Kliniki prof. dr. hab. med. Jacka Manitiusa dyplomu Europejskiego Specjalisty Nadciśnienia Tętniczego.



Nagroda za najlepszą pracę konkursową

W dniach 29.06–01.07.2007, w Istambule, odbył się 8. Zjazd Europejskiego Forum Żyłnego (European Venous Forum). Do komitetu naukowego zjazdu nadesłano około 100 streszczeń z całego świata poświęconych tematyce chorób żył, spośród których tylko 30 zostało przyjętych do ustnego wygłoszenia podczas zjazdu.

Wśród zakwalifikowanych prac znalazła się także nasza praca pt. „Ocena hemodynamiczna żył biodrowych i jej wpływ na połączenie odpiszczelowo-udowe”. Badanie przeprowadził zespół Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej CM UMK w składzie: dr Paweł Brazis, dr Radosław Piotrowicz i prof. Arkadiusz Jawień, przy współpracy prof. Nicosy Labropoulosa z New Jersey.

Tradycją zjazdów EVF jest wyłanianie najlepszej pracy nadesłanej na kongres. W tegorocznym zjeździe tym zaszczytnym tytułem obdarzono naszą pracę, a nagrodą jest stypendium na wyjazd do Stanów Zjednoczonych na zjazd *American Venous Forum* w lutym 2008 roku celem wygłoszenia nagrodzonej pracy. Nagrodzenie naszej pracy na tak prestiżowym zjeździe było dla nas bardzo miłą niespodzianką.

W przeprowadzonym badaniu, które rozpoczęliśmy rok temu, oceniano za pomocą metody Duplex-scan występowanie refluksu w żyłach biodrowych i jego związek z okolicą żylnego połączenia odpiszczelowo-udowego. Aktualnie w rozwoju przewlekłych zaburzeń żylnych (PZZ) największą rolę przypisuje się dysfunkcji zastawek okolicy ujścia odpiszczelowo-udowego. Zgodnie z obecną wiedzą medyczną i najnowszą nomenklaturą, najczęściej w tej okolicy występują cztery zastawki: dwie w żyłę udową, zastawka nad-odpiszczelowa i pod-odpiszczelowa oraz dwie w żyłę odpiszczelową, zastawka terminalna i pre-terminalna. W naszym badaniu oceniliśmy refluks żylny u chorych we

wszystkich stadiach PZZ. Stwierdziliśmy, że refluks patologiczny w żyłach biodrowych występował aż w 40% przypadków, zwłaszcza u chorych ze zmianami żylnymi skóry goleni. Refluks żył biodrowych znacznie częściej współistniał z wstecznym przepływem w żyłę udową i żyłę odpiszczelową. Nasze wyniki wskazują, że uszkodzenia zastawek lub ucisk na poziomie żył biodrowych mogą odpowiadać za początek i nasilenie zmian hemodynamicznych w PZZ. Być może dokładna ocena żył biodrowych w praktyce klinicznej pozwoli przewidywać, którzy chorzy z żyłakami odniosą większe korzyści z leczenia operacyjnego, a u których ryzyko nawrotu żyłaków po zabiegu będzie większe w wyniku cofającego się słupa krwi z miednicy w kierunku połączenia odpiszczelowo-udowego.

Oprócz sesji naukowych na zjeździe EVF w Istambule odbyły się liczne wykłady szkoleniowe wygłaszane przez zaproszonych wybitnych specjalistów w dziedzinie flebologii z całego świata. Poruszały one złożone zagadnienia dotyczące m. in. prewencji i leczenia żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej, patogenezy i leczenia PZZ.

Obok bogatej części naukowej zjazdu nie zabrakło czasu na chwilę odpoczynku. Po pierwszym dniu obrad zorganizowano wycieczkę statkiem po przepięknym Bosforze do Morza Czarnego. Z kolei w drugim dniu niektórzy uczestnicy zjazdu mogli podziwiać występ słynnego tureckiego zespołu tanecznego Anatolia Fire.

Obszerna i różnorodna tematyka oraz rosnąca liczba uczestników corocznych zjazdów EVF są odzwierciedleniem dużego zainteresowania i szybkiego rozwoju flebologii w ciągu ostatnich lat, zarówno w Europie, jak i na świecie.

*Paweł Brazis, Radosław Piotrowicz,
Arkadiusz Jawień*



Włocławskie Stowarzyszenie
Lekarzy Stomatologów
zaprasza na kolejne
KURSY
do Ciechocinka

13 października

Temat kursu: **Kompleksowe postępowanie w leczeniu chorób przyzębia**. Wykładowca: prof. dr hab. Marek Ziętek – kierownik Katedry i Zakładu Periodontologii AM we Wrocławiu, Prezydent PTS.

10 listopada

Temat kursu: **Osteointegracja – podstawa implantoprotetyki. Protezy overdenture oraz inne rodzaje uzupełnień braków częściowych**. Wykładowca: prof. dr hab. Maciej Romanowicz – kierownik Katedry Protetyki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Kurs organizuje – Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej. Szkolenie odbędzie się w sali konferencyjnej Sanatorium Kolejowego w Ciechocinku przy ul. Zdrojowej 17. Początek siedmiodziesiętnych zajęć o godzinie 10.00.

Uczestnicy wcześniejszych kursów w Ciechocinku wnoszą opłatę w wysokości 220zł; pozostali – 250zł (koszt szkolenia + obiad).

Wpłaty na konto: 06 1020 5170 0000 1202 0065 1620, Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, 87-800 Włocławek, ul. Królewiecka 1a/2.

Za uczestnictwo w szkoleniu wydawane będą rachunki oraz zaświadczenia z przyznanymi – **7 punktami edukacyjnymi**.

Przy zgłoszeniu prosimy o wypełnienie i przesłanie Internetem formularza znajdującego się na stronie internetowej www.stomatologia.edu.pl lub przesłanie zgłoszenia – zawierające dane konieczne do wystawienia rachunku – pod adresem: Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, 87-800 Włocławek, ul. Królewiecka 1a/2.

Informacje i zgłoszenie uczestnictwa: (054) 231-51-57, 231-04-16.

DORADCA PODATKOWY

*mgr inż. Sławomir
Jacek Rogalski*

(nr wpisu na listę krajową – 05537)

• prowadzenie rozliczeń podatkowych
kontraktów lekarskich – stała umowa

- rozliczenia z ZUS-em
- rozliczenia roczne
- doradztwo podatkowe

BIURA

Fordon, ul. Duracza 16a/1
tel. 344 36 34

Błonie, ul. Szubińska 15
tel. 37 307 87

tel. kom. 0602 386 581

e-mail: rogalski@box.net.pl

DO WYNAJĘCIA GABINETY LEKARSKIE
Fordon obok Lidla i Hypernowej
tel. (052) 344 36 34

KANCELARIA PODATKOWA

ZYSK

mgr Wiesława Kozłowska

doradca podatkowy
(Nr wpisu Min. Fin. 04150)

❖ usługi księgowe

❖ doradztwo podatkowe i finansowe

❖ rozliczenia podatkowe kontraktów lekarskich

ul. Zduny 8, 85-055 Bydgoszcz
tel./fax (0-52) 322 29 67
tel. kom. 0606 767 244
e-mail: info@zysk.net.pl
www.zysk.net.pl

Szkoła Językowa „Angielski w medycynie” „Język angielski dla pielęgniarek”



- mamy wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu kursów dla lekarzy,
- zachęcamy do tworzenia własnych grup (min. 5 osób),
- oferujemy atrakcyjne ceny i warunki płatności.

tel. po godz. 14.30 – 052 342 03 81
kom. 692 461 711

Bydgoszcz, ul. Polczyńska 3 (Bartodzieje)

www.masterszkola.prv.pl

Kursy, proszę Pana Ministra

Nauka w ramach podyplomowego kształtowania zorganizowanego, jak i samokształcenia, jest wpisana w podstawowe obowiązki lekarzy. Odpowiednie adnotacje znajdują się już w przysiędze Hipokratesa, jak i innych różnej rangi rozporządzeniach i przepisach.

Na poziomie odpowiadającym kolejnym stopniom zaawansowania i rozwoju kariery zawodowej organizowane są, adekwatnie przygotowane pod względem treści i programu, kursy. Ta działalność ubrana jest w ramy organizacyjne ośrodków, takich jak WODKM i CMKP na poziomach wojewódzkim i centralnym. Wydaje się, iż wszystko działa prawidłowo. Dlaczego więc zauważamy coraz mniejsze zainteresowanie tym systemem kształcenia? Jakość czy tematyka proponowanych zajęć jest niezadowolająca? Młodzież medyczna gorsza?

Wydaje się że nie, problem tkwi, oczywiście, w pieniądzu. Dawniej szkolenia odbywały się bezpłatnie ze zwrotem kosztów dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania. Obecnie lekarz ma szczęście, gdy dyrekcja usprawiedliwi absencję w pracy. Na poziomie specjalizacyjnym większość kursów nadal pozostała bezpłatna. Ale już poziom wysokospecjalistyczny jest dla większości lekarzy, którzy osiągnęli odpowiednio kwalifikacje zawodowe i naukowe, praktycznie nieosiągalny. Szkolenie zagraniczne, na którym koszt uczestnictwa wynosi 8 tys. USD i drugie tyle dojazd i utrzymanie, przekracza możliwości większości chętnych. Nie słyszałem o uczciwych egzaminach konkursowych (język, test wiedzy merytorycznej) kwalifikujących do wyjazdu, chociaż wiem o refundacjach przydzielonych niektórym kolegom. Wyjściem z sytuacji wydawały się możliwości wsparcia z strony firm farmaceutycznych zarówno dla kolegów najmłodszych chcących szkolić się w kraju, jak i tych starszych – za granicą. Ścieżka ta została jednak skutecznie ośmieszona przez mass media, przy aktywnym wsparciu władz z Ministerstwem na czele. Sprawy momentami przydaje się wręcz posmak kryminalny. Oczywiście, znamy kolegów reprezentujących kraj na zjazdach międzynarodowych, którzy słowa w obcym języku wypowiedzieć nie potrafią, lub takich, którzy z kursów nic – prócz opalenizny – nie przywieźli. Cóż więc mamy czynić: początkujących nie stać na utrzymanie się w obcym mieście przez dwa tygodnie (miesięczna pensja), starszych na wyjazd. Czy władze mają zamiar w ten sposób ograniczyć dostęp do wiedzy i spowolnić wprowadzanie nowych procedur medycznych (na ogół droższych), bo znaczenie czynnika ekonomicznego wydaje się tu ważne. Należy jednak pamiętać, że wszystko ma swoje granice. Pan – Panie Ministrze w swoim godnym podziwu życiu zawodowym skorzystał z wszystkich wymienionych możliwości kształcenia, ze stypendium w USA włącznie. Proszę dać nam szansę, jeżeli nie dorównania sobie, to przynajmniej zmierzenia się z wyzwaniem, nawet jeśli reprezentujemy mniej ważne dyscypliny medycyny niż kardiocirurgia.

Jerzy Kochan

Lato oprócz zmiennej pogody przyniosło wiele zmian politycznych. Kaprysy pogody też ponoć spowodowane są przez ludzi. Muszę przyznać, że niechętnie piszę o polityce, ograniczę się więc jedynie do stwierdzenia, że niezwykle cieszę się z tego, że będą wybory. W bodaj czerwcowej „Wiedzy i Życiu” ukazał się ciekawy artykuł o Rewolucji Francuskiej. Żeby pozostać w klimacie frankofońskim: istne „désà vu”. Szczytne hasła, bajania o wolności, równości, sprawiedliwości a potem gilotyna i ścinanie głów niedawnych przyjaciół. Musiało chyba Robespierrowi czy Dantonowi brakować nowoczesnej techniki rejestracji dźwięku, badań DNA w kierunku ojcostwa i podobnych zabaw za pieniądze podatnika. Może by przeżyli. Pocieszające z owej lektury to, że główni kaci też położyli głowę. Dziś dla mnie ową gilotyną będzie urna wyborcza. O jakże chętnie zabawię się w kata!

Krwiodawcy i jakobini

Wojciech Szczęsny

Lecz nie te sprawy wstrząsnęły mną najbardziej. W działanie polityka wpisane jest kłamstwo lub, eufemistycznie nazywane, mijanie się z prawdą. Nawet potomkowie Savonaroli kłamią jak z nut, zaprzeczając oczywistym faktom (nagranym, zmieniając groteskowo znaczenie słów wypowiedzianych przez „proroka”). A przecież napisane jest w Piśmie: „Niech wasza mowa będzie: Tak, tak; nie, nie. A co nadto jest, od Złego pochodzi. (Mt 5:33-37)”. A swoją drogą, gdybyż Savonarola miał radiostację...

Kłamstwo wpisane w działanie polityka – tak, ale czy lekarza? A jednak, jeśli jest się już blisko władzy, będąc przy okazji lekarzem, owe i tak już dość subtelnie znaczone granice prawdy i ohydne kłamstwa zaczynają się zacierać. Znakomitym przykładem jest niejaka Hanna Wujkowska. Pani owa zajmuje (mam nadzieję, że już nie) stanowisko (uwaga!) „doradcy ministra edukacji ds. promocji ochrony życia w szkole”. Tak na marginesie, dowiedziałem się przy okazji na co mniej więcej idą moje podatki. Nie sądzę bowiem, żeby była to funkcja społeczna. Pozostawiam PT Czytelnikom ocenę zasadności takiego etatu w ministerstwie. Otóż pani „doradca” wypowiedziała się w sprawie krwiodawstwa. Krwiodawstwa honorowego. Był tylko jeden szkopał. Akcja miała miejsce na „Przystanku Woodstock”.

Nigdy nie wypowiadałem się na temat spraw, których nie znam lub nie widziałem na własne oczy. Nie potępiam filmów na których nie byłem w kinie, ani też nie oceniam książek, których nie przeczytałem. Wiem, że wielu to nie przeszkadza, ale mnie owszem. W Kostrzynie była moja córka ze swoim przyjacielem. Jak setki innych młodych ludzi oddali krew. Za darmo, choć 20 km od tego miejsca dostaliby za nią niemałe sumy w euro. Wiem jak zorganizowana była akcja oddawania krwi. Spełniono wszystkie normy, jak w każdym innym miejscu. Zebrano olbrzymią ilość tego „daru życia”. Dzieje się to w okresie, gdy lekarze (wśród nich ja) namawiają rodziny pacjentów do oddawania krwi, bo to warunkuje zabieg. Dzieje się to w kraju, gdzie okresowo przesuwają się zabiegi, ze względu na brak krwi. I nagle lekarz na ministerialnym stanowisku mówi: „Uczestnicy Woodstocku (oby nie pijani czy znajdujący się pod wpływem narkotyków) mogą oddać i, jak słyszymy, oddają „honorowo” krew – dar życia. Honorowe oddawanie krwi ma wymiar ponadczasowy, symboliczny, ale też bardzo konkretny i aktualny.

Oddać krew dla kogoś to znak poświęcenia, oddanie jakby części samego siebie. Polacy nigdy nie skąpili tego daru z siebie dla innych i dla swoich. Szczególnie w sierpniu przychodzi czas na taką refleksję – Powstanie Warszawskie, Cud nad Wisłą... Pamiętając i czcąc bohaterów tamtych dni, włączamy się w obchody rocznic, wielu podejmuje trud pielgrzymowania do sanktuariów maryjnych, czyni postanowienia abstynenckie. Te słowa można by pominąć, jako mające chęć chorego umysłu lecz następne stanowią już zagrożenie; „Istnieje możliwość wystąpienia zjawiska „okienka serologicznego”, kiedy to pomimo ujemnych testów wirus we krwi się znajduje i ta krew jest niebezpieczna dla potrzebujących. Honorowo oddawać krew mogą ludzie zdający sobie sprawę z odpowiedzialności, jaka ciąży na każdym, który może świadomie zarazić drugiego człowieka chorobą zakaźną. Dlaczego na Woodstocku w ogóle ma miejsce to zdarzenie?! Jakie przestanki kierują osobami wydającymi zezwolenia na tak dwuznaczną akcję? Jeśli powodem jest zbyt mała ilość krwi w bankach, należy udać się do środowisk, które nigdy nie zawiodły i które w sposób trzeźwy podejmują decyzję o oddaniu krwi”. Tak na marginesie ciekaw jestem jakie „środowiska” miała na myśli p. Wujkowska. Czy po przeczytaniu tych słów prosty człowiek nie będzie obawiał się otrzymać krew? Może przecież dostać krew od narkomana z HIV lub innym wirusem z jakiegoś tam okienka. To mówiąc przecież taka mądra p. doktor w „jedynej polskiej gazecie”. Ani moja córka, ani jej chłopak, czy ich przyjaciele nie biorą narkotyków, nie palą nawet papierosów. Oddali krew, bo chcieli komuś pomóc, bo tak czują. Nie walczą z bronią w rękę bo nie muszą. Swoją miłość do bliźniego chcieli wyrazić nie „pielgrzymując, czy podejmując postanowienia abstynenckie”, ale właśnie tak. I nagle ktoś zohydził ich czyn. Zrobiła to lekarka, moja koleżanka, człowiek wierzący w Boga, jak sama wielokrotnie powtarzała.

Napisałem do Prezesa Radziwiła. Odpowiedział, że sprawę skierowano do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej WIL. Zabawię się teraz w proroka. Słowa te piszę dnia 15.08. Nie stanie się nic. Rzecznik albo nie podejmie żadnego działania, albo szybko umorzy sprawę. Nasza „Gazeta Lekarska” nawet nie wspomni o tym wyjątkowo podłym czynie, albo dowiem się, że są to prywatne poglądy p. Wujkowskiej. A te wolno mieć w Polsce. W końcu walczyliśmy o to. Nieprawda?

Leczenie ostrych zespołów wieńcowych w województwie kujawsko-pomorskim w 2006 roku

Jacek Kubica

Najczęstszą przyczyną zgonów w województwie kujawsko-pomorskim są choroby układu krążenia (46,0%–47,3% w ostatnich 5 latach), na drugim miejscu znajdują się choroby nowotworowe (26,2%–27,5% w ostatnich 5 latach). Natomiast wśród chorób układu krążenia dominujące miejsce zajmuje choroba wieńcowa. Szczególnie wysokim ryzykiem obarczone są zaostrzenia tej choroby – ostre zespoły wieńcowe (OZW).

Statystyka ta, choć zatrważająca, przy porównaniu śmiertelności w chorobach układu krążenia w województwie kujawsko-pomorskim, na tle danych ogólnopolskich wypada jednoznacznie na korzyść naszego województwa (względna różnica – 23,4%, $p < 0,001$), potwierdzając w ten sposób skuteczność zastosowanego przez nas modelu współpracy i rozwiązań logistycznych.

Obecna sytuacja w zakresie leczenia chorych z OZW w woj. kujawsko-pomorskim jest konsekwencją wdrożenia pod koniec 2002 roku Nowoczesnej Strategii Leczenia Chorych z Ostрым Zawałem Serca oraz w 2004 roku Systemu Wczesnej Stratyfikacji Ryzyka Chorych z OZW. Oba wymienione przedsięwzięcia są od momentu ich wdrożenia koordynowane przez Klinikę Kardiologii i Chorób Wewnętrznych CM UMK.

W niniejszym raporcie przedstawiamy analizę leczenia chorych z OZW w szpitalach naszego województwa, która została oparta o dane pochodzące z Ogólnopolskiego Rejestru Ostрых Zespołów Wieńcowych koor-

dynowanego przez Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

■ Informacje ogólne

Ostre zespoły wieńcowe dzielimy na następujące postaci: zawał serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI), zawał serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) i dławicę niestabilną (UA). Dla potrzeb niniejszego raportu wszystkie szpitale podzielono na 4 grupy:

I – szpitale z 24 h dyżurem hemodynamicznym

II – szpitale z kardiologią inwazyjną bez 24 h dyżuru

III – szpitale z liczbą pacjentów z OZW > 100/rocznie

IV – szpitale z liczbą pacjentów z OZW < 100/rocznie

W 2006 roku liczba hospitalizacji w szpitalach województwa kujawsko-pomorskiego z powodu OZW wyniosła 7 494, w tym:

- OZW bez uniesienia ST – 5389 (71,9%)
- Niestabilna choroba wieńcowa – 3155 (42,1%)

- Zawał bez uniesienia ST – 2234 (29,8%)
- Zawał serca z uniesieniem ST – 2105 (28,1%).

Hospitalizację pacjentów z powodu OZW w poszczególnych grupach szpitali przedstawiono na ryc.1. Poszczególne grupy szpitali różniły się znacząco pod względem struktury wskazań do hospitalizacji chorych z OZW.

Analiza struktury wskazań do hospitalizacji chorych z OZW jest niezwykle ważna, ponieważ w dużej mierze determinuje ona prawidłowość procesu leczenia. W niniejszym raporcie dla oceny prawidłowości leczenia przyjęto obowiązujące w Polsce stan-

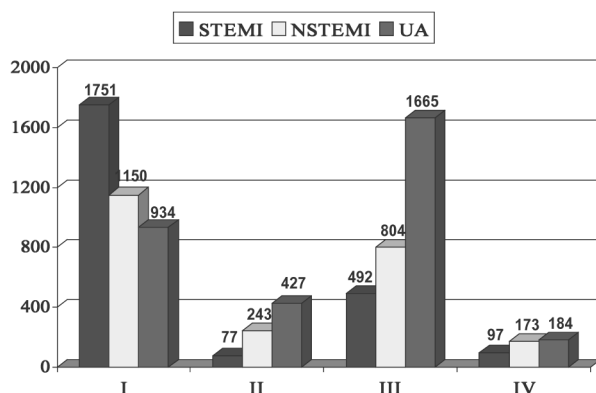
dardy Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Przedstawione poniżej analizy dostępności do leczenia, zgodności zastosowanej strategii terapeutycznej ze standardami oraz wyników leczenia w trzech grupach chorych obrazują sytuację w woj. kujawsko-pomorskim na tle Polski.

■ Analiza dostępności do leczenia, zgodności zastosowanej strategii terapeutycznej ze standardami oraz wyników leczenia chorych ze STEMI w województwie kujawsko-pomorskim

Zgodnie z obowiązującymi w Polsce standardami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego wszyscy chorzy ze STEMI, którzy trafiają do szpitala przed upływem 12 godzin od początku bólu zawałowego powinni być leczeni inwazyjnie w trybie natychmiastowym metodą pierwotnej angioplastyki wieńcowej. W ciągu pierwszych trzech godzin można także zastosować leczenie fibrynolityczne. Pomiędzy 3 a 12 godziną od początku bólu leczenie fibrynolityczne jest dopuszczalne jedynie w razie braku dostępności do metod inwazyjnych, jednak w naszym województwie taka sytuacja nie występuje, lub występuje sporadycznie w przypadku trudności z zapewnieniem odpowiedniego transportu (karetka R).

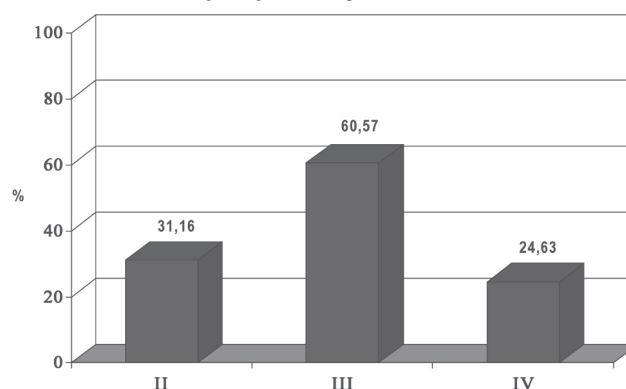
Jedynymi akceptowalnymi czynnikami, które obecnie mogą ograniczać dostęp do optymalnego leczenia chorych ze STEMI powinny być: czas od początku bólu do rozpoczęcia leczenia przekraczający 12 godzin oraz brak zgody chorego na proponowane leczenie.

Rodzaj środka a wskazania do hospitalizacji



- I – szpitale z 24h dyżurem hemodynamicznym
 II – szpitale z kardiologią inwazyjną bez 24h dyżuru
 III – szpitale z liczbą pacjentów z OZW > 100/rocznie
 IV – szpitale z liczbą pacjentów z OZW < 100/rocznie

Odsetek pacjentów ze STEMI przekazanych do leczenia inwazyjnego w 3 grupach ośrodków w woj. kujawsko-pomorskim



- II – szpitale z kardiologią inwazyjną bez 24h dyżuru
 III – szpitale z liczbą pacjentów z OZW > 100/rocznie
 IV – szpitale z liczbą pacjentów z OZW < 100/rocznie

W tym kontekście warto zwrócić uwagę na fakt, że odsetek chorych, którzy nie mogą być leczeni inwazyjnie, z uwagi na przekroczenie limitu czasowego (>12h), jest względnie niski i podobny we wszystkich ośrodkach (pomiędzy 12% a 13%). Możliwość dalszego zmniejszenia tego odsetka jest zależna od edukacji zdrowotnej, która poprzez zwiększenie świadomości społeczeństwa, spowoduje szybsze podejmowanie decyzji o wzywaniu pogotowia do chorych z bólem w klatce piersiowej.

W województwie kujawsko-pomorskim (K-P) postępowanie zgodne ze standardami (koronarografia w celu kwalifikacji do pierwotnej angioplastyki) wdrożono u 76,9% chorych ze STEMI, podczas gdy w Polsce (PL) średnio u 57,9%. Ostatecznie do pierwotnej angioplastyki zakwalifikowano odpowiednio: 71,5% (K-P) i 54,3% (PL) chorych. Jednocześnie w naszym województwie odnotowano nieco większą skuteczność zabiegów wynoszącą 93,2% w porównaniu z całym krajem (90,3%). Zwraca także uwagę bardzo niski odsetek (1,8%) chorych leczonych fibrynolitycznie, w porównaniu ze średnią w Polsce wynoszącą 7%. Te dane generalnie świadczą o dużej sprawności wdrożonego w naszym województwie systemu leczenia chorych ze STEMI. Niemniej jednak ciągle pozostają obszary, w których ta sprawność mogłaby być zdecydowanie lepsza. Dotyczy to między innymi chorych hospitalizowanych pierwotnie w ośrodkach nie posiadających możliwości leczenia inwazyjnego (Ryc. 2).

W województwie kujawsko-pomorskim odsetek chorych ze STEMI trafiających do jakiegokolwiek szpitala po 12 godzinie od początku bólu wynosi od 11,4% do 36,6%. W oparciu o te dane należy stwierdzić, że o ile odsetek chorych przekazanych do leczenia inwazyjnego z ośrodków z grupy III jest akceptowalny, chociaż nie optymalny, to współpraca z mniejszymi ośrodkami (grupa IV) jest wysoce niezadowolająca i wymaga wdrożenia pilnych zmian.

Komentarza wymaga także niski odsetek chorych przekazywanych ze szpitali posiadających – co prawda – pracownię hemo-

dynamiczne, jednak nie pracujących w trybie 24-godzinnej dyżuru (Ryc. 2.). Ośrodki te leczą inwazyjnie część chorych ze STEMI (trafiających w godzinach pracy), pozostałych odsyłają do ośrodków dyżurujących. Ocena, czy jest to strategia właściwa, wymaga analizy w kontekście wyników leczenia uzyskanych w poszczególnych grupach ośrodków.

Najlepszym miernikiem efektów leczenia jest bez wątpienia ocena śmiertelności. Porównanie śmiertelności w K-P i PL wypada jednoznacznie na korzyść naszego województwa (względna różnica – 23,4%, $p < 0,001$) potwierdzając w ten sposób skuteczność zastosowanego przez nas modelu współpracy i rozwiązań logistycznych (Ryc. 3).

Konieczna jest jednak dokładna analiza składowych uzyskanego wyniku końcowego (Ryc. 4). Jednym z ważniejszych czynników wpływającym na wyniki leczenia inwazyjnego szczególnie w grupie chorych ze STEMI jest doświadczenie lekarzy, determinowane liczbą wykonanych zabiegów. W wielu publikacjach zwracano uwagę na fakt, że im większe populacje chorych są leczone w jednym ośrodku, tym lepsze są wyniki tego leczenia. Dane dotyczące naszego województwa potwierdzają tę prawidłowość. Szpitale pracujące w trybie dyżuru 24-godzinnej uzyskały znacząco różne wyniki leczenia. Od bardzo niskiej śmiertelności (5,5%) w szpitalu wykonującym ponad 900 angioplastyk w ostrym zawałe serca do relatywnie wysokiej, wynoszącej średnio 11% w szpitalach wykonujących poniżej 300 takich zabiegów rocznie.

Biorąc pod uwagę fakt, że wyniki leczenia bezpośrednio zależą od doświadczenia poszczególnych lekarzy i całego ośrodka, wydaje się, że optymalna liczba chorych leczonych rocznie w jednym ośrodku zawiera się pomiędzy 500 a 1000. Taka liczba zapewnia także optymalne wykorzystanie możliwości pracowni hemodynamicznych i pododdziałów intensywnej opieki kardiologicznej. Realne potrzeby w zakresie leczenia chorych ze STEMI w województwie kujawsko-pomorskim należy szacować na

około 1700–1800 chorych rocznie. Jest to liczba chorych, która może być optymalnie leczona w istniejących ośrodkach z dyżurem 24-godzinny. Ewentualne zwiększenie tej liczby o kolejne ośrodki prawdopodobnie doprowadziłoby do pogorszenia wyników leczenia, nie poprawiając dostępności.

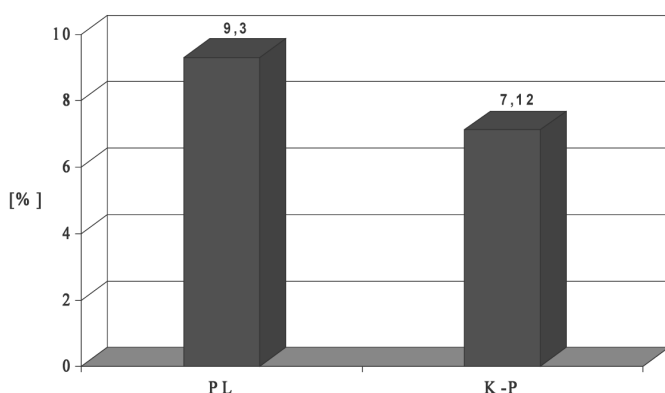
Wnioski

Potencjalna dostępność chorych ze STEMI do leczenia inwazyjnego w województwie kujawsko-pomorskim jest pełna, a możliwości obecnie funkcjonujących ośrodków są większe niż potrzeby w tej grupie chorych. Praktycznie występują relatywnie niewielkie ograniczenia wynikające z niezadowolającej współpracy pomiędzy niektórymi szpitalami oraz ze zbyt późnego zgłaszania się chorych z objawami zawału serca.

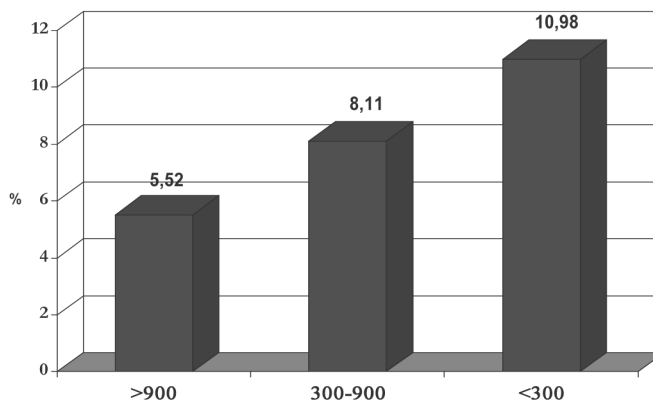
Zdecydowanie niższą śmiertelność wewnątrzszpitalną wśród chorych ze STEMI leczonych w województwie kujawsko-pomorskim w porównaniu ze średnią ogólnopolską należy wiązać z wyraźnie większym odsetkiem chorych leczonych inwazyjnie w naszym województwie.

Uzyskanie tak dobrych wyników leczenia było możliwe dzięki współdziałaniu wielu osób. Wszyscy ordynatorzy oddziałów kardiologicznych i internistycznych z terenu naszego województwa czynnie uczestniczyli w tworzeniu obecnie funkcjonującego jednolitego systemu leczenia chorych z zawałem serca. Zarząd Kujawsko-Pomorskiej Regionalnej Kasy Chorych, a później Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia stworzył podstawy finansowe systemu, a Urząd Marszałkowski wsparł nasze przedsięwzięcie poprzez zakup niezbędnego sprzętu do karet pogotowia. Lekarze Pogotowia Ratunkowego i lekarze dyżurni szpitali całego województwa umożliwiają codzienne leczenie chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi. System funkcjonujący w naszym województwie jest nie tylko zauważany, ale także doceniany w całej Polsce. Wszystkim osobom uczestniczącym w tym przedsięwzięciu, serdecznie dziękuję za zaangażowanie i zgodną współpracę.

Śmiertelność wewnątrzszpitalna w STEMI w Polsce i woj. kujawsko-pomorskim



Śmiertelność w STEMI w ośrodkach z kardiologią inwazyjną w zależności od liczby leczonych chorych





Kolejny przełom w medycynie zapobiegawczej

Nowa era w zwalczaniu nowotworów – pierwsza czterowalentna szczepionka przeciw HPV

Elżbieta Narolska-Wierczewska

Związek przyczynowo-skutkowy między zakażeniem HPV a występowaniem dysplazji nabłonka wielowarstwowego płaskiego szyjki macicy i raka szyjki macicy wykażały jednoznacznie badania epidemiologiczne i mikrobiologiczne. Dotychczas opisano ponad 200 typów HPV, spośród których około 15 powoduje zmiany nowotworowe szyjki macicy, szczególnie zaś typ 16 i 18 wirusa (ponad 70 % wszystkich identyfikacji wirusologicznych u chorych z rakiem szyjki macicy). HPV 16 odpowiada za rozwój raka płaskonabłonkowego, a gruczolakoraki wiąże się z przetrwałym zakażeniem HPV 18. Te same patogeny mogą być czynnikami etiologicznymi nowotworów prącia, odbytu oraz jamy ustnej i gardła u mężczyzn. HPV 6, 11, 42, 43 i 44, określane jako typy niskiego ryzyka, wywołują zazwyczaj zmiany łagodne, jak brodawki płciowe (kłykciny kończyste).

Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, Sekcji Patologii Szyjki Macicy, Kolposkopii i Cytologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Zwalczania Raka, Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Wakcynologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej na podstawie wyników badań klinicznych II i III fazy szczepionki tetrawalentnej, Charakterystyki Produktu Leczniczego (rejestracja EU i Polska) oraz aktualnych zaleceń ACIP(CDC) – Advisory Committee on Immunisation Practices (Centers for Disease Control and Prevention), ACOG – American College of Obstetricians & Gynecologists i AAFP – American Academy of Family Practitioners.

Szczepionka jest wskazana w zapobieganiu zakażeń wirusem HPV typu 6, 11, 16, 18, tj. rakowi szyjki macicy, zmianom przed-

wyżej 9 roku życia oraz chłopców w wieku 9–15 lat. Z możliwości uodpornienia czynnego p/w HPV 6/11/16/18 mogą korzystać również dziewczęta i kobiety od 13 do 26 lat, najlepiej przed inicjacją seksualną. Zalecenia dopuszczają szczepienia w sytuacjach szczególnych, tj. u:

- osób powyżej 26 roku życia,
- kobiet z zakażeniem HPV, w tym po przebytych/leczonych stanach CIN – pod warunkiem monitorowania stanu ich zdrowia oraz stosowania innych
- wymaganych sytuacją kliniczną interwencji,
- kobiet karmiących piersią,
- osób z obniżoną odpornością.

Przy kwalifikowaniu do szczepień w wymienionych powyżej grupach należy uzyskać od pacjentek (ów) pisemną, świadomą zgodę na podanie preparatu poza wskazaniami rejestracyjnymi. Celowe byłoby również wpisanie do dokumentacji zdrowotnej tych osób informacji o efektywności szczepienia.

Tak, jak w przypadku innych szczepień, nie zaleca się podawania preparatu osobom uczulonym na jakikolwiek składnik szczepionki i dzieciom poniżej 9 roku życia (przeciwwskazania stałe), kobietom ciężarnym oraz chorym gorączkującym, z innymi objawami ostrej infekcji czy też z zaostrzeniem choroby przewlekłej (przeciwwskazanie okresowe).

Nie wymaga się żadnych specjalistycznych badań przed szczepieniem, choć wskazane jest, by kobiety były zapytane o czas wykonania oraz wynik ostatniego badania cytologicznego.

Ze względu na poważne skutki infekcji HPV, przy możliwej aktualnie ich prewencji pierwotnej, istotnym elementem strategii uodpornienia czynnego p/w HPV jest uzyskanie wysokiego odsetka zaszczepionych dziewcząt (i chłopców). Jest to niemożliwe bez zaangażowania w kampanię szczepień lekarzy wszystkich specjalności oraz pielęgniarek i położnych. Wiąże się to przede wszystkim z posiadaniem współczesnej, opartej na badaniach naukowych, wiedzy zarówno na temat infekcji HPV, jak i swobodnego uodpornienia czynnego czyli szczepień. Niebagatelne znaczenie ma również osobista akceptacja szczepień jako formy zapobiegania

Typ HPV	Kobiety	Mężczyźni
6/11	>90% brodawek płciowych ~20% CIN 1 RRP*	>90% brodawek płciowych RRP*
16/18	~70% CxCa ~50% CIN 2/3 ~25% CIN 1 ~70% VIN 2/3 / VaIN 2/3 ~30% raka głowy i szyi	~85% raka odbytu ~50% raka prącia ~30% raka głowy i szyi

* Nawrotowa brodawczakowatość krtani

Zarejestrowana w Polsce kilka miesięcy temu szczepionka przeciw typom 6, 11, 16, 18 HPV to przełom w walce z licznymi postaciami zakażenia wirusem brodawczaka, szczególnie zaś z rakiem szyjki macicy. Skuteczność i bezpieczeństwo szczepionki tetrawalentnej potwierdzono szeroko zakrojonymi badaniami klinicznymi i terenowymi przeprowadzonymi w wielu krajach, w tym w Polsce.

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Profilaktyki Zakażeń HPV dotyczące stosowania czterowalentnej szczepionki profilaktycznej przeciw HPV typów 6, 11, 16 i 18 zostały opracowane przy udziale Polskiego

rakowym szyjki macicy (CIN 2/3), zmianom przedrakowym sromu (VIN 2/3) oraz brodawkom płciowym.

Aktualnie jedyna w naszym kraju szczepionka p/w HPV (o nazwie handlowej SILGARD, znana w niektórych krajach jako GARDASIL), jest dostępna od listopada 2006 roku. Podobnie jak wszystkie inne szczepionki, preparat można zakupić na receptę lub jako pełną usługę w punkcie szczepień zaopatrywanym przez hurtownie farmaceutyczne.

Grupą wskazaną do rutynowych szczepień są dziewczęta w wieku 11–12 lat. Szczepienia mogą być wykonywane u dziewczynek po-

szeregu niebezpiecznym chorobom zakaźnym i, jednocześnie, nowotworowym.

Dostępność szczepień p/w HPV w Polsce może ograniczać konieczność ich finansowania ze środków własnych i wysoka cena preparatu (400–500 zł za dawkę).

Z pewnością decyzja o tej specyficznej, choć bezsprzecznie bardzo korzystnej, „inwestycji” nie wynika wprost z zasobności portfela, lecz z wiedzy i potrzeb zdrowotnych, a przede wszystkim z odpowiedniej hierarchii wartości. Nie dotyczy to oczywiście rodzin o niskich i skrajnie niskich dochodach, dla których jedyną szansą na korzystanie ze szczepień zalecanych (czyli odpłatnych) jest ich opłacenie np. z funduszy samorządowych. Służby przeciwepidemiczne województwa kujawsko-pomorskiego podjęły już działania na rzecz podejmowania podobnych przedsięwzięć zdrowotnych przez lokalne samorządy. W przeszłości dobre doświadczenia w tym zakresie zanotowano na Kujawach i Pomo-

ru przy prowadzeniu programów szczepień p/w wzw B (t.zw. program „szkolny”) i szczepień w śwince – przed włączeniem ich w program profilaktyczny finansowany przez rząd (szczepienia obowiązkowe w grupach wiekowych).

Aktualnie szczepienia przeciw zakażeniom HPV typu 6, 11, 16 i 18 można wykonać w naszym województwie w około czterdziestu punktach szczepień (m.in.: w Bydgoszczy, Toruniu, Włocławku, Grudziądzu, Inowrocławiu, Brodnicy, Żninie, Gniewkowie, Koronowie, Tucholi, Aleksandrowie Kujawskim). Minimalne zainteresowanie profilaktyką czynną p/w HPV ma miejsce na terenie powiatów: sępoleńskiego, nakielskiego, lipnowskiego, golubsko-dobrzyńskiego i wąbrzeskiego.

Polecając koleżankom i kolegom szczepienie przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego jako najlepszy sposób na eliminację zakażeń o tej etiologii (szacowany spadek

ogólnej liczby zachorowań na raka szyjki macicy w granicach 76–96 % w ciągu 15–20 lat od rozpoczęcia szczepień, 100% skuteczności w badaniach klinicznych w ciągu 5 lat obserwacji w Polsce), mam nadzieję na większą ich realizację na terenie Kujaw i Pomorza.

Lepiej zapobiegać, niż leczyć – to dobra, etyczna i opłacalna dla nas wszystkich praktyka!

Zainteresowanych informuję, że pełne rekomendacje Polskiego Towarzystwa Profilaktyki zakażeń HPV zostały opublikowane w kwartalniku „Family Medicine & Primary Care Review” zaś rekomendacje PTG w „Ginekologii Polskiej”. Więcej o problematyce zakażeń HPV i ich zapobieganiu można znaleźć m.in. na stronie www.hpv.pl i www.mp.pl.

*Dr n. med. Elżbieta Narolska-Wierczewska
Specjalista pediatrii i epidemiologii
Kier. Działu Bieżącego i Zapobiegawczego
Nadzoru Sanitarnego WSSE w Bydgoszczy*

Karta żywienia klinicznego – temat kontrowersyjny?

Maciej Matczuk

*„...Oj, długo ty, długo, poleżysz w łóżeczku.
I nic jeść nie będziesz, kleiczek i basta.
Broń Boże kielbaski, słoninki lub ciasta.
– A myszki nie można? – zapyta koteczek –
Lub z ptaszka małego choć parę udeczek?
– Broń Boże! Pijawki i dieta ścisła!
Od tego pomyślność w leczeniu zawisła.”*

Stanisław Jachowicz
„Chory kotek”

„Zaburzenia stanu odżywienia – niedożywienie i otyłość – są najczęstszym odchyleniem od stanu zdrowia. Niedożywienie jest niezależnym, proporcjonalnym do stopnia nasilenia i najsilniejszym, obok niewydolności narządowej, czynnikiem ryzyka wystąpienia nowych chorób, powikłań leczenia i śmierci chorego. Otyłość sprzyja występowaniu chorób układu krążenia i cukrzycy, a pogarszając sprawność narządów i układów zwiększa chorobowość i śmiertelność w czasie leczenia innych chorób. Zaburzenia stanu odżywienia – niedożywienie i otyłość – są najczęstszym odchyleniem od stanu zdrowia. Niedożywienie jest niezależnym, proporcjonalnym do stopnia nasilenia i najsilniejszym, obok niewydolności narządowej, czynnikiem ryzyka wystąpienia nowych chorób, powikłań leczenia i śmierci chorego. Otyłość sprzyja występowaniu chorób układu krążenia i cukrzycy, a pogarszając sprawność narządów i układów, zwiększa chorobowość i śmiertelność w czasie leczenia innych chorób.”

Powyższe stwierdzenia zawarte we wstępie do Standardów Polskiego Towarzystwa Żywienia Poza i Dojelitowego precyzyjnie nasświetlają wagę problemu.

Rezolucja Rady Europy, standardy Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego, wytyczne Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego i Metabolizmu i szereg publikacji towarzystw naukowych, zajmujących się leczeniem żywieniowym, wskazuje na niedożywienie a szczególnie niedożywienie szpitalne jako jeden z największych i nierozwiązanych problemów współczesnej medycyny. „Leczenie żywieniowe” – to całość problemów związanych

z prawem człowieka do adekwatnego, do potrzeb, odżywiania. Składa się na nie: prawidłowa organizacja żywienia w szpitalach, nadzór nad jakością i sposobem „serwowania” posiłków, przesiewowa ocena stanu odżywienia, którą objęty powinien być każdy pacjent przyjmowany do szpitala oraz, w razie stwierdzenia występowania zaburzeń stanu odżywienia, interwencja obejmująca poszerzoną diagnostykę i sztuczne żywienie – zarówno drogą przewodu pokarmowego, jak i drogą pozajelitową.

O ile inne sfery działań medycyny traktowane są zazwyczaj z mniejszą lub większą starannością, to niektórzy lekarze i decydenci

traktują żywienie jako luksus, żeby nie powiedzieć fanaberię. Rozmawiając o prowadzeniu tego niezbędnego elementu leczenia usłyszeć można: „to ciekawe, ale nie mam czasu na takie zabawy”, „najpierw muszę opisać, zoperować, znieczulić, przyjąć a potem zobaczę co zlecę”, „kto mi za to zapłaci” a ze strony, decydentów: „nie stać nas (naszego szpitala) na to”. Zgodne z współczesną wiedzą medyczną stwierdzenie powinno brzmieć: „nie stać nas na nieżywienie, ponieważ zaniechanie prawidłowego leczenia żywieniowego prowadzi do wzrostu zachorowalności, śmiertelności, przedłużenia czasu pobytu w szpitalu i zwiększenia kosztów leczenia”. No, może nikt nie bawiłby się w piękne sformułowania, tylko określiłby problem dosadnie.

Mówi się, że żywienie pozajelitowe stanowi czwarty kamień milowy w rozwoju chirurgii. „Kamień” ten ma polskie korzenie. Twórca tej metody leczenia – profesor Stanley Dudrick – z pochodzenia Polak jest aktywnym lekarzem, wykładowcą i naukowcem, który zresztą kilkakrotnie odwiedził Polskę. Nieodparcie nasuwa się porównanie z innym, wcześniejszym kamieniem milowym – z czasami Ludwika Pasteura, który wy-

śmiewany był i krytykowany przez współczesnych (kto widział bakterie? przecież choroby biorą się z brudu, wilgoci, mokrej słomy itp.). Czyż nie tak samo patrzymy współcześnie w naszym kraju na problem leczenia żywieniowego? Zaznaczam: w naszym kraju, bowiem w większości krajów zachodnich problem zauważono już dawno – w szpitalach funkcjonują tam interdyscyplinarne zespoły leczenia żywieniowego. U nas, jeśli nawet są wpisane w statut szpitali, zazwyczaj są fikcją. A tak, jak niedożywienie jest wielkim nieuświadomionym problemem, problemem jest również nieprawidłowe leczenie żywieniowe. Generuje zarówno powikłania metaboliczne wynikające z niewiedzy, jak i powikłania septyczne, związane z koniecznością obsługi dostępu żylnego lub sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego.

Leczenie żywieniowe jest obecnie pełne mitów, wynikających z niewiedzy. Podstawowym jest mit o jego kosztowności (patrz wyżej), dalej: o konieczności głodzenia w okresie przedoperacyjnym – podczas, gdy wiele zachodnich towarzystw naukowych wprowadziło standard podawania węglowodanów drogą doustną, do 2h przed operacją – z udowodnioną korzyścią takiego postępowania. Kolejny mit związany jest ze szkodliwym działaniem pokarmu na zespolenia przewodu pokarmowego. Zarówno badania na modelach zwierzęcych, jak i obserwacje ludzi udowodniły efekt wręcz odwrotny: zespolenia, przez które zachodzi pasaż pokarmu goją się lepiej, większa jest w nich zawartość kolagenu, większa wytrzymałość na rozrywanie. Ciągłe kanonem jest wdrażanie żywienia w okresie pooperacyjnym – „po powrocie perystaltyki”. Co dany lekarz rozumie przez perystaltykę? – obecność objawów osłuchowych (burczenia w brzuchu). A co burczy? Gaz przesuwający się przez pętle jelitowe. Skąd

miałby wziąć się gaz w jelitach, jeśli założona do żołądka sonda odbarcza go w 100%, jeśli chory nie połyka powietrza z pokarmem? Dochodzi czasem do sytuacji, kiedy w żołądku zalega już nie ma, a „perystaltyki” jeszcze nie słychać. Gdzie w tym momencie podziewają się litry treści żołądkowej i jelitowej? Ale jakiegokolwiek żywienie niechybnie zespolenie rozerwie... mity można by cytować i cytować.

Profilaktyka jest zawsze tańsza od leczenia: warto więc prowadzić screening żywieniowy, czy lepiej leczyć niewydolność oddechową, zapalenie płuc, dróg moczowych, posocznice wynikającą z zaburzeń odporności, rozejście rany operacyjnej? Gdy się pojawia problem – przetoka, zaburzenia gojenia czy kolejne infekcje – szuka się ratunku i usprawiedliwia niepowodzenie cokolwiek, a chory jest po prostu wyniszczony... A więc, jaka jest odpowiedź na pytanie: co ja z tego będę miał? Po co? Kto to ma robić?

Na żywieniu poza i dojelitowym znają się wszyscy: chirurdzy, anestezjolodzy, gastroenterolodzy, interniści, pediatrzy. A kto powie: co to refeeding (można na to umrzeć)? Czy witaminy rozpuszczalne w tłuszczach można przetaczać w płynie wieloelektrolitowym? Jakie jest ryzyko, śmiertelność i koszt leczenia posocznicy odcewnikowej, jeśli centralną linię założyliśmy ot tak... Kto wie, dlaczego chory, który od dwu tygodni leży w szpitalu i nic nie je, nie stracił nic na masie? Jak zmienił się skład jego ciała? Ktoś zadał mi pytanie: co to jest żywienie pozajelitowe częściowe (niekompletne)? Odpowiadam: jest to żywienie, które drogą pozajelitową nie dostarcza wszystkich, niezbędnych składników. A jeśli nie dostarcza wszystkich, musimy wiedzieć, dlaczego właśnie tę metodę leczenia zastosowaliśmy. Uzasadnić to i udokumentować...

Tak jak nikt nie życzyłby sobie być operowanym na przepuklinę, kamicę pęcherzy-

ka żółciowego, czy nowotwór jelita grubego na korytarzu szpitala, przez lekarza nie będącego specjalistą w danej dziedzinie – ja nie chciałbym, aby moim metabolizmem „opiekował się” ktoś nie znający podstaw tej wiedzy. Nie każdy musi znać się na wszystkim, ale w każdym szpitalu powinna znajdować się osoba mająca przygotowanie merytoryczne w tej dziedzinie i mająca wpływ na leczenie żywieniowe. Powinien istnieć co najmniej zespół konsultacyjny – takie są założenia wynikające ze standardów i wytycznych. Do tego prawdopodobnie dąży NFZ. Czy można płacić za niewłaściwie, niezgodnie ze sztuką wykonaną procedurę? Pytania które postawiłem w poprzednim akapicie nie wzięły się z powietrza. Sam widziałem jak witaminy rozpuszczalne w tłuszczach – pod postacią emulsji lipidowej były przetaczane w PWE (i wiem że nie był to jednorazowy epizod). Jest to postępowanie nie przynoszące choremu żadnej korzyści (witaminy szybko rozkładają się pod wpływem światła), a wręcz niebezpieczne – emulsja ulega destabilizacji i może być przyczyną zatorowości. Nie dziwmy się, że NFZ stawia wymagania. Starajmy się natomiast rzetelną wiedzą sprawić, aby nie miał on podstaw do podważania wykonanych przez nas procedur. I obyśmy nigdy nie byli oskarżeni o błąd w sztuce. A czy „karta żywienia klinicznego” ma sens, czy jest tylko biurokratycznym wymysłem, niech każdy odpowie sobie sam...

Lek. med. Maciej Matczuk – jest pracownikiem Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy, od wielu lat zajmuje się leczeniem żywieniowym; jest współautorem „Standardów Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego” oraz członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego.

**Bydgoskie Towarzystwo Opieki
Paliatywnej razem z Akademią
Ekonomiczną w Poznaniu organizuje
STUDIUM PODYPLOMOWE
ZARZĄDZANIE
W OPIECE
ZDROWOTNEJ**

Zapisy oraz dodatkowe informacje o studium: Bydgoskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (poniedziałek – piątek; 8.00–15.00) tel: 052/344–22–26; portal internetowy Katedry Usług Akademii Ekonomicznej w Poznaniu www.uslugi.ae.poznan.pl lub www.arsprodendi.pl, witryna internetowa Polskiej Szkoły Medycyny Paliatywnej www.psmpl.pl

**Polska Akademia Nauk organizuje w Warszawie
w dniach 9–10 listopada 2007 międzynarodową konferencję
The Advancement of Science and the Dilemma
of Dual Use: Why We Can't Afford to Fail.**

Możliwość wykorzystania wyników badań naukowych w celach sprzecznych z ich założeniami (tzw. dual use, podwójne stosowanie) staje się niewątpliwie jednym z największych wyzwań dla współczesnej nauki. W konferencji udział wezmą wybitni polscy i zagraniczni eksperci. Będzie więc ona istotnym wkładem w dyskusję na temat dual use, która od pewnego czasu toczy się na arenie międzynarodowej. Można oczekiwać, że konferencja przyczyni się do zwiększenia zainteresowania tą problematyką całego społeczeństwa.

Szczegółowe informacje o jej planowanym przebiegu, telefony i adresy kontaktowe oraz formularz rejestracyjny znajdują się na stronie internetowej Polskiej Akademii Nauk: www.pan.pl.

Rejestracja praktyki lekarskiej

W kwietniu br. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich (Dz. U. Nr 60, poz. 409).

Rozporządzenie określa nowe wzory wniosków (do pobrania w biurze Izby lub na stronie www.bil.org.pl) oraz zaświadczeń o wpisie do rejestru praktyk, a także tryb postępowania w sprawach wpisu do rejestrów praktyk oraz sposób prowadzenia rejestrów w oparciu o dane, jakie powinny zawierać wnioski i zaświadczenia.

Tryb postępowania w sprawach wpisu do rejestrów praktyk poprzednio regulowało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2000 r. w sprawach wydawania zezwoleń i wpisu do rejestru praktyk (które utraciło moc z dniem 22 lutego 2005 r. na podstawie ustawy z dnia 2 lipca 2004 r.) oraz przepisy wprowadzające ustawę o swobodzie działalności gospodarczej.

Ta sama ustawa – Przepisy wprowadzające ustawę o swobodzie działalności gospodarczej – wprowadziła zmiany w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach leka-

rza i lekarza dentystry w części dot. prowadzenia praktyki lekarskiej (art. 49–56), o czym pisaliśmy w PNN w styczniu 2005 r.

Dla przypomnienia:

a) lekarz zamierzający prowadzić indywidualną lub specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania, musi złożyć w izbie lekarskiej następujące dokumenty:

- wniosek o wpis do rejestru indywidualnych lub specjalistycznych praktyk lekarskich (rozporządzenie określa nowe wzory wniosków);

- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej;

- dokumenty potwierdzające prawo lekarza do korzystania z pomieszczenia i środków łączności, w którym będą przyjmowane wezwania, będzie przechowywana dokumentacja medyczna, sprzęt medyczny;

b) lekarz lub lekarz dentysta zamierzający prowadzić indywidualną lub specjalistyczną praktykę lekarską, składa:

- wniosek o wpis do rejestru indywidualnych lub specjalistycznych praktyk lekarskich;

- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej;

- opinię o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie w danym pomieszczeniu określonych świadczeń zdrowot-

nych wydaną przez państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, właściwego ze względu na miejsce, w którym ma być wykonywana praktyka;

- dokument potwierdzający prawo lekarza do korzystania z pomieszczenia, w którym ma być wykonywana praktyka;

- umowę z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji, w przypadku gdy pomieszczenie nie jest wyposażone w sprzęt do sterylizacji, a lekarz ma zamiar udzielać świadczeń zdrowotnych przy użyciu narzędzi i sprzętu medycznego wymagającego sterylizacji;

c) lekarze lub lekarze dentyści zamierzający udzielać świadczeń w ramach grupowej praktyki lekarskiej obok wniosku o wpis do rejestru grupowych praktyk lekarskich oraz dokumentów wymienionych w pkt a) ppkt 3 lub b) ppkt 3, 4 i 5, składają:

- umowę spółki cywilnej lub partnerskiej;

- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej albo odpis z Krajowego Rejestru Sądowego.

*mgr Karina Lemanik-Dolny
Specjalista ds. rejestracji
prywatnych praktyk lekarskich*

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w latach 2008–2010 w Pałuckim Centrum Zdrowia sp. z o.o. NZOZ w Żninie

Dyrektor Pałuckiego Centrum Zdrowia sp. z o.o. NZOZ w Żninie w porozumieniu z Bydgoską Izbą Lekarską na podstawie art. 35 i 35a ustawy z dnia 30.08.1991r. (Dz. U. nr 91 poz. 408) oraz rozporządzenia MZiOŚ z dnia 13.07.1998

ogłasza konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie:

1. świadczeń lekarskich w charakterze ordynatorów, starszych asystentów, asystentów na oddziałach: Intensywnej Terapii i Anestezjologii, Chirurgicznym Ogólnym wraz z Poradnią Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej wraz z Poradnią Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Ginekologiczno-Położniczym, Neonatologicznym, Chórób Wewnętrznych, Pediatrycznym, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym,
2. dyżurów lekarskich na w/w oddziałach,
3. świadczeń lekarskich oraz dyżurów w zespole ratownictwa medycznego W i R
4. konsultacji szpitalnych w zakresie: chirurgii ogólnej dla dzieci, neurologii, okulistyki, otolaryngologii, pulmonologii, psychiatrii, psychologii.
5. świadczeń lekarskich w dziale radiodiagnostyki,
6. udzielania porad w Poradniach Specjalistycznych w zakresie neurologii, otolaryngologii, pulmonologii, psychiatrii, psychologii, terapii uzależnienia od alkoholu, logopedii, medycyny sportowej, kardiologii.

- I. Powyższe świadczenia będą udzielane w ramach umów cywilno-prawnych bądź umów o pracę. Preferowane będą oferty w ramach umów cywilno-prawnych.
- II. Czas udzielania świadczeń objętych konkursem od 01.01.2008 do 31.12.2010.
- III. Warunkiem udziału w konkursie jest złożenie oferty na udostępnionym przez PCZ formularzu ofert oraz stosownych kserokopii wymaganych dokumentów.
- IV. Oferty należy składać w zaklejonej kopercie z dopiskiem „konkurs ofert na...” z danymi do korespondencji do dnia 29.11.2007 r. na adres ul. Szpitalna 30, 88-400 ŻNIN
- V. Otwarcie ofert nastąpi 30.11.2007 r.
- VI. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi 04.12.2007 r.
- VII. Dodatkowe informacje dotyczące konkursu ofert można uzyskać od Dyrektora PCZ oraz Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa pod numerem telefonu 668109104 oraz 601959701.
- VIII. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo odwołania konkursu w wybranym zakresie, bądź całości lub przesunięcie terminów składania ofert bez podania przyczyny.

Komunikat w sprawie systemu numerowania recept lekarskich

Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ informuje, iż zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich, NFZ może wydawać druki recept upoważnionym podmiotom do dnia 31 grudnia 2007r.

Od 1 stycznia 2008 r. pozyskiwanie druków recept z Funduszu będzie odbywało się wyłącznie za pomocą Systemu Numerowania Recept Lekarskich (SNRL)

Jednocześnie Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ informuje, iż świadczeniodawcy będą mieli możliwość korzystania z Systemu Numerowania Recept Lekarskich od dnia 1 sierpnia 2007r.

System Numerowania Recept Lekarskich jest to system umożliwiający rezerwację numerów recept z dostępnych puli, ich wydruk oraz zarządzanie wydrukowanymi receptami.

Dla Świadczeniodawców, którzy zawarli umowę kontraktową na świadczenia zdrowotne z Kujawsko-Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ, numer PIN i hasło uprawniające do wygenerowania numerów recept z systemu informatycznego **SNRL jest identyczne z hasłem stosowanym w systemie SZOI (System Zarządzania Obiegiem Informacji).**

Lekarze indywidualni, posiadający umowy z K-P OW NFZ na wystawianie recept na leki refundowane dla rodziny (pro familia) i dla siebie (pro auctore) oraz dla pacjentów przyjmowanych w praktykach indywidualnych lub w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, które nie zawarły kontraktu na świadczenie usług medycznych z Kujawsko-Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ, aby

rozpocząć korzystanie z Systemu Numerowania Recept Lekarskich (**Rejestracja w Systemie Numerowania Recept Lekarskich**), zobowiązani są do wypełnienia formularza rejestracyjnego tj. wypełnienia wszystkich jego pól, wydrukowania i przesłania go po podpisaniu i opieczetowaniu pieczęcią lekarską pocztą na adresy: **Dział Umów K-P OW NFZ, ul. Mickiewicza 15; 85-071 Bydgoszcz.**

Powyższe czynności są niezbędne aby otrzymać drogą pocztową unikalny numer PIN służący do identyfikacji Użytkownika i hasło umożliwiające logowanie się w Systemie Numerowania Recept Lekarskich oraz samodzielny wydruk recept z systemu SNRL lub wygenerowanie zamówienia do drukarni.

Pobranie formularza związane z rozpoczęciem procedury rejestrowania się w SNRL będzie możliwe z dniem 1 sierpnia 2007 r.

Lekarze nie posiadający dotąd umowy na wystawianie recept na leki refundowane, poza formularzem wypełniają również wniosek o umowę. Oba wydruki przesyłają pocztą do Wydziału Umów K-P OW NFZ, ul. al. Mickiewicza 85-071 Bydgoszcz i odpowiednio do Delegatur K-P OW NFZ w Toruniu i Włocławku.

Informacje szczegółowe dotyczące korzystania z Rejestracji w Systemie Numerowania Recept Lekarskich, dostępne będą na stronie internetowej K-P OW NFZ od dnia 1 sierpnia 2007 r.

*Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Kujawsko-Pomorskiego
Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Andrzej Purzycki*

Zmiany dotyczące recept refundowanych

wprowadzone Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. nr 97 poz. 646).

Na podstawie art. 34 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 210, poz. 2135)

Oddział Funduszu upoważnia lekarza do wystawiania recept na refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia leki i wyroby medyczne, na rzecz:

1. lekarza;
2. ubezpieczonych członków rodziny lekarza:

 - a) współmałżonka,
 - b) wstępnych i zstępnych w linii prostej,
 - c) **własnego rodzeństwa;**

3. świadczeniobiorców oraz osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, objętych opieką lekarza.

Jeżeli osoba wystawiająca receptę wystawia ją dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej oraz dla własnego rodzeństwa, w części recepty przeznaczonej na wpisanie danych pacjenta wpisuje dodatkowo adnotację „pro auctore” lub „pro familia”.

Warunkiem uprawniającym do wystawiania recept na leki i wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom jest zawarcie umowy pomiędzy dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, a lekarzem lub felczerem, nie będącymi lekarzem lub felczerem ubezpieczenia zdrowotnego.

*Lek med. Małgorzata Szablewska-Świtłyk
Naczelnik WGL*

Polskie Towarzystwo Chorób Płuc Oddział Bydgoski, Oddział Pulmonologii Kliniki Chorób Wewnętrznych 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego, Fundacja ODDECH NADZIEI zapraszają na

II Polsko-Francuską Konferencję Pneumonologiczną,

k która odbędzie się w dniach **19–20 października 2007** w Bydgoszczy.

Inicjatorami konferencji są: profesor Jan Zieliński, Warszawa, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc we współpracy z Towarzystwem Pneumologów Języka Francuskiego (Société de Pneumologie de Langue Française – SPLF) w osobie Profesora Francois Bonnaud, przewodniczącego komitetu współpracy z zagranicą SPLF.

Główne tematy konferencji: epidemiologia chorób płuc w Polsce i Francji, problemy uzależnienia od nikotyny, wczesne metody wykrywania raka płuca, sarkoidoza, opieka paliatywna w chorobach płuc.

Jednocześnie informujemy, że istnieje możliwość zwrotu kosztów podróży na konferencję i pokrycia kosztów 1 doby hotelowej dla młodych pneumonologów (do lat 35) z całego kraju. Zainteresowani udziałem

w konferencji w Bydgoszczy proszeni są o kontakt z **lek. med. Iwoną Patyk tel. 504139496, e-mail: iwonapatyk@yahoo.fr, dr med. Małgorzatą Czajkowską-Malinowską, tel. 052-256772 e-mail: m.cz.malinowska@interia.pl.**

SPLF jest bardzo zainteresowane kontaktami z polskimi pneumonologami. Towarzystwo oferuje 6–12 miesięczne staże w klinikach chorób płuc w szpitalach uniwersyteckich we Francji w celu pogłębienia wiedzy w wybranej wąskiej dziedzinie chorób płuc zakończone otrzymaniem odpowiedniego certyfikatu.

Istnieje możliwość wspierania badań naukowych prowadzonych wspólnie przez ośrodki w Polsce i we Francji.

Niektóre grzechy współczesnej medycyny w leczeniu chorób cywilizacyjnych

Mieczysław Tomasiak

Poruszę dwa zagadnienia dotyczące:
– leczenia chorób cywilizacyjnych tabletkami;

– niedostatecznej wiedzy polskich lekarzy w zakresie fizjopatologii wysiłków fizycznych, wynikającej z zaniechania kształcenia ich w tym kierunku.

Leczenie chorób cywilizacyjnych tabletkami

Potężny przemysł farmaceutyczny w pogoni za zyskiem stosuje nierzetelne i tym samym niebezpieczne reklamy. W telewizji, radiu, gazetach jesteśmy zasypywani wiadomościami typu: boli cię głowa, nogi, krzyż, masz katar, grypę, cierpisz na bezsenność, jesteś otyły, osłabiony, wyczerpany psychicznie, masz nadciśnienie – skutecznie wyleczy cię lekarstwo pod postacią tabletki lub maści o nazwie zastrzeżonej dla określonej firmy.

Sugestii tej ulegają nawet autorytety medyczne. Efektem tego są wygłaszane przez wielu lekarzy (nawet profesorów) zalecenia:

„Lek ten musi pani (pan) zażywać przez całe życie!” Takie zalecenia, w leczeniu chorób cywilizacyjnych, budzą zastrzeżenia.

Po pierwsze: organizm adaptuje się do działania każdego leku i jego oczekiwany efekt z czasem zmniejsza się lub zostaje zniwelowany, np. jeżeli podajemy jakiś blocker określonych receptorów (obecnie już doskonale o tym wiemy), organizm zwiększa ilość i wielkość receptorów, są uruchamiane dodatkowe drogi wytwarzania substancji działających przeciwnie.

Po drugie: każde leczenie farmakologiczne musi być dostosowane do indywidualnie zmieniających się reakcji pacjenta.

Po trzecie: każde usiłowanie odstąpienia przewlekłe używanego leku wymaga bardzo trudnego leczenia odwykowego.

Po czwarte (najważniejsze): leczenie farmakologiczne patologii powstałej z powodu nieprawidłowego stylu życia, (brak ruchu, otyłość, palenie papierosów itp.), jest leczeniem objawowym. Natomiast najważniejszą zasadą we wszystkich dziedzinach medycyny jest leczenie przyczyn powstającej choroby.

Przyczyny chorób cywilizacyjnych można wymienić w czterech zdaniach:

– nadmierne dostarczanie organizmowi kalorii (jakość pożywienia zajmuje dalsze miejsca);

– brak ruchu;

– używki (szczególnie palenie papierosów);

– stresy związane z codziennym życiem.

W swojej długoletniej karierze wielu pacjentom przedłużyłem życie i poprawiłem jego jakość, stopniowo odstawiając leki i wdrażając odpowiedni tryb życia.

Wspomnę o sobie samym jako o przykładzie skutecznego postępowania leczniczego w chorobach cywilizacyjnych. Będąc jeszcze czynny zawodowo, przeżyłem stan zagrażający zawałem mięśnia sercowego (z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, nadciśnieniem tętniczym itp.). Brak czasu na zajęcia fizyczne, stresy związane z kierowaniem zespołem pracowników i chaosem reorganizacyjnym w służbie zdrowia oraz zmiany w starzejącym się organizmie, spowodowały nagłe pojawienie się objawów choroby. Po dokładnym przebadaniu w warunkach szpitalnych, zastosowałem standardowe leczenie farmakologiczne. Dodatkowo jednak, już w pierwszych dniach leczenia, zacząłem wdrażać zajęcia fizyczne i po nich odpowiedni wypoczynek. Z czasem tolerancja na wysiłek fizyczny zaczęła się zwiększać. Ustabilizowało się ciśnienie tętnicze, umożliwiając stopniowe odstawienie leków. Od kilku lat nie mam potrzeby zażywania leków. Systematycznie stosuję trening sportowy oraz walczę ze swoim apetytem. Do walki z apetytem skłoniło mnie między innymi to, że wszyscy moi serdeczni koledzy lekarze (niektórzy z tytułami profesorskimi), którzy byli otyli lub palili papierosy, już dawno nie żyją.

Brak dostatecznej wiedzy polskich lekarzy w zakresie fizjopatologii wysiłków fizycznych, spowodowany zaniechaniem kształcenia ich w tym kierunku

Systematycznie stosowany wysiłek fizyczny o objętości i intensywności odpowiedniej do zmieniających się możliwości organizmu, jest nie tylko jednym

z podstawowych działań w profilaktyce, lecz również jest coraz bardziej doceniany w leczeniu wielu chorób. Do skutecznego wykorzystywania wysiłku fizycznego w medycynie konieczna jest jednak głęboka wiedza nie tylko o patologii i terapii, lecz również o fizjologii dotyczącej pracy fizycznej. Z moich kontaktów z młodym pokoleniem lekarzy wynika, że nie mają zainteresowania przyswajaniem takiej wiedzy. Sądzę, że jedną z głównych przyczyn tego stanu są skutki reform na wyższych uczelniach medycznych, które doprowadziły do likwidacji dydaktyki z zakresu fizjopatologii wysiłku fizycznego.

Polska medycyna sportowa od wielu lat zajmuje się wychowaniem fizycznym, sportem i wykorzystywaniem wysiłku fizycznego w leczeniu wielu chorób. Posiadamy liczne, dobrze udokumentowane badania z tego zakresu. Mimo to nie trafiają one do naszej lekarskiej społeczności z przyczyn podanych wyżej.

Dobrze więc, że coraz częściej w fachowej literaturze polskiej pojawiają się artykuły o roli wysiłku fizycznego w profilaktyce i leczeniu chorób z ośrodków zagranicznych (często bowiem cenimy tylko to, co przychodzi z zagranicy). W „Medycynie po Dyplomie” ze stycznia 2007r. (Vol. 16/Nr1) opublikowano pracę pod tytułem: „Nowe dane dotyczące zalecanego wysiłku fizycznego u chorych z nadciśnieniem” (Lindas, Pescatello PhP. FACS). Przytaczam jedno ze zdań z tego artykułu: „William Fitzgerald pierwszy zaobserwował bezpośredni wpływ wysiłku fizycznego na ciśnienie tętnicze” (Fitzgerald W: Labile hypertension and jogging: New diagnostic tool or spurious discovery? Br. Med. J. 1981, 282: 542–544). Opublikowano tę wiadomość w 1981 r. Tymczasem takie wnioski wynikają z polskich badań wykonanych już w latach pięćdziesiątych (między innymi z poznańskiego ośrodka pod tytułem: „Badania z fizjologii sportu w terenie u pływaków, kajakarzy i narciarzy. Zbiór prac pod redakcją prof. dr J. Rogulskiego” PZWL Warszawa 1952 r.).

Warto przypomnieć, że pierwsza w Polsce i trzecia w Europie katedra zajmująca

Dokończenie na str. 16

Dokończenie ze str. 15

się fizjopatologią wysiłków fizycznych powstała w 1919 r. w nowo powołanym wówczas Uniwersytecie Poznańskim (Katedra Higieny Szkolnej i Wychowania Fizycznego), a rok później (w 1920 r.) w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Opracowane przed wojną w ośrodku poznańskim, pod kierownictwem prof. dr. med. Eugeniusza Piaseckiego, eklektyczne zajęcia fizyczne i wprowadzone do szkół średnich i niektórych podstawowych, znacznie poprawiły kondycję fizyczną i zdrowie młodzieży. Działalność tę przerwał wybuch drugiej wojny światowej, a po wojnie reformy w szkolnictwie wyższym w 1950 r. Ostatnia Katedra Medycyny Sportowej działała jeszcze w Akademii Medycznej w Poznaniu do 1976 r.

Chcących zapoznać się dokładniej z tą problematyką odsyłam między innymi do mojego opracowania pod tytułem: „Medycyna Sportowa w działalności dydaktycznej i naukowej A.M. w Poznaniu w latach 1955–1976 oraz Uniwersytetu Poznańskiego w latach 1919–1950.” (Medycyna Sportowa Volume 18, N.8, 2002 r. p. 362–373).

Jak jest obecnie? Mamy dziesięć wyższych uczelni medycznych.

Która z nich szkoli studentów medycyny w zagadnieniach fizjologii wysiłku fizycznego, w tym związanych z wpływem różnych form sportowych na serce i inne narządy oraz układy fizjologiczne rosnącego i rozwijającego się organizmu dzieci i młodzieży szkolnej?

Która uczelnia przygotowuje studentów medycyny do pracy w szkole i w sporcie?

Kto kwalifikuje zdolność milionowych rzesz młodzieży szkolnej do szkolnego wychowania fizycznego, a zwłaszcza do tak zwanej wczesnej specjalizacji sportowej?

Kto kontroluje wpływ tych oddziaływań na poszczególne narządy niedojrzałego, rosnącego i rozwijającego się organizmu dzieci i młodzieży szkolnej?

Jak przedstawia się obecny stan zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej?

Zadaję te pytania już po raz drugi (po raz pierwszy w Medycynie Sportowej Volume 18, N.8, 2002) naszym reformatorom w służbie zdrowia i polityce. Mam nadzieję, że pobudzanie dyskusji na poruszane tematy i przypominanie, jak je rozwiązywali nasi poprzednicy spowoduje skuteczniejsze działania na rzecz zdrowotności społeczeństwa.

... „Pełno nas a jakoby nikogo nie było” ...
Jan Kochanowski

Dnia 12 lipca odszedł od nas na zawsze

lek. med. Tadeusz Grazda

wspaniały człowiek, lekarz, przyjaciel, który poświęcił wiele lat swego życia pracy społecznej dla dobra naszej Bydgoskiej Izby Lekarskiej i jej członków. Trudno uwierzyć, że ta świetna współpraca już się skończyła – dziękujemy Ci za nią z całego serca, w którym zawsze będzie miejsce dla Ciebie

koleżanki i koledzy
z Bydgoskiej Izby Lekarskiej

Amiculi lacrimosi

Upalny, letni dzień
Skromna cmentarna kapliczka
Grono przyjaciół
z kwiatami
haftowanymi czarną smużką wstążki żałobnej
I Ty
taki mały
zamknięty w zimnym marmurze
I taki duży
w naszych gorących sercach.

Halina Grzybowska-Rogulska

Z wielkim smutkiem żegnamy

dr. n. med. Jana Masełkowskiego

nauczyciela wielu pokoleń lekarzy laryngologów,
wieloletniego dyrektora Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy
oraz ordynatora oddziału laryngologicznego.

Wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie Zmarłego
w imieniu Samorządu Lekarskiego
składa

Przewodnicząca Okręgowej Rady Lekarskiej w Bydgoszczy
dr n. med. Radostawa Staszak-Kowalska

Ad vocem



W artykule zamieszczonym w „Primum non nocere” dr hab. med. Roman Kotzbach twierdzi, że język taciński był językiem Hipokratesa.

Czy odpowiada to prawdzie? Hipokrates był Grekiem urodzonym na wyspie Kos. Pochodził z rodziny Asklepiadów.

Przypisywane mu pisma, zebrane w sto lat po jego śmierci, są różnego i niepewnego autorstwa. Żaden z 53 tekstów nie może być przypisany Hipokratesowi na pewno. Hipokrates był Grekiem i zapewne posługiwał się językiem greckim. Jego aforyzmy były przekładane na łacinę, np. aforyzm: „życie jest krótkie, sztuka długa”, na łacinę przełożył Seneka.

Przytoczone informacje zawarte są w „Słowniku mitów i tradycji kultury” Władysława Kopańskiego.

dr n. med. Eugeniusz Bekker



Doktoraty

*Dziekanat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy informuje, że niżej wymienione
osoby dnia 27.06.2007 r. uzyskały stopień naukowy dr n. med.:*

- **Izabela Sobańska** z Kat. i Zakł. Diagnostyki Laboratoryjnej dn. 27.06.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Rola osteoprotegeryny w osteoporozie”
promotor: prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska, CM UMK
recenzenci: dr hab. Jacek Kruczyński, prof. UMK, CM UMK, prof. dr hab. Roman Lorenc z CZDz w Warszawie
- **Ewa Domanowska** z Kat. i Zakł. Patomorfologii Klinicznej dn. 27.06.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Utkanie klasyczne raka urotelialnego pęcherza moczowego i typy nieklasycznego różnicowania a występowanie przerzutów do węzłów chłonnych”
promotor: prof. zw. dr hab. Jan Domaniewski, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Zbigniew Wolski, CM UMK, prof. dr hab. Andrzej Roszkiewicz z AM w Gdańsku
- **Aleksander Deptuła** z Kat. i Zakł. Mikrobiologii dn. 27.06.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Wielolekowrażliwe i wielolekooporne szczepy *Pseudomonas aeruginosa* – porównanie wybranych czynników wirulencji”
promotor: dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Waleria Hryniewicz z Inst. Zdr. Publ. w Warszawie, prof. dr hab. Andrzej Denys z UM w Łodzi
- **Marcin Gierach** z Kat. Endokrynologii i Diabetologii dn. 27.06.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Ocena wola metodą SPECT i USG oraz korelacja z czynnością tarczycy”
promotor: prof. dr hab. Roman Junik, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Władysław Lasek, CM UMK, prof. dr hab. Maciej Gembicki z AM w Poznaniu
- **Mariusz Flisiński** z Kat. i Zakł. Anatomii Prawidłowej dn. 27.06.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Ocena liczby kapilar oraz średnicy i udziału procentowego włókien mięśniowych w wybranych mięśniach szkieletowych u szczurów w różnych stadiach eksperymentalnej przewlekłej choroby nerek”
promotor: prof. dr hab. Jacek Manitiusz, CM UMK
recenzenci: dr hab. Alina Grzanka, prof. UMK, CM UMK, prof. dr hab. Bolesław Rutkowski z AM w Gdańsku
- **Marcin Rudaś** z 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy dn. 27.06.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Wyniki leczenia metodą stereotaktycznej talamotomii chorych z drżeniem samoistnym”
promotor: prof. dr hab. Marek Harat z 10 Wojsk. Szpit. Klin. z Polikl. w Bydgoszczy
recenzenci: dr hab. Wojciech Beuth, prof. UMK, CM UMK, dr hab. Jan Kochanowski, prof. AM w Warszawie
- **Joanna Kłubo-Gwieździńska** z Kat. Endokrynologii i Diabetologii dn. 27.06.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Wpływ wybranych czynników na wczesne wyniki leczenia chorych na zróżnicowanego raka tarczycy”
promotor: prof. dr hab. Roman Junik, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Władysław Lasek, CM UMK, prof. dr hab. Jerzy Sowiński z UM w Poznaniu
- **Paweł Szymański** ze Szpitala Specjalistycznego w Grudziądzu dn. 27.06.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Ocena wpływu leczenia trimetazydyną chorych z zaawansowaną chorobą niedokrwinną serca”
promotor: prof. dr hab. Jacek Kubica, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Jacek Manitiusz, CM UMK, prof. dr hab. Grażyna Świątecka, em. AM w Gdańsku
- **Mariusz Nowak** z Kat. i Klin. Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej dn. 27.06.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Analiza przyczyn konwersji cholecystektomii laparoskopowej do metody otwartej w przypadkach ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego”
promotor: dr hab. Marek Jackowski, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: dr hab. Stanisław Dąbrowiecki, prof. UMK, CM UMK, prof. dr hab. Krzysztof Kuzdak z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
- **Marek Masztalerz** z Klin. Transplantologii i Chirurgii Ogólnej dn. 27.06.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Generacja reaktywnych form tlenowych w niedokrwieniu i reperfuzji po przeszczepieniu nerki”
promotor: dr hab. Zbigniew Włodarczyk, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Gerard Drewa, CM UMK, prof. dr hab. Marek Ostrowski z Pom. AM w Szczecinie
- **Joanna Świniarska** z Kat. i Klin. Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów dn. 27.06.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Wpływ leczenia operacyjnego oraz profilaktyki przeciwwzakrzepowej na wybrane parametry procesu hemostazy u chorych operowanych z powodu niedrobnokomórkowego raka płuca”
promotor: dr hab. Janusz Kowalewski, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: dr hab. Ewa Żekanowska, CM UMK, prof. dr hab. Jan Skokowski, em. AM w Gdańsku
- **Tomasz Dziaman** z Kat. i Zakł. Biochemii Klinicznej dn. 27.06.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Badania porównawcze efektów szoku tlenowego u noworodków i niemowląt”
promotor: prof. dr hab. Ryszard Oliński, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Józef Kędziora, CM UMK, prof. dr hab. Barbara Tudek z PAN w Warszawie

- **Joanna Łoś** ze Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie dn. 27.06.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Retrospektywna ocena profilaktyki raka szyjki macicy u kobiet objętych skryningiem cytologicznym”
promotor: prof. dr hab. Czesław Kłyszewski, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Wiesław Szymański, CM UMK, prof. dr hab. Zdzisław Maciejewski ze Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie
- **Borys Przybyszewski** z Wojew. Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie dn. 27.06.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Ocena jakości życia dzieci z cukrzycą typu I leczonych przy pomocy osobistych pomp insulinowych”
promotor: prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, CM UMK
recenzenci: prof. zw. dr hab. Anna Balcar-Boroń, em. CM UMK, dr hab. Jarosław Walkowiak, prof. UM w Poznaniu
- **Sławomir Strzelec** z Kat. i Zakł. Chemii Fizycznej dn. 27.06.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Opis mechanizmu działania pochodnych daunorubicyny jako leków interkalujących”
promotor: dr hab. Piotr Cysewski, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Marcin Damiński, CM UMK, prof. dr hab. Ryszard Gawinecki z Uniw. Technol.-Przr. w Bydgoszczy
- **Beata Ziemia** z Centrum Onkologii we Wrocławiu dn. 27.06.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Retrospektywna analiza wybranych czynników rokowniczych u pacjentek z rakiem jajnika metodą komputerowego odkrywania wiedzy”
promotor: dr hab. Jerzy Krysiński, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: dr hab. Marek Grabiec, prof. UMK, CM UMK, prof. dr hab. Stefan Sajdak z UM w Poznaniu



XXVII Ogólnopolska Konferencja Kardiologiczna Włocławek • 5–6 października

Postępy diagnostyki i terapii w kardiologii

Tematyka: postępy farmakoterapii nadciśnienia tętniczego, niewydolność serca w wieku podeszłym, ostra zatorowość płucna – diagnostyka i leczenie, zespół metaboliczny, infekcyjne zapalenie wsierdza, diagnostyka i leczenie tętniaków aorty piersiowej, migotanie przedsionków, niedomykalność zastawki aortalnej, znaczenie wapnia w chorobach cywilizacyjnych, kardiowertery i defibrylatory w leczeniu zaburzeń rytmu serca, choroba wieńcowa u kobiet, przezskórne zamykanie otworów w przegrodach serca, leczenie przeciwwkrzepliwie w chorobie wieńcowej, ocena stentów w leczeniu inwazyjnym choroby wieńcowej.

Referenci: kierownicy klinik kardiologicznych i kardiochirurgicznych oraz ich współpracownicy. Uczestnicy otrzymują 15 pkt edukacyjnych.

Więcej informacji oraz zapisy: www.wtn.pl e-mail: lega@wtm.pl

Tel. /fax 054 2322808, Włocławskie Towarzystwo Naukowe, pl. Wolności 20, Włocławek.



Kurs prawa medycznego dla lekarzy

Bydgoska Izba Lekarska informuje, iż w dniach 12–13 oraz 19–20 października 2007 r. organizuje kurs „**Prawo medyczne**” dla lekarzy odbywających specjalizację.

Kurs przeznaczony jest dla lekarzy zarejestrowanych w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej, którzy rozpoczęli specjalizację przed 31 maja 2003 r., zobowiązanych do zdania kolokwium z prawa medycznego.

Kierownikiem naukowym kursu jest Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej dr n. med. Stanisław Prywiński.

Kurs obejmuje 30 godzin wykładów, prowadzonych przez prawników i lekarzy. Harmonogram kursu do pobrania na stronie: www.bil.org.pl

Uczestnictwo w kursie jest nieodpłatne i nieobowiązkowe.

Wykłady odbywać się będą w piątki od godz. 14-tej oraz w soboty od godz. 9-tej, w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej, ul. Powstańców Warszawy 11.

Zapisy przyjmuje oraz wszelkich informacji na temat kursu udziela:

mgr Karina Lemanik-Dolny

– osobiście w Biurze BIL,

– pod numerem telefonu (052) 346 07 80 wew. 12

– pod adresem email: szkolenia@bil.org.pl

Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Europejski Wymiar Nauk o Zdrowiu

Konferencja odbędzie się w dniach 20–21 września 2007 roku. Miejsce obrad – Opera Nova w Bydgoszczy oraz sale wykładowe Collegium Medicum. Tematyka konferencji obejmie zagadnienia z zakresu pielęgniarstwa, zdrowia publicznego, dietetyki, ratownictwa medycznego i fizjoterapii.

Poza sesjami tematycznymi z udziałem wybitnych autorytetów naukowych z kraju i zagranicy równolegle odbędzie się sesja Studenckich Kół Naukowych.

W trakcie trwania Konferencji odbędzie się Kolegium wszystkich dziekanów Wydziałów Nauk o Zdrowiu w Polsce. Więcej informacji na www.konferencjaewnz.cm.umk.pl

Podstawy Opieki Paliatywnej i Długoterminowej



Kurs dla lekarzy chcących uzyskać profesjonalną wiedzę z zakresu opieki paliatywnej i długoterminowej. Program obejmuje wykłady, warsztaty i dyskusje. Moduły tematyczne: ból nowotworowy, przewód pokarmowy, układ oddechowy, onkologia w opiece paliatywnej, radio-terapia, układ moczowy, farmakoterapia, umieranie, procedury zabiegowe, psychologia, problemy skórne, bioetyka. Zgłoszenia do 15 października. Szczegółowe informacje: tel./fax. 52 344 22 26.

„I przywita cię, rozpachniona,
pełna słońca, słodka Italia...”

Julian Tuwim

Europa da się lubić

...I nie tylko – lubić, potrafi także zauroczyć. I to się właśnie zdarzyło na klubowym spotkaniu seniorów (11.03.2007) dzięki jego Prelegentowi, dr med. Dariuszowi Jałocha, prezesowi Kolegium Lekarzy Rodzinnych naszego regionu. Sam, zakochany we Włoszech, a głównie Sycylii, potrafił „zakazić” nas skutecznie tę swoją miłością. Włochy odwiedzał już wielokrotnie, ostatni raz w ub. r., nakręcając na liczniku aż 6 tys. km i wykonując ponad 7 tys. zdjęć. Przemierzył je „dokumentnie”, poczynając od „cholewki” aż po sam „czubek” włoskiego buta, zaliczając w tej swojej podróży aż 10 miast wpisanych na listę Światowego Dziedzictwa Kultury, a wszystko dokumentując przepięknymi slajdami.

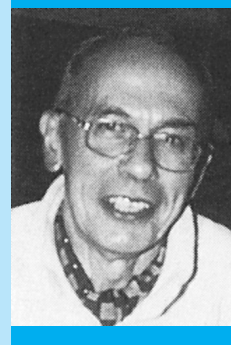
Naszą wędrówkę zaczęliśmy od Como. Zwiedziliśmy oczywiście takie miasta, jak Rzym, spacerowaliśmy po Via Apia. Modliliśmy się w Bazylice przy grobie św. Piotra i naszego Papieża, Jana Pawła II. Byliśmy w Sienie, symbolu Toskanii, z jego przepiękną „paśnią” katedrą oraz w Asyżu. Byliśmy także na Sycylii z jej „królową” nad czynnym wulkanem Etną.

Ale specjalnym „smaczkiem” naszej wirtualnej wędrówki było pokazanie nam różnych miejscowości i miasteczek rzadko odwiedzanych przez turystów. I tak na naszej trasie znalazły się: Portofino – miasteczko o którym tak pięknie śpiewa Sława Przybylska; kamieniołomy w Carrarze skąd od starożytności wydobywano biały marmur na antyczne rzeźby; Lucca (w północnej Toskanii) – miasto rodzinne Giacomo Pucciniego, z jego będącym obecnie w remoncie domem rodzinnym; Anciano – wioska, miejsce rodzin Leonarda da Vinci, z małym domkiem rodzinnym o trzech, dziwnie wysokich izbach; Savoca – maleńka górská wioska, w której znajdują się jedyne na świecie stojące mumie z końca XIX w.; Syrakuzkańskie Kamieniołomy – najstojniejsze już w czasach antycznych – tu w V w. p.n.e. więziono ateńskich żołnierzy, w tym licznych uczniów Sokratesa i wielbicieli Eurypidesa, a z których, przy dziennej dawce 1/2 l zboża na osobę zmarło aż 7 tys. W jednej części kamieniołomów znajduje się jaskinia, która ze względu na kształt i wspaniałą akustykę nosi nazwę „Ucho Djonizjasza”; Alberobello – miejscowość w Apulii, w której domki (a jest ich ponad 1500) mają przedziwne, w kształcie stożka, dachy, zbudowane z kółkołożonych tępów kamiennych (bez użycia spoiwa), a każdy ma swój znak – symbol chrze-

Mój jest ten kawałek podłogi!...

Magnum timoris remedium clementia est.

Lucius Anneus Seneca



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Tak się złożyło, że przez uważne przeczytanie ostatnich dwóch numerów naszego Biuletynu, ponownie wracam do łacińskich sentencji!

Raz, czynię to przez fakt wywołania mnie z łaciną do tablicy w artykule, którego Autor boleje nad stanem naszej codziennej umiejętności posługiwania się tym pięknym językiem. A dwa, przez list Autorki przewidującej koniec łaciny w posługiwaniu się terminologią medyczną. Tu przyznaję rację temu spostrzeżeniu, gdyż „angielszczyzna” podbija świat w sposób niezaprzeczalny. I chyba dobrze, że tak się dzieje, gdyż jak często w naszych ustach używana łacina brzmi w sposób więcej niż nieelegancki. Weźmy, chociaż tak popularne ostatnio słowo jak „sepsa”, wypowiedziane jak często nawet przez utytułowane osoby! A przecież słowo takie w łacińskim języku medycznym nie istnieje. Mnie uczono, że odpowiednikiem polskiego słowa posocznica jest łacińskie „sepsis”!

Dlatego też uważam, że jeżeli mamy posługiwać się żargonem łacińskim, a nie językiem Wergiliusza czy Owidiusza, to lepiej posługujmy się poprawną polszczyzną! Żargonu angielskiego, raczej też bym nie zalecał.

Wywód mój nie jest równoznaczny z zaleceniem, abyśmy nie sięgali po sentencje łacińskie. Ot choćby przeglądając „Myśli” Seneki, co nusz spotykamy coś, co jak ulał pasuje do polityki w obecnych czasach! Służę przykładami:

„*Estinguere hostem maxima est virtus ducis*” – największą zaletą wodza jest niszczenie wroga!

„*Inertis est nescire quid liceat sibi*” – jest znamię głupca, że nie wie, co mu wolno!

„*Invisa nunquam imperia retinetur diu*” – zniechędzone rządy, nigdy nie utrzymują się długo!

Wszystko, co się obecnie (a piszę te słowa w połowie lipca) w polityce dzieje, budzi strach. Ale i na to nieprzyjemne uczucie znajduję doskonałe „remedium” u Seneki (patrz motto): „*łagodność jest świetnym lekarstwem na strach*”.

Kończąc zapewniam, że jestem jak zawsze – Wasz „łagodny”

A. Martynowski

ściłański lub magiczny. Obecnie wykorzystywane są jako sklepiki lub hoteliki; Grotte Castelane – jedno z największych grot europejskich; San Giovanni Rotondo – miasto ojca Pio z muzeum jego imienia i wreszcie Manoppello ze słynną chrześcijańską relikwią – Chustą Weroniki, z odbitym na niej wizerunkiem twarzy Chrystusa.

A w tej naszej włoskiej wędrówce Prelegnet w jakiś przedziwny, niemalże magiczny sposób potrafił nie tylko pokazać nam obraz słonecznej Italii, ale także oddać jej klimat, jej atmosferę. Wydawało się nam, że rozleniwieni upałem, chodzimy po tych krętych, wypalonych do białości słońcem, wąskich uliczkach, pełnych rozwieszonych, suszących się między domami, bielizny i półprzymkniętych okiennic,

że pod nogami śmigają, jakże liczne na Sycylii, jaszczurki, a pod ścianami domów grzeją się w słońcu szare, o swoistej urodzie, z dziwnie sterzącymi, „wysokimi”, trójkątnymi uszami, sycylijskie koty. I że my, zmęczeni wędrówką, siadamy przy wystawionych na ulicy, restauracyjnych stolikach, przy lampce prześwieczonego słońcem, czerwonego wina.

Jak to dobrze, że są w naszym lekarskim gronie tacy „zapaleni” podróżnicy, którzy zauroczeni pięknem otaczającego nas świata, chcą i potrafią przekazać tę swoją fascynację nam, seniorom. Dziękujemy za to im wszystkim i Panu, Panie Doktorze oraz towarzyszącej Panu Małżonce.

H. Grzybowska-Rogulska



PRACA

Internista szuka pracy z możliwością praktykowania USG w zakresie podstawowym w Bydgoszczy i okolicach. Tel.0508419370.

Spółdzielnia Pracy Lekarzy Specjalistów SANITAS zatrudni lekarzy: **okulistę, neurologa, lekarza medycyny pracy**. Informacja i zgłoszenia pod numerem tel. (052) 322 40 71/72.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy zatrudni: **lekarza rodzinnego lub internistę**. Zainteresowane osoby prosimy o przesłanie CV ze zdjęciem oraz listu motywacyjnego z dopiskiem „zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych, wyrażam zgodę na przetwarzanie zawartych wyżej danych osobowych dla potrzeb rekrutacji” na adres: malgorzata_chojnicka@op.pl

NZOZ Centrum Medyczne w Szubinie zatrudni od zaraz **lekarza medycyny pracy** w Zespole Wyjazdowym „W” Oddziału Pomocy Doraźnej w Szubinie w godzinach przedpołudniowych. Forma zatrudnienia do uzgodnienia (kontrakt, umowa zlecenie, umowa o pracę). Istnieje możliwość rozpoczęcia specjalizacji z medycyny ratunkowej. Ofertę prosimy składać na adres: NZOZ Centrum Medyczne w Szubinie im. J. Korczaka, 89-200 Szubin, ul. Ogrodowa 3, tel. 052 384 21 75.

Lekarza stomatologa w prywatnej praktyce w Bydgoszczy na dobrych warunkach zatrudni. Telefon: 052 372 63 60 lub 605098767.

Przychodnia „Wilczak” zatrudni **lekarza do Poradni Ogólnej** w godz. popołudniowych, w niepełnym wymiarze godzin. Tel. 052 3207040.

NZOZ nawiąże współpracę z **lekarzem stomatologiem i lekarzem ortodontą** wykonującym aparaty stałe. Tel. 502029249.

SPRZEDAM

Sprzedam wyposażenie gabinetu stomatologicznego. Tel. 662258465.

Nieswoiste zapalenia jelit



Serdecznie zapraszamy do udziału w V Konferencji „Nieswoiste zapalenia jelit”, która odbędzie się w Bydgoszczy 12 października 2007 roku w Hotelu „Maraton” przy ul. Powstańców Warszawy 13 w Bydgoszczy.

Organizatorem Konferencji jest Sekcja Nieswoistych Zapaleń Jelit Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii i Hepatologii i Żywienia Dzieci wraz z Katedrą i Kliniką Pediatrii Alergologii i Gastroenterologii Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy. Program naukowy obejmuje przedstawienie aktualnych problemów dotyczących diagnostyki i leczenia nieswoistych chorób jelit u dzieci oraz prezentację ciekawych przypadków klinicznych. Prosimy o potwierdzenie uczestnictwa drogą pocztową, e-mailem lub faxem na formularzu zgłoszeniowym dostępnym na stronie www.konferencjanjzj.cm.umk.pl

Fax: 052 585 40 86 lub e-mailem: konferencjanjzj@cm.umk.pl

Informacje o konferencji również na stronie: www.konferencjanjzj.cm.umk.pl

Dla lekarzy specjalistów i specjalizujących się w dziedzinie chirurgii ogólnej

Leczenie przepuklin pachwinowych i brzusznych

Termin: **27–28 września 2007.**

Miejsce: Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, Szpital Uniwersytecki w Bydgoszczy. Program, szczegółowe informacje i zgłoszenia na www.hernia.pl Informacje w sekretariacie Kliniki: tel. 52 585 40 16. Kierownik naukowy: dr hab. Stanisław Dąbrowski, prof. UMK.

Podziękowanie

Ordynatorowi dr n. med. **Włodzisławowi Rajewskiemu**, jego zastępcy – doktorowi **Andrzejowi Bojko** oraz całemu zespołowi **lekarsko-pielęgniarskiemu Oddziału Wewnętrznego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy**, a także doktor **Halinie Petrykowskiej** i doktor **Irenie Żmudzińskiej** za wielkie lekarskie serce oraz troskliwą opiekę nad moją siostrą
najserdeczniejsze podziękowania
składa wdzięczna

Halina Grzybowska-Rogulska

+P3

TEATR POLSKI BYDGOSZCZ

**Repertuar
wrzesień
2007**

- **15, 16, 17** Frank Wedekind – **Przebudzenie wiosny**, godz. 17.00, 20.00
- **21, 22, 23** Wasilij Sigariw – **Plastelina**, godz. 17.00, 20.00
- **29, 30** Festiwal prapremier Bydgoszcz 2007

Repertuar może ulec zmianie

Rozdajemy zaproszenia do Teatru!

21 września, godzina 17.00 **Plastelina**
22 września, godzina 17.00 **Plastelina**
23 września, godzina 17.00 **Plastelina**

Czekamy na telefony **19 września** od godziny 9 do 11. Tel. **052 3460084**, Ewa Langner.

Październikowy Klub
Lekarza Seniora

3 października – dr n. med. Jerzy Tuja-kowski, ordynator Oddziału Chemioterapii z Centrum Onkologii w Bydgoszczy będzie mówił o „**Postępowaniu w leczeniu nowotworów: chemio- i immunoterapia**”.



Głosy dla Hospicjów

Kolejny, już 8 koncert charytatywny „Głosy dla Hospicjów” zabrzmiał w filharmonii Pomorskiej w Bydgoszczy. Obchodzony **6 października** Światowy Dzień Hospicjów i Opieki Paliatywnej jest dniem połączonych działań dla wspierania hospicjów i opieki paliatywnej na całym świecie. W pierwszą sobotę października o godz. 19.30 czasu lokalnego, w kilkuset miejscach na całym świecie, odbędą się koncerty pod wspólnym hasłem „Głosy dla Hospicjów”.

W ten wyjątkowy wieczór w Filharmonii Pomorskiej wystąpią Orkiestra Salonowa Junior PiK pod dyktando Mirosława Żyty oraz Zespół Kameralny Orkiestry im. Johanna Straussa pod dyktando Marka Czekajły z udziałem solistki Magdaleny Polkowskiej. Koncert poprowadzi Urszula Guźlecka.

Organizatorami tego wydarzenia kulturalnego są Stowarzyszenie im. Sue Ryder oraz Dom Sue Ryder w Bydgoszczy. Mam ogromną nadzieję, że dzięki wsparciu naszych sponsorów i osób prywatnych, uda nam się po raz kolejny zebrać środki finansowe, które przeznaczymy na realizację celów statutowych Stowarzyszenia im. Sue Ryder.

Zapraszamy do zakupu biletów – cegiełek (15 zł) oraz do udziału w loterii fantowej.

Sprzedaż biletów:

- sklep Sue Ryder, ul. Drukarska 6, 11.00–17.00 (wejście między ul. Gdańską 3 i 5)
- Dom Sue Ryder, ul. W. Roentgena 3, 8.00–15.00 (osiedle Fordon, sąsiedztwo Regionalnego Centrum Onkologii).

Kontakt: 052 343 55 56, www.domsueryder.org.pl

